

Styrets medlemmer

Vår ref.:

2010/222 - 1990/2010

Deres ref.:**Arkiv:**

012

Dato :

15.02.2010

Innkalling til styremøte 220210**Møtedato:** Mandag 22. februar 2010 kl. 1000**Møtested:** Sykehuset Namsos – Store møterom - Psykiatrisk klinikk

- | | |
|-------------|--|
| Sak 05/2010 | Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 21.01.10 |
| Sak 06/2010 | Styringsdokument og foretaksprotokoll Helse Midt-Norge |
| Sak 07/2010 | Kvalitetsutvalgets årsrapport 2009 |
| Sak 08/2010 | Pasient- og brukerombudets årsrapport 2009 |
| Sak 09/2010 | Oppnevning og sammensetning av Samarbeidsutvalget 2010 -2011 |
| Sak 10/2010 | Orienteringssaker |
| | 1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 02.02.10 |
| | 2. Orientering om Barne- og ungdomspsykiatrien |
| | 3. Helse Midt-Norge Strategi 2020 |
| | 4. Driftsrapport for januar 2010 |
| | 5. Fristbrudd - ventelister |
| | 6. Andre orienteringer |

Med hilsen

Steinar Aspli
Styreleder
Sign.

Kopi:
Styrets varamedlemmer

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 21.01 2010 kl. 10.00 – 15.00
Møtested: Sykehuset Levanger
Saksnr.: 01/2010 – 04/2010
Arkivsaksnr: 2010/53

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende medlemmer:

Steinar Aspli
Jørgen Selmer
Margrete Mære Husby
Reidar Viken
Inger Anne Holm
Torgeir Schmidt-Melbye
Asbjørn Hofslø
Rolf G. Larsen

Forfall:

Inger Marit Eira-Åhren
Peter Himo
Siw Bleikvassli

Møtende vararepresentant: Elinor Kjøseth

Fra Brukerutvalget møte: Ingen

Fra Samarbeidsutvalget møte: Ingen

Fra administrasjonen møte:

Adm. direktør	Arne Flaatt
Ass. direktør	Mads Einar Berg
Helsefaglig rådgiver	Dagfinn Thorsvik
Helsefaglig rådgiver	Øivind Stenvik
Økonomisjef	Tormod Gilberg
FoU-leder	Ottar Bjerkeset
Spesialrådgiver	Kristian Eldnes
Informasjonssjef	Trond G. Skillingstad (referent)

Merknader til møtet: Ingen merknader.

Merknader til innkalling og sakliste: Ingen merknader

Innkalling utsendt pr. e-post 14.01 2010. Saksframlegg publisert på internettløsningen for styresaker.

Sak 01/2010 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 17.12 09

Protokoll

Steinar Aspli viste til protokollen.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak

Møteprotokoll fra styremøte 17.12.09 godkjennes uten anmerkninger.

Sak 02/2010 Årlig melding 2009 for Helse Nord-Trøndelag HF

Protokoll

Administrerende direktør informerte om Helse Nord-Trøndelags oppfølging av styringsdokument for 2009 og Helse Nord-Trøndelags årlige melding til Helse Midt-Norge.

Spesialrådgiver Kristian Eldnes gikk gjennom detaljene i Årlig melding 2009 og fikk tilbakemelding fra styret på enkelte justeringer.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF vedtar Årlig melding 2009. Årlig melding 2009 oversendes Helse Midt-Norge RHF.
 2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF vil oversende ny strategi 2016 etter mars 2010 til Helse Midt-Norge RHF.
 3. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF forutsetter at strategi 2016 og strategi 2020 vil kunne gi ytterligere svar på hvordan en kan møte faglige og økonomiske utfordringer fram i tid i Helse Nord-Trøndelag HF
-

Sak 03/2010 Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge RHF 2009 - 2014

Protokoll

FoU-leder Ottar Bjerkeset gikk gjennom regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge, og satte denne i sammenheng med Helse Nord-Trøndelags egne strategier. Bjerkeset gjorde rede for hvordan kravet til avsetning av midler harmonerer med tidligere budsjett, samt nivå på forskningsproduksjonen.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak

Styret tar Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge RHF 2009 – 2014, til etterretning.

Sak 04/2010 Orienteringssaker

Protokoll

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 17.12.09 og 14.01.10
 - Asbjørn Hofslisliste til enkelte saker i protokollene.
2. Orientering om rehabilitering
 - Helsefaglig rådgiver orienterte om rehabiliteringsplass i helsetjenesten. Thorsvik gjorde videre rede for endringer i rehabiliteringskapasitet ved inngangen til 2010 og hvordan Helse Nord-Trøndelag møter situasjonen.
3. Orientering om drift desember 2009
 - Mads Berg gikk gjennom tilgjengelige data for drifts- og kvalitetsindikatorer for desember 2009.
4. Andre orienteringer
 - Helse Midt-Norge 2020
Asbjørn Hofslisliste redegjorde for utfordringsbilde som legges til grunn for strategiprosessen Helse Midt-Norge 2020. Hofslisliste gikk også gjennom faktagrunnlag som er utviklet.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak

Styret tar sakene til orientering.

Styret ber administrasjonen utarbeide en rapport som anviser konsekvenser av endret rehabiliteringssituasjon. Rapporten oversendes Helse Midt-Norge og legges fram til orientering for styret i neste møte.

Steinar Aspli

Margrete Mære Husby

Torgeir Schmidt-Melbye

Reidar Viken

Asbjørn Hofslisliste

Inger Anne Holm

Jørgen Selmer

Rolf G. Larsen

Elinor Kjørseth

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 06/2010 Styringsdokument 2010 for Helse Nord-Trøndelag HF og
Foretaksmøteprotokoll. Oppfølging.

Saken behandles i:
Styret

Møtedato
22. februar 2010

Saksnr.
06/2010

Saksbeh.: Kristian Eldnes
Arkivkode:
Arkivsaksnr.:

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar redegjørelsen om eiers overordnede styringsbudskap, gjennom styringsdokument for 2010 og foretaksmøteprotokoll av 10.02.10 til etterretning.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar forslaget fra administrerende direktør til oppfølging av styringsdokumentet for 2010 og foretaksmøteprotokollen av 10.02.10 til etterretning.

SAKSUTREDNING:

Sak 06/2010 Styringsdokument 2010 for Helse Nord-Trøndelag HF og Foretaksmøteprotokoll. Oppfølging.

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Styringsdokument 2010 for Helse Nord-Trøndelag HF.
2. Protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag HF 10.02.10. Krav og rammer.

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Oppdragsdokument 2010 for Helse Midt-Norge RHF fra Helse og omsorgsdepartementet.

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Helse Nord-Trøndelag HF fikk overlevert Styringsdokument for 2010 i foretaksmøte 10.02. 2010.

Styringsdokumentet bygger på

- Oppdragsdokument 2010 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 10.02.10 i henhold til protokoll av samme dato og tidligere styringskrav som er relevante.

Styringsdokumentet for 2010 inneholder de vilkår og forutsetninger som ligger til grunn for bevilgningen til Helse Nord-Trøndelag HF sin virksomhet i 2010 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 !

Manglende oppfølging av styringskrav gitt for 2009, jfr rapportdel i årlig melding skal realiseres i 2010. Dette vil bli fulgt opp gjennom dialogmøter med Helse Midt-Norge RHF.

Helse Midt-Norge RHF forutsetter at Helse Nord-Trøndelag HF setter seg inn i St.prp.nr.1 og oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til det regionale helseforetaket.

FAKTISKE OPPLYSNINGER OG DRØFTING

Administrerende direktør har i sin oppfølging av eiers samlede styringsbudskap for 2010 lagt til rette for at budskapet skal forankres i hele helseforetaket og i tråd med Helse Midt-Norges overordnede krav og rammer.

Operasjonalisering og ansvarsavklaring som er foretatt av alle oppgaver og styringsparametre i styringsdokumentet og protokoll for foretaksmøtet skal sørge for at tiltakene blir fulgt opp og vurdert for iverksetting og gjennomføring samt at nødvendige rapporteringsdata blir levert til rett tid.

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

OPPBYGGING OG RAPPORTERINGSKRAV

Styringsdokumentet har en oppbygning der de langsiktige og overordnede målene blir omtalt i en innledning under hver overskrift. Deretter følger oppgaver og styringsparametre for 2010 som skal bidra til å oppfylle de langsiktige målene. Relevante målsettinger og krav gitt i tidligere styringsdokument er gjeldende. Langsiktige mål under kap. 5 er skrevet inn i dokumentet til orientering, selv om det ikke er knyttet spesielle oppdrag til dette målet i 2010.

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 2010 og i protokoll fra foretaksmøte.

Det skal fremgå av årlig melding at brukerutvalget har vært med i utformingen og har behandlet den.

Frist for innsendelse av styrets årlige melding er 20.1.2011.

ØKONOMISKE OG ANDRE KONSEKVENSER

Resultatkrav og driftskreditt

Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2010 levere et regnskapsmessig resultat i 0 eller bedre.

I 2010 har Helse Nord-Trøndelag HF vedtatt et budsjett med behov for omstillingstiltak på 58,4 mill.kr. for å komme i balanse.

Det påpekes fra Helse Midt-Norge RHF at Helse Nord-Trøndelag HF har en betydelig omstillingsutfordring i 2010, men at en også har et potensiale for å forbedre sin produktivitet sammenlignet med andre helseforetak. 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.

Det påpekes at resultatkravet kan bli justert med bakgrunn i endring i pensjonskostnader som følge av endring i økonomiske forutsetninger.

Helse Nord-Trøndelag HF skal i løpet av 2010 ikke ha en driftskreditt som overstiger 150 mill.kr. Denne rammen kan bli fastsatt lavere av administrasjonen i Helse Midt-Norge RHF i løpet av året.

Internkontroll- og risikostyring

Rapport fra styrets gjennomgang av intern kontroll og risikostyring skal forelegges Helse Midt-Norge RHF ved rapporteringen for 2.tertial 2010.

Administrerende direktør vil fremme dette som en egen sak for styret ved 2.tertialrapporteringen.

I tillegg vil det bli fulgt opp med risikostyring og internkontroll som en del av den samlede mål- og resultatstyringen.

Særskilte rapporteringsfrister vil bli fulgt opp og egne rapporter fremlagt for styret der det er naturlig.

Investeringsmidler - /anlegg

Helse Midt-Norge RHF har holdt tilbake investeringsmidler til særskilte ENØK tiltak og medisin teknisk utstyr. (MTU)

Helse Nord-Trøndelags investeringsplaner for MTU har i mange år vært basert på langsiktige planer for fornyelse av foretakets utstyrspark. Med utgangspunkt i utstyrets økonomisk og teknisk levetid, som gjenspeiles i avskrivningskostnadene, er det behov for årlige fornyelser for om lag 35 mill kroner. Administrerende direktør har på dette grunnlag fordelt investeringsrammer til foretakets klinikker med regler for overføring av mindre- eller merforbruk fra ett år til neste. Kostnader knyttet til avskrivninger, kalkulatoriske renter og/eller leasing for MTU blir også belastet de enkelte avdelingene/klinikkene. På denne måten blir klinikkene ansvarliggjort for kostnader og standard knyttet til utstyrsparken.

Administrerende direktør ser med beklagelse på at Helse Midt-Norge RHF har redusert rammen til MTU-investeringer for 2010 og at det legges opp til en prosess der foretakene skal argumentere for og konkurrere om begrensende midler. En fordeling av tilgjengelige midler mellom foretakene etter en standard nøkkel ville, etter administrerende direktørs syn, ha ansvarliggjort foretakenes ansvar for eget MTU på en bedre måte.

Foretaksmøtet presiserte at behovet for utbedring og nybygg av landingsplasser for helikoptre må vurderes i forbindelse med planleggingen av byggeprosjekter.

Midler til psykisk helsevern

Det er på regionnivå holdt av 35 mill.kr. til psykisk helsevern til senere fordeling. Disse midlene kan utløses gjennom en dokumentasjon av at aktivitetsutviklingen er større enn kostnadsutviklingen.

FoU-midler

Helse Nord-Trøndelag HF har fått tildelt 4,898 mill.kr. i regional økning FoU. Videre kan det søkes på forskningsmidler til Samarbeidsorganet som disponerer 129,328 mill.kr. under Helse Midt-Norge RHF.

Omfordeling av rentekostnader

I år bidrar Helse Nord-Trøndelag HF med omfordeling av rentekostnader på langsiktige lån på 31 % av budsjettert rentekostnad på langsiktige lån. Dette medfører en overføring fra rammen til Helse Nord-Trøndelag HF til St.Olav Hospital på 5,897 mill.kr.

Opphør særskilt finansiering

Særskilt finansiering som var gitt for fedmebehandling og prosjektet "Kropp og selvfølelse" er opphørt og inngår i basisrammen for 2010. Begge tiltakene skal videreføres innenfor basisrammen.

Betaling nukleærmedisinske tjenester

Nytt av året er at Helse Nord-Trøndelag HF skal betale 500000,-kr. til St.Olav Hospital for nukleærmedisinske tjenester, regionale oppgaver.

Særtilskudd turnustjeneste

Det er gitt et eget tilskudd til turnustjeneste på vel 1 mill.kr. i 2010. Hoveddelen av kostnader for kandidater i turnustjeneste i sykehus dekkes imidlertid av basisbevilgningen.

For øvrige elementer finansiert særskilt over basisrammen vises til tabell 2 i styringsdokumentet, side 7.

I styringsdokumentet 2010 er det 48 oppgaver som er skissert. Dette er alt fra konkrete tiltak som skisserer en enkelt handling til vide oppgaver som krever ytterligere konkretisering, operasjonalisering og iverksetting av en rekke tiltak.

Helse Nord-Trøndelag HF har som en av oppgavene i 2010 fått i oppdrag å etablere en allmennrusavdeling i samarbeid med Rusbehandling Midt-Norge HF. Fra og med 2011 skal Helse Nord-Trøndelag HF dele driftskostnadene med Rusbehandling Midt-Norge RHF i samsvar med tidligere gitte forutsetninger.

For øvrige oppgaver vises det til styringsdokumentet 2010.

Videre er det i styringsdokumentet listet opp 15 styringsindikatorer som krever jevnlig oppfølging med korrektive tiltak der mål og resultat ikke nås.

For eksempel vil indikatoren: Andel strykninger av planlagte operasjoner (mål 5 %) kreve at det iverksettes tiltak for å bringe dagens resultat på vel 8,5 % nedover mot målet.

I tillegg til de 15 styringsindikatorene som er listet opp i styringsdokumentet fra kapittel 4 og utover vil administrerende direktør rapportere på indikatorer for økonomisk resultat, aktivitet innafor somatikk og psykiatri og sykefravær.

Styringsparametrene i styringsdokument 2010 er delt i to. Foruten de som er nevnt ovenfor er det en kategori som skal rapporteres i Årlig melding. Her er det listet opp 23 styringsindikatorer i dokumentet for 2010. Også disse indikatorene krever oppfølging og et system gjennom hele året. Som eksempel kan nevnes en ny indikator: Andel pasienter med hjerneslag som får trombolyse ved de enkelte helseforetak.

Som tidligere nevnt i denne saksutredningen følges alle oppgaver og styringsparametre opp via et eget system i virksomhetsportalen, som er utviklet av Helse Midt-Norge RHF.

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 forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas på en god måte, og at disse oppgavene underbygger god og forsvarlig pasientbehandling.

Levanger, 15.februar 2010

Arne Flaas
Adm.direktør
Sign.

Styringsdokument 2010 for Helse Nord-Trøndelag HF

Stjørdal, 10. februar 2010

Innhold

1.	Innledning	4
2.	Tildeling av midler	5
2.1	Resultatkrav	5
2.2	Fordeling av inntekter 2010	6
2.3	Raskere tilbake	8
2.4	Investeringsramme 2010	8
2.5	Likviditet	8
3.	Aktivitet	9
4.	Kvalitet, prioritering og pasientrettigheter	10
4.1	Kvalitetsforbedring	10
4.2	Prioritering	11
4.3	Pasientsikkerhet – trygge og sikre tjenester	11
4.4	Tilgjengelighet og brukervedvirkning	11
5.	Pasientbehandling	12
5.1	Helhetlige pasientforløp og samhandling	13
5.2	Psykisk helsevern	13
5.3	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB)	15
5.4	Habilitering og rehabilitering	15
5.5	Områder med særskilt fokus	16
5.5.1	Kronisk smerte	16
5.5.2	Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)	16
5.5.3	Organdonasjon/transplantasjon	16
5.5.4	Cochleaimplantasjon/rehabilitering	16
5.5.5	Prehospitale tjenester	16
5.5.6	Nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten	16
5.5.7	Lands- og flerregionale og overnasjonale funksjoner	17
5.5.8	Smittevern	17
5.5.9	Beredskap	18
5.5.10	Sykelig overvekt	18
6.	Utdanning av helsepersonell	18
7.	Forskning	19
7.1	Forskning	20
7.2	Innovasjon	20
8.	Pasientopplæring	21
9.	Forholdet til Helsedirektoratet	22

10.	Oppfølging og rapportering.....	22
11.	Vedlegg 1: Utdanning av helsepersonell – dimensjonering.....	23

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. 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 innenfor den ramme som er gitt i dokumentet og i samsvar med lover og forskrifter.

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 ventetidene til utredning/diagnostikk og behandling reduseres. Dette forutsetter at det rettes særskilt oppmerksomhet på den polikliniske virksomheten. Det er en forutsetning at Helse Nord-Trøndelag HF i 2010 leverer et økonomisk resultat som angitt i kapittel 2 i dette dokumentet. Dersom krav til økonomisk resultatoppnåelse og gjennomføring av aktivitetskravet kommer i konflikt med hverandre, skal økonomisk resultatoppnåelse prioriteres foran andre oppgaver. Helse Nord-Trøndelag HF må i så fall dokumentere at den interne produktiviteten minst er på nivå med året før.

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 innvandrergupper. Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt. Samiske pasienters rett og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas.

Lover, forskrifter og andre myndighetsvedtak utgjør rammene for helsetjenesten. Helse Nord-Trøndelag HF skal ha dokumenterte systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivningen. For å sikre at avvik fra tilsyn og andre uønskede hendelser blir fanget opp i hele organisasjonen, må Helse Nord-Trøndelag HF legge til rette for at hele organisasjonen lærer kollektivt av feil og systemsvikt.

Det vises til St. meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid, som er planlagt behandlet i Stortinget 24.4.2010. Helse Nord-Trøndelag HF bes om at samhandlings- og koordineringsfunksjonen får en like tydelig ledelsemessig og organisatorisk forankring som de spesialiserte funksjonene har i dag.

Regjeringens samhandlingsreform legger til rette for at spesialisthelsetjenesten i samarbeid med kommunene skal utvikles i en spesialisert retning i kombinasjon med vekt på standardiserte behandlingsforløp og pasientenes behov for koordinerte tjenester. Dette er i tråd med Helse Midt-Norges strategi og et viktig innsatsområde framover for å sikre god pasientbehandling og effektiv bruk av helsekronene. Helse Nord-Trøndelag HF bes om, i samarbeid med kommunene å prioritere videreutvikling av standardiserte pasientforløp i 2010.

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 helseforetaket orienterer seg om Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til RHF'et.

Styringsdokumentet har en oppbygning der de langsiktige og overordnede målene blir omtalt i en innledning under hver overskrift. Deretter følger oppgaver og styringsparametre for 2010 som skal bidra til å oppfylle de langsiktige målene. Relevante målsettinger og krav gitt i tidligere styringsdokument er gjeldende. Langsiktige mål under kap. 5 er skrevet inn i dokumentet til helseforetaket til orientering, selv om det ikke er knyttet spesielle oppdrag til dette målet i 2010.

Helse Midt-Norge RHF sender ut Årlig brev til avtalespesialistene i regionen. 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.

2. Tildeling av midler

Grunnlaget for Helse Nord-Trøndelag HF's inntekter fremgår av styresak 111/09 i HMN. Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2010 basere sin virksomhet på tildelte midler som følger av tabell 1.

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 dekker 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 Helse Nord-Trøndelag HF er seg dette bevisst for å kunne oppnå tilfredsstillende kostnadskontroll.

Helse Midt-Norge har et ambisiøst investeringsnivå i årene som kommer. For å kunne realisere dette er det av avgjørende betydning at Helse Nord-Trøndelag HF bidrar med sin del gjennom å levere et økonomisk resultat i samsvar med det krav som fremgår av kapittel 2.1.

Helse Nord-Trøndelag HF har en betydelig omstillingsutfordring i 2010, men har også et potensiale for å forbedre sin produktivitet sammenlignet med andre helseforetak. 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 mv.

2.1 Resultatkrav

Styret i Helse Midt-Norge RHF har vedtatt et budsjett (sak 03/10) med krav om resultatmessig overskudd på 269 mill kroner i 2010. 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. Foretaket 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 2010 levere et regnskapsmessig resultat i 0 eller bedre.

2.2 Fordeling av inntekter 2010

Tildelingen som er angitt nedenfor gir rammer for den virksomheten foretaket skal gjennomføre i 2010. Det forutsettes at beløpet skal ta høyde for samlet lønns- og prisvekst i 2010.

Fedmebehandling

Særskilt finansiering knyttet til fedmebehandling var 1,833 mill kr i 2009. Finansieringen av fedmebehandling inngår i basisramme fra 2010.

Kropp og selvfølelse

Helseforetaket skal videreføre tiltaket "Kropp og selvfølelse" i hht foreliggende planer. Tiltaket var tidligere særfinansiert direkte fra Helsedirektoratet. Fra 2009 opphørte dette, og Helse Midt-Norge fikk i oppdrag å finansiere og videreutvikle kompetanseprogrammet innen grunntilskuddets ramme. Dette ble gjort ved tildeling av særlige midler fra RHF-et i 2009. For 2010 må dette tilbudet finne sin finansiering innen basisrammen slik tildelt Helse Nord-Trøndelag.

Nukleærmedisin

St. Olavs Hospital HF skal utføre regionale oppgaver innenfor nukleærmedisin. Helse Sunnmøre HF, Helse Nordmøre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra med kr. 500.000,- hver, til sammen kr.1.5 millioner, for å dekke aktuelle driftsutgifter. St Olavs Hospital HF fakturerer halvårlig pr 30.06.10 og 31.12.10.

Tilskudd til turnustjeneste

I 2010 er det lagt inn 1,034 mill kr til finansiering av turnustjeneste. Fordeling av ramme etter antall lege og fysioterapi turnuskandidater. Tilskuddet skal kompensere for å ha turnuskandidater i klinisk tjeneste, veilederprogrammer og kurs for turnuskandidatene. Hoveddelen av kostnadene for kandidater i turnustjeneste i sykehus dekkes imidlertid av basisbevilgningen.

Psykisk helsevern

Det er på regionnivå holdt av 35 mill kr til psykisk helsevern til senere fordeling. Disse midlene kan utløses gjennom en dokumentasjon av at aktivitetsutviklingen er større enn kostnadsutviklingen. Den konkrete utforming og definisjon av hva som skal inngå i aktivitetsberegningene som skal ligge til grunn for tildelingen vil skje gjennom en prosess mellom Helse Midt-Norge og helseforetaket. Helse Midt-Norge vil ta initiativ til denne prosessen. Det vil i sammenheng med dette bli definert på hvilket tidspunkt i 2010 den senere fordelingen vil kunne skje.

Tabell 1

Inntektsramme budsjett 2010

(beløp i 1 000 kr)	HNT
Somatikk	719 209
Psykisk helsevern	362 898
Særfinansiering	476 701
Sum ramme	1 558 809
ISF inntekt	422 282
Postdiagnose	2 894
Polikliniske refusjoner	54 587
Sum ramme og estimert ISF og poliklinikk	2 038 341
Tilskudd tumusje neste	1 034
Sum bevilgning, jf Prop 1 S (2009-2010)	2 039 375
Gjestepasientinntekt	15 825

I 2010 har Helse Nord-Trøndelag HF fått følgende elementer finansiert særskilt over basisrammen:

Tabell 2

Fordeling 2010 (1 000 kr)	Helse Nord-Trøndelag HF
Pasienttransport	87 602
Regionalt kjørekontor/Pasientreise ANS	4 802
Ambulanser	111 270
Diverse befolkningsrelaterte og spesielle komponenter	48 125
FOU (forskning, utdanning, med komp, sentre)	4 898
Inntekt til ekte pensjonskostnader	88 441
Tilskudd differensiert arbeidsgiveravgift	4 921
Omfordeling lånerente	-5 897
Tilbakøring basisramme tilsvarende avdrag langsiktige lån	30 969
Avskrivningsmidler:	
Basis avskrivningsmidler	96 279
Sum	471 209
Psykisk helse:	
Nettverk for spiseforstyrrelser	694
Regionale funksjoner, psykisk helsevern (spiseforsø)	4 798
Sum	5 492
Totalt	476 701

Pasienttransport

Inntekter til finansiering av pasienttransportkostnader er fordelt med bakgrunn i kostnad 2006. I tillegg er det foretatt en korrigering av grunnlaget med bakgrunn i endring i områder mellom Helse Nord-Trøndelag HF og St Olavs Hospital HF.

Regionalt kjørekontor

Høsten 2009 har HMN gradvis overtatt ansvar for enkeltoppgjør i henhold til pasientrettighetsloven fra NAV og i 2010 har helseregionene totalansvar for hele området. Tildelt ramme går til oppgjørskontor i eget foretak for foretakets håndtering av enkeltoppgjør. For prosjekt til direkteoppgjør vil foretaket motta egne prosjektmidler fra HMN.

Ambulansedrift

Fordeling av midler til finansiering av ambulansedrift er basert på faktiske kostnader for kontrakter med eksterne aktører. I finansieringsgrunnlaget inngår både bil- og båtambulanser.

Diverse befolkningsrelaterte og spesielle komponenter (Behandlingshjelpemidler)

Ansvar for behandlingshjelpemidler er en regional ordning som administreres av St. Olavs Hospital. Det enkelte foretak er ansvarlig for kostnader knyttet til behandlingshjelpemidler.

Forskning og utdanning

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

- 4,898 mill i regional økning FoU

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

Det er videre satt av 129,328 mill kr 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 tilsvarer en omfordeling etter basisramme 2009 på 40,5 mill kr. Dette medfører en omfordeling av rammen fra Helse Nord-Trøndelag HF til St Olavs Hospital HF på totalt 5,897 mill kr.

2.3 Raskere tilbake

Helse Midt-Norge har i 2010 fått tildelt 101,052 mill kroner knyttet til ordningen ”Raskere tilbake”, herav 3,7 mill kr til videreføring av utdanningskapasiteten ved arbeidsmedisinsk avdeling og 36,1 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 2010

Helse Nord-Trøndelag HF har i 2010 fått tildelt 60,1 mill kr i investeringsramme i henhold til tabellen under. Investeringsrammen utbetales som avskrivningsmidler med fradrag for likviditet fra salg av eiendom.

Tabell 3

<i>tall i 1000 kroner</i>	
Samlokalisering psykisk helsevern Namsos	50 000
HMS-tiltak	3 700
Inventar og annet	1 400
Egenkapitalinnskudd KLP	5 000
Investeringsramme Helse Nord-Trøndelag HF	60 100

I tillegg kan helseforetaket få tildelt investeringsmidler til særskilte ENØK-tiltak og medisin teknisk utstyr etter søknad.

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.

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.

Da Helse Nord-Trøndelag HF ikke nådde aktivitetsmålet i 2009, er det avgjørende at aktivitetsnivået fortløpende blir fulgt opp i 2010. Ved ev. målkonflikt mellom aktivitetsmåloppnåelse og tildelte ressurser, er det de tildelte ressurser som gjelder. Dette under forutsetning av at produktiviteten kan dokumenteres minst på nivå med året før. HMN vil også kunne ta opp spørsmålet om mulig avkortning av basisinntekten dersom avvik fra aktivitetsmålsettingen blir for stort.

Aktivitetsmål psykisk helsevern

Fra og med 2011 vil inntektene bli fordelt etter aktivitet. For 2010 har styret for Helse Midt-Norge beskrevet krav til vekst i aktivitet og produktivitet. Dette nødvendiggjør at man har konkrete aktivitetsmål. I psykisk helsevern er det uklare definisjoner av hvordan aktiviteten skal måles. Dette gjelder særlig typer tiltak som ambulant virksomhet. Det vil derfor være nødvendig å gjennomføre et arbeid som klargjør dette før 2011. Det er også behov for å beskrive bedre og definere tydeligere hva som skal være registreringspraksis for å kvalitetssikre aktivitetsmålene. Dette er et arbeid som er startet i et samarbeid mellom RHF-et og helseforetakene. I tillegg må helseforetakene i løpet av første halvår 2010 initiere et arbeid som skal ha som mål å beskrive aktivitetsnivå og produktivitet for 2010 og hvordan aktivitetsøkning og produktivitetsøkning skal skje. Helse Midt-Norge RHF vil koordinere dette arbeidet. Konklusjonene må rapporteres til RHF-et innen utgangen av første halvår 2010. I disse konklusjonene må det inngå en vurdering av hvordan og på hvilket nivå måltallene for 2011 kan settes i forhold til en langsiktig målsetting om at aktivitetsnivået skal være på nivå med det basisrammen tilsier iberegnet en årlig produktivitetsvekst.

Ut fra ovenstående vil det ikke bli definert konkrete aktivitetsmål for 2010. Imidlertid vises det til tildelingskapitlet (2.2 Fordeling av inntekter 2010), der 35 mill er holdt av til senere fordeling. Dersom foretakene i år skal bruke hele basisrammen for psykisk helsevern innenfor VOP og BUP, og samtidig opprettholde minst samme produktivitet som tidligere, vil det kreves en aktivitetsvekst som er langt høyere enn den som i utgangspunktet var drøftet i dialog med foretakene. Bl.a. med tanke på tilgangen på fagpersonell vil det være urealistisk å sette måltallene på dette nivået allerede i 2010. Det vil likevel framover bli satt stort fokus på å bygge opp aktiviteten i psykisk helsevern med sikte på å komme opp på ovennevnte nivå innen kortest mulig tid.

Aktivitetsmål somatikk

Helseforetakets aktivitetsmål knyttet til somatikk settes for 2010 til følgende; ref styresak 111/09

Tabell 4

Aktivitetskrav somatikk 2010	Helse Nord-Trøndelag HF
DRG-poeng sørge for	27 388
DRG-poeng fra pasienter i andre regioner	550
Samlede DRG-poeng 2010	27 938

4. Kvalitet, prioritering og pasientrettigheter

4.1 Kvalitetsforbedring

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess som må forankres organisatorisk hos ledelsen på alle nivå i tjenesten. Forebygging, behandling og rehabilitering skal være basert på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap og erfaring om effektive tiltak for å oppnå helsegevinst.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal styrkes ved å videreutvikle felles løsninger for bedre effektivitet, bedre datakvalitet og bedre utnyttelse av data til kvalitetsforbedring og forskning.

Pasienter med behov for oppfølging må sikres at informasjon fra sykehusoppholdet (epikrise) sendes tidsnok til å sikre kontinuitet i behandlingen.

Barn som pårørende skal sikres god oppfølging når foreldrene er innlagt i sykehus.

Innen akuttpsykiatri er det ikke faglig forsvarlig å ha korridorpasienter.

Det er fortsatt stor variasjon i forskrivningspraksis av legemiddelgruppen TNFhemmere mellom ulike sykehus. Nasjonale faglige retningslinjer er godt kjent og har høy legitimitet i fagmiljøet, men de har ikke bidratt til større grad av likhet i forbruk mellom regionene.

Arbeidet til kliniske etikkomiteer skal videreføres.

Oppgaver

- Sikre at barn som pårørende får god oppfølging når foreldre er innlagt i sykehus ved å oppnevne barneansvarlig personell
- Helseforetakene skal verifisere samsvar mellom praksis og retningslinje gjennom internrevisjoner. I 2010 skal bruk av av TNF-hemmere revideres
- Helseforetakene skal iverksette tiltak for å redusere sykehusinfeksjoner fra foregående år. Måleindikatoren er den nasjonale kvalitetsindikatoren for prevalens av sykehusinfeksjoner

Styringsparametre:

Indikator produseres løpende i GSS og rapporteres månedlig med kommentarer

- Andel epikriser sendt innen syv dager etter utskrivning (mål: minst 80 %).
- Andel korridorpasienter (mål: ~ 0).
- Andel strykninger av planlagte operasjoner (mål: <5 %).

Rapporteres i årlig melding

- Prevalens av sykehusinfeksjoner (mål: skal reduseres).
- Antall helseinstitusjoner (somatiske sykehus, institusjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige) som har barneansvarlig personell.

4.2 Prioritering

Pasienter skal sikres et likeverdig tilbud av god kvalitet uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi, diagnose og etnisk bakgrunn. Prioriteringsveilederne skal legges til grunn for å sikre enhetlig vurdering av rett til nødvendig helsehjelp.

Oppgaver

- Helseforetaket skal etablere en praksis hvor tildeling av rett til nødvendig helsehjelp, i løpet av året, nærmer seg nasjonalt nivå.

Styringsparametre:

Tertialvis rapportering

- Andel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp.

4.3 Pasientsikkerhet – trygge og sikre tjenester

Antall feil og uønskede hendelser i helsetjenesten skal reduseres. 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.

Oppgaver:

- Helseforetaket skal aktivt bruke avvikshendelser i kvalitetsforbedringsarbeidet (inkl NPE-meldinger, tilsynsrapporter mm).
- Helseforetaket skal etablere ordninger som gir sikker legemiddelbruk i pasientforløpene
- Helseforetakene skal implementere *Håndbok i legemiddelhåndtering* i samarbeid med sykehusapoteket.
- Helseforetaket skal sammen med sykehusapotekene etablere systemer som sikrer kontinuitet i legemiddelbehandlingen ved utskriving. Dette innebærer informasjon, nødvendige legemidler og utstyr ved utreise
- Helseforetaket skal en gang pr år legge frem for HF-styret en sak som viser oversikt over avvik, korrigerende tiltak og hva en ha lært av det.

4.4 Tilgjengelighet og brukarmedvirkning

Tjenestene må være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Det innebærer både fysisk tilgjengelighet, og tilgjengelighet knyttet til kulturell og språklig forståelse.

Helse Nord-Trøndelag HF skal innenfor sine økonomiske rammer iverksette tiltak for å redusere ventetidene til behandling.

Brukere skal sikres medvirkning i egen helsehjelp, og medvirke i utviklingen av helsetjenester på systemnivå.

Handlingsplan for brukarmedvirkning i Helse Midt-Norge (2010-2015) *angir delmål og tiltak* som skal legges til rette for at spesialisthelsetjenesten utformes i samarbeid med brukerne, og at helsetjenesten nyttiggjør seg resultater av brukarmedvirkning.

Oppgaver:

- Helse Nord-Trøndelag HF skal sikre at pasienter og pårørende informeres om klageadgang

- Helse Nord-Trøndelag HF skal sikre at publikum får god informasjon om de mest vanlige behandlingstilbudene
- Helseforetakene skal følge opp og rapportere på Handlingsplan for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge (2010-2015)

Styringsparametre:

Tertialvis rapportering

- Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker (mål: 100 %).
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen somatikk (mål: skal reduseres).
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP) (mål: skal reduseres).
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP) (mål: skal reduseres).
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere (TSB) (mål: skal reduseres).
- Andel pasienter som er vurdert innen 30 dager (mål: 100 %).
- Andel pasienter innen BUP som er vurdert innen 10 dager (mål: 100 %).
- Andel rettighetspasienter som gis behandling innen 65 dager i psykisk helsevern og/ eller TSB for personer under 23 år (mål: 100 %).
- Antall pasienter som har fått tildelt individuell plan (mål: skal økes).
- Andel fristbrudd for rettighetspasienter (mål: skal reduseres).

5. Pasientbehandling

Det er nødvendig med fortsatt utvikling og omstilling av spesialisthelsetjenestetilbudet for å møte endringer i sykkelighet, i alders- og befolkningssammensetning, ny medisinsk teknologi og endret pasientrolle. Arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus skal videreføres.

Ved omstilling av spesialisthelsetjenestetilbudet må det legges til rette for gode prosesser. Lokale løsninger må utformes i samarbeid med brukere, ansatte i foretaket, politisk ledelse i berørte kommuner og kommunchelsetjenesten.

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 kommunens samlede helse- og omsorgstilbud.

Fagområdet ernæring inngår som en del av både forebygging, behandling, habilitering og rehabilitering av en rekke sykdommer. Helseforetakene skal sikre at fokus på ernæring inngår i det samlede tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten.

Arbeidet med oppfølging av strategier skal fortsette i 2010. For 2010 gjelder blant annet 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 KOLSområdet (2006-2011), Strategiplan 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) og Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade 2009 - 2014.

Det forutsettes at en arbeider målrettet mot prioriterte pasientgrupper som syke eldre, kronisk syke, og pasienter med sammensatte lidelse.

I tillegg forventes det at man har fokus på overholdelse av behandlingsfrister og grupper med lang ventetid. Dette vil bli fulgt opp i dialogmøtene.

5.1 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 behandlingsskjeder og pasientforløp som ivaretar god behandlingskvalitet. 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), og andre samhandlingsprosjekter skal vektlegges der dette er hensiktsmessig.

Sommer- og feriestengninger av fødetilbudet skal ikke skje pga. økonomiske årsaker alene. Det kan stenges dersom det ikke lar seg gjøre å avvike lovpålagt ferie forsvarlig, men stengningsperioden skal gjøres kortest mulig, og det skal iverksettes nødvendige tiltak for å sikre forsvarlighet i samarbeid med kommunene og andre helseforetak.

Oppgaver:

- Helseforetaket skal ha rutiner og kompetanse som sikrer at ernæring er en integrert del av behandlingstilbudet og at veiledningsoppgaven ovenfor kommunene ivaretas på ernæringsområdet.
- Helseforetaket skal samarbeide med andre HF for å redusere negative konsekvenser av ev sommerstengning av fødetilbud.
- Helseforetakene får ansvar for følgetjeneste for gravide til fødeinstitusjon fra 1.1.2010. Helseforetaket skal delta i regionalt arbeid med å definere krav til overtakelsen.
- Helseforetaket skal videreutvikle perinatalkomiteens rolle som ledd i å styrke kvalitetsarbeidet.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak på systemnivå for at veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten ivaretas. Dette innebærer f. eks å etablere systemer som sikrer god tilgjengelighet til kompetent faglig rådgiving for fastleger og leger i vakt, og systemer som sikrer at kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten er en integrert del av all ambulant virksomhet.
- Helseforetaket skal være i dialog med kommunene i arbeidet med å utvikle tjenestetilbudet til pasientene.

Styringsparametre:

Rapporteres i årlig melding

- Andel pasienter med hjerneslag som får trombolyse ved de enkelte helseforetak.

5.2 Psykisk helsevern

Det overordnede målet i psykisk helsearbeid er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Det er fremdeles behov for omstilling av psykisk helsevern fra hovedtyngde på døgn/institusjonsbehandling til mer utadrettet og ambulant tjeneste og oppfølging, og Helse Nord-Trøndelag HF skal derfor videreføre arbeidet med omstilling slik at sykehusfunksjonene

blir spisset og de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS) blir i stand til å utføre de oppgaver som forventes.

Tilbudet til barn og unge skal prioriteres. Brukermedvirkning skal være det bærende prinsippet i organisering av det psykiske helsevernet, noe som innebærer at individuell plan må bli mer utbredt.

Det forutsettes at Helse Nord-Trøndelag HF er kjent med og følger opp Helsetilsynets rapport om DPS: "Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet?" (4/2009).

Helse Nord-Trøndelag HF skal i samarbeid med kommunehelsetjenesten redusere bruk av tvang og sørge for at praksis samsvarer med gjeldene helselovgivning.

Oppgaver:

- Helseforetaket skal sørge for å følge opp lovendring som krever at det for alle helseinstitusjoner innen spesialisthelsetjenesten fra 01.01.10 skal oppnevnes "barneansvarlig personell".
- Helseforetaket skal følge opp de retningslinjer som kommer i forbindelse med ny Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang. Helseforetaket skal i samarbeid med kommunehelsetjenesten redusere bruk av tvang og sørge for at praksis samsvarer med gjeldende helselovgivning.
- Helseforetaket skal sørge for at rusproblemer hos pasienter som henvises til psykisk helsevern skal undersøkes, og det skal iverksettes tiltak for å sikre at disse pasientene får et helhetlig behandlingstilbud for sin rusmiddelavhengighet.
- Helseforetaket skal arbeide aktivt for at gode erfaringer fra brukerstyrte tiltak blir tatt i bruk ved alle DPS (Jfr. "Brukerorienterte alternativer til tvang" (SINTEF 2008) og "Brukerstyrte plasser" (Jæren DPS)).
- Helseforetaket skal arbeide aktivt for å etablere og realisere ambulante tilbud overfor både voksne og barn og unge enten ved etablering av egne ambulante team eller ved integrering av utvidet ambulant aktivitet innen eksisterende virksomhet.
- Helseforetaket skal øke aktiviteten i 2010 i forhold til 2008 og 2009. Det er et krav at produktiviteten også skal øke. Dette betyr at aktivitetsøkningen skal være større enn kostnadsøkningen. Det er et mål at den generelle aktivitetsutvikling skal være større på poliklinikk, ambulant virksomhet og dagbehandling enn på døgnbehandling. Helseforetaket forpliktes i stor grad til å prioritere utviklingen innen psykisk helsevern i forhold til både ressursgrunnlag og produktivitet.
- Helseforetaket skal videreføre arbeidet med "Familieambulatoriet" i regi av BUP. Tiltaket finansieres særskilt.

Styringsparametre:

Rapporteres tertialvis

- Antall tvangsinnleggelser per 10 000 innbyggere og prosentandel av tvangsinnleggelser per institusjon (mål: skal reduseres).

Rapporteres i årlig melding

- Andel ikke planlagte reinnleggelser i akuttpsykiatriske avdelinger innen 30 dager per 10 000 innbyggere (mål: skal reduseres).
- Andel og antall pasienter over 18 år behandlet i sykehus og DPS per 10 000 innbygger fordelt på døgninnleggelser, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste innen psykisk helsevern.
- Antall og andel pasienter over 18 år behandlet i dagtilbud og poliklinisk virksomhet (mål: skal økes).

- Antall konsultasjoner innen ambulant virksomhet for barn og voksne (mål: skal økes med 10 %).
- Prosentvis fordeling av årsverk mellom sykehus og DPS - tjenester innen psykisk helsevern (mål: andel årsverk innen DPS skal øke).
- Antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS per 10 000 innbyggere innen psykisk helsevern.

5.3 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB)

I tråd med Opptrappingsplan for rusfeltet (2007-2010) skal kvaliteten og kapasiteten innen TSB, inkludert legemiddelassistert rehabilitering (LAR) styrkes for å redusere ventetider og sørge for et sammenhengende behandlingsforløp, slik at det ikke oppstår ventetid mellom ulike deler av TSB (f. eks. avrusning og videre behandling). Rusbehandling Midt-Norge, HF skal sørge for at LAR inngår som en integrert del av øvrig TSB.

Den helsefaglige kompetansen i TSB skal styrkes.

Mange rusmiddelavhengige har også til dels omfattende psykiske lidelser. Arbeidet med å styrke samhandlingen mellom psykisk helsevern og TSB skal fortsette.

Forskning og kompetanse på rusfeltet skal styrkes

Oppgaver:

- Helseforetaket skal fokusere på å styrke kvaliteten og kapasiteten innen rusbehandling for å redusere ventetider og sørge for et sammenhengende behandlingsforløp, bl.a. slik at det ikke oppstår unødvendig ventetid mellom ulike deler av rusbehandlingen (f. eks. avrusning og videre behandling).
- Helseforetaket skal fokusere på å videreutvikle samarbeids- og samhandlingsaktivitetene mellom psykisk helsevern og rusforetaket.
- Helseforetaket skal i løpet av 2010 etablere en allmennrusavdeling i samarbeid med Rusbehandling Midt-Norge HF. Fra og med 2011 skal Helse Nord-Trøndelag HF dele driftskostnadene med Rusbehandling Midt-Norge HF i samsvar med tidligere gitte forutsetninger.

Styringsparametre:

Rapporteres i årlig melding

- Antall årsverk for leger, legespesialister og psykologer i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (mål: skal økes).
- Antall barn som fødes av kvinner i LAR-behandling og hva slags tilbud disse pasientene mottar.

5.4 Habilitering og rehabilitering

Oppfølging av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) skal bidra til at dette feltet får den posisjon som de overordnede helse- og velferdspolitiske mål tilsier. Det betyr at habilitering og rehabilitering må bli riktig og bedre prioritert innad i de ulike tjenesteområdene. Retningsgivende for arbeidet er helhetlige behandlings- og rehabiliteringsløp, samhandling og brukermedvirkning, tilgjengelighet og likeverdighet i tilbudet. En gjennomgang halvveis i strategiperioden viser at arbeidet med å gjennomføre flere tiltak er godt i gang. Arbeidet som er påbegynt og arbeid med områder som gjenstår forutsettes fullført i løpet av de to siste årene i strategiperioden.

Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for at alle de pasienter som har behov for habiliterings/rehabiliteringstjenester på spesialisert nivå skal kunne motta slike tjenester til riktig tid.

Oppgaver:

- Realisere regional plan for helhetlig habiliterings-/rehabiliteringstilbud til hørselshemmede, noe som blant annet vil kreve avtale mellom de ulike helseforetak og alle kommuner i aktuelle geografiske område
- Avdelinger som ivaretar rehabilitering skal som en del av driften utføre ambulerende tjenester

5.5 Områder med særskilt fokus

5.5.1 Kronisk smerte

Tilbudet til pasienter med kronisk smerte skal styrkes kapasitets- og kompetansemessig

5.5.2 Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)

Det skal sikres et adekvat tilbud om diagnostikk, behandling og rehabilitering, herunder tilbud om lærings- og mestringskurs, til pasienter med CFS/ME. Tilbudet skal utvikles i samarbeid med kommunene og Nasjonalt kompetansenettverk for CFS/ME. Det nyopprettede døgntilbudet til de sykeste pasientene med CFS/ME i Oslo Universitetssykehus HF skal tas i bruk.

5.5.3 Organdonasjon/transplantasjon

Det er et nasjonalt mål å øke antall organtransplantasjoner til 30 donasjoner per mill. innbyggere.

5.5.4 Cochleaimplantasjon/rehabilitering

Det er et nasjonalt mål at volumet på cochleaimplantatoperasjoner skal videreføres og at CI-opererte får rehabilitering og rehabilitering.

5.5.5 Prehospitale tjenester

5.5.6 Nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten

Nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten skal bidra til å heve kvaliteten på helsetjenestene som utføres, inkludert å utføre dem så kostnadseffektivt som mulig gjennom oppbygging og spredning av nasjonal kompetanse. Nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten skal sikre kvalitet i hele bredden av helsetjenesten, samtidig som spesialiserte oppgaver og nye trender ivaretas gjennom forskning og kompetanseoppbygging. Kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger skal i tillegg gi individuelle og familierettede tilbud.

Innen 1.3.2011 skal de regionale helseforetakene rapportere på nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten gjennom felles rapporteringssystem, jf. portalen på <http://hoyspesial.ihelse.net/HSliste.aspMidt-Norge> RHF. Rapporteringen skal være behandlet i

de faglige referansegruppene, og ligge til grunn for Helsedirektoratets årlige gjennomgang av rapporteringen fra de regionale helseforetakene.

I tråd med oppdraget, har de regionale helseforetakene i samarbeid, i regi av Helse Vest RHF, utarbeidet et helhetlig forslag til hvilke nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten det er behov for i et femårsperspektiv, og hvor disse bør lokaliseres. Helsedirektoratet er bedt om å vurdere forslaget, og gi en helhetlig anbefaling til departementet senest 15.3.2010. Det er lagt til grunn at Helsedirektoratet sikrer at forslaget behandles i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, og at berørte parter høres på en hensiktsmessig måte, jf. brev av 17.3.2008.

5.5.7 Lands- og flerregionale og overnasjonale funksjoner

Det er et nasjonalt mål å sikre lik tilgang til og bruk av landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og evt. overnasjonale tilbud om høyspesialisert pasientbehandling. Målet med etablering av en landsfunksjon eller en flerregional funksjon er å bidra til helsemessige tilleggsgevinster for pasienten ved økt faglig kvalitet, rettferdig og likeverdig tilgang til helsetjenester og kostnadseffektivitet i nasjonal sammenheng.

Innen 1.3. 2011 skal de regionale helseforetakene rapportere på lands- og flerregionale funksjoner gjennom felles rapporteringssystem, jf. portalen på <http://hoyspesial.ihelse.net/HSliste.aspMidt-Norge>. Rapporteringen skal være behandlet i de faglige referansegruppene, og ligge til grunn for Helsedirektoratets årlige gjennomgang av rapporteringen fra de regionale helseforetakene.

I tråd med oppdraget, har de regionale helseforetakene i samarbeid, i regi av Helse Vest RHF, utarbeidet et helhetlig forslag til hvilke lands- og flerregionale funksjoner det er behov for i et femårsperspektiv, og hvor disse bør lokaliseres. Helsedirektoratet er bedt om å vurdere forslaget, og gi en helhetlig anbefaling til departementet senest 15.3.2010. Det er lagt til grunn at Helsedirektoratet sikrer at forslaget behandles i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, og at berørte parter høres på en hensiktsmessig måte, jf. brev av 17.3.2008.

5.5.8 Smittevern

Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012) legger føringer for de regionale helseforetakenes og helseforetakenes arbeid med smittevern. Forskning på og overvåking av sykehusinfeksjoner og antibiotikabruk er et spesielt innsatsområde i oppfølgingen av strategien i 2010. De regionale helseforetakene må ha god oversikt over hva som rapporteres til regionale/nasjonale registre, prevalensundersøkelser, antall inngrep som overvåkes prospektivt (insidens) i de ulike foretak, og om data leveres databehandler innen fristen og hvordan data tilbakeføres til å kvalitetssikre tjenesten i det enkelte helseforetak. I denne sammenhengen har de regionale helseforetakene ansvar for å legge til rette for teknisk og personellmessige forhold for overvåking, og Helse Nord-Trøndelag HF har ansvaret for å levere kvalitetssikret materiale og kvalitetssikring i egen virksomhet.

Oppgaver

- Helseforetaket skal bruke data fra infeksjonsregistrene i sitt arbeid for å forbedre kvaliteten på pasienttilbudet.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for å rapportere forekomst av postoperative infeksjoner i samsvar med NOIS-veilederen.

5.5.9 Beredskap

Helse Nord-Trøndelag HF skal medvirke til kvalitet og samhandling i sektorens beredskaps- og smittevernarbeid i samarbeid med HMN, kommuner, fylkesmenn, Helsedirektoratet, Folkehelseinstitutt, Strålevernet og andre samarbeidspartnere.

Oppgaver:

- Helse Nord-Trøndelag HF skal håndtere og følge opp erfaringer fra ny influensa A (H1N1)
- Helse Nord-Trøndelag HF skal oppdatere og øve relevante deler av sine planverk i løpet av året

5.5.10 Sykelig overvekt

For å redusere ventetid og møte utviklingen av overvekt og fedme i befolkningen må behandlingstilbudet til pasienter med sykelig overvekt gradvis trappes opp (jf. Styret i Helse Midt-Norge RHF, sak 59/08).

Det forventes at helseforetaket øker kapasiteten slik at behovet for kirurgi ivaretas og at ventetiden for kirurgisk behandling reduseres.

Arbeidet med tverrfaglig overvektspoliklinikk for barn, unge og voksne skal fortsette. Der det er hensiktsmessig, anbefales etablering av poliklinikken i samarbeid med diabetesbehandling.

Plastikkirurgi må tilbys i samsvar med det øvrige behandlingstilbudet. Behandlingen kan gis i helseforetak og i samarbeid med de private sykehus som Helse Midt-Norge har avtale med.

Oppgaver:

- Tverrfaglig overvektspoliklinikk i skal være etablert i 2010
- Helseforetaket skal iverksette tiltak for å redusere ventetiden for kirurgisk behandling av sykelig overvekt

Styringsparameter:

Rapporteres i årlig melding

- Det skal rapporteres på antall opererte og ventetid på kirurgisk behandling

6. Utdanning av helsepersonell

Utdanning av helsepersonell er et sentralt virkemiddel for å sikre riktig kompetanse og tilstrekkelig antall helsepersonell i helsetjenesten, både på kort og lengre sikt.

Utdanningsoppgaver omfatter tiltak knyttet til grunnutdanning, turnustjeneste, videreutdanning, etterutdanning og spesialistutdanning. Ledelsesforankring og god organisering og veiledning av praksis- og turnusordningene bidrar til at helseforetakene framstår som gode og attraktive læringsarenaer. Etablerte samarbeidsorganer med utdanningsinstitusjoner og samarbeidsavtaler legger rammer for utdanningsoppgavene og tjenester som skal ytes. Særlig oppmerksomhet bør rettes mot behov for nye temaer i grunnutdanningene som oppfølging av nasjonale strategier og satsningsområder.

Vedlegg 1 viser aktivitetskravene Kunnskapsdepartementet har satt til universiteter og høyskoler. Behovet for praksisplasser er noe høyere enn aktivitetskravet fordi opptaket reflekterer et forventet frafall i studietiden. Samarbeidsorganene er viktige arenaer bl.a. for vurdering av antall praksisplasser. Også som følge av økningen i studieplasser i 2009, er det av stor betydning at samarbeidsorganene benyttes for å sikre tilstrekkelig og kvalitativt gode praksisplasser. De

regionale helseforetakene har et felles ansvar for tilrettelegging av praksisplasser for desentraliserte utdanninger og utdanninger som ikke er etablert i alle helseregioner.

Gjennom fordeling av legestillinger og tilrettelegging av effektive utdanningsløp har de regionale helseforetakene ansvar for at det utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene.

I Oppdragsdokument 2010 har Helse Midt-Norge RHF fått tildelt 7 nye LIS-hjemler. I tillegg vil det i løpet av inneværende år komme 12 nye geriatrihjemler på landsbasis.

Fordi de 10 hjemlene for 2009 ikke er fordelt på de ulike HF, vil de fordeles sammen med hjemlene for 2010.

År	HSM HF	HNR HF	Stolav HF	HNT HF	RMN HF	Sum
2009	4	0	5	1	0	10
2010	2	1	3	1	0	7

Helse Midt-Norge er i Oppdragsdokumentet fra departementet pålagt å utnytte hjemler som ikke er i bruk. Før Helse Midt-Norge foretar en endelig fordeling av tildelte hjemler med NR id nummer, må Helse Nord-Trøndelag HF sende inn rapport til Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording en oversikt over ledige hjemler pr 31.12.09, jfr eget brev fra Helsedirektoratet. Kopi av denne rapporten skal sendes Helse Midt-Norge RHF

Det forventes at helseforetaket i samarbeid med Helse Midt-Norge RHF, bidrar til å utvikle nye metoder for analysere av kompetansebehov knyttet til de enkelte pasientforløp og arbeidsprosesser, samt å etablere et nasjonalt system for måling av ressursbruk til utdanning i helseforetakene.

Oppgaver:

- Helseforetaket skal videreutvikle helseforetaket som en attraktiv læringsarena for ansatte.
- Gjennom arbeidet i Samarbeidsorganene skal helseforetakene bidra til at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsefagarbeider- og ambulanséfagutdanningen.
- Helseforetaket skal sørge for at ansatte får innsikt i kulturforståelse og ferdigheter i kommunikasjon med mennesker fra ulike kulturer.

Styringsparametre:

Rapportert i årlig melding:

- Antall praksisplasser
- Antall læreplasser innefor helsefagarbeider- og ambulanséutdanningen
- Status på arbeidet med etablering av nasjonalt system for måling av ressursbruk til utdanning

7. Forskning

Forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater og innovative løsninger i tjenesten er viktig for å sikre ny kunnskap som kan føre til at tjenestetilbudet som gis er trygt, kostnadseffektivt og gir en helsegevinst.

7.1 Forskning

Det er et mål å styrke pasientrettet klinisk forskning, herunder forskerinitierte kliniske intervensjonsstudier av høy kvalitet og relevans i helseforetakene. Det er et mål å sikre oppbygning av forskningskompetanse innen forskningssvake fagområder, samtidig som det er 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 nødvendig å sikre god infrastruktur for gjennomføring av kliniske studier og for forskningsbasert utvikling og utprøving av ny teknologi i Norge, herunder å etablere en nasjonal oversikt over pågående og slutførte kliniske studier i helseforetakene.

HMN har i styresak 111/09 prioritert ressursvekst innen forskning. Av kapittel 2 foran fremgår forventet minimumsnivå for ressursbruk; 4,898 mill kr; fra Helse Nord-Trøndelag HF's budsjett for 2010.

HMN har krav om å øremerke *minst 2 mill.* av basisbevilgningen tildelt over kap. 732, post 72-75 til forskning rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Med dette menes forskning som bidrar til kunnskapsgrunnlaget for helhetlige pasientforløp og mer koordinerte tjenester for pasientene.

Det tas sikte på å etablere en felles nasjonal database for registrering av vitenskapelige publikasjoner (norsk vitenskapsindeks) i helse, universitets- og høyskole- og instituttsektoren fra 2011. Databasen skal benyttes som grunnlag for nasjonal måling av vitenskapelig publisering i helseforetakene.

Helse Midt-Norge RHF har i styrevedtak 72/09 den 25.6.09 vedtatt Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge RHF 2009 – 2014. Den har en rekke strategiske tiltak på regionalt og lokalt nivå.

St. Olavs Hospital HF skal være en motor i det regionale forskningsarbeidet og skal bidra med å trekke de andre helseforetakene med seg

Forskningen skal holde en høy etisk kvalitet basert på Helse Midt-Norges grunnverdier

Oppgaver:

- På bakgrunn av den regionale strategiplanen, skal Helse Nord-Trøndelag HF utarbeide en lokal handlingsplan
- Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i et regionalt forskningsnettverk, blant annet gjennom deltakelse i Regionalt forskningsutvalg (RFU)
- Helseforetak Nord-Trøndelag HF skal ha eget forskningsutvalg og en forskningsenhet som ivaretar forskningen i foretaket. Forskningsaktiviteten skal være ledelsesforanket
- Helse Nord-Trøndelag HF skal delta aktivt i innsamling av forskningsrelevante opplysninger i samarbeid med det nasjonale rapporteringssystemet (NIFU-STEP)
- Det skal årlig utarbeides en oversikt over foretakets forskningsaktivitet som rapporteres opp til styret.

7.2 Innovasjon

Utvikling og implementering av nye produkter, diagnostikk- og behandlingsmetoder, tjenester og organisatoriske løsninger i helsetjenesten (innovasjon) er viktig for å øke offentlig verdiskapning gjennom økt kvalitet og kostnadseffektivitet i tjenestene.

Under Stortingets behandling av St. meld. nr. 7 (2008-2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge ble det besluttet å forlenge den pågående satsingen på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren til ti år, forutsatt en positiv halvveisevaluering, og å utvide denne til også å omfatte forskningsbasert innovasjon.

Det er et potensial for å utnytte den samlede nasjonale kommersialiseringskompetansen bedre, bl.a. gjennom økt samarbeid med universitets- og høyskolesektoren.

Det er forventet at Helse Midt-Norge RHF skal bidra i arbeidet med å implementere nasjonal satsing på innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2017).

Oppgave:

- Helseforetaket skal utnevne innovasjonsansvarlig innen 1.4.2010.

Styringsparametre:

Rapporteres i årlig melding

- Antall OFU (evt. IFU) kontrakter og tildelte midler fra Innovasjon Norge.
- Antall FORNY (kommersialisering av FoU- resultater), BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter) og KBM (kompetanseprosjekter med brukermedvirkning) prosjekter samt tildelte midler fra Norges forskningsråd til innovasjonsprosjekter.
- Antall registrerte oppfinnelser (DOFI).
- Antall patentsøknader og registrerte patenter.
- Antall lisensavtaler.
- Antall bedriftsetableringer.
- Antall forprosjekter finansiert av InnoMed.

8. Pasientopplæring

For personer med kronisk sykdom er god opplæring og mestring av sykdommen like viktig som medisinsk behandling. Helse Nord-Trøndelag HF 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.

Gjennomgang og ev. revisjon av Handlingsprogram for pasient- og pårørendeopplæring er utsatt til 2010 når innholdet i Samhandlingsreformen er kjent.

Oppgave:

- Helseforetaket skal påse at tilbud om lærings- og mestringsaktiviteter er tilpasset pasientenes språklige og kulturelle bakgrunn, herunder pasienter med samisk bakgrunn. Tilbudene skal være tilpasset pasienter med ulike funksjonshemninger, f. eks. pasienter med syns- og hørselshemming.
- Helseforetaket skal delta i pågående regionalt kvalitetsutviklingsprosjekt vedrørende beskrivelse av innhold og evaluering av effekt av opplæringstiltak
- Helseforetaket skal samarbeide med kommuner for å bygge opp kompetanse og lærings- og mestringstilbud i kommunene

9. Forholdet til Helsedirektoratet

Departementet har i tildelingsbrev 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-1/2010 hvilke oppgaver direktoratet vil søke samarbeid med de regionale helseforetakene om.

Departementet forutsetter at de regionale helseforetakene bidrar til finansiering av Helsebiblioteket slik at tilskuddet i 2010 blir på samme nivå som i 2009.

10. Oppfølging og rapportering

Oppfølging gjennom plan – og meldingssystemet skal gi HMN informasjon om måloppnåelse i forholdet til sørge-for- oppdraget gitt av eier.

Det fremgår hvilke styringsparametre som skal rapporteres henholdsvis tertialvis og i årlig melding. De styringsparametrene som skal rapporteres tertialvis sammen med regnskapstall i henhold til rapporteringsmal vil bli overlevert Helse Nord-Trøndelag HF i foretaksmøtet i februar 2010. Det legges til grunn at det brukes data fra Norsk pasientregister (NPR) for de styringsparametrene det er aktuelt. NPR –data fra foregående tertial kan brukes når det rapporteres på styringsparametre. 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.

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

Helseforetaket har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametre meldes til HMN når slik avvik blir kjent.

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan helseforetaket har fulgt opp oppgaver og styringsparametre i styringsdokumentet for 2010 og oppgaver som gis gjennom foretaksmøter. Rapporteringen skal følge rapporteringsmalen som departementet har fastsatt. Det skal fremgå av årlig melding at brukerutvalget har vært med i utformingen og har behandlet den. Frist for innsendelse av styrets årlige melding er 20.1.2011.

11. 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). Følgende aktivitetskrav er fastsatt for 2010/2011 for Helse Midt-Norge:

Høgskole Universitet	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK- sykepleie	Jordmor **
	Sykepleie	Radiografi	Bioingeniør	Fysioterapi	Ergoterapi	Vernepleie		
Molde	99					23		
Nord-Trøndelag	211					26		
Sør-Trøndelag	217	34	39	57	48	59	55	21
Ålesund	130						39	

Øket aktivitetskrav i Revidert nasjonalbudsjett 2009 i sykepleie-, ABIOK- og jordmorutdanningen er videreført i 2010.

De fleste ABIOK-utdanningene har ikke årlige opptak, og aktivitetskravene for disse gjelder gjennomsnittlig studiepoengproduksjon. Høgskolen i Sør-Trøndelag og Høgskolen i Vestfold har opptak annet hvert år på jordmorutdanningen. Det vil si at det totale aktivitetskravet for jordmor ved de statlige høgskolene vil være 80 i 2011/2012.

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. 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). Regionale helseforetak har et felles ansvar for tilrettelegging av praksisplasser for desentraliserte utdanninger og utdanninger som ikke er etablert i alle helseregioner, f. eks.

audiografutdanningen ved Høgskolen i Sør Trøndelag med aktivitetskrav 31.

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

Universitet	Medisin	Psykologi	Farmasi
Universitetet i Oslo	209	87	57
Universitetet i Bergen	127	70	
NTNU	116	45	
Universitetet i Tromsø	89	32	24

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).

**Protokoll fra foretaksmøte i
Helse Nord-Trøndelag HF
10.februar 2010**

Krav og rammer for 2010

Innhold

1.	Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres.....	3
2.	Sak 2 Dagsorden.....	4
3.	Sak 3 Helse Midt-Norge RHF's overordnede styringsbudskap for 2010.....	4
4.	Sak 4 Økonomiske krav og rammebetingelser.....	5
4.1	Investeringer og kapitalforvaltning	5
4.1.1	Landingsplasser for helikoptre	5
5.	Sak 5 organisatoriske krav og rammebetingelser for 2010.	6
5.1	Tiltak på personalområdet	6
5.1.1	Helsepersonell – et godt arbeidsmiljø	6
5.1.2	Reduksjon i uønskede deltidsstillinger.....	6
5.1.3	Oppfølging av regional handlingsplan HR.....	6
5.2	Oppfølging av juridisk rammeverk.....	6
5.2.1	Intern kontroll og risikostyring.....	6
5.2.2	Tiltak for å bedre kvaliteten i anskaffelsesprosessene	7
5.2.3	Etisk handel	7
5.3	Utvikling på IKT	7
5.3.1	Elektronisk meldingsutveksling – Meldingsløftet.....	7
5.3.2	Elektroniske resepter	7
5.3.3	Automatisk frikort – rapportering av egenandelsopplysninger	7
5.3.4	Nytt nødnett	8
5.4	Datakvalitet og rapportering.....	8
5.4.1	Prosedyrekoder knyttet til psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk.....	8
6.	Sak 6 Øvrige eierkrav.....	8
6.1	Landsverneplan for helsesektoren	8
6.2	Evalueringsplan for parkeringstilbudet ved sykehusene.	9
6.3	Røykfrie inngangspartier ved helseinstitusjoner.	9
7.	VEDLEGG 1 Rapporteringskrav og årlig melding.....	10

PROTOKOLL FRA FORETAKSMØTE I HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Onsdag 10. februar kl. 17:00 ble det avholdt foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag HF i Radisson Blu Hotell, Værnes, Stjørdal

Dagsorden

Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres

Sak 2 Dagsorden

Sak 3 Eiers overordnede styringsbudskap for 2010

Sak 4 Økonomiske krav og rammebetingelser for 2010

Sak 5 Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2010

Sak 6 Øvrige styringskrav for 2010

Fra Helse-Midt-Norge møte

Styreleder Kolbjørn Almlid

Administrerende direktør Gunnar Bovim

Fra styret møte

Styreleder Steinar Aspli

Fra administrasjonen møte

Administrerende direktør Arne Flaatt

Også til stede

Direktør for stab og prosjektstyring Bård Helge Hofstad, Helse Midt-Norge RHF

Rådgiver Venke Reiten, Helse Midt-Norge RHF

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

1. Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres

Styreleder Kolbjørn Almlid ønsket velkommen. Han spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Styreleder Kolbjørn Almlid foreslo at styrets leder Steinar Aspli og administrerende direktør Gunnar Bovim ble valgt til å underskrive protokollen. Foretaksmøtet sa seg enig i dette.

Styreleder Kolbjørn Almlid overlot møteledelsen til styrets leder Steinar Aspli

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen er godkjent. Foretaksmøtet er lovlig satt.

2. 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.

3. Sak 3 Helse Midt-Norge RHF's overordnede styringsbudskap for 2010.

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

God økonomisk styring er viktig for å frigjøre ressurser til investeringer, forskning, og mer og kvalitativt bedre pasientbehandling. Samtidig skal Helse Midt-Norge RHF (HMN) gjennomføre et vedtatt investeringsprogram som er nødvendig for å sikre spesialisthelsetjenestetilbudet i fremtiden. Det er avgjørende viktig at helseforetaket har kontroll på økonomien og leverer et resultat i 2010 i samsvar med styringsdokumentets krav.

Aktivitet

På bakgrunn av aktivitetsutviklingen i 2009, er det spesielt viktig at aktiviteten planlegges og gjennomføres slik at aktivitetsmålsettingene nås. Foretaksmøtet konstaterer at den polikliniske aktiviteten i 2009 var betydelig bak plan og ber om spesiell fokus på dette i 2010. Det er en forutsetning at prioriteringer skjer i samsvar med prioriteringsforskriften og at brudd på avtalt tidspunkt for vurdering/behandling unngås. Særlig bør man ha fokus på områder med lang ventetid.

Det ble vist til saken ved Sykehuset i Asker og Bærum (januar 2010) hvor det kan ha bli gjort endringer for enkeltpasienter i journalsystemet. Hvis dette er tilfelle er dette helt uakseptabelt.

- Foretaksmøtet ba om at helseforetaket sørger for at systemer og rutiner blir gjennomgått for å forhindre svikt i dette.

Tjenesteinnhold i sykehusene

Det forutsettes at helseforetaket arbeider med strategiske prosesser for å utvikle spesialisthelsetjenestetilbudet med hensyn til institusjonsstruktur og innhold slik at det blir bærekraftig i forhold til fremtidige utfordringer. Foretaksmøtet henviser til Helse Midt-Norges arbeid med Strategi 2020 og ber om at de lokale prosesser blir lagt opp slik at det understøtter dette arbeidet. Foretaksmøtet konstaterer at dette vil kreve betydelige omstillinger de nærmeste årene.

Samhandlingsreformen

For å kunne møte de utfordringer som ligger i samhandlingsreformen, må helseforetaket arbeide videre med planer, og piloter i samarbeid med kommunene.

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 2010

Styringsdokumentet for 2010 ble gjennomgått og kommentert.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet tar redegjørelsen om eiers overordnede styringsbudskap og styringsdokumentet for 2010 til etterretning.

4. Sak 4 Økonomiske krav og rammebetingelser

Som følge av den nye langsiktige løsningen for pensjonspremier og -kostnader, samt Stortingets forutsetninger om premie- og kostnadsnivå i 2010, skal samlet driftskredittramme for Helse Midt-Norge være redusert med 75 mill kr innen utgangen av året. Resultatkravet i 2010 kan bli justert med bakgrunn i endring i pensjonskostnader som følge av endring i økonomiske forutsetninger.

Foretaksmøtet viste videre til at helseforetaket har hatt stram likviditet i 2009 og at dette vil være tilfelle også i 2010. Helse Nord-Trøndelag HF skal i løpet av 2010 ikke ha en driftskreditt som overstiger 150 mill kroner. Administrasjonen i Helse Midt-Norge RHF kan i deler av året, av hensyn til foretaksgruppens totale ramme, fastsette en lavere ramme for driftskreditten til helseforetaket. Foretaksmøtet forutsatte at helseforetaket må budsjettere drift og investeringer innen tilgjengelig likviditet.

4.1 Investeringer og kapitalforvaltning

Med bakgrunn i målsettingene i Nasjonal helseplan jf. St.prp. nr. 1 (2006-2007) har kompetansenettverket for sykehusbygg utviklet et klassifikasjonssystem og nomenklatur for funksjoner og arealer i sykehusbygg.

- Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF registrere sine sykehusbygg i tråd med klassifikasjonssystemet.

4.1.1 Landingsplasser for helikoptre

Foretaksmøtet viste til rapport utarbeidet i juni 2008 av Luftambulansetjenesten ANS som viser at det ikke er tilfredsstillende landingsmuligheter for ambulanshelikoptre ved flere av landets akutt sykehus. Det må også ses hen til at det skal anskaffes nye redningshelikoptre.

- Foretaksmøtet presiserte at behovet for utbedring og nybygg av landingsplasser må vurderes i forbindelse med planlegging av byggeprosjekter

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet tar redegjørelsen om økonomiske krav og rammebetingelser for 2010 til etterretning.

5. Sak 5 organisatoriske krav og rammebetingelser for 2010.

5.1 Tiltak på personalområdet

5.1.1 Helsepersonell – et godt arbeidsmiljø

Å ta vare på medarbeiderne og den kompetansen de representerer, er en grunnleggende utfordring for foretaket. Arbeidet med handlingsplan for å redusere sykefraværet og hindre utstøting videreføres.

- Foretaksmøtet ber om at handlingsplanen omfatter kartlegging av årsaker til sykefravær, hvilke tiltak som iverksettes og hvordan disse tiltakene skal evalueres. Handlingsplanen bør også beskrive særskilte tiltak overfor seniorer for å hindre utstøting. Disse tiltakene skal legges vedtatt regional seniorpolitikk til grunn. Handlingsplanen med tiltaksbeskrivelse og resultater skal beskrives i årlig melding.

5.1.2 Reduksjon i uønskede deltidstillinger

Å redusere omfanget av uønsket deltid, og særlig de minste stillingsandelene, er viktig både for våre medarbeidere og foretaket.

- Foretaket skal legge til rette for økte stillingsandeler og redusert uønsket deltid. Tiltak og resultater skal beskrives i årlig melding.

5.1.3 Oppfølging av regional handlingsplan HR

For å sikre helhetlige, forutsigbare og effektive forløp for våre pasienter og gode og forutsigbare arbeidsforhold for våre medarbeidere, skal HMN til enhver tid ha en riktig ressursbruk og riktig kompetanse i forhold til planlagte aktiviteter. Dette innebærer at antall medarbeidere og deres kompetanseprofil skal stå i forhold til planlagte aktiviteter og arbeidsprosesser.

5.2 Oppfølging av juridisk rammeverk

5.2.1 Intern kontroll og risikostyring

Foretaksmøtet viste til tidligere føringer angående styrets ansvar for at Helse Nord-Trøndelag HF har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Ved omstilling av virksomheten må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene.

- Foretaksmøtet ba om at rapport fra styrets gjennomgang av intern kontroll og risikostyring forelegges Helse Midt-Norge RHF ved rapportering for 2. tertial 2010. I tillegg skal det redegjøres for dette arbeidet i årlig melding.
- Foretaksmøtet konstaterte at det fortsatt er behov for større systematikk i helseforetakenes oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av de gjennomførte tilsynene. Foretaksmøtet la til grunn at dette følges opp.

5.2.2 Tiltak for å bedre kvaliteten i anskaffelsesprosessene

Regelverket for offentlige anskaffelser er ikke alene tilstrekkelig for å sikre at offentlige innkjøp blir faglig gode og har høy kvalitet. Tiltak knyttet til organisering, ledelse og kompetanse er avgjørende for å få til korrekte og gode innkjøp, jf. St.meld. nr. 36 (2008-2009) Det gode innkjøp. Tidligere krav om god internkontroll og etterlevelse av regelverket for offentlige anskaffelser må fortsatt ha oppmerksomhet i styret og i ledelsen for helseforetaket.

- Foretaksmøtet legger til grunn at Helse Nord-Trøndelag HF bidrar med tilstrekkelig kompetanse og ressurser til handlingsplanen for innkjøp og logistikk, jfr. Sak 123/09 i styret for Helse Midt-Norge RHF blir realisert.

5.2.3 Etisk handel

Helse Midt-Norge RHF er pålagt å følge opp Handlingsplan 2007-2010 Miljø- og samfunnsansvar i offentlige anskaffelser. Et sentralt element i planen er å fremme sosiale og etiske krav ved gjennomføring av offentlige anskaffelser.

Foretaksmøtet ber særlig om at helseforetaket tar med vurderinger knyttet til etisk handel ved anskaffelser av medisinsk utstyr.

5.3 Utvikling på IKT

5.3.1 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.

5.3.2 Elektroniske resepter

Det forutsettes at Helse Nord-Trøndelag HF bidrar i regionalt prosjekt for etablering av løsning for elektronisk reseptformidling.

- Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å planlegge for etablering av elektronisk resept med sikte på at elektroniske resepter kan sendes og mottas i 2011. Tidsplan vil bli avklart innen 1. mai 2010 i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet.

5.3.3 Automatisk frikort – rapportering av egenandelsopplysninger

Foretaksmøtet viste til at ordningen med automatisk frikort innføres på landsbasis fra 1. juni 2010. En forutsetning for automatisk frikort er at alle som kan innkreve egenandeler som inngår i egenandelstak 1 og Helseforetakenes senter for pasienttransport ANS, sender inn komplette opplysninger om betalte egenandeler til HELFO. I 2010 er komplett innsending av egenandeler for syketransport med rekvisisjon basert på at pasienten selv sender inn kvitteringer for betalte egenandeler. Frem til 1. juni 2010 skal kvitteringene sendes til NAV. Fra 1. juni 2010 skal pasienten sende kvitteringene til Helseforetakenes senter for pasienttransport ANS, som skal videreformidle disse opplysningene til HELFO.

- Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF sørge for at egenandeler for poliklinisk behandling og syketransport rapporteres elektronisk til HELFO.
- Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF fase ut oppgjørssystemet POLK innen 1. januar 2011 etter nærmere angivelse fra Helsedirektoratet.
- Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å iverksette nødvendige tiltak i 2010, slik at innrapportering fra pasienten selv ikke lenger er nødvendig for å sikre komplett innrapportering av egenandeler for direkteoppgjør fra og med 1. januar 2011.
- Helse Sør-Øst RHF er nasjonal prosjekteier for pasientreiser i 2010. Foretaksmøtet bad Helse Nord-Trøndelag HF om å følge opp elektronisk rekvirering av pasientreiser gjennom etablerte fylkesvise kontorer.

5.3.4 Nytt nødnett

Foretaksmøtet viste til brev fra Helse Sør-Øst RHF datert 16.12.2009, videresendt helseforetaket 22.12.2009 angående nødnett og behov for ressurser og kompetanse fra helseforetakene. Dette gjelder innfasing av første fase i prosjekt nytt nødnett (fase 0). Helse Sørøst RHF signaliserte i brevet behov for å kunne be om ressurser i form av kompetanse for forsert utbygging av fase 0 i nødnettprosjektet.

- Foretaksmøtet la til grunn at Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra med nødvendig kompetanse til Helse Sør-Øst RHF for utbygging av nødnett fase 0 etter avtale.

5.4 Datakvalitet og rapportering

5.4.1 Prosedyrekoder knyttet til psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk

Alle enheter innen psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk skal registrere og rapportere prosedyrekoder fra 1. september 2010. Helsedirektoratet vil sammen med Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren AS (KITH) bidra til at det kan gis opplæring for de som skal kode. Selve opplæringen vil skje i samarbeid med de regionale helseforetakene og helseforetakene.

- Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å sørge for at alle enheter innen psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk registrerer og rapporterer prosedyrekoder fra 1. september 2010

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet tar redegjørelsen om organisatoriske krav og rammebetingelser til etterretning.

6. Sak 6 Øvrige eierkrav

6.1 Landsverneplan for helsesektoren

Foretaksmøtet viste til tidligere vedtak om krav om utarbeidelse av forvaltningsplan for hver enkelt av sektorens kulturhistoriske eiendommer. Det skal utarbeides forvaltningsplaner for alle bygninger i både verneklasse 1 og verneklasse 2. Det vises i denne sammenheng til veilederen "Mal forvaltningsplan" utarbeidet av Statens Kulturhistoriske eiendommer i januar 2009.

- Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF iverksette arbeidet med forvaltningsplaner slik at en i 2010 utarbeider en plan for gjennomføring av arbeidet med sikte på å slutføre arbeidet med forvaltningsplanene innen utgangen av 2011.

6.2 Evaluering av parkeringstilbudet ved sykehusene.

Det vises til foretaksmøte i februar 2009.

- Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF innen 1.sept. 2010 evaluere organiseringen av parkeringstilbudet og oversende en rapport om resultatene fra evalueringen.

6.3 Røykfrie inngangspartier ved helseinstitusjoner.

- Foretaksmøtet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF innen utgangen av 2010 legger til rette for at inngangspartiene ved egneide helseinstitusjoner, blir røykfrie.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet tar redegjørelsen om øvrige styringskrav for 2010 til etterretning.

Møtet ble hevet kl. 17:10

Stjørdal 10.februar 2010

Steinar Aspli

Gunnar Bovim

7. 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 og 6 i protokollen, samt rapporteringskrav og standardiserte rapporteringsskjermer som fremgår av vedlegg 1. Årlig melding for 2010 skal være en samlet tilbakemelding på styringskrav som fremgår av oppdragsdokument og i foretaksmøteprotokoll. All rapportering skal skje elektronisk til postmottak@helse-midt.no og ellers i henhold til rapporteringskalender for Helse Midt-Norge 2010 – vedlegg 1e.

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 2010.

Nærmere om rapportering gjennom ØBAK 2010

Gjennom ØBAK 2010 videreføres rapporteringsopplegget for 2009 med enkelte endringer. 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 2010. For januar 2010 forventes det at helseforetaket rapporterer på enkelte av parametrene i ØBAK 2010 i tråd med presisering i vedlegg 1b.

Rapporteringsfrister

- Frist for innsending av årlig melding for 2010 er 20. januar 2011.
- Rapport som skal leveres per tertial, sendes Helse Midt-Norge RHF snarest mulig og senest innen 10 virkedager etter rapporteringsperiodens utløp. Dette gjelder Rapporteringsskjema for investeringer og investeringsplaner E 2 (se vedlegg 1 c).
- Skjema for rapportering av Økonomi, Bemanning, Aktivitet og Kvalitet (heretter omtalt som ØBAK) (se vedlegg 1b) og skjema for kontantstrøm E4 (se vedlegg 1 d) skal være Helse Midt-Norge RHF i hende innen fristene oppsatt i rapporteringskalender for Helse Midt-Norge 2010 – vedlegg 1e.

Det gjøres oppmerksom på at det kan komme endringer i skjema og frister i løpet av året. Dette vil meddeles helseforetaket 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 2010 – *oversendes elektronisk*
- 1c) Rapporteringsskjema for investeringer og investeringsplaner Skjema E 2 – *oversendes elektronisk*
- 1d) Skjema for rapportering på kontantstrøm E 4 for 2010 – *oversendes elektronisk*
- 1e) Rapporteringskalender for Helse Midt-Norge 2010 – *oversendes elektronisk*

VEDLEGG 1a Oversikt over rapporteringskrav og tidsfrister

Sak		Omtale i årlig melding	Særskilt rapportering
3	Helse Midt-Norges overordnede styringsbudskap		
	Aktivitet	X	
4	Økonomiske krav og rammebetingelser		
	Resultatkrav for 2010	X	Se omtale av rapporteringsrutiner i vedlegg 1
	Rapporteringskrav økonomi		Månedlig rapportering i ØBAK. Adm. direktørs rapport med kommentarer til utviklingen sendes til samme frister. Ukentlige prognoser på likviditet. Månedlig rapportering på kontantstrøm. (Vedlegg 1d) Rapportering på investeringer (vedlegg 1c) tertialvis
4.1.	Investeringer og kapitalforvaltning	X	
4.1.1	Landingsplasser for helikoptre	X	
5	Organisatoriske krav og rammebetingelser		
5.1	Tiltak på personalområdet		
5.1.1	Helsepersonell – et godt arbeidsmiljø	X	
5.1.2	Reduksjon i uønskede deltidsstillinger	X	
5.1.3	Oppfølging av regional handlingsplan HR		
5.2.	Oppfølging av juridisk rammeverk		
5.2.1	Intern kontroll og risikostyring	X	Rapport fra styrets gjennomgang av intern kontroll og risikostyring skal forelegges ved rapportering for 2.tertial
5.2.2.	Tiltak for å bedre kvaliteten i anskaffelsesprosessene	X	
5.2.3	Etisk handel		
5.3	Utvikling av IKT-området		
5.3.1	Elektronisk meldingsutveksling	X	
5.3.2	Elektroniske resepter	X	

5.3.3	Automatisk frikort – rapportering av egenandelsopplysninger	X	
5.3.4	Nytt nødnett	X	
5.4	Datakvalitet og rapportering		
5.4.1	Prosedurekoder knyttet til VOP og TSB	X	
6	Øvrige eierkrav		
6.1	Landsverneplan for helsesektoren	X	
6.2	Evalueringsplan for parkeringstilbudet ved sykehusene	X	Rapport om resultatene fra evalueringen av organiseringen av parkeringstilbudet skal sendes innen 1.september 2010
6.3.	Røykfrie inngangspartier ved helseinstitusjoner	X	

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 07/2010 Kvalitetsutvalgets årsrapport 2009

Saken behandles i:
Styret

Møtedato
22. februar 2010

Saksnr.
07/2010

Saksbeh.: Øyvind Stenvik
Arkivkode:
Arkivsaksnr.:

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret for Helse Nord-Trøndelag tar Kvalitetsutvalgets årsrapport til etterretning og ber om at de anbefalinger som er gitt i Kvalitetsutvalgets årsrapport for 2009, sammen med foretakets kvalitetsstrategi danner grunnlaget for kvalitetsarbeidet i helseforetaket for året 2010.

Styret merker seg Kvalitetsutvalgets gjentatte påpekning av mangelfull samordning når det gjelder avvikshåndtering i helseregionen og retter en henstilling til Helse Midt-Norge om i samarbeid med tilsynsmyndigheten å iverksette et arbeid for å oppnå en enhetlig praksis for melding, behandling og kategorisering av avvikshendelser, og opprettelse av et nettverk for erfaringsutveksling knyttet til avvikshendelser i helseregionen.

SAKSUTREDNING:

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Kvalitetsutvalgets årsrapport 2009.

Brukerombudets årsrapport 2009.

FAKTISKE OPPLYSNINGER OG DRØFTING

Kvalitetsutvalget i Helse Nord-Trøndelag har en understøttende rolle i helseforetakets arbeid for å opprettholde og utvikle kvalitet i virksomheten. Hovedansvaret for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet må være forankret i linjeorganisasjonen, men Kvalitetsutvalget har gjennom sin rolle en bredere oversikt og kunnskap om totalsituasjonen innenfor kvalitetsområdet, enn hva den enkelte avdeling, klinikk eller foretaksledelsen har løpende tilgang til. Årsrapporten fra Kvalitetsutvalget er derfor en viktig tilbakemelding både til de enkelte virksomheter og til foretakets ledelse, - en ny omdreining i ”kvalitetshjulet”.

Anbefalinger i årsrapporten

Kvalitetsutvalget behandlet og godkjente årsrapporten i sitt møte 10/2-2009. Det anbefales å sette følgende oppgaver i fokus for året 2010:

- behandlingskomplikasjoner
- overvåkning av sykehusinfeksjoner
- journalanalyse – kvalitetsveiledere
- internkontroll av journalføring
- standardisering av pasientforløp
- aktivitetsstyring i akuttmottakene
- prioritering av retten til helsehjelp og ventetider
- pasientopplevd kvalitet
- styrking av samarbeidet med kommunene

Det vises for øvrig til omtalen av disse oppgavene i rapporten. Det minnes om at enkelte av disse oppgavene også inngår som tiltak i foretakets kvalitetsstrategi.

Levanger, 15.2.2009

Arne Flaatt
Adm.direktør
Sign.

Kvalitetsutvalget i Helse Nord-Trøndelag

Årsrapport for 2009

Forord	side 2
1.0. Organisatoriske forhold	” 3
1.1. Lovgrunnlag	” 3
1.2. Andre nærliggende oppgaver	” 4
1.3. Kvalitetsutvalgets sammensetning og arbeidsform	” 4
1.4. Aktivitet i 2009	” 4
1.5. utfordringer og aktuelle saker i 2009	” 5
2.0. Behandlede saker i 2009	” 8
2.1. Avviksmeldinger for egen virksomhet, interne instanser	” 8
2.2. Avvikshendelser behandlet på klinikk/avd.nivå	” 13
2.3. Avvikshendelser med grunnlag i Basisavtalen	” 14
2.4. Klager, besværelser og hendelsesbaserte tilsynssaker	” 15
2.5. Erstatningssaker (NPE) 2009	” 17
2.6. Pasientsaker – totalt omfang 2009	” 17
2.7. Internrevisjoner og tilsynsbesøk 2009	” 18
2.8. Eksterne revisjoner/systemtilsyn	” 18
3.0. Vurderinger og kommentarer til kapittel 2	” 19
3.1. Meldekulturen på foretaksnivå	” 19
3.2. Avdelingsvis fordeling av avvikshendelser	” 19
3.3. Avvikskategorier	” 20
3.4. Tidsforbruk i melderutinen	” 20
3.5. Avvikshendelser med grunnlag i Basisavtalen	” 21
3.6. Tilsynssaker og klagesaker	” 22
3.7. Erstatningssaker gjennom NPE	” 22
3.8. Eksterne tilsyn – positive funn	” 24
4.0. Aktuelle utfordringer	” 24
4.1. Behandlingskomplikasjoner	” 24
4.2. Overvåkning av sykehusinfeksjoner	” 25
4.3. Journalanalyse og kvalitetsveiledere	” 25
4.4. Internkontroll av journalføring	” 26
4.5. Standardisering av pasientforløp	” 26
4.6. Mål – og aktivitetsstyring i akuttinntakene	” 27
4.7. Prioritering av retten til helsehjelp og ventetider	” 27
4.8. Pasientopplevd kvalitet	” 27
4.9. Styrking av samarbeidet med kommunene	” 28
5.0. Anbefalinger	” 29

Forord

Begrepet ”kvalitet” er et av de mest brukte ord i den helsepolitiske debatten og har en klar sammenheng med kravet til pasientsikkerhet, forsvarlighet og god ressursforvaltning, selv om dette ikke alltid er like tydelig oppfattet blant alle som arbeider i helsetjenesten. Organiseringen av helsetjenester skal ha kvalitet og pasientsikkerhet både som utgangspunkt og resultat. I det etterfølgende fremheves kvalitetsrelaterte problemstillinger og aktivitetsområder som for tiden har særlig oppmerksomhet.

Kan vi være fornøyd?

Ordningen med Kvalitetsutvalg ble innført omkring 1993/1994 og har medvirket til å utvikle meldekulturen og synliggjøre forbedringspotensialet i de fleste sykehus. Likevel kan vi ikke være fornøyd. Alle kjenner til uheldige historier som i beste kollegiale ånd ble ”feid under teppet”, - de mange tilfelle av systemsvikt som burde gitt grunnlag for erfaringsutveksling, - og de mange eksemplene som viser at oppfatningen av hva som er ”uønsket” og ”alvorlig” varierer betydelig på alle nivå i helsetjenesten. Dette gir grunnlag for undring: at helsevesenet både regionalt og nasjonalt ikke i løpet av de foregående 15 årene er kommet nærmere en beslutning om å koordinere arbeidet på dette området, slik at vi oppnår

- felles standarder for hva som skal meldes
- felles kategorisering av avvikshendelser
- felles prinsipper for håndtering av alvorlige avvik
- en felles adresse for å ivareta erfaringsutveksling
- et grunnlag for å beregne kostnader ved kvalitetssvikt
- et grunnlag for en objektiv sammenligning m.h.t. forekomsten av avvikshendelser mellom helseforetak
- systematisk innhenting av informasjon om pasientopplevd kvalitet

Dersom vi for alvor mener at det er viktig å utveksle erfaringer for å lære av våre feil og sammenligne oss på kvalitet i den hensikt å oppnå en bedre helsetjeneste, kan vi ikke fortsette å agere etter egne oppfatninger om hva som skal meldes, hva som er alvorlig, og hvordan avvik skal kategoriseres. I artikkelen *”Tilsynsmyndighetens bruk av sanksjoner ved melding om pasientskader”* (Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 3 2010) pekes det på de store forskjellene i meldekultur, og konkluderes slik: *”Det bør være et tilsynsanliggende å følge nærmere opp meldepraksisen ved mange helseforetak; ikke bare å konstatere forskjellene for deretter å forvente at foretakene gjør noe med det på eget initiativ”*.

Hensikten med å bruke erfaringer ved uønskede hendelser til forbedring bør være innlysende, men det skorter ofte på den praktiske gjennomføring, både innad i vårt eget helseforetak, og mellom helseforetakene i Midt-Norge.

Det står også fast at det ikke nødvendigvis er avvikene i seg selv, men oftere svakheter ved vår håndtering av de uønskede hendelsene som bidrar til å svekke tilliten mellom brukerne og oss som tjenesteytere. Grundig årsaksutredning, åpen informasjon, rask saksbehandling og vilje til læring er de viktigste forutsetningene for å opprettholde tillit når uønskede hendelser inntreffer. Her er det fortsatt klare forbedringsmuligheter, og dette vil være viktige aspekter ved total kvaliteten i vår virksomhet.

Denne årsrapporten fra Kvalitetsutvalget er behandlet i Kvalitetsutvalgets møte 10/2-2010.

Øivind Stenvik
Helsefaglig rådgiver

Kolbjørn Thun
Helsefaglig rådgiver

Tor Ivar Stamnes
Kvalitetssjef

1. Organisatoriske forhold

1.1. Lovgrunnlag

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

Meldeplikten

Arbeidet i Kvalitetsutvalget reguleres i Lov om Specialisthelsetjenesten § 3-3, som fastsetter at helseinstitusjonen *”snarest mulig skal gi skriftlig melding til Fylkeslegen om betydelig personskade eller hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade ved ytelse av helsetjenester”*. Det er viktig å merke seg at det er skadepotensialet som avgjør om en hendelse er meldepliktig eller ikke.

”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 på kort eller lang sikt

Det handler derfor om hendelser som *har medført, eller kunne ha medført*

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

Saksgang

1. Helsepersonell med autorisasjon eller lisens har plikt til å melde hendelsen i fastsatt skjema (IK 2448), **del 1**, jfr. Helsepersonellovens § 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 skadepotensiale ved hendelsen (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.
Kvalitetsutvalget har en rådgivende, veiledende og understøttende rolle overfor avdelingsledelse 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.
5. Kvalitetsutvalgets sekretariat utarbeider saksfremlegg og innstilling til vedtak i meldingens **del 3** med henvisning til et eget vedlegg. Det er kvalitetsutvalget som på vegne av foretaksledelsen sender melding til Helsetilsynet, når Kvalitetsutvalget i plenum har behandlet saken. Hendelser som skal meldes etter § 3-3 i Lov om Specialisthelsetjeneste

skal senest være sendt Helsetilsynet innen to måneder fra hendelsesdato, selv om saken ikke skulle være ferdig utredet.

Kvalitetsutvalget vurderer også om avvik skal følges opp på andre måter, for eksempel i de tilfellene erfaringer ved hendelsene kan ha overføringsverdi.

1.2. Andre nærliggende oppgaver

Enkelte avvik 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 knyttet til eksterne avviksmeldinger som er forankret i Basisavtale for samhandling. Dette er meldinger som gjelder avvik i samhandlingen mellom sykehus og kommunehelsetjeneste eller rehabiliteringsinstitusjoner. Denne type avvik rapporteres tertialvis og inngår som et eget kapittel i Kvalitetsutvalgets årsrapport.

Kvalitetsutvalget har for øvrig ansvar for å medvirke 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 er også i stor grad saksbehandlere ved forespørsler fra NAV, forsikringsselskaper, advokater, Helsedirektoratet, andre leger/andre helseforetak og henvendelser fra pasient/pårørende som ønsker journalkopier. Det mottas årlig et betydelig antall slike henvendelser, og antallet har vært økende.

1.3. Kvalitetsutvalgets sammensetning og arbeidsform

Utvalget er sammensatt av

- 4 brukerrepresentanter
- 7 representanter for klinikkene/avdelingene
- Kvalitetssjefen (sekretær)
- Helsefaglige rådgivere (leder/stedfortreder)

Brukerrepresentantene oppnevnes av FFO og Brukerutvalget. I enkeltsaker kan samarbeidet være utvidet til smittevernrådgivere, juridisk rådgiver og IT-sikkerhetsansvarlig.

Kvalitetsutvalget behandler alle relevante saker innenfor Helse Nord-Trøndelags ansvarsområde. Dette betyr at helseforetaket har ett felles kvalitetsutvalg for Sykehusene i Levanger og Namsos. Dette innebærer flere fordeler:

- et bredest mulig saksgrunnlag med mulighet for erfaringsoverføring mellom sykehus og avdelinger
- en enhetlig praksis for saksbehandling og kategorisering av hendelser
- en effektiv utnyttelse av tid og personellressurser

1.4. Aktivitet i 2009

Utvalget har i 2009 gjennomført 6 møte med ca. 2 måneders intervall, alternerende mellom Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos. Det utarbeides møtereferat som utsendes sammen med innkalling og sakliste for neste møte. Saklisten fastsettes av sekretær og de helsefaglige rådgiverne med grunnlag i innmeldte tema og mottatte saker. Vanligste innhold i saklisten er orienteringssaker, skadesaker, klager og tilsynssaker av prinsipiell karakter, forslag til kvalitetsrelaterte prosedyrer hvor det er ønskelig å innhente Kvalitetsutvalgets råd eller anbefaling.

Innspill, rapporter og årsmeldinger fra Helsetilsynet eller Pasient- og brukerombudet inngår også i saklisten.

1.5. Utfordringer og aktuelle saker i 2009

I løpet av de siste 3 årene er arbeidsmengden økende, først og fremst ved at kompleksiteten i utredning og oppfølgingen av saker er blitt mer omfattende. I særlig grad gjelder dette antall hendelsesbaserte tilsynssaker, som har økt betydelig i den aktuelle perioden. Antall avviksmeldinger har ligget relativt stabilt siden 2005 til 2008, men antall avviksmeldinger i 2009 er på ny tydelig økende.

Tidsbruk og svarfrister

Det er fortsatt et tilbakevendende problem at behandlingen av så vel klagesaker/tilsynssaker som avviksmeldinger tar betydelig lengre tid enn ønskelig. Dette gjelder først og fremst vurdert fra pasienters og pårørendes ståsted i saker av alvorlig karakter: ventetiden blir en tilleggsbelastning til selve hendelsen. For sekretariatet innebærer dette problemet også et ikke ubetydelig merarbeid, ved at forsinkelser utløser purrerutiner som kunne ha vært unngått ved rask og fullstendig saksbehandling.

Journalanalyse

Erkjennelsen av at avvikshendelser i helsevesenet underrapporteres har ført til at enkelte sykehus i de senere år har innført "journalanalyse" som et supplement til den lovfestede ordningen med meldeplikt. I Norge har Ahus gått foran ved å ta i bruk "Global Trigger Tool"-metoden, og viser at ved denne arbeidsformen er mulig å avdekke et betydelig antall uønskede hendelser og et godt grunnlag for forbedring. I 2007 ble det ved Ahus påvist avvikshendelser i ca. 19% av 1080 tilfeldig utvalgte pasientjournaler. De hendelsene som hyppigst ble registrert var infeksjoner, kirurgiske komplikasjoner, medikamentskader, trykksår, fall og allergiske reaksjoner. Erfaringen viser at det særlig er disse tilfellene som blir dårligst oppfanget av det ordinære meldesystemet. Kvalitetsutvalget i Helse Nord-Trøndelag har anbefalt foretaksledelsen å etablere en slik ordning allerede i 2010.

Sertifisering av sykehus

Det Norske Veritas sertifiserer sykehus i England. 80% av sykehusene er offentlige. For å kunne delta i den statlige forsikringsordningen som gjelder pasientskadeerstatninger må sykehusene være sertifisert. Sykehusene rates etter et felles system for kvalitet, og resultatene blir offentliggjort. Sykehus som kommer godt ut på ratingen blir også økonomisk belønnet.

Foretaksledelsen i Helse Nord-Trøndelag har i arbeidet med sin kvalitetsstrategi lagt opp til at alle enheter skal ISO-sertifiseres i planperioden 2010-2016. En slik sertifisering vil være en omfattende prosess, som krever opplæring og holdningsendring i organisasjonen.

Avvikshendelser – prinsipper for håndtering

Kvalitetsutvalget har med grunnlag i "Ledelsens gjennomgang" både i mars og oktober 2009 gitt klare anbefalinger om å gjennomføre organisatoriske endringer med opprettelse av kvalitetsveiledere på klinikk/avdelingsnivå i alle enheter. Hensikten vil være å heve kompetansen og øke forståelsen for kvalitetsarbeidets betydning i linjeorganisasjonen. Forslagene er tatt inn i helseforetakets kvalitetsstrategi for perioden 2010-2016. En slik ordning vil ikke gjøre Kvalitetsutvalget overflødig, men vil forhåpentligvis bidra til at behandlingen av uønskede hendelser blir mer effektiv og gi økt læring ute i avdelingene. Kvalitetsutvalgets rolle vil fortsatt være å behandle alvorlige hendelser og sørge for at disse blir oversendt til Helsetilsynet, og å vedlikeholde et kvalitetsnettverk for å sikre erfaringsutveksling.

Ved alvorlige avvik er det både fra tilsynsmyndigheten og fra flere brukere påpekt at det for medarbeidere som har vært involvert i slike hendelser, så snart som mulig bør foretas vurderinger av vedkommendes skikkethet til å fortsette i sin vanlige tjeneste, og sørge for at dette blir dokumentert. Dette gjelder både med henblikk på faglig kompetanse og vurdering i forhold til den psykiske påkjenning slike hendelser innebærer.

Helse Midt-Norge har ved internrevisjon tidlig på året 2009 påpekt at Helse Nord-Trøndelag har uhensiktsmessig mange prosedyrer for avvikshåndtering, og dette forholdet er også kommentert i forbindelse med "Ledelsens gjennomgang". *De prinsipper som skal gjelde ved behandling av uønskede hendelser er almenngyldige, og det er planlagt å foreta en opprydding av prosedyrer vedr. avvikshåndtering i EQS.*

Aktivitetsstyring ved akuttmottakene

Etter at det i løpet av 2007 ble gjennomført landsomfattende revisjonsbesøk fra Helsetilsynet ved akuttmottak i norske sykehus, kom Helsedirektøren med en nedslående konklusjon: *"I 24 av 27 helseforetak som er omfatta av dette tilsynet, arbeider ikkje leiinga tilstrekkeleg systematisk og målretta for å sikre forsvarleg drift og pasientbehandling i akuttmottaka, slik helselovgjevinga pålegg... Det er urovekkjande at rutinar og prosedyrar for kjerneoppgåver og sentrale arbeidsprosesser er lite kjende og dermed heller ikkje følgde av personalet i mange av akuttmottaka... Fleire av akuttmottaka har heller ikkje eit avviksbehandlingssystem som fungerer godt".*

Foretaksledelsen vedtok i mai 2008 å innføre en overordnet, felles prosedyre for aktivitetsstyring i akuttmottakene ved begge sykehus. Allikevel ble det funnet ønskelig å utvikle en egen prosedyre ved Sykehuset Levanger. Denne ble gjort gjeldende fra 1/1-2009. Ved oppfølgingstilsyn i september 2009 ble det påpekt som uheldig at sykehusene hadde prosedyrer som på enkelte punkter ikke samsvarte, og at oppfølgingen av prosedyrene ved begge sykehus var mangelfull m.h.t. samarbeidsmøter og rapportering.

Kvalitetsutvalget har i oppfølgingen av tilsynsrapporten utarbeidet en revidert og samordnet prosedyre for akuttmottakene i Namsos og Levanger. Ny prosedyre er lagt inn i elektronisk kvalitetssystem og gjort gjeldende f.o.m. 1/1-2010, og alle enheter er bedt om å sørge for at prosedyren blir gjort kjent og innarbeidet i praksis.

Dokumentasjonsplikten – internkontroll av journalføring

Mangelfull journaldokumentasjon har vært en tilbakevendende erfaring ved mange av de tilsynssaker som er behandlet gjennom de senere år. Erfaringen viser at det ikke er tilstrekkelig å drive intern opplæring i lovverkets og journalforskriftens krav til journalføring, - Helsetilsynet påpeker at foretaksledelsen også har et ansvar for å sikre at systemene fungerer i tråd med regelverket. I tilknytning til en konkret sak har tilsynsmyndigheten stilt krav til at det foreligger

- prosedyrer som beskriver hva som skal dokumenteres, og når det skal dokumenteres
- prosedyre for internkontroll av journalføring, slik at ledelsen kan forsikre seg om at medarbeidere ivaretar dokumentasjonsplikten

Kvalitetsutvalget har behandlet et forslag til en prosedyre som skal oppfylle tilsynsmyndighetens krav. Denne prosedyren er for tiden ute til høring og antas godkjent i løpet av januar 2010.

Ventetider og fristbrudd – enda en gang

Helsereformen kom bl.a. som et resultat av spesialisthelsetjenestens utilfredsstillende håndtering av ventetider og ventelister. I årene fra 2002 til 2005 ble det gjennom flere tiltak oppnådd en markert reduksjon både i antall ventende og gjennomsnittlige ventetider. I de etterfølgende årene har det vært mindre oppmerksomhet knyttet til disse områdene, inntil det i løpet av 2009 er blitt avdekket en negativ utvikling. Trolig er det flere årsaker til denne utviklingen:

- manglende/mangelfull kunnskap om regelverket
- mangelfull kunnskap om registreringen i det pasientadministrative systemet (PAS)
- liberal praksis for tildeling av prioritert helsehjelp
- manglende/mangelfull rydding i ventelister
- reell underkapasitet i forhold til etterspørsel av tjenester

Det er i løpet av høsten 2009 iverksatt en ordning med utsending av ”ryddelister” til de enkelte klinikker. Dette alene vil ikke løse situasjonen, - en kvalitetssikring av rutiner for mottak, saksbehandling og oppfølging av pasienthenvisninger må gjennomføres i løpet av 2010. Foretaksledelsen må også vurdere muligheten for å frigjøre kapasitet for nyhenviste pasienter ved sterkere tilbakeføring av kontrolloppgaver til primærhelsetjenesten, eller ved å standardisere og overføre flere kontrolloppgaver til hjelpepersonell.

Helse Midt-Norge har satt fokus på langtidsventende pasienter og har bedt om tilbakemelding på resultatet ved en gjennomgang av ventelister for pasienter som har ventet mer enn 1 år, herunder også en redegjørelse for hvordan man innen 1. mars 2010 skal oppnå at ingen pasienter med rett til nødvendig helsehjelp skal ha ventet mer enn 1 år. Svar på denne henvendelsen er avgitt med grunnlag i tilbakemelding fra klinikkene, som bekrefter at nødvendig opprydding vil bli gjennomført innen fastsatt dato.

Elektronisk kommunikasjon og dokumentasjon

Innføringen av datateknologi vil uten tvil bidra til effektivisering og økt pasientsikkerhet i helsetjenesten. Det kan derfor oppleves som paradoksalt å hevde at bruken av elektronisk verktøy ved henvisninger, rekvisisjoner, svarrutiner, pasientdokumentasjon etc. også kan være forbundet med risiko. Sviktende informasjonssikkerhet som følge av driftsavbrudd og manglende tilgjengelighet til elektroniske systemer, mangelfulle prosedyrer eller brukerfeil som følge av manglende/mangelfull opplæring kan resultere i at informasjon ikke når frem, eller at kliniske opplysninger og pasientidentitet kan bli feilkoblet. Denne type hendelser har i de senere år vært en relativt betydelig avvikskategori i Helse Nord-Trøndelag. Det nærliggende å anta at problemene har et stort omfang også ved øvrige helseforetak i regionen, men manglende samordning av opplysninger medfører at man ikke har en helhetlig oversikt over slike hendelser.

”Snoking” i pasientopplysninger har fra enkelte hold vært fremholdt som en utfordring for helsetjenesten. I vårt foretak er erfaringen at snoking hittil er en sjelden foreteelse. Dette kan trolig tilskrives at alle som har adgang til de elektroniske systemene gjennom opplæring og inngåelse av brukerkontrakt gjort kjent med regelverket, og at det er risiko for å bli avslørt gjennom loggføring. Det er sannsynlig at ikke-legitimert tilgang til journalopplysninger var langt hyppigere i tidligere papirbasert journalsystem, hvor det i praksis kunne være umulig å dokumentere ”snoking”.

2.0 Behandlede saker i 2009

Den saksmengden Kvalitetsutvalget behandler omfatter

- avviksmeldinger (pasientskader) for egen virksomhet meldt fra interne instanser
- Avviksmeldinger (pasientskader) meldt fra eller til eksterne instanser (kommuner, andre institusjoner, ambulansetjenesten)
- Klagesaker meldt direkte fra pasient, evt. meldt via pasient- og brukerombudet eller Helsetilsynet
- Hendelsesbaserte tilsynssaker
- Saker meldt til politiet
- Internrevisjoner
- Eksterne revisjoner (Helsetilsyn, Arbeidstilsyn, Helse Midt-Norge RHF etc.)

Avvikskategorisering

Kvalitetsutvalget har siden 2004 praktisert en kategorisering av avvikshendelser, hovedsakelig basert på meldeskjemaets logikk:

1. Ikke tilfredsstillende rutine/prosedyre. Rutine/prosedyre ikke fulgt
2. Ikke tilfredsstillende organisatorisk tilrettelegging. Ikke tilfredsstillende fysiske forhold
3. Ikke tilfredsstillende kompetanse tilgjengelig. Feil utøvelse av faglig skjønn
4. Komplikasjon. Bivirkning. Hendelig uhell. Egenskade
5. Feil ved bruk av medisinsk teknisk utstyr (også brukerfeil)
6. Informasjonssikkerhetsproblem
20. Meldinger uten definerte relevante avvik

Avvikskategori 1 gjelder de tilfelle hvor årsak til hendelsen er mangelfulle rutiner/prosedyrer, eller hvor rutine/prosedyre ikke er fulgt. Dette er relativt hyppig årsak til avvik, som underdeles på

1.1. hendelser knyttet til medisinerings

1.2. hendelser knyttet til utredning, behandling, pleie eller utøvelse av annen helsefaglig virksomhet

Avvikskategori 4 omfatter en stor gruppe hendelser som ofte er lite forutsigbare, bl.a.

- o komplikasjoner til utredning og behandling
- o bivirkninger ved medikamentell behandling
- o fallskader
- o "egenskade": tilfelle hvor en pasient skader seg selv, samt suicid

Avvikskategori 6 gjelder alle hendelser hvor svikt i verbal kommunikasjon, papirbasert eller elektronisk informasjons- og dokumentasjonsrutine kan medføre risiko i pasientbehandlingen.

2.1. Avviksmeldinger for egen virksomhet fra interne instanser

Tabell 1: Antall meldinger behandlet i 2009

Avviksmeldinger	SHN	SHL	Totalt
Antall meldinger mottatt	116	287	403

Dette er meldinger fra foretakets egne avdelinger, mottatt i skjema IK 2448.

Tabell 2: Antall meldinger behandlet i 2009

Avviksmeldinger	SHN	SHL	Totalt
Meldinger mottatt	116	287	403
Sendt Helsetilsynet	56	75	131
Behandlet internt	60	212	272

Kommentarer:

- 11 av meldingene som er behandlet som interne, mangler tilbakemelding av en slik karakter at de kan ferdigstilles. Enkelte av disse burde sannsynligvis vært meldt eksternt
- Andel meldinger sendt til Helsetilsynet (§3-3) er for helseforetaket økt fra ca. 20% i 2008 til over 32% i 2009
- Andel meldinger sendt Helsetilsynet er for SHN mer enn 47%, for SHL 26%

Tabell 3: Aldersfordeling og fordeling på kjønn 2009

Alder	SHN	SHL	Totalt
0-19 år	7	16	23
20-49 år	33	55	88
50-69 år	37	68	105
70-79 år	17	51	68
80+ år	12	50	62
Alder ikke oppgitt	10	47	57
Sum	116	287	403

Kjønn	SHN	SHL	Totalt
Menn	38	115	153
Kvinner	67	134	201
Ikke oppgitt	11	38	49
Sum	116	287	403

Kommentarer:

- For de 346 meldingene hvor alder er oppgitt, omfatter andel pasienter i gruppene 70-79 og 80+ nesten 38% av meldingene, mens aldersgruppen 50-69 er nest størst med ca. 30%
- Det er ingen åpenbar underrapportering av bestemte aldersgrupper
- For de 354 meldingene hvor kjønn er opplyst, er andel kvinner mer enn 56%

Tabell 4: Utvikling i saker 2004 – 2009

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

Kommentarer:

- Etter en nedgang i antall saker fra 2004 til 2006 og et stabilt nivå fra 2006 til 2008, er samlet antall meldinger i 2009 nesten 23% høyere enn i 2008
- Andel meldinger sendt Helsetilsynet i 2009 er høyere enn noen tidligere år

Tabell 5: Avdelingsvis fordeling av avviksmeldinger Sykehuset Namsos

	Ekstern	Intern
Med.avd	19 (kat.1x2, 2x5, 3x3, 4x8, 20x1)	8 (kat.1x3, 4x2, 5x1, 6x2)
Kir.avd	5 (kat.1x3, 4x1, 6x1)	4 (kat.1x1, 4x1, 6x1, 20x1)
Ort.avd	3 (kat.1x2, 6x1)	6 (kat.1x2, 4x1, 20x3)
Akuttmed/Int/Opr.	7 (kat.1x2, 4x5)	4 (kat.1x2, 6x1, 20x1)
B&F totalt	9	19
BUP		2 (kat.20, 1)
Føde	2 (kat.20x1, 4x1)	1 (kat.1)
Gyn	7 (kat.4x4, 1x1, 5x1, 6x1)	16 (kat.6x12, 20x3, 1x1)
MEDSEK	2 (kat.1x1, kat.3x1)	3 (kat.1x1, 6x1, 20x1)
Mott/AMK/Amb	5 (kat.1x2, 3x1, 6x1, 20x1)	8 (kat.1x1, 3x1, 6x2, 5x1, 20x3)
Psyk/DPS	5 (kat.1x1, 3x1, 4x3)	2 (kat 6x1, 20x1)
SEK	1 (kat.6x1)	6 (kat.6x6)

Kommentarer:

- Ved SHN er det liten endring i antall meldinger fra 2008 til 2009 for de fleste avdelinger, med to unntak: en markert økning i antall meldinger for BFK, som kan tilbakeføres til Gyn/Fødeavdelingen (2008:11 meldinger, 2009: 28 meldinger)
- Selv om tallene er små, viser også Mottakelse/AMK/Ambulanse en tydelig økning fra 3 meldinger i 2008 til 13 meldinger i 2009
- Antall meldinger for Kir.avd. og Ortopedisk avd. er påfallende lave både i 2008 og 2009

Tabell 6: Avdelingsvis fordeling av avviksmeldinger Levanger

	Ekstern	Intern
Med.avd	11 (kat1:8; kat.3:1, kat.4:1, kat.6:1)	78 (kat.1:39, kat.2:4, kat.4:11, kat.5:2, kat.6:18, kat.20:4)
Kir.avd	10 (kat.1:1, kat.3:1, kat.4:8)	18 (kat.1:4, kat.4:3, kat.6:10, Kat.20:1)
Ort.avd	1 (kat.4:1)	11 (kat.1:5, kat.2:1, kat.5:1, kat.6:3, kat.20:1)
Akuttmed/Int/Opr.	6 (kat.1:4, kat.4:2)	17 (kat.1:10, kat.2:1, kat.4:2, kat.5:1, kat.6:1, kat.20:2)
B&F totalt	19 kat.1:3, kat.4:13, kat.6:3)	23 (kat.1:8, kat.5:2, kat.6:11, kat.20:2)
BUP		
Føde		
Gyn		
MEDSEK	2 (kat.1:1, kat.6:1)	12 (kat.1:2, kat.4:1, kat.6:7, kat.20:2)
Mott/AMK/Amb	1 (kat.6:1)	4 (kat.6:4)
Psyk/DPS	6 (kat.4:6)	5 (kat.4:1, kat.5:1, kat.6:1, kat.20:2)
SEK	1 (kat. 2:1)	18 (kat.6:18)
Rehab/revma	18 (kat.1:10, kat.2:2, kat. 4:2, kat5:1, kat.6:1, kat.20:2)	26 (kat.1:5, kat 2:2, kat.3:1, kat.4:12, kat.6:4, kat.20:2)

Kommentarer:

- Ved SHL er det en markert økning i antall meldinger for BFK, med økning fra 20 meldinger i 2008 til 42 i 2009
- Det er også en tydelig økning i antall meldinger for Akuttmed.avd., fra 8 i 2008 til 23 i 2009, og for Rehab/Revma fra ca. 20 i 2008 til 44 i 2009

Tabell 7: Avdelingsvis fordeling begge sykehus

	SHN		SHL	
	Ekstern	Intern	Ekstern	Intern
Med.avd	19	8	11	78
Kir.avd	5	4	10	18
Ort.avd	3	6	1	11
Akuttmed/Int/Opr.	7	4	6	17
B&F totalt	9	19	19	23
BUP				
Føde				
Gyn				
MEDSEK	2	3	2	12
Mott/AMK/Amb	5	8	1	4
Psyk/DPS	5	2	6	5
SEK	1	6	1	18
Rehab/revma			18	26

Kommentarer:

- Med.avd. SHN har en betydelig høyere andel § 3-3-meldinger enn samme avd. ved SHL
- BFK har totalt en økning fra 31 meldinger i 2008 til 70 i 2009, hovedsakelig knyttet til Gyn/Fødeavdelingene
- Mottakelsesavdelingene/AMK har fortsatt lave tall, selv om det er en liten økning fra 2008 til 2009
- Det høye antallet meldinger for Rehab/Revma kan knyttes til endret organisering av revmatologiske tjenester i HNT fra høsten 2008

Tabell 8: Avviksmeldinger fordelt på kategori

Kategori	SHN		SHL		HNT	
	Totalt	§ 3-3	Totalt	§ 3-3	Totalt	§ 3-3
1.1 Rutine/prosedyre ved medisinerer	13	8	72	20	85	28
1.2 Rutine/prosedyre annen faglig virks.	14	6	31	7	45	13
2 Ikke tilfredsstillende org/fysiske forhold	4	4	13	3	17	7
3 Ikke tilfredsstillende komp/faglig skjønn	7	6	3	2	10	8
4 Komplikasjon, Bivirkning, fall, egenskade	26	22	62	35	88	57
5 Feil ved MTU	3	1	8	0	11	1
6 Informasjonssikkerhet (prosedyrer/IT)	31	5	78	6	109	11
20 Ikke definerte relevante avvik	18	4	20	2	38	6
Sum	116	56	287	75	403	130

Kommentarer:

- Mens totalt antall meldinger innenfor **kategori 1** er tilnærmet uendret fra 2008 til 2009 (hhv.131 og 129), er antall meldinger sendt Helsetilsynet økt fra 23 i 2008 til 41 i 2009, men *den relative andelen* meldinger etter kategori 1 er redusert fra 40% i 2008 til 32% i 2009
- Antall meldinger innenfor **kategori 4** er tydelig økt fra 2008 til 2009 og har en økning i andel fra 16% av alle meldinger i 2008 til nesten 22% i 2009. Antall meldinger sendt Helsetilsynet innenfor denne kategorien er mer enn fordoblet fra 2008 til 2009
- Antall meldinger etter **kategori 6** er også tydelig økt fra 2008 til 2009 og viser en økning i andel hendelser av denne type til 27% i 2009, mot 25% i 2008. Det er også en økning i andel meldinger til Helsetilsynet innenfor denne kategorien

Tabell 9: Årsak til avviksmeldinger innenfor kategori 4

Årsaker	SHN		SHL		HNT	
	Intern	§ 3-3	Intern	§3-3	Intern	§3-3
Komplikasjon til kirurgisk inngrep	1	11	0	15	1	26
Komplikasjon til fødsel	0	1	0	4	0	5
Komplik. til venflon/infusjon/v.punksjon	1	0	3	3	4	3
Tannskade	0	1	0	0	0	1
Fallskader	2	1	21	5	23	6
Suicid	0	2	0	4	0	6
Andre årsaker	0	6	1	4	1	10
Sum	4	22	25	35	29	57

Kommentarer:

- Avvikshendelser i kategori 4 utløser hyppigst melding til Helsetilsynet, selv om samlet antall hendelser i denne kategorien totalt sett ligger lavere enn kategori 1 og kategori 6
- Tallene viser en markert endring: antall meldte **komplikasjoner til kirurgiske inngrep** (også gynekologiske) er betydelig økt fra 13 i 2008 til 27 i 2009, tilsvarende en økning fra knapt 18% til ca. 22% innenfor denne kategorien
- **Fallskader** ligger i 2009 omtrent på samme nivå som i 2008, og utgjør ca. 45% av alle hendelser innen denne kategorien
- Antall **suicid/suicidalforsøk** i 2009 var 6, mot 2 i 2008. Dette kan være knyttet til innføring av nye retningslinjer for melding om suicid

Tabell 10: Fallskader meldt Kvalitetsutvalget

	<70 år	70-80 år	>80år	Ukj risiko	Kjent risiko	Uhell	§ 3-3
SHN	1		2			3	1
SHL	7	8	11	2 (1)	18 (2)	6	5
HNT	8	8	13			9	6

1: risikovurdering ikke dokumentert

2: kjent risiko: forebyggende tiltak iverksatt hos 10 pas., - ingen tiltak hos 8
6 hendelser gjelder 1 pasient

Kommentarer:

- I 2007 og 2008 var det meldt hhv. 27 og 25 fallskader. I 2009 er det en svak økning til 29
- I 2008 forelå hos 17 av 25 pasienter kjente risikofaktorer, i 2009 var dette registrert hos 18 av 29, i to tilfelle var risikovurdering ikke dokumentert
- Hos de 18 pasienter med kjent risiko var forebyggende tiltak iverksatt hos 10 pasienter (sengehest, fastvakt, hyppig tilsyn, ledsager ved forflytning), men likevel inntraff uhell hos disse 10 pasientene. 21 av 29 fall inntraff hos pasienter > 70 år
- Hos 8 pasienter med kjent risiko var det ikke iverksatt forebyggende tiltak
- Hos i alt 9 pasienter inntraff fallet uten at det forelå kjent risiko
- 6 av 29 fall resulterte i alvorlig skade (melding etter § 3-3)

Tabell 11: Informasjonssikkerhet – Kategori 6

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

Kommentarer:

- Antall meldinger innen kategori 6 har vært sterkt økende de siste 3 årene. I 2008 omfattet denne kategorien knapt 25% av alle meldinger til Kvalitetsutvalget. I 2009 er andelen økt til 27%, mens andel meldinger til Helsetilsynet er noe lavere i 2009 enn i 2008
- Avvikshendelsene representerer flere årsaksforhold: rutine/prosedyresvikt, sviktende driftsstabilitet i elektroniske systemer, sviktende muntlig kommunikasjon etc.

Tabell 12: Tidsforbruk i melderutinen

Tidsintervall	SHN	SHL	HNT
Antall meldinger	116	287	403
Hendelse – Utfylt Del 1	26,27 dager	19,4	21,1
Dato Melding Del 1 – Kvalitetsutvalget	7,0 dager	20,5	14,8
Mottatt Kvalitetsutvalget – Innstilling vedtak	33,7 dager	39,9	38,1
Hendelse – Innstilling vedtak	67,0 dager	79,8 dager	74,0 dager

Kommentarer:

- Relativt få saker drar opp gjennomsnittstallene. Enkelte saker oppdages betydelig forsinket, - andre saker krever innhenting av tilleggsopplysninger
- Registreringen viser et gjennomsnittlig tidsintervall på ca. 74 dager regnet fra tidspunktet for hendelsen til Kvalitetsutvalgets innstilling foreligger, og 38 dager regnet fra den dato meldingen er mottatt til innstillingen er utarbeidet. Halvparten av det totale tidsforbruket faller altså på selve melderutinen fra ansvarlig avdeling
- For 2009 er gjennomsnittlig tidsintervall mellom hendelsestidspunktet og innstilling til vedtak fordoblet, sammenlignet med 2008

Tabell 13: Hvem melder

Fagbakgrunn	SHN	SHL	HNT
Sykepleier	10	192	202
Lege	45	52	97
Adm.personell	47	26	73
Annet personell	14	17	31
Sum	116	287	403

Kommentarer:

- Registreringen viser at nær 50% av mottatte meldinger ble initiert fra sykepleier, - at 24% av meldingene er utløst av lege, - at 18% er meldt fra personell i administrative funksjoner og at ca. 8% er meldt fra personell med andre funksjoner
- Fordelingen på meldeinstanser viser betydelige ulikheter mellom SHN og SHL

2.2. Avvikshendelser behandlet på klinikk/avdelingsnivå

I tillegg til de 403 meldingene som er registrert i Kvalitetsutvalget for året 2009 kommer hendelser som er behandlet internt i enkelte avdelinger. For å få et mer fullstendig bilde av meldekulturen om omfanget av pasientsaker i Helse Nord-Trøndelag må disse hendelsene tas med i årsrapporten. Dette gjelder særlig Psykiatrisk klinikk og Medisinsk serviceklinikk, som i 2008 behandlet 711 hendelser internt i tillegg til de 55 som ble meldt Kvalitetsutvalget.

Saker behandlet internt i Medisinsk serviceklinikk

Denne klinikken omfatter Røntgenavdelingen, Sterilforsyningen og Avd. for laboratoriemedisin (ALM). For året 2009 er antall behandlede avvikshendelser og klagesaker

Rtg.	26 avvik	2 klager
Sterilforsyning	8 ”	3 ”
ALM:	177 ”	54 ”
Sum	211 ”	59 ”

Kommentar:

- 5 saker ved Rtg.avd. SHL ble kun behandlet internt
 - o 4 tilfelle: feil pasient var henvist
 - o 1 tilfelle: kontrast gikk subcutant
- 21 saker ved Rtg.avd. SHN ble kun behandlet internt:
 - o 2 tilfelle: svikt MTU
 - o 1 tilfelle: svikt IKT
 - o 11 tilfelle: svikt interne rutiner
 - o 10 tilfelle: svikt i eksterne rutiner
- 8 saker ved Sterilforsyningen
- 8 av 177 registrerte avvik ved ALM ble meldt til Kvalitetsutvalget
31 avvik registrert ved internrevisjoner ved ALM, ingen meldt til Kvalitetsutvalget

Saker behandlet internt i Psykiatrisk klinikk

Denne klinikken omfatter de Psykiatriske avdelingene i SHL og SHN, samt DPS Stjørdal og DPS Kolvereid. For året 2008 var det i Psykiatrisk klinikk behandlet 580 slike hendelser. I 2009 er det behandlet i alt 416 avvik, herav er 33 sendt videre til Kvalitetsutvalget.

Samlet antall avvik behandlet internt på klinikk/avdelingsnivå 2009:

Rtg. avd. SHL	5
Rtg.avd. SHN	21
Sterilforsyning	8
ALM	169
Psyk. klinikk	383
Sum	586

2.3. Avviksmeldinger med grunnlag i Basisavtalen 2009

Basisavtale for samhandling ble utviklet i samarbeid mellom kommunene v. KS og sykehusene i Nord-Trøndelag i 1997, og trådte i kraft fra januar 1998. Avtalen er senere revidert 2 ganger. Gjeldende versjon av Basisavtalen løper frem til 31/12-2010, og omfatter i tillegg til kommunene også eksterne rehabiliteringsinstitusjoner i Nord-Trøndelag. Hensikten med avtalen er å ivareta pasientenes interesser gjennom tydelige regler for kommunikasjon, informasjon og samarbeid. Erfaringsmessig ligger mye av forbedringspotensialet i overgangssone mellom de ulike ansvarsområdene i helsetjenesten. En gjensidig melderutine for avvik fra de avtaler som ligger i Basisavtalen bidrar derfor til å synliggjøre hva innsatsen bør innrettes mot.

Det er meldt 104 avvik iht Basisavtalen i 2009. I 2008 ble det meldt 133, en nedgang på 29.

Meldingene fordeler seg slik

Fra kommunene til SHN	34 meldinger (12 kommuner, 1 rehab.inst.)
Fra kommunene til SHL	36 meldinger (8 kommuner, 3 rehab.inst.)
Fra kommunene til HNT	70 meldinger (18 kommuner, 4 rehab.inst.)

For 2009 er det sendt 12 meldinger fra rehab.inst. Alle 4 rehab.inst. har sendt avviksmelding.

Fra SHN til kommunene	14 meldinger (4 kommuner) (2008: 6 meldinger)
Fra SHL til kommunene	20 meldinger (4 kommuner) (2008: 27 meldinger)
Fra HNT til kommunene	34 meldinger (8 kommuner) (2008: 33 meldinger)

Kommentar:

Antall meldinger fra sykehus til kommune uendret. Det meldes 34 avvik til 8 kommuner, der Steinkjer får 9, Namsos 7, Levanger 6 og Verdal 4.

Tabell 14: Årsak til avviksmelding fra kommune/rehab.inst. til sykehus

Årsak	SHN	SHL	HNT
1. Manglende skriftlig informasjon v. overføring (epikrise, spl.dok)	8	10	18
2. Ikke tilfredsstill samarbeid/dialog under oppholdet	11	7	18
3. Resepter,nødv. medikamnetter manglet v/hjemkomst	3	1	4
4. ikke gitt beskjed om utreise	3	2	5
5. Uklar/feil/mangelfull informasjon (også vedr. medisinbruk)	6	4	10
6. Annet	3	12	15
SUM	34	36	70

Tabell 15: Årsak til avviksmeldinger fra sykehus til kommune

Årsak	SHN	SHL	HNT
1. Ikke etabl. tilbud innen avtalt frist	3	13	16
2. ikke tilfredsstillende opplysn. v. innleggelse	10	6	10
3. feilsendte opplysninger		1	1
4. ikke tilfredsst. samarbeid	1		1
Sum	14	20	34

Rapporter og statistikk finnes på HNT's internettsider under Samhandling.

2.4. Klager, besværelser, spørsmål og hendelsesbaserte tilsynssaker

Hendelsesbaserte tilsynssaker opprettes av Helsetilsynet i den hensikt å vurdere hvorvidt avvikshendelser eller klager som gjelder enkeltsaker kan representere brudd på kravet til forsvarlighet. Et fåtall tilsynssaker blir opprettet med grunnlag i avviksmelding etter § 3-3, - de fleste besluttet opprettet med utgangspunkt i klager som fremmes direkte fra pasient/ pårørende eller via Pasient- og brukerombudet, av og til også via andre instanser som opptrer på pasientens vegne.

Tabell 16: Tilsynssaker, hendelsesbaserte, opprettet i 2009 (2008 i parentes)

Avdeling	SHN	SHL	HNT
Med.avd.	3	0	3
Kir.avd.	3	5	8
Ort.avd.	0	1	1
Rehab/Revma avd.	0	3	3
Gyn/Føde	3	5	8
Psyk.avd.	3	4	7
Sum	12 (8)	18(19)	30 (27)

Kommentar:

- Antall tilsynssaker er tilnærmet uendret fra 2008 til 2009, men tallene er vesentlig lavere enn i 2007, da SHN hadde 16 saker og SHL 25 saker

Tabell 17: Tilsynssaker 2009 – grunnlag

Avdeling	SHN §3-3	SHL §3-3	SHN Pas./Pår.	SHL Pas./Pår.	SHN Pasomb	SHL Pasomb	SHN Andre (1)	SHL Andre (1)	Sum
Med.avd.	1	0	1	0	1	0	0	0	3
Kir.avd.	1	0	1	3	1	1	0	1	8
Ort.avd.	0	0	0	1	0	0	0	0	1
Gyn/Fødeavd.	1	0	1	2	1	1	0	2	8
Rehab/Revmaavd.	0	0	0	2	0	1	0	0	3
Psyk.avd.	2	0	1	3	0	1	0	0	7
Sum	5	0	4	11	3	4	0	3	30

1: "Andre" er i denne sammenheng advokat, pasientorganisasjon og lege som opptrer på vegne av pasienten.

Kommentar:

- Melding etter § 3-3 har vært grunnlag for opprettelse av 5 tilsynssaker
- 15 av 30 tilsynssaker er opprettet med grunnlag i klage fra pasient/pårørende direkte til Helsetilsynet
- 7 tilsynssaker er opprettet etter klage via Pasient- og brukerombud til Helsetilsynet
- 3 tilsynssaker er opprettet etter klage via andre instanser til Helsetilsynet
- Av de 30 tilsynssakene som ble opprettet mot Helse Nord-Trøndelag i 2009 er bare 8 avsluttet ved årsskiftet 2009/2010.

"Andre klagesaker"

I tillegg til de klagesakene som har dannet grunnlag for opprettelse av tilsynssaker, er det i løpet av året 2009 mottatt klager som er rettet direkte til Helse Nord-Trøndelag. Slike klager kan også ha ulike veier til helseforetaket: direkte fra pasient/pårørende, via Pasient- og brukerombud, via Helsetilsynet eller via andre eksterne instanser.

Tabell 18: Klagesaker 2009

Avsender	SHN	SHL	Totalt
Pas./påørende	2 (6)	31 (8)	33 (14)
Helsetilsynet	0 (4)	3 (1)	3 (5)
Pas.- og brukerombud	4 (3)	16 (12)	20 (15)
Andre	0 (0)	5 (0)	5 (0)
Sum	6 (13)	55 (21)	61 (34)

Kommentar:

- Tallene for 2008 er anført i parentes
- Antall klagesaker i 2009 er vesentlig høyere enn i 2008, og den største økningen gjelder henvendelser direkte fra pasient/pårørende
- Helsetilsynets lave andel forklares ved at Helsetilsynet har opprettet en rekke tilsynssaker med grunnlag i klager (15 av 30 tilsynssaker er opprettet med grunnlag i klage direkte fra pasient/pårørende til Helsetilsynet)

Tabell 19: Klagesaker fordelt på avdelinger, sykehus og klageinstanser

Avdeling	SHN Pas./Pår.	SHL Helsetils.	SHN Pas.ombud	SHL Andre	Sum
Med.avd.	0	0	0	3	3
Kir.avd.	1	3	3	1	8
Ort.avd.	0	6	0	0	6
Gyn/Fødeavd.	0	2	1	1	4
Rehab/Revma	0	2	0	0	2
Psyk.avd.	1	0	0	3	7
Prehosp.klin.	0	17	0	8	30
Mottakelse	0	1	0	0	1
Sum	33	3	20	5	61

Kommentar:

- Klager vedr. syketransporttjenesten er årsak til økningen i 2009 sammenliknet med 2008 . Klagene var særlig hyppige ved årets start

2.5. Erstatningssaker (NPE) 2009**Tabell 20: Erstatningssaker 2009 (nye saker)**

Avdeling	SHN	SHL	Sum
Med. avd.	12	1	13
Kir.avd.	13	6	19
Ort. avd.	18	18	36
Anestesiavd.	2	0	2
Nevr. avd.	6	0	6
Gyn/Føde/BUP	2	8	10
Øyeavd.	1	0	1
Rtg.avd.	1	0	1
Andre	0	1	1
Sum	55 (46)	34 (51)	89 (96)

Kommentar:

- Tallene for nye saker i 2008 er oppført i parentes

2.6. Pasientsaker – omfang i 2009

Eksterne og interne avvikshendelser, tilsynssaker, klagesaker, spørsmål og erstatningssaker kan ofte være ulike sider av samme sak. Begrepet "pasientsaker" omfatter alle disse kategoriene. En samlet oversikt gir begrep om den arbeidsmengden enkeltsaker kan generere, når det samtidig tas i betraktning at en enkelt sak kan inneholde mer enn 50 poster. Melding, innhenting av tilleggsplysninger og redegjørelser fra involvert personell, sakkyndige uttalelser etc.

representerer i sum en betydelig ressursbruk, og er dermed et av flere element i det vi kan omtale som ”kvalitetsrelaterte kostnader”.

”Pasientsaker” behandlet i 2009

Avviksmeldinger beh. av Kvalitetsutvalget	403
Avviksmeldinger beh. internt i klinikk/avd.	586
Avviksmeldinger med grunnlag i Basisavtalen	104
Tilsynssaker	30
Klagesaker	61
Erstatningssaker	89
<u>Sum</u>	<u>1273</u>

2.7. Internrevisjoner og tilsynsbesøk 2009

Tilsynslovens §3 og Forskrift om internkontroll for helse, miljø og sikkerhet fastsetter at det skal utføres internrevisjoner ved helseforetaket. I forhold til opprinnelig revisjonsplan er flere revisjoner avlyst p.g.a. eksterne tilsyn innen området, og enkelte internrevisjoner er utsatt på grunn av pandemisk influensa.

Revisjoner

- Ressursstyring – oppgaver, Eiendom, SHN
- Samsvar mellom ressurser – oppgaver, Kjøkken SHL
- Sertifiseringsrevisjon Sterilsentralen
- Ledelsesprosessen, bruk av kvalitetssyst. For kompetanse og opplæring (10 revisjoner)
- Avd. for laboratoriemedisin (8 revisjoner)

ROS-vurderinger

- Strømforsyning M- og B-bygget
- ePhorte
- avdelingssykepleiers ansvar, Med.avd. SHL
- Kirurgisk mottak SHN – sykepleierbemanning
- Gynekologisk og Kreftpolikl. SHN
- Syketransport – Lenes bussreiser
- Post/Arkiv – implementering
- Ambulansetjenesten i norddelen av fylket
- Makulering av papir

Merknad: revisjonsplan for 2010 har omtrent det samme omfanget som for opprinnelig plan 2009.

2.8. Eksterne revisjoner/systemtilsyn 2009

En rekke eksterne myndighetsutøvere fører omfattende tilsyn med ulike områder av helseforetakets virksomheter. I løpet av 2009 har en rekke instanser gjennomført revisjoner/systemtilsyn:

- Norsk akkreditering: Avd. for laboratoriemedisin (NS-EN/ISO 17025)
- Statens Helsetilsyn:
 - o Blodbank: Gjennomgang av dokumenter og prosedyrer
 - o Fødeavd.: Mottak, oppfølging, akuttsituasjoner
 - o Akuttmottakene: Oppfølgingstilsyn av mål- og aktivitetsstyring
 - o Psyk. klinikk: Akuttpsykiatritilbudet

- Statens legemiddelverk: Blodbank – system
- Helse Midt-Norge: Styring/kontroll med stillinger og bemanning
- Mattilsynet: Kjøkken (Kir.SHL, Med SHL, Gyn/Føde SHN, DPS Kolvereid)
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap: El.anlegg og elektromed.utstyr
- Branntilsyn:
 - o SHN
 - o Juledekor med lys
- Det Norske Veritas:
 - o Psyk. klinikk: ISO-sertifisering
 - o Sterilsentral: ISO-sertifisering
- Baxter AS: Blodbank: Godkjenning som plasmaleverandør
- Arbeidstilsynet: Psyk. avd. post 1 SHL: inneklima
- Riksrevisjonen: økonomistyring

Merknad:

- med få unntak er alle meldte avvik lukket
- for 4 revisjoner/tilsyn er det ikke mottatt rapport

3. Vurderinger og kommentarer til kapittel 2

3.1. Meldekulturen på foretaksnivå

Meldekulturen i Helse Nord-Trøndelag har gjennom flere år hatt en positiv tendens:

- o Meldekategoriene er utvidet
- o Antall meldinger til Kvalitetsutvalget er relativt høyt og økende fra 2008 til 2009
- o Kvaliteten i oppfølgingen av alvorlige hendelser er blitt bedre m.h.t. dokumentasjon og læringseffekter
- o Helse Nord-Trøndelag er blant de helseforetak som på nasjonalt nivå har høyest meldefrekvens til Helsetilsynet

En landsomfattende statistikk fra 2007 over fylkesvis fordeling av meldinger sendt til Helsetilsynet etter Spesialisthelsetjenestelovens § 3-3 viste betydelig variasjon, fra 0,11 pr.1000 innbyggere i Rogaland til 1,74 pr. 1000 innbyggere i Østfold. Nord-Trøndelag hadde tredje høyeste meldefrekvens, tilsvarende 1,09 pr. 1000 innbyggere.

I perioden 2004 til 2006 ble det i Helse Nord-Trøndelag årlig registrert en nedgang i antall meldinger, men i 2009 er antall meldte saker omtrent på samme nivå som i 2004, og andel meldinger sendt til Helsetilsynet i henhold til § 3-3 har aldri vært høyere.

Totalt antall avviksmeldinger sendt Kvalitetsutvalget i 2009 er nesten 23% høyere enn i 2008, og andel meldinger sendt til Helsetilsynet er økt fra ca. 20% i 2008 til 32% i 2009. Årsaken til økningen av §3-3-meldinger kan i stor grad tilbakeføres til to forhold:

- en styrket meldekultur innenfor Barne- og familieklubben (Gyn/Føde/Barn/BUP) som følge av et målbevisst arbeid av klinikk- og avdelingsledelsen
- omleggingen av ansvaret for revmatologiske spesialisttjenester, som har resultert i en omfattende internkontroll av diagnostikk og behandlingsindikasjoner

3.2. Avdelingsvis fordeling

Innad i de ulike enheter er det til dels betydelige forskjeller:

- o De medisinske avdelingene har en betydelig høyere meldefrekvens enn de kirurgiske og ortopediske avdelingene. Dette synes ikke logisk, etter som de kirurgiske og ortopediske avdelingene har flere klagesaker, tilsynssaker og erstatningssaker enn de medisinske avdelingene
- o Psykiatriske avdelinger og Medisinsk serviceklinikk har få meldinger totalt – noe som forklares ved at de samme klinikkene har en høy andel registrerte avvik som behandles internt
- o Mottakelsesavdelingene er registrert med et fåtall hendelser, til tross for at en stor andel av den totale pasientmengden blir kanalisert gjennom denne enheten
- o Barne- og familieklinikken: se ovenfor
- o Rehabiliteringsklinikken: se ovenfor

3.3. Avvikskategorier

Som i tidligere år dominerer årsaken til uønskede hendelser innen tre hovedkategorier:

- o Kategori 1: ”rutine/prosedyre ikke fulgt” ved medisinerings og annen faglig virksomhet
- o Kategori 4: komplikasjoner, bivirkninger, fall, uhell, egenskade, suicid
- o Kategori 6: svikt ved informasjonssikkerhet (prosedyrer/IT)

Samlet omfatter disse tre hovedkategoriene 81% av alle mottatte meldinger, og 83% av alle meldinger sendt Helsetilsynet. For de enkelte kategorier kan det pekes på ulike utfordringer og muligheter til forbedring:

- Innenfor rutiner/prosedyrer som omhandler **medisinering** kan det forventes at innføringen av elektronisk verktøy vil bidra til økt sikkerhet i forordning og administrasjon av medikamenter
- **Komplikasjoner** til behandling kan med stor sikkerhet hevdes å være underrapportert. Innføring av systematisk journalanalyse vil bidra til å fange opp en vesentlig del av hendelser som ikke blir meldt på ordinær måte. I 2009 var det meldt 27 komplikasjoner til kirurgiske inngrep, og 26 av disse ble meldt Helsetilsynet
- Forebygging og registrering av **fallskader** er avhengig av at personell ved de ulike avdelinger har et tydeligere fokus på risiko og forebygging. Antall meldte tilfelle av fallskader i 2007, 2008 og 2009 var hhv. 27, 25 og 29. I 2008 forelå kjent fallrisiko hos 17 av 25 pasienter, og i 2009 hos 18 av 29. I 2009 var 21 av de 29 pasientene som ble utsatt for fallskadene over 70 år. Bare hos 10 av de 18 pasientene som hadde en erkjent fallrisiko var det iverksatt forebyggende tiltak, - og likevel inntraff fall hos disse 10 pasientene. 6 av 29 meldte fall resulterte i alvorlig skade.
- Svikt i **informasjonssikkerhet** har vært årsak til et økende antall avvikshendelser de senere årene, og kan i stor grad settes i sammenheng med innføringen av elektronisk verktøy i helsetjenesten. Årsakssammenhengene er flere: slike hendelser oppstår delvis som en følge av rene *datatekniske problemer* knyttet til driftsstabilitet/tilgjengelighet, men det viser seg også at manglende/mangelfull *brukeropplæring* eller sviktende *rutiner og prosedyrer* fører til brukerfeil. I et stort antall av disse hendelsene handler hendelsene om forveksling av pasientidentiteter, - og i slike tilfelle må en være klar over at avviket kan ramme to personer

3.4. Tidsforbruk i melderutinen

Kvalitetsmessig behandling av uønskede hendelser bygger på kjente forutsetninger:

- o fullstendig dokumentasjon
- o vurdering av årsak, konsekvenser og tiltak
- o rask behandling

I 2009 gikk det for de 403 meldingene gjennomsnittlig 21 dager fra hendelsen oppstod til den ble meldt, og det gikk i tillegg 14-15 dager fra meldetidspunktet til meldingen ble mottatt i Kvalitetsutvalget, - i sum 35-36 dager fra hendelsen oppstod til meldingen ble mottatt. Saksbehandlingen med ferdig innstilling til vedtak tok gjennomsnittlig 38 dager. Samlet tidsbruk i 2009 var vesentlig høyere i 2009 enn i 2008.

Tidsforbruket i Kvalitetsutvalgets sekretariat er i hovedsak betinget av 2 forhold:

- o en rekke meldinger er ufullstendig utfylt eller gjelder hendelser hvor det må innhentes tilleggsopplysninger
- o tilgangen av meldinger overstiger i perioder kapasiteten hos saksbehandler

Kvalitetsutvalgets sekretariat sørger uansett for at meldinger som hører inn under §3-3 blir meldt til Helsetilsynet innen 2 måneder, uavhengig av behandlingsstatus.

Kvalitetsutvalgets anbefaling om å opprette kvalitetsveiledere på klinikk/avdelingsnivå vil gi mulighet for at mindre alvorlige saker blir ferdig behandlet i linjeorganisasjonen, slik at Kvalitetsutvalgets sekretariat først og fremst kan bruke sin tid på de alvorlige hendelsene. En slik organisering vil sannsynligvis også bidra til en heving av meldekulturen og forståelse av hensikten med avviksregistrering i de kliniske avdelingene.

Det vises for øvrig til opplysningene fra Psykiatrisk klinikk og Medisinsk serviceklinikk, som allerede fra tidligere år har etablert interne rutiner for avvikshåndtering, og i antall saker ligger vesentlig høyere enn antall saker meldt til Kvalitetsutvalget.

3.5. Avviksmeldinger med grunnlag i Basisavtalen

De som arbeider i helsetjenesten har ofte god kunnskap årsaker til svikt i samarbeidet mellom nivåene. Derfor er det viktig at man har avtaler som regulerer hvordan samhandlingen skal kvalitetssikres for å ivareta pasientens interesser. Likevel kan det være skuffende å registrere at den enkelte helsearbeider i hverdagens travelhet ikke alltid tar seg tid til å dokumentere de uheldige hendelsene. *Dette betyr at forståelsen av hensikten med avviksregistrering innad i den enkelte organisasjon og mellom nivåene er manglende eller svak. Dette er et paradoks i virksomheter hvor ordet "samhandling" har fått stor aktualitet.*

I 2008 ble Basisavtalen også gjort gjeldende for *rehabiliteringsinstitusjonene* i fylket. Det ville derfor være naturlig å forvente en økning i antall avviksmeldinger knyttet til denne samarbeidsavtalen. Imidlertid viser våre registreringer at det i 2008 ble utvekslet i alt 133 meldinger mellom sykehus og kommuner, mens antallet i 2009 er 104:

- o 70 meldinger er sendt fra kommuner og rehab.institusjoner til sykehusene
- o 34 meldinger er sendt fra sykehusene til kommunene

Av de 70 meldingene mellom de aktuelle instansene fremstår følgende avviskategorier som dominerende

- o Manglende skriftlig informasjon ved overføring (epikrise, sykepleiedokumentasjon)
- o Ikke tilfredsstillende samarbeid dialog før utreise
- o Uklar, feilaktig eller mangelfull informasjon (gjelder også medisinbruk)

Til forskjell fra 2008, hvor det var rapportert 17 tilfelle hvor det manglende resepter eller medikamenter ved hjemkomst er det i 2009 kun rapportert 4 slike tilfelle.

Av de 34 meldingene fra sykehus til kommune er to typer avvik dominerende:

- o Ikke etablert tilbud innen avtalt frist

- o Ikke tilfredsstillende opplysninger ved innleggelse

Ønsket om å kvalitetsforbedre tjenestene og øke pasientsikkerheten krever bl.a. at det arbeides aktivt for å redusere forekomsten av hendelser innenfor disse avvikskategoriene.

3.6. Tilsynssaker og klagesaker

Antall hendelsesbaserte *tilsynssaker* opprettet i 2009 er uendret fra 2008, med hhv. 30 og 27 saker. Dette er vesentlig lavere enn 2007, da antallet var oppe i 41. Årsaken til variasjonene kan være rene tilfeldigheter, men kan også avhenge av hvordan de enkelte virksomheter håndterer avvik og klager internt.

- o 25 av de 30 tilsynssakene er opprettet med grunnlag i *klager* fra pasient/pårørende, enten direkte, evt. via Helsetilsynet, Pasient-og brukerombudet eller andre som opptre på pasientens vegne.
- o I 15 av 25 tilfelle er tilsynssakene opprettet med grunnlag i klager sendt direkte til Helsetilsynet fra pasient/pårørende.
- o Bare i 5 av 131 meldinger sendt Helsetilsynet etter § 3-3 er det funnet grunnlag for å opprette tilsynssak.
- o Antall tilsynssaker er i årsrapporten fordelt på avdelingsnivå, men tallene blir så små at de ikke gir grunnlag for videre konklusjoner.
- o I løpet av året 2009 er bare 8 av de 30 tilsynssakene avsluttet. Dette underbygger viktigheten av å sørge for rask og fullstendig saksutredning.

Tatt i betraktning at det i løpet av året er opprettet 30 hendelsesbaserte tilsynssaker, gir det anledning til refleksjon at bare 5 av 130 avviksmeldinger sendt Helsetilsynet danner grunnlag for tilsynssak, mens grunnlaget i 25 av 30 tilfelle er klager som enten er sendt direkte til tilsynsmyndigheten fra pasient/pårørende, eller fremmet via pasientombud, primærlege eller advokat.

Dette sier trolig noe om at en aktiv holdning til å fange opp avvik og klager fra medarbeidere i vårt helseforetak kan bidra til å redusere antall tilsynssaker.

Kvalitetsutvalgets sekretariat sørger alltid for å oversende tilsynsmyndighetens sluttrapport til aktuelle avdelinger. *Hver avdeling bør sørge for å gjennomgå Helsetilsynets arbeidsmetode og konklusjoner, fordi dette gir grunnlag for læring.*

I tillegg til de klagene som danner grunnlag for tilsynssaker kommer "*andre klager*", - som i 2009 var 61, mot 34 i 2008. Denne økningen kan trolig i all hovedsak tilbakeføres til omlegging av syketransporten i 2009, etter som 30 av de 61 sakene gjelder Prehospital klinikk. Antall klager rettet til Prehospital klinikk har vært avtagende gjennom året. Det er ellers grunn til å merke seg at 33 av 61 klager kom direkte fra pasient/pårørende.

3.7. Erstatningssaker gjennom NPE

NPE behandler erstatningskrav fra pasienter som er blitt påført skade i helsevesenet. Fra 1988 var det etablert en midlertidig ordning, inntil Pasientskadeloven trådte i kraft for offentlig sektor fra januar 2003. Norsk Pasientskadeerstatning har fra dette tidspunkt vært et statlig forvaltningsorgan underlagt Helse- og omsorgsdepartementet. Saksmengden har vært økende fra 1988 frem til 2006, men de siste 3 årene har antall saker vist tendens til å "flate ut". Veksten i tidligere år har vært tolket som uttrykk for befolkningens økende kjennskap til ordningen. I årsrapporten fra NPE for 2008 antydes det at man kanskje har nådd et "riktig nivå".

Antall saker og erstatningssummene gir i seg selv ikke grunnlag for å vurdere kvaliteten av behandlingen som ytes i norsk helsevesen, selv om både sakene og beløpene er relatert til kvalitet. Andel saker som er gitt medhold viste fallende tendens på landsbasis fra 59,2% i 1988 til 29,6% i 2002, og har i de etterfølgende årene variert fra 32,5% til 37%. I Helse Midt-Norge var andel medhold i 2008 37,4%. Hyppigste årsaker til saker som ble gitt medhold i 2007 og 2008 var:

- Svikt ved behandling (53,9%)
- Svikt ved diagnostikk (23,6%)
- Smitte eller infeksjon (17,0%)

Mange NPE-saker har lang saksbehandlingstid. Det kan derfor være vanskelig å vurdere utviklingen i medholdsandel og erstatningsbeløp fra et år til det neste. Med grunnlag i egne tall og årsrapporter fra NPE er det mulig å vise utviklingen for årene 2001-2009:

Antall saker	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
HMN	323	392	316	417	394	401	371	387	
M&R	119	132	112	138	118	140	112		
St. Olav	132	178	136	190	185	167	179		
HNT	72	82	68	89	91	94	80	88	96

Kommentarer:

- Det er mindre variasjoner i tallene for hvert enkelt år, slik de er oppgitt i årsmeldingene fra NPE
- Fra 2001 til 2008 fluktuerer antall nye saker fra år til år for hvert enkelt foretak

Andel saker

gitt medhold	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nasjonalt	32,1%	29,3%	32%	37,2%	33,2%	35%	35%	36,2%	
HMN					34,9%	35%	37%	37,4%	
HNT		21,4%	45%	37,1%	41%(1)	35%	37%	35%	36,2%

1: første halvår 2005

Kommentarer:

- Andel saker gitt medhold nasjonalt, regionalt og lokalt viser ingen påfallende forskjell for de enkelte år
- Andel saker gitt medhold viser til dels betydelige fluktuasjoner

Utbetalinger	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
HMN	35,8	30,4	44,5	55,5	79,2	50,0	38,4	61,5	70,1
M&R	16,5	12,3	17,5	20,1	17,2 (1)	8,9 (2)			15,0 (3)
St.Olav	12,5	12,5	19,5	27,8	23,4 (1)	15,8 (2)			33,7 (3)
HNT	6,8	5,6	7,6	8,8	2,7 (1)	4,9 (2)			24,4 (3)

1: første halvår 2005

2: første halvår 2006

3: tallene representerer utbetaling for saker avsluttet både i 2009 og 2008:

M&R: Helse Nordmøre og Romsdal: (4,7 + 2,9), Helse Sunnmøre (5,7+1,7)

St. Olav: (29,3+4,4)

HNT: (18,4+6,0)

Kommentarer:

- Vi ser en betydelig årlig variasjon i erstatningsutbetalingene
- Det er ikke mulig å vurdere de årlige utbetalingene opp mot det årlige antallet nye saker, etter som saksbehandlingen og fastsettelse av erstatningsbeløpet kan strekke seg over flere år
- Erstatningsutbetalingene er et konkret eksempel på kvalitetsrelaterte kostnader

Både nasjonalt og lokalt er ortopedi et dominerende fagområde m.h.t. antall saker. Det bemerkes at *antall avviksmeldinger* fra de kirurgiske klinikkene ligger påfallende mye lavere enn *antall NPE-saker* både i 2008 og 2009:

	Avviksmeldinger		NPE-saker	
	2008	2009	2008	2009
Kir.klinikker HNT	66	58	88	96

3.8. Eksterne tilsyn – positive funn

- **Ambulansetjenesten**

Statens Helsetilsyn gjennomførte sommeren 2009 en landsomfattende kartlegging av ambulansetjenesten med grunnlag i ”Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus – kapittel 4 Ambulansetjenesten, §17”. Det ble kartlagt hvorvidt helseforetakene hadde bemanning og personellkompetanse i samsvar med de formelle kompetansekravene i forskriften.

Resultatet av kartleggingen er at Helse Nord-Trøndelag HF var det eneste helseforetaket som innfridde kravene 100 prosent. Dette er en bekreftelse på at mye er gjort riktig, og det er spesielt godt å få bekreftet at dersom man blir syk i vårt fylke, blir man møtt av topp kvalifisert personell i ambulansetjenesten.

- **Akuttpsykiatritilbudet**

I en landsomfattende revisjon som Helsetilsynet foretok ved akuttpsykiatriske avdelinger i juni 2009 ble det ikke funnet avvik eller gitt merknader til Psykiatrisk klinikk i Helse Nord-Trøndelag. Ved samtlige av de øvrige akuttpsykiatriske tjenestene som var omfattet av revisjonen ble det gjort til dels alvorlige funn og gitt flere merknader.

I sluttrapporten fra Helsetilsynet ble det poengtert at *”Psykiatrisk klinikk har et kvalitetssystem som er lett tilgjengelig. Systemet nyttes av ansatte og er velfungerende”*.

4. Aktuelle utfordringer

Helse Nord-Trøndelag har hatt, og har fortsatt en vesentlig høyere meldefrekvens av § 3-3-meldinger enn øvrige helseforetak i regionen, målt i forhold til pasientgrunnlag eller utskrevne pasienter. Dette oppfattes som et kvalitetskriterium. Likevel kan vi ikke si oss fornøyd med situasjonen. I det følgende vil Kvalitetsutvalget fremheve følgende fokusområder:

4.1. Behandlingskomplikasjoner

Innenfor Barne- og familieklinikken er det spesielt fokuseringen av uønskede hendelser i form av *behandlingskomplikasjoner* som har gitt resultater. Tabell 7 viser at antall meldinger fra klinikken er økt fra 31 meldinger i 2008 til 70 i 2009, og Tabell 9 viser at komplikasjoner ved kirurgiske/gynekologiske inngrep omfatter i alt 37 av 57 hendelser som ble meldt til Helsetilsynet for denne kategorien.

Resultatet viser først og fremst at det er behov for å forbedre meldekulturen på dette området ved andre enheter i helseforetaket. Det er bl.a. grunn til å merke seg at transfusjonskrevende blødninger eller alvorlige infeksjoner fortsatt er lavt representert i materialet. Dette bør være et satsningsområde ved alle somatiske enheter.

4.2. Overvåkning av sykehusinfeksjoner.

Prevalens:

Prevalensmålingene gjøres på fastsatte dager, til fastsatt klokkeslett og omfatter alle innlagte pasienter.

Det registreres om de er operert og om de har en sykehusinfeksjon. Kravet til at det skal klassifiseres som en sykehusinfeksjon, er at pasienten har ligget i sykehuset i minst 48 timer eller har en infeksjon som følge av tidligere sykehusinngleggelse.

Prevalens er en nasjonal kvalitetsindikator som skal rapporteres til Norsk overvåkning av sykehusinfeksjoner (NOIS) 2 ganger i året og til regionalt/lokalt helseforetak 3 ganger i året. Det er en del motstand mot denne type registreringer da få infeksjoner får store utslag prosentvis og verdien for det enkelte sykehus er svært begrenset. Dette har myndighetene tatt til etterretning og har derfor vedtatt en forskrift som pålegger sykehusene insidensovervåkning.

Insidens:

Overvåkingen innebærer at visse pasientgrupper følges opp under og etter sykehusoppholdet for å se om de utvikler en infeksjon i tilknytning til tjenesten. Alle sykehus som utfører operasjoner skal gjennomføre overvåking. Overvåkingsperioden det skal rapporteres fra i 2009 var fra 01.09.09 til 30.11.09, men sykehusene i HNT HF gjennomførte overvåkingen gjennom hele året, noe som var anbefalt fra helsemyndighetene.

Hvilke NOMESCO-koder som skal overvåkes fastsettes av Sosial- og helsedirektoratet. Det skal følges opp en eller flere operasjoner etter en bestemt prioriteringsliste.

Sykehuset Namsos gjennomførte overvåking etter NOMESCO-kode MCA10 (Keisersnitt, nedre uterinsegment) og NFB (Innsetting av proteser i hofteledd).

- NFB, utført 103 inngrep hvorav 4 dype infeksjoner: 3,9%
 - Alle diagnostisert av lege.
- MCA10, utført 81 inngrep, hvorav 7 infeksjoner: 8,6%
 - 1 overfladisk infeksjon diagnostisert av pasient
 - 5 overfladiske infeksjoner diagnostisert av lege
 - 1 dyp infeksjon diagnostisert av lege.

Sykehuset Levanger gjennomførte overvåking etter NOMESCO-kode MCA10.

- MCA10, utført 186 inngrep, hvorav 6 infeksjoner: 3,2%
 - 2 overflatiske infeksjoner diagnostisert av pasient
 - 2 overflatiske infeksjoner diagnostisert av lege
 - 2 infeksjoner i hulrom/organ diagnostisert av lege

Registrering og forebygging av sykehusinfeksjoner bør være et fokusområde ved alle sykehus, fordi dette trolig representerer en av de store utfordringene innenfor kvalitetsområdet, samtidig som de ressursmessige konsekvensene av dette problemet er dårlig definert.

4.3. Journalanalyse og kvalitetsveiledere

Erfaringer både internasjonalt og nasjonalt viser at det er til dels *betydelig underrapportering* av uønskede hendelser – også hendelser som er meldepliktige. Et tiltak for å komme nærmere en mer dekkende registrering av avvik vil være å ta i bruk **systematisk journalanalyse**, som bygger på en standardisert metode for journalgjennomgang ("Global Trigger Tool"). Denne

metoden er hittil bl.a. benyttet ved Ahus og planlegges innført ved St. Olavs Hospital. Ved Ahus ble det i løpet av 2007 dokumentert at sykehusinfeksjoner og transfusjonskrevende blødninger utgjør de viktigste avvikskategoriene som blir fanget opp ved journalanalyse. Metoden er ikke spesielt ressurskrevende og kan utføres av personell som blir gitt opplæring etter en fastlagt manual.

Kvalitetsutvalget har etter "Ledelsens gjennomgang" i mars 2009 fremmet forslag om å ta i bruk denne metoden i Helse Nord-Trøndelag, og det er i tillegg anbefalt å opprette egne funksjoner for **kvalitetsveiledere i alle somatiske klinikker** (evt. på avdelingsnivå) for å styrke kvalitetsarbeidet i linjeorganisasjonen. *Disse forslagene er innarbeidet i helseforetakets kvalitetsstrategi høsten 2009, og det forventes at disse tiltakene blir realisert i første halvår 2010.*

4.4. Internkontroll av journalføring

Gjennom mange klagesaker og tilsynssaker er mangelfull journaldokumentasjon registrert som et tilbakevendende problem. Det er ikke tilstrekkelig å vise til Journalforskriftens bestemmelser, - de ulike avdelinger må ivareta kravet om internkontroll for å påse at journalene innholdsmessig holder mål. Det handler i stor grad om å definere standarder, og å påse at disse blir oppfylt.

Kvalitetsutvalget har med utgangspunkt i en konkret tilsynssak høsten 2009 og med grunnlag i en prosedyre ved Psykiatrisk klinikk utarbeidet forslag til en prosedyre som beskriver rutiner for internkontroll av journalføring ved alle somatiske enheter. Målsettingen er at disse retningslinjene skal være på plass og implementert tidlig i 2010.

Talegjenkjenning er utviklet som verktøy for en effektivisering av arbeidet med elektroniske journaler. Hittil er det rapportert positive erfaringer ved denne omleggingen. Imidlertid viser stikkprøver at det kan forekomme tilsvakheter ved journalføringen, slik at deler av innholdet i enkelte journaler blir meningsløst og usammenhengende. Det vil derfor være nødvendig å stille krav til internkontroll av journalføringen også på dette grunnlaget.

4.5. Standardisering av pasientforløp

Medisinen er ingen eksakt vitenskap, og mye av den virksomheten som drives er basert på erfaring og skjønnsmessige vurderinger, både når det gjelder diagnostikk, behandlingsvalg og oppfølging. *Mye taler for at utarbeidelse av fastere rammer basert på faglig konsensus og standarder for de ulike fasene av et pasientforløp vil bidra til kvalitetsforbedring og økt pasientsikkerhet.*

Revmatologisk avdeling ble etter beslutning fra adm. dir. tillagt ansvar for organiseringen av revmatologiske spesialisttjenester f.o.m. 2008, men ordningen ble først iverksatt fra høsten 2008. Fra dette tidspunktet er det gjennomført et omfattende arbeid med gjennomgang av en stor pasientgruppe som har vært under behandling med biologisk aktive medikamenter. Det er meldt en rekke tilfelle hvor det ut fra avdelingens vurdering foreligger avvik fra gjeldende behandlingsindikasjoner og diagnoser. Dette har resultert i at et tilsvarende stort antall meldinger er oversendt tilsynsmyndigheten i henhold til § 3-3 i Lov om spesialisthelsetjenesten. Disse hendelsene er for tiden undergitt behandling i Statens Helsetilsyn.

Uavhengig av utfallet ved denne behandlingen underbygger disse sakene betydningen av sterkere standardisering og internkontroll innenfor pasientgrupper hvor behandlingen både kan være risikofylt og ressurskrevende.

4.6. Aktivitetsstyringen i akuttmottakene

Allerede våren 2008 ble det tatt initiativ til oppfølging av resultatene ved et landsomfattende virksomhetsilsyn ved norske akuttmottak i 2007. Funnene ved dette tilsynet viste at det ved de fleste akuttmottak var for dårlig styring med pasientlogistikken, og det ble reist krav om å utforme klare målsettinger og registrere hvordan pasientgjennomstrømningen fungerer. Det ble videre stilt krav om et tettere samarbeid med de kliniske virksomhetene som gjør bruk av akuttmottakene.

Etter grundige interne drøftinger ble det fra Kvalitetsutvalget utarbeidet en prosedyre for mål- og aktivitetsstyring ved begge akuttmottak, og prosedyren ble gjort gjeldende fra 15/5-09. Ved oppfølgende revisjon fra Helsetilsynet i september 2009 er det påpekt at de to akuttmottakene forholdt seg til prosedyrer som var ulike innbyrdes, og at de retningslinjer som var beskrevet i prosedyrene ikke ble fulgt.

Helsetilsynets oppfølgingsrapport har resultert i en ny runde med interne drøftinger, slik at det nå foreligger en felles, overordnet prosedyre som trådte i kraft 1/1-2010. Alle kliniske enheter som gjør bruk av akuttmottakenes tjenester er forpliktet til å sørge for implementering av prosedyren.

Parallelt med dette arbeidet har det i regionen foregått et arbeid for å innføre felles prosedyrer for vurdering og registrering av hastegrad/alvorlighet i akuttmottakene, under begrepet "Triage", samt innføring av "Akuttdatabase" som et egnet registreringsverktøy. Disse prinsippene vil bli tatt i bruk i løpet av 2010.

4.7. Prioritering av retten til helsehjelp og ventetider

Erfaringene med praktisering av vurderingsgarantien, prioritering av pasienter, fastsettelse av individuell behandlingsfrist og registrering av fristbrudd viser at helseforetaket har utfordringer i behandlingen og oppfølgingen av henvisninger:

- vedlikehold av kunnskapen om regelverket
- fastsettelse av retten til nødvendig helsehjelp
- pålitelige rutiner for tilbakemelding til pasient og henvisende instans
- registrering og vedlikehold av ventelister, herunder rydding

Foretaksledelsen er oppmerksom på utfordringene, og har iverksatt rydderutiner. I tillegg er det et håp at noen av problemene blir ryddet av veien ved opprettelse av felles mottaksenheter for henvisninger, ved at personellet som skal betjene disse enhetene forutsettes å ha god kunnskaper om gjeldende regler og rutiner, og kan medvirke ved intern opplæring av samarbeidende personell. Det er av særlig stor betydning at helseforetaket sørger for å oppdatere kunnskapen om PAS-systemet, slik at rutiner for registrering og rydding blir systematisk og korrekt gjennomført.

4.8. Pasientopplevd kvalitet

Vurderingen av kvalitetsnivået i norske sykehus bygger i stor grad på sykehusenes størrelse, faglige bredde og i noen grad på behandlingsresultater for bestemte pasientgrupper, altså elementer som danner grunnlaget for den faglige kvaliteten. I den alminnelige omtalen av kvalitetsbegrepet inngår imidlertid tre dimensjoner:

- Faglig kvalitet
- Systemkvalitet
- Pasientopplevd kvalitet

Med ujevne mellomrom har det vært gjennomført nasjonale undersøkelser av pasientopplevd kvalitet, men sykehusene i Nord-Trøndelag har ikke gjennomført slik registrering i en fast intern regi. Pasientens opplevelse av kvalitet er ikke nødvendigvis bare betinget av det faglige innholdet i tjenesten, men kan eksempelvis avhenge av rask og god informasjon, punktlighet, forutsigbarhet, god planlegging, helhetssperspektiv, empati etc.

Kvalitetsutvalgets sekretariat har gjennom årene erfart at en rekke pasienter henvender seg med ønske om å få kopi av pasientjournalen. Ikke sjelden registreres det også at pasienter kan være usikre på hva som er planlagt av oppfølging, og det er slett ikke uvanlig at pasienter i en del tilfelle påpeker faktiske feil eller mangler i pasientjournalen.

I utgangspunktet er opplysningene i journalen pasientens eiendom. Det er derfor underlig at man ikke for lengst har innarbeidet som prinsipp at pasienten uoppfordret får tilbud om kopi av sin journal. Det er ingen tvil om at en slik praksis i en del tilfelle kunne ha bidratt til å rydde opp i misforståelser og kommunikasjonssvikt, samtidig som det ville ha styrket pasientrettighetene, ved at pasienten uhindret får tilgang til de opplysninger som er nødvendig for å kunne ivareta sine interesser. Det kan ikke være tvil om at pasienter flest ville se på en slik praksis som et viktig kvalitetsforbedrende skritt. I tillegg ville sykehusavdelingene kunne slippe de mange henvendelsene fra pasienter som i ettertid ber om journalkopi.

Hvis vi mener at pasienter og pårørendes erfaringer kan være et viktig grunnlag for læring og forbedring, bør gjennomføring av brukerundersøkelser settes inn i en fastlagt plan for kvalitetsarbeidet. Kvalitetsutvalget har i sine årsrapporter for 2007 og 2008 gitt dette som en av sine anbefalinger. Det er tilfredsstillende å konstatere at dette nå er kommet på plass i helseforetakets kvalitetsstrategi for perioden 2010-2016.

4.9. Styrking av samarbeidet med kommunene

Sykehusene i Nord-Trøndelag har gjennom mange år vært opptatt av samhandlingen med kommunene. Det som ytes av tjenester i kommunene vil være bestemmende for hvilke oppgaver sykehusene blir stilt overfor, - og omvendt. Helse Nord-Trøndelag har siden reformen startet i 2002 videreført samarbeidet med kommunene gjennom Basisavtalen. Dette er bl.a. grunnlaget for Samarbeidsutvalget, rapporteringen av avvik mellom tjenestene og årlige samarbeidskonferanser, - tiltak som har bidratt til en god dialog.

Erfaringen viser imidlertid at det er behov for dedikerte personellressurser for å opprettholde fremdrift i dette arbeidet. Samarbeidsutvalget må i sammenheng med samhandlingsreformen og en endret oppgavedeling i forhold til kommunene få et tydelig mandat.

Samtidig stilles vi stadig overfor interne utfordringer, for eksempel:

- Kan vi forsvare at vi plasserer de minst erfarne legene i de mest fremskutte posisjonene?
- Ivaretar vi våre plikter i forhold til rådgivning/veiledning overfor kommunene?
- Oppfyller vi vårt ansvar for å bidra til at brukerne får oppfylt sine rettigheter, eksempelvis i forhold til de mange som har behov for langvarige og sammensatte tjenester?
- Med planlagte kostnadsreduksjoner som innebærer færre disponible senger ved de store somatiske avdelingene gir det seg selv at sykehusene må arbeide aktivt for å oppnå bedre styring med inntaket av pasienter. Hvordan får vi det til?

Svaret er enkelt – og utfordrende: Vi må styrke samarbeidet med kommunene. Et viktig skritt vil være å organisere legetjenestene slik at kommunikasjonen mellom sykehusleger og fast-

leger blir bedre, - og at legene deltar i felles møtearenaer. Åpenbart er det også nødvendig å systematisere samhandlingen mellom leger og sykepleiere innenfor den enkelte tjeneste og mellom tjenestenivåene. Kanskje er det hensiktsmessig å sette mer erfarne sykehusleger i den mest fremskutte posisjonen innenfor de aktive tidene av døgnet, og gjøre dem mer tilgjengelige? Sannsynligvis er det riktig å målrette samarbeidet med kommunene om pasienter med høy sykdomsrisiko og risiko for tilbakefall, slik at vi kan forebygge øyeblikkelig hjelp-situasjoner. Vi må berede grunnlaget for styrket samhandling ved å utvikle en gjensidig forankret oppfatning om oppgavedelingen mellom sykehus og kommuner i en fremtidig helsetjeneste.

5. Anbefalinger

Kvalitetsutvalget har i den foreliggende rapporten pekt på viktige områder for innsats som kan bringe oss fremover i vårt arbeid for å bedre kvaliteten. Først og fremst dreier seg om noen grunnleggende kjensgjerninger:

- forbedring forutsetter at vi har evne og vilje til læring og samarbeid
- samarbeidet må omfatte alle deler av helsetjenesten
- det er ikke nødvendig å være dårlig for å kunne bli bedre
- dersom ikke pasientene kjenner sine rettigheter, må vi bidra til at de får denne kunnskapen gjennom informasjon, opplæring og aktiv støtte

I kapittel 3 er omtalt områder som Kvalitetsutvalget anbefaler å sette i fokus for året 2010:

- behandlingskomplikasjoner
- overvåkning av sykehusinfeksjoner
- journalanalyse – kvalitetsveiledere
- internkontroll av journalføring
- standardisering av pasientforløp (diagnostikk, behandling, oppfølging)
- aktivitetsstyring i akuttinntakene
- prioritering av retten til helsehjelp og ventetider
- pasientopplevd kvalitet
- styrking av samarbeidet med kommunene

Foretaksledelsen forelegges med dette Kvalitetsutvalgets årsrapport til behandling.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 08/2010 Pasient- og brukerombudets årsrapport 2009

Saken behandles i:
Styret

Møtedato
22. februar 2010

Saksnr.
08/2010

Saksbeh.: Øyvind Stenvik
Arkivkode:
Arkivsaksnr.:

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret for Helse Nord-Trøndelag tar Pasient- og brukerombudets årsrapport 2009 til orientering.

SAKSUTREDNING:

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Pasient og Brukerombudets årsrapport 2009.

FAKTISKE OPPLYSNINGER OG DRØFTING

Rapporten sees i sammenheng med Kvalitetsutvalgets årsrapport.

Levanger, 15.2.2009

Arne Flaatt
Adm.direktør
Sign.

PASIENT- OG BRUKEROMBUDET I NORD-TRØNDELAG

Årsrapport 2009



Forord

Fra 01.09.09 ble pasientombudordninga utvida til også å omfatte kommunale helse- og sosialtjenester med noen unntak. Samtidig ble navnet endra fra pasientombud til pasient- og brukerombud.

Dette er med andre ord første årsrapport fra Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag. For tidsrommet 1997-2008 ble det levert årsrapporter fra Pasientombudet i Nord-Trøndelag.

Årets rapport er annerledes enn tidligere. Det er laga en mal til bruk for alle landets pasient- og brukerombud. Det er denne malen som er fulgt. For øvrig er ulike kapitler skrevet av ulike medarbeidere ved kontoret.

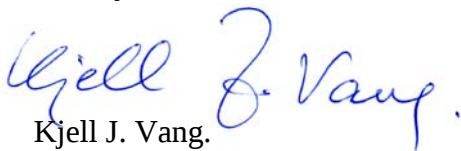
Som følge av at ombudsordninga nå omfatter både spesialisthelsetjenesten og kommunale helse- og sosialtjenester, vil det naturligvis bli mer å rapportere om. Det er likevel ikke mulig å trekke bastante konklusjoner om kommunesektoren etter at området formelt har vært med i ombudets virksomhet kun i fire måneder.

Tidligere år har andelen henvendelser om kommunene ligget på rundt 20 %. For tidsrommet 01.09.-31.12.09 (etter utvidinga) er andelen steget til 30 %. Denne auken er gledelig og tyder på at mange har registrert at kommunale tjenester omfattes av ombudets arbeid.

Kontoret er bemanna med tre personer som i tillegg til undertegnede er førstekonsulent Anne Berit Lundås og rådgiver Inger Rita Hansen.

Vi har denne gangen bedt fylkesmann Inge Ryan om å bidra som gjesteskribent i årsrapporten. Ryan var ikke tungbedt, og vi takker hjertelig for bidraget!

Steinkjer 18.01.10.



Kjell J. Vang.
-pasient- og brukerombud-

Fylkesmann Inge Ryan, gjesteskribent:



Er vi sykere nå enn da jeg var guttunge?

Gikt og problemer med nervene var vanlige ord som ble brukt om folk som sleit med et eller annet. Ja, slik var det i mitt nærmiljø for 40 år siden. I dag er det langt mer finmaskede inndelinger av gikt og nerveproblemer. Det er i dag et langt større fokus på sykdom og behandling enn før. Er vi blitt sykere? Har vi mer fokus på sykdom? Eller er vi blitt et folkeslag som sykkeliggjør oss?

Jeg tror svaret på dette er sammensatt, men la meg komme med fem synspunkter:

- Jeg tror dagens arbeidsmarked bidrar til økt sykdom i samfunnet. En rekke av jobbene som fantes før, er borte. Særlig grupper som ikke tar høyere utdanning, er utsatt. Arbeidsledighet over tid fører ofte til mistrivsel som igjen fører til sykdom. Jeg tror det er mye god helse i et godt arbeidsmiljø. Det er viktig å dele matpakken med noen. Derfor håper jeg NAV-reformen har enda sterkere fokus på dette, og særlig viktig er det at unge kommer i aktivitet.

- Tro på seg selv er det viktigste faget i skolen ved siden av lesing. Å oppleve mestring fører til sjøltillit og trivsel. Teoretiseringa av skolen gjør at mange elever ikke opplever mestring. De med gode praktiske evner får ikke utfoldet seg og blir lett tapere i skolen. Mangel på mestring kan være begynnelsen på både psykiske og sosiale problemer som kan være krevende å komme seg ut av. Derfor

mener jeg skolen framover må ta tilbake mer praktisk læring slik at flere opplever å lykkes i skolen. Det er godt forebyggende helsearbeid.

- Terskelen for å være heime fra jobben er, etter min mening, lavere nå enn før. Enkelte jeg har møtt, mener det er viktig å bruke opp egenmeldingsdager. Dette er en holdning som på sikt vil undergrave sykelønnsordninga. Jeg mener det er veldig viktig å møte på jobben og gjøre en skikkelig innsats. Det skal være en æressak. Våre fantastiske sosiale ordninger er vårt fremste varemerke på vårt velferdssamfunn. Jeg mener disse ordningene må bestå, men da må de ikke undergraves med misbruk. Det vil true dette byggverket.

- At vi lever lenger, er et tegn på velstand. Det er helt naturlig at sykehusbehov og helseutgifter må øke som følge av dette. Likeså er det stadig nye medisiner og behandlingsmetoder som kan reparere og gjøre oss friske. Dette er bra, men må vi reparere på alt? Er det ikke enkelte ting som helsevesenet kan avstå fra? Jeg mener at med økende behov for helsetjenester, må vi ta en diskusjon om hva vi skal la være å behandle. F.eks snorkeoperasjoner og rynkeoperasjoner går det an å stille spørsmålsteget ved.

- Filosofen Arne Næss var en mangfoldig fyr. Han snakket mye om livsstil. Er vår livsstil helsebringende? Jeg tror for mange fanges av en travel hverdag med kjøring hit og dit, med løping på kjøpesenter i stedet for i skogen, der livet flyr av gårde. Det snakkes ofte om tidsklemma. Jeg tror det er viktig at vi ikke lar oss rive for mye med, men selv tar styring over tidsbruken. God helse får man når man trives. Derfor er det viktig å trives med det man gjør, og å ta individuelle valg som fører til trivsel.

Norge er kåret til verdens beste land å bo i flere ganger. Da er det et tankekors at sykehusutgiftene eksploderer og behovet for rus- og psykiatribehandling bare øker. Er vi på rett vei, eller trenger vi en kursendring i prioriteringer og livsstil?

Innholdsregister

	Forord	s. 1
	Gjesteskribenten: Er vi sykere nå enn da jeg var guttunge? Av fylkesmann Inge Ryan	s. 2
	Innholdsregister	s. 3
1.0	Innledning	s. 4
2.0	Arbeidsområde, plassering og drift	s. 4
2.1	Arbeidsområde	s. 4
2.2	Om Nord-Trøndelag fylke	s. 4
2.3	Driftsforhold	s. 4
3.0	Spesialisthelsetjenesten	s. 5
3.1	Helseforetak og annen spesialisthelsetjeneste	s. 5
3.2	Henvendelser om spesialisthelsetjenesten	s. 5
3.3	Hovedtrender ved henvendelsesgrunner	s. 6
3.4	Anbefalinger fra Pasient- og brukerombudet	s. 7
4.0	Kommunale tjenester, helse	s. 7
4.1	Kommunehelsetjenesten	s. 7
4.2	Hovedtrender ved henvendelsesgrunner	s. 7
4.3	Anbefalinger fra Pasient- og brukerombudet	s. 9
5.0	Kommunale tjenester, sosial	s. 9
5.1	Kommunenes ansvar for sosialtjenesten etter sosialtjenestelova § 2-1	s. 9
5.2	Hovedtrender ved henvendelsesgrunner	s. 9
5.3	Anbefalinger fra Pasient- og brukerombudet	s. 9
6.0	Særskilte forhold	s. 9
	Samhandling	s. 9
	Mangelfull kunnskap om Norsk Pasientskadeerstatning	s. 10
	B-tilbud til ruspasienter?	s. 10
	Henvendelser om onkologi	s. 11
	Henvendelser om sjuketransport / Lenes bussreiser	s. 11
	Henvendelser om revmatologi	s. 12
	Å ta faren for suicid på alvor	s. 12
	Forhold ved kommunal saksbehandling	s. 13
	Læring av feil og svikt	s. 14
6.1	Hovedtrend	s. 14
6.2	Anbefalinger fra Pasient- og brukerombudet	s. 15
7.0	Samla anbefaling	s. 15

1.0 Innledning

Pasient- og brukerombudet skal arbeide for å ivareta pasientenes og brukernes behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og sosialtjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene.

Ombudets arbeid er heimla i pasientrettighetslova av 2. juli 1999 kapittel 8.

Pasient- og brukerombudet er administrativt en del av Helsedirektoratet, men utøver sitt faglige virke på uavhengig grunnlag. Helsedirektoratet har det formelle arbeidsgiveransvaret for ombudsordninga.

2.0 Arbeidsområde, plassering og drift

2.1 Arbeidsområde

Pasient- og brukerombudets arbeidsområde omfatter statlige spesialisthelsetjenester og kommunale helse- og sosialtjenester. Med kommunale helse- og sosialtjenester meines helsetjenester etter lov 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene, med unntak av lovas kapittel 4a, og sosialtjenester etter lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v., med unntak av lovas kapitler 5 og 5A.

2.2 Om Nord-Trøndelag fylke

Nord-Trøndelag fylke består av 24 kommuner og dekker et areal på 22.396 kvadratkilometer (6,9 % av fastlands-Norge). Fylket har ca. 132.000 innbyggere og 6 byer.

2.3 Driftsforhold

Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag har hovedkontor i Fylkets hus på Steinkjer. I tillegg er det utekontordager ved Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos.

Kontoret har tre heiltidsansatte: Rådgiver Inger Rita Hansen, førstekonsulent Anne Berit Lundås og pasient- og brukerombud Kjell J. Vang.

Budsjett og reknskap for de siste tre åra har vært slik:

	2007	2008	2009
Budsjett	1.145.000	1.163.000	1.431.000
Reknskap	1.096.367	1.125.892	1.419.345

Auken i budsjett og reknskap for 2009 skyldes i hovedsak ny 100 % stillingsheimel for rådgiver samt aukt stillingsandel på 20 % for førstekonsulent, begge fra 01.09.09.

Det er i 2009 mottatt 462 nye henvendelser (363 i 2008 og 398 i 2007). Auken skyldes både utvidinga med kommunale tjenester fra 01.01.09, men også en generelt større pågang gjennom heile året.

3.0 Spesialisthelsetjenesten

3.1 Helseforetak og annen spesialisthelsetjeneste

Staten har overordna ansvar for at befolkninga gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag har i hovedsak mottatt henvendelser slik de siste tre åra:

	2007	2008	2009
Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger	130	116	162
Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos	66	70	83
St. Olavs Hospital HF	49	33	40
Privat spesialisthelsetjeneste	17	23	8

Sykehuset Levanger omfatter også DMS Stjørdal og DPS Stjørdal. DPS Kolvereid er inkludert i Sykehuset Namsos. Sjukehusa ligger i Nord-Trøndelag, og begge tilhører Helse Nord-Trøndelag HF.

St. Olavs Hospital HF omfatter sjukehus i Sør-Trøndelag. St. Olavs Hospital i Trondheim har status som region- og universitetssjukehus og rekrutterer som sådan en god del pasienter fra Nord-Trøndelag. I tillegg velger mange pasienter seg til St. Olavs Hospital. Det er derfor naturlig at dette sjukehuset omfattes av statistikken ovafor.

3.2 Henvendelser om spesialisthelsetjenesten

Tabellen nedafor gir en oversikt over antall henvendelser fordelt på områder i spesialisthelsetjenesten. For sammenlikningas skyld gis tall for de siste tre åra. Tabellen rangerer etter forekomst siste år. Områder som ikke framgår av lista, har små tall.

	2007	2008	2009
Ortopedi	60	48	75
Medisin	34	32	42
Kirurgi	53	38	33
Psykisk helsevern voksne	38	29	30
Revmatologi	6	11	26
Gynekologi / føde	23	16	18
Onkologi	21	12	14
Rus og avhengighet	3	15	12
Barn	9	10	8
Radiologi	3	4	7
Rehabilitering	6	7	5
Øre-nese-hals	8	8	3
Psykisk helsevern barn/unge	7	3	3

Sjøl om det er en auke i henvendelsene om *ortopedi*, tyder talla fra åra før på at dette kan skyldes tilfeldige svingninger. *Annen kirurgi* fortsetter imidlertid en flerårig trend med lavere forekomst.

Det er grunn til å merke seg at antall henvendelser om *revmatologi* har steget. Dette kommenteres i kap. 6.0 Særskilte forhold.

3.3 Hovedtrender ved henvendelsesgrunner

Når det gjelder grunner folk oppgir for å ta kontakt, kommer disse fram av tabellene nedafor. Det deles inn i to tabeller, én for lovbestemte rettigheter og én for andre typer henvendelser. Det registreres ofte flere grunner for hver henvendelse. Talla viser ikke faktiske brudd på rettigheter eller faktisk svikt for øvrig, men hva folk har oppfatta som brudd eller svikt.

Pasientrettighetslovas rettigheter	2007	2008	2009
Nødvendig helsehjelp (§ 2-1)	16	39	34
Individuell behandlingsfrist (§ 2-1)	16	17	9
Vurdering / fornya vurd. (§§ 2-2 og 2-3)	13	5	9
Valg av sjukehus (§ 2-4)	14	17	11
Individuell plan (§ 2-5)	1	4	2
Sjuketransport (§ 2-6)	6	8	45
Informasjon / medvirkning / samtykke (kap. 3 og 4)	71	76	43
Journal (kap. 5)	19	16	21
Barns rettigheter (kap. 6)	0	1	0

I tabellen ovafor merker en seg auken i henvendelser om *sjuketransport*. Dette omtales spesielt i kap. 6.0 Særskilte forhold. Videre ser en at antall henvendelser om *informasjon*, *medvirkning* og *samtykke* er redusert fra tidligere år. Det er umulig å si om dette skyldes forbedringer eller om det dreier seg om tilfeldige svingninger.

I tabellen over andre henvendelsesgrunner er det foretatt rangering etter forekomst siste året. Forhold med ubetydelige tall er ikke tatt med.

Andre henvendelsesgrunner	2007	2008	2009
Pasientskade / komplikasjon	87	69	84
Forsinka / feil diagnose	48	42	47
Omsorgsfull hjelp	42	43	39
Medisinering	18	25	37
Forsinka / feil behandling	Ikke reg.	Ikke reg.	35
System / samarbeid	41	53	31
Utskrivning / oppfølging	11	17	21
Anna (uspesifiserte grunner)	37	16	20
Ventetid	Ikke reg.	Ikke reg.	18
Helsepersonells oppførsel	19	15	15
Henvisning	42	43	12
Infeksjon / hygiene	22	20	9
Taushetsplikt	13	10	9
Egenandeler	11	11	9
Tvang	8	4	5

Henvendelser om *medisinering* viser en auke. Flere av disse gjelder revmatologi, se omtale under kap. 6.0 Særlige forhold.

Etter at henvendelsene om forhold ved *system* og *samarbeid* i helsetjenesten har aukt år for år, viser 2009 en nedgang. For øvrig framkommer reduksjon i antallet henvendelser om *henvisning* og *infeksjon / hygiene*. Endringene inviterer ikke til klare konklusjoner.

3.4 Anbefalinger fra Pasient- og brukerombudet

- Spesialisthelsetjenesten bør, til beste for pasientene, samhandle bedre innafor egen virksomhet, med andre spesialisthelsetjenester og med tjenesteytere på andre nivå.
- Institusjoner for tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør ha offentlig godkjenning.
- Det bør iverksettes tiltak for ytterligere å minske muligheter for forsinkelser og feil i diagnostisering og behandling, særlig når det dreier seg om alvorlige tilstander med mulighet for fatal utgang.
- Det bør legges enda større vekt på god informasjon til pasienter, i særdeleshet når det gjelder ny informasjon eller informasjon om endringer i diagnoser og behandling.
- Det bør vurderes om system og redskap for vurdering av sjølmordsfare er gode nok ved psykiatriske avdelinger og institusjoner.
- Helsepersonell må få kunnskap nok om Norsk Pasientskadeerstatning til å oppfylle informasjonsplikten overfor pasienter.

4.0 Kommunale tjenester, helse

4.1 Kommunehelsetjenesten

Kommunehelsetjenesten ble innlemma i Pasient- og brukerombudets virke fra 01.09.09. Vi har likevel fått henvendelser på dette feltet også tidligere år. Nedafor følger tabell som viser antall henvendelser på områder i kommunehelsetjenesten. Tabellen gjengis kun for de to siste åra idet de fleste kategoriene ikke var med i registreringssystemet tidligere. Noen områder er utelatt fordi de viser ubetydelige tall. Tabellen er rangert etter forekomst det siste året.

	2008	2009
Allmennlegetjeneste	39	51
Heildøgns boform / institusjon	4	22
Legevakt	14	7
Psykisk helsearbeid	5	5
Helsestasjon / jordmor / skolehelsetjeneste	1	5
Kommunal rehabilitering	4	3
Heimesjukepleie	3	3

Det er lite å hente fra tabellen. Vi ser dog at antallet henvendelser om *allmennlegetjeneste* og *heildøgns boform / institusjon* representerer en auke. Dette er naturlige utslag av at kommunene nå er blitt med i ombudets arbeidsfelt.

4.2 Hovedtrender ved henvendelsesgrunner

Nedafor gjengis to tabeller med henvendelsesgrunner: Lovbestemte rettigheter og andre henvendelsesgrunner. Tabellene viser tall fra de tre siste åra. Det kan være registrert flere

henvendelsesgrunner for hver henvendelse. Dette dreier seg ikke om faktisk forekomst av rettighetsbrudd og annen svikt, men om folks oppfatning om hva som er skjedd.

Pasientrettighetslovas rettigheter	2007	2008	2009
Nødvendig helsehjelp (§ 2-1)	7	14	12
Valg av sjukehus (§ 2-4)	1	0	4
Individuell plan (§ 2-5)	2	4	5
Informasjon / medvirkning / samtykke (kap. 3 og 4)	8	10	22
Journal (kap. 5)	4	6	5

Øvrige rettigheter er utelatt på grunn av ubetydelige tall eller fordi de har liten relevans i kommunehelsetjenesten. Talla i tabellen er så små at de ikke gir grunnlag for å trekke konklusjoner. Det kan imidlertid bli verdt å følge med på om tallet for *informasjon / medvirkning / samtykke* vil fortsette å stige. I alle fall samsvarer auken i 2009 med en nokså generell oppfatning om at det fins et forbedringspotensial på området.

I tabellen nedafor er henvendelsesgrunnene rangert etter forekomsten det siste året. Henvendelsesgrunner med ubetydelige tall er utelatt.

Andre henvendelsesgrunner	2007	2008	2009
Omsorgsfull hjelp	15	17	23
Forsinka / feil diagnose	12	18	21
Henvisning	20	22	17
Medisinering	16	10	17
System / samarbeid	9	5	13
Pasientskade / komplikasjon	8	9	6
Anna (uspesifiserte grunner)	3	6	6
Egenandeler	3	3	6
Taushetsplikt	0	2	6
Forsinka / feil behandling	0	1	6
Helsepersonells oppførsel	8	7	4

På de fleste henvendelsesgrunnene er det en viss auke i 2009, antakelig som en følge av utvida ansvarsområde for Pasient- og brukerombudet. Talla er imidlertid beskjedne. Det kan være grunn til å merke seg at kategorien *pasientskade / komplikasjon* kun forekommer som en sjelden grunn til kontakt om kommunehelsetjenesten mens den troner suverent på toppen av tabellen for andre henvendelsesgrunner i spesialisthelsetjenesten.

Vi mottar henvendelser der det påstås *forsinka / feil diagnose* av både alvorlige og mindre alvorlige sykdommer. Det klages også over sein *henvisning* fra kommunehelsetjeneste til spesialisthelsetjeneste. Disse henvendelsesgrunnene er rangert høgt på tabellen.

Også forhold ved *saksbehandling* i kommunene registreres som henvendelsesgrunner, men omfattes ikke av tabellen fordi forekomsten av slike henvendelser er så lav at det ikke gir mening å rapportere på tall. Uavhengig av henvendelser der det klages på saksbehandlinga, ser imidlertid Pasient- og brukerombudet en del pussige forhold. Vi har derfor valgt å skrive om kommuners saksbehandling under kap. 6 Særlige forhold.

4.3 Anbefalinger fra Pasient- og brukerombudet.

- Kommunene bør, til beste for pasienter og brukere, fokusere enda sterkere på samhandling internt og med andre tjenesteytende instanser.
- Også kommunehelsetjenesten bør iverksette tiltak for ytterligere å minske muligheter for forsinkelser og feil i diagnostisering og behandling, særlig når det dreier seg om alvorlige tilstander med mulighet for fatal utgang.
- Det bør iverksettes tiltak for i større grad å innfri pasienters og brukeres rett til informasjon, medvirkning, forhandsdrøfting og innflytelse på beslutninger.
- Det bør iverksettes tiltak for å etterleve basal forvaltningsskikk. Brudd på forvaltningsreglement innvirker negativt på generell tillit til vurderinger og beslutninger.
- Det må påses at vedtak / endringsvedtak som gjelder én pasient / bruker, begrunnes i vedkommendes egne behov, og ikke i andre pasienters / brukeres behov.
- Det bør vurderes om fastlegers og kommunale legevakters system og redskap for vurdering av sjølmordsfare er gode nok.
- Også i kommunene bør helsepersonells kunnskap om Norsk Pasientskadeerstatning oppgraderes for at pasienter og brukere skal kunne få innfridd sin lovbestemte rett til slik informasjon.

5.0 Kommunale tjenester, sosial

5.1 Kommunenes ansvar for sosialtjenesten etter sosialtjenestelova § 2-1

Pasient- og brukerombudet har kun mottatt sju henvendelser på dette området i 2009. Tre av dem gjelder *barnebolig / omsorgsbolig*.

5.2 Hovedtrender ved henvendelsesgrunner

Fordi antallet henvendelser på området er så lavt, er følgelig også henvendelsesgrunnene uten særlig betydning.

5.3 Anbefalinger fra Pasient- og brukerombudet.

Pasient- og brukerombudet har ingen særlige anbefalinger på dette feltet.

6.0 Særskilte forhold

Samhandling

Samhandlingsreformen legger føringer for at pasienter og brukere i større grad skal ta del i eget pasientforløp, ikke minst for å kunne påvirke egen situasjon, spesielt når flere og koordinerte tjenester er nødvendig. Det er behov for heilhetlig tenkning og samhandling på

tvers av nivå og tjenester til beste for pasient og bruker. Forebygging, medvirkning og koordinering er derfor i stor grad vektlagt.

Pasient- og brukerombudet får stadig henvendelser som viser svikt i samhandlinga. Med bedre koordinering av og sammenheng mellom tjenester vil sannsynligvis mange klager kunne unngås.

Av henvendelser vi har mottatt, ser vi at pasienter og brukere som trenger tjenester fra flere hold, får mangelfull og til dels motstridende informasjon om helsetilstand og helsehjelp. Noen opplever at de er fratatt muligheten til å medvirke. Andre forteller at når de trenger å bli henvist til annen spesialitet i samme sjukehus, får de beskjed om å gå omvegen om fastlegen for å bli henvist i stedet for at henvisninga sendes fra den ene sjukehusavdelinga til den andre. Fortsatt etterspør kommunehelsetjenesten epikriser etter sjukehusopphold fordi sjukehuset oversender dem for lang tid etterpå. Pasienter sier fastleger glømmer å sende henvisning til sjukehus, og det hender at henvisninger rett og slett forsvinner. Vi har også eksempel på at mangelfull informasjonsutveksling mellom ulike deler av helsetjenesten har ført til uforsvarlig helsehjelp.

For pasient og brukere resulterer disse erfaringene i frustrasjoner og mistillit til tjenestene. Pasient- og brukerombudet har store forventninger til at samhandlingsreformen skal kunne bidra til kvalitetsheving og redusert mulighet til svikt.

Mangelfull kunnskap om Norsk Pasientskadeerstatning

Helsepersonells kunnskap om Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) er varierende. I mange tilfeller gis ikke pasienter informasjon om adgangen til å søke erstatning for svikt og påført skade i helsetjenesten. Det hersker også usikkerhet om vilkår for erstatning. Av og til forteller pasienter at legen har lovt erstatning. Noen har fått informasjon om at Pasient- og brukerombudet sørger for erstatning.

Pasienters rett til informasjon om NPE er regulert av pasientrettighetslova § 3-2 fjerde ledd. Informasjonen bør omfatte vilkår for erstatning og opplysning om hva som kan dekkes.

Som et minimumskrav bør NPEs brosjyre og skademeldingsskjema være tilgjengelige der helsehjelp gis. Ansatte bør kunne forklare pasienter om ordninga og evt. henvise videre til NPE direkte eller til Pasient- og brukerombudet om nødvendig.

B-tilbud til ruspasienter?

I årsrapport for 2008 omtalte vi rusinstitusjoner som HELFO Pasientformidling har avtaler med og som skal gi tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Institusjonene benyttes når det foreligger brudd på individuell behandlingsfrist.

Pasient- og brukerombudet mottok flere henvendelser fra pasienter ved slik institusjon i Nord-Trøndelag. Pasientene meinte de ikke fikk innfridd rett til nødvendig helsehjelp, at de var utsatt for mangelfull informasjon, og at behandlingstilbudet ikke var forsvarlig, bl. a. når det gjelder medisiner og personells kvalifikasjoner.

Det ble sendt klager til Helsetilsynet i fylket, og det ble stilt prinsipielle spørsmål omkring hvilke krav som må være oppfylt for at en institusjon skal kunne sies å yte tverrfaglig

spesialisert rusbehandling. Det ble peikt på mulig mangel på kompetent hjelp for sammensatte problem (rus / psykiatri), og det ble stilt spørsmål ved medisinerer.

Klagene er grundig gjennomgått av Helsetilsynet i Nord-Trøndelag som har videresendt dem til Statens helsetilsyn på grunn av vesentlige uavklarte spørsmål. I oversendingsbrev ber Helsetilsynet Statens helsetilsyn vurdere om institusjonen er spesialisthelsetjeneste (hvilket den skal være), og om tjenestene er forsvarlige.

Pasient- og brukerombudet er kjent med at også andre HELFO-institusjoner er påklagd til lokale helsetilsyn. For i alle fall én av institusjonene er det konkludert med at det ikke er gitt forsvarlig helsetjeneste.

Pasient- og brukerombudet meiner at det må kreves særskilt godkjenning for institusjoner som skal gi tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Slikt krav eksisterer ikke i dag.

Henvendelser om onkologi

Pasient- og brukerombudet har ikke fått mange henvendelser om svikt i kreftbehandling. Noen av dem er desto mer alvorlige. Klagene handler om mangelfull og forsinka diagnose, forsinkelser i behandling og svikt i oppfølging.

Saker som dreier seg om kreft, blir gjerne særlig alvorlige fordi det dreier seg om liv eller død. Det er ekstra bittert å oppleve seg utsatt for svikt som er avgjørende for livslengde, mental tilstand og livskvalitet.

Vi har hatt saker der Helsetilsynet og Norsk Pasientskadeerstatning har konstatert svikt ved diagnostisering, behandling og oppfølging. Også mangelfull kommunikasjon av pasientopplysninger mellom sjukehus, helsepersonell og nivåer i helsetjenesten har bidratt til svikt og forsinkelser.

På noen områder i helsetjenesten trengs rigide rutiner og petimeteraktig overholding av rutinene. Noen ganger er svikt mer dramatisk enn ellers. Ett slikt område er onkologien.

Henvendelser om sjuketransport / Lenes bussreiser

Starten på 2009 ble prega av henvendelser om ny sjuketransportordning i deler av fylket. Pasienter var fortvilte. Noen klagde på lange bussturer både før og etter konsultasjoner i helsetjenesten, andre fortalte at de rett og slett var avglømt og i det heile tatt ikke kom seg til timeavtalen. Det ble klagd på dårlig tilrettelagte kjøretøy, ventetider, skifte fra ett kjøretøy til et anna underveis, sjåførers opptreden og mangelfull service og bistand.

Pasient- og brukerombudet gjorde avtale om at alle henvendelser om transport skulle kanaliseres til direktøren i Helse Nord-Trøndelag HF. Det ble også avholdt møte mellom ombudet og transportør. Etter hvert ble tiltak iverksatt for å bøte på det som i starten av året var en transporttjeneste med mangler.

Saka fikk stor oppmerksomhet i media idet flere pasienter sjøl fronta egne erfaringer. Først da halve året var gått, ebba klagestrømmen ut. Det er grunn til å tru at langt flere enn de som henvendte seg, hadde dårlig erfaring med sjuketransporten.

Henvendelser om revmatologi

Antall henvendelser om revmatologi i Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) har aukt, se tabell i kap. 3.2. Også representanter for interesseorganisasjon og helsepersonell har tatt kontakt for å formidle erfaringer fra pasienter de har hatt med å gjøre. Henvendelsene har noen fellestrekk.

Flere beklager seg over at de er frattatt diagnoser og medisiner de har hatt lenge. Resultatet blir aucte smerter og redusert funksjon og livskvalitet. Når forverring inntreter etter seponering av medisin, er det naturlig at pasienter kan oppleve at det er feil å fjerne medisinene.

Pasienter rapporterer et underskott på relevant informasjon. Mange skjønner rett og slett ikke grunnlaget for endring i diagnose og fjerning av legemiddel. Historiene reiser også spørsmål om hvorvidt helsetjenesten har vært tilstrekkelig opptatt av å gi alternative tilbud som kan bidra til tilfredsstillende livskvalitet og smerteregulering.

En del pasienter klager over måten de møtes på. Noen forteller at de føler seg overkjørt og møtt uten nødvendig empati. Enkelte har konkludert med at de ikke ønsker kontakt med revmatologien i HNT. Disse har vi henvist til å benytte retten til valg av sjukehus.

Som en følge av at pasienter velger St. Olavs Hospital (SOH) i stedet for HNT, så vi at SOH avviste dem på grunn av mangel på kapasitet. Det er ulovlig. Retten til valg av sjukehus i egen helseregion er uten betingelser når sjukehuset har tilbud på det nivået som pasienten trenger. Vi tok opp forholdet, og SOH endra praksis. Samtidig ble det sagt at de så på pasientlekkasjen fra Nord-Trøndelag som et problem som bl. a. medførte lengre ventetider ved SOH.

Henvendelser bidro også til å avdekke at revmatologien i HNT lot være å vurdere nye henvisninger i flere måneder i 2009. Dette er brudd på pasientrettighetslova § 2-2 som gir rett til vurdering innen 30 virkedager. Kontakt med sjukehusledelsen endra på forholdet.

Forholda er tatt opp på ulikt vis. I tillegg til at enkeltsaker er sendt til Helsetilsynet eller til HNT for avklaring, har det vært kontakt mellom Pasient- og brukerombudet og ledelsen i HNT på et mer generelt og overordna plan.

Pasient- og brukerombudet sammenfatter situasjonen i revmatologien i HNT slik:

- Der annen kompetent instans har sett på de faglige vurderingene ved endring av diagnose og seponering av medisiner, er de i de fleste tilfella bedømt som korrekte.
- Revmatologien i HNT bør forbedre sitt bidrag til å etablere behandlingsalternativ når medisin seponeres etter lengre tids bruk og helsetilstanden dermed forverres.
- Det synes å foreligge et forbedringspotensial når det gjelder å innfri pasienters rett til informasjon.
- Ut fra pasienters beskrivelser kan det se ut til å være potensial for forbedring av hvordan pasienter blir møtt og handtert i revmatologien i HNT.
- At henvisninger ikke ble vurdert i HNT i henhold til lovbestemmelser, er det rydda opp i. Det samme gjelder SOHs praksis med å avvise pasienter som ønska å benytte retten til valg av sjukehus.

Å ta faren for suicid på alvor

Iblant formidler media fortellinger om sjølmord. Noen ganger står etterlatte fram, andre ganger er det representanter for interesseorganisasjonen LEVE som gir ansikt til temaet.

Pasient- og brukerombudet blir involvert i noen saker. Når etterlatte henvender seg, er det fordi de har oppfatninger om at helsetjenesten ikke gjorde det den skulle. Vi blir fortalt at både pårørende og pasienten sjøl har trygla helsetjenesten om hjelp. Men de ble avvist. Vi kjenner også til personer som ble innlagt etter sjølmordsforsøk, gjerne flere ganger, men som ble utskrevet igjen etter en dag eller to. Så lyktes forsøket.

Både Helsetilsynet og Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) behandler slike saker. Helsetilsynet vurderer forsvarligheten ved helsetjenestens befatning med den som tok livet sitt, i tida før suicidet. NPE utreder hvorvidt helsetjenestens handlinger er svikt som utløser erstatning.

Noen ganger konkluderer Helsetilsynet med at helsetjenesten opptrådte uforsvarlig og begikk brudd på helselovgivninga. Andre ganger er konklusjonen at det som skjedde, ikke var lovbrudd eller uforsvarlig, men at vurdering og behandling ikke var optimal. En tredje variant er når Helsetilsynet meiner at helsetjenesten opptrådte korrekt. Vi har også hatt saker i NPE som endte med positivt vedtak: Etterlatte har krav på erstatning for svikt i forkant av sjølmordet.

Å vurdere sjølmordsfare er vanskelig, også for helsepersonell. Noen ganger viser sakene at vurderingene ikke har vært gode nok. Vi har også sett at grunnlaget for ei god vurdering forsvant underveis fordi formidlinga av informasjon om den suicidales tilstand gikk gjennom flere personer før den nådde legen som skulle beslutte om det var behov for tiltak.

Pasient- og brukerombudets budskap er dette: Heller ikke et suicidalt liv er et liv å miste. Den som erfarer suicid hos en nær og kjær, blir aldri ferdig med det. Helsepersonell må derfor i enda større grad ta alvorlig meldinger fra pasient eller omgivelser som frykter fare for liv. Dette gjelder både når sjølmordskandidaten ikke tidligere har vært i kontakt med helsetjenesten, og når vedkommende er en kjent psykisk sjuk som utallige ganger har trua med og forsøkt å ta eget liv.

Forhold ved kommunal saksbehandling

Både ved konkrete klager, gjennom pasienters og brukeres fortellinger ellers, og i Pasient- og brukerombudets egen kontakt med kommuner ser vi mangler i saksbehandlinga. Vi registrerer brudd på basal forvaltningsskikk, f. eks. ved at kommunen unnlater å avgi svar eller foreløpig svar innen frister fastsatt i forvaltningslova § 11a. Videre ser vi manglende overholding av pasienters / brukeres / pårørendes rett til informasjon og medvirkning. Det gis heller ikke alltid forhandsvarsel når dette er påkrevd før vedtak fattes.

Vi ser mangelfulle vedtak og tynne begrunnelser. Noen ganger kan det synes som vedtak er summariske uten tilstrekkelig holdepunkt i behova til den vedtaket gjelder. Et eksempel er avslag på søknad om omsorgslønn. Vedtaket ble omgjort da kommunen fikk informasjon om at det ville bli påklagd. Det forelå ingen nye moment, bare beskjed om at argumentasjon for klagen ville bli ettersendt fra Pasient- og brukerombudet. Dette var nok til at kommunen likevel innvilga omsorgslønn.

Et eksempel der begrunnelsen for vedtak er av tvilsom art, er når kommunen beslutter å flytte en dement som har bodd lenge i tilpassa demensavdeling, til annen avdeling som ikke er særskilt tilrettelagt, og flyttinga begrunnes i at en annen har mer behov for plassen. Vedtak

om plass eller tjenester for én pasient / bruker og som innebærer vesentlig endring, kan ikke begrunnes i annen pasients / brukers behov.

Kommunale vedtak følges ikke alltid opp, f. eks. når det innvilges støttekontakt uten at støttekontakt etterpå blir skaffa.

Vi observerer også ulikheter i klagebehandlinga. I enkelte tilfeller ser det ut som om kommunal klagenemnd mangler idet klagen blir behandla av samme saksbehandler som i utgangspunktet har fatta vedtaket.

Pasient- og brukerombudet har ingen oversikt over omfanget av forhold som er nevnt ovafor. Vi spør oss likevel om det vi har sett, har et visst systematisk tilsnitt. Hvis det er tilfellet, trengs det tiltak for å gi saksbehandlinga bedre kvalitet.

Læring av feil og svikt

Når brudd på pasienters rettigheter og helsepersonells plikter avdekkes og når feil og svikt i helsetjenesten opptrer, er inntrykket at det oftest ryddes opp i det enkelte konkrete tilfellet. Dessverre ser vi likevel at helsetjenesten i for liten grad evner å innfri pasienters uttrykte ønske om at andre må slippe å oppleve det samme.

Ting gjentar seg. Vi ser at helsetjenesten ikke er god nok til å omsette enkelttilfeller i generell læring. Det ser videre ut til at læringsspredning er mangelvare, også ved alvorlige feil.

Det er et problem når helsepersonell uttrykker at svikt og feil ikke kan unngås, nærmest som et repeterende mantra. Språk skaper virkelighet. På andre samfunnsområder som luftfart og petroleumsvirksomhet er visjonen at svikt ikke skal skje, og system og prosedyrer er innretta mot å støtte opp under visjonen. Når noe skjer som ikke skal skje, blir forholdet raskt gjenstand for verdensomspennende læring. Til og med vegtrafikken opererer med nullvisjonsstrekninger for dødsulykker.

Pasient- og brukerombudet er bekymra for manglende læringsgenerering og læringsspredning i helsetjenesten. Vi er kjent med at også Statens helsetilsyn har fokus på dette forholdet.

6.1 Hovedtrend

Det lar seg vanskelig gjøre å trekke noen hovedtrend ut av forholda ovafor. En vil likevel kunne se at samhandling, kunnskap om Norsk Pasientskadeerstatning, vurdering av suicidfare og læring av feil og svikt utfordrer både kommuner og spesialisthelsetjeneste.

Mangelfullt tilbud til ruspasienter, henvendelser om onkologi og erfaringer med revmatologi i fylket handler om spesialisthelsetjenesten, mens det først og fremst er kommuner som ikke har god nok hand om saksbehandlinga.

Utfordringer ved samhandling hører også heime på nasjonalt plan, og Pasient- og brukerombudet imøteser det videre arbeidet med samhandlingsreformen. Også Pasient- og brukerombudets anbefaling om innføring av godkjenningsordning for institusjoner for tverrfaglig spesialisert rusbehandling innebærer ei utfordring for sentrale helsemyndigheter.

6.2 anbefalinger fra Pasient- og brukerombudet

Det gis ingen anbefalinger her. Pasient- og brukerombudets anbefalinger er gitt i kap. 3.4 og kap. 4.3 og oppsummeres i kap. 7.

7.0 Samla anbefaling

Her oppsummeres Pasient- og brukerombudets anbefalinger. Instansene nevnt i kursiverte parenteser er de instansene anbefalingene primært rettes mot.

- Også uavhengig av samhandlingsreformen bør det legges vekt på større grad av samhandling, både innafor virksomheter og mellom virksomheter og tjenestenivå. *(Spesialisthelsetjeneste, kommuner)*
- Det er behov for offentlig godkjenning av institusjoner for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. *(Spesialisthelsetjeneste, sentrale helsemyndigheter)*
- Det bør iverksettes tiltak for ytterligere å minske muligheter for forsinkelser og feil i diagnostisering og behandling, særlig når det dreier seg om alvorlige tilstander med mulighet for fatal utgang. *(Spesialisthelsetjeneste, kommuner)*
- Det bør legges enda større vekt på god informasjon til pasienter, i særdeleshet når det gjelder ny informasjon eller informasjon om endringer i diagnoser og behandling. *(Spesialisthelsetjeneste)*
- Det bør vurderes om system og redskap for vurdering av sjølmordsfare er gode nok ved psykiatriske avdelinger og institusjoner og hos fastleger og legevakter. *(Spesialisthelsetjeneste, kommuner)*
- Helsepersonell må få kunnskap nok om Norsk Pasientskadeerstatning til å oppfylle informasjonsplikten overfor pasienter. *(Spesialisthelsetjeneste, kommuner)*
- Det bør iverksettes tiltak for i større grad å innfri pasienters og brukeres rett til informasjon, medvirkning, forhandsdrøfting og innflytelse på beslutninger. *(Kommuner)*
- Det bør iverksettes tiltak for å etterleve basal forvaltningsskikk. Brudd på forvaltningsreglement innvirker negativt på generell tillit til vurderinger og beslutninger. *(Kommuner)*
- Det må påses at vedtak / endringsvedtak som gjelder én pasient / bruker, begrunnes i vedkommendes egne behov, og ikke i andre pasienters / brukeres behov. *(Kommuner)*
- Det må legges vekt på effektive tiltak for læring og læringsspredning når svikt i helsetjenesten avdekkes. *(Spesialisthelsetjeneste, kommuner)*

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 9/2009

Oppnevning av samarbeidsutvalg i Helse Nord-Trøndelag HF 2010-2011

Saken behandles i:
Styret

Møtedato
22. februar 2010

Saksnr.

Saksbeh.: Trond G. Skillingstad
Arkivkode:
Arkivsaksnr.:

Adm. direktørs forslag til vedtak:

Styret oppnevner følgende til samarbeidsutvalg i Helse Nord-Trøndelag HF 2010-2011:

Kommunenenes sentralforbund Nord-Trøndelag

Faste medlemmer

Hege Sørli, rådmann Namsos

Arne Ketil Auran, rådmann Frosta

Tomas I. Hallem, styreleder KS

Tone Skrove Haugan, kommunalsjef Verdal

Torgeir Schmidt-Melbye, kommunelege Leksvik

Varamedlemmer

Roar Pedersen, rådmann Namdalseid

Roar Pedersen, rådmann Namdalseid

Endre Skjervø

Håvard Avelsgård

Helse Nord-Trøndelag

Arne Flaata, adm. dir.

Dagfinn Thorsvik, helsefaglig rådgiver

John Ivar Toft, klinikkleder kirurgi

Øystein Sendre, klinikkleder medisin

Hilde Ranheim, klinikkleder psykiatri

Trond G. Skillingstad, informasjonssjef

Øivind Stenvik, helsefaglig rådgiver

Wenche Dehli, klinikkleder Barn- og familie

Randi S. Brandtzæg, klinikkleder medisin

Bernt Harald Opdal, avdelingsleder psykiatri

Private rehabiliteringsinstitusjoner

Åshild Nymo, Namdal rehabilitering

Vigdis Kippe, Kastvollen rehabiliteringssenter

Hege Sørli utnevnes som leder av Samarbeidsutvalget. Arne Flaata er nestleder i utvalget.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag tiltrer møtene med en representant.

SAKSUTREDNING:

Sak 00/2010 Oppnevning av samarbeidsutvalg i Helse Nord-Trøndelag HF 2010-2011

Samarbeidsutvalg er et forum med representanter fra helseforetaket og kommunene i virkefeltet til helseforetaket. Samarbeidsutvalget er et utvalg av rådgivende karakter, en kontaktarena mellom foretaket og kommunene.

Samarbeidsutvalget vil i sitt første møte drøfte utvalgets mandat for den kommende perioden. Mandatet for perioden 2008-2009 er slik:

Mål for samarbeidsutvalget

Samarbeidsutvalget skal bidra til at Helse Nord Trøndelag HF og kommunehelsetjenesten i Nord-Trøndelag tilbyr våre felles pasienter og pårørende en samordnet og helhetlig helsetjeneste.

Samarbeidsutvalget skal utveksle erfaringer og synspunkter om aktuelle saker av felles interesse i den hensikt å gi råd til beslutningstagere i helseforetaket og KS/kommunene i Nord-Trøndelag.

Arbeidsform og oppgaver

1. Samarbeidsutvalget er et rådgivende organ for Helse Nord-Trøndelag HF, kommunene og KS.
2. Samarbeidsutvalget kan nedsette utvalg/arbeidsgrupper for å vurdere/gi forslag til hvordan ulike problemstillinger kan løses. Samarbeidsutvalget kan også representere i regionale samarbeidsutvalg.
3. Samarbeidsutvalget kan gis oppgaver fra foretaket, kommunene og KS, og selv ta initiativ til å ta opp aktuelle saker.
4. Samarbeidsutvalget lager en informasjons/-kommunikasjonsplan i samråd med informasjonsansvarlige ved sykehusene for å sikre god kommunikasjon mellom samarbeidsutvalget, sykehusene, kommunene og KS
5. Samarbeidsutvalget er høringsinstans ved saker som angår funksjonsfordeling, endring av sykehusstilbud etc.

Oppnevning og sammensetning av samarbeidsutvalget:

Samarbeidsutvalget oppnevnes av styret i Helse Nord-Trøndelag for 2 år.

KS fremmer forslag til adm.direktør på fem faste medlemmer og tre varamedlemmer.

Adm.direktør fremmer saken for styret med forslag på fem faste medlemmer og varamedlemmer for disse fra Helse Nord-Trøndelag.

Private rehabiliteringsinstitusjoner stiller med en representant i utvalget, og velger representant gjennom egne prosesser.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag stiller med observatør i utvalget.

REPRESENTANTER I SAMARBEIDSUTVALGET

For perioden 2010-2011

Administrerende direktør fremmer følgende forslag på sammensetning etter samråd med KS og private rehabiliteringsinstitusjoner:

Kommunenes sentralforbund Nord-Trøndelag

Faste medlemmer

Hege Sørle, rådmann Namsos

Arne Ketil Auran, rådmann Frosta

Tomas I. Hallem, styreleder KS

Tone Skrove Haugan, kommunalsjef Verdal

Torgeir Schmidt-Melbye, kommunelege Leksvik

Varamedlemmer

Roar Pedersen, rådmann Namdalseid

Roar Pedersen, rådmann Namdalseid

Endre Skjervø

Håvard Avelsgård

Helse Nord-Trøndelag

Arne Flaata, adm. dir.

Dagfinn Thorsvik, helsefaglig rådgiver

John Ivar Toft, klinikkleder kirurgi

Øystein Sendre, klinikkleder medisin

Hilde Ranheim, klinikkleder psykiatri

Trond G. Skillingstad, informasjonssjef

Øivind Stenvik, helsefaglig rådgiver

Wenche Dehli, klinikkleder Barn- og familie

Randi S. Brandtzæg, klinikkleder medisin

Bernt Harald Opdal, avdelingsleder psykiatri

Private rehabiliteringsinstitusjoner

Åshild Nymo, Namdal rehabilitering

Vigdis Kippe, Kastvollen rehabiliteringssenter

Hege Sørle utnevnes som leder av Samarbeidsutvalget.

Arne Flaata er nestleder i utvalget.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag tiltrer møtene med en representant.

Representantene oppnevnes for 2 år, 2010-2011

Helse Nord-Trøndelags samhandlingsenhet, ved samhandlingssjef Kari Bratland Totsås, ivaretar administrasjonsfunksjonene tilknyttet Samarbeidsutvalgets arbeid.

Levanger 11. februar 2010

Arne Flaata

adm.dir.

sign.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 10/2010 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret	220210	10/2010

Saksbeh: Arne Flaata

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2010/53

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:
04/2010 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Møteprotokoll fra styret i Helse Midt-Norge 17.12.09 og 14.01.10
2. Orientering om rehabilitering
3. Orientering om drift desember 2009
4. Andre orienteringer

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET **MØTEPROTOKOLL**

Møtetid 02.02.10 kl. 09.00 – kl. 16.00

Møtested: Helse Midt-Norge RHF's lokaler Strandvegen 1, Stjørdal

Saksnr.:10/10 – 18/10

Arkivsaksnr.: 2009/457

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid

Toril Hovdenak

Asmund S. Kristoffersen

Björg Henriksen

Ingegjerd Sandberg

Ellen Marie Wøhni

Kirsti Leirtrø (perm fra kl. 1530)

Merethe Storødegård

Ivar Gotaas

Jan Magne Dahle

Olav Huseby

Forfall:

Perny-Ann Nilsen

Joar Olav Grøtting

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Gunnar Bovim

Rådgiver Rita Bjørgan Holand (referent)

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Direktør for eierstyring Asbjørn Hofslø

Direktør for stab og prosjektstyring Bård Helge Hofstad

Økonomidirektør Anne Marie Barane

Direktør for samhandling Daniel Haga

HR direktør Sveinung Aune

Direktør for helsefag, forskning og utdanning Nils Hermann Eriksson

Ass. fagdirektør Henrik A. Sandbu

Seniorrådgiver Ragnhild Meirik

Seniorrådgiver Inggard Lereim

Rådgiver Venke Reiten (sak 12/10)

Rådgiver Ingerid Gunnerød (sak 16/10 Orienteringssaker – Strategi 2020)

Rådgiver Arild Vassenden (sak 16/10 Orienteringssaker – Strategi 2020)

Kommunikasjonsrådgiver Berit Røflo Indgul (sak 16/10 Orienteringssaker – Strategi 2020)

Seniorrådgiver Trond Håvard Eidet (sak 16/10 Orienteringssaker – Strategi 2020)

Rådgiver Kjell Åge Nilsen (sak 16/10 Orienteringssaker – Strategi 2020)

Internrevisjonssjef Ellinor Wessel Pettersen

Internrevisor Terje Hanssen

Det regionale brukerutvalget:

Brit Haugdahl

Elin Gullvåg

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt pr. e-post 26.01.10. Vedlegg til sak 16/10 Orienteringssaker – Strategi 2020 ble sendt med e-post 28.01.10

Følgende dokumenter omdelt i møtet:

- Møtereferat fra det regionale brukerutvalgets møte 01.02.10.
- Ny framside til styresak 11/10 Statusrapportering Helse Midt-Norge pr. 31.12.09
- Vedlegg til sak 13/10 Drøftingsprotokoll

Det var ingen kommentarer til innkalling.

Nye styremedlemmer Toril Hovdenak og Asmund S. Kristoffersen og nyansatt direktør for Helsefag, forskning og utdanning Nils Hermann Eriksson ble ønsket velkommen av styreleder Kolbjørn Almlid.

Styreleder minnet om seminar 12.02.10 kl. 10.00 – 15.00 vedr. Strategi 2020. Seminaret finner sted ved aulaen ved Ole Vig videregående skole. Stortingsrepresentanter fra regionen er invitert til dette seminaret.

Sak 10/10 Referatsaker

Referatsaker:

- Regionalt brukerutvalgs møte den 01.02.10
- Protokoll fra Revisjonskomiteens møte 13.01.10

Sak 11/10 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 31.12 2009

Forslag til vedtak:

1. Styret tar til etterretning at foreløpig beregnet aktivitet DRG ”sørge-for” i 2009 ligger 3 % bak budsjett. Styret ber om at administrerende direktør har fokus på DRG ”sørge for” gjennom hele 2010.
2. Styret viser til protokoller fra foretaksmøter for 2009, hvor foretakene ble pålagt å utarbeide, implementere og følge opp handlingsplaner innenfor arbeidsmiljøområdet, herunder for å redusere sykefraværet. Selv om det skjer mye systematisk og godt arbeid, konstaterer styret at foretakene fortsatt har store utfordringer innenfor området. Styret ber administrerende direktør om å sørge for at kravet om årlige, rullerende handlingsplaner videreføres og følges opp av det regionale foretaket.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret tar til etterretning at foreløpig beregnet aktivitet DRG ”sørge-for” i 2009 ligger 3 % bak budsjett. Styret ber om at administrerende direktør har fokus på DRG ”sørge for” gjennom hele 2010.

2. Styret viser til protokoller fra foretaksmøter for 2009, hvor foretakene ble pålagt å utarbeide, implementere og følge opp handlingsplaner innenfor arbeidsmiljøområdet, herunder for å redusere sykefraværet. Selv om det skjer mye systematisk og godt arbeid, konstaterer styret at foretakene fortsatt har store utfordringer innenfor området. Styret ber administrerende direktør om å sørge for at kravet om årlige, rullerende handlingsplaner videreføres og følges opp av det regionale foretaket.

Sak 12/10 Styringsdokumenter til helseforetakene i Midt-Norge for 2010

Forslag til vedtak:

1. Styret godkjenner utkastet til styringsdokument for Helse Sunnmøre HF for 2010 i hht vedlegg 1.
2. Styret godkjenner utkastet til styringsdokument for Helse Nordmøre og Romsdal HF for 2010 i hht vedlegg 2.
3. Styret godkjenner utkastet til styringsdokument for St. Olavs Hospital HF for 2010 i hht vedlegg 3.
4. Styret godkjenner utkastet til styringsdokument for Helse Nord-Trøndelag HF for 2010 i hht vedlegg 4.
5. Styret godkjenner utkastet til styringsdokument for Rusbehandling Midt-Norge HF for 2010 i hht vedlegg 5.
6. Styret godkjenner utkastet til styringsdokument for Sykehusapotekene i Midt-Norge HF for 2010 i hht vedlegg 6.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret godkjenner utkastet til styringsdokument for Helse Sunnmøre HF for 2010 i hht vedlegg 1.
2. Styret godkjenner utkastet til styringsdokument for Helse Nordmøre og Romsdal HF for 2010 i hht vedlegg 2.
3. Styret godkjenner utkastet til styringsdokument for St. Olavs Hospital HF for 2010 i hht vedlegg 3.
4. Styret godkjenner utkastet til styringsdokument for Helse Nord-Trøndelag HF for 2010 i hht vedlegg 4.
5. Styret godkjenner utkastet til styringsdokument for Rusbehandling Midt-Norge HF for 2010 i hht vedlegg 5.
6. Styret godkjenner utkastet til styringsdokument for Sykehusapotekene i Midt-Norge HF for

2010 i hht vedlegg 6.

Sak 13/10 Helsetjenestetilbudet på Røros – mulighetsstudie - sluttrapport

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til at det etableres et helsetjenestetilbud på Røros i tråd med tilrådninger gitt i Sluttrapport Helsetjenestetilbudet på Røros - Mulighetsstudie dat. 16.12.2009.
2. Styret ber St. Olavs Hospital HF ta ansvar for videreføringen av arbeidet med etablering av ny virksomhet på Røros.
3. Styret gir sin tilslutning til at Helse Midt-Norge RHF forplikter seg til å finansiere 1/3-del av intermediærposten frem til implementeringen av Samhandlingsreformen. Administrerende direktør gis fullmakt til å finne løsning for finansiering av tiltaket i 2010 i samarbeid med St. Olavs Hospital.
4. Styret ber adm. direktør ta kontakt med Helse Sør- Øst RHF om samarbeid i Fjellregionen.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til at det etableres et helsetjenestetilbud på Røros i tråd med tilrådninger gitt i Sluttrapport Helsetjenestetilbudet på Røros - Mulighetsstudie dat. 16.12.2009.
2. Styret ber St. Olavs Hospital HF ta ansvar for videreføringen av arbeidet med etablering av ny virksomhet på Røros.
3. Styret gir sin tilslutning til at Helse Midt-Norge RHF forplikter seg til å finansiere 1/3-del av intermediærposten frem til implementeringen av Samhandlingsreformen. Administrerende direktør gis fullmakt til å finne løsning for finansiering av tiltaket i 2010 i samarbeid med St. Olavs Hospital.
4. Styret ber adm. direktør ta kontakt med Helse Sør- Øst RHF om samarbeid i Fjellregionen.

Sak 14/10 Oppnevning av valgkomite – HF styrer

Forslag til vedtak:

Styret oppnevner følgende personer til valgkomiteen for innstilling av kandidater til helseforetakenes styrer:

-, leder

-

Rådgiver Erik Andreas Øyen er valgkomiteenes sekretær.

Protokoll

Det ble fremmet følgende forslag til representanter (forslagstiller i parentes):

Björg Henriksen (Ellen Wøhni)
Kirsti Leirtrø (Olav Huseby)
Kolbjørn Almlid (Ingegjerd Sandberg)

Det ble stemt over representantene samlet. Enstemmig vedtatt.

Forslag til leder (forslagstiller i parentes):

Kolbjørn Almlid (Olav Huseby)

Enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret oppnevner følgende personer til valgkomiteen for innstilling av kandidater til helseforetakenes styrer:

Kolbjørn Almlid, leder
Kirsti Leirtrø
Björg Henriksen

Rådgiver Erik Andreas Øyen er valgkomiteenes sekretær.

Sak 15/10 Oppnevning av revisjonskomité

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF oppnevner følgende medlemmer til styrets revisjonskomité

1. Leder av komitéen
2. Medlem
3. Medlem (ansattrepresentant)

Protokoll

Det ble fremmet følgende forslag til representanter (forslagstiller i parentes):

Olav Huseby (Bjørge Henriksen)
Ingegjerd Sandberg (Bjørge Henriksen)
Toril Hovdenak (Asmund S. Kristoffersen)

Det ble stemt over representantene samlet. Enstemmig vedtatt.

Forslag til leder og nestleder (forslagstiller i parentes):

Leder: Olav Huseby (Kolbjørn Almlid)
Nestleder: Ingegjerd Sandberg (Kolbjørn Almlid)

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt:

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF oppnevner følgende medlemmer til styrets revisjonskomité

1. Olav Huseby Leder av komitéen
2. Ingegjerd Sandberg Nestleder (ansattererepresentant)
3. Toril Hovdenak Medlem

Sak 16/10 Orienteringssaker

I møtet den 02.02.10 ble styret for Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

Orienteringssaker

- Strategi 2020 – Kompetanse og Institusjonsstruktur
- Oppfølging av anbefalinger i revisjonsrapporten ”Oppsummering system for rapportering, håndtering og oppfølging av uønskede hendelser”
- Medieanalyse siste kvartal 2009
- Rentebinding langsiktige lån

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar sakene til orientering.

Sak 17/10 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 18/10 Signering av protokoll

Protokoll for møtet ble godkjent og undertegnet i møtet.

Stjørdal 02.02.10

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

Administrerende direktørs rapport**1. Helsefag****1.1 Aktivitet**

- *Beskriv aktivitetsoppnåelse denne periode og hittil i år ift avvik mot budsjett*
- *Bakgrunn og årsak til vesentlige avvik*
- *Alle verdier skal samsvare med aktivitetsanalysen i ØBAK*

Det har skjedd store endringer i DRG-logikken fra 2010. Tallene for 2010 inneholder både døgnaktivitet og all poliklinikk-aktivitet (både dagkirurgi og ordinær poliklinikk). Samtidig slås dagkirurgi og ordinær poliklinikk sammen uten at en foreløpig klarer å splitte dette. Vi har nå 3 typer DRG-aktivitet: innlagte heldøgn, innlagt dagbehandling og poliklinikk (dagkirurgi og ordinær poliklinikk).

Endret DRG-logikk for 2010 har ført til store endringer i DRG-budsjettet for hver enkelt klinikk og også en omfordeling mellom innlagte heldøgn, innlagt dag og poliklinikk.

I forhold til korrigerte plantall viser aktiviteten i januar et negativt avvik på 387 DRG poeng (15,5 %). Hoveddelen av dette er avvik på innlagte heldøgnsopphold. De medisinske klinikkene og BFK har størst avvik. Den polikliniske aktiviteten viser også et betydelig negativt avvik, mens innlagte dagpasienter viser en liten økning. Aktivitet i beleggsrapport for januar 2010 viser en nedgang på 2,2 % på antall behandlede pasienter i forhold til januar 2009 og nedgang på 8,9 % når det gjelder liggedøgn. Det er nok et potensial for bedring av koding på januar-tall, men det vil bli registrert i senere måneders statistikker.

1.2 Ventetider

- *Rapporteres pr mnd eller tertialvis – vi kommer tilbake med oppdatert info!*

1.2.1 Antall pasienter med rett til nødvendig helsehjelp av nye henvisninger

1.2.2 Ventetid i dager med pasienter med rett til nødvendig helsehjelp

1.3 Kvalitetsindikatorer

- *Beskriv måloppnåelse denne periode og utvikling siste halvår*
- *Beskriv direkte eller indirekte årsak til vesentlige avvik*
- *Beskriv tiltak som er/blir iverksatt for å lukke avvik*
- *Beskriv når målkravet vil bli nådd*

1.3.1 Epikrisetid

Det er en målsetting at minst 80 % av alle epikriser skal være utsendt innen 7 dager etter at pasienten er utskrevet fra sykehuset. I januar måned var denne andelen på 72,3 %. Det er omtrent samme nivå som resultatet i 2009 (71,8 %) og en liten nedgang fra desember 2009 (74,7 %). Det arbeides fortsatt med effektivisering av prosessene rundt ferdigstilling av epikrisene slik at vedtatt mål kan nås.

1.3.2 Korridorpasienter

Det er en målsetting at vi i hovedsak ikke skal ha korridorpasienter. I januar måned var andelen korridorpasienter på 2,3 %. Det er en økning fra resultatet i 2009 (1,7 %) og resultatet i desember 2009 (0,8 %). Det er fortsatt fokus på denne indikatoren for å holde den på et lavest mulig nivå.

1.3.3 Andel strykninger

Det er et mål at andel strykninger av elektive operasjoner skal være mindre enn 5 %. I januar måned var andelen strykninger på 8,3 %. Det er omtrent samme nivå som resultatet i 2009 (8,5 %) og en liten økning fra desember 2009 (7,8 %). Det er økt fokus på de forskjellige årsakene til at pasienter strykes fra operasjonsprogrammet for gjennom det å innrette tiltak for å redusere omfanget.

2 Økonomi

2.1 Resultat

- *Beskriv årsresultatet denne periode og hittil i år ift avvik mot budsjett*
- *Alle tallverdier skal samsvare med økonomirapporten i ØBAK.*
- *Beskriv avvik under hvert artsgruppe - bakgrunn og årsak til vesentlige avvik*

2.1.1 Inntekter

Omtrent hele inntektssvikten denne måneden er knyttet til lavere aktivitet enn budsjettet.

2.1.2 Varekostnader

Det er grunn til å tro at reduserte varekostnader henger sammen med redusert aktivitet.

2.1.3 Lønnskostnader

Lønnskostnadene denne måned er som budsjettet.

2.1.4 Andre driftskostnader

Andre driftskostnader er en god del lavere enn budsjettet. Det skyldes i hovedsak at det under denne kostnadsgruppen er satt av en buffer for å sikre måloppnåelse hvis det skulle påløpe uforutsette kostnader eller bli svikt i inntektene.

2.1.5 Finansposter

Foretakets likviditet er bl.a. bedret gjennom en godt resultat i fjor. Sammen med fortsatt lavt rentenivå har dette bidratt til lavere finanskostnader enn budsjettet.

Resultatavvik - 2010 (mill kroner)		Avvik tom forrige mnd	Avvik denne mnd	Avvik tom denne mnd
3	Inntekter		- 5,3	- 5,3
4	Varekostnader		1,5	1,5
5	Lønnskostnader		0,2	0,2
6,7	Andre driftskostnader		2,4	2,4
8	Finansposter		0,6	0,6
Årsresultat jf budsjett			- 0,5	- 0,5

2.2 Prognose

- *Beskrives eventuelle endringer i prognose som er gjort ift forrige periode.*
- *Prognosen årsresultat og oppdeling iht hovedartene skal samsvare med SIM og ØBAK.*
- *Forklar eventuelt manglende sammenheng mellom resultat hittil i år pluss budsjett resten av året og prognose.*

2.2.1 Inntekter

Til tross for betydelig svikt i forhold til budsjettert aktivitet i januar opprettholdes ennå en prognose lik årets budsjett.

2.2.2 Varekostnader

Varekostnadene prognostiseres likt budsjettet.

2.2.3 Lønnskostnader

Lønnskostnadene prognostiseres likt budsjettet.

2.2.4 Andre driftskostnader

Andre driftskostnader prognostiseres foreløpig likt budsjettet.

2.2.5 Finansposter

Finanspostene prognostiseres foreløpig likt budsjettet.

Prognose endring - 2010		Endring tom forrige mnd	Endring denne mnd	Endring tom denne mnd
3	Inntekter		0	0
4	Varekostnader		0	0
5	Lønnskostnader		0	0
6,7	Andre driftskostnader		0	0
8	Finansposter		0	0
Årsprognose jf budsjett			0	0

2.3 Omstilling

- *Forklar manglende realisert omstilling med vekt på denne periodes avvik.*
- *Beskriv evt alternative tiltak som er satt i verk gjennom året og effekten av disse.*
- *Forklart sammenheng mellom manglende realisering av omstilling og negativt prognose mot resultatkrav.*

I forbindelse med utarbeiding av budsjett og driftsplaner for 2010 har foretakets klinikker beskrevet omstillingstiltak tilsvarende 58,4 mill kroner. Tiltak tilsvarende 3,2 mill kroner er gjennomført i januar. Prognose for gjennomføring av tiltak i 2010 er på knapt 58 mill kroner.

2.4 Likviditet

- *I henhold til ØBAK og E4*
- *Forklar avvik mellom resultat og budsjett*
- *Forklar avvik mellom prognose og budsjett*
- *Kommenter eventuelle usikkerhetsmoment knyttet til prognosen*

Foretakets likviditet er omtrent som budsjettert og prognostiseres også å bli omtrent som budsjettert ved årets utgang.

2.5 Investeringer

- Rapporteres pr tertial jf E2
- Beskriv fremdrift og avvik jf budsjett – herunder:
 - o sluttprognose for kostnader (basiskalkyle, P50, P70 og P85)
 - o likviditetsbehov
 - o sluttprognose for tid
 - o spesielle problemområder og tiltak
 - o HMS
 - o hovedaktiviteter neste periode
- Vurdere investeringenes innvirkning på framtidige renter og driftskostnader

2.6 Raskere tilbake

- Beskriv avvik i aktivitet denne periode og hittil i år
- Beskriv eventuelle tiltak for å oppnå budsjettet aktivitet

Vi mangler oppdatering av NIMES-programvaren før vi kan framskaffe oversikt over "Raskere Tilbake"-aktivitet i januar. Vi avventer også regionens fordeling av "Raskere Tilbake"-aktivitet for 2010.

2.7 Tiltak for arbeid

- Rapporteres gjestående midler fra 2009 inntil prosjektene er ferdigstilte
- Rapporteringsmal fra 2009 benyttes – sendes oppdatert versjon
- Beskrives status og framdrift

Det aller meste av midler til "Tiltak for arbeid" ble oppbrukt i fjor. Om lag 700.000 kroner til ferdigstilling av ny rundkjøring med tilhørende uteareal ved Sykehuset Namsos gjenstår og vil bli gjennomført sommeren 2010.

3 HR (Oppdateres innen 17. februar)

3.1 Bemanning/innleie

- Redegjør for bemanningssituasjonen denne perioden
- Oppdatert tabell som tar hensyn til periodisert bemanningsbudsjettet blir distribuert i ettertid (ref møte med økonomi- og personalsjefer 11. februar)

Bemanning - 2010	Samme mnd forrige år	Forrige mnd	Budsjett denne mnd	Endring siste mnd	Avvik ift budsjettet bemanning
Fast lønn					
Variabel lønn					
Innleie					
Psykatri					
Øvrig virksomhet					
Samlet for foretaket:	2.241	2.233	2.240	+ 7	0

3.2 Sykefravær

- Overordnet styringsmål: "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."

- *Beskriv situasjonen for hele helseforetaket og for de underliggende enheter som har vesentlige avvik i forhold til målsettingen.*
- *Beskriv iverksatte tiltak*

Sykefravær snitt (%) - 2010	Samme mnd forrige år	Forrige mnd	(Mål) denne mnd	Endring siste mnd	Avvik ift mål
Enhet: HNT	8,7	9,0	7,9	- 1,1	
Samlet for foretaket:	8,7	9,0	7,9	- 1,1	

4 Generell vurdering av status i helseforetaket

Det er tidlig å ha et sikkert bilde av årets drift og økonomi sammenholdt med vedtatte planer og budsjett. Driften i januar viser en betydelig svikt i forhold til planlagt (periodisert) aktivitet. Det arbeides med å analysere årsakene til dette og det forventes så langt at årets planlagte aktivitet skal nås.

Til tross for aktivitetssvikt i januar viser foretaket et resultat i samsvar med budsjett. Planlagte effektiviseringstiltak rapporteres også å være i god rute i forhold til vedtatte planer. Foretaket prognostiserer derfor et økonomisk resultat i samsvar med budsjettet, men resultatet etter en måneds drift viser at det blir nødvendig med tett oppfølging og stram økonomistyring av driften.

Levanger, 12.02.10

Arne Flaatt
adm. dir.
sign.