

Styrets medlemmer

Vår ref.:
2013/1755 - 11663/2013

Deres ref.:

Dato:
15.05.2013

Innkalling til styremøte i Helse Nord-Trøndelag 23. mai 2013

Det kalles med dette inn til styremøte i Helse Nord-Trøndelag 23. mai 2013 kl. 1030.
Møtet finner sted på Sykehuset Levanger, møterom i Arken.

- | | |
|--------------------|---|
| Sak 19/2013 | Revidert instruks for styret i Helse Nord-Trøndelag HF |
| Sak 20/2013 | Etiske retningslinjer Helse Midt-Norge – høringsuttalelse fra Helse Nord-Trøndelag HF |
| Sak 21/2013 | Organisatorisk integrering av Rusbehandling Midt-Norge i øvrig spesialisthelsetjeneste |
| Sak 22/2013 | Langtidsplan og langtidsbudsjett 2014 – 2019 |
| Sak 23/2013 | Driftsrapport for april 2013 |
| Sak 24/2013 | Eiers styringskrav 2013 Helse Nord-Trøndelag HF, 1. tertialrapport |
| Sak 25/2013 | Regionalt traumesystem |
| Sak 26/2013 | Orienteringssaker: <ul style="list-style-type: none">1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 25.04. og 14.05.132. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 21.05.133. Årsrapport 2012 for Klinisk etisk komite (KEK)4. Ambulansetjenesten i Nord-Trøndelag – orientering fra AMN5. Andre orienteringer |
| Sak 27/2013 | Eventuelt |
| Sak 28/2013 | Godkjenning og signering av protokoll |

Alf Daniel Moen
Styreleder
sign.

Arne Flaatt
Adm.direktør
sign

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

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 19/2013 Revidert styreinstruks for Helse Nord-Trøndelag HF

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	23.5.2013	19/2013

Saksbeh: Liv Sofie Kjønsstad

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2013/1755

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF vedtar reviderte styreinstruks som følge av endringer i helseforetaksloven med bakgrunn i endringer i helseforetaksloven fra 1.1.2013.

SAKSUTREDNING:

Sak 19/2013 Revidert styreinstruks for Helse Nord-Trøndelag HF

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Utkast til revidert styreinstruks for Styret i Helse Nord-Trøndelag HF

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Styreinstruks for Styret i Helse Midt-Norge, vedtatt 31.1.2013.
2. Foretaksprotokoll Helse Nord-Trøndelag HF av 14.1.2013
3. Helse Nord-Trøndelag HFs vedtekter gitt i stiftelsesmøtet 31.12.2001, revidert 25.6.2003, 30.6.2004, 21.6.2006, 12.2.2012 og 14.2.2013

BAKGRUNN eller SAMMENDRAG

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok ny versjon av styreinstruks for Styret i Helse Midt-Norge RHF i møte 31.1.13, sak 10-13. Saken ble behandlet på bakgrunn av endringer i helseforetaksloven med virkning fra 1.1.2013. Styret i Helse Midt-Norge RHF anmoder i vedtaket de underliggende helseforetaks styrer om å gjennomgå og revidere sine instruks.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

I vedlagte utkast til revidert styreinstruks er endringene markert med rødt.

Styreinstruksen punkt 4.2.1 er endret fra:

Foretaksmøtet skal treffe vedtak i alle saker som antas å være av vesentlig eller prinsipiell betydning helsepolitisk, forskningspolitisk, utdanningspolitisk eller samfunnsmessig, jf helseforetaksloven § 30.

Vedtak om salg og pantstillelse av fast eiendom og salg av sykehusvirksomhet skal treffes av foretaksmøtet, jf helseforetaksloven §§ 31 og 32, samt foretakets vedtekter.

Styret skal oversende saker som nevnt i dette punktet til Helse Midt-Norge RHF, som eventuelt fremlegger saken for departementet eller foretaksmøtet i det regionale helseforetaket

til:

Foretaksmøtet skal treffe vedtak i alle saker som antas å være av vesentlig eller prinsipiell betydning helsepolitisk, forskningspolitisk, utdanningspolitisk eller samfunnsmessig, jf helseforetaksloven § 30.

Vedtak om salg og pantstillelse av fast eiendom og salg av sykehusvirksomhet skal treffes av foretaksmøtet etter forslag fra styret, men først etter at det er lagt frem for Helse Midt-Norge RHF og departementet, jf helseforetaksloven §§ 31 og 32, samt foretakets vedtekter. Sykehusvirksomhet kan ikke selges uten Stortingets samtykke.

I kapittel 5.2, 2. avsnitt er foretaket endret til *foretaksmøtet*.

Kapittel 5.3 er det endret fra:

Helseforetaksloven § 26 omhandler styrets møter:

Styret skal gjennomføre minst 4 (6 for store helseforetak) møter i året. Møteplan legges for ett år av gangen. Utover den fastlagte møteplanen kan styrets leder innkalle til ekstraordinære møter ved behov. Formen på ekstraordinære møter avtales særskilt. I tilfelle telefonmøter bør disse avholdes på en måte som ivaretar hensynet til åpenhet, jf siste avsnitt her.

Styrets leder er ansvarlig for at styret kalles inn til møte. Medlemmer av styret og administrerende direktør kan kreve at styret sammenkalles. For ordinære møter skal innkalling og sakspapirer sendes styrets medlemmer og varamedlemmer senest 1 uke før møtet.

Styremøter ledes av lederen, eller i dennes fravær, av nestlederen. Er ingen av disse til stede, velger styret selv en møteleder.

Administrerende direktør og styresekretær deltar normalt i styremøtene. Forøvrig deltar normalt ansvarlig saksbehandler etter behov. Representanter fra tilsynsorgan o.l. (som for eksempel Statens helsetilsyn, fylkesmannen, valgt revisor, riksrevisjon) innkalles til styremøter etter behov.

Representanter for brukerutvalget kan gis møte og talerett i styret.

Styremøtene skal være åpne, jf Departementets styringsdokument for 2004, pkt. 3.2.3. Dersom spørsmål som skal drøftes er av en slik karakter at det foreligger et reelt og saklig behov for å lukke møtet ved behandlingen av en eller flere saker, skal styret vurdere å gjøre dette dersom lukkingen er forenlig med prinsippene i offentlighetsloven. Vurdering av en eventuell lukking av deler av møtet skal gjøres på møtetidspunktet. Det skal ikke utvikles en praksis som svekker intensjonen om at åpne styremøter skal understøtte tillit og legitimitet for foretaket.

til:

Helseforetaksloven §§ 26 og 26 a omhandler styrets møter:

Styret skal gjennomføre minst 4 (6 for store helseforetak) møter i året. Møteplan legges for ett år av gangen. Utover den fastlagte møteplanen kan styrets leder innkalle til ekstraordinære møter ved behov. Formen på ekstraordinære møter avtales særskilt. I tilfelle telefonmøter bør disse avholdes på en måte som ivaretar hensynet til åpenhet, jf siste avsnitt her.

Styrets leder er ansvarlig for at styret kalles inn til møte. Medlemmer av styret og administrerende direktør kan kreve at styret sammenkalles. For ordinære møter skal innkalling og sakspapirer sendes styrets medlemmer og varamedlemmer senest 1 uke før møtet. Styremøter ledes av lederen, eller i dennes fravær, av nestlederen. Er ingen av disse til stede, velger styret selv en møteleder.

Administrerende direktør og styresekretær deltar normalt i styremøtene. Forøvrig deltar normalt ansvarlig saksbehandler etter behov. Representanter fra tilsynsorgan o.l. (som for eksempel Statens helsetilsyn, fylkesmannen, valgt revisor, riksrevisjon) innkalles til styremøter etter behov.

*Representanter for brukerutvalget kan gis møte og talerett i **styremøtet**.*

Styremøtene skal være åpne hvis ikke annet følger av lovbestemt taushetsplikt eller av vedtak etter helseforetaksloven § 26 a annet ledd. Etter helseforetaksloven § 26 a kan styret dersom det foreligger et reelt og saklig behov, vedta å behandle en sak for lukkede dører i følgende tilfeller:

- 1. Av hensyn til personvernet. Personalsaker skal alltid behandles for lukkede møter*
- 2. Orientering om sak som er på et forberedende stadium i saksbehandlingen i foretaket*
- 3. Informasjon om lovbrudd, saksanlegg eller av hensyn til foretakets partsstilling i sak for norsk domstol*
- 4. Av hensyn til forsvarlig gjennomføring av økonomi-, lønns- eller personalforvaltningen til foretaket*
- 5. Saker som gjelder tilbud og protokoll etter regelverket om offentlige anskaffelser til valget av leverandør er gjort*

Vurdering av en eventuell lukking av møtet eller deler av møtet skal gjøres på møtetidspunktet

Det skal ikke utvikles en praksis som svekker intensjonen om at åpne styremøter skal understøtte tillit og legitimitet for foretaket.

KONKLUSJON

Administrerende direktør anbefaler at Styret vedtar revidert styreinstruks.

**STYREINSTRUKS
FOR
HELSE NORD-TRØNDELAG HF**

Vedtatt av styret i Helse Nord-Trøndelag HF den 23.5.2013

1. Formål med instruksen

Instruksen beskriver rammer for styrets arbeid. Den omhandler styrets ansvar, oppgaver, kompetanse og saksbehandling. Instruksen bygger på Lov om helseforetak av 15. juni 2001 nr. 93 (helseforetaksloven) og vedtekter for Helse Nord-Trøndelag HF.

2. Virksomhetens formål

Virksomhetens formål følger av helseforetaksloven § 1 annet ledd:

"Helseforetakenes formål er å yte god og likeverdig spesialisthelsetjenester til alle som trenger det når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn, samt å legge til rette for forskning og undervisning."

Med bakgrunn i formålet har virksomheten formulert sitt motto: På lag med deg for din helse.

3. Styrets ansvar

Styrets overordnede ansvar er å sikre helhetlig styring av virksomheten, god ressursbruk og en fremtidsrettet og bærekraftig utvikling av virksomheten slik at formålet oppnås stabilt i et langt tidsperspektiv.

Styret har i dette arbeidet ansvaret for at samfunnsansvaret blir ivaretatt.

Styret har et forvaltningsansvar som innebærer ansvar for forsvarlig organisering, fastsetting av planer og budsjetter og holde seg orientert om virksomhetens resultater.

Styret har et tilsynsansvar som innebærer tilsyn med daglig ledelse og at virksomheten drives i samsvar med lov, vedtekter, styringskrav, mål og vedtatte planer og budsjetter. Herunder ansvar for at pasienter og pårørendes rettigheter blir ivaretatt.

4. Styrets oppgaver

4.1 Hovedoppgaver

Styrets oppgaver og kompetanse reguleres i helseforetaksloven kapittel 7 og i foretakets vedtekter. Styremedlemmene skal i enhver henseende ivareta de interesser som tjener Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord-Trøndelag HF best.

Styrets hovedoppgaver er knyttet til:

1. strategi og mål
2. helsefaglig kvalitet og tjenesteinnhold
3. organisasjon og ledelse
4. kontroll av drift

Styret har i tillegg til dette ansvar for evaluering av eget arbeid og arbeidsform

4.1.1 Strategioppgaver

Styrets ansvar for foretakets strategiske utvikling omfatter blant annet:

- Utvikle og vedta målsettinger, samt oppfølging av disse
- Utvikle og vedta strategiske planer, samt oppfølging av disse
- Fastsette styringsfilosofi
- Fastsette virksomhetsområder og oppgavefordeling
- Inngå avtaler med Helse Midt-Norge RHF
- Evaluere investeringsbehov og finansiell styrke
- Fastsette budsjetter
- Utvikle virksomhetsplan
- Fastlegge hovedrammer for operative planer
- Godkjenne avtaler av vesentlig, strategisk betydning med andre samarbeidspartnere

4.1.2 Helsefaglig kvalitet og innhold

Styret skal med basis i helseforetaksloven tilrettelegge for et best mulig helsetilbud ved bruk av tildelte ressurser. Slike oppgaver inkluderer blant annet:

- Utvikling av god helsefaglig praksis
- Effektivisering av ressursbruk
- Kompetanseoppbygging
- Forbedringsprosesser
- Rekrutteringsfremmende tiltak
- Oppfølging av pasienttilfredshet
- Oppfølging av medarbeidertilfredshet
- Inngå strategisk samarbeid med andre aktører der dette er hensiktsmessig for å oppfylle virksomhetens formål

4.1.3 Organisering og ledelse

Styrets løpende ansvar for en tilfredsstillende organisering og ledelse av foretakets samlede virksomhet inkluderer blant annet:

- Etablere overordnet organisasjonsmodell for Helse Nord-Trøndelag HF
- Definere ansvars- og myndighetsfordeling

- Etablere og vedlikeholde instruks for administrerende direktør
- Definere hensiktsmessige rapporteringslinjer og -former
- Foreta ressursvurderinger
- Sikre riktig lederskap og kompetanseutvikling
- Overordnet vurdering av helseforetakets relasjoner til primærhelsetjenesten

4.1.4 Kontrolloppgaver

Styret skal gjennom administrerende direktørs rapportering holde seg orientert om foretakets virksomhet og økonomiske stilling. Det skal føres tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med målene som er nedfelt i helseforetaksloven § 1, foretakets vedtekter, vedtak truffet av foretaksmøtet, avtaler inngått med RHF samt vedtatte planer og budsjetter jf helseforetaksloven § 28 tredje ledd.

Styret har plikt til å iverksette undersøkelser der de finner det nødvendig. Iverksettelse av slike undersøkelser skal vedtas av styret og det enkelte styremedlem kan ikke iverksette egne undersøkelser.

Styret skal sørge for at bokføring og formuesforvaltning er gjenstand for betryggende kontroll, jf helseforetaksloven § 28 femte ledd.

Styret skal sørge for at foretaket skal ha en egenkapital som står i forsvarlig forhold til foretakets virksomhet. Styret skal varsle og foreslå tiltak ovenfor eier dersom egenkapitalen ikke er forsvarlig, jf helseforetaksloven § 14.

Kontrolloppgaver inkluderer også:

- Sikre medisinsk forsvarlig behandling og beredskap
- Gjennomføre intern kontroll
- Sikre overholdelse av lover som regulerer foretakets virksomhet
- Vurdere foretakets økonomi og likviditetssituasjon
- Årsoppgjør med årsregnskap og styrets årsberetning
- HMS

4.1.5 Styrets egenarbeid

Styret skal 1 gang pr. år evaluere eget arbeid og arbeidsform. Resultatet av evalueringen skal meddeles eier i årlig melding. Styret kan fastsette instruks for administrerende direktør, jf helseforetakslovens §§ 29 og 36. Styret skal føre tilsyn med administrerende direktør og evaluere dennes prestasjoner minimum en gang årlig.

4.2 Begrensninger i styrets myndighet

4.2.1 Vedtak som skal treffes av foretaksmøtet

Foretaksmøtet skal treffe vedtak i alle saker som antas å være av vesentlig eller prinsipiell betydning helsepolitisk, forskningspolitisk, utdanningspolitisk eller samfunnsmessig, jf helseforetaksloven § 30.

Vedtak om salg og pantstillelse av fast eiendom og salg av sykehusvirksomhet skal treffes av foretaksmøtet etter forslag fra styret, men først etter at det er lagt frem for Helse Midt-Norge RHF og departementet, jf helseforetaksloven § § 31 og 32, samt foretakets vedtekter. Sykehusvirksomhet kan ikke selges uten Stortingets samtykke.

4.2.2 Lån og garantier

Styrets anledning til å oppta lån reguleres i foretakets vedtekt § 10.

Foretaket kan ikke stille garanti eller pantsette sine eiendeler til sikkerhet for andres økonomiske forpliktelser, jf helseforetaksloven § 33.

Styret er ansvarlig for at disse bestemmelser til enhver tid overholdes, jf helseforetaksloven § 28.

4.2.3 Disponering av foretakets midler

Disponering av foretakets midler besluttet av foretaksmøtet etter forslag fra styret, eller med styrets samtykke, jf helseforetaksloven § 15.

4.3 Styrets arbeidsplan

Styret skal hvert år utarbeide en arbeidsplan. Planen angir en oversikt over hovedoppgaver og møtetidspunkter. I tillegg skal planen også omhandle hvilke temasaker styret skal behandle i løpet av året.

Styremøtene kan struktureres etter følgende mal:

- Beslutningssaker
- Referat og orienteringssaker
- Oppfølgingssaker
- Temasaker
- Oppsummering

4.4 Rapportering til Helse Midt-Norge RHF

Krav til rapportering er nærmere definert i oppdragsdokument mellom Helse Midt- Norge RHF og det enkelte helseforetak. Styret er ansvarlig for at disse krav overholdes.

Styret er ansvarlig for at foretaket utarbeider en årlig melding om foretaket og foretakets virksomhet i henhold til foretakets vedtekt § 13.

Meldingen skal oversendes Helse Midt-Norge RHF i henhold til angitt frist, og vil inngå som en del av Helse Midt-Norge RHF's rapportering til departementet etter helseforetaksloven § 34.

5. Styrets rettigheter og plikter

5.1 Styrets vedtakskraft og flertallskrav

Bestemmelser om styrets vedtakskraft og flertallskrav følger av helseforetaksloven § 27. Styrets medlemmer har plikt til å avgi stemme i alle saker som behandles av styret.

5.2 Foretakets representasjon

Styret representerer foretaket utad og tegner dets firma i henhold til helseforetaksloven §§ 39 og 40 samt foretakets vedtekter. I tillegg har administrerende direktør rett til å tegne firma i saker innenfor daglig ledelse. Dersom styret finner det hensiktsmessig, kan det meddele prokura til representanter for foretaket som styrets leder og administrerende direktør.

Slik myndighet omfatter likevel ikke:

- Pantsettelse eller avhending av eiendom
- Salg av sykehusvirksomhet
- Opptak av lån uten styrets godkjenning
- Saker hvor *foretaksmøtet* skal treffe vedtak etter helseforetaksloven § 30
- Investeringer (og vedlikehold) ut over 50 mill kroner som ikke er forankret i budsjett eller eget vedtak

Styret ved dets medlemmer eller ved oppnevnt prosessfullmektig kan representere foretaket i rettssaker (foreta prosesshandlinger), jf Lov om mekling og rettergang i sivile tvister av 17. juni 2005 nr. 90 (tvisteloven) § 2-5 og § 3-1, jf helseforetakslovens § 39.

Styret kan begjære offentlig påtale av straffbare handlinger. Myndigheten kan delegeres til et styremedlem eller til administrerende direktør, jf Straffeloven av 22. mai 1902 nr. 10 § 79 første ledd.

5.3 Styrets møter

Helseforetaksloven §§ 26 og 26 a omhandler styrets møter:

Styret skal gjennomføre minst 4 (6 for store helseforetak) møter i året. Møteplan legges for ett år av gangen. Utover den fastlagte møteplanen kan styrets leder innkalle til ekstraordinære møter ved behov. Formen på ekstraordinære møter avtales særskilt. I tilfelle telefonmøter bør disse avholdes på en måte som ivaretar hensynet til åpenhet, jf siste avsnitt her.

Styrets leder er ansvarlig for at styret kalles inn til møte. Medlemmer av styret og administrerende direktør kan kreve at styret sammenkalles. For ordinære møter skal innkalling og sakspapirer sendes styrets medlemmer og varamedlemmer senest 1 uke før møtet.

Styremøter ledes av lederen, eller i dennes fravær, av nestlederen. Er ingen av disse til stede, velger styret selv en møteleder.

Administrerende direktør og styresekretær deltar normalt i styremøtene. Forøvrig deltar normalt ansvarlig saksbehandler etter behov. Representanter fra tilsynsorgan o.l. (som for eksempel Statens helsetilsyn, fylkesmannen, valgt revisor, riksrevisjon) innkalles til styremøter etter behov.

Representanter for brukerutvalget kan gis møte og talerett i **styremøtet**.

Styremøtene skal være åpne hvis ikke annet følger av lovbestemt taushetsplikt eller av vedtak etter helseforetaksloven § 26 a annet ledd. Etter helseforetaksloven § 26 a kan styret dersom det foreligger et reelt og saklig behov, vedta å behandle en sak for lukkede dører i følgende tilfeller:

- 1. Av hensyn til personvernet. Personalsaker skal alltid behandles for lukkede møter*
- 2. Orientering om sak som er på et forberedende stadium i saksbehandlingen i foretaket*
- 3. Informasjon om lovbrudd, saksanlegg eller av hensyn til foretakets partsstilling i sak for norsk domstol*
- 4. Av hensyn til forsvarlig gjennomføring av økonomi-, lønns- eller personalforvaltningen til foretaket*
- 5. Saker som gjelder tilbud og protokoll etter regelverket om offentlige anskaffelser til valget av leverandør er gjort*

Vurdering av en eventuell lukking av møtet eller deler av møtet skal gjøres på møtetidspunktet.

Det skal ikke utvikles en praksis som svekker intensjonen om at åpne styremøter skal understøtte tillit og legitimitet for foretaket.

5.4 Habilitet

Et styremedlem må ikke delta i behandlingen eller avgjørelsen av spørsmål som har slik særlig betydning for egen del eller for noen nærstående at medlemmet må anses for å ha fremtredende personlige eller økonomiske interesser.

Habilitetsregler forøvrig følger av forvaltningsloven § 6.

5.5 Protokoll

Det skal føres møteprotokoll som undertegnes av alle møtedeltakerne, jf helseforetaksloven § 26 fjerde ledd. Protokollen skal også fremlegges for påtegning av de medlemmene som var fraværende. Protokollen skal foreligge senest 2 dager etter at møtet er avholdt. Protokollen gjøres offentlig når den er godkjent av styrets leder.

Styreprotokollene skal angi tid, sted, deltakere, behandlingsmåte og saksreferanse. I den enkelte sak skal det protokolleres hva saken gjelder, hvilket grunnlag styret har hatt for vurdering og styrets vedtak. Der det kan ha betydning for forståelsen av vedtaket, skal det gis en kort begrunnelse for styrets beslutning.

Styremedlem eller administrerende direktør som er uenig i styrets beslutning, kan kreve sin oppfatning innført i protokollen.

I samarbeid med styreleder og administrerende direktør skal styrets sekretær påse de praktiske oppgaver rundt styrets arbeid. Disse er:

- Utsending av innkallelse og sakspapirer
- Oppfølging av styrevedtak (aksjonsliste)
- Føring av protokollen

Administrerende direktør utpeker styresekretær.

6. Informasjon og åpenhet

6.1 Offentlighetsloven og forvaltningsloven

Forvaltningsloven gjelder for foretakets virksomhet. I saker om ansettelse, oppsigelse eller andre personalsaker kommer likevel bare forvaltningslovens kapittel 2 og 3 til anvendelse, jf helseforetaksloven § 5 første ledd.

Offentleglova gjelder for foretakets virksomhet. Dokumenter som kan unntas offentlighet skal likevel vurderes ut fra prinsippet om meroffentlighet, jf offentleglova § 11.

6.2 Konfidensialitet

Hovedregelen for styrets arbeid er konfidensialitet og styremedlemmer har taushetsplikt om kunnskap de får om foretak og foretakets virksomhet. Taushetsplikten gjelder ikke opplysninger som kan kreves med hjemmel i lov. I en slik situasjon skal styrets leder informeres i forkant hvis mulig. Styremedlemmer plikter å behandle styrets interne dokumenter med konfidensialitet.

6.3 Informasjonshåndtering

Styrets leder uttaler seg på vegne av styret om ikke annet er spesielt avtalt. De ansatte skal informeres om styrevedtak av betydning eller interesse for de ansatte på hensiktsmessig måte så snart som mulig etter at styremøtet er avholdt.

UTKAST

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 20/2013 Etiske retningslinjer Helse Midt-Norge – høringsuttalelse fra Helse Nord-Trøndelag HF

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	23.5.2013	20/2013

Saksbeh: Liv Sofie Kjønsstad

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2013/1755

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF slutter seg til Helse Midt-Norge RHF's forslag til etiske retningslinjer med de språklige justeringer og tilføyelser som er foreslått under drøftingen.

SAKSUTREDNING:

Sak 20/2013 Etiske retningslinjer Helse Midt-Norge – høringsuttalelse fra Helse Nord-Trøndelag HF

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Høringsbrev av 28.1.2013 fra Helse Midt-Norge RHF vedlagt utkast til *Etiske retningslinjer for Helse Midt-Norge*, versjon 087.

Utrykte vedlegg i saken

1. Høringsbrev av 2.3.2012 fra Helse Midt-Norge RHF
2. Høringsuttalelse av 30.3.2012 fra Helse Nord-Trøndelag HF
3. Høringsbrev av 28.1.2013 fra Helse Midt-Norge RHF

BAKGRUNN

Det vil i stor grad være samsvar mellom de etiske verdiene i et samfunn, det vil si den allmenne oppfatning av hva som er rett og galt, og lovgivningen i samfunnet. Helselovene (pasient- og brukerrettighetsloven, helsepersonelloven, psykisk helsevernloven og spesialisthelsetjenesteloven) inneholder mange eksempler på at etiske normer og prinsipper utviklet av helseprofesjonene, er gitt status som lov- og forskriftsbestemmelser. Dette gjelder for eksempel kravet til forsvarlig og omsorgsfull yrkesutøvelse og taushetsplikten. Helselovgivningen inneholder også eksempler på regulering som har utgangspunkt i enkeltpasienters saker, for eksempel rett til innsyn i egen pasientjournal og rett til fornyet vurdering.

Legalitetsprinsippet som er et ulovfestet prinsipp i norsk rett, skal verne mot uforutsigbare og vilkårlige beslutninger. Legalitetsprinsippet innebærer at et hvert inngrep fra offentlige myndigheter overfor enkeltmennesker forutsetter lovbestemmelse eller forskriftsbestemmelse gitt med hjemmel i lovbestemmelse. Eksempler på gjennomføring av legalitetsprinsippet i helselovgivningen er reglene om tvang i psykisk helsevernloven og i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 a.

Helselovene inneholder flere bestemmelser som åpner for skjønnsmessige vurderinger. Det gjelder for eksempel lovkravene om *faglig forsvarlighet*, *nødvendig helsehjelp* og *øyeblikkelig hjelp*. Dette er begreper som har et medisinskfaglig og helsefaglig innhold. Når det skal vurderes hva som ligger i begrepene, er det behov for helsefaglig kompetanse. I denne sammenheng vil det være nødvendig å støtte seg på etiske normer og prinsipper for å løse dilemmaer.

Etiske normer og prinsipper skal være til hjelp i situasjoner der lover og forskrifter ikke gir tilstrekkelig grunnlag for beslutning eller handlingsvalg. Etiske normer og prinsipper er ikke bindende på samme måte som rettsregler. Brudd på etiske normer og prinsipper får normalt ingen direkte konsekvenser, med mindre det samtidig er brudd på lov- eller forskriftsbestemmelser og ulovfestede prinsipper i norsk rett for eksempel legalitetsprinsippet. Ved konflikt går lov- og forskriftsbestemmelser foran etiske normer og prinsipper.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

I Stortingsmelding 13 (2010/2011) ”Aktivt eierskap”, fremgår det at regjeringen forventer at virksomheter eid av staten har etiske retningslinjer, som er offentlig tilgjengelig. Det vises videre til foretaksprotokoll av 25.1.2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge RHF (HMN), høringsbrev av 2.3.2011 fra HMN og 28.1.2013 fra HMN.

HMN oversendte 2.3.2012 et første utkast til etiske retningslinjer. I Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) høringsuttalelse av 30.3.2012 ble det blant annet pekt på følgende:

Utkastet til etiske retningslinjer dekker i liten grad det særegent helsespesifikke - forholdet til pasienter og pårørende. Heller ikke etiske problemstillinger i arbeidsmiljøet er med. Dette er områder som HNT mener det er helt nødvendig å ha med.

HNT håper det er mulig å bruke mer tid på et felles utkast, for nettopp å få inn viktige prinsipper på områdene pasient og pårørende og arbeidsmiljø.

HMN sendte 28.1.2013 ut et nytt utkast til etiske retningslinjer (versjon 087) til høring i HFene. Her skriver HMN blant annet:

HMN RHF oversendte i mars 2012 et første utkast til etiske retningslinjer til uttale fra helseforetakene. Det kom svar fra alle HFene. Disse kan overordnet oppsummeres slik:

- *Utkastet er greit som et utgangspunkt for videre bearbeiding*
- *Teksten i utkastet handler for mye om plikter og har et for juridisk preget språk*
- *Det vesentlige for oss er problemstillinger knyttet til daglig arbeid; pasientbehandling; prioriteringer; åpenhet om egne og kollegers feil. Utkastet er ikke dekkende på dette området.*

I tillegg påpekte alle helseforetakene at det hadde vært ønskelig med mer tid til involvering i arbeidet før saken behandles i styret i RHF.

RHF besluttet på bakgrunn av tilbakemeldingene å bearbeide utkastet videre i samarbeid med helseforetakene. Forankret i direktørmøtet ble det derfor satt ned en regional arbeidsgruppe med representanter fra ulike fagområder som har bearbeidet det opprinnelige utkastet til det dokumentet som nå foreligger.

I forbindelse med arbeidet i den regionale arbeidsgruppen ble et utkast til etiske retningslinjer datert 17.10.2012 sendt på intern høring i HNT. Det kom innspill fra klinikker/avdelinger og klinisk etisk komité. Innspillene ble formidlet til arbeidet i den regionale arbeidsgruppen.

Versjon 087 som HMN sendte på høring 28.1.2013 er behandlet i klinisk etisk komité i HNT 10.4.2013 og i foretaksledelsen i HNT 23.4.2013.

HMN har bedt om høringssvar innen utløpet av april 2013. 11.4.2013 ble det meldt tilbake til HMN at høringsuttalelse vil bli sendt umiddelbart etter styremøte i HNT 23.5.2013.

Parallelt med behandlingen av utkast til etiske retningslinjer er etiske problemstillinger og utfordringer tatt opp i arbeidet med evaluering av samhandlingen mellom HNT og kommunene i 2012. Etiske perspektiver i samhandlingen mellom HNT og kommunene ble diskutert i et møte 2.5.2013 som fylkesmannen i Nord-Trøndelag inviterte til.

DRØFTING

I forhold til tidligere utkast dekker *versjon 087* generelt virksomheten som drives i spesialisthelsetjenesten. Versjon 087 har en god og tydelig kapittelinnndeling: 1) *Forholdet til pasienter og pårørende*, 2) *Forholdet mellom ansatte, kollegaer og ledere* og 3) *Forholdet til våre omgivelser*.

Det er likevel områder som ikke oppfattes å være tilstrekkelig dekket. Det gjelder for eksempel enkelte etiske dilemma i forholdet mellom ansatte, kollegaer og ledere. Det kan være et spørsmål om det er behov for særskilte retningslinjer på slike områder.

I høringsbrevet av 28.1.2013 viser HMN til at: *Utfordringene knyttet til etiske retningslinjer er mer knyttet til hvordan retningslinjene kan bidra til å øke bevisstheten rundt etiske spørsmål i foretaksgruppen i HFene enn selve ordlyden.*

Erfaringene og tilbakemeldingene fra ansatte i HNT er at språket er viktig. Etiske retningslinjer skal bidra til refleksjon ved ulike etiske dilemmaer i forbindelse med pasientbehandlingen, beslutningsprosessen i forbindelse med pasientbehandlingen, arbeidsmiljøet og omverdenen. Da er det behov for et språk som fremmer refleksjon og diskusjon av etiske dilemmaer i den løpende oppgaveløsningen.

Pasienten og pårørende bør i enda større grad synliggjøres i versjon 087. Det er behov for særlig aktsomhet når pasienten er barn, pasienten mangler samtykkekompetanse og ved bruk av helseavgivningens regler om tvang.

Ordene *skal* og *plikt* er på flere punkter tatt ut av versjon 087. Disse ordene bør så langt det er mulig også tas ut på andre steder i dokumentet og for eksempel erstattes med formuleringen *ha(r) ansvar for*. Versjon 087 vil da i enda større grad være egnet til å bidra til etisk refleksjon.

Følgende konkrete justeringer foreslås – justering fremgår i kursiv:

1. Forholdet til pasienter og pårørende

- Følgende punkter foreslås inntatt under overskriften:

Alle ansatte i spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å bidra til at:

- *Pasienter og pårørende alltid møtes med medmenneskelighet og respekt.*
- *Pasienter og pårørende er trygge på at de får omsorgsfull hjelp tilpasset sitt behov og i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet og nasjonale retningslinjer.*
- *Pasientene får mulighet til å ta ansvar for egen helse og bevisstgjøres til å samtykke eller å avslå foreslått behandling.*
- *Forholdene legges til rette for en verdig avslutning av livet for pasienter i livets slutfase.*
- *Behandling og pleie planlegges og følges opp slik at pasienten unngår unødige smerte, og får dekket de psykiske og åndelige behovene på en best mulig måte.*

Klinisk etisk komité kan kontaktes ved vanskelige etiske *dilemma* knyttet til pasientbehandlingen.

- **Punkt 1.1. Prioritering av Helse Midt-Norges ressurser**
 - Annet avsnitt tredje setning foreslås endret slik: Både nytten av og kostnadene med behandlingen skal vurderes(jf. [Prioriteringsforskriften](#)), slik at ressursene blir fordelt på en rettferdig og forsvarlig måte.
 - Fjerde avsnitt foreslås endret slik: *Forventningene til helsetjenestene er store. Helsepersonell kan påvirke forventningene. Ledere og ansatte har ansvar for å bidra til en åpen prioriteringsdebatt og å vurdere hvilke etiske konsekvenser en beslutning eller et valg innebærer.*
- **Punkt 1.2 Undervisning, forskning og publisering**
Tredje setning foreslås endret slik: *Pasienten skal føle seg trygg på at han/hun verken vil bli skadet eller krenket, og at opplysningene oppbevares og brukes i tråd med lovbestemmelsene.*
- **Punkt 1.3 Samtykke, informasjon og medvirkning**
Annet avsnitt første setning foreslås endret slik: *Pasienter som vurderes som ikke samtykkekompetente, skal møtes med særlig aktsomhet.*

Ny setning: *Barn og unge skal møtes med særlig aktsomhet.*

2. Forholdet mellom ansatte, kollegaer og ledere

- Tredje avsnitt: Forholdet mellom leder og medarbeider skal være preget av *gjensidig* respekt, og dialogen skal være preget av mulighet for medbestemmelse.
- **Punkt 2.2 Rapportering/Varsling/Å ta ansvar ved uønsket praksis**
Tredje avsnitt foreslås endret slik: *Alle ansatte har ansvar for å møte medarbeidere, kollegaer med gjensidig respekt og varsle nærmeste overordnede dersom man opplever eller er vitne til mobbing, trakassering og diskriminering.*

3. Forholdet til våre omgivelser

- **Punkt 3.1 Ytringsfrihet**
Andre og tredje setning foreslås endret slik: *Alle ansatte har et ansvar for å bidra med sin fagkunnskap i samfunnsdebatten. Ved deltagelse i et offentlig ordsksifte er ansatte forpliktet til å ivareta lovpålagt taushetsplikt og ansatte har et ansvar for å vurdere grensegangen mellom ytringsfrihet og lojalitet.*
- **Punkt 3.4 Offentlighet og opplysningsplikt**
Siste setning foreslås endret slik: *Alle ansatte har et ansvar for å bidra til åpenhet innenfor de begrensninger som følger av lovpålagt taushetsplikt.*

I forhold til *versjon 087* ber HMN spesielt om tilbakemeldinger på følgende:

1. I hvilken grad er de etiske retningslinjene egnet til ledelsesmessig oppfølging?
2. Vil de etiske retningslinjene bidra til en levende etisk diskusjon på ulike nivåer i HFene?

De språklige forslagene som er fremsatt under drøftingen er et uttrykk for at det er behov for å få et språk som i enda større grad fremmer etisk refleksjon og diskusjon på ulike nivåer i HFene.

For øvrig vil svaret på de to spørsmålene også avhenge av arbeidet som legges ned i implementeringen av dokumentet. Styret og ledere på alle nivå vil ha et særskilt ansvar for å anvende de etiske retningslinjene i beslutningsprosesser, og videre i dialogen med de ansatte. Særlig ved vanskelige beslutninger som også inneholder prioriteringsspørsmål, bør ledelsen kunne vise til at også de verdimessige aspektene er tillagt vekt. Klinisk etisk komité vil være en viktig bidragsyter i implementeringsarbeidet.

RISIKOVURDERING

Etiske retningslinjer skal være et verktøy til hjelp for alle i spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge, slik at de viktigste prinsippene og verdiene blir levende i organisasjonen.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En grundig implementeringsprosess vil være en god investering, og samtidig en god profilering.

KONKLUSJON

Administrerende direktør anbefaler at styret i Helse Nord-Trøndelag HF slutter seg til Helse Midt-Norge RHF's forslag til etiske retningslinjer med de språklige justeringer og tilføyelser som er foreslått under drøftingen.

Utforming av og ordvalg i etiske retningslinjer samt kvaliteten på implementeringsarbeidet er avgjørende faktorer for om retningslinjene vil bidra til økt etisk bevissthet.

Administrerende direktør vil utarbeide en implementeringsplan.

Fra: Reiten, Venke

Sendt: 28. januar 2013 15:39

Til: Postmottak HMR; Postmottak HNT; Postmottak Ambulanseforetak; Postmottak RusAdm; Postmottak, Sykehusapotekene i Midt-Norge; Post adm dir

Kopi: Kjønstad, Liv Sofie; Gilberg, Tormod; Brovold, Christian; Husevåg, Jannicke; Jensen, Bjarte; Heggedal, Rune; Ellingsen, Odd Gunnar; Sørensen, Øyvind Taraldset; Samstad, Grete Ottersen; Hårstad, Dag; Selvaag, Elisabeth; Østrem, Åse B.; Gunnerød, Ingerid; Jenssen, Svanhild

Emne: HØRING: Etske retningslinjer

Kontakter: Helse Møre og Romsdal HF; Helse Nord-Trøndelag HF; Ambulanse Midt-Norge HF; Rusbehandling Midt-Norge HF; Sykehusapotekene i Midt-Norge HF; St. Olavs Hospital HF

Vedlegg: Etske retningslinjer HMN ver 087.doc

Vår ref 2013/86

HMN RHF oversender herved forslag til etiske retningslinjer for HMN til høring i helseforetakene.

Stortingsmelding 13 (2010/2011) "Aktivt eierskap", tydeliggjør at regjeringen forventer at virksomheter eid av staten har etiske retningslinjer, og at disse er offentlig tilgjengelig. Dette er gjentatt i HMNs foretaksprotokoll fra 25.1.11:

Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene og helseforetakene har utarbeidet etiske retningslinjer for sin virksomhet og at retningslinjene er gjort kjent og er publisert på virksomhetenes hjemmesider. Retningslinjene skal gjøres gjeldende for alle ansatte, og så langt de passer også for styremedlemmer og andre som representerer helseforetaket.

HMN RHF oversendte i mars 2012 et første utkast til etiske retningslinjer til uttale fra helseforetakene. Det kom svar fra alle HFene. Disse kan overordnet oppsummeres slik:

- Utkastet er greit som et utgangspunkt for videre bearbeiding
- Teksten i utkastet handler for mye om plikter og har et for juridisk preget språk
- Det vesentlige for oss er problemstillinger knyttet til daglig arbeid; pasientbehandling; prioriteringer; åpenhet om egne og kollegers feil. Utkastet er ikke dekkende på dette området.

I tillegg påpekte alle helseforetakene at det hadde vært ønskelig med mer tid til involvering i arbeidet før saken behandles i styret i RHF.

RHF besluttet på bakgrunn av tilbakemeldingene å bearbeide utkastet videre i samarbeid med helseforetakene. Forankret i direktørmøtet ble det derfor satt ned en regional arbeidsgruppe med representanter fra ulike fagområder som har bearbeidet det opprinnelige utkastet til det dokumentet som nå foreligger.

Vi ønsker nå at forslaget diskuteres i helseforetakene. Utfordringene knyttet til etiske retningslinjer er mer knyttet til hvordan retningslinjene kan bidra til å øke bevisstheten rundt etiske spørsmål i foretaksgruppen i HFene enn selve ordlyden. Ut fra dette ønsker vi spesielt tilbakemeldinger på følgende:

1. I hvilken grad er de etiske retningslinjene egnet til ledelsesmessig oppfølging?
2. Vil de etiske retningslinjene bidra til en levende etisk diskusjon på ulike nivåer i HFene?

I etterkant av behandlingen i HFene vil det regionale styret vedta etiske retningslinjer for foretaksgruppen. Disse vil deretter oversendes HF for implementering.

Frist for tilbakemelding: Utløpet av april.

Med vennlig hilsen
Helse Midt-Norge RHF

Venke Reiten

Seniorrådgiver ☎ +47 930 57 410 | 74 83 99 50 ✉ postmottak@helse-midt.no 🌐 <http://www.helse-midt.no>

🌱 Vennligst tenk på miljøet før du skriver ut denne e-posten og vedlegg.

Besøksadresse	Postadresse	Fakturaadresse
Strandveien 1	Postboks 464	Fakturamottak
7500 Stjørdal	7501 Stjørdal	Serviceboks 2628
		6405 Molde

Innholdet i denne e-posten er kun for adressatens/adressatenes bruk. E-posten kan inneholde konfidensiell informasjon og/eller informasjon som i henhold til gjeldende lovgivning er underlagt taushetsplikt. Dersom De ikke er den tiltenkte mottaker, vennligst kontakt avsender per e-post, slett e-posten og ødelegg samtlige utskrifter og kopier av den.

Etiske retningslinjer Helse Midt-Norge

Innledning

Innbyggerne i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag skal føle seg trygge på at de får de spesialisthelsetjenester de har behov for og krav på, uavhengig av økonomi, sosial status, bosted, alder, kjønn, seksuell legning, kulturell, religiøs og etnisk bakgrunn.

Våre helsetjenester skal være basert på visjonen; "På lag med deg for din helse" og gjenspeile våre verdier som er:

Kvalitet
Trygghet
Respekt

Verdiene skal gjenspeiles i alle møter med pasienter, pårørende, kollegaer og ledere, studenter og samarbeidspartnere. Vår etikk og vårt miljø- og samfunnsansvar skal være synlig internt og eksternt.

De etiske retningslinjene skal være til hjelp i situasjoner der lover og forskrifter ikke gir tilstrekkelig grunnlag for beslutning eller valg av handlinger. De etiske retningslinjene er av overordnet karakter og er ment å være generelle rettesnorer som krever refleksjon av den enkelte. Retningslinjene skal ivareta verdigheten til pasienter, sikre tilliten i befolkningen og bidra til at helsetjenestene utøves i samsvar med vedtak, lover og forskrifter.

De etiske retningslinjene gjelder for oss som er ansatt eller innehar verv i eller for Helse Midt-Norge. Disse gjelder sammen med eventuelle egne yrkesetiske retningslinjer.

Eventuelle lokalt utformede verdigrunnlag i det enkelte helseforetak skal bidra til å utdype og støtte opp under verdiene kvalitet, trygghet og respekt.

1 Forholdet til pasienter og pårørende

Vi skal behandle alle pasienter med medmenneskelighet og respekt.

Våre pasienter skal være trygge på at vi utfører arbeidet vårt omsorgsfullt og i samsvar med kravene til faglig forsvarlighet. Vi tilstreber beste praksis, og tilpasser tjenesten til den enkeltes behov.

Vi skal bidra til at pasientene skal kunne ta ansvar for egen helse, og at de føler seg kompetente til å samtykke eller avslå foreslått behandling.

Vi har alle et ansvar for å legge forholdene til rette for en verdig avslutning på livet for pasienter i livets slutfase. Det innebærer at behandling og pleie skal planlegges og følges opp slik at pasienten unngår unødige smerte, og at de psykiske og åndelige behovene kan dekkes på en best mulig måte.

I vanskelige etiske problemstillinger knyttet til pasientbehandlingen, kan vi kontakte den kliniske etikkomiteen for råd.

1.1 Prioritering av Helse Midt-Norges ressurser

I Helse Midt-Norge skal vi sikre en etisk forsvarlig bruk av de ressursene samfunnet har satt oss til å forvalte. Prioriteringer skjer både på overordnet nivå, på ledernivå og i møtet med den enkelte pasient.

De daglige prioriteringene er en del av etikken. Retningslinjer og prioriteringsveiledere skal bidra til at pasienter med størst behov får behandling først. Vi skal vurdere både behandlingens nytte og kostnad (jf. Prioriteringsforskriften), slik at ressursene blir fordelt på en rettferdig måte.

Vi skal være kritisk til iverksetting av behandling som risikerer å påføre pasienten mer ulempe enn nytte, særlig når dette skjer på bekostning av en naturlig og verdig avslutning av livet.

Forventningene til helsetjenestene er store, og som helsepersonell ansatt i Helse Midt-Norge har vi makt til å påvirke denne forventningen. Å bidra til en åpen prioriteringsdebatt vil være en etisk legitim bruk av makt.

1.2 Undervisning, forskning og publisering

Som studenter og forskere vil vi behandle pasientene med respekt og omtanke. Pasienten skal informeres og gi sitt samtykke til å delta i undervisning og forskning. Han skal føle seg

trygg på at han verken vil bli skadet eller krenket, og at opplysningene oppbevares og brukes i tråd med lovbestemmelsene.

[Forskningsetikkloven](#) og [retningslinjene til de nasjonale forskningsetiske komiteer](#) gjelder for all forskningsvirksomhet i Helse Midt-Norge. [Vancouver-reglene](#) for forfatterskap ved publisering av vitenskapelig arbeid skal alltid følges.

1.3 Samtykke, informasjon og medvirkning

Pasienten har rett til å få informasjon om sin egen helse, og skal kunne være trygg på at vi holder taushetsløftet vårt. Pasienten har rett til å medvirke ved sin egen behandling og skal samtykke til denne, jf. reglene i [pasient- og brukerrettighetsloven](#).

Pasienter som vurderes som ikke samtykkekompetente, skal behandles med særlig aktsomhet. Ved behov vil nærmeste pårørende være en viktig samarbeidspartner.

2 Forholdet mellom ansatte, kollegaer og ledere

Verdiene kvalitet, trygghet og respekt gjelder for den enkelte leders og medarbeiders rolleutøvelse for å skape tillit hos medarbeidere og i befolkningen. Ledere har et særlig ansvar for å være gode rollemodeller.

Som medarbeider eller innehaver av verv i foretaksgruppen Helse Midt-Norge skal vi bidra til et godt arbeidsmiljø og behandle kollegaene våre med respekt og omtanke.

Forholdet mellom leder og medarbeider skal være preget av respekt, og dialogen skal være preget av mulighet for medbestemmelse.

2.1 Tillit hos myndigheter og befolkningen

Som ansatt i Helse Midt-Norge opptre vi etisk, lovlig og i tråd med verdiene våre. Vi skal opptre i samsvar med de vedtak som er fattet, og bidra til et godt omdømme. I dette ligger også at vi melder fra om kritikkverdige forhold og tar opp opplevde problemer ved egen arbeidsplass med de rette instanser.

2.2 Rapportering / Varsling / Å ta ansvar ved uønsket praksis

Vi plikter å melde fra til arbeidsgiver om forhold vi blir kjent med og som kan påføre pasienter, pårørende, arbeidsgiver, ansatte eller omgivelsene tap, krenkelser eller skade. På denne måten kan det iverksettes tiltak med sikte på å unngå eller begrense tapet, krenkelsen eller skaden. Se [helsepersonelloven](#).

Vi varsler nærmeste overordnede dersom vi oppdager at en kollega er påvirket av alkohol eller andre rusmidler i arbeidstida.

Vi behandler våre medarbeidere med respekt. Mobbing, trakassering og diskriminering skal ikke forekomme.

Dersom det er forhold som tyder på at melding av avvik og kritikkverdige forhold ikke tas på alvor av ansvarlig ledelse, henvises det til ["Retningslinjer for intern varsling og oppfølging av kritikkverdige forhold i helseforetakene i Helse Midt-Norge"](#)

2.3 Bistillinger og bierverv

Vi skal orientere vår leder om eventuelle bistillinger og bierverv. Bistillinger eller andre oppgaver må ikke skape tvil om habilitet eller integritet. Det vises til [Helse Midt-Norges politikk vedrørende bierverv](#).

3 Forholdet til våre omgivelser

Helse Midt-Norge forvalter store ressurser og er en grunnpilar i velferdsstaten. Det er avgjørende at Helse Midt-Norge ivaretar sitt samfunnsansvar slik at vi har tillit i befolkningen.

3.1 Ytringsfrihet

Alle har en grunnleggende rett til å ta del i offentlig debatt. Ansatte i Helse Midt-Norge må gjerne bidra med sin fagkunnskap i samfunnsdebatten. Ved deltagelse i et offentlig ordskifte må grensegangen mellom ytringsfrihet og lojalitet vurderes. Fremmes personlige synspunkter må dette presiseres og stå for egen regning.

3.2 Habilitet

Det er avgjørende for tilliten til Helse Midt-Norges virksomhet at det ikke kan reises tvil om at enhver sak behandles og avgjøres på en upartisk måte, upåvirket av dine personlige interesser. Vi skal derfor gjøre oss kjent med habilitetsbestemmelsene i [forvaltningsloven kapittel II](#), og forholde oss til disse. Samarbeid mellom Helse Midt-Norge og eksterne aktører skal foregå på en slik måte at verken pasienter, pårørende, studenter, eksterne forbindelser eller samfunnet for øvrig kan trekke foretakets eller vår uavhengighet i tvil.

3.3 Innkjøp

Alle ansatte i Helse Midt-Norge, og alle som handler på vegne av Helse Midt-Norge, skal opptre i tråd med god forretningsskikk, gjeldende lovverk og allmenne etiske normer. Våre innkjøp skal gi tillit og trygge omdømmet til virksomheten og gjennomføres i samsvar med [etiske retningslinjer for innkjøp](#).

Vi skal ikke ta imot gaver, tjenester eller økonomiske fordeler som kan påvirke våre prioriteringer eller forholdet til leverandører. Vi skal heller ikke bruke vår stilling til å skaffe oss eller andre en uberettiget fordel. Dette gjelder også i tilfeller hvor eventuelle fordeler ikke vil påvirke våre tjenestehandlinger.

3.4 Offentlighet og opplysningsplikt

Det skal være åpenhet og innsyn i forvaltningen, slik at allmennheten kan gjøre seg kjent med Helse Midt-Norges virksomhet, og således kunne få innsikt i hvordan vi ivaretar våre oppgaver. Helse Midt-Norge praktiserer prinsippet om meroffentlighet. Alle ansatte skal bidra til åpenhet innenfor de begrensninger som taushetsplikten gir.

3.5 Etisk rekruttering

Global mangel på helsepersonell og skjev fordeling mellom land fører blant annet til at store befolkningsgrupper i utviklingsland ikke får helsetjenester. Norge har forpliktet seg til ikke aktivt å rekruttere helsepersonell fra land som selv har mangel på slikt personell. Det forutsettes at all rekruttering skjer i samsvar med [WHO's internasjonale retningslinjer for etisk rekruttering](#).

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 21/2013 Organisatorisk integrering av Rusbehandling Midt-Norge i øvrig spesialisthelsetjeneste

Saken behandles i: Styret i Helse Nord-Trøndelag HF	Møtedato 23.05.2013	Møtesaksnummer 21/2013
---	-------------------------------	----------------------------------

Saksbeh: Trond G. Skillingstad, Torunn Aurstad

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2013/1755

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF tar til etterretning at Rusbehandling Midt-Norge HF løses opp og at dertil hørende behandlingstilbud og ansvar overføres til de respektive foretakene Helse Møre og Romsdal, St. Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag.

Styret forutsetter at det skjer en videre satsing på rusbehandling (TSB) etter overtakelsen, og at finansiering av tjenestene følger prinsippene i Magnussen-modellen.

SAKSUTREDNING:

Sak 21/2013 Organisatorisk integrering av Rusbehandling Midt-Norge i øvrig spesialisthelsetjeneste

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

Organisatorisk integrering av Rusbehandling Midt-Norge i øvrig spesialisthelsetjeneste, Brev til Helse Nord-Trøndelag fra Helse Midt-Norge datert 17.04 2013

Utrykte vedlegg i saksmappen

Tettere organisatorisk integrering av Rusbehandling Midt-Norge i øvrig spesialisthelsetjeneste, forprosjektrapport datert 15. mars 2013

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Behandlet i brukerutvalget 21.05 2013

DRØFTING

Helse Midt-Norge valgte i 2003 å organisere deler av spesialisthelsetjenestens rusbehandling i et eget helseforetak. Dette gjaldt de deler av tjenesten som tidligere hadde vært fylkeskommunale. Begrunnelsen for dette var i en oppbygningsfase å sikre ledelsesmessig oppmerksomhet og gjennomføringskraft i tjenesten. Samtidig var den langsiktige planen å integrere tjenesten som del av helseforetakenes virksomhet etter en periode.

Gjennom dette strategiske valget har Helse Midt-Norge maktet å heve tilbudet til ruspasienter i Midt-Norge betydelig, noe som også synliggjøres i evalueringer det regionale styret har fått seg forelagt.

Helse Midt-Norge mener den videre utviklingen av tilbudet innen rusbehandling bør skje innenfor den organisatoriske rammen som annen spesialisthelsetjeneste. Dette innebærer at Rusbehandling Midt-Norge HF oppløses, og at oppgavene overføres til de respektive sykehusforetakene.

Helse Nord-Trøndelag har hatt et utmerket samarbeid med Rusbehandling Midt-Norge HF, og vil planlegge med sikte på å videreutvikle rusbehandlingstilbudet i Nord-Trøndelag. Samtidig vil det legges ytterligere vekt på å bruke ruskompetansen inn mot andre tjenestekområder i helseforetaket og behandlingsapparatet i kommunene.

Per i dag yter Helse Nord-Trøndelag selvstendig rusbehandlingstilbud innenfor polikliniske tjenester ved Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger. I tillegg driver Helse Nord-Trøndelag en døgnbasert utredningspost ved Sykehuset Levanger, med utredningsopphold på inntil seks ukers varighet. Posten drives av Helse Nord-Trøndelag, og er organisert i ARP (Avdeling for rusrelatert psykiatri) som er en del av Psykiatrisk klinikk. Posten er kun delfinansiert av Rusbehandling Midt-Norge HF.

Andre døgnbaserte rusbehandlingstjenester må nordtrøndere per i dag ut av fylket for å få. Disse tjenestene organiseres og finansieres i hovedsak av Rusbehandling Midt-Norge HF.

Helse Nord-Trøndelag ser flere fordeler ved en styrking av rusbehandlingstilbudet som en integrert del av sykehusforetaket. Dette gjelder både faglige, organisatoriske og effektivitetsmessige forhold. Rusbehandlingstilbudet i Midt-Norge er per i dag fordelt slik at tilnærmet all døgnbehandling av ruspasienter skjer utenfor Nord-Trøndelag. Tall fra 2011 viser at 87 % av alle nordtrønderske pasienter som mottok TSB døgnbehandling fikk dette utenfor eget helseforetak. Administrasjonen finner det naturlig å utrede om det er hensiktsmessig med noe høyere nivå på tilbudet som våre pasienter kan få i eget fylke. Vi ser også behov for å videreutvikle faglig spesialkompetanse i egen organisasjon, som både vil styrke rusbehandling og bidra til å heve fagområder hvor rus utgjør en del av behandlingskomplekset.

Organisering

Administrasjonen legger til grunn at rusbehandlingstjenestene fortsetter å være organisert i Psykiatrisk klinikk, også etter integrasjonsprosessen knyttet til Rusbehandling Midt-Norge. TSB vil være et eget fagområde i klinikken, og således underbygge videre faglig utvikling, samarbeid med øvrig psykiatri og samarbeid med somatiske behandlingstilbud.

Nivå på tjenester

Per i dag har Helse Nord-Trøndelag 6 døgnplasser for utredningsopphold på inntil 6 ukers varighet. Ut over dette har ikke Helse Nord-Trøndelag egne døgnbehandlingstilbud.

Administrasjonen mener at utvidelse av døgntilbudet også i Nord-Trøndelag kan være en naturlig utvikling over tid. Det totale tilbudet i eget foretak bør inkludere både poliklinikk, avrusing, rusakutt-tilbud og døgntilbud for både utredning og behandling. Dette betraktes som lokalsykehusfunksjoner for TSB.

Andre tilbud bør fortsatt være regionale, som for eksempel tilbud for gravide og småbarnsfamilier og tilbud for pasienter med særlige behov for langvarige, døgnbaserte tjenester.

Når det gjelder sikkerhetspsykiatri, legger administrasjonen til grunn videre samarbeid om felles tilbud i Sør-Trøndelag.

Faglig utvikling

I sammenheng med nivå på tjenester, mener administrasjonen det bør skje en styrking av kompetanse i Helse Nord-Trøndelag, blant annet ved å utdanne eller rekruttere spesialister innen rusfeltet. Dette er både viktig for kompetansen i tilbudet, men også for å styrke rusfeltets status og rolle i samarbeidet opp mot andre fagområder i sykehusene.

Dette er, ikke minst, viktig i samarbeid med og kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten. Økt spesialisthelsetjenestekompetanse er en forutsetning for å bidra i primærhelsetjenesten arbeid med forebygging og førstelinjebehandling.

Bygningsmessig utvikling

Dagens utredningspost er etablert i samarbeid med Rusbehandling Midt-Norge HF. For å komme raskt opp med et forbedret tilbud i Nord-Trøndelag, ble det valgt å ta i bruk provisoriske lokaler for tjenesten. Disse lokalene er kun egnet for drift i en overgangsperiode. Det foreligger planer for å løse de arealmessige behovene gjennom et nytt tilbygg ved psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Levanger. Planene omhandler imidlertid flere endringer enn lokaler for rusbehandling, herunder konsentrasjon av behandlingstilbudet for spiseforstyrrelser mv. Administrasjonen vil komme tilbake til investeringsbehov i tilknytning til behandling av langtidsbudsjetten.

Økonomisk fordeling

I dag driver Helse Nord-Trøndelag enkelte rusbehandlingstilbud selv, som vist til over. I tillegg behandles ruspasienter til døgnbehandling i andre fylker, noe som finansieres av Rusbehandling Midt-Norge HF.

Administrasjonen legger til grunn at finansiell fordeling ved oppløsning av Rusbehandling Midt-Norge HF følger Magnussen-modellen, som for den øvrige virksomheten, men at universitetsfunksjonen er noe redusert i forhold til somatiske fagområder. Dette vil innebære at Helse Nord-Trøndelag fortsatt vil kjøpe rusbehandlingstjenester fra andre helseforetak, men gjøres samtidig økonomisk i stand til å løfte opp behandlingstilbudet i Nord-Trøndelag på nivå med de andre fylkene i regionen.

Helse Møre og Romsdal HF
Helse Nord-Trøndelag HF
St. Olavs Hospital HF



Vår ref.
2012/554 - 2745/2013

Deres ref.
«REF»

Saksbehandler
Sveinung Aune

Dato
17.04.2013

Organisatorisk integrering av Rusbehandling Midt-Norge i øvrig spesialisthelsetjeneste

I styresak 69/03 vedtok styret for Helse Midt-Norge RHF å organisere spesialisthelsetjenestens rusbehandling i et eget helseforetak. Begrunnelsen for dette var i en oppbygningsfase å sikre tilstrekkelig ledelsesmessig oppmerksomhet og gjennomføringskraft i tjenesten. Styret understreket samtidig at målsettingen på lengre sikt var å integrere rusbehandlingen i helseforetakenes øvrige virksomhet, og forutsatte en løpende evaluering av virksomheten. Måloppnåelse og organisering ble evaluert i 2007 av IRIS med til dels meget gode resultater. Styret i Helse Midt-Norge RHF fikk senere en oppdatering på utviklingen og fremtidige utfordringer innenfor rusfeltet i styresak 37/12. Styret konstaterte her at det har skjedd en betydelig forbedring av så vel kapasitet som kvalitet, samtidig som det er behov for å videreføre gjeldende opptrappingsplan fram til 2014.

Styret ba videre om at arbeidet med å integrere rus og øvrige spesialisthelsetjenester skulle videreføres. Det vises til styresak 83/12 i Helse Midt-Norge RHF, hvor dette følges opp. Styret vedtok her å etablere et forprosjekt som har som mål å foreslå når en slik integreringsprosess bør gjennomføres, hvilke formelle prosesser som må gjennomføres, og hvilke øvrige rammebetingelser som må være på plass for å få en vellykket overgang til en ny organisasjonsform.

Forprosjektet leverte sin rapport til avtalt tid den 15. mars d.å. Rapporten, som følger vedlagt, gir en god oversikt over virksomheten som skal overføres, de mest sentrale problemstillingene knyttet til overføringen og begrunnede anbefalinger til hvordan disse kan løses best mulig for å sikre en videre positiv utvikling av disse viktige tjenestene. Forutsatt tydelige avklaringer av de viktigste problemstillingene, en ROS-analyse med spesifisering og gjennomføring av risikoreduserende tiltak, anbefaler forprosjektet fusjonen gjennomført pr. 31.12.2013. Det legges nå opp til følgende prosess fram mot realitetsbehandling i styret for Helse Midt-Norge RHF den 20. juni 2013.

- 10. april – Drøfting i direktørmøte
- 12. april – Drøfting i koordineringsgruppen for Strategi 2020
- 17. april – Drøfting i "Vårmetet" for RMN HF, hvor administrerende direktører for helseforetakene er invitert.
- 15. mai – Drøfting i felles styreseminar for alle foretakene
- Mai. Behandling i alle involverte helseforetak (HNT, SO, HMR og RMN), inkludert forutgående drøftinger med lokale brukerutvalg, tillitsvalgte og administrative samarbeidsutvalg med kommunene (ASU)
- 6. juni - Orientering i felles direktørmøte/styreledersamling

- 10. juni – Orientering i regional samling for foretakstillitsvalgte (KU)
- 14. juni – Drøfting med konserntillitsvalgte (AU)
- 17. juni - Drøfting Regionalt brukerutvalg (RBU)
- 20. juni – Styrebehandling i Helse Midt-Norge RHF
- Etter styrebehandling legges saken fram for HOD for endelig godkjenning, jfr. Helseforetakslovens § 30, 3. ledd.

I RHF's styrebehandling den 20. juni tas det sikte på å fastsette tidspunkt for fusjonen, men også på å avklare øvrige sentrale problemstillinger av avgjørende betydning for gjennomføringen, der det er behov for tydelige regionale føringer og involvering; jfr. forprosjektrapporten. Det er derfor viktig at de mottakende helseforetak i sine styrebehandlinger kommer med klare anbefalinger knyttet til de enkelte problemstillinger. Det understrekes sterkt at RHF-styrets målsettinger med fusjonen er viktige premisser når det gjelder valg av løsninger. Disse er:

- **Styrke utviklingen av tilbudet** til mennesker med sammensatte lidelser. Et økende antall personer med rusavhengighet har samtidig også psykiske og somatiske lidelser
- **Videreutvikle TSB (Tverrfaglig Spesialisert Behandling) som selvstendig fagområde** og ivareta det som er bygget opp i løpet av inneværende opptrappingsplan
- **Overføre kulturelement** fra rusforetakets virksomhet til øvrig spesialisthelsetjeneste og visa versa
- Tilrettelegge for **tettere samhandling** med kommunenes satsing på rusfeltet.

Det er et felles ansvar for foretakene å legge best mulig til rette for helhetlige og gode pasientforløp, både internt i foretaksgruppen og opp mot kommunene. Rusbehandling Midt-Norge har utviklet en utstrakt funksjonsfordeling som, uavhengig av geografisk tilhørighet, både bidrar til å sikre kvalitet i behandlingen og effektiv bruk av ressursene. Det vil være viktig å bygge videre på det grunnlaget som her ligger, samtidig som TSB videreutvikles som selvstendig fagområde, både lokalt i samarbeid med kommunene, og gjennom en tydelig universitetssykehusfunksjon hvor forskning, pasientforløpsutvikling og metodeutvikling er sentrale oppgaver. Målsettingene knyttet til videre faglig utvikling av tjenestene og gode pasientforløp krever at helseforetakene samarbeider om valg av løsninger, når det gjelder funksjonsfordeling og organisering. Helse Midt-Norge RHF vil stille ressurser til disposisjon for å støtte et slikt samarbeid.

Når det gjelder ivaretagelse av formelle forhold, vises det til forprosjektets anbefalinger. Helse Midt-Norge RHF vil, både i fasen fram til styrebehandling, og i gjennomføringsfasen, stille nødvendig kompetanse til rådighet for å sikre at formelle forhold ivaretas på en best mulig måte. Dette gjelder HR-området, hvor det allerede er etablert en oppfølgingsgruppe, eiendomsforhold og saksarkiv. Helse Midt-Norge RHF vil fortsatt være formell avtalepart med de private ideelle institusjonene, og disse avtalene må følges opp i tett samarbeid med helseforetakene.

IKT-området byr på flere utfordringer knyttet til ulike journalsystemer og avvik i forhold til sentrale rapporteringskrav. Forprosjektet anbefaler at det snarest spesifiseres oppdrag til HEMIT for å lukke disse avvikene og at dette oppdraget prioriteres. Dette innebærer bl.a. utfasing av RUS-data og overgang til Doculive som må tilpasses gjeldende rapporteringskrav for rusområdet. RUS-data kan om nødvendig brukes etter fusjoneringen, men denne løsningen må være av en begrenset varighet. Helse Midt-Norge RHF vil ta ansvar for å spesifisere og følge opp dette oppdraget i samarbeid med helseforetakene og HEMIT.

Helse Midt-Norge RHF vil bistå helseforetaket med informasjon og informasjonsmateriell vedrørende fusjonen som også vil kunne nyttes overfor samarbeidende kommuner.

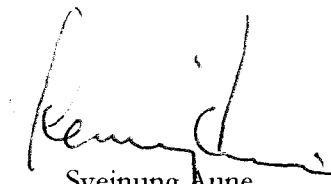
Utgangspunktet for finansiering er den behovsbaserte finansieringsmodellen som styret har besluttet for Helse Midt-Norge. Det er behov for overgangsløsninger for å støtte opp under de målsettinger styret har fastsatt knyttet til fusjonen, og forprosjektet anbefaler i denne sammenheng en videreføring av dagens finansieringsmåte i en overgangsperiode. Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at økonomiske rammer for TSB videreføres slik det er forutsatt i opptrappingsplanen og i LTB. Helse Midt-Norge RHF vil på dette grunnlaget utrede overgangsløsninger nærmere i samråd med helseforetakene som en integrert del av LTB-prosessen. Også mer langsiktige investeringsbehov må vurderes i denne sammenheng.

Helse Midt-Norge RHF ber om at styrene ved St. Olav Hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Helse Møre og Romsdal HF og Rusbehandling Midt-Norge HF innen utgangen av mai 2013 behandler forprosjektrapporten "Tettere organisatorisk integrering av Rusbehandling Midt-Norge i øvrig spesialisthelsetjeneste", datert 15. mars 2013. Det forventes at styrene gir tydelige anbefalinger knyttet til de sentrale problemstillingene som er beskrevet i rapporten og avklarer hvordan rusbehandlingen tenkes organisert i foretaket, i samarbeid mellom foretakene og opp mot kommunene. I den grad det er behov for bistand fra RHF som ledd i saksbehandlingen, ber vi om at det tas kontakt med Lars Magnussen her.

Med vennlig hilsen



Daniel Haga
Kst. Administrerende direktør



Sveinung Aune
Organisasjonsdirektør

Kopi til: Rusforetak Midt-Norge

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 22/2013 Langtidsplan og langtidsbudsjett 2014 – 2019

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret i Helse Nord-Trøndelag HF	23.05.13	22/2013

Saksbeh: Tormod Gilberg

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2013/1755

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF støtter i hovedsak foreslåtte prinsipper og forutsetninger for LTB 2014 – 2019. Ved prioritering mellom investeringer og drift bør driftsrammene fastsettes slik at krav til årlig effektivisering ikke blir høyere enn 1 – 1,5 %.
2. Styret støtter foreslåtte forslag til prioritering av investeringer i foretaket. Styret anbefaler at investeringsrammen for HNT i årene framover økes og legges på et nivå i overkant av foretakets avskrivninger tillagt driftsoverskudd og inntekter ved salg av egne bygg.

SAKSUTREDNING:

Sak 22/2013 Langtidsplan og langtidsbudsjett 2014 – 2019

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. HMNs brev av 21.03.13 om prinsipper og forutsetninger for utarbeidelse av langtidsplan og budsjett 2014 – 2019
2. Sak 17/13, Langtidsplan og budsjett 2014 – 2019 – Prinsipper og forutsetninger, behandlet i styret for HMN 14.03.13.

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Protokoll fra styremøte i HMN 14.03.13

1. GRUNNLAG

Styret for HMN vedtok i sak 17/13 prinsipper og forutsetninger for utarbeidelse av langtidsplan og budsjett 2014 – 2019. Med brev av 21.03.13 har HMN oversendt nevnte styresak og bedt om HNT-styrets tilbakemelding og innspill på vedtatte prinsipper og føringer som er gitt for langtidsperioden innen 1. juni 2013. Styret for HMN fattet følgende vedtak i sak 17/13:

- 1. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at årsresultat og investeringer samlet må ligge på et nivå som styrker foretaksgruppens egenkapital og som tilfredsstiller eiers krav til reduksjon av driftskreditt.*
- 2. Styret viser til vedtak i sak 04/13 som legger til grunn at de strategiske grepene skal være førende for prioriteringene i langtidsplan/langtidsbudsjett.*
- 3. Styret fastholder at bygging av nytt sykehus i Møre og Romsdal har første prioritet og at det i langtidsperioden skal reserveres midler til nødvendig egenfinansiering. Samtidig skal foretaksgruppens totale bygningsmasse utvikles og vedlikeholdes. Regionen starter arbeidet med å ta igjen opparbeidet etterslep for vedlikehold av bygninger i langtidsperioden.*
- 4. Styret har ambisiøse mål for virksomheten og vektlegger behovet for langsiktighet og en bærekraftig økonomi. For å møte befolkningens behov legger styret i langtidsperioden vekt på tilstrekkelige investeringer i IKT og medisinsk teknisk utstyr. Satsingen på kompetansebygging, forskning, utvikling og innovasjon videreføres.*
- 5. Styret understreker behovet for at det årlige forbedringsarbeidet fortsetter i langtidsperioden, med fokus på effektivisering, innovasjon i interne arbeidsprosesser og reduksjon av kostnader. Samlet effekt av dette må være på nivå med tidligere vedtak for å skape rom for de nødvendige investeringer og satsingsområder.*

2. DRØFTING AV PROBLEMSTILLINGER

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

Videre er foretaket invitert til å komme med innspill til prioritering av investeringer i langtidsbudsjettperioden 2014 – 2019.

2.1 Kommentarer til prinsippvedtaket

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

HNT har i egen strategiplan vurdert og fastsatt et krav/mål om årlig/løpende effektivisering av driften tilsvarende 1,5 % av samlede driftskostnader, dvs. 35 – 40 mill kroner pr. år. Dette omstillingskravet er bl.a. begrunnet med ny teknologi og nye behandlingsformer som gir mulighet for mer effektive driftsformer. Samtidig vil frigjorte driftsmidler fra slike effektiviseringstiltak kunne benyttes til å forbedre og utvikle behandlingstilbudet til eksisterende og nye pasientgrupper, jf. prioriteringer i foretakets strategiplan for perioden fram til 2016.

Helse Nord-Trøndelag har gjennom flere år drevet effektiviserings- og forbedringsarbeid for å yte et best mulig tilbud til pasientene i foretakets opptaksområde innen tildelte økonomiske rammer. Utviklingen kan dokumenteres gjennom SAMDATA-tall som bl.a. viser at HNT i den somatiske driften i 2011 hadde lavest kostnadsindeks av alle foretak i regionen. Foretaket har i flere år levert økonomiske resultat som har vært til dels betydelig bedre enn fastsatte resultatkrav fra regionforetaket. Dette har tilført foretaket likviditet til nødvendige investeringer i MTU og bygninger. Samtidig er det lagt ned et betydelig arbeid i å forbedre kvaliteten i foretakets drift gjennom bl.a. å redusere pasientenes ventetider og å fjerne fristbrudd.

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

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

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

2.2 Prioritering av investeringer i Helse Nord-Trøndelag

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

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

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

Utviklingsplanen er en plan for bygningsmessig utvikling av sykehusbyggene i Levanger og Namsos. Planen forventes ferdig våren/forsommeren 2013, slik at den kan være grunnlag for prioritering av bygningsmessige tiltak i budsjettene for årene framover. Det forventes at en god del av tiltakene vil innebære ombygging av eksisterende bygningsmasse, men det må også påregnes behov for noe nybygg der dette ut fra et helhetshensyn vil være mer hensiktsmessig og kostnadseffektivt.

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

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

Etter gjeldende retningslinjer har det enkelte foretak ansvar for å avsette midler til MTU med enhetspris inntil 5 mill kroner. Midler til MTU med enhetspris over 5 mill kroner avsettes av HMN og fordeles til de enkelte foretak på grunnlag av innmeldte behov og prioriteringer. HNT har i nær framtid behov for ny MR (evt. ombygging) til Sykehuset Levanger til en kostnad på om lag 14 mill kroner. Videre er det ønskelig å anskaffe en "da vinci-robot" for å kunne videreutvikle det kirurgiske behandlingstilbudet i foretaket.

Bygningsmessig vedlikehold kan, på kort sikt, utsettes uten at det trenger å få umiddelbare konsekvenser for pasientbehandling og langsiktige økonomisk resultat. Hvis vedlikeholdet utsettes over lang tid, vil det imidlertid få betydelige økonomiske konsekvenser i form av behov for omfattende rehabilitering eller nybygg. Av denne grunn bør også bygningsmessig vedlikehold gjennomføres etter en plan med jevne årlige bevilgninger for å opprettholde tilnærmet opprinnelig standard. Det er viktig at en nå minimum legger seg på et nivå som dekker dette gjennomsnittlige vedlikeholdsbehovet (200 kroner pr. kvm pr. år). Bevilgning ut

over dette nivået for å kunne ta igjen etterslep, bør kunne vurderes etter en mer detaljert plan og tilpasses øvrige investeringsbehov.

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

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

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

1. Psykiatri ved Sykehuset Levanger, herunder nye lokaler for rusbehandling og mulig samlokalisering av RKSF (enhet for spiseforstyrrelser). Dagens rusenhet drives i midlertidige lokaler, og helseforetaket vil fra 2014 få ansvar for all rusbehandling for innbyggere i eget opptaksområde. Foretaket har videre et regionalt ansvar for pasienter med spiseforstyrrelser (RKSF). Dette tilbudet driftes i dag delvis i Levanger og delvis i Stjørdal. En samlokalisering av driften vil innebære betydelige besparelser i årlige driftskostnader.
2. Helikopterlandingsplass ved Sykehuset Levanger. Tiltaket er prioritert i gjeldende LTP med mulighet for kommunal finansiering. I forbindelse med dette hovedformålet arbeides det med å avklare innhold, omfang og finansiering av nytt bygg på sykehusområdet i Levanger med bl.a. følgende innspill til arealbehov: parkeringsareal, garasje til ambulanser, mulig flytting av kommunal legevakt, intermediær kommunal sengepost og med landingsplass for helikopter på taket.
3. Ombygging og tilbygg ved Sykehuset Namsos for samlokalisering av sykehusets operasjonsvirksomhet, bedre lokaler til kommunal legevakt og evt. utleie av lokaler til kommunene for drift av intermediære kommunale senger. Samlokalisering av sykehusets operasjonsvirksomhet vil innebære betydelige besparelser i årlige driftskostnader.

Med utgangspunkt i disse prioriteringene fremmes følgende innspill til investeringsbudsjett for HNT for de nærmeste årene:

Prioritet	Investeringer (i 1000 kroner)	2013	2014	2015	2016	2017
	Finansielle anleggsmidler					
1	Egenkapitalinnskudd KLP	6 900	6 900	6 900	6 900	6 900
	Utstyr m.v.					
2	Medisinsk-teknisk og teknisk utstyr	23 000	35 000	35 000	35 000	35 000
	Prosjekter og bygningsmessige investeringer					
3	Div. ombygging/rehabilitering, inkl. HMS	17 100	20 000	20 000	20 000	20 000
4	Utviklingsplan HNT (ombygging og nybygg)		100 000	100 000	100 000	100 000
4.1	Psykiatri Levanger; rus og samlokalisering RKSF					
4.2	Helikopterlandingsplass m.v., Levanger					
4.3	Somatikk Namsos; samlok. av operasjonsvirksomhet og utleie av lokaler til kommunal tjenester					
HNT	Sum totale investeringer	47 000	161 900	161 900	161 900	161 900

3. VIDERE PROSESS

Forslag til LTB for HMN for perioden 2014 – 2019 forutsettes behandlet i regionstyret 21. juni. Vedtatt langtidsbudsjett vil gi retningslinjer for prioriteringer knyttet til framtidige investeringer og vil danne grunnlag for fastsettelse av foretakenes aktivitet og økonomiske rammevilkår for første år i langtidsbudsjettperioden, dvs. for 2014.

Helse Nord-Trøndelag	
Saksnr. 13	1345
Mottatt: 25 MARS 2013	
Arkiv: 112	Unnt.off.:

Mottakere i henhold til liste

Vår ref.
2013/38 - 2287/2013

Deres ref.

Saksbehandler
Reidun Martine Rømo, 74 83 99 17

Dato
21.03.2013

Langtidsplan og -budsjett for Helse Midt-Norge 2014-2019

Vi viser til sak 17/13 *Langtidsplan og budsjett 2013-2019 – Prinsipper og forutsetninger* behandlet i styret i Helse Midt-Norge RHF 14. mars 2013.

Foretaksgruppen gjennomfører hvert år en rullering av langtidsplan og – budsjett for å fange opp nye krav og signaler fra eier samt eventuelle konsekvenser i langtidsperioden av de vedtak som styret gjør gjennom året. Styret vurderer det som viktig å fullføre regionens planer for opptrapping innenfor IKT, MTU og forskning samtidig som det reserveres midler til bygging av nytt sykehus i Møre og Romsdal. Nytt sykehus i Møre og Romsdal har første prioritet. Samtidig skal foretaksgruppens totale bygningsmasse utvikles og vedlikeholdes. Samlet behov tilsier at nivå for årlig forbedringsarbeid med fokus på effektivisering, innovasjon i arbeidsprosesser og reduksjon av kostnader videreføres i tråd med langtidsplan- og budsjett 2012-2018,

De strategiske grepene i Strategi 2020 skal være førende for prioriteringene i langtidsplan- og budsjett. Endelig vedtak knyttet til dette fattes av det regionale styret i april etter forutgående innspill fra Helseforetakene. De strategiske grepene skal gi føringer for utviklingsarbeidet og gi grunnlag for bedre utnyttelse av ressurser og en bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten.

Forutsigbarhet er et sentralt element for å kunne jobbe langsiktig med omstillingsarbeid. For å knytte langtidsplanen tettere sammen med det årlige budsjettarbeidet skal langtidsbudsjett 2014-2019 inneholde en foreløpig inntektsfordeling mellom helseforetakene for 2014. Dette vil gi grunnlag for tidlig dialog og avklaring av utfordringsbildet ved det enkelte helseforetak. Det er sentralt at foretakene samtidig avklarer egne prioriteringer slik at planlegging av tiltak kommer tidligere i gang og muliggjør en mer forutsigbar håndtering av det samlede utfordringsbildet.

Foreløpig inntektsfordeling 2014 vil i hovedsak være basert på vedtatte forutsetninger for langtidsperioden og tilgjengelige data for behov, forbruk og pasientstrømmer. Når hovedelementene i denne er beregnet vil det sammen med helseforetakenes egne prioriteringer danne grunnlag for drøfting av utfordringsbildet ved de enkelte foretak. Dette vil skje gjennom dialog mellom HF og RHF i perioden april og frem til styrebehandling. Det er sentralt at det enkelte foretak i denne sammenheng legger frem alle egne vesentlige prioriteringer og forhold som påvirker virksomhetens samlede utfordring.

Styret i helseforetaket bes om å gi tilbakemelding og innspill på vedtatte prinsipper og føringer som er gitt å for langtidsperioden innen 1. juni 2013.

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

Med vennlig hilsen



Daniel Haga
Adm. direktør



Reidun Martine Rømo
Konst. økonomidirektør

Adresseliste (mottakere av dette brev)

St. Olavs Hospital HF	Postboks 3250 Sluppen	7006	Trondheim
Helse Nord-Trøndelag HF	Sykehuset Levanger, Postboks 333	7601	LEVANGER
Helse Møre og Romsdal HF	Postboks 1600	6026	ÅLESUND
Rusbehandling Midt-Norge HF	Strandveien 1	7500	Stjørdal
Ambulanse Midt-Norge HF	Strandvegen 1	7502	STJØRDAL
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Abels Gate 5	7030	TRONDHEIM

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET

Sak 17/13 Langtidsplan og budsjett 2014-2019 - Prinsipper og forutsetninger

Saksbehandler Mats Troøyen
Ansvarlig direktør Reidun Martine Rømo
Saksmappe 12/559
Dato for styremøte 14. mars 2013

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at årsresultat og investeringer samlet må ligge på et nivå som styrker foretaksgruppens egenkapital og som tilfredsstiller eiers krav til reduksjon av driftskreditt.
2. Styret viser til vedtak i sak 04/13 som legger til grunn at de strategiske grepene skal være førende for prioriteringene i langtidsplan/langtidsbudsjett.
3. Styret fastholder at bygging av nytt sykehus i Møre og Romsdal har første prioritet og at det i langtidsperioden skal reserveres midler til nødvendig egenfinansiering.

Samtidig skal foretaksgruppens totale bygningsmasse utvikles og vedlikeholdes. Regionen starter arbeidet med å ta igjen opparbeidet etterslep for vedlikehold av bygninger i langtidsperioden.
4. Styret har ambisiøse mål for virksomheten og vektlegger behovet for langsiktighet og en bærekraftig økonomi. For å møte befolkningens behov legger styret i langtidsperioden vekt på tilstrekkelige investeringer i IKT og medisinsk teknisk utstyr. Satsingen på kompetansebygging, forskning, utvikling og innovasjon videreføres.
5. Styret ser det som nødvendig med fortsatt årlig forbedringsarbeid i langtidsperioden, med vekt på effektivisering og reduksjon av kostnader. Samlet effekt av dette må være på nivå med tidligere vedtak for å skape rom for de nødvendige investeringer og satsingsområder.

Stjørdal 07.03.13

Daniel Haga
Administrerende direktør

SAKSUTREDNING:

Langtidsplan og budsjett 2014-2019 – Prinsipper og forutsetninger

Uttrykte vedlegg

Sak 04/13 Rullering av Strategi 2020

GJELDENDE FORUTSETNINGER

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

Foretaksgruppen gjennomfører hvert år en rullering av langtidsplan og – budsjett for å fange opp nye krav og signaler fra eier samt eventuelle konsekvenser i langtidsperioden av de vedtak som styret gjør gjennom året. Det regionale styret vedtar først prinsipper og forutsetninger som legges til grunn i det videre arbeidet. Styrene i de underliggende helseforetakene vil, basert på vedtatte prinsipper, bli bedt om å gi innspill på overordnede prioriteringer og strategi for langtidsperioden. Basert på dette blir langtidsplan og – budsjett for kommende langtidsperiode utarbeidet og lagt frem for styret i juni.

1. Innledning

Helse Midt-Norge RHF skal sørge for god og likeverdig spesialisthelsetjeneste, forskning, utdanning og opplæring innenfor gitte økonomisk rammer. Strategi 2020 innebærer at utviklingen av spesialisthelsetjenesten skal skje innenfor en drift som sikrer bærekraftig utvikling.

I løpet av 2013 ferdigstilles utbyggingen av nye St. Olavs Hospital. I desember 2012 ble bygging av ett nytt felles akuttsykehus for Nordmøre og Romsdal vedtatt. Planleggingen av nytt sykehus starter i 2013 med tidligste byggestart i 2018.

I arbeidet med regionens IKT-strategi ble de strategiske hovedmålene definert og vedtatt i november 2012. Felles for de strategiske hovedmålene for IKT er at de vil bidra til å øke kvaliteten til pasientbehandling, bedre pasientsikkerhet, gjøre systemene mer brukervennlige og dermed sette helsepersonell i stand til å utføre sine oppgaver på en bedre og mer effektiv måte.

Økt fokus på god sammenheng i pasientforløpene har skapt et behov for en tettere integrering mellom tverrfaglig spesialisert rusbehandling og de øvrige deler av spesialisthelsetjenesten. Det er etablert et forprosjekt som skal levere en anbefaling om når og hvordan en slik integreringsprosess bør gjennomføres. Prosjektgruppen skal levere sin rapport i mars 2013.

Det er en økende pasientstrøm fra Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal til St. Olavs Hospital av pasienter som kan få tilbud på lokalsykehusnivå. Den største tilstrømningen til St. Olavs Hospital kommer fra søndre del av Nord-Trøndelag. For å forebygge unødvendig bruk av universitetssykehusets ressurser, og for å få god utnytting av kapasitet i lokalsykehusene ble samarbeidsprosjektet Trøndelagsfunksjoner etablert mellom Helse Nord-Trøndelag HF og

St.Olavs Hospital HF. Målsettingen er å styrke tilbudet i Nord-Trøndelag slik at pasienter i større utstrekning vil kunne velge tilbud der.

2. Strategi 2020

Strategi 2020 er Helse Midt-Norges strategiske fundament for utvikling av likeverdige og framtidsretta helsetjenester for befolkningen fram mot år 2020. Strategi 2020 skal gi retning for utviklingen av spesialisthelsetjenesten, legge grunnlaget for prioriterte tiltak de neste årene og være styrende for en årlig oppdatering av tiltak og prosjektportefølje i hele foretaksgruppen.

Det arbeides nå med en rullering av planen med forventet slutføring og styrebehandling i april 2013, jf. styresak 4/13 Rullering av Strategi 2020. Dette for å sikre at strategien er oppdatert både i forhold til nye nasjonale føringer, ny kunnskap og endret prioritet mellom de ulike strategiske områder. Hovedutfordringene og de strategiske målsettingene ligger fast, men det arbeides med å tydeliggjøre prioriteringer av tiltak gjennom strategiske grep. I forbindelse med rulleringen av Strategi 2020 er det foreslått følgende strategiske grep;

- Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester
- Standardisere
- Ta i bruk pasientens egne ressurser
- Sikre bærekraftige fagmiljø
- Vri ressursbruk fra drift til investering, forskning og utvikling

Det gjennomføres nå en innspillsrunde knyttet til ovennevnte grep. Det presiseres at disse vil bli videre bearbeidet basert på innspill fra helseforetakene før endelig vedtak skal fattes av styret i Helse Midt-Norge. I behandlingen av samme styresak ble det også vedtatt en strategimodell som forutsetter at de strategiske grepene skal danne grunnlaget for prioriteringene i den til enhver tid gjeldende langtidsplan/langtidsbudsjett.

3. Investeringer

Økonomisk bærekraft er ett av hovedmålene i Strategi 2020. Dette innebærer at virksomheten er i stand til planmessig å reinvestere i medisinsk teknisk utstyr og IKT, og vedlikeholde bygningsmasse slik at dagens nivå og standard på realkapital opprettholdes. Strategi 2020 og tidligere års langtidsplan og -budsjett har vist at det er behov for betydelige omstillinger i foretaksgruppen for å frigjøre midler fra drift til investeringer. Reduksjon av kapital som medgår til drift er nødvendig for å kunne vedlikeholde og utvikle bygg og anlegg, men også for å ta i bruk ny medisinsk teknologi, samt utnytte de mulighetene som IKT gir.

3.1 Investeringer IKT

Helseforetaksgruppen har igangsatt arbeid med en IKT-strategi med målsetninger som ble lagt frem for styret i november 2012, sak 82/12 IKT-Strategi i Helse Midt-Norge Del 1, Målsetninger. Del 2, Handlingsplan med forslag til tiltak/løsningsvalg legges frem for styret i juni 2013. Regjeringens stortingsmelding 9, "en innbygger – en journal" er lagt fram til behandling i Stortinget våren 2013. I meldingen og i foretaksprotokoll til Helse Midt-Norge RHF tillegges regionen en rolle både i utredning/planleggingsfase, samt som pilot i utprøving av nasjonale løsninger.

Vi er i tidlig fase i kartlegging og planlegging av denne oppgaven, men vil kunne legge tydeligere og mer konkretiserte planer også for økonomi i styresaken i juni. Løsningsvalg som innebærer

endringer i sentrale deler av systemporteføljen vil kunne medføre økte kostnader, herunder pukkelkostnader. Et prosjekt for anskaffelse og innføring av sentrale systemer vil kunne kreve flere års gjennomføringstid. Det vil derfor være behov for videreutvikling også på kort sikt og omfanget må vurderes opp mot levetid for de berørte systemer. Det vil uansett være viktig å styrke teknologi og infrastruktur før framtidige valg.

Inntil prosessen med tiltak og løsningsvalg for egen strategi og for ”en innbygger-en journal” er kommet lengre, legges det til grunn en opptrapping av investeringer i IKT i tråd med tidligere vedtak som innebærer et nivå på rundt 250 millioner årlig fra 2014.

3.2 Investeringer medisinsk teknisk utstyr

Medisinsk teknisk utstyr (MTU) er teknisk utstyr som støtter den kliniske diagnostikk og behandling. Billeddiagnostisk utstyr, hjerte-lungemaskin, medisinsk overvåkningsutstyr, operasjonsroboter, operasjonsbord, insulinpumper er eksempler på MTU. Dette utstyret medvirker til å nå behandlingsmål som ikke ville vært oppnåelig uten dette utstyret. Den teknologiske utviklingen av MTU gir stadig nye muligheter i det pasientnære tilbudet i sykehus, i primærhelsetjenesten og i hjemmebasert behandling.

MTU og informasjons og kommunikasjonsteknologi (IKT) henger stadig tettere sammen, og dette gir økte muligheter for samhandlingen mellom tjenesteaktører og tjenestenivåer. Bilder kan fjerntolkes, bruk av utstyr kan støttes med kompetanse fra andre lokalisasjoner enn der utstyr brukes. Dette muliggjør desentralisering av tjenester. MTU muliggjør hjemmebehandling som erstatter døgnbehandling i institusjoner.

Kostnadene til MTU forventes å øke. Det er et løpende behov for å fornye allerede anskaffet utstyr fordi utstyret har begrenset levetid. Det er behov for å supplere eksisterende utstyrspark for å øke kapasitet. PET er under utbygging, men full utnyttelse av dette utstyret vil kreve ytterligere investeringer (cyklotron). Utviklingen i teknologi har stor hastighet, og det forventes at det vil komme nye produkter på markedet innenfor en langtidsperiode. Ved spørsmål om å innføre ny teknologi skal HMN bruke strukturert metodevurdering for å sikre en bred vurdering av kost-nytte.

Det legges det opp til en opptrapping i investeringer for MTU i tråd med tidligere vedtak.

Tabell 3.2 Opptrapping av investeringer MTU i tidligere vedtak

Tall i 1000 kr	2013	2014	2015	2016	2017	2018
MTU investeringer	222 000	220 000	270 000	300 000	320 000	350 000

Tabell 3.2 over viser vedtatt investeringsbudsjett MTU for 2013 og beløp i siste langtidsbudsjett for årene 2014-2018.

3.3 Investeringer bygg

Arbeidet videre med Utviklingsplan i Helse Møre og Romsdal vil være viktig i forhold til å gi et beslutningsgrunnlag for fremtidig investeringsbehov. I tillegg gjøres det også arbeid i de øvrige foretak i forhold til plan for utvikling av bygningsmassen. Administrasjonen vil komme tilbake til styret i forhold til dette. Langtidsbudsjettet legger opp til å synliggjøre et økonomisk handlingsrom som kan bidra til finansiering av nye investeringer.

4. Satsingsområder

Samtidig med opptrapping av investeringer har Helse Midt-Norge gjennom strategi 2020 og tidligere langtidsplaner vedtatt særskilte satsingsområder som skal understøtte det langsiktige forbedringsarbeidet i regionen. Disse satsingsområdene er kompetanse, forskning, utvikling og innovasjon, rusbehandling og vedlikehold av bygningsmassen.

4.1 Kompetansebygging

Helse Midt-Norge har gjennomført relativt omfattende kartlegginger av vårt arbeidskraftsbehov. Dette omfatter både behovet i dag og videre fremover. Basert på kunnskapsinnhenting er det følgende områder HMN må ha særlig fokus på:

Bærekraftige fagmiljøer

Regionale styresaker (sak 42/11; Kompetanse og kapasitet, sak 72/12; Kompetanse og kapasitet – legeressurser) identifiserer mange sårbare fagmiljøer i HMN. Sårbarheten ble vurdert ut fra antall avvik fra Arbeidsmiljølovens arbeidstidskrav, alderssammensetting, omfang av vikarinnleie, få ansatte ift vakt og/eller for få under utdanning for å sikre fremtidige behov. Dette kan løses prinsipielt gjennom å ansette flere, endre arbeidsprosessene og sikre bedre oppgavedeling og/eller strukturelle endringer. I tråd med det økonomiske utfordringsbildet, må særlig de to siste alternativene vektlegges for å redusere sårbarheten.

Aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging

Foretakene har i verksatt en rekke tiltak for å forbedre bemanningsplanleggingen, bla gjennom å utvide planleggingshorisonten. Likevel antas det at det er et betydelig potensial i bedre planlegging og ikke minst ift å koble bemanningsplanleggingen tydeligere til aktivitetsplanleggingen. Dette må legges til grunn bla for kravet om utvidet åpningstid for å sikre bedre tilgjengelighet for pasientene.

Aktivitetsstyrt kompetanseutvikling og utdanning

Helse Midt-Norge bruker mye ressurser på vår utdanningsoppgave og kompetanseutvikling, inklusive etter- og videreutdanning av våre medarbeidere. Vi vet likevel for lite om hvor mye vi bruker, hvordan vi bruker dem og om vår satsing er tilstrekkelig ift våre utfordringer. Dette er en risiko ift langtidsbudsjettet som må reduseres gjennom bedre oversikt over vår ressursbruk, styrking av samarbeidet med utdanningsinstitusjonene og målrettet kompetanseutvikling basert på foretakenes kortsiktige og langsiktige behov.

Oppsummert må Helse Midt-Norge:

- Gjennomgå og forbedre arbeidsprosesser og pasientforløp blant annet for å sikre bedre oppgavedeling mellom profesjonene
- Bedre arbeidsplanleggingen og knytte prosessen tettere til aktivitetsplanleggingen
- Gjennomgå funksjonsfordeling innen og mellom foretak
- Sikre at arbeidskraftressursene er tilgjengelige (reduert sykefravær, økt pensjonslader, redusert deltid)
- Planlegge- og utvikle kompetansen i tråd med enhetens kortsiktige og langsiktige mål
- Sikre effektive utdanningsløp

4.2 Forskning, utvikling og innovasjon

Forskning er en av hovedoppgavene til helseforetakene, men forskningsresultater i HMN gir en lavere innsatsfinansiering fra HOD enn det øvrige RHF får.

Styret i Helse Midt-Norge vedtok i 2009, sak 72/09 - "Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge. I vedtaket heter det at Helse Midt-Norge skal avsette 3 % av total inntekt til forskning og innovasjon innen 2014, av dette skal 2 % avsettes på regionalt nivå, mens 1 % skal avsettes på HF nivå. Videre heter det at Helse Midt-Norges andel av eksterne forskningsmidler skal utgjøre 1 % av total inntekt. Dette betyr at den samlede forskningsaktiviteten skal være om lag 4 prosent av total inntekt.

Tabell 4.1 viser hvordan denne opptrappingen skal skje. I 2013 er det budsjettet med om lag 350 mill kroner samlet over det regionale budsjettet og det er fortsatt et stykke igjen for å nå styret i Helse Midt-Norge sitt vedtak om nivået på regionale midler til forskning. Sett i lys av de utfordringer foretakene står over er det imidlertid krevende å samtidig øke nivået på forskning i den takt opptrappingsplanen tilsier. Administrerende direktør ser det derfor som mest realistisk at vedtatt plan for opptrapping legges til grunn for midler som disponeres gjennom samarbeidsorganet mens opptrappingen på HF nivå skjer over noen flere år. Det må være balanse mellom forskningsaktiviteten og kvaliteten på forskningsinfrastrukturen. En andel av veksten i forskningsinnsatsen vil derfor være rettet mot infrastruktur, som kvalitetsregistre og andre databaser.

Tabell 4.2 Opptrapping av forskningsmidler

Tall i 1000 kr	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Forskning RHF 2/3	50 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000
Forskning HF 1/3	10 000	20 000	30 000	40 000	50 000	50 000

Det at forskningsaktiviteten skal være en gitt prosent av totale inntekter innebærer en styring mot et bevegelig mål så lenge helseregionens rammer øker. I og med at det har vært kraftige økninger i budsjettet siden forskningsstrategien ble vedtatt (blant annet økte pensjonskostnader) vil vedtatt opptrappingsplan ikke føre til at man når målet om 3 prosent intern forskningsfinansiering. Administrerende direktør legger opp til at forskningsaktiviteten evalueres ved strategiens utløp i 2014, og vil komme tilbake til en revidert plan i etterkant av dette.

Innovasjon

I henhold til oppdragsdokumentet er Helse Midt-Norge pålagt å følge opp regjeringens satsing på innovasjon innenfor helse. Dette er et viktig område for å nå effektiviseringsmålene i regionen.

I begrepet innovasjon ligger både en mulighet for å skape nytt og å forbedre eksisterende produkter eller tjenester. Gjennom anskaffelser kan spesialisthelsetjenesten være innovativ både i selve anskaffelsen, ved å sikre seg at man ikke anskaffer "gårdsdagens" produkter og tjenester, og ved å være pådrivere for å skape nye produkter og tjenester.

Helse Midt-Norge har innovasjonskoordinatorer i alle HF. Disse skal ha et særskilt fokus på arbeidet med innovasjon og bidra til bredding av innovasjoner, som et viktig virkemiddel for å oppnå omstilling i foretaksgruppen.

4.3 Rusbehandling

Vedtatt opptrapping av rusbehandling ble fullført i 2013 i stedet for i 2014. Økt fokus på sammenheng i pasientforløpene, samt de store utfordringene et økt alkoholkonsum vil gi hele helsevesenet, øker behovet for en tettere integrering av rusfeltet med øvrige deler av spesialisthelsetjenesten. Styret vedtok derfor i november 2012, sak 83/12, å etablere et forprosjekt som har som mål å foreslå når en slik integreringsprosess bør gjennomføres, hvilke formelle prosesser som må gjennomføres, og hvilke øvrige rammebetingelser som må være på plass. Prosjektgruppen er i gang med sitt arbeid og skal levere sin anbefaling i løpet av mars 2013.

4.4 Utvikling og vedlikehold bygningsmasse

Foretaksgruppen forvalter en stor bygningsmasse. Foretaksprotokoll fra eier av 30. januar 2012 angir at hvert helseforetak skal ha en plan for forbedring av minimumstilstand for bygg. Dette krever gode planer for vedlikehold og utvikling samt tilstrekkelig ressursbruk slik at bygningsmasse og bruksverdi ikke forfaller. Vedlikehold og utvikling av bygningsmassen er et viktig element for å nå målet om økonomisk bærekraft. I langtidsplan og budsjett 2011-16 ble det lagt til grunn et teknisk oppgraderingsbehov for bygningsmassen i regionen på 2,8 mrd kr. I forhold til foreliggende planer for nybygg og oppgraderinger ble det estimert et etterslep på 1,8 mrd kr som skulle gjennomføres i løpet av 10 år. Styret la til grunn å starte på dette arbeidet i 2017 med en årlig økning til vedlikehold på 160 mill kr de første fem årene. Det ble i 2012 gjennomført en ny kartlegging knyttet til vurdering av teknisk tilstand på den samlede bygningsmassen i foretaksgruppen. Kartleggingen viser at foretaksgruppen fortsatt har et stort behov for oppgradering og vedlikehold og at etterslepet har økt i forhold til forrige kartlegging. Det vurderes derfor som nødvendig at forutsetningen om å ta igjen opparbeidet etterslep videreføres.

5. Økonomiske forutsetninger

Forutsigbarhet er et sentralt element for å kunne jobbe langsiktig med omstillingsarbeid. Dette gjelder både i forhold til omstillingsarbeid i langtidsperioden og i forhold til å komme i gang så tidlig som mulig med budsjettarbeid og planlegging av forbedringsarbeid for kommende år. For å knytte langtidsplanen tettere sammen med det årlige budsjettarbeidet skal langtidsbudsjett 2014-2019 inneholde en foreløpig inntektsfordeling mellom helseforetakene for 2014. Det vil gi grunnlag for tidlig dialog og avklaring av utfordringsbildet ved det enkelte helseforetak. Foreløpig inntektsfordeling 2014 vil være basert på vedtatte forutsetninger for langtidsperioden og tilgjengelige data for forbruk og pasientstrømmer.

Vekst

En fremskrivning av befolkningen i HMN fra 2011 til 2018 basert på middels nasjonal vekst gir en samlet vekst for regionen på 8,3 %. I perioden 2002-2010 var det for pasienter bosatt i regionen en økning i somatisk aktivitet målt ved DRG-poeng på 13 %. I samme perioden var befolkningsveksten på 6,2 %. Aktiviteten økte mer enn det dobbelte av befolkningsveksten. I langtidsperioden 2014-2019 vil samhandlingsreformen bidra til å dempe veksten for spesialisthelsetjenesten. HMN forventer en årlig vekst i aktiviteten som er noe over befolkningsveksten. I forrige langtidsbudsjett ble det lagt til grunn en årlig vekst i aktiviteten på 1,4 %.

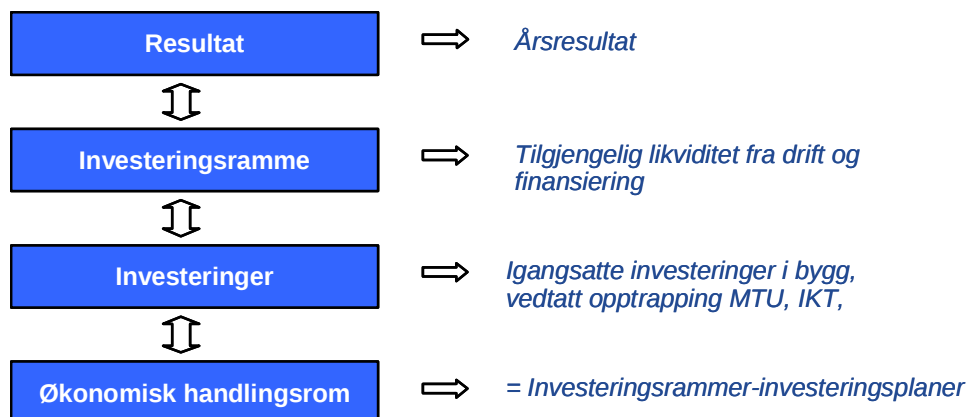
Forbedringsarbeid, effektivisering og kostnadsreduksjon

Styret har ambisiøse mål knyttet til langtidssperioden og det er behov for å ha en grunnleggende god økonomisk drift og bæreevne. Forventet vekst i inntekter og aktivitet med lavere vekst i kostnader, marginalkostnad, er ikke tilstrekkelig til å dekke inn planlagt opptrapping og generering av tilstrekkelig likviditet til investeringer i langtidssperioden.

Det er behov for betydelige ressurser til vedlikehold og investeringer i bygningsmassen i tillegg til planlagte investeringer. For å frigjøre midler til dette kreves det fortsatt effektivisering. I forrige langtidssbudsjett for perioden 2013-2018 ble det lagt til grunn en årlig effektivisering på 1 % av inntektsrammen med varig effekt i tillegg til effektivisering på 0,12 % gjennom økt aktivitet til en lavere kostnad. En videreføring av dette nivået vil muliggjøre gjennomføringen av den nødvendige satsingen på bærekraftig drift og samtidig fremskaffe egenfinansiering knyttet til bygging av nytt akuttsykehus i Nordmøre og Romsdal.

Økonomisk handlingsrom

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

**Investeringsramme**

Investeringsrammen beregnes ut fra tilgjengelig likviditet fra drift og fra finansiering. I forrige langtidssbudsjett 2013-2018 ble det i tråd med tidligere vedtak lagt til grunn en nedbetaling av driftskreditt på 100 mill årlig. Nedbetaling av driftskreditt er tenkt videreført på samme nivå. Avdrag på langsiktig lån krever en nedbetaling på 245 mill årlig. Samlet gjeld reduseres da med 1,9 mrd i langtidssperioden og dette har stor innvirkning på vår likviditetssituasjon.

Planlagte investeringer

Investeringsnivået reduseres kraftig fra 2013 til 2014 og påfølgende år som følge av at nye St. Olavs Hospital ferdigstilles. Vedtatte investeringer består i hovedsak av Nye St. Olavs Hospital, opptrapping av investeringsnivå i IKT og MTU. I tillegg kommer fullføring av investering i nye ambulanser samt behov for reinvestering i løpet av perioden. Bygg/HMS er relatert til lovpålagte bygningsmessige forhold. Prioritering og rekkefølge for nye store byggeprosjekter i Helse Midt-Norge ble behandlet av styret i sak 40 / 2006. Siden da har nytt sykehus i Møre og Romsdal hatt førsteprioritet etter fullføring

av nye St. Olavs Hospital. Forrige langtidsbudsjett for perioden 2013-2018 hadde ingen spesifisert oversikt over investeringer i nybygg ut over kjente kostnader for fase 2 av det nye universitets-sykehuset. Fokus var å vise handlingsrommet gitt forutsetninger om nivå på vedtatte investeringer, opptrappingsmidler og effektivisering. For langtidsbudsjett 2014-2019 vil også fokus være på å synliggjøre handlingsrommet for investeringer. Samtidig er det viktig å belyse hvordan regionens investering i nytt akuttssykehus i Helse Møre og Romsdal påvirker handlingsrommet for andre investeringer i langtidsperioden.

Finansrisiko

Helse Midt-Norge har en høy rentebærende gjeld og det er sentralt å ha en strategi som gir forutsigbarhet i forhold til finanskostnader. Helse Midt-Norge har i dag en overordnet finansstrategi. Administrasjonen vil i løpet av våren legge frem et revidert forslag til strategi hvor styret inviteres til å drøfte hvordan hensynet til forutsigbarhet best kan ivaretas. Dette vil omfatte risiko både i forhold til renter, valuta og kjøp av kraft.

6. Administrerende direktørs vurdering

HMN forventer en årlig vekst i aktiviteten som er noe over befolkningsveksten. Strategi 2020, langtidsplan og -budsjett for foretaksgruppen har vist at det er behov for betydelige omstillinger for å frigjøre kapital fra drift til investeringer. Dette er nødvendig for å kunne utvikle og vedlikeholde bygg og anlegg, men også for å ta i bruk ny medisinsk teknologi, samt utnytte de mulighetene som IKT gir. I tillegg skal det satses på kompetansebygging og forskning.

En viktig helsepolitisk føring er å utvikle spesialisthelsetjenesten på en bærekraftig måte innenfor tilgjengelige rammer. Etter administrerende direktørs vurdering, vil det innebære en fortsatt omprioritering fra drift til investering. En økt investeringsramme kan gi handlingsrom til å bygge nytt, utvikle og vedlikeholde bygningsmassen samtidig som vi kan sikre nødvendige investeringer innen IKT og medisinsk teknisk utstyr.

De strategiske grepene i strategimodellen skal være førende for prioriteringene i langtidsplan/langtidsbudsjett. Helseforetakene skal gi innspill på de strategiske grepene før endelig vedtak fattes av styret i april. De strategiske grepene skal danne grunnlag for bedre utnyttelse av ressurser og en bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten.

Forventet vekst i inntekter og aktivitet er ikke tilstrekkelig til å dekke inn planlagt opptrapping og investeringer i langtidsperioden. Administrerende direktør vurderer det som viktig å fullføre regionens planer for opptrapping på satsingsområder og investeringer samtidig som det reserveres midler til bygging av nytt sykehus i Møre og Romsdal. Nytt sykehus i Møre og Romsdal har første prioritet og det kan innebære at Helse Midt-Norge i løpet av langtidsperioden likevel må vurdere tempo på opptrapping av andre investeringer eller satsingsområder. Samlet behov tilsier at nivå for forbedringsarbeid, effektivisering og kostnadsreduksjoner holdes uendret i langtidsperioden.

Administrerende direktør ber helseforetakene, basert på de prinsipper og føringer som er gitt, gi innspill til langtidsplan og budsjett 2014-2019 før endelig vedtak fattes av styret i RHF i juni 2013.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 23/2013 Driftsrapport april 2013

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	23.05.2013	23/2013

Saksbeh: Tormod Gilberg

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2013/1755

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar driftsrapporten for april til etterretning.

SAKSUTREDNING:

Sak 23/2013 Driftsrapport april 2013

VEDLEGG

Styrerapport april 2013.

BAKGRUNN

Denne saken omfatter en samlet rapportering av status ved Helse Nord-Trøndelag HF ved utgangen av april 2013, både med hensyn til helsefag, personell og økonomi.

SAMMENDRAG

Etter to måneder med tilnærmet balanse mellom budsjett og regnskap, viser foretakets regnskap de siste to månedene et betydelig negativt resultat i forhold til vedtatt budsjett. Korrigeret for reduserte pensjonskostnader viser resultatet et avvik på – 6,2 mill kroner siste måned og et akkumulert avvik på – 15,6 mill kroner. Den største utfordringen synes å være knyttet til å begrense bemanning og lønnskostnader til fastsatt budsjett.

Aktivitetstall hittil i år viser at foretaket ligger betydelig over bestilt (DRG-) aktivitet i de somatiske avdelingene. Årets DRG-aktivitet prognostiseres å bli om lag 6 % over HMNs aktivitetsbestilling til HNT, dvs. omtrent i samsvar med vedtatte driftsplaner for foretakets avdelinger.

Aktiviteten i de psykiatriske avdelingene er lavere enn det som er forventet i styringsdokumentet fra HMN, og med enda større avvik i forhold til egne plantall. Det er først og fremst innen poliklinisk aktivitet at nivået har vært lavere enn planlagt.

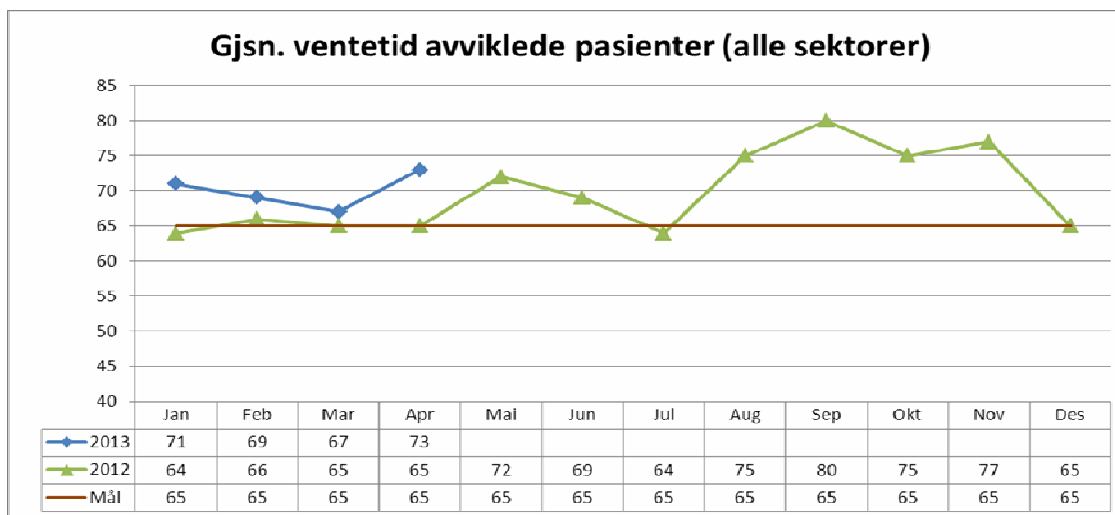
For rapporterte kvalitetsindikatorer var det god måloppnåelse for gjennomsnittlig ventetid pr. 31.12.12 og tilnærmet måloppnåelse i forhold til å fjerne fristbrudd. Gjennomsnittlig ventetid har økt litt hittil i år og ligger litt over fastsatte måltall, mens antall fristbrudd er tilnærmet fjernet.

HNT prognostiserer et årsresultat for 2013 på 33,1 mill kroner. Prognosen er 12,9 mill kroner dårligere enn opprinnelig resultatkrav på 46,0 mill kroner og skyldes reduserte pensjonskostnader på 12,1 mill kroner, økte lønnskostnader på 40 mill kroner, økte varekostnader på 5 mill kroner og oppløsning av reserve/avsetning på 20 mill kroner. Prognostisert resultat er 25 mill kroner lavere enn korrigeret resultatkrav. Prognostisert resultat er redusert med 25 mill kroner fra forrige rapport og er i samsvar med informasjon gitt i dialogmøte med HMN 26. april.

Styrerapport

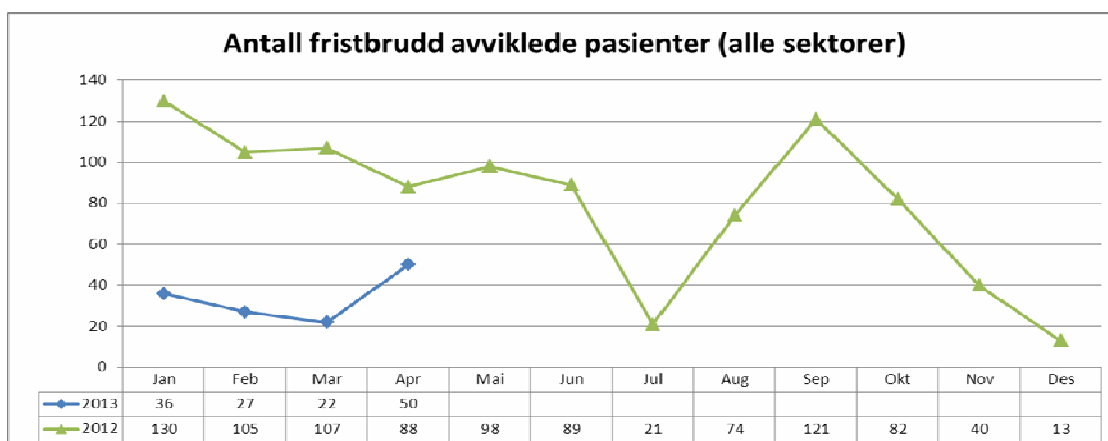
1. Pasientbehandling

1.1 Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter



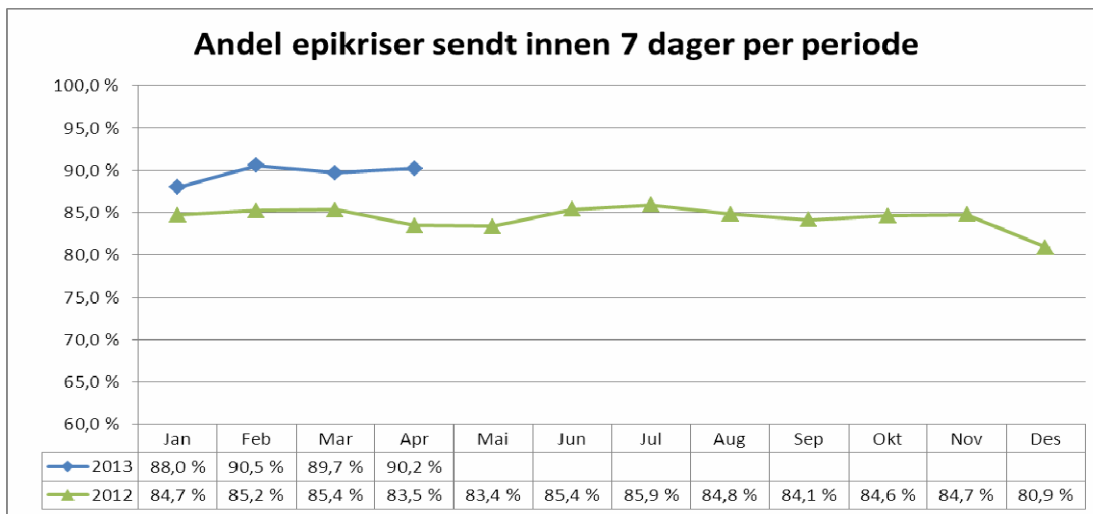
Det er betydelig fokus på å redusere ventetider og å fjerne fristbrudd for rettighetspasienter. Dette har gitt resultater. Ved utgangen av 2012 nådde foretaket målsettingen om gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter på 65 dager. Foretaket hadde ved årsskiftet også svært få pasienter med fristbrudd. Gjennomsnittlig ventetid har økt litt siste måned og ligger nå på 73 dager. Andel fristbrudd har også gått litt opp. Det vil i tiden framover bli arbeidet med å legge opp driften slik at vi ikke skal ha fristbrudd for rettighetspasienter.

1.2 Fristbrudd avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp



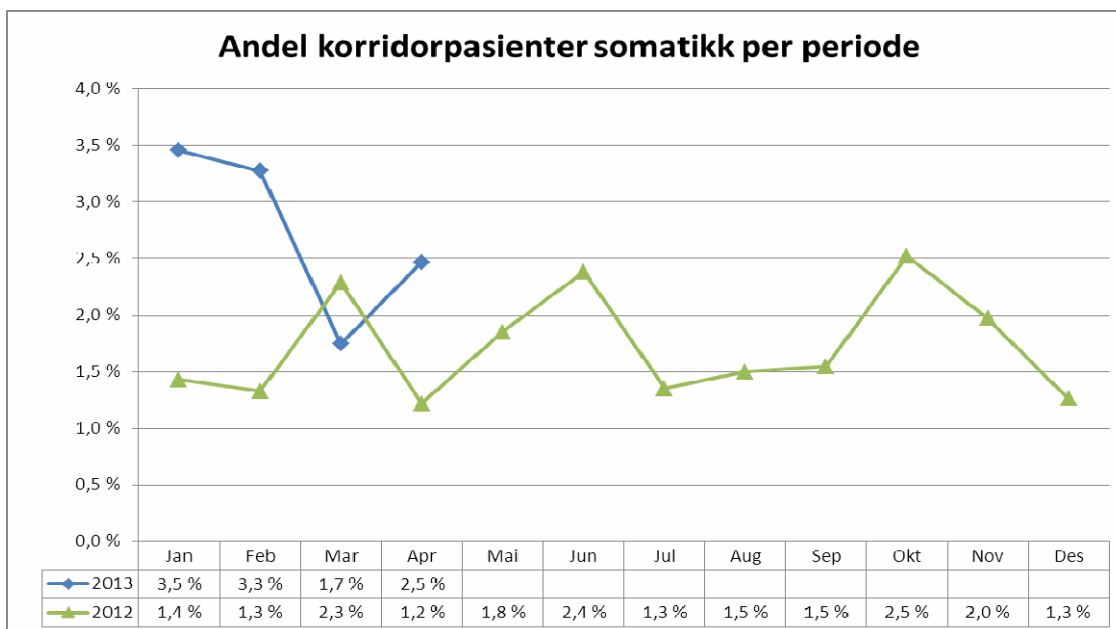
2. Kvalitet, fagutvikling og forskning

2.1 Andel epikriser sendt innen en uke



Det er betydelig fokus på epikrisetid og andel korridorpasienter som kvalitetsindikatorer. Andel epikriser sendt ut innen en uke har i flere år ligget på om lag 80 % (tidligere måltall), men er i år hevet til om lag 90 %. Det arbeides med å øke andelen videre opp mot fastsatt måltall på 100 %.

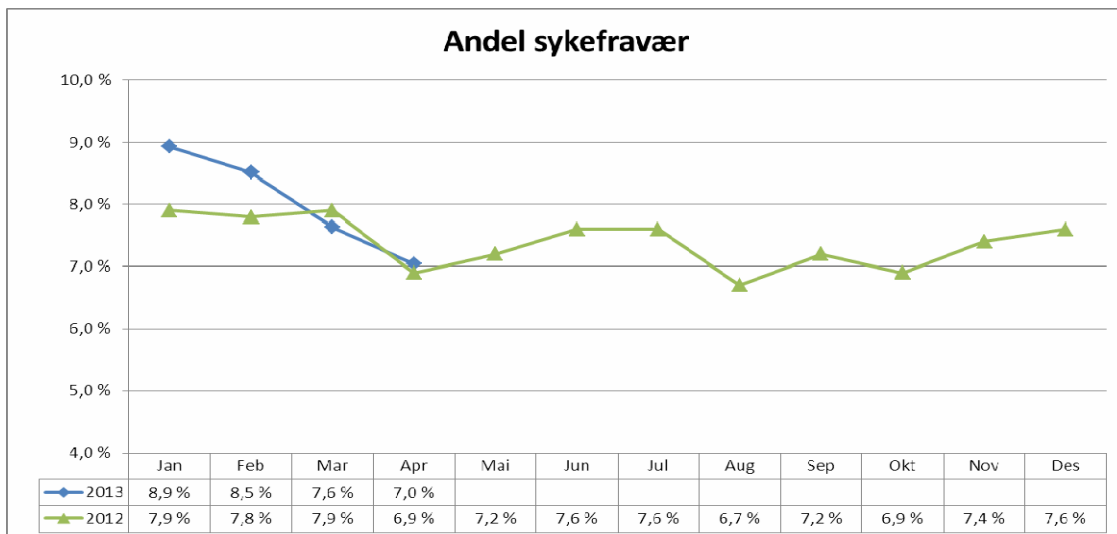
2.2 Andel korridorpasienter



Andel korridorpasienter varierer noe fra måned til måned, men er på et relativt lavt nivå.

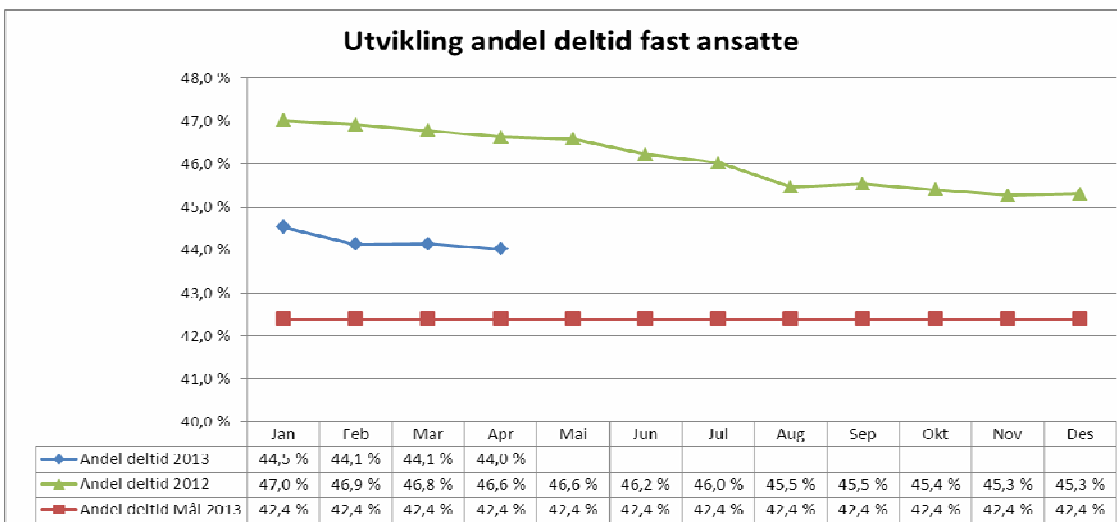
3. Medarbeider

3.1 Sykefravær

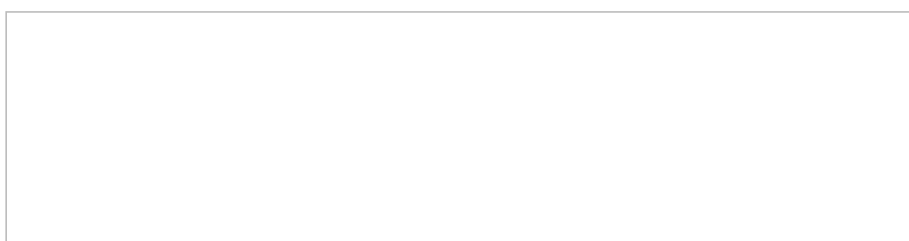
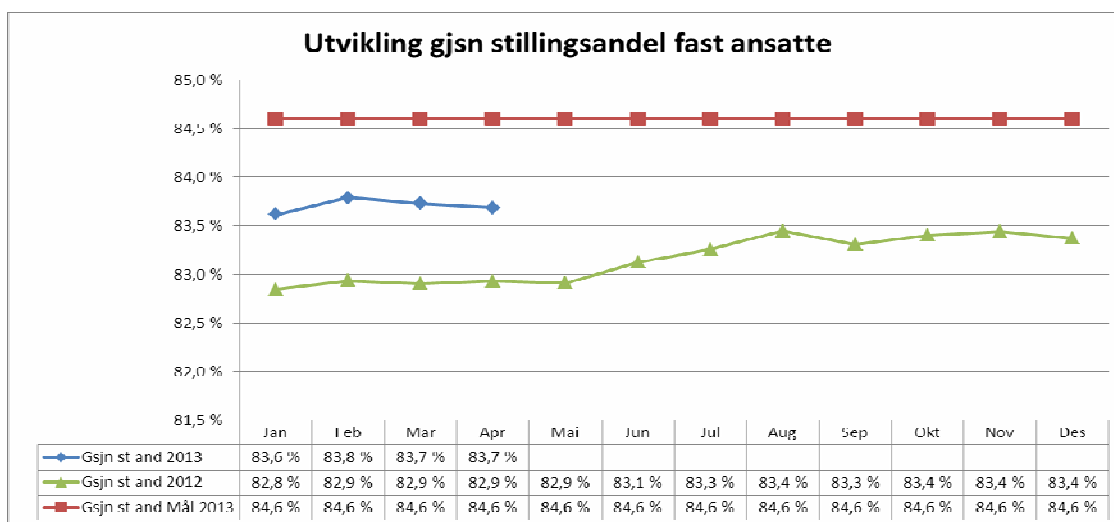


Sykefraværet i HNT var i 2012 på 7,5 %. I henhold til IA-avtalen er det et mål å redusere sykefraværet gradvis til det er nede på et langsiktig mål på 7 % i 2013. Sykefraværet i foretaket var i april på 7,0 %, - en ubetydelig økning i forhold til samme måned året før. Sykefraværet hittil i år har vært på 8,0 % mot 7,6 % for samme tidsrom i fjor.

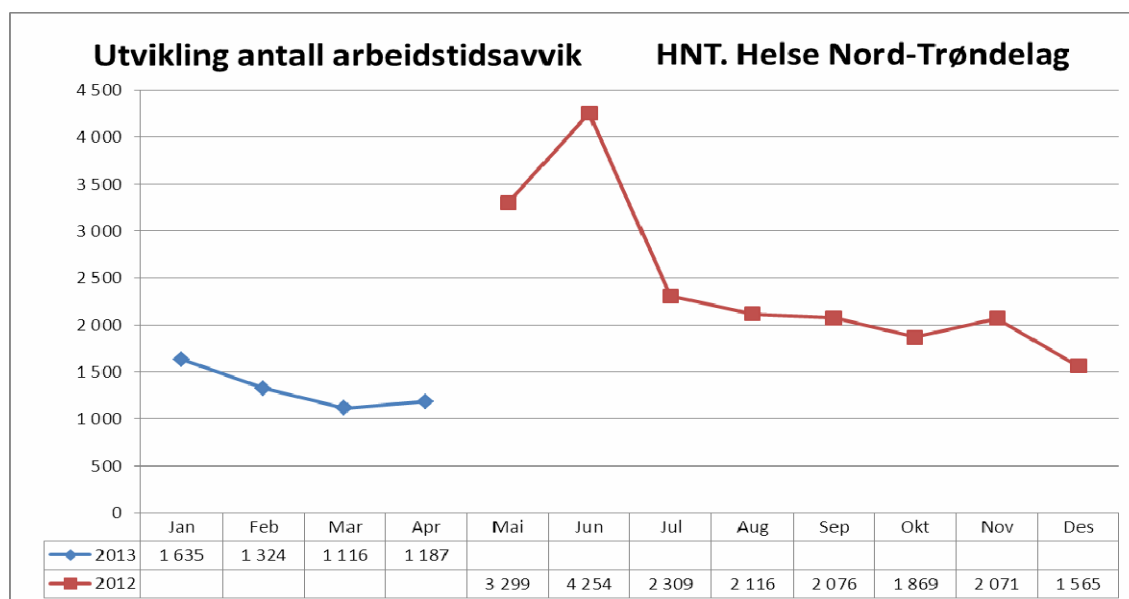
3.2 Deltid og gjennomsnittlig stillingsandel



Det vises til krav som ble fastsatt i foretaksmøte i 2011 om å redusere andel deltid med minst 20 %, alternativt øke gjennomsnittlig stillingsstørrelse med 20 %. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse desember 2010 for HNT var 82,3 %. Målet om 20 % økning i den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen er nådd når denne er på 85,8 %. Det er i dialog med HMN godkjent at dette målet skal nås innen utgangen av 2014. For 2013 er det satt et delmål om gjennomsnittlig stillingsstørrelse på 84,6 %. Pr. april ligger foretaket 0,9 %-poeng bak denne målsettingen.



3.3 Etterlevelse av arbeidstidsbestemmelser

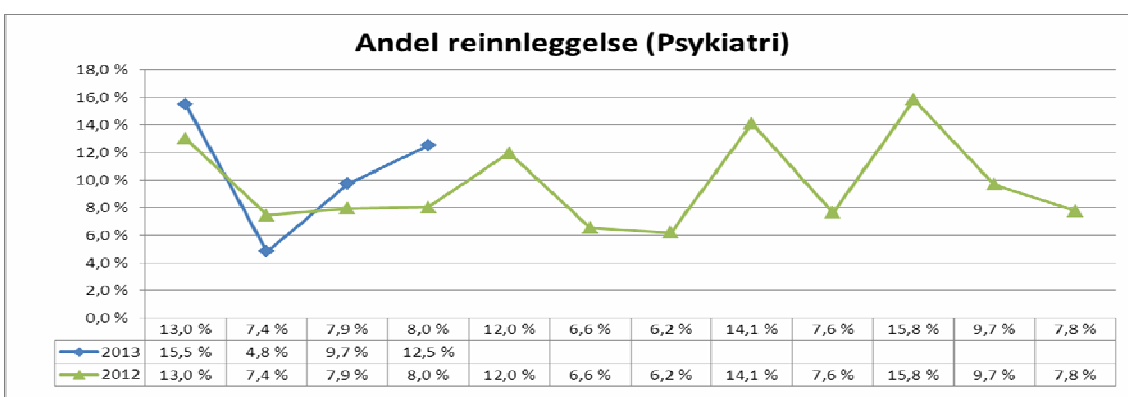
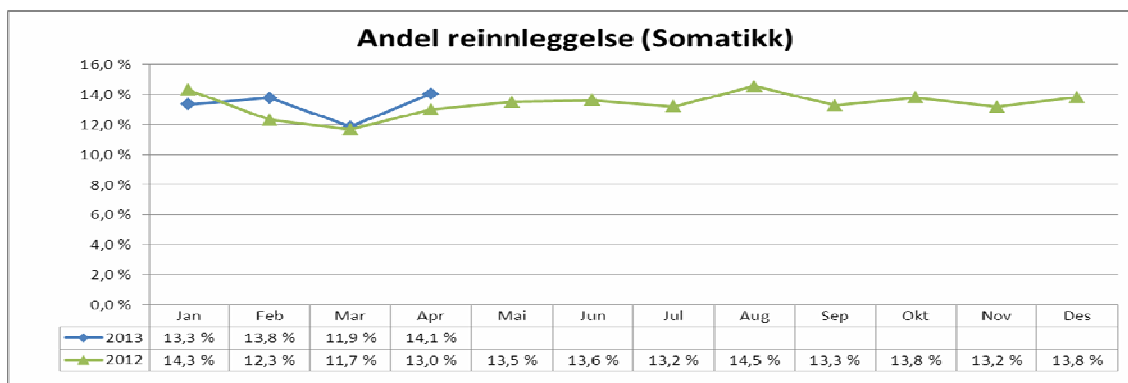


Foretaket arbeider, i samarbeid med tillitsvalgte, for å redusere antall avvik fra arbeidstidsbestemmelsene. Overordnet mål i forhold til avvik fra arbeidstidsbestemmelsene er å redusere antall avvik ned mot 0, samtidig som årsaker til avvik skal være dokumentert.

Som det framgår av grafen ovenfor, er registreringen på plass. Utviklingen siste måned viser jevnt over små endringer i antall arbeidstidsavvik i forhold til forrige måned.

4. Samhandling

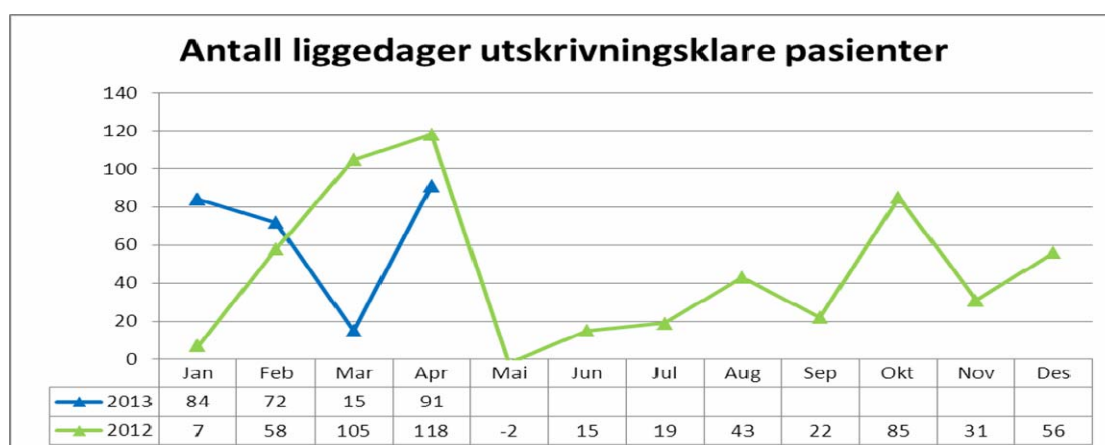
4.1 Reinnleggelser



Andel reinnleggelser i somatikken ligger ganske stabilt mellom 12 og 14 % av antall innleggelser og oppleves å være på et forsvarlig nivå. Andelen er litt høyere i medisinske avdelinger enn i de kirurgiske avdelingene.

Andel reinnleggelser i de psykiatriske avdelingene varierer noe mer og ligger mellom 5 og 15 % av antall innleggelser.

4.2 Utskrivningsklare pasienter

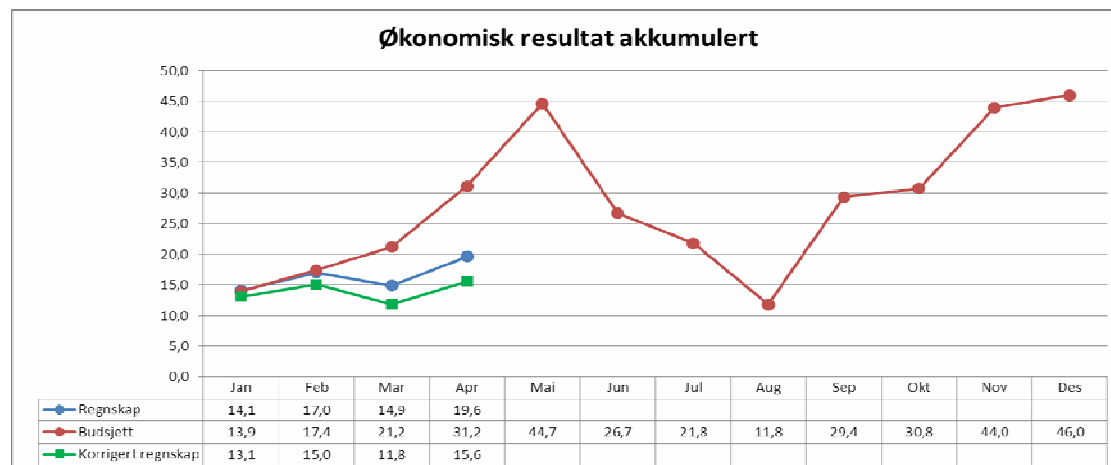


Det er siste måned registrert 8 utskrivningsklare pasienter med 91 liggedøgn i foretakets sykehus. Omfanget varierer litt fra måned til måned, men er omtrent på nivå med gjennomsnittet for 2012. Kommunene betaler 4.125 kroner pr. liggedøgn for utskrivningsklare pasienter. Hittil i år er det Steinkjer kommune som skiller seg ut med flest liggedøgn. Dette følges opp i kontakt med kommunen.

5. Økonomi og ressursstyring

5.1 Økonomisk resultat

Alle ansvarssteder Resultat	Denne periode			Hittil i år		
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap	Budsjett	Avvik
Driftsinntekter	221 506	219 869	1 638	864 081	859 951	4 130
Varekostnader	-35 947	-33 470	-2 477	-131 589	-127 695	-3 894
Lønnskostnader	-141 043	-137 907	-3 136	-561 815	-548 462	-13 354
Andre driftskostnader	-40 358	-39 025	-1 333	-153 093	-154 584	1 491
Driftskostnader	-217 348	-210 402	-6 946	-846 497	-830 741	-15 756
Driftsresultat	4 158	9 467	-5 309	17 584	29 210	-11 626
Finansresultat	579	486	94	2 014	1 942	72
Netto resultat	4 737	9 950	-5 213	19 598	31 149	-11 552
Avvik knyttet til ny aktuarberegning	-1 023		-1 023	-4 035		-4 035
Netto resultat korrigert for avvik aktuarberegning	3 714	9 950	-6 236	15 563	31 149	-15 587



Foretakets resultat viser siste måned et avvik i forhold til vedtatt budsjett på – 5,2 mill kroner. Korrigert for reduserte pensjonskostnader er resultatavviket siste måned – 6,2 mill kroner. Akkumulert resultat pr. april viser et avvik i forhold til vedtatt budsjett på – 11,6 mill kroner og korrigert for reduserte pensjonskostnader et avvik på – 15,6 mill kroner.

5.2 Årsprognose

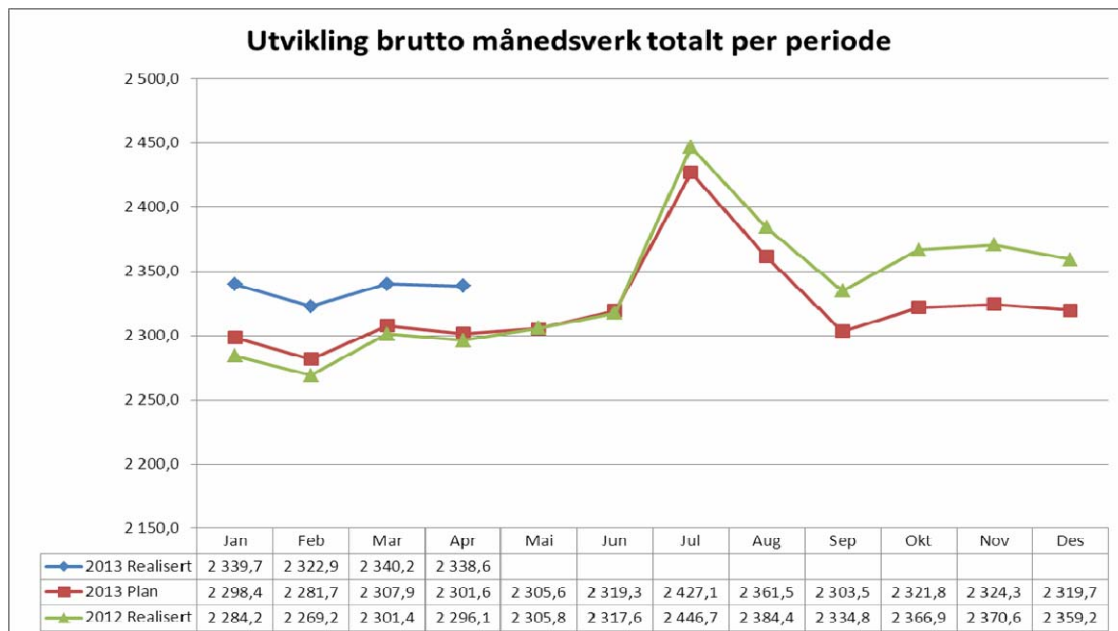
Alle ansvarssteder	Hele året		
Resultat	Budsjett 2013	Prognose 2013	Avvik budsjett - prognose
Driftsinntekter	2 483 446	2 483 446	0
Varekostnader	-382 689	-387 689	-5 000
Lønnskostnader	-1 593 069	-1 620 977	-27 909
Andre driftskostn (6)	-405 260	-405 260	0
Andre driftskostn (7)	-62 149	-42 148	20 001
Driftskostnader	-2 443 167	-2 456 075	-12 907
Driftsresultat	40 278	27 371	-12 907
Finansresultat	5 722	5 722	0
Netto resultat	46 000	33 092	-12 908
Avvik knyttet til ny aktuarberegning		-12 092	-12 092
Netto resultat korrigert for avvik aktuarberegning	46 000	21 000	-25 000

HNT prognostiserer et årsresultat for 2013 på 33,1 mill kroner. Prognosen er 12,9 mill kroner mindre enn budsjettet. Resultatet er 46,0 mill kroner og budsjettet er 46,0 mill kroner.

dårligere enn opprinnelig resultatkrav på 46,0 mill kroner og skyldes reduserte pensjonskostnader på 12,1 mill kroner, økte lønnskostnader på 40 mill kroner, økte varekostnader på 5 mill kroner og oppløsning av reserve/avsetning på 20 mill kroner.

Prognostisert resultat er 25 mill kroner lavere enn korrigert resultatkrav. Prognostisert resultat er redusert med 25 mill kroner fra forrige rapport og er i samsvar med informasjon gitt i dialogmøte med HMN 26. april.

5.3 Bemanning

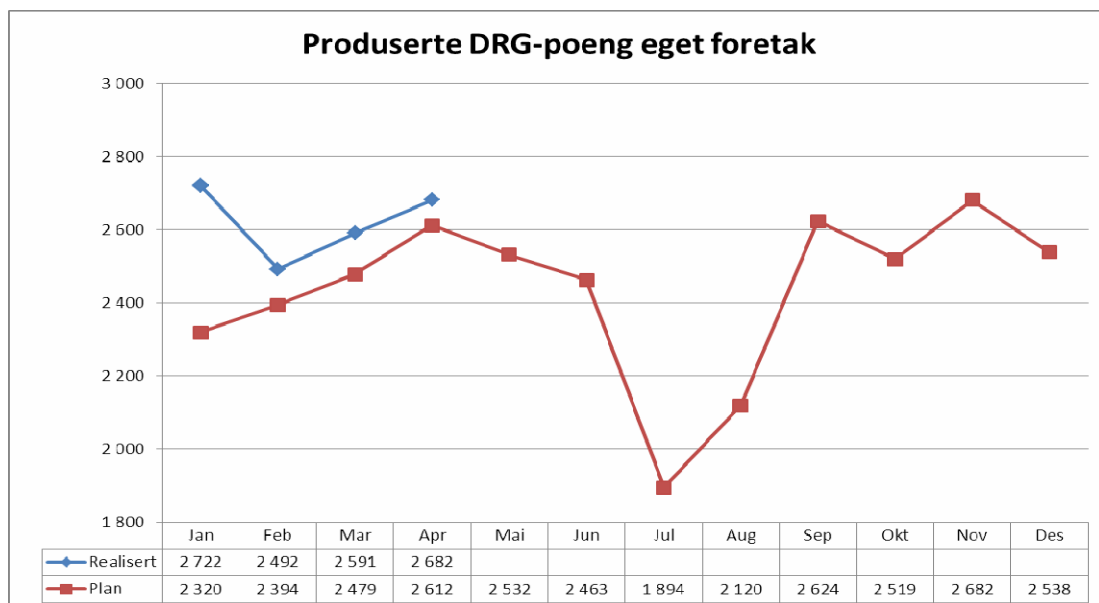


Foretakets bemanning, målt i brutto månedsverk, viser i april et avvik på 37 månedsverk og hittil i år et avvik på 152 månedsverk. Innleie fra byrå er også noe høyere enn budsjettert både siste måned og hittil i år.

Noe av merforbruket hittil i år er knyttet til svært høy aktivitet i enkelte klinikker tidlig i vinter og noe høyere sykefravær enn budsjettert i andre klinikker. Det er behov for tett oppfølging av forbruk av personell for å redusere avviket på bemanning og lønn.

5.4 Aktivitet

5.4.1 Aktivitet somatikk

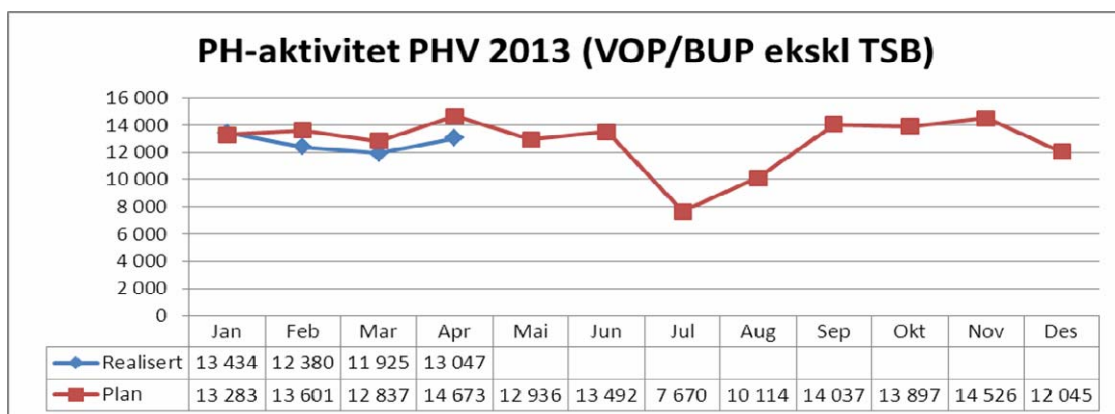


Aktivitet somatikk 2013		Hittil i år			Totalt for året			
Antall DRG-poeng		Realisert	Budsjett	Avvik %	Prognose	Budsjett	Avvik	Avvik %
Egne pasienter behandlet i egen region		10 227	9 532		0	28 390		
Kjøp fra andre regioner		499	471		0	1 413		
Antall produserte DRG-poeng "Sørge for"		10 726	10 003	7,2 %	31 589	29 803	1 786	6,0 %
Gjeste pasienter fra andre regioner		260	273		0	789		
Antall produserte DRG-poeng i eget foretak		10 487	9 805	6,9 %	30 937	29 179	1 758	6,0 %

HMN har gjennom budsjett og styringsdokument for 2013 lagt opp til en "sørge for" - aktivitet for HNT som er om lag 4 % lavere enn realisert aktivitet i 2012. Det er denne aktivitetsforventningen som er lagt inn i foretakets budsjett og i grafen ovenfor. For å unngå fristbrudd og for å redusere pasientenes ventetider har foretakets avdelinger (i samsvar med hovedretningslinjene i statsbudsjettet) lagt opp til en aktivitet som ligger om lag 2 % over realisert aktivitet i fjor.

Årets DRG-aktivitet prognostiseres å bli om lag 6 % over HMNs aktivitetsbestilling til HNT, men omtrent i samsvar med vedtatte driftsplaner for foretakets avdelinger.

5.4.2 Aktivitet psykisk helsevern (VOP og BUP)



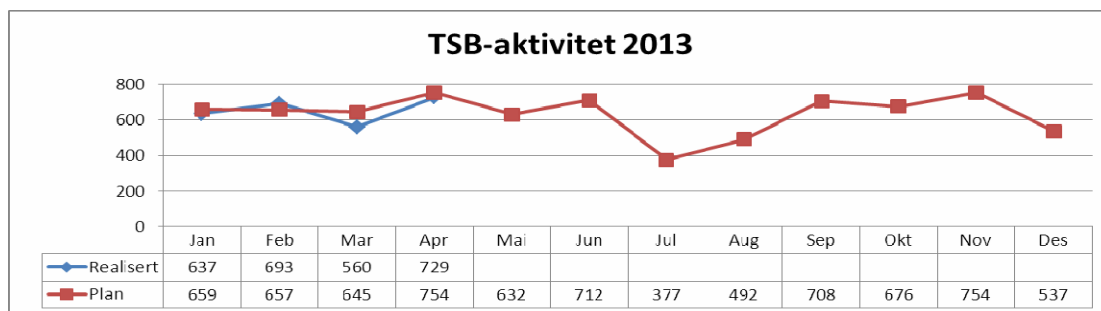
Aktivitet psykisk helsevern 2013	Hittil i år utført	Hittil i år planlagt	Avvik	Avvik i %
----------------------------------	--------------------	----------------------	-------	-----------

Aktivitet psykisk helsevern 2013	utført	planlagt	Avvik	%
Psykisk helsevern voksne:				
Polikliniske v-konsultasjoner	17 449	18 127	-678	-3,7 %
Utskrivninger (sum sykehus og DPS)	394	420	-26	-6,2 %
Oppholdsdøgn (sum sykehus og DPS)	8 656	8 558	98	1,1 %
Psykisk helsevern barn og unge:				
Polikliniske v-konsultasjoner	7 430	9 502	-2 072	-21,8 %
Utskrivninger	48	49	-1	-2,0 %
Oppholdsdøgn	757	846	-89	-10,5 %
Samlemål: PH-aktivitet	50 785	54 395	-3 610	-6,6 %

Styringsdokumentet 2013 for HNT formidler forventninger om en aktivitetsvekst innen psykisk helsevern på minst 3 % samlet sett og at veksten primært skal knyttes til poliklinisk aktivitet.

Hittil i år er den polikliniske aktiviteten lavere enn planlagt både i VOP og i BUP. Aktiviteten knyttet til innlagte pasienter viser færre utskrivninger enn planlagt, men mer variabel utvikling når det gjelder antall oppholdsdøgn.

5.4.3 Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling



Aktivitet TSB 2013	Hittil i år utført	Hittil i år planlagt	Avvik	Avvik i %
Polikliniske v-konsultasjoner	1 865	2 087	-222	-10,6 %
Utskrivninger	16	13	3	23,1 %
Oppholdsdøgn	685	571	114	20,0 %
Samlemål: TSB-aktivitet	2 619	2 715	-96	-3,5 %

Styringsdokumentet 2013 for HNT formidler forventninger om en aktivitetsvekst innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) på minst 8 % samlet sett og at veksten primært skal knyttes til poliklinisk aktivitet. Hittil i år har aktiviteten ikke vært i samsvar med intensjonen, og den planlagte vridningen fra innleggelse til poliklinikk er så langt ikke oppnådd.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 24/2013 Eiers styringskrav 2013 Helse Nord-Trøndelag HF, 1.tertialrapport

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	23.05.13	24/2013

Saksbeh: Sveinung Aune

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2013/1755

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar status, pr. 1.tertial, for oppfølging av styringskrav 2013 gitt av eier gjennom styringsdokument og foretaksmøteprotokoller til etterretning.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar administrerende direktørs vurderinger av risikoområder til etterretning og ber om at områdene med kritisk og høy risiko blir fulgt opp med korrigerende tiltak, slik at mål kan nåes og oppgaver blir løst.

SAKSUTREDNING:

Sak24/2013 Eiers styringskrav 2013 Helse Nord-Trøndelag HF, 1.tertialrapport

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument 2013 og foretaksmøteprotokoll.

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Styringsdokument 2013 for Helse Nord-Trøndelag HF.
2. Oppdragsdokument 2013 Helse Midt-Norge RHF.
3. Foretaksmøteprotokoll for HNT av 14.02.2013.

BAKGRUNN

Gjennom styresak 03/2013 Årlig melding ble status for 2013 og planer for de nærmeste årene behandlet.

Den 18.februar 2013 ble styresak 05/2013: Styringsdokument 2013 for Helse Nord-Trøndelag HF og Foretaksmøteprotokoll av 14.02.2013. Oppfølging fra administrerende direktør, behandlet. Her ble styret orientert om hvordan administrerende direktør vil følge opp eiers samlede styringskrav.

Gjennom statusrapportene er styret for Helse Nord-Trøndelag HF orientert om status i forhold til hovedelementer i styringsdokument og foretaksmøteprotokoll.
(Sak 08/2013 i styremøtet 18/2 og sak15/2013 i styremøtet 18/3)

Nå presenteres styret for 1.tertialrapport for Eiers styringskrav 2013 til Helse Nord-Trøndelag HF, og tilhørende liste med samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument og foretaksmøteprotokoll for 2013 (Vedlegg 1).

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Styringsdokumentet 2013 og foretaksmøteprotokollen av 14.02.2013 består av 144 oppgaver/ styringsparametere. Risikovurdering av målsettinger og oppgaver er utført av ansvarlige ledere og saksbehandlere etter en mal fra Helse Midt-Norge RHF.

Oppgavene vurderes ut fra sannsynlighet for og konsekvens av å ikke nå målet/løse oppgaven. For områder med kritisk risiko (rød) og høy/middels risiko (gul) vil det kreves at tiltak settes inn for å redusere risikoen og realisere mål/forventa resultat.

Kravet fra Helse Midt-Norge RHF er at ved 1.tertialrapportering skal tiltak knyttet til oppgavene være registrert i matrisen.

Gjennomgang etter 1.tertial viser følgende status på de mål og oppgaver som er risikovurdert:

	Kritisk risiko (rød)	Høy/moderat risiko (gul)	Lav risiko (grønn)
Antall mål og oppgaver	3	64	77

Pr. 1.tertial 2013 er det totalt 3 mål og oppgaver som er vurdert til å ha kritisk risiko, og samtidig har over 44% av oppgavene høy/moderat risiko. 41 av kravene vurderes allerede som oppfylt, mens det for 70 av kravene er igangsatt konkrete tiltak.

I vedlegg 1: Samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument 2013 og foretaksmøteprotokoll finnes en full oversikt over alle oppgaver, som også er elektronisk tilgjengelig på [denne linken](#).

OPPSUMMERING – 1. TERTIAL RAPPORT – STYRINGSdokUMENT 2013

		Antall oppgaver	Kritisk risiko	Høy/moderat risiko	Lav risiko
1-2	Overordnede føringer, Tildeling av midler	2			2
3	Aktivitet	12		8	4
4	Satsingsområder 2013	71	3	37	31
5	Utdanning av helsepersonell	4		2	2
6	Forskning og innovasjon	4		3	1
8	Oppfølging og rapportering	3			3
	Total styringsdokument 2013	96	3	50	43
		100 %	3 %	52 %	45 %

Kommentarer til områder med kritisk risiko:

Pkt. 4.2.4/4.2.4.1 Kvalitetsforbedring – Korridorpasienter

Mål: Ingen korridorpasienter

Antall innleggelser, antall innlagte, antallet senger, liggetid, fleksibiliteten i våre sengearealer, mulighet for utskriving/ viderehenvisning, kapasitet til å få gjennomført nødvendig informasjon og dokumentasjon før utskriving og i det store og hele forsvarlighet av helsehjelpen vi skal gi, er avgjørende for når kapasiteten blir overskredet. Årvåkenhet omkring "faresignaler" og fleksibilitet avdelinger i mellom vil kunne avhjelpe litt og bufre opp noe bruk av korridorsenger. I tillegg er aktiv bruk av våre to DMS med på å hindre mange korridorpasienter. På tross av dette opplever pasienter dessverre en sjelden gang at de må plasseres i korridor for kortere periode. En bevissthet på å sikre tilstrekkelig fleksibilitet innad og mellom avdelinger, et tilstrekkelig sengetall og bemanning som "basis" og en god pasientlogistikk, er de tiltak vi må ha fokus på for å nå målet. Forsvarligheten i det enkelte pasientforløp må uansett være styrende for behandlingsnivået pasienten tilbys.

Pkt. 4.8.2 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling

Mål: Det er etablert tilbud om brukerstyrte plasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Dette kan ikke gjennomføres i HNT innenfor de eksisterende bygninger.

OPPSUMMERING – 1. TERTIAL RAPPORT – FORETAKSPROTOKOLL

		Antall oppgaver	Kritisk risiko	Høy/moderat risiko	Lav risiko
FP 4	Resultatkrav og oppfølging for 2013	8		4	4
FP 5	Organisatoriske krav og rammer for 2013	39		10	29
FP 6	Øvrige styringskrav for 2013	1			1
	Total Foretaksprotokoll	48	0	14	34
		100 %	0 %	29 %	71 %

Kommentarer til enkelte områder med høy/moderat risiko:

FP 4.1.1 Resultatkrav for 2013:

Mål: Helse Nord-Trøndelag HF skal gå med overskudd i 2013 og sikre at den samlede ressursbruken til drift og investeringer og bruk av driftskreditter holdes innenfor vedtatt rammer og resultatkrav. (Krav jfr. styringsdokument 46 mill kr)

Vedtatt budsjett og aktivitetsplan for HNT legger opp til en ressursbruk som skal sikre måloppnåelse for økonomisk resultat, gjennomføring av investeringsplan og bruk av driftskreditt. Gjennom avsetning av reserve for uforutsette kostnader og/eller inntektsbortfall og løpende oppfølging av foretakets drift arbeides det med å redusere risikoen i forhold til å nå fastsatte mål.

Oversikt over drift og økonomi per april indikerer at det er stor sannsynlighet for at foretakets mål knyttet til økonomisk resultat for 2013 ikke vil nås. Konsekvensen av ikke å nå resultatmålet ett år oppleves som moderat. Delmålene knyttet til investeringer og bruk av driftskreditt vil mest sannsynlig kunne innfris. Samlet risiko vurderes derfor som "gul".

FP 4.2.2 Styring og oppfølging i 2013:

Mål: Foretaksmøte forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF viderefører forbedringsarbeidet som sikrer at foretaket oppnår varige kostnadsreduksjoner på løpende drift.

Gjennom driftsplan og budsjett for 2013 har foretakets klinikker utarbeidet tiltak som til sammen beløper seg til vel 52 mill kroner. Ikke alle tiltak har varige kostnadsreducerende effekter. I forbindelse med årets drift, LTP/LTB 2014-2019 og budsjett 2014 vil det bli arbeidet med ytterligere tiltak for å oppnå varige kostnadsreduksjoner i løpende drift.

OPPFØLGING I HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Helse Nord-Trøndelags styringsmodell legger grunnlaget for at man sikrer at det er sammenheng mellom mål og handlinger på alle nivåer i foretaket, og at det skapes resultater innenfor mål-områdene. Modellen består av fem nivåer der man går fra mål og strategier til tiltak og oppfølging.



Mål og strategi

På nivå 1 finner man foretakets langsiktige mål- og strategidokumenter, samt nasjonale og regionale strategier og handlingsplaner.

Styringskrav

På nivå 2 finner man årets styringskrav til foretaket, samt klinikkens oppdragsdokumenter. Oppdragsdokumenter til klinikkene danner utgangspunkt for den formelle styringsdialogen mellom administrerende direktør og klinikkledere.

Styringsparametere

På nivå 3 i styringsmodellen finner man styringsparametere tilknyttet de mål og resultatkrav hvor ansvar er direkte fordelt til klinikken via klinikkens styringskort (månedlig) og foretakets styringsmatrise (tertialvis).

Risikovurdering

Risikovurdering er en viktig del av foretakets styringsmodell, og vi bruker metodikk og verktøy utviklet av det regionale helseforetaket.

Risikovurdering skjer månedlig i klinikkens interne oppfølging, samt i dialogmøter med direktør. I tillegg har man tertialvis risikovurdering gjennom bruk av styringsmatrise i forhold til rapportering på styringsdokument og foretaksprotokoll.

Tiltak og oppfølging

Klinikkledere skal iverksette de tiltak som er beskrevet i budsjettopplegget for 2013. Om mulighetene for å gjennomføre tiltakene etter plan endrer seg, skal klinikkleder utarbeide forslag til alternative tiltak og etter avtale med administrerende direktør iverksette tiltak. Foretaksledelse og klinikkledelse møtes i dialogmøter for å utveksle informasjon og for å drøfte oppfølgingspunkter og tiltak.

DRØFTING

Administrerende direktør ser det som viktig at Helse Nord-Trøndelag HF har risikovurdert mål, styringsparametere og oppgaver i styringsdokumentet og at det blir satt krav om at det settes inn korrigerende tiltak for å redusere risikoen på de områdene måloppnåelse har alvorlige konsekvenser og virker minst sannsynlig. Gjennom styringsdialogen og regelmessige dialogmøter følger administrerende direktør opp overfor lederne i organisasjonen.

Det jobbes kontinuerlig for å finne gode løsninger på de viktigste mål og oppgaver innenfor dagens rammer. Dersom ikke oppgavene kan løses innenfor dagens rammer, må ressurser vurderes omfordelt. Helse Nord-Trøndelag HF vil på denne måten kunne ivareta en risikostyring i forhold til eiers samlede styringskrav.

KONSEKVENSER/KONKLUSJON

Som det fremgår av denne styresaken har Helse Nord-Trøndelag HF identifisert 3 mål/oppgaver med kritisk risiko og 64 oppgaver med høy/moderat risiko i forhold til eiers samlede styringskrav gjennom styringsdokument 2013 og foretaksmøteprotokoll av 14.02.2013.

Disse følges særskilt opp og tiltak settes inn for å redusere risikoen og øke sannsynligheten for å nå målene.

Administrerende direktør mener at det er meget krevende å skulle følge opp og rapportere på så mange store og små oppgaver slik det legges opp til. Oppfølging på risikoutsatte områder er beskrevet og vil bli fulgt opp.

Levanger, 16. mai 2013

Arne Flaatt
Adm.direktør

Saksbehandler: Sveinung Aune

Vedlegg 1 Risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument 2013 og foretaksmøteprotokoller

STYRINGSdokUMENT 2013		Antall oppgaver	Kritisk risiko	Høy/moderat risiko	Lav risiko
1-2	Overordnede føringer, Tildeling av midler				
1.	Strategi 2020	2			2
3	Aktivitet				
3.1	Aktivitet - Somatikk	3			3
3.2	Aktivitet - Psykisk helsevern	5		5	
3.3	Aktivitet - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3		3	
3.4	Aktivitet - Raskere tilbake	1			1
4	Satsingsområder 2013				
4.1	Tilgjengelighet og brukerorientering	9		7	2
4.2	Kvalitetsforbedring	10	2	8	
4.3	Pasientsikkerhet	7		4	3
4.4	System for innføring av nye metoder og ny teknologi	2		1	1
4.5	Samhandlingsreformen	4		3	1
4.6	Kreftbehandling	9		6	3
4.7	Behandling av hjerneslag	2		2	
4.8	Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	4	1	1	2
4.9	Psykisk helsevern	10			10
4.10	Habilitering og rehabilitering	1			1
4.11	Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati	1			1
4.12	Fødselsomsorg	3		3	
4.13	Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling	1			1
4.14	Kjeveleddsdysfunksjon	1			1
4.15	Livsstilsrelaterte tilstander	5		1	4
4.16	Helseberedskap	2		1	1
5	Utdanning av helsepersonell				
5.1	Utdanning av helsepersonell - Strategisk handlingsplan	1		1	
5.2	Utdanning av helsepersonell - Tilsettingsprosess turnusleger	1			1
5.3	Utdanning av helsepersonell - Turnusplasser fysioterapeuter	1			1
5.4	Utdanning av helsepersonell - Kompetanseutvikling	1		1	
6	Forskning og innovasjon				
6.1	Forskning	3		3	
6.2	Innovasjon	1			1
8	Oppfølging og rapportering				
8.1	Oppfølging og rapportering	3			3
Total styringsdokument 2013		96	3	50	43
		100 %	3 %	52 %	45 %

FORETAKSPROTOKOLL 2013		Antall oppgaver	Kritisk risiko	Høy/moderat risiko	Lav risiko
FP 4	Resultatkrav og oppfølging for 2013				
FP 4.1	Resultatkrav for 2013	4		3	1
FP 4.2	Styring og oppfølging i 2013	4		1	3
FP 5	Organisatoriske krav og rammer for 2013				
FP 5.1	Endringer i lov om helseforetak m.v.	1			1
FP 5.3	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (ehelse)	13			13
FP 5.4	Tiltak på personalområdet	10		6	4
FP 5.5	Kartlegging av rapportering i spesialisthelsetjensten	1			1
FP 5.6	Vurdering av utvidet åpningstid for planlagt virksomhet	1			1
FP 5.7	Intern kontroll, risikostyring og krav til forbedring av det pasientadministrative arbeidet	3		1	2
FP 5.8	Regjeringens eierskapspolitikk	2			2
FP 5.10	Forenklet oppgjørsordning for pasientreiser	1			1
FP 5.11	Utvikling av nødmeldetjenesten	1			1
FP 5.12	Barn som tolk	1		1	
FP 5.13	Landsverneplan Helse - oppfølging av verneklasse 1 og 2	5		2	3
FP 6	Øvrige styringskrav for 2013				
FP 6.1	Rapportering til Norsk Pasientregister (NPR)	1			1
Total Foretaksprotokoll		48	0	14	34
		100 %	0 %	29 %	71 %
Totalt Styringsdokument + Foretaksprotokoll		144	3	64	77
		100 %	2 %	44 %	53 %

Vedlegg 1 Risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument 2013 og foretaksmøteprotokoll				
Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
1.1	Strategi 2020	Mål: Helseforetaket skal etter 2.tertial rapportere på hvordan de arbeider med å operasjonalisere de ulike strategiske grepene.	NEI	Det vil bli rapportert etter 2. tertial.
1.2	Strategi 2020	Mål: Helseforetaket skal bidra til å konkretisere og iverksette arbeidet med å styre kapasitetsutnyttelsen mellom eget foretak og St. Olavs Hospital HF.	JA	Avventer konklusjoner på rapporten.
3.1	Aktivitet - Somatikk	Mål: Budsjettert aktivitet er i tråd med bestillingen.	Igangsatt	Budsjettert aktivitet i somatikken er i tråd med bestillingen.
3.1.1	Aktivitet - Somatikk	Styringsparameter: Antall produserte poeng. Budsjettert nivå 2013: 29.179 DRG-poeng Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsatt	1.tertial 2013: Status ved utgangen av april er at man ligger 6% over planen.
3.1.2	Aktivitet - Somatikk	Styringsparameter: Refunderte polikliniske inntekter. Budsjettert nivå 2013: 29,5 mill kr (art 3221 pluss artsgruppe 323) Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsatt	1. tertial 2013: Status ved utgangen av april er at man ligger ca. 0,4 mill kr over planen.
3.2	Aktivitet - Psykisk helsevern	Mål: Økning i samlet PH-aktivitet på minst 3 prosent, og aktivitetsøkning er primært knyttet til poliklinisk aktivitet. Budsjettert nivå 2013: 153 111 (eksl. TSB)	Igangsatt	1. tertial 2013: Status ved utgangen av april er måloppnåelse på 93,4% hittil i år. For beskrivelse av hhv. VOP og BUP - se pkt. 3.2.1 og 3.2.3.
3.2.1	Aktivitet - Psykisk helsevern VOP	Styringsparameter: Antall PH-aktiviteter. Budsjettert nivå 2013: 116.557 PH-aktivitet Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsatt	1. tertial 2013: Status ved utgangen av april er måloppnåelse på 96,9% hittil i år.
3.2.2	Aktivitet - Psykisk helsevern VOP	Styringsparameter: Refunderte polikliniske inntekter. Budsjettert nivå 2013: 16,1 mill kr (artsgruppe 322) Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsatt	Ligger pr 1.tertial under budsjett mål (-0,35 mill kr) pga av større sykefravær og flere permisjoner enn planlagt. Dette vil bedre seg utover sommer/høst.
3.2.3	Aktivitet - Psykisk helsevern BUP	Styringsparameter: Antall PH-aktiviteter. Budsjettert nivå 2013: 36.554 PH-aktivitet Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsatt	1.tertial 2013:Status ved utgangen av april er måloppnåelse på 82,6% hittil i år. Noe svak aktivitet 3 første mnd, pga ubesatte stillinger, turnover og sykefravær. Det er fra mars/april en positiv utvikling, og sterkt
3.2.4	Aktivitet - Psykisk helsevern BUP	Styringsparameter: Refunderte polikliniske inntekter. Budsjettert nivå 2013: 14.5 mill kr (artsgruppe 322) Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsatt	Noe svak aktivitet 3 første mnd, pga ubesatte stillinger, turnover og sykefravær. (Totalt 0,85 mill kr bak plan).Det er fra mars/april en positiv utvikling, og sterkt lederfokus på aktivitet. Tiltak for å øke kapasitet til pasientbehandling.
3.3	Aktivitet - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	Mål: Økning i samlet TSB-aktivitet på minst 8 prosent, og aktivitetsøkning er primært knyttet til poliklinisk aktivitet.	NEI	Ligger under kravet pr 1.tertial 2013. Tror at grep knyttet til endret bemanning i ARP poliklinikk vil gi positive tall
3.3.1	Aktivitet - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	Styringsparameter: Antall PH-aktiviteter. Budsjettert nivå 2013: 7.603 TSB-aktivitet Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	1. tertial 2013: Status ved utgangen av april er måloppnåelse på 96,4% hittil i år.
3.3.2	Aktivitet - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	Styringsparameter: Refunderte polikliniske inntekter. Budsjettert nivå 2013: 2,8 mill kr (artsgruppe 322) Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	Ligger under kravet pr 1.tertial 2013 (-0,07 mill kr). Tror at grep knyttet til endret bemanning i ARP poliklinikk vil gi positive tall
3.4	Aktivitet - Raskere tilbake	Mål: Det øremerkede tilskuddet til "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.	Igangsatt	Tilskuddet til "Raskere tilbake" er fordelt på avdelinger i foretaket i henhold til fastsatte retningslinjer. Denne aktiviteten og tilhørende inntekter registreres særskilt. Slik sikrer vi oss at aktivitet og inntekter knyttet til dette tiltaket blir holdt utenfor og kommer som tillegg til den ordinære aktiviteten i foretaket.
4.1.1	Tilgjengelighet og brukerorientering - Ventetid	Mål: Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager. (Se også FP 4.1.3)	Igangsatt	Helse Nord- Trøndelag er akkumulert for 2013 så langt på 70 dager gjennomsnittlig ventetid. Vårt fokus videre er å sikre at de fagområdene med lengst ventetider blir satt i stand til å redusere disse, og at de pasienter der ventetid er særlig kritisk for sykdomsutvikling, ikke venter ut over det høgst nødvendige. Fokus er på gode rutiner i alle ledd i henvisningsmottak og -vurdering og godt samarbeid med de som henviser om best mulig henvisninger.
4.1.1.1	Tilgjengelighet og brukerorientering - Ventetid	Styringsparametre: Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsatt	Gj.sn.ventetid avviklet - utvikling i 2013: Januar: 71 dager Februar: 69 dager Mars: 67 dager April: 73 dager Akkumulert gj.sn. ved utgangen av april: 70 dager

4.1.2.1	Tilgjengelighet og brukerorientering - Fristbrudd	Styringsparametre: Andel fristbrudd for rettighetspasienter (jfr. Mål i FP 4.1.4) Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsatt	Andel fristbrudd avviklede pasienter - utvikling i 2013: Januar: 2,3% (36 stk) Februar: 1,8% (27 stk) Mars: 1,8% (22 stk) April: 3,0% (50 stk) Akkumulert andel 2,3% (135 stk)
4.1.3	Tilgjengelighet og brukerorientering - Pasienterfaringsundersøkelser	Mål: Resultater fra pasienterfaringsundersøkelser er offentliggjort på helseforetakenes nettsider og aktivt fulgt opp.	Igangsatt	PasOPP- undersøkelsen er tilgjengelig på vår nettside www.hnt.no under Brukermedvirkning. Undersøkelsene blir brukt i daglig forbedringsarbeid og er nyttig for tilrettelegging av våre tilbud. Bruken av pasienterfaringsundersøkelser bør være en viktig del av den enkelte klinikk oppfølging av egen virksomhet og HNT bør sikre kapasitet og rutiner for at slike undersøkelser bli gjennomført og aktivt fulgt opp. I dag er vår bruk av denne formen for brukermedvirkning, ikke aktiv nok.
4.1.3.1	Tilgjengelighet og brukerorientering - Pasienterfaringsundersøkelser	Styringsparametre: Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus. (Publiseres november 2013) Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	1.tertial 2013: Rapporten vil bli fulgt opp når den publiseres i november 2013.
4.1.3.2	Tilgjengelighet og brukerorientering - Pasienterfaringsundersøkelser	Styringsparametre: Brukererfaringer svangerskap/fødsel/barsel. (Publiseres 15.mai 2013) Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	1.tertial 2013: Rapporten vil bli fulgt opp når den publiseres i løpet av mai 2013.
4.1.4.1	Tilgjengelighet og brukerorientering - Fritt sykehusvalg	Styringsparametre: Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker. (Krav 100%) Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsatt	Utvikling i andel ventetider som er oppdatert siste 4 uker: Januar: 98,9% Februar: 100% Mars: 100% April: 99,5% Akkumulert andel ventetider oppdatert: 99,6%
4.1.5	Tilgjengelighet og brukerorientering - Behandlingsplan	Mål: Pasienter som skal gjennom omfattende utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten har fått utarbeidet en behandlingsplan som dokumenteres i journal. Planen skal beskrive planlagt pasientforløp med tentative tidspunkter for de ulike delene av forløpet. Planen skal være et arbeidsdokument for pasient og behandler som revideres ved behov.	Igangsatt	Dette arbeidet er en selvfolgelig del av pasient/ behandler- relasjonen og skal dokumenteres. For pasienten er det en viktig del av retten til medvirkning, til å få informasjon og kunne bidra i og følge med i sin egen utredning og behandling. Viktig å informere om pasientrettigheter og styrke koordinatorfunksjonen i alle avdelinger og sikre at Individuell Plan blir utnyttet og brukt riktig og med "lav terskel". Tidkrevende, men viktig område å sikre gode rutiner og praksis på, slik at vi bidrar til trygghet for pasienten og forsvarlig oppfølging hos våre samarbeidsparter.
4.1.6	Tilgjengelighet og brukerorientering - Regional handlingsplan	Mål: Tiltak i Regional handlingsplan for opplæring av pasienter og pårørende 2012 - 2016 følges opp.	Igangsatt	Informasjon til brukerutvalget hnt og samhandlingskoor. og andre fora utført.
4.10.1	Habilitering og rehabilitering	Mål: Det er under etablering et regionalt prosjekt som har til hensikt å avklare helseforetak og kommuners behov for rehabilitering og samarbeid mellom private rehabiliteringsinstitusjoner og HF/kommuner om pasientforløp. HFene skal bidra til at anbefalinger og vedtak som fattes som følge av dette prosjektet realiseres.	Igangsatt	HNT er representert i styrings- og prosjektgruppe. Første styringsgruppemøte er avviklet og fremdriftsplan følges.
4.11.1	Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati	Mål: Det er iverksatt tiltak for å styrke kunnskapsgrunnlaget om CFS/ME. Arbeidet blir koordinert gjennom eget oppdrag til fagledernetverket.	JA	Arbeidet med CFS/ ME blir i HNT gjennomført ved et tett samarbeid barneavdeling/ BUP og leger med spesiell kompetanse og erfaring med pasientgruppen i medisinsk avdeling på begge sykehus. Det blir drevet systematisk registrering og oppfølging av pasientene og rapport fra oppfølgingen ved BUP er under skriving. Regionalt samarbeid om pasientene vil kunne være viktig for noen enkeltpasienter. Det er ikke etablert faste ambulerende team, da det er individuell oppfølging og vurdering som avgjør om enkeltpasienter eventuelt kan ha behov for et slik tilbud.
4.12.1	Fødselsomsorg - Fødselsrifter	Mål: Redusert andel fødselsrifter Dagens nivå: 2 (landsnitt 2,1, Midt-Norge 2,3)	JA	HNT har gode resultater vedr fødselsrifter, men målet er å komme under 2010 nivået på 1,4.
4.12.2	Fødselsomsorg - Fødselsrifter	Styringsparametre: Andel pasienter med fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4 Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsatt	Tall fra Medisinsk fødselsregister viser følgende utvikling for HNT: 2010: 1,4% 2011: 1,5% 2012: 2,0% HNT har lavest andel pasienter med fødselsrifter i HMN.

4.12.3	Fødselsomsorg - Keisersnitt	Styringsparameter: Andel forløsninger foretatt ved keisersnitt totalt, og andel keisersnitt utført hhv. som øyeblikkelig hjelp og planlagt (elektivt). Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsatt	HNT ligger noe høyere enn gj snitt midt-norge og landssnitt. (HNT 21,1%, HMN 17,6%, Landet 16,5%) Det er ikke etablert noe måltall på dette ift elektive/ø.hjelp. HNT følger med utviklingen, og har som mål å redusere keisersnittandelen.
4.13.1	Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling	Mål: Det er tilstrekkelig kompetanse i helseforetaket og gode rutiner for å ivareta barn som kan ha vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling.	JA	St Olav har spesialkompetanse på dette i Helse Midt-Norge. Barneavdelingen og BUP har rutiner for å avdekke og håndtere slike problemstillinger.
4.14.1	Kjeveleddsdysfunksjon	Mål: Det er gitt behandlingstilbud til pasienter med alvorlig kjeveleddsdysfunksjon som er vurdert utredet ved det tverrfaglige tilbudet etablert i Helse Bergen HF.	JA	Det nasjonale, tverrfaglige kompetansesenteret er kjent. Pasienter med slike problemstillinger forutsettes henvist dit for nødvendig utredning og oppfølging.
4.15.1	Livsstilsrelaterte tilstander	Mål: Helseforetaket rapporterer data om skader og ulykker til NPR	Igangsatt	1.tertial 2013: Siste tilbakemelding på datakvalitet fra Hemit var kun på HNT-nivå og ikke på sykehusnivå. Vi trenger jevnlig tilbakemelding på riktig nivå for å kunne bedre datakvalitet. Det vil kreve større innsats fra Hemit som tar nødvendige datauttrekk.
4.15.1.1	Livsstilsrelaterte tilstander	Styringsparameter: Andel helseforetak som rapporterer data om skader og ulykker i NPR Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	Vi rapporter. Styringsparameter er beregnet på RHF.
4.15.2	Livsstilsrelaterte tilstander	Mål: Helseforetaket har etablert en overordnet ernæringsstrategi i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og "Kosthåndsboken" - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten" (Helsedirektoratet 2012)	Igangsatt	Tett samarbeid mellom kjøkken og kliniske ernæringsfysiologer, samt stor interesse og deltagelse fra noen av de kliniske avdelingene, har gitt HNT mulighet til å utvikle ernæring som pleieindikator. Dette er en viktig del av HNT sin ernæringsstrategi for å skape bevissthet omkring ernæring i daglig behandling og omsorg for pasientene. Et ernæringsutvalg er etablert og ernæringsstrategi er under utarbeiding. Ernæring blir et fokusområde for HNT fremover.
4.15.2.1	Livsstilsrelaterte tilstander	Styringsparameter: Andel helseforetak som har utarbeidet ernæringsstrategi Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	HNT har ernæringsstrategi. Styringsparameter er beregnet på RHF.
4.15.3	Livsstilsrelaterte tilstander	Mål: Økt effektivitet i kirurgi mot sykelig overvekt for å gi høyere kapasitet	JA	Kirurgisk klinikk har i 2011 og 2012 operert ca 140 pasienter pr år for sykelig overvekt. Klinikken har gjennomført egne prosjekter for arbeidsflyt på operasjonsavdelingen og standardisert pasientforløp for hele dette pasientforløpet. Pasientflyten er svært effektiv og det opereres normalt 5 pasienter pr. operasjonsdag. For 2013 er det i utgangspunktet planlagt tilsvarende kapasitet som i 2012. Ventelister håndteres innenfor forsvarlige ventetider. Klinikken kan ha kapasitet for en ytterligere økning, men det er ikke budsjettert med dette i 2013.
4.16.1	Helseberedskap	Mål: Med utgangspunkt i evalueringsrapportene etter terrorangrepet 22. juli 2011 og erfaringer fra øvelser og hendelser, har helseforetaket oppdatert og foretatt nødvendige tilpasninger i sine beredskapsplaner.	Igangsatt	Revidering av planverket er startet.
4.16.2	Helseberedskap	Mål: Det er tatt initiativ til felles trening og øvelser med andre nødetater og frivillige organisasjoner.	JA	Øvelser datofestet og under planlegging.
4.2.1	Kvalitetsforbedring - Nasjonale faglige retningslinjer	Mål: Helseforetakene har utarbeidet planer for implementering av sentrale anbefalinger i relevante nasjonale faglige retningslinjer.	Igangsatt	Implementering av ny kunnskap og nye metoder, er krevende i praksis. God dialog og tett oppfølging av klinikker, god infrastruktur på formidling av informasjon og lett tilgang på litteratur og oppdatert forskning er basisforutsetningene. Gjennom Innblikk (HNT intranett- sider), gjennom den daglige veiledningen i hver avdeling og klinikk, gjennom kursing av nytilsatte og kursing regelmessig av våre ansatte, sikres denne implemetering. Stadig "masing" og påminning om nye retningslinjer, lowerk og forskrifter er nødvendig! Et viktig forhold her er stbasfunksjonenes rolle for oversikt og "påminning" og opplæring opp mot klinikkens eget ansvar for å følge med "egne" områder. Igjen er dialog og "masing" på hverandre viktig for å oppnå god implemetering av kunnskap og metoder.

4.2.2	Kvalitetsforbedring - Rapportering PH og TSB	Mål: Bedre kvalitet i rapporteringen fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Norsk pasientregister. MyWayToPas3 skal implementeres. (MYWayToPas: IT-løsning for å kunne registrere psykiatridata som skal rapporteres til NPR) (se styringsparameter pkt. 4.9.5.3)	Igangsett	MyWay2PAS innføres i Psykiatrisk klinikk pr juni 2013. Datakvalitet forventes bli god etter innføringen.
4.2.3	Kvalitetsforbedring - Epikriser	Mål: 100% av epikriser er sendt ut innen sju dager	Igangsett	Epikrisetiden er redusert og stadig flere pasienter får sin epikrise med seg eller sendt til sin henvisende lege/ fastlege innen målet på 7 dager. Alle klinikkene har hatt stort fokus på å både redusere tid til utsending og å holde fast ved godt faglig innhold i epikrisene. Videre tiltak vil være å sikre god flyt i logistikken, sikre godt innhold, sikre riktig legemiddelliste, gi pasienten informasjon og eventuelt koordinatør og dokumentere plan for videre oppfølging.
4.2.3.1	Kvalitetsforbedring - Epikriser	Styringsparametre: Andel epikriser sendt ut innen sju dager Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsett	Utvikling i andel epikriser innen 7 dager i 2013: Januar: 87,99% Februar: 89,18% Mars: 89,36% April: 89,60%
4.2.4	Kvalitetsforbedring - Korridorpasienter	Mål: Ingen korridorpasienter	Igangsett	Antall innleggelser, antall innlagte, antallet senger, liggetid, fleksibiliteten i våre sengearealer, mulighet for utskriving/ viderehenvisning, kapasitet til å få gjennomført nødvendig informasjon og dokumentasjon før utskriving og i det store og hele forsvarlighet av helsehjelpen vi skal gi, er avgjørende for når kapasiteten blir overskredet. Årvåkenhet omkring "faresignaler" og fleksibilitet avdelinger i mellom vil kunne avhjelpe litt og bufre opp noe bruk av korridorssenger. I tillegg er aktiv bruk av våre to DMS med på å hindre mange korridorpasienter. På tross av dette opplever pasienter dessverre en sjelden gang at de må plasseres i korridor for kortere periode. En bevissthet på å sikre tilstrekkelig fleksibilitet innad og mellom avdelinger, et tilstrekkelig sengetall og bemanning som "basis" og en god pasientlogistikk, er de tiltak vi må ha fokus på for å nå målet. Forsvarligheten i det enkelte pasientforløp må uansett være styrende for behandlingsnivået pasienten tilbys.
4.2.4.1	Kvalitetsforbedring - Korridorpasienter	Styringsparametre: Andel korridorpasienter ved somatiske sykehus Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	Utvikling i andel korridorpasienter i 2013: Januar: 3,45% (254 pasienter) Februar: 3,37% (204 pasienter) Mars: 2,86% (110 pasienter) April: 2,80% (162 pasienter) Akkumulert 2,76% (730 pasienter)
4.2.5.1	Kvalitetsforbedring - Nasjonale kvalitetsindikatorer	Styringsparametre: 30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårbensbrudd Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	Etter gjennomgang av denne indikatoren i Fagsjefmøtet, er det klart at det ikke er tilgjengelige data fra NPR å bruke. HNT HF kan dermed ikke svare ut indikatoren pga manglende tallgrunnlag. Siste publiserte tall er fra 2011.
4.2.5.2	Kvalitetsforbedring - Nasjonale kvalitetsindikatorer	Styringsparametre: 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	Etter gjennomgang av denne indikatoren i Fagsjefmøtet, er det klart at det ikke er tilgjengelige data fra NPR å bruke. HNT HF kan dermed ikke svare ut indikatoren pga manglende tallgrunnlag. Siste publiserte tall er fra 2011.
4.2.5.3	Kvalitetsforbedring - Nasjonale kvalitetsindikatorer	Styringsparametre: 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	Etter gjennomgang av denne indikatoren i Fagsjefmøtet, er det klart at det ikke er tilgjengelige data fra NPR å bruke. HNT HF kan dermed ikke svare ut indikatoren pga manglende tallgrunnlag. Siste publiserte tall er fra 2011.
4.2.5.4	Kvalitetsforbedring - Nasjonale kvalitetsindikatorer	Styringsparametre: 30 dagers risikjustert totaloverlevelse Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	Etter gjennomgang av denne indikatoren i Fagsjefmøtet, er det klart at det ikke er tilgjengelige data fra NPR å bruke. HNT HF kan dermed ikke svare ut indikatoren pga manglende tallgrunnlag. Siste publiserte tall er fra 2011.
4.3.1	Pasientsikkerhet - Pasientsikkerhetskampanjen	Mål: Alle sykehus og helseforetak implemterer de aktuelle tiltakspakkene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "i trygge hender" og rapporterer egne resultater.	Igangsett	Det er laget en plan for implementering av tiltakspakkene. Denne er gjennomgått med klinikklederne for de aktuelle avdelinger. Kontaktpersoner for Fagavdelingen blir kvalitetsrådgiverne i aktuell klinikk.

4.3.2	Pasientsikkerhet - Pasientsikkerhetskampanjen	Mål: Ledelsen i helseforetaket iverksetter tiltak for å følge opp egne resultater i kampanjen, kartleggingen av pasientsikkerhetskultur, meldinger til Kunnskapssenteret og tilsynsrapporter.	Igang satt	Resultatet for Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen er gjennomgått i ledelsen. Direktøren ønsker å starte opp med pasientsikkerhetsvisitter. HNT har rapportert til Kunnskapssenteret etter de maler som er gitt.
4.3.3	Pasientsikkerhet - Pasientadministrative systemer	Mål: Helseforetaket har utarbeidet planer for løpende opplæring i bruk av pasientadministrative systemer.	JA	Helge Nord-Trøndelag har etablert system og rutiner for opplæring av nytilsatte i bruk av EPI. Våre EPI-rådgivere arrangerer ellers oppfriskingskurs for ansatte etter behov både i bruken av DocuLive og i Talegjenkjenning.
4.3.4	Pasientsikkerhet - Informasjon	Mål: Helseforetaket legger på egnet måte ut informasjon om meldte § 3-3 hendelser, samt egne resultater fra journalundersøkelsen.	Igang satt	Det arbeides med egnet måte for publisering av § 3-3 meldinger og organisering av prosessen fram mot publisering.
4.3.4.1	Pasientsikkerhet - Pasientsikkerhetskampanjen	Styringsparametre: Antall gjennomførte journalundersøkelser etter GTT-metoden, i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer, per sykehus. Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	JA	Tallene for begge sykehus fra 2012 er oversendt Kunnskapssenteret og lagt ut på Extranett.
4.3.5	Pasientsikkerhet - Samstemming legemiddellister	Mål: Helse Nord-Trøndelag HF skal utføre samstemming av legemiddellister i samarbeid med Sykehusapotekene i Midt-Norge	Igang satt	Klinisk farmasøyt- stillingne som HNT HF kjøper hos Sykehusapoteket er økt for 2013. Dette gir økt kapasitet og mulighet til innføring av legemiddelforskriften, støttefunksjon til pilotprosjekt eKurve og daglig støtte og oppfølging av enkeltklinikker i større grad enn tidligere. Samstemming av legemiddellistene gjøres nå regelmessig på flere avdelinger. Kapasiteten er fortsatt ikke slik at dette er mulig å få til på alle avdelinger, men metoden blir mer og mer kjent og mer og mer del av den daglige kvalitetskontrollen på flere avdelinger. Undersøkelser gjort av sykehusapotekenes farmasøyter viser at det fortsatt er et betydelig forbedringspotensial. Arbeidet med styrking av kvalitetsarbeidet omkring legemiddelhåndteringen, må holde frem!
4.3.6.1	Pasientsikkerhet - Infeksjoner	Styringsparametre: Prevalens av sykehusinfeksjoner Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	JA	HNT hadde 3. kvartal 2012 en totalprevalens på sykehusinfeksjoner på 3%. 1. halvår 2012 var denne på 5,5%.
4.4.1	System for innføring av nye metoder og ny teknologi	Mål: Det er etablert nødvendig kompetanse og metodestøtte for utførelse av minimetodevurderinger i samarbeid med HMN og øvrige helseforetak.	Igang satt	Medarbeidere fra HNT har vært på kurs/møter for å lære om mini-HTA som metode for vurdering av innføring av nye behandlingsmetoder og/eller ny teknologi. Det er ønskelig at medarbeidere både fra fagavdelingen og fra økonomiavdelingen innehar kompetanse på dette området.
4.4.1.1	System for innføring av nye metoder og ny teknologi	Styringsparametre: Antall gjennomførte mini-metodevurderinger som er sendt til Kunnskapssenterets database Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igang satt	Oversikt over gjennomførte mini-metodevurderinger vil bli sendt til Kunnskapssenterets database. Foretakets data og analyseavdeling er ansvarlig for rapportering.
4.5.1	Samhandlingsreformen - Desentralisering	Mål: Det er utarbeidet planer for desentralisering av spesialisthelsetjenester i dialog med kommunene.	Igang satt	Det er ikke utarbeidet en samlet plan for desentralisering av spesialisthelsetjenesten i samarbeid med kommunene. Imidlertid er det igangsatt arbeide rundt de 2 DMSene mht. stadig utvikling av desentral spesialisthelsetjeneste, DPS Kolvereid har, sammen med kommunene olanlagt et prosjekt hvor både kommunehelsetjeneste, psykiatrik og somatisk helsetjeneste sammen skal utvikle en desentral modell/samlokalisering av tjenester.
4.5.2	Samhandlingsreformen - Øhjelp	Mål: Helseforetaket samarbeider med kommunene om etableringen av øyeblikkelig hjelp døgn tilbud i kommunene som et alternativ til sykehusinnleggelse. De regionale helseforetakene har bidratt til at nye øyeblikkelig hjelp døgn tilbud i kommunene har en kvalitet som reelt sett avlaster sykehus. Det vises til Helse direktoratet veileder om kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold.	Igang satt	Det pågår et kontinuerlig arbeide rundt opprettelsen av ø-hjelpstilbud i kommunene. Tilbudet er etablert ved de 2 DMSene, samt i Overhalla kommune. HNT har ved alle etableringene vært involvert i prosessene. HNT er også pr. dd. involvert i arbeidet hos de kommuner som nå planlegger å opprette dette ila. 2014, dvs Leksvik/Rissa, samt Innheredsregionen.

4.5.3	Samhandlingsreformen - Samlokalisering	Mål: Det er vurdert om desentraliserte spesialisthelsetjenester bør samlokaliseres med det kommunale tilbudet.	Igang satt	Det er betydelig aktivitet fra HNT ved våre 2 DMSer, i tillegg er det etablert desentrale tilbud om dialyse (Leksvik). Videre planlegges det, sammen med kommunene etablering av ø-hjelpstilbud/evt. andre tilbud lokalisert i umiddelbar nærhet til våre 2 sykehus (Namsos og Levanger). Det er imidlertid behov for å gjøre en samlet vurdering av dette sammen med kommunene (ASU)
4.5.4	Samhandlingsreformen - Utskrivningsklare pasienter	Mål: Det er sikret at ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter ikke har endret vurderingen av når en pasient er utskrivningsklar.	Igang satt	Kriteriene for når en pasient er utskrivningsklar er implementert i alle klinikker på en god måte. Imidlertid vil det være behov for en kontinuerlig dialog i de kliniske miljøer i HNT, samt med kommunene for å sikre at grensene for dette ikke strekkes mere enn det som er naturlig mht. den medisinske utvikling. Dette er tema i dialogmøtene med kommunene som arrangeres 2 ganger pr. år, samt i ASU i forb. med revisjon og oppfølging av samarbeidsavtaler og tjensteavtalene.
4.6.1	Kreftbehandling - Forløp	Mål: Det er gjennomført tiltak for å effektivisere utredning og redusere flaskehals i forløpene for kreftpasienter.	Igang satt	Kontinuerlig forbedringsarbeid og nitid oppfølging av ventelister, gode rutiner omkring mottak og oppfølging av henvisningene, godt samarbeid mellom de ulike involverte avdelingene og forbedringsarbeid PAS- det gir resultater. Videre oppfølging av regionale PAS- rutiner og bevisstgjøring på den enkeltes rolle for å sikre god oppfølging av forløp som krever ekstra innsats fra ulike avdelinger og klinikker. Kapasiteten på ulike poliklinikker og enkeltundersøkelser kapasitet på Avdeling for billegdiagnostikk, er de viktigste flaskehalsene. Her blir det i søknad ID NR for 2013 og videre arbeid med legestillinger, forsøkt sikret økt kapasitet.
4.6.2	Kreftbehandling - Forløp	Mål: 80% av kreftpasienter har forløp innenfor anbefalte forløpstider: 5 virkedager fra mottatt henvisning til henvisningen er vurdert 10 virkedager fra mottatt henvisning til utredning er påbegynt 20 virkedager fra mottatt henvisning til start av behandling	Igang satt	Kravene har nå vært aktuelle i vel 1 år, og arbeidet med å sikre at de pasientene som ikke skal vente, slipper å vente unødige. Holdningsarbeid og felles innsats fra alle involverte både for utredning/ behandling og for logistikk/ administrasjon, bidrar til at vi gjør det vi kan for å nå kravene. Tilsynene så langt har vist at vi var nære ved å nå målene i 2012, og bevissheten og gjennomgangen av våre rutiner, gjør at vi mener vi skal ha større mulighet for å nå målene i 2013.
4.6.2.1	Kreftbehandling - Forløp	Styringsparametre: Andel pasienter med tykktarmskreft som får behandling innen 20 dager Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	Andel 2011 (NPR-tall): 55,7 % Pr. 1. tertial 2012 (NPR-tall): Andel 66,7% Pr. 2. tertial 2012 (NPR-tall): Andel 72,7% Klart positiv utvikling mot måltall 80 %.
4.6.2.2	Kreftbehandling - Forløp	Styringsparametre: Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	Andel 2011 (NPR-tall): 79,7 % Pr. 1. tertial 2012: Andel 73,7%. Pr. 2. tertial 2012: Andel 75,0% Stabile tall og nært opptil måltall 80 %.
4.6.2.3	Kreftbehandling - Forløp	Styringsparametre: Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	Andel 2011 (NPR-tall): 41,7 % Pr. 1. tertial 2012 (NPR-tall): Andel 50,0% Pr. 2. tertial 2012 (NPR-tall): Andel 55,6% Lungekreftventetidene er med bakgrunn i våre rapporterte tall bedret i 2012, men det er usikkerhet omkring tallene. Lungekreft utredning og behandlingen er sentralisert, og uklart hvem som rapporterer hva i fhht måltall 80 %.

4.6.3	Kreftbehandling - Forløp	Mål: I løpet av 2012 er det i alle HF-ene i regionen arbeidet for å etablere gode rutiner som skal sikre at HMN oppfyller nye krav til forløpstider for kreftpasienter. Det forutsettes at dette arbeidet videreføres i 2013 og at det er etablert dokumenterte rutiner i alle enheter som sikrer korrekt måling av forløpstid i den aktuelle enheten og for pasientens totale forløpstid. Det skal legges særsilt vekt på at dokumenterte rutiner følges ved overføring av pasienter innad i sykehusene, mellom sykehusene og mellom HF-ene i regionen. Dette ansvaret tilligger både avgivende og mottakende enhet.	Igangsatt	HNT HF og de andre HF i Helse Midt- Norge har siste året hatt virksomhetstilsyn der disse forholdene er gjennomgått (tilsyn kolorektalkreft). I disse dager leverer hvert HF i felleskap frem våre felles oppgaver i fht bedringer i PAS og bedring i rutiner i bruk av PAS og nødvendige "workarounds" for å sikre riktige registreringer, oversikt og oppfølging av forløpene. Dette gjelder kreftpasienter, men det viktige er at denne gjennomgangen også sikrer gode rutiner i alle pasientforløp. Det er laget en plan for gjennomføring av nødvendig opplæring, reopplæring, kontroll og revisjon av implementering. Regionalt samarbeid sikrer at mottakende og avgivende avdelinger og sykehus nå skal ha samme rutiner for dette.
4.6.4	Kreftbehandling - Informasjon	Mål: Det er iverksatt tiltak for å bedre informasjon til kreftpasienter og koordinere pasientforløpene, for eksempel ved bruk av kreftkoordinatorer	JA	Ingen kan vel si at en blir god nok til informasjon og koordinering, men HNT har etablert koordinerende enhet på HF- nivå, vi har klare rutiner for tildeling av koordinator til alle kreftpasienter og vi etablerer klare rutiner for alle avdelinger vedr bruk av koordinator og individuell plan. Vi mener vi har lagt en god struktur for og er på plass i fht dette målet. Bevissthet på bruken av disse hjelpemidlene må styrkes, og her er det et vedvarende holdningsarbeid og opplæring som må til.
4.6.5	Kreftbehandling - Rekonstruksjon bryst	Mål: Det er bygget opp robuste fagmiljøer med økt kapasitet for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft. Vi viser til særskilt oppdrag gitt til St. Olavs Hospital HF i 2012.	JA	I samarbeid med St Olav, er det etablert tilbud ved HNT HF.
4.6.5	Pasientopplæring	Mål: Det er etablert flere tilbud for pasientopplæring, likemannsarbeid og mestring, herunder pusterom og vandresentre.	Igangsatt	Under arbeid
4.7.1	Behandling av hjerneslag	Mål: 20% av pasienter med hjerneinfarkt under 80 år har fått trombolyse	NEI	Det er i gang et større arbeid lokalt og nasjonalt for å sikre at pasientene med hjerneslag får riktig og rask helsehjelp i tråd med gjeldende god praksis. HNT er med i dette arbeidet gjennom Pasientsikkerhetskampanjen og læringsnettverk for hjerneslag. Våre tall kan bli bedre, og fokus er på å lage gode pasientforløp for pasientene i Nord-Trøndelag. Kravet på 20% av alle under 80 år med hjerneslag blir vanskelig å nå for HNT i 2013. En gjennomgang av alle detaljer i forløpene vil bli gjennomført for å avklare nødvendige tiltak.
4.7.1.1	Behandling av hjerneslag	Styringsparametre: Andel pasienter under 80 år med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysbehandling Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsatt	Andel pr 2. tertial 2012 = 1,6 %. Vi er med i læringsnettverk Pasientsikkerhetskampanjen i Hjerneslag.
4.8.1	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	Mål: Det er behov for en gjennomgang av den samlede kapasiteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og det bør vurderes om det er behov for en ytterligere kapasitetsøkning på feltet, særlig når det gjelder langtidsplasser drevet av ideelle organisasjoner.	JA	Forprosjekt for overføring av rusforetakets oppgaver til andre foretak leverte sin rapport i april 2013.
4.8.2	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	Mål: Det er etablert tilbud om brukerstyrte plasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.	NEI	Dette kan ikke gjennomføres i HNT før nytt bygg for psykiatrien er bygget.
4.8.3	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	Mål: Det er etablert systemer ved somatiske avdelinger for å fange opp pasienter med underliggende rusproblemer og eventuelt viderehenvise disse til tverrfaglig spesialisert rusbehandling.	Igangsatt	Arbeid er igangsatt av ARP v/ Torunn Aurstad
4.8.4	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	Mål: Det er gjennomført brukerundersøkelser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i alle helseforetak.	JA	Utført.
4.9.1	Psykisk helsevern - Akutt DPS	Mål: Akuttberedskap ved DPS er etablert på døgnbasis, eventuelt i samarbeid med andre institusjoner der lokale forhold gjør det nødvendig.	JA	Akuttberedskap ved DPS'er dekkes av klinikkens vaktlegeenheter ref Nor-Trøndelag modellen.
4.9.1.1	Psykisk helsevern - Akutt DPS	Styringsparametre: Andel DPS som dekker akuttberedskap utover normal arbeidstid Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	JA	Ref 4.9.1
4.9.2	Psykisk helsevern - Ambulant DPS	Mål: Alle DPS har etablert ambulante funksjoner der leger og psykologer deltar.	JA	Ambulant virksomhet med leger og psykologer springer ut fra klinikkens DPS'er. Disse er ikke organisert i egne seksjoner, men er en del av de polikliniske seksjonene.

4.9.3	Psykisk helsevern -Tvang	Mål: Andel tvangsinnleggelse er redusert med 5% i samarbeid med de kommunale tjenestene	JA	Små tall gjør det vanskelig/umulig å måle godt nok. Har ikke hatt økning i 2013 i forhold til 2012.
4.9.3.1	Psykisk helsevern -Tvang	Styringsparametre: Andel tvangsinnleggelse (antall per 1000 innbygger i opptaksområdet) Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	JA	Små tall gjør det vanskelig/umulig å måle godt nok. Har ikke hatt økning i 2013 i forhold til 2012.
4.9.4	Psykisk helsevern -Tvang	Mål: Andel tvangsbehandlingstiltak (tvangsmedisinering) er redusert med 5%	JA	Små tall gjør det vanskelig/umulig å måle godt nok. Har ikke hatt økning i 2013 i forhold til 2012.
4.9.4.1	Psykisk helsevern -Tvang	Styringsparametre: Andel tvangsbehandlingstiltak (antall per 100.00 innbygger > 18 år) Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	JA	Små tall gjør det vanskelig/umulig å måle godt nok. Har ikke hatt økning i 2013 i forhold til 2012.
4.9.5.1	Psykisk helsevern - Reinnleggelse	Styringsparametre: Andel reinnleggelse innen 30 dager for pasienter med schizofreni Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	JA	Små tall gjør det vanskelig/umulig å måle godt nok. Har ikke hatt økning i 2013 i forhold til 2012.
4.9.5.2	Psykisk helsevern - Andel DPS	Styringsparametre: Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	JA	Utført i 1. tertial i samarbeid med Data/Analyse avdelingen.
4.9.5.3	Psykisk helsevern - Rapportering PH og TSB	Styringsparametre: Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern voksne (jfr. Mål pkt. 4.2.2) (Krav 100%) Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	JA	Ref 4.2.2
5.1	Utdanning av helsepersonell - Strategisk handlingsplan	Mål: Foretaksgruppen skal lage en Strategisk handlingsplan for utdanning i samarbeid med utdanningsinstitusjonene og primærhelsetjenesten. Planen skal beskrive mål, organisering, ansvar og tiltak. Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i utviklingen av handlingsplanen og implementere besluttede tiltak.	NEI	Arbeidet er ikke igangsatt. Arbeidet er under planlegging og vil bli fulgt opp i 2. tertial.
5.2	Utdanning av helsepersonell - Tilsettingsprosess turnusleger	Mål: Rask og effektiv tilsettingsprosess for turnusleger i samarbeid med aktuelle kommuner.	Igangsatt	Tilsetting av turnusleger i HNT er igangsatt, og følger de nasjonale retningslinjene. HNT er gjennom Personalnettverket i dialog med kommunene om hvordan samarbeid mellom HNT og kommunene skal organiseres. ASU har besluttet at Nord-Trøndelag forholder seg til §12 b i Forskrift for turnusleger, som modell for samarbeid
5.3	Utdanning av helsepersonell - Turnusplasser fysioterapeuter	Mål: Antall turnusplasser for fysioterapeuter er økt, jf. kap. 732, post 70 Særskilte tilskudd (Turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter).	Igangsatt	Foretaket vurderer fortløpende henvendelser vi mottar fra Fylkeslegen om å motta økt antall kandidater for fysioterapeuter i turnus.
5.4	Utdanning av helsepersonell - Kompetanseutvikling	Mål: Helseforetaket har bidratt til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelse- og omsorgstjeneste, spesielt innen geriatri, nevrologi, habilitering/rehabilitering, psykisk helse og rusmiddelavhengighet. Dette som en oppfølging av lovpålagte samarbeidsavtaler mellom helseforetak i kommune.	Igangsatt	Det er igangsatt et arbeid rundt tjenesteavtale 6 som ivaretar dette. Arbeidsgruppen (partsammensatt) leverer anbefalinger til neste ASU-møte i Juni. ASU vil deretter ta stilling til om ytterligere tiltak skal iverksettes.
6.1.1	Forskning - Pasientsikkerhet	Mål: Det er iverksatt tiltak for å øke forskning på pasientsikkerhet.	Igangsatt	Pasientsikkerhet er indirekte et forhold som all forskning som skjer i spesialisthelsetjensten har som fokus i siste instans.
6.1.2	Forskning - Publikasjoner	Mål: Minst 40 prosent av publikasjonene fra 2013 i Helse Nord-Trøndelag HF har internasjonalt samarbeid (en eller flere utenlandske medforfattere).	Igangsatt	Dette avklares før mars 2014. Det blir ved tildeling av forskningsmidler og i vegledning til aktuelle forskere, understreket mulighet for internasjonalt samarbeid og satsing på publisering internasjonalt.
6.1.3	Forskning - Artikler	Mål: Minst 20 prosent av artiklene fra 2013 i Helse Nord-Trøndelag HF var på nivå 2 eller 2a (publisert i tidsskrifter vurdert å ha høy kvalitet og relevans).	Igangsatt	Dette blir mulig å svare på før mars 2014, da tallene foreligger. Ved tildeling av midler og i vegledning av forskerne blir det lagt vekt på å nå en kvalitet som gjør publisering på nivå 2 mulig.
6.2.1	Innovasjon	Mål: Helseforetakene skal legge tilrette for innovasjon.	JA	HNT har samarbeid med TTO/ NTNU for innovasjon. Viser til informasjon i Foretaksledelsen og TTO sine hjemmesider.
8.1	Oppfølging og rapportering	Mål: Rapportering på særskilte områder, vedlegg 3	NEI	Rapportering skjer i årlig melding.
8.1.1	Oppfølging og rapportering	Særskilte områder: Forskning og innovasjon. Se vedlegg.	NEI	Rapportering skjer i årlig melding.
8.1.2	Oppfølging og rapportering	Særskilte områder: Metodevurdering. Se vedlegg.	NEI	Rapportering skjer i årlig melding.

FP 4.1.1	Resultatkrav for 2013	Mål: Helse Nord-Trøndelag HF skal gå med overskudd i 2013 og sikre at den samlede ressursbruken til drift og investeringer og bruk av driftskreditter holdes innenfor vedtatt rammer og resultatkrav. (Krav jfr. styringsdokument 46 mill kr)	Igangsatt	Vedtatt budsjett og aktivitetsplan for HNT legger opp til en ressursbruk som skal sikre måloppnåelse for økonomisk resultat, gjennomføring av investeringsplan og bruk av driftskreditt. Gjennom avsetning av reserve for uforutsette kostnader og/eller inntektsbortfall og løpende oppfølging av foretakets drift arbeides det med å redusere risikoen i forhold til å nå fastsatte mål. Oversikt over drift og økonomi per april indikerer at det er stor sannsynlighet for at foretakets mål knyttet til økonomisk resultat for 2013 ikke vil nås. Konsekvensen av ikke å nå resultatmålet ett år oppleves som moderat. Delmålene knyttet til investeringer og bruk av driftskreditt vil mest sannsynlig kunne innfris. Samlet risiko vurderes derfor som "gul".
FP 4.1.2	Resultatkrav for 2013	Mål: Lovverket for rettighetspasienter skal overholdes.	JA	HNT HF har i realiteten i dag ingen Fristbrudd, og krav til gjennomsnittlige ventetider og krav til kreftforløp er det stor bevisshet og fokus på. Det er etablert system for å fange opp pasienter som skal ha tilbud om behandling/ utredning gjennom HELFO med egne kontaktpersoner. Innføring av Meldingsløftet har strukturert mottak og vurdering av henvisninger. PAS- rutiner og oppfølging av ventelister er revidert.
FP 4.1.3	Resultatkrav for 2013	Mål: Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være under 65 dager. Se pkt 4.1.1 og pkt 4.1.1.1 for styringsparameter.	Igangsatt	For kommentar se pkt. 4.1.1. og styringsparameter pkt. 4.1.1.1.
FP 4.1.4	Resultatkrav for 2013	Mål: Fristbrudd skal ikke forekomme. Se pkt 4.1.2.1 for styringsparameter.	NEI	For styringsparameter se pkt. 4.1.2.1.
FP 4.2.1	Styring og oppfølging i 2013	Mål: Foretaksmøtet ba om at det ved planlegging og gjennomføring av større endringsprosesser, legges til grunn relevante erfaringer fra tidligere omstillinger både i egen og andre regioner.	NEI	Løpende vurderinger
FP 4.2.2	Styring og oppfølging i 2013	Mål: Foretaksmøte forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF viderefører forbedringsarbeidet som sikrer at foretaket oppnår varige kostnadsreduksjoner på løpende drift.	Igangsatt	Gjennom driftsplan og budsjett for 2013 har foretakets klinikk utarbeidet tiltak som til sammen beløper seg til vel 52 mill kroner. Ikke alle tiltak har varige kostnadsreducerende effekter. I forbindelse med årets drift, LTP/LTB 2014-2019 og budsjett 2014 vil det bli arbeidet med ytterligere tiltak for å oppnå varige kostnadsreduksjoner i løpende drift.
FP 4.2.3	Styring og oppfølging i 2013	Mål: Foretaksmøtet ba helseforetaket sikre at den medisinske kodingen er faglig korrekt og ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering.	Igangsatt	1. tertial 2013: Dette er gjennomført omorganisering av kodesekretærer fra 1. september 2012, der kodesekretærer organiseres i klinikkene. Forslag til nye rutiner, arbeidsmetodikk og arbeidsfordeling mellom klinikk og stab er tatt opp i møter med klinikkene. Endelige rutiner skal være på plass før sommerferien.
FP 4.2.4	Styring og oppfølging i 2013	Mål: Foretaksmøtet ba helseforetaket sette i verk organisatoriske og/eller økonomiske tiltak for å sikre at målsettingen om at det ikke skal være korridorpasienter fylles. Foretaksmøtet ba helseforetaket rapportere særskilt på dette innen 15.mai 2013.	JA	Foretaket har rapportert status gjennom pkt. 4.2.4 i styringsmatrisen.
FP 5.1	Endringer i lov om helseforetak m.v.	Mål: Foretaksmøtet ba helseforetaket foreta nødvendige tilpasninger for å følge opp endringene i lov om helseforetak, jf. Prop. L 120 (2011-2012) og Innst. 62 L (2012-2013).	JA	Styreinstruks og styrevedtekter skal i følge endringene gjennomgås. Styreinstruks er styresak i mai 2013 og styrevedtektene gjennomgås.
FP 5.10.1	Forenklet oppgjørordning for pasientreiser	Mål: Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF ved forespørsel om å bidra i arbeidet for å forenkle oppgjørordningen for pasientreiser uten rekvisisjon.	Igangsatt	Kjetil Aas skal være med i nasjonal arbeidsgruppe
FP 5.11.1	Utvikling av nødmeldetjenesten	Mål: Foretaksmøtet ba om at helseforetaket bidrar i den videre utbyggingen av Nødnett.	Igangsatt	Klinikken deltar i alle etablerte fora for innføring av nødnett. Klinikken har sammen med eiendomsavdelingen snart ferdigstilt et utredningsarbeid for ombygging i akuttmottak for å få et nytt teknisk rom på ca 30 m2. Klinikken anser seg å være tilnærmet i rute i forhold til planlegging av innføring av nytt nødnett.

FP 5.12.1	Barn som tolk	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF iverksetter nødvendige tiltak som medvirker til at ingen barn under 18 år brukes som tolk i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av foreldres eller andre slektingers diagnose. Barn under 18 år kan kun unntaksvis brukes som tolk ved akutte situasjoner hvor det er fare for liv og helse.	Igangsatt	Tolketjenesten i Helse Midt har i 2012 vært på anbud, og Semantix fikk dette oppdraget. Implemtering av tjenesten og bruken av denne har møtt en del vansker. Bruken av barn som tolk er et viktig tema som går på å respektere barn og barns situasjon når familiemedlemmer, foreldre og bekjente blir syke. Arbeid med etisk reglement og nødvendig refleksjon og holdningsskapende arbeid omkring dette, vil være en viktig del av det å unngå bruk av barn som tolk. En velfungerende tolketjeneste ellers er en annen viktig faktor.
FP 5.13.1	Landsverneplan Helse - oppfølging av verneklasse 1 og 2	Mål: Helseforetaket må sørge for at arbeidet med forvaltningsplaner for bygg og eiendom i verneklasse 1 og 2 blir gitt prioritert slik at dette arbeidet kan ferdigstilles innen utgangen av 2013, jf Fredningsforskriftens kap. 2 Fredete eiendommer i HoDs landsverneplan, §2-3 Frist for forvaltningsplan.	NEI	Arbeidet med forvaltningsplanen er tilnærmet ferdig og det gjenstår kun redigering av bildemateriale. Arbeidet ferdigstilles sommeren 2013
FP 5.13.2	Landsverneplan Helse - oppfølging av verneklasse 1 og 2	Helseforetaket må sørge for at vedtatt forvaltningsplan for eiendom i verneklasse 2 blir tinglyst som heftelse på eiendommen.	NEI	Tinglysning planlagt utført i 2013. Viser forøvrig til drøfting i nasjonalt nettverk for landsverneplan.
FP 5.13.3	Landsverneplan Helse - oppfølging av verneklasse 1 og 2	Dersom det er aktuelt å avhende eiendom som er undergitt vern i verneklasse 1 eller 2, skal helseforetaket sørge for at vedtatt forvaltningsplan for eiendommen er tinglyst som hefte på eiendommen før salget blir gjennomført.	NEI	Helse Nord-Trøndelag har ingen plan om salg av psykiatribygningene på Levanger
FP 5.13.4	Landsverneplan Helse - oppfølging av verneklasse 1 og 2	Alle vernede eiendommer skal få påmontert synlig merking som opplyser om vernet. Merkingen skal være utformet i samsvar med felles nasjonale retningslinjer utarbeidet av de regionale helseforetakene.	NEI	Nasjonalt nettverk for landsverneplan har drøftet en standard merking av helsebygg i verneklasse 1 og 2. Det er så langt ikke tatt beslutning med hensyn på type merking.
FP 5.13.5	Landsverneplan Helse - oppfølging av verneklasse 1 og 2	Felles rutiner for utarbeiding av forvaltningsplaner, gjennomføring av vedlikehold og søknadspålytende tiltak for vernede byggverk og område i helseregionene skal legges til grunn for forvaltningen av vernede bygg og eiendommer tilhørende helseforetaket, ref også styresak for HMN RHF 111/12 og sak 09/13 Kulturminnevernet - felles rutiner for utarbeidelse av forvaltningsplaner, vedtatt i styremøte 31.01.13	NEI	Rutiner for forvaltning, gjennomføring av vedlikehold og søknadspålytende tiltak er beskrevet i forvaltningsplan som ferdigstilles sommeren 2013.
FP 5.3.1	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	Mål: Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å bidra videre i arbeidet med ferdigstilling av IKT-strategi Del II Handlingsplan	JA	Ass.dir Mads Einar Berg og Pauls Fuglesang deltar i prosjektgruppen for det regionale IKT-strategiprojektet.
FP 5.3.10	Innføringen av ny registreringsløsning for psykiatri for rapportering til NPR	Mål: Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å ferdigstille innføringen av registreringsløsning for psykiatrien og dermed sikre at vår region fra 01.09.13 kan begynne å rapportere komplette data innen psykisk helsevern.	JA	Ref svar gitt på pkt 4.2.2
FP 5.3.11	Metodikk og IKT-verktøy for helhetlig virksomhetsstyring og risikostyring	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF allokerte egne nødvendige ressurser til arbeidet med utvikling av metodikk og IKT-verktøy for helhetlig virksomhetsstyring og risikostyring i foretaksgruppen.	Igangsatt	1.tertial 2013: Prosjektet er startet, og det er avsatt ressurser til ledelse og deltagelse av prosjektet.
FP 5.3.12	Metodikk og IKT-verktøy for helhetlig virksomhetsstyring og risikostyring	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at ledelsen i helseforetaket aktivt bidrar i arbeidet med utvikling av metodikk og IKT-verktøy for helhetlig virksomhetsstyring og risikostyring i foretaksgruppen.	Igangsatt	1.tertial 2013: Prosjektet er startet, og ledelsen i helseforetaket vil bidra inn i dette på et senere tidspunkt.
FP 5.3.13	Metodikk og IKT-verktøy for helhetlig virksomhetsstyring og risikostyring	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF utarbeider forslag til prosjektplan som innbefatter mål, virkemidler og prosess for gjennomføring, og som legges fram for Helse Midt-Norge RHF innen 1.11.2013. Arbeidet skal skje i nær tilknytning til Helse Midt-Norge RHF, Hemit og ledelsen i alle helseforetak i regionen.	Igangsatt	1.tertial 2013: Prosjektet er startet, og man er igang med møter med de involverte parter. Dette for å sikre at forslaget blir utarbeidet i nært samarbeid med Hemit, RHF og de andre HF.
FP 5.3.2	Informasjonsteknologi og digitale tjenester	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF i sitt arbeid med organisering av IKT-kjeden legger til rette for gode interne prioriteringsprosesser med nødvendig forankring i egen organisasjon slik at foretaket gir tydelige og begrunnede innspill til den regionale prioriteringsgruppen for IKT-systemutviklingsprosjekter.	Igangsatt	Foretaket er i ferd med å vurdere en reorganisering/styrking av klinisk IKT for å forbedre bruken av IKT i de pasientnære delene av virksomheten. Dette for å bedre pasientsikkerheten i form av bedre pasientforløp og pasientdokumentasjon. Et viktig poeng er likevel å avvente den endelige rapporten fra det regionale IKT-strategiprojektet, som det er forventninger til vil gi klarere indikasjoner på hvordan HNT skal / må organisere seg på dette området. HNT's organisering av feltet vil nødvendigvis skje i et samspill med den regionale femtidige organiseringen.
FP 5.3.3	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	Mål: Foretaksmøtet forutsatte videre at Helse Nord-Trøndelag HF legger til rette for en samlet prioritering av såkalt "småskrittutvikling" og mindre IKT-oppgaver som bestilles via "oppdragsprosessen" til HEMIT, slik at også denne utviklingen holdes innenfor vedtatte rammer (økonomi og utviklingsressurser), og at prioriteringen av disse ses i sammenheng med de regionale IKT-systemutviklingsprosjekter, samt understøtter de langsiktige, strategiske hovedmålsettingene.	JA	Prioriteringer innfor "småskrittutvikling" ivaretaes i hovedsak gjennom vårt SUPER-brukernettnet. I tillegg deltar vi i regionale brukergrupper / systemeierfora som er etablert og som foretar den endelige prioriteringen.
FP 5.3.4	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF videreutvikler egen kompetanse og kapasitet mht å delta i spesifisering og testing av ulike systemutviklingsprosjekter, samt i innføringsfasen.	JA	Hittil i år har HNT deltatt aktivt med de ressurser en kunne avstå til regional testing.
FP 5.3.5	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF legger til grunn felles prioriteringer i IKT innføringsplaner.	JA	Dette gjøres fortløpende gjennom den representasjonen foretaket deltar med i de regionale styringsgruppene samt i den lokale styringsgruppen for innføring av IKT i HNT.

FP 5.3.6	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at driftsstyre for Hemit er etablert fra 1. mai 2013 og at nødvendige organisatoriske tilpasninger av IKT-funksjonen i Helse Nord-Trøndelag HF da er gjennomført. Det bes om særskilt rapportering på de endringer som er gjort, herunder en beskrivelse av funksjoner med tilhørende ansvar innen samme dato.	NEI	Så vidt vi er kjent med, er Hemit driftsstyret ennå ikke etablert, til erstatning for Hemit sin referansegruppe. Ass. dir. Mads Einar Berg deltar som HNT sin representant i referansegruppen og har fått innkalling til neste møte i juni.
FP 5.3.7	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF bidrar inn i arbeidet med en journal. Det vil bli igangsatt etter ferdigstilt utredning, tidligst i august 2013.	JA	HNT har deltatt aktivt med to personer i det regionale IKT-prosjektet.
FP 5.3.8	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF bidrar i pågående utviklings- og innføringsløp, herunder eKurve (inkl e-resept), elektronisk meldingsutveksling og innføring av PULS (2014).	JA	Helse Nord-Trøndelag har forlenget etablert innføringsprosjekter for både "e-kurven" og "Meldingsløftet".
FP 5.3.9	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF vil bidra til og gjennomføre eventuelle nødvendige systemutviklings- og opplæringstiltak innen IKT som følge av fusjonen med Rusbehandling Midt-Norge HF.	Igangsatt	Helse Nord-Trøndelag vil oppfylle kravet til nødvendig systemtilpasninger og opplæring i IKT som følge av fusjonen av Rusbehandling Midt-Norge innen 1. januar 2014.
FP 5.4.1	Tiltak på personalområdet - ledere	Mål: Foretaksmøtet ba helseforetaket å legge til rette for at ledere i førstelinjen har nødvendig kompetanse og støtte for å ivareta sitt ansvar som leder.	Igangsatt	HNT har opprettet en egen Arbeidsgruppe for gjennomføring og utvikling av LUP. Mandat og sammensetting av Arbeidsgruppen for gjennomføring og utvikling av LUP i HNT vil bli evaluert førse halvår. LUP grunnmodul ble gjennomført nov 2012- feb 2013 med 34 deltakere. Dette var femte gjennomføring. Grunnmodulen gjennomføres når behov. LUP ny modul er et utviklingsprogram for alle ledere HFet som er kjøpt konsulentbistand fra Høgskolen i Nord-Trøndelag, og gjennomføres klinikkvis over to år i perioden 2013-2016. Oppstart var 22. jan. Programmet er en satsing på oppfølging av ledere individuelt og som del av ledergruppe med mål om å utvikle ferdighet i kommunikasjon som gir resultater, og bygger på Nasjonal lederplattform. HNT har et pågående prosjekt Lederstøtte for ledere på 3. og 4. nivå i HNT hvor HMN har bidratt med utviklings-/omstillingsmidler og hvor Spekter bidrar med faglig støtte, og er en klar oppfølging av utfordringene Nasjonal lederplattform peker på.
FP 5.4.10	Tiltak på personalområdet - oppfølging av IA-avtalen	Mål: Foretaksmøtet la til grunn at helseforetaket arbeider kontinuerlig og systematisk med å etablere tiltak som sikrer at IA-avtalens mål for helseforetaket nås.	Igangsatt	Delmål 1 i IA avtalen: HNT har som mål for 2013 ett nærvær på 93 % (fravær på 7%) Den enkelte klinikk har sitt eget måltall for delmål 1. Klinikkenes måltall varierer fra fravær på 5,6% til 10% Tiltak : 1. IA oppfølgingsgruppa spisser innsatsen inn mot den klinikken som har det laveste nærværet (88%)Etablere IA-ledelse på begge sykehus.Faste månedlige møter med ledere med IA relaterte tema. Møtene skal ledes av IA kontakt og foretakets IA kontakt på Arbeidslivssenteret.Oppfølging av sykmeldet på individnivå hvor en systematisk bruker sykefraværstestikk etter modell fra NTE. 2. Egen prosedyre for oppfølging av gravide. Målsetting å få gravide til å stå lenger i arbeid uten å bli sykmeldt. Delmål 2 HNT følger opp dette delmålet ved å gjøre en klinikk i foretaket til pilot for Jobbstrategiensom har som målsetting å gi unge funksjonshemmede jobb.Viktig å utvikle inkluderingskompetanse og høste erfaringer med NAVs virkemiddel / tiltak.

FP 5.4.2	Tiltak på personalområdet - Aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging	Mål: Foretaksmøtet ba helseforetaket om å fullføre og videreutvikle prosessene med årsplanlegging/kalenderplanlegging av aktiviteter og bemanning/ arbeidsplaner.	JA	Status Helse Nord-Trøndelag har innført kalenderplaner for alle yrkesgrupper fordi vi ønsker: • Faglig forsvarlig bemanning til enhver tid • Dimensjonere bemanning i forhold til aktivitet • Samordne bemanningsplaner for samarbeidende personellgrupper (internt i klinikk / mellom klinikker) • Mer forutsigbare arbeidsplaner for ansatte • Redusere merarbeid og overtidsforbruk • God kostnadskontroll • Sikre hensiktsmessig fordeling av ubekvem arbeidstid • Gi bedre mulighet for kompetanseplanlegging • Gi bedre mulighet for å skjerme arbeidstid til FoU Vurdering I forbindelse med LUP (basisopplæringen) avdekkes det lite kunnskap om hvorfor vi har innført kalenderplaner hos nye ledere. I forbindelse med diverse møter med Dnlf avdekkes synkende grad av involvering av ansatte i planperioden.(jfr
FP 5.4.3	Tiltak på personalområdet - krav til tilsetningsforhold	Mål: Foretaksmøtet ba helseforetaket videreføre arbeidet med å øke andelen faste stillinger, øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og tilby flere heltidsstillinger, samt utvikle kunnskapsgrunnlaget på området.	Igang satt	Det er en uttrykt felles oppfatning i HNT - stadfestet i foretaksledelsen våren 2011, om at arbeid i HNT skal tilstrebes organisert slik at det kan dekkes med heltidstilsetninger. Det ble i oktober 2012 vedtatt nye retningslinjer for arbeidet med deltid i HNT. HNT har nedsatt en egen arbeidsgruppe for reduksjon av deltid som består av representanter for linjeldere, fortakstillitsvalgte, hovedvederneombud og HR-avdelingen. Alle tiltak som innebærer endring av dagens praksis for organisering av arbeidet skal godkjennes av denne arbeidsgruppa før iverksetting, og skal evalueres. Det er gjort en avtale med foretakstillitsvalgte om unntak i fra tilsetningsprosedyren for tilsetninger klinikkleder kan gjøre av fast ansatte i deltidsstilling som kan tilbys hel stilling. Avtalen gjelder ut 2013. HNT har bistått AFI i forskningsprosjektet deres om deltid ved tre sykehus i Norge. Vi har deltatt med ansatte i individuelle og
FP 5.4.4	Tiltak på personalområdet - krav til tilsetningsforhold	Mål: Foretaksmøtet ba om at foretaket fastsetter mål for økning av gjennomsnittlig stillingsprosent for 2013 med utgangspunkt i fastsatt indikator.	Igang satt	HNT har fastsatt følgende mål for 2013: Vi skal i løpet av 2013 halvere gjenstående utfordring for å nå kravet om 20 % reduksjon av deltid i foretaket, og samtidig innfri halvparten av utfordringen knyttet til økning av gjennomsnittlig stillingsstørrelse med 20 %. HNT forholder seg til begge måleindikatorene i våre egne styringskort da vi ikke ønsker at endringen i pålagt fokus fra reduksjon deltid til økning av gjennomsnittlig stillingsprosent blant våre fast ansatte. Mål for 2013 er konkretisert til:Deltid skal reduseres til 42,4 % (endelig mål 39,5 %)Gjennomsnittlig stillingsprosent skal økes til 84,6 % (endelig mål 85,8 %)
FP 5.4.5	Tiltak på personalområdet - krav til tilsetningsforhold	Mål: Foretaksmøtet ba om at det rapporteres månedlig på endring i gjennomsnittlig stillingsprosent som en del av statusrapporteringen.	Igang satt	Måloppnåelse for 2013 per april: Deltid 44,0 % (forbedret fra 45,2 % fra des 2012)Gjennomsnittlig stillingsprosent 83,7 % (forbedret fra 83,4 fra des 2012)
FP 5.4.6	Tiltak på personalområdet - Flere lærlingeplasser	Mål:Foretaksmøtet ba helseforetaket bidra til å sikre flere lærlingeplasser i tråd med målene i Samfunnskontrakt for flere læreplasser.	JA	Det arbeides kontinuerlig med å bidra til at det etableres flere lærlingeplasser i HNT

FP 5.4.7	Tiltak på personalområdet - Helsepersonells bierverv	Mål: Foretaksmøtet ba om at helseforetaket påser at rutiner for bierverv følges og at det rapporteres om status for antall bierverv pr. 31.12. i årlig melding	Igangsatt	Helse Nord-Trøndelag HF har i sitt arbeidsreglement sagt noe om ansattes plikt til å gi melding om bierverv og andre engasjement i annen virksomhet. Lov om Helsepersonell beskriver en meldeplikt for bierverv (§19). Ansatte som ikke omfattes av Helsepersonelloven har også en selvstendig informasjonsplikt i forhold til å melde fra om bierverv. Intensjonen med meldeplikten er å forebygge situasjoner der bierverv og/eller eierinteresser kan bidra til å svekke tillitsforholdet mellom pasienter og helsetjenesten ved at beslutninger som tas kan være påvirket av private interesser. Generelt i arbeidslivet, har adgangen til bierverv alltid vært begrenset gjennom krav til forsvarlighet, lojalitet og habilitet. Innrapportering av bierverv skjer i dag ved at den ansatte sender inn papirskjema som blir registrert på hver enkelts personalmappe, skjemaet går så videre til leder for saksbehandling.
FP 5.4.8	Tiltak på personalområdet - oppfølging av arbeidsmiljøloven	Mål: Foretaksmøtet ba om at helseforetaket i det videre utviklingsarbeidet tar høyde for tiltak som sikrer robuste fagmiljøer med utgangspunkt i de kriterier som er beskrevet i rapporten "kompetanse og kapasitet" (jf styresak 72/12 - styret for HMN RHF).	Igangsatt	I Sluttrapport del 1, Kapasitet og kompetanse, blir det i kapittel 4.9. vist til brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Robusthet i fagmiljøene krever gode analyser lokalt og regionalt over nødvendig kapasitet og kompetanse ut fra funksjonsfordeling og krav. HNT ønsker å ha fortløpende dialog med private avtalespesialister for å samordne og avklare kapasitet og rekrutteringsbehov. HNT sine enkelte klinikk må fortløpende vurdere sine behov, gjennomføre analyser og komme opp med nødvendige tiltak. Disse vil danne grunnlag for søknad ID NR og etter 1.7. 2013. HNT sine egne prioriteringer vedr utlysning/ tilsetting av leger i de ulike klinikkene.
FP 5.4.9	Tiltak på personalområdet - oppfølging av arbeidsmiljøloven	Mål: Foretaksmøtet ba spesielt om at helseforetaket fortsetter det positive arbeidet som er igangsatt med å redusere avvik fra arbeidstidsbestemmelsene.	Igangsatt	Status: Rapporteringsrutiner omkring brudd AML er "på plass" til tross for at kvaliteten fortsatt kan bli bedre. Rapportene viser at vi har en jevn nedgang i antall brudd, men det må fortsatt settes fokus på tiltak for å redusere bruddene. Aktuelle tiltak det skal jobbes med: Tiltak bruk av RS • Innskjerpe at RS ajour føres løpende (hovedprinsipp når avviket skjer). • Funksjonen "Vis planlagt arbeid" benyttes alltid ved ekstravakt. • Funksjonen knyttet til "Vikarbehov" utbreddes ytterligere (opplæring) Prinsipielle føringer • Arbeidsplaner skal lages "romsligere" i forhold grensene for brudd. • Drøfte utnyttelse av rammeverket i AML med TV. • Fokus på bemanningsplanlegging (døgnytmte, ukerytmte og årsrytmte) i forhold til aktivitet • Fokus på sårbarhet i forhold til kompetanse/kompetansegap • Lage en felles definisjon for type brudd (fra uønsket til meget alvorlig?)
FP 5.5.1	Kartlegging av rapportering i spesialisthelsetjenesten	Mål: Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF bidra til kartlegging av av omfanget av rapportering i spesialisthelsetjenesten.	NEI	1.tertial 2013: HNT vil bidra når det kommer oppdrag knyttet til kartlegging av rapportering i spesialisthelsetjenesten. Pr. 1.tertial 2013 har det ikke kommet noe oppdrag.
FP 5.6.1	Vurdering av utvidet åpningstid planlagt for planlagt virksomhet	Mål: Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF bidra i arbeidet med kartlegging og utredning for å vurdere å utvide sykehusets åpningstid for planlagt virksomhet.	NEI	Vi vil bidra i dette arbeidet når forespørsel kommer.
FP 5.7.1	Intern kontroll, risikostyring og krav til forbedring av det pasientadministrative systemet	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at helseforetaket arbeider systematisk for å forebygge, forhindre og avdekke svikt/ avvik i de pasientadministrative systemene, og at det etableres rutiner for varsling innad i helseforetaket og rutiner for erfaringsutveksling på tvers av helseforetak i regionen.	JA	HNT bidrar i Brukerforum PAS regionalt, det er etablert inntakskoordinator- nettverk og brukerforum lege, sykepleier og administrativt personell. Viser også til pkt FP

FP 5.7.2	Intern kontroll, risikostyring og krav til forbedring av det pasientadministrative systemet	Mål: Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å sikre at rutiner ved intern henvisning i spesialisthelsetjenesten er i tråd med gjeldende rett innen 1. mai 2013.	JA	HNT mener at våre PAS- rutiner pr dd er i samsvar med gjeldende rett. Vårt PAS- system har noen funksjonelle forhold som det er regionalt fokus på. Noen av disse bli rettet opp ved ny versjon i juni 2013. Vi er klar over de funksjonelle mangler som eksisterer og mener å ha etalbert nødvendige rutiner for å bøte på disse slik at praksis blir rett.
FP 5.7.3	Intern kontroll, risikostyring og krav til forbedring av det pasientadministrative systemet	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at det elektroniske systemet for melding om uønskede hendelser er på plass innen 1. juli 2013. Systemet skal være integrert i foretakets avvikssystem. Kunnskapssenteret skal både kunne motta meldinger og gi tilbakemeldinger i systemet.	Igangsett	Delen av kvalitetssystemet som muliggjør elektronisk overføring av meldinger til Kunnskapssenteret vil bli produksjonssatt 11.juni 2013. HNT HF avventer dette tidspunkt noe da elektronisk melding i alle klinikker ennå ikke er på plass. Systemet har i tillegg utfordringer med tanke på hvem som kan sende meldinger på vegne av foretaket.
FP 5.8.1	Regjeringens eierskapspolitikk	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF er kjent med kravene til samfunnsansvar, også på områdene mangfold og likestilling, og fremmer samfunnsansvarlig adferd i hele organisasjonen.	JA	Vi er kjent med kravene.
FP 5.8.2	Regjeringens eierskapspolitikk	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF har oppmerksomhet på forholdet mellom lønnsutviklingen for ledere og øvrige ansatte.	JA	Administrerende direktør gir føringer for lederlønsutvikling, som er i tråd med øvrige ansatte hver høst i forkant av at ledernes lønn justeres.
FP 6.1.1	Rapportering til Norsk pasientregister	Mål: Foretaksmøtet ba helseforetaket sørge for økt kvalitet i rapporteringen til Norsk pasientregister, i tråd med informasjon som vil bli gitt eget brev.	NEI	1.tertial 2013: Brev fra Norsk Pasientregister er ikke mottatt.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 25/2013 Regionalt traumesystem

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	23.05.2013	25/2013

Saksbeh: Fagsjef Paul Georg Skogen

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2013/1755

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Helse Nord- Trøndelag HF har av Styret i Helse Midt-Norge RHF fått i oppdrag å utarbeide handlingsplan for hvordan Helse Nord- Trøndelag HF Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger skal organiseres som del av Regionalt traumesystem. Styret i Helse Nord- Trøndelag vedtar at Helse Nord- Trøndelag HF, Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger skal ha status som Akuttsykehus med traumefunksjon.

Videre arbeid med handlingsplan for traumesystem i Helse Nord- Trøndelag HF forutsettes slutført innen 31.12.2013.

SAKSUTREDNING:

Sak 25/2013 Regionalt traumesystem

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken:

Regional traumeorganisering, Styresak Helse Midt-Norge, sak 25/12, 22.3.2012
Presentasjon Traumesystemet Helse Midt-Norge
Redegjørelse fra Traumeutvalget, Sykehuset Namsos
Redegjørelse fra Traumeutvalget, Sykehuset Levanger
Høringssvar Helse Nord- Trøndelag, Destinasjonskriterier

Utrykte vedlegg i saksmappen

Ingen

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Plan for nasjonal traumeorganisering ble lagt frem oktober 2009.

Denne ble godkjent og vedtatt innført i Helse Midt-Norge av Styret i Helse Midt-Norge RHF 22.3.2012.

Vedtaket lyder:

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar rapporten "Traumesystem i Norge – Forslag til organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter" til etterretning.
2. Styret legger til grunn inndelingen av behandlingsskjeden i rapporten, der det skilles mellom prehospital tjeneste, akuttisyrkehus med traumefunksjon, traumesenter og rehabiliteringssykehus.
3. Anbefalingene om krav til infrastruktur, organisering og kompetanse legges til grunn for den videre utviklingen av behandlingen av alvorlig skadde pasienter i Helse Midt-Norge.
4. Styret forutsetter at behandling av andre pasienter med behov for akutt hjelp må skje i henhold til funksjonsfordeling i Strategi 2020.
5. Styret vedtar at St. Olavs hospital er regionens traumesenter.
6. Styret vedtar at Ålesund sjukehus skal være akuttisyrkehus med traumefunksjon, og med mer omfattende behandlingsansvar.
7. Styret ber underliggende HF utarbeide en handlingsplan for hvordan alle sykehus, også de uten døgkontinuerlig traumeberedskap, skal bidra innen feltet

Avklaring av struktur i de regionale traumesystemene:

- ☐ Rapporten anbefaler at det i prinsippet skal være ett traumesenter i hver region.
- ☐ Rapporten anbefaler at traumesystemet bygges ut fra en modell med fire nivåer, med en tiltaksskjede som omfatter:
 - o nivå 1: Prehospital tjeneste (inkludert lokalt akuttmedisinsk team og ambulanse/luftambulanse)
 - o nivå 2: Akuttisyrkehus (som gjennom spesifiserte krav skal defineres med kompetanse til å påta seg den første behandling av alvorlig skadde pasienter)
 - o nivå 3: Traumesenter (der det i tillegg til de krav som stilles for akuttisyrkehus stilles større krav til kirurgisk bredde)
 - o nivå 4: Rehabilitering ut over akuttfasen

Kravene til Akuttsykehus med traumefunksjon (nivå 2):

4.2.4.1 Sykehus med akutfunksjon

Utvalget mener at de fleste lokalsykehus med akutfunksjon har materielle rammer for å påta seg den første behandling av alvorlig skadde pasienter.

Følgende krav skal stilles til sykehus som skal motta alvorlig skadde pasienter:

- ☐ Fast definert traumeteam med kriterier for aktivering av traumeteam
- ☐ Aktiveringstid for traumeteam, akuttrom, operasjonsstue og røntgenundersøkelse av toraks på mindre enn 15 minutter
- ☐ Kriterier for prioritering og overføring av pasient til høyere behandlingsnivå
- ☐ Oppdaterte prosedyrer (traumemanual)
- ☐ Tilpasset registreringsskjema/bruk av sjekkliste
- ☐ Traumeregistrering og gjennomgang av behandlede pasienter
- ☐ Etablert, regelmessig tverrfaglig trening
- ☐ Oppfylt krav til kompetanse for medlemmer av traumeteamet

Ved alle sykehus som tar i mot skadde skal man til en hver tid som et minimum kunne avlaste pneumothorax, utføre blodstillende nødkirurgi i buken og bekkenet med pakking av blødninger. Man skal kunne gjøre thorakotomi med avlastning av hjertetamponade, sutur av enkle stikkskader i hjertet, sutur av enkle lungeskader og primærstabilisere ekstremitetsfrakturer (ekstern fiksasjon). Det forventes at man er organisert og opplært til dette ved alle sykehus med akutfunksjon. Osteosynteser utføres avhengig av tilgjengelig ortopedisk ekspertise. Respiratorbehandling skal være tilgjengelig, eller system for rask overflytting til traumesykehus.

Alle sykehus som behandler traumepasienter skal ha øremerkete personer/helst tverrfaglig traumekomité for kvalitetssikring av traumebehandlingen og holde regelmessige komplikasjonsmøter. Sykehusene skal også ha registrering av traumepasientene.

Kompetanse:

- ☐ Teamleder og anestesilege: Skal ha kurs i akutt håndtering av alvorlig skadde pasienter (ATLS eller tilsvarende)
- ☐ Annet personell i traumeteamet bør ha deltatt på relevant kurs i akutt håndtering av alvorlig skadde pasienter (TNCC eller tilsvarende)
- ☐ Sykehuset skal ha kontinuerlig vaktberedskap for livreddende kirurgi (teamleder eller evt bakvakt kirurg skal ha godkjent kurs i nødkirurgiske prosedyrer). Denne type trening bør gjentas hvert 3.-5.år for kirurger i vakt.
- ☐ Operasjonspersonell: Kunnskap om metoder for nødkirurgiske prosedyrer
- ☐ Sykehuset skal regelmessig tilby teamtrening i mottak av alvorlig skadet pasient. Nøkkelpersonell skal ha gjennomgått slik trening innen 3 mnd etter tiltredelse

BAKGRUNN

For å sikre at traumepasienter når frem til endelig behandlingssted så raskt som mulig og sikre kvalitet i triagering og stabilisering/utredning/ behandling frem til endelig behandlingssted, er det innført standardisert triagering, klare destinasjonskriterier for valg av endelig behandlingssted og klare regler for når avstand/tidsfaktor medfører behov for stabilisering før overføring til endelig behandlingssted.

Å vedta status for våre sykehus i Helse Nord- Trøndelag HF er et viktig strategisk valg for hvordan HNT HF skal ivareta sitt samfunnsansvar i tråd vedtatte traumesystem. Å vedta status som Akuttsykehus med traumefunksjon medfører krav til robuste fagmiljø med tilstrekkelig kompetanse og utstyr, god pasientlogistikk og transportmulighet.

Mange hensyn skal vurderes, og definerte minstekrav skal oppfylles. Både faglige, geografiske, rekrutteringsmessige og vei-/ værmessige hensyn veier tungt i vurderingene som må tas. Erfaringene som er gjort gjennom de hendelser som har vært siste årene og de øvelser som er gjennomført, er viktige som beslutningsgrunnlag for hvilken status det er riktig å legge beredskapen på i våre sykehus. Disse erfaringene peker på behov for å opprettholde et beredskapsnivå på linje med dagens, ved Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger. En klargjøring av og formalisering av status som Akuttsykehus med traumefunksjon, er viktig for å kunne klare dette og utvikle tjenestene videre i tråd med de krav som stilles.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Vedtaket i Styret i Helse Midt-Norge i sak 25/12 har gitt Helse Nord- Trøndelag HF har i oppdrag å utarbeide handlingsplan for sine sykehus i tråd med disse kravene og avklare status i tråd med de minstekrav som blir stilt i Regional traumeorganisering.

Vedlegg viser status på traumeorganiseringen og kompetanseoversikt på Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger.

Med bakgrunn i disse, er det viktig å få formalisert statusen på våre sykehus i det videre arbeidet med traumesystem. En formalisering av status Akuttsykehus med traumefunksjon er avgjørende for videre arbeid internt i Helse Nord- Trøndelag og regionalt mot Traumesenteret på St Olav og samarbeid med Ambulanseforetaket og prehospital tjeneste.

Vårt arbeid med handlingsplan vil starte med ROS- analyse for å avklare særlig sårbare forhold knyttet til traumeberedskapen i våre sykehus. Det vil særlig settes fokus på tilstrekkelig kompetanse og robusthet i fagmiljøene.

INNKOMNE UTTALELSER

Fra Traumeutvalget og kirurgisk klinikk, Sykehuset Namsos: Vedlegg

Fra Traumeutvalget og kirurgisk klinikk, Sykehuset Levanger: Vedlegg

HELHETLIG DRØFTING

På nasjonalt nivå er det gitt klare føringer for nasjonal traumeorganisering og Helse Midt- Norge har gjennom sitt vedtak i Styret i 25/12 av 22.3.2012, vedtatt at Helse Midt- Norge skal oppfylle de krav som stilles. I tråd med styrevedtaket har Helse Nord- Trøndelag gjennomgått sin traumeberedskap og våre sykehus sin status i tråd med de retningslinjer og krav som er gitt.

- Det er etablert stilling som Traumekoordinator på begge sykehus.
- Traumeutvalg er aktive på begge sykehus.
- Det er etablert god øvingskultur med regelmessig og systematisk øving på traumesituasjoner og katastrofer.
- Det blir gjennomført systematisk opplæring og kursing av alle som skal delta i traumemottak og – behandling.

Vi mener robustheten i våre fagmiljø er forsvarlig for å ivareta traumepasientene innenfor vårt dekningsområde i tråd med de destinasjonskriterier som er gitt regionalt. Tett samarbeid regionalt for at rett pasient raskest mulig skal til det behandlingstilbud som kan sikre pasienten et endelig behandlingstilbud, er nødvendig.

Faglige så vel som geografiske, rekrutteringsmessige, vei- og værmessige forhold tilsier behov for en beredskap på det nivå vi har i dag på våre to sykehus.

God traumeberedskap er også viktig for å opprettholde god læring om og kunnskap i å takle de akutte situasjoner som oppstår i våre sykehus gjennom den daglige operative aktiviteten og behandlingen som blir gitt i våre sykehus. Sykehusbehandling medfører stor risiko i mange sammenhenger, og krever stor grad av beredskap for uventede og vanskelige situasjoner der pasienters liv og helse står på spill. Aktive traumeutvalg og traumekoordinatorer som driver regelmessig øvingsaktivitet, er med å sikre at vi til enhver tid har nødvendig kompetanse, utstyr og rutiner. På den måten sikrer en god traumeorganisering at vi kan drive forsvarlig og god spesialisthelsetjeneste hver dag, hele året.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Traumekoordinatorstillingene er tillagt kirurgisk klinikk Namsos og Levanger og budsjetteres der.

Regionale møter og seminar blir nødvendig for å lage gode pasientforløp, sikre kvalitet i opplæring og utarbeide felles retningslinjer. Traumekoordinatorene vil ha regelmessige møter regionalt. Andre møter og seminar er enda uklart.

Kursvirksomhet er påkrevet for å tilfredsstille de minstekrav som er gitt, og helt nødvendig for de som deltar i slik beredskap for å kunne holde vedlike kunnskap og implementere nye faglige krav og retningslinjer. Det forutsettes at tilstrekkelig kursmidler blir avsatt til de obligatoriske kursene for deltagerne i traumeteamene. Det forutsettes også avsatt midler og personell for planlegging og gjennomføring av intern øvingsaktivitet og deltagelse i Traumeutvalg.

Vaktberedskap forutsettes å ligge på samme nivå som i dag på begge sykehus.

Medisinsk teknisk utstyr og tilpassing av lokaler til best mulig traumemottak er nødvendig i våre akuttmottak uansett, og innføring av status som Akuttsykehus med traumeberedskap medfører ingen ekstra kostnader for slike forhold.

God infrastruktur med gode transportveger, god logistikk, gode varslings- og kommunikasjonssystemer både innad i sykehuset og mot prehospital tjeneste og helikopter, vil være viktig for å sikre forsvarlighet og kvalitet på behandlingen. Dette er forhold som er avgjørende for sykehusene sin drift og funksjon uavhengig av status.

Den totale kostnaden for å opprettholde dagens nivå på traumeberedskapen, bidra regionalt i traumeorganiseringen og sikre god faglig utvikling for de som deltar, er pr dd vanskelig å estimere. Det er imidlertid lite kostnader som påløper utover det en uansett må påregne med å drive døgntkontinuerlig vaktberedskap på dagens nivå ved Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger.

HELSE MIDT-NORGE RHF**STYRET****Sak 25/12 Regionalt traumesystem**

Saksbehandler Henrik Andreas Sandbu
Ansvarlig direktør Nils Hermann Eriksson
Saksmappe 2011/601
Dato for styremøte 22/3 2012

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar rapporten ”Traumesystem i Norge – Forslag til organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter” til etterretning.
2. Styret legger til grunn inndelingen av behandlingsskjeden i rapporten, der det skilles mellom prehospital tjeneste, akuttisykehus med traumefunksjon, traumesenter og rehabiliteringssykehus.
3. Anbefalingene om krav til infrastruktur, organisering og kompetanse legges til grunn for den videre utviklingen av behandlingen av alvorlig skadde pasienter i Helse Midt-Norge.
4. Styret forutsetter at behandling av andre pasienter med behov for akutt hjelp må skje i henhold til funksjonsfordeling i Strategi 2020.
5. Styret vedtar at St. Olavs hospital er regionens traumesenter.
6. Styret vedtar at Ålesund sjukehus skal være akuttisykehus med traumefunksjon, og med mer omfattende behandlingsansvar enn øvrige sykehus.
7. Styret ber underliggende HF utarbeide en handlingsplan for hvordan alle sykehus, også de uten døgnkontinuerlig traumeberedskap, skal sikre kompetanse innen feltet.

Stjørdal 15.03.12

Gunnar Bovim
Administrerende direktør

SAKSUTREDNING:

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Traumesystem i Norge – Forslag til organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter
2. Forslag til praktisk gjennomføring av traumesystem i Helse Midt-Norge
3. Konsekvensvurdering

Utrykte vedlegg i saksmappen

Ingen

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Til grunn for utviklingen av beredskapen for behandling av alvorlig skadde pasienter ligger følgende føringer fra Strategi 2020:

1. Helse Midt-Norge RHF skal sørge for likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet. En av de viktigste oppgavene styret for Helse Midt-Norge RHF har, er derfor å vedta en strategi som er retningsgivende for hvordan dette skal oppnås.
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn følgende fire hovedutfordringer for helsetjenesten de neste 10 år:
 - a. Befolkningens sammensetning og behov endres
 - b. Tydeligere krav til dokumentert kvalitet
 - c. Ansatte i helsetjenesten blir en.
 - d. Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten
3. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar følgende strategiske mål for perioden:
 - a. Styrket innsats for de store pasientgruppene
 - b. Kunnskapsbasert pasientbehandling
 - c. En organisering som underbygger gode pasientforløp
 - d. Rett kompetanse på rett sted til rett tid

e. Økonomisk bærekraft

6. Styret vedtar at tilgjengelig kompetanse i størst mulig grad benyttes til aktiv pasientbehandling. Bruken av passiv vakt og beredskap må gjennomgås i alle foretak og skal reduseres i alle sykehus.
8. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at samling av kirurgisk akuttberedskap på ett sykehus i hvert helseforetak skal utredes og konsekvensvurderes før vedtak fattes.

Vedtak i styresak 50 – 11, prehospital plan legge også sentrale premisser for organiseringen av behandlingskjeden.

Vedtak fra Protokoll frå føretaksmøte i Helse Møre og Romsdal HF 30. juni 2011 sier at ”Tenester som treng mange tilleggsfunksjonar og/eller avansert teknisk infrastruktur, skal utførast ein stad i regionen og som hovudregel ved St. Olavs Hospital HF. Tilsvarende om slike tenester skal utførast to stadar i regionen, skal dette som hovudregel utførast ved St. Olavs Hospital HF og Ålesund sjukehus” (sak 4) .

For både Helse Møre og Romsdal HF, Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs hospital HF fastslår foretaksprotokollene av 30. juni 2011 at det skal utarbeides ”planer for konkrete tiltak for å samle det akuttkirurgiske tilbudet på færre sykehus”.

BAKGRUNN

På oppdrag fra de regionale helseforetakene ble det våren 2005 nedsatt en interregional arbeidsgruppe som skulle se på organiseringen av alvorlig skadde pasienter i Norge.

Arbeidsgruppen behandlet følgende temaer:

- Behovet for et nasjonalt traumesystem
- Traumehåndteringen i dag
- Erfaringer fra andre land
- Definisjon/beskrivelse av et traumesystem med forslag til struktur for et nasjonalt system
 - o Definisjon av minimumsstandarder
 - o Skadetyper som bør behandles ett eller få steder
 - o Forslag til akkreditering av sykehus
- Oppbygging av et traumesystem med
 - o Organisering av arbeidet
 - o Overslag over kostnader

Arbeidet ble avsluttet desember 2006. Arbeidet ble ledet av Olav Røise, fra Ortopedisk senter, Ullevål universitetssykehus, med bred deltakelse fra de regionale helseforetakene og fra kommunehelsetjenesten. Innstillingen fra arbeidsgruppen var ute til bred høring, der det enkelte RHF har stått for utsending til relevante høringsinstanser.

Den interregionale rapporten har fått tilslutning gjennom styrebehandling i de øvrige RHF, og er konkretisert i regionale strategier/handlingsplaner.

Traumerapporten og konkretisering av kravene til et traumesystem er utformet for Midt-Norge gjennom arbeid utført av traumeutvalget ved St. Olavs hospital med tett medvirkning fra de andre HF .

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Formålet med den foreslåtte traumehåndteringen i rapporten om nasjonalt traumesystem er å gjøre behandlingen av alvorlig skadde pasienter tryggere, mer forutsigbar og mer samordnet. Målet er å etablere en god og sammenhengende behandlingsskjede, fra skadested til endelig behandling og rehabilitering. Studier viser at systematisk og sentralisert behandling av de alvorlig skadde gir høyere overlevelse og færre pasienter med alvorlig men.

Den viktigste begrunnelsen for å etablere et regionalt traumesystem er at det vil forbedre mottak og behandling av pasienter med eller mistanke om alvorlig skade. Alvorlige traumer berører hovedsakelig unge voksne. Traumesystemet vil angå en relativt liten andel pasienter, men grunnet pasientpopulasjonen vil bedre traumebehandling medføre betydelig helsemessig og økonomisk gevinst i reduksjon av tapte leveår og bedret funksjonsnivå. Totalt utløses traumeteamalarmen 900 - 1000 ganger i Midt-Norge. Omkring 30 % av disse alarmene omfatter pasienter med alvorlig skade.

Alvorlige skader

Med alvorlig skadet pasient menes en person som har pådratt seg åpenbart alvorlige skader og/eller er sirkulatorisk/respiratorisk ustabil og/eller har vært utsatt for høyenergetisk traume. Med åpenbart alvorlig skade menes store blødninger eller knusninger, dislokerte bekkenbrudd eller brudd i lange rørknokler, ustabil brystkasse, stikk- og skuddskade ovenfor albue og kne samt store brannskader.

Med ustabil pasient menes pasient med forstyrret respirasjon og/eller truet sirkulasjon og/eller nedsatt bevissthet.

Med høyenergetisk ulykke menes bilulykke der andre i samme bil ble drept, pasienten har vært fastklemt, betydelig deformering av kupeen, pasienten ble kastet ut av bilen; der den forulykkede har vært utsatt for fall fra stor høyde (> 5 meter) eller der den forulykkede har vært utsatt for skuddskade.

I henhold til mest anvendte skadegraderingssystem – Injury Severity Score (ISS) er alvorlig skadet pasient en pasient med ISS >15 på en skala fra 1 til 75.

Denne saken dreier seg altså om hvordan vi skal sikre en tilstrekkelig kvalitet og sikkerhet på behandlingen av disse ca 300 alvorlig skadede pasientene.

Behandling av andre pasienter med behov for akutt hjelp skal skje ved alle våre sykehus i henhold til den strategi som er lagt i strategi 2020.

Et regionalt traumesystem skal optimalisere bruk av ressurser slik at traumepasienten blir behandlet på rett sted til rett tid og av de rette spesialistene for å oppnå best mulig resultat. Fordi det kan haste, skal det være minst mulig tvil om hvor pasientene skal transporteres. Dette krever optimal bruk av prehospital triage (skadekartlegging og prioritering), destinasjonskriterier, utvikling av akuttmedisinske faglige retningslinjer og protokoller og kapasitet til rask overføring til regionalt traumesenter. Hensynet til sikkerhet for pasienten, en helhetlig forvaltning av menneskelige og økonomiske ressurser, og faglig prioritering tilsier at det er behov for en fast og forutsigbar struktur på traumeberedskapen. Det er behov for å sikre robuste fagmiljø, og for å utvikle disse er det nødvendig å konsentrere og utvikle kompetansen innen mottak og behandling av de alvorlig skadde på færre enheter enn i dag.

Traumeutvalget ved St. Olavs Hospital har, på vegne av traumeutvalgene ved regionenes sykehus foreslått at det innføres et traumesystem i Helse Midt-Norge basert på anbefalingene i rapporten om organisering av behandlingen av alvorlig skadde pasienter – traumesystem. Traumesystemet definerer formelle kvalitetskrav til de sykehusene som skal kunne ta i mot alvorlig skadde pasienter.

Innføring av kravene skal bidra til at kvaliteten på tjenestene utvikles og forbedres i tråd med nasjonal kvalitetsstrategi også for hardt skadde pasienter, som innebærer at tjenestene skal:

- være virkningsfulle (føre til helsegevinst)
- være trygge og sikre (unngå utilsiktede hendelser)
- involvere brukerne og gi dem innflytelse
- være samordnet og preget av kontinuitet
- utnytte ressursene på en god måte
- være tilgjengelig og rettferdig fordelt

Det er helt nødvendig å ha et system for mottak og behandling av alvorlig skadde pasienter som er entydig og klart når det gjelder hvor pasientene skal transporteres. Bruk av kommunikasjonsprotokoller, og regional koordinator som sentral ressursfunksjon er viktig for å sikre rett håndtering i hele forløpet. En vil også sterkt understreke kravet til ledelse for å sikre at medarbeidere som er involvert i arbeidet med traumepasienter har nødvendig kunnskap og er drillet i de prosedyrer som er etablert. Behandlingen av disse pasientene krever et team av høyt spesialiserte leger og annet helsepersonell og hvor øvelse gjør mester.

Et traumesystem

Det foreligger rikelig med litteratur fra de siste 30 årene som viser at systematisering av traumebehandling i nasjonale/regionale systemer, med traumesenter som ansvarlig for behandlingen av de alvorlig skadde og med ansvar for regional koordinering, bedrer behandlingsresultatene. Motsatt er det vist at mangel på denne type organisering gir suboptimal behandling og økt dødelighet.

Helse Sør-Øst har en sentral og nasjonal rolle i traumebehandlingen i Norge, med Oslo universitetssykehus HF Ullevål sykehus som landets desidert største traumesenter. Ullevål sykehus er det eneste i landet som fyller kravene til et nivå 1 traumesenter. I Helse Midt-Norge er St. Olavs hospital det eneste HF som vil kunne oppfylle alle kravene til traumesenter.

Traumerapporten beskriver 4 nivåer i behandlingsskjeden:

- Prehospitaltjenesten
- Akuttsykehus med traumefunksjon
- Traumesenter (ett regionalt traumesenter i Helse Midt-Norge)
- Rehabiliteringssykehus

Behovet for kvalifisert traumebehandling starter på skadestedet. Ambulansepersonell må sikres opplæring og trening i ivaretagelse av traumepasienter. Traumesystemet skal utvikles på en slik måte at den prehospitale tjenesten får klare retningslinjer for triage – seleksjon og prioritering av pasientene. I hovedtrekk gjelder at pasienter som er ustabile eller har åpenbar alvorlig skade, skal til traumesenter dersom dette er mulig innen akseptabel tidsramme. Internasjonalt anbefalt tidsramme (fra skadested til traumesenter), er en halv time. Det foreslås derfor en halv time som anbefalt transporttid til traumesenter i Helse Midt-Norge. Det vil si at dersom man i valget mellom å frakte en multitraumatisert/ustabil pasient direkte til det regionale traumesenteret eller til nærmeste akuttsykehus med traumefunksjon, frakter man

pasienten til traumesenteret dersom dette ikke tar mer enn en halv time. Det foreligger ikke vitenskapelig grunnlag for valgte tidsramme, vurderingene er gjort på bakgrunn av australske erfaringer. Med normal flytid for helikopter vil enten St. Olavs hospital eller Ålesund sykehus nås innen denne tidsrammen.

Forventer man at det vil være mer enn en halv time transporttid til traumesenter, transporterer man den ustabile traumepasienten først til det nærmeste akuttssykehuset med traumefunksjon for stabiliserende behandling. Med mer enn 30 minutter transporttid til St. Olavs hospital under normale værforhold, er det medisinsk grunnlag for at flere enheter med akuttfunksjon i regionen bør fylle minstekrav til for mottak av potensielt alvorlig skadde. Det er imidlertid absolutt nødvendig at de sykehus som har denne funksjonen, oppfyller minstekravene til infrastruktur, organisering og kompetanse. Det innebærer at disse enhetene har en stabil, forutsigbar bemanning med riktig kompetanse, tilgjengelig 24 timer i døgnet, året rundt.

Akuttsykehus med traumefunksjon er sykehus som har definert og etterprøvd minimumskompetanse og infrastruktur for å ta imot og behandle alvorlig, potensielt livstruende skadde pasienter, og klare kriterier for overflytting av de alvorlig skadde til traumesenter.

Akuttsykehusene med traumefunksjon **må** på døgnskategorisk basis ha:

- Fast definerte traumeteam med kriterier for aktivering
- Aktiveringstid for traumeteam, akuttrom, operasjonsstue og røntgenundersøkelse av toraks på mindre enn 15 minutter
- Kriterier for prioritering og overflytting av pasienter til høyere behandlingsnivå
- Oppdaterte prosedyrer(traumemanual)
- Tilpasset registreringsskjema/bruk av sjekklister
- Traumeregistrering og gjennomgang av behandlede pasienter
- Etablert, regelmessig tverrfaglig trening
- Oppfylt krav til kompetanse for medlemmer av traumeteamet
- Kompetanse til å utføre nødkirurgiske prosedyrer (avlaste pneumothorax, utføre blodstillende nødkirurgi i buk og bekken med pakking, utføre thorakotomi med avlastning av hjertetamponade, sutur av enkle stikkskader i hjertet, sutur av enkle lungeskader, og primærstabilisering av ekstremitetsfrakurer(ekstern fiksasjon).

Traumesenteret skal kunne utføre alle typer kirurgisk behandling bortsett fra behandling på områder der det er opprettet landsfunksjoner.

Det kreves at traumesenteret har alle kirurgiske subspecialiteter, nevrokirurgi og ortopedi i døgnskategorisk vaktordninger.

Traumesenteret har ansvar for regional fagutvikling, vedlikehold av retningslinjer for traumesystemet og for å kvalitetssikre koordineringen og oppfølgingen av traumebehandlingen gjennom beskrevne behandlingsforløp. Målet er at de alvorlig skadde blir dirigert (triagert) til traumesenteret der dette er hensiktsmessig etter nasjonale kriterier, evt via stabiliserende initialbehandling ved annet akuttsykehus med traumefunksjon. Pasienter med behov for avansert *rehabilitering* bør tilstrebes overflyttet direkte fra traumesenter til rehabiliteringssykehus/avdeling.

Traumesenteret skal også ha en regional traumekoordinator som skal lede organiseringen av traumetilbudet og ha et koordinerende ansvar i regionen. Det skal også drives forskning og regional undervisning innen traumatologi. Det skal legges til rette for en formalisert traumeenhet ved traumesenteret for å ivareta behovet for døgnskategorisk tilstedeværelse av fagspesialister innen traumatologi. Dette vil sikre behovet for tverrfaglig behandling av denne type pasienter og operativt kontaktpunkt for alle sykehus i regionen som mottar denne type pasienter.

Traumeregister. Alle sykehus som tar imot og behandler traumepasienter skal registrere virksomheten i kvalitetsregister.

Det nasjonale traumeregisteret er forventet operativt i løpet av 2012, og alle sykehus tilpliktes å registrere til dette registeret.

Pasienten skal raskest mulig bringes til traumesenter eller akutttsykehus med traumefunksjon. Ansvar for organiseringen av mottak av multitraumatiserte pasienter, og hvilke sykehus som skal ha traumefunksjon, ligger på det enkelte helseforetak.

Definitiv traumebehandling av de alvorligst skadde pasientene skal gjennomføres ved St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Trondheim som regionalt traumesenter. Det er foreslått kriterier for hvilke pasienter som skal overflyttes fra akutttsykehus med traumefunksjon til traumesentret. Hvis pasienten oppfyller kravene til overflytting skal det konfereres med vakthavende traumeansvarlig ved traumesentret om pasienten trenger overflytting. Som hovedregel skal pasienter som ikke kan ferdigbehandles ved akutttsykehus med traumefunksjon, overflyttes til traumesenteret. Ålesund sjukehus vil for eksempel kunne utføre endelig behandling av en stor del pasienter med alvorlige skader. Unntak vil være pasienter med hodeskader, CNS-skader, ustabile kolumnafrakturer og toraksskader. Alle lokalsykehus, også de uten akuttfunksjon, og som i dag har varierende grad av kirurgisk akuttberedskap, skal ha systemer for oppbygging og vedlikehold av kompetanse innen nødkirurgi.

HELHETLIG DRØFTING

Målet med å innføre et regionalt traumesystem i Helse Midt-Norge er å gi befolkningen trygghet for at pasienter får raskest og kvalitativt best mulig behandling ved alvorlige skader. Planen beskriver evakueringskjeden for disse pasientene fra skadested til endelig behandling. Administrerende direktør anbefaler at det etableres et regionalt traumesystem basert på prinsippene i den nasjonale traumerapporten. Det er foretatt en kartlegging av dagens håndtering av traumepasienter og status ved sykehusene opp mot de nasjonalt anbefalte krav til kompetanse og system for traumebehandling.

Et regionalt traumesystem innebærer

- kompetansebyggende tiltak
- klare destinasjons- og overføringskriterier
- tiltak for å bedre samhandlingen i behandlingskjeden
- et erfaringsbasert system inkludert traumeregister for å evaluere og justere elementene
- regional traumekoordinator
- sikre nødvendig kapasitet innen prehospital transport med spesialkompetanse

Rapporten fra den interregionale arbeidsgruppen ble ferdigstilt i 2007.

Etter en bred høringsrunde og korreksjoner fikk rapporten tilslutning i AD-møtet til de regionale administrerende direktørene.

Traumerapporten og konkretisering av kravene til et traumesystem er gjennom arbeid utført av traumeutvalget ved St. Olavs hospital med tett medvirkning fra de andre HF konkretisert for Midt-Norge.

Status viser at vi har utfordringer knyttet til både organisering, kompetansebygging, teamtrening og erfaringslæring ved våre sykehus. Dette gjelder spesielt legebemannning som er stabil og tilgjengelig på døgnbasis innen de sentrale spesialitetene som trengs i et traumeteam.

Behandlingen av de alvorligst skadde pasientene krever et team av høyt spesialiserte leger og annet helsepersonell, hvor øvelse gjør mester, og en stabil og forutsigbar organisering er en nødvendighet.

Traumesystemet inneholder fire hovedelementer – den prehospitale tjenesten, akuttssykehus med traumefunksjon, traumesenter og rehabiliteringssykehus. I tillegg kreves kompetanseoppbygging og registrering av virksomheten i et kvalitetsregister.

Hverdagstraumatologien omfattes ikke av det omtalte traumesystemet. Den utgjør det altoverveiende volum av skadebehandling innenfor spesialisthelsetjenesten og representerer bl.a. de fleste brudd- og kuttskader og ortopediske bløtdelsskader. Dette dreier seg som regel om lavenergitraumer og enorganskader. Disse behandles i dag ved sykehus med kirurgisk, ortopedisk og anestesilogisk vaktberedskap. Hverdagstraumatologien skal fortsatt behandles på lokalsykehusene ut fra den funksjonsfordelingen som er valgt og den kompetanse som er bygget opp i hvert HF.

Kvalitetskrav til akuttssykehus med traumefunksjon

På basis av det nasjonale utredningsarbeidet er det utviklet kvalitetskrav som minimumskrav for å opprettholde mottak for potensielt alvorlig skadde. Kvalitetskravene er en konkretisering av de viktigste elementene i traumerapporten fra 2007 og angir anbefalinger om tiltak for helseforetakene innen sykehusområdet. Oppfyllelse av kravene er en forutsetning for å kunne motta alvorlig skadde pasienter. Administrerende direktørs vurdering er at det i HMR er sykehuset i Ålesund som best vil være i stand til å oppfylle disse kriteriene og som også vil være i stand til ivareta behandling av enkelte traumetyper. For øvrig ligger ansvaret for organiseringen av mottak av multitraumatiserte pasienter, og hvilke sykehus som skal ha traumefunksjon, på det enkelte helseforetak.

Det er foreslått tidsfrister for å innfri kravene. Administrerende direktør vil gjennomgå tidsfrister med helseforetakene før de gjøres endelig gjeldende.

Krav til traumesenteret i Helse Midt-Norge

Krav til traumesenter er beskrevet i traumerapporten. St. Olavs hospital er det eneste HF som oppfyller rapportens krav til traumesenter. Det skal legges til rette for en formalisert traumeenhet ved traumesenteret for å ivareta behovet for døgnkontinuerlig tilgjengelighet av fagspesialister innen traumatologi. Dette vil sikre behovet for tverrfaglig behandling av denne type pasienter og operativt kontaktpunkt for alle sykehus i regionen som mottar denne type pasienter.

Andre krav til traumesystemet

Regional koordinator

Det er foreslått å opprette en regional koordinator som en sentral del av traumesystemet. Regional koordinatorfunksjon må inneholde både sykepleier- og legefaglig stilling. Funksjonen legges til det regionale traumesenteret. Oppgavene skal være:

- å koordinere organiseringen av traumebehandlingen med representanter fra alle sykehus med traumefunksjon i Helse Midt-Norge
- å fungere som bindeleddet mellom traumekoordinatorerne i regionen og traumesenteret
- å ivareta oppgaver veiledning ved sykehusene om struktur, evaluering, opplæring, hospitering, registrering
- å fungere som bindeledd til andre regionale koordinatorene i en fremtidig nasjonal samordning

Et uformelt traumenettverk er allerede opprettet i Helse Midt-Norge og det er gjort forarbeid overfor alle helseforetakene i regionen. Dette har økt interessen for traumatologi og forståelsen for systembehov. St. Olavs hospital er forberedt til å bistå for å vedlikeholde og bedre traumebehandlingen i hele regionen.

Evalueringss-/sertifiseringssystem

Evalueringss-/sertifiseringssystem bør utredes innen utgangen av 2012 med sikte på etablering innen 1/6 2013.

Traumeregister

Registrering i nasjonalt traumeregister inngår som en del av traumesystemet.

Traumesystemet skal organiseres for å gi de alvorlig skadde pasientene en forutsigbar og kvalitativt god behandling, der det i en akutt situasjon ikke er tvil om hvor pasienten skal fraktes.

Normalt skal den raskeste transport fra skadested til endelig behandlingssted velges. Dersom transporttiden overstiger en halv time, skal de ustabile pasientene bringes til nærmeste akuttstasjon med traumefunksjon for stabilisering av luftveier, pust og blodsirkulasjon.

Vedlagte liste over kriterier for videre overflytting til traumesenter er en veiledende liste over tilstander som hos en multitraumatisert pasient senker terskelen for overflytting. Det skal alltid konfereres om disse pasientene.

Alle lokalsykehus, også de uten traumefunksjon, og som i dag har varierende grad av kirurgisk akuttberedskap, skal ha systemer for oppbygging og vedlikehold av kompetanse innen nødkirurgi. Dette er nødvendig fordi pasienter med alvorlige skader unntaksvis vil kunne komme også til disse sykehusene, og for å opprettholde kompetanse til å takle egne komplikasjoner.

KONSEKVENSVURDERING

Konsekvensvurdering er foretatt. Innføringen av et traumesystem vil gi en forutsigbar, stabil og høykompetent helsetjeneste for de alvorlig skadde pasientene i Midt-Norge. For befolkningen vil dette gi økt trygghet og en mer likeverdig helsetjeneste. Den faglige kvaliteten vil styrkes, fagmiljøene gjøres mer robuste, og rekrutteringssituasjonen sannsynligvis bedres. Innføring av traumesystemet innebærer ikke nedbygging av nåværende vaktberedskap, og vil ikke svekke helsetjenesten for noen del av befolkningen, Forskningsmulighetene vil øke.

Samarbeidende enheter vil få styrket sin kompetanse og evne til å yte god tjeneste inn mot en godt organisert akuttkjede med definerte ansvarslinjer.

En ser ingen negative konsekvenser ved innføring av et traumesystem.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Ansettelse av regional traumekoordinator vil kunne utløse lønnsmidler.
De øvrige tiltak forutsettes finansiert innenfor gjeldende økonomiske ramme.

ADM. DIREKTØRS OPPSUMMERING/ANBEFALING

Anbefalingene i denne saken legger til rette for en robust håndtering av alvorlig skadde pasienter. Fremtidig funksjonsfordeling i henhold til Strategi 2020 er nødvendig av flere hensyn. Denne styresaken legger til grunn at traumefunksjon i Helse Midt-Norge samlet sett er ivarettatt gjennom akuttstusykehus med traumefunksjon ved Ålesund Sjukehus, og traumesenter ved St. Olavs Hospital. De øvrige sykehus skal bidra med stabiliseringskompetanse etter planer utarbeidet i det enkelte HF. Formålet med den foreslåtte organiseringen av alvorlig skadde i rapporten om nasjonalt traumesystem, er å gjøre behandlingen av alvorlig skadde pasienter enda bedre og tilpasset den faglige og teknologiske utviklingen. Målet er å etablere en god og sammenhengende behandlingsskjede, fra skadested til endelig behandling og rehabilitering. Mottak og behandling av de alvorlig skadde i Helse Midt-Norge må få en tydeligere koordinering, klarere retningslinjer og mer forutsigbar kompetanse for å sikre høy kvalitet og forutsigbarhet i tjenesten.

Innføringen av traumesystemet i Helse Midt-Norge vil sikre denne pasientgruppen en forutsigbar, robust, kompetent og kvalitativt god tjeneste fra skadested til endelig behandling. Hovedprinsippet i traumesystemet - at pasientens behov skal være førende for struktur og innhold i tjenestene - er lagt til grunn.

I hovedtrekk gjelder at pasienter som er ustabile eller har åpenbar alvorlig skade, skal til traumesenter dersom dette er mulig innen akseptabel tidsramme. Angitt akseptert transporttid (fra skadested til sykehus) i interregional traumerapport er en halv time. Det vil si at dersom man i valget mellom å transportere direkte til det regionale traumesenteret eller til akuttstusykehus med traumefunksjon, transporterer man en ustabil eller alvorlig skadet pasient til traumesenteret dersom dette ikke tar mer enn 30 minutter. Forventer man at det vil ta mer enn 30 minutter transporterer man pasienten først til det nærmeste akuttstusykehuset med traumefunksjon for stabiliserende behandling.

Alle akuttstusykehus med traumefunksjon må fylle angitte krav til infrastruktur, tilgjengelighet og kompetanse (minstekrav for mottak av potensielt alvorlig skadde). Helse Midt-Norge RHF vil påse at kvalitetskravene til traumefunksjonen følges opp av helseforetakene. Endelig behandling av pasienten kan skje på andre sykehus enn traumesenteret. Hvis pasientens skader oppfyller overflyttingskriterier skal det konfereres med traumesenter Ålesund sykehus vil kunne foreta endelig behandling av relativt omfattende skader. I tråd med Foretaksprotokollen av 30. juni 2011 skal også Helse Nord-Trøndelag legge fram planer for samling av den akuttkirurgiske virksomheten. Organiseringen av traumeberedskapen er en del av dette.

Alle lokalsykehus, også de med tilpasset akuttfunksjon, og som i dag har varierende grad av kirurgisk akuttberedskap, skal ha systemer for oppbygging og vedlikehold av kompetanse innen nødkirurgi.

Implementering av traumesystem medfører behov for en regional koordinatorfunksjon og opprettelsen av en traumeenhet ved St. Olavs Hospital. Kompetansekravene medfører behov for ressurser til oppfølging/kurs fra traumesenteret.

Saken er lagt frem i Brukerutvalget og for de konserntillitsvalgte før styrebehandling.



Traumesystemet

Helse Midt-Norge

Bakgrunn

- 22. mars 2012 vedtok HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET
 - Sak 25/12 Regionalt traumesystem

Forslag til vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar rapporten "Traumesystem i Norge – Forslag til organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter" til etterretning.
2. Styret legger til grunn inndelingen av behandlingskjeden i rapporten, der det skilles mellom prehospital tjeneste, akuttsykehus med traumefunksjon, traumesenter og rehabiliteringssykehus.

Forslag til vedtak forts

3. Anbefalingene om krav til infrastruktur, organisering og kompetanse legges til grunn for den videre utviklingen av behandlingen av alvorlig skadde pasienter i Helse Midt-Norge.
4. Styret forutsetter at behandling av andre pasienter med behov for akutt hjelp må skje i henhold til funksjonsfordeling i Strategi 2020.
5. Styret vedtar at St. Olavs hospital er regionens traumesenter.

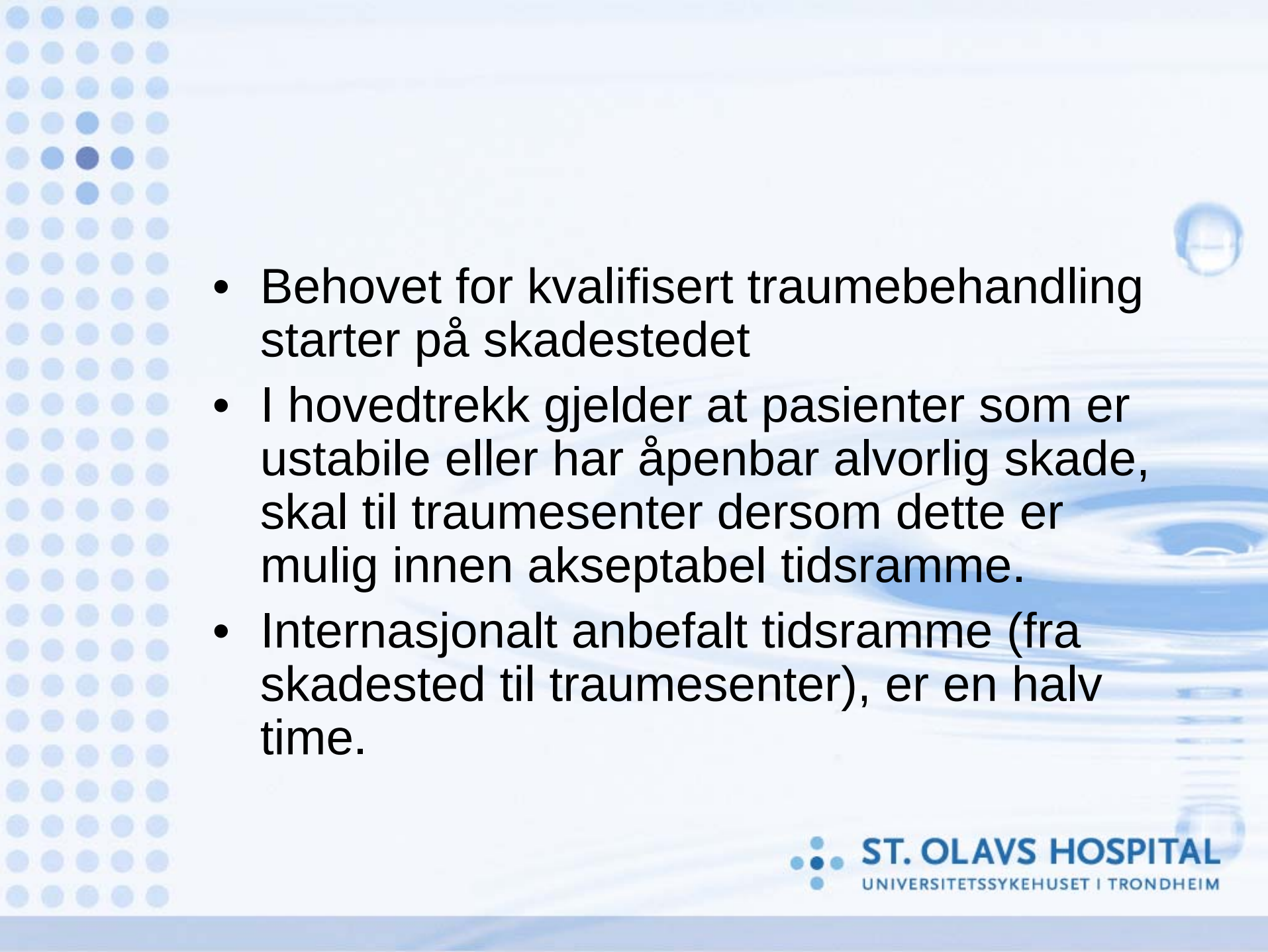
Forslag til vedtak forts

6. Styret vedtar at Ålesund sjukehus skal være akuttsykehus med traumefunksjon, og med mer omfattende behandlingsansvar enn øvrige sykehus.
7. Styret ber underliggende HF utarbeide en handlingsplan for hvordan alle sykehus, også de uten døgnskategorisk traumeberedskap, skal sikre kompetanse innen feltet.

Faktiske opplysninger i innsendt sak

- Et regionalt traumesystem skal optimalisere bruk av ressurser slik at traumepasienten blir behandlet på rett sted til rett tid og av de rette spesialistene for å oppnå best mulig resultat.

- 
- Traumerapporten beskriver 4 nivåer i behandlingskjeden:
 - Prehospitaltjenesten
 - Akuttsykehus med traumefunksjon
 - Traumesenter (ett regionalt traumesenter i Helse Midt-Norge)
 - Rehabiliteringssykehus

- 
- Behovet for kvalifisert traumebehandling starter på skadestedet
 - I hovedtrekk gjelder at pasienter som er ustabile eller har åpenbar alvorlig skade, skal til traumesenter dersom dette er mulig innen akseptabel tidsramme.
 - Internasjonalt anbefalt tidsramme (fra skadested til traumesenter), er en halv time.

- Med normal flytid for helikopter vil enten St. Olavs hospital eller Ålesund sykehus nås innen denne tidsrammen.
- Forventer man at det vil er mer enn en halv time transporttid til traumesenter, transporterer man den ustabile traumepasienten først til det nærmeste akuttsykehuset med traumefunksjon for stabiliserende behandling

- Med mer enn 30 minutter transporttid til St. Olavs hospital under normale værforhold, er det medisinsk grunnlag for at flere enheter med akuttfunksjon i regionen bør fylle minstekrav til for mottak av potensielt alvorlig skadde. Det er imidlertid absolutt nødvendig at de sykehus som har denne funksjonen, oppfyller minstekravene til infrastruktur, organisering og kompetanse. Det innebærer at disse enhetene har en stabil, forutsigbar bemanning med riktig kompetanse, tilgjengelig 24 timer i døgnet, året rundt

Akuttsykehusene med traumefunksjon **må** på døgnskategorisk basis ha:

- Fast definerte traumeteam med kriterier for aktivering
- Aktiveringstid for traumeteam, akuttrom, operasjonsstue og røntgenundersøkelse av toraks på mindre enn 15 minutter
- Kriterier for prioritering og overflytting av pasienter til høyere behandlingsnivå
- Oppdaterte prosedyrer(traumemanual)
- Tilpasset registreringsskjema/bruk av sjekkliste
- Traumeregistrering og gjennomgang av behandlede pasienter
- Etablert, regelmessig tverrfaglig trening
- Oppfylt krav til kompetanse for medlemmer av traumeteamet
- Kompetanse til å utføre nødkirurgiske prosedyrer (avlaste pneumothorax, utføre blodstillende nødkirurgi i buk og bekken med pakking, utføre thorakotomi med avlastning av hjertetamponade, sutur av enkle stikkskader i hjertet, sutur av enkle lungeskader, og primærstabilisering av ekstremitetsfrakturer(ekstern fiksasjon).

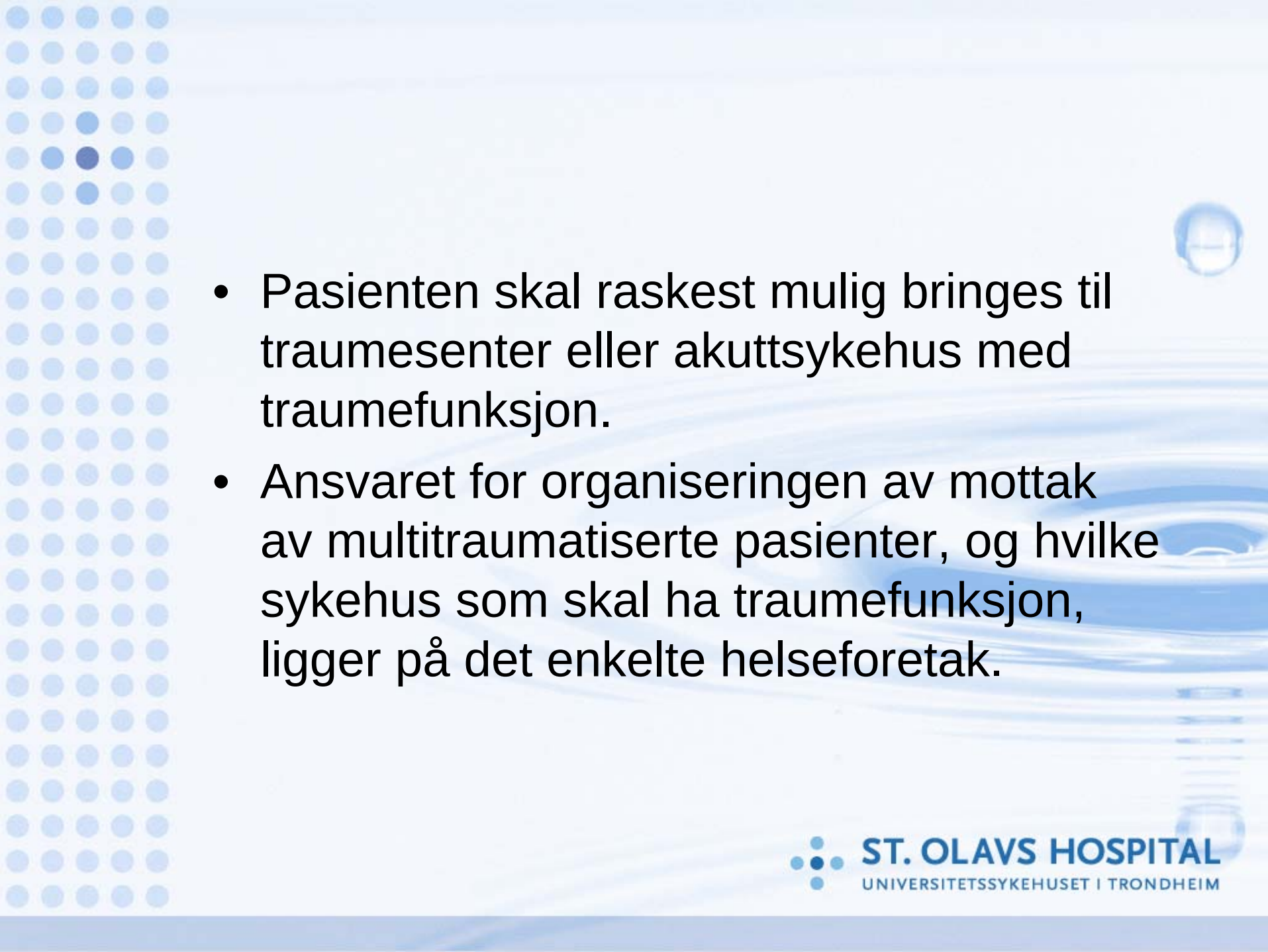
Traumesenter

- *Traumesenteret* skal kunne utføre alle typer kirurgisk behandling bortsett fra behandling på områder der det er opprettet landsfunksjoner.
- Det kreves at traumesenteret har alle kirurgiske subspesialiteter, nevrokirurgi og ortopedi i døgntkontinuerlige vaktordninger.
- Traumesenteret har ansvar for regional fagutvikling, vedlikehold av retningslinjer for traumesystemet og for å kvalitetssikre koordineringen og oppfølgingen av traumebehandlingen gjennom beskrevne behandlingsforløp. Målet er at de alvorlig skadde blir dirigert (triagert) til traumesenteret der dette er hensiktsmessig etter nasjonale kriterier, evt via stabiliserende initialbehandling ved annet akuttssykehus med traumefunksjon.
- Pasienter med behov for avansert *rehabilitering* bør tilstrebes overflyttet direkte fra traumesenter til rehabiliteringssykehus / avdeling.

- Traumesenteret skal også ha en regional traumekoordinator som skal lede organiseringen av traumetilbudet og ha et koordinerende ansvar i regionen
- Det skal legges til rette for en formalisert traumeenhet ved traumesenteret for å ivareta behovet for døgnskategorisk tilstedeværelse av fagspesialister innen traumatologi. Dette vil sikre behovet for tverrfaglig behandling av denne type pasienter og operativt kontaktpunkt for alle sykehus i regionen som mottar denne type pasienter.

Traumeregister

- *Traumeregister.* Alle sykehus som tar imot og behandler traumepasienter skal registrere virksomheten i kvalitetsregister

- 
- Pasienten skal raskest mulig bringes til traumesenter eller akuttsykehus med traumefunksjon.
 - Ansvaret for organiseringen av mottak av multitraumatiserte pasienter, og hvilke sykehus som skal ha traumefunksjon, ligger på det enkelte helseforetak.

Overflytning

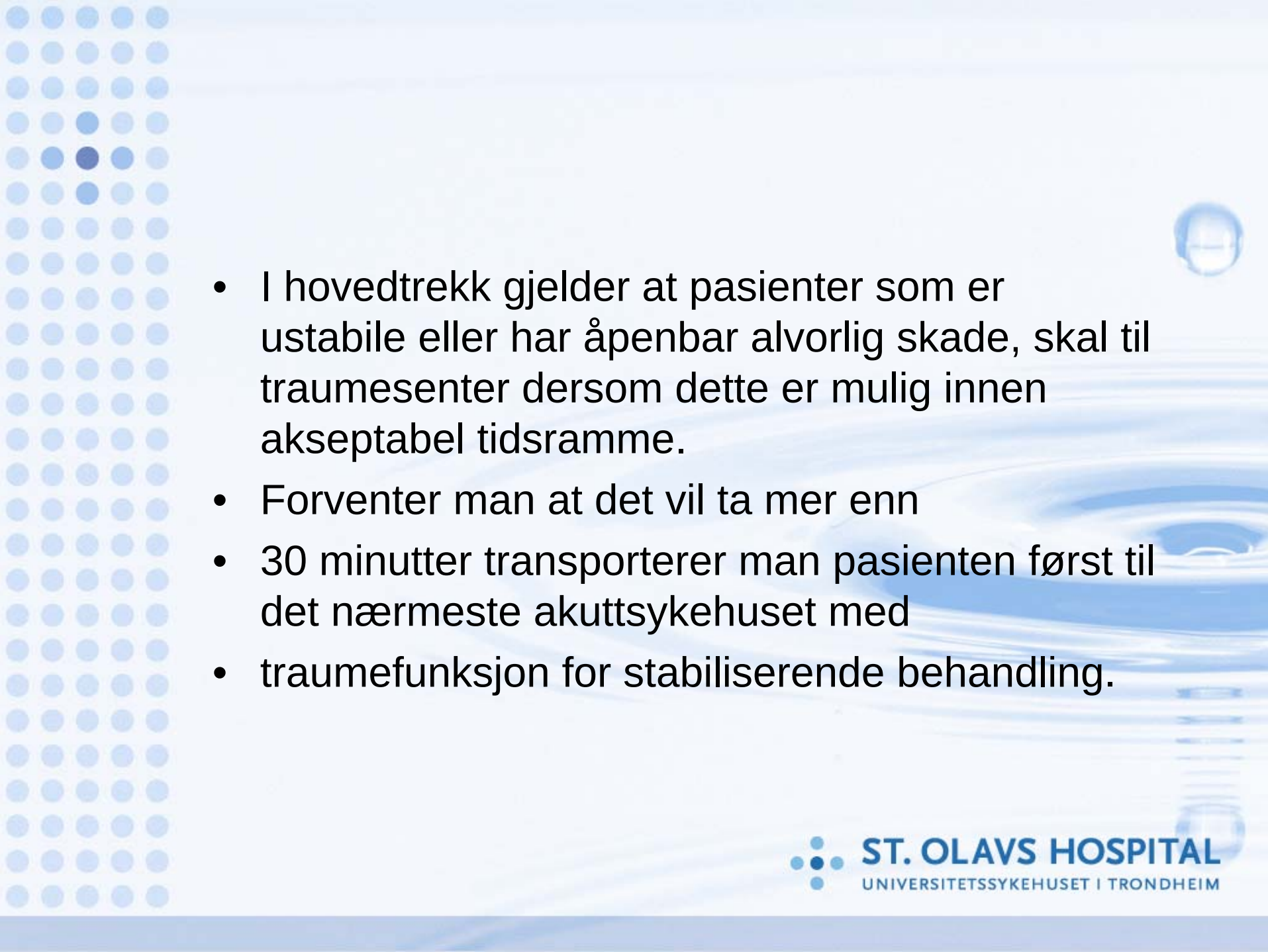
- Hvis pasienten oppfyller kravene til overflytting skal det konfereres med vakthavende traumeansvarlig ved traumesentret om pasienten trenger overflytting

Helhetlig drøfting

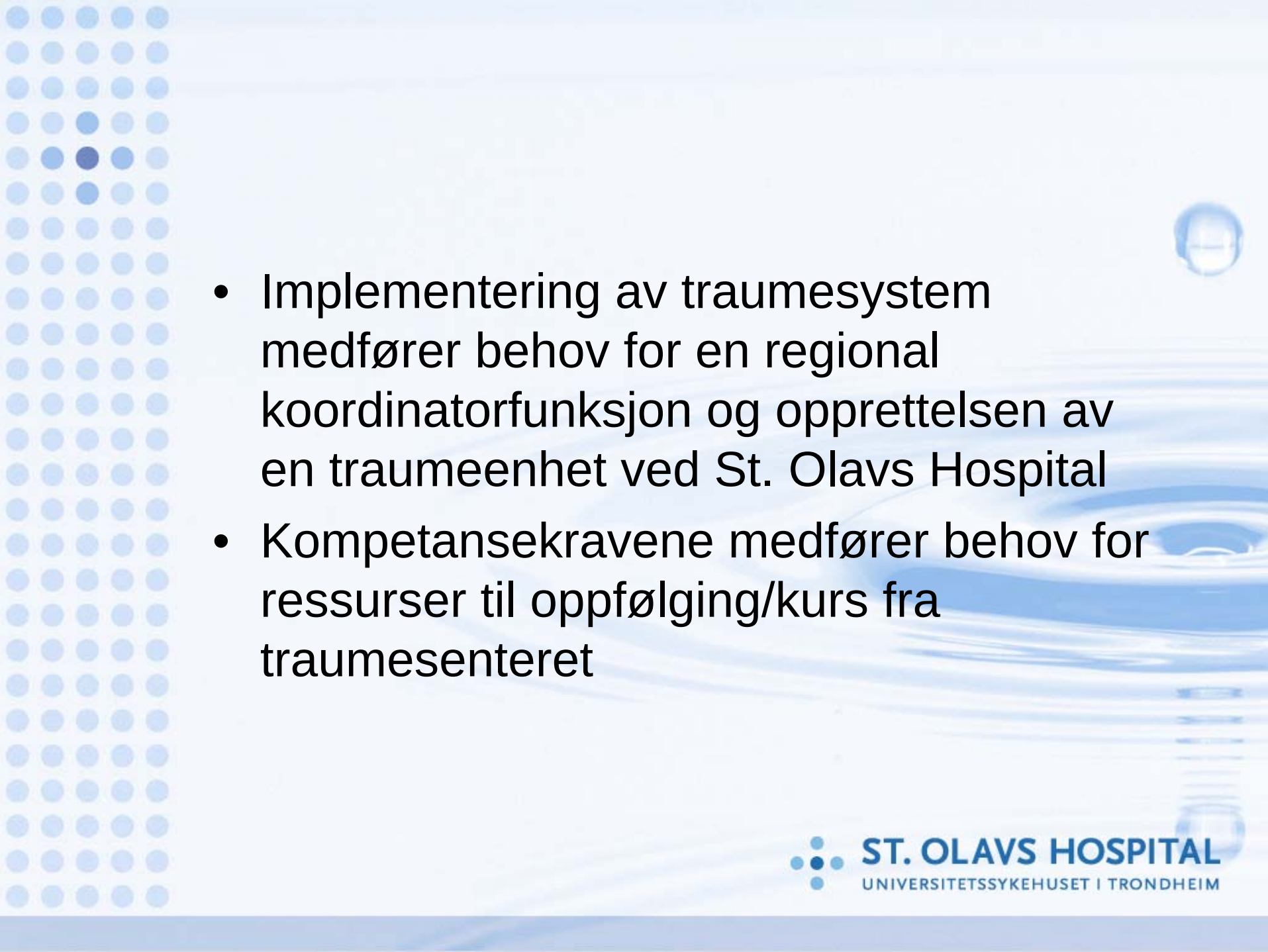
- **Kvalitetskrav til akuttsykehus med traumefunksjon**
- **Krav til traumesenteret i Helse Midt-Norge**
- **Andre krav til traumesystemet**
 - *Regional koordinator*
 - *Evaluerings-/sertifiseringssystem*
 - *Traumeregister*

ADM. DIREKTØRS OPPSUMMERING/ANBEFALING

- Anbefalingene i denne saken legger til rette for en robust håndtering av alvorlig skadde pasienter
- Denne styresaken legger til grunn at traumefunksjon i Helse Midt-Norge samlet sett er ivare tatt gjennom akuttsykehus med traumefunksjon ved Ålesund Sjukehus, og traumesenter ved St. Olavs Hospital
- De øvrige sykehus skal bidra med stabiliseringskompetanse etter planer utarbeidet i det enkelte HF

- 
- I hovedtrekk gjelder at pasienter som er ustabile eller har åpenbar alvorlig skade, skal til traumesenter dersom dette er mulig innen akseptabel tidsramme.
 - Forventer man at det vil ta mer enn
 - 30 minutter transporterer man pasienten først til det nærmeste akuttsykehuset med
 - traumefunksjon for stabiliserende behandling.

- Alle akuttsykehus med traumefunksjon må fylle angitte krav til infrastruktur, tilgjengelighet og kompetanse (minstekrav for mottak av potensielt alvorlig skadde)
- Alle lokalsykehus, også de med tilpasset akuttfunksjon, og som i dag har varierende grad av kirurgisk akuttberedskap, skal ha systemer for oppbygging og vedlikehold av kompetanse innen nødkirurgi

- 
- Implementering av traumesystem medfører behov for en regional koordinatorfunksjon og opprettelsen av en traumeenhet ved St. Olavs Hospital
 - Kompetansekravene medfører behov for ressurser til oppfølging/kurs fra traumesenteret

Brev fra HMN til fagdirektørene

Traumesystem

Det vises til styresak 25/12 Regionalt traumesystem.

Styret i Helse Midt-Norge RHF har gjennom vedtaket bestemt at føringene i rapporten "Traumesystem i Norge - Forslag til organisering av behandling av alvorlig skadde pasienter" når det gjelder inndeling av akuttkjeden og anbefalingene om krav til infrastruktur, organisering og kompetanse, gjøres gjeldende for Helse Midt-Norge RHF.

Styret har vedtatt at St. Olavs Hospital er regionens traumesenter, og at Alesund sjukehus skal være akuttsykehus med traumefunksjon med mer omfattende behandlingsansvar.

Styret ber underliggende HF utarbeide en handlingsplan for hvordan alle sykehus, også de uten døgnerberedskap, skal bidra innen feltet.

I tråd med styrets vedtak ber Helse Midt-Norge RHF de underliggende HF utarbeide planer for utvikling av infrastruktur, organisering og kompetanse for behandling av alvorlig skadde pasienter.

Helse Midt-Norge RHF ber St. Olavs Hospital HF spesielt gjøre rede for hvordan en vil ivareta funksjonen som traumesenter og ansvaret for regional fagutvikling, vedlikehold av retningslinjer for traumesystemet, og kvalitetssikring av traumebehandlingen gjennom beskrevne pasientforløp.

Helse Midt-Norge RHF ber Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF, dersom det ikke allerede er gjort, utnevne traumekoordinator som skal samarbeide med den regionale koordinatoren ved St. Olavs Hospital HF i implementeringen av traumesystemet. En ber St. Olavs Hospital ta initiativet til dette samarbeidet.

Ambulanse Midt-Norge HF skal også tas med i arbeidet.

En ber om at arbeidet settes i gang umiddelbart med tanke på endelig implementering av et regionalt traumesystem i løpet av året.

Fra Traumerapporten



ST. OLAVS HOSPITAL
UNIVERSITETSSYKEHUSET I TRONDHEIM

Akuttsykehusene med traumefunksjon **må** på døgnskategorisk basis ha:

- Fast definerte traumeteam med kriterier for aktivering
- Aktiveringstid for traumeteam, akuttrom, operasjonsstue og røntgenundersøkelse av toraks på mindre enn 15 minutter
- Kriterier for prioritering og overflytting av pasienter til høyere behandlingsnivå
- Oppdaterte prosedyrer(traumemanual)
- Tilpasset registreringsskjema/bruk av sjekkliste
- Traumeregistrering og gjennomgang av behandlede pasienter
- Etablert, regelmessig tverrfaglig trening
- Oppfylt krav til kompetanse for medlemmer av traumeteamet
- Kompetanse til å utføre nødkirurgiske prosedyrer (avlaste pneumothorax, utføre blodstillende nødkirurgi i buk og bekken med pakking, utføre thorakotomi med avlastning av hjertetamponade, sutur av enkle stikkskader i hjertet, sutur av enkle lungeskader, og primærstabilisering av ekstremitetsfrakturer(ekstern fiksasjon).

Akuttsykehusene med traumefunksjon **må** på døgntkontinuerlig basis ha:

- Teamleder og anestesilege: Skal ha kurs i akutt håndtering av alvorlig skadde pasienter (ATLS eller tilsvarende)
- Annet personell i traumeteamet bør ha deltatt på relevant kurs i akutt håndtering av alvorlig skadde pasienter (TNCC eller tilsvarende)
- Sykehuset skal ha kontinuerlig vaktberedskap for livreddende kirurgi (teamleder eller evt bakvakt kirurg skal ha godkjent kurs i nødkirurgiske prosedyrer). Denne type trening bør gjentas hvert 3.-5.år for kirurger i vakt.
- Operasjonspersonell: Kunnskap om metoder for nødkirurgiske prosedyrer
- Sykehuset skal regelmessig tilby teamtrening i mottak av alvorlig skadet pasient.
- Nøkkelpersonell skal ha gjennomgått slik trening innen 3 mnd etter tiltredelse

Traumesenter

- Traumesenteret skal kunne utføre alle typer kirurgisk behandling bortsett fra behandling på
- områder der det er opprettet landsfunksjoner (se under). Disse sykehusene skal være
- henvisningssykehus for traumatologi og i tillegg til akuttsykehusfunksjonene nevnt ovenfor,
- kunne tilby følgende diagnostikk og behandling på døgnbasis:
- Akutt:
 - Angiografi, intraarteriell embolisering og stentbehandling av blødninger.
- Definitiv behandling:
 - Alle toraksskader
 - Alle bukskader
 - Alle hodeskader
 - Endelig bruddbehandling med osteosyntese av alle typer
 - Plastiskkirurgisk behandling av bløtdelsskader
 - Operative behandling av alle typer spinale skader
 - Intensiv behandling inklusive langvarig respiratorbehandling, dialyse, intrakranialtrykkmåling og avansert sirkulasjonsovervåkning.

- Teamleder og anestesilege: Skal ha kurs i akutt håndtering av alvorlig skadde pasienter (ATLS eller tilsvarende)
- Annet personell i traumeteamet bør ha deltatt på relevant kurs i akutt håndtering av alvorlig skadde pasienter (TNCC eller tilsvarende)
- Sykehuset skal ha kontinuerlig vaktberedskap for livreddende kirurgi (teamleder eller evt bakvakt kirurg skal ha godkjent kurs i nødkirurgiske prosedyrer). Denne type trening bør gjentas hvert 3.-5.år for kirurger i vakt.
- Operasjonspersonell: Kunnskap om metoder for nødkirurgiske prosedyrer
- Sykehuset skal regelmessig tilby teamtrening i mottak av alvorlig skadet pasient.
- Nøkkelpersonell skal ha gjennomgått slik trening innen 3 mnd etter tiltredelse



Veiledende overflyttingskriterier for multitraumatiserte pasienter Helse Midt-Norge

Hode/CNS

- Penetrerende skade/åpen fraktur
- Impresjonsfraktur
- Lateraliserende tegn
- GCS forverring
- GCS<14 med CT-funn
- Spinalskade eller ustabil rygg/nakkefraktur

Thorax/Hals

- Hemothorax med pågående blødning (hvis transportstabil)
- Hjerteskode (hvis transportstabil)
- Mistanke om intrathorakal karskade
- Mistanke om bronchialruptur
- Betydelige lungekontusjoner eller lacerasjoner med behov for respiratorbeh
- Brystveggskade med behov for respiratorbehandling ("flail chest")

Abdomen

- Større karskade
- Betydelig urogenital skade
- Leverskade med transfusjonsbehov
- Pancreas- eller duodenalskade
- Åpen buk etter DCS
- Miltskade grad 4/5, stabil > 24 timer for coiling

Bekken/Ekstremiteter

- Ustabil bekkenfraktur
- Åpen bekkenskade
- Bekkenskade med hemodynamisk påvirkning
- Fraktur/dislokasjon ekstr med pulsbortfall
- Åpen fraktur lange rørknokler
- Ischemi/crushskade

Mengde skade

- Brannskade med andre skader
- Skade i > 2 organsystemer
- Etter DCS
- Forverring/sen overflytting
 - Sepsis
 - Nekrose
 - MOF

Komorbiditet (lav terskel for overflytting)

- Alder >55 år
- Alder < 5 år
- Hjerte- lungesykdom
- Diabetes
- Fedme (BMI>30)
- Graviditet

Års - og Aktivitetsrapport 2012

Traumeutvalget ved Sykehuset Namsos



HELSE NORD-TRØNDELAG HF
KIRURGISK KLINIKK
KIRURGISK OG ORTOPEDISK AVDELING,
AKUTTMEDISINSK AVDELING,
SYKEHUSET NAMSOS

TRAUMEUTVALG
MEDLEMMER

1. Medlemmer i traumeutvalget

Funksjon	Navn	Stedfortreder
Leder	Hallvard Græslie	Tina Foss Hakli
	Tina Foss Hakli (anestesi)	
Sekretær	Ingunn A Øvereng (akuttmottak/traumekoordinator)	Bodil M Holm
	Arill Hines (Prehosp tj)	
	Katarina Wünsche (radiolog)	
	Bjørn Fjær (radiograf)	
	Cecilie Jansen (LIS kirurgi)	
	Åse Kristin Sandnes (lab)	
	Sverre Børstad (anestesispl)	
	Jon Terje Aakervik (operasjon)	
	Wenche B. Thun (avdelingsleder akuttavd.)	

Traumeutvalget ved SN ble dannet i februar 2009. Antall medlemmer har økt etter hvert, til nå å ha en representant fra alle aktørene traumeteamet. I tillegg deltar LIS fra anestesi på traumeutvalgsmøtene. I 2012 ble det et skifte av LIS lege kirurgi, fra Andreas Edenberg til Cecilie Jansen.

Fra 2011 har Ingunn A. Øvereng hatt 20% stilling som traumekoordinator og Kristian Børstad 5 % stilling som traumeregistrator.

TRAUMEUTVALG
MANDAT

2. Mandat

- Traumeutvalget er Sykehuset Namsos sitt faglige organ for traumebehandling.
- Skal kunne evaluere de traumemottak som en har hatt ved sykehuset.
- Skal stå for en evt. gjennomgang av ulike traumer med involverte parter.
- Skal kunne gjøre vedtak som medfører nye traumeprosedyrer evt. oppdateringer av traumeprosedyrer som en har ved SN.
- Skal avholde faglige møter for ansatte ved SN.
- Skal avholde BEST øvelser og sette opp plan over øvelsene hvert år.
- Referat skrives fra møtene i Traumeutvalget
- Aktivitetsplan (møteplan) settes opp for hvert år
- Års- og aktivitetsrapport skrives for hvert år
- Skal være pådriver for at det foretaes traumeregistrering med AIS og ISS koding ved SN.
- Skal kunne legge frem statistikker fra AIS / ISS registreringen

Mandatet ble bestemt og godkjent av traumeutvalget på første møtet.

TRAUMEUTVALG
MØTEVIRKSOMHET

3. Traumeutvalgsmøter

Det har blitt avholdt 11 traumeutvalgsmøter i 2012.

Traumeutvalget har jobbet med følgende saker i 2012:

- 1) Fortløpende evaluering av gjennomførte traumemottak.
- 2) Utarbeidelse av nye prosedyrer samt oppdatering av eksisterende prosedyrer; herunder spesielt fokus på:
 - a. Traumemanualen (lommeformat) for Sykehuset Namsos. Denne er revidert, og finnes tilgjengelig på foretakets EQS. Manualen bygger på Oslo Universitetssykehus Ullevål sin traumemanual, som nå finnes i både bokform og som telefon-app.
 - b. Etablering av prosedyre for transfusjonspakke ved alvorlige blødninger. Her er man ikke helt i mål ennå, og jobben vil fortsette i 2013.
- 3) Implementering av traumesystem i Helse Midt Norge basert på den nasjonale rapporten ”Organisering av behandling av alvorlige skadde pasienter – traumesystem”.

Helse Midt Norge RHF vedtok 22.03.12 at føringene i rapporten ”Organisering av behandling av alvorlige skadde pasienter – traumesystem” skal gjøres gjeldende for HMN RHF. Dette omfatter inndeling av akuttkjeden og rapportens anbefalinger om krav til infrastruktur, organisering og kompetanse. Styret vedtok at St.Olavs Hospital skal være regionens traumesenter, og at Ålesund Sykehus skal være akuttsykehus med traumefunksjon med mer omfattende behandlingsansvar enn de andre akuttsykehusene i regionen, uten at dette ble beskrevet nærmere.

Styret har bedt hvert HF utarbeide en handlingsplan for hvordan alle sykehus, også de uten døgnerberedskap, skal bidra til å oppfylle kravene til traumesystem. I den forbindelse har fagsjef i HNT, Paul Georg Skogen,

vært i kontakt med fagdirektør i HMN, Nils H. Eriksson, og det er besluttet at foretakets to traumekoordinatorer (Ingunn A. Øvereng, Sykehuset Namsos og Sturla Røiseng, Sykehuset Levanger) skal delta i det regionale arbeidet.

- 4) Kartlegging av eksisterende formell kompetanse innen traumebehandling ved SN; herunder menes gjennomført Advanced Trauma Life Support (ATLS), Definitive Surgical Trauma Care (DSTC), Hemostatisk nødkirurgikurs (i regi av HMN), krigskirurgikurs og Trauma Nursing Core Course (TNCC). Kartleggingen vedlegges årsmeldingen som eget dokument.
- 5) Skifte av traumekriterier fra 15.6.12.

Traumeutvalget vedtok i tråd med det regionale traumenettverkets anbefalinger å skifte traumekriterier til RETTS systemets traumekriterier. Sykehuset Namsos tok i bruk de nye kriteriene 15.06.12.

RETTS traumekriterier er designet for todeling av traumeteam (stort og lite team), men traumeutvalget ved SN har valgt å ikke dele traumeteamet. Dermed aktiveres fullt traumeteam uansett hvilke av traumekriteriene som oppfylles. Bakgrunnen for dette er at todeling av traumeteam vil medføre relativt få aktiveringer av stort team, som igjen medfører at teamet fungerer dårligere sammen. Det er kommet signaler fra fagmiljøet om at sykehus med færre enn 100 traumemottak per år bør unngå todeling, og bør benytte de ”mildere” traumene til trening av teamet.

Prosedyre ”Algoritme for aktivering av traumealarm ved Sykehuset Namsos” finnes som vedlegg til årsrapporten.

- 6) Kartlegging av tidsforbruk ved traume.

I forbindelse med skifte av traumekriterier ble det startet en kartlegging av sykehusets tidsforbruk ved traume. Bakgrunnen for kartlegginga var om mulig få tallfestet i hvor stor grad traumeaktiviteten influerer på sykehusets elektive kirurgiske virksomhet. Kartleggingsperioden har vært på 6 måneder, og ble avsluttet 15.12.12. Materialet er foreløpig ikke analysert fullstendig, men dette vil skje i løpet av vinteren 2013.

- 7) Kompetanseplan.

Med bakgrunn i eksisterende kompetanse har traumeutvalget laget en plan for hvordan sykehuset skal øke den formelle kompetansen innen

traumebehandling; herunder deltakelse i kurs, gjennomføring av BEST øvelser og deltakelse ved andre aktuelle kurs/konferanser. Se pkt. 4.

8) Øke funksjonaliteten på akuttrom i akuttmottak.

Traumeteamene har over langt tid erfart at det ofte blir trangt om plassen inne på akuttrommet under traumemottak. For å bedre på dette er det flyttet om noe inne på rommet, samt bestemt at trillebaserte apparater som EKG apparat og defibrillator flyttes ut av rommet i forkant av et traumemottak. Det er bestilt 2 nye trillevogner til barne- og anesthesiutstyr. Varene ble ikke levert i 2012, så det følges opp i 2013.

9) Øke fokus på egensikkerhet under traumemottak.

Manglende bruk av røntgenvester under mottak viser å medføre stor og forstyrrende trafikk inn og ut av akuttrommet under traumemottak. Det er derfor satt stor fokus på at alle medlemmer i teamet skal ikle seg røntgenvest under id-vest ved ankomst, slik at alle uten bekymring kan bli i rommet under røntgendiagnostiske undersøkelser. Videre er det satt fokus på bruk av engangshansker og evt. beskyttelsesbriller ved all pasientkontakt.

10) Formalisering av traumeutvalget.

Det ble i 2012 jobbet for formalisering og plassering av traumeutvalget i sykehusorganisasjonen. Traumeutvalget ønsker en mer formell rolle, leder av traumeutvalget, Hallvard Græsli, har anmodet ledelsen ved klinikkleder Jon Ivar Toft om dette. Foreløpig har man ikke fått noen tilbakemelding på dette, og dette vil etterspørres på ny tidlig i 2013.

11) Traumemøter.

Det ble i 2012 gjennomført 3 evalueringsmøter, såkalte traumemøter, for prehospitalt og inhospitalt personell involvert i traumebehandling ved sykehuset. Kristin Åkerøy har hatt ansvaret for å arrangere disse møtene. Det har vært godt oppmøte, rundt 40-50 personer hver gang, og traumeutvalget har fått mye positiv tilbakemelding på møtene. Målsetningen med møtene har vært å evaluere gjennomførte traumemottak, informere om nye prosedyrer samt øke den teoretiske kompetansen innen traumebehandling.

12) Deltagelse i LRS's katastrofeøvelse.

18 oktober ble det arrangert beredskapsøvelse i Lierne, og sykehuset deltok i denne øvelsen. Sykehusets beredskapsplan ble iverksatt, og sykehuset mottok 14 pasienter fra øvelsen. Traumeutvalget satte i forkant av øvelsen opp mål for hva sykehuset ønsket å trene på, og det har i etterkant vært arrangert flere evalueringsmøter. Øvelsen avdekket at mye fungerte veldig godt, men også at noe fungerte dårlig. Det ble videre avdekket at deler av sykehusets beredskapsplan ikke fungerer optimalt. Tilpasning/endring av dette er ikke fullført, og traumeutvalget vil jobbe videre med dette i 2013.



Bilder fra akuttmottak ved Sykehuset Namsos under katastrofeøvelsen 18.10.12.

TRAUMEUTVALG
ENKELTSAKER

4. Kompetanseplan og gjennomføring i 2012

I 2011 ble det i traumeutvalget bestemt at kravene til formell kompetanse blant medlemmene i traumeteamet som stilles i Traumesystem-rapporten burde oppfylles uavhengig av om traumesystem ble innført i Helse Midt Norge eller ikke. Med bakgrunn i eksisterende formell kompetanse laget derfor traumeutvalget i 2011 en plan for hvordan den formelle kompetansen skulle økes i 2012. I tillegg til deltakelse ved de kurs som nevnes i Traumesystem-rapporten har traumeutvalget også lagt vekt på deltakelse ved enkelte andre traumerelaterte kurs og konferanser. Nedenfor gjengis de krav traumeutvalget stiller til formell kompetanse i traumeteamet samt gjennomgang av kompetanseheving i 2012.

BEST Teamtrening

Krav: Alle medlemmer i traumeteamet skal ha gjennomført teamtrening lokalt før deltakelse i teamet.

Traumeutvalget foreslo i kompetanseplanen for 2012 å øke antall BEST øvelser pr år. Det ble i samarbeid med klinikkledelsen bestemt at antallet økes til 4 dager, hvorav det gjennomføres traumemottak med 2 team 2 av dagene og 1 team 2 av dagene. Dette betyr at 6 team har fått øve i løpet av 2012. I 2013 økes antallet til 5 dager, med 2 team hver gang, altså totalt 10 team som gjennomfører BEST øvelse.

Advanced Trauma Life Support

Krav: Alle behandlende leger i traumeteamet skal ha gjennomført ATLS kurs. Dette kravet prioriteres sterkt av traumeutvalget, og det legges press på legegruppen til å ta økt initiativ til deltakelse ved dette kurset. Kurset kreves gjennomført i spesialiseringsutdanningen til LIS i kirurgi/ortopedi/anestesi, og dette medfører stort press på de kursene som arrangeres, og vansker med å få plass. I 2012 deltok 5 LIS leger og 1 overlege på ATLS kurs. I tillegg gjennomførte LIS Sivert Hammer ATLS instruktørutdanning, og han har allerede vært instruktør på ATLS kurs. I løpet av høsten 2012 har det startet flere nye LIS leger som ikke har deltatt ved ATLS kurs. Det prioriteres at disse får delta på ATLS kurs i 2013.

Det er mulig å delta som observatør på ATLS kursene. Da betales det ingen kursavgift, men observatøren får undervisningsmateriell og deltar som

observatører på teoridelen og markør på den praktiske delen. Mer info om kurset på www.atls.no.

DSTC/ Hemostatisk nødkirurgi

Krav: Minimum ansvarlig kirurg i traumeteamet skal ha gjennomført kurs i nødkirurgiske prosedyrer. Traumeutvalget anbefaler at det årlig deltar et team bestående av anestesilege, anestesisykepleier, kirurg og operasjonssykepleier ved slikt kurs.

I 2012 har sykehuset deltatt med 3 team på slike kurs; hhv 2 team ved DSTC kurs og 1 team ved kurs i Hemostatisk nødkirurgi. DSTC kursene ble avholdt på Sessvollmoen og Ullevål Universitetssykehus, mens kurset i Hemostatisk nødkirurgi ble arrangert ved St.Olavs Hospital. Kurset "Hemostatisk nødkirurgi" ble tidligere arrangert av BEST, men ansvaret er nå overført til de regionale helseforetakene. Mer info om kurset på www.iatsic.org og www.dstc.no.



6 leger og sykepleiere fra Sykehuset Namsos deltok på kurs i "Hemostatisk nødkirurgi" ved St. Olavs Hospital i juni 2012.

Trauma Nursing Core Course

Krav: Alle sykepleiere som deltar i traumeteamet bør ha gjennomført TNCC. 3 sykepleiere ved Sykehuset Namsos er pr i dag TNCC instruktører, og traumeutvalget anbefaler at det arrangeres jevnlig TNCC kurs i Namsos for å redusere reisekostnader. Det ble i 2012 arrangert ett lokalt kurs hvor 16 sykepleiere fra akuttavdelingene deltok (5 anestesisykepleiere, 5 operasjonssykepleiere, 5 akuttinntakssykepleiere og 1 intensivsykepleier). Mere info om kurset på www.tncc.no



Sykepleiere og instruktører fra Sykehuset Namsos gjennomførte TNCC kurs ved Sykehuset Namsos i 2012.

Kurs i traumediagnostikk for radiologer/radiografer

Radiologer ved sykehuset oppfordres av traumeutvalget til å gjennomføre ATLS kurs og kurs i traumerelatert røntgendiagnostikk. Nordic Forum for Trauma and Emergency Radiology arrangerer årlig slike kurs. Ingen radiologer deltok ved slike kurs i 2012.

BEST Fasilitatorkurs

Steven Kudra og Nina Myrvik deltok i 2012 ved BEST Fasilitatorkurs i Bergen, og økte antallet utdannede fasilitatorer ved Sykehuset Namsos til 7 personer.

Traumesymposium ved St. Olavs Hospital

Traumeutvalget ved St.Olavs Hospital arrangerte i april et traumesymposium i forbindelse med innføring av traumesystem i Helse Midt Norge. I tillegg til en rekke innlegg om organiseringen av traumesystem i Helse Midt Norge sammenfattete flere involverte i 22. juli-hendelsene læringspunkter fra prehospital handtering og handtering ved Ullevål Universitetssykehus og Ringerike Sykehus. Sykehuset Namsos deltok med hele 29 deltakere, derav en stor delegasjon fra røntgenavdelingen!

Akuttmedisinsk seminar i Namsos

ALNSF Nord-Trøndelag arrangerte i oktober 2012 Akuttmedisinsk seminar i Namsos med traumebehandling som en av to hovedtema. Avdelingsleder og overlege Tina Gaarder og overlege Pål Aksel Næss ved Avd. for traumatologi, Ullevål Universitetssykehus var sammen med LIS ortopedi Kaare Midtgaard, Ullevål Universitetssykehus forelesere innen temaet traumebehandling. Deltakelse ved dette seminaret ble høyt prioritert ved Sykehuset Namsos og det var god deltagelse.



Bilder fra Akuttmedisinsk Seminar i Namsos 4-5 oktober 2012.

Nordic Trauma

Konferansen Nordic Trauma arrangeres årlig i oktober i forbindelse med høstmøteuken i Oslo, og her deltok Kristin Åkerøy, Cecilie Jansen og Sivert Hammer i 2012.

5. BEST øvelser

Det har blitt avholdt 6 BEST øvelser i 2012, hvor hvert team øvde 2 ganger ved hver øvelse. Fokus for øvelsene har vært kommunikasjon, lederskap, følge ABCDE -algoritmen for traumemottak, og at alle skulle trene på sin egen rolle.

Ved den siste øvelsen i desember ble det også arrangert en teoridel på formiddagen hvor 60 personer deltok. I tillegg til personer som er involvert i selve traumemottakene deltok også flere fra intensivavdelingen og medisinsk avdeling. Forelesere under teoridelen var Hallvard Græslie, Steven Kudra og Ingunn A. Øvereng.

Facilitatorer ved BEST øvelsene i 2012 har vært Kurt Hildrum, Torill Fjær, Tina Foss Hakli, Lisbet Gaupset, Steven Kudra, Nina Myrvik og Ingunn A Øvereng.

Noen erfaringer fra årets BEST øvelser:

Lærdal Medical stilte ved en av øvelsene opp med en 3G-simuleringsdukke. Denne avanserte dukken har respirasjonslyder, respirasjonsbevegelser, puls, hjerterytme, muligheter for scoopovervåkning og trening på invasive prosedyrer (for eksempel innleggelse av thoraxdren). Dukken fungerte veldig godt i øvelsen og gav øvelsen et betydelig mer realistisk preg. Bruken av dukken ble opplevd som vellykket av alle parter.

Ved en av øvelsene stilte medisinstudentene fra NTNU opp som levende markører, og dette bidro også til et mer realistisk preg på øvelsen sammenliknet med bruk av enkle øvelsesdukker slik vi ellers benytter.

Øvelsene avdekket usikkerhet rundt riktig tidspunkt for fjerning av backboard/traumemadrass. Mange har lært på ATLS kurs at backboard/traumemadrass fjernes ved log roll under punkt C, evt. under pkt. E. Erfaring viser at dette fungerer dårlig i praksis, slik at ved Sykehuset Namsos fjernes backboard/traumemadrass umiddelbart etter at pasienten er løftet over fra ambulansebåre til traumeseng (vha klesløft såfremt dette er mulig). Dette står også beskrevet i sykehusets egen traumemanual.

6. ”Traumemøte” for foretaksledelse og avdelingsledelse i HNT

Traumeutvalgene ved Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger arrangerte i begynnelsen av oktober et møte ved Sykehuset Namsos for foretaksledelse og avdelingsledelse i HNT med tittelen ”Hva kreves av et lokalsykehus for å utøve god nok traumebehandling?”.

Hensikten med møtet var å sørge for kjennskap til hva som faktisk kreves for å kunne yte god og adekvat traumebehandling, og gjennom dette forankre traumearbeidet bedre hos ledelsen. Avdelingsleder og overlege Tina Gaarder og overlege Pål Aksel Næss ved Avd. for traumatologi, Ullevål Universitetssykehus var invitert for å bidra til dette. De holdt innledningsvis et innlegg om temaet, og la stor vekt på viktigheten av at ting settes i system og at kompetansen er på plass gjennom hele døgnet. Regional traumekoordinator i HMN, Ole Petter Vinjevoll, informerte også om status for innføring av traumesystem i regionen. Det var relativt god deltakelse, og videooverføring til Sykehuset Levanger sørget for at flere kunne delta derfra.



Pål Aksel Næss og Tina Gaarder underviste foretaksledelse og avdelingsledelse i Helse Nord-Trøndelag ved Sykehuset Namsos 4 oktober 2012.

7. BEST nettverksmøte

BEST har holdt årlige nettverksmøter fra starten i 1997. Hensikten med nettverksmøter er å utveksle erfaringer, knytte kontakter og opprettholde BEST-samarbeidet. Nå jobber stiftelsen for teamtrening innen flere fag, og ikke bare traume. Stiftelsen har sekretariat i Hammerfest og drives som et samarbeid mellom ulike ressurspersoner og miljø over hele landet.

BEST kontaktene for SN, Tina Foss Hakli og Ingunn Almli Øvereng, deltok på det årlige BEST nettverksmøte i Bergen. Møtet ble avholdt i november over 3 dager. Nettverksmøtet gir stort faglig utbytte og muliggjør deling av erfaringer med deltagende sykehus. Flere av de deltagende sykehus presenterte en kasuistikk fra eget sykehus, samt presenterte sin traumeorganisasjon via manualer og posters.

Dette var 14. gang nettverksmøtet for BEST ble arrangert. Nettverksmøtet samlet representanter fra 37 av sykehusene i BEST-nettverket, derav tre utenlandske, totalt 104 registrerte deltagere. Det ble bl.a. forelest om håndtering av bekkenbrudd, erfaringer med keisersnitt i akutmottak, trening i obstetikk/gynekologi, bruk av nakkekrage hos alvorlig skadde personer, brannskadebehandling med mer.

8. Traumeregistrering

Sykehuset Namsos registrerer alle traumemottak i BEST databasen for traumeregistrering. Dette gjøres av Kristian Børstad, sykepleier i akutmottak, som har 5 % stilling som traumeregistratør.

Som man kan se av tabellen under har det vært en markant økning i antall traumemottak i 2012; fra 61 i 2011 til 83 i 2012. Det har også vært en økning i antall alvorlig skadde pasienter ($ISS \geq 15$); fra 5 i 2011 til 8 i 2012 og antall overflyttinger (til St.Olavs Hospital) ; fra 5 i 2011 til 10 i 2012.

Vi har ikke funnet noen åpenbar forklaring til denne økningen i traumemottak, og kan heller ikke se at vi har hatt undertriage de tidligere år. Man kunne tenke seg at økningen hadde sammenheng med skifte av traumekriterier i juni, men det er en jevn økning av traumemottak gjennom hele året, og de nye traumekriteriene skiller seg heller ikke vesentlig fra de gamle.

År	2008	2009	2010	2011	2012
Antall traumemottak	54	49	52	61	83
Kvinner/menn	20/34	21/28	18/34	23/38	23/60
Barn/voksne	9/45	7/42	7/45	15/46	16/67
ISS gj.snitt	5	5	4	6	5
ISS $\geq$ 15	2	3	2	5	8

Vi har gjennomgått panoramaet av skademekanismer i 2012, og det er en tydelig overvekt av trafikkulykker og fallulykker slik det også har vært ved tidligere år. Derimot har antallet traumemottak på bakgrunn av vold økt; her dreier deg seg hovedsakelig om slåssing og knivstikking. Vi har de senere par år tatt i mot flere pasienter med alvorlige penetrerende skader, og disse stiller til dels andre krav til behandling enn det man tidligere har vært vant med.

9. Oppsummering

Når man ser tilbake på året som har gått kan vi konkludere med at det har vært stor traumerelatert aktivitet ved sykehuset, både i form av en betydelig økning i antall traumemottak, samt i form av faglig kompetanseheving. Den formelle kompetansen ved sykehuset er betydelig økt i løpet av 2012. Dette kompetanseløftet hadde ikke vært mulig dersom ikke de enkelte avdelinger

involvert i traumeteamet hadde prioritert å benytte store deler av kursbudsjettene på traumerelaterte kurs/konferanser. En slik prioritering kan vi ikke forvente at vil fortsette i årene som kommer, men behovet for kompetanseheving vil vedvare. Traumeutvalget har her en stor utfordring.

Skrevet januar 2013 av:
Ingunn Almli Øvereng
Traumekoordinator Sykehuset Namsos

Kristin Åkerøy
LIS Anestesiavd., Sykehuset Namsos

Traumearbeid Sykehuset Namsos.

Lagt inn i anbefalinger om kvalitetskrav og tidsplan for gjennomføring av traumesystem

Institusjonens dedikasjon	SN har dedikasjon fra ledelsen i kirurgisk klinikk i form av at det settes av midler traume. Midlene skal dekke økning av traumekoordinator stillingen til 50 %, og noe skal benyttes til kompetanseheving. Avdelingsleder Wenche Thun har sammen med traumekoordinator Ingunn A Øvereng bidratt til å sette opp en plan for traumearbeidet i 2013: • BESTøvelser 5 fredager – 2 team hver dag. Datoer er bestemt og satt inn i årsplan • 2 – 3 kurs nødkirurgi / DSTC Tverrfaglige team • ATLSkurs 2 anestesileger – evt LISlege Kirurger/ortopeder etter behov i avdelingene Må melde seg på selv. • TNCCkurs for 16 spesialsykepleiere Uke 43 Samme konsept som i 2012 • KITskurs Kurs i traumebehandling for sykepleiere – nytt kurskonsept i regional regi v/traumesenter St Olav. Et kortere kurs enn TNCC over 2 dager. Det skal utdannes 3 nye instruktører – deretter arrangeres kurs lokalt Tidsplan ikke kjent • Traumekoordinator økes fra 20 til 50 % Er på plass i Levanger • Legeressurs traume 20 % - formaliseres som funksjon hos overlege anesthesi. Det ble søkt foretaket om midler til økt kompetanseheving i 2013, uten at dette er innvilget For 2012 ble utgifter til kurs/kompetanse dekket av kurspott for enkelte avdeling; samt benyttet midler avsatt til etterutdanning/stipend. Det må settes av midler til kostnader kurs/kompetanseheving internt i klinikken for kommende år. Dette ble meldt inn forbindelse med budsjettprosessen høsten 2012. I tillegg til traume er det nødvendig å sette av midler til deltakelse i beredskapsøvelse
----------------------------------	---

Dedikert personell:	Har Traumekoordinator i 25% stilling. (Ingunn A Øvereng) Det ble 16.4 .13 sendt over Saksframlegg til Tilsettingsrådet om oppretting av 25 % stilling som av traumekoordinator slik at stillingen blir på 50%. Traumekoordinator har egen stillingsbeskrivelse (vedlegges) Lege ressurs: Tina Foss Hakli (overlege anestesi) har 20 % av sin stilling knyttet opp i mot traumearbeid.
Kvalitetssikring/evaluering	Traumeutvalgsmøter avholdes hver måned (unntatt sommeren) Det ble avholdt 11 møte i 2012. Alle profesjonene i traumeteamet har en representant i TU. Det skrives referat som sendes bredt ut. Traume mottak evalueres og nye prosedyrer diskuteres på møtene. Årsmelding skrives. (vedlegges) Traumemøter: er åpne for alle som jobber med traumepasienten, og det ble avholdt 3 møter i 2012 og det er planlagt 4 møter i 2013. Kristin Åkerøy (LIS lege anestesi)hadde ansvaret i 2012, Cecile Jansen, (LIS lege ortopedi) har tatt over ansvaret, sammen med traumekoordinator. Tema på møtene har vært å gjennomgå enkelte traumemottak hvor en ser at det er forbedringspotensial og gjennomgang av nye prosedyrer og behandlingsalgoritmer. Møtene har brukt samler mellom 40-60 deltagere. Traumemanual: har egen traumemanual som bygger på OUS sin. Alle traumeprosedyrer finnes lett tilgjengelig i EQS, under akuttmottaket sin portal.
Oppfølgingsplan/struktur for oppfølging	Se punkt 1, institusjonens dedikasjon.
Overflyttingskriterier:	Samarbeid med St.Olav
Traumeregistrering:	Traumene blir registrert i AIS traumeregistreing av Kristian Børstad, han har avsatt 5% stilling til den jobben. Har alle traumene fra juli 2007 til d.d registrert
Samarbeid med traumesenter	Er delaktig i et traumenettverk i HMN. Deltar på møter som traumesentret arrangerer. Siste gang var des 2012. Hjelper St.Olav med fasilitatorer under stor beredskapsøvelse i april 2013.
Aktiveringskriterier.	Har siden juni 2012 benyttet aktiveringskriteriene som finnes i

	RETTTS. RETTTS traumekriterier er designet for todeling av traumeteam (stort og lite team), men traumeteamet ved SN har valgt å ikke dele traumeteamet. Dermed aktiveres fullt traumeteam uansett hvilke av traumekriteriene som oppfylles. Bakgrunnen for dette er at todeling av traumeteam kan medføre relativt få aktivering av stort team, som igjen kan medføre at teamet fungerer dårligere sammen.
Kompetanseplan:	Traumeutvalget har laget en kompetanseplan som bygger på kravene som stilles i traumerapporten. ATLS: krav at alle behandlende leger (kirurg og anestesi) skal ha gjennomført ATLS kurs. I 2012 tok 5 leger kurset. <u>Status april 2013:</u> Anestesi: alle overlegene har kurs, 2 nye LIS leger som mangler. Kir: 1 overlege og 3 LIS leger som mangler. Ort.: 3 overleger som mangler (men de deltar primært ikke i traumemottak) En LIS lege er ATLS instruktør. DSTC/Hemostatisk nødkirurgi: I 2012 deltok det 3 team på slike kurs (anestesilege, kirurg, anestesisykepleier og operasjonssykepleier) Det er i 2013 meldt på team til 2 kurs. TNCC: Traumeutvalget mener at alle sykepleierne som deltar i traumeteamet bør ha gjennomført TNCC kurs. I 2012 ble det arrangert et lokalt TNCC kurs, med 16 deltagere fra SN. Det er bestilt et nytt kurs til høsten 2013. BEST: Krav: Alle medlemmene i traumeteamet skal ha gjennomført teamtrening før deltagelse i teamet. Antall øvelser har blitt økt, fra 6 øvelser i 2012, til 10 planlagte i 2013. SN har 7 facilitatorer som er utdannet gjennom BEST. Alle de 7 har deltatt på flere BEST øvelser. Traumekompetansen ved SN er kartlagt. (vedlegges)
Definert infrastruktur/traumestue	Har er ett akuttrom som har blitt tilpasset slik at det er blitt bedre egnet til å ta i mot traumer. Har fjernet en stor stål benk og montert ei smal hylle i stedet. Vi

	har kjøpt inn 2 nye trillevogner, ei brukes til intubasjonsutstyr og ei brukes til barneutstyr. Det er også definert hvilket utstyr som skal klargjøres ved traume.
--	---

April 2013-04-23
Ingunn A Øvereng
Traumekoordinator

TRAUMEKOMPETANSE SYKEHUSET LEVANGER

(Phtls)

BEST øvelse

BEST øvelse

PR.22.4.13

	ANTALL	ATLS	Nødkirurgi	DSTC,Krigs.	TNCC	Praktisk	Teori	Annet
OVERLEGER KIRURGI	9	3	6	7		3	2	2 IKKE I VAKT
LIS LEGER KIRURGI	5	4	2			5	1	2 IKKE I VAKT
OVERLEGER ORTOPEDI	8	0	1	5		1	2	
LIS LEGER ORTOPEDI	4	2	0	0		4		
OVERLEGER ANESTESI	7	6	6		2	5	4	1 IKKE I VAKT/ 1 PERM
LIS LEGER ANESTESI	5	0	0			5	0	
SYKEPLEIERE AKUTTMOTTAK	52	1 *	0		15	47	32	*ATLS markør / 1 IKKE VAKT
SYKEPLEIERE ANESTESI	20	1 *	6		11	19	15	* PHTLS / 2 IKKE I VAKT
SYKEPLEIERE OPERASJON	30	1 *	8			22	20	*ATLS markør / 2 IKKE VAKT
RADIOLOGER	10	1	1			9	4	
LIS RADIOLOGER	4	1		1 *		4	4	* Traumatologi
RADIOGRAFER	29					23	9	
BIOINGENIØRER	25					19	7	

NOTAT VEDRØRENDE STATUS TRAUMESYKEHUS

Fra traumerapporten.

4.2.4.1 Sykehus med akutfunksjon (tidligere lokal- og sentralsykehus)

(understreket er krav som står i traumerapporten)

Følgende krav skal stilles til sykehus som skal motta alvorlig skadde pasienter:

Fast definert traumeteam med kriterier for aktivering av traumeteam

SHL har faste kriterier for aktivering av traumeteam. Fra 1.5.12 startet SHL opp med kriterier for aktivering av traumeteam som medførte 2-delt team.

1. Rød alarm. Der møter stort traumeteam som består av 10 personer
2. Oransje alarm. Der blir ass.lege kirurgi, turnuslege og 2 sykepleiere fra akutmottak tilkalt.

Det ble ved innføring av nye kriterier sagt at dette skal evalueres i løpet av 1 år.

Evalueringen er tenkt slutført innen 1.mai. Svarfrist til traumekoordinator er 26.april.

Prosedyre med vedlegg kan leses her: <http://hnteqs/?pid=HNT&DocumentID=16080>

Se VEDLEGG 1 (under)

Aktiveringstid for traumeteam, akuttrom, operasjonsstue og røntgenundersøkelse av thoraks på mindre enn 15 minutter

Ved traumealarm møter traumeteamene straks på traumestua. Det tilstrebes at de med hjemmevakt(radiolog) skal være tilstede uansett tid på døgnet 20 minutter etter første varsel. Traumealarm utløses ca.10 minutter før forventet ankomst men alle forhåndsvarsles så tidlig som mulig når det er klart at traumepasienten skal til SHL.

Vår traumestue (us. 1 og 2)er godt utstyrt og ligger sentralt plassert ved inngangen i akutmottak og med forholdsvis kort vei til CT, operasjonsstue, blodbank og laboratorium. Vi utfører røntgen thorax, røntgen bekken og FAST i traumestuen og har kort vei til ytterligere radiologiske fasiliteter. Operasjonsstue er lett tilgjengelig.

Kriterier for prioritering og overføring av pasient til høyere behandlingsnivå

Prosedyre for overflytting av traumepasienten er godkjent av overlege Odd Eirik Elden og kan leses her: <http://hnteqs/?pid=HNT&DocumentID=16784>

Se VEDLEGG 2.(under)

Oppdaterte prosedyrer (traumemanual)

Traumemanual er revidert i 2012 <http://hnteqs/?pid=HNT&DocumentID=3562>

Se VEDLEGG 3 (under)

Tilpasset registreringsskjema/bruk av sjekkliste

SHL har siden 2003 brukt BEST kurve/journal og sjekkliste utarbeidet av BEST nettverket.

Se www.bestnet.no

Traumeregistrering og gjennomgang av behandlede pasienter

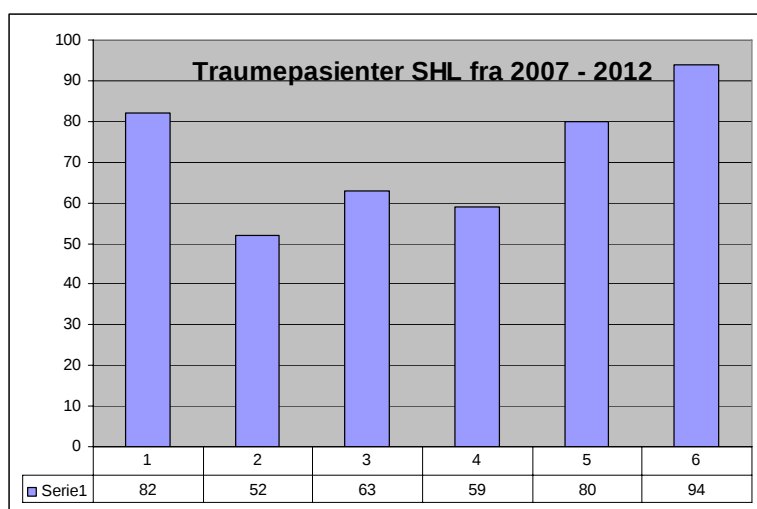
SHL var for få år tilbake ett av få sykehus som hadde traumeregistrert alle sine traumemottak siden 2007. Etter bestemte inklusjonskriterier blir alle pasienter som ankommer med traume scoret med AIS (= Abbreviated injury Scale) og ISS (= Injury Severity Score)

Det er i løpet av 2012 påstartet en gjennomgang av traumemottak og behandlende pasienter i traumeutvalgsmøtene og flere pasient kasuistikker blir tatt opp på traumemøter.

Pasientene blir scoret tidligst 1 måned etter skadetidspunkt.

Rapporter fra traumeregistreringer:

Antall traumer siden 2007	ISS score. Gjennomsnittlig pr. år	Median	Mors
2007 82	5.57	4 1-33	2
2008 52	5.58	2 1-29	0
2009 63	4,9	2 0-36	0
2010 58	5,37	2 1-26	1
2011 80	5,6	2 1-35	2
2012 94	7,6(e.1.5.)	5(!) 1-25	0



2012

80 traumemottak med nye kriterier for varsling
 34 røde
 36 oransje
 10 ikke varslet traumeteam.(ikke høy ISS på de fleste)

2013 (disse er ikke ISS registrert pr. nå)

24 traumemottak pr. 18.4.13
 11 røde
 9 oransje
 4 ikke varslet traumeteam

Flere rapporter kommer.

Etablert, regelmessig tverrfaglig trening

SHL ble med i BEST nettverket i 2003 og har siden avholdt 36 BEST øvelser. Det er 10 deltagere hver gang. SHL tilstreber at nyansette potensielle traumeledere får delta på BEST øvelse innen kort etter oppstarten. Vil ikke ramse opp hvor mange som har deltatt på BEST øvelser. **Viser til medsendte oversikt.**

Oppfylt krav til kompetanse for medlemmer av traumeteamet

Viser til medsendte oversikt i Excel.

Teamleder og anestesilege:

Skal ha kurs i akutt håndtering av alvorlig skadde pasienter (ATLS eller tilsvarende)
Alle anestesileger i vakt har ATLS. Av kirurger i vakt så er det 1 som mangler ATLS. Denne vil delta på kurs i juni 2013.

Når det gjelder ortopeder så mangler 2 i vakt ATLS. En av disse tar kurset i april 2013.
Planlagt at den siste skal ta dette i løpet av høsten 2013.

Annet personell i traumeteamet bør ha deltatt på relevant kurs i akutt håndtering av alvorlig skadde pasienter (TNCC eller tilsvarende)

Akuttmottaket hadde 6 sykepleiere på TNCC kurs i april. Det tilbys jevnlig kurs og en vil se på muligheten for å samarbeide om et TNCC kurs med St. Olavs til høsten også.

Nytt kurstilbud(KITS)for sykepleiere og annet personell vil bli tilbudt sykehusene i løpet av 2013/2014.

Sykehuset skal ha kontinuerlig vaktberedskap for livreddende kirurgi.

Sykehuset Levanger har kontinuerlig vaktberedskap for livreddende kirurgi og vist flere ganger at kompetansen på våre leger holder mål. Jmf flere penetrerende skader. Teamleder eller evt bakvakt kirurg skal ha godkjent kurs i nødkirurgiske prosedyrer. Denne type trening bør gjentas hvert 3.-5.år for kirurger i vakt.

Pr. dato har alle overleger i kirurgi Nødkirurgi og/eller krigskirurgi. 3 overleger i ortopedi mangler slikt kurs. SHL skal delta med et team på kurs i Nødkirurgi ved St. Olavs Hosp. i okt. 2013. Videre er det planer om å sende personell på DSTC kurs som er trening i nødkirurgiske prosedyrer. Det tilstrebes at LIS leger også skal inneha kurs i nødkirurgi, men LIS legene blir prioritert for ATLS kurs da sykehuset Levanger har overleger med nødkirurgikurs.

Slike kurs bør gjentas hvert 3.-5. år for kirurger i vakt. Slike kurs må derfor prioriteres hvert år og kan være en stor utfordring for traumesenteret i regionen.

Operasjonspersonell: Kunnskap om metoder for nødkirurgiske prosedyrer

Opr.spl. deltar på BEST kurs og på kurs i hemostatisk nødkirurgi. Det er 8 opr.spl. som har slikt kurs.

Hva gjelder anestesipersonell så 6 har av de nødkirurgi kurs. 11 anestesisykepleiere har TNCC.

Sykehuset skal regelmessig tilby teamtrening i mottak av alvorlig skadet pasient.
Nøkkelpersonell skal ha gjennomgått slik trening innen 3 mnd etter tiltredelse. SHL hadde i 2012 8 øvelser men øket til 9 øvelser i 2013.

Plan for utdanning innen traumemottak.

Traumekoordinator har utarbeidet en oversikt over kompetansen til hver enkelt individ som deltar i traumeteamene ved SHL.

Ut fra denne er det laget en plan for utdanning av personell spesielt på legesiden. Denne planen ligger i samme excel dokument som kompetanseoversikten.

Utføringen av denne planen er grunnet økonomi midlertidig stoppet av klinikkleder.

Planen legges ved, men krever sikkert en gjennomgang med berørte parter før den leges ved sakspapirer.

Sturla r
traumekoordinator

VEDLEGG 1

SL- Aktivering av traumealarm (v. 1.1)
Utarbeidet ved: Helse Nord-Trøndelag/Avd.
for Laboratoriemedisin

Godkjent av: Elden, Odd Eirik (Overlege)
Dokumentet angår: Alle ansatte

Hensikt

Skal sikre korrekt varsling av traumeteam ved Sykehuset Levanger etter algoritmen for aktivering av traumealarm.

Omfang

Alle pasienter utsatt for traume skal triageres av kommunikasjonssentralen ved Sykehuset Levanger etter innmeldte data fra prehospital tjeneste, legevakt eller AMK. Der hvor kriteriene for **oransje** eller **rød** traumealarm er oppfylt skal det henholdsvis slås **oransje** (nivå 2)traumealarm eller **rød** (nivå 1) traumealarm.

Vakthavende ass.lege kirurgi/ortopedi (Traumeleder- tlf 8898) og radiograf (tlf 8147) forhåndsvarsles pr. telefon så tidlig som mulig etter melding om mulig mottak av traumepasient(er).

Traumealarm utløses ca. 10 minutter før forventet ankomst dersom mulig.

Grunnlagsinformasjon

Hensikten med en algoritme for aktivering av traumealarm til 2-delt team er å unngå en for høy andel med overtriage og undertriage. Det vil si fullt traumeteam til en pasient som ikke er hardt skadd, og at hardt skadd pasient ikke får traumemottak. Det er spesielt viktig å unngå undertriage.

I henhold til “*American College of Surgeons. Resources for the optimal care of the injured patient: 2006. Chicago, IL: American College of Surgeons* ” er en overtriage på 50 % og en undertriage på 0 - 5 % akseptabelt.

Det er derfor lagt opp til at en pasient som er utsatt for en skade/traume ut i fra skademekanikk alene skal kunne kvalifisere til **oransje** traumealarm og bli møtt av:

- Assistentlege kirurgi /ortopedi
- Turnuslege kirurgi
- Akuttmottakssykepleier 1
- Akuttmottakssykepleier 2

Er det i tillegg fysiologiske og/eller anatomiske funn i henhold til kriteriene i algoritmen, skal **rød** traumealarm utløses. Ved **rød** traumealarm møter:

- Assistentlege kirurgi (traumeleder)

- Anestesilege
- Anestesisykepleier
- Operasjonssykepleier
- Radiolog
- Radiograf
- Bioingeniør
- Turnuslege kirurgi
- Akuttmottakssykepleier 1
- Akuttmottakssykepleier 2

Se vedlegg under **RELATERT** vedr. algoritme 39 fra RETTS - T versjon 1 med lokale prosessiltak.

Arbeidsbeskrivelse.

Callinger til **oransje** traumeteam viser "**Oransje traume**" i displayet/vinduet.

Callinger til **rød** traumeteam viser "**Rød traume**" i displayet/vinduet.

Teamene møter straks i traumerommet i akuttmottaket (us. 1/2) der det vil bli gitt informasjon om :

- hendelse / skademekanisme (energi)
- fysiologiske og/eller anatomiske funn med vitale parametre
- antall skadde inn til sykehuset
- ca.alder (er barn involvert må en vurdere tilkalling av barnelege)
- kjønn

Alle traumemottak, både oransje og rød, skal gjennomføres etter ATLS, TNCC og BEST prinsippene.

Traumeleder skal til enhver vurdere behovet for tilkalling av flere ressurser. Eksempelvis: overlege kirurgi/ortopedi, barnelege, gynekolog og øre-nese-hals lege m.fl.

VEDLEGG 2

SL- Veileder for overflytning av
traumepasient fra Sykehuset Levanger til
Traumesenteret ved St. Olavs Hospital (v. 1.0)
Utarbeidet ved: Helse Nord-Trøndelag/Kir
Akuttmed fagområde

Godkjent av: Elden, Odd Eirik (Overlege)
Dokumentet angår: Alle ansatte

Hensikt

Være en veileder for når traumeleder i traumemottak ved Sykehuset Levanger skal ta kontakt med traumeleder ved St. Olavs Hospital for i samråd vurdere behovet for overflytning av pasienten(e) til Traumesenteret.

Omfang

Alle hardt skadde og ustabile pasienter skal vurderes av traumeleder og anestesilege for en eventuell overflytting til regionalt traumesenter etter initial stabilisering. Nedenfor er det etter kroppsregion satt opp punkter for alvorlig skadde som kan ha behov for behandling ved et traumesenter.

Skader etter kroppsregion:

Hodeskade eller CNS:

- Penetrerende skader / åpen fraktur
- Impresjonsfraktur
- Lateraliserende tegn
- GCS forverring
- GCS < 14 med CT-funn
- Spinalskade eller ustabil rygg/nakke fraktur

Thoraks og hals:

- Hemotoraks med pågående blødning (hvis transport stabil)
- Hjerteskaade (hvis transport stabil)
- Mistanke om intratorakal karskaade
- Mistanke om bronkialruptur
- Betydelige lungekontusjoner eller lasesasjoner
- Betydelige brystveggskader

Abdomen

- Større karskaade
- Betydelig urogenital skade
- Leverskaade med transfusjonsbehov
- Pankreas- eller duodenal skade
- Åpen buk etter Damage Control Surgery
- Miltskaade grad 4/5 (OIS), stabil > 24 timer for coiling

Bekken og ekstremiteter

- Ustabil bekkenfraktur
- Åpen bekkenskaade
- Bekkenskaade med hemodynamisk påvirkning
- Fraktur /dislokasjon ekstremiteter med puls-bortfall
- Åpen fraktur lange rørknokler

Mengde skade i tillegg til annen komorbiditet

- Brannskader kombinert med andre skader
- Skade i > 2 organsystemer
- Etter Damage Control Surgery (DCS)

- Sepsis
- Nekrose
- Multiorgansvikt (MOF)

Ved overflytting skal "Prosedyre for overflytning av akuttmedisinske pasienter med ambulanse i Helse Nord-Trøndelag HF" brukes, se RELATERT

VEDLEGG 3

SL- Traumebehandling Traumemanual (v. 2.0)

Utarbeidet ved: Helse Nord-Trøndelag/Kir
Akuttmed fagområde

Godkjent av: Elden, Odd Eirik (Overlege)
Dokumentet angår: Alle ansatte

HENSIKT

En traumemanual utarbeides og trykkes i et format som er lett tilgjengelig for det av personalet som til enhver tid inngår i traumeteamet. Den utarbeides etter disse vedtatte retningslinjer ved Sykehuset Levanger.

Organisering

Alle traumemottak ved Sykehuset Levanger, **oransje** eller **rød**, skal følge prinsippene til ATLS(Advanced Trauma Life Support) og TNCC(Trauma Nurse Core Course).

Ved traume skal diagnostiseringen være livreddende og målrettet. Livstruende skader vurderes og behandles først, annen diagnostikk og behandling skal vente.

Traumeteamets medlemmer skal bruke hansker, røntgenfrakk, og traumevester merket i forhold til profesjon. Briller mot søl skal være tilgjengelig.

Disse må vurdere å ha på seg røntgenfrakk under traumevesten på forhånd: traumeleder, anestesilege, akuttmottakssykepleier 2.

Målsetting

Målsetting etter 10 minutter er:

- å holde pasienten varm
- ivaretatt luftvei som gir $\text{PaO}_2 > 12$
- acidose i bedring ($\text{BE} > -5$)
- systolisk blodtrykk > 90 med god kapillær fylling
- $\text{Hb} > 8$.

Er pasienten ustabil sirkulatorisk etter 2000 ml Ringer gies transfusjon med SAG og octaplas 1:1 og hvor det vurderes som nødvendig ut fra telletall: 1 trombocyttkonsentrat for hver tredje SAG.

Vurder lapratomi!

Alvorlig skadde og ustabile pasienter skal vurderes for eventuell overflytting til Traumesenteret ved St. Olavs Hospital etter kriteriene i "SL – Veileder for overflytning

av traumepasient fra Sykehuset Levanger til Traumesenteret ved St. Olavs Hospital." se **RELATERT**.

Traumevarsel

Kommunikasjonssentralen ved Sykehuset Levanger forhåndsvarsler pr. telefon til vakthavende ass.lege kirurgi/ortopedi (Traumeleder- tlf 8898) og radiograf (tlf 8147) så tidlig som mulig etter melding om traume.

Evt.skall en konferere med ass.lege ved medisinsk avdeling ved feks. strøm og kjemikalieskader.

Det utløses alarm dersom mulig ca. 10 minutter før forventet ankomst av pasienten(e) i henhold til prosedyren "SL – Aktivisering av traumealarm", se **RELATERT**

Callinger til **oransje** traumeteam viser "**Oransje** traume" i displayet/vinduet.

Callinger til medlemmer i **rød** traumeteam viser "**Rød** traume" i displayet/vinduet.

Teamene møter straks i traumerommet (stue 1/stue2) i akuttmottaket der det vil bli gitt samlet informasjon om:

- antall skadde inn til sykehuset
- ca.alder (er barn involvert må en vurdere tilkalling av barnelege)
- kjønn
- hendelse / skademekanisme (energi)
- fysiologiske og/eller anatomiske funn med vitale parametere
- hvilke tiltak/behandling er gjort

Registrering. Dokumentasjon

Ved mottak av traumepasient både **oransje** og **rød** traume skal Akuttmottakssykepleier 1 være loggfører og fører BEST skjema.

Original av BEST skjema skal følge pasientens journalmappe. Kopi legges i hylle til Traumekoordinator i Akuttmottaket.

Pasienten registreres på Ors04 inntil det er klart om vedkommende skal tilhøre en annen avdeling.

Pressemelding. Meldinger eksternt.

Traumeleder og Akuttmottakssykepleier 1(loggfører) blir enige om utfylling av pressemelding så raskt som mulig. Pressemeldingen sendes ut elektronisk etter vedtatte retningslinjer av Akuttmottakssykepleier 1(loggfører)

Ved dødsfall skal Traumeleder melde dette til politiet.

Dersom det ikke begjæres rettslig obduksjon, må det vurderes begjæring om vanlig obduksjon.

Traumeleder skal påse at arbeidsulykker meldes til arbeidstilsynet av Traumeleder, etter samtykke fra pasienten. Dette skal være gjort av arbeidsgiver som har et selvstendig ansvar og/eller AMK.

Evaluerings.

Det skal holdes jevnlig møter ved Sykehuset Levanger med evaluering av traumemottak som har vært.

Ved spesielle traumemottak eller dersom noen har behov/ønsker skal traumekoordinator legge til rette for en gjennomgang(defusing/debriefing)

Pasientmottak

Overlevering av pasient med rapport fra prehospital tjeneste.

Primær undersøkelse med behandling av umiddelbar livstruende tilstand, ABCDE

Pasienter som er ustabile etter initiale tiltak må vurderes for rask transport til operasjonsstue. Traumeleder avgjør om røntgen thorax, røntgen bekken og ultralyd abdomen gjøres først.

Eventuell sekundær undersøkelse etter ABCDE.

HUSK KLAR TALE!

Alle må bekrefte beskjeder og rapportere når noe er utført.

Pasienten skal ikke til avd. for bildediagnostikk før tilstanden er stabilisert.

Traumeleder skal avslutte mottakssituasjonen med en prioritert og definert behandlingsplan. Behandlingsplanen og hvem som er ansvarlig lege skal dokumenteres på BEST – skjemaet.

Dimittering av personell gjøres kun av traumeleder.

Hver enkelt må kjenne sine oppgaver. Derfor får du her en oversikt over hva hver enkelt forventes å gjøre.

Rød traumealarm.

Traumeteam ved **rød** traumealarm består av :

1. Assistentlege kirurgi (traumeleder)
2. Anestesilege
3. Anestesisykepleier
4. Operasjonssykepleier
5. Radiolog
6. Radiograf
7. Bioingeniør
8. Turnuslege kirurgi
9. Akuttmottakssykepleier 1 (loggfører)
10. Akuttmottakssykepleier 2

Kirurgisk assistentlege – Teamleder

Lede og instruere resten av teamet på akutttrommet i akuttmottaket, eventuelt kaller inn bakvakt(overlegevakt) for å lede/delta i traumemottaket.

Har ansvaret for A-B-C-D-E, totalvurderingen, behandlingen og oppfølgingen av pasienten i samarbeid med anestesilege.

Det er svært viktig for traumeteamet at teamleder markerer seg som leder, driver behandlingen framover og gir klare meldinger.

Teamleder skal ha på seg en vest som markere at han er teamleder.

Teamleder skal :

- påse at evt. backboard eller vakuummadrass fjernes straks og pasienten legges på traume-madrassen. Forordne at klær klippes ved behov.
- stabilisere nakken,- vurderer thorax, abdomen, bekken og ekstremiteter.
- blottlegge vener og legge thoraxdren dersom dette er indisert.
- teamleder skal påse at Glasgow Coma Scale (GCS) blir vurdert, se **RELATERT**. GCS må dokumenteres på traumekurve og i legejournalen.
- samordne og prioritere forordninger av røntgen.
- samordne og prioritere forordninger av blodprøver.
- gi melding til tilkalt personell dersom de kan returnere til andre arbeidsoppgaver. (avvikle teamet)
- skrive prejournal, journal, fylle ut kurve og avklare pressemelding med Akuttmottakssykepleier 1(loggfører)
- gi beskjed til Akuttmottakssykepleier 1(loggfører) om hvem som skal ha det videre ansvar for pasienten.
- informere pårørende evt. påser at dette blir gjort.

Ortoped (dersom denne blir tilkalt)

Hjelpe traumeleder etter leders ønske.

Kirurgisk turnuslege

Rekvirere alle røntgen undersøkelser. Skal rekvirere røntgen thorax, røntgen bekken, ultalyd abdomen og TraumeCT. Dette etter forordninger av traumeleder. Avd. for bildediagnostikk vil slette undersøkelser som er rekvirert men som ikke blir tatt.

Skal kunne assistere ved ulike kirurgiske prosedyrer og andre oppgaver etter instruks fra teamleder.

Lege anestesi

ABC i samarbeid med teamleder og anestesisykepleier. Vurdere respirasjon og sikre fri luftvei. Surstoff på maske med reservoir, 15 l/min. Intubere ved behov, assistert av anestesisykepleier. Ved behov intraossøs tilgang, arteriekran og CVK. Tar prøver til bioingeniør dersom ønskelig. Legger ned ventrikkelsonde dersom teamleder mener det er nødvendig.

Sykepleier anestesi

Gjøre klar ventilasjon og intubasjon utstyr. Skal påse at anestesimedikamentboks er hentet ut fra kjøleskapet us. 1 . Sørge for minst 2 venekanyler (1.7 eller 2.0 mm om mulig) i samarbeid med anestesilege og sykepleier fra akuttmottaket. Henge opp Ringer 2 x 1000 ml. Hjelpe anestesilege med intubasjon, evt. intraossøs tilgang, arteriekran og CVK(centralt vene kateteter). Kan overta ventilasjon når anestesilege utfører andre oppgaver. Skal ved behov følge pasienten videre til avd. for bildediagnostikk og avdeling/sengepost.

Sykepleier operasjon

Sjekker at kirurgisk utstyr er tilgjengelig (traumetralle) og gjøre klart til innleggelse av thoraxdren og blærekateter med timediurese og temperaturmål.

Assisterer kirurg ved behov, legger blærekateter og bandasjerer overfladiske sår.

Akuttmottakssykepleier 1 (loggfører)

Er loggfører. Fører traumekurve og skriver på traumetavla. Skal påse at pasienten blir innskrevet så raskt som mulig i PAS og at navnelapp blir påsatt pasienten. I tillegg skal loggfører ha ansvar for at radiograf og bioingeniør får riktig ID til pasienten.

Skal stå ved traumetavla. Traumekurve(BEST skjema) skal fylles ut og loggfører skal påse at sjekklisten på denne blir utført.

Skal sørge for at alle i traumeteamet som skal ha vest får dette. Likeså påse at rtg frakker er tilgjengelig for de som har behov.

Skal kunne formidle beskjeder til andre utenfor traumerommet (står i nærheten av telefon/stentofon). Skal påse at det ikke er personell i traumerommet som ikke har noe der å gjøre. Skal påse at dør(er) er lukket for å unngå varmetap.

Akuttmottakssykepleier 2

Klargjør varmetiltak - varme væsker, varmluftapparat, tepper, varme på traumerommet.

Har ansvar etter forordning av traumeleder, for forflyttingen av pasienten fra ambulansebåre og /eller back-board til traumemadrass.

Har ansvar for monitorering (EKG, blodtrykk, saturasjon). Tar EKG etter forordning av traumeleder.

Klargjør infusjoner og hjelper til med å legge inn venekanyler. Skal trekke opp og merke forordnede medikamenter.

Klipper opp klær etter forordning av traumeleder. Tar vare på alle klær og eiendeler i egen pose og som merkes godt. Når klær er klippet skal dette dokumenteres i pasientjournal. Avklippede klær skal tas vare på.

Hjelper operasjonssykepleier med innleggelse av blærekateter og evt innleggelse av thoraxdren.

Skal innhente opplysninger om bostedstedsadresse og pårørende.

Skal ta hånd om pasientens verdisaker.

Skal følge pasienten videre på avd. for bildediagnostikk og evt. til avdeling/sengepost. Har ansvar for at riktig del av kurve blir med pasient og at kopien blir lagt i hyllen til Traumekoordinator Sykehuset Levanger.

Dersom ikke annet blir avtalt så skal Akuttmottakssykepleier 2 skrive ankomstnotat.

Koordinator i Akuttmottaket

Koordinator har ansvar for å utpeke sykepleier 1 og 2 til traumeteamet. Skal tilkalle mer personell ved behov. Påse at traumerommet blir klargjort. Skal samordne personell ressursene ved mottak av flere pasienter. Administrere flytting av pasienter. Skal skrive inn pasienter og ordne etiketter som overleveres akuttsykepleier 1 (loggfører).

Skal bestille blodprøver og evt blod elektronisk eller delegere dette, etter forordning av traumeleder.

Ambulansepersonell.

De skal så tidlig som mulig i forløpet gi melding til sykehuset om tilstand til pasienten(e). Skal gi muntlig rapport til hele traumeteamet ved ankomst. Skal være behjelpelig med overflytting av pasient til traumemadrass.

Bioingeniør

Bioingeniør skal bære egen traumevest.

Det tas blodprøver i henhold til blodprøvepakker i ROS. Disse forordnes av traumeleder og rekvireres av koordinator i akuttmottaket.

1. Mottak TRAUME (Hardt skadd/nedsatt almentilstand)
2. Mottak TRAUME (Lett)

Avklare blodbestilling og hastegrad med traumeleder.

Svarene på de første prøvene ringes til koordinator i Akuttmottaket (tlf. 8111) eller til traumeleder.

Radiolog.

Skal bringe med seg ultralydapparatet og utfører ultralydundersøkelse når teamleder ønsker det.

Radiograf

Varsler radiolog ved traumealarm dersom radiolog er hjemme.

Gjør klart mobilt røntgenapparat. Turnuslege rekvirere røntgen thorax, røntgen bekken, ultralyd abdomen og TraumeCT. Dette etter forordninger av traumeleder. Avd. for bildediagnostikk vil slette undersøkelser som er rekvirert men som ikke blir tatt.

Oransje traumealarm

Oransje traumeteam består av:

1. Assistentlege kirurgi /ortopedi
2. Turnuslege kirurgi
3. Akuttmottakssykepleier 1 (loggfører)
4. Akuttmottakssykepleier 2

Kirurgisk assistentlege – Traumeleder

Identiske arbeidsoppgaver som ved rød traumealarm, men man har færre personer til å hjelpe seg. Ved mistanke om alvorlig traumatisert pasient skal traumeleder raskt vurdere behovet for Rød traumealarm.

Kirurgisk turnuslege

Aktivt hjelpe traumeleder i primær og sekundær undersøkelse av pasienten.

Rekvirere alle røntgenundersøkelser og laboratoriumprøver. Føre innkomstjournal.

Akuttmottakssykepleier 1(loggfører)

Er loggfører. Fører traumekurve og skriver på traumetavla. Skal påse at pasienten blir innskrevet så raskt som mulig i PAS og at navnelapp blir påsatt pasienten.

Traumekurve(BEST skjema) skal fylles ut og loggfører skal påse at sjekklisten på denne blir utført.

Skal formidle beskjeder til andre utenfor traumerommet.

Akuttmottakssykepleier 2

Klargjør varmetiltak - varme væsker, varmluftapparat, tepper, varme på traumerommet.

Har ansvar etter forordning av traumeleder, for forflyttingen av pasienten fra ambulansebåre til traumemadrass.

Har ansvar for monitorering (EKG, blodtrykk, saturasjon). Tar EKG etter forordning av traumeleder.

Klargjør infusjoner og legger inn venekanyler. Skal trekke opp og merke forordnede medikamenter.

Klipper opp klær etter forordning av traumeleder. Tar vare på alle klær og eiendeler i egen pose og som merkes godt. Når klær er klippet skal dette dokumenteres i pasientjournal.

Legger inn blærekateter ved behov.

Skal innhente opplysninger om bostedstedsadresse og pårørende.

Skal ta hånd om pasientens verdisaker.

Skal følge pasienten videre på avd. for bildediagnostikk og evt. til avdeling/sengepost. Har ansvar for at riktig del av kurve blir med pasient og at kopien blir lagt i hyllen til Traumekoordinator Sykehuset Levanger.

Dersom ikke annet blir avtalt så skal Akuttmottakssykepleier 2 skrive ankomstnotat.

REFERANSE

Denne manualen bygger på traumemanualen ved OUS, se relatert.

Søkeord.

Traumealarm. Traumemottak. Traumemanual. Skadebehandling. Traumeteam. Traumeleder. Loggfører. Oransje. Rød. Pressemelding.

Helse Midt-Norge RHF
Postboks 464

7501 Stjørdal

Vår ref.:
2013/1444 - 11897/2013

Deres ref.:

Dato:
30.04.2013**Høring - Destinasjonskriterier for traumepasienten i Helse Midt-Norge HF**

Helse Nord- Trøndelag HF (HNT) vil først meddele at vi forbereder sak til Styret i Helse Nord- Trøndelag om Traumeorganiseringen og vår handlingsplan for sykehusene i HNT i tråd med vedtak i Styret Helse Midt- Norge i sak 25/12, 22.3.2012, om Regionalt traumesystem:

7. Styret ber underliggende HF utarbeide en handlingsplan for hvordan alle sykehus, også de uten døgnkontinuerlig traumeberedskap, skal bidra innen feltet

I denne styresaken vil vårt forslag til vedtak være at Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger skal være akuttisykehus med traumefunksjon, ettersom kriteriene gitt for dette er oppfylt. Dette er av betydning i vårt videre høringssvar omkring Destinasjonskriterier for traumepasienten.

Fra Sykehuset Namsos, Kirurgisk klinikk, har vi fra klinikksjef John Ivar Toft mottatt følgende høringssvar:

Fra Kirurgisk klinikk Namsos merker vi oss at distinasjonskriteriene som foreslås i høringsbrevet fra St.Olavs hospital, er de samme som det arbeides etter i dag. Klinikken har ikke merknader til dette. Det viderefører den praksis vi har hvor pasienten blir undersøkt og stabilisert og så blir det tatt en beslutning hvorvidt om tilstanden tilsier overføring til St. Olavs.

Vi reagerer imidlertid på følgende formulering som siteres fra høringsbrevet:

Sitat: ” Hvis pasienten oppfyller kriteriene for fysiologi eller anatomi er det med mer enn 50% sikkert at pasienten er alvorlig skadd. Disse pasienten skal derfor til traumesentret eller til sykehus med traumefunksjon. I styrevedtaket vil dette si St.Olav eller Ålesund”

Sykehuset Namsos fyller alle kriteriene i traumerapporten for å være et Akuttisykehus med traumefunksjon, og i 2012 tok vi i mot 83 traumepasienter.

Slik dette formuleres kan forstås det slik at det er kun St.Olavs og Sykehuset Ålesund som skal ta i mot traumepasienter. Vi tror kanskje at dette er mer en uheldig formulering enn et tilsiktig budskap fra avsender.

Vi velger likevel å gi uttrykk for at vi er uenig i det sitatet og regner med at det følges opp i videre høringssvar fra HNT.

John Ivar Toft
Klinikkleder

Fra Sykehuset Levanger, Kirurgisk klinikk, ved Traumeutvalgets leder og Traumekoordinator har vi mottatt følgende uttalelse, godkjent av avdelingsoverlege Arne Talseth, kirurgisk avdeling:

”Destinasjonskriterier for traumepasienten i Helse Midt- Norge.”

HØRING.

18.april 2013 mottok Sykehuset Levanger dokumentet ”Destinasjonskriterier for traumepasienten i Helse Midt-Norge” utarbeidet av avdelingssjef ved regionalt traumesenter Bent Åge Rolandsen.

Bakgrunnen for dokumentet er at det pr i dag ikke foreligger felles kriterier i vår region om hvilke pasienter som skal regnes som alvorlig skadd og dermed bli mottatt av traumeteam ved innleggelse.

Det sies i dokumentet(følgerebrevet) at pr. i dag er St. Olavs Hospital Traumesenter og Ålesund er akuttisyekehus med traumefunksjon. Underforstått kan dette tolkes dit hen at Sykehuset Levanger ikke er et akuttisyekehus med traumefunksjon.

Sykehuset Levanger oppfyller per i dag de krav som stilles til et akuttisyekehus med traumefunksjon iht traumerapporten pkt 4.2.4.1. Det vil i løpet av kort tid foreligge et styrevedtak fra Helse Nord-Trøndelag om at Sykehuset Levanger defineres som akuttisyekehus med traumefunksjon.

Vi vil videre i vår høring kommentere de foreslåtte destinasjonskriteriene.

Kriteriene for fysiologi

Vi er enige i at de fysiologiske kriteriene 1.1-1.8 skal, sammen med anatomiske kriterier, utløse traumeteam ved innleggelse.

Kriteriene for anatomi

Vi er enige i at alle kriteriene 2.1-2.12 skal utløse traumeteam ved innleggelse.

Vi synes de anatomiske kriteriene var for strenge ifht direkte transport til Traumesenter ved transporttid under 30 minutter.

Disse kriteriene synes vi skal utløse direkte transport til Traumesenter:

- 2.1 Ansiktsskade med fare for luftveisobstruksjon
- 2.6 Stor knusningsskade
- 2.7 Åpenbart store blødninger
- 2.9 Mistanke om ryggmargsskade (nevrologisk utfall)
- 2.12 Traume med drukning

Følgende pasienter kan håndteres på sykehus med traumefunksjon, i hvert fall initial.

Som med alle traumepasienter skal de vurderes for overflytting til Traumesenter ved behov.

- 2.2 Stikk- eller skuddskade proksimalt for kne eller albue
- 2.3 Bilateral femurfraktur
- 2.3 Mistanke om bekkenringfraktur
- 2.5 Ustabil brystvegg (Flail chest/multiple costafrakture)
- 2.8 Amputasjon proksimalt for håndledd eller ankel
- 2.10 Traume med mulig inhalasjonsskade
- 2.11 Traume med brannskade > 18%

Pasienter med åpenbare store skader i thorax, hode eller med mistanke om ryggmargsskade skal selvfølgelig direkte til traumesenter hvis transporttid er kortere enn 30 minutter.

F.eks er stikk- eller skuddskader så mangt, og de skal kun direkte til Traumesenter hvis det er åpenbart stor skade i hode, thorax eller åpenbart store blødninger, men ikke kun pga våpenet i seg selv.

Traume med brannskade kan vurderes lokalt ifht til evt overflytting Haukeland.

Kriteriene for skademekanisme

Vi er enige i at kriteriene som er satt for skademekanisme skal utløse konferering med traumeleder på nærmeste sykehus med traumefunksjon, og at traumeleder så avgjør videre destinasjon for pasienten.

Spesielle forhold

Vi er også enige i at kriteriene for spesielle hensyn skal gjøre at terskelen for konferering med traumeleder er lavere.

Med vennlig hilsen

Anne Fresvig

Leder traumeutvalget

Sturla Røiseng

Traumekoordinator

Konklusjon

HNT er i hovedsak enig i de Destinasjonskriterier som er gitt, men har begrunnet noen spesifiserte forhold der vi mener kriteriene er for snevre, jfr høringssvar Sykehuset Levanger. Med bakgrunn i de vedlagte høringsuttalelsene, ber HNT om at formuleringen om at det kun er St Olavs Hospital og Ålesund Sykehus som er akuttsykehus med traumefunksjon, blir tatt bort.

Med hilsen

Paul Georg Skogen

Fagsjef HNT HF

Kopi til:

Klinikksjef Kirurgisk klinikk, Sykehuset Namsos

Klinikksjef, Kirurgisk klinikk, Sykehuset Levanger

Direktør Arne Flaatt, Helse Nord- Trøndelag

Kirkegata 2

Kirkegata 2

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 26/2013 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	23.05.13	26/2013
Saksbeh:	Marit Røvik Skjerve	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2013/1755	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:**Sak 26/2013 Orienteringssaker****VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 25.04. og 14.05.13
2. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 21.05.13
3. Årsrapport 2012 for Klinisk etisk komite (KEK)
4. Ambulansetjenesten i Nord-Trøndelag
5. Andre orienteringer

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 25.04.13 kl. 11.30 - kl. 16.10
Møtested: Quality Airport Hotell, Stjørdal sentrum
Saksnr.: 26/13 – 36/13
Arkivsaksnr.: 2012/585

Møtende medlemmer:

Marthe Styve Holte
Kåre Gjønnnes
Ottar B. Guttelvik
Tore Kristiansen
Gunn Iversen Stokke
Nils Håvard Dahl
Björg Henriksen
Tore Brudeseth
Trond Prytz
Vigdis Harsvik
Eva Vinje Aurdal
Kjersti Tommelstad
John Olav Berdahl (vararepresentant)

Forfall:

Ellen Marie Wøhni

Regionalt brukerutvalg:

Snorre Næss
Bjørn Bratvik

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Daniel Haga
Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)
Direktør for stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød
Direktør for eierstyring Torbjørge Vanvik
Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås (tom sak 29/13)
Direktør for helsefag, forskning og utdanning Nils Hermann Eriksson
Økonomidirektør Anne Marie Barane
Internrevisjonssjef Ellinor Wessel Pettersen
Revisor fra BDO – Terje Tvedt (sak 27/13)
Revisor fra BDO - Stein Erik Sæther (sak 27/13)

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 18.04.13. Samme dag ble saksdokumentene, med unntak av sak

28/13 Statusrapport lagt ut i styreadministrasjonen. Sak 28/13 ble lagt ut i styreadministrasjonen 19.04.13.

24.04.13 ble følgende nye dokumenter lagt ut i styreadministrasjonen:

- Ny innkalling datert 24.04.13
- Referat fra møte i regionalt brukerutvalg 22.04.13 med vedlegg
- Drøftingsprotokoll til sak 29/13
- Vedlegg til sak 31/13 Nasjonal lederplattform i helseforetak
- Drøftingsprotokoll til sak 32/13
- Vedlegg til sak 33/13 "Driftssituasjonen i Helse Møre og Romsdal" og pressemelding fra 20.03.13 "Omstilling nødvendig for å sikre bærekraft"
- Sak 36/13 Stiftelse av helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 22.04.13 med vedlegg
- Foretaksprotokoll fra foretaksmøtet 30. januar 2013 med endringer i vedtekter.

I forkant av styremøtet hadde styret eget møte med revisor.

Styreleder Marthe Styve Holte ønsket velkommen til styremøtet.

Rekkefølge i behandling av sakene ble endret slik at styresak 36/13 ble behandlet før styresak 33/13.

Det var ingen merknader til innkalling.

SAK 26/13 Referatsaker

Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 22.04.13 med vedlegg
Brev til styreleder fra tillitsvalgte ved St. Olav med svar
Brev til styreleder fra politiske partier i Aure kommune

Sak 27/13 Styrets årsberetning og årsregnskap for 2012 for Helse Midt-Norge RHF

Revisorer fra BDO, Terje Tvedt og Stein Erik Sæther deltok under behandling av denne saken.

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2012 med de anmerkninger og kommentarer som framkom under møtet. Årets overskudd på 493,3

millioner kroner i Helse Midt-Norge RHF anvendes til dekning av tidligere års underskudd med 491,38 millioner og 1,952 millioner overføres til fond for vurderingsforskjeller.

2. Styret godkjenner erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte, inkludert retningslinjer for fastsettelse av lønn og godtgjørelse for 2013.
3. Styret legger vedlagte årsregnskap og årsberetning fram for foretaksmøte for godkjenning.
4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å foreta eventuelle mindre justeringer i årsregnskapet samt i årsberetningen.

Protokoll

Styremedlem Vigdis Harsvik fremmet forslag om et punkt 5:

Styret ber administrasjonen intensivere arbeidet med å få på plass systemer og rutiner som kan utbedre de merknader som har kommet fram i revisjonen

Styremedlem Gunn Iversen Stokke fremmet forslag om å endre ”mindre justeringer” i forslagspunkt 4 til ”redaksjonelle endringer”

Det ble stemt samlet til og med vedtakspunkt 3. Disse ble enstemmig vedtatt.

Endringer i punkt 4 etter forslag til Gunn Iversen Stokke ble enstemmig vedtatt

Tilslutt ble det stemt over nytt punkt foreslått av Vigdis Harsvik. Dette ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2012 med de anmerkninger og kommentarer som framkom under møtet. Årets overskudd på 493,3 millioner kroner i Helse Midt-Norge RHF anvendes til dekning av tidligere års underskudd med 491,38 millioner og 1,952 millioner overføres til fond for vurderingsforskjeller.
2. Styret godkjenner erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte, inkludert retningslinjer for fastsettelse av lønn og godtgjørelse for 2013.
3. Styret legger vedlagte årsregnskap og årsberetning fram for foretaksmøte for godkjenning.
4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å foreta redaksjonelle endringer i årsregnskapet samt i årsberetningen.
5. Styret ber administrasjonen intensivere arbeidet med å få på plass systemer og rutiner som kan utbedre de merknader som har kommet fram i revisjonen

Sak 28/13 Statusrapport Helse Midt-Norge pr mars 2013

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar den rapporterte utviklingen for aktivitet, ventetid, fristbrudd, kvalitet, økonomi og bemanning til etterretning.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar den rapporterte utviklingen for aktivitet, ventetid, fristbrudd, kvalitet, økonomi og bemanning til etterretning.

Sak 29/13 Rullering av Strategi 2020 – Strategiske grep

Forslag til vedtak:

1. Strategi 2020 er regionens felles verktøy for utvikling av tjenestetilbudet for befolkningen i Helse Midt-Norge. Styret i Helse Midt-Norge RHF ser det som en viktig forutsetning for å lykkes med å realisere Strategi 2020 at det legges vekt på å bygge felles kultur og samhörighet i foretaksgruppen.
2. Styret viser til vedtak i sak 4/13 som stadfester at utfordringsbildet og de strategiske målsettingene for Strategi 2020 ligger fast.
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar følgende strategiske grep;
 - a) Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester
 - b) Standardisere
 - c) Ta i bruk pasientenes egne ressurser
 - d) Sikre bærekraftige fagmiljø både regionalt og lokalt
 - e) Vri ressursbruk fra drift til investering, forskning og utvikling
4. Styret legger til grunn at de strategiske grepene skal hjelpe foretaksgruppen til å prioritere riktig tiltak for å sikre bedre måloppnåelse for Strategi 2020. Foretakene skal konkretisere og operasjonalisere de strategiske grepene ut fra egen status og utviklingsbehov.
5. Styret legger til grunn at god samhandling mellom alle involverte aktører og en bred satsing på IKT vil være grunnleggende for å lykkes med de strategiske grepene.
6. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om at administrasjonen årlig legger fram en sak for styret som innenfor rammene av Strategi 2020 vurderer behov for eventuelle justeringer av strategiske grep

7. Gjennom denne rulleringen av Strategi 2020 videreføres foretaksgruppens utvikling på en god og framtidsretta måte. Det er viktig at strategien implementeres i hele organisasjonen og at den blir en aktiv del av det videre utviklingsarbeidet i foretaksgruppen.

Protokoll

Styremedlem Vigdis Harsvik fremmet forslag om at pkt 5 endres til

5. Styret legger til grunn at god samhandling mellom alle involverte aktører, en bred satsing på IKT *og fokus på innovasjon* vil være grunnleggende for å lykkes med de strategiske grepene.

Det ble stemt over dette forslaget først. Dette ble enstemmig vedtatt.

Det ble tilslutt stemt over øvrige punkter, som ble enstemmig vedtatt

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Strategi 2020 er regionens felles verktøy for utvikling av tjenestetilbudet for befolkningen i Helse Midt-Norge. Styret i Helse Midt-Norge RHF ser det som en viktig forutsetning for å lykkes med å realisere Strategi 2020 at det legges vekt på å bygge felles kultur og samhörighet i foretaksgruppen.

2. Styret viser til vedtak i sak 4/13 som stadfester at utfordringsbildet og de strategiske målsettingene for Strategi 2020 ligger fast.

3. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar følgende strategiske grep;

- a) Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester
- b) Standardisere
- c) Ta i bruk pasientenes egne ressurser
- d) Sikre bærekraftige fagmiljø både regionalt og lokalt
- e) Vri ressursbruk fra drift til investering, forskning og utvikling

4. Styret legger til grunn at de strategiske grepene skal hjelpe foretaksgruppen til å prioritere riktig tiltak for å sikre bedre måloppnåelse for Strategi 2020. Foretakene skal konkretisere og operasjonalisere de strategiske grepene ut fra egen status og utviklingsbehov.

5. Styret legger til grunn at god samhandling mellom alle involverte aktører, en bred satsing på IKT og fokus på innovasjon vil være grunnleggende for å lykkes med de strategiske grepene.

6. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om at administrasjonen årlig legger fram en sak for styret som innenfor rammene av Strategi 2020 vurderer behov for eventuelle justeringer av strategiske grep

7. Gjennom denne rulleringen av Strategi 2020 videreføres foretaksgruppens utvikling på en god og framtidsretta måte. Det er viktig at strategien implementeres i hele organisasjonen og at den blir en aktiv del av det videre utviklingsarbeidet i foretaksgruppen.

Sak 30/13 Etablering av bestillerforum RHF

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF sluttar seg til anbefalingene om å etablere et felles regionalt system for innføring av nye metodar i helsetenesta.
2. Styret ber adm direktør bidra til etableringa av «Bestillerforum RHF».

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF sluttar seg til anbefalingene om å etablere et felles regionalt system for innføring av nye metodar i helsetenesta.
 2. Styret ber adm direktør bidra til etableringa av «Bestillerforum RHF».
-

Sak 31/13 Nasjonal lederplattform

Forslag til vedtak:

Det vises til oppdrag gitt i foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF den 30.1.2012. pkt. 5.4, Ledelse.

1. Styret viser til prosessen med utvikling av en nasjonal lederplattform og legger til grunn:
 - a. At de nasjonale kjerneverdier og lederkravene utgjør felles grunnlag for ledelse i Helse Midt-Norge.
 - b. At det jobbes videre med erfaringsdeling og felles forståelse av hva som utgjør god ledelse i helseforetak.
 - c. At det utvikles et system for lederrekruttering, -utvikling og -oppfølging i hvert helseforetak, med konkrete planer for å sikre kompetente ledere på alle nivå i organisasjonen
 - d. At det legges spesiell vekt på å styrke ledelse nærmest pasientbehandlingen
 - e. At regionene samarbeider om og bidrar til å få ledelse inn som tema i profesjonsutdanningene
 - f. At det videre arbeidet med gjennomføring av disse forpliktelsene legges til regionalt nivå i tett samarbeid mellom regionene.
2. Styret ber om at denne saken forelegges helseforetaksstyrene i Helse Midt-Norge for oppfølging.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Det vises til oppdrag gitt i foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF den 30.1.2012. pkt. 5.4, Ledelse.

1. Styret viser til prosessen med utvikling av en nasjonal lederplattform og legger til grunn:
 - a. At de nasjonale kjerneverdiene og lederkravene utgjør felles grunnlag for ledelse i Helse Midt-Norge.
 - b. At det jobbes videre med erfaringsdeling og felles forståelse av hva som utgjør god ledelse i helseforetak.
 - c. At det utvikles et system for lederrekruttering, -utvikling og -oppfølging i hvert helseforetak, med konkrete planer for å sikre kompetente ledere på alle nivå i organisasjonen
 - d. At det legges spesiell vekt på å styrke ledelse nærmest pasientbehandlingen
 - e. At regionene samarbeider om og bidrar til å få ledelse inn som tema i profesjonsutdanningene
 - f. At det videre arbeidet med gjennomføring av disse forpliktelsene legges til regionalt nivå i tett samarbeid mellom regionene.
2. Styret ber om at denne saken forelegges helseforetaksstyrene i Helse Midt-Norge for oppfølging.

Sak 32/13 Utvide antall styremedlemmer i styret til Rusbehandling Midt-Norge HF

Forslag til vedtak:

- 1) Styret i Helse Midt-Norge RHF ønsker en styrking av styret i Rusbehandling Midt-Norge HF ved å utvide dette med 3 styremedlemmer fra sykehusforetakenes styrer.
- 2) Styret ber valgkomiteen for innstilling av kandidater til helseforetakenes styrer om å forberede en utvidelse av styret i Rusbehandling Midt-Norge HF slik at sak kan behandles i styremøtet i juni med påfølgende utnevning i foretaksmøte.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

- 1) Styret i Helse Midt-Norge RHF ønsker en styrking av styret i Rusbehandling Midt-Norge HF ved å utvide dette med 3 styremedlemmer fra sykehusforetakenes styrer.
- 2) Styret ber valgkomiteen for innstilling av kandidater til helseforetakenes styrer om å forberede en utvidelse av styret i Rusbehandling Midt-Norge HF slik at sak kan behandles i styremøtet i juni med påfølgende utnevning i foretaksmøte.

Sak 36/13 Stiftelse av helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF

Behandlet før sak 33/13

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar å stifte Helsetjenestens Driftsorganisasjon for Nødnett HF i henhold til vedlagte stiftelsesdokument, som omfatter styresammensetning, vedtekter og valg av revisor. Vedlagte foretaksavtale godkjennes. Styrets leder gis fullmakt til å signere dokumentene på vegne av styret Helse Midt-Norge RHF.
2. Opprettelsen av Helsetjenestens Driftsorganisasjon for Nødnett HF skjer i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og i henhold til likelydende styrevedtak. Helseforetaket vil formelt være stiftet på det tidspunkt hvor samtlige av de fire likelydende styrevedtak er fattet.
3. Som ledd i stiftelsen skal eierne skyte inn samlet innskudd på 53 millioner kroner, hvorav 10 millioner er finansiering av arbeidskapital, mens 43 millioner kroner gjelder finansiering av overtakelse av eksisterende eiendeler i Sykehuset Innlandet HF. Helse Midt-Norge RHF's andel av finansieringen er 10,6 millioner kroner (2/5).

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar å stifte Helsetjenestens Driftsorganisasjon for Nødnett HF i henhold til vedlagte stiftelsesdokument, som omfatter styresammensetning, vedtekter og valg av revisor. Vedlagte foretaksavtale godkjennes. Styrets leder gis fullmakt til å signere dokumentene på vegne av styret Helse Midt-Norge RHF.
2. Opprettelsen av Helsetjenestens Driftsorganisasjon for Nødnett HF skjer i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og i henhold til likelydende styrevedtak. Helseforetaket vil formelt være stiftet på det tidspunkt hvor samtlige av de fire likelydende styrevedtak er fattet.
3. Som ledd i stiftelsen skal eierne skyte inn samlet innskudd på 53 millioner kroner, hvorav 10 millioner er finansiering av arbeidskapital, mens 43 millioner kroner gjelder finansiering av overtakelse av eksisterende eiendeler i Sykehuset Innlandet HF. Helse Midt-Norge RHF's andel av finansieringen er 10,6 millioner kroner (2/5).

Sak 33/13 Orienteringssaker

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

I styremøte 25.04.13 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Status pasientsikkerhet og kvalitet
- Status nasjonal og regional samordning bygg og eiendom
- Dialog og oppfølging om driftssituasjonen i Helse Møre og Romsdal

Sak 34/13 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 35/13 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoll ble godkjent og signert i møtet

Stjørdal 25.04.13

Marthe Styve Holte

Kåre Gjønnnes

Vigdis Harsvik

Ottar B. Guttelvik

Tore Kristiansen

Gunn Iversen Stokke

Trond Prytz

Kjersti Tommelstad

Eva Vinje Aurdal

Nils Håvard Dahl

Tore Brudeseth

Ellen Wøhni

Björg Henriksen

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 14.05.13 kl. 0930 - 1605

Møtested: Quality Airport Hotell Værnes, Stjørdal sentrum

Saksnr.:37/13 – 46/13

Arkivsaksnr.: 2012/560

Møtende medlemmer:

Marthe Styve Holte

Kåre Gjønnnes

Ottar B. Guttelvik

Tore Kristiansen

Gunn Iversen Stokke (permisjon fra sak 38/13 tom sak 44/13)

Rune Heggedal

Björg Henriksen

Tore Brudeseth

Trond Prytz

Vigdis Harsvik

Eva Vinje Aurdal (fom sak 38/13)

Kjersti Tommelstad

Ellen Marie Wøhni

Forfall:

Ingen

Regionalt brukerutvalg:

Snorre Næss

Arthur Mandal

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Daniel Haga

Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)

Direktør for stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød

Direktør for eierstyring Torbjørg Vanvik

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Ass direktør for helsefag, forskning og utdanning Henrik A. Sandbu

Økonomidirektør Anne Marie Barane

Direktør for samhandling Svanhild Jenssen

Internrevisjonssjef Ellinor Wessel Pettersen

Adm dir Helsebygg Midt-Norge Bjørn Remen (sak 39/13)

Seniorrådgiver Kjell Solstad (sak 40/13)

Ass. internrevisjonssjef Tone Opdahl Mo (sak 42/13)

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 07.05.13. Samme dag ble saksdokumentene, med unntak av sak 40/13 Finansieringsmodellen – endring i psykisk helsevern lagt ut i styreadministrasjonen. Sak 40/13 ble lagt ut i styreadministrasjonen 08.05.13. Vedlegg til sak 40/13 Drøftingsprotokoll ble lagt ut i styreadministrasjonen 13.05.13.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 13.05.13
- Oversikt Døgntilbud øhjelp i kommunene
- Tid for handling i psykiatrien – Bygg psykiatrisenteret på Øya nå

Styreleder Marthe Styve Holte ønsket velkommen til styremøtet.

Innkalling og sakliste ble godkjent. Det ble opplyst at det etter vedtak i sak 37/13 avholdes pressekonferanse.

Det ble fra administrasjonen meldt at man ønsket å orientere om status pasientreiser under eventuelt. Dette ble gjort i lukket møte i hht Off.lova § 23 1. ledd og Helseforetakslovens § 26a

Sak 37/13 Tilsetting av ny administrerende direktør i Helse Midt-Norge

Saken ble behandlet i lukket møte jfr. Helseforetaksloven § 26.a.

Følgende forslag til vedtak ble lagt fram i møtet:

1. Trond Michael Andersen tilsettes som administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF fra og med 15.08.2013
2. Administrerende direktør gis en lønn på kr 1.700.000.- pr år
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF gir styreleder fullmakt til å inngå arbeidsavtale

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Trond Michael Andersen tilsettes som administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF fra og med 15.08.2013
2. Administrerende direktør gis en lønn på kr 1.700.000.- pr år
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF gir styreleder fullmakt til å inngå arbeidsavtale

Trond Michael Andersen var og hilste på styret i etterkant av vedtaket.

Sak 38/13 Referatsaker

- Møte i regionalt brukerutvalg 13.05.13
- Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 11. april 2013
- Tid for handling i psykiatrien – Bygg psykiatrisenteret på Øya nå

Sak 39/13 Helsebygg Midt-Norge – tertialrapport 3. tertial 2012

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar Helsebyggs tertialrapport for 3. tertial 2012 til etterretning

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar Helsebyggs tertialrapport for 3. tertial 2012 til etterretning

Sak 40/13 Finansieringsmodellen – endring psykisk helsevern

Forslag til vedtak:

1. Styret fastslår at dagens finansieringsmodell benyttes til fordeling av rammene mellom helseforetakene med følgende justering av modellen for psykisk helsevern:
 - a. 50 % av rammen fordeles etter kostnadsindeks og behovsindeks
 - b. 50 % av rammen fordeles etter behovsindeks alene
2. Endringen innføres i løpet av 2014 og 2015

Protokoll

Ansatterepresentant Ellen Wøhni fremmet følgende utsettelsesforslag:

Saken utsettes med forventning om en bedre prosess i RHFet sammen med HFene

Dette fikk 4 stemmer (Ellen Wøhni, Kåre Gjønnnes, Vigdis Harsvik og Tore Brudeseth) og falt dermed.

Saken ble videre drøftet.

Ansatterepresentant Bjørg Henriksen fremmet følgende forslag til pkt 3:

Styret ber seg forelagt modellen til evaluering når det foreligger relevante analyser på kostnadsnivå og kostnadsdrivere innen psykisk helsevern

Styremedlem Vigdis Harsvik fremmet følgende forslag til pkt 3:

Det forutsettes at følgeevalueringen eksplisitt vurderer grunnlaget for den vedtatte endring psykisk helsevern

Disse to punktene ble sammenstilt til følgende forslag:

Det forutsettes at følgeevalueringen eksplisitt vurderer grunnlaget for den vedtatte endring i psykisk helsevern når det foreligger relevante analyser på kostnadsnivå og kostnadsdrivere

Det ble stemt over pkt 1, 2 og 3 samlet. Disse ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret fastslår at dagens finansieringsmodell benyttes til fordeling av rammene mellom helseforetakene med følgende justering av modellen for psykisk helsevern:

- a. 50 % av rammen fordeles etter kostnadsindeks og behovsindeks
- b. 50 % av rammen fordeles etter behovsindeks alene

2. Endringen innføres i løpet av 2014 og 2015

3. Det forutsettes at følgeevalueringen eksplisitt vurderer grunnlaget for den vedtatte endring i psykisk helsevern når det foreligger relevante analyser på kostnadsnivå og kostnadsdrivere

Sak 41/13 Revidering av instruks for internrevisjonen og instruks for revisjonsutvalget

Forslag til vedtak:

1. Styret godkjenner revidert instruks for styrets revisjonsutvalg i Helse Midt-Norge RHF.
2. Styret godkjenner revidert instruks for internrevisjonen i Helse Midt-Norge.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret godkjenner revidert instruks for styrets revisjonsutvalg i Helse Midt-Norge RHF.
2. Styret godkjenner revidert instruks for internrevisjonen i Helse Midt-Norge.

Sak 42/13 Internrevisjonsrapporter - Iverksetting av lovendringer i psykisk helsevernlov og vurdering av sikkerhet i psykiatriske avdelinger

Forslag til vedtak:

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

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

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

Sak 43/13 Det regionale helseforetakets oppfølging av internrevisjon av sikkerhet i psykiatriske avdelinger

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF viser til vedtak i styresak 42/13.
2. Styret ber administrasjonen i RHF følge opp helseforetakene i hht de anbefalinger som er gitt av Internrevisjonen
3. Styret ber om at foretaksgruppen legger rapportene til grunn for læring i enheter som ikke er revidert.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF viser til vedtak i styresak 42/13.
2. Styret ber administrasjonen i RHF følge opp helseforetakene i hht de anbefalinger som er gitt av Internrevisjonen
3. Styret ber om at foretaksgruppen legger rapportene til grunn for læring i enheter som ikke er revidert.

Sak 44/13 Orienteringssaker

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

I styremøte 14.05.13 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Nytt fra foretaksgruppen
- Tilskudd til øyeblikkelig hjelp tilbud i kommunene i 2013
- IKT strategi
- Kjernejournal

Sak 45/13 Eventuelt

Adm dir orienterte om status Pasientreiser i Møre og Romsdal i lukket møte (Foretaksloven § 26.a)

Sak 46/13 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoll ble godkjent og signert i møtet

Stjørdal 14.05.13

Marthe Styve Holte

Kåre Gjønnnes

Vigdis Harsvik

Ottar B. Guttelvik

Tore Kristiansen

Gunn Iversen Stokke

Trond Prytz

Kjersti Tommelstad

Eva Vinje Aurdal

Rune Heggedal

Tore Brudeseth

Ellen Wøhni

Bjørge Henriksen

Klinisk etisk komité i Helse Nord-Trøndelag HF

Årsmelding for 2012

1. Aktivitet

Det ble avviklet ett generelt møte i klinisk etisk komité i 2012.

I tillegg har klinisk etisk komité mottatt og behandlet to henvendelser om rådgivning i forhold til kliniske spørsmål og to spørsmål om systemkvalitet i 2012.

2. Tema som komiteen har diskutert

Klinisk etisk komité har diskutert og gitt innspill til et utkast til etiske retningslinjer for RHF og HFene i helseregion Midt-Norge. Utkastet er utarbeidet av en arbeidsgruppe med medlemmer fra alle HFene og RHF. Liv Kjønsstad og Tormod Gilberg har representert HNT i arbeidsgruppen.

Nasjonalt mandat for etikk-komiteer er omtalt.

3. Medlemmer i komiteen

Nye medlemmer som tiltrådte komiteen i 2012 er seksjonsleder Anita Hoff, Barn og familieklinikken og fagutviklingssykepleier Margaret Melå Buran, Medisinsk klinikk SL.

For øvrig har komiteen bestått av fagsjef Paul Georg Skogen, overlege Eystein Stordal, overlege Håvard Christian Hagen, juridisk rådgiver Liv Sofie Kjønsstad, sykehusprest Anton Hegdal og brukerrepresentant Hildur M. Fallmyr.

Godkjent i møte 10. april 2013.

Eystein Stordal (leder)

Paul Georg Skogen

Håvard Chr. Hagen

Liv Sofie Kjønsstad

Anton Hegdal

Hildur Fallmyr

Margaret Melå Buran

Anita Hoff