

Styrets medlemmer

Vår ref.:
2017/2853 - 24880/2017

Deres ref.:

Dato:
21.08.2017**Innkalling til styremøte for Helse Nord-Trøndelag 29. august 2017**

Styret for Helse Nord-Trøndelag kalles med dette inn til møte
tirsdag 29. august 2017, kl. 0930.

Møtet finner sted på Scandic Hell Hotell.

I forkant av styremøte gjennomføres det styreseminar 28. august. Dette er for styrets medlemmer og administrasjonen. *Jf. Lov om helseforetak, § 26 a - er denne delen **Lukket møte**.*

AGENDA

- | | |
|--------------------|---|
| Sak 49/2017 | Orienteringer fra adm. direktør <ul style="list-style-type: none">- Beredskap Prehospital klinikk- Stevning – vedr. søksmål fra Namsos kommune- Eventuelt andre aktuelle saker |
| Sak 50/2017 | Driftsrapport juli 2017 |
| Sak 51/2017 | Sykefravær og IA-arbeid i HNT |
| Sak 52/2017 | Kvalitet <ul style="list-style-type: none">- Pasientorientert organisering- Avviksmeldinger §3-3 meldinger- Nye tilsynssaker- Avsluttet tilsynssaker |
| Sak 53/2017 | Oppnevning av ungdomsråd i Helse Nord-Trøndelag |

- Sak 54/2017 Andre orienteringssaker**
1. Møteprotokoll styret i HMN 22.06.17
2. Møteprotokoll brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag 07.06.17
- Sak 55/2017 Eventuelt**
- Sak 56/2017 Godkjenning av protokoll**

Alf Daniel Moen
Styreleder
sign.

Torbjørn Aas
Adm. direktør
sign.

Kopi: Styrets varamedlemmer
Administrativt samarbeidsutvalg v/leder
Brukerutvalget

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 49/2017 Orienteringer fra adm. direktør

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	29. august 2017	49/2017
Saksbeh: Torbjørn Aas		
Arkivkode: 012		
Saksmappe: 2017/2853		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar informasjonen til orientering.

SAKSUTREDNING:**Sak 49/2017 Orienteringssaker****VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

Ingen

Bakgrunn for saken

Adm. direktør informerer sitt styre om aktuelle saker. Dette er et fast punkt på styrets agenda. Saken legges fram uten saksutredning.

Adm. direktør vil orientere om følgende saker:

- Beredskap Prehospital klinikk sommeren 2017
- Stevning - vedr. søksmål fra Namsos kommune
- Eventuelt andre aktuelle saker

Konklusjon

Adm. direktør anbefaler at styret tar informasjonen til orientering.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 50/2017 Driftsrapport juli 2017

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	29. august 2017	50/2017
Saksbeh: Stein Erik Breivikås		
Arkivkode: 012		
Saksmappe: 2017/2853		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Saken legges fram uten innstilling.

SAKSUTREDNING:

Sak /2017 Driftsrapport juli 2017

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. SAMMENDRAG / GENERELL VURDERING

Helse Nord-Trøndelag HF har for 2017 lagt opp til en aktivitetsvekst noenlunde i samsvar med bestilling fra eier. Etter syv måneders drift viser det seg at aktiviteten på flere områder ligger betydelig under det planlagte nivået. Ventetider for behandlede pasienter er omtrent i samsvar med fastsatte måltall, med unntak for psykisk helsevern (særlig BUP) er ventetidene hittil bedre enn fastsatte måltall. Andel fristbrudd ligger stabilt på et lavt nivå.

Det økonomiske resultatet viser siste rapporteringsperiode (juni og juli) et avvik på vel minus 13 millioner kroner sett opp mot et omarbeidet mai-resultat. Akkumulert pr. juli er avviket 24,5 mill. kr svakere enn budsjett. Det er da tatt hensyn til eiers beslutning om endret resultatkrav knyttet til reduserte pensjonskostnader. På grunn av mangelfulle systemløsninger er det noe usikkerhet knyttet til aktivitetsbaserte inntekter innen psykisk helsevern og også noe usikkerhet knyttet til størrelse på mva-refusjonsbeløp. Internt i foretaket er det betydelige forskjeller i resultatoppnåelse for de enkelte klinikkene.

Lønnskostnadene er totalt pr. juli noe høyere enn budsjett med et avvik på vel 2 mill. kr. Reelt sett er lønnsavviket 9 mill.kr da det ligger inne høyere budsjetterte pensjonskostnader i forhold til redusert pensjonskostnad. Målt i brutto månedsverk ligger vi betydelig over planlagt nivå. Dette skyldes bl.a. større sykefravær enn budsjettert med tilhørende bruk av overtid og vikarer. Sykepengerefusjoner ligger akkumulert pr. juli 13 mill.kr over budsjett.

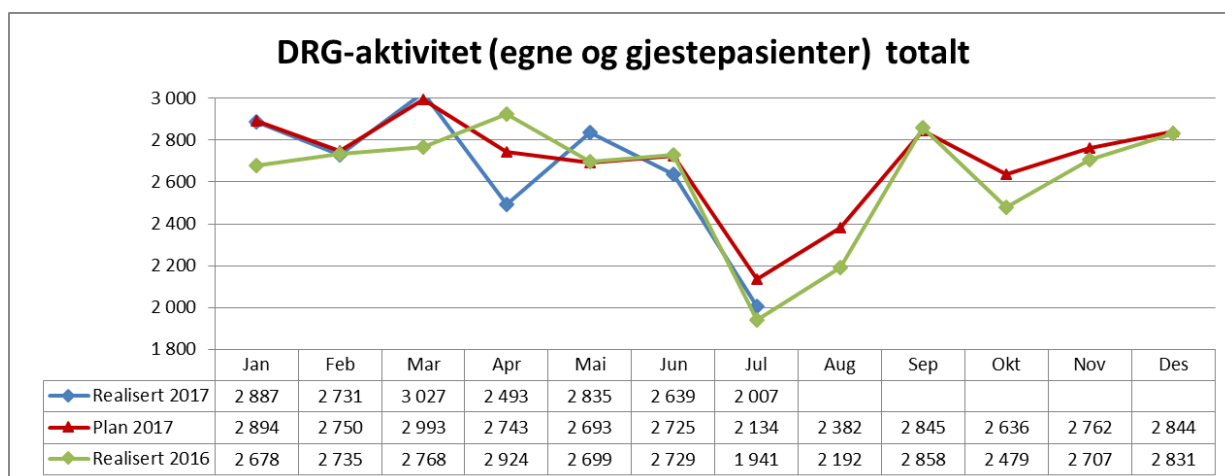
Ny aktuarberegning i januar innebærer en reduksjon i foretakets pensjonskostnader på 12,3 mill. kr i forhold til budsjetterte pensjonskostnader for 2017, tilsvarende vel 1 mill. kr pr. måned. Eier har nå vedtatt hvordan dette vil påvirke foretakets styringsmål. Foretakets inntekter reduseres med 14 mill.kr. I tillegg er det vedtatt et nytt resultatmål for 2017 på 58 millioner kroner, noe som er 2 millioner lavere enn de 60 mill.kr som lå som resultatkrav i det opprinnelige budsjettet. Disse justeringene er nå innarbeidet i regnskapet.

Med utgangspunkt i de negative effektene i sommermånedene, og med en kritisk gjennomgang av driften resten av året, prognostiseres et årsresultat for Helse Nord-Trøndelag på minus 12 millioner kroner – en forverring av prognosen med 37 millioner i forhold til siste rapportering for mai. Det vil si et budsjett som er 70 millioner dårligere enn budsjett.

KPI matrise 2017 Helse Nord-Trøndelag HF		Hittil i år				Avvik denne periode	Utvikling *	Prognose års-avvik	Henvisning
		Resultat	Mål	Avvik					
Aktivitet	DRG-poeng somatikk	18 618	18 932	-314	●	-127	↑	-	
	Polikliniske konsultasjoner psykisk helsevern	41 737	43 342	-1 605	●	-408	↓	-	
	Polikliniske konsultasjoner TSB	3 924	3 503	421	●	69	↑	-	
	Ventetid pasienter behandlet somatikk	53	57	-4	●	49	↑	-	
	Ventetid pasienter behandlet VOP	49	45	4	●	44	↓	-	
	Ventetid pasienter behandlet BUP	58	40	18	●	62	↓	-	
	Ventetid pasienter behandlet TSB	21	30	-9	●	22	↑	-	
	Andel fristbrudd pasienter behandlet	0,7 %	0,0 %	0,7 %	●	0,9 %	↓	-	
Finans	Økonomisk resultat (mill kr)	-4,60	19,85	-24,45	●	-24,07	###	-	
	Lønnskostnader (mill kr)	-1 150,57	-1 148,35	-2,22	●	0,39	###	-	
HR	Bemanning (brutto mnd.verk)	19 173,34	18 774,31	399,03	●	57,55	↓	-	
	Antall enheter med sykefravær > 10 %			0	#DIV/0!	0	→	-	
	Avvik arbeidstidsbestemmelsen i % av vakter			0,0 %	#DIV/0!	-	→	-	

2. Helsefag

2.1 DRG-aktivitet

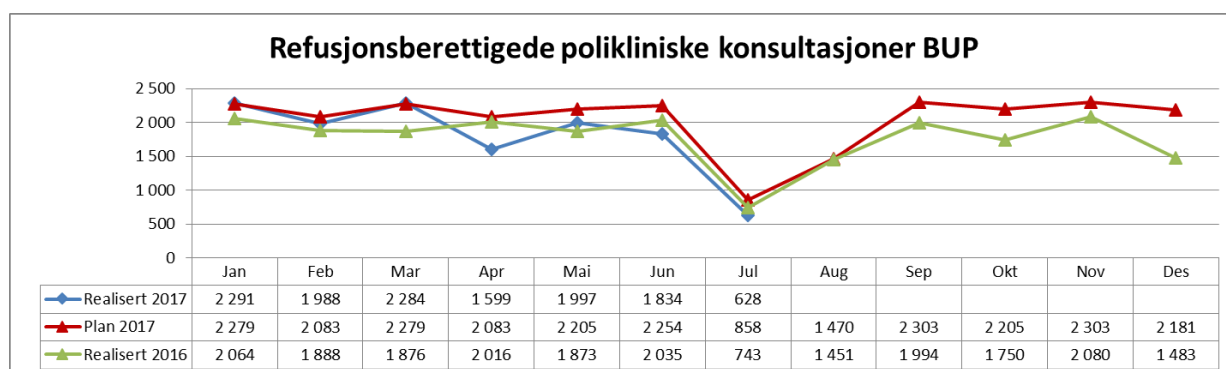
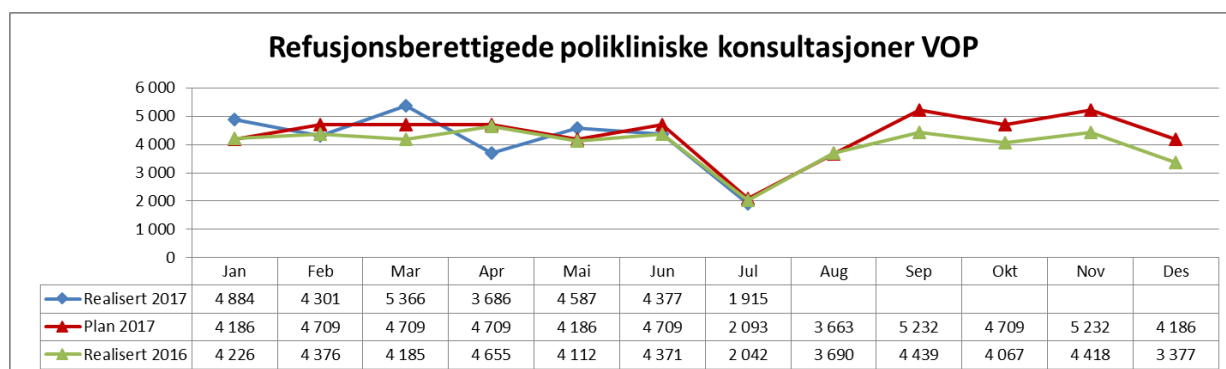


Helse Nord-Trøndelag HF har for 2017 lagt opp til en aktivitetsvekst innen somatikk noenlunde i samsvar med bestilling fra eier (om lag 1,5 % økning). Det er denne aktiviteten som er lagt inn i oversikten ovenfor.

Driften i sommer har jevnt over vært en god del lavere enn planlagt i de fleste somatiske avdelinger. Ortopedisk avdeling Levanger mangler ortopeder og har en betydelig svikt i forhold til planlagt aktivitet.

Etter syv måneders drift viser det seg at gjennomført aktivitet i somatiske avdelinger er om lag 1,7 prosentpoeng lavere enn planlagt. Foretakets DRG-aktivitet prognostiseres å bli på dette nivået på årsbasis.

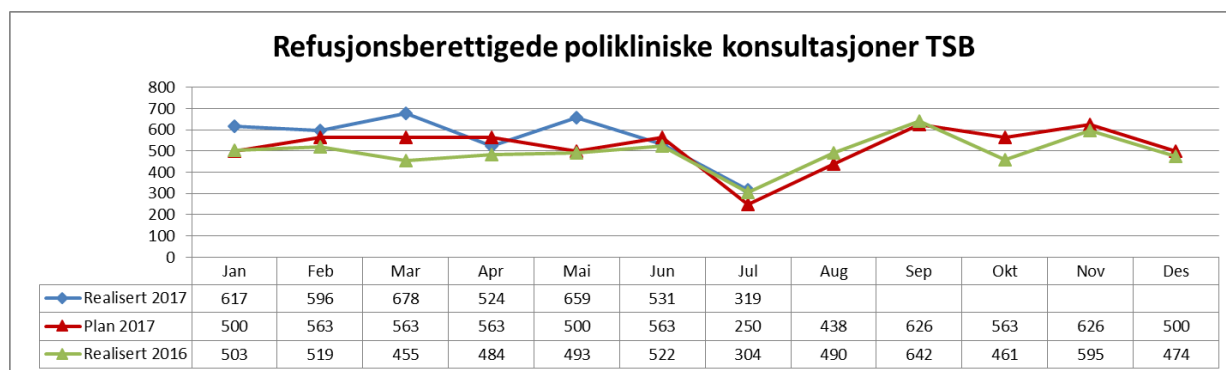
2.2 PH-aktivitet



Helse Nord-Trøndelag HF har for 2017 lagt opp til en aktivitetsvekst innen psykisk helsevern noenlunde i samsvar med bestilling fra eier (om lag 8,5 % økning innen poliklinisk drift). Refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner er et sentralt aktivitetsmål innen psykiske helsevern. Det er den aktiviteten som er lagt inn i oversikten ovenfor.

Aktiviteten innen psykisk helsevern for voksne har t.o.m. mars vært noe høyere enn planlagt, mens den innen psykisk helsevern for barn og unge har vært noe lavere enn planlagt. Siden april har det vært lavere aktivitet enn planlagt innen både VOP og BUP slik at akkumulerte tall nå er lavere enn planlagt innen begge fagområder. Foretakets aktivitet innen psykisk helsevern prognostiseres fortsatt å bli noe lavere nivå enn planlagt aktivitet for 2017.

2.3 TSB-aktivitet



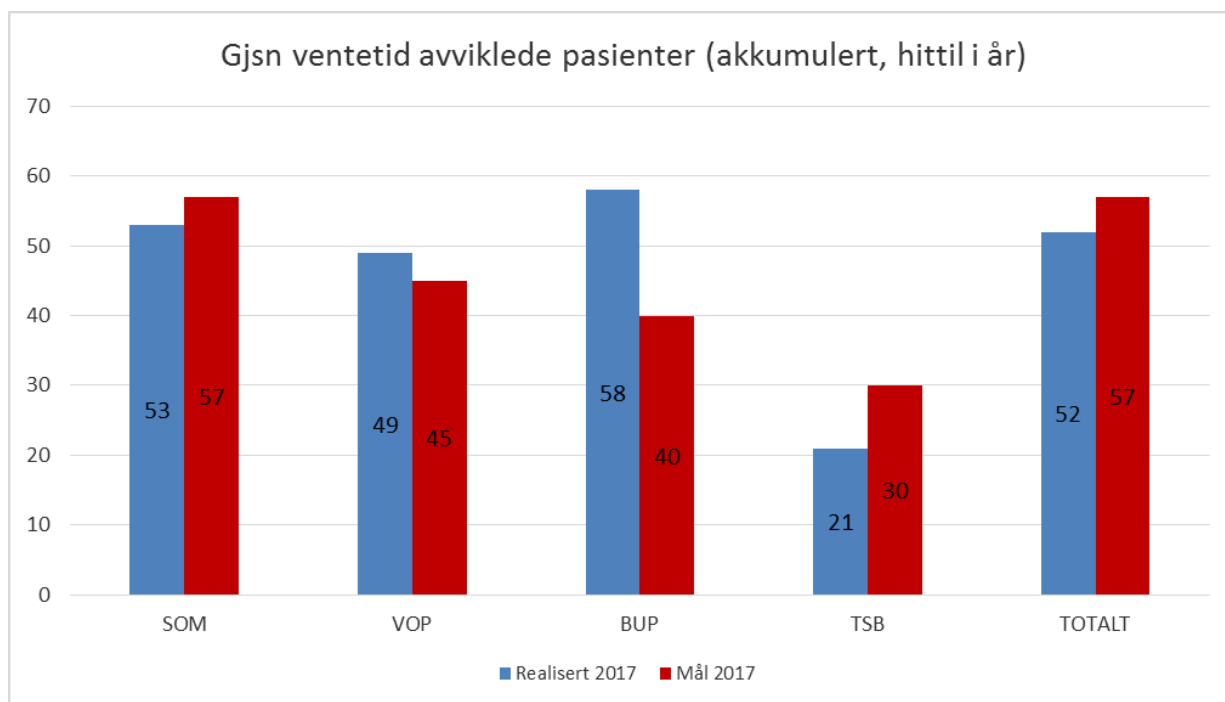
Helse Nord-Trøndelag HF har for 2017 lagt opp til en aktivitetsvekst innen rusbehandling noenlunde i samsvar med bestilling fra eier (om lag 8,5 % økning innen poliklinisk drift). Refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner er et sentralt aktivitetsmål innen rusbehandling. Det er den aktiviteten som er lagt inn i oversikten ovenfor.

Aktiviteten innen rusbehandling var noe høyere enn planlagt i sommer. Akkumulert pr. juli er den en god del høyere enn planlagt. Foretakets aktivitet innen dette fagområdet prognostiseres å bli litt høyere enn planlagt for 2017.

2.4 Ventetider

Ventetider pr. juli

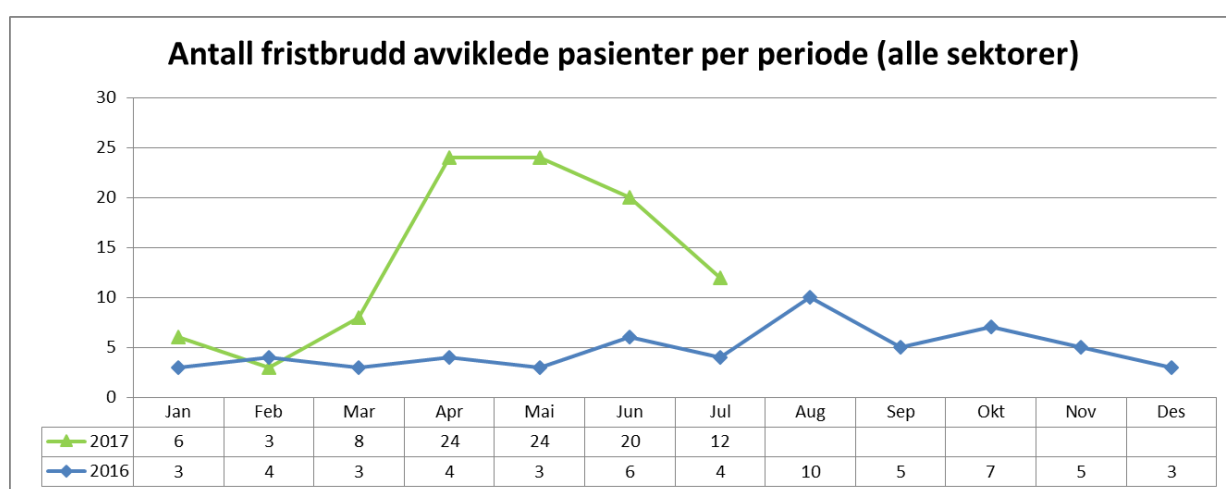
Ventetider 2017	Mål	Forrige periode	Denne periode	Endring	Hittil i år	Datakilde
Ventetid pasienter aviklet somatikk	≤ 57	52	49	-3	53	NPR
Ventetid pasienter aviklet VOP	≤ 45	50	44	-6	49	NPR
Ventetid pasienter aviklet BUP	≤ 40	64	62	-2	58	NPR
Ventetid pasienter aviklet TSB	≤ 30	21	22	1	21	NPR
Andel fristbrudd pasienter aviklet	0 %	1,0 %	0,9 %	-0,1 %	0,7 %	NPR



Helseforetaket hadde i 2016 et styringsmål fra eier om at gjennomsnittlig ventetid ikke skulle være over 65 dager i noen fagområder/sektorer. For 2017 er dette styringsmålet fra eier splittet opp i egne ventetider for hvert fagområde/hver sektor med maksimalt 57 dager innen somatikk, maksimalt 45 dager innen VOP, maksimalt 40 dager innen BUP, maksimalt 30 dager innen rusbehandling (TSB) og maksimalt 57 dager for foretaket samlet.

Ventetider for behandlede pasienter har utviklet seg positivt i sommer for alle pasientgrupper, utenom TSB. TSB er likevel fortsatt godt innenfor målkravet. Akkumulerte tall hittil i år viser en ventetid i somatikk på 53 dager i gjennomsnitt mot et måltall på maksimalt 57 dager. Innen psykisk helsevern (og særlig innen BUP) er ventetidene hittil i år dårligere enn fastsatte måltall. Innen rusbehandling er ventetidene stabilt lave og lavere enn fastsatte måltall.

2.5 Fristbrudd

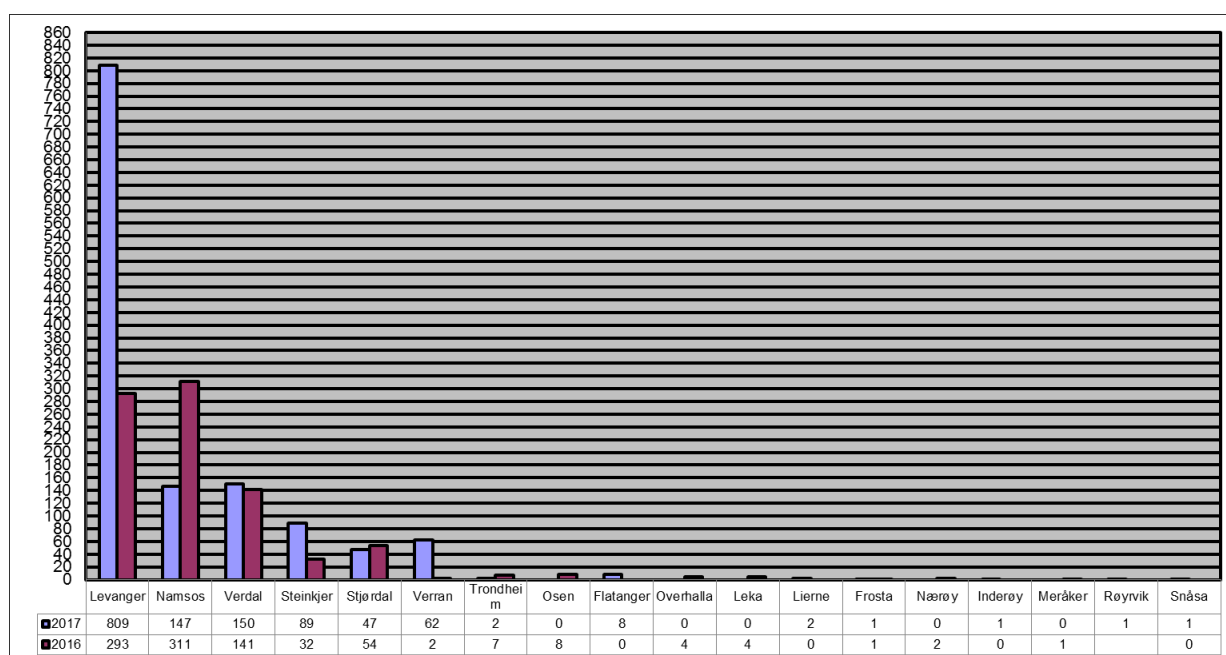


Det er gjort betydelig innsats for å fjerne fristbrudd innen alle fagområder. Andel fristbrudd gikk litt ned i sommer.

Styringsmålet fra eier er «ingen fristbrudd». Driften legges opp slik at fristbrudd skal være fraværende, men vi erfarer at det er vanskelig å unngå at det inntreffer noen få brudd.

Med mulige utfordringer knyttet til sesongmessige svingninger (influensaepidemier og ferieavvikling), er det forventet at driften utover året skal tilpasse seg fastsatte måltall.

2.6 Liggedøgn utskrivningsklare pasienter

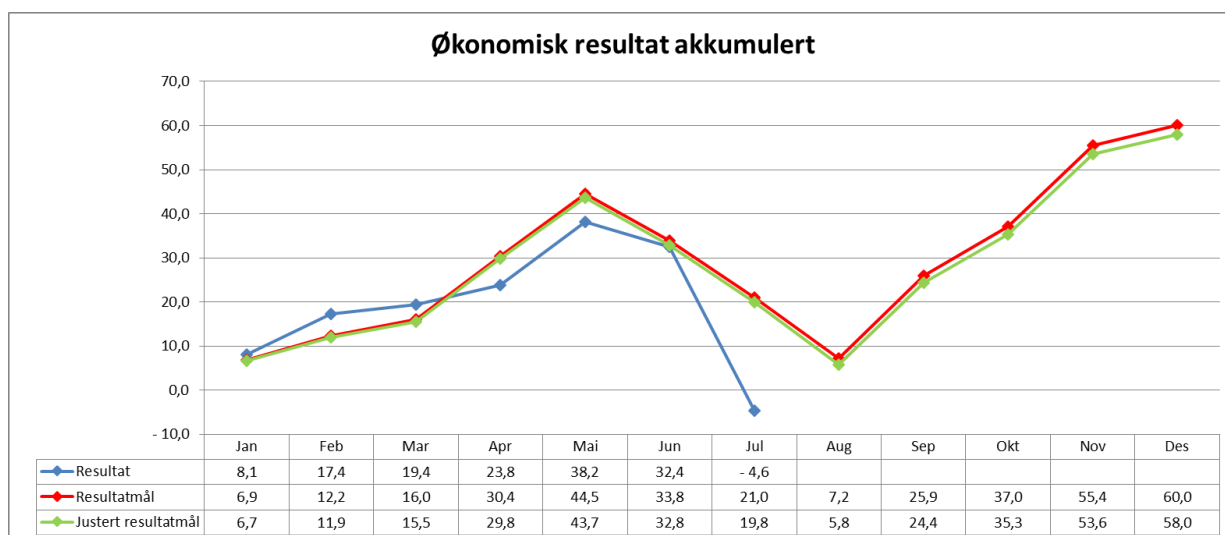


Kommunene betaler 4.622 kroner pr. liggedøgn for utskrivningsklare pasienter. Fakturerte liggedøgn kan variere litt fra registrerte liggedøgn p.g.a. forskjellige rapporteringsfrister, men dette blir korrigert i framtidige regninger.

3. ØKONOMI OG RESSURSSTYRING

3.1 Resultat

Juli 2017 Resultat	Denne periode			Hittil i år		
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap	Budsjett	Avvik
Driftsinntekter	163 286	175 315	-12 029	1 734 097	1 741 880	-7 783
Varekostnader	-45 678	-36 113	-9 565	-283 790	-266 863	-16 927
Lønnskostnader	-111 565	-111 951	386	-1 150 568	-1 148 347	-2 221
Andre driftskostnader	-43 694	-40 989	-2 705	-309 719	-312 161	2 442
Driftskostnader	-200 937	-189 053	-11 884	-1 744 077	-1 727 371	-16 706
Driftsresultat	-37 651	-13 738	-23 913	-9 980	14 509	-24 489
Finansresultat	606	930	-324	5 381	6 513	-1 132
Resultatmål	-37 045	-12 808	-24 237	-4 599	21 022	-25 621
Resultateffekt endrete pensjonskostnader		-168	168		-1 176	1 176
Justert resultatmål	-37 045	-12 976	-24 069	-4 599	19 846	-24 445



Det økonomiske resultatet viser i juni og juli et samlet avvik på minus 13,0 mill. kroner (korrigert for reduserte pensjonskostnader). Akkumulert pr. april er avviket – 24,5 mill. kroner i forhold til korrigert måltall. P.g.a. mangelfulle systemløsninger er det fortsatt noe usikkerhet knyttet til aktivitetsbaserte inntekter innen psykisk helsevern og også noe usikkerhet knyttet til størrelse på mva-refusjonsbeløp. Internt i foretaket er det betydelige forskjeller i resultatoppgjøret for de enkelte klinikkene.

Inntekter

Foretakets inntekter er siste måned 7,5 mill. kroner lavere enn budsjettet pr. juli. Inntektsreduksjonen i sommer er bl.a. knyttet til lavere aktivitet med tilhørende lavere aktivitetsbaserte (ISF) inntekter enn budsjettet. Det er noe usikkerhet knyttet til mangelfulle data for ny ISF-inntektsordning innen psykisk helsevern og rus.

Varekostnader

Varekostnadene er akkumulert 17 mill. kroner høyere enn budsjettet. Det akkumulerte merforbruket er bl.a. knyttet til kjøp av helsetjenester.

Lønnskostnader

Lønnskostnadene er akkumulert 2,2 mill. kroner høyere enn budsjettet. Ny aktuarberegning i januar innebærer en reduksjon i foretakets pensjonskostnader på 12,3 mill. kroner i forhold til budsjettete pensjonskostnader for 2017. Korrigert for reduserte pensjonskostnader er akkumulerte lønnskostnader i realiteten om lag 9 mill. kroner høyere enn tabellen viser.

Avviket på lønn fordeler seg noenlunde likt på fast lønn og variabel lønn. Målt i brutto månedsverk ligger vi noe over planlagt nivå. Det skyldes bl.a. høyere sykefravær enn budsjettet med tilhørende bruk av overtid og vikarer. Samtidig er akkumulerte sykepengerefusjoner en god del høyere enn budsjettet.

Andre driftskostnader

Andre driftskostnader viser akkumulert et positivt avvik på 2,4 mill. kroner. Det positive avviket er i hovedsak knyttet til pasienttransport.

Finansposter

Foretakets finansposter er akkumulert 1,1 mill. kroner dårligere enn budsjettet.

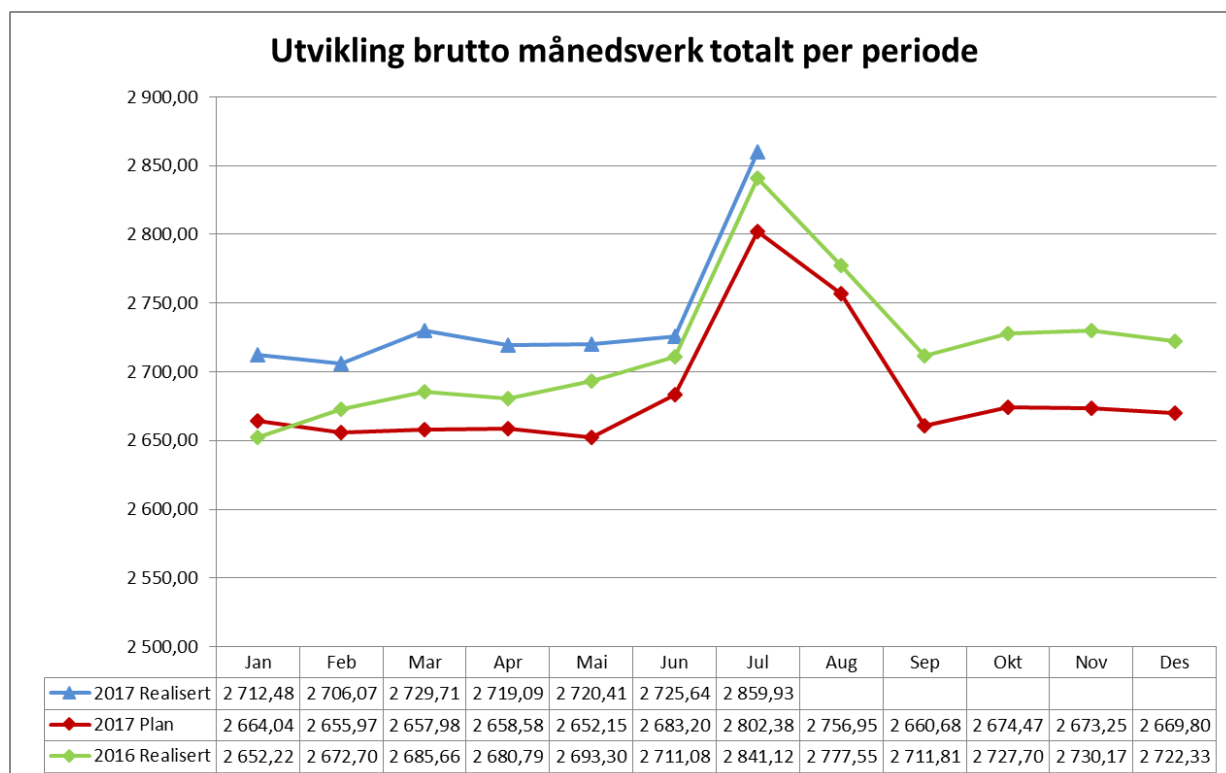
3.2 Prognose

Per juli	Hele året		
Resultat	Budsjett 2017	Prognose 2017	Avvik budsjett - prognose
Driftsinntekter	3 030 457	2 998 439	-32 018
Varekostnader	-458 489	-486 489	-28 000
Lønnskostnader	-1 988 280	-2 000 280	-12 000
Andre driftskostn (6)	-470 784	-470 784	0
Andre driftskostn (7)	-64 070	-64 070	0
Driftskostnader	-2 981 623	-3 021 623	-40 000
Driftsresultat	48 834	-23 184	-72 018
Finansresultat	11 165	11 165	0
Resultatmål	60 000	-12 018	-72 018
Resultateffekt endrete pensjonskostnader	-2 018		2 018
Justert resultatmål	57 982	-12 018	-70 000

I forbindelse med styrebehandling av driftsrapport pr. april ble det lagt fram en revidert prognose for årsresultat for foretaket. Etter drøftinger med klinikkene kom vi da fram til en årsprognose på minus 47 mill. kroner i forhold til revidert resultatmål, dvs. et resultat på om lag 25 millioner kroner. På grunnlag av resultatet pr. juli, og etter nye samtaler med klinikkene, er prognosen for årsresultat nå endret til minus 12 mill. kroner, noe som er 70 millioner dårligere enn budsjett.

4. MEDARBEIDER / HR

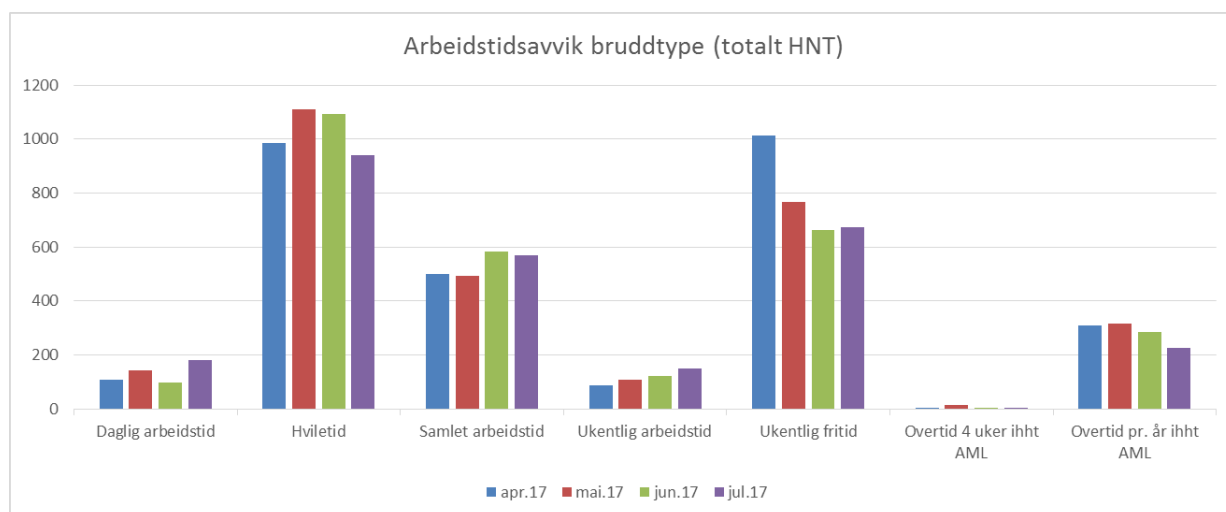
4.1 Bemanning



Trenden for 2017 fortsetter. Brutto månedsverk ligger over både planlagt for 2017 og det som ble realisert i 2016.

For å få kontroll med bemanningsutviklingen er det iverksatt to tiltak, men det er usikkerhet om og i hvilken grad dette påvirket utviklingen. Det ene tiltaket er bemanningskontroll. Dette innebærer at alle stillinger (oppretting, endring, utlysing m.v.) skal gjennom en søknadsprosess som ligger åpent på foretakets intranett. Prosessen slutføres av klinikk- og senterlederene ved godkjenning eller avslag, eller at stillingen settes på vent. Det andre tiltaket er en felles rutine for innleie av ekstravakter.

4.2 Etterlevelse av arbeidstidsbestemmelser



HNT har fokus på det som kan defineres som alvorlige brudd på arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven. Ved medisinske sengeposter på Levanger er de gjennomført en kartlegging og analyse av omfanget av slike brudd. I den forbindelse har de kommet fram til at alvorlige brudd kan defineres som:

- Vakter som overstiger 12 timer
- Doble vakter
- Arbeidsperioder som overstiger 48 t/uke
- Arbeidsperioder som innebærer at man ikke får sammenhengende fri 35 t/uke

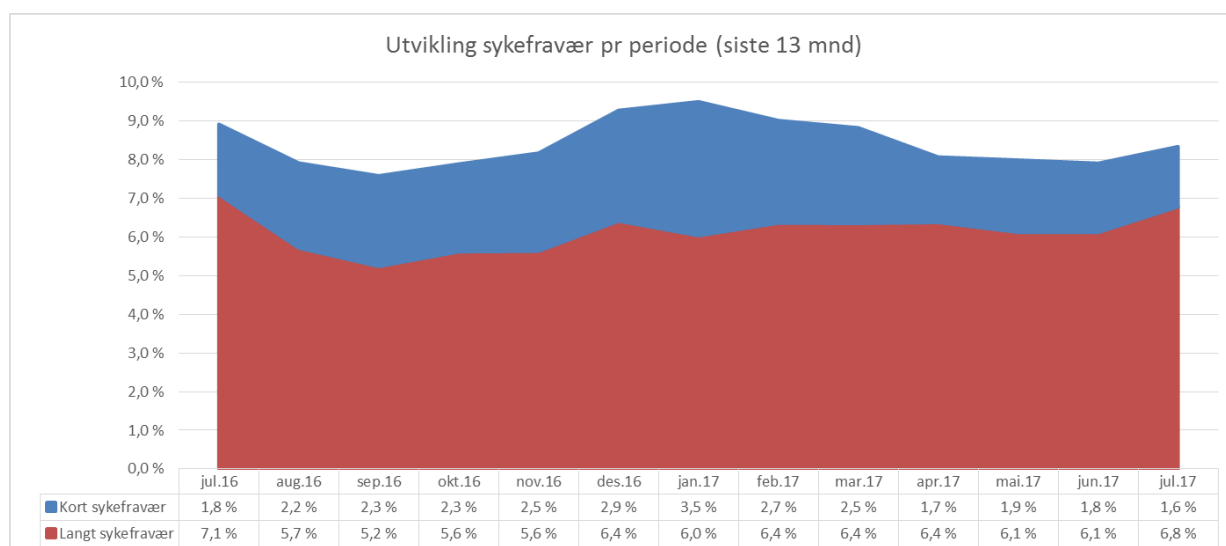
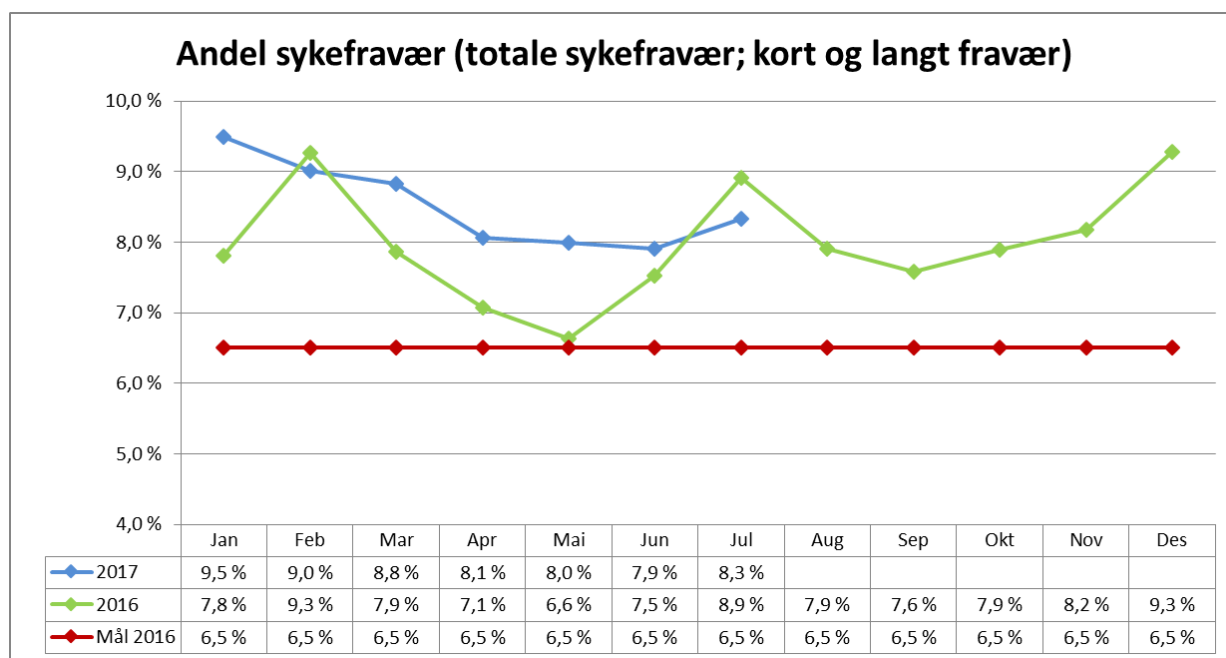
I tillegg er det gjennomført en risikoanalyse hvor hendelser knyttet til «Dårligere kvalitet på sykepleien» og «Sykefravær» ble trukket frem som de hendelsene som fikk høyest negativ score.

Det jobbes videre med å identifisere alvorlige brudd på en systematisk måte slik at tiltakene kan settes inn målrettet. I tillegg til å identifisere brudd fra arbeidsgiversiden, vil vi også peke på tiltak som ansvarliggjør den enkelte arbeidstaker, både i forhold til å si fra, men også i forhold til å tenke på egen og pasientenes sikkerhet.

Når det gjelder doble vakter (jf. tabell 21 ovenfor), har vi valgt å se på sykepleiere og jordmødre. Denne periode viser tall for april måned. I 1. tertial i år er det godt over 100 doble vakter. Omfattende arbeid med datauttrekket gjør at vi starter med disse.

Når det gjelder avvik knyttet til arbeidstid over 19 timer, ser vi at avvikene stort sett er knyttet til utrykninger på hjemmenvakter. Det som ikke fremkommer av denne oversikten, er vakter som er lengre enn 19 timer, men hvor det er inngått lokal avtale om dette.

4.3 Andel sykefravær



Sykefraværet var 8,3 prosent i sommer og lå på omtrent samme nivå som fjoråret.

I overordnet HMS-handlingsplan for HNT for 2017 er det satt opp to hovedaktiviteter i forhold til sykefraværet:

1. Øke ledere og ansattes kunnskap om IA og derved redusere sykefravær
2. Redusere sykefravær blant gravide ved å innføre nye rutiner for oppfølging av gravide arbeidstakere

Når det gjelder tiltak 1, er det arbeidet med en overordnet prosedyre som skal gjøre det tydeligere for både arbeidsgiver og arbeidstaker hvilke rettigheter og plikter som gjelder under sykefraværsoppfølging. Det er i prosedyren dessuten fastslått hvilke retningslinjer som gjelder i HNT i forhold til eksempelvis:

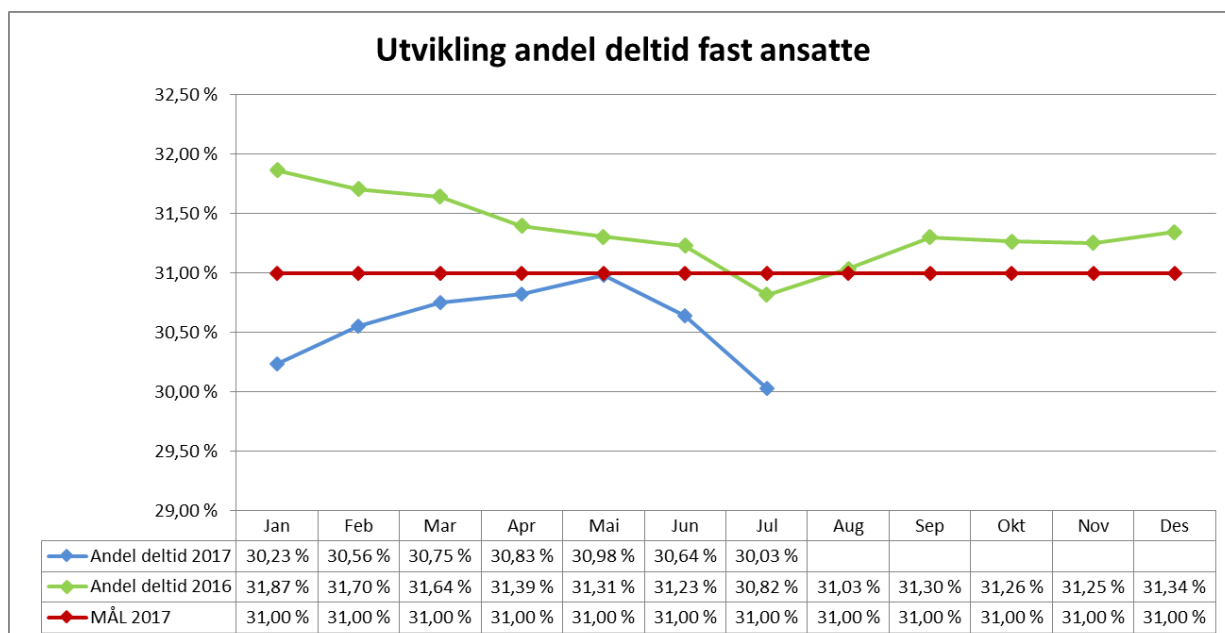
- Varsling av fravær (skal skje via telefonsamtale med nærmeste leder, ikke SMS)
- Forventning til at ansatte kommuniserer med leder i forkant av sykmelding for å bidra til å finne tiltak som kan forebygge fravær
- Klargjøring av at 50 % sykmelding betyr at man har 50 % restarbeidsevne (betyr ikke nødvendigvis at man skal være på jobb bare 50 % av tiden)
- Forventning om at avdelingene har utarbeidet lister med alternative arbeidsoppgaver som ligger klare som et verktøy når en ansatt får helseproblemer

Arbeidet med å implementere av prosedyren vil innebære kompetanseheving for både ledere, verneombud, tillitsvalgte og ansatte.

I forhold til tiltak 1 er det også uttalt at det skal være spesiell fokus på klinikker med størst økning i sykefraværet i 2016. Dette gjelder Prehospital klinikk og Senter for intern service. Disse enhetene er i oppstartfasen av tiltak/prosjekter hvor HR-rådgiver, BHT og kontaktperson i NAV Arbeidslivssenter bistår i prosesser med ledere, verneombud og tillitsvalgte.

Når det gjelder tiltak 2, er det nylig innført ny metodikk for oppfølging av gravide arbeidstakere. Dette innebærer at det skal gjennomføres minimum tre trekantsamtaler hvor BHT deltar sammen med arbeidstakeren og lederen. BHT skal bidra til at det gjennomføres en risikovurdering for å sikre en arbeidssituasjon som ikke gir helseplager for den gravide eller skade på foster. Dette danner grunnlaget for iverksettelse av tiltak slik at den gravide skal kunne stå i jobb så lenge som mulig gjennom graviditeten.

4.4 Andel deltid



HNTs måltall for andel deltid for faste ansatte for 2017 er satt til 31 %. Klinikken har fastsatt egne mål for 2017 tilpasset eget nivå og utvikling.

Foretaket har i flere år arbeidet med:

- å etablere en heltidskultur som innebærer redusert bruk av deltid
- å motivere og tilrettelegge for at ansatte velger høyere stillingsprosent og helst hel stilling
- å tilby nyutdannet helsepersonell hele faste stillinger

Det er fortsatt en utfordring knyttet til bemanning på helg. Videre vil arbeid med innsparingstiltak begrenses noe når andel heltid øker, eller sagt på en annen måte: effektivisering av driften gjennom bemanningsreduksjoner vil virke begrensende på en positiv utvikling av andel heltid.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 51/2017 Sykefravær og IA-arbeid i HNT

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	29. august 2017	51/2017
Saksbeh:	Siw Storø, HMS-koordinator	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2017/2853	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar saken til orientering og ber administrerende direktør prioritere følgende tiltak:

- Gjennomføre tiltakene i HMS-handlingsplan for 2017.
- Gjennomføre ytterligere analyser av årsakene til økningen i sykefraværet i aldersgruppen 20-29 de siste årene, og på bakgrunn av dette sette i verk eventuelle nye tiltak for å redusere fraværet.

SAKSUTREDNING:**Sak 51/2017 Sykefravær og IA-arbeid i HNT****VEDLEGG**

1. Yrkeskategorier
2. Prosedyre «Forebygging og håndtering av sykefravær», EQS id. 22573

Det vil i styremøtet bli redegjort for sykefravær i HNT og hvilke tiltak som iverksettes for å redusere sykefraværet.

Bakgrunn**Målsetting**

HNT har følgende hovedmål innenfor HMS:

Helse Nord-Trøndelag HF skal gjennom målrettet og systematisk HMS-arbeid skape et sikkert og helsefremmende arbeidsmiljø som bidrar til høyt nærvær, fravær av skader og god pasientsikkerhet.

Når det gjelder sykefravær, så er HNTs mål for 2017 at sykefraværet på overordnet nivå ikke skal overstige 6,5 %.

HMS-handlingsplan for 2017

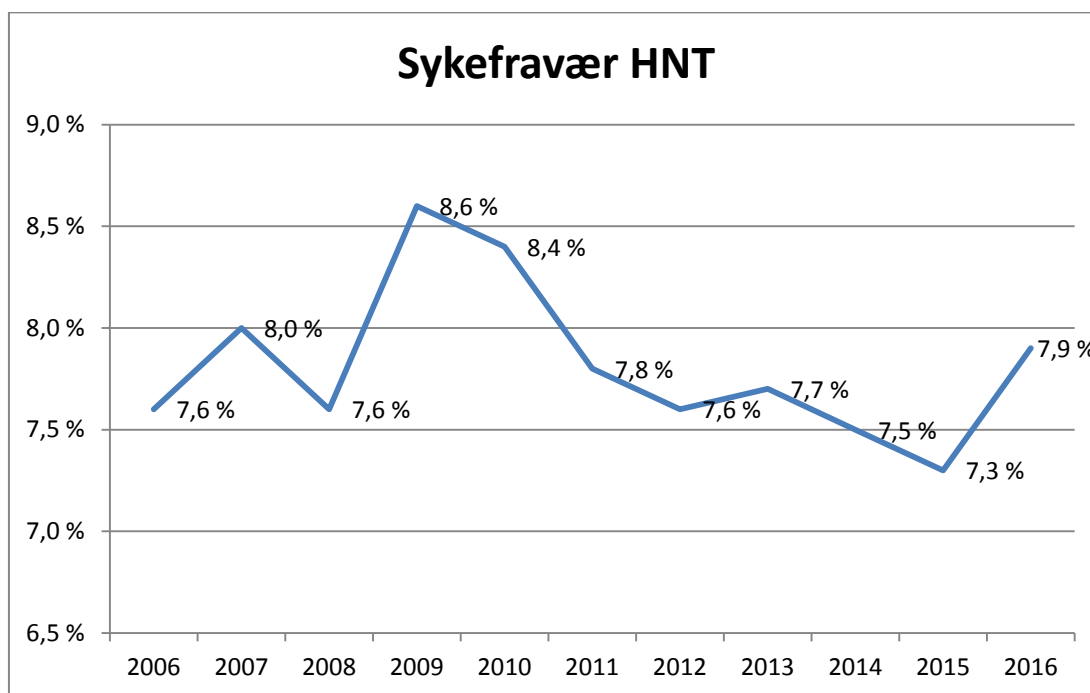
Følgende handlingsplan for HMS er vedtatt for HNT for 2017:

Område	Mål	Tiltak	Frist	Ansvarlig
1. HMS-system	Beskytte ansatte mot vold og trusler	Få på plass rutiner for å beskytte ansatte mot vold og trusler	31.12.17	HMS-leder
	Bistå ansatte med avhengighetsproblemer	Oppdatere foretakets politikk for rusmiddelbruk og pengespill og sørge for implementering i klinikkene.	2. halvår	HMS-leder
2. Psykososialt arbeidsmiljø	Ivaretagelse av ansatte i fase II av «Pasientorientert organisering»	- Gjennomføre omstillingsprosessen i henhold til prosedyre med fokus på ivaretagelse av informasjon og involvering - Gjøre organisasjonen beredt til å møte omstillingen vha. bistand fra BHT	Løpende gjennom prosessen	Ledere HMS-leder
	Forbedre det psykososiale arbeidsmiljøet	- Etablere og iverksette tiltak i tråd med handlingsplan etter AMUS 2016. - Gjennomføre en eventuell ny undersøkelse (sammenslåing av arbeidsmiljøundersøkelsen og pasientsikkerhetskulturundersøkelsen).	Løpende	
3. IA	Øke ledere og ansattes kunnskap om IA og derved redusere sykefraværet	Fokus på IA-oppfølging og plikter og rettigheter til arbeidstaker og arbeidsgiver, blant annet på temadager HR. Særskilt fokus og bistand til klinikker med betydelig økning i sykefraværet i 2016.	Løpende gjennom året	HMS-leder
	Redusere sykefraværet blant gravide	Endre rutiner for oppfølging av gravide ansatte ved å innføre bruk BHT i samtaler med gravide etter modell av Ahus og Helse Møre og Romsdal (bl.a. bruk av trekantsamtale og risikovurdering).	01.04.17	HMS-leder legger til rette for innføring av metode, ledere tar i bruk metoden
4. Biologisk/kjemisk	Etablere lovpålagt register for ansatte som er eksponert for cytostatika, ioniserende stråling, kjemikalier og asbest	Innføre arbeidstakerregister som er under utvikling i Helse Midt-Norge.	2. halvår	HMS-leder

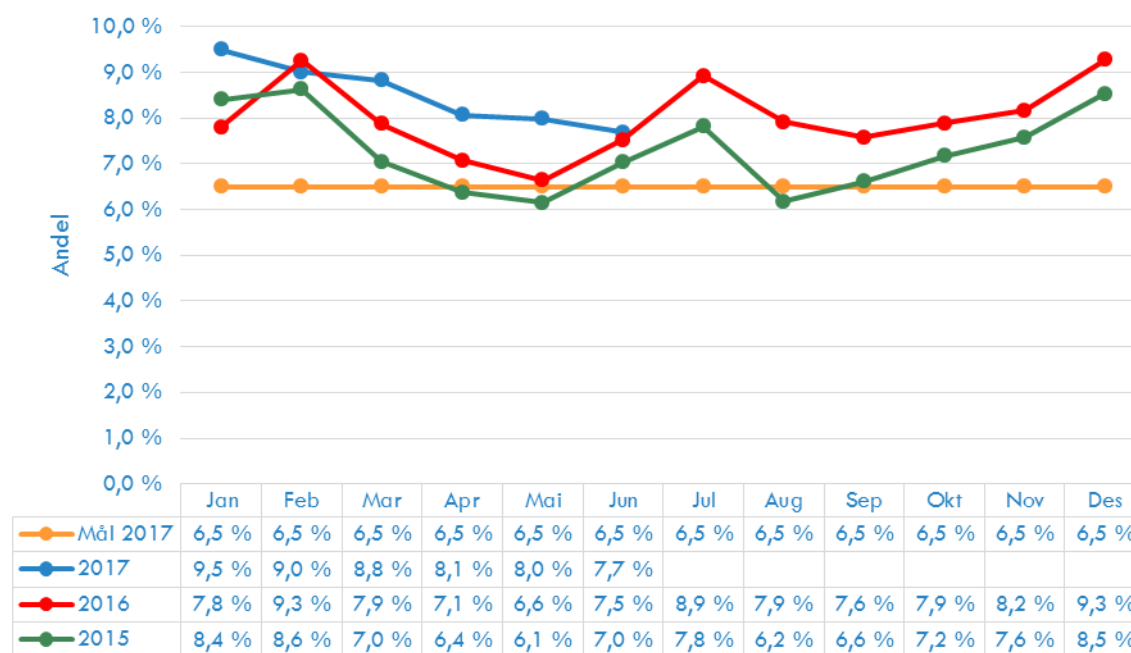
Situasjonsbeskrivelse

Sykefravær i HNT

Etter å ha sett en nedadgående trend når det gjelder sykefravær i HNT siden 2009, hvor sykefraværet var så høyt som 8,6 %, ser vi en økning i fraværet i 2016. Sykefraværet hittil i 2017 er på 8,5 % ved utgangen av juni måned. Tilsvarende tall for fjoråret var på 7,7 %. Dette betyr at økningen i sykefravær i 2016 har fortsatt ytterligere i 2017.

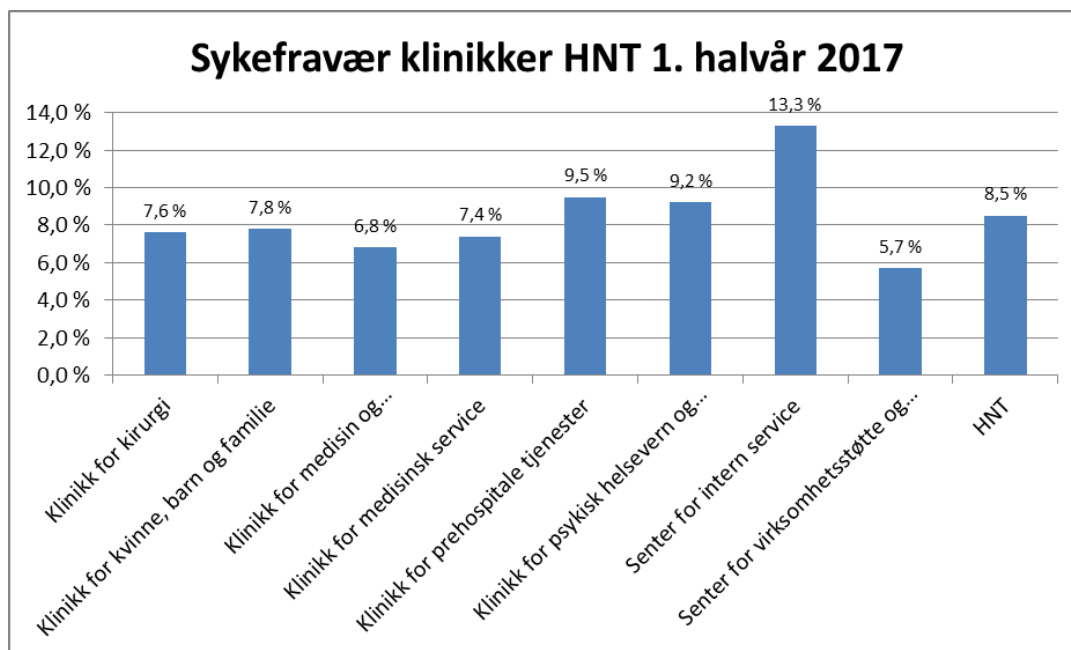


Andel sykefravær



Figuren ovenfor viser trendkurver for de siste tre årene, og vi ser at sykefraværet i 2017 har ligget over nivået i 2016 hver måned så nær som én i første halvår 2017. Fraværet i juni 2017 lå riktignok marginalt over fraværet i juni 2016 (0,2 prosentpoeng i forskjell).

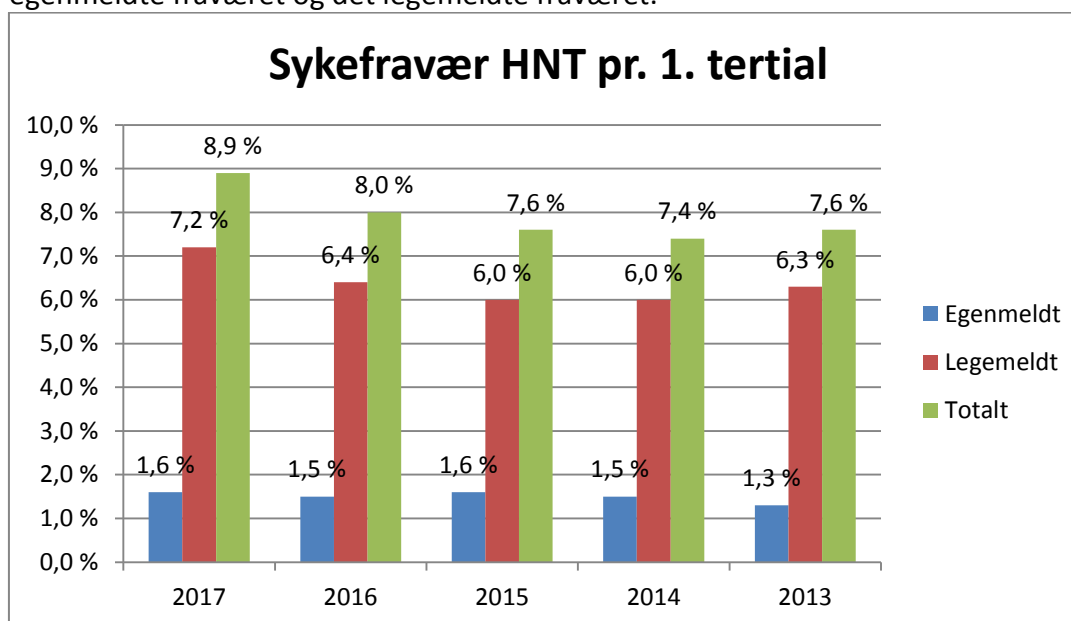
Når det gjelder sykefravær i klinikker og sentre i foretaket, så ser oversikten slik ut pr. 1. halvår 2017:



Vi ser at det høyeste fraværet er å finne i Senter for intern service i første halvår med 13,3 % i gjennomsnitt (10,8 % i samme periode i fjor). Det laveste fraværet er i Senter for virksomhetsstøtte og utvikling med 5,7 % (3,9 % i samme periode i fjor). Som tallene i parentes viser har begge disse enhetene opplevd en betydelig økning i fraværet siden første halvår i 2016.

Sykefravær fordelt på egenmeldt og legemeldt fravær

I en analyse av sykefraværet, kan det være interessant å se på fordelingen mellom det egenmeldte fraværet og det legemeldte fraværet.



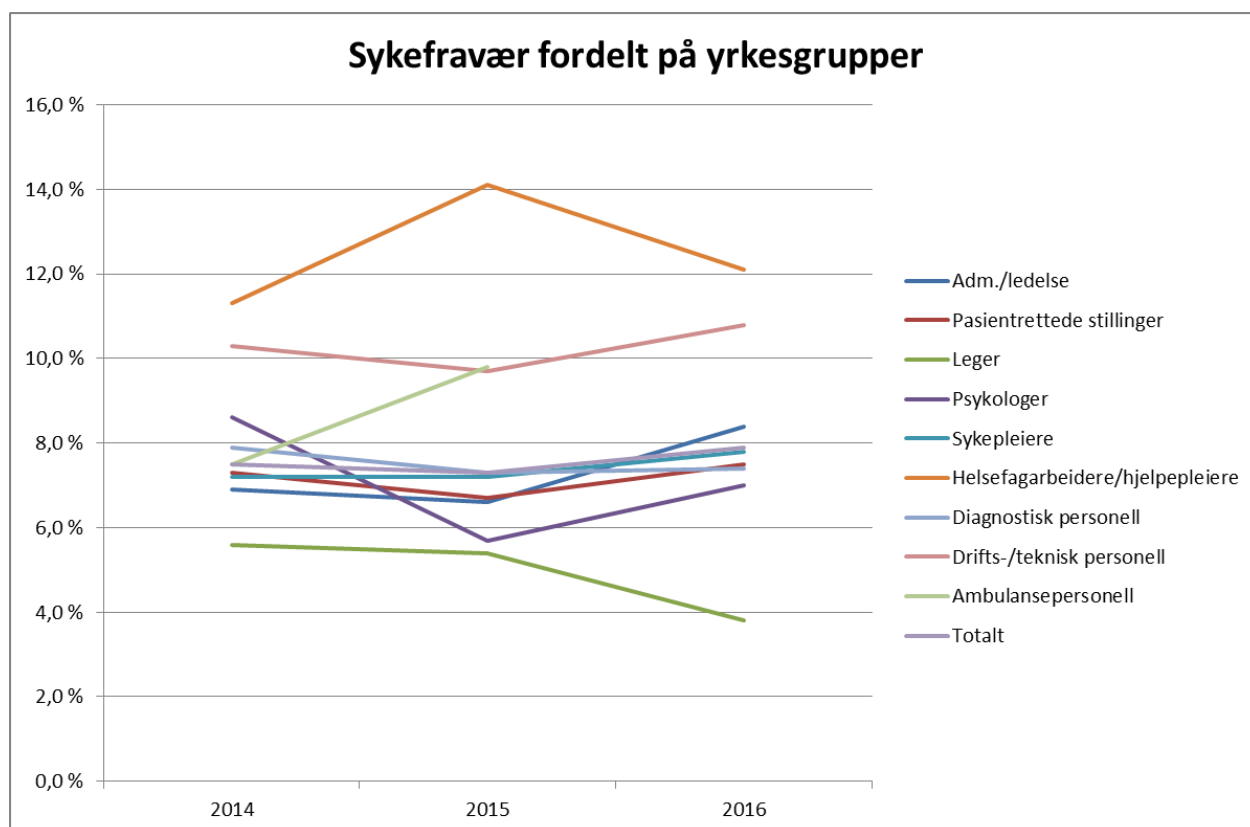
Når vi studerer tallene for 1. tertial de siste fem årene, så ser vi at det er det legemeldte fraværet som har økt. Når det gjelder egenmeldt fravær, ser vi en ingen entydig utvikling i retning av økning av fraværet.

Sykefravær fordelt på yrkesgrupper

Figuren under viser sykefravær fordelt på yrkesgrupper i HNT. Vi ser at leger har det laveste fraværet og har hatt en positiv utvikling fra 2014 til 2016. Det er i underkant av 300 årsverk leger i foretaket.

Kategorien helsefagarbeidere/hjelpepleiere har det høyeste fraværet. Det er cirka 60 årsverk av denne yrkesgruppen i foretaket. Vi ser at fraværet innenfor yrkesgruppen har gått ned fra 2015 til 2016. Drifts-/teknisk personell har også et høyt fravær. I denne kategorien finner vi både renholdere, kjøkkenpersonell, teknisk personell og portører.

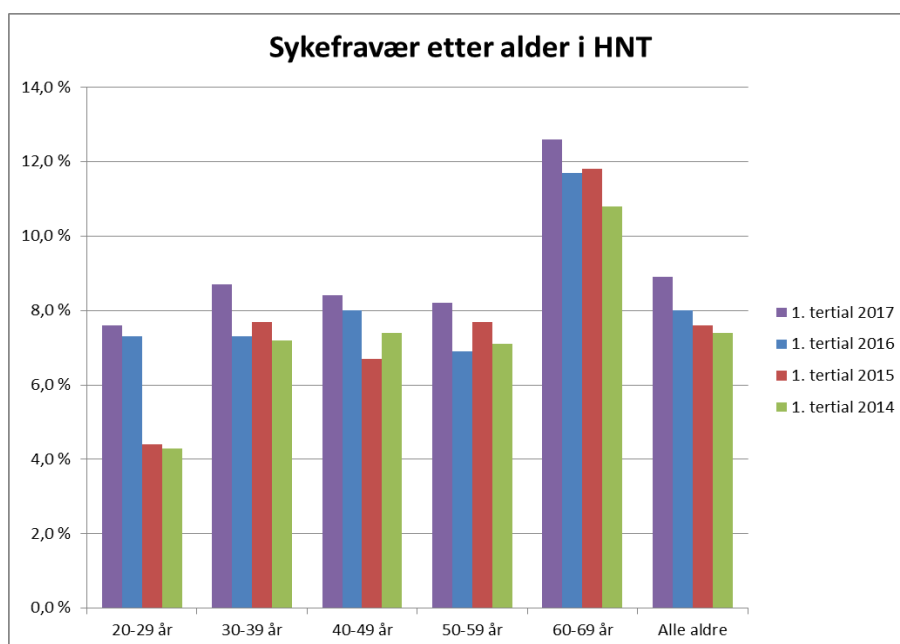
Sykepleiere og diagnostisk personell (bioingeniører, laboratoriepersonell, radiografer og stråleterapeuter) har et sykefravær på mellom 7,0 og 8,0 %. Disse gruppene utgjør en så stor andel av de ansatte at de også utgjør gjennomsnittet for hele foretaket. Det er ca. 930 årsverk sykepleiere i foretaket samt 130 stillinger diagnostisk personell. For ytterligere forklaring av hvilke yrker som ligger innenfor de ulike kategoriene, se vedlegg 1.



Sykefravær fordelt på alder

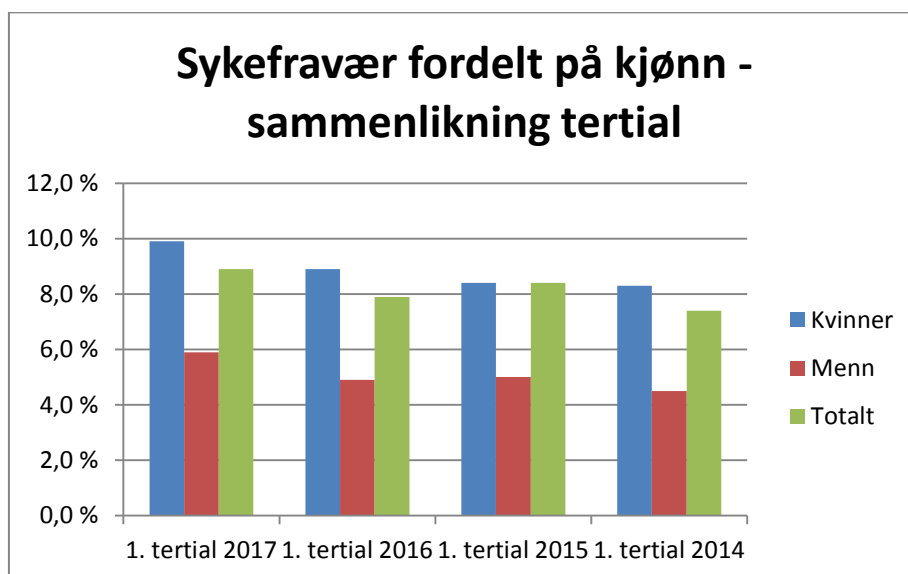
Figuren under viser sykefravær fordelt på ulike aldersgrupper i HNT for 1. tertial de fire siste årene. Vi ser at fraværet er høyest i gruppa 60-69 år, mens den yngste gruppa, 20-29 år, har det laveste fraværet. 30-åringene, 40-åringene og 50-åringene har relativt likt nivå på fravær.

Fra 1. tertial 2016 til 1. tertial 2017 har det vært en økning i fraværet i alle aldersgruppene. Det er også interessant å se det betydelige hoppet i sykefravær blant den yngste gruppa fra 2015 til 2016. Her er det en økning på nesten 3 %-poeng fra 2015 til 2016, med en ytterligere økning på 0,3 %-poeng fra 2016 til 2017.



Sykefravær fordelt på kjønn

Figuren under viser sykefravær fordelt på kjønn i HNT for 1. tertial de fire siste årene.

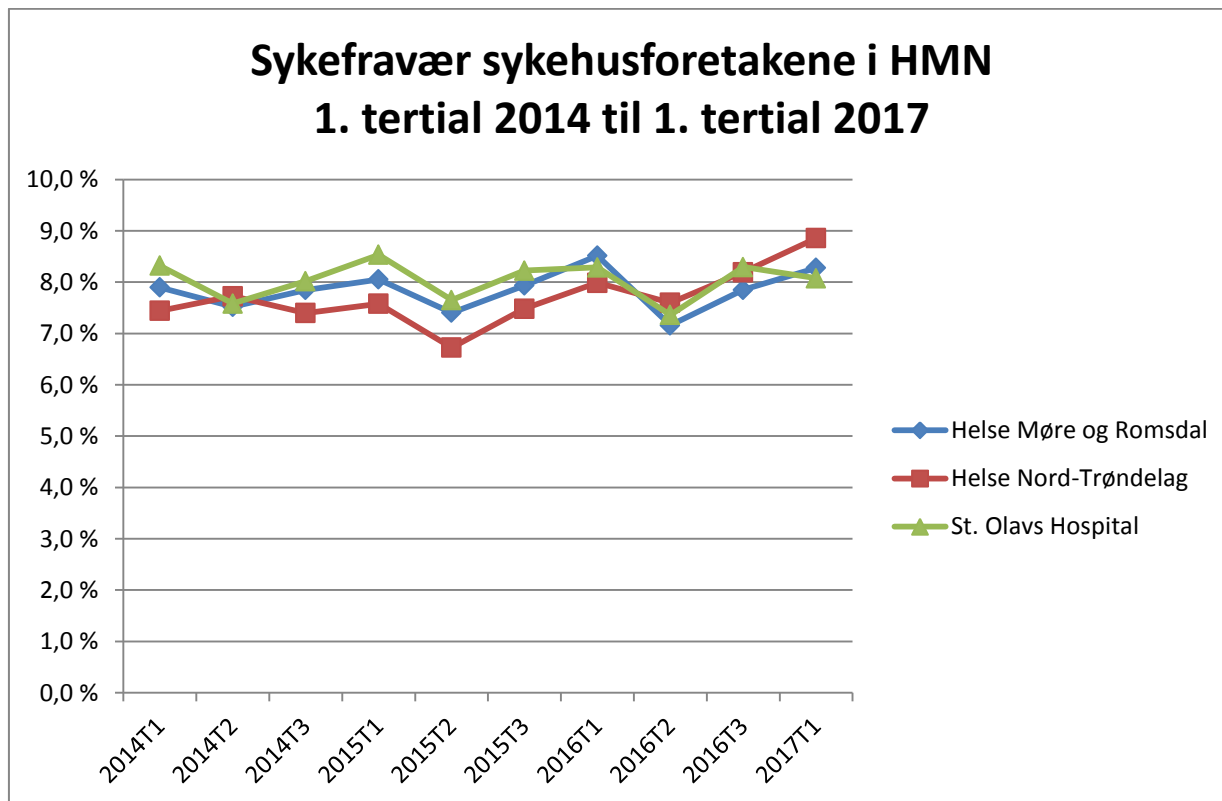


Kvinnens sykefravær i foretaket ligger i første tertial i år 4 %-poeng høyere enn menns sykefravær. Det samme var tilfelle i 2016, mens i 1.tertial 2015 var forskjellen 3,4 %-poeng og i

2014 3,8 %-poeng. Når det gjelder fordelingen av ansatte, så er det ca. $\frac{3}{4}$ kvinner som jobber i HNT og $\frac{1}{4}$ menn. Det er derfor kvinners fravær som slår sterkest ut på statistikken. Kvinners fravær har økt, i større eller mindre grad, hvert år de fire siste årene. Menns fravær har økt mest det siste året.

Sykefravær blant sykehusforetakene i regionen

Figuren nedenfor viser utviklingen i sykefravær ved de tre sykehusforetakene i regionen de siste tre år. Helse Nord-Trøndelag har de siste årene hatt lavere sykefravær enn de to andre foretakene, men av figuren ser vi at i 1. tertial 2017 ligger HNT høyest av de tre foretakene.



Sykefravær i andre sektorer

Når man skal analysere utviklingen i sykefravær i Helse Nord-Trøndelag, er det naturlig å skjele til sykefraværstall i samfunnet for øvrig, da organisasjoner ikke er upåvirket av samfunnet omkring. Det legemeldte sykefraværet nasjonalt viser en moderat økning i 1. kvartal 2017 sammenlignet med samme periode året før. Det legemeldte fraværet totalt for alle næringer var på 5,6 %, mens det legemeldte fraværet i sektoren «Helse og sosialtjenester» var på 8,1 %. Til sammenlikning var det legemeldte sykefraværet i HNT i 1. kvartal på 7,3 %, altså 0,8 %-poeng under bransjegjennomsnittet. Det legemeldte sykefraværet i fylket vårt var på 6,4 % i 1. kvartal, alle næringer inkludert. Nord-Trøndelag ligger sammen med Nordland nest høyest av fylkene i 1. kvartal 2017. Det var i Nord-Trøndelag en økning av det legemeldte sykefraværet på 4,0 % fra 1. kvartal 2016 til 1. kvartal 2017.

Drøfting

Status for sykefravær i HNT

Tallene viser at sykefraværet i foretaket har vist en økende trend siden slutten av 2015, etter å ha hatt en nedadgående trend siden 2009. Det må understrekes at 2009 var et «toppår» med et sykefravær på 8,6 %. Gjennomsnittet for hele perioden 2005 – 2016 var på 7,8 %. Vi ser at 2016 med 7,9 % endte med et høyere nivå enn gjennomsnittet for de siste 11 år, og når vi samtidig ser at økningen har fortsatt i 2017, er det ingen tvil om at vi opplever en negativ trend som vi må forsøke å snu.

Kjønnsforskjeller i sykefravær

Vi har i tallmaterialet vist at det er forskjeller i menns og kvinners fravær i HNT og at denne forskjellen ligger på 3,5 – 4,0 %-poeng. Dette er litt høyere enn forskjellen nasjonalt. Et gjennomgående trekk ved sykefraværet, både i Norge og internasjonalt, er at kvinner har betydelig høyere sykefravær enn menn. Den nominelle differansen mellom kvinners og menns sykefravær har ligget rundt 2,5-3,0 prosentpoeng. Det er forsket betydelig på årsaken til disse kjønnsforskjellene, og det er mange hypoteser for hvorfor disse forskjellene finnes, men forskningen har så langt ikke gitt noen entydige svar. En hypotese går ut på at kvinner opplever en dobbeltbyrde ved at de tar større ansvar for barn og husarbeid enn menn og at totalbelastningen er årsak til et høyere sykefravær. En annen teori går ut på at flere kvinner enn menn jobber i yrker som er mer stressende og fysisk krevende, for eksempel pleie- og omsorgsykker, og at dette bidrar til et høyere fravær blant kvinner. Det er imidlertid ingen evidens i forskningen så langt for at dette er årsaken til kjønnsforskjellene i fraværet. Det eneste man kan si noenlunde sikkert er at gravides sykefravær bidrar til ca. 20 % av forskjellene mellom menns og kvinners sykefravær. Det ser også ut til at for enslige mødre kan dobbeltbyrden forklare noe av forskjellen.

Sykefravær og alder

Tallene for HNT viser at fraværet har økt i de yngste aldersgruppene de siste to årene, spesielt i den yngste aldersgruppa. Dette kan ha sin forklaring i sykefravær blant gravide. Vi har imidlertid ikke tallmateriale som viser hvilken andel av sykefraværet som skyldes graviditet. Undersøkelser nasjonalt viser en økning i sykefravær blant gravide og at økningen er størst blant unge gravide. Det er ikke klart hva dette skyldes, men en teori er at det skyldes endrede holdninger eller normer, eksempelvis at gravide sykmeldes ut fra et føre var-perspektiv heller enn ut fra et medisinsk behov.

Det er ingen grunn til å tro at HNT er veldig forskjellig fra andre virksomheter, og dette er også bakgrunnen for at vi i henhold til HMS-planen for 2017 har igangsatt tiltak for å redusere gravides sykefravær.

Yrkesgrupper og sykefravær

Ifølge STAMI⁽⁴⁾ har yrkesaktive menn og kvinner med kun grunnskoleutdanning tre til fire ganger høyere risiko for et høyt sykefraværsnivå, sammenliknet med yrkesaktive med mer enn tre års høyskole eller universitetsutdannelse. Det er altså en sammenheng mellom utdanningsnivå og risiko for sykefravær. Dette stemmer overens med tallene for HNT hvor vi ser at grupper med høyt utdanningsnivå har et lavere fravær enn grupper med lavere utdanningsnivå. Dette betyr imidlertid ikke at det ikke er mulig å få ned nivået på sykefraværet. I HNT er det i HMS-planen for 2017 satt særlig fokus på tiltak i klinikker med

betydelig økning i sykefraværet i 2016, og dette er Klinikk for prehospitale tjenester samt Senter for intern service. Dette omtales nærmere under avsnittet «Tiltak i sykefraværsarbeidet».

Organisasjonsendringer og sykefravær

HNT har det siste året gjennomført organisasjonsendringer, og det er grunn til å anta at dette også kan påvirke sykefraværet. Det er kjent fra flere studier internasjonalt at store endringer i organisasjoner ofte fører til økt sykefravær blant de ansatte.

To doktorgradsavhandlinger⁵⁾⁶⁾ publisert i 2014 tok for seg organisasjonsendringer i norske sykehus i perioden 2000-2009. Disse studiene konkluderer med at organisasjonsendringer fører til økt sykefravær. Forskerne har studert langtidsfraværet til 107 209 ansatte ved i alt 57 ulike sykehus. Disse deltok i til sammen 23 ulike sykehus-sammenslåinger. Forskerne så også på mindre organisasjonsendringer, innad i sykehusene. Studiene viste at både store og mindre organisasjonsendringer medførte høyere sykefravær blant de ansatte. Studiene viste også at omorganiseringene medførte økt sykefravær blant alle grupper ansatte, også blant legene.

Forskerne så også at ansattes nærmeste leder har stor betydning for sykefravær under omstillingsprosesser. Det blir pekt på fire ulike former for lederatferd som påvirket sykefraværet:

- Grad av lojalitet
- Evne til å gi sosial støtte
- Oppfølging av arbeidsoppgaver
- Tilbøyelighet til å ta opp problemer

Studiene viste videre at fraværet økte i forkant av organisasjonsendringene, samt i det andre, tredje og fjerde året etterpå. Organisasjonsendringene hadde med andre ord effekt på sykefraværet i lang tid etterpå. Dette er noe vi i HNT bør merke oss og sette inn tiltak for å forsøke å motvirke.

Tiltak i sykefraværsarbeidet

Studier av sykefravær viser hvor sammensatt og mangfoldig årsakene til fravær er. Det er derfor ikke enkelt å sette inn presise tiltak når fraværet øker, slik HNT har opplevd de siste 18 måneder. I det foregående er det gjort en analyse for å synliggjøre mer detaljer bak sykefraværestallene, samt vist til forskning på området som kan være til hjelp for å forstå bakgrunnen for sykefravær og hvilke tiltak som kan være hensiktsmessige. I dette kapittelet beskrives hvilke tiltak som er satt i verk i helseforetaket.

Tiltak rettet mot gravide arbeidstakere

Som vist i HMS-planen innledningsvis er et av tiltakene å endre rutinene for oppfølging av gravide ansatte, med målsetting om å redusere sykefraværet blant gravide. Disse rutinene ble nedfelt i en ny prosedyre, «Forebygging og håndtering av sykefravær», som ble godkjent 18.05.2017 (vedlegg 2). Endringene går ut på at det skal gjennomføres tre trekantsamtaler med alle gravide arbeidstakere, hvor både ansatt, leder og representant fra bedriftshelsetjenesten deltar. Bedriftshelsetjenesten skal blant annet bidra med å gjennomføre en risikovurdering for å sikre at arbeidssituasjonen ikke er skadelig for mor eller barn. Hensikten er å ivareta den ansatte og tilrettelegge der det er behov, slik at den gravide kan stå lengst mulig i jobb gjennom svangerskapet.

Disse rutineene er under implementering, slik at det kan ta noe tid før vi ser resultatene, men dette er langsiktig tiltak som vi har tro på vil ha effekt på sikt. Vi har under planleggingen benyttet oss av erfaringer fra Helse Møre og Romsdal som har gjennomført trekantsamtaler med gravide ansatte over en årrekke, og her står gravide i jobb ti uker lenger enn landsgjennomsnittet. AHUS har også positive erfaringer med en lignende oppfølging av sine gravide arbeidstakere.

Tiltak for å øke ledere og ansattes kunnskap om IA

Et annet tiltak i HMS-planen er å øke ansatte og lederes kunnskap om IA, for derved å redusere sykefraværet. Dette er blant annet gjort gjennom publisering av den nye sykefraværprosedyren nevnt over («Forebygging og håndtering av sykefravær», vedlegg 2). Den nye prosedyren er tydelig på hvilke regler som gjelder i et sykefraværforløp, eksempelvis hvordan skal varsling skje, hva er forventningene til arbeidsgiver, hva er forventningene til arbeidstaker osv. Prosedyren beskriver også hvilke virkemidler som finnes i dette arbeidet slik at det skal være enkelt å finne fram både for ledere, ansatte, verneombud, tillitsvalgte osv. Prosedyren er gjennomgått på temadager for lederne samt møter med verneombudene, og arbeidet med implementering i den enkelte klinikk er i gang.

I HMS-planen er det under dette tiltaket også uttalt at det skal være særskilt fokus og bistand til klinikker med høyest fravær i 2016, og dette gjaldt Klinikk for prehospitale tjenester samt Senter for intern service. Det er satt i verk aktiviteter i den forbindelse ved disse enhetene.

I Klinikk for prehospitale tjenester har man fokusert på Avdeling for ambulanse, og klinikkleder har nedsatt ei arbeidsgruppe som skal jobbe med tiltak for å redusere sykefraværet. Arbeidsgruppa har medlemmer både fra ledelse, tillitsvalgte og verneombud. I tillegg deltar HR-rådgiver for klinikken, samt IA-kontakt i NAV Arbeidslivssenter og representant fra bedriftshelsetjenesten. Arbeidsgruppa skal levere sitt forslag til handlingsplan innen 15.09.2017.

I Senter for intern service har klinikkleder besluttet å fokusere på renholdsseksjonene og kjøkkenseksjonene ved de to sykehusene. Her er det avholdt møter med deltakelse fra seksjonsledere, avdelingsledere, tillitsvalgte og verneombud. I tillegg har HMS-koordinator/IA-kontakt i foretaket samt representant fra bedriftshelsetjenesten deltatt. Det er i disse møtene bestemt hvilke tiltak man ønsker å jobbe videre med i de enkelte seksjonene, og dette går blant annet på å utvide partssamarbeidet og etablere planer i fellesskap for hvilke tiltak man skal gå videre med.

Tiltak i forhold til organisasjonsendringer

I HMS-planen for 2017 er det også satt opp et tiltak om å sørge for ivaretagelse av ansatte gjennom fase II av omstillingsprosessen. Det er i den forbindelse vist til viktigheten av å følge interne prosedyrer på området, samt påpekt at bedriftshelsetjenesten kan bistå foretaket med å gjøre de ansatte beredt til å møte omstillingen. Dette er tiltak som må følges opp på alle nivåer i organisasjonen.

Forskning på omstilling i sykehus som det ble vist til tidligere, understreker viktigheten av å ha fokus på ansatte og hvordan de takler endringene. En studie viste at sykefraværet gikk opp forut for organisasjonsendringer, men også i andre, tredje og fjerde året etterpå. Studien viste også at lederatferd har påvirkning på sykefraværet i sin enhet. På bakgrunn av dette bør det fortsatt være fokus på ivaretagelse av ansatte under omstilling og styrking av leders kunnskap om hvordan dette kan gjøres på en best mulig måte.

Konklusjon

Sykefraværet i HNT har hatt en økende trend siden slutten av 2015. Sykefravær utgjør en kostnad både for den enkelte i form av helseplager, redusert livskvalitet og økonomi, og det utgjør også en kostnad for helseforetaket. Det er derfor nødvendig å ha fokus på tiltak på området.

Ut fra en analyse av fraværet og kunnskap fra forskningen, mener vi at de tiltakene som vi jobber med er målrettede og riktige, og vi har tro på at dette vil gi resultater på sikt. Det er viktig å fortsatt holde fokus på det langsiktige arbeidet hvor det settes mål, etableres handlingsplaner og jobbes med forebygging i tillegg til at man håndterer det sykefraværet som oppstår på en god måte.

Kildehenvisning:

1. *Magasinet Personal og Ledelse (4-17), intervju med Arne Mastekaasa, professor ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi ved Universitet i Oslo), overskrift «Hvorfor er kvinner oftere sykemeldte enn menn?», skrevet av Ole Alvik*
2. *Notat fra NAV – Arbeids- og velferdsdirektoratet, Statistikkseksjonen, Skrevet av Therese Sundell 22.06.2017 – «Utvikling i sykefraværet, 1. kvartal 2017»*
3. *STAMI (Statens Arbeidsmiljøinstitutt) – STAMI-TV, foredrag med Karina Corbett, postdoktor ved STAMI – overskrift «Kjønnsforskjeller i sykefravær»*
4. *Artikkel fra STAMI (Statens Arbeidsmiljøinstitutt) 10.06.2015 – «Arbeidsrelaterte helseproblemer og sykefravær», skrevet av Sture Bye, kommunikasjonsdirektør*
5. *Doktorgradsavhandling av Vilde Hoff Bernstrøm, forsker ved Arbeidsforskningsinstituttet, omtalt i artikkel på Idébanken 20.03.2014 «Omorganiseringer presser sykefraværet opp»*
6. *Artikkel fra Forskningsrådet – «Flere ansatte ble syke da sykehus-Norge ble fusjonert», skrevet av Bård Amundsen 18.04.2016. Omtaler forskning av blant annet 'Vilde Hoff Bernstrøm og Mari Holm Ingelsrud.*

Vedlegg 1: Yrkeskategorier

Yrkeskategori	Yrke
Administrasjon/ledelse	Toppleder
	Mellomleder
	Andre ledere
	Merkantile stillinger
	Tillitsvalgte og verneombud
Ambulansepersonell	Ambulansepersonell
Diagnostisk personell	Bioingeniør
	Laboratoriepersonell
	Radiograf
	Stråleterapeut
Drifts-/teknisk personell	Kjøkkenpersonell
	Teknisk personell
	Renholdspersonell
	Forsyningspersonell
	Portører
	Ikt personell
	Annet driftspersonell
Helsefagarbeider/hjelpepleier	Helsefagarbeider/hjelpepleier
Leger	Overleger
	LIS-leger
	Turnusleger
	Legespesialist
Pasientrettede stillinger	Vernepleier
	Tannleger

	Logoped
	Sosionom
	Pedagog
	Miljøarbeider
	Audiograf
	Fysioterapeut
	Ergoterapeut
	Miljøterapeut
	Helsesekretær
	Andre pasientrettede stillinger
Psykologer	Psykologspesialist
	Psykolog
	Sjefpsykolog
Sykepleiere	Spesial sykepleier
	Anestesisykepleier
	Barn/Pediatrisykepleier
	Intensivsykepleier
	Operasjonssykepleier
	Kreft/onkologisykepleier
	Andre spesialsykepleiere
	Sykepleier
	Jordmor

Forebygging og håndtering av sykefravær

Forfatter:	Siw Storø	Versjon:	1.0
Godkjent av:	Aud-Mai Sandberg	ID:	22573
Gyldig fra:	18.05.2017	Revisjonsfrist:	18.05.2018

1. Hensikt

Helse Nord-Trøndelag HF skal gjennom målrettet og systematisk HMS-arbeid skape et sikkert og helsefremmende arbeidsmiljø for de ansatte. Det vises til foretakets [målsetting for HMS](#).

Formålet med prosedyren er å forebygge sykefravær samt å bidra til en god oppfølging og håndtering når det blir et sykefravær.

2. Omfang

Prosedyren gjelder for alle ansatte i foretaket.

3. Grunnlagsinformasjon

3.1 Arbeidsgivers tilretteleggingsplikt og arbeidstakers medvirkningsplikt

Arbeidsgiver og arbeidstaker har følgende plikter i IA-arbeidet:

- Arbeidsgiver har plikt til å iverksette nødvendige tiltak, så langt det er mulig, for arbeidstakere som får redusert sin arbeidsevne som følge av ulykke, sykdom, slitasje e.l. (Arbeidsmiljøloven § 4-6).
- Arbeidstaker har plikt til å gi opplysninger til arbeidsgiver om egen funksjonsevne og bidra til hensiktsmessige tiltak for å tilrettelegge arbeidet og prøve ut funksjonsevne (Folketrygdloven § 8-8 og § 21-3).

Hva dette betyr i praksis er nærmere beskrevet under avsnittet "Ansvar og roller i sykefraværsarbeidet".

4. Retningslinjer for sykefraværsoppfølging

Følgende retningslinjer ligger til grunn for sykefraværsoppfølging i Helse Nord-Trøndelag HF:

1. Varsling av sykefravær skal skje via (telefon)samtale med nærmeste leder, ikke tekstmelding.
2. Sykmelding skal ikke komme overraskende på leder med mindre det kommer overraskende på ansatt selv. Ansatt plikter å ta kontakt med leder i forkant slik at det er mulig å finne løsninger i fellesskap for å forebygge sykefravær.
3. Tilrettelegging skal avtales for en begrenset tidsperiode, vanligvis ikke for mer enn en måned av gangen. Ved tilrettelegging og utprøving av oppgaver skal det være klare avtaler om hvilke oppgaver som skal utføres, når disse skal utføres o.l. Leder har ansvar for å dokumentere dette i oppfølgingsplanen, også resultatet av utprøvingen.
4. 50 % sykmelding betyr at man har 50 % restarbeidsevne. Dette betyr ikke nødvendigvis at man skal være på jobb bare 50 % av arbeidstiden. Løsningen kan være å jobbe full tid med «halv fart».
5. Den enkelte avdeling skal ha utarbeidet lister med alternative arbeidsoppgaver som ligger klare som et verktøy når ansatte får helseproblemer.

For praktisk informasjon om hva som skjer ved de forskjellige tidspunktene i et sykmeldingsforløp, se [Inkluderende Arbeidsliv](#) på Personalweb, spesielt under avsnittene "Oppfølging opp til 8 uker" og "Oppfølging etter 8 uker".

5. Ansvar og roller i sykefraværsarbeidet

Rolle	Ansvar
Arbeidstaker	- Bidra til å skape god dialog på arbeidsplassen og til å skape et godt arbeidsmiljø (forebyggende) - Samarbeide med leder om å finne alternative løsninger til fravær hvis man står i fare for å bli sykmeldt og om mulige tiltak for å komme raskt tilbake i jobb dersom man er blitt sykmeldt
Nærmeste leder	- Ha fokus på arbeidsmiljø og nærværsfaktorer (forebyggende) - Sørge for god dialog med ansatte og forsøke å tilrettelegge på arbeidsplassen når en arbeidstaker blir syk eller får problemer med å mestre sine vanlige arbeidsoppgaver - Følge opp ansatte som blir syke i henhold til foretakets rutiner
Tillitsvalgte og verneombud	- Bidra til å gjøre IA-arbeidet til en integrert del av HMS-arbeidet - Samarbeide med leder om forebyggende tiltak - Gi råd og veiledning til arbeidstaker - Bistå i dialogen med leder og delta i dialogmøter dersom arbeidstakeren ønsker det
Frisklivskonsulent	Organisere og/eller drive aktiviteter som forebygger sykdom hos de som trenger det, og som fremmer helse til alle
IA-kontakt	- Følge opp IA-avtalen på vegne av foretaket - Følge opp at foretakets IA-mål operasjonaliseres - Ansvarlig for det strategiske IA-arbeidet på overordnet nivå, dvs. opplæring, prosjekter i samarbeid med NAV Arbeidslivssenter, bedriftshelsetjenesten o.l. - Bistå ledere med det systematiske arbeidet med IA - Bistå ledere i enkeltsaker etter behov
AMU	Bidra til å sette fokus på sykefraværsarbeidet gjennom overordnede HMS-planer for virksomheten
BHT	Bistå leder og arbeidstaker i oppfølgingsarbeidet ut fra en fri og uavhengig rolle i faglige spørsmål
Kontaktperson i NAV Arbeidslivssenter	Gi lederstøtte og bistå ledere, HR-rådgivere, IA-kontakt, verneombud og tillitsvalgte med det systematiske arbeidet med å forebygge og håndtere sykefravær

Lokalt NAV-kontor	Bistå ledere og arbeidstakere i enkeltsaker
-------------------	---

6. Virkemidler i IA-arbeidet

6.1 Virkemidler gjennom IA-avtalen

Som IA-bedrift har Helse Nord-Trøndelag tilgang til følgende virkemidler:

- Egen kontaktperson i NAV Arbeidslivssenter (se kontaktinformasjon på [HMS-portalen - IA](#))
- Utvidet bruk av egenmelding for ansatte (24 dager ila. en 12-måneders periode, inntil 8 dager sammenhengende)
- Forebyggings- og tilretteleggingstilskudd

Forebyggings- og tilretteleggingstilskudd

Forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet skal kompensere for merutgifter eller merinnsats i forbindelse med forebyggende HMS-arbeid, tilrettelegging, utprøving og opplæring i nye arbeidsoppgaver eller praktisk hjelp arbeidstakere har behov for.

Det kan også gis som refusjon for utgifter til bedriftshelsetjeneste, når bedriftshelsetjenesten bidrar i det forebyggende HMS-arbeidet, eller til at arbeidstakere kan unngå sykmelding, eller komme tilbake i arbeid.

For søknadsskjema, se Personalweb - Inkluderende Arbeidsliv - Diverse IA relaterte skjema.

Ved planer om å søke om forebyggings- og tilretteleggingstilskudd, ta kontakt med kontaktperson i NAV Arbeidslivssenter i forkant for å få innspill til utformingen av søknaden.

6.2 Unntak fra arbeidsgiverperiode for kronisk syke

Arbeidstakere med kronisk eller langvarig sykdom som medfører risiko for særlig stort sykefravær eller en sykdom som medfører økt risiko for hyppige fravær i en begrenset periode, kan søke om at NAV dekker sykepengene i arbeidsgiverperioden (NAV-skjema 08-20.05).

Både arbeidsgiver og arbeidstaker kan søke om unntak fra arbeidsgiverperioden. Arbeidsgivere som søker bør gjøre dette i samarbeid med arbeidstakeren.

For søknadsskjema, søk på skjemanummer på www.nav.no eller gå via lenker på Personalweb under Inkluderende Arbeidsliv - Diverse IA-relaterte skjema.

Krav om refusjon må settes frem på skjema NAV 08-20.12.

7. Ressursgruppe IA

I enkelte tilfeller når en ansatt får helseplager, kan ansatt og leder ha behov for bistand til å se hvilke videre muligheter som finnes på arbeidsplassen. Dette vil typisk være i tilfeller hvor man har prøvd det som er mulig på opprinnelig arbeidsted uten at dette fører fram. Dersom man begynner å se konturene av at ansatt ikke vil være i stand til å komme tilbake i sin opprinnelige stilling, kan man be om å få bistand fra ressursgruppe IA. Dette er ei ressursgruppe som opprettes i den enkelte sak og består av følgende medlemmer:

- Ansatt med helseproblemer
- Tillitsvalgt dersom den ansatte ønsker det
- Nærmeste leder

- Representant fra BHT (eksempelvis ved behov for en funksjonsvurdering)
- HR-rådgiver til aktuell klinikk
- IA-kontakt
- HVO ved aktuelt sykehus

Ressursgruppa skal bistå ansatt og leder med følgende:

- Se muligheter innenfor eksisterende stilling
- Se på muligheter for arbeidsutprøving ved andre avdelinger
- Følge med på ledige stillinger i foretaket som kan være aktuelle
- Koordinere kontakt med NAV ved behov

Ressursgruppa aktiveres ved at leder tar kontakt med klinikkens HR-rådgiver som gjør avtale med IA-kontakten i foretaket. Skjema vedlagt denne prosedyren skal fylles ut av leder og ansatt i fellesskap og oversendes HR-rådgiver.

Det er ønskelig at ressursgruppa aktiveres så tidlig som mulig da sannsynligheten for å finne gode løsninger er størst hvis man starter før fraværet blir langvarig.

8. Oppfølging av gravide arbeidstakere

Helse Nord-Trøndelag ønsker å legge til rette for at gravide arbeidstakere skal kunne stå i arbeid lengst mulig fram mot foreldrepermisjonen.

8.1 Trekantsamtaler

Når en ansatt blir gravid, skal det gjennomføres oppfølgingssamtaler hvor bedriftshelsetjenesten deltar sammen med leder og ansatt (trekantsamtale). Det skal normalt gjennomføres minst tre trekantsamtaler i løpet av svangerskapet. Bedriftshelsetjenesten skal bidra til å gjennomføre en risikovurdering for å sikre en arbeidsituasjon som ikke gir helseplager for den gravide eller skade på foster. Mal for risikovurdering er vedlagt prosedyren.

Det er viktig at første trekantsamtale gjennomføres så tidlig som mulig i graviditeten slik at man får gjort en risikovurdering på et tidlig tidspunkt. Dette danner et utgangspunkt for å bestemme hva som er nødvendig og mulig tilrettelegging. Nærmeste leder har ansvar for å kalle inn til trekantsamtalene. Tabellen nedenfor gir en oversikt over tidspunktene for trekantsamtalene.

1. samtale	Så tidlig som mulig i graviditeten
2. samtale	Ca. uke 20-22
3. samtale	Ca. uke 30

I trekantsamtalen gjennomgås hvilke oppgaver arbeidstakeren kan utføre, hvilke oppgaver som er problematiske, og hvilke tiltak som kan iverksettes slik at den gravide kan stå i jobb. Det er viktig med individuell fokus slik at man finner løsninger som er tilpasset den enkelte arbeidstaker.

8.2 Ioniserende stråling

Det finnes en egen prosedyre for tilrettelegging og omplassering av gravide arbeidstakere som arbeider med ioniserende stråling, se [EQS id. 8255](#).

8.3 Svangerskapspenger

Friske gravide kvinner som ikke kan fortsette i arbeid under svangerskapet fordi det kan medføre risiko for skade på fosteret kan få svangerskapspenger. Det er et krav at det ikke er mulig med omplassering eller tilrettelegging til annet arbeid.

Dette gjelder for eksempel:

- arbeid med kjemiske stoffer
- fysisk krevende arbeid
- arbeid med stressbelastning
- psykososiale forhold
- ioniserende stråling
- der den gravide kan risikere å bli utsatt for fysisk vold

Det er et krav om at den gravide må ha vært i arbeid i minst 4 uker. Behandlende lege eller jordmor må alltid foreta en medisinsk vurdering av risikoen for at fosteret kan bli skadet hvis den gravide fortsetter i arbeid.

Søknaden skal skrives på skjema "Omplassing/tilrettelegging pga graviditet" (skjema nr. 474 b fra Arbeidstilsynet, se vedlegg). Lege/jordmor fyller ut sin del av skjemaet og arbeidsgiver fyller ut i forhold til muligheter for omplassing/tilrettelegging.

Arbeidstaker sender skjemaet til sitt lokale NAV kontor.

Svangerskapsenger gir full rett til feriepenger på linje med sykepenger. Det kan utbetales svangerskapsenger også i redusert grad (graderte svangerskapsenger), på linje med sykepenger.

8.4 Unntak fra arbeidsgiverperiode for gravide

En arbeidsgiver kan søke om unntak fra ansvaret for å utbetale sykepenger i arbeidsgiverperioden dersom årsak til sykefraværet gjelder svangerskapsrelatert sykdom (NAV-skjema 08-20.20).

Det er også et vilkår at tilrettelegging og omplassing til annet arbeid i virksomheten ikke er mulig. Refusjonen kan gis tilbake i tid, inntil 3 måneder før den måneden da kravet ble satt fram.

Både arbeidsgiver og arbeidstaker kan søke om fritak. Arbeidsgiver må redegjøre for hvilke tiltak som er forsøkt og hvorfor omplassing ikke er mulig. Unntaket vil gjelde for hele svangerskapet.

Arbeidsgiver skal ikke vente med å sende inn krav om refusjon til søknad om fritak er ferdigbehandlet, men fortløpende sende inn krav for å unngå at fraværperioden foreldes.

Krav om refusjon må settes frem på skjema NAV 08-20.12, og det må fremsettes eget krav for hver enkelt fraværperiode.

For søknadsskjema, søk på skjemanummer på www.nav.no eller gå via lenker på Personalweb under Inkluderende Arbeidsliv - Diverse IA-relaterte skjema.

9. Søkeord

IA, sykefravær, sykmeldt, oppfølging

Vedlegg

-  [Arbeidstilsynets skjema 474 B Tilrettelegging/omplassing pga graviditet](#)
-  [Melding om arbeidstaker med omplassingsbehov](#)
-  [Risikovurdering og tilrettelegging for gravid arbeidstaker](#)

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 52/2017 Kvalitet

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	29. august 2017	52/2017
Saksbeh: Torbjørn Aas		
Arkivkode: 012		
Saksmappe: 2017/2853		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar informasjonen til orientering.

SAKSUTREDNING:**Sak 52/2017 Orienteringssaker****VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

Ingen

Bakgrunn for saken

Adm. direktør ønsker at kvalitet settes fast på dagsorden, slik at styret er orientert om avviksmeldinger, pågående tilsyn, avsluttete tilsyn og andre saker som handler om kvalitet i Helse Nord-Trøndelag. Saken legges fram uten saksutredning.

Adm. direktør vil orientere om følgende saker:

- Pasientorientert organisering
- Avviksmeldinger §3-3 meldinger
- Nye tilsynssaker
- Avsluttete tilsynssaker

Konklusjon

Adm. direktør anbefaler at styret tar informasjonen til orientering.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 53/2017 Etablering av ungdomsråd i Helse Nord-Trøndelag

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Brukerutvalget	29. august 2017	53/2017

Saksbeh: Svein H. Karlsen

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2017/2853

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF oppnevner følgende representanter til Brukerutvalget i perioden 01.01. 2016 – 31.12. 2017:

<i>Navn</i>	<i>Organisasjon</i>	<i>Sted</i>
Lise M.S. Råde	Norsk revmatikerforbund	Steinkjer
Martin N. Skånes	Foreningen for muskelsyke	Verdal
Kayla Rotmo	Norsk astma- og allergiforbund	Levanger
Andreas Andersen	Landsforeningen for fordøyelsessykdommer	Stjørdal
Emilie Haugan	Diabetesforbundet	Stjørdal

Ungdomsrådet skal minimum ha syv oppnevnte medlemmer. Styret gir administrasjonen fullmakt til å supplere utvalget med minst to medlemmer i tillegg til de fem foreslått - fortrinnsvis slik at hele vårt opptaksområde blir representert i Ungdomsrådet.

Styret ber om å bli orientert om oppnevninger og den endelige sammensetningen av utvalget.

SAKSUTREDNING:

Sak 53/2017 Oppnevning av ungdomsråd i Helse Nord-Trøndelag

Vedlegg:

Felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå

Bakgrunn

Helseministeren og hans departement ga gjennom sykehustalen januar 2016 helseforetakene i oppdrag å etablere en ordning med utvidet brukermedvirkning gjennom etableringen av et eget ungdomsråd.

Dette ble fulgt opp i foretaksmøtet mellom Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag 12. januar 2016. Her fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å etablere felles retningslinjer for brukermedvirkning. Gjennom dette er det besluttet at alle helseforetak skal etablere et ungdomsråd.

Administrasjonen i Helse Nord-Trøndelag har i løpet av siste halvår deltatt i to regionale møter der Helse Midt-Norge, St. Olavs Hospital og Helse Møre og Romsdal og har drøftet felles retningslinjer for mandat, rammer og arbeidsform for rådet - inklusiv drift og støttefunksjoner.

Lokalt er saken drøftet i Brukerutvalget (sak 49/2016 og 55/2016), og i et eget møte med FFO der brukerutvalgets leder og to representanter fra administrasjonen deltok. Det er i tillegg gjennomført telefoniske møter med FFO for å avklare hva helseforetaket forventer av medlemmer i rådet.

Styret i Helse Nord-Trøndelag ble kort orientert om det pågående arbeidet i sitt møte 3. februar (sak 08/2017), der administrasjonen la fram planer om å etablere, oppnevne og vedta mandat i møtet 6. mars.

Parallelt med dette arbeidet har beklageligvis ikke Helse Nord-Trøndelag fanget opp at det har pågått et nasjonalt arbeid driftet av de fire regionale foretakene, der formålet har vært å lage en felles veileder med retningslinjer for brukermedvirkning på systemnivå i helseforetakene.

Helse Midt-Norge behandlet utkastet til veileder i sitt styremøte 9. februar 2017, og har sammen med øvrige RHF vedtatt veilederen. Administrasjonen ba derfor styret i Helse Nord-Trøndelag om å vedta veilederen med retningslinjer som førende for både Brukerutvalget og Ungdomsrådet i deres møte mars 2017.

Medlemmer av Ungdomsrådet honorerer på linje med Brukerutvalget, og følger på vanlig måte vedtatte satser for brukermedvirkning.

Med bakgrunn i vedtatte retningslinjer har administrasjonen bedt Klinikk for kvinne, barn og familie (som i HNT også har ansvar og barne- og ungdomspsykiatrien), om å bidra med fagperson som kan bekle rollen som ungdomskoordinator. Spesialsykepleier Marit Lise Haugberg ble foreslått, og har takket ja til å påta seg oppgaven.

Haugberg vil i styremøte presentere Helse Nord-Trøndelag sine planer for ungdomsråd som et aktivt utvalg knyttet til brukermedvirkning.

Brukermedvirkning

på systemnivå i

helseforetak

Forslag til veiledende retningslinjer for

- Mandat
- Oppnevning og konstituering
- Arbeidsform

Utarbeidet i samarbeid mellom de regionale helseforetakene og
lederne i de fire regionale brukerutvalgene

Januar 2017

HELSE  VEST

HELSE  SØR-ØST

HELSE  NORD

HELSE  MIDT-NORGE

INNHold

1. Prinsipp for brukermedvirkning.....	5
2. Retningslinjer for brukerutvalg.....	5
3. Mandat for brukerutvalg.....	6
3.1. Brukerutvalg skal bidra til å oppnå	6
3.2. Brukerutvalget skal være.....	6
3.3. Brukerutvalgets oppgaver er å	6
4. Arenaer for brukermedvirkning.....	7
4.1. Møter	7
4.2. Deltakelse i plan- og prosjektarbeid, råd og utvalg.....	7
5. Brukerutvalgets sammensetting.....	7
5.1. Nominasjon	8
5.2. Oppnevning.....	8
5.3. Arbeidsutvalg.....	8
6. Arbeidsform og administrasjon av brukerutvalget	8
7. Kompetanse.....	9
8. Forventninger til medlemmer i brukerutvalg.....	10
9. Habilitet og konfidensialitet	10
10. Økonomi.....	10
Vedlegg 1 – regionale tilpasninger i helse midt-norge.....	11
Vedlegg 2 – Uttrekk fra lover og vedtekter.....	12
Vedlegg 3 - Taushetserklæring.....	14
Vedlegg 4 – retningslinjer for ungdomsråd i helse midt-norge.....	15
Vedlegg 5 – veileder for brukermedvirkning i forskning – Helse Midt-Norge RHF	18

Forkortelser og definisjoner:

FFO	Funksjonshemmedes fellesorganisasjon
HF	Helseforetak
RHF	Regionalt helseforetak
SAFO	Samarbeidsforum av funksjonshemmedes organisasjoner
RIO	Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon

I dette dokumentet forstås dersom ikke annet er presisert:

”Helseforetak” anvendes både om regionalt helseforetak og heleide helseforetak som utøver pasientbehandling (sykehusforetak og sykehusapotek).

“Brukernes erfaringskompetanse” og “brukerkompetanse” benyttes synonymt. Slik kompetanse innehas slik vi forstår det i dette dokumentet, av personer med egne erfaringer som pasienter og pårørende, fortrinnsvis i spesialisthelsetjenesten. Personer med brukerkompetanse har gjennom dialog med andre i samme situasjon (vanligvis i brukerorganisasjoner) vært gjennom en prosess hvor personlige erfaringer er bearbeidet slik at de blir omgjort til generaliserte beskrivelser og eventuelt med endringsforslag.

INNLEDNING

I lovgrunnlag, vedtekter, oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene og i styringsdokument fra de regionale helseforetakene til foretakene er det lagt til grunn at det skal etableres gode systemer for brukermedvirkning på ulike nivå. På (strategisk) systemnivå skjer slik medvirkning i hovedsak gjennom brukerutvalg. I protokoll fra foretaksmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene den 7. januar 2015 ble følgende oppdrag gitt:

Sitat:

«Punkt 3.5.2 Fellesretningslinjer for brukermedvirkning

Helseforetakene har ulike rutiner og praksis for brukermedvirkning på systemnivå. Dette gjelder for eksempel for rutiner ved oppnevning brukerutvalg og brukermedvirkning i styret.

Brukermedvirkning på systemnivå er et viktig virkemiddel for å sikre at pasienter og pårørende stemmer blir hørt i pasientens helsetjeneste. Prinsipper og rutiner for brukermedvirkning bør derfor være enhetlig på tvers av helseforetak.»

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å etablere felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå for regionale helseforetak innen 1. juni 2015. Arbeidet forutsettes å skje i samarbeid med de regionale brukerutvalgene.

I protokoll fra foretaksmøte mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetak 12. januar 2016 ble følgende oppdrag gitt:

Sitat:

«Punkt 3.2.4 Etablering av ungdomsråd

Brukermedvirkning er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven og i helseforetaksloven.

Regjeringen ønsker mer enhetlig praksis ved oppnevning av brukerutvalg og brukermedvirkning i styrene. Det er derfor stilt krav om etablering av felles retningslinjer for brukermedvirkning for regionale helseforetak og helseforetak. Det er ønskelig at retningslinjene også har bestemmelser om at alle helseforetak skal etablere ungdomsråd.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om at det i felles retningslinjer for brukermedvirkning for regionale helseforetak og helseforetak tas inn bestemmelser om at alle helseforetak skal etablere ungdomsråd.

Retningslinjene kan være veiledende for private ideelle sykehus med driftsavtale.

Forslaget til retningslinjer, som skal være et felles minstemål for brukermedvirkning på systemnivå, er utarbeidet i samarbeid mellom de regionale helseforetakene og lederne i de regionale helseforetakenes brukerutvalg.

1. PRINSIPP FOR BRUKERMEDVIRKNING

- A. Brukerutvalget skal representere alle pasienter og pårørende i helseforetakets virksomhetsområde.
- B. Brukerrepresentantenes erfaringskompetanse er likeverdig med helsefaglig og administrativ kompetanse, og er relevant på alle nivå i helsetjenesten.
- C. En til to representanter fra brukerutvalget, hvorav den ene er brukerutvalgets leder, møter i styremøtene som observatør med tale- og forslagsrett. Brukerrepresentantene har plass ved styrebordet.
- D. Observatører til styremøtet fra brukerutvalgene deltar på styreseminar på lik linje med øvrige styremedlemmer.
- E. Brukerrepresentanter må ha bevissthet på sin rolle som representant og ha et bearbeidet forhold til egne brukererfaringer
- F. Brukerutvalget skal ikke behandle saker om enkeltpasienter.
- G. Helseforetaket skal legge til rette for brukermedvirkning:
 - a. det skal skje gjennom at brukerrepresentanter gis reell innflytelse, og at brukerkompetansen blir benyttet ved planlegging, beslutning, gjennomføring og evaluering
 - b. brukersynspunkt skal fremkomme i rapportering etter plan- og meldesystemet. (jf foretaksloven §34 og vedtekter for regionale helseforetak § 14)
 - c. det skal etableres ungdomsråd ved alle sykehusforetak. Helseforetakene etablerer egne mandat og veiledere for sine ungdomsråd, og kan gjøre det med utgangspunkt i veileder fra Akershus universitetssykehus (vedlegg x), og eventuelle regionale føringer
 - d. brukermedvirkning skal honoreres

2. RETNINGSLINJER FOR BRUKERUTVALG

- Retningslinjene for brukermedvirkning på systemnivå vedtas i helseforetakenes styrever
- Antall medlemmer i brukerutvalget skal vedtas i styret, i henhold til punkt 5.1 og 5.2.
- Brukerutvalgets funksjonsperiode er to år
- Medlemmer skal ikke oppnevnes for mer enn tre perioder, det vil si seks år
- Sammensettingen av brukerutvalget skal gjenspeile helseforetakets virksomhetsområde
- Brukerutvalget kan etablere og oppnevne undervalg/brukergrupper på klinikk/avdelingsnivå dersom det er hensiktsmessig, henrunder også vedtar retningslinjer og mandat for disse virksomhet

3. MANDAT FOR BRUKERUTVALG

3.1. BRUKERUTVALG SKAL BIDRA TIL Å OPPNÅ

- helsetjenester av god kvalitet uavhengig av alder, kjønn, bosted, etnisk opprinnelse, sosial status, sykdom/diagnose og funksjonsnedsettelse
- god samhandling, og gode helhetlige pasientforløp
- god medvirkning fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner
- samarbeid mellom brukerutvalg

3.2. BRUKERUTVALGET SKAL VÆRE

- et rådgivende organ for styret og administrerende direktør i saker av strategisk karakter som angår tilbudet til pasienter og pårørende i virksomhetsområdet
- et forum for tilbakemelding fra pasienter og pårørende om generaliserte erfaringer innenfor helseforetakets ansvarsområde og oppgaver
- et samarbeidsforum mellom helseforetaket og brukerorganisasjoner

3.3. BRUKERUTVALGETS OPPGAVER ER Å

- følge med på helseforetakets årshjul og bidra i mål- og strategiarbeid, hovedprosesser, forbedrings- og omstillingsprosesser og i øvrige faglige prosjekter og delta/medvirke/bidra i råd og utvalg i alle saker som angår tjenestetilbudet
 - fremme saker av betydning for brukere, pasienter og pårørende
 - lage årsrapport om egen virksomhet
 - avgi høringsuttalelser til relevante planer og utredninger
 - møte på helseforetakets styremøter i henhold til punkt 1C
 - etter invitasjon, foreslå brukerrepresentanter fra brukerutvalg eller organisasjoner til plan- og prosjektarbeid, råd og utvalg.
 - etter nærmere behov og avtale, arrangere og/eller delta på relevante konferanser og kurs
 - ved behov samarbeide med andre brukerutvalg, og brukerorganisasjoner og brukerrepresentanter i kommunene
 - ha kontakt med bruker- og pasientombud i opptaksområdet, og bidra til at helseforetaket følger opp deres årsrapporter
 - evaluere egen virksomhet minst en gang i løpet av funksjonsperioden
 - sette opp årlig møteplan i samarbeid med administrasjonen
-

4. ARENAER FOR BRUKERMEDVIRKNING

4.1. MØTER

Brukerutvalget skal innenfor budsjettrammen holde så mange møter som det selv mener er nødvendig for å gjennomføre oppdraget sitt. Møtene bør holdes i forkant av helseforetakets styremøte, slik at styresaker kan gjennomgå og eventuelt kommenteres. Det skal være dialog mellom brukerutvalget og helseforetaket i styresaker som er av spesiell interesse for brukerutvalget.

Innkalling og sakliste sendes ut en uke før møtet.

I hver helseregion bør det minst en gang i året arrangeres møte mellom brukerutvalgene, evt. representanter for brukerutvalgene.

Samarbeidet mellom ledere, nestledere og sekretærer i de regionale brukerutvalgene ivaretas gjennom halvårlige møter, hvorav ett av møtene i all hovedsak er forbeholdt innspill til oppdragsdokumentet.

4.2. DELTAKELSE I PLAN- OG PROSJEKTARBEID, RÅD OG UTVALG

En viktig del av brukerutvalgets arbeidsoppgaver er å bidra med brukerkompetanse i prosjekt, råd og utvalg i form av deltakelse i arbeids- og styringsgrupper.

Brukerutvalget kan henvende seg til organisasjonene eller andre brukerutvalg i regionen for å få forslag til kandidater til brukerrepresentasjon. Hensyn som tilsier at utvalget *bør* henvende seg til andre er bl.a. kapasitet og kompetanse. Ved oppnevning kan det etter behov oppnevnes vararepresentant(er) for å sikre god brukermedvirkning.

5. BRUKERUTVALGETS SAMMENSETTING

Ved oppnevning av nytt brukerutvalg skal både hensynet til kontinuitet og fornyelse ivaretas. Medlemmer i brukerutvalget skal selv ha erfaring som pasient- og/eller pårørende, og ha tilknytning til foretakets opptaksområde.

Det er opp til hvert enkelt regionale helseforetak, eventuelt helseforetak å bestemme behov og omfang av vararepresentasjon til brukerutvalgene.

Antall medlemmer besluttes lokalt, bl.a. ut fra foretakets størrelse. Representantene er personlig oppnevnt av helseforetakets styre på bakgrunn av representantens erfaringer, kompetanse, nettverk, verv og organisasjonstilknytning.

Dette innebærer:

- at sammensetningen av brukerutvalget skal gjenspeile helseforetakets virksomhetsområde, vanligvis gjennom balansert representasjon fra somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- pårørendeperspektivet, med særlig vekt på foreldre til syke barn, samt at eldre, barn og unge og etniske minoriteter er representert
- alminnelige prinsipper for kjønnsmessig representasjon ivaretas
- aldersmessig og geografisk representasjon søkes ivaretatt
- både små og store organisasjoner skal være representert, slik at utvalget totalt sett har en god forankring i en bredde av organisasjoner

5.1. NOMINASJON

FFO, SAFO, Kreftforeningen og organisasjoner som representerer brukere fra virksomheter innen TSB inviteres til å foreslå kandidater. For å ivareta eldres særlige behov inviteres som hovedregel Pensjonistforbundet.

Dersom innkomne forslag ikke tilfredsstiller kriteriene for sammensetning kan andre organisasjoner forespørres.

Det må gjøres kjent at organisasjonene må foreslå flere kandidater enn de kan påregne å få inn i utvalget.

5.2. OPPNEVNING

Styret i helseforetaket oppnevner brukerutvalgets medlemmer, samt leder og nestleder, etter innstilling fra administrerende direktør på grunnlag av innsendte forslag fra pasientorganisasjonene.

God dialog mellom helseforetaket og organisasjonene sikres i nominasjons- og oppnevningsprosessen. Organisasjonene som foreslår kandidater skal oppfordres til å sende informasjon om relevant formal- og realkompetanse. Bakgrunnssjekk gjennom innsendt informasjon og eventuelt intervju danner grunnlaget for utvelgelsen.

5.3. ARBEIDSUTVALG

Det bør etableres arbeidsutvalg på inntil fire personer, minimum bestående av leder og nestleder, som sammen med administrasjonen skal ha særskilt ansvar for å forberede sakslister til utvalgsmøtene, samt sikre brukermedvirkning i aktuelle saker mellom ordinære møter i brukerutvalget. Mandat for arbeidsutvalget utarbeides og vedtas av brukerutvalget.

6. ARBEIDSFORM OG ADMINISTRASJON AV BRUKERUTVALGET

Det skal sikres en god arbeidsform i og tilstrekkelig sekretariatsfunksjon for brukerutvalget.

- A. Brukerutvalgsmøtene ledes av utvalgets leder eller nestleder.
- B. Helseforetaket skal sørge for sekretærfunksjon, og at sakene blir tilstrekkelig opplyst for behandling i brukerutvalget.
- C. Brukerutvalget forelegges rullert oversikt over årsplaner for styret og planleggings- og rapporteringsarbeidet i helseforetaket som grunnlag for egen årsplan.
- D. Brukerutvalgets møter er i utgangspunktet åpne. Det kan besluttes at møtet skal lukkes der det foreligger et saklig behov for dette.
- E. Brukerutvalgets medlemmer og administrasjonen kan foreslå saker til utvalget.
- F. Helseforetaket møter i brukerutvalget med administrerende direktør og/eller administrerende direktørs representant.
- G. Forslag til protokoll godkjennes av møteleder og publiseres umiddelbart på helseforetakets nettside. Protokoll godkjennes i brukerutvalgets påfølgende møte.
- H. Brukerutvalget uttaler seg i media gjennom leder eller annet medlem etter avtale med leder.

7. KOMPETANSE

Det er en forutsetning at representantene har god brukerkompetanse.

Helseforetaket skal ved oppnevning av nytt brukerutvalg gi grunnleggende opplæring om helseforetaket og deres hovedoppgaver, lover og rettigheter, styrings- og finansieringssystem samt klargjøre forventninger til brukerutvalget sin rolle.

8. FORVENTNINGER TIL MEDLEMMER I BRUKERUTVALG

Medlemmer i brukerutvalg skal:

- prioritere møter og andre oppgaver de tar på seg som medlem i brukerutvalget, og sette seg inn i sakene som skal behandles
- bidra til et godt samarbeidsklima i brukerutvalget, og til et godt samarbeid med helseforetaket
- holde kontakt med egen organisasjon og nettverk
- følge helseforetakets etiske retningslinjer
- informere om brukerutvalgets virksomhet

9. HABILITET OG KONFIDENSIALITET

Brukerutvalget er et viktig organ i helseforetaket, og vil i kraft av sin rolle kunne få tilgang til informasjon av sensitiv karakter og kunne påvirke beslutninger som angår andre helseforetak, private aktører og andre interessenter.

Forvaltningslovens regler for habilitet gjelder også for medlemmer i brukerutvalg.

Medlem i brukerutvalg skal ikke samtidig være involvert i virksomheter med forretningsmessige interesser i regionale helseforetak/helseforetak.

Medlem i brukerutvalget skal ikke samtidig være ansatt i samme helseforetak.

Medlem i brukerutvalg skal som hovedregel ikke være medlem i andre brukerutvalg i regionen.

Medlemmer i brukerutvalget undertegner taushetserklæring (vedlegg 2)

10. ØKONOMI

Brukerutvalgets budsjett vedtas av helseforetaket i forbindelse med helseforetakets årlige budsjettbehandling. Det er opp til hver enkelt RHF til å fastsette økonomiske rammer for brukarmedvirkning og godtgjørelse til brukerutvalgene i RHF-et og underliggende HF. Økonomiske rammer og honorering av ungdomsrådene søkes samstemt i hver region, og fastsettes av det enkelte HF.

VEDLEGG 1 – REGIONALE TILPASNINGER I HELSE MIDT-NORGE

Punkt 1: Prinsipp for brukermedvirkning

1C: To representanter fra brukerutvalget, hvorav den ene er brukerutvalgets leder, møter i styremøtene som observatør med tale- og forslagsrett. Brukerrepresentantene har plass ved styrebordet.

Punkt 2: Retningslinjer for brukerutvalg

Følgende kulepunkt 4 utgår: Medlemmer skal ikke oppnevnes for mer enn tre perioder, det vil si seks år

VEDLEGG 2 – UTTREKK FRA LOVER OG VEDTEKTER

Uttrekk fra Lov om helseforetak

§34. Årlig melding om virksomheten mv. i regionalt helseforetak

Regionalt helseforetak skal hvert år utarbeide en melding om foretaket og foretakets virksomhet som forelegges departementet. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier.

Meldingen skal blant annet redegjøre for virksomheten i det foregående år, herunder skal det redegjøres for gjennomføringen av krav departementet har stilt til virksomheten. Meldingen skal inneholde en plan for virksomheten i de kommende år.

Nærmere regler om meldingens innhold og frist for å forelegge den for departementet fastsettes i vedtektene.

§ 35. Pasienters og andre brukeres innflytelse

Regionalt helseforetak skal sørge for at representanter for pasienter og andre brukere blir hørt i forbindelse med utarbeidelse av plan i henhold til § 34 annet ledd annet punktum.

Regionalt helseforetak skal sørge for at virksomheter som yter spesialisthelsetjenester og andre tjenester som hører naturlig sammen med dette, etablerer systemer for innhenting av pasienters og andre brukeres erfaringer og synspunkter.

Uttrekk fra vedtekter for de regionale helseforetak (likelydende i alle regioner)

§ 14 Medvirkning fra pasienter og pårørende

Styret skal påse at pasienters og pårørendes rettigheter og interesser blir ivaretatt, blant annet gjennom et fast samarbeid med deres organisasjoner.

Styret skal også påse at samiske organisasjoner, nasjonale minoritetsorganisasjoner og innvandrersorganisasjoner i helseregionen blir hørt i arbeidet med planlegging og drift av tjenestene.

Styret skal også påse at erfaringer, behovsvurderinger, prioriteringer og synspunkter som innhentes fra pasienter og pårørende og deres organisasjoner, gis en sentral plass i arbeidet med planleggingen og i driften av virksomhetene. Det skal fremgå av oversendelsen av årlig melding at brukerutvalg har fått forelagt meldingen før denne sendes departementet, jf. § 15. (...)

§ 15 Melding til departementet

Styret skal innen den 15. mars hvert år sende en melding til departementet som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år. Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter og vise hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av staten som eier og helsemyndighet. Denne delen av plandokumentet vil inngå i vurderings-grunnlaget for behandlingen av de enkelte års statsbudsjett.

Plandokumentet skal videre, med utgangspunkt i vurderinger av eksisterende drift, gi beskrivelse av forventede endringer i befolkningens behov for helsetjenester og i den helsefaglige utviklingen på fagområdene, vise behovet for utvikling og endring av tjenestene og driften av virksomheten og styrets vurdering av ressursbruken for de nærmeste årene, med forslag til finansiering.

Rapporten om virksomheten fra foregående kalenderår skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som vilkår for bevilgninger, er fulgt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til det regionale foretakets plandokument.

VEDLEGG 3 - TAUSHETSERKLÆRING

Taushetserklæring for brukerutvalgets representanter.

Forvaltningslovens taushetspliktsregler gjelder for enhver som ”utfører tjeneste eller arbeid” for et forvaltningsorgan. Det følger av helseforetaksloven § 5 at forvaltningsloven gjelder for helseforetakenes virksomhet. Det legges til grunn at brukerrepresentanters deltakelse i brukerutvalg m.v. innebærer utførelse av en tjeneste for et helseforetak/regionalt helseforetak, slik at forvaltningslovens taushetspliktsregler kommer til anvendelse.

Det følger av forvaltningsloven § 13 at ”enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan, plikter å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det han i forbindelse med tjenesten eller arbeidet får vite om:

1. noens personlige forhold, eller
2. tekniske innretninger og fremgangsmåter samt drifts- eller forretningsforhold som det vil være av konkurransemessig betydning å hemmeligholde av hensyn til den som opplysningen angår.”

Jeg er oppmerksom på at taushetserklæringen også gjelder etter at jeg har sluttet i brukerutvalget. Jeg er kjent med at overtredelse av disse bestemmelsene kan medføre straffeansvar etter Straffelovens § 121.

I saker der det kan være tvil om i hvilken utstrekning opplysninger og dokumenter kan diskuteres fritt, skal brukerutvalget selv/medlemmet selv ta dette opp med oppdragsgiver.

Undertegnede forplikter seg til å overholde den lovbestemte taushetsplikten om forhold jeg blir kjent med i min tjeneste som brukerrepresentant i brukerutvalget.

Sted/dato

.....

Underskrift

.....

Innledning

I foretaksmøtet 12. januar 2016 fikk de regionale helseforetakene i oppdrag å etablere felles retningslinjer for brukermedvirkning for regionale helseforetak og helseforetak.

Retningslinjene skal ha bestemmelser om at alle helseforetak skal etablere ungdomsråd. Helseforetak i Midt-Norge fikk oppdraget i styringsdokument for 2016.

Helse Midt-Norge RHF har utarbeidet disse retningslinjene for å bidra til at helseforetak i regionen får en enhetlig og lik tilnærming i opprettelse av ungdomsråd. Helseforetakene skal med utgangspunkt i retningslinjene utarbeide mandat for ungdomsråd i sitt helseforetak.

Grunnlag

Ungdomsrådets oppgaver bygger på prinsippet om at det er pasientens behov som skal være førende for struktur og innhold i tjenestene, og at brukermedvirkning skal brukes som en kunnskapskilde til forbedring av praksis. Ungdommens brukererfaringer og forslag til tiltak skal systematisk brukes for å forbedre foretakets tilbud til ungdom.

Formål og oppgaver

Ungdomsrådet skal bidra til å sikre god brukermedvirkning for ungdom ved helseforetaket – på ungdommens premisser. Videre skal ungdomsrådet fremme synspunkter og saker som kan bidra til å forbedre pasienttilbudet for unge brukere samt tilbud som blir gitt til ungdom når deres foresatte er pasienter ved helseforetaket.

Ungdomsrådet skal arbeide for å utvikle og opprettholde gode helsetjenester til ungdom. Det skal ha reel innflytelse på system- og tjenestenivå, ved alle relevante enheter i helseforetaket. Ungdomsrådet må bli hørt og inkludert i alle prosesser som omhandler tilbud til unge brukere ved helseforetaket. Arbeidet må tilrettelegges for medlemmene.

Det må være en tett dialog mellom ungdomsråd, brukerutvalg og ledelsen i helseforetaket for å sikre muligheten til å komme med innspill på saker som er av interesse for ungdomsrådet. Ungdomsrådet kan også på eget initiativ drøfte og gi råd i saker som angår tjenestetilbudet til ungdom. Ungdomsrådet må ha anledning til å sette en selvstendig agenda og løfte fram saker som er viktige for unge brukere ved helseforetaket.

Sammensetning og oppnevning

Det er viktig at ungdomsrådet ivaretar et helhetlig brukerperspektiv i ungdomsrådets arbeid, og ikke representerer sær- og/eller personinteresser. Unge brukere må selv kunne få påvirke

hvem som skal representere dem, eksempelvis ved å invitere brukerorganisasjoner for ungdom til å nominere kandidater, eller ved å arrangere en ungdomssamling hvor medlemmene velges. I tillegg bør det legges til rette for rekruttering direkte blant brukere og pårørende.

Ungdomsrådet skal bestå av 7 – 12 medlemmer i alderen 12-25 år fordelt på forskjellige kommuner, pasienter/diagnosegrupper, pasienterfaring og kjønn. Medlemmene skal i størst mulig grad gjenspeile sammensetningen av brukere, og de må være villige til å dele erfaringer.

Styret oppnevner ungdomsråd. Medlemmene velges for 2 år, med mulighet for gjenoppnevning. Det må legges til rette for å supplere rådet ved evt. frafall underveis i rådsperioden.

Rådet konstituerer seg selv og velger leder og nestleder for 1 år

Møtehyppighet/administrasjon

Helseforetaket må sette av egne midler til ungdomsrådets aktivitet.

Rådet møtes minst 4 ganger årlig. Det utvises fleksibilitet og kreativitet i avholdelse av møtene.

Helseforetaket oppnevner en koordinator som bistår ungdomsrådet i praktisk tilrettelegging. Leder og nestleder i ungdomsrådet planlegger møtene sammen med koordinatoren.

Koordinaten kaller inn til møtene. Det føres referat fra møtene og koordinatoren sørger for at disse distribueres til styret, brukerutvalg og ledelse i foretaket.

Opplæring

Opplæringen av ungdomsrådet må være tilpasset ungdom, både med tanke på form, tidspunkt og sted.

Ungdomsrådets medlemmer må få anledning til å bli kjent med, og bli trygge på hverandre. Det er en forutsetning for gode prosesser at ungdomsrådets medlemmer er godt kjent med hverandre og trygge på sin rolle.

Administrasjonen må sørge for at ungdomsrådets medlemmer får opplæring i sin rolle og mulighet for påvirkning.

Honorering

Arbeid i ungdomsråd honoreres etter enhver tids gjeldende retningslinje for honorering for brukerutvalg.

Andre bestemmelser

Ungdomsrådet må være tilgjengelige for unge brukere. Nettsider og sosiale medier vil være en viktig kanal for medvirkning.

Ungdomsrådet utarbeider årsplan og avgir årsrapport hvert år. Årsrapport legges fram for styret sammen med Årlig melding.

Mandat og arbeidsform for ungdomsrådet skal evalueres og evt. revideres i forkant av oppnevning av nye medlemmer.

VEDLEGG 5 – VEILEDER FOR BRUKERMEDVIRKNING I FORSKNING – HELSE MIDT-NORGE RHF

Bakgrunn og formål

Brukermedvirkning vil si at brukerne har innflytelse på helsetjenesten og utforming av tjenestetilbudet. Brukermedvirkning er lovfestet i spesialisthelsetjenesten, jf. [helseforetakslovens § 35](#), og brukermedvirkning i forskning er et krav fra myndighetene.

Det er vedtatt [nasjonale retningslinjer](#) for brukermedvirkning i forskning.

Formålet med brukermedvirkning i forskning

Formålet med brukermedvirkning i forskning er å forbedre helsetjenesten. Brukermedvirkning er et virkemiddel og en arbeidsform. Gjennom planlegging og tilrettelegging skal representanter fra pasient- og brukerorganisasjoner og brukertvalg kunne bidra med:

- Brukererfaring/pasienterfaring
- erfaring fra pårørende
- å belyse utfordringer
- kunnskap fra enkeltpersoner og organisasjoner
- å delta i prosjekter

Om veilederen og kravene til brukermedvirkning i helseforskning

Både de nasjonale retningslinjene og denne regionale veilederen for brukermedvirkning i helseforskning gjelder for forskningsprosjekter i Helse Midt-Norge, uavhengig av finansieringskilde.

Forskerne må derfor ta stilling til hva slags brukermedvirkning som egner seg til det aktuelle prosjektet og beskrive hvordan brukermedvirkningen vil bli gjennomført.

Informasjon til forskere

Hvordan kan brukermedvirkning foregå?

Brukermedvirkning kan foregå på mange ulike måter. Det er krav til at brukermedvirkningen skal beskrives i forskningsprotokoll. Hvis man har et prosjekt hvor man mener at det ikke er relevant med brukermedvirkning, må det begrunnes hvorfor.

Brukermedvirkning i helseforskning kan være å:

1. ha synspunkter på prosjekter når det gjelder:
 - a. organisering
 - b. målsettinger
 - c. informasjon
 - d. styring
 - e. finansiering

- f. gjennomføring
- 2. medvirke i:
 - a. styringsgrupper
 - b. referansegrupper
 - c. arbeidsgrupper
- 3. bidra som prosjektdeltaker

Brukerrepresentanter under punkt 1-2 bør være oppnevnt eller foreslått av organisasjoner eller brukerutvalg (som tillitsvalgte).

Brukere under punkt 3 vil ofte være personer med kunnskap og erfaring fra det aktuelle fagområdet og ikke nødvendigvis være foreslått fra en organisasjon. Vedkommende kan være tatt inn som deltaker uten å representere en organisasjon som tillitsvalgt.

Er det kostnader ved brukermedvirkning?

Det må påregnes kostnader ved brukermedvirkning i helseforskning. Forskerne må budsjettere alle kostnader i det planlagte prosjektet, inkludert kostnader knyttet til brukermedvirkning.

Helse Midt-Norge har regionale satser for brukermedvirkning som legges til grunn for budsjettering av utgifter.

Hvordan kan man finne aktuelle brukere?

Forskeren må vurdere hvilken type brukermedvirkning som passer best til det aktuelle prosjektet. I det følgende skisseres ulike scenarier og forslag til brukerkontakt.

Forskningsprosjektet har en tydelig målgruppe:

Dersom forskningsprosjektet har en tydelig definert målgruppe er det mest hensiktsmessig å ta kontakt med en aktuell organisasjon.

Noen eksempler:

Kreftprosjekt – kan ta kontakt med [Kreftforeningen](#)

KOLS – kan ta kontakt med [LHL](#)

Allergiprojekt - kan ta kontakt med [Astma- og allergiforbundet](#)

Tommelfingerregelen er å ta kontakt med en brukerorganisasjon som er nært knyttet til det feltet man skal forske på. Se mer informasjon på helsenorge.no.

Forskningsprosjektet har mer allmenne problemstillinger:

Dersom prosjektet har mer allmenngyldige problemstillinger som helsetjenesteforskning, f.eks. utvikling av DMS, eller nytte/kostnadsstudier, kontaktes helseforetakets brukerutvalg eller en

paraplyorganisasjon som Funksjonshemmedes fellesorganisasjon ([FFO](#)) og Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner ([SAFO](#)).

Hvis for eksempel prosjektet skal foregå i Møre og Romsdal, bør man ta kontakt med brukerutvalget i Møre og Romsdal. Hvis det er et regionalt prosjekt, kan man ta kontakt med det regionale brukerutvalget ([RBU](#)).

Forskeren er i tvil om hvilken type brukervedvirkning som er egnet

Dersom forskeren er usikker på hvilken type brukervedvirkning som er egnet, vurder følgende:

- a) Kontakte brukerrepresentanten i forskningsutvalget på sykehuset/helseforetaket. Ved behov kan brukerrepresentant ta kontakt med eget brukerutvalg.
- b) Kontakte brukerutvalget i klinikken. Utvalget kan ved behov ta kontakt med en brukerorganisasjon.
- c) Brukerutvalget ved helseforetaket; som ved behov kan ta kontakt med Regionalt brukerutvalg (RBU).

Informasjon til brukere

Med brukere forstår vi pasienter, pårørende, brukerrepresentanter og organisasjoner.

Brukermedvirkning i helseforskning kan være å:

1. ha synspunkter på:
 - a. økonomiske rammer
 - b. prioritering av fagområder
 - c. kriterier for tildeling
 - d. utlysningstekster
 - e. utvelgelse av forskningsprosjekter
 - f. evaluering av forskningsprosjekter
 - g. publisering og kunngjøring av resultater
 - h. implementering av resultater
2. ha synspunkter på prosjekter når det gjelder:
 - a. organisering
 - b. målsettinger
 - c. informasjon
 - d. styring
 - e. finansiering
 - f. gjennomføring
3. medvirke i:
 - a. styringsgrupper
 - b. referansegrupper
 - c. arbeidsgrupper

4. bidra som prosjektdeltaker

Brukerrepresentanter under pkt. 1-3 bør være oppnevnt eller foreslått av organisasjoner eller brukerutvalg (tillitsvalgte).

Formålet med brukermedvirkning i forskning er beskrevet nærmere over. Brukermedvirkning skal være et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre helsetjenestene, og på samme måte skal brukermedvirkning i forskning bidra til at forskningen er relevant og basert på pasientenes behov. Brukerne kan ha meninger om det som skal gjøres og bidra til forskningen underveis i prosessen.

En brukerrepresentant uttaler seg på vegne av en bestemt gruppe eller interesseorganisasjon. Gjennom å tilføre brukernes perspektiv i forskningen, bidrar brukerrepresentanten til å hjelpe andre i samme situasjon. Det finnes ulike former for brukermedvirkning, og gjennom brukermedvirkning i forskningsprosjekter skal brukerne ha innflytelse på hva det forskes på.

Brukermedvirkning er særlig aktuelt i kliniske studier og i helsetjenesteforskning.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 54/2017 Andre orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	29. august 2017	54/ 2017
Saksbeh:		
Arkivkode: 012		
Saksmappe: 2017/2853		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar saken til orientering.

SAKSUTREDNING:

Sak 54/2017 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Møteprotokoll brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag 07.06.17
2. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 22.06.17

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 07.06.2017 kl. 10.30 – 14.45
Møtested: Quality Grand Hotel Steinkjer
Saksnr.: 17/2017 – 22/2017
Arkivsaksnr: 2017/519

Møteleder: Hilde Tyldum Stordahl

Disse møtte:

Hilde Tyldum Stordahl
Mona B. Lersveen
Hildur Fallmyr
Karl John Amdahl
Olav Malmo (1. vara)
Ola Larsen (2. vara)

Forfall:

Steinar Mikalsen og Terje Veimo

Fra administrasjonen:

Adm. direktør	Torbjørn Aas (Sak 21/2017)
Kommunikasjonssjef	Svein H. Karlsen
Medisinsk fagsjef	Paul Georg Skogen (Sak 19/2017)

Merknad til innkalling, møte og sakliste: Ingen
Innkalling og dokumenter ble sendt via e-post 2. juni 2017.
Utvalgets formøte ble gjennomført fra kl. 10.00 til 10.30.

Sak 09/2017 Godkjenning av protokoll fra møte 29.03.2017

Protokoll

Leder viste til protokollen.

Vedtak

Protokoll fra møtet 29.03.2017 godkjennes.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET

MØTEPROTOKOLL

Sak 18/2017 Oppnevning av brukerrepresentant

Protokoll

Leder viste til søknad fra Sykehuset Namsos i forbindelse med *Gruppeopplæring for pasienter med IBS (irritabel tarmsykdom)*. Administrasjon har forespurt FFO og SAFO om å fremme forslag til representant. Begge meldte tilbake at de ikke har medlemmer som kan foreslås. Med bakgrunn i dette har opplæringsarrangør og avdeling ved sykehuset hatt dialog med tidligere representant, og foreslår at Elin Sunde fra Namsos blir oppnevnt.

Vedtak

Brukerutvalget oppnevner Elin Sunde som brukerrepresentant til *Gruppeopplæring for pasienter med IBS (irritabel tarmsykdom)*, ved Sykehuset Namsos for perioden 7. juni 2017 til og med 31. desember 2018. Hilde T. Stordahl oppnevnes som Brukerutvalgets kontaktperson for brukerrepresentanten.

Sak 19/2017 Tilsyn - Tvungen helsehjelp i narkose for pasienter uten samtykkekompetanse

Protokoll

Fylkeslege Marit D. Kverkild og juridisk rådgiver Guro Martine Bjerkan orienterte om Fylkesmannens tilsyn og avvikene som ble avdekket. Tilsynet berører både tannhelsetjenesten i fylket og spesialisthelsetjenesten (sykehusene i Nord-Trøndelag).

Medisinsk fagsjef Paul Georg Skogen i Helse Nord-Trøndelag deltok under orienteringen, og orienterte om helseforetakets tiltak for å lukke avvikene.

Vedtak

Brukerutvalget reagerer sterkt på at det brukes ulovlig tvang mot pasienter uten samtykkekompetanse. Det er svært alvorlig at helseforetaket bryter helselovgivningen når det utøves tvungen helsehjelp. Eksemplet fra fylkesmannens rapport er etter brukerutvalgets mening å anse som overgrep mot pasienten.

Vi er tilfreds med at Fylkesmannen har avdekket lovbrudd, og forventer at foretaket retter opp disse i tråd med kravet i tilsynsrapporten.

Vi ser behov for å understreke helseforetakets plikt til kvalitetssikring. Vi forventer at foretakets kvalitetssystem sikrer at foretaket ikke gjør seg skyld i slike lovbrudd for fremtiden.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Sak 20/2017 Brukerutvalgets åpne post

Protokoll

Brukerutvalget tok opp følgende temasaker:

Pasientreiser

- Brukerutvalget ber om at klageskjema (Pasientreiser) sendes ut sammen med innkalling til pasientene.
- Brukerutvalget ber om en skriftlig redegjørelse omkring rutinemessig klagesakbehandling når det gjelder pasientreiser.

Brukerutvalget St. Olavs Hopstia

Det sitter brukerrepresentant i St. Olav sitt brukerutvalg fra fylkene Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal. Disse har i dag ikke regelmessig kontakt med Brukerutvalget i Nord-Trøndelag.

- Brukerutvalget ber om at St. Olavs-representanten fra Nord-Trøndelag inviteres til utvalgets septembermøte, presenterer seg og sammen finne ut hvordan vi framover skal ha dialog og samarbeid.

Høring «Handlingsplan for opplæring av pasienter og pårørende i Midt-Norge»

Frist for høring er 8. juni.

- Brukerutvalget synes det er bra at det fokuseres på brukermedvirkning i arbeidet med utvikling av opplæringstilbudet. Vi er glade for at det legges vekt på styrket samarbeid med brukerorganisasjonene.
- Med hensyn til tidsplanen mener vi at tiltakene under pkt. 2.1.2. «Likeverdige helsetjenester» bør iverksettes tidligere. Det er avgjørende viktig at alle får likeverdige tilbud og tilgang til tjenesten, og disse tiltakene bør derfor prioriteres høyere.

Protokoll

Følgende ble besluttet i de tre temasakene:

Pasientreiser

- Brukerutvalget ber om at klageskjema (Pasientreiser) sendes ut sammen med innkalling til pasientene.
- Brukerutvalget ber om en skriftlig redegjørelse omkring rutinemessig klagesakbehandling når det gjelder pasientreiser.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Brukerutvalget St. Olavs Hopstia

- Brukerutvalget ber om at St. Olavs-representanten fra Nord-Trøndelag inviteres til utvalgets septembermøte, presenterer seg og sammen finne ut hvordan vi framover skal ha dialog og samarbeid.

Høring «Handlingsplan for opplæring av pasienter og pårørende i Midt-Norge»

- Brukerutvalget synes det er bra at det fokuseres på brukermedvirkning i arbeidet med utvikling av opplæringstilbudet. Vi er glade for at det legges vekt på styrket samarbeid med brukerorganisasjonene.
- Med hensyn til tidsplanen mener vi at tiltakene under pkt. 2.1.2. «Likeverdige helsetjenester» bør iverksettes tidligere. Det er avgjørende viktig at alle får likeverdige tilbud og tilgang til tjenesten, og disse tiltakene bør derfor prioriteres høyere.

Sak 21/2017 Direktørens åpne post med Brukerutvalget

Protokoll

Adm. direktør Torbjørn Aas orienterte om følgende sak:

Kritikk fra legegruppene i Helse Nord-Trøndelag - det er framsatt kritikk mot direktør knyttet til omstillingsprosessen Pasientorientert organisering, Fase 1 og 2-prosessen og beslutningen knyttet til Fase 1 (gjennomgående klinikkstruktur). Det er gjennomført ett legeallmøte i regi legeföreningene ved Sykehuset Levanger 6. juni og ett ved Sykehuset Namsos 7. juni. Det framføres tydelig kritikk og legegruppene vil i nær framtid gi helseforetaket og direktøren et skriftlig innspill på hvordan legens rolle bør være i den framtidige organiseringen.

Langtidsbudsjett - kort orientering om justert forslag som legges fram for styret i Helse Nord-Trøndelag mandag 12. juni. På grunn av at det er vanskelig å nå målet om to prosent effektivisering, foreslår administrasjon et langtidsbudsjett som bygger på en prosent effektivisering, og at det på grunn av en krevende likviditetssituasjon er påkrevet å utsette deler av investeringsplanene. Blant annet innebærer dette en utsettelse av realisering av Kombinasjonsbygg Namsos. Direktøren orienterte om at helseforetaket vil gå i dialog med Namsos kommune med tanke på å avklare om det er aktuelt å realisere utbygging i Namsos med kommunen som byggherre.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET

MØTEPROTOKOLL

Utvalget tok opp følgende:

Medieoppslag - utvalget ønsker å bli holdt orientert og forhåndsvarslet om kjente mediesaker som kommer.

Administrasjon orienterte om at foretaketskjøper en medieovervåkingstjeneste fra Retriever, og at eksempelvis utvalgsleder kan settes på mottakerlista som får overspilt medierapport en gang pr. dag.

I tillegg ønsker utvalget varsel om saker, spesielt tilsynsaker så raskt helseforetaket blir gjort kjent med systemtilsyn og/eller medieomtaler som Brukerutvalget bør være informert om.

Administrasjonen er positiv til å se på løsninger for å gi ønsket informasjon til utvalgsleder.

Ungdomsråd - hva er status?

Administrasjon informerte om at Klinikk for kvinne, barn og familie har pekt ut ansatt som kan bekle rollen som koordinator for det kommende utvalget, og at barneavdelingen har startet en prosess for å finne kandidater. Det tas sikte på å oppnevne utvalget i løpet av høsten. FFO, SAFO og andre organisasjoner er i tillegg bedt om å foreslå kandidater.

Brukergruppe psykisk helsevern - hva er status?

Administrasjonen informerte om at Klinikk for psykisk helsevern og rus sammen med administrasjon er i prosess med tanke på å få oppnevnt brukergruppe innen fristen som er 1.1.2018.

Vedtak

Brukerutvalgene tar informasjonen og avklaringen til orientering.

Sak 22/2017 Eventuelt

Protokoll

Revisjon av møteplan - 2. halvår 2017

- Ordinært møte 23. august (Levanger) går som planlagt
- Ordinært møte 20. september (Namsos) endres slik;
 - Seminar 19. og 20. september, inkl. ordinært utvalgsmøte
 - Start kl. 10 dag 1 og avslutning kl. 1430 dag 2.
 - I stedet for Namsos velges Stiklestad Hotell som møtested.
- Ordinært møte 30. oktober (Steinkjer) går som planlagt
- Ordinært møte 24. november (Levanger) går som planlagt

Styret i Helse Nord-Trøndelag skal ha årets siste styremøte 27. november. Dersom det blir et ekstramøte vedrørende Budsjett 2018 medio desember, ber utvalget om at administrasjonen legger til rett for et ekstramøte i Brukerutvalget cirka en (1) uke i forkant av eventuell utsatt budsjettbehandling.

Vedtak

Brukerutvalget vedtar møteplan 2. halvår med de endringer som er beskrevet i protokollen.

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 22. juni 2017 kl. 10.00 - 15.35
Møtested: Quality Airport Hotell Værnes
Saksnr.: 48/17 – 58/17
Arkivsaksnr.: 17/6

Møtende medlemmer:

Ola H. Strand
Paul Steinar Valle
Liv Stette
Tore Kristiansen
Ivar Østrem
Brit Tove Welde
Vigdis Harsvik
Anita Solberg
Lindy Jarosch-von Schweder

Forfall:

Ingen

Regionalt brukerutvalg:

Snorre Ness
Steinar Waksvik

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Stig A. Slørdahl
Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)
Direktør for stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød
Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås
Økonomidirektør Anne Marie Barane
Direktør for helsefag Henrik A. Sandbu
HR direktør Anne Katarina Cartfjord
Kst. direktør for eierstyring Gunn Fredriksen
Internrevisjonssjef Jørgen Midtlyng

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 15.06.17. Samme dag ble saksdokumentene, med unntak av sakene 50/17 og 55/17 lagt ut i styreadministrasjonen.

Fredag 16.06.17 ble det lagt ut ny innkalling til møte. I tillegg ble sak 55/17 lagt ut i styreadministrasjonen.

Sak 50/17 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 31.05.17 lagt ut i styreadministrasjonen tirsdag 20.06.17. Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg og drøftingsprotokoll til sak 52/17 ble lagt ut samme dag.

Onsdag 21.06.17 ble referatsak brev fra advokatene Maurset, Knardal og Hegge "innspel frå folkeaksjonen for Volda sjukehus til styrebehandling av revidert nasjonal traumeplan i Helse MN. Der det er lagt opp til at Volda sjukehus ikkje skal behandle traumepasientar" lagt ut i styreadministrasjonen.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 19.06.17

Styrets leder Ola H. Strand ønsket velkommen til styremøtet.

Innkalling og sakliste til møtet ble godkjent.

Sak 48/17 Referatsaker

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 6. april 2017
- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 19. juni 2017
- Protokoll fra møte i Godtgjøringsutvalg Helse Midt-Norge 3. mai 2017
- Brev fra advokatene Maurset, Knardal og Hegge, datert 20.06.17

Sak 49/17 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 30.04.17

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport per 30.04.2017 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 statusrapport per 30.04.2017 til etterretning.

Sak 39/17 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 31.05.17

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport per 31.05.17 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 statusrapport per 31.05.17 til etterretning.

Sak 51/17 Program K2- videre med SAP

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF ser viktigheten av å oppnå bedre effekt av ny økonomi- og logistikksystem og godkjenner igangsettelse av programmet «K2 – videre med SAP», med oppstart av prosjekt Legemiddelforsyning høsten 2017 og konseptvurderinger av de øvrige forsyningskjedene i programmet. Finansiering av programmet ligger innenfor IKT porteføljen i HMN.
2. Bruk av ramme utover P70 skal forankres i styret hos Helse Midt-Norge RHF.
3. Styret ber om en helhetlig oversikt over forventet uttak av personell til større planlagte aktiviteter og mottaksprosjekter i helseforetakene med risikovurdering og risikoreduserende tiltak i løpet av høsten 2017.

Protokoll

Basert på diskusjon i styret la adm. direktør fram nytt forslag til vedtak i møtet

Styret i Helse Midt-Norge RHF ser viktigheten av å oppnå bedre effekt av nytt økonomi- og logistikksystem. Styret godkjenner igangsettelse av programmet «K2 – videre med SAP», med

oppstart av prosjekt Legemiddelforsyning høsten 2017.

Styret ber administrasjonen komme tilbake med en økonomisk ramme for legemiddelprosjektet i neste møte.

Det bes om at administrasjonen arbeider videre med konseptvurderinger av de øvrige forsyningskjedene i programmet og kommer tilbake til styret med en samlet konseptvurdering. På bakgrunn av dette vil styret vedta eventuell igangsettelse av resterende forsyningskjeder.

Dette ble enstemmig vedtatt

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret i Helse Midt-Norge RHF ser viktigheten av å oppnå bedre effekt av nytt økonomi- og logistikk-system. Styret godkjenner igangsettelse av programmet «K2 – videre med SAP», med oppstart av prosjekt Legemiddelforsyning høsten 2017.

Styret ber administrasjonen komme tilbake med en økonomisk ramme for legemiddelprosjektet i neste møte.

Det bes om at administrasjonen arbeider videre med konseptvurderinger av de øvrige forsyningskjedene i programmet og kommer tilbake til styret med en samlet konseptvurdering. På bakgrunn av dette vil styret vedta eventuell igangsettelse av resterende forsyningskjeder.

Sak 52/17 Langtidsplan og -budsjett 2018-2023

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge understreker at kvalitet, pasientsikkerhet og økonomisk bærekraft er hovedpilarene som skal legges til grunn for prioriteringene i Langtidsplan og – budsjett.
2. Styret vedtar Langtidsplan og – budsjett for 2018-2023. Det legges til grunn at foretakene tidlig i perioden klarer å etablere nødvendig økonomisk handlingsrom gjennom styrking av resultat og egen finansieringsevne
3. Helseforetakene må styre og prioritere investeringene innenfor tilgjengelig likviditet i langtidsbudsjettet. Dersom resultatet endrer seg negativt må det gjøres nødvendige tilpasninger i investeringsplanen.
4. Foreløpig inntektsfordeling for 2018 skal legges til grunn for foretakenes arbeid med budsjett 2018.

5. De årlige investeringsbudsjettene vedtas i forbindelse med budsjettbehandlingen det enkelte år. Beslutning om og gjennomføring av investeringer skal følge fastsatte retningslinjer for investeringer og styring av usikkerhet i store prosjekter. Vedtatt langtidsbudsjett saken gir ikke godkjenning for gjennomføring av de enkelte prosjekt eller tilhørende lån.

Styremedlem Vigdis Harsvik fremmet forslag om et nytt punkt:

Styret understreker nødvendigheten av at alle ledd i foretaksgruppen legger stor vekt på produkt- og tjenesteinnovasjoner i hele langtidsperioden

Det ble stemt over alle punkter samlet. Disse ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge understreker at kvalitet, pasientsikkerhet og økonomisk bærekraft er hovedpilarene som skal legges til grunn for prioriteringene i Langtidsplan og – budsjett.

2. Styret vedtar Langtidsplan og – budsjett for 2018-2023. Det legges til grunn at foretakene tidlig i perioden klarer å etablere nødvendig økonomisk handlingsrom gjennom styrking av resultat og egen finansieringsevne

3. Helseforetakene må styre og prioritere investeringene innenfor tilgjengelig likviditet i langtidsbudsjettet. Dersom resultatet endrer seg negativt må det gjøres nødvendige tilpasninger i investeringsplanen.

4. Styret understreker nødvendigheten av at alle ledd i foretaksgruppen legger stor vekt på produkt- og tjenesteinnovasjoner i hele langtidsperioden

5. Foreløpig inntektsfordeling for 2018 skal legges til grunn for foretakenes arbeid med budsjett 2018.

6. De årlige investeringsbudsjettene vedtas i forbindelse med budsjettbehandlingen det enkelte år. Beslutning om og gjennomføring av investeringer skal følge fastsatte retningslinjer for investeringer og styring av usikkerhet i store prosjekter. Vedtatt langtidsbudsjett saken gir ikke godkjenning for gjennomføring av de enkelte prosjekt eller tilhørende lån.

Stemmeforklaring ansatterepresentanter Ivar Østrem, Anita Solberg, Lindy Jarosch-von Schweder

Henviser til stemmeforklaring fra de ansattevalgte styremedlemmer vedrørende LTP/LTB for 2018-2023 der finansiering av nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR) og anskaffelse av ny PAS/EPJ (Helseplattformen) er høyt prioritert, nødvendig og ønskelig.

Så store investeringer innenfor kort tid i et allerede presset drift- og investeringsbudsjett, innebærer en meget stor risiko med hensyn til å sikre nødvendig overskudd og likviditet til drift og andre nødvendige investeringer i de enkelte foretak.

Ansatte-representantene forventer at de ansatte sikres et godt og forsvarlig arbeidsmiljø for å ivareta en god pasientsikkerhet med høy kvalitet. Det understrekes at pasientsikkerheten i sykehusene og arbeidsmiljøforholdene som de ansatte arbeider under har en klar og entydig sammenheng.

Sak 53/17 Revidert nasjonal traumeplan – traumesystem i Norge

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar Nasjonal traumeplan - Traumesystem i Norge 2016 som retningsgivende for den videre utviklingen og organiseringen av behandlingen av alvorlig skadde pasienter i Helse Midt-Norge.
2. Styret understreker betydningen av at oppfølgingen av traumeplanen skjer i et tett samarbeid mellom de regionale helseforetakene for å sikre pasienter i hele landet størst mulig likhet i tilbud.

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar Nasjonal traumeplan - Traumesystem i Norge 2016 som retningsgivende for den videre utviklingen og organiseringen av behandlingen av alvorlig skadde pasienter i Helse Midt-Norge.
2. Styret understreker betydningen av at oppfølgingen av traumeplanen skjer i et tett samarbeid mellom de regionale helseforetakene for å sikre pasienter i hele landet størst mulig likhet i tilbud.

Sak 54/17 Internrevisjon - Risiko- og kvalitetsstyring i Helseplattformen

Forslag til vedtak:

1. Styret er tilfreds med at arbeidet med risiko- og kvalitetsstyring i Helseplattformen er etablert på et tidlig stadium i prosjektet og tilgjengelig for kontinuerlig forbedring.
2. Styret tar Internrevisjonens oppsummering om Helseplattformen til orientering, og ber programstyret i Helseplattformen gjennom administrerende direktør om å sikre:
 - a) at arbeidet med risiko- og kvalitetsstyring forbedres kontinuerlig og forankres i tråd med føringer i ny Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
 - b) at føringer i relevante internasjonale standarder for ledelsessystemer, risikostyring, kvalitetsstyring og revisjon, blir tatt hensyn til i forbedringsarbeidet.

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret er tilfreds med at arbeidet med risiko- og kvalitetsstyring i Helseplattformen er etablert på et tidlig stadium i prosjektet og tilgjengelig for kontinuierlig forbedring.
2. Styret tar Internrevisjonens oppsummering om Helseplattformen til orientering, og ber programstyret i Helseplattformen gjennom administrerende direktør om å sikre:
 - a) at arbeidet med risiko- og kvalitetsstyring forbedres kontinuierlig og forankres i tråd med føringer i ny Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
 - b) at føringer i relevante internasjonale standarder for ledelsessystemer, risikostyring, kvalitetsstyring og revisjon, blir tatt hensyn til i forbedringsarbeidet.

Sak 55/17 Helseplattformen – Vurdering av forvaltning og drift

Sakspapirer til møtet var unntatt offentlighet, jf. offentleglova §§23.1 og 12 bokstav c

Styret besluttet å lukke møtet etter Helseforetakslovens § 26a pkt 4

Forslag til vedtak:

Styret i Helse Midt-Norge RHF tar saken til orientering

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret i Helse Midt-Norge RHF tar saken til orientering

Sak 56/17 Orienteringssaker

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

I styremøte 22.06.17 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Helseplattformen – orientering om status
- Anskaffelse private helsetjenester – bildediagnostikk

Sak 57/17 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 58/17 Godkjenning og signering av protokoller

Protokoll ble godkjent og signert i møtet.

Stjørdal 22.06.17

Ola H. Strand

Paul Steinar Valle

Liv Stette

Tore Kristiansen

Vigdis Harsvik

Brit Tove Welde

Lindy Jarosch-von Schweder

Anita Solberg

Ivar Østrem

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 55/2017 Eventuelt - revidert møteplan

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	29. august 2017	55/ 2017
Saksbeh:		
Arkivkode: 012		
Saksmappe: 2017/2853		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret vedtar framlagt revidert møteplan.

SAKSUTREDNING:**Sak 55/2017 Eventuelt - revidert møteplan****VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

Revidert møteplan 2017 styret i HNT

BAKGRUNN

Det er stor møteaktivitet lokalt, regionalt og nasjonalt. Administrasjonen registrerer at det i løpet av høsten 2017 er noen møtekollisjoner som berører sentralt ansatte i Helse Nord-Trøndelag.

I tillegg vil årets opprinnelige siste styremøte komme noe for tidlig i forhold til å ha nødvendig grunnlag for å kunne gi Budsjett 2018 en styrebehandling uten behov for å innkalle til et ekstramøte i midten av desember - slik vi har gjort siste to år.

Ut fra dette legger administrasjonen fram revidert møteplan. Det påpekes at foreslått møte 1. november (Steinkjer) er årets faste møte med tillitsvalgte og brukerutvalget og dermed involverer mange deltagere.

Styremøter HNT 2017

Dato	Måned	Sted
03.	Februar	Levanger
22.	Februar (ekstramøte - styreseminar og styremøte)	Levanger
06.	Mars	Namsos
03.	April	Levanger
08.	Mai	Namsos
12.	Juni	Levanger
28.-29.	August*	Stjørdal
03.	Oktober	Namsos
01.	November	Steinkjer
07.	Desember	Levanger

*Styreseminar