

Helse Midt-Norge RHF's nyhetsartikler

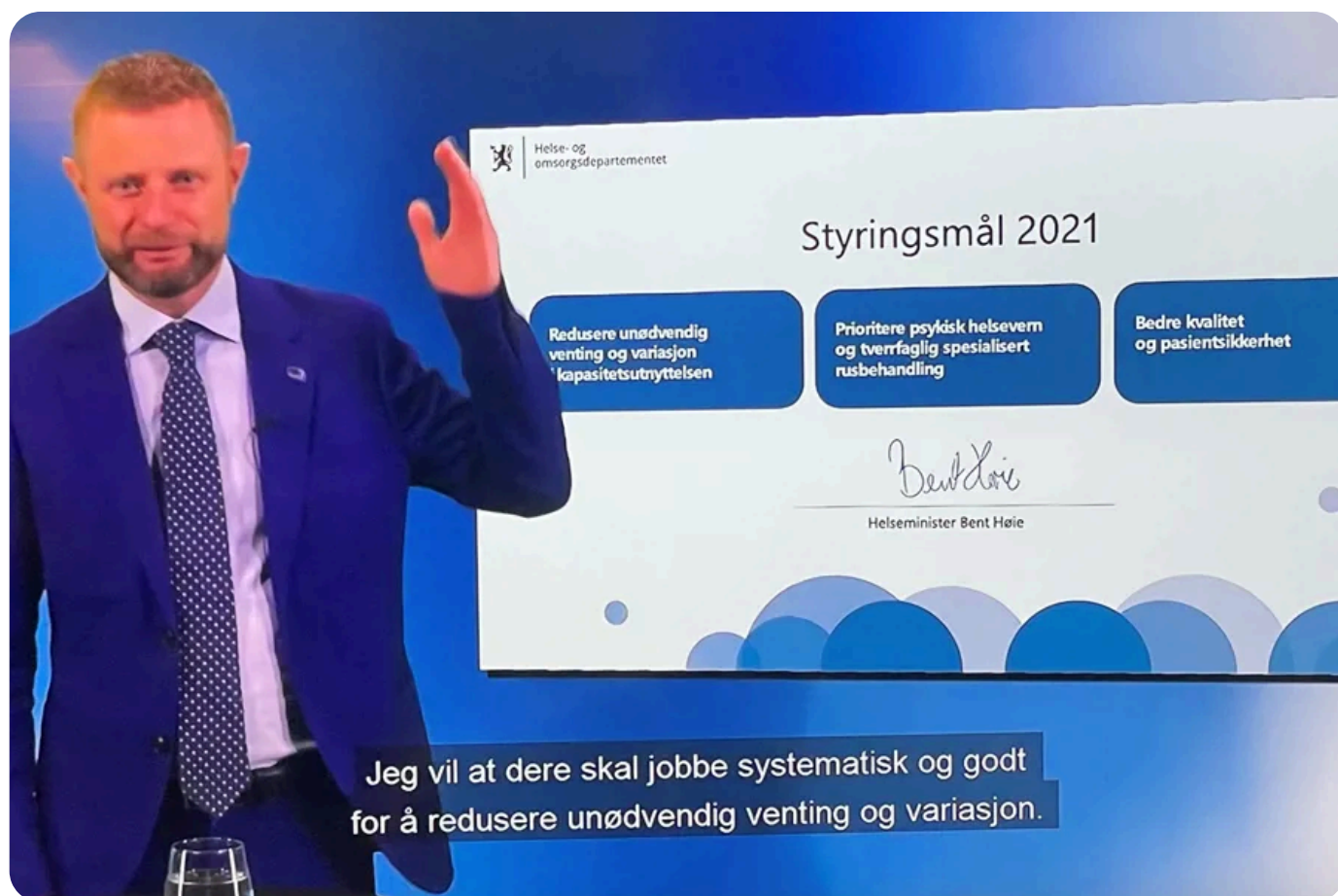
Årgang 2021

Dette er oppdraget for 2021

Å redusere unødvendig venting, å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt bedre kvalitet og pasientsikkerhet er hovedmålene i Helse Midt-Norge RHF's oppdragsdokument for 2021.

Publisert 14.01.2021

Sist oppdatert 30.04.2023



Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokumenter til de regionale helseforetakene gis normalt ut en gang per år, like etter at beslutningen om årets statsbudsjett foreligger i Stortinget.

Oppdragsdokumentene inneholder krav fra Helse- og omsorgsdepartementet om hvilke oppgaver som skal utføres i det påfølgende år, og hvilke krav som settes til de regionale helseforetakene.

Oppdragsdokumentet for 2020 ble lagt fram under foretaksmøte for de regionale helseforetakene tirsdag 14. januar. Foretaksprotokollen inneholder også føringer og krav til virksomheten samt klargjøring av økonomiske rammer og resultatkrav.

Oppdragsdokumentet for Helse Midt–Norge RHF 2021

Foretaksprotokoll med krav og rammer for Helse Midt–Norge RHF for 2021 (NB! Utkast)

Sykehustalen 2020 – ved statsråd Bent Høie

Hovedmål for 2021:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

- Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner sammenliknet med 2020. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager i 2022.
- Regionen skal overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2019 (passert planlagt tid). Regionen skal overholde minst 95 pst. av avtalene innen utgangen av 2021.
- Regionen skal øke andelen planlagte episoder med tildelt time de neste 6 måneder i 2021, sammenliknet med andre halvår 2020, målt ved indikatoren planleggingshorisont.
- Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon skal være over 15 pst.
- Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen mellom helseforetakene skal reduseres.

2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

- Det skal være høyere vekst i aktivitet innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå. Når det gjelder mål for kostnadsvekst, legges til grunn et særlig mål for å ta hensyn til pandemisituasjonen. Den prosentvise veksten i kostnader innen psykisk helsevern og TSB skal i Helse Midt-Norge RHF være høyere enn den var for somatikk i 2019, dvs. høyere enn 4,9 pst. Distriktpsykiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 40 dager for psykisk helsevern voksne, lavere enn 35 dager for psykisk helsevern barn og unge og lavere enn 30 dager for TSB.
- Andel pakkeforløp gjennomført innen forløpstid for utredning i psykisk helsevern barn og unge og psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.
- Andel pakkeforløp som har gjennomført evaluering av behandling i poliklinikk for psykisk helsevern barn og unge, psykisk helsevern voksne og TSB skal være minst 80 pst.
- Andel av pasienter i pakkeforløp som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan skal være minst 80 pst.
- Minst 60 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra psykisk helsevern for voksne og TSB.
- Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) skal reduseres i 2021.

3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

- Andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 pst. innen 2023.
- Andel enheter med godt sikkerhetsklima i et helseforetak skal være minst 75 pst. innen 2023.

- 30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektret antibiotika i 2021 sammenliknet med 2012. 2021 er siste året for Handlingsplan mot antibiotikaresistens i helsetjenesten og målepunkt for planperioden 4 .
- Ingen korridorpasienter.
- Minst 70 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk helsetjeneste.
- Antall kliniske behandlingsstudier i helseforetakene som inkluderte pasienter i 2021 er økt med minst 15 pst. sammenliknet med året før.

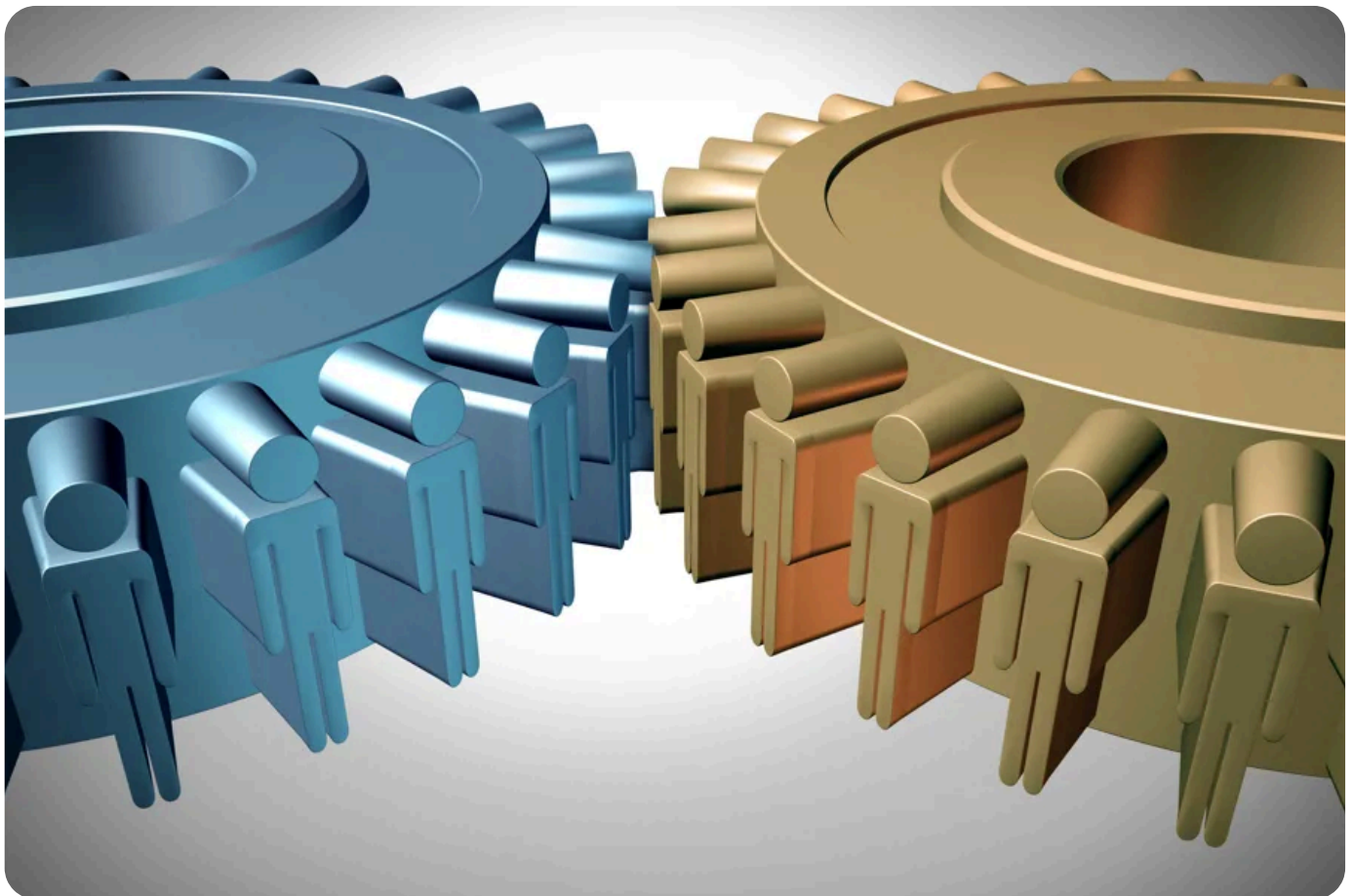
LES OGSÅ: [Høie: – Jeg vil si tusen takk](#)

Prosjektgruppa har levert sin rapport

Rapporten skal behandles i styringsgruppa onsdag. Adm. dir. Stig Slørdahl vil legge saken fram for styret, med tanke på å sende saken ut på høring før den legges fram til beslutning.

Publisert 15.01.2021

Sist oppdatert 30.04.2023



Denne uka mottok styringsgruppa prosjektrapporten fra prosjektgruppa som har jobbet med utredning av helseforetaksstrukturen i Trøndelag.

Gjennom fire samlinger i fjor høst veide prosjektgruppa fordeler og ulemper med sammenslåing opp mot kvaliteten og tilbudet som gis i dag. Torsdag 17. desember la prosjektleder fram oppsummeringen av gruppas innstilling for styret i Helse Midt-Norge RHF.

LES OGSÅ: [Fusjon eller forsterket samarbeid – hva er best for pasientene?](#)

LES OGSÅ: [– Mer forpliktende samarbeid mellom St. Olav og HNT](#)

Styrket samhandling heller enn fusjon

I rapporten står det at et prosjektgruppas flertall på 24 (av totalt 29 deltagere) anbefaler ikke sammenslåing/fusjon av St. Olavs hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF. I stedet anbefaler de styrket samhandling mellom St. Olavs hospital HF og de andre helseforetakene i Helse Midt-Norge:

«St. Olavs hospital er hele regionens universitetssykehus og må ha de samme forpliktelser ovenfor Helse Møre og Romsdal HF som overfor Helse Nord-Trøndelag HF for å styrke kvaliteten på helsehjelpen i hele regionen», heter det i rapporten.

[Les hele rapporten her \(PDF\)](#)

LES OGSÅ: [Innstilling: Anbefaler forpliktende samhandling, ikke fusjon](#)

Bakgrunnen for utredningen er sammenslåingen av Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag fylkeskommune i forbindelse med regionreformen, og om dette burde få konsekvenser for helseforetakene St Olavs hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF.

Videre tidsramme

Rapporten skal behandles i styringsgruppa onsdag. Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF Stig Slørdahl vil deretter legge saken fram for styret, med tanke på å sende saken ut på høring før den legges fram til beslutning. Høringsperiode blir trolig fra 1. mars 2021 med høringsfrist 1. juni 2021.

Deretter blir det styrebehandling i de berørte helseforetak, før styrebehandling i Helse Midt-Norge RHF etter høringsrunden i juni 2021. En eventuell behandling i Helse- og omsorgsdepartementet vil komme etter styrevedtak i Helse Midt-Norge RHF.

Bjarte Reve fra Considium er ekstern prosjektleder for arbeidet.

[Les mer om utredningen på vår informasjonsside](#)

Vil du motta nyhetsbrev fra Helse Midt-Norge RHF én gang i uka?

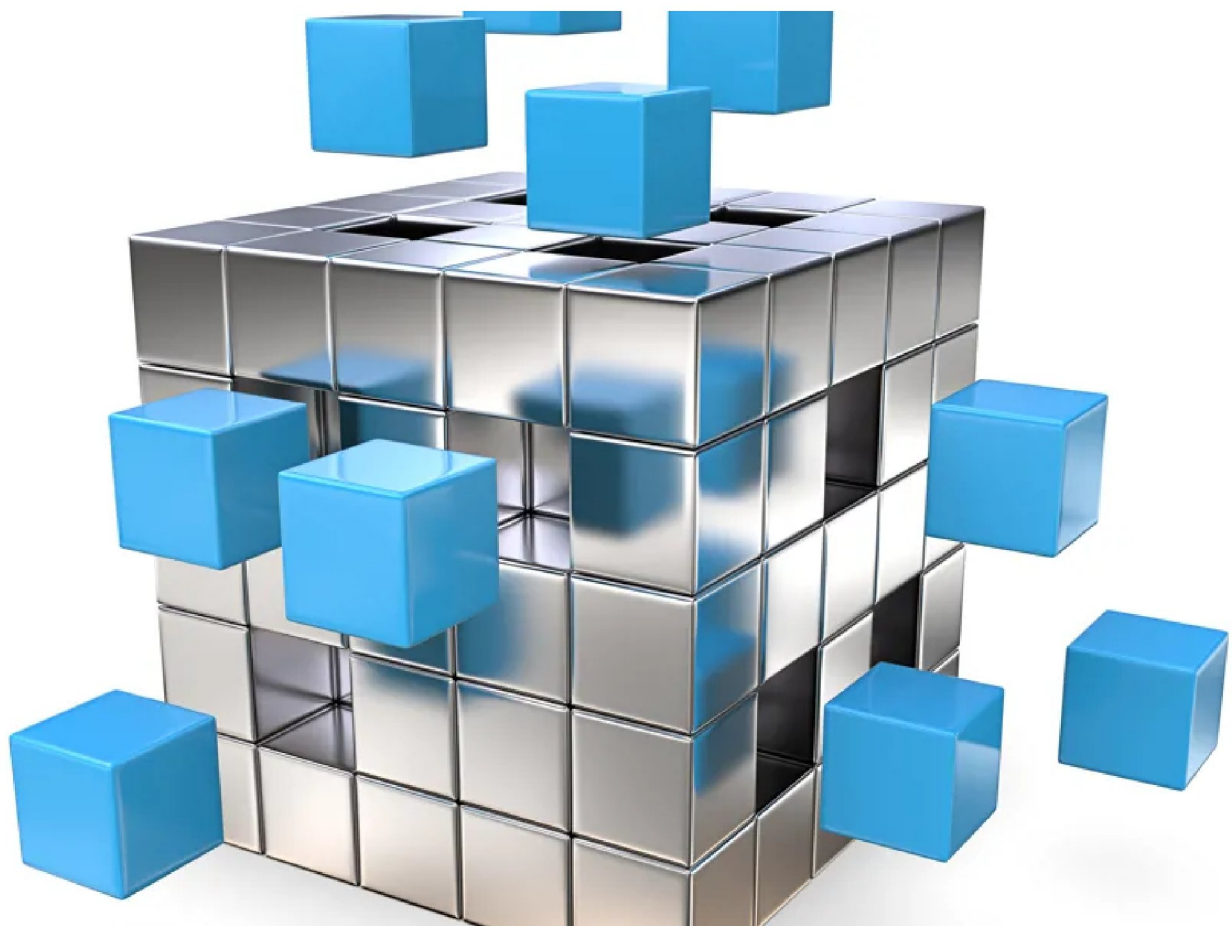
[Meld deg på her!](#)

Nye ansattrepresentanter i styret

De nye styremedlemmene er valgt basert på liste som ble innlevert av konserntillitsvalgte og konsernverneombud. Medlemmene sitter i to år fra 1. mars 2021

Publisert 20.01.2021

Sist oppdatert 25.01.2021



Oversikt over nye ansattrepresentanter i styret i Helse Midt-Norge RHF

Nr	Etternavn	Fornavn	Foretak	Arbeidssted	Foreslått av
1	Solberg	Anita	St. Olavs hospital HF	Klinikk for akutt og mottaksmedisin	Norsk Sykepleierforbund

2	Brudeseth	Tore	Helse Møre og Romsdal HF	Psykisk helsevern	Fagforbundet
3	Jarosch-Von Schweder	Lindy	St. Olavs hospital HF	Divisjon psykisk helse	Den Norske Legeforening
4	Selmer	Jørgen	Helse Nord-Trøndelag HF	Akuttmottaket Sykehuset Levanger	Norsk sykepleierforbund
5	Grydeland	Frank	Helse Nord-Trøndelag HF	Sykehuset Namsos	YS
6	Garshol	Grete Enge	Helse Møre og Romsdal HF	Kristiansund sykehus	SAN
7	Næs	Siri	Helse Møre og Romsdal HF	Ålesund sjukehus	Den Norske Legeforening
8	Tranø	Geir	St. Olavs hospital HF	Psykisk helsevern	Fagforbundet

[Les om styret i Helse Midt-Norge RHF](#)

Trenger du veiledning og verktøy til et innovasjonsprosjekt?

Skal du i gang med et tjenesteinnovasjonsprosjekt, og skulle gjerne hatt veiledning og verktøy?

Publisert 21.01.2021

Sist oppdatert 30.04.2023



Skal ditt helseforetak i gang med komplekse prosjekter hvor dere ønsker å samhandle med kommunehelsetjenesten?

Planlegger dere å sette i gang med hjemmesykehus, men har utfordringer med å definere pasientforløp eller realisere gevinster?

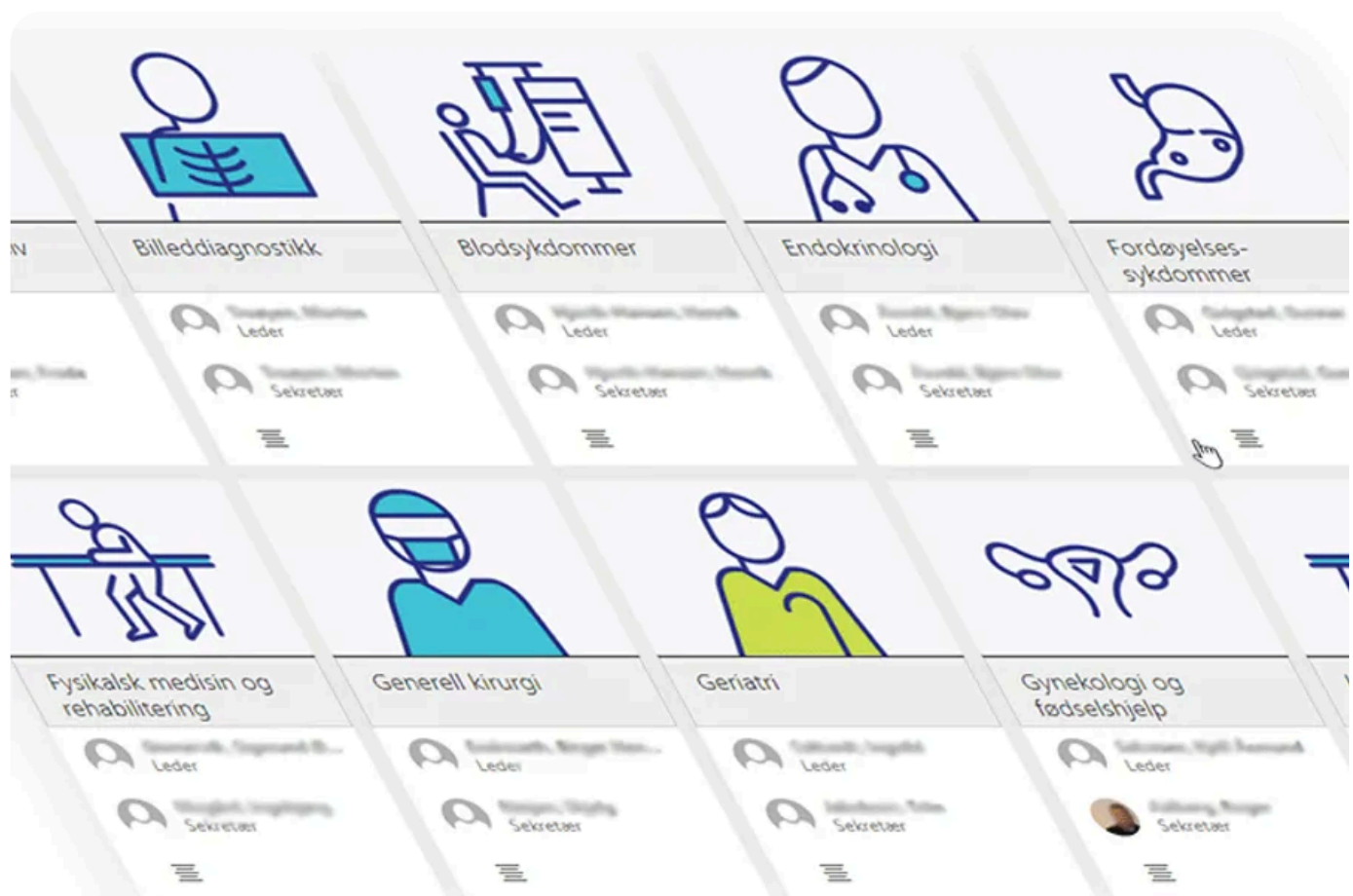
I slike prosjekter kan dere få hjelp av InnoMed.

Neste søknadsfrist for prosessveiledning er 12.03.21. Se en [film om Innomed her](#) for å høre mer om tilbudet, eller gå inn på [InnoMed sine hjemmesider](#).

Pasientsikkerhet – gode prosjekter fikk til sammen 4,5 mill

4,5 millioner kroner er fordelt på 18 pasientsikkerhetsprosjekter for 2021. Gode prosjekter, mange med nye samarbeidsformer. Nasjonale kvalitetsregistre i fokus i 2022

| Publisert 25.01.2021



Helse Midt- Norge lyste ut 4.5 mill til pasientsikkerhetsprosjekter i helseforetakene i regionen i 2021.

26 søknader kom inn, og 18 av disse ble tildelt midler, 8 til St. Olavs Hospital, 5 hver til Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag.

Alle prosjektene som fikk tildeling var i tråd med utlysningen og det var god spredning på tema. Det var positivt at mange prosjekter var

samarbeidsprosjekter mellom ulike faggrupper og avdelinger, både lokalt og regionalt.



Assisterende fagdirektør Siv Mørkved er fornøyd med årets søkere, men synes ikke vi er helt i mål. – Vi savnet søknader på prosjekter innen det prioriterte området for denne utlysningen, bruk av resultater fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre i kvalitetsarbeid. Resultater fra disse registrene er en unik kilde til kunnskap om behandlingskvalitet

og gir grunnlag for systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet i klinikkene. Vi håper derfor at aktuelle miljø allerede nå starter planlegging av prosjekter innen dette området til neste års utlysning.

Tildeling HMN RHF: Pasientsikkerhetsmidler 2021

Prosjekttittel	Klinikk/avdeling
St. Olavs hospital HF	
Forebygging av legemiddelrelatert flebitt: et klinisk kvalitetsforbedringsprosjekt.	Klinikk for hjertemedisin
Kvalitetssikre tilberedning og administrering av legemidlet Amiodaron.	
Perifere venekateter som del av Hospital Aquired Infections (HAI) – kampanjen ved StOlav	Klinikk for anestesi og intensivmedisin
Reduksjon av 30 dager Mors og slag etter carotisendarterektomi	Kirurgisk klinikk, Karkirurgisk seksjon
Trygg logistikk	Klinikk for ortopedi, revmatologi og hudsykdommer,

Revmatologisk
avdeling

ERAS forløp ved pankreaskirurgi.

Kirurgisk klinikk,
Seksjon for øvre
gastrokirurgi.

Langtidsoppfølging av
traumepasienter - pasientrapporterte
data

Klinikk for akutt- og
mottaksmedisin

DigiStart: Et digitalt videobasert og
individuell tilpasset

Psykisk helsevern/
Nidaros DPS

e-opplæringstiltak for pasienter på
venteliste i psykisk helsevern

Bytte av biologiske legemidler, trygt
på gruppenivå, men ikke på
individnivå? Utarbeide samlet oversikt
over bivirkninger i forbindelse med
bytte av biologiske legemidler.

Klinikk for ortopedi,
revmatologi
og hudsykdommer,
Revmatologisk
avdeling

Helse Nord-Trøndelag HF

Ny arbeidsflyt og bruk av
velferdsteknologi for å redusere fall

Medisinsk avdeling

65+ Identifisere og hindre skader i
PHVR

Klinikk for psykisk
helsevern og rus

Forbedringsprosjekt: Pasientforløp
amputasjonspasienter

Klinikk for kirurgi Kir3

Trygg utskrivelse gjennom
tverrfaglig samarbeid

Kirurgisk klinikk, avdeling
H3

Kontinuerlig forbedringsarbeid
understøttet av IKT, lære av feil og
uønskede hendelser

Klinikk for medisin og
Rehabilitering

Helse Møre og Romsdal HF

Pasienttryggleik -
Fallforebygging og
legemiddelsamstemming

Klinikk Volda - Seksjon
Medisinsk sengepost
og Kirurgisk sengepost

Sikkerhet for alle; MAP i varig
struktur for læring og forebygging
av uheldige hendelser

Klinikk for kvinner, barn og
ungdom, PHBU

Kjemoterapi hos eldre -
onkogeriatrisk organisering av
tjenestetilbudet

Klinikk for kreft og
rehabilitering og Klinikk
Ålesund sjukehus,
Medisinsk avdeling
Ålesund

Ferdighetstrening i kirurgisk
seksjon ved bruk av simulering
som pedagogisk metode for å
styrke pasientsikkerheit

Seksjon for utdanning og
kompetanse

Kompetanseheving for
forbedring av pasientsikkerheten
ved bruk av simulering og øvelse i
prosedyrer og medisinsk teknisk
utstyr

Klinikk for
kreftbehandling og
rehabilitering, Seksjon
for Kreft og
blodsjukdommer

Foreslår utvidet låneramme

Styret for Helse Midt-Norge RHF skal torsdag 4. februar ta stilling til forslag om utvidet låneramme for bygging av Sykehuset Nordmøre og Romsdal (SNR). Innstillingen er i tråd med vurderingen gjort av Helse Møre og Romsdal HF og innebærer en total økonomisk ramme på 5,95 milliarder kroner for prosjektet.

Publisert 28.01.2021

Sist oppdatert 30.04.2023



Saken om utvidet låneramme fremmes fordi styret for Helse Møre og Romsdal HF har avbestilt kontrakten med Skanska Norge AS og konkludert med at kostnadene blir høyere enn opprinnelig forutsatt. SNR-prosjektet har vært gjennom flere runder der areal er redusert og byggkvaliteter er bearbeidet. Og det anbefales nå at styret for Helse Midt-Norge RHF slutter seg til at SNR skal gjennomføres med

de funksjoner og etter det konsept som er utviklet gjennom samhandlingsfasen.

Saksframlegget og analysen som Helse Midt-Norge RHF har lagt til grunn, bygger på at lånerammen for SNR utvides med inntil 590 millioner kroner og at Helse Møre og Romsdal HF bidrar med minimum 220 millioner kroner i økt egenfinansiering.

Helse Midt-Norge RHF er opptatt av å sikre tilstrekkelige styringsrammer på alle nivå i prosjektet. Finansieringen innebærer derfor avsetninger både regionalt og for helseforetaket. Den økte kostnadsrammen for SNR kan føre til at andre prioriterte investeringer må forskyves og Helse Møre og Romsdal skal derfor gjennomføre en ny bærekraftsanalyse som legges til grunn for arbeidet med langtidsbudsjettet. Forslaget som det regionale styret nå tar stilling til innebærer et styringsmål for SNR-prosjektet på 5,35 milliarder kroner (P50). Kostnader utover dette vil kreve styrebehandling og det forutsettes tett oppfølging av prosjektet.

- At vi lykkes med SNR er av stor betydning for å utvikle og styrke helsetilbudet til befolkningen. Det er beklagelig at utbyggingen er forsinket, men gjennom å avklare de økonomiske rammene nå bidrar vi til å sikre framdrift og det nyoppnevnte prosjektstyret kan gå videre med å forberede anbudsrunder for de ulike delene av SNR, sier adm.dir. Stig Slørdahl i Helse Midt-Norge RHF.

Her finner du sakspapirene til styremøte 3. og 4. februar:

<https://ekstranett.helse-midt.no/1001/default.aspx>

Her kan du følge styremøtet:

Lydoverføring 3. februar - Dag 1 (oppstart 17.00):

<https://youtu.be/tXvfDx9k6tY>

Lydoverføring 4. februar - Dag 2 (oppstart 10.00):

<https://youtu.be/nxOKCwOXVI4>

Forslag til modell for inntektsfordeling i Helse Midt-Norge

I møte 3.-4. februar vil styret for Helse Midt-Norge RHF beslutte justert modell for inntektsfordeling mellom helseforetakene i regionen. Forslaget som legges fram bygger på hovedprinsippene i den oppdaterte nasjonale inntektsfordelingsmodellen mellom helseregionene.

Publisert 28.01.2021

Sist oppdatert 30.04.2023



- Det er lagt ned et grundig arbeid gjennom utredningen vi har gjennomført sammen med våre helseforetak. Vi har også

gjennomført en åpen høring og helseforetakene har kommet med sine innspill. Helse Midt-Norge er den første regionen som tar i bruk den oppdaterte nasjonale modellen innad i egen region og vi har sett at det er nødvendig å gjøre noen tilpasninger. De er knyttet til tre forhold: Kriterier for og størrelse på et regionsykehustilskudd for St. Olavs hospital, innretning for gjestepasientoppgjør mellom våre helseforetak og hvor raskt vi skal fase inn modellen som i vår region i noen grad vil føre til omfordeling av inntekter mellom helseforetakene, sier administrerende direktør Stig Slørdahl i Helse Midt-Norge RHF.

Det er befolkningens behov for helsetjenester som er hovedkomponenten i modellen. Indikatoren som er utviklet for dette er nasjonal og utgjør 98,6 prosent av den økonomiske basisrammen for helseforetakene i vår region. De resterende 1,4 prosent av rammen skal reflektere kostnadsforskjeller. Den nasjonale modellen som fordeler basisrammen mellom helseregionene, bygger på at 75 prosent beregnes ut fra definerte kriterier og 25 prosent er knyttet til helseforetakenes faktiske kostnadsnivå. Dette fungerer nasjonalt, men fanger ikke opp merkostnader knyttet til St. Olavs hospitals funksjon som regionsykehus.

- Gjennom vår høring har vi sett at dette kostnadselementet vurderes ulikt. I vårt saksframlegg har vi beskrevet to måter for å løse dette. Jeg har falt ned på å anbefale en justering av modellen slik at vi legger noe større vekt på helseforetakene faktiske kostnader. Forslaget er å vekte 50-50 prosent i stedet for 75-25 prosent mellom estimert og faktisk kostnadsnivå. Vi mener at vi gjennom det ivaretar finansieringen av regionsykehusfunksjoner ved St. Olavs hospital, sier Slørdahl.

Den økonomiske rammen og det årlige budsjettet for helseforetakene påvirkes også av oppgjør for interne gjestepasienter. I modellen som nå foreslås vil helseforetaket få dekning i forhold til fastsatt kostnadsindeks også for

gjestepasienter. Størst betydning har dette for St. Olavs hospital fordi de har flest gjestepasienter internt. Det er også enighet om et forpliktende samarbeid for å redusere omfanget av gjestepasienter som naturlig bør behandles på sitt lokalsykehus.

I sum er det beregnet at forslaget som nå legges fram for styret i Helse Midt-Norge RHF vil kunne føre til Helse Møre og Romsdal HF får økt sin økonomiske ramme med 177 millioner kroner årlig, Helse Nord-Trøndelag HF får en økning på 24 millioner og St. Olavs hospital får tilsvarende 201 millioner kroner mindre sett i forhold til 2020. Forslaget er at den justerte modellen fases inn over en periode på tre år og dermed får full effekt fra 2024 av.

I forkant av styrebehandlingen vil også Jon Magnussen som ledet arbeidet med den nasjonale modellen, orientere om hvordan ivareta kostnadsforskjeller i en regional inntektsmodell.

Styremøtet og orienteringen gjennomføres på Skype, men er åpent for publikum.

Her finner du sakspapirene til styremøte 3. og 4. februar:

<https://ekstranett.helse-midt.no/1001/default.aspx>

Temaside om arbeidet med ny finansieringsmodell:

<https://helse-midt.no/helsefaglig/helsefaglig/utredning-av-ny-finansieringsmodell>

Her kan du følge styremøtet:

Lydoverføring 3. februar - Dag 1 (oppstart 17.00):

<https://youtu.be/tXvfDx9k6tY>

Lydoverføring 4. februar - Dag 2 (oppstart 10.00):

<https://youtu.be/nxOKCwOXVI4>

Tildeling av kontrakter for pasientreiser i Helse Nord-Trøndelag

Helse Midt-Norge RHF har etter en åpen anbudskonkurranse tildelt pasientreiser i Helse Nord-Trøndelag HF sitt opptaksområde til følgende leverandører

Publisert 28.01.2021

Sist oppdatert 30.04.2023

Kontraktsområde	Kommuner	Leverandør
Område 1	Stjørdal, Meråker, Frosta, Levanger, Inderøy, Verdal og Steinkjer	Busscharter.no AS
Område 2	Namsos, Flatanger og Overhalla	Namdal Taxi AS
Område 3	Nærøysund og Leka	Ghanam
Område 4	Grong, Høylandet, Namsskogan, Røyrvik, Lierne og Snåsa	Taxi Midt-Norge Transport AS

I avtalene stilles det tydelige krav til kvalitet. Dette gjelder blant annet krav knyttet til tjenesteutførelse, kompetanse, opplæring, og kjøretøy samt krav om tilstrekkelig kapasitet og reduksjon av miljøskadelig utslipp. Ivaretagelse av disse

kravene vil sikre en god tjeneste for pasienter med behov for tjenesten i avtaleperioden.

Det ble i konkurransen vist stor interesse med mange tilbydere på flere av kontraktsområdene.

Etter tildelingen er det en karensfrist på ti dager før avtalene kan underskrives.

Oppstart for de nye kontraktene vil være 7. april 2021 med en varighet på to år og videre to opsjoner på forlengelse i inntil tolv måneder hver gang.

Ja til utvidet låneramme

Styret for Helse Midt-Norge RHF har sagt ja til utvidet låneramme for bygging av Sykehuset Nordmøre og Romsdal (SNR). Vedtaket innebærer en total økonomisk ramme på 5,95 milliarder kroner for prosjektet.

Publisert 04.02.2021

Sist oppdatert 09.02.2021

- At vi lykkes med SNR er av stor betydning for å utvikle og styrke helsetilbudet til befolkningen. Vedtaket gjør at Helse Møre og Romsdal nå kan gå videre med å realisere sykehusplanene, sier styreleder Tina Steinsvik Sund i Helse Midt-Norge RHF.

Styret har sluttet seg til at SNR skal gjennomføres med de funksjoner og etter det konsept som er utviklet gjennom samhandlingsfasen. Lånerammen for SNR utvides med inntil 590 millioner kroner og Helse Møre og Romsdal HF må bidra med minimum 220 millioner kroner i økt egenfinansiering.

Modell for inntektsfordeling vedtatt

Styret for Helse Midt-Norge RHF har vedtatt å ta i bruk den foreslåtte justerte modellen for inntektsfordeling mellom helseforetakene i regionen. Modellen fases inn over tre år med full effekt fra 2024 av.

Publisert 04.02.2021

Sist oppdatert 30.04.2023

Styret for Helse Midt-Norge RHF forutsetter at det skal gjennomføres en evaluering av den regionale modellen i 2026. Administrerende direktør skal komme tilbake til styret i år med et forslag til en prosess for å se på finansieringen gjennom modellen, øvrig finansiering og mulige konsekvenser.

- Det har vært ulikt syn på hvordan vi skal fange opp og kompensere for kostnadsforskjeller, det har jeg respekt for. Det finnes ingen absolutt fasit her. Avklaringen som nå er kommet etter en grundig vurdering og vedtak i styret, vil bidra til å sikre forutsigbare rammer for sykehusene våre og et likeverdig tilbud til innbyggerne uavhengig av bosted. Forutsigbarhet er avgjørende for at helseforetakene skal fortsette å utvikle gode behandlingstilbud og gi trygghet for kvalitet både i lokalsykehus og i mer spissede regionale tilbud. Og Helse Midt-Norge RHF vil ha tett dialog om videreutvikling av samarbeidet mellom helseforetakene våre, sier adm.dir. Stig Slørdahl i Helse Midt-Norge RHF.

I sum er det beregnet at justeringen fører til Helse Møre og Romsdal HF får økt sin økonomiske ramme med 177 millioner kroner årlig, Helse Nord-Trøndelag HF får en økning på 24 millioner og St. Olavs hospital får tilsvarende 201 millioner

kroner mindre sett i forhold til 2020. Helseregionen har samlet sett en årlig økonomisk ramme på 23 milliarder kroner. Bevilgningen som fordeles gjennom modellen utgjør 61 % av dette.

Den økonomiske rammen og det årlige budsjettet for helseforetakene påvirkes også av oppgjør for interne gjestepasienter. I modellen som nå foreslås vil helseforetaket få dekning i forhold til fastsatt kostnadsindeks også for gjestepasienter. Størst betydning har dette for St. Olavs hospital fordi de har flest gjestepasienter internt. Det er også enighet om et forpliktende samarbeid for å redusere omfanget av gjestepasienter som naturlig bør behandles på sitt lokalsykehus.

Befolkningens behov

Det er befolkningens behov for helsetjenester som er hovedkomponenten i modellen, og det har vært full enighet om dette i regionen. Indikatoren som er utviklet for å fange opp behovet for helsetjenester er nasjonal og utgjør 98,6 prosent av den økonomiske basisrammen for helseforetakene i vår region. De resterende 1,4 prosent av rammen skal reflektere kostnadsforskjeller.

Den nasjonale modellen som fordeler basisrammen mellom helseregionene, bygger på at 75 prosent beregnes ut fra definerte kriterier og 25 prosent er knyttet til helseforetakenes faktiske kostnadsnivå. Dette fungerer nasjonalt, men fanger ikke opp merkostnader knyttet til St. Olavs hospitals funksjon som regionsykehus. Den justerte modellen for Helse Midt-Norge legger derfor noe større vekt på helseforetakene faktiske kostnader ved å vekte 50–50 prosent i stedet for 75–25 prosent mellom estimert og faktisk kostnadsnivå.

[Du finner mer informasjon om utredningsarbeid, høringsprosess og bakgrunn for modell for inntektsfordeling i](#)

[Helse Midt-Norge på vår temaside.](#)

Sender Trøndelagsutredning på høring

Styret for helse Midt-Norge RHF har vedtatt å sende prosjektrapport om framtidig helseforetaksstruktur for Trøndelag ut på høring og innspillsrunde før den legges fram for beslutning i juni 2021.

Publisert 04.02.2021

Sist oppdatert 30.04.2023

Det var på tampen av 2019 at styret ba om at man fikk utredet mulige fordeler og ulemper ved en eventuell sammenslåing av Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs hospital HF. I løpet av 2020 er det gjennomført en bred prosess som har munnet ut i rapporten som nå altså skal ut på høring til helseforetak, kommuner og andre aktuelle instanser.

Arbeidet har endt opp med å anbefale styrket samhandling mellom helseforetakene i Midt-Norge istedenfor fusjon i Trøndelag. Styrket samhandling gir muligheter for å gjennomføre forbedringer med lavere risiko enn en fusjon mellom helseforetakene. Samhandling vil også skape mer ro og fokus på implementering og gevinst-realiserings av Helseplattformen. Samhandling gir mindre økonomisk risiko, enn en fusjonsprosess, og en unngår en energi/ressurstappende fusjon med usikkert resultat/gevinst, heter det.

Nils Kvernmo inn i styret ved St. Olavs hospital

Direktør for eierstyring i Helse Midt-Norge RHF går inn som medlem i styret i universitetssykehuset

| Publisert 12.02.2021



Kvernmo vil representere det regionale helseforetaket i første omgang fram til valg av nytt styre i mars 2022.

Eierdirektør Nils
Kvernmo

Styringskrav og rammer til helseforetakene

Helse Midt-Norge RHF har holdt foretaksmøter med helseforetakene for å gi styringskrav og rammer for 2021. Smittevern og pandemi gir et spesielt utgangspunkt, men hovedmål og prioriteringer ligger fast.

| Publisert 12.02.2021

<p>Redusere unødvendig venting og påvente i kapasitetsutnyttelsen</p>	<p>Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling</p>
<p>MÅL 2021</p>	<p>MÅL 2021</p>
<p>Bedre kvalitet og pasientsikkerhet</p>	<p>Økonomisk bærekraft</p>
<p>MÅL 2021</p> <p>andel somatiske pasientopphold med pasientskade, målt med metoden GTT, skal reduseres til 10 innen 2023.</p> <p>andel enheter med godt</p>	<p>MÅL 2021</p> <ul style="list-style-type: none"> • Det enkelte foretak skal ha god likviditetsstyring samt sørge for tilstrekkelig likviditetsbuffer gjennom året. Dette medfører drift og gjennomføring av investeringsprosjekter må

Helseforetakene må være forberedt for på å håndtere smitteutbrudd og sykdom i befolkningen. Dette kan gi behov for å øke sengekapasiteten og spesielt intensivkapasiteten. De smittevernsrutinene som er etablert må videreføres, slik at foretakene kan ha mest mulig normal drift gjennom året.

2021 02 12 Styringsbudskap



Styringsdokumentene bygger på disse hovedprioriteringene:

- Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Økonomisk bærekraft

[Plakat med hovedmål for helseforetakene i Helse Midt-Norge](#)

Helsetjenesten har hatt en formidabel utvikling i bruk av digitale møteplasser i løpet av pandemien. Denne utviklingen skal fortsette, helseforetakene skal fortsette å møte pasientene på nett eller telefon der det er mulig. De skal også ta i bruk nye verktøy for å kommunisere og samarbeide internt i regionen.

Helseplattformen vil være en viktig satsing også i 2021.

Utrulling i foretakene nærmer seg, og det er mye som skal planlegges og forberedes, både i egne organisasjoner og i kontakten med kommunehelsetjenesten

Etter kartleggingen av informasjonssikkerhet som SSB gjorde i 2020 er det kommet krav om at regionen skal prioritere arbeidet for å sikre data mot angrep.

Her finner du [styringsdokumenter](#) og [protokoller](#) fra foretaksmøtene med våre helseforetak

Sakspapirer til styremøte 11. mars

Sakspapirer for styremøte i Helse Midt-Norge RHF torsdag 11. mars er tilgjengelig i vår styreadministrasjon på web.

| Publisert 05.03.2021



Styremøte i Helse Midt-Norge starter torsdag 11. mars kl. 1000.

Møtet avvikles som et Skypemøte. Lyd og presentasjoner fra møtet blir strømmet på denne

adressen: <https://www.youtube.com/watch?v=aPLtSUCE9cg>

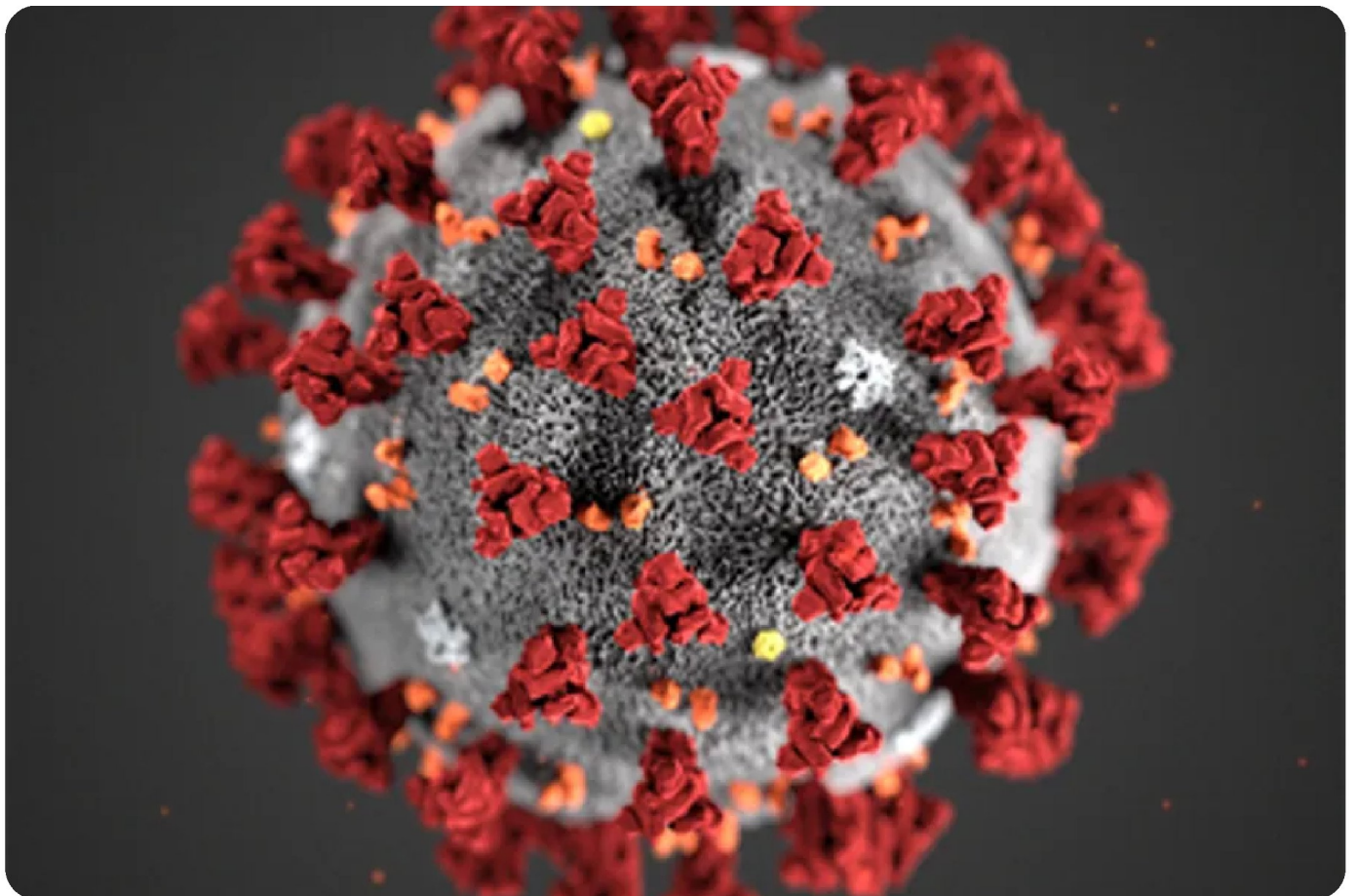
[Sakspapirer og innkalling finner du her](#)

Vurderer mulige bivirkninger av vaksine

Legemiddelverket har mottatt meldinger om blodpropp og blødninger hos yngre etter vaksinerings med AstraZeneca-vaksinen.

Publisert 14.03.2021

Sist oppdatert 30.04.2023



Felles for disse pasientene er at de har hatt nedsatt antall blodplater i blodet. Det er Legemiddelverkets rolle å følge opp disse mistenkte bivirkninger og foreta nødvendige tiltak.

Legemiddelverket ber personer som er vaksinert med AstraZeneca-vaksinen de siste 14 dagene, og som opplever

økt sykdomsfølelse med flere blå flekker (hudblødninger) mer enn tre dager etter vaksinasjon, oppsøke legevakt eller fastlege umiddelbart.

Folkehelseinstituttet har satt AstraZeneca-vaksinen på pause i koronavaksinasjonsprogrammet.

Europeiske legemiddelmyndigheter (EMA) har også iverksatt egne undersøkelser av vaksinen.

Mer informasjon

[Sak på Legemiddelverkets nettsider](#)[Sak på Folkehelseinstituttets nettsider](#)

Flere vaksinedoser til helsepersonell

Den økende smitten i Norge fører til endringer i vaksinestrategien og gjør at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten får 24 000 ekstra vaksinedoser. Helse Sør-Øst og Helse Vest får 15 000. Helseforetakene i Midt-Norge er tildelt 2604 doser de to neste ukene.

Publisert 23.03.2021

Sist oppdatert 30.04.2023



I Helse Midt-Norge settes den denne uken (uke 12) 546 doser Pfizer-vaksine til helsepersonell i risikogruppen og de over 65 som inntil nå ikke har blitt vaksinert.

Neste uke (uke 13) skal det settes 2.058 doser Pfizer-vaksine. Alle doser er førstedose, dose 2 til de som vaksineres nå blir tilsendt senere.

Flere vil bli prioritert

Spesialisthelsetjenesten har i dag ikke nok vaksiner til å vaksinere alle ansatte og det er fortsatt ansatte i gruppen kritiske funksjoner som ennå ikke har fått tilbud om vaksine. Disse blir nå prioritert først. Samtidig starter nå vaksinasjonen av ansatte over 65 år og de med høy risiko for alvorlig sykdomsforløp slik det er definert av FHI. I tillegg vil avtalespesialister og private aktører som har avtale med Helse Midt-Norge bli med i prioriteringen i denne runden.

- Private tilbydere vi har avtale med er bedt om å sende egen prioritering til RHFet, og så tar vi utgangspunkt i denne, men prinsippet er at personell som er kritisk for å ivareta oppdraget til spesialisthelsetjenesten prioriteres først, sier fagdirektør Bjørn Gustafsson i Helse Midt-Norge RHF.



Fagdirektør Bjørn
Gustafsson i Helse
Midt-Norge RHF

Kun ti prosent er fullvaksinert i Helse-Midt Norge

Hittil er i underkant av 2.500 ansatte fullvaksinerte i Helse Midt-Norge. Totalt så har 2.472 ansatte fått to doser av Pfizer vaksinen og 4.900 ansatte fått første dose av AstraZeneca.

Gustafsson skulle gjerne ha kommet mye lenger med vaksineringen av helsepersonell, men understreker at det er gjort en grundig prioritering av de

vaksinene man har fått og har sett det som helt nødvendig at driftskritisk helsepersonell i akutt og intensivfunksjoner har fått vaksiner først.

- Tilstrekkelig med helsepersonell er den største utfordringen regionen har og da er det svært viktig at våre ansatte gis prioritet og blir vaksinert. Nå skal 2604 vaksinedoser settes i løpet av de kommende ukene og disse nye dosene gjør at langt flere blir vaksinert, selv om vi skulle gjerne ha sett at det var mange flere. Etter leveransene vi får i denne omgangen så mangler vi fortsatt vaksiner til over 10000 ansatte i regionen, sier Gustafsson.

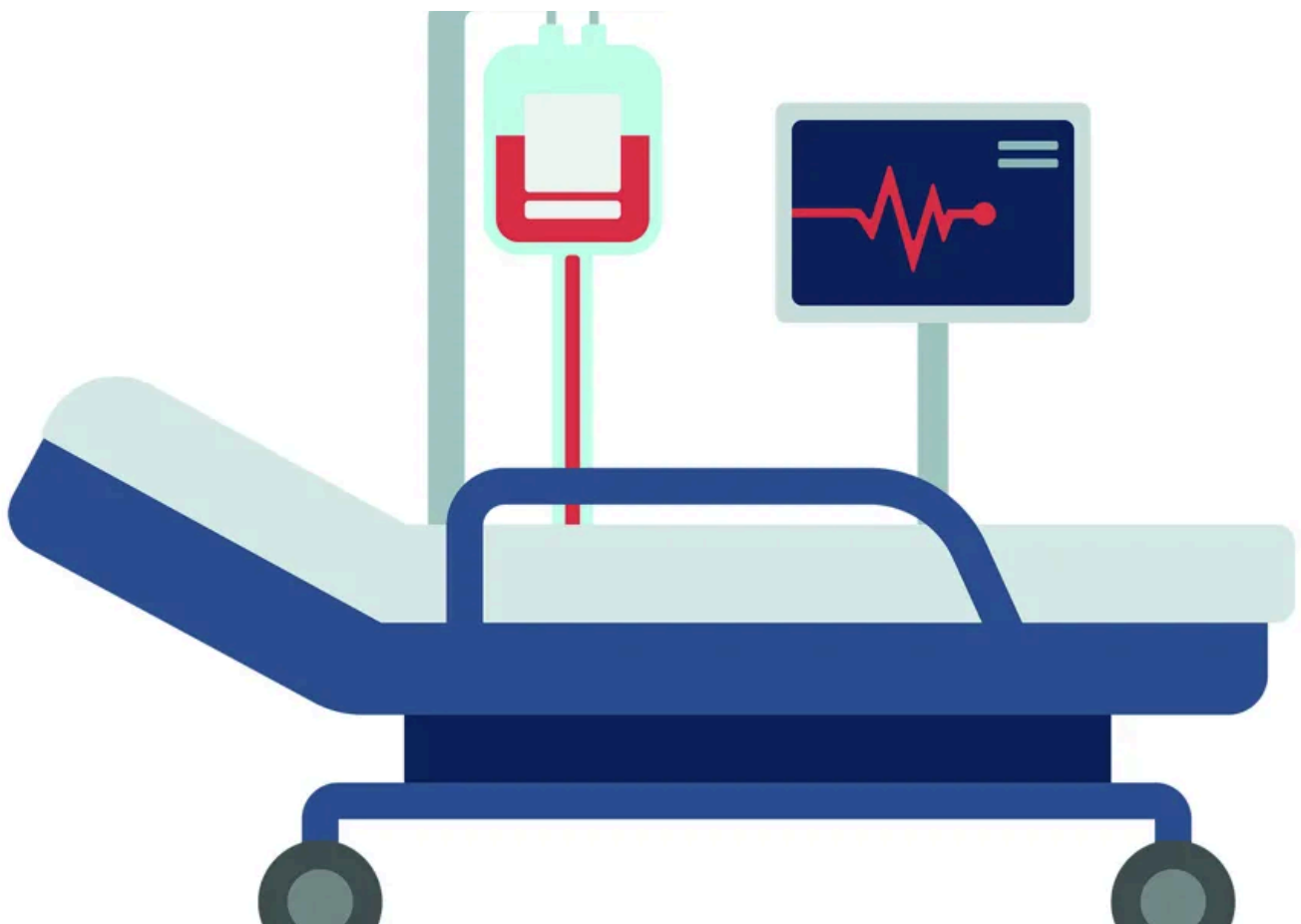
Helse Midt-Norge RHF kommer tilbake med mer informasjon så fort vi får beskjed fra FHI om videre vaksineleveranser.

Uendret antall intensivplasser

Medieomtale har skapt uklarhet om antall intensivplasser i sykehusene i Helse Midt-Norge. Antall intensivplasser er 38 ved ordinær drift og har vært uendret siste året.

Publisert 29.03.2021

Sist oppdatert 30.04.2023



Da Helse Midt-Norge skulle rapportere på antall intensivplasser og muligheten for å øke kapasiteten ifjor, ble det i en tidlig fase ved noen sykehus tatt med annen tilgjengelig sengekapasitet med pustehjelp i tallene. Det har beklageligvis skapt uklarhet. Det offisielle tallet som har vært rapportert for Helse Midt-Norge har hele tiden vært 38 intensivplasser i en normalsituasjon.

I forbindelse med pandemien er det lagt planer for å kunne øke dette til 195 plasser. For ett år siden hadde sykehusene tilgang på 98

respiratorer og det er nå kjøpt inn 46 nye. I tillegg har sykehusene en betydelig reserve gjennom 122 anesthesiapparater som brukes for å gi pustehjelp.

Fordelingen av intensivplasser i en normalsituasjon er slik:

St Olavs hospital (14)

Kristiansund (2)

Molde (4)

Ålesund (6)

Volda (3)

Levanger (4)

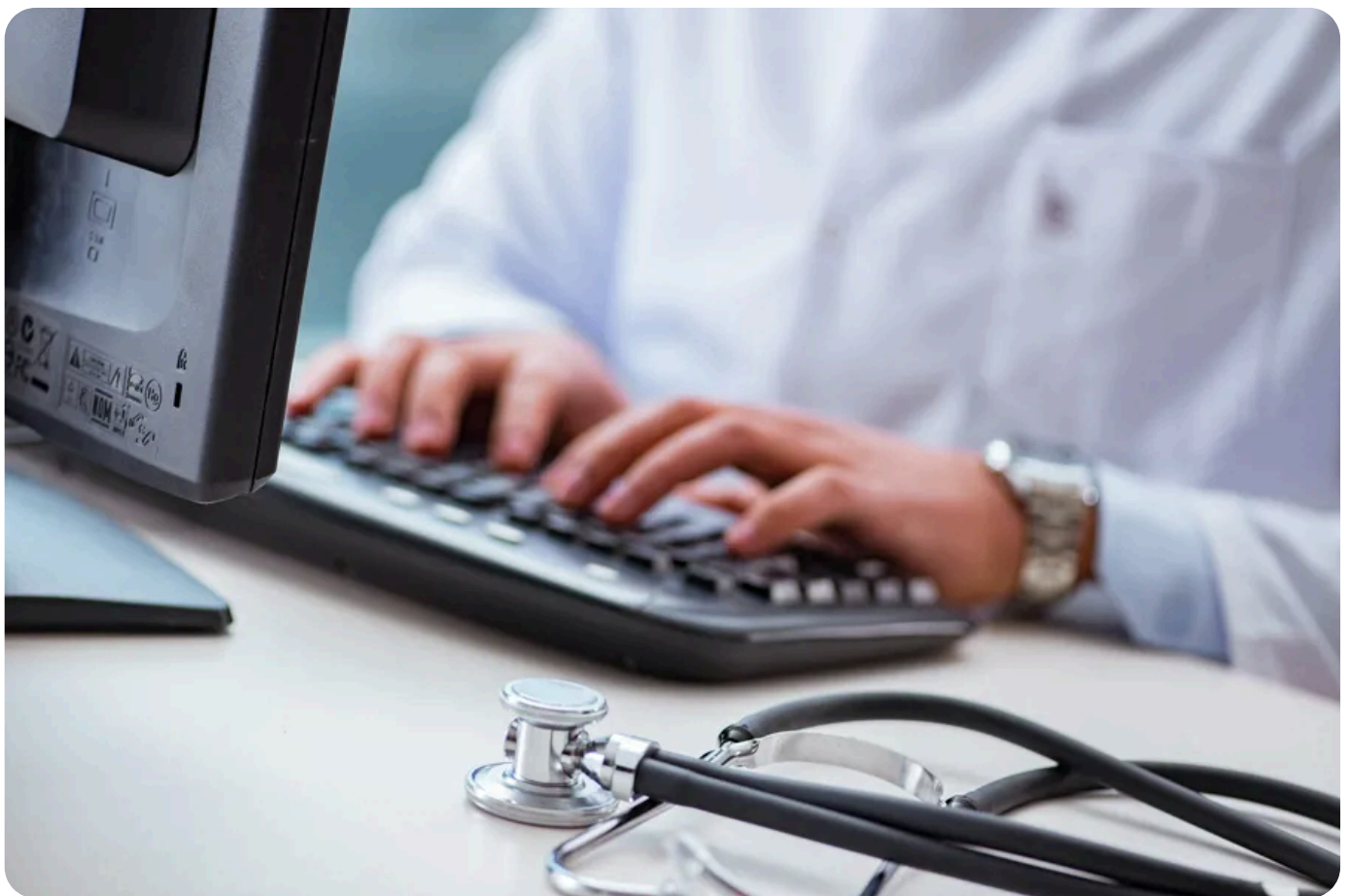
Namsos (5)

Her finner du våre kronikker

Helse Midt-Norge RHF har et eget arkiv for kronikker publisert de siste årene.

Publisert 15.04.2021

Sist oppdatert 16.03.2023



Helse Midt-Norge RHF publiserer jevnlig kronikker for ulike medier.

Nå har vi samlet alle kronikkene på ett sted slik at de skal bli enklere å finne.

Den siste kronikken ble publisert 15. april 2021 med tittelen «Sterke fagmiljøer i regionene er alltid viktig», skrevet av adm. dir. i Helse Midt-Norge Stig A. Slørdahl. Den ble først publisert i Dagens Medisin samme dato.

[Her finner du en oversikt over alle våre kronikker](#)

[Her finner du vårt nyhetsarkiv tilbake til 2002](#)

[Her finner du alle våre utgaver av Magasinet HELSE](#)

[Og her kan du melde deg på vårt ukentlige nyhetsbrev](#)

Pandemien ga ambulansetjenesten nye utfordringer

Med pandemien fikk ambulansetjenesten i Midt-Norge mange nye problemstillinger. Antall ambulanseoppdrag gikk ned, mens «smitteoppdrag» økte med 609,5 prosent.

Publisert 20.04.2021

Sist oppdatert 30.04.2023

Umiddelbart etter at pandemien var over oss i mars i fjor, begynte Ambulansetjenesten i Midt-Norge å legge planer for å sikre bemanning ved utbredt smitte blant befolkningen og ansatte.

Annen aktivitet ble satt på vent i denne perioden, og Fellesfunksjonen bidro med tilrettelegging for felles tilnærming til utfordringene.

Samtidig som jobbhverdagen under pandemien ble helt annerledes, med mange nye og utfordrende situasjoner, fikk Ambulansetjenesten skryt for arbeidet som ble utført i den krevende situasjonen.

Det skriver Ambulansetjenesten i Midt-Norge Fellesfunksjonen i sin årsrapport for 2020.



Faksimile av Ambulansetjenestens i Midt-Norge
Fellesfunksjonens årsrapport 2020

Bredt samarbeid

Arbeidet med felles retningslinjer for smittevern tok mye av tiden de første månedene av året. Ettersom det på dette tidspunktet ennå var mangel på nasjonale retningslinjer og stor usikkerhet om leveranser av smittevernutstyr, var dette arbeidet spesielt viktig.

Ulike forhold og ulikt smittetrykk har tidvis utfordret tanken om enhetlig retningslinje for smittevern i regionen, men ambulanseavdelingene arbeidet tett, og gjennom hyppige møter og revisjoner kom tjenesten styrket ut av det, heter det i rapporten.

Det krevde også samarbeid på en bredere front med blant andre AMK, Luftambulanse og Pasientreiser. Noe av utfordringene var også ulik praksis ved akuttmottakene i regionen. Det skapte støy når oppkledning av personell i mottak ikke stemte med oppkledning fra ambulansepersonell som avleverte pasient.

Sykehusene fikk også en viktig erfaring i forhold til å legge til rette for levering av smitteførende pasienter fra ambulansetjenesten.

Ambulansehverdagen i tall

Sammenlignet med året før var det en nedgang i antall ambulanseoppdrag i 2020 på 7,5 prosent, viser rapporten. Det var færre vanlige oppdrag i alle helseforetak i mars og april, noe som kan være en effekt av pandemien.

Alle helseforetak hadde en nedgang i alle hastegrader, med ett unntak: Helse Møre og Romsdal har en økning i akutte oppdrag. Syketransport har 114 prosent økning i oppdragsmengde. Dette bidrar til nedgang i vanlige oppdrag for den ordinære ambulansetjenesten, og er en ønsket utvikling.

St. Olavs hospital har større andel akutte oppdrag, og halvparten med hastegrad «vanlig» sammenlignet med de andre helseforetakene. Det er en nedgang i kategorien Hjem-Ut-Innkjøring og en tilsvarende økning i syketransport.

Antall oppdrag med smitte, såkalte «smitteoppdrag», økte med formidable 609,5 prosent.

Åpenhet om responstider

Gjennom et [interaktivt kart Fellesfunksjonen har utviklet og som er tilgjengelig for alle på nett](#), legger Helse Midt-Norge til rette for åpenhet om responstider i den prehospitaltjenesten.

Nå ønsker flere helseforetak å delta i publiseringen av responstid i samme portal for å skape åpenhet om mer korrekte responstidstall. Finnmarkssykehuset HF, Helgelandssykehuset, Oslo og Akershus HF, Vestre Viken HF, Nordlandssykehuset HF, Sykehuset Telemark HF, Helse Fonna HF, Sykehuset i Vestfold HF, Sykehuset Østfold HF, St. Olavs hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal HF skal samarbeide om publisering av responstidsdata fra 2021.

Pandemien har vært en utfordring, men har også gitt verdifull læring, fastslår rapporten.

Behovet for digitale møteplasser har økt, samarbeidet mellom ambulanseavdelingene er blitt – og hele ambulansetjenesten fikk et betydelig løft med tanke på kunnskap om og håndtering av smitte, heter det i rapporten.

[**Les eller last ned hele rapporten her \(PDF\)**](#)

[**Vil du motta nyhetsbrev fra Helse Midt-Norge RHF en gang i uka?
Meld deg på her**](#)

Lyser ut regionale forskningsmidler til prosjekter i 2022

Vi lyser ut regionale forskningsmidler fra Helse Midt-Norge RHF til medisinske og helsefaglige prosjekter for oppstart i 2022. Søknadsfrist er 1. juni klokken 15.00.

Publisert 22.04.2021

Sist oppdatert 30.04.2023



Hvert år lyser Helse Midt-Norge RHF ut om lag 60 millioner kroner til forskningsprosjekter innen medisin og helse i regionen. Årets utlysning er nå tilgjengelig på [våre nettsider](#).

Det er Regionalt samarbeidsorgan for utdanning, forskning og innovasjon (Samarbeidsorganet) som lyser ut forskningsmidlene. Utlysningen er åpen for ansatte i helseforetakene i regionen, og for

ansatte ved universiteter/høgskoler og private aktører i samarbeid med helseforetak.

Tildeling vedtas av Samarbeidsorganet i november.

Ulike søknadskategorier

Det lyses ut forskningsmidler innenfor følgende søknadskategorier:

1. Stipend

- Doktorgradsstipend, kjent kandidat
- Doktorgradsstipend, ukjent kandidat
- Postdoktorstipend
- Forskerstipend
- Innovasjonsrettet doktorgradsstipend, kjent kandidat
- Innovasjonsrettet doktorgradsstipend, ukjent kandidat
- Innovasjonsrettet postdoktorstipend -
Innovasjonsrettet forskerstipend

2. Prosjektmidler

3. Utenlandsopphold

Søknadsfrist er 1. juni klokken 15.00.

Stipendstillingene har en varighet på inntil 3 år og det kan søkes om ekstra driftsmidler og ekstra midler for utenlandsopphold i alle stillingskategorier. Det er den ansettende institusjon som er ansvarlig for å følge gjeldende lover-, forskrifter- og avtaleverk for tilsetting av kandidater i stipendstillinger som er bevilget av Samarbeidsorganet. I dokumentet [«Retningslinjer krav og vilkår for søknadskategoriene»](#) finner du gjeldende føringer for søknadskategoriene.

Ønsker Helseplattformen-prosjekt

I utlysningen heter det at søknadene forventes å falle innenfor et eller flere av de aktuelle satsingsområdene, men det oppfordres særskilt til å søke om forskningsprosjekter knyttet til Helseplattformen.

[Les hele utlysningen på Samarbeidsorganets nettsider](#)

Info til deg som skal søke midler

Har du spørsmål, kan du kontakte sekretariatet for
Samarbeidsorganet: samarbeidsorganet@mh.ntnu.no

Nytt styremedlem i Helse Midt-Norge

Kristian Dahlberg Hauge har bedt om å fratre vervet som styremedlem i Helse Midt-Norge RHF. Han er blitt erstattet av Odd Inge Mjøen.

Publisert 22.04.2021

Sist oppdatert 30.04.2023



Det var i foretaksmøtet tirsdag 20. april at det ble kjent at Kristian Dahlberg Hauge har bedt om å fratre vervet som styremedlem i Helse Midt-Norge RHF. Det var derfor behov for suppleringsvalg av nytt styremedlem frem til neste ordinære styrevalg på foretaksmøtet i januar 2022.

Odd Inge Mjøen ble oppnevnt som eieroppnevnt styremedlem for Helse Midt-Norge RHF. Mjøen er avtroppende fylkesrådmann i

Trøndelag fylkeskommune.

[Les \(foreløpig\) protokoll fra foretaksmøtet her](#)

[Her finnes en oversikt over det nåværende styret i Helse Midt-Norge RHF](#)

Hvordan skape gode helsefellesskap?

Norsk sykehus- og helsetjenesteforening (NSH) inviterer til digital utgave av Helsefellesskapsskonferansen.

Publisert 23.04.2021

Sist oppdatert 30.04.2023

Hvordan skape gode helsefellesskap? Det er spørsmålet på den digitale utgaven av Helsefellesskapsskonferansen, som blir arrangert som et dagsmøte 3. juni.

Målet med konferansen er å lage en arena for å dele erfaringer, for en mer sammenhengende helse- og omsorgstjeneste.

Blant innleggsholderne er Anne Grethe Erlandsen, statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet, Tom Christian Martinsen, viseadministrerende direktør ved St. Olavs Hospital og Astrid Nylenna, fagdirektør, programleder oppfølging av Nasjonal helse- og sykehusplan hos Helsedirektoratet.

Les mer og meld deg på på [NSHs nettsider](#)

Vil du motta nyhetsbrev fra Helse Midt-Norge RHF en gang i uka?

Meld deg på her

De fleste kreftpasienter starter behandling til anbefalt tid

Alle de regionale helseforetakene nådde målene innen pakkeforløp for kreft i koronaåret 2020. For Helse Midt-Norges del er det også mange andre positive trender.

Publisert 06.05.2021

Sist oppdatert 30.04.2023



Det viser tallene for 2020 når Helsedirektoratet i dag oppdaterer 90 av 176 nasjonale kvalitetsindikatorer for helsetjenesten. I tillegg publiseres 9 nye kvalitetsindikatorer for pakkeforløp psykisk helse og rus.

[Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem \(NKI\)](#)

De regionale helseforetakene når målene innen pakkeforløp kreft

I 2020 ble 74 prosent av alle pakkeforløp for kreft gjennomført på anbefalt tid. Dette er over målet på 70 prosent og en økning fra 67 prosent i 2019.

Alle regionene nådde målet eller lå tett opptil måloppnåelse i 2020. I Helse Vest og Helse Sør-Øst startet 74 prosent av pakkeforløpet til avtalt tid, mens i Helse Midt-Norge og Helse Nord var andelene på 73 og 69 prosent.

– Vi ser at flertallet av kreftpasientene i 2020 har fått startet behandling innenfor anbefalt tid, og nasjonalt har man en høyere måloppnåelse i 2020 når det gjelder pakkeforløpene for kreft enn i 2019. Dette er vi glad for å se. Vi vet at sykehusene i perioder har måttet ta ned noe elektiv virksomhet og utsatt planlagte behandling for mindre alvorlige tilstander, men kreftpasienter er prioritert for rask utredning på tross av situasjonen helsetjenesten har stått i 2020, sier helsedirektør Bjørn Guldvog.

– Vi er imidlertid også kjent med at det er færre pasienter som har kommet til utredning for kreft i 2020 enn året før. Vi vil følge utviklingen her nøye.

Måloppnåelsen for gjennomføring av pakkeforløp varierer for ulike kreftformer. I 2020 ble målsettingen nådd for første gang for pakkeforløp innen livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft, kreft i skjoldbruskkjertelen og bukspyttkjertelkreft.

Positive trender for Helse Midt-Norge

For Helse Midt-Norges (HMN) del er det mange positive trender å merke seg. Blant annet viser oversikten at HMN nådde målet om at minst 70 prosent av pakkeforløp for 26 kreftformer skal gjennomføres innen standard forløpstid. HMN har samlet sett kortest ventetid i landet når det kommer til gjennomsnittlig ventetid fra

mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes (tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet, TSB). Målet er under 30 dager.

Et annet positivt resultat er at forbruket av bredspektret antibiotika i sykehus ser ut til å gå ytterligere ned i HMN (tilbake 3,9 prosent sammenlignet med 2019). Spesielt i Helse Nord-Trøndelag, som tidligere lå høyt i forhold til landsgjennomsnittet, er nedgangen betydelig. HMN ligger i landstoppen med en total reduksjon på 18,1 prosent fra 2012–2020 – men likevel et stykke unna målsetningen om reduksjon med 30 prosent i 2020.

I likhet med tidligere år ligger HMN desidert lavest i landet på indikatoren korridorpasienter, med 2060 pasienter av totalt 24 769 på landsbasis. Dette er selvsagt positivt, men likevel ikke full måloppnåelse, det vil si null pasienter.

I andel tvangsinnleggelser av innleggelser til døgntil behandling i psykisk helsevern (PHV) ligger HMN godt under landsgjennomsnittet, 17,8 prosent mot landsgjennomsnitt på 20,2 prosent. Andelen er imidlertid økende fra 2019.

På følgende indikatorer oppnår HMN best resultat sammenlignet med landsgjennomsnittet:

- Hoftebrudd operert innen 24 timer (72,1 prosent mot 66,1 prosent – økning)
- Fristbrudd for pasienter som har påbegynt helsehjelp i somatisk helse (6,5 prosent mot 7,7 prosent) og for pasienter som står på venteliste (1,0 prosent mot 5,1 prosent), men økning fra 2019 på begge.
- Andel barn i barnehabiliteringstjenestene som har en individuell plan (IP) eller om IP er under arbeid (29,1 prosent mot 13,6 prosent, nedgang). Andelen går ned i alle regioner.

På følgende indikatorer oppnår HMN dårligst resultat sammenlignet med landsgjennomsnittet:

- Forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) i sykehus (andel av innlagte pasienter). Her ligger HMN i likhet med tidligere år høyere enn de andre regionene, spesielt på urinveisinfeksjoner (1,1 prosent mot 0,6

prosent) og nedre luftveisinfeksjoner (1,3 prosent mot 0,9 prosent).

- Postoperative infeksjoner: Her gjør HMN det dårlig på enkelte indikatorer.
- Pakkeforløp for kreft hos barn, definert ved «Andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for kreft hos barn (52,8 prosent mot. 67,5 prosent, nedgang).
- Ventetid (somatikk) fra henvisning til påbegynt helsehjelp har økt med 4,8 dager i 2020 sammenlignet med 2019 (målsetning: under 50 dager og redusert fra 2019). Her ligger HMN omtrent på landsgjennomsnittet med gj.sn. 64,5 dagers ventetid, men median ventetid er 50 dager. Økningen er forventet i lys av pandemien og vi mener at dette er et godt resultat i lys av pandemien.
- Gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes for psykisk helsevern voksne (PHV): HMN nådde nesten målet på under 40 dager (44 dager), som er ganske likt de andre regionene med unntak av Helse Nord (62,4 dager). Samtidig er HMN den regionen med størst nedgang fra 2019, med 10,3 dager kortere gjennomsnittlig ventetid.

Nye kvalitetsindikatorer for pakkeforløp psykisk helse og rus

Helsedirektoratet publiser nå ni nye kvalitetsindikatorer for pakkeforløp psykisk helse og rus som ble innført i 2019.

Indikatorene måler forløpstid for utredning, forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk og involvering av pasienter i utarbeidelse av behandlingsplan. Resultatene er basert på innrapporterte data fra helseforetakene. Det er et mål at andel pakkeforløp som er gjennomført innen forløpstid for utredning innen psykisk helsevern, skal være minst 80 prosent.

[Les mer om funnene på Helsedirektoratets nettsider her](#)

[Les mer om kvalitet i Helse Midt-Norge her](#)

Diskuterer prioriteringer og nye metoder i helsetjenesten

Stig Slørdahl og Veronika Barrabes diskuterer hva som skal til for å sikre pasienter rask tilgang til nye effektive metoder i helsetjenesten i ny podkast.

| Publisert 21.05.2021



- Den vanskeligste delen av jobben min er å være med i Beslutningsforum for nye metoder, sier Stig Slørdahl, administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF.

- Jobben vår er å avgjøre hva vi skal prioritere inn og ut av helsetjenesten. Vi tar avgjørelser på gruppenivå, men er veldig klar over at dette gjelder enkeltindivid som har forhåpninger om bedre helse og bedre livskvalitet. Hvis vi skal ha en likeverdige helsetjeneste i

Norge, må vi gjøre prioriteringer på tvers av pasientgrupper og sikre at vi har en likeverdig helsetjeneste i hele landet, sier Slørdahl.

Sitatene er hentet fra [podkasten Helsedebatten](#) der temaet nettopp er behovet for prioriteringer og innføring av nye innovative metoder i helsetjenesten.

Under evaluering

Er myndigheter og legemiddelindustrien enige i hva som skal til for å sikre pasienter rask tilgang til nye effektive metoder innenfor en fortsatt offentlig finansiert bærekraftig helsetjeneste? spør Bjarne Håkon Hanssen og Mette Nilstad fra Kruse Larsen som leder podkasten.

Bakgrunnen for tematikken er at systemet for nye metoder nå blir evaluert.

Hvordan oppleves det å være en av de som bestemmer hvilke legemidler norske pasienter kan få tilgang til? Hvorfor er legemiddelindustrien opptatt av at prisene skal være hemmelige? spør podkasten, som i tillegg til Slørdahl har invitert Veronika Barrabes, styreleder i Legemiddelindustrien (LMI) og leder av Novartis Norge.

Proessen med godkjenning

På spørsmål om hva som gjør at et legemiddel blir godkjent, svarer Slørdahl følgende:

- Alle kan melde inn nye metoder og legemidler til systemet, og så blir det tatt stilling til om det skal gjøres en metodevurdering. Det som er viktig når vi eventuelt skal godkjenne et nytt legemiddel, er for det første at det må være dokumentert at det har effekt. Risikoen ved å bruke det må være akseptabel og stå i forhold til nytten og effekten.

- Vi stiller oss spørsmål som: Hvor alvorlig er sykdommen? Hvor mange gode leveår tapes hvis man har sykdommen – og hvor mange gode leveår kan gruppa få med legemidlet? Hva er ressursbruken? Dette må veies opp mot hverandre. Vi må være sikre på at gevinsten er større enn det som eventuelt må prioriteres bort. Vi har en gitt mengde penger, og hver gang vi sier ja til noe, må pengene hentes fra andre deler av spesialisthelsetjenesten, forklarer Slørdahl.

Podkasten kan du høre på [denne nettsiden](#). Den er også tilgjengelig hos, [Spotify](#), [Apple Podcasts](#) eller [Google Podcasts](#).

Flere vaksinedoser til helsepersonell i Midt-Norge

Helse Midt-Norge får til sammen 6800 vaksinedoser til bruk på helsepersonell i uke 22 og 23.

| Publisert 24.05.2021



De 6800 vaksinedosene vil bli fordelt over to uker, og brorparten av dem skal gå til helseforetakene i regionene, forteller fagdirektør Bjørn Gustafsson i Helse Midt-Norge RHF.

- Vaksinene dekker en betydelig del av det totale behovet for vaksiner til våre ansatte med klinisk tjeneste. Totalt er behovet beregnet til 8700. Kommunens vaksinasjonsprogram vil pågå parallelt og avhjelpe oss, sier Gustafsson.



Fagdirektør Bjørn
Gustafsson i Helse
Midt-Norge RHF

Vaksiner til private helseaktører

Det vil også bli satt av doser til private helseaktører som har avtale med Helse Midt-Norge. Disse får doser basert på egen prioritering.

Gustafsson bemerker at det er et stort antall ansatte i Helse Midt-Norge som ikke direkte arbeider med pasientarbeid. Disse vil ikke få tilbud om vaksiner i denne omgangen.

Fabrikk for koronatester

Da korona-smitten kom til Norge og sykehusene begynte å gå tom for testutstyr, fant NTNU-forskere på rekordtid en helt ny metode for å teste folk for korona.

Publisert 01.06.2021

Sist oppdatert 30.04.2023



I mars i fjor, etter flere uker med intensiv testing av koronaviruset, var St. Olavs hospital i ferd med å gå tom for reagenser for å teste folk for sykdommen.

- Vi sa: «Ok, vi kan prøve å lage noe som er uavhengig av leveranser fra internasjonale leverandører», og satte i gang. Vi laget en pilot på en uke, testet det i vår testlab og fant ut at det var svært sensitivt. Slik startet det.

Det sier professor ved Institutt for klinisk og molekylær medisin ved NTNU Magnar Bjørås, som har ledet arbeidet med å utvikle den nye test-metoden.

Vanligvis er slikt testutstyr noe alle sykehusene i Norge kjøper fra store internasjonale firma. Men med den enorme etterspørselen som oppsto under pandemiens første uker i februar og mars i fjor, kunne tilbudet umulig møte den enorme etterspørselen.

Denne artikkelen står på trykk i «Nasjonal forsknings- og innovasjonsrapport i spesialisthelsetjenesten 2020» . [Her kan du lese eller laste ned hele rapporten](#)

Proessen med å diagnostisere korona er tredelt, forklarer Bjørås. Først må man samle inn prøver, deretter ekstraherer man arvematerialet i viruset, før man til slutt kan identifisere arvematerialet og eventuelt påvise korona.

Fabrikk for koronatester



Flaskehals for sykehusene

St. Olavs hospital var ikke det eneste sykehuset som opplevde at det andre steget ble en flaskehals; man var i ferd med å gå tom for reagenser for å ekstrahere virus-RNA fra covid-19-prøver.

De siste 20 årene har norske sykehus brukt ferdige løsninger fra leverandørene for å gjennomføre denne prosessen, såkalte «kit».

Men på 1980- og 90-tallet var dette noe som ble preppet i laboratoriene, forteller Bjørås.

- Vi jobber vegg i vegg med diagnostikken på St. Olav, i laboratoriesenteret på Øya. Det forskningsmiljøet jeg tilhører har lang erfaring med å jobbe med arvemateriale, og er spesielt interessert i de dynamiske prosessene knyttet opp mot arveanlegget og hvordan arvematerialet blir vedlikeholdt, sier han.

Helga etter at piloten ble laget, testet sjefsbioingeniøren på St. Olav 96 prøver der 25 skulle være positive.

Metoden ga full match

- Det var full match med vår metode. Faktisk var vår test litt mer sensitiv enn rutinediagnostikken. Det var et godt svar å få, og da begynte ballen å rulle. Vi så at testen kunne brukes i storskala diagnostikk, og vi visste at vi kunne oppskalere produksjonen i laboratoriet. Allerede på det tidspunktet kunne vi lage titusenvis av tester i uka. I dag kan vi lage millioner av tester i uka, sier Bjørås.



Forsker Anuvansh Sharma og post.doc Vegar Ottesen følger prosessen, mens avdelingsingeniør Yun Liu forbereder nanopartikler av jernoksid. De er alle en del av teamet til Sulalit Bandyopadhyay ved institutt for kjemisk prosessteknologi, NTNU. Foto: Geir Mogen/NTNU

Det første som måtte på plass var en godkjenning for produksjon til bruk i sykehus. Vanligvis har ikke universitetene lov til å produsere verken utstyr, medisiner eller diagnostikk for å bruke på pasienter. Koronaloven som nylig var innført ble da ble brukt for å gjøre et unntak, slik at NTNU allerede i midten av april ble godkjent av Legemiddelverket som produsent av reagenser.

Parallelt var Bjørås og teamet i samtaler med helsemyndighetene om å etablere et beredskapslager med 5 millioner reagenser, og de etablerte samarbeid med flere av de andre universitetssykehusene i Norge.

Selv om metoden kan brukes på hvilket som helst åpent robotsystem, er systemene fra de store leverandørene lukket. Det viste seg å bli et problem.

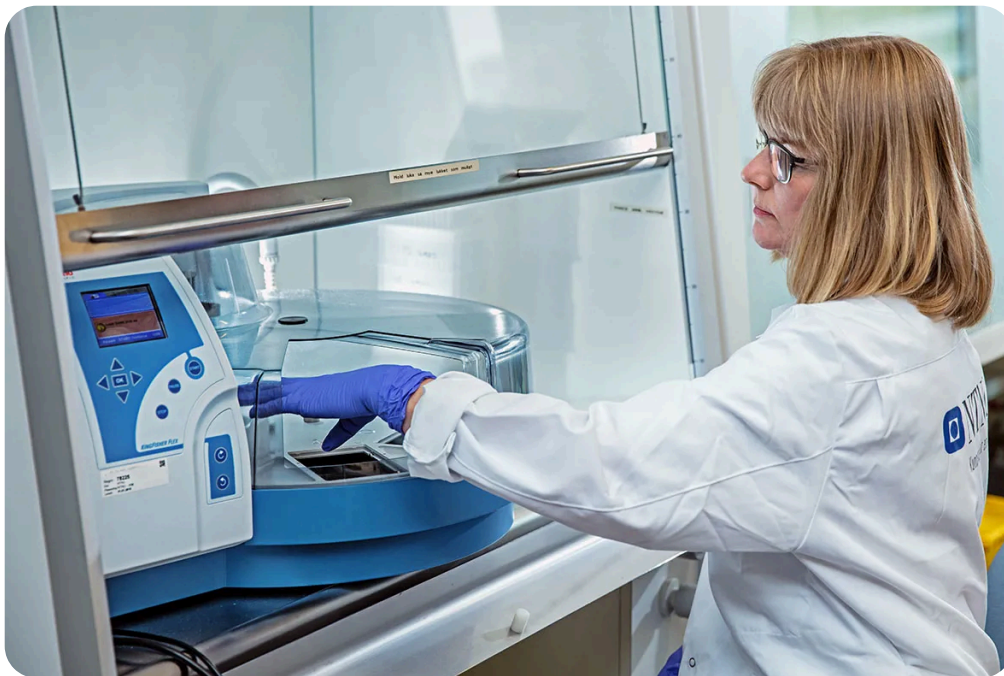
Testet en mill. nordmenn

- Universitetssykehusene har noen åpne, fleksible robotsystemer der en kan designe programmet selv. Og det var det som ble gjort. Vi hadde implementert løsninga på St. Olav og brukte april, mai og juni på å bistå som rådgivere med implementering på de andre sykehusene, sier Bjørås.

Per februar 2021 hadde NTNU-teamet levert mange millioner reagenser og diagnostisert cirka en million nordmenn med sin metode – om lag en tredjedel av alle diagnostiseringer i Norge.

Tidlig i prosessen begynte det å komme forespørsler fra utlandet. Først India, Danmark og Sør-Amerika, siden har de vært i kontakt med sykehus og helsemyndigheter i land i alle verdensdeler – og de har begynt å produsere med tanke på utlandet.

- Utfordringen med å sende testen ut i verden er at det krever en egen godkjenning, og det jobber vi med. Samlet sett har vi sendt ut prøver for utprøving og implementering til mellom 20 og 30 sykehus eller institusjoner, sier Bjørås.



Senioringeniør Hilde Lysvand, institutt for klinisk og molekylær medisin, ved roboten som utfører selve ekstraksjonen av koronavirusets RNA. Foto: Geir Mogen/NTNU

Forskerne har rigget og etablert produksjonslokalene inne NTNU Gløshaugen i Trondheim. Det er blitt en betydelig virksomhet, en koronatest-fabrikk som kan produsere millioner av tester i uka. Derfor ble det i vinter etablert et eget firma som skal stå for produksjon og videre salg.

Forberedt på ny pandemi

- Det viktigste nå er å få firmaet opp og gå slik at de kan gjøre den jobben forskerne har gjort hittil. Og så skal vi fortsette å produsere og levere kjemikalier, sier Bjørås, som aldri har opplevd et så effektivt og produktivt samarbeid noensinne.

- Sammen med miljøet på kjemi og medisinsk fakultet utviklet vi i løpet av en uke en protokoll som fungerte. Vi har aldri samarbeidet før, så det var en fin erfaring og en god prestasjon. Det har vært mye goodwill fra instituttene, fakultetene og opp mot ledelsen. Alle har vært bevisst på at det ikke skulle ligge organisatoriske eller byråkratiske hindringer i veien, sier Bjørås.

Han er sikker på at de erfaringene, teknologien og kunnskapen de har ervervet seg i prosessen kan tas med inn i nye prosjekter knyttet til

nanomedisin – også om det skulle komme en ny pandemi.

- Koronaviruset har vært med oss siden dinosaurene, og blir med oss videre, kanskje som et sesongvirus på lik linje med influensa. Testen vår kan brukes på mye mer enn korona: luftveisvirus, influensa, sykdomsfremkallende bakterier og menneskeceller. Det vi har bidratt med kan fortsatt være en beredskap, sier Bjørås, og legger til:

- Om det skulle komme en pandemi med et annet virus, tror jeg vi kommer til å være langt bedre forberedt, sier Bjørås.

Vil du motta nyheter fra Helse Midt-Norge én gang i uka? [Registrer deg her og motta vårt nyhetsbrev](#)

Forskningsprosjektet koronatest

- I mars 2020 var St. Olavs hospital i ferd med å gå tom for testutstyr for koronavirus. For å forhindre mangel på testmateriell, samt avhengighet av kommersielle aktører, gikk forskere fra Institutt for klinisk og molekylær medisin og Institutt for kjemisk prosess teknologi ved NTNU sammen for å utvikle en egen testmetode.
- Resultatet er en ny metode inspirert av kjente prosesser, som bruker en egenutviklet kjemikalieblanding og fremstilling av magnetiske nanopartikler. Resultater indikerer at den NTNU-utviklede testen er minst like sensitiv sammenlignet med de beste metodene på markedet. Fram til februar 2021 hadde prosjektet levert flere millioner reagenser og vært i kontakt med sykehus og helsemyndigheter i land i alle verdensdeler.
- Cirka 50 personer har vært involvert i prosjektet. Magnar Bjørås har ledet arbeidet ved Fakultet for medisin og helsevitenskap, mens Sulalit Bandyopadhyay har ledet arbeidet med utviklingen av de magnetiske nanopartiklene. Institutt for materialteknologi, avdeling for Mikrobiologi ved St. Olav og NTNU Technology Transfer AS (TTO) har også vært viktige bidragsytere.

Over en milliard til forskning og innovasjon til pasientenes beste

I annerledesåret 2020 ble det forsket og gjort innovasjon for mer enn en milliard kroner i helseforetak landet over. Som tidligere år, går mest penger til kreftforskning.

Publisert 01.06.2021

Sist oppdatert 30.04.2023



Helse- og omsorgsminister Bent Høie med rapporten. Foto: Helse- og omsorgsdepartementet

Forskning og innovasjon i sykehusene gir ny kunnskap til beste for pasienter og pasientbehandling. I fjor ble det brukt 1136 millioner kroner i regionale forskningsmidler, i norske sykehus. Fremdeles går

mest penger til kreft. Det viser rapporten «Forskning og innovasjon til pasientens beste» som ble overrekket helse- og omsorgsminister Bent Høie tirsdag 1. juni.

– Rapporten fra annerledesåret 2020 viser en imponerende omstillingsevne. Rapporten viser tydelig at forskning og innovasjon i sykehusene er relevante og viktige for pasientene, sier han.

LES OGSÅ: [Fabrikk for koronatester](#)

[Her kan du laste ned og/eller lese hele rapporten \(PDF\)](#)

Regionalt samarbeid

Den nasjonale rapporten er et samarbeid mellom de fire helseregionene, og presenterer forsknings- og innovasjonsprosjekt fra små og store sykehus over hele landet. Rapporten er laget for åttende gang, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

– Denne rapporten forteller oss med bilder, ord og tall hvor viktig forsknings- og innovasjonsaktiviteten i sykehusene er for den enkelte pasient, og for utviklingen av gode og trygge helsetjenester. Nok en gang viser den mangfoldet i aktiviteten. Det er med stolthet jeg mottar rapporten. En stor takk til alle som bidrar til at vi har en tjeneste med en god praksis for kunnskap, sier Høie.

LES OGSÅ: [Vil forbedre behandlingen av hjerneslagpasienter](#)

LES OGSÅ: [Mer presis behandling mot kronisk tarmbetennelse](#)

Helse Vest RHF har på vegne av de fire regionale helseforetakene, ledet arbeidet med rapporten. Her blir smakebiter fra 18 prosjekt fra nord til sør presentert, i tillegg til nøkkeltall om forsknings- og innovasjonsaktiviteten.

– Prosjektene viser spennvidden i forsknings- og innovasjonsaktiviteten over det ganske land. Tross utfordringene som pandemien har gitt oss, viser årets rapport omstillingsevnen i helsevesenet, sier fagdirektør i Helse vest, Baard-Christian Schem.

Koronaforskning

Den pågående pandemien har også preget forskningen, noe som viser att i rapporten. Mellom annet et prosjekt i Trondheim hvor forskere på rekordtid fant en ny testmetode da sykehus var i ferd med

å gå tomme for testutstyr. Til nå har de levert flere millioner reagenser og omlag en million nordmenn er diagnostisert med deres metode.

I Bergen har forskere ved Influensasenteret i Bergen undersøkt hvordan immunforsvaret vårt responderer både på covid-19-infeksjon og vaksine. Her har mellom annet over 1600 helsearbeidere og 400 pasienter og husstandsmedlemmer deltatt. Et av resultatene er at mange sliter med tung pust, trøtthet, endret smaks- og luktesans og redusert hukommelse, seks måneder etter å ha vært smitta. Det gjelder også de som ikke har vært innlagt på sjukehus.

Kunstig intelligens

Kunstig intelligens, hvor datasystem lærer av egne erfaringer og løser komplekse problem, kjem mer og mer inn i helseforskning og behandling. I rapporten blir flere prosjekt med kunstig intelligens presentert.

Mellom annet blir kunstig intelligens brukt til å kartlegge psykisk sjukdom, oppdage hjernekreft og i forskning på immunforsvaret til MS-pasienter.

Mer brukermedvirkning

Siste del av rapporten omfatter nøkkeltall for forskning og innovasjon i spesialisthelsetjenesten i 2020. Her kan en mellom annet lese at tallet på avlagte doktorgrader er det høyeste siden 2007, og at tallet vitenskapelige publikasjoner stiger jamt.

Også i 2020 var kreft det fagområdet som fikk flest regionale forskningskroner, med 20 prosent av midlene. Det er nesten dobbelt så mye som de neste fagområdene på listen som er hjerne og nervesystem, og hjerte og kar.

Brukermedvirkning er et mål for å bedre kvaliteten og relevansen i forskning. Her bidrar pasienter og pårørende med sine perspektiv, behov og erfaringer. Brukermedvirkning i forskningsprosjekt har steget jevnt fra 20 prosent i 2014 til 81 prosent i 2020.

I årets rapport er data fra innovasjonsprosjekt finansiert av RHF-ene presentert for første gang. Målet er mellom annet få oversikt over hvem prosjektene samarbeider med. Næringslivet topper listen, men nesten like mange samarbeider med universitets- og høgskolesektoren, andre helseforetak og TTO-er (Technology Transfer Office).

Noen nøkkeltall:

- I 2020 ble det totalt avlagt 351 doktorgrader. Det er det høyeste som er målt i perioden 2007 – 2020.
- I 2020 var det over 4500 vitenskapelige publikasjoner

I 2020 blei 61 prosent av forskningsmidlene i RHF-ene tildelt kliniske studier.

Mer presis behandling mot kronisk tarmbetennelse

Et nytt banebrytende forskningsprosjekt skal utvikle presisjonsmedisin mot kronisk tarmbetennelse. Målet er å komme raskere i gang med bedre behandling og systematisk oppfølging av pasientene.

Publisert 02.06.2021

Sist oppdatert 30.04.2023



- Dette er en ganske stor pasientgruppe og mange blir syke i ung alder, så de har sykdom i en lang periode av livet. Det er veldig stor forskjell mellom ulike personer på forløpet av sykdommen og hvordan de responderer på de ulike medisinene vi har tilgjengelig.

Det sier Arne Kristian Sandvik og Ann Elisabet Østvik, leder og nestleder for det relativt nystartede forskningsprosjektet «CAG-IBD: Precision Medicine in Inflammatory Bowel Disease». Han er professor ved Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU og overlege ved St. Olavs hospital, mens hun er førsteamanuensis og overlege samme sted.

Sammen med flere andre forskere jobber de nå for å utvikle en mer målrettet behandling til en pasientgruppe der det har vært vanskelig å finne riktig behandling, ettersom symptomer, sykdomsforløp og effekten av medisiner ofte varierer.

Denne artikkelen står på trykk i «Nasjonal forsknings- og innovasjonsrapport i spesialisthelsetjenesten 2020». [Her kan du lese eller laste ned hele rapporten](#)

LES OGSÅ: [Over en milliard til forskning og innovasjon til pasientens beste](#)

Utbredt sykdom

IBD står for «Inflammatory Bowel Disease», kronisk inflammatorisk tarmsykdom eller kronisk tarmbetennelse. Sykdommen finnes i to hovedformer: Ulcerøs kolitt og Crohns sykdom. Mens førstnevnte er en kronisk betennelsestilstand i tykk- og endetarmen, kan sistnevnte ramme alle deler av mage- og tarmkanalen, fra munnhule til endetarmen. De vanligste symptomene er diaré og magesmerter.

Mer presis behandling mot kronisk tarmbetennelse



Sykdommen er utbredt og øker i forekomst, med om lag 3500 nye diagnoser hvert år. I dag lever mellom 35 000 og 40 000 mennesker med diagnosen i Norge.

Sandvik og Østvik sier forskningsgruppen ønsker å finne et verktøy som kan anslå sannsynlig sykdomsforløp og egnet behandling til hver enkelt pasient.

- Vi ønsker å standardisere oppfølgingen og samler inn biologiske prøver og kliniske data over en periode på fem år. Vi prøver å fange opp pasientene i det diagnosen stilles, og basert på forskningsresultater dele dem inn i undergrupper, slik at vi forhåpentligvis kan tilby mer effektiv behandling og oppfølging til hver enkelt pasient. Vi tror vi kan finne noen faktorer som predikerer alvorlige sykdomsforløp, eller behov for kirurgi eller effekter av bestemte medisiner, sier Østvik.



Ann Elisabet Østvik

Unikt i verdenssammenheng

- Samtidig er målet med prosjektet å føre dette tilbake til noe som er nyttig for klinikken. Et forskningsresultat er vanligvis nyttig et stykke fram i tid. Men her kan vi føre tilbake den standardiserte diagnostikken og behandlingsvalget og oppfølgingen med en gang.

Klinikerne våre er fantastisk flinke, men man gjør litt forskjellige valg ut fra egne personlige erfaringer, tradisjon på sykehuset etc. Men dette kan standardiseres innenfor det som kalles «good clinical practise», på en måte som er godt både for forskningen og klinikken, sier Sandvik.

LES OGSÅ: [Fabrikk for koronatester](#)

Beskrivelse av sykdomsstatus og behandlingsvalg blir dermed strukturert, og når neste lege eller sykehus overtar ansvaret vil man se tydelig hvilke vurderinger som ligger bak pasientforløpet.

Begge forskerne har arbeidet med IBD-forskning siden 2000-tallet. De har samlet store biobanker, fulgt pasienter over flere år og utgitt mange publikasjoner. De tror fremgangsmåten i prosjektet gjør at de får strukturert materialet de jobber med på en måte som gjør det unikt i en verdenssammenheng.

- Utsagnsverdiene av observasjonene våre blir langt bedre enn et såkalt tverrsnittmateriale der man tar pasienter inn i studien på et hvilken som helst tidspunkt i sykdomsforløpet. Vi har jobbet veldig mye med translasjonsforskning der vi studerer pasientmaterialet i lab. Vi vil gjøre det enda bedre med å strukturere pasientene som tas inn som «forskningsmateriale», sier Sandvik.



Arne Kristian Sandvik

Økende forekomst

I Norge og andre vestlige land har det vært en økende forekomst av IBD, men nå er kurvene i ferd med å flate ut, forteller forskerne. Samtidig opplever land som er i ferd med å bli mer vestlige i levemåte en bratt stigende kurve. Likevel er det vanskelig å si noe om årsaken til sykdommen.

- Det er en viss arvelighet, men den rene arvelige komponenten kan ikke forklare mer enn cirka 15 % av sykkeligheten. Det er omgivelsesfaktorer som helt sikkert betyr noe og som vi ikke har oversikt over. Man snakker også om endret bakterieflora i tarmen, men det er en pågående diskusjon om det er en årsak eller en følge, sier Sandvik.

- Hvis man skal sammenfatte det i én setning så er det slik at vi mener sykdommen skyldes en uhensiktsmessig immunreaksjon mot «noe i tarmen» hos en genetisk disponert person. Det er ikke fryktelig presist, men det er ikke mye mer man kan si foreløpig, sier Østvik.

LES OGSÅ: [Vil forbedre behandlingen av hjerneslagpasienter](#)

Forskningsgruppen er svært tverrfaglig og er i dag 12 ansatte med bakgrunn fra gastroenterologi, sykepleie, patologi, molekylærbiologi og cellebiologi. Den inkluderer også klinikere fra flere ulike sykehus. At forskningslabben er i samme bygg som klinikken, integrert i sykehuset, er en enorm fordel, mener forskerne.

Rammer barn og unge voksne

- IBD er et stort uløst problem der det ikke finnes noen kurativ behandling. Det er en stor pasientgruppe som følges opp både i 10 og 20 år på poliklinikken. Derfor er det et behov for å forbedre behandling og oppfølging, sier Østvik.

- 20–25 % av diagnosene stilles av barneleger, resten er vesentlig unge voksne. De er i avgjørende faser i livet. All behandling handler om å gjøre pasientene så funksjonsdyktige som mulig, samtidig som de skal leve med en kronisk tilstand. Det er grunnen til at vi synes det er en viktig pasientgruppe, sier Sandvik.

De håper å kunne inkludere 200 pasienter per år i tre år i studien, og deretter følge disse 600 pasientene i minst fem år. Da vil de ha store mengder data.

- Vi skaper en kohort som vi kan følge langt inn i fremtiden. Dødeligheten er ikke større i denne pasientgruppen enn hos andre, men er man uheldig kan man bli veldig syk. Med andre går det bra. Det er dette vi må finne ut av, sier Sandvik.

Vil du motta nyheter fra Helse Midt-Norge én gang i uka? [Registrer deg her og motta vårt nyhetsbrev](#)

Forskningsprosjektet «CAG-IBD. Precision Medicine in Inflammatory Bowel Disease»

- Ble startet ved St. Olavs hospital i 2020 og skal vare fram til 2028. Forskningsgruppen har status som CAG – Clinical Academic Groups. Modellen er ment å bringe forskningen nærmere pasientene og sikre forskningsresultater som raskt kommer pasientene til gode.
- Opprettet av NTNU og Helse Midt-Norge for å styrke klinisk relevant forskning på kronisk inflammatorisk tarmsykdom (IBD). IBD står for «Inflammatory Bowel Disease» (kronisk inflammatorisk tarmsykdom eller kronisk tarmbetennelse) og består av ulcerøs colitt og Crohns sykdom. Sykdommen er svært utbredt, i Norge ca. 700 per 100.000 personer. CAG-IBD er et rammeverk skreddersydd til å belyse den biologiske bakgrunnen for den store kliniske variasjonen, føre resultater tilbake til klinikerne for testing og bidra i utviklingen av presisjonsmedisin innen IBD.
- Forskningsgruppen består av 14 medlemmer fra to klinikker og fra forskningslaboratoriet ved MH-fakultetet, samt Institutt for matematiske fag, sykehusene i Levanger og Molde – henholdsvis tre og to involverte, samt en PhD-student eller lege hvert sted. Leder er Arne Kristian Sandvik, mens Ann Elisabet Østvik er nestleder. Samarbeider med forskningsmiljøer i bl.a. USA og Singapore.
- IBD-forskningsgruppen har publisert en rekke vitenskapelige artikler med utgangspunkt i materiale fra pasienter. Les mer om CAG og prosjektet på CAGs nettsider

Vil forbedre behandlingen av hjerneslagpasienter

Kognitiv svikt etter hjerneslag blir ofte oversett av helsevesenet, noe som rammer pasientene. Det vil forskerne bak Nor-COAST studien gjøre noe med.

Publisert 03.06.2021

Sist oppdatert 30.04.2023



- Det er viktig å unngå lammelser og fysiske plager etter et slag. Men det er også viktig hvordan pasientens liv blir etterpå. Vi ser at det er de samme risikoene som gir fysiske handikap, som gir kognitiv svikt etter et hjerneslag. Dette går hånd i hånd, men kognitiv svikt får for lite oppmerksomhet, fastslår Ingvild Saltvedt.

Saltvedt er professor ved Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, og avdelingssjef ved Avdeling for geriatri, St Olavs hospital. Hun er også prosjektleder for Nor-COAST studien, et omfattende forskningsprosjekt som studerer kognitiv svikt etter hjerneslag.

Siden starten i 2015 har 815 pasienter innlagt med akutt hjerneslag fra fem ulike sykehus vært inkludert i studien. Pasientene er fulgt opp etter tre, 18 og 36 måneder, før datainnsamlingen ble avsluttet i mars i fjor.

Denne artikkelen står på trykk i «Nasjonal forsknings- og innovasjonsrapport i spesialisthelsetjenesten 2020». [Her kan du lese eller laste ned hele rapporten](#)

LES OGSÅ: [Over en milliard til forskning og innovasjon til pasientens beste](#)

Omfanget av studien gjør den til en av de største i verden med følgetilstander etter hjerneslag som tema.

- Vi har utviklet en forskningsplattform der vi har samlet veldig mange typer forskere med dette interessefeltet. Det gjør at kunnskapen raskt føres tilbake til klinikken og kommer pasienten til gode, sier Saltvedt.

Vil forbedre behandlingen av hjerneslagpasienter



Bedre liv etter hjerneslaget

Ifølge prosjektlederen har det vært lite forskning på kliniske symptomer på kognitiv svikt etter hjerneslag. Nor-COAST studien tar for seg ulike aspekter, som årsakssammenhenger, metoder for å identifisere risikopasienter, betydningen av fysisk funksjon og fysisk aktivitet og hvordan utviklingen er over tid.

- Jeg jobber på en geriatrisk avdeling og ser at en er for dårlig til å finne pasientene som sliter med dette. Kanskje var ikke selve hjerneslaget så ille, men livet etterpå blir likevel ikke slik de hadde håpet; verken pasienten eller de pårørende forstår hva problemet er. Da er det viktig å få kartlagt hva som er galt og bedre mestringsstrategiene, så livet blir bedre, sier Saltvedt.

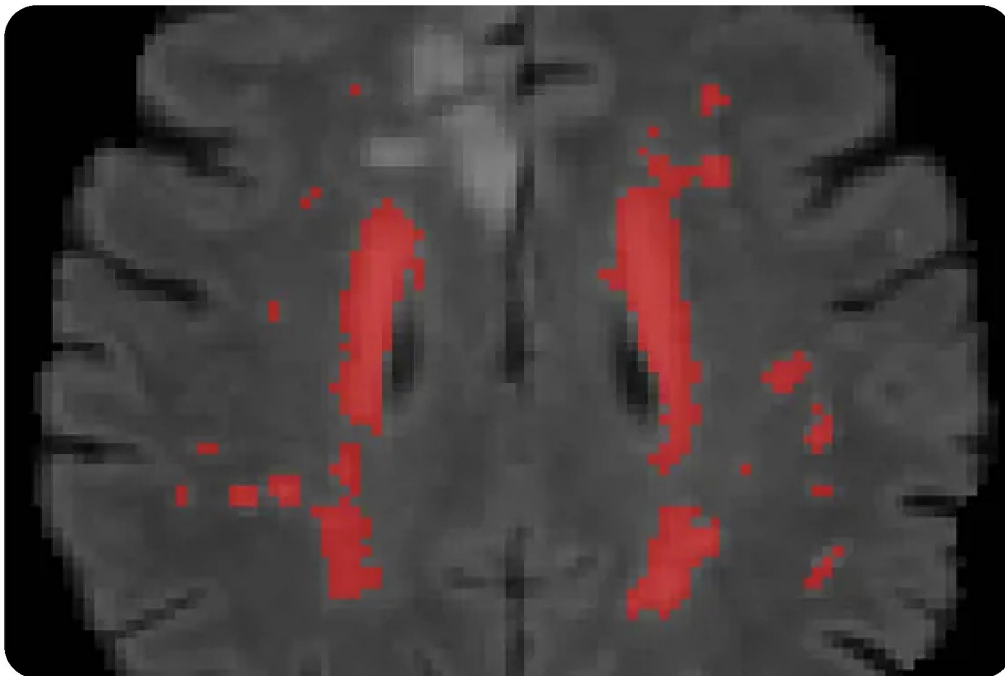
LES OGSÅ: [Fabrikk for koronatester](#)

Mona K. Beyer – overlege ved Avdeling for radiologi og nukleærmedisin, Oslo universitetssykehus og professor ved Institutt for klinisk medisin, Universitetet i Oslo – mener det er viktig å ta gode CT- og MR-bilder av hjernen når folk får hjerneslag.

Beyer er spesielt opptatt av årsakssammenhenger og har sett spesielt på hva som karakteriserer hjernen til de pasientene som får problemer etter hjerneslag.

12 000 rammes årlig

- Vi kan se etter symptomer og forandringer, både over kort og lang tid, og se det i sammenheng med de andre undersøkelsene av hjernen. Vi ser at mange av dem som er med i studien har forandringer i hjernen allerede før de kommer inn. Hva betyr det, og hva har det å si for hvordan det går med pasienten videre? Her har vi mer arbeid å gjøre, sier Beyer.



Slik så et av fotoene av hjernen ut

Hvert år får cirka 12 000 mennesker her i landet av hjerneslag. Selv om alder er den viktigste risikofaktoren, rammes både unge og gamle. Gjennomsnittsalderen for slagpasienter i Norge i dag er 72 år for menn og 77 år for kvinner.

LES OGSÅ: [Mer presis behandling mot kronisk tarmbetennelse](#)

Samtidig har prognosene for pasienter med hjerneslag bedret seg dramatisk de siste årene i takt med utvikling av nye og effektive behandlingsmetoder, forteller Hege Ihle-Hansen, phd og seksjonsoverlege ved Seksjon for hjerneslag, Nevrologisk avdeling, Oslo universitetssykehus.

- Vi er blitt mye bedre på forebyggende og akuttbehandling, så hjerneslagene er mildere enn for noen år tilbake. Folk overlever med mindre skader. Samtidig lever de lengre enn før og må leve i flere år med følgene av hjerneslaget. Vi ser at en del har kognitive følger som har stor innvirkning på livet. I tillegg til å sikre at de ikke får enda et hjerneslag, er det viktig med systematisk kartlegging og oppfølging for at livet skal bli best mulig, sier Ihle-Hansen.

Kroppsbåren sensor 24/7

En del av prosjektet har vært å kartlegge fysisk aktivitet og funksjon hos pasientene ved hjelp av en kroppsbåren sensor. Sensoren ble

festet på låret til deltakerne som gikk med den i sju dager, 24 timer i døgnet, mens den registrerte all form for aktivitet og inaktivitet, intensitet i aktiviteten og energibruk.



Sensorene ble festet på låret til pasientene

- Å ha aktivitetsmåling på så mange pasienter med hjerneslag er unikt i nasjonal og internasjonal sammenheng, sier Torunn Askim, fysioterapeut og professor ved Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU.

- Vi ser på de ulike aktivitetsmønstrene og om det er aktivitetsmønstre som er gunstig med tanke på funksjon eller kognisjon, i tillegg til at vi ser nærmere på sammenhengen mellom et gunstig aktivitetsmønster og bakenforliggende forklaringsmekanismer. Vi kobler oss opp mot biomarkører fra blodprøvedata og MR-data som blir samlet inn i andre arbeidspakker i studien, sier Askim.

Hun tror ikke de viktigste problemstillingene knyttet til målerne er belyst ennå.

Grensesprengende studie

- Kanskje kan et spesielt mønster av inaktivitet vise seg å være assosiert med en uheldig type av kognitiv svikt. Sammen med de andre dataene kan det være med på å gi indikasjoner på hva slags tiltak man kan sette inn i neste runde, sier Askim.

Forskningsgruppa har så langt publisert åtte artikler, og flere ligger til vurdering hos medisinske tidsskrift. Men egentlig har de ikke kommet ordentlig i gang med det de tror vil bli de viktigste resultatene.

- Når vi har publisert enda flere artikler vil vi kunne gi veldig praktiske og konkrete råd både til nevreradiologier, slagmedisinere og andre om hvilke pasienter som står i fare for å få kognitiv svikt, og bidra til å tilrettelegge behandlingen etterpå. Kognitiv svikt etter hjerneslag blir ofte oversett, og dermed faller pasientene lett ut av de oppleggene som finnes i dag, sier Saltvedt.

Nettopp tverrfagligheten i forskningsgruppa, og at de har klart å involvere en såpass representativ pasientgruppe, er avgjørende for forskningsresultatene, tror Saltvedt.

- Pasientene trenger den tverrfaglige tilnærmingen, og det er det som gjør denne studien grensesprengende. Da blir mye av det vi finner ut veldig klinisk relevant og kan tas rett inn i avdelingene. Det er spennende å være med å utvikle kunnskap i et fagfelt man fremdeles vet for lite om.

Vil du motta nyheter fra Helse Midt-Norge én gang i uka? [Registrer deg her og motta vårt nyhetsbrev](#)

Nor-COAST studien: Mental svikt etter hjerneslag

- Engelsk tittel: Norwegian cognitive impairment after stroke study.
- Ble startet i 2015. Datainnsamlingen ble avsluttet i mars 2020.
- Det har vært lite forskning på kliniske symptomer på kognitiv svikt etter hjerneslag, årsakssammenhenger, metoder for å identifisere risikopasienter, betydningen av fysisk funksjon og fysisk aktivitet og hvordan utviklingen er over tid. Det er behov for mer kunnskap om dette.
- Prosjektleder: Ingvild Saltvedt, Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, NTNU og Avdeling for geriatri, St Olavs hospital. Helseforetak/sykehus og enhet som har rekruttert pasienter: Avdeling for hjerneslag, St Olav, Geriatrisk avdeling Helse Møre og Romsdal, Ålesund sjukehus, Geriatrisk avdeling Vestre Viken, Bærum sykehus, Nevrologisk avdeling, Haukeland sykehus, Nevrologisk og Geriatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus, Ullevål. Har samarbeidet med Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, NTNU og Avdeling for geriatri, St. Olav.
- Prosjektet er delt inn i fem delprosjekter, med totalt ni phd stipendiater og én postdoc som jobber med analyser av data. Det er publisert åtte vitenskapelige artikler og 10 masteroppgaver så langt. Forskningsgruppa regner med å generere ny kunnskap i flere år fremover.

- Hver dag blir ekstra viktig

Et liv skal leves, om det blir langt eller kort. Med et sykt barn, blir hver dag ekstra viktig.

| Publisert 10.06.2021

Palliasjon kommer av ordet 'pallium' som betyr kappe, og WHO definerer barnepalliasjon som en aktiv og helhetlig støtte til barnets og familiens fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle behov.

- Vi pleier å si at god barnepalliasjon skal fungere som en beskyttende kappe rundt familiene som trenger det. Det omfatter barn og unge fra 0–18 år som har en livstruende eller livsbegrensende tilstand eller sykdom. Den starter fra diagnosetidspunkt og varer livet ut, og inkluderer sorgstøtte hvis barnet dør. Palliativ behandling bør også tilbys i de tilfellene der man tenker at barnet kan bli frisk, for eksempel ved kreftsykdom, da gis palliasjon parallellt med kurativ behandling, sier overlege i det nyetablerte barnepalliative teamet ved St. Olav, Margrethe Riis Tande.

- Et liv skal leves, om det blir langt eller kort. Med et sykt barn, blir hver dag ekstra viktig. Et kortere liv skal også ha innhold og mening, understreker hun.

[Til hjemmeside regionalt barnepalliativt team, St. Olav](#)

Et liv i timer og tiår

Et barnepalliativt forløp kan vare alt fra timer til dager og tiår. Noen ganger påvises alvorlig sykdom allerede i mors liv, med beskjed om at barnet mest sannsynlig ikke vil leve lenge etter fødsel. Noen barn fødes friske og raske, men får plutselig alvorlig sykdom. Noen ganger finnes det medisin som gjør at symptomene kan utsettes eller at barnet blir friskt, andre ganger finnes det ingen behandling. Noen barn lever med sin sykdom til de er unge voksne, med gradvis tap av funksjon.

– Gjennom alle disse ulike sykdomsforløpene, bør man tenke palliasjon. Innen barnepalliasjon jobber vi med barn med diagnoser som involverer alle organsystemer, med kort eller lang forventet livslengde og med sykdomsforløp med svært variabel forutsigbarhet, forklarer Tande.



BIDRA TIL FORUTSIGBARHET - Det er ikke et mål at vi skal overta pasientansvar, men øke fokus og kompetansen på faget. For eksempel viktigheten av å lage gode planer for tiden som kommer for barn som er alvorlig syke. Vi skal bidra til å gjøre det mer forutsigbart for familiene, være i forkant der det er behov for symptomlindring, og ha en plan over hva som er viktigst for familiene, sier overlege i barnesykdommer ved St. Olav, Margrethe Riis Tande. Foto: Christina Yvonne Kalland

I de tilfellene der barn får alvorlig sykdom i morslivet og kvinnen ønsker å fullføre svangerskapet, bør det lages en plan for både svangerskapet, fødsel og de minuttene eller timene barnet kommer til å leve.

– Planen skal gi trygghet og en viss grad av forutsigbarhet for foreldre. Den skal sikre at barnets korte liv skal være uten lidelser, og at foreldrene sitter igjen med opplevelser som etter hvert kan kalles gode minner. Plutselig alvorlig sykdom hos et friskt barn kan i noen tilfeller helbredes, men behandlingen kan være tøff og uforutsigbar. Det kan for eksempel være cellegift ved kreftsykdom, der prognose og livsutsikt i tillegg kan være usikker. Da er det andre behov som krever en annen tilnærming, sier Tande.

Andre sykdommer har såpass langsom progresjon at barnet kan leve til det er voksent, og vil kunne ha behov for aktiv og helhetlig støtte til ulike behov gjennom livet.

– Ved for eksempel Duchenne muskeldystrofi, vil barnet gradvis kunne miste ferdigheter og få påvirkning av ulike organer. Før døde de som var rammet av denne tilstanden ofte i 20-årsalderen. I dag kan vi gi utsettende behandling og pustestøtte, og mange av barna med denne sykdommen kan leve i 10–20 år lengre enn de gjorde tidligere, forteller Tande.

Tverrfaglig team for bedre livskvalitet

Det overordnede målet til det tverrfaglig sammensatte barnepalliative teamet er å bedre livskvalitet for barn som lever med livstruende eller livsbegrensende sykdommer og tilstander. Det kan gå år mellom hver gang en liten kommune har et så alvorlig sykt barn, og derfor må spesialisthelsetjenesten bidra med god støtte og gode planer, mener overlegen i barnesykdommer.

– Barn som er syke store deler av livet, skal også få ha hverdager og få lov å være barn. De skal få være på skolen og i

barnehagen og være hjemme så mye som mulig. Lek og læring er en viktig del av et barns hverdag, også om barnet er sykt. Derfor er det viktig at familiene støttes der de bor, målet er at kompetansen og gode støtteordninger skal ut i kommunene. Og helsepersonell i kommunene må vite hvor de kan henvende seg, utdyper hun.



BRED KOMPETANSE: Tverrfaglighet står sentralt i palliasjon. En lege er ofte opptatt av de fysiske behovene, men livet er mer enn det. Det barnepalliative teamet består også av en sykehusprest, en sosialfaglig rådgiver og fire sykepleiere. Som gruppe har de samlet mye erfaring og kompetanse, og vil være en arm inn til sin avdeling, der de skal være en ressursperson innen palliasjon. Fra venstre: Sosialfaglig rådgiver Lise Bakke Fornes, barnesykepleier Christin Stav Sommerschild, psykologspesialist Alexander Mogstad, barnesykepleier Linn Sophie Lian, sykehusprest Ståle Arne Vansvik, barnelege Margrethe Riis Tande, sykepleier Julie Murvold, psykiatrisk sykepleier Siw Fossan. Foto: Christina Yvonne Kalland

Den nasjonale retningslinjen om barnepalliasjon kom i 2016. I denne står det blant annet at det bør være palliative team på

alle landets barneavdelinger, og arbeidet med å bygge opp disse på sykehusene i Midt-Norge er i gang.

– Det regionale teamet på St. Olav vil samarbeide tett med disse, og kan bidra med kompetanse og råd i oppstart og videre utvikling. Målet er vi i fellesskap og sammen med primærhelsetjenesten skal bygge opp et godt palliativt tilbud for alle familiene i regionen som har behov for dette, sier Tande.

Hensikten med en nasjonal retningslinje er nettopp å hindre uønsket variasjon i landet, i tillegg til å sikre god kvalitet, helhetlige pasientforløp, riktig prioritering og å løse samhandlingsutfordringer.

– Våre målsettinger er å følge Helseledningsdirektoratets retningslinje om palliasjon til barn og unge, uavhengig av diagnose. I tillegg skal vi være rådgivende og veiledende for helsepersonell i Helse Midt. Vi skal bidra til at barn og ungdom som henvises til oss får god behandling av fagpersoner med kompetanse innen barnepalliasjon. I tillegg skal vi legge til rette for hjemmedød i samarbeid med Avansert hjemmesykehus og kommunale tjenester. Slik kan vi være en ressurs både for pasienten, familiene og helsepersonell som jobber med disse barna, sier Margrethe Riis Tande.

FAKTA

- Omtrent 200 barn dør i Norge hvert år. Rundt halvparten dør i løpet av første leveår.
- Rundt 7500 barn og unge er i kategorien livstruende og/eller livsbegrensende sykdom.
- Eksempler på sykdomsgrupper som er livstruende og/eller livsbegrensende: alvorlig hjertesykdom, progredierende muskelsykdommer, nevrodegenerative sykdommer, kreft, nyfødte med alvorlige utviklingsavvik, svært premature.

- Det er mange ulike sykdommer og det er store variasjoner i forløpene.
- Noen fødes med alvorlige misdannelser og vil leve alt fra noen timer til noen dager.
- Noen har en alvorlig tilstand allerede fra fødsel, mens noen blir gradvis sykere.
- Noen fødes friske, men blir plutselig syke.
- Andre har progredierende sykdommer som gjør at de dør innen få år, mens andre igjen kan dø som unge voksne.

Kilder: SSB, Helsedirektoratet, Fraser et al. Make Every Child Count. The Final Report. Febr. 2020

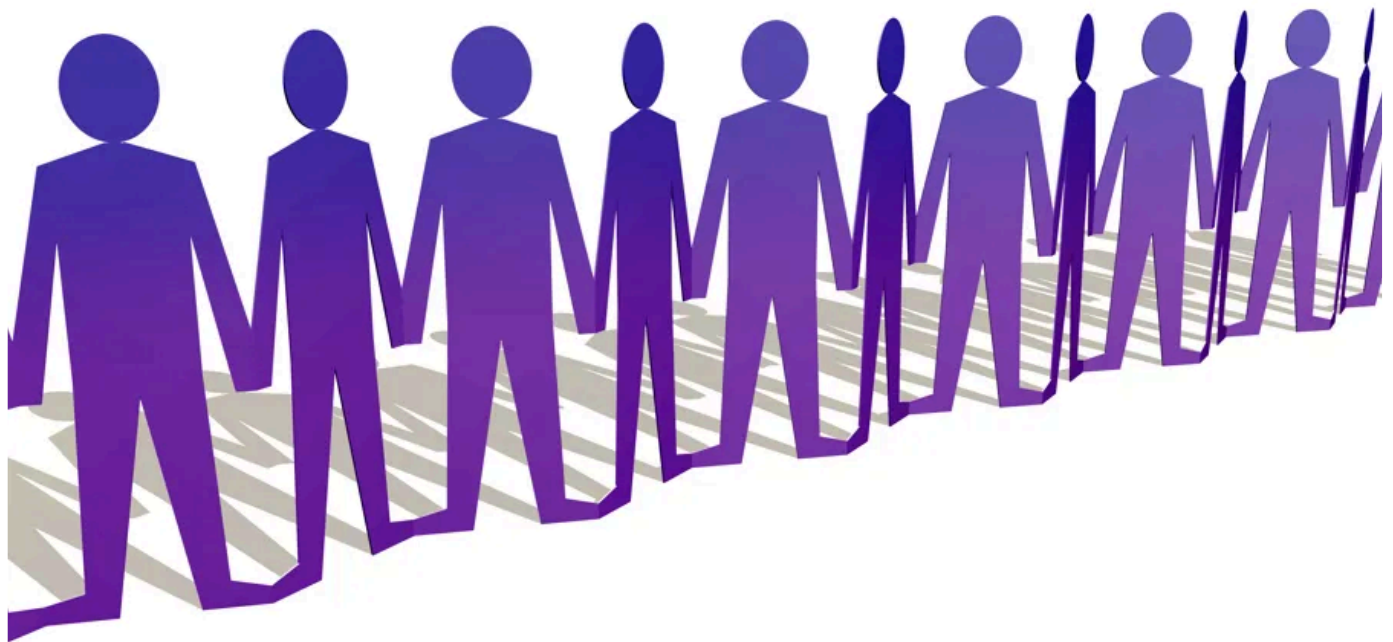
Saken er skrevet av St. Olavs hospital. [Du kan lese hele saken på sykehusets hjemmeside](#)

Driftsorganisasjon for Helseplattformen

Helseplattformen AS vil få en grunnbemanning på 200 årsverk og Helse Midt-Norges andel av driftskostnadene forventes å ligge innenfor det som Helse Midt-Norge har tatt høyde for i langtidsbudsjettet. Det framgår av styresaken som behandles torsdag 17. juni.

Publisert 11.06.2021

Sist oppdatert 14.06.2021



Det er nå knappe ett år igjen til lanseringen av Helseplattformen. Fagpersoner fra sykehus og primærhelsetjeneste i Midt-Norge deltar nå i prosjektet som utvikler og tilpasser det som blir et felles journalsystem for hele helsetjenesten og en pasientportal (HelsaMi) for alle i vår region. Det er St. Olavs hospital, Trondheim kommune og noen fastlegekontor som er først ut. Siden vil løsningen bli rullet ut i

regionens øvrige helseforetak og kommuner. Til nå har nærmere 20 kommuner sagt at de vil utløse sin opsjon og det er avklart at flere kommuner kommer på i løpet av 2022.

Når prosjektet etter hvert avsluttes vil en drifts- og forvaltningsorganisasjon overta. Det er rammen for denne som nå legges. I tillegg til grunnbemanningen på 200 årsverk, er det planen å vokse med ytterligere 40 årsverk i takt med at kommuner og fastlegekontor kobles til. Fordi man antar at sykehusene vil ha behov for å videreutvikle løsningen gis det åpning for 30 årsverk i tillegg i en treårs periode etter lanseringen neste år. Det har vært og vil fortsatt være viktig for Helse Midt-Norge å involvere pasienter og brukere i utvikling av Helseplattformen framover.

Når driftsorganisasjonen er på plass skal kostnaden for Helse Midt-Norge RHF være innenfor de omlag 600 millioner kronene som er satt av langtidsbudsjettet. Helseplattformen vil være en integrert del av driften av helsetjenesten og det betyr at bl.a. helseforetakene må sette av ressurser for å ivareta fagutvikling, faglige prosedyrer, reduksjon av uønsket variasjon og kvalitet. I sum er det anslått i underkant av 50 årsverk for å sikre dette. Dette må løses gjennom intern omstilling.

Helse Midt-Norge IT (Hemit) er underleverandør av teknisk driftsplattform til Helseplattformen og kostnadene knyttet til dette inngår i rammene for Helseplattformen AS og er innbakt i budsjettet. Helse Midt-Norge har dessuten avtale om drift og forvaltning av HMN LAB (nytt laboratoriesystem) som er basert på 19 årsverk og med en årlig kostnad på 25 millioner kroner. Disse kostnadene er inkludert i helseforetakenes budsjett for IKT-tjenester.

Gjennom prosjektet har man nå fått betydelig bedre innsikt i hva som må og bør ligge i en fremtidig drift- og forvaltningsorganisasjon og hvordan dette kan samspille med kundene (helseforetak, kommunene, fastlegene, øvrige opsjonsaktører og andre). Det er blitt innhentet erfaringer fra

bl.a. tilsvarende prosjekt i Danmark (Sundhetsplattformen) og Finland (Apotti). Beslutningen om framtidig drift hviler også på kunnskap basert fra innføringsprosjektet og avklaringer knyttet til det faglige innholdet, samt en nærmere gjennomgang og vurdering av anbefalingene fra EPIC.

Sakspapirer til styremøte 17. juni

Sakspapirer for styremøte i Helse Midt-Norge RHF torsdag 17. juni er tilgjengelig i vår styreadministrasjon på web.

Publisert 11.06.2021

Sist oppdatert 15.06.2021



Styremøte i Helse Midt-Norge starter torsdag 17. juni 2021 kl. 10.00.

Møtet avvikles i Teams. Lyd og presentasjoner fra møtet blir strømmet.

[Streamingen finner du her](#)

[Sakspapirer og innkalling finner du her](#)

Foreslår etablering av Hemit som helseforetak

Styret for Helse Midt Norge RHF skal torsdag 17.juni ta stilling til om Hemit skal opprettes som et helseforetak fra 1. januar 2022. Begrunnelsen er behovet for en tydeliggjøring og styrking av styringsmodellen for IKT i foretaksgruppen.

| Publisert 14.06.2021



Bakgrunnen for forslaget

Helse Midt-Norge IT (Hemit) er foretaksgruppens interne IKT-leverandør. Enheten er i dag organisert som en avdeling i det regionale helseforetaket, men fungerer i stor grad som et eget foretak, med egen direktør, stabsfunksjoner og tillitsvalgte. Hemit har 365 ansatte og er en av Midt-Norges største IKT -virksomheter.

Helse Midt-Norge RHF har fram til nå hatt det juridiske, strategiske og operative ansvaret, mens Hemit har hatt driftsansvaret for de tjenestene som leveres. Grepet som nå tas skal tydeliggjøre organiseringen og styringen av IKT-virksomheten gjennom å organisere Hemit som eget helseforetak. Behovet for en tydelig og helhetlig forvaltning av regionens IKT-systemer har også forsterket seg ytterligere ved innføringen av store systemer som SAP, Epic Beaker og Helseplattformen.

Sammenslåing av Hemit og Driftssenter for Logistikk og Økonomi (DSLØ)

I 2020 ble det etablert et prosjekt for å vurdere IKT-styring og organisering (ISOP) i Helse Midt-Norge. Her har man også sett på organiseringen av regionens felles system for logistikk og økonomi (LØ). I dag er dette delt mellom Hemit og Driftssenter for Logistikk og Økonomi (DSLØ).

En sammenslåing av Hemit og DSLØ vil også gi samordnings- og kompetansegevinster. Det anbefales at DSLØ inngår som en egen enhet i det nye foretaket.

Prosess for godkjenning

Dersom styret slutter seg til anbefalingen om å opprette et helseforetak vil administrerende direktør forberede dette slik at foretaket formelt kan stiftes i et styremøte i løpet av høsten 2021. Før stiftelse må etablering av helseforetak godkjennes av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøte.

Styremøte i Helse Midt-Norge starter torsdag 17. juni 2021 kl. 10.00.

Møtet avvikles i Teams. Lyd og presentasjoner fra møtet blir strømmet.

[Streamingen finner du her](#)

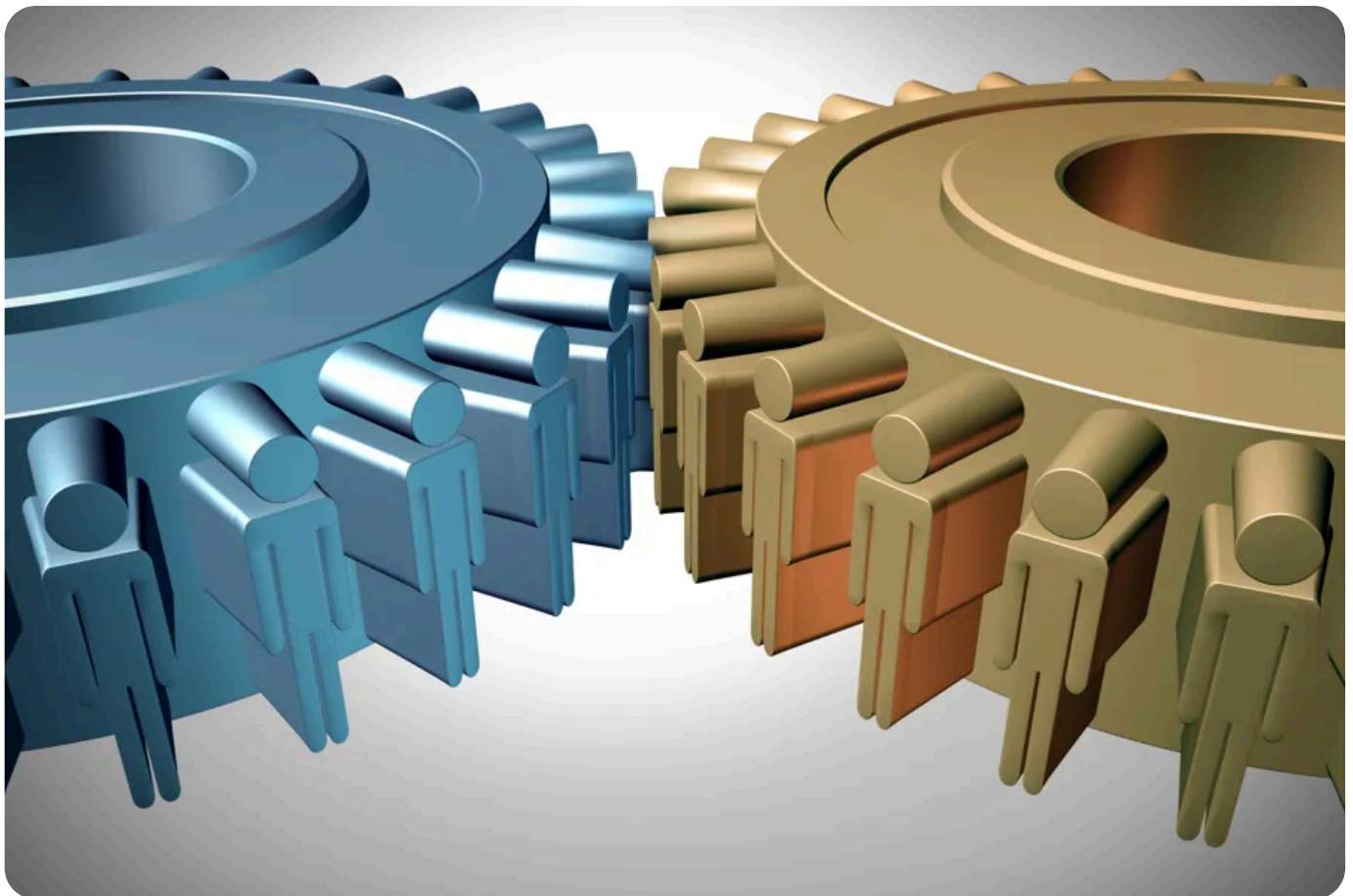
[Sakspapirer og innkalling finner du her](#)

Samhandlingen skal styrkes

Helse Midt-Norge kommer til å legge fram styresak med forslag til styrking av samhandlingen mellom helseforetakene i Trøndelag i september.

Publisert 15.06.2021

Sist oppdatert 16.06.2021



Utredningen om framtidig samhandling og eventuell endring av helseforetaksstrukturen i Trøndelag har vært ute på høring på vårparten og det er få som ønsker å slå sammen Helse Nord-Trøndelag HF med St. Olavs hospital HF.

- Vi kommer til å jobbe med forslag til tiltak for å styrke samhandlingen mellom sykehus og enheter i Trøndelag og resten av Midt-Norge. Sammen med helseforetakene er vi allerede i gang med et prosjekt som ser nærmere på strømmene av interne

gjestepasienter mellom våre helseforetak. Innspillene fra høringen vi har hatt vi bli en del av grunnlaget for den saken vi nå forbereder, sier adm.dir. Stig A. Slørdahl i Helse Midt-Norge RHF.

[Les mer om utredningen av helseforetaksstrukturen i Trøndelag på vår infoside](#)

Der finner du også alle høringssvar i saken.

Forbereder Senter for psykisk helse

Styret for Helse Midt-Norge RHF har gitt sin tilslutning til planene for Senter for psykisk helse i Trondheim. Det legges opp til at første del av konseptfasen kan avgjøres av St Olavs hospital HF og NTNU forutsatt at man holder seg innenfor prosjektets definerte rammer.

Publisert 17.06.2021

Sist oppdatert 18.06.2021

Senter for psykisk helse på Øya har over lengre tid har vært en del av regionens utviklingsplan og langtidsbudsjett. Finansieringen er avhengig av lån og at helseforetaket selv stiller med tilstrekkelig egenkapital. Etter fullført konseptfase er planen å legge fram en beslutningssak for styret for Helse Midt-Norge RHF i desember 2022. Da skal både skisseprosjekt, hovedprogram, kostnadsanslag, ekstern kvalitetssikring og en analyse av hvordan økte kapitalkostnader kan dekkes inn ved reduserte driftskostnader legges fram.

St. Olavs hospital har behov for å samle virksomheten innen psykisk helsevern på færre steder for å gi bedre pasientforløp med raskere og mer presise avklaringer. Dette vil kunne resultere i kortere liggetid, færre reinnleggelser og økt grad av behandling på rett nivå.

En samling av akuttvirksomheten vil gi én vei inn for akutte henvendelser knyttet psykisk helse og rus for barn, unge, voksne og eldre. Nærhet til somatiske avdelinger og akuttmottak, kommunal legevakt og klinikk for rus og avhengighet vil bidra til raskere avklaringer for pasienten. Mandatet for konseptfasen beskriver bl.a. også gevinster for samarbeidet med NTNU og hvordan utbyggingen inngår i universitetets plan for utvikling av campus.

Den foreløpige framdriftsplanen tilsier at Senter for psykisk helse kan tas i bruk i 2028. Kostnad for prosjektet vil avklares gjennom det videre arbeidet, men så langt er det skissert samlet en ramme på nær to milliarder kroner der også universitetsfunksjoner inngår.

Hemit etableres som eget helseforetak

Helse Midt-Norge IT (Hemit) etableres som eget helseforetak. Det besluttet styret i Helse Midt Norge RHF på sitt styremøte i dag. Helseforetaket opprettes 1. januar 2022 på bakgrunn av at det er behov for en tydeliggjøring og styrking av styringsmodellen for IKT i foretaksgruppen.

| Publisert 17.06.2021



- Å velge helseforetak som organisasjonsform vil understreke Hemit sin rolle som en integrert del av spesialisthelsetjenesten. At Hemit blir et eget helseforetak vil

styrke kjernevirksomheten vår, sier Stig A. Slørdahl som er administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF.

Nå legger administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF opp til en prosess der helseforetakene i regionen blir godt informert og involvert i det videre arbeidet. Det vil bli forberedt formell stifting som legges fram for styret i regionen i løpet av høsten 2021. Det vil også fattes vedtak om foretakets navn, vedtekter, hvem som skal være medlem av styret, hvem som skal være foretakets revisor og eierens innskudd i foretaket.

Før stiftelse må også etablering av helseforetaket godkjennes av HOD i foretaksmøte.

Selvstendig enhet

- Allerede i dag operer vi i stor grad som en selvstendig enhet, men en etablering av Hemit som helseforetak vil bidra til at Hemit sin rolle blir mer tydelig og gi oss mer forutsigbare rammer på lik linje med andre helseregioner, sier Paul Gundersen som er direktør i Hemit.

Driftssenter for Logistikk og Økonomi (DSLØ) inngår som egen enhet i det nye foretaket. Målet er at dette vil gi samordnings- og kompetansegevinster.

Få endringer for ansatte

Dagens funksjoner i Hemit og DSLØ vil i all hovedsak videreføres i den nye organisasjonen. Dette utgjør derfor en virksomhetsoverdragelse til det nye foretaket, noe som gir ansatte rett til å beholde stilling og arbeidsbetingelser i det nye foretaket.

Begge enheter har i dag egen ledelse, og drives i stor grad som om de var egne foretak og en omdannelse av et helseforetak antas å ha små konsekvenser for de ansattes arbeidsforhold.

Ansatte i de to enhetene er løpende orientert underveis i prosessen og det er utarbeidet risikoanalyser knyttet til en virksomhetsoverdragelse. Det er i tillegg gjennomført drøftingsmøte med tillitsvalgte i Hemit.

Du finner styrepapirene [her](#)

Sakspapirer til styremøte 2. september

Sakspapirer for styremøte i Helse Midt-Norge RHF torsdag 2. september er tilgjengelig i vår styreadministrasjon på web.

| Publisert 27.08.2021



Styremøte i Helse Midt-Norge starter torsdag 2. september kl. 10.00.

Møtet avvikles i Teams. Lyd og presentasjoner fra møtet blir strømmet.

[Strømmingen finner du her](#)

[Sakspapirer og innkalling finner du her](#)

La fram rapport om innføring av persontilpasset medisin

Rapporten om tilrettelegging for innføring av persontilpasset medisin i helsetjenesten legges nå fram for styrene i de regionale helseforetakene.

Publisert 02.09.2021

Sist oppdatert 12.11.2021



Helse- og omsorgsminister Bent Høie ga i 2020 de regionale helseforetakene (RHF-ene) i oppdrag å utrede og innføre ordninger for midlertidig innføring og revurdering av nye metoder for å tilrettelegge for innføring av persontilpasset medisin i tjenesten.

Rapporten «Utredning og implementering av ordninger for midlertidig innføring og revurdering av nye metoder i Nye metoder for

å tilrettelegge for innføring av persontilpasset medisin i tjenesten» ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) innen fristen 1. juli i år.

Nye metoder

HOD etablerte Nye metoder 2013 og delegerte oppgaven med beslutning om innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten til styrene i RHF-ene. De regionale helseforetakene skal innrette sitt tjenestetilbud basert på tre prioriteringskriterier: nytten av tiltaket, ressursbruken og alvorlighetsgraden av de tilstander som skal behandles. Disse tre kriteriene legges til grunn for vurderingene i Nye metoder.

Beslutningsforum for nye metoder er beslutningsorganet i Nye metoder og består av de administrerende direktørene i de fire RHF-ene.

Persontilpasset medisin

Utviklingen innen molekylærbiologi og genetikk har åpnet muligheten for mer differensiert medisinsk behandling. Der man tidligere behandlet pasienter ut fra grove overordnede kliniske kategorier, vil behandlingen i økende grad bli rettet mot undergrupper med bestemte biologiske karakteristika. Et legemiddel kan ha god effekt på en undergruppe, og ha liten nytte eller ha negative virkninger hos andre pasienter. Den faglige utviklingen åpner på denne måten for en mer målrettet eller presis behandling som ofte betegnes som persontilpasset medisin, eventuelt det noe nyere begrepet presisjonsmedisin.

Utfordringen ved vurdering av presisjonsmedisin er at dokumentasjonen bygger på studier med små pasientgrupper og kort oppfølgingstid, noe som medfører større usikkerhet i dokumentasjonen enn det som er normalt. I tillegg er prisen på legemidlene høy.

Håndtere usikkerheten

Når nye behandlingsmetoder gjøres til gjenstand for vurdering i Nye metoder gjøres en helhetlig vurdering med bakgrunn i de tre prioriteringskriteriene. Sykdommens alvorlighet og ressursbruken (inkludert legemiddelets pris) vil gjerne vært kjente størrelser, men det kan i noen saker være stor usikkerhet om nytten ved

behandlingen. Et av tiltakene i rapporten er derfor å systematisere hvordan usikkerheten håndteres i de helseøkonomiske vurderingene og i beslutningene.

For å fremme presisjonsmedisin kan det unntaksvis være aktuelt å håndtere usikkerheten ved at et legemiddel innføres midlertidig i påvente av ny forskningsbasert kunnskap og dokumentasjon. Det er viktig å påpeke at midlertidig innføring ikke skal bidra til å senke det generelle kravet til dokumentasjon. Det er legemiddelprodusenten som har dokumentasjonsplikten, og det vil være Nye metoder som tar beslutning om når midlertidig innføring er aktuelt.

Ved midlertidig innføring legges det allerede på beslutningstidspunktet en forutsetning om revurdering på et gitt tidspunkt. Det betyr at beslutningen betinger at det i tiden frem til ny vurdering skjer en kunnskapsgenerering som grunnlag for ny vurdering. Beslutningen må også fastsette hvilke kriterier som skal legges til grunn for revurderingen. Hvis det skulle vise seg at behandlingen ikke er nyttig eller at nytten er liten i forhold til prisen, tatt i betraktningen tilstandens alvorlighet, vil det være aktuelt å utfase behandlingen.

Rapporten omhandler legemidler spesifikt. Medisinsk utstyr og diagnostiske tester er ikke blitt vurdert.

Vurderinger og tiltak

Hovedtiltakene som foreslås i rapporten – for å legge til rette for midlertidig innføring, revurdering og utfasing – er kort oppsummert:

- Fastsette kriterier for når midlertidig innføring skal kunne benyttes
- Utvikle metodikk i metodevurderingene for å håndtere og beskrive usikkerhet i metodevurderingene
- Håndtere usikkerhet i beslutningsprosessene
- Benytte alternative prisavtaler som verktøy
- Involvere kliniske fagekspertter i hele prosessen
- Utvide brukerrepresentasjonen i Nye metoder
- Utvikle og benytte helseregistre og kvalitetsregistrene slik at de kan benyttes for spesifikk oppfølging knyttet til

midlertidig innføring og revurdering

- Etablere dialog mellom Nye metoder og de regionale helseforetakenes strategigruppe for forskning for å fremme nødvendige kliniske studier
- Vurdere om det er hensiktsmessig og av interesse å etablere et nordisk samarbeid for helseøkonomiske vurderinger og prisforhandlinger av legemidler hvor midlertidig innføring er aktuelt

Adm.dir. i Helse Midt-Norge RHF Stig Slørdahl vurderer det slik at økt involvering av klinikere og styrket brukerrepresentasjon vil bidra positivt i prosessene i Nye metoder. Han mener videre at det har stor verdi å videreutvikle et nordisk samarbeid om metodevurderinger og prisforhandlinger, og vektlegger spesielt betydningen av forskningsbasert kunnskap for å kunne avklare om en behandling er til nytte eller skade for pasienter.

Administrerende direktør vil følge opp det videre arbeidet med tiltakene som er beskrevet i rapporten.

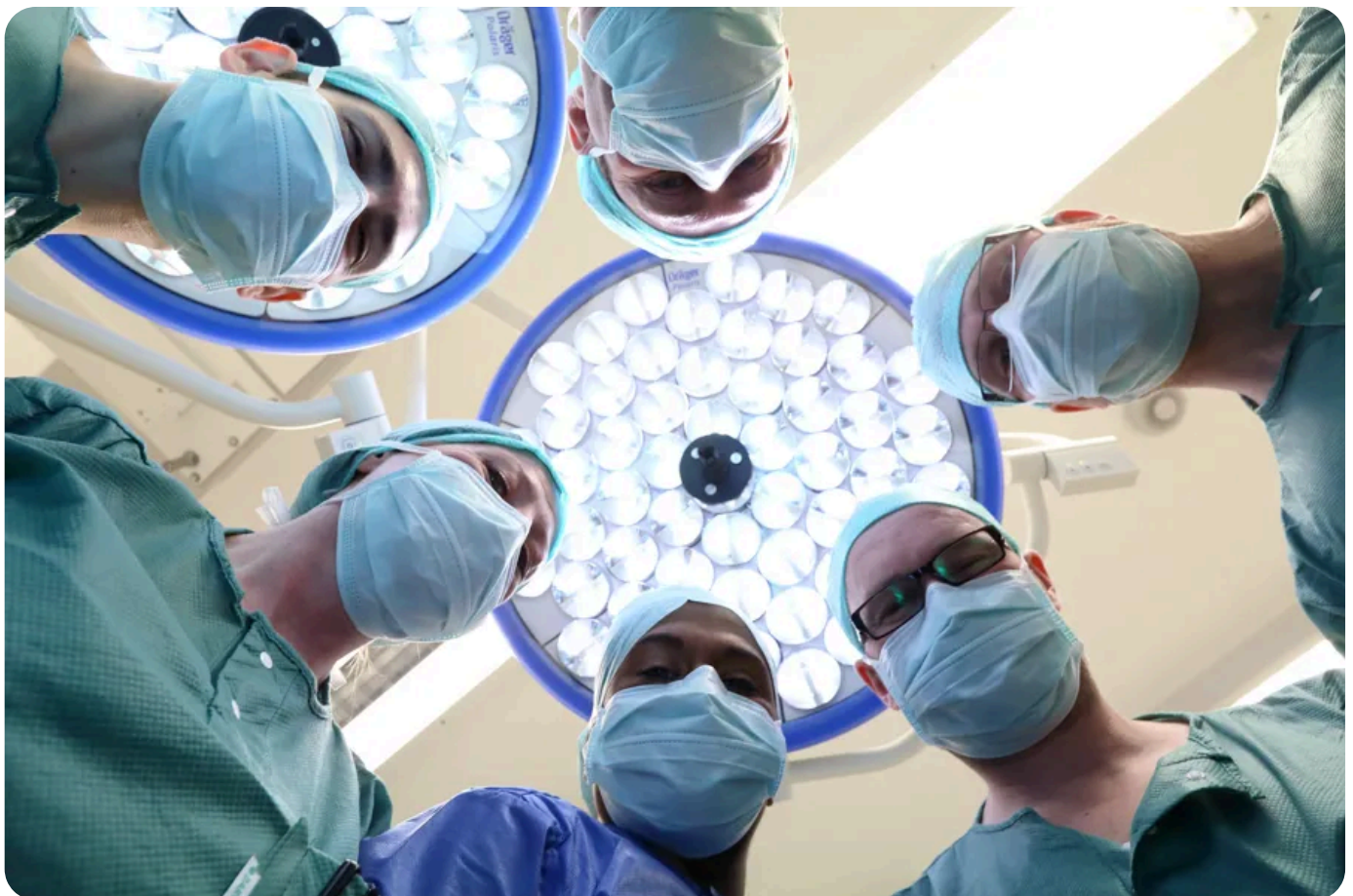
[Her kan du lese sluttrapporten i sin helhet](#)

[Sakfremlegg, kortversjon av rapporten og andre styrepapirer finner du her](#)

God kvalitet i helsetjenesten – men fortsatt mye å jobbe med

Helse Midt-Norge gjør det jevnt over bra på alle indikatorene på tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og har lavest ventetid på somatikk.

| Publisert 17.09.2021



De fleste norske pasienter i sykehus fikk oppfølging av infeksjonsstatus innen 30 dager etter inngrep i 2020. Ny kvalitetsindikator viser at 80,4 prosent av pasientene med akutt hjerneslag fikk en tverrfaglig funksjonsvurdering innen anbefalt tid i første tertial 2021.

Det viser tallene da Helsedirektoratet oppdaterte 78 nasjonale kvalitetsindikatorer for helsetjenesten denne uka. I tillegg publiseres

én ny kvalitetsindikator for pakkeforløp for hjerneslag.

[Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem \(NKI\)](#)

God oppfølging av infeksjonsstatus nasjonalt

Infeksjon i operasjonsområdet etter et kirurgisk inngrep kan få alvorlige følger, og er viktig å følge med på. Slike infeksjoner kan medføre betydelig sykkelighet for pasientene, og redusere helsegevinsten av inngrepet. De medfører også betydelige merkostnader for helsetjenesten. [Kvalitetsindikatorene](#) som omhandler oppfølging av infeksjonsstatus etter seks ulike kirurgiske inngrep viser veldig gode resultater for 2020, og utviklingen er stabil over tid. Det er forholdsvis lite variasjon mellom helseregionene, men på flere områder kan midt-norske sykehus bli enda bedre på oppfølging av infeksjon etter kirurgiske inngrep.

Resultatene for 2020 viser at 94,3 prosent av kvinner som har gjennomgått keisersnitt fikk oppfølging av infeksjonsstatus innen 30 dager etter inngrepet. Andelen keisersnitt hvor det ble oppdaget en infeksjon i operasjonsområdet var på 3,4 prosent. Dette er omtrent på samme nivå som i perioden 2015–2019.

Ny kvalitetsindikator for pakkeforløp hjerneslag

Helsedirektoratet publiserer en ny nasjonal kvalitetsindikator som viser hvor stor andel av pasienter med akutt hjerneslag som får en tverrfaglig funksjonsvurdering inkludert beslutning om videre forløp innen sju kalenderdager etter innleggelse på sykehus. Tidlig kartlegging og vurdering av funksjonsevne er viktig for å kunne gjøre gode valg når det gjelder hvilket videre forløp og rehabiliteringstilbud pasienten bør få. Målet er å gi pasienten et mest mulig målrettet rehabiliteringstilbud som kan øke mulighetene for å gjenvinne tapte funksjoner.

Funksjonsvurderingen gjennomføres i henhold til anbefalingene i Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag, og utføres av fagpersoner i slagenheten. Det er en målsetting at 80 prosent av pasientene bør få tverrfaglig funksjonsvurdering og beslutning om videre forløp innen 7 kalenderdager etter innleggelse i slagenhet, og alltid før utskriving.

Tall for 1. tertial 2021 viser at 80,4 prosent av pasientene med akutt hjerneslag fikk en tverrfaglig funksjonsvurdering inkludert beslutning

om videre forløp innen anbefalt tid. Resultatene viser at det er høy måloppnåelse og lite variasjon mellom helseregionene.

Pakkeforløp psykisk helse og rus

Resultatene for 1. tertial 2021 viser at det er stor variasjon mellom helseregionene og lav måloppnåelse. Målsettingen for indikatorene er at minst 80 prosent av pasientene skal ha blitt utredet og fått evaluert behandlingen innen anbefalt forløpstid. Målsettingen gjelder også for andel pasienter som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan.

Andel pasienter som ble utredet innen anbefalt forløpstid, varierer mellom sektorene. I psykisk helsevern for barn og unge var andelen på 37 prosent i Helse Midt-Norge, mens den i psykisk helsevern for voksne var på 68 prosent. I tverrfaglig spesialisert rusbehandling var andelen på 80 prosent.

Måloppnåelsen for kvalitetsindikatoren forløpstid for evaluering av behandling i poliklinikk, varierer fra 39 prosent i psykisk helsevern barn og unge til 46 prosent i psykisk helsevern voksne.

Andel pasienter som sammen med behandler utarbeidet en behandlingsplan, varierer fra 30 prosent i tverrfaglig spesialisert rusbehandling til 47 prosent i psykisk helsevern for barn og unge. Innen psykisk helsevern for voksne var andelen på 42 prosent.

Oversikten viser at Helse Midt-Norge har et stykke igjen til måloppnåelse på flere indikatorer innen psykisk helsevern barn og voksne, men gjør det jevnt over bra på alle indikatorene på tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Stadig færre korridorpasienter

Nedgangen i korridorpasienter fortsetter. Det har aldri vært så få korridorpasienter i Norge siden indikatoren ble etablert. Det var bare 0,7 prosent av pasientene som måtte ligge på korridor 1. tertial 2021. Det er en nedgang fra 1,1 prosent i første tertial i fjor. I antall utgjør dette 7136 korridorpasienter – det vil si en reduksjon på mer enn 3000 pasienter sammenlignet med samme periode i fjor. Det er noe variasjon mellom helseregionene.

Korridorpasienter er definert som pasienter plassert i seng enten i korridor, bad, skyllerom, dagligstue e.l. kl. 07 om morgenen, på grunn av plassmangel på sykehusene. Det har vært en viktig målsetting å

redusere antall korridorpasienter så mye som mulig. Antallet har gått betydelig ned de siste tre årene, fra 17 658 i 1. tertial 2018, til 7136 1. tertial 2021.

Lavest ventetid på somatikk

Tallene viser videre at Helse Midt-Norge har lavest ventetid på somatikk (fra henvisning til påbegynt helsehjelp), redusert med -4 dager fra forrige tertial, mens de andre regionene øker.

Andre positive tegn er at Helse Midt-Norge ligger lavest på fristbrudd i somatikk, og St. Olavs hospital HF er lavest av alle HF-ene.

Andre positive resultater er at det i hele regionen har vært en jevn økning i hjemmedialyse, spesielt i Helse Møre og Romsdal.

Helse Midt-Norge har som tidligere færrest korridorpasienter i landet. Det er likevel en økning på 57 pasienter siden forrige tertial, mens de andre regionene går ned. Det er Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal som står for økningen.

Helse Midt-Norge er dessverre den eneste regionen som økte forbruket av bredspektret antibiotika i fra 2020 til 2021. Måltallet er 30 prosent reduksjon innen utgangen av 2021 sammenlignet med 2012, mens vi pr. 1. tertial 2021 ligger på -18,7 prosent.

Heller ikke på andel pakkeforløp gjennomført innen standard forløpstid for 26 kreftformer når vi målet på 70 prosent (66,6 prosent).

Når det gjelder infeksjoner generelt er det jevnt over lave tall, men Helse Midt-Norge ligger noe over de andre på flere indikatorer, og har også dårligere oppfølging på infeksjonsstatus etter kirurgi på flere inngrep enn de øvrige.

Les hele saken og mer om kvalitetsindikatorene på [Helsedirektoratets nettsider](#).

Nå er det mulig å søke om innovasjonsmidler fra Helse Midt-Norge RHF for 2022

26 innovasjonsprosjekter fikk tildelt til sammen nesten 19 millioner kroner i innovasjonsmidler fra Helse Midt-Norge RHF i 2021.

| Publisert 17.09.2021



Disse innovasjonsmidlene oppleves som et svært viktig tiltak for å stimulere til innovasjonsaktivitet i helseforetakene, og nå lyses det igjen ut midler til både produkt- og tjenesteinnovasjonsprosjekter i Helse Midt-Norge. Nytt av året er en egen søknadskategori der det tildeles midler for å overføre innovasjoner fra andre helseforetak.

For å opprettholde og videreutvikle en helsetjeneste av god kvalitet – og for å sikre bærekraftige løsninger som dekker behovet på de utfordringene som finnes, er vi avhengig av nye og innovative løsninger.

Derfor lyser Helse Midt-Norge RHF hvert år ut egne midler til innovasjon, som et bidrag til satsingen innen innovasjon i helsetjenesten.

[Her kan du se hvem som fikk innovasjonsmidler i 2021](#)

Ny søknadskategori i år

I år er det for første gang to parallelle utlysninger av innovasjonsmidler fra Helse Midt-Norge RHF:

- Nye innovasjonsprosjekter ved eget helseforetak
 - *Produkt*
 - *Tjeneste*
- Overføring av innovasjon mellom helseforetak – ny i 2021

For å ha søknadsadgang må prosjektleder være ansatt i minst 20 % stilling ved et helseforetak i Helse Midt-Norge. Søknaden skal fremmes gjennom søkerinstitusjonen, og en eventuell tildeling vil bli utbetalt til institusjonen øremerket innovasjonsprosjektet.

Nye prosjekter innenfor tjeneste- og produktinnovasjon kan søke om inntil 750 000 kr, og det stilles krav om 25 % egenfinansiering. Et prosjekt kan få kun tre tildelinger av HMN Innovasjonsmidler, og dettildelte beløpet er for ett år. For den nye kategorien «overføring av innovasjon», kan det søkes om inntil 250 000 kr og det foreligger ikke krav om egenfinansiering. Alle søknader skal forankres hos klinikkssjef.

Midlene kan ikke brukes til større generelle utstyrsinvesteringer.

Satsingsområder

Innenfor produktinnovasjon er det ingen prioriterte tema, men innenfor tjenesteinnovasjon gjelder følgende satsingsområder:

- **Nye arbeidsformer**

- Nye arbeidsformer (ved å nyttiggjøre for eksempel Helseplattformen)
- Bedre bruk av teknologi og mer brukerstyring
- Digital hjemmeoppfølging
- **Pasientmedvirkning**
 - For eksempel ved bruk av HelsaMi
 - Aktivering av pasientens egne ressurser gjennom innsyn, tilgang, samvalg og selvhjelpsløsninger. Bedre brukeropplevelse.
 - Pasienter med kroniske eller sammensatte lidelser
- **Forenkle arbeidshverdagen for helsepersonell**
 - Prosjekter med fokus på å gjøre arbeidshverdagen enklere for helsepersonell.
 - Tiltak/organisering som bidrar til å gi helsepersonell mer tid til pasientene
 - Tiltak som fremmer gjennomføring av praksis for helsefagstudenter
- **Pasientlogistikk**
 - Tilgjengelighet til, og effektiv utnyttelse av, riktige ressurser gjennom pasientforløpet. Samarbeid innad i spesialisthelsetjenesten og mellom tjenestenivåene
- **Psykisk helse og rus**

Helse Midt-Norge er i ferd med å innføre Helseplattformen som vil tilby mange nye løsninger og funksjoner, og søker oppfordres til å ta kontakt med Helseplattformen der dette kan være relevant i forhold til søknaden.

Søknadsfrist er tirsdag 26. oktober klokken 16.00 - men vær obs på at det enkelte helseforetak kan ha sin egen interne søknadsfrist for forankring av søknad i helseforetaket før søknadsfristen til HMN RHF. Søknaden leveres elektronisk i eSøknad.

Les mer om utlysningen og kontaktpersoner på [våre nettsider](#)

Søk pasientsikkerhetsmidler fra Helse Midt-Norge RHF

Er du ansatt i helseforetak* i Midt-Norge og ønsker å videreutvikle helsetjenesten?

| Publisert 19.09.2021



Helse Midt-Norge RHF lyser i høst ut midler til pasientsikkerhets- og kvalitetsforbedringsprosjekter i helseforetakene i regionen. Prosjektene har oppstart januar 2022 og må senest avsluttes sommeren 2023, med en ramme på 50 000 – 300 000 kroner pr. prosjekt.

Målet med midlene er å bidra til at helsetjenesten skal videreutvikles slik at pasienter og brukere får trygg og god helsehjelp. Kommende

utlysning vil prosjekter som bruker resultater fra [nasjonale medisinske kvalitetsregistre](#) prioriteres.

Prosjekter som ikke treffer disse områdene, skal være relatert til

- satsingsområdene i [Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring \(2019–2023\)](#),
- psykisk helsevern og TSB, eller
- samhandling

Mer detaljert informasjon vil komme i utlysningstekst, som publiseres innen kort tid (senest 1. oktober). Dersom dette er aktuelt for deg og ditt fagmiljø, oppfordrer vi til å begynne å tenke på utforming av prosjektet allerede nå. Følg med på sosiale medier og her på nettsidene for mer informasjon om utlysningen!

Disse fikk tildeling i 2021:

[Tildeling av pasientsikkerhetsmidler for 2021 \(nyhetssak\)](#)

Kontaktperson HMN RHF:

Rådgiver for kvalitet og pasientsikkerhet [Maria Henningsen](#), tlf. 47 61 86 29

**Gjelder Sykehusapotekene HF, Helse Møre og Romsdal HF, Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF*

Utlysning av midler for å styrke kvalitet, relevans og kapasitet i praksisstudier

Vi lyser ut inntil 10 millioner kroner til prosjekter som har som mål å styrke kvalitet og relevans i praksisstudier. Søknadsfrist er 1. desember 2021.

Publisert 21.09.2021

Sist oppdatert 15.10.2021



Hvert år lyser Helse Midt-Norge RHF ut midler til prosjekter som har som mål å styrke kvalitet og relevans i praksisstudier, slik at praksisstudenter i helse- og sosialfagutdanningene i spesialisthelsetjenestene i Midt-Norge oppnår forventet

læringsutbytte og forberedes til å møte dagens- og fremtidens behov i helsetjenesten.

Det kan søkes om inntil kr. 2 million per prosjekt. Prosjektperioden er for 1–3 år med oppstart i 2022.

Midlene tildeles av Regionalt samarbeidsorgan for utdanning, forskning og innovasjon mellom Helse Midt-Norge, universitet og høyskoler.

Søknadene forventes å falle inn under ett eller flere satsingsområder der innovative samarbeidsprosjekter har til hensikt:

- å utvikle praksisstudiene, vurdere alternative former for gjennomføring av praksis for å sikre styrket kapasitet og samtidig sikre kvalitet og sammenheng mellom læringsaktiviteter og læringsutbytter
- å særlig vurdere hvordan simulering og ferdighetstrening som læringsaktivitet kan fungere både som et supplement, men også integrert i praksisstudier.
- å sikre at kvalitet på veiledning av studenter opprettholdes når antall studenter økes
- å utvikle gode modeller for kombinerte stillinger

Følgende personer kan søke:

- Ansatte i helseforetak i Helse Midt-Norge.
- Ansatte ved universiteter og høyskoler i regionen.

[Les utlysningsteksten i sin helhet her](#)

Sakspapirer til styremøte 30. september

Sakspapirer for styremøte i Helse Midt-Norge RHF torsdag 30. september er tilgjengelig i vår styreadministrasjon på web.

| Publisert 24.09.2021



Styremøte i Helse Midt-Norge starter torsdag 30. september kl. 09.00 på Scandic Nidelven i Trondheim.

[Sakspapirer og innkalling finner du her](#)

Regional brukerkonferanse 2021

Regionalt brukerutvalg arrangerer sin årlige konferanse om brukermedvirkning i helse- og velferdstjenesten.

Publisert 28.09.2021

Sist oppdatert 21.10.2021



Konferansen finner sted tirsdag 9. og onsdag 10. november 2021.

Det blir oppstart tirsdag 11.30 med lunsj, mens konferansen avsluttes til lunsj dagen etter. Sted er Scandic Hell Hotell, Værnes, Stjørdal.

Tema dag 1: Psykisk helse

**Tirsdag 9.
november**

2021

Kl. 11.30–
12.30

Lunsj

Kl. 12.30–
12.40

Velkommen

Snorre Ness, leder
Regionalt
brukerutvalg (RBU)

Kl. 12.40–
13.15

Utfordringsbilde psykisk helse

Nasjonale føringer og regionale utfordringer

Ragnhild Johansen,
assisterende fagdirektør
Helse Midt-Norge RHF

Kl. 13.15–
14.00

Utviklingsprosjekt

«Hvordan kan aktørene i helsevesenet arbeide for å oppnå trygg overføring, verdig bosetting og godt samfunnsvern for pasienter med psykiske lidelser og voldsrisiko?»

Antje Daniela Gross-Benberg, avdelingssjef
St. Olavs hospital HF og
Siv Iren Stormo Andersson,
kommunalsjef
Kristiansund kommune

Kl. 14.00–
14.30

Pause

Kl. 14.30–
15.00

Pakkeforløp psykisk helse

Marian Ådnanes,
seniorforsker Sintef
Digital, avd. helse

Kl. 15.00–
15.30

Helhetlige pasientforløp innen PH

Opplevelser fra pasientperspektiv

Hege Hafstad, ADHD
Norge og Vårres
Regionalt Brukerstyrt
senter

Kl. 15.30–
16.00

God brukermedvirkning i PH og TSB

Jens Solem, RBU og
Perka Eriksen,

Skille mellom
brukerrepresentant og
erfaringskonsulent

erfaringsmedarbeider
Lade
Behandlingssenter

Kl. 16.00–
16.45

**Gruppearbeid:
Refleksjoner rundt tema
psykisk helse**

- *Unge voksne*
- *Koronapandemien*
- *Utenforskap*

Kl. 16.45–
17.00

Oppsummering

Snorre Ness, leder
Regionalt
brukerutvalg

Kulturelt innlegg

Kl. 19.00

Felles middag

Tema dag 2: Rehabilitering

**Onsdag
10.
november
2021**

Kl. 08.30–
09.30

**Administrerende
direktørs orientering**

Dialog om aktuelle saker

Stig Slørdahl, adm.dir.

Helse Midt-Norge RHF

Kl. 09.35–
09.40

**Introduksjon
rehabilitering**

Snorre Ness, RBU og
Torbjørn Akersveen,

RBU

Kl. 09.40–
10.10

Hva er habilitering og rehabilitering?

Sigmund Gismervik,
klinikkssjef St. Olavs
hospital HF, leder
Regionalt fagnettverk
for fysikalsk medisin
og rehabilitering

Kl. 10.10–
10.25

**Brukererfaring med
rehabilitering**

Torbjørn Akersveen,
RBU

Kl. 10.25–
10.45

Pause

Kl. 10.45–
11.15

**Rehabiliteringstilbud i
Midt-Norge**

Tore Jo Nilsen, senior-
rådgiver Helse Midt-
Norge RHF

Kl. 11.15–
11.45

**Regional
vurderingsenhet (RVE)**

**Anne Kristine
Vevelstad**, leder
RVE/HMN og **Elin
Marita Segtnan
Ytterstad**, overlege
fysikalsk medisin

Kl. 11.45–
12.15

**Forutsetninger og
muligheter for
samhandling på bruker,
utøvernivå med
helsefellesskap og
Helseplattformen som
redskap**

Lene Stene Salberg,
samhandlingsleder
for kommunene i
søndre del av
Trøndelag

Kl. 12.15–
12.50

**Norge trenger en
rehabiliteringsreform**

Lilli Ann Elvestad,
generalsekretær FFO

Kl. 12.50–
13.00

**Oppsummering og
avslutning av
konferansen**

Snorre Ness, leder
Regionalt brukerutvalg

Kl. 13.00

Lunsj

Med forbehold om endringer.

Reisen til konferansen dekkes av det lokale brukerutvalget eller brukerorganisasjonen. Opphold fra tirsdag til onsdag dekkes av Regionalt brukerutvalg.

Påmeldingsfrist: 18. oktober 2021

Lenke til påmelding Regional brukerkonferanse 2021:

<https://response.questback.com/helsemidtnorge/vlrjv4agv>

Brukerorganisasjoner: utlysning av midler for 2022

Jobber organisasjonen din for å skape helsefremmende aktivitet? Nå lyser vi ut midler som dere kan søke på innen 1. desember

Publisert 01.10.2021

Sist oppdatert 23.11.2021



Tilskuddene utlyses 1. oktober hvert år og har fast søknadsfrist 1. desember. Det er bare brukerorganisasjoner som har tilhørighet i Trøndelag og Møre og Romsdal som kan søke.

Retningslinjene for tildeling er laget i samarbeid med Regionalt brukerutvalg for Helse Midt-Norge RHF.

Søknadsskjema

Det elektroniske søknadsskjemaet kan ikke mellomlagres, men vi har laget et kladdeskjema som du kan bruke til å samle alle opplysninger før du fyller ut søknadsskjemaet.

[Her finner du søknadsskjemaet](#)

Infomøte 18. oktober 2021

Vi vil gjerne invitere til et kort infomøte for alle brukerorganisasjoner den 18. oktober kl 13:00.

Her vil vi gi tips til hvordan skrive en god søknad, presisere retningslinjene om noen synes de er uklare, gi tips om hvordan noen brukerorganisasjoner har løst utfordringene med nedstengning og prøve å svare spørsmål.

Møtet ble gjennomført som planlagt, men med store tekniske problemer. Opptaket er derfor ikke tilgjengelig. All nødvendig informasjon ligger søknadsskjemaet og i [presentasjonen som du finner her \(PDF\)](#).

Har du spørsmål om utlysningen kan du sende en epost til postmottak@helse-midt.no

Fikk du støtte til aktiviteter i 2021?

Om du fikk støtte til inneværende år skal du rapportere inn hva pengene ble brukt til samtidig som du søker om midler for neste år.

Fikk du støtte og ikke skal søke om midler for 2021 må du rapportere inn for aktiviteten i 2021 på [et eget skjema som du finner her](#).

For 2021 ble det fordelt ca 8 millioner kroner. I tillegg fikk flere organisasjoner overført ubrukte midler fra 2020 til 2021.

[Oversikten over hvilke organisasjoner som fikk midler finner du her \(PDF\)](#)

Helse Midt-Norge RHF er med når det skal skapes et innovasjonsdistrikt i verdensklasse

Trondheim Tech Port har mål om skape et innovasjonsdistrikt i verdensklasse. En rekke nasjonale og internasjonale aktører med, i tillegg til Helse Midt-Norge.

| Publisert 11.10.2021

I Trondheim har det lenge vært fostret fremragende forskning, nye teknologier, industrier og selskaper. Nå er Helse Midt-Norge blitt en del av en ny storstilt innovasjonsatsing gjennom nye Trondheim Tech Port.

Det er noen av Norges tyngste aktører som står bak satsingen, og målet er økt innovasjonskraft, nye industrier, bedre tjenester og nye selskaper – et grep som skal sikre at Trondheim tar steget opp i verdenseliten innen 2030.

Trondheim Tech Port er et resultat av at de to organisasjonene Technoport og «Innovasjonsdistrikt Elgeseter» i sommer ble til én. Resultatet er en satsing med internasjonale ambisjoner og med høye krav til flere nye arbeidsplasser og bedre tjenester.

Bred deltakelse

Administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF, Stig Slørdahl, er nyvalgt styremedlem. I tillegg til Helse Midt-Norge RHF er følgende aktører med: Trøndelag fylkeskommune, NTNU, Trondheim Kommune, SINTEF, Equinor, Innovasjon Norge, St. Olavs Hospital, SpareBank 1 SMN, Adresseavisen, SIT, Studenttinget og Trondheimsregionen.

Samfunnsutfordringene, omstillingen av arbeidslivet og betydningen av ny teknologi krever sammenkobling av ulike sektorer for å finne nye

løsninger. Det tverrsektorielle eierskapet er et godt bevis på at aktørene anerkjenner utfordringene og ønsker å være med på å øke den nasjonale innovasjonstakten. Et nytt offentlig og privat samarbeid er med dette sjøsatt.

- Endelig tar vi et solid grep i Trondheim for å øke innovasjonskraften vår på tvers av sektorer. Innovasjon krever samarbeid og fasilitering. Med Trondheim Tech Port får vi tydelig kraft og fart i arbeidet. Det er unikt at så mange nasjonale aktører er med på satsingen, og det er en stor anerkjennelse av Trondheims posisjon – både i Norge og verden – når så mange vil være med, sier Karianne Tung, daglig leder Trondheim Tech Port, [til Trondheim kommune](#).

Lenke til selve lanseringen: [Trondheim Tech Port er klar for verden](#)

Trondheim Tech Port

En forening med mål om å skape et innovasjonsdistrikt i verdensklasse for en bærekraftig fremtid.

Har som hovedmål at innen 2030 skal Trondheim være Europas teknologihovedstad og Trøndelag være Europas fremste innovasjonsregion.

Vil ha 8 ansatte og et budsjett på ca. 10 millioner kr.

Lanseres nasjonalt og internasjonalt i løpet av oktober 2021.

Skal jobbe med 3 virksomhetsområder:

Innovasjon: Trondheim Tech Port skal fasilitere innovasjonsprosesser og skape arenaer som kobler innovasjonsaktører.

Identitet: Trondheim Tech Port skal bygge innovasjonsidentitet for å tiltrekke seg flere studenter, bedrifter, talenter og kapital.

Infrastruktur: Trondheim Tech Port styrker infrastruktur som bidrar til innovasjonsaktivitet og byliv.

Kilde: Trøndelag fylkeskommune

Styret i Trondheim Tech Port består av:

Tor Ulleberg, Equinor, Styreleder

Toril Hernes, NTNU, nestleder

Alexandra Bech Gjørsv, SINTEF, Styremedlem

Stig Slørdahl, Helse Midt-Norge RHF, Styremedlem

Astrid Undheim, SpareBank 1 SMN, Styremedlem

Erik Haugane, industrigründer, Styremedlem

Berit Rian, Næringsforeningen i Trondheimsregionen, Styremedlem

Bård Eidet, Trondheimsregionen, Styremedlem

Dorthe Stensvold, NTNU, Styremedlem

Erlend Solem, Trøndelag fylkeskommune

Sakspapirer til styremøte 28. oktober

Sakspapirer for styremøte i Helse Midt-Norge RHF torsdag 28. oktober er tilgjengelig i vår styreadministrasjon på web.

| Publisert 22.10.2021



Styremøte i Helse Midt-Norge starter torsdag 28. oktober kl. 10.00 i Helse Midt-Norge RHF sine lokaler i Wessel veg 75 på Stjørdal.

[Sakspapirer og innkalling finner du her](#)

Forbedringspris fra Helse Midt-Norge RHF

Har du gjennomført et vellykket forbedringsprosjekt i 2020–2021 eller kjenner du noen som har det? Frem til 30. november 2021 kan du nominere kandidater til Forbedringsprisen fra Helse Midt-Norge RHF!

Publisert 01.11.2021

Sist oppdatert 03.11.2021



Kvalitet og pasientsikkerhet handler om det helsepersonell gjør hver eneste dag i sykehusene. Pasientene skal være sikre på at tjenestene virker, er likeverdige og trygge, og at de henger godt sammen gjennom hele forløpet. For å få til dette må vi jobbe systematisk og målrettet gjennom kontinuerlig forbedringsarbeid, i samarbeid med pasienter og pårørende.

Gjennom de siste årene er det gjennomført en rekke små og store forbedringsprosjekter i sykehusene i Midt-Norge. Dette til tross for en hektisk tid med pandemi og innføring av Helseplattformen. Men nettopp når det er mye å gjøre er det viktig å ha fokus på forbedring, for å forenkle prosesser og sikre god kvalitet i tjenesten. Det er også viktig at vellykkede forbedringshistorier deles med andre, for læring og spredning av ny kunnskap og beste praksis.

Helse Midt-Norge RHF ønsker å løfte frem det gode forbedringsarbeidet i regionen og deler ut pris til beste forbedringsprosjekt i 2020–2021. Prisen går til prosjekter med målsetning å heve kvaliteten på helsetjenesten, med vekt på pasientperspektivet. Både arbeidets resultater og selve prosessen vil være viktige i bedømmelsen. Vinneren mottar 100 000 kr. som skal benyttes til videre kvalitetsutvikling i enheten i 2022.

Kjenner du til et godt prosjekt som du mener fortjener prisen? Da kan du nominere kandidater nå! Alle ansatte kan nominere kandidater, og det er også mulig å nominere prosjekt man selv har deltatt i.

Følgende kriterier må være oppfylt:

- Prosjektet er gjennomført på en klinikk i helseforetak i Midt-Norge i perioden 2020–2021, under ledelse av prosjektleder ansatt i helseforetak. Prosjektet må være avsluttet pr. 1. november 2021 og resultatene må foreligge.
- Forbedringene skal være knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet, bedre pasientforløp, optimal ressursutnyttelse og innovasjon. Alle klinikker og fagområder er aktuelle, men prosjektene må ha hatt et pasientperspektiv. Økonomisk ressursbesparelse skal ikke være hovedmålet for prosjektet.
- Det ble ved oppstart satt konkrete mål for å forbedre kvalitet, pasientsikkerhet og/eller arbeidsmiljø.
- Det er iverksatt tiltak, og oppnådd forbedringer og målbare resultater over tid.
- Det er en konkret plan for videreføring og implementering av ny kunnskap i enheten etter avslutning av prosjektet.

- Prosjektet skal ha blitt gjennomført som et teamarbeid, og berørte ansatte, pasienter, brukere og/eller pårørende er involvert på en god måte.

Forslaget med begrunnelse skal inneholde:

- Bakgrunn for prosjektet
- Resultatmål
- Baseline – «før-situasjonen» i tall, gjerne illustrert med grafer/bilder
- Hvilke tiltak som er iverksatt og hvordan disse er fulgt opp og evaluert
- «Etter-situasjonen» i tall, gjerne illustrert med grafer/ bilder
- Hvem som har deltatt i forbedringsarbeidet
- Veien videre – status og planer for implementering/videreføring etter prosjektets avslutning

Send ditt forslag med begrunnelse på e-post **innen 30. november 2021** til:

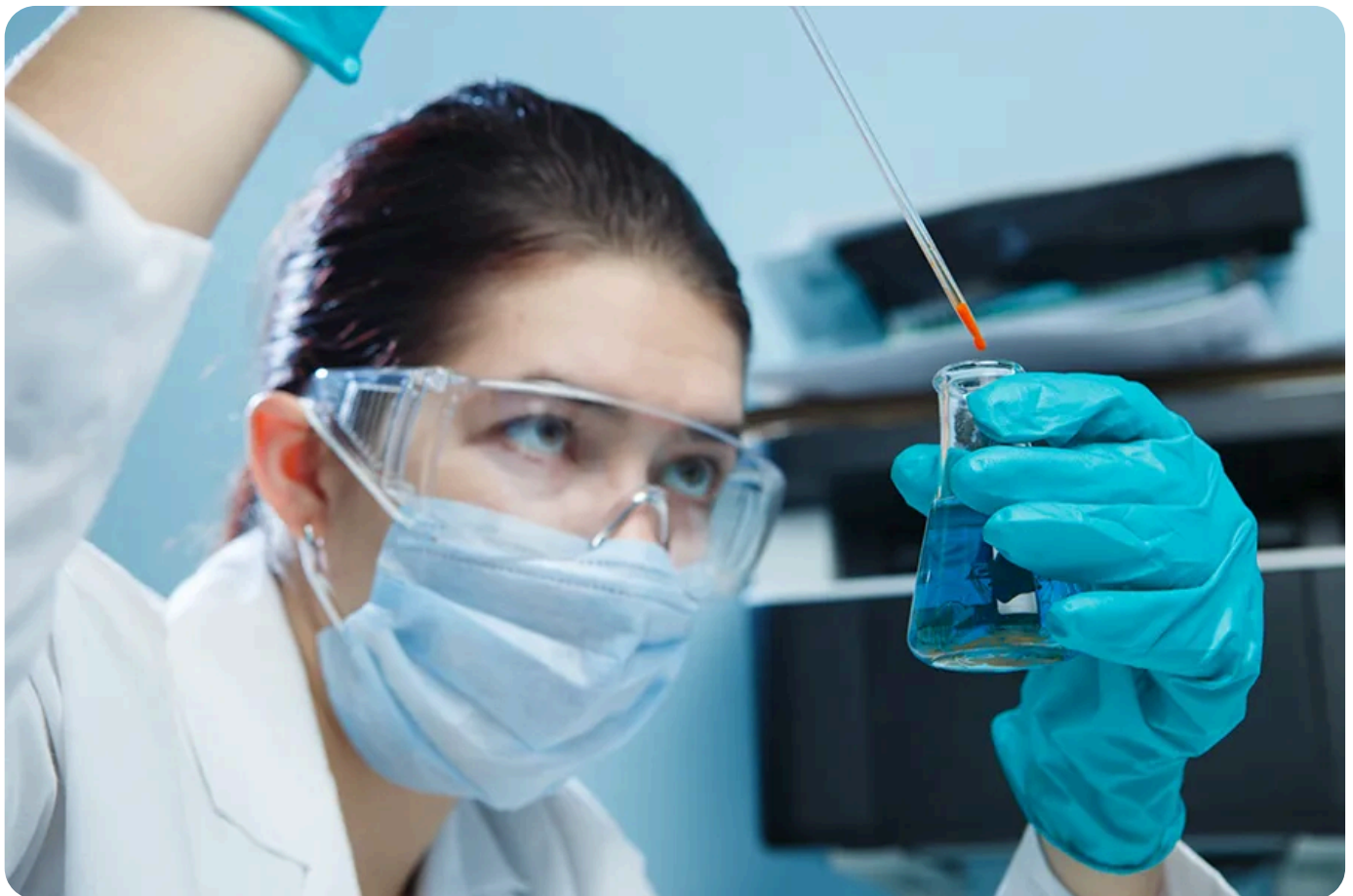
Maria Henningsen, maria.henningsen@helse-midt.no

Eventuelle spørsmål kan rettes til samme adresse.

Tildeling av regionale forskingsmidler for 2022

Samarbeidsorganet vedtok 61 tildelingar med ei kostnadsramme i overkant av 58 mill. kr.

| Publisert 04.11.2021



Samarbeidsorganet vedtok i møte 3. november 2021 tildeling av søkbare regionale forskingsmidler frå Helse Midt-Noreg til medisinske og helsefaglege prosjekt for oppstart i 2022.

Total søknadsmengde var i år på høgde med 2020, men tildelingspotten er større i år enn i fjor. Samarbeidsorganet vedtok 61 tildelingar med ei kostnadsramme i overkant av 58 mill. kr.

[Sjå oversikt over alle tildelingane her](#)

Det er utforma ein fagleg skriftleg respons på alle søknadane som har vore gjennom vitenskapleg vurdering og søkjarane vil få tilsendt denne i løpet av dei nærmaste ukene.

[Les meir på samarbeidsorganets nettsider](#)

Disse er blitt tildelt CAG i 2022

Årets tildeling av Clinical Academic Groups i Midt-Norge går til forskning på prostatakreft og sjeldne sykdommer.

| Publisert 05.11.2021



Det regionale Samarbeidsorganet for utdanning, forskning og innovasjon i Midt-Norge, annonserte Clinical Academic Groups (CAG) for første gang i 2019.

[Så langt er fire CAG etablert](#) og i år ble det utlyst ytterligere to CAG med oppstart i 2022.

Årets tildeling ble vedtatt i Samarbeidsorganets møte den 3. november og gikk til følgende to søknader:

- ProstateCAG - Standardizing prostate cancer care, med overlege, førsteamanuensis Helena Bertilsson, St. Olavs hospital som leder og professor Tone Bathen, NTNU som nestleder. Sykehuset Levanger og Ålesund sjukehus er regionale samarbeidspartnere.
- CAG for Rare Genetic Diseases, med overlege Rune Østern, St. Olavs hospital som leder og professor Barbara van Loon, NTNU som nestleder. Også her er det sykehusene i Ålesund og levanger som er partnere.

Begge CAG-ene har dessuten flere andre nasjonale og internasjonale partnere.



Rune Østern leder CAG for Rare Genetic Diseases sammen med Barbara van Loon. Foto: Geir Otto Johansen



Barbara van Loon. Foto: Thor Nielsen

Høy vitenskapelig kvalitet

I evalueringen pekes det på at begge søknadene har høy vitenskapelig kvalitet, er godt organiserte og har entusiastiske ledere. Søknadene har betydelig klinisk relevans og stort potensial for implementering i hele regionen. Det er beskrevet gode planer for brukermedvirkning, kompetansedeling og opplæring, samt at det er tydelig translasjon mellom forskning og klinikk.

CAG-ene får en årlig basisfinansiering på 1 million, samt et rekrutteringsstipend fra Samarbeidsorganet og ett tilsvarende stipend fra universitetet. Finansieringen gis for tre år, med mulighet for ytterligere tre år etter evaluering. En viktig ressurs for CAG-ene er også at de samarbeidende institusjonene forplikter seg til støtte CAG-ene slik at de får gjennomført aktivitetene i henhold til planene. Fagdirektør i Helse Midt-Norge Björn Gustafsson har oppfølgingsansvar for CAG-ene og følger framdriften tett.

Koble med CAG-er i København

CAG-utlysningen i Midt-Norge er sterkt inspirert av tilsvarende ordning ved Greater Copenhagen Health Science Partners (GCHSP). Direktøren for GCHSP, professor Per E. Jørgensen, har ledet det internasjonale evalueringspanelet for CAG i Midt-Norge og kjenner dermed ordningen godt. Han er imponert over kvaliteten på søknadene og ser også muligheter for samarbeid mellom CAG-ene på tvers av landegrensene.

- Vi ønsker å utforske mulighetene for å koble gruppene her i Midt-Norge med relevante CAG-er i Stor-København, sier fagdirektør Björn Gustafsson. På grunn av Korona-situasjonen ble dette satt på vent i 2020, men vi ønsker å ta opp tråden igjen til våren.

Foruten Per. E. Jørgensen, har panelet også i år bestått av professor Reinhard Fässler fra Max Planck Institute of Biochemistry i Munchen og professor Eva Tiensuu fra Universitetet i Uppsala.

- Viktig og samlende virkemiddel

CAG-ene skal bidra til å styrke samarbeidet mellom helseforetakene og universiteter og høyskoler i regionen, med mål om høy vitenskapelig kvalitet, kompetansebygging og utvikling i helsetjenestene.

- Så langt er det en oppfatning av at CAG-ene er et viktig og samlende virkemiddel for regionen, som bidrar til å sette fokus på overføringsverdien mellom forskning og klinisk nytteverdi, sier fagdirektør Gustafsson.

Samarbeidsorganet har signalisert at det blir utlysning av CAG også neste år. Du kan [lese mer om CAG på nettsiden](#).

Oppfriskningsvaksinering av helsepersonell i spesialisthelsetjenesten

Helse Midt-Norge har fått tilgang på 6850 doser med koronavaksine. Disse er tiltenkt som en tredje dose til helsepersonell i spesialisthelsetjenesten i regionen.

Publisert 12.11.2021

Sist oppdatert 22.12.2021



Gjennom behandling, pleie eller omsorg har helsepersonell i spesialisthelsetjenesten tett kontakt med pasienter med høy risiko for alvorlig forløp av covid-19. Derfor skal denne gruppen nå tilbys oppfriskningsdose med koronavaksine.

Helse Midt-Norge har fått tilgang på 6850 doser vaksine som blir distribuert ut helseforetakene via Sykehusapotekene som forrige gang.

Saken var oppe i regionalt fagdirektørmøte fredag 12. desember, og utrulling av vaksinene blir satt i gang så snart som mulig etter Folkehelseinstituttets retningslinjer. Vaksinedosene fordeles etter størrelse på de ulike helseforetakene, og følger stort sett den samme utrulling som ved dose én og to.

Det vil imidlertid være grupper av helsepersonell som ble høyt prioritert for primærvaksinasjon grunnet kapasitetskritisk funksjon, som ikke faller inn under oppfriskingsvaksinasjonen i denne omgang.

Oppfriskningsdosen anbefales gitt med et minimumsintervall på seks måneder etter dose to.

Grønn beredskap

Helse Midt-Norge RHF innfører Grønn beredskap mandag 15. november. Begrunnelsen er behov for tettere oppfølging, samhandling og rapportering fra helseforetakene når smittetallene øker i regionen.

Publisert 15.11.2021

Sist oppdatert 22.12.2021

Sakspapirer til styremøte 25. november

Sakspapirer for styremøte i Helse Midt-Norge RHF torsdag 25. november er tilgjengelig i vår styreadministrasjon på web.

| Publisert 18.11.2021



Styremøte i Helse Midt-Norge starter torsdag 25. november kl. 10.00 på Quality Airport Hotell Værnes i Stjørdal sentrum.

[Sakspapirer og innkalling finner du her](#)

Tildeling av 129 millioner til klinisk behandlingsforskning

Syv kliniske behandlingsstudier med forankring i alle helseregioner er tildelt totalt 129,4 millioner fra Nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten (KLINBEFORSK).

| Publisert 23.11.2021



Vedtaket om tildeling ble foretatt i møte mellom de administrerende direktørene for de regionale helseforetakene 22. november 2020.

Fem av prosjektene oppnådde tildeling av forskningsmidler i årets åpne utlysning. Prosjektene som har fått midler viser stor tematisk bredde og omfatter forskning på igangsetting av fødsel, behandling

av pasienter med Parkinsons sykdom, binyrebarksvikt, slitasjegikt og eldre pasienter med prostatakreft.

- Det er gledelig at forskningsmiljøene har svart godt på utlysningen og har etablert lagarbeid for forskning på tvers av alle helseregionene. Prosjekter som er tildelt midler er av stor betydning for pasientene og for spesialisthelsetjenesten, sier Jan Frich, viseadministrerende direktør og leder av programstyret for KLINBEFORSK.

Behovsidentifisert forskning

I årets utlysning er det avsatt midler til behovsidentifisert forskning. Dette er forskningsmidler øremerket to spesifikke forskningsområder som er gitt prioritet på bakgrunn av forskningsbehov som er avdekket i Nye metoder og etter innspill fra brukere.

- Det er tildelt totalt 40 millioner kroner til forskning på kirurgisk behandling av lipødem og ikke-kirurgisk behandling av alvorlig fedme hos barn og unge. Disse prosjektene vil bidra til et mer kunnskapsbasert behandlingstilbud for de berørte pasientgruppene, sier Frich.

Om KLINBEFORSK

KLINBEFORSK finansierer nasjonale kliniske behandlingsstudier med samarbeidspartnere i alle helseregioner. Programmet står sentralt i oppfølgingen av Nasjonal handlingsplan for kliniske studier 2021–2025. Søknadene til programmet vurderes av en bredt sammensatt, internasjonal fagkomité med særskilt kompetanse innen klinisk behandlingsforskning.

Ett av programmets hovedmål er å bidra til at flere norske pasienter får tilbud om utprøvende behandling gjennom strukturerte kliniske studier. Prosjekter som mottar programmidler skal legge til rette for rekruttering av pasienter fra hele landet og inkludere brukere i ulike faser av prosjektene. Brukere er også representert i KLINBEFORSKs programstyre.

Prosjekter støttet av KLINBEFORSK (alfabetisk):

Prosjektleder navn / koordinerende institusjon	Prosjektets tittel	Tildeling (mill. kr)
Åpen utlysning		
Ida Kristin Haugen / Diakonhjemmet sykehus AS	Painful Inflammatory Carpometacarpal-1 OsteoArthritis Treated with Intraarticular Steroids, Saline or Occupational therapy: The PICASSO trial	18,7
Eystein Sverre Husebye / Helse Bergen HF	Registry-based randomized trial of glucocorticoid replacement in adrenal insufficiency	12,3
Sven Löffeler / Sykehuset i Vestfold HF	A randomized, controlled, multicenter clinical trial of immediate tumor-directed therapy versus initial conservative management in older patients with non-metastatic, high-risk prostate cancer	19,3
Trond Melbye Michelsen / Oslo universitetssykehus HF	SAINT: SAfe INduction of labor Trial.	20,0
Charalampos Tzoulis / Helse Bergen HF	NO-PARK: a phase II randomized controlled trial of nicotinamide riboside in early Parkinson's disease	20,0

Behovsidentifisert
forskning

Hildur Skuladottir / Haraldsplass Diakonale Sykehus	Kirurgisk behandling av lipødem	19,2
Jøran Hjelmesæth / Sykehuset i Vestfold HF	eBATTLE Obesity (eHealth Behavioral Treatment of adolescent Obesity - 2-month low-energy-diet followed by 1-yr cognitive behavioral therapy with or without semaglutide)	20,0

Se hvordan InnoMed hjalp Helse Nord-Trøndelag HF med prosessveiledning

Se hvordan InnoMed har hjulpet Helse Nord-Trøndelag HF i et prosjekt om medisinsk avstandsoppfølging. Neste frist for å søke om prosessveiledning fra InnoMed er 3. desember.

| Publisert 25.11.2021



InnoMed tilbyr prosessveiledning til innovasjonsprosjekter i kommuner og sykehus. Fire ganger i året er det mulig å søke om prosessveiledning fra InnoMed. Årets siste søknadsfrist er 3. desember.

Det vil bli prioritert å gi prosessveiledning til prosjekter som faller inn under InnoMeds strategiske satsningsområder for 2021.

Det er en forutsetning at prosjektets tematikk har relevans for andre helseforetak og kommuner, og at søknaden om prosessveiledning kommer fra kommune og/eller helseforetak.

InnoMeds strategiske satsningsområder for 2021 er:

- Digital hjemmeoppfølging og hjemmesykehus
- Utvikling av tjenester til pasientgruppene i nasjonal helse- og sykehusplan:
 - Barn og unge
 - Personer med kroniske lidelser
 - Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
 - Skrøpelige eldre

Les om søknadskriterier og annen relevant info på [InnoMeds nettsider](#)

Avstandsoppfølging i Helse Nord-Trøndelag

Et av prosjektene der InnoMed har bistått med prosessveiledning det siste året, har vært for å prøve ut hjemmedialyse for pasienter med nyresvikt i Helse Nord-Trøndelag.

Prosjektet benytter Re:Balans, et sensorplaster hvor vanninnholdet hos pasient måles kontinuerlig. Prosjektet tar utgangspunkt i pasienter med alvorlig nyresvikt som ønsker å få dialysebehandling hjemme.

Det er ønskelig å se på hvordan den teknologiske utviklingen legger til rette for mer hjemmebasert helsehjelp og hvordan det påvirker samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner.

InnoMed skal bistå med følgende:

- Bistå prosjektgruppen med å komme i gang med utprøving av pasientforløp med bruk av

avstandsoppfølging for å måle væskebalanse ved hjemmedialyse

- Støtte i å gjennomføre aktørkartlegging og kartlegge nåværende rutiner og arbeidsprosesser rundt hjemmedialyse
- Bistå prosjektgruppen med å strukturere og sammenstille arbeid og prosjektgruppen for videre arbeid med utprøving

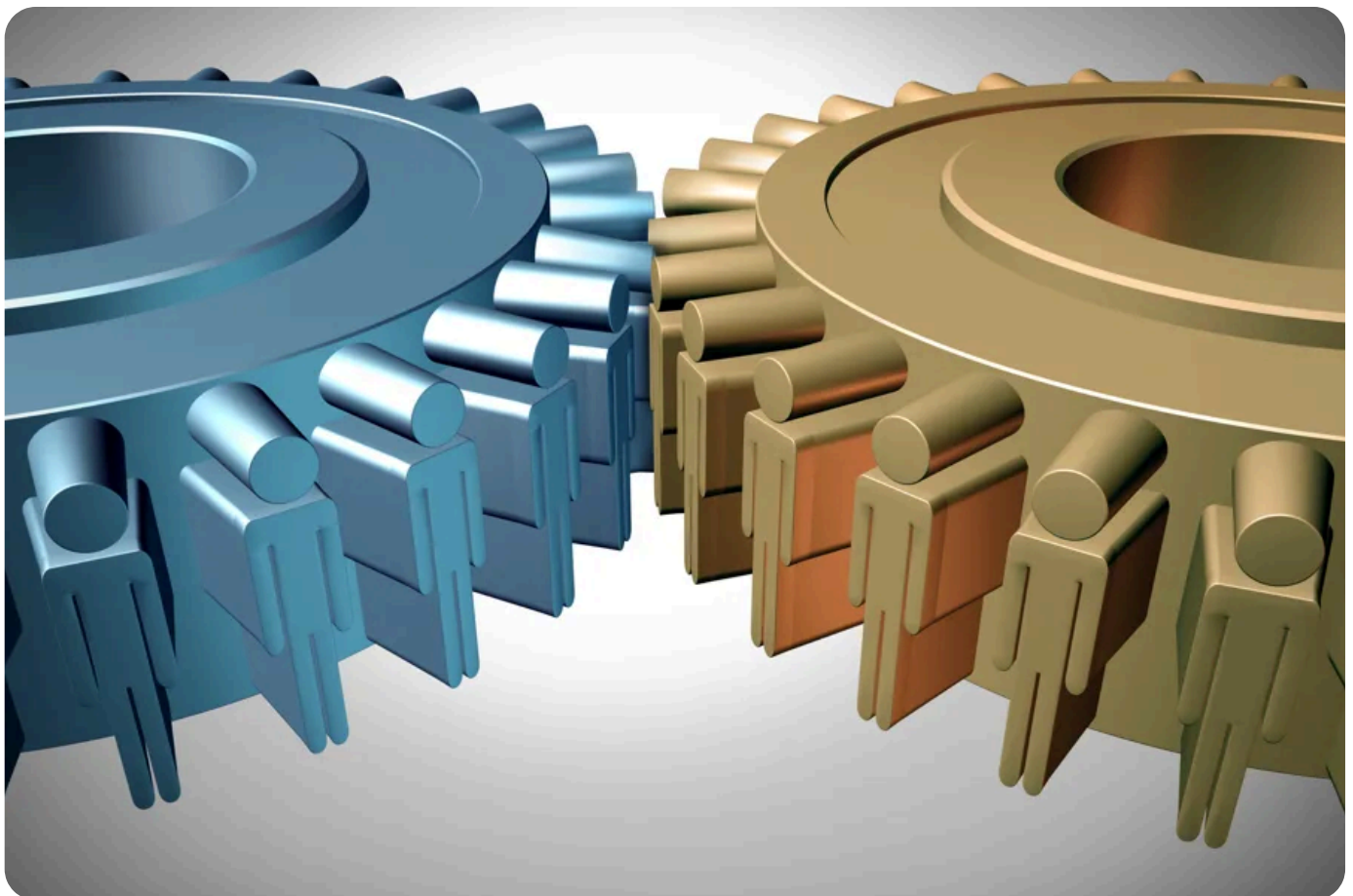
Vil du vite mer om hva InnoMed kan bidra med inn i ditt prosjekt, [ta kontakt med en av deres rådgivere](#).

[Se flere innovasjonshistorier fra InnoMed her](#)

To helseforetak i Trøndelag

Trøndelag vil fortsatt ha to helseforetak. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber i stedet om økt faglig samhandling, konkretisering av samarbeidstiltak og en vurdering av andre relevante fellesfunksjoner gjennom utviklingsplanene som er under arbeid. Konkret vurderes det felles tjenester innen lønn og regnskap for hele regionen.

| Publisert 25.11.2021



Konklusjonen er i tråd med anbefalingene fra flertallet i utredningsarbeidet og høringsinnspillene som ble presentert forsommeren 2021. For å kunne ta en beslutning om å etablere administrative fellesfunksjoner vil det bli lagt fram egen sak som viser hvordan tjenestene bør organiseres, hvilke gevinster som kan tas ut og hvordan foretakene skal sikres effektive og tilgjengelige støttetjenester.

Utbygging av Ålesund sjukehus

Styret for Helse Midt-Norge RHF har sluttet seg til konseptvalget Helse Møre og Romsdal har lagt til grunn for den planlagte utvidelsen og ombyggingen av Ålesund sjukehus. Det vil nå bli søkt om låneramme fra Helse- og omsorgsdepartementet.

| Publisert 25.11.2021



Planen forutsetter at et forprosjekt gjør en grundig vurdering av kostnader og legger fram sin anbefaling i 2022. Byggestart vil kunne iverksettes når rapporten fra forprosjektet er godkjent.

Styret for Helse Midt-Norge RHF mener at fremdriftsplanen for prosjektet er krevende, og at byggestart er avhengig av

både resultatutviklingen i foretaket og måloppnåelsen i andre prosjekt.

Det ligger i dag en total kostnadsramme for prosjektet på 1,125 milliarder kroner (P85), mens styringsmålet som det forventes at Helse Møre og Romsdal gjennomføre prosjektet innenfor, er satt til 965 millioner kroner (P50). For å kunne realisere utbyggingen er Helse Midt-Norge avhengig av å få innvilget låneramme fra Helse- og omsorgsdepartementet.

AIO-prosjektet

Planene innebærer en samling og oppgradering av sentrale operative og kliniske funksjoner ved sykehuset i Ålesund, med om lag 4 000 kvm nybygg og 5 000 kvm som skal rehabiliteres. Det er konkret snakk om:

- Tilbygg med akutt- og intensivfunksjoner, overvåkning og postoperativ enhet
- Rehabilitering av døgnoperasjon
- Ny hovedatkomst og erstatningsareal for berørte poliklinikker
- Areal til dagbehandling og PET
- Oppgradering av ventilasjon

Vedtøk regional rammeplan for helsepedagogikk

Den regionale rammeplanen skal nå innarbeides i klinisk praksis hos helseforetakene i regionen.

| Publisert 25.11.2021



Det har vært et møysommelig arbeid, men i vår ble Helse Midt-Norges regionale rammeplan for helsepedagogikk vedtatt av regional fagdirektørmøte.

Rammeplanen har blitt laget etter et samarbeid mellom deltakere fra de tre helseforetakene, kommuner og brukerrepresentanter i Midt-Norge. Målsettingen med samarbeidet var en revidering av eksisterende helsepedagogiske tilbud ved helseforetakene i

regionen, slik at tilbudene passer både for ansatte i kommuner og helseforetak, i tillegg til brukerrepresentanter.

[Her kan du lese rammeplanen i sin helhet \(PDF\)](#)

Arbeidet baseres på kunnskapsbaserte faglige anbefalinger for kompetansehevende tilbud innen helsepedagogikk, relevant forskning og regionale dialogkonferanser.

Skal innarbeides i klinisk praksis

Opplæring av pasienter og pårørende er en av spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver. Tanken er at planen kan brukes som en veileder for aktører i helsefeltet som ønsker å styrke helsepedagogisk kompetanse hos fagpersonell og brukerrepresentanter.

I Helse Midt-Norge har helseforetakenes kliniske avdelinger ansvar for pasient- og pårørendeopplæringen. Læring og mestring er en støttefunksjon for de kliniske avdelingene, og har også som oppgave å tilby kompetansehevende tilbud blant annet innen helsepedagogikk.

I vedtaket fra fagdirektørmøtet datert 9. april 2021 heter det at fagdirektørene anbefaler at regional rammeplan for helsepedagogikk i Midt-Norge blir innarbeidet i klinisk praksis hos helseforetakene.

Arbeidsgruppa

Arbeidsgruppa har bestått av Anne Kristin Aksaas og Siv Hege Forbord, Lærings- og mestringssenteret, Klinikk for kliniske servicefunksjoner, St. Olavs hospital (koordinatorer for arbeidet), Bente Sandvik, Friskliv og mestring, Trondheim kommune, Inger Lise Brede og Ann Kathrin Hagen Røstad, Seksjon for læring og mestring, Helse Nord-Trøndelag, Toril Kvisvik, Lærings- og mestringssenteret, Samhandlingsseksjonen, Helse Møre og Romsdal, Lillian Bjerkeli Grøvdal, Folkehelse / Friskliv og mestring, Rauma kommune og Stein Conradsen, Ressurs for opplæring av pasienter og pårørende i Midt-Norge (ROPP).

Når ikke målene for responstid for ambulanse

Ingen av helseregionene når målene om at ambulansen skal være framme på hendelsesstedet innen 12 minutter i tettbygde strøk og innen 25 minutter i grisgrendte strøk.

| Publisert 02.12.2021



Det viser tallene for 2020 når Helsedirektoratet i dag viser resultatene for revidert nasjonal kvalitetsindikator som måler dette, [skriver Helsedirektoratet](#).

Indikatoren viser tiden det tar fra Akuttmedisinsk kommunikasjonsentral (AMK) mottar varsel til ambulanse er fremme

på hendelsesstedet. Dette er en av i alt 100 nasjonale kvalitetsindikatorer Helsedirektoratet oppdaterer i dag:

Nasjonalt kvalitetsindikatorsystem (NKI).

Det er etablert veiledende responstidsmål for ambulansetjenesten for akuttoppdrag (hastegrad rød) (1). I byer og tettsteder bør ambulansen være fremme på hendelsesstedet innen 12 minutter i 90 prosent av hendelsene. I grisgrendte strøk bør ambulansen være fremme på hendelsesstedet innen 25 minutter i 90 prosent av hendelsene.

"Norge har ambisiøse målsettinger til responstid. Når vi sammenligner oss med de andre nordiske landene, er resultatene for Norge på linje med eller raskere enn disse", sier Steinar Olsen avdelingsdirektør i Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet arbeider med å vurdere målkravet for responstid.

Bedre rapportering styrker forbedringsarbeidet

Helsedirektoratet har arbeidet med revisjon av indikatoren. Revisjonsarbeidet har bidratt til bedre innrapportering av data og bedre kvalitetskontroll. Det er etablert et system for geografisk posisjonering for å kunne identifisere nøyaktig om hendelsene skjer i tettbygde eller grisgrendte områder innenfor AMK-områdene.

Kvalitetsindikatoren gir helsetjenesten et bedre grunnlag for forbedringsarbeid. Den gir også befolkningen innsikt i hvor raskt tilgjengelig ambulansen er i deres område. Den gir i tillegg viktig kunnskap til blant annet interesseorganisasjoner og aktørene som inngår i akuttmedisinske beredskap.

Ingen regioner når målsettingen for responstiden

Resultatene for 2020 viser at det er noe variasjon i responstid mellom helseregionene. I tettbygde strøk i Helse Nord var ambulansen fremme på hendelsesstedet innen 12 minutter i 77,7 prosent av hendelsene, mens andelen i Helse Vest var på 65,5 prosent. Andelen i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge (HMN) var på henholdsvis 74,4 og 71,1 prosent.

Også i grisgrendte strøk er det noe variasjon mellom de regionale helseforetakene. Ambulanse var fremme innen 25 minutter i 86,0 prosent av hendelsene i Helse Sør Øst, mens tilsvarende andel i Helse Nord var 78,1 prosent. I HMN og Helse Vest var andelene henholdsvis 82,4 og 78,9 prosent.

Når vi ser på de enkelte AMK-områdene i Norge varierer andelen i tettbygde strøk mellom 88,2 prosent i AMK Førde og 61,2 prosent i AMK Sørlandet. I de grisgrendte områdene var det kun AMK Oslo og AMK Stavanger som var nær målsettingen om at ambulansen skal være fremme innen 25 minutt i 90 prosent av hendelsene, med henholdsvis 89,8 og 88,8 prosent. De AMK-områdene som var lengst unna målsettingen i grisgrendte strøk var AMK Tromsø og AMK Førde med henholdsvis 76,7 og 76,3 prosent.

Positive tall for HMN

Når det gjelder gjennomsnittlig ventetid (somatikk) fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes, er målet under 50 dager i 2022, og en reduksjon sammenlignet med året før. HMN ligger lavest av alle regioner med ventetid på 56,6 dager (gjennomsnitt: 60,4 dager), og har redusert med 13,4 dager fra året før.

Innen psykisk helsevern er det målkrav om gjennomsnittlig ventetid på under 40 dager fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes. HMN klarer ikke kravet, med 48,1 dager, og har økt med 2,2 dager fra forrige måling. Det er kun Helse Vest som klarer kravet.

Kravet på 30 dager gjennomsnittlig ventetid fra mottatt henvisning til helsehjelp påbegynnes innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, klarer HMN fint med 27,2 dager.

Innen epikrisetider er det målkrav på 60 % sendt innen én dag etter utskrivning innen både tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern. HMN klarer nesten kravet, TSB 81,3 %, PHV 59,4 %.

Antall pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern i HMN er 126. Det har dermed økt med 11 fra andre tertial 2020. HMN klarer ikke kravet om å redusere fra 2020.

Klarer ikke alle krav

Når det kommer til forbruk av bredspektret antibiotika i sykehus, er det et mål om reduksjon med 30 % i 2021, fra 2012-nivå. HMN har

samlet redusert forbruket med 12,8 % i 1. tertial 2021 sammenlignet med 2012 og er langt unna målet på 30 % reduksjon.

Korridorpasienter: HMN ligger igjen lavest i landet med 811 korridorpasienter, men økte med 356 pasienter fra 2. tertial 2020 til 1. tertial 2021.

HMN ligger høyest når det kommer til andel pasienter over 65 år med hoftebrudd som blir operert innen 24 timer etter innleggelse ved behov for øyeblikkelig hjelp. HMN prosentandel er 69,2 %. Helse Møre og Romsdal ligger nest høyest av alle helseforetak med 81,5 %.

HAI-tall ned i HMN

HMN har i flere år ligget over de andre regionene når det kommer til forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner i sykehus (HAI) - andel helsetjenesteassosierte infeksjoner blant pasienter på sykehus på målingstidspunktet. De 4 hyppigst forekommende typer helsetjenesteassosierte infeksjoner er inkludert og omfatter: urinveisinfeksjon, nedre luftveisinfeksjon, infeksjon i operasjonsområdet og sepsis (blodforgiftning). I 2021 har imidlertid andelen sunket slik at HMN er nede rundt landsgjennomsnittet (2,6 %).

Gul beredskap i Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge RHF er satt i gul beredskap og vil ha tett oppfølging av helseforetakene i regionen som følge av økt smitte i befolkningen og antall pasienter innlagt på sykehus. For å mobilisere personell til helsetjenesten tas det nå initiativ for å få studenter til å melde seg for tjeneste

| Publisert 09.12.2021



Oversikt over antall pasienter samt annen informasjon om smittesituasjon og iverksatte tiltak oppdateres kontinuerlig på www.fhi.no

Sakspapirer til styremøte 16. desember

Sakspapirer for styremøte i Helse Midt-Norge RHF torsdag 16. desember er tilgjengelig i vår styreadministrasjon på web.

| Publisert 10.12.2021



Styremøte i Helse Midt-Norge starter torsdag 16. desember kl. 09.00.

Møtet avvikles i Teams. Lyd og presentasjoner fra møtet blir strømmet.

[Sakspapirer og innkalling finner du her](#)

Regional Forskningskonferanse 2022

Mer og bedre forskning er et mål i Helse Midt-Norge RHF. Hvordan skal vi få til det?

| Publisert 17.12.2021



Bli med på forskningskonferanse, og møt forskningsinteresserte fra hele regionen.

[Priser og påmelding til konferansen finner du her](#)

Regional Forskningskonferanse i Helse Midt-Norge RHF arrangeres annethvert år, og Helse Nord-Trøndelag HF har i 2022 gleden av å være vertskap.

Hovedtemaene for konferansen er covid-19, store data og kunstig intelligens, og mange spennende foredragsholdere er klare for å ta turen til Stjørdal.

Konferansen vil også være en arena for forskere i hele regionen til å få vist frem sitt arbeid gjennom både postere og foredrag.

For mer informasjon og tentativt program kan du [besøke konferansens hjemmeside](#).

Skal undersøke erfaringen med helsetjenestene

40.000 innbyggere i Trøndelag og Møre og Romsdal får i løpet av desember og januar invitasjon til å delta i Innbyggerundersøkelsen.

Publisert 17.12.2021

Sist oppdatert 04.01.2022



Nå skal erfaringene med bruk av digitale helsetjenester kartlegges gjennom Innbyggerundersøkelsen.

Skal ta i bruk en ny innbyggerportal

Bakgrunnen for utsendelsen av Innbyggerundersøkelsen er at helsetjenestene i Midt-Norge tar i bruk en ny innbyggerportal som

heter HelsaMi. Den nye portalen for digitale helsetjenester blir tilgjengelig for innbyggere i Trøndelag i 2022 og i Møre og Romsdal i 2023. Her vil pasienter og brukere få tilgang til egne helseopplysninger, og mulighet til å kommunisere med helsetjenestene.

Forbedring av helsetjenestene

Målet med innbyggerundersøkelsen er å få et helhetlig bilde av hvordan pasienter og brukere opplever dagens helsetjeneste basert på egne erfaringer. Undersøkelsen vil spørre om alt fra hvor misfornøyd eller fornøyd man er med helsetjenestene når det gjelder tilgang på egne helseopplysninger, og hvor enkelt det er å komme i kontakt med helsetjenestene. Det er frivillig å delta, men kommune- og spesialisthelsetjenesten oppfordrer alle som blir invitert til å svare på undersøkelsen.

Svarene har betydning for hvordan helsetjenestene kan forbedre seg, og vil være nyttige innspill for å kunne tilby pasienter og brukere et best mulig helsetilbud i fremtiden.

Respondentene trekkes fra folkeregisteret og vil være innbyggere i de kommunene som skal innføre Helseplattformen eller i opptaksområdet til sykehusene i Midt-Norge. Alle som mottar undersøkelsen kan delta uavhengig av hvor mye kontakt man har hatt med helsetjenestene. Både egen erfaring og pårørendeerfaring er viktig. Selve undersøkelsen gjennomføres som en nett-undersøkelse og respondentene vil få en invitasjon via HelseNorge eller digital postkasse.

Innbyggerundersøkelsen gjennomføres av Helse Midt-Norge i samarbeid med Trondheim kommune.

Personvern ivaretas

Undersøkelsen er anonym og alle personopplysninger behandles konfidensielt. Selve undersøkelsen tar cirka fem minutter å besvare, og alle som deltar er med i trekningen av et nettbrett til en verdi av opptil 5000 kroner.

Har du spørsmål om innbyggerundersøkelsen?

Kontaktperson for Trondheim kommune Ola Skorstad:

helseplattformen.helseogvelferd@trondheim.kommune.no

Kontaktperson i Helse Midt-Norge Astrid Bjørgum:

HMN.Postmottak@helse-midt.no

30 innovasjonsprosjekter får til sammen nærmere 19 mill. kr

Vi deler ut nesten 19 millioner kroner til innovasjonsprosjekter som skal komme helsen vår til gode.

| Publisert 20.12.2021



Det var i år to parallelle utlysninger av innovasjonsmidler fra Helse Midt-Norge RHF:

- Nye innovasjonsprosjekter ved eget helseforetak
 - Produkt
 - Tjeneste

- Overføring av innovasjon mellom helseforetak

Sistnevnte punkt – overføring av innovasjon mellom helseforetak – er en ny kategori. Her kunne det søkes om maks 250 000 kr, og det ble ikke stilt krav om egeninnsats fra helseforetaket.

66 innovasjonssøknader ble videresendt til vurderingskomiteene, og hele 30 av disse søknadene får tildelt innovasjonsmidler fra HMN RHF: 19 til St. Olavs hospital HF, sju til Helse Møre og Romsdal HF og fire til Helse Nord-Trøndelag HF.

Komiteene har gitt tilbakemelding på at det har vært veldig spennende å lese søknadene og at de er imponerte over innovasjonsaktiviteten i helseforetakene.

Totalt tildeles det 18,65 millioner kroner til innovasjonsprosjekter.

[Se oversikt over alle tildelingene her](#)

Komiteene som har stått for den faglige vurderingen og utarbeidet innstillingen:

For produktinnovasjon:

- Kristian Onarheim, assisterende fagdirektør, HMN RHF (leder av komiteen)
- Christian Skattum, leder av innovasjonsavdelingen OUS
- Siri Bye Guldbækhei Johansen, Innovasjon Norge

For tjenesteinnovasjon:

- Bjørn Våga, avdelingsleder prosjekt og digitalisering, Hemit (leder av komiteen)
- Kjersti Grønning, forskningssjef, HNT
- Johan Fredrik Skomsvoll, medisinsk faglig rådgiver, STOLAV
- Odd Arne Maridal, IKT-sjef, HMR
- Pål Romundstad, professor, MH-fakultetet, NTNU
- Hilde Alvseike, seksjonsleder innovasjon, Helse Vest IKT

Fra RBU var det oppnevnt to brukerrepresentanter som har bidratt i vurdering av tjenesteinnovasjonssøknader: Torbjørn Akersveen og Bjørnar Lien

Endelig tildeling er vedtatt av fagdirektør Björn Gustafsson.

4 mill. til bedre kvalitet og pasientsikkerhet i 2022

Helse Midt-Norge RHF tildeler 4 mill. kroner til kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsprosjekter i regionen til bruk i 2022–2023. Som i fjor er prosjekter med utgangspunkt i medisinske kvalitetsregistre prioritert - men vi ser også frem til å følge flere innovative og spennende prosjekter innenfor andre områder, inkl. psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

| Publisert 22.12.2021



Helse Midt-Norge lyste ut 4 mill. kr. til pasientsikkerhetsprosjekter i helseforetakene i regionen, til bruk i 2022–2023. 33 søknader kom inn, og 18 av disse ble tildelt midler, fordelt som følger på de tre sykehusforetakene: Helse Møre og Romsdal 9, St. Olavs hospital 6, og Helse Nord-Trøndelag 3 prosjekter.

Alle prosjektene som fikk tildeling var i tråd med kriteriene for utlysningen, som var at prosjektene enten skulle ta utgangspunkt i medisinske kvalitetsregistre, Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (2019–2023), psykisk helsevern og TSB eller samhandling. Det var god spredning på tema, og flere prosjekter vil på ulike måter legge et godt grunnlag når Helseplattformen skal tas i bruk.

- Vi vet at 2022 blir et hektisk år, med en pågående pandemi samtidig som vi skal innføre Helseplattformen i vår region. Men nettopp når det er mye å gjøre er det viktig å ha fokus på forbedring, for å forenkle prosesser og sikre god kvalitet i tjenesten, sier assisterende fagdirektør Ragnhild Johansen. Hun er glad for at andelen søknader som har tatt i bruk medisinske kvalitetsregistre har økt siden fjorårets utlysning.



- Medisinske kvalitetsregistre er en unik kilde til kunnskap om behandlingskvalitet og gir et godt grunnlag for systematisk arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet i klinikkene. Det er også positivt at vi får gode prosjekter med høy kvalitet innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

- Vi gleder oss til å følge

alle prosjektene og oppfordrer til erfaringsdeling og bredding av kunnskap både underveis og når prosjektene forhåpentligvis videreføres i drift.

Pasientsikkerhetsprosjekter tildeling 2022

Prosjekttittel	Klinikk	Sum
Helse Møre og Romsdal		
Revurdering av intravenøs antibiotika etter 72 timer	Klinikk Molde - Avd. for sengeposter og akuttmottak/Medisinsk sengepost B	275 000

Morgendagens digitale omsorg	Klinikk Ålesund - Medisinsk avdeling	275 000
Barn og unges helseteneste i Møre og Romsdal	Klinikk for psykisk helse og rus	300 000
Pasientsikker og smidig kommunikasjon i samhandling med fremmedspråklige pasienter og pårørende	Klinikk Ålesund - Avd. for akutt, intensiv og operasjon, seksjon for akuttmottak	275 000
Digital screening før cellegift	Klinikk Ålesund - Medisinsk avdeling og Klinikk for kreftbehandling og rehabilitering	60 000
Sikkerhet for alle; MAP i varig struktur for læring og forebygging av uheldige hendelser.	Klinikk for psykisk helse og rus - Psykisk helsevern for barn og unge	150 000
Implementering av ny standard	Klinikk for drift og eigedom - Avd. for kjøkken og internservice	55 000
Smertereg	Klinikk Ålesund - Seksjon for anestesileger og smertepoliklinikk	170 000
Somatisk helse og rus	Klinikk for psykisk helse og rus	275 000
St. Olavs Hospital		
Kvalitetssikring av lungekreftomsorgen ved St. Olavs hospital	Klinikk for lunge- og arbeidsmedisin og Orkdal medisin/	275 000

	Lungemedisinsk avdeling	
Mindre plager relatert til nevrogen tarm ved klinisk bruk av registerdata	Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering	215 000
Overtriage ved traumemottak i et pasientsikkerhetsperspektiv	Kirurgisk klinikk - Avd. for traumatologi	275 000
Systematisk registrering, gjennomgang av komplikasjoner og oppstart av videodemonstrasjoner på komplikasjonsmøter	Kirurgisk klinikk - Gastrokirurgisk avdeling	120 000
Økt trygghet og bedre samarbeid i akutte situasjoner	Klinikk psykisk helsevern - akutt, eldre, barn og unge/ Avd. for barne- og ungdomspsykiatri	300 000
Styringsverktøy med utgangspunkt i pasientstemmen	Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin	300 000
Helse Nord-Trøndelag		
Kartlegge arbeidsprosesser og pasientflyt (...) i en innføringsfase av nytt journalssystem i Helseplattformen	Klinikk for kirurgi	275 000
SmartCrowding - Forbedret pasientsikkerhet og pasientflyt ved høy pasienttilstrømming i akuttmottaket	Kirurgisk klinikk - Akuttmedisinsk avdeling	275 000

Kvalitetssikring av ventelistehåndtering	Klinikk for kirurgi Levanger - Avd. for sengeposter, inntak, kontor og støtte	152 000
---	--	------------

Prosjektledere for de aktuelle prosjektene får tilsendt tildelingsbrev med mer informasjon fortløpende. Prosjektene kan starte i januar 2022.

Kontaktperson: Rådgiver for kvalitet og pasientsikkerhet [Maria Henningsen](#)

Endret styring og oppfølging av IKT

Helse Midt-Norge gjør endringer i foretaksgruppens styring og oppfølging av IKT-området. Endringene iverksettes i 2022 og kommer samtidig med etableringen av Hemit HF som eget helseforetak og lansering ny journalløsning for sykehusene med Helseplattformen i månedsskiftet april/mai.

| Publisert 22.12.2021



Styret i Helse Midt Norge RHF vedtok i møte 30.09.21 å etablere Hemit HF. Det nye foretaket består av de to tidligere avdelingene i Helse Midt-Norge RHF, Hemit og driftssenteret for logistikk og økonomi (DSLØ). Det nye helseforetaket blir, sammen med Helseplattformen AS, en leverandør av IKT-tjenester og prosjekter.

- Vi skal ha en god og kompetent kundeorganisasjon som skal bestille, stille krav til, styre og utnytte leveranser på IKT-området, sier

adm.dir. Stig A. Slørdahl i Helse Midt-Norge RHF.

Styringsgruppe Digitalisering og standardisering

Styringsgruppe Digitalisering og standardisering (SDS) har nå vedtatt organisering, mandater og oppgavebeskrivelse for kundestyringen innenfor IKT i foretaksgruppen.

SDS er direkte underlagt administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF og er det øverste interne organet med ansvar for utviklingsaktiviteter innenfor følgende områder: A) Prosjekter knyttet til digitalisering og standardisering, B) Utvikling av tjenester knyttet til digitalisering og standardisering og C) Øverste organ innad i Helse Midt-Norge i beslutningsstrukturen for Helseplattformen.

SDS består av de fem administrerende direktørene i helseforetakene, konserntillitsvalgte, brukerrepresentant, økonomidirektør, fagdirektør og IKT-sjef fra Helse Midt-Norge RHF (observatør). Eierdirektør Helse Midt-Norge RHF leder styringsgruppen.

Regional ledergruppe for prosjekt- og tjenestestyring

SDS har oppnevnte følgende medlemmer i regional ledergruppe for prosjekt- og tjenestestyring (RPT): Per Olav Østbyhaug (St. Olavs hospital HF), Henrik Erdal (Helse Møre og Romsdal HF), Kathinka Meirik (Helse Nord-Trøndelag HF), Ingerid Gunnerød (Helse Midt-Norge RHF) og Per Olav Skjesol (Helse Midt-Norge RHF). Fra nyttår vil denne regionale ledergruppen ta ansvar for det videre arbeidet med organisering og bemanning av de øvrige gruppene og vil gjennomføre nødvendige aktiviteter for å operasjonalisere den nye styringsstrukturen.

Vi planlegger framtida nå

Det pågår nå et arbeid med å lage utviklingsplaner i helseforetakene i regionen. Planen skal peke på ønsket utviklingsretning for sykehusene, etter nasjonale og regionale føringer. Hvilken retning må vi ta for å møte samfunnets samlede behov for helsetjenester i framtida? Hvordan skaper vi pasientens helsetjeneste gjennom riktig kompetanse, nye arbeidsformer, riktige bygg og utstyr?

| Publisert 30.04.2023



Hvordan jobber vi med utviklingsplan?

Det er etablert en regional prosjektorganisasjon for samordning av planarbeidet, med administrerende direktør som prosjekteier. Selve utarbeidelsen er en del av de regionale helseforetakenes samlede planansvar.

Helseforetakene skal legge frem utviklingsplaner for 2023–2026 for foretaksmøte innen utgangen av februar 2022.

Vi har en temaside hvor du kan følge prosessen, se hvem som er involvert, hvilke tema det jobbes med samt få en oversikt over fremdriften og når planen skal være klar.

[Her finner du temasiden om arbeidet med utviklingsplan](#)