

Ingrid Finboe Svendsen (leder)
Hilde Grimstad (nestleder)
Bjørn Arild Gram (medlem)
Kristine Fagerland (medlem)
Nils Kvernmo (medlem)
Annbjørg Støa (medlem)
Rolf G. Larsen (medlem)
Janne E. Jacobsen (medlem)

Vår ref.:
2018/814 - 8285/2018

Deres ref.:

Dato:
05.03.2018

Innkalling til styremøte i Helse Nord-Trøndelag 12. mars 2018

Styret for Helse Nord-Trøndelag kalles med dette inn til møte
mandag 12. mars 2018, kl. 11.30.

Møtet finner sted på Sykehuset Levanger, store møterom i Arken.

I forkant er det møte i Politisk samarbeidsutvalg (PSU) kl. 09.00 til 11.00 (store møterom, Arken). Til dette møte innkalles Svendsen, Grimstad, Gram og Fagerland fra styret. Felles lunsj for PSU og Styret kl. 11.00 (i møterommet).

AGENDA styremøtet

Sak 15/2018	Orienteringer fra adm. direktør
Sak 16/2018	Driftsrapport januar og foreløpig driftsrapport februar 2018
Sak 17/2018	Årsoppgjør 2017 – årsberetning og årsregnskap
Sak 18/2018	Pasient- og brukerombudets årsrapport
Sak 19/2018	Styringskrav og rammer 2018 for Helse Nord-Trøndelag
Sak 20/2018	Kvalitet

Sak 21/2018

Andre orienteringssaker

1. Protokoll styremøte Helse Midt-Norge RHF 8.2.18
2. Protokoll foretaksmøte HMN og HNT 19.2.18
3. Protokoll foretaksmøte HMN og HNT 5.3.18
4. Protokoll brukerutvalget Helse Nord-Trøndelag 7.3.18
5. Evt. andre orienteringer

Sak 22/2018

Eventuelt

Sak 23/2018

Godkjenning av protokoll

Ingrid Finboe Svendsen

Styreleder
sign.

Torbjørn Aas

Adm. direktør
sign.

Kopi: Styrets varamedlemmer
Administrativt samarbeidsutvalg v/leder
Brukerutvalget

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 15/2018 Orienteringer fra adm. direktør

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	12. mars 2018	15/2018
Saksbeh: Torbjørn Aas		
Arkivkode: 012		
Saksmappe: 2018/814		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar informasjonen til orientering.

SAKSUTREDNING:

Sak 15/2018 Orienteringer fra adm. direktør

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Ingen

Bakgrunn for saken

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

Adm. direktør vil orientere om følgende saker:

- Aktuelle saker
- Eventuelt andre aktuelle saker

Konklusjon

Adm. direktør anbefaler at styret tar informasjonen til orientering.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 16/2018 Driftsrapport januar og foreløpig driftsrapport februar 2018

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	12. mars 2018	16/2018
Saksbeh:	Stein Erik Breivikås	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2018/814	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar driftsrapporten for januar og foreløpig driftsrapport for februar 2018 til orientering.

SAKSUTREDNING:

Sak 16/2018 Driftsrapport januar og foreløpig driftsrapport februar 2018

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Ingen

ØVRIG INFORMASJON

Helse Nord-Trøndelag har i likhet med øvrige helseforetak i regionen regnskapsavslutning den 9. virkedagen etter overgang til ny måned. Med bakgrunn i dette har det ikke vært mulig å legge fram driftsrapport for februar i styremøtet 12. mars 2018.

1. SAMMENDRAG / GENERELL VURDERING

Tabellen under viser de viktigste KPI-ene i driften til Helse Nord-Trøndelag HF.

KPI matrise 2018 Helse Nord-Trøndelag HF		Hittil i år			Avvik denne periode	Utvikling *
		Resultat	Mål	Avvik		
Aktivitet	DRG-poeng somatikk	2 852	2 882	-30		↓
	Polikliniske opphold SOM	12 280	12 074	206		↑
	Polikliniske opphold VOP	4 201	4 944	-743		↓
	Polikliniske opphold BUP	1 558	2 226	-668		↑
	Polikliniske opphold TSB	544	599		-15	↑
	Ventetid pasienter behandlet SOM	55	53	2		↑
	Ventetid pasienter behandlet VOP	53	45	8		↓
	Ventetid pasienter behandlet BUP	100	40	60		↓
	Ventetid pasienter behandlet TSB	25	30	-5		→
	Andel fristbrudd pasienter behandlet	1,8 %	0,0 %	1,8 %		↓
Finan:	Økonomisk resultat (mill kr)	0,44	0,00	0,44		
	Lønnskostnader (mill kr)	-180,95	-182,49	1,54		
HR	Bemanning (brutto mnd.verk)	2 730,9	-	2 730,9		
	Antall enheter med sykefravær > 10 %	0	0	0		→
	Avvik arb.tidsbestemmelsen i % av vakter	0,0 %	0,0 %	0,0 %		→

* For alle KPI'er for aktivitet og HR er utvikling målt mot samme periode i fjor.

For finans er utvikling målt mot forrige periode.

Aktiviteten og DRG-produksjonen var omtrent som planlagt i januar. Det økonomiske resultatet var marginalt bedre budsjett. Foretaket har ut fra dette fått en god start på året. Brutto månedsverk januar 2018 er på et lavere nivå enn januar 2017. Denne indikatoren har hatt en positiv trend de siste månedene. Sykefraværet var 8,3 prosent i perioden, noe som er betydelig lavere enn ved inngangen til 2017. Da var sykefraværet 9,5 prosent. Ventetiden var så vidt over målkravet, men lavere enn på samme tid i fjor.

2. Kvalitet

Den gjennomsnittlige ventetiden var 55 dager i januar. Det er uklarheter knyttet til ventetidstillene til BUP på grunn av oppdatering av systemene. Dette har gitt store utslag i ventetidstillene innenfor dette fagområdet. Det er stor sannsynlighet for at tallene ikke er riktige, så de må rettes opp til

rapporteringen i februar. Foretaket hadde 40 fristbrudd i januar, og de ventede fristbruddene tilsier at det kommer tilsvarende antall i februar også.

3. Aktivitet

HNT har lagt opp til en aktivitetsvekst noenlunde i samsvar med bestilling fra eier, selv om foretaket ikke forventer å kunne innfri veksten innen psykisk helsevern og rus. Aktiviteten i januar var omtrent som planlagt innenfor somatikken, men under planlagt innfor psykisk helsevern og rus. Det er noe usikkerhet rundt disse tallene innenfor psykiatri og rus, som vil bli revidert til rapporteringen for februar.

4. Økonomi

Foretaket fikk et resultat på 400 TNOK i årets første måned, som er marginalt bedre enn budsjett. Inntektene ble litt lavere enn planlagt. Det ble i januar bruk logikken for 2017 i DRG-beregningene, samt at det var litt problemer med å få registret aktiviteten spesielt innenfor fagområdet BUP. Øremerket basisramme ble heller ikke inntektsført, samt at det er noe mangelfull fakturering mot andre foretak i foretaksgruppen. Dette vil bli rettet opp til i februar. Lønnskostnadene ble gledelig lavere enn budsjettet, noe som gjenspeiler seg i brutto månedsverk som er lavere enn på samme tid i 2017. Når det gjelder den økonomiske driften til de enkelte klinikkene, havnet Klinikk for Kirurgi bak budsjett i første måneden i 2018.

5. Økonomisk tiltaksarbeid

Kort sikt – nedbemanningsprosessen fortsetter omtrent som planlagt. Klinikk for Medisin og Rehabilitering mangler fortsatt en plan for å realisere sin andel av nedbemanningen. Det er streng kontroll i forhold til ansettelser, og planleggingen reduksjon av årsverk pågår ute i klinikkene. Det jobbes videre med de andre kortsiktige tiltakene også, og det ser ut til at satsningen på korrekt DRG-koding begynner å vise resultat.

Lang sikt – det jobbes videre med Bærekraft 22. Det har vært fremdrift i nesten alle delprosjektene siden i sommer, men arbeidet har utfordringer på noen av bestillingene fra Styret. Sintef Helse er nå inne og bistår utredningene rundt funksjonsfordeling mellom lokasjoner og ikke-lovpålagt aktivitet i HNT.

6. Personal

Foretaket hadde et sykefravær på 8,3 prosent i januar. Dette er lavere enn på samme tid i fjor og HNT har hatt en god trend og utvikling det siste halve året - hvis det sammenlignes med samme periode året før. Både kort og langtidssykefraværet er redusert. Det er også gledelig med utviklingen og trenden til brutto månedsverk. I januar var den lavere enn i 2017. Ved inngangen til 2017 var indikatoren lang høyere i forhold til samme periode i 2016.

7. Administrerende direktørs kommentar

Administrerende direktør er fortsatt bekymret for den økonomiske utviklingen til HNT, selv om foretaket fikk et positivt økonomisk resultat i januar. Det jobbes godt både på kort og lang sikt for å forbedre de økonomiske resultatene i foretaket, men det er noe bekymring knyttet til framdriften. Det anses også krevende å kunne innfri Den gylne regel i 2018, selv det er veldig tidlig på året. Adm.direktør er fornøyd med at sykeværet ser ut til å ha stabilisert seg på et lavere nivå.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 17/2018 Årsoppgjør 2017 – årsberetning og årsregnskap

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	12. mars 2018	17/2018

Saksbeh: Stein Erik Breivikås

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2018/814

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret vedtar framlagte årsberetning og årsregnskap som foretakets årsoppgjør for 2017. Styret foreslår, i samsvar med årsberetningen, at årets overskudd på kroner 10 912 000 overføres til annen egenkapital.

SAKSUTREDNING:

Sak 17/2018 Årsoppgjør 2017 - årsberetning og årsregnskap

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

- 1) Årsberetning for Helse Nord-Trøndelag 2017
- 2) Resultatregnskap 2017, balanse, kontantstrømoppstilling og noter

Årsberetning 2017

1. Presentasjon av Helse Nord-Trøndelag HF

Helse Nord-Trøndelag HF, etablert høsten 2001, er ett av flere selvstendige helseforetak, eid av Helse Midt-Norge RHF. Helse Midt-Norge RHF omfatter sykehus og andre tilknyttede virksomheter i Møre og Romsdal, og det som frem til 31.12.2017 utgjør Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag fylke. Helse Midt-Norge RHF ble også etablert høsten 2001 og er ett av fire statlig eide regionale helseforetak.

Ved utgangen av 2017 bestod Helse Nord-Trøndelag HF av:

- Sykehuset Levanger
- Sykehuset Namsos
- Distriktpsikiatrisk senter (DPS) i Kolvereid
- Distriktpsikiatrisk senter (DPS) i Stjørdal
- Desentraliserte polikliniske tjenester i somatikk og psykiatri i Kolvereid, Steinkjer og Stjørdal
- Satelittdialyse i Rørvik, Grong, Namsos, Steinkjer, Leksvik og Stjørdal
- Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF) i Levanger og Stjørdal

I tillegg medfinansierer Helse Nord-Trøndelag

- Drift av kommunale intermediære senger ved Værnesregionen DMS i Stjørdal og DMS Inn-Trøndelag i Steinkjer.

Helse Nord-Trøndelag HF ivaretar regionale oppgaver i Midt-Norge når det gjelder oppbygging av kompetanse og tilbud om behandling til pasienter med spiseforstyrrelser (RKSF).

2. Mål

Visjon

Helse Nord-Trøndelag yter spesialisthelsetjenester til om lag 140.000 innbyggere i kommunene som har utgjort Nord-Trøndelag fylke frem til 31.12.2017, samt Osen og Roan i tidligere Sør-Trøndelag fylke og Bindal kommune i Nordland. Alle er vi potensielle pasienter og brukere av spesialisthelsetjenester, og hver enkelt skal være trygg på at man blir sett og tatt vare på når behovet melder seg. Visjonen gir også tydelig signal om at den enkelte har et selvstendig ansvar for å ivareta egen helse. Våre pasienter skal møte helsetjenester som er likeverdige, forutsigbare og trygge, uansett pasient- eller sykdomsgruppe. Dette viser vi gjennom vår visjon, som vi deler med Helse Midt-Norge RHF:

«På lag med deg for din helse»

Verdigrunnlag

Vårt verdigrunnlag bygger på trygghet, respekt og kvalitet. Gjennom respekt for den enkelte pasient og høye krav til kvalitet på tjenestene, bidrar vi til trygghet for liv og helse for befolkningen. Verdigrunnlaget utdyper visjonen og er vesentlig for bygging og vedlikehold av foretakets omdømme. Verdien skal være grunnleggende verktøy for prioriteringer og valg i foretaket.

Trygghet for tilgjengelighet og omsorg

Helseforetaket skal sørge for at befolkningen har tilgang til likeverdige og trygge helsetjenester. Våre pasienter skal være trygge på at avgjørelsene som blir tatt er riktige, uansett ytre rammer. Pasientene skal være trygge på behandleren, behandlingen og behandlingsstedet. Vissheten om at jeg får den hjelp jeg trenger – når jeg trenger den.

Respekt i møte med pasienten

Respekt for at pasienten/brukeren kjenner seg selv og sitt liv best, skal være grunnleggende for alle helsearbeidere og betyr at vi gjennom god kommunikasjon bidrar til at pasientene opplever å bli reelle medaktører i egen behandling – ingen beslutning om meg, uten meg.

Respekt i ulike relasjoner

- Respekt i møte med pasient og pårørende
- Respekt for medarbeidere
- Respekt for samarbeidspartnere
- Respekt for beslutninger
- Respekt for samfunnets prioriteringer og tildelte rammer

Kvalitet i prosess og resultat

Fremtidig utvikling og omstilling handler først og fremst om å styrke tjenestenes kvalitet og sikre riktig prioritering. Ved hjelp av Strategisk utviklingsplan skal Helse Nord-Trøndelag utarbeide i en felles retning og forståelse for hvordan vi skal utvikle best mulig helsetjenester. Planen skal gi en samlet utviklingsretning for de viktigste innsatsfaktorene som kompetanse, teknologi, samhandling, organisering, bygg mv.

Hovedoppgaver

Hovedoppgavene som Helse Nord-Trøndelag har ansvaret for er:

- Pasientbehandling
- Utdanning av helsepersonell
- Forskning
- Opplæring av pasienter og pårørende
- Utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling
- Samarbeid med kommuner og fylkeskommunale samarbeidspartnere

• Hovedmålene for Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag i 2017

Det er fire områder som Helse Midt-Norge har hatt spesielt fokus på i 2017 og som har krevd særskilt ledelsesmessig oppfølging på alle nivå i tjenesten;

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
4. Økonomisk bærekraft

Helse Midt-Norge RHF (HMN) har hatt tett dialog med helseforetakene om utviklingen i disse fokusområdene gjennom året. I tillegg til rapportering gjennom statusrapportene har oppfølgingen vært et fast tema i dialogmøter og direktørmøter. Målsopnåelse for hovedmålene utdypes ytterligere i kapittel seks.

Når det gjelder økonomi og aktivitet, kan styringssignalene fra vår eier sammenfattes slik for 2017:

- Et årsresultat for Helse Nord-Trøndelag på 60,0 mill kroner, senere justert til 58,0 mill kroner, eller bedre

- En aktivitet i somatiske avdelinger i samsvar med bestilling, det vil si en økning på knapt 2 % i forhold til 2016
- En aktivitetsvekst i psykisk helsevern og rusbehandling på om lag 8,5 %.

3. Utviklingstrekk i Helse Nord-Trøndelags virksomhet

- **Foretakets styre og organisasjon**

Styret har hatt følgende sammensetning i 2017:

Alf Daniel Moen, styreleder
Hilde Grimstad, nestleder
Bjørn Arild Gram, styremedlem
Marit Dille, styremedlem
Gunn Fredriksen, styremedlem, Helse Midt-Norge (fra 01.05.17)
Rolf Gunnar Larsen, styremedlem, ansatterrepresentant
Annbjørg Støa, styremedlem, ansatterrepresentant (fra 01.03.17)
Janne Jacobsen, styremedlem, ansatterrepresentant (fra 01.03.17)
Lars Petter Skaanes, vara ansatterrepresentant
Mona Lund Veie, vara ansatterrepresentant
Elin Austmo, vara ansatterrepresentant
Ketil Eide, vara ansatterrepresentant
Mathis Heibert, vara ansatterrepresentant

Foretaket har i 2017 bestått av seks gjennomgående klinikker og to sentra:

- Klinikk for kvinne, barn og familie
- Klinikk for kirurgi
- Klinikk for medisin og rehabilitering
- Klinikk for medisinsk service
- Klinikk for prehospitale tjenester
- Klinikk for psykisk helsevern og rus
- Senter for intern service
- Senter for virksomhetsstøtte og utvikling

Administrerende direktør i Helse Nord-Trøndelag HF er Torbjørn Aas siden 01.03.16.

- **Strategiske valg og oppfølging av disse i 2017**

Styret for HMN vedtok 24.06.10 Strategi 2020 – strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge 2010 – 2020. I tillegg til klare føringer på mange områder presiserer vedtaket følgende strategiske mål for perioden:

- A. Styrket innsats for de store pasientgruppene
- B. Kunnskapsbasert pasientbehandling
- C. En organisering som underbygger gode pasientforløp
- D. Rett kompetanse på rett sted til rett tid
- E. Økonomisk bærekraft

Helseforetaket har hatt Utviklingsplan 2030 og Strategi 2016 som førende dokumenter. Strategi 2016 var moden for revisjon i 2017. Istedenfor å starte en revisjonsprosess av Strategi 2016, ble det valgt å innarbeide foretakets strategi i utviklingsplanen. Utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag er derfor kalt Strategisk utviklingsplan. Strategisk utviklingsplan er en videreføring og revisjon av forrige utviklingsplan vedtatt den 16. februar 2015 (styresak

05-15), samt Strategi 2016. Arbeidet med Strategisk utviklingsplan er forankret i Nasjonal Helse- og sykehusplan og Strategi 2030 vedtatt av Helse Midt-Norge RHF, samt føringer vedtatt av styret i Helse Midt-Norge RHF 16. juni 2016.

Utviklingsplanen skal virke sammen med Langtidsplan/ langtidsbudsjett og gi utviklingsretning for de viktigste innsatsfaktorene som blant annet kompetanse, teknologi, samhandling, organisering, bygg mv. Utviklingsplanen skal revideres hvert fjerde år, der første planperiode blir 2018 – 2022.

Det vises til Strategisk utviklingsplan (Styresak HNT 10/2018) for nærmere beskrivelse av prosess og innhold.

Ved hjelp av Strategisk utviklingsplan, Langtidsplan og langtidsbudsjett 2018-2023, og en styrking av den økonomiske bærekraften skal Helse Nord-Trøndelag legge til rette for en felles retning og forståelse for hvordan vi skal utvikle best mulige helsetjenester, både på kort og lang sikt. Den overordnede målsetningen er å skape pasientens helsetjeneste gjennom riktig kompetanse, nye arbeidsformer og organiseringer, hensiktsmessige bygninger og moderne teknologi og utstyr.

Styret vedtok på dette grunnlag et budsjett for Helse Nord-Trøndelag for 2017 i samsvar med fastsatte krav til resultat, aktivitet og kvalitet. For å nå kravet til økonomisk resultat la foretaket opp til å effektivisere driften med om lag 90 mill kroner i 2017. Dette kom på toppen av effektiviseringer som var gjennomført over flere år og innebar betydelige utfordringer.

Med utgangspunkt i vedtatte strategier har styret også lagt stor vekt på å bygge gode samarbeidsrelasjoner mot primærhelsetjenesten, KS, brukerorganisasjoner og Helse Midt-Norge RHF som vår eier. De årlige samhandlingskonferansene er en godt etablert arena for å styrke samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten.

Samhandlingsreformen, innført fra 01.01.12, og effekter av den, har vært tema i flere styremøter. Helse Nord-Trøndelag HF har vedtatt felles samhandlingsstrategi med kommunene i fylket. Den har vært fundamentet for jevnlig møter i samarbeidsutvalgene for å sikre en samordnet utvikling av samhandlingen og sikker gjennomføring av reformen.

Samarbeidet med kommunene ivaretas formelt gjennom et Administrativt Samarbeidsutvalg (ASU) og et Politisk Samarbeidsutvalg (PSU). PSU møtes i egne møter, mens ASU og Brukerutvalget (BU) inviteres til å delta med en representant fra PSU og to representanter fra BU (jmf. nasjonale retningslinjer for brukermedvirkning) i de enkelte styremøtene. Disse representantenes deltakelse i styret er begrenset til møte- og talerett. I tilknytning til ett styremøte avvikles også brukerutvalgets årlige time der et samlet BU får møte styret. Styret er takknemlig for det arbeidet som nedlegges i bruker- og samarbeidsutvalgene. Ungdomsrådet ble etablert i Helse Nord-Trøndelag i 2017. Dette er et viktig bidrag for videre tilrettelegging av helsetilbudet for barn og ungdom. Vi er avhengige av et godt samarbeid med disse organene og har inntrykk av at det fungerer bra.

Foretaket har i flere år, sammen med Helse Midt-Norge RHF, medfinansiert drift av kommunale intermediære senger i distriktsmedisinske sentra. Værnesregionen DMS i Stjørdal har vært i drift fra våren 2007, og DMS Inn-Trøndelag i Steinkjer har vært i drift fra vinteren 2011. Det er videre etablert desentralisert poliklinikkdrift innen enkelte somatiske fagområder på Kolvereid, i Steinkjer og i tilknytning til DMS Stjørdal.

Som en del av samhandlingsreformen har alle kommuner i perioden 2012 – 2015 etablert kommunale akutte døgnplasser (KAD-senger) for å kunne gi et begrenset sengetilbud til somatiske akuttpasienter. Fra 2017 er dette utvidet til også å omfatte psykisk helsevern. Målet er å redusere behovet for akuttinnleggelser i sykehusene.

4. Redegjørelse for årsregnskapet

• Årsresultat

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF vedtok i desember 2016 foretakets budsjett for 2017 med et årsresultatet på 60,0 mill kroner bl.a. basert på gitte forutsetninger om pensjonskostnader. Foretakets pensjonskostnader reberegnes hvert nyttår ut fra fastsatte forventninger til utvikling i lønn, pensjoner, avkastning på fond og diskonteringsrente.

Foretakets resultatkrav for 2017 ble, med begrunnelse i ny aktuarberegning av pensjonskostnader på 12,0 mill kroner i basisramme, vedtatt redusert med differansen på 2,0 mill kroner slik at korrigert resultatkrav for Helse Nord-Trøndelag for 2017 ble fastsatt til 58,0 mill kroner.

Regnskapet for 2017 viser et årsresultat på 10,9 mill kroner. Følgende tabell viser årsresultat i forhold til korrigert resultatkrav:

	2017	2016	2015	2014
Årsresultat	10,9 mill kr	-5,9 mill kr	82,3 mill kr	293,8 mill kr
Korrigert resultatkrav	58,0 mill kr	53,6 mill kr	94,7 mill kr	283,3 mill kr
Avvik fra resultatkrav	- 47,1 mill kr	- 59,5 mill kr	- 12,4 mill kr	10,5 mill kr

Som det framkommer av oversikten ovenfor, har det vært relativt små avvik fra resultatkravet i årene fram t.o.m. 2015. Både 2016 og 2017 skiller seg ut med et negativt avvik i forhold til resultatkravet. Til tross for økt omsetning i 2017 på 19 mill kroner ifht budsjett ble det et avvik fra resultatkrav på -47,1 mill. Det negative avviket fra resultatkrav skyldes i hovedsak merforbruk på følgende to områder:

- Lønnskostnader, netto merforbruk ekskl. pensjon ca. 39 mill kroner
- Legemidler ca. 22 mill kroner

HMNs gjeldende finansstrategi forutsetter at det trekkes inn likviditet fra de enkelte foretakene til finansiering av felles regionale prosjekt, mens det enkelte helseforetak i utgangspunktet selv må skaffe til veie likviditet til egne investeringer. Helseforetaket vil gjennom overskudd i løpende drift kunne bygge opp likviditet til finansiering av egne investeringer. Avvik i årsresultat i forhold til budsjett vil derfor over tid kunne ha innvirkning på foretakets investeringsplaner.

• Inntekter

HMNs finansieringsmodell er basert på samme modell som benyttes ved statens finansiering av de regionale foretakene, den såkalte «Magnussen-modellen.» Liknende modeller benyttes også internt i de øvrige regionale helseforetakene.

Hvert helseforetak tildeles en økonomisk ramme som skal sette de enkelte foretakene i stand til å yte likeverdige tilbud til innbyggerne i sine respektive foretaksområder ved at en tar utgangspunkt i befolkningsstørrelse og korrigerer for avvik i behov og kostnadsnivå. Hvert helseforetak blir på dette grunnlag tildelt en økonomisk ramme for å dekke kostnadene for spesialisthelsetjenester til alle innbyggere i eget område. Det foretas korrigeringer i rammen basert på pasientstrømmer mellom foretakene i regionen.

Sum driftsinntekter (inkl. investeringstilskudd) ble i 2017 på 3 049,6 mill kroner mot 3 059,4 mill kroner i 2016.

Basisrammen for 2017 utgjorde 1 960,5 mill kroner mot 2 025,0 mill kroner i 2016. Reduksjonen i basisrammen skyldes innføringen av nøytral MVA til helseforetakene. Ordningen med nøytral MVA finansieres i sin helhet ved trekk i basisrammen.

Pasient- og behandlingsrelaterte inntekter (bl.a. ISF-inntekter, gjestepasientinntekter, inntekter fra HELFO og egenbetaling fra pasientene) utgjorde 979,4 mill kroner mot 917,8 mill kroner i 2016.

- **Kostnader**

Sum driftskostnader utgjorde 3 046,4 mill kroner i 2017. Dette er en nedgang på 28,9 mill sammenlignet med tall fra 2016.

Den største kostnadsposten er lønnskostnadene som for 2017 var på 2 028,6 mill kroner mot 1 997,3 mill kroner i 2016. Dette utgjør 66,6 % av sum totale driftskostnader.

De andre kostnadsområdene har en svak nedgang i forhold til fjoråret, hvor MVA-nøytraliteten som ble innført i 2017 er en medvirkende årsak.

- **Pensjonskostnader og ikke resultatført estimatavvik**

Pensjonskostnader og pensjonsforpliktelse har hatt stort fokus i mange år på grunn av den usikkerheten som er knyttet til de årlige kostnadene. Helseregionene har anledning til å utsette resultatføringer av estimatavvik. Dette innebærer at regnskapsmessig egenkapital kan avvike vesentlig fra den egenkapitalen man ville hatt om helseregionene også skulle ha fulgt regnskapsregler der slik utsatt resultatføring ikke er lov. Styret vil derfor synliggjøre disse vesentlige avvikene.

Helse Nord-Trøndelag HF har pr. 31.12.2017 en samlet brutto pensjonsforpliktelse på 5 325,8 mill kroner mot 4 962,1 mill kroner pr. 31.12.2016, mens netto pensjonsforpliktelse inkl. arbeidsgiveravgift (- midler) var på henholdsvis 969,2 mill kroner ved utgangen av 2017 og 898,1 mill kroner året før. Pensjonsforpliktelsene vil påvirke foretakets framtidige likviditet i form av innbetalinger til pensjonsordninger. Pr. 31.12.2017 utgjør ikke resultatførte estimat- og planendringer – 1 019,6 mill kroner mot – 1 099,7 mill kroner per 31.12.2016. Framtidige resultatføringer vil endre egenkapitalen tilsvarende.

- **Investeringer**

Helse Nord-Trøndelag har hadde en kraftig økning i investeringene fra 2016 til 2017. Det er i hovedsak oppstart av byggingen av ny bygningsmasse innenfor psykiatri (det såkalte Psykiatriløftet) som utgjør denne økningen. De andre kategoriene ble opprettholdt på omtrent tilsvarende nivå som i 2016.

I samsvar med HMNs gjeldende finansstrategi må Helse Nord-Trøndelag gjennom overskudd i egen drift framskaffe likviditet til investeringer i nytt utstyr og til bygningsmessige investeringer. Gjennom årlige revisjoner av langtidsbudsjettet legges investeringsplaner bygd på forutsetninger om tilførsel av likviditet gjennom positive resultat i foretakets løpende drift.

Styret vil understreke behovet for å opprettholde et tilstrekkelig høyt og stabilt nivå på bygningsmessige vedlikeholdsinvesteringer og investeringer i nytt utstyr til erstatning for utstyr som utrangeres og til anskaffelse av nyutviklet diagnostisk utstyr.

5. Aktivitet

• Positive resultater og uløste utfordringer i 2017

Helse Nord-Trøndelag oppnådde følgende positive resultater i 2017:

- Total gjennomsnittlig ventetid (avviklede pasienter) ble i 2017 redusert til 54 dager
- Etablering av Ungdomsråd
- Det ble etablert flere pasientforløp basert på regionale og nasjonale føringer
- Betydelig forskningsaktivitet som blir lagt merke til nasjonalt og internasjonalt
- Kontinuerlig forbedringsarbeid og innovasjon har fått mye oppmerksomhet og fokus
- Omorganiseringsprosessen «Pasientorientert organisering» ble gjennomført
- Etablering av medisinstudiet NTNU LINK – desentralisert utdanningsløp for medisin
- Igangsetting av nybygg Levanger for psykiatri og rus og ombygging av lab på sykehuset Namsos

Dette er noen av Helse Nord-Trøndelags uløste utfordringer:

- Redusere antall korridorpasienter
- Unngå fristbrudd
- Oppfylle krav i henhold til «Den gylne regel»
- Redusere uønsket variasjon i behandlingen
- Håndtere forbruksrater og endringer i demografiske utviklinger
- Rekruttering for å kunne opprettholde robuste fagmiljø med tilstrekkelig kompetanse
- Bærekraftig økonomi

• Pasientaktivitet 2017

Aktiviteten i 2017 var høyere enn året før i alle hovedområder i foretaket. I somatisk virksomhet var aktiviteten omtrent som planlagt, mens den var lavere enn planlagt i psykisk helsevern, og noe større enn planlagt innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Endret DRG-logikk mellom årene gjør at tallene for 2017 ikke er helt sammenlignbare med 2016. Antall DRG-poeng (2016-tall i parentes) i somatiske avdelinger i h.h.t. eieransvaret var 32 570 (32 551). Det var 1 984 (1 790) utskrevne døgnpasienter i de psykiatriske avdelingene i 2017. Det ble utført 133 113 (126 636) polikliniske konsultasjoner i somatiske avdelinger, 71 127 (69 211) konsultasjoner i psykiatriske avdelinger og 6 594 (5 942) polikliniske konsultasjoner i rusavdelinger i 2017.

Oversikten som følger viser aktivitetstall for 2017:

Aktivitet	2017	2016	Endring	Endring %
Somatikk				
DRG-poeng				
-iht "sørge-for-ansvaret"	35 082	33 297	1 785	5,4 %
-iht produksjon eget foretak	32 570	32 551	19	0,1 %
Antall ref. ber. polikliniske konsultasjoner (polkl DRG opphold)	133 113	126 636	6 477	5,1 %
Psykatri (PHV/PHBU)				
Antall utskrevne døgnpasienter	1 984	1 790	194	10,8 %
Antall ref. ber. polikliniske konsultasjoner	71 127	69 211	1 916	2,8 %
Rus (TSB)				
Antall ref. ber. polikliniske konsultasjoner	6 594	5 942	652	11,0 %
Kvalitets- og andre indikatorer				
Gjsn. ventetid ventende i dager (pr. 31.12) HF (alle fagområder)	50	51	-1	
Antall aviklede i alt (pr. 31.12)	4591	4589	2	
Antall ventende i > 365 dager (pr. 31.12)	2	3	-1	
Gjns. ventetid aviklede i dager (pr. 31.12) HF (alle fagområder)	51	54	-3	
Antall aviklede i al (pr. 31.12)	22527	21563	964	
Antall aviklede > 365 dager (pr. 31.12)	21	40	-19	
Gjsn. ventetid ventende i dager (31.12) innleggelse	31	42	-11	
Gjsn. ventetid ventende i dager (31.12) dagbehandling	39	41	-2	
Gjsn. ventetid ventende i dager (31.12) poliklinikk	50	52	-2	
Gjsn. ventetid ventende i dager (31.12) Som	50	53	-3	
Gjsn. ventetid ventende i dager (31.12) PHV	41	35	6	
Gjsn. ventetid ventende i dager (31.12) PHBU	57	36	21	
Gjsn. ventetid ventende i dager (31.12) Rus	21	26	-5	
Gjsn. ventetid aviklede i dager (31.12) innleggelse	15	22	-7	
Gjsn. ventetid aviklede i dager (31.12) dagbehandling	12	40	-28	
Gjsn. ventetid aviklede i dager (31.12) poliklinikk	52	56	-4	
Gjsn. ventetid aviklede i dager (31.12) Som	51	55	-4	
Gjsn. ventetid aviklede i dager (31.12) PHV	48	47	1	
Gjsn. ventetid aviklede i dager (31.12) PHBU	46	45	1	
Gjsn. ventetid aviklede i dager (31.12) Rus	25	32	-7	
Andel epikriser ferdig innen 7 dager	88,70 %	90,20 %		
Andel korridorpatient døgn	1,92 %	2,22 %		
Antall doktorgrader	3	3		
Antall vitenskapelige artikler	55	60		

• «Raskere tilbake»

Prosjektet «Raskere tilbake» startet i 2007, og er videreført også i 2017.

Formålet med prosjektet er å få sykemeldte raskere tilbake i arbeid. Aktivitet/behandling knyttet til dette prosjektet kommer i tillegg til annen aktivitet i foretaket og er finansiert særskilt. Aktiviteten innen «Raskere tilbake» utgjorde 10 DRG-poeng i 2017 (69 i 2016). Antall polikliniske konsultasjoner var 240 i 2017 (390 i 2016) og gjaldt i sin helhet somatikk. Brutto inntekter knyttet til «Raskere tilbake» utgjorde om lag 3,1 mill kroner i 2017, mot 5,4 mill kroner året før.

- **Forskning**

Helseforetakene har forskning som en av sine fire lovpålagte oppgaver. Forskning er et viktig virkemiddel for å nå målsettingen om likeverdige helsetjenester av høy kvalitet. Dette er hjemlet i Lov om spesialisthelsetjenesten og utdypes i det årlige oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til det regionale helseforetaket. Helse Nord-Trøndelag skal sørge for at spesialisthelsetjenesten driver forskning og utvikling, og leverer kunnskapsbaserte og forsvarlige helsetjenester. Dette skal være en naturlig og høyt prioritert del av virksomheten i Helse Nord-Trøndelag.

Forskningsavdelingen skal gjennom sin virksomhet oppmuntre til og fremme forskning av god vitenskapelig kvalitet i Helse Nord-Trøndelag. Forskere i Helse Nord-Trøndelag har produsert 55 vitenskapelige artikler i referee-baserte tidsskrift i 2017. Det ble avlagt tre doktorgrader. Vi når opp til kravene fra HOD om at minst 40 % av forskningsartiklene skal være basert på internasjonalt forskningssamarbeid (dvs. én eller flere utenlandske medforfattere), og at minst 20 % av artiklene skal være publisert på nivå 2 (tidsskrifter som er vurdert å ha høy kvalitet og relevans).

For å inspirere og legge til rette for forskning og fagutvikling legges det vekt på langsiktig og strategisk kompetanseheving i Helse Nord-Trøndelag. I samarbeid med Nord universitet arrangerer Forskningsavdelingen årlig et grunnleggende kurs i litteratursøk (7,5 hp). I samarbeid med Helse Møre og Romsdal og Medisinsk fakultet på NTNU arrangerer vi kurset «Fra idé til ferdig forskningsprotokoll» (7,5 hp). For øvrig arrangeres det ca. 20 kortere kurs/seminarer/workshops for å legge til rette for forsknings- og utviklingsaktiviteter i Helse Nord-Trøndelag (statistikk, bibliotekkurs, referansehåndtering, publiseringsworkshop, akademisk CV-workshop, skriveseminarier, etc.). Det er lagt ned betydelig innsats for å opprettholde god kvalitet på hjemmesida, som bl.a. gir informasjon om rutiner som skal sikre at medisinsk og helsefaglig forskning gjennomføres forsvarlig og i tråd med lovgivningen.

I 2017 er det dels arbeidet med tiltak for å oppfylle målene i Strategisk plan for forskning og utvikling i Helse Nord-Trøndelag, og arbeidet med en ny strategiplan for forskning og innovasjon. Det er gjort konkrete tiltak for å tilrettelegge for og å øke kvaliteten på forskning, forbedre organiseringen av virksomheten, forbedre forskningsforvaltningen og videreutvikle forskningsformidlingen. I 2017 ansatte Forskningsavdelingen en kommunikasjonsrådgiver i midlertidig stilling for å jobbe med forskningsformidling på en profesjonell måte.

Forskningsaktiviteten er svært forskjellig i de ulike klinikkene og er totalt sett for lav. Det er en forutsetning for klinikker som skal drive forskning, at de har ansatte med vitenskapelige bistillinger ved NTNU, såkalte 20 % stillinger som førsteamanuensis II. Dette sikrer tilgang til kvalifiserte veiledere, som har vært den største flaskehalsen for forskning i helseforetak i mange år. Tilknytning til universitetsmiljø sikrer også tilgang til elektronisk litteratur, kurs, annen infrastruktur, kompetanse og forskningsnettverk som er helt grunnleggende for god forskning. I tillegg bedrer tilknytning til universitetsmiljøet mulighetene for å kunne søke og å konkurrere om eksterne forskningsmidler, noe som vil føre til økt tildeling av eksterne forskningsmidler til lokale helseforetak. I 2017 er det arbeidet med å ansette fem vitenskapelige bistillinger for forskere i Helse Nord-Trøndelag finansiert av Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og NTNU.

Helse Nord-Trøndelag har et godt og viktig samarbeid med Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). Forskningsavdelingen har fått midler fra Samarbeidsorganet for et 5-årig forskningsinfrastrukturprosjekt der det jobbes med å legge til rette for mer forskningsaktivitet der data fra foretaket kobles opp mot forskningsprosjekter, både nasjonalt og internasjonalt. En forskningskoordinator ble ansatt i 2017 for å jobbe med å utvikle enda bedre rutiner rundt utlevering av data, slik at dette kan skje så raskt og sikkert som mulig. All saksbehandling og internkontroll av forskning i Helse Nord-Trøndelag gjøres i DAC-gruppa (Data Access

Committee), der forskningsprosjekt vurderes opp mot forskningsstrategier, økonomiske forutsetninger og forsvarlighet.

- **Prioritering mellom virksomhetsområder**

Foretakets virksomhetsområder deles gjerne inn i somatikk, psykiatri og rusbehandling. Ut fra gitte mål om aktivitetsutvikling og forskjeller i finansiering er det ønskelig å følge utviklingen i aktivitet og ressursbruk innen og mellom disse virksomhetsområdene.

Foretakets eier har gjennom styringsdokumentet til Helse Nord-Trøndelag fastsatt at psykisk helsevern og rusbehandling (TSB) skal vokse mer enn somatikk, målt i kostnader, aktivitet, årsverk og ventetider (den såkalte Gylne regel). Den prosentvise fordelingen av foretakets kostnader viser at prioriterte virksomhetsområder (psykiatri og rusbehandling) har lagt beslag på lavere andeler av foretakets kostnader i 2017 enn i 2016.

6. Måloppnåelse for hovedmål

- **Styringsmål 2017**

Som beskrevet innledningsvis skulle helseforetakene i Midt-Norge i 2017 innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede mål:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
4. Økonomisk bærekraft

Oppdragsdokumentet for 2017 deler opp de overordnede målene i følgende konkrete mål:

Mål knyttet til reduksjon i venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen:

- Gjennomsnittlig ventetid skal være under 57 dager:
 - Somatikk 57 dager
 - PHV 45 dager
 - PHBU 40 dager
 - TSB 30 dager
- Ingen fristbrudd
- Andel kreftpasienter som registreres i et pakkeforløp skal være minst 70 %
- Andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført innen standard forløpstid skal være minst 70 %
- Variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene er redusert

Mål knyttet til prioritering av psykisk helsevern og TSB:

- Høyere vekst innenfor psykisk helsevern og TSB enn for somatikk
 - Aktivitet (målt i refusjonsberettigede konsultasjoner)
 - Gjennomsnittlig ventetid (for pasienter tatt inn til behandling)
 - Kostnader
 - Bemanning (målt i årsverk)
- Redusere antall tvangsinnleggelser sammenlignet med 2016
- Redusere antall pasienter i psykisk helsevern som har minst ett tvangsmiddeltak
- Sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling TSB

Mål knyttet til bedre kvalitet og pasientsikkerhet:

- Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 2016 og mindre enn 4,7 %
- Ingen korridorpasienter
- Minst 20 % av pasientene med hjerneinfarkt får trombolysebehandling innen 40 minutter etter innleggelse
- Minst 30 % av dialysepasienter får hjemmedialyse
- 30 % reduksjon i forbruk av bredspektret antibiotika i 2020 sammenlignet med 2012

Mål knyttet til økonomisk bærekraft:

- Drift og investeringer skal samlet ligge innenfor tilgjengelige økonomiske rammer
- Nivå på årsresultat og investeringer skal over tid styrke foretakets egenkapital, slik at langsiktighet i planlegging og prioritering av investeringer sikres

Når det gjaldt aktivitet, kunne styringssignalene fra vår eier sammenfattes slik for 2017:

- En aktivitet i somatiske avdelinger i samsvar med bestilling, dvs. en økning på knapt 2 % i forhold til 2016.
- En aktivitetsvekst i psykisk helsevern og rusbehandling på om lag 8,5 %.

Styret har hatt sterkt fokus på disse forholdene i forbindelse med planlegging, budsjettering og oppfølging av foretakets drift i 2017. Status for de enkelte styringsindikatorer er drøftet i hvert styremøte. Med utgangspunkt i status og prognoser er det fortløpende vurdert tiltak for å sikre måloppnåelse.

Ett av hovedfokusene i 2017 har vært å levere et økonomisk resultat i samsvar med eiers krav. Som det framgår av annen oppstilling i årsberetningen, ble foretakets resultat 10,9 mill kroner. Det er 47,1 mill kroner lavere enn eiers korrigerte resultatkrav. Aktivitetsmålene (antall DRG-poeng og polikliniske konsultasjoner) er oppfylt i forhold til eiers bestilling for somatikk og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, mens den er lavere enn bestillingen innenfor psykisk helsevern.

Foretaket hadde i 2017 en økning i antall fristbrudd sammenlignet med 2016. Ventetidene er redusert for foretaket sett under ett og lå ved utgangen av året på 54 dager. Det differensierte ventetidskravet ble oppfylt innenfor somatikk og TSB, men ikke innenfor psykisk helsevern.

Arbeid med å redusere ventetidene ytterligere og unngå fristbrudd, slik at pasientene ikke får ventetid ut over det som er medisinsk riktig og nødvendig, vil være fokus fremover. For noen fagområder vil en krevende rekrutteringssituasjon, og sårbare miljø med få spesialister, kunne medføre at en i perioder vil kunne møte utfordringer i forhold til dette målet.

HMNs målsetting er at alle epikriser skal være utsendt innen syv dager etter utskrivning. Gjennomsnittet for 2017 lå på 88,7 % (2016: 90,2 %).

Det har i perioder vært flere korridorpasienter enn det som har vært målsettingen. Andelen korridorpasientdøgn var i 2017 på 1,9 % (2016: 2,2 %). Å unngå korridorpasienter er en kompleks og sammensatt problemstilling. I forbindelse med Strategisk utviklingsplan må det iverksettes arbeid for å redusere korridorbruken i Helse Nord-Trøndelag.

Styret har stor oppmerksomhet på kvalitet i tjenestene våre og rapporterer i hvert styremøte på kvalitetsindikatorer og vil ha sterkt fokus på dette også i 2018.

7. Arbeidsmiljø og personal

• Ansatte/årsverk

Helse Nord-Trøndelag hadde i gjennomsnitt 3658 ansatte i 2017. Omgjort til årsverk utgjorde dette 2577 årsverk i 2017. Førtifem prosent (43 % i 2016) av arbeidstakerne er mellom 40 og 59 år og 13,5 % (14 % i 2016) er eldre enn 60 år. Endring i bemanningstallene er endringer innenfor godkjente stillingsrammer.

• Heltid

Det er fortsatt en klar målsetning at arbeid i Helse Nord-Trøndelag skal tilstrebes organisert slik at det kan dekkes med heltidstilsetninger. Status på heltid i Helse Nord-Trøndelag pr. desember 2017 er 69,94 % mot 68,66 % ved utgangen av 2016. Målet for 2017 var satt til 69 %, noe som betyr at foretaket har oppnådd denne målsettingen. Gjennomsnittlig stillingsprosent blant fast ansatte er pr. desember 2017 89,75 % mot 89,16 % ved utgangen av 2016. Helse Nord-Trøndelags mål for 2017 var satt til 90 %, med andre ord oppnådde ikke helseforetaket målsettingen for året.

Ansatte som ønsker helstilling/høyere stillingsprosent melder dette via Min Arbeidsplan. Registrerte ønsker følges opp av leder. Dette verktøyet sikrer forløpende arbeid med denne utfordringen. I enighet med tillitsvalgte har vi forlenget bruken av unntaksmulighet til tilsetning av deltidsansatte i hel stilling internt i klinikken uten utlysning.

Helseforetaket har gjennom flere år hatt en positiv utvikling ved at andelen heltid og gjennomsnittlig stillingsprosent har økt. Denne utviklingen fortsetter sakte, men sikkert. Ønskes en raskere utvikling må Helse Nord-Trøndelag vurdere bruk av tiltak som for eksempel oppretting av bemanningskontor etter modell av St. Olavs og Helse Bergen da det vil gi ytterligere muligheter for å tilby våre ansatte hel stilling.

• Arbeidsmiljø

Helse Nord-Trøndelag jobber fortsatt systematisk med HMS-arbeidet med utgangspunkt i årshjul for HMS som ble innført i 2016. Årshjulet skal gjøre det lettere for lederne å holde oversikt over hva de er forpliktet å følge opp på HMS-området. Arbeidsmiljøutvalget (AMU) i Helse Nord-Trøndelag hadde fire møter i 2017 og behandlet 39 saker med informasjon og drøfting av saker med betydning for medarbeidernes arbeidsforhold.

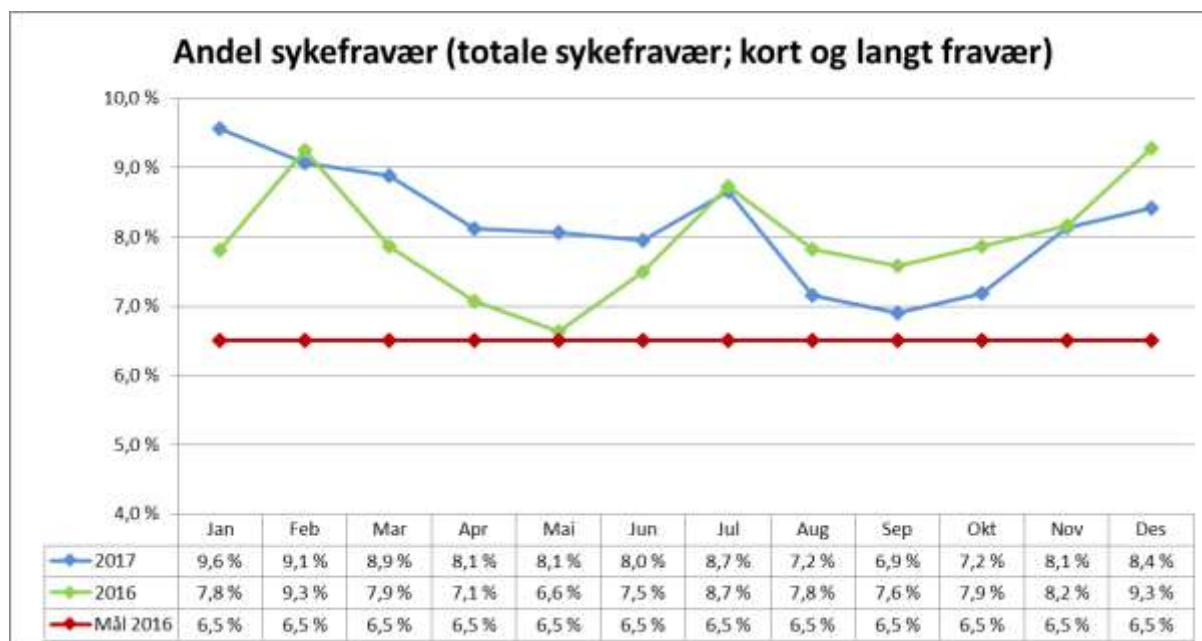
Det er ikke gjennomført arbeidsmiljøundersøkelse i 2017. Imidlertid er det gjort forberedelser til ny undersøkelse som skal gjennomføres i februar og mars 2018 (ForBedring 2018). Denne undersøkelsen er kombinert med pasientsikkerhetsundersøkelsen, og vil støtte opp under samarbeidet mellom HMS-arbeidet og kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet i foretaket. For å styrke dette samarbeidet ytterligere er det i tillegg opprettet faste møtepunkter mellom kvalitetssjef og HMS-koordinator, samt satt i gang samarbeid om implementering av nytt meldeskjema og analyseverktøy for avviksmeldinger.

Samarbeidet mellom HMS-arbeid og kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid støttes oppunder av styrking av samarbeidet mellom fagmiljøene i SVU. Dette kommer til uttrykk gjennom:

- faste møtepunkter mellom kvalitetssjef og HMS-koordinator
- samarbeid om gjennomføring av den nye medarbeiderundersøkelsen «ForBedring 2018» som kommer i februar 2018
- samarbeid om implementering av nytt meldeskjema og analyseverktøy for avviksmeldinger

• Sykefravær

Helse Nord-Trøndelag hadde i 2017 et sykefravær på 8,1 %, en økning fra 2016 på 0,2 %-poeng. Foretaket hadde en målsetting om et sykefravær på under 6,5 %.



Det totale sykefraværet i foretaket har ligget på et høyere nivå i 2017 enn i 2016, selv om det i andre halvår har vært lavere enn foregående år. Når det gjelder enheter med sykefravær > 10 %, så var det i 2016 46 enheter i denne kategorien, mens dette i 2017 har økt til 56 enheter. Målet om reduksjon på 10 % er dermed ikke nådd.

Det er gitt ut en overordnet prosedyre som tydeliggjør både for arbeidsgiver og arbeidstaker hvilke rettigheter og plikter som gjelder under sykefraværsoppfølging. Denne prosedyren beskriver også nye rutiner for oppfølging av gravide, som har vært et satsningsområde i 2017.

Klinikker med størst økning i sykefraværet i 2016; Klinik for prehospitale tjenester og Senter for intern service. Det er igangsatt egne prosjekter hvor HR-rådgiver, BHT og kontaktperson i NAV Arbeidslivssenter har bistått inn i prosesser med ledere, verneombud og tillitsvalgte. Målsettingen har vært både å redusere fravær og jobbe for å forebygge fravær.

• Skader

Når det gjelder antall registrerte yrkesrelaterte skader, så er dette økt fra 224 i 2016 til 306 i 2017. Dette inkluderer hendelser med vold og trusler. Vi har dermed oppnådd en økning i antallet registrerte hendelser. Det er grunn til å tro at det har vært underrapportering tidligere og at det ikke er blitt flere reelle yrkesrelaterte skader blant ansatte.

Skademeldingene fordelte seg slik på type skade/ulykke:

MELDINGER HMS	2017	2016	2015
Fravær i forbindelse med skader og ulykker			
Antall personskader/hendelser med fravær	9	10	8
Antall personskader uten fravær	297	213	110
Antall dødsulykker – ansatte	0	0	0
Antall fraværsdager pga personskader		238	103
Antall uønskede hendelser/HMS-meldinger	306	223	124

MELDINGER HMS	2017	2016	2015
Type skade, ulykke (i hht NAVs koder)			
Støt/treff av gjenstand	8	11	3
Sammenstøt/påkjørsler	0	4	0
Velt	1	0	1
Klemt/fanget	11	5	0
Fall	18	17	6
Stukket/kuttet av skarp/spiss gjenstand	48	45	36
Elektrisk spenning	0	1	0
Høy/lav temperatur	1	2	1
Kjemikalier	1	2	0
Eksplisjon, sprenging, brann	0	1	0
Trusler om vold (inkl. kasting av ting)	71	54	15
Påført voldsskade	102	44	43
Annet	45	37	13

• Lederutvikling

Gode og motiverte ledere på alle nivå i Helse Nord-Trøndelag er viktig for å utvikle, beholde og få resultater gjennom våre ansatte.

I vårt faste lederutviklingsprogram (LUP) for nytilsatte ledere presiseres tilnærmingen om at forståelsen hos lederne skal være å innrette sin virksomhet slik at økt kvalitet og pasientsikkerhet blir resultatet av fortløpende og langsiktige prioriteringer. I 2017 ble det ikke arrangert LUP, men det planlegges gjennomført høsten 2018.

Helse Nord-Trøndelag har i 2017 lagt opplæringsplanen for ledere inn som del av Kompetanseportalen. Forventninger til lederne er en viktig del av det som skal gjennomgås for å kvittere ut at opplæringsplanen er gjennomført. Det er gledelig å se at bruk av Kompetanseportalen er en del av den nye regionale pakken for mottak og opplæring av nye ledere som blir implementert i begynnelsen av 2018.

Under årets Workshop for arbeidsplaner 2018 hvor ledere, tillitsvalgte og verneombud deltok, så var forbedringsarbeid et sentralt tema. Implementering av den nye «Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten» opp mot arbeidsplanene var et hovedtema.

• Inkluderende arbeidsliv

Helse Nord-Trøndelag har følgende overordnet målsetting for HMS:

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

Foretaket har et utstrakt samarbeid med NAV Arbeidslivssenter og får god bistand i arbeidet relatert til alle tre delmål i IA-avtalen.

• Seniorpolitikk

Helse Nord-Trøndelag jobber fortsatt ut fra vedtatt strategi på dette området. Dette innebærer en dreining bort fra fokus på kollektive rettigheter som ekstra lønn og fritid, til andre virkemidler knyttet til individuell og organisatorisk tilrettelegging av arbeidet,

kunnskapsutvikling samt lederopplæring. Styret i Helse Midt Norge har oppfordret foretakene til å utvikle konkrete tiltak innen disse rammene.

Styret i Helse Nord-Trøndelag vedtok i mars 2014 en seniorpolitisk plan for foretaket for perioden 2014 - 2016. I tråd med tiltakene i planen ble det i april 2014 arrangert kurs for alle ledere i seniorpolitikk. Det ble også satt i verk en tilskuddsordning hvor avdelinger kan søke om støtte til individuelle tiltak eller gruppetiltak som skal bidra til at ansatte står lenger i jobb før de pensjonerer seg. Det er også i 2017 arrangert seminar for seniorer i tråd med seniorpolitisk plan. Seniorpolitisk plan er forlenget ut 2017 og det er gjort en evaluering av hvordan tiltakene har virket. Dette skulle opp som sak i styret i 2017, men ble først gjennomført 15.02.18.

- **Kompetanseheving/opplæring**

Det vil alltid være virksomhetens mål, oppgaver og funksjoner som avgjør hvilken kompetanse som er nødvendig. Alle klinikker har klinikkvise kompetanseplaner og arbeider med oppdatering av dem i sammenheng med budsjettarbeidet.

Helse Nord-Trøndelag er godt i gang med implementering og bruk av Kompetanseportalen som skal gi god oversikt over avdelingenes kompetansebeholdning og kompetansebehov. Den er et viktig verktøy i opplæringen av Helse Nord-Trøndelags ansatte.

Helse Nord-Trøndelag har introduksjonsdager for alle nyansatte på begge sykehus to ganger i året, samt en ukes introduksjonskurs for nye LIS1 (tidligere benevnt turnusleger) to ganger i året. Alle avdelinger har utstrakt internundervisning tilpasset egne behov.

- **Læreplasser**

Helse Nord-Trøndelag hadde totalt 40 lærlingeplasser innen helsefagarbeider, kokk, kontor, ambulansefag og automasjon i 2017. I tillegg har Helse Nord-Trøndelag lærlinger fra kommuner i praksisperioder på 8 uker. Totalt hadde Helse Nord-Trøndelag 12 lærlinger i 2016. Helse Nord-Trøndelag opprettet 2 nye lærlingeplasser i helsearbeiderfag i 2015. Disse fullfører sin lærlingetid i 2017.

Bruk av praksisplassene skjer i samarbeid med opplæringskontor for lærlinger (OKS) og enkeltkommuner som ikke er medlem i OKS.

- **Praksisplasser for høgskoleutdanningene**

Praksisplassene i Helse Nord-Trøndelag utnyttes fullt ut. Det brukes store ressurser på veiledning innen mange ulike fagutdanninger.

Helse Nord-Trøndelag tilbyr praksisplasser for studenter på alle fagretninger som forespørres fra høgskolene. Periodevis er det forespørsler som vi ikke kan dekke på grunn av manglende praksisplasser og veiledningsressurs. Vi har forespørsler om praksisplasser fra Nord Universitet og NTNU, som vi også har samarbeidsavtaler med.

8. Likestilling

Status ved utgangen av 2017 (tall for 2016 i parantes):

- 76 % (76 %) av antall faste og midlertidige ansatte i Helse Nord-Trøndelag er kvinner
- 88 % (91 %) av sykepleiere og spesialsykepleiere er kvinner

- 49 % (48 %) av legene er kvinner
- 27 % (36 %) av foretakets ledelse (inkl. avdelingsledere) er kvinner
- 63 % (38 %) av styrets medlemmer er kvinner

Foretaket representerer en virksomhet med store yrkesgrupper som tradisjonelt er kvinneedominerte.

Ved rekruttering av nye arbeidstakere har foretaket lagt vekt på at kvinner og menn skal ha lik mulighet til å tilsettes. Ut over dette er det ikke satt i verk spesielle tiltak for å øke likestillingen.

Helse Nord-Trøndelag tilhører en bransje som i stor grad preges av lik lønn for likt arbeid innen de forskjellige yrkesgruppene.

9. Likestillings- og diskrimineringsloven

Diskrimineringslovens formål er å fremme likestilling, sikre like muligheter og rettigheter og å hindre diskriminering på grunn av etnisitet, nasjonal opprinnelse, avstamning, hudfarge, språk og livssyn. Formålet i diskriminerings- og tilgjengelighetsloven er å fremme likestilling og likeverd, sikre like muligheter og rettigheter til samfunnsdeltakelse for alle, uavhengig av funksjonsevne, og hindre diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. Loven skal bidra til å fjerne samfunnsskapt funksjonshemmende barrierer og hindre at nye skapes.

Helse Nord-Trøndelag har følgende tekst i stillingsannonsene for å sikre mangfold i virksomheten:

«Det er en målsetting at arbeidsstyrken i størst mulig grad gjenspeiler mangfoldet i befolkningen. Det skal derfor arbeides for å oppnå best mulig alders- og kjønnsbalanse i arbeidsstokken og rekruttere personer med innvandrerbakgrunn.»

10. Ytre miljø

Den 15. desember 2014 ble hele Helse Nord-Trøndelag HF miljøsertifisert etter den internasjonale miljøstandarden NS-EN ISO 14001:2004. Det betyr at foretaket har en vedtatt miljøpolitikk og et implementert miljøstyringssystem for å nå våre mål innen ytre miljø og klima. Helse Nord-Trøndelag har eget miljø- og klimaprogram for 2014 – 2017 for å redusere miljøpåvirkningen, og klinikkene har egne handlingsplaner med tiltak. Helse Nord-Trøndelag ble re-sertifisert etter ISO 14001:2015 den 15. desember 2017 for nye 3 år. Miljøpolitikken i helseforetaket er beskrevet på Helse Nord-Trøndelags internettside under [«Grønt sykehus.»](#)

• Energi

Det er fokusert på optimalisering i drift av tekniske anlegg. Det er ikke gjort større investeringer i bygningstekniske anlegg for å redusere forbruket i 2017. Helse Nord-Trøndelag oppnådde målet for 2017 som var å redusere energiforbruket med 2 % pr år målt som kWh/m²/år.

• Avfall

Det gjennomføres utstrakt kildesortering av avfall med mål om generell reduksjon av miljøbelastningen og med tiltak for å redusere kostnadene knyttet til avfallshåndteringen. Et av delmålene beskrevet i handlingsplanen for ytre miljø og klima 2014 – 2017 er at andel restavfall skal reduseres med 2 % pr år. Dette delmålet er oppnådd.

- **Forurensning**

Foretaket har ingen særskilte utslippstillatelser knyttet til miljøgifter. Mål: Vi skal redusere våre utslipp av miljøskadelige stoffer til jord, luft, sjø og vann. Det vi har av miljøfarlige stoffer skal være sikret etter gjeldende lover og forskrifter.

- **Transport**

Helse Nord-Trøndelag har som målsetting å redusere antall kjørte kilometer tjenestereiser med personbil med 2 % pr år. Helseforetaket har kontinuerlig fokus på bevisstgjøring og holdningsskapende arbeid opp i mot reiseaktivitet i tjeneste. I siste halvdel av 2017 ble det i tillegg satt inn restriksjoner med tanke på tjenestereiser, et tiltak som har medvirket til at foretaket i 2017 oppnådde målet om 2 % reduksjon i tjenestereiser med personbil.

- **Innkjøp**

I kontrakter inkluderer Helse Nord-Trøndelag krav til sine leverandører:

Leverandøren skal arbeide aktivt for å minske miljøbelastningen ved oppfyllelse av avtalen:

«Leverandøren skal løpende dokumentere hvilket arbeid som nedlegges for å minske miljøbelastningen, og er pliktig til å framlegge dokumentasjon på Oppdragsgivers forespørsel. Dersom Leverandøren ikke kan dokumentere at avtalens miljøkrav er oppfylt, vil dette bli ansett som et vesentlig mislighold som gir Oppdragsgiver rett til å heve avtalen.»

I konkurransegrunnlaget er det krav om at leverandør skal kunne fremlegge miljødokumentasjon av alle deler av produktets livsløp og tjenestens omfang.

Avtalene på mat, catering og kantine kjøres nasjonalt. Helse Nord-Trøndelag har som overordnet miljømål for innsatsområdet innkjøp at det i alle vesentlige innkjøp skal stilles krav til leverandørene med hensyn til miljø og etiske forhold.

10. Framtidsutsikter

- **Helseforetakets strategier og planer**

Helse Nord-Trøndelag arbeider systematisk med tilnærming til de strategiske utfordringer vi er gitt gjennom vedtak i det regionale og det lokale styret. Sentralt står oppfølgingen Strategisk utviklingsplan, Langtidsplan og langtidsbudsjett og Budsjett 2018.

- **Styringsmål 2018**

Gjennom dokumentet «Styringskrav og rammer 2018 Helse Nord-Trøndelag HF» har HMN som eier fastsatt foretakets hovedmål og rammer for driften i 2018. Hovedelementene i disse styringskravene framkommer av «Plakaten.» Illustrasjon av denne følger:

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	Økonomisk bærekraft
Mål 2018: • Redusere gjennomsnittlig ventetid sammenliknet med 2017. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 45 dager for psykisk helsevern voksne, under 40 dager for psykisk helsevern barn og unge og under 26 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager i alle helseforetak innen 2021. • Ingen fristbrudd • Median tid til tjenestestart skal reduseres i helseforetaket sammenliknet med 2017 • Helseforetaket skal overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid). Helseforetaket skal overholde minst 95 pst. av avtalene innen 2021 • Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid skal være minst 70 pst. for hver kreftform. Redusere variasjon i måloppnåelse for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå.	Mål 2018: • Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Prioritere DPS og BUP • Færre tvangsinnleggelser i psykisk helsevern enn i 2017. • Færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 2017 • Færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling.	Mål 2018: • Redusere andel pasientskader med 25 % innen utgangen av 2018 (GTT-undersøkelsene) • Andel sykehusinfeksjoner lavere enn 3,5 pst. • 30 pst. reduksjon i forbruk av bredspektret antibiotika i sykehusene i 2020 sammenliknet med 2012. • Minst 20 pst. av pasienter med akutt hjerneinfarkt får intravenøs trombolysebehandling. • Minst 50 pst. av pasienter med hjerneinfarkt som får trombolysebehandling, får den innen 40 minutter etter innleggelse. • Ingen korridorpasienter. • Minst 30 % av dialysepasientene får hjemmedialyse. • Flere kliniske behandlingsstudier enn i 2017.	Mål 2018: • Drift og investeringer skal samlet ligge innenfor tilgjengelig likviditet • Nivå på årsresultat og investeringer skal over tid styrke foretakets egenkapital, slik at langsiktighet i planlegging og prioritering av investeringer sikres.

Helseforetakene i Midt-Norge skal i 2018 innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede mål:

1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
 - Redusere gjennomsnittlig ventetid
 - Ingen fristbrudd
 - Redusere median tid til tjenestestart
 - Overholde en større andel av pasientavtalen sammenliknet med 2017
 - Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid på minst 70 pst.
 - Redusere variasjon i måloppnåelse for pakkeforløp kreft
2. Prioritere psykisk helsevern og TSB
 - Høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn innenfor somatikk
 - Færre tvangsinnleggelser i psykisk helsevern enn i 2017
 - Færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern enn i 2017
 - Færrest mulig avbrudd i døgnbehandling TSB
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
 - Redusere antall pasientskader med 25 % innen utgangen av 2018
 - Andel sykehusinfeksjoner lavere enn 3,5 %
 - 30 % reduksjon i forbruk av bredspektret antibiotika i 2020 sammenliknet med 2012
 - Minimum 20 % av pasienter med akutt hjerneinfarkt får intravenøs trombolysebehandling
 - Minimum 50 % av pasienter med hjerneinfarkt som får trombolysebehandling, får den innen 40 minutter etter innleggelse

- Ingen korridorpasienter
- Minst 30 % av dialysepasientene får hjemmedialyse
- Flere kliniske behandlingsstudier enn i 2017

4. Økonomisk bærekraft

- Drift og investeringer skal samlet ligge innenfor tilgjengelig likviditet
- Nivå på årsresultat og investeringer skal over tid styrke foretakets egenkapital, slik at langsiktighet i planlegging og prioritering av investeringer sikres

• Basisramme og resultatkrav 2018

HMN har vedtatt at sum basisramme for Helse Nord-Trøndelag skal utgjøre knapt 2,0 mrd kroner i 2018. I tillegg er det beregnet at foretaket vil opparbeide aktivitetsbaserte og andre inntekter på om lag 1,0 mrd kroner slik at samlede inntekter fra basisramme og aktivitet vil kunne utgjøre om lag 3,0 mrd kroner.

HMN har en finansstrategi for regionforetaket med tilhørende helseforetak. Finansstrategien forutsetter at det trekkes inn likviditet fra de enkelte foretakene til finansiering av felles regionale prosjekt, mens det enkelte helseforetak i utgangspunktet selv må skaffe til veie likviditet til egne investeringer. Helseforetaket må derfor bl.a. gjennom overskudd i løpende drift framskaffe likviditet til egne investeringer. Med utgangspunkt i gjeldende langtidsbudsjett skulle driftsbudsjettet for 2018 vært lagt opp med årsresultat på 19,0 mill kroner. Store økonomiske utfordringer ved inngangen til 2018 har ført til at foretaket har sett seg nødt til å redusere resultatmålet for 2018 til 0 mill kroner.

Foretakets budsjettforutsetninger bygger på pensjonskostnader beregnet av aktuar i juni 2017. Ny aktuarberegning i 2018, kan medføre at det budsjetterte resultatmålet kan bli endret på grunnlag av endrede pensjonskostnader.

• Investeringer

Det forutsettes at foretaket innen tilgjengelig likviditet skal være i stand til selv å prioritere investeringer i medisinsk teknisk utstyr (MTU), annet utstyr, diverse ombygging/rehabilitering av bygg (inkl. HMS) og investeringer i henhold til foretakets bygningsmessige utviklingsplan. Med utgangspunkt i gjeldende langtidsbudsjett var det lagt opp til investeringer innen en ramme på 140 mill kroner. Med utgangspunkt i redusert resultatmål for 2018 og redusert likviditetstilgang er rammen for investeringsbudsjettet for 2018 redusert til 128 mill kroner. Det legges på dette grunnlag opp til følgende investeringstiltak i 2018:

- | | |
|---|------------------|
| • MTU ekskl. leasing | 28,0 mill kroner |
| • Div. ombygging/rehabilitering bygg inkl. HMS | 10,0 mill kroner |
| • Psykiatriløftet Levanger (rus, RKSF, alderspsykiatri) | 90,0 mill kroner |

Behovet for midler til MTU og rehabilitering/vedlikehold av bygningsmassen tilsier at investeringsrammen burde vært større. Det er derfor ikke bærekraftig over tid å redusere bevilgningene til disse formålene slik det er gjort i investeringsbudsjettet for 2018.

Psykiatriløftet Levanger:

Total kostnadsramme for prosjektet (P85) er på kr 223 mill kroner.

Investeringen finansieres gjennom at Helse Nord-Trøndelag HF frigjør likviditet til investeringen fra oppsparte midler, årlig driftsoverskudd og med inntil 50 mill kroner i regionalt lån. Regionalt lån tilbakebetales over 3 år fra ferdigstilling av Psykiatriløftet Levanger. Det forutsettes at foretaket tilpasser øvrige investeringstiltak slik at nye større prosjekt ikke igangsettes før regionalt lån er tilbakebetalt.

Gjennom dette prosjektet vil helseforetaket bl.a. få dekket følgende behov:

- Etablering av egen døgnenhet for rusbehandling i Nord-Trøndelag.
- Samlokalisering av tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser, herunder Regional enhet for spiseforstyrrelser (RKSF), til Levanger.
- Etablering av tilbud for alderspsykiatriske pasienter også ved Psykiatrisk klinikk i Levanger.

I henhold til kontrakten vil det bli en mindre tidsforskyvning på framdrift og utbetalinger som tilsier at årets utbetalinger vil beløpe seg til 90 mill kroner. Samlet utbyggingskostnad er ikke endret.

Basert på nasjonal veileder har Helse Nord-Trøndelag utarbeidet egen utviklingsplan (jf. styresak 09-14) for å få et bedre grunnlag for framtidig disponering og utvikling av arealer. Planen bygger på anslåtte endringer i befolkningsgrunnlag, sykdomsbilde og nasjonale og regionale strategier.

Utviklingsplanen er en plan for bygningsmessig utvikling av sykehusbyggene i Levanger og Namsos fram til 2030. En god del av tiltakene vil innebære ombygging av eksisterende bygningsmasse, men det er også behov for noe nybygg der dette ut fra et helhetshensyn vil være mer hensiktsmessig og kostnadseffektivt.

Planen beskriver et behov for nesten 850 mill kroner til ombygging og nybygg fram til 2030 i tillegg til et behov for om lag 650 mill kroner til oppgradering av eksisterende sykehusbygg i samme periode, dvs. til sammen om lag 1,5 mrd kroner. Dette behovet for omfang på bygningsmessige tiltak er fulgt opp i gjeldende langtidsbudsjett.

Basert på føringer fra vår eier pågår det nå et arbeid med revidering av gjeldende utviklingsplan, kalt «Strategisk utviklingsplan.» Strategisk utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag vil være en del av en samlet plan for Helse Midt-Norge og vil utgjøre et grunnlag for framtidige prioriteringer i utvikling av behandlingstilbud med tilhørende bygningsmessige tiltak.

• **Finansiell risiko**

Inntektene til Helse Nord-Trøndelag er i hovedsak overføringer fra staten, noe som gjør at kredittrisikoen anses for å være lav. Det forventes at foretaket kan få en anstrengt likviditet i løpet 2018 på grunn av store investeringer. Foretaket er derfor avhengig av godkjent lån og kassakredit fra eier. Foretaket er avhengig av å lykkes med omstilling og effektivisering av driften for å klare utfordringen rundt likviditet.

• **Oppsummering**

Helse Nord-Trøndelag leverer gode sykehustjenester til innbyggerne i opptaksområdet. I 2017 ble gjennomsnittlig ventetid (avviklede pasienter) redusert, og havnet samlet på 54 dager, tre dager bedre enn eiernes krav på 57 dager. Antall behandlede pasienter er høyere enn noen gang, og nivået på sykehusinfeksjoner er lavt målt mot nasjonale tall.

I 2017 ble forbedringsprosjektet «Stopp Sepsis Sykepleier» vinner av Kvalitetsprisen som Norsk forum for kvalitet i helsetjenesten gir ut. Arbeidet som har pågått ved medisinsk avdeling Sykehuset Levanger har stor betydning og dødligheten er redusert blant pasienter med blodforgiftning.

Våre klinikker når i stor grad effektiviseringsmålene, men Helse Nord-Trøndelag strever med å innfri «Den gylne regel». Altså at det skal være høyere vekst i aktiviteten innenfor psykisk

helsevern enn i somatikken. Dette er målkrav det vil ta tid å innfri, spesielt innenfor barne- og ungdomspsykiatrien der ventetiden desseverre økte i fjor. Men det arbeides godt med å forbedre tilbudet, og redusere ventetiden.

Helse Nord-Trøndelag har i flere år drevet effektiviserings- og forbedringsarbeid for å yte et best mulig tilbud til pasientene i foretakets opptaksområde innen tildelte økonomiske rammer. De siste årene har imidlertid foretaket hatt en negativ trend med økt kostnadsnivå i behandlingen av somatiske pasienter. Foretaket hadde i 2017 et økonomisk resultat som var betydelig lavere enn fastsatt resultatkrav. Det innebærer tilsvarende reduksjon i foretakets likviditet til nødvendige investeringer i MTU og bygninger. Foretaket har derfor en betydelig utfordring i å fastsette et driftsopplegg for årene framover innen tilgjengelige rammer og som både gir rom til prioriterte driftsoppgaver og nødvendige investeringer i nytt utstyr og nye bygg.

Administrerende direktør finner det riktig å understreke at det blir stadig vanskeligere å finne gode tiltak for ytterligere effektivisering av den interne driften. Det er derfor vedtatt strukturelle tiltak med nedbemanning i 2018. Dette er estimert til å ha en effekt på ca. 50 mill. i 2018. Det er videre lagt inn effekter av Bærekraft 22 i budsjettet for 2018.

For Helse Nord-Trøndelag er det viktig at vi i tiden framover har et tilbud, en kompetanse og en kvalitet på våre tjenester som gjør oss attraktive når pasientene skal velge behandlingssted. Derfor har foretaket i budsjett 2018 også valgt å videreføre midler til rekruttering og sikring av kompetanse og kapasitet for foretakets prioriterte pasienttilbud.

11. Fortsatt drift

I henhold til regnskapslovens § 3-3 bekrefter vi at regnskapet er utarbeidet i samsvar med forutsetningen om fortsatt drift. Til grunn for antakelsen ligger forventninger om en framtidig finansiering som er tilstrekkelig i forhold til de løpende driftskostnader og de investeringer som er nødvendige for å opprettholde det aktivitetsnivå som kreves fra eiers side.

Til grunn for antakelsen om fortsatt drift ligger også helseforetakslovens bestemmelse om at helseforetak ikke kan gå konkurs, og at eier hefter ubegrenset for foretakets forpliktelser.

12. Disponering av årsresultat

Styret foreslår at årets overskudd på kroner 10 912 000 overføres annen egenkapital.

Levanger, 12. mars 2018

Ingrid Finboe Svendsen
styreleder

Hilde Grimstad
nestleder

Kristine Fagerland
styremedlem

Nils Kvernmo
styremedlem

Bjørn Arild Gram
styremedlem

Rolf Gunnar Larsen
styremedlem

Annbjørg Støa
styremedlem

Janne Jacobsen
styremedlem

Torbjørn Aas
administrerende direktør

Resultatregnskap

Beløp i 1000 NOK

Helse Nord-Trøndelag HF

Note

2017

2016

DRIFTSINNTEKTER OG DRIFTSKOSTNADER

Basisramme	1+2+23	1 960 476	2 025 004
Aktivitetsbasert inntekt	1+2+22	979 411	917 782
Annen driftsinntekt	1+2+22	109 746	116 600

Sum driftsinntekter		3 049 633	3 059 386
----------------------------	--	------------------	------------------

Kjøp av helsetjenester	1+3+22	144 049	163 745
Varekostnad	1+4+22	338 570	372 987
Lønn og andre personalkostnader	1+5	2 028 566	1 977 276
Ordinære avskrivninger	8+9	96 254	96 390
Nedskrivninger	8+9	5 485	9 487
Annen driftskostnad	1+6+22	433 477	455 507

Sum driftskostnader		3 046 400	3 075 391
----------------------------	--	------------------	------------------

Driftsresultat		3 233	-16 005
-----------------------	--	--------------	----------------

FINANSINNTEKTER OG FINANSKOSTNADER

Finansinntekt	7	8 660	11 543
Annen finanskostnad	7	980	1 470

Netto finansresultat		7 680	10 073
-----------------------------	--	--------------	---------------

Resultat før skattekostnad		10 912	-5 932
-----------------------------------	--	---------------	---------------

ÅRSRESULTAT		10 912	-5 932
--------------------	--	---------------	---------------

OVERFØRINGER

Overført til/fra annen egenkapital	16	10 912	-5 932
------------------------------------	----	--------	--------

Sum overføringer		10 912	-5 932
-------------------------	--	---------------	---------------

Balanse

Beløp i 1000 NOK

Helse Nord-Trøndelag HF

Note

2017

2016

EIENDELER

Anleggsmidler

Immaterielle driftsmidler

Immaterielle eiendeler	8	0	1
Sum immaterielle eiendeler		0	1

Varige driftsmidler

Tomter, bygninger og annen fast eiendom	9	980 212	996 005
Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler o.l.	9	143 661	146 977
Anlegg under utførelse	9	146 029	69 180
Sum varige driftsmidler		1 269 901	1 212 162

Investerings i andre aksjer og andeler	10+11	117 426	106 148
Andre finansielle anleggsmidler	12	722 641	522 820
Pensjonsmidler	17	100 273	219 984
Sum finansielle anleggsmidler		940 341	848 953

Sum anleggsmidler		2 210 242	2 061 116
--------------------------	--	------------------	------------------

Omløpsmidler

Varer	13	26 385	33 210
Fordringer	14	145 195	269 794
Bankinnskudd, kontanter og lignende	15	65 163	64 747

Sum omløpsmidler		236 743	367 752
-------------------------	--	----------------	----------------

SUM EIENDELER		2 446 985	2 428 867
----------------------	--	------------------	------------------

Balanse

Beløp i 1000 NOK

Helse Nord-Trøndelag HF

Note

2017

2016

EGENKAPITAL OG GJELD

Egenkapital

Innskutt egenkapital

Foretakskapital	16	100	100
Annen innskutt egenkapital	16	1 427 937	1 427 937

Sum innskutt egenkapital		1 428 037	1 428 037
---------------------------------	--	------------------	------------------

Opptjent egenkapital

Annen egenkapital	16	379 252	368 340
-------------------	----	---------	---------

Sum opptjent egenkapital		379 252	368 340
---------------------------------	--	----------------	----------------

Sum egenkapital		1 807 289	1 796 377
------------------------	--	------------------	------------------

Gjeld

Avsetninger for forpliktelser

Pensjonsforpliktelser	17/18	50 598	19 026
Andre avsetninger for forpliktelser	19	34 084	46 555

Sum avsetninger for forpliktelser		84 682	65 581
--	--	---------------	---------------

Annen langsiktig gjeld

Langsiktig gjeld til foretak i samme konsern	20	38 709	45 659
--	----	--------	--------

Sum langsiktig gjeld		38 709	45 659
-----------------------------	--	---------------	---------------

Skyldige offentlige avgifter		121 901	126 852
Annen kortsiktig gjeld	21	394 403	394 399

Sum kortsiktig gjeld		516 304	521 251
-----------------------------	--	----------------	----------------

Sum gjeld		639 695	632 490
------------------	--	----------------	----------------

SUM GJELD OG EGENKAPITAL		2 446 985	2 428 867
---------------------------------	--	------------------	------------------

Levanger 12.03.2018

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF

Ingrid Finboe Svendsen
styreleder

Hilde Grimstad
nestleder

Bjørn Arild Gram
styremedlem

Kristine Fagerland
styremedlem

Nils Kvernmo
styremedlem

Annbjørn Støa
ansatterrepresentant

Rolf Gunnar Larsen
ansatterrepresentant

Janne Jacobsen
ansatterrepresentant

Torbjørn Aas
administrerende direktør

Kontantstrømoppstilling

Helse Nord-Trøndelag HF

Beløp i 1000 NOK

2017

2016

KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:

Årsresultat før skattekostnad	10 912	-5 932
Ordinære avskrivninger	96 254	96 390
Nedskrivning av varige driftsmidler	5 485	9 487
Endring i omløpsmidler	131 424	52 845
Endring i kortsiktig gjeld	-4 947	-773
Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i pensjonsordninger	151 283	18 206
Inntektsført investeringstilskudd	-1 736	-2 050
Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	388 675	168 172

KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:

Utbetalinger ved kjøp av varige driftsmidler	-159 477	-82 157
Utbetalinger ved utlån (langsiktige fordringer)	-199 820	-83 851
Utbetalinger ved kjøp av andre finansielle eiendeler	-11 278	-10 458
Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-370 576	-176 466

KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:

Innbetaling ved opptak av ny langsiktig gjeld	-6 949	0
Innbetaling av investeringstilskudd	0	974
Endring andre langsiktige forpliktelser	-10 735	10 947
Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	-17 684	11 921

Netto endring i likviditetsbeholdning	415	3 627
Likviditetsbeholdning per 1.1	64 747	61 120
Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende per 31.12	65 163	64 747
Likviditetsreserve 31.12	65 163	64 747

Prinsippnote 2017

Regnskapsprinsipper

Generelt om regnskapet og etablering av Helse Midt-Norge RHF

Årsregnskapet er satt opp i samsvar med regnskapsloven av 1998, jf. Lov om helseforetak. Det er utarbeidet etter norske regnskapsstandarder og retningslinjer gitt av eier. De viktigste prinsippene er omtalt nedenfor.

Helse Midt-Norge RHF er etablert som et regionalt helseforetak, og virksomheten reguleres særskilt gjennom helseforetaksloven. Helse Midt-Norge RHF ble stiftet 17.8.2001 og Helse Nord-Trøndelag ble stiftet som heleid datterselskap 13.12.2001. Staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene 1.1.2002.

Åpningsbalansen

I forbindelse med sykehusreformen og etablering av helseregionene ble det utarbeidet åpningsbalanse for helseforetakene.

Som følge av at helseforetakene er non-profit virksomheter der eier har stilt krav om resultatmessig balanse i driften, men ikke krav til avkastning på innskutt kapital, representerer bruksverdi virkelig verdi for anleggsmidler.

I åpningsbalansen er bruksverdien satt til gjenanskaffelseskost. For bygg og tomter er gjenanskaffelsesverdi basert på takster utarbeidet av uavhengige tekniske miljøer høsten 2001. I gjenanskaffelsesverdien er det tatt hensyn til slit og elde, teknisk og funksjonell standard etc. Også for andre anleggsmidler er gjenanskaffelseskost beregnet. For overførte anleggsmidler der det pr. 1.1.2002 var kjent at disse ikke ville være i bruk eller kun ville være i bruk en begrenset periode i framtiden, er det gjort fradrag i åpningsbalansen.

Grunnleggende prinsipper - vurdering og klassifisering - andre forhold

Årsregnskapet er basert på de grunnleggende prinsippene om historisk kost, sammenlignbarhet, fortsatt drift, kongruens og forsiktighet. Transaksjoner regnskapsføres til verdien av vederlaget på transaksjonstidspunktet. Inntekter resultatføres når de er opptjent og kostnader sammenstilles med opptjente inntekter.

Virksomhetsoverdragelser

Konserninterne virksomhetsoverdragelser bokføres etter regnskapsmessig kontinuitet. Nettoeffekten av overførte eiendeler og forpliktelser knyttet til overført virksomhet føres som et tingsuttak i form av en kapitalnedsettelse i overdragende foretak, og et tingsinnskudd i overtakende foretak, jf. Regnskapsloven § 5-14. Overføring av virksomhet mellom helseforetak skjer til bokført verdi som forutsettes å representere bruksverdi.

Prinsipper for inntektsføring

Driftsinntektene kan hovedsakelig deles i fire:

- fast grunnfinansiering (basis) fra eier
- kvalitetsbasert finansiering
- aktivitetsbaserte inntekter og
- andre driftsinntekter, inkludert øremerkede tilskudd

Inntekter fra Helse- og omsorgsdepartementet som går via det regionale helseforetaket er bruttoført i Helse Midt-Norge RHF.

Grunnfinansiering

Grunnfinansieringen består av basisramme som er rammetilskudd fra Staten. Grunnfinansieringen tildeles foretakene fra Helse Midt-Norge RHF som fast bevilgning til drift av foretakene. Grunnfinansieringen inntektsføres i det regnskapsåret midlene tildeles, og inntektsføring av basisramme gjennom året skjer i henhold til aktivitet. Samtidig med innføring av nøytral merverdiavgift for helseforetakene ble fordring på Helse- og omsorgsdepartementet pr 1.1.2017 innfridd.

Ved overtakelse av nye oppgaver der departementet har holdt igjen midler for deler av året, er tilsvarende beløp avsatt som en inntekt i resultatregnskapet og en fordring på eier.

Aktivitetsbaserte inntekter

Aktivitetsbaserte inntekter består av ISF-refusjon (ISF = innsatsstyrt finansiering), polikliniske inntekter (refusjoner fra Helfo og egenandeler), gjestepasientinntekter, inntekter fra selvbetalende pasienter og salg av laboratorie- og røntgentjenester. Inntektsføringen skjer i den perioden aktiviteten er utført.

Øremerkede tilskudd

Øremerkede tilskudd inntektsføres i takt med bruken av midlene. Investeringsstilskudd føres som utsatt inntekt i balansen i den grad midlene ikke er benyttet. Når tilskuddet til investeringer benyttes, bruttoføres eiendelen og tilskuddet som henholdsvis driftsmiddel og utsatt inntekt. Den utsatte inntekten resultatføres over samme periode som driftsmidlet avskrives.

Andre inntekter

Gaver disponeres i samsvar med de betingelsene eller ønsker giver har for disponeringen av midlene. Dersom giver har betingelser eller ønsker om at gaven skal disponeres til konkrete aktiviteter, prosjekter eller investeringer, klassifiseres den som tilskudd og regnskapsføres etter reglene for øremerkede tilskudd.

Andre inntekter knyttet til kjernevirksomheten er inntekter fra apotekene og fra kommuner for utskrivningsklare pasienter. I tillegg har helseforetakene inntekter fra kantiner og leieinntekter fra personalboliger. Salg av varer og andre tjenester inntektsføres i den perioden varen/tjenesten er levert.

Salg av varer og tjenester mellom foretak i helseforetaksgruppen skjer i utgangspunktet til ordinær pris. Flere tjenester faktureres ikke, men er regulert gjennom tildeling av basisrammen. Dette gjelder først og fremst ved behandling av pasienter som er bosatt i Midt-Norge, men innenfor et annet helseforetaks geografiske opptaksområde (gjestepasientoppgjør i regionen).

Kostnadsføringstidspunkt / sammenstilling

Utgifter sammenstilles med og kostnadsføres samtidig med de inntekter utgiftene kan henføres til. Utgifter som ikke kan henføres direkte til inntekter, kostnadsføres når de påløper.

Klassifisering og vurdering av eiendeler og gjeld

Omløpsmidler og kortsiktig gjeld omfatter poster som forfaller til betaling innen ett år etter anskaffelsestidspunktet, samt poster som knytter seg til varekretsløpet. Øvrige poster er klassifisert som anleggsmiddel/langsiktig gjeld.

Omløpsmidler vurderes til laveste av anskaffelseskost og virkelig verdi. Kortsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på opptakstidspunktet.

Vurdering av anleggsmidler skjer til anskaffelseskost. Anleggsmidler som har begrenset levetid skal avskrives planmessig. Dersom det finner sted en verdiforringelse som ikke er forbigående, foretas en nedskrivning av anleggsmidlet til virkelig verdi. Tilsvarende prinsipp legges normalt til grunn for gjeldsposter.

Langsiktig gjeld balanseføres til nominelt beløp på etableringstidspunktet. Første års avdrag på langsiktig gjeld vises som kortsiktig gjeld.

Immaterielle eiendeler

Utgifter til forskning og utvikling (FoU) er kostnadsført, ut fra det forhold at sammenhengen mellom utgifter til forskning og eventuelle framtidige inntekter er uklare. Utgifter til andre immaterielle eiendeler er balanseført i den utstrekning kriteriene for balanseføring er oppfylt, det vil si at det forventes at de vil gi framtidige inntekter eller vesentlige reduksjoner i framtidige kostnader. Dette gjelder i hovedsak utgifter til edb-programvare. Immaterielle eiendeler som er balanseført avskrives lineært over antatt økonomisk levetid fra det tidspunktet eiendelen blir tatt i bruk.

Varige driftsmidler

Varige driftsmidler omfatter eiendom, anlegg og utstyr som er beregnet for produksjon, levering av varer eller administrative formål og som har varig levetid. Disse balanseføres til kost fratrukket eventuelle akkumulerte av- og nedskrivninger.

Et driftsmiddel anses som varig dersom det har en utnyttbar levetid på over 3 år, samt en kostpris på over kr 100 000.

Varige driftsmidler avskrives hovedsakelig lineært over utnyttbar levetid fra det tidspunktet driftsmidlet blir tatt i bruk. Det tas hensyn til utranteringsverdi når avskrivningsplanene gjennomgås. Dersom det finnes indikasjoner på at et driftsmiddel har falt i verdi, blir driftsmiddelet nedskrevet til gjenvinnbar verdi dersom denne er lavere enn regnskapsført verdi.

Balanseføring blir foretatt løpende gjennom året av investeringer på nybygg. Ved balanseføring av bygg legges det til grunn reelle kostnader for ulike bygningsdeler ved dekomponering. Finansieringsutgifter ved tilvirkning av egne driftsmidler balanseføres.

I tillegg balanseføres ombygninger/påkostninger på eksisterende bygningsmasse hvor det skjer en verdiøkning eller vesentlig forlengelse av gjenværende levetid.

Gevinst eller tap ved salg av driftsmidler behandles som ordinær driftsinntekt eller driftskostnad.

Utgifter til periodisk vedlikehold og reparasjoner på produksjonsutstyr periodiseres. Utgifter til løpende vedlikehold av driftsmidler for øvrig kostnadsføres løpende som driftskostnader.

Det følger av Helseforetakslovens §§ 31 - 33 at det er restriksjoner med hensyn til foretakets muligheter til å avhende faste eiendommer, avhende sykehusvirksomhet, samt mulighet for opptak av lån, garantier og pantstillelser. Restriksjonene har betydning for hvordan foretakets anleggsverdier ble vurdert ved etablering av åpningsbalansen.

Datterselskaper

Helse Nord-Trøndelag HF har ingen datterselskaper.

Tilknyttede virksomheter

Helse Nord-Trøndelag HF har ingen eierandeler i andre selskap med unntak av KLP, jf. eget punkt.

Egenkapitalinnskudd pensjonskasser

Egenkapitalinnskudd i KLP er verdsatt etter kostprinsippet. Det vil si at det normalt er inn- og utbetalinger som påvirker størrelsen på innskuddet.

Pensjon

Pensjonsordningen behandles regnskapsmessig i overensstemmelse med Norsk Regnskapsstandard for Pensjonskostnader. Foretaksgruppen følger oppdatert veiledning om pensjonsforutsetninger fra Norsk Regnskapsstiftelse, justert for foretaksspesifikke forhold. Benyttede parametre framgår av note om pensjoner. Helseregionens pensjonsordninger, inkludert AFP, anses som ytelsesplaner.

Pensjonsforpliktelser beregnes etter lineær opptjening på basis av forutsetninger om antall opptjeningsår, diskonteringsrente, framtidig avkastning på pensjonsmidler, framtidig regulering av lønn, pensjoner og ytelser fra folketrygden og aktuariemessige forutsetninger om dødelighet og frivillig avgang. Pensjonsmidlene vurderes til virkelig verdi. Netto pensjonsforpliktelse består av brutto pensjonsforpliktelse fratrukket virkelig verdi av pensjonsmidler. Netto pensjonsforpliktelser balanseføres som avsetning for forpliktelser, mens overfinansiert pensjonsordning er klassifisert som langsiktig fordringer i balansen.

Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i pensjonsplaner fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningsperiode. Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i og avvik mot forutsetninger i beregningene (estimatendringer) fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningsperiode for den del av avvikene som overstiger 10 prosent av det høyeste av brutto pensjonsforpliktelse eller brutto pensjonsmidler (korridor). Antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningsperiode er satt til 12 år.

Periodens netto pensjonskostnad er inkludert i lønn og andre personalkostnader, og består av summen av periodens pensjonsopptjening, rentekostnad på den beregnede forpliktelsen og forventet avkastning på pensjonsmidlene, resultatført virkning av endringer i estimater og pensjonsplaner, resultatført virkning av avvik mellom faktisk og forventet avkastning, samt periodisert arbeidsgiveravgift.

Usikkerheten er i stor grad knyttet til bruttoforpliktelsen og ikke til den nettoforpliktelsen som framkommer i balansen. Estimaterendringer som følge av endringer i nevnte parametere vil i stor utstrekning periodiseres over gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid og ikke belaste resultatregnskapet umiddelbart slik som andre estimaterendringer.

Arbeidsgiveravgift beregnes både på overfinansierte og underfinansierte ordninger så lenge kravet til balanseføring er tilfredsstillt.

Arbeidstakers andel av pensjonspremien er kommet til fradrag i lønnskostnaden.

Varebeholdninger

Fram t.o.m 31.05.2016 er lager av innkjøpte varer verdsatt til laveste av anskaffelseskost etter FIFO-prinsippet og virkelig verdi . Fra overgangen til SAP 01.06.2016 er lager av innkjøpte varer vurdert til glidende gjennomsnittspriser. Ferdigvarer og varer under tilvirkning er vurdert til tilvirkningskost. Gjennomsnittlig gjenanskaffelseskost er benyttet der glidende gjennomsnitt ikke lar seg anvende. Det foretas nedskrivning for ukurans. Reservedeler klassifiseres som varelager. . Gjennomsnittlig gjenanskaffelseskost er fra og med 2017 tatt i bruk for alle beholdninger som lagerstyres ved hjelp av nytt økonomi- og logistikkssystem for konsernet. Sammenligningstall er ikke utarbeidet for de lagerbeholdningene som omfattes av denne prinsippendringen.

Fordringer

Kundefordringer og andre fordringer er verdsatt til pålydende etter fradrag for avsetninger til forventet tap. Avsetninger til forventet tap gjøres etter en konkret vurdering av fordringene. Det er i tillegg gjort sjablonmessig avsetning for de fordringene det ikke er gjort konkret avsetning for. Den sjablonmessige avsetningen er gjort på grunnlag av aldersfordeling av fordringsmassen.

Gjeld

Helse Midt-Norge RHF er eneste långiver til Helse Nord-Trøndelag HF. Kapitaliserte renter er inkludert i lånebeløpet.

Usikre forpliktelser

Dersom det etter foretakets oppfatning er sannsynlig at en usikker forpliktelse vil komme til oppgjør, og verdien av oppgjøret skal estimeres pålitelig, kostnadsføres forpliktelsen i resultatregnskapet og tas inn som en avsetning for forpliktelser i balansen.

Skatt

Foretakenes virksomhet, sykehusdrift, er ikke skattepliktig.

Segment

Driften av Helse Nord-Trøndelag HF er i hovedsak basert på prinsippet om at foretaket har et hovedansvar for behandling av pasienter i eget bostedsområde. Jf. ellers det som er nevnt om gjestepasientoppgjør innen regionen under avsnittet "Andre inntekter".

Kontantstrømoppstilling

Kontantstrømoppstillingen er utarbeidet etter den indirekte metoden. Det innebærer at man i analysen tar utgangspunkt i foretakets årsresultat for å kunne presentere kontantstrømmer tilført fra henholdsvis ordinær drift, investeringsvirksomhet og finansieringsvirksomhet. Likvide midler omfatter kontanter og bankinnskudd.

Konsernkontoordning

Det er etablert konsernkontoordning med Danske Bank. Innskudd / gjeld på konsernkonto er klassifisert som kortsiktig fordring/gjeld mot Helse Midt-Norge RHF i regnskapet til datterselskapet Helse Nord-Trøndelag HF. I regnskapet til foretaksgruppen er dette klassifisert som ordinært bankinnskudd/driftskreditt.

Renteinntekter og rentekostnader er behandlet som konserninterne renter i datterforetakene.

Valuta

Pengeposter i utenlandsk valuta er vurdert etter kursen ved regnskapsperiodens slutt.

Sammenligningstall for 2016

Enkelte sammenligningstall for 2016 er endret der den nye klassifiseringen er mer korrekt.

Med virkning fra 1. januar 2017 ble det innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene. Endret finansiering av foretakene innebærer en generell reduksjon både av inntekter og kostnader i regnskapet for 2017 sammenlignet med 2016. Endringen har ikke ført til noen prinsippendringer i regnskapsavleggelsen og det er derfor ikke utarbeidet regnskapstall som viser inntekter og kostnader som om ordningen hadde vært innført i 2016. Effekten på overordnet nivå er likevel synliggjort i egen note, jf. note 24. Nærmere omtale av ordningen framgår også av samme note.

Helse Nord-Trøndelag HF's årsregnskap inngår i konsernregnskapet for Helse Midt-Norge RHF. Konsernregnskapet kan fås utlevert hos Helse Midt-Norge RHF, Strandveien 1, 7500 Stjørdal, eller kan lastes ned elektronisk fra www.helse-midt.no.

Note: 1 Virksomhetsrapportering

Driftsinntekter pr virksomhetsområde

	2017	2016
Somatikk	2 048 529	2 172 052
Psykisk helsevern VOP	484 406	423 958
Psykisk helsevern BUP	43 301	115 824
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk	89 624	47 264
Annet	383 773	300 288
Sum driftsinntekter	3 049 633	3 059 386

Driftskostnader pr virksomhetsområde

	2017	2016
Somatikk	2 048 404	2 176 611
Psykisk helsevern PHV	527 194	425 039
Psykisk helsevern PHBU	116 677	116 100
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk	47 046	47 311
Annet	307 079	310 330
Sum driftskostnader	3 046 400	3 075 391

Virksomhetsområdet benevnt *Annet* omfatter i hovedsak kostnader og inntekter knyttet til pasienttransport, ambulanser, samt kostnader vedrørende personalboliger.

Driftsinntekter fordelt på geografi

	2017	2016
Helse Midt-Norge sitt opptaksområde	2 993 600	3 032 696
Resten av landet	49 440	26 690
Utlandet	6 593	
Sum	3 049 633	3 059 386

Note: 2 Driftsinntekter

	2017	2016
Basisramme		
Basisramme	1 960 476	2 025 004
Aktivitetsbasert inntekt		
Behandling av egne pasienter i egen region	747 140	677 467
Behandling av egne pasienter i andre regioner	37 849	36 173
Behandling av andre sine pasienter i egen region	49 440	38 920
Poliklinikk, laboratorie og radiologi	123 912	149 625
Utskrivningsklare pasienter	10 373	6 211
Andre aktivitetsbaserte inntekter	10 697	9 387
Andre driftsinntekter		
Kvalitetsbasert finansiering	19 495	21 201
Øremerkede tilskudd til "Raskere tilbake"	7 973	12 727
Øremerkede tilskudd til andre formål	2 868	2 858
Inntektsføring av investeringstilskudd	572	2 050
Driftsinntekter fra apotekene	641	2 905
Andre driftsinntekter	78 197	74 859

Sum driftsinntekter**3 049 633****3 059 386**

Helse Nord-Trøndelag HF har fått 9 957 mill kroner til forskning , utdanning og innovasjon, og 2 mill til utdanning medisinstudenter. Dette er inkludert i basisramme (særfinansiering).

	2017	2016
Aktivitetstall		
Aktivitetstall somatikk		
Antall DRG poeng iht. sørge-for-ansvaret	35 082	33 297
Antall DRG poeng iht. eieransvaret	32 570	32 551
Antall polikliniske konsultasjoner	133 113	126 636
Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	141	123
Antall polikliniske konsultasjoner	21 561	21 253
Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	1 984	1 667
Antall polikliniske konsultasjoner	49 566	47 958
Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	50	50
Antall polikliniske konsultasjoner	6 594	5 942
Aktivitetstallene inkluderer ikke aktivitet finansiert av <i>Raskere tilbake</i> og eventuelt andre øremerkede midler/særskilt finansiering.		

Note: 3 Kjøp av helsetjenester

	2017	2016
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner somatikk	102 228	128 028
Kjøp fra private helseinstitusjoner somatikk	8 381	4 202
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner psykiatri	5 580	4 698
Kjøp fra private helseinstitusjoner psykiatri	6 297	365
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner rus	2 219	1 898
Kjøp fra private helseinstitusjoner rus	567	55
Kjøp fra utlandet	1 449	1 178
Sum gjestepasientkostnader	126 721	140 424
Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå	17 003	21 316
Luftambulanse	325	0
Andre kjøp av helsetjenester inkl. avtalespesialister	0	2 005
Sum kjøp av andre helsetjenester	17 328	23 321
Sum kjøp av helsetjenester	144 049	163 746

Note: 4 Varekostnader**2017****2016**

Legemidler	185 635	188 247
Medisinske forbruksvarer	125 868	153 937
Andre varekostnader til eget forbruk	25 997	29 477
Innkjøpte varer for videresalg	1 070	1 445
Beholdningsendring varer i arbeid og ferdig tilvirkede varer	0	-120
Sum varekostnader	338 570	372 987

Note: 5 Lønn og andre personalkostnader

	2017	2016
Lønnskostnader	1 519 415	1 463 913
Arbeidsgiveravgift	178 235	160 457
Pensjonskostnader inkl. arbeidsgiveravgift	311 289	333 643
Andre ytelser	19 627	19 264
Sum lønn og personalkostnader	2 028 566	1 977 276

Gjennomsnittlig antall på ansatte	3 658	4 070
Gjennomsnittlig antall på årsverk	2 577	2 720

Godtgjørelse til styret

Styregodtgjørelse	825	893
Herav honorar og godtgjørelse til styrets leder	207	202

Navn	Tittel	Styrehonorar	Lønn	Annen godtgjørelse	Sum	Tjenesteperiode	Ansettelsesperiode	Ytelser fra andre foretak i Honoarar/lønn	Andre godtgjørelser
Alf Daniel Moen	Styreleder	203	0	4	207	1.1-31.12			
Hilde Grimstad	Nestleder	131			131	01.03-31.12			
Rolf Gunnar Larsen	Ansattrepresentant	96	370	1	468	1.1-31.12	1-1-31.12		
Bjørn Arild Gram	Styremedlem	96	0	1	97	1.1-31.12			
Marit Dille	Styremedlem	96		2	98	01.01-31.12			
Janne E Jacobsen	Styremedlem	80	317		397	01.03-31.12	01.01-31.12		
Annbjørge Irene Støa	Styremedlem	80	577	0	657	01.03-31.12	01.01-31.12		
Gunn Fredriksen	Styremedlem	0	1 399	6	1 406	01.03-31.12			
Mona Lund Veie	Varamedlem	0	662	1	662	1.1-31.12	1.1-31.12		
Lars Petter Skaanes	Varamedlem	0	540	2	542	01.03-31.12	01.01-31.12		
Elin Austmo	Varamedlem	0	519	0	519	01.03-31.12	01.01-31.12		
Ketil Eide	Varamedlem	0	659	2	661	01.03-31.12	01.01-31.12		
Mathis Heibert	Varamedlem	0	1 230	1	1 231	01.03-31.12	01.01-31.12		
		782	6 273	21	7 076				

1) Tjenestetid/-periode angir perioden i regnskapsåret vedkommende har sittet i styret.

2) Ansettelsesperiode angir perioden vedkommende har vært ansatt i foretaket og eventuelt andre foretak i foretaksgruppen.

Ingen av ansattrepresentantene er konserntillitsvalgt eller hovedverneombud. Ansattrepresentantene har mottatt lønn og styrehonorar fra Helse Nord-Trøndelag HF. Ansattrepresentantene som er varamedlemmer til styret har også mottatt lønn, samt styrehonorar i forhold til styredeltakelse. Det er ikke gitt lån eller stilt sikkerhet til fordel for medlemmer av styret.

Lønn og andre godtgjørelser til ledende ansatte

Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Annen godtgjørelse	Sum	Tjenesteperiode 1)	Ansettelsesperiode 2)	Ytelser fra andre foretak i Lønn	foretaksgruppen Pensjon og andre godtgjørelser
Torbjørn Aas	Adm.dir.	1 458	349	147	1 954	1.1-31.12	1.1-31.12		
Paul Georg Skogen	fagsjef	1 300	191	12	1 503	1.1-31.12	1.1-31.12		
Øystein Sende	Klinikkleder	1 061	257	0	1 318	1.1-31.12	1.1-31.12		
Tore Andersen	Klinikkleder	1 045	201	5	1 251	1.1-31.12	1.1-31.12		
Sissel Moksnes Hegdal	Klinikkleder	936	0	5	941	1.1-31.12	1.1-31.12		
Rune Modell	Klinikkleder	972	194	5	1 172	1.1-31.12	1.1-31.12		
Katinka Meirik	Klinikkleder	1 394	191	6	1 590	1.1-31.12	1.1-31.12		
Tina Eilertsen	Klinikkleder	1 296	188	11	1 495	1.1-31.12	1.1-31.12		
Svein H Karlsen	Kommunikasjonssjef	938	243	5	1 185	1.1-31.12	1.1-31.12		
Klas Erik Hagstrøm	Klinikkleder	700	323	7	1 030	03.04-31.12	03.04-31.12		
Stein Erik Breivikås	Senterleder	797	262	8	1 067	06.02-31.12	06.02-31.12		
		11 897	2 399	211	14 507				

1) Tjenestetid/-periode angir perioden i regnskapsåret vedkommende har vært deltaker i foretakets ledergruppe.

2) Ansettelsesperiode angir perioden vedkommende har vært ansatt i foretaket og eventuelt andre foretak i foretaksgruppen.

Administrerende direktør har ikke avtale om sluttvederlag.

Lønn og godtgjørelse til administrerende direktør vurderes og fastsettes av styret.

I tillegg til lønn har administrerende direktør digital kommunikasjon i tråd med virksomhetens bestemmelser.

3-års abonnement og/eller fagtidsskrift. Bilordning der verdien av anskaffelsen av bilen begrenses oppad til kr 550 000,- (leasingavtale).

HNT har en forpliktelse knyttet til tidligere adm dir Arne Flaatt ved en servicepensjon gjennom NRS. Det foretas månedlige utbetalinger med motpost i foretakets avsetning til denne posten.

Resterende avsetning i regnskapet pr 31.12.2017 er på 687 816 kroner. Beregning fra KLP januar 2018 viser en årlig ytelse på 40.598 kroner (eks arbeidsgiveravgift) og en forpliktelse pr 31.12.2017 687 816 kroner inkl arbeidsgiveravgift.

Administrerende direktør fastsetter og regulerer lønn for klinikk- og senterledere. Lønn fastsettes på grunnlag av formalkompetanse, lederkompetanse, personlig egnethet samt markedstilpassing internt/eksternt.

Den årlige lønnsjusteringen følger den enkeltes organisasjonstilknytning.

Reguleringen gjennomføres etter at de ordinære tariffoppgjør er sluttført. Det samlede resultatet av disse er en del av vurderingsgrunnlaget.

Ledende personell, med unntak av administrerende direktør, har ordinære pensjonsbetingelser via KLP. Det er ikke gitt lån eller sikkerhetsstillelse til administrerende direktør, styreleder eller andre nærstående parter.

I tillegg til lønn har alle ansatte i ledergruppen digital kommunikasjon i tråd med virksomhetens bestemmelser..

Godtgjørelse til revisor

2017

2016

Lovpålagt revisjon	252	219
Utvidet revisjon	45	79
Andre attestasjonsoppgaver		4
Skatte- og avgiftsrådgivning		
Andre tjenester utenfor revisjon	63	
Sum godtgjørelse	360	302
Honorar til revisor i henhold til inngått avtale	250	250

Alle tall inkludert merverdiavgift

Retningslinjer for fastsetting av lønn og annen godtgjørelse for daglig leder og andre ledende ansatte

Helse Nord-Trøndelag HF definerer personer i stillingene administrerende direktør, klinikkledere og senterledere som ledende ansatte.

Foretaksmøtet i Helse Nord-Trøndelag HF ga i møte 03.02.2017, sak 06/2017, sin tilslutning til styrets retningslinjer for fastsetting av lederlønn for 2017.

Helse Nord-Trøndelag HF legger hovedprinsippene for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper, fastsatt av Regjeringen Stoltenberg II 31 03 2011 til grunn. Hovedprinsippene ble revidert av Nærings- og fiskeridepartementet, og nye retningslinjer ble fastsatt med virkning fra 13.februar 2015. I de nye retningslinjene videreføres hovedprinsippene i de tidligere retningslinjene om at lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskap/foretak. Foretaket skal bidra til moderasjon i lederlønningene.

Retningslinjer for fastsetting av lønn og godtgjørelse til ledende ansatte for 2017.

Administrerende direktør fastsetter og regulerer lønn for klinikkledere og senterledere. Den årlige lønnsjusteringen gjelder fra 01.juli. Som hovedregel gir et generelt tillegg i prosent eller kroner til alle.

Måloppnåelse etter nærmere angitte parameter i lederavtalen vil være grunnlaget for en individuell vurdering og eventuelle tillegg ut over dette.

Reguleringen gjennomføres etter at de ordinære tariffoppgjør er sluttført, og det samlede resultatet av disse er en del av vurderingsgrunnlaget.

Lønn og godtgjørelse til administrerende direktør vurderes og fastsettes av styret.

Lønnsjusteringen gjelder fra 01.januar. Administrerende direktør får fastsatt sin lønn etter individuell vurdering og på bakgrunn av vurdering av lønnsnivået for administrerende direktører i Helse Midt-Norge.

Naturalytelser

Ledende ansatte mottar ytelser som gratis elektronisk kommunikasjon i tråd med foretakets bestemmelser:

- Mobiltelefon
- Bredbånd/Internett
- Bærbar PC med hjemmekontorløsning

I tillegg kommer:

- Avisabonnement
- Abonnement på fagtidsskrifter
- Behovsbasert ordning med firmabil

Pensjonsordning

Ledende ansatte omfattes av samme ordning som øvrige ansatte i Helse Nord-Trøndelag, dvs helseforetakenes pensjonsordning i KLP.

Sluttvederlag

Det er ikke fastsatt bestemmelser for sluttvederlag for ledende ansatte i foretaket.

Andre bestemmelser

I ansettelsesvilkårene er det i tillegg mulighet for at administrerende direktør kan inngå avtaler om opptjening og uttak av pensjoner, samt tilrettelegging for faglig tilleggsaktivitet,

Lønningene til ledergruppens medlemmer ble i 2014 justert som følger:

Navn/Tittel	fra kr	Beløp forrige år	til kr	Beløp i år	tilsvarer:	Prosent - endring
Torbjørn Aas	fra kr	1 417	til kr	1 451	tilsvarer	2,3%
Paul Georg	fra kr	1 235	til kr	1 287	tilsvarer	4,0%
Skogen, fagsjef						
Øystein Sende,	fra kr	1 034	til kr	1 046	tilsvarer	1,2%
klinikkleder						
Tore Andersen,	fra kr	917	til kr	1 046	tilsvarer	12,4%
klinikkleder						
Sissel M Hegdal,	fra kr	922	til kr	933	tilsvarer	1,2%
klinikkleder						
Rune Modell,	fra kr	925	til kr	963	tilsvarer	4,0%
klinikkleder						
Katinka Meirik	fra kr	1 265	til kr	1 308	tilsvarer	3,3%
Tina Eilertsen	fra kr	1 165	til kr	1 286	tilsvarer	9,4%

Svein H Karlsen	fra kr	915	til kr	926	tilsvarer:	1,2%
Stein Erik Breivikås	fra kr		til kr	891	tilsvarer	
Klas Erik Hagstrøm	fra kr		til kr	802	tilsvarer	

Retningslinjer for fastsetting av lønn og annen godtgjørelse for daglig leder og andre ledende ansatte

Helse Nord-Trøndelag HF definerer personer i stillingene administrerende direktør, klinikkledere og senterledere som ledende ansatte.

Helse Nord-Trøndelag HF legger hovedprinsippene for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper, fastsatt av Regjeringen Stoltenberg II 31 03 2011 til grunn. Hovedprinsippene ble revidert av Nærings- og fiskeridepartementet, og nye retningslinjer ble fastsatt med virkning fra 13.februar 2015, I de nye retningslinjene videreføres hovedprinsippene i de tidligere retningslinjene om at lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskap/foretak. Foretaket skal bidra til moderasjon i lederlønningene.

Retningslinjer for fastsetting av lønn og godtgjørelse til ledende ansatte for 2018 ble behandlet 15. februar 2018 i sak 06/2018.

Retningslinjer for fastsetting av lønn og godtgjørelse til ledende ansatte for 2018.

Administrerende direktør fastsetter og regulerer lønn for klinikkledere og senterledere. Den årlige lønnsjusteringen gjelder fra 01.juli. Som hovedregel gir et generelt tillegg i prosent eller kroner til alle.

Måloppnåelse etter nærmere angitte parameter i lederavtalen vil være grunnlaget for en individuell vurdering og eventuelle tillegg ut over dette.

Reguleringen gjennomføres etter at de ordinære tariffoppgjør er sluttført, og det samlede resultatet av disse er en del av vurderingsgrunnlaget.

Lønn og godtgjørelse til administrerende direktør vurderes og fastsettes av styret.

Lønnsjusteringen gjelder fra 01.januar. Administrerende direktør får fastsatt sin lønn etter individuell vurdering og på bakgrunn av vurdering av lønnsnivået for administrerende direktører i Helse Midt-Norge.

Naturalytelser

Ledende ansatte mottar ytelser som gratis elektronisk kommunikasjon i tråd med foretakets bestemmelser:

- Mobiltelefon
- Bredbånd/Internett
- Bærbar PC med hjemmekontorløsning

I tillegg kommer:

- Avisabonnement
- Abonnement på fagtidsskrifter
- Behovsbasert ordning med firmabil

Pensjonsordning

Ledende ansatte omfattes av samme ordning som øvrige ansatte i Helse Nord-Trøndelag, dvs helseforetakenes pensjonsordning i KLP.

Sluttvederlag

Ved fastsetting av sluttvederlag gjelder følgende prinsipp:

1. En kan ikke inngå forhåndsavtale om sluttvederlag for andre ledende ansatte enn administrerende direktør. Avtale om sluttvederlag er betinget av at administrerende direktør fraskriver seg bestemmelsene om oppsigelsesvern i arbeidsmiljøloven. Sluttvederlag skal ikke nyttes når lederen har tatt initiativ til oppsigelse. Sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden skal i sum ikke overstige 12 måneders lønn. Andre inntekter oppebåret i perioden kommer til fradrag i sluttvederlaget.
2. For andre ledende ansatte skal det ikke inngås avtaler om sluttvederlag.

Andre bestemmelser

I ansettelsesvilkårene er det i tillegg mulighet for at administrerende direktør kan inngå avtaler om opptjening og uttak av pensjoner, samt tilrettelegging for faglig tilleggsaktivitet,

Note: 6 Andre driftskostnader

	2017	2016
Transport av pasienter	84 543	101 660
Bygninger og kontorlokaler inkl. energi og brensel	42 639	42 887

Kjøp og leie av utstyr, maskiner, inventar, IKT o.l.	49 550	44 063
Reparasjoner, vedlikehold og service	34 509	40 325
Konsulenttjenester	122 163	130 038
Annen ekstern tjeneste	26 760	23 998
Kontor- og kommunikasjonskostnader	13 726	17 480
Kostnader forbundet med transportmidler	1 064	1 938
Reisekostnader	15 356	16 277
Forsikringskostnader	1 120	838
Pasientskadeerstatning	17 600	15 470
Øvrige driftskostnader	24 446	20 533
Sum andre driftskostnader	433 477	455 507

Note: 7 Finansposter

	2017	2016
Konserninterne renteinntekter	7 682	10 142
Andre renteinntekter	967	1 381
Andre finansinntekter	11	20
Sum finansinntekter	8 660	11 543
Konserninterne rentekostnader	790	922
Andre rentekostnader	119	356
Andre finanskostnader	71	191
Sum finanskostnader	980	1 470

Note: 8 Immaterielle eiendeler

	Lisenser og FoU programvare	Prosjekt under utvikling	Sum
Anskaffelseskost 01.01.	2 415		2 415
Tilgang i året	0		0
Tilgang virksomhetsoverføring	0		0
Avgang i året	0		0
Fra prosjekt under utvikling	0		0
Anskaffelseskost 31.12.	0	2 415	2 415
Akk. avskrivninger 31.12.		2 415	2 415
Akk. nedskrivninger 31.12.			
Balanseført verdi 31.12.	0	0	0
Årets ordinære avskrivninger	1		1
Årets nedskrivninger			
Årets balanseførte lånekostnader			
Levetid	0		
Avskrivningsplan	Lineær		

Note: 9 Varige driftsmidler

Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk- teknisk utstyr	Transportmi- dler, inv.og utstyr	Sum
----------------------	-----------	------------------------------	---------------------------------	--	-----

Anskaffelseskost 1.1.	82 933	1 775 779	69 180	368 554	139 836	2 436 283
Tilgang	2 051	4 341	122 149	23 415	8 045	160 001
Tilgang virksomhetsoverdragelse	0	0	0	0	0	0
Avgang	0	0	0	8 997	0	8 997
Fra anlegg under utførelse til bygg og andre anl.	0	44 777	-45 301	0		-524
Anskaffelseskost 31.12.	84 984	1 824 898	146 029	382 972	147 881	2 586 763
Akk avskrivninger 31.12.	0	892 450	0	281 579	105 572	1 279 600
Akk nedskrivninger 31.12.	6 085	31 135	0	42	0	37 262
Balanseført verdi 31.12.	78 899	901 313	146 029	101 352	42 309	1 269 901
Årets ordinære avskrivninger	0	62 961	0	25 536	7 755	96 253
Årets nedskrivninger	0	4 000	0	1 485	0	5 485
Årets balanseførte lånekostnader						
Levetider	Dekomponert			3-15 år	3-15 år	
	10-60 år					
Avskrivningsplan	Lineær			Lineær	Lineær	

Operasjonelle leieavtaler:

	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk- teknisk utstyr	Transportmidler, inv.og utstyr	Sum
Leieavtaler	2 800	12 859		6 271	25 074	47 005
Leieavtalenes varighet	inntil 1 år	2-5 år		3-7 år	3-5 år	0

Nedskrivning er gjort til virkelig verdi ved verdifall som forventes å ikke være forbigående. Virkelig verdi er fastsatt som det høyeste av netto salgsverdi og bruksverdi. Det er i 2017 foretatt nedskrivning av anleggsmidler med tkr 5 485, tkr 1485 skyldes medisinskteknisk utstyr og tkr 4000 skyldes nedskrivning bygg Kolveid.

Note: 10 Eierandeler i andre aksjer og andeler

Andre aksjer og andeler

Foretakets navn	Hovedkantor	Eierandel	Stemmeandel	Balanseført verdi	Egenkapital	Årets resultat	Nedskrivning/r ev nedskr
KLP	Oslo			117426			
	0	0	0	117 426	0	0	0

Som gjensidig selskap har KLP dekket hoveddelen av sitt egenkapitalbehov gjennom egenkapitalinnskudd fra kundene. Bortsett fra det oppsamlede egenkapitalinnskuddet finnes det egenkapital i form av et egenkapitalfond. Egenkapitalfondet er opptjent egenkapital. Det samlede egenkapitalinnskuddet i KLP kan endre seg noe fra år til år selv om det verken er tapt egenkapital eller innbetalt nye egenkapitalinnskudd. Dersom en kunde flytter sin pensjonsordning fra KLP til en annen pensjonsinnretning, vil kundens andel av egenkapitalinnskuddet bli tilbakebetalt. Dette er den eneste situasjonen der kunden faktisk kan disponere sitt egenkapitalinnskudd.

Note: 11 Investeringer i aksjer og andeler

	2017	2016
Egenkapitalinnskudd i pensjonskasser/KLP	117 426	106 148

Sum investeringer i aksjer og andeler	117 426	106 148
--	----------------	----------------

Note: 12 Andre finansielle eiendeler

	2017	2016
Lån til foretak i samme konsern	722 641	522 820
Sum andre finansielle eiendeler	722 641	522 820

Note: 13 Varebeholdning

	2017	2016
Handelsvarer	24	45
Sum varebeholdning til videresalg	24	45
Varebeholdning til eget bruk	26 361	33 165
Sum varebeholdning	26 385	33 210
Kostpris	26 385	33 210
Bokført verdi 31.12	26 385	33 210

Note: 14 Kundefordringer og andre kortsiktige fordringer

	2017	2016
Kundefordringer	29 776	21 426
Fordring på foretak i foretaksgruppen	59 630	224 304
Påløpne inntekter	25 576	16 112
Øvrige kortsiktige fordringer	30 213	7 952
Sum fordringer	145 195	269 794

	2017	2016
Avsetning for tap på kundefordringer har hatt følgende bevegelse:		
Avsetning for tap på kundefordringer per 1.1	-6 300	-871
Årets endring i avsetning til tap på kundefordringer	2 711	-5 360
Avsetning for tap på kundefordringer per 31.12	-3 589	-6 231
Årets konstaterte tap på fordringer	7 636	871

Avsetning for tap på krav er tkr 3600 pr 31.12.2017. Tap på fordringer er klassifisert som andre driftskostnader i resultatregnskapet.

Kundefordringer har følgende forfallsfordeling:

Ikke forfalte fordringer	18 280	13 035
--------------------------	--------	--------

Forfalte fordringer 1 - 30 dager	2 485	1 973
Forfalte fordringer 31 - 60 dager	445	810
Forfalte fordringer 61 - 90 dager	104	732
Forfalte fordringer over 90 dager	8 462	4 876
Kundefordringer pålydende per 31.12.	29 776	21 426

Kundefordringer på foretak i samme konsern inngår ikke

Note: 15 Kontanter og bankinnskudd

	2017	2016
Skattetrekksmidler	65 090	64 534
Sum bundne kontanter og bankinnskudd	65 090	64 534
Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	73	214
Sum kontanter og bankinnskudd	65 163	64 747

Trekk på konsernkontoordningen er klassifisert som kortsiktig gjeld.

Innskudd på konsernkontoordningen er klassifisert som kortsiktig fordring.

Trekk på konsernkontoordningen er klassifisert som kortsiktig gjeld.

Note: 16 Egenkapital

	Foretakska pital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderingsf orskjeller	Annen egenkapital	Total egenkapital
Egenkapital 31.12.2016	100	1 427 937		368 340	1 796 377
Korr. av feil i tidligere års regnskap					
Egenkapital 01.01.2017	100	1 427 937	0	368 340	1 796 377
Egenkapitaltransaksjoner				0	0
Minoritetsinteresser					
Resultat dette året				10 912	10 912
Egenkapital 31.12.2017	100	1 427 937	0	379 252	1 807 289

Foretakskapitalen består av 1 andel pålydende kr 100 000. Andelen eies av Helse Midt-Norge RHF.

Styringskrav fra eier	2017	2016
Årsresultat	10 912	-5 932
Endrede pensj.kostn. tatt hensyn til i res.krav		
Basisramme ut over ordinær tildeling		
Resultat jf. økonomisk krav fra HMN	10 912	-5 932
Opprinnelig resultatkrav fra HMN	60 000	60 000
Endret resultatkrav	-2 018	-6 400
Avvik fra resultatkrav fra HMN	-47 070	-59 532

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF vedtok budsjettet for 2017 med et resultatkrav på 60,0 mill kroner. Foretakets pensjonskostnader beregnes i januar hvert år ut fra fastsatte forventninger til utvikling i lønn, pensjoner, avkastning på fond og diskonteringsrente.

De nye beregningene i januar 2017 innebar en reduksjon i foretakets pensjonskostnader på 12 mill kroner. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok en reduksjon i basisrammen for Helse Nord-Trøndelag HF med bakgrunn i reduserte pensjonskostnader. Foretakets resultatkrav for 2017 ble redusert med differansen mellom reduksjon i basisramme og reduksjon i pensjonskostnader, dvs med 2,0 mill kroner. Korrigert resultatkrav for HNT for 2017 ble på dette grunnlag fastsatt til 58,0 mill kroner.

Note: 17 Pensjon

Pensjonsforpliktelse

	2017	2016
Brutto påløpte pensjonsforpliktelser	5 325 854	4 962 102
Pensjonsmidler	-4 452 677	-4 153 026
Netto pensjonsforpliktelser	873 177	809 076

Arbeidsgiveravgift	96 050	88 998
Ikke resultatført aktuarielt tap/gevinst eks aga	-1 019 590	-1 099 689
Netto bokførte forpliktelser inkl. aga	-50 364	-201 615

Herav balanseført netto pensjonsforpliktelser. inkl. aga.	-50 598	-19 026
Herav balanseført netto pensjonsmidler inkl. aga.	100 273	219 984

Spesifikasjon av pensjonskostnad

Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	236 743	212 549
Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	133 610	129 299
Årets brutto pensjonskostnad	370 353	341 848
Forventet avkastning på pensjonsmidler	149 672	-125 259
Administrasjonskostnader	14 489	13 785
Netto pensjonskostnad inkl. adm.kostn.	534 514	230 374
Aga netto pensjonskostnad inkl. adm.kostn	25 869	25 341
Resultatført aktuarielt tap/gevinst	110 370	54 077
Resultatført aga av aktuarielt tap/gevinst	7 133	8 204
Resultatført planendring	0	14 984
Årets netto pensjonskostnad	677 886	332 980
Andre pensjonskostnader 1)	688	663

Sum pensjonskostnader	678 574	333 643
------------------------------	----------------	----------------

1) Gjelder premie betalt for pensjonsforsikring som ikke er aktuarberegna, servicepensjoner og sikringsordning.

Pensjonsmidler - Premiefond

Brutto pensjonsmidler inkluderer premiefond med følgende beløp og bevegelser i løpet av regnskapsåret:

	2017	2016
Spesifikasjon av premiefond		
Saldo pr 1.1.	251 288	178 078
Tilført premiefond	53 140	73 210
Uttak fra premiefond	-121 760	0
Saldo pr 31.12.	182 667	251 288

	2017	2016
Økonomiske forutsetninger:		
Diskonteringsrente	2,40%	3,00%
Forventet avkastning på pensjonsmidler	4,10%	4,00%
Årlig lønnsregulering	2,50%	2,50%
Årlig pensjonsregulering	1,48%	1,48%
Regulering av folketrygdens grunnbeløp	2,25%	2,25%
Antall aktive personer med i ordningen	2 945	2 907
Antall oppsatte personer med i ordningen	3 139	2 982
Antall pensjonister med i ordningen	1 835	1 732

Helseforetaket har en ytelsesbasert tjenstepensjonsordning i KLP. Denne pensjonsordningen tilfredsstiller kravene i LOV om offentlig tjenstepensjon.

Helseforetaket har en offentlig pensjonsordning (sikrede pensjoner) for sine ansatte, som gir en bestemt framtidig pensjonsytelse basert på antall opptjeningsår og lønnsnivået ved pensjonsalder. Pensjonsytelsene samordnes med folketrygdens ytelser. Pensjonsordningen dekker alderspensjon, uførepensjon og barnepensjon.

Opptjeningsstiden for full alderspensjon er 30 år. Sammen med folketrygden gir full opptjening en alderspensjon på omkring 66 % av sluttlønn. Det opptjenes ikke pensjon for lønn over 12G, det vil si at det er et tak på 12G.

Pensjonskostnaden for 2017 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk Regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelsen pr 31.12.2017 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2017. Basert på avkastingen i KLP/SPK for 2017 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr 31.12.2017.

Pensjonskostnader og pensjonsforpliktelse har hatt stort fokus i mange år på grunn av den usikkerheten som er knyttet til de årlige kostnadene. Helseregionene har anledning til å utsette resultatføringer av estimatavvik. Dette innebærer at regnskapsmessig egenkapital kan avvike vesentlig fra den egenkapitalen man ville hatt om helseregionene også skulle ha fulgt regnskapsregler der slik utsatt resultatføring ikke er lov. Styret vil derfor synliggjøre disse vesentlige avvikene.

Konsekvensene av nye uførepensjonsregler og innarbeidelse av levealdersjustering for personer født i 1954 og senere ble innarbeidet i beregningen i 2014. Begge endringene ble behandlet som planendringer og medførte en redusert framtidig pensjonsforpliktelse. Effekten av dette ble innregnet som en engangseffekt i regnskapet for 2014 og medførte betydelige beløp til inntektsføring (ev kostnadsreduksjon).

Helseforetaket har pensjonsordninger som omfatter i alt 7 621 personer, hvorav 2 907 yrkesaktive, 2 982 er oppsatte og 1 732 er pensjonister.

Helse Nord-Trøndelag HF har pr 31.12.2017 en samlet brutto pensjonsforpliktelse på 5 325,9 mill kroner mot 4 962,1 mill kroner pr 31.12.2016, mens netto pensjonsforpliktelse (- midler) er på henholdsvis 873,2 mill kroner og 809,1 mill kroner. Pensjonsforpliktelsene vil påvirke foretakets framtidige likviditet i form av innbetalinger til pensjonsordninger. Per 31.12.2017 utgjør *ikke resultatført estimat- og planendringer* – 1 019,6 mill kroner mot –1 099,7 mill kroner pr 31.12.2016. Framtidige resultatføringer vil endre egenkapitalen tilsvarende.

Helseforetaket har ikke personer med tilleggsordninger for pensjon, som innebærer dekning av pensjon ut over 12G.

Note: 18 Demografiske forutsetninger

	2017	2016
Anvendt dødelighetstabell	K2013BE	K2013BE
Forventet uttakstilbøyelighet AFP	15-42,5%	15-45%

Frivillig avgang

Frivillig avgang for Sykepleiere (i %)

Alder (i år)	<20	20-25	26-30	31-40	41-49	50-55	>55
Sykepleiere	25	15	10	6	4	3	0

Frdragene gjøres for hvert av årene i aldergruppen

Frivillig avgang for Sykehusleger og Fellesordningen (i %)

Alder (i år)	<24	24-29	30-39	40-49	50-55	>55
Sykehusleger og Fellesordningen	25	15	7,5	5	3	0

Med hensyn på dødelighet og uførhet mv er det i beregningene benyttet forutsetninger slik dette er oppgitt i pensjonsleverandørens forsikringstekniske beregningsgrunnlag.

AFP-førtidspensjoner

Foretaket / foretaksgruppen har i tillegg til tjenstepensjoner en avtalefestet ordning for førtidspensjon (AFP). Dette er en offentlig AFP-ordning. Foretaket er dermed ansvarlig for alle forpliktelser etter denne ordningen.

Note: 19 Andre avsetninger for forpliktelser

	2017	2016
Overlegepermisjoner	11 319	11 107
Investeringsstilskudd	16 765	18 501
Avsetning til pasientskadeerstatning	6 000	16 947
Sum avsetning for forpliktelser	34 084	46 555
Antall leger som er omfattet av ordningen med overlegepermisjoner	171	171
Uttakstilbøyelighet	33,00%	33,00%

Avsetning for overlegepermisjoner omfatter 171 overlegestillinger. For 2017 er uttakstilbøyelighet satt til 33 %, Overordnede leger og spesialister i Helse Nord-Trøndelag HF har avtafestet rett til fire måneders studiepermisjon hvert femte år. Under permisjonen mottar overlegene og spesialistene lønn. Lønnen kostnadsføres og avsettes som en langsiktig forpliktelse etter hvert som retten opparbeides. Avsetning forpliktelse overlegepermisjoner utgjør tkr 10 007 pr 31.12.2017.

Norsk Pasientskadeerstatning fakturerer helseforetakene for egenandel i de sakene klager får erstatning. Utbetaling av erstatning og fakturering av sykehusenes egenandel skjer gjennomsnittlig 4 år etter at skaden eller feilen oppsto. Avsetning for denne forpliktelsen utgjør tkr 6 000 pr 31.12.2017.

Pr 31.12.2017 utgjør tilskudd til investeringer henholdsvis tkr, tiltak for arbeid tkr 12 525 og lokalsykehusmidler tkr 4 239.

Alle investeringstilskuddene inntektsføres i takt med avskrivningen

Note: 20 Annen langsiktig gjeld

	2017	2016
Gjeld til foretak i samme konsern	38 709	45 659
Sum annen langsiktig gjeld	38 709	45 659
<u>Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år</u>	<u>8 188</u>	<u>10 802</u>

Note: 21 Annen kortsiktig gjeld

	2017	2016
Leverandørgjeld	79 429	70 029
Gjeld til foretak i samme foretaksgruppe	55 453	48 883
Påløpte feriepengar	176 142	169 437
Påløpte lønnskostnader	19 719	21 972
<u>Annen kortsiktig gjeld</u>	<u>63 660</u>	<u>84 078</u>
Sum annen kortsiktig gjeld	394 403	394 399

Note: 22 Nærstående parter

Foretakets transaksjoner med nærstående parter - salg av varer og tjenester

2017	2016
------	------

Morforetak/eier	191 721	147 399
Datterforetak/søsterforetak	10 029	8 072
Sum salg av varer og tjenester	201 750	155 472

Foretakets transaksjoner med nærstående parter - kjøp av varer og tjenester

	2017	2016
Morforetak/eier	195 541	113 524
Datterforetak/søsterforetak	161 072	157 568
Ledende ansatte og selskaper disse måtte representere	0	5
Sum kjøp av varer og tjenester	356 612	271 097

Helse Nord-Trøndelag HF nærstående er definert i regnskapslovens § 7-30b og regnskapsforskriftens §7-30b-1. Vesentlige transaksjoner med nærstående parter framgår i denne og andre noter i regnskapet.

Økonomiske mellomværende mellom Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF framgår av noten for langsiktig gjeld. Helse Nord-Trøndelag HF dekker en vesentlig andel av sitt behov for medikamenter gjennom kjøp fra Sykehusapotekene i Midt-Norge, som er et annet heleid datterselskap av Helse Midt-Norge RHF.

Ytelser til ledende ansatte er omtalt i lønnsnote spesielt.

Transaksjoner med andre regionale helseforetak er i hovedsak knyttet til oppgjør for gjestepasienter. Det vil si pasienter bosatt i Helse Nord-Trøndelag HF sitt opptaksområde og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller manglende kompetanse eller kapasitet i eget foretak får behandling i helseforetak utenfor Midt-Norge eller private sykehus andre helseregioner har avtale med. Det vesentligste av gjestepasientoppjøret er basert på avtalte beregningsmåter for prising.

Det skjer i liten grad oppgjør for kjøp og salg mellom foretakene i foretaksgruppen Helse Midt-Norge når det gjelder pasienter som blir behandlet ved annet foretak i foretaksgruppen, enn det foretaket hvor pasienten er heimehørende. Oppgjør til det enkelte foretak skjer gjennom justeringer i foretakenes inntekter fra mor til datter gjennom justeringer i basisrammen etterfølgende år.

Medikamenter utgjør en stor andel av helseforetakenes kostnader. I forskning og utvikling forekommer det samarbeid mellom legemiddelindustrien og sykehusene. Det regionale helseforetaket har inngått gjensidig forpliktende avtale med legemiddelindustrien omkring etikk knyttet til avtaler.

Helseforetaket har utarbeidet rutiner for kartlegging av ansattes eierskap og bierverv i konkurrerende bedrifter.

I forbindelse med avleggelse av årsregnskapet er alle styremedlemmer, foretaksledelsen og andre personer i sentrale stillinger i foretaket, forespurt om disse personer og/eller deres nærmeste familie har eierskap, styreverv og/eller ansettelsesforhold i virksomheter som Helse Nord-Trøndelag HF enten samarbeider med, er i et kunde-/leverandørforhold til eller i konkurranse med. På grunnlag av denne registreringen vil vi gjøre oppmerksom på følgende forhold:

Svein Karlsen er styreleder i Skogmo Industripark AS, styremedlem i Teleconsult Eiendom AS, styremedlem i Teleconsult Holding AS og styremedlem i 4 Telekioken-selskap i Midt-Norge.

Alf Daniel Moen er styreleder i Museet Midt, styreleder i Meråker Alpintcenter AS og styremedlem i Onyx Eiendom AS.

Øystein Sende er eier, daglig leder og styreleder i ØSV Holding AS, eier og daglig leder Interråd Autobedrift & Sende Autohandel, styreleder i Eiendom 1 Bolig AS, Havna Båtservice Eiendom AS, og medeier og styreleder i Tevo Dekk AS.

Gunn Fredriksen er nestleder Sykehusbygg HF og styremedlem i hhv Sykehusapotekene i Midt-Norge HF, Helse Møre og Romsdal HF og Diakonhjemmet Sykehusapotek AS

Mathis Heibert er styremedlem i Nord-Trøndelag legeforening og kasserer i Midt-Norsk gastroenterologisk forening

Note: 23 Forskning og utvikling

	2017	2016
Andre inntekter til forskning	10 838	4 790
Basisramme til forskning	14 440	20 588
Sum inntekter til forskning	25 278	25 378
Andre inntekter til utvikling	2 150	500
Basisramme til utvikling	8 147	10 133
Sum inntekter til utvikling	10 297	10 633
Sum inntekter til forskning og utvikling	35 575	36 011

	2017	2016
Kostnader til forskning - somatikk	12 161	11 828
Kostnader til forskning - psykisk helsevern	13 117	13 448
Sum kostnader til forskning	25 278	25 276

Kostnader til utvikling - psykisk helsevern	8 362	8 347
Kostnader til utvikling - rus	1 936	2 387
Sum kostnader til utvikling	10 298	10 734
Sum kostnader til forskning og utvikling	35 576	36 010

	2017	2016
Antall avlagte doktorgrader	3	3
Antall publiserte artikler	55	60
Antall årsverk forskning	18	18
Antall årsverk utvikling	8	8

Forskning er en av helseforetakets lovpålagte oppgaver. Forskningsaktiviteten i helse Nord-Trøndelag HF omfatter i hovedsak medisinsk forskning. Finansieringen skjer blant annet gjennom eget tilskudd fra Staten. Balanseførte utviklingskostnader framgår av note for Immaterielle eiendeler.

Store deler av forskningen inngår som en integrert del av ordinære driften og det er av den grunn vanskelig å dokumentere totale kostnader knyttet til FOU. Det gjennomføres en årlig kartlegging av ressursbruk innen FOU i spesialisthelsetjenesten som publiseres av NIFU. Årsregnskapet for 2017 viser at Helse Nord-Trøndelag HF har kostnadsført omlag 25,3 mill kroner knyttet til forskningsaktiviteter og 10,2 mill kroner til utvikling.

Note: 24 Nøytral merverdiavgift – ny finansieringsordning for helseforetakene

Gjennom Stortingets behandling av Prop. 1 S (2016-2017) for Helse- og omsorgsdepartementet er det fra 1.januar 2017 innført en ordning med nøytral merverdiavgift for helseforetakene. Innføringen innebærer at helseforetakene får kompensert merverdiavgiftsutgifter på en rekke varer og tjenester som inngår i driften av virksomheten. Ordningen skal være budsjettneutryl for staten i innføringsåret. Dette innebærer at basisbevilgningen

til de regionale helseforetakene er redusert tilsvarende det som forventes å bli refusjonsomfanget for helseregionene sett under ett. Inntektsreduksjonen er fordelt mellom helseregionene i tråd med ordinær inntektsfordelingsmodell. For Helse Nord Trøndelag HF innebærer dette at basisrammen for 2017 er redusert med 128,9 mill. kroner. . Helse Nord Trøndelag HF har for 2017 mottatt 115,3 mill. kroner i merverdiavgiftskompensasjon. I dette beløpet inngår også merverdiavgiftskompensasjon gitt iht. overgangsreglene vedrørende behandling av forskuddsbetalte kostnader og varebeholdning 1.1.2017. Den endrede finansierungsordningen er ikke å anse som en prinsippendring og endrede sammenlikningstall er derfor ikke presentert i foretakets regnskap.

	Faktisk kostnad	Kompensert
	2017	merverdiavgift
Kjøp av helsetjenester	144 049 352	221 247
Varekostnad	338 569 014	75 886 544
Lønn og annen personalkostnad	2 028 565 712	806 888
Ordinær avskrivning	96 253 524	
Nedskrivning	5 485 039	
Annen driftskostnad	433 467 420	31 456 306
Sum	3 046 390 061	108 370 985

Tallkolonne viser refusjonsberettiget merverdiavgift for kostnader i regnskapsåret 2017. Kompensert merverdiavgift for innkjøpte varer og andre utgifter som er balanseført inngår ikke (i denne oppstillingen).

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 18/2018 Pasient- og brukerombudets årsrapport 2017

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	12. mars 2018	18/2018
Saksbeh: Svein H. Karlsen		
Arkivkode: 012		
Saksmappe: 2018/814		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar Pasient- og brukerombudets årsrapport 2017 til orientering.

SAKSUTREDNING:

Sak 18/2018 Pasient- og brukerombudets årsrapport 2017

Vedlegg:

Årsrapport 2017 Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag

Bakgrunn for saken

Pasient- og brukerombudsordningen i Nord-Trøndelag har siden 1997 vært en viktig ordning og stemme for pasientene og brukerne. Gjennom sitt virke har ombudet bidratt betydelig med fokus på kvalitet, trygghet og respekt også når det gjelder sykehusene i Nord-Trøndelag.

Over mange år har ombudet utarbeidet en årsrapport der blant annet spesialisthelsetjenesten omtales. Årsrapporten for 2017 er nå mottatt, og legges i dag fram for Styret.

Årsrapporten

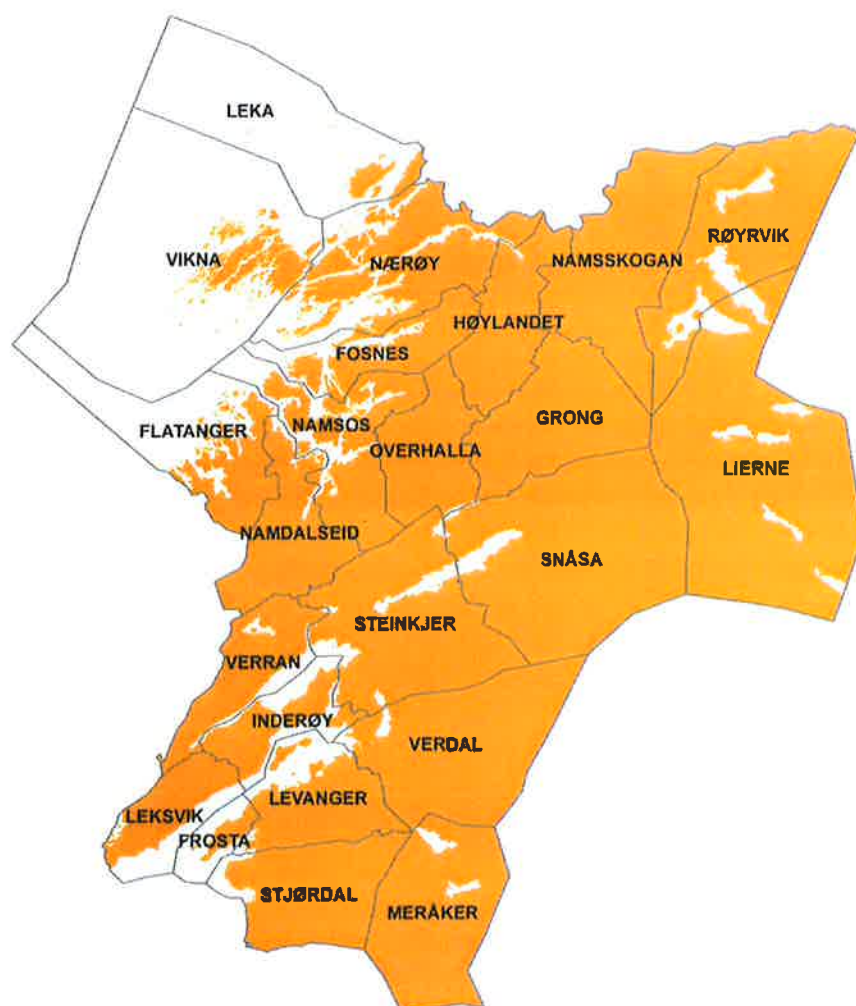
Adm. direktør legger fram årsrapporten uten kommentarer, men ønsker å påpeke følgende: Helse Nord-Trøndelag anerkjenner pasient- og brukerombudsordningen, og mener ombudet på en konstruktiv og fri måte har bidratt til økt fokus på kvalitet i pasientbehandlingen.

Fra 1.1.2018 ble ombudet i Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag slått sammen til *Pasient- og brukerombudet i Trøndelag*. I forbindelse med framlegget av rapporten møter tidligere pasientombud Kjell J. Vang. I tillegg til å presentere rapporten vil Vang informere om hvordan ombudet nå er organisert i Trøndelag.

Konklusjon

Adm. direktør anbefaler at Styret tar Pasient- og brukerombudets årsrapport 2017 til orientering.

PASIENT- OG BRUKEROMBUDET
I NORD-TRØNDELAG
ÅRSRAPPORT 2017



Innhold:

Tida står aldri stille **s. 3**

Forventning om kvalitet **s. 4**

Den krevende kreften **s. 5**

Når barn og unge må vente **s. 6**

Kommuner til begjær eller besvær? **S. 7**

Nøkkeltall **s. 8**

Tida står aldri stille

Pasient- og brukerombudets virksomhet reguleres av pasient- og brukerrettighetslova kapittel 8. Ombudet «skal arbeide for å ivareta pasientens og brukerens behov, interesser og rettssikkerhet overfor den statlige spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten, og for å bedre kvaliteten i disse tjenestene».

Ved ombudskontoret i Nord-Trøndelag har vi prøvd å etterleve dette fra starten i 1997. Sjølve lovreguleringa kom først fra 2001, men virksomheten har vært prega av det samme heile tida: Fokus på pasient og bruker og bidrag til kvalitetsheving.

Dette er den siste årsrapporten fra Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag. Fra 1. januar 2018 er vi slått sammen med Sør-Trøndelag og blitt Pasient- og brukerombudet i Trøndelag. Det er spennende. Vi blir et ombud med større faglig bredde enn før. Samtidig er det utfordrende å samle ressursene til heilhetlig og ensarta jobbing når vi fortsatt har kontor både i Trondheim og i Steinkjer. Målet er uansett å gi et minst like godt tilbud til befolkninga.

To av oss har vært med fra 1997, og den tredje har vært konstituert ombud i 1 1/3 år. I løpet av åra har vi sett store endringer, særlig i spesialisthelsetjenesten. Kommunale helse- og omsorgstjenester fikk vi for alvor kontakt med først i 2009. Diagnostisering og behandling har utvikla seg, og ikke minst har sjukehusas imøtekommenhet overfor spørrende og kritiske pasienter og pårørende gått i riktig retning. Det har også vært en dyd av nødvendighet når lovgiverne har gitt flere og flere rettigheter med tilhørende klageadgang gjennom de nesten 21 åra som ombudsordninga har fungert i Nord-Trøndelag.

Årsrapporten for 2017 blir noe annerledes enn tidligere utgaver. Vi legger lite vekt på tall og statistikker denne gangen. Tema som omtales, er henta fra henvendelser fra året som gikk, men representerer samtidig sentrale og tidløse trekk fra virksomheten som pasient- og brukerombud.

Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag takker for seg. Men tida står aldri stille, og vi lover fortsatt innsats for Trøndelag.

Steinkjer 1.2.2018

Rune Johan Skjælaaen
-Konst. ombud ut 2017-

Anne Berit Ludås
-Rådgiver-

Kjell J. Vang
-Seniorrådgiver-

Forventning om kvalitet

Pasienter og brukere forventer, og har grunn til å forvente, god kvalitet i helse- og omsorgstjenestene. Heldigvis kan de aller fleste melde om innfridde forventninger. De ble møtt, sett, undersøkt, behandla og fulgt opp. De fikk de tjenestene de trengte.

Det er ikke sjølsagt at pasienter og brukere definerer kvalitet på samme måte som helse- og omsorgstjenestene. Tjenestene har objektive og målbare kvalitetskriterium. Pasienter og brukere legger i tillegg stor vekt på møtet med utøverne.

Gjennom åra har vi sett at i hovedsak fire forhold bestemmer folks kvalitetsopplevelse. Det første knytter seg til faglighet og fagutøving. Behandling, omsorg og tjenester skal basere seg på forsvarlighet og anerkjent kunnskap om hva som virker. Helsepersonell skal kunne det de gjør, og gjøre det de kan. Befolkninga har en sterk bevissthet på og anerkjenning av at helse og omsorg krever kvalifiserte fagfolk.

For det andre forventes det at system og logistikk fungerer. Henvisninger og prøveresultat skal ikke forsvinne et sted på vegen, operasjoner må ikke plutselig avlyses fordi legen er på elgjakt, heimesjukepleien må organiseres slik at det ikke kommer 30 forskjellige personer heim til meg, og jeg må slippe å ligge i senga til kl. 11 for så å bli lagt til sengs igjen kl. 18 når jeg har opphold i sjukeheim. De seinere åra har stadig flere i sine henvendelser til ombudet nettopp peikt på det de meiner har svikta på systemplan. Mange ytrer ønske om å bidra til at svikt ikke må få lov til å gjenta seg, slik at andre kan slippe å oppleve det samme.

Det tredje forholdet gjelder innfriing av lovbestemte rettigheter. Når jeg ønsker å benytte retten til å velge et anna sjukehus, skal jeg ikke påføres følelsen av å bli obstruert. Har jeg bedt om utskrift av journalen min, skal jeg få det uten å måtte forklare hvorfor jeg ønsker den. Fordi jeg har rett til informasjon og rett til å medvirke rundt det som skal skje med meg, må jeg unngå å oppleve at informasjonen uteblir og beslutninger blir tatt uten at jeg fikk delta. I dag er folk i mye sterkere grad bevisst på rettighetene sine enn tidligere. Når rettigheten ikke innfris, faller kvalitetsopplevelsen.

Til slutt er den subjektive opplevelsen av møtet med tjenester og personell avgjørende for hvordan pasienter og brukere vurderer kvaliteten. Helse- og omsorgstjenesten er stedet for tap av egen kontroll. Møtes jeg da med nødvendig forståelse og omsorg? Blir jeg hørt og sett som heilt menneske? Bærer kontakten preg av varm profesjonalitet eller av den kjølige varianten som ikke har rom for å uttrykke innlevelse? Tenker helsepersonell igjennom at det de ser og erfarer mange ganger

daglig, for meg som pasient er ei skremmende og vanskelig handterbar førstegangserfaring som dreier seg om mitt liv, min helse, min død?

Pasienter og brukere lever i en sfære mellom sårbarhet og tillit. Disse størrelsene er ikke konstante, men i stadig bevegelse, gjerne gjensidig avhengige av hverandre: Stor tillit gir lavere grad av sårbarhet, og svekka tillit auker sårbarheten.

Dette stiller store krav til helse- og omsorgspersonell. Den faglige kunnskapsbasisen må altså være på plass. I det ligger det både å vite hva en kan, og å kjenne sin egen begrensning. Dessuten må systema rundt sikre at utøveren kan gjøre jobben en er kvalifisert til, på en skikkelig måte. Videre trengs oppdatert kjennskap til pasienters og brukeres lovbestemte rettigheter. Og det er behov for solide etiske ryggmargsreflekser som setter en i stand til å snu perspektivet og se situasjonen fra pasientens og brukerens synsvinkel.

Den krevende kreften

Kreft er sjukdom som setter en støkk i de fleste og har et stort sårbarhetspotensial. Det fører til mange henvendelser til Pasient- og brukerombudet. De fleste som tar kontakt, klager på forsinkelser og venting i utredning og behandling. En del oppgir at mangel på informasjon skaper utrygghet og setter tilliten på prøve, mens andre uttrykker engstelse for dårlig oppfølging og kontroll. Flere stiller spørsmål ved system og rutiner og peiker på rot, sommel, uønska utsettelse eller manglende ansvarsavklaring.

Den som erfarer dette, uttrykker ofte tvil om kompetanse og forsvarlighet i behandlinga. En effekt for sjukehuset er at det oppstår pasientlekkasje idet pasienten ønsker seg til et anna behandlingssted, og sjukehusets omdømme trues fordi historiene om negativ erfaring lever i folkesnakket.

Sak 17/13846: Pasienten forteller om redusert tillit til lokalsjukehus. Det gis uttrykk for mangelfull informasjon som har bidratt til utrygghet om framdrift og oppfølging av kreftsjukdommen. I tillegg er det flere ganger lovt innkalling innafor konkret tidshorisont uten at dette er overholdt. Pasienten gir uttrykk for å kjenne til andre som har samme erfaring med sjukehuset. Nå er tilliten så lav at det er ønskelig å velge et anna sjukehus i stedet. Vedkommende får informasjon om hvordan en går fram for å benytte retten til fritt behandlingsvalg.

Folk som er i kontakt med helsetjenestene, trenger tydelighet. Behovet er desto større jo mer alvorlig tilstanden eller diagnosen oppleves å være. Pasient- og brukerombudet ser ingen grunn til å undres over at

pasienter med kreft eller mistanke om kreft stiller strenge krav til utredning, behandling, oppfølging og informasjon. Et viktig hjelpemiddel for både pasient og helsetjeneste er såkalte pakkeforløp som beskriver hva som skal skje, og innafor hvilken tidshorisont. Vi ser at når noe svikter eller avviker fra det som er forespeilt, skapes det fort utrygghet dersom avviket ikke ledsages av grundig informasjon. Utryggheten akkumuleres når samme pasient erfarer svikt gjentatte ganger.

Noen pasienter er i kontakt med flere sjukehus eller sjukehusavdelinger i forløpet. Enkelte av dem erfarer manglende avklaring om hvem som har det heilhetlige ansvaret for behandling og framdrift. Pasient- og brukerombudet anmoder om at tankegangen bak samhandlingsreforma mellom sjukehus og kommune overføres til og tydeliggjøres også på andre samhandlingsflater: Mellom sjukehus, mellom enheter i sjukehus og mellom ulike kommunale tjenester som er involvert i pasienten.

Når barn og unge må vente

Barn og unge er blant de mest sårbare når de har behov for helsehjelp. Psykisk helsevern til disse er et område med stadig flere henvendelser til Pasient- og brukerombudet. Ventetid fra henvisning til behandlingsstart er en hyppig årsak. Barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) i Helse Nord-Trøndelag (HNT) har da også vært åpne i media om at de ikke greier å oppfylle helseforetakets bestilling om maksimalt 40 dagers venting. De har i tillegg hatt et aukende antall fristbrudd (frist = tidspunkt for når behandling seinest skal komme i gang ut fra forsvarlighetsvurdering).

Sak 17/13109: Barnet var av fastlegen henvist til BUP. Fristen for svar på henvisninga ble overskredet, og det ble purra flere ganger. Deretter ble også frist for oppstart av behandling brutt med forespeilt behandlingsstart fire måneder seinere. HELFO ble bedt om å skaffe et anna og tidligere behandlingstilbud, men hadde ikke noe å tilby. Foreldre sendte klage. Vi kjenner ikke resultatet av klagebehandlinga.

Når BUP ikke har kapasitet til å hjelpe dem som trenger det innafor en fornuftig tidshorisont, bidrar dette til stor fortvilelse og redusert tillit. Enkelte stiller spørsmål ved om feltet besitter den nødvendige kompetansen som skal til for å gi hjelp med god faglig kvalitet. Å velge et anna behandlingssted er bortimot umulig fordi det her, i motsetning til hva som gjelder for andre helsetjenester, mangler alternativ, særlig når behandlinga bør foregå så nært heimemiljøet som mulig.

BUP Helse Nord-Trøndelag skal ha honnør for å være åpen i offentligheten om det som svikter. Sjøl tegner de et utfordringsbilde med mangel på tilstrekkelige ressurser i form av ansatte med

spesialkompetanse som er tilgjengelige og stabile over lang tid (Namdalsavisa 06.12.17).

Pasient- og brukerombudet meiner at helsehjelp til barn og unge med psykiske problem må prioriteres. Dette synspunktet er også i tråd med særskilte fristbestemmelser som gjelder for dem. Å måtte vente lenge på helsehjelp når situasjonen er vanskelig, turbulent og bekymringsfull for både barnet / den unge sjøl, foreldre, søsken, andre pårørende og øvrige omgivelser, kan føre til ytterligere eskalering og forverring, i verste fall på langvarig basis.

Vi trur at situasjonen ikke bare krever handtering fra BUPs og Helse Nord-Trøndelags side, men også Helse Midt-Norge med sitt overordna sørge-for-ansvar bør planlegge og iverksette samla tiltak for et bedre og mer tilfredsstillende BUP-tilbud i heile regionen. Det er grunn til å minne om Pasient- og brukerrettighetslovas formålsparagraf sitt krav om at pasienter skal sikres «*lik tilgang på tjenester av god kvalitet*» (§ 1-1).

Kommuner til begjær eller besvær?

Etter at Pasient- og brukerombudet også fikk med kommunale helse- og omsorgstjenester i porteføljen fra 2009, har kontaktene om denne sektoren utgjort en drøy tredel av alle henvendelsene. Vi har merka oss at terskelen for å klage på kommunale tjenester er høgere enn for spesialisthelsetjenester. Den viktigste årsaka er antakelig at folk ofte er avhengige av et framtidig forhold til kommunen og derfor er redde for at en klage vil forverre situasjonen. Klager på spesialisthelsetjenester er enklere fordi kontakten med dem gjerne er avslutta på klagetidspunktet.

Kommuner handterer klageforhold og misnøye med tjenester svært ulikt. Dette gjelder både når klagen er skriftlig og når noe prøves løst gjennom dialog. Pasienter, brukere og pårørende opplever at de i tillegg til en krevende situasjon med ulike og til dels omfattende behov må kjempe om og om igjen mot den tjenesteytende instansen. Av og til går det rett og slett på verdigheten løs, og det smaker ikke godt når det utvikler seg til kamp om prestisje.

Redskap som individuell plan, ansvarsgruppe og koordinator har lenge vært tilgjengelige. Men fortsatt ser vi at personer som skulle hatt slik plan, ikke har fått det. Noen har ansvarsgruppe rundt seg, men erfarer at arbeidet i gruppa henger i løse lufta uten en plan å jobbe etter. Andre har individuell plan, men ser at den dels ikke følges og dels ikke oppdateres ved behovsendring. Enkelte rapporterer at de må fungere som sin egen koordinator og sjøl prøve å sy sammen de tjenestene de trenger.

Sak 17/599: Brukeren har gjennom lang tid hatt kontakt med Pasient- og brukerombudet som i tillegg til å gi råd har bistått både muntlig, skriftlig og i møter med kommunen. Også Fylkesmannen er blitt engasjert ved flere anledninger. Sider ved informasjon, medvirkning, koordinator, individuell plan, ansvarsgruppe, praktisk bistand, støttekontakt, tjenesteomfang og gjennomføring av vedtak har vært sentrale kilder til konflikt mellom tjenestemottaker og kommune. Situasjonen har vært prega av stadige kamper/omkamper og mangel på forutsigbarhet og stabilitet i tjenesteytinga. Dette har ført til mange klagerunder der ei rekke ulike instanser og personer har vært involvert. Først etter flere år som av brukeren ble opplevd som til dels svært turbulente, kan vedkommende nå fortelle både om en velfungerende individuell plan og om tjenesteytende personell som opptrer brukervennlig i sterkere grad enn før.

Pasient- og brukerombudet vil oppfordre til regelmessig refleksjon på alle nivå i alle kommuner rundt hva det innebærer å være tjenesteytende instans på helse- og omsorgssektoren. Dette handler om både etikk og lovverk, herunder tilstrekkelig kunnskap om pasienters og brukeres rettigheter samt helsepersonells plikter. Målet bør være at alle mottakere av helse- og omsorgstjenester skal kunne oppleve seg ivaretatt, både når de får gjennomslag og når de ikke får det heilt som de vil.

Nøkkeltall

Antall henvendelser totalt og problemstillinger pr. tjenestested

Antall henvendelser	2015	2016	2017
Totalt	443	367	391

Tallet for 2017 (391) omfatter 237 saker der vi i det minste veit hvilket tjenestested saka gjelder, 122 enklere forespørsler og 32 henvendelser om forhold utafor Pasient- og brukerombudets arbeidsområde.

I de nevnte 237 sakene er det registrert inntil tre problemstillinger (henvendelsesgrunner) for hver. Tabellen nedafor viser antall problemstillinger fordelt på sjukehusa i Nord-Trøndelag, St. Olavs hospital og nordtrønderske kommuner:

Antall problemstillinger	2017
Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger (inkl. DPS Stjørdal)	156
Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos (inkl. DPS Kolvereid)	74
St. Olavs hospital HF	33
Kommunal helse og omsorg i Nord-Trøndelag	168

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 19/2018 Styringskrav og rammer 2018 for Helse Nord-Trøndelag

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	12. mars 2018	19/2018

Saksbeh: Medisinsk fagsjef Paul Georg Skogen

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2018/814

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret tar redegjørelsen om eiers overordnede styringsbudskap, gjennom styringskrav og rammer for 2018, til etterretning.
2. Styret ber adm. direktør om jevnlige statusorienteringer knyttet til plakatens måloppnåelse.
3. Styret er kjent med at det blir krevende å nå målene knyttet til Den gylne regel, og ber spesielt om å bli holdt løpende orientert om ventetid i barne- og ungdomspsykiatrien.

SAKSUTREDNING:

Sak 19/2018 Styringskrav og rammer 2018 for Helse Nord-Trøndelag

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

- 1) Styringskrav og rammer 2018 Helse Nord- Trøndelag HF
- 2) Vedlegg 1 Rapporteringskrav og årlig melding

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Styringskrav og rammer 2018 Helse Nord- Trøndelag HF er Helse Midt- Norge RHF sitt styringsdokument der Helse Nord- Trøndelag HF (HNT) blir tildelt oppgaver og krav og midler til å gjennomføre disse. Styringskravene er gitt i tråd med Helse- og sosialdepartementet sitt Oppdragsdokument 2018 til Helse Midt- Norge RHF (HMN).

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Styringskrav og rammer 2018 for HNT HF viderefører arbeidet med å skape pasientens helsetjeneste.

De overordnede målene er

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

HELHETLIG DRØFTING

I Styringskrav og rammer 2018 for HNT gir HMN gjennom PLAKATEN tydelige måltall og forventninger til aktivitet og resultat knyttet til de overordnede målene.

Med bakgrunn i *Årlig melding 2017* peker noen forhold seg særlig ut som fokusområder for 2018:

- 1) «Den gylne regel» (Psykisk helsevern skal ha større vekst enn somatikken) blir gitt særlig fokus, og det blir her bedt om utarbeiding av en plan innen 1.4.2018 - som viser hvordan HNT skal sikre måloppnåelse. Det blir også månedlig rapportering av status på «Den gylne regel» i 2018.
- 2) Ventetider for Barne- og ungdomspsykiatri (BUP) med krav maksimalt 40 dager og Voksenpsykiatri (VOP) med maksimalt 45 dager. BUP har planlagt med en aktivitetsøkning i sine planer for 2018 på 5,3 % målt mot realisert aktivitet i 2017. BUP har gjennomført arbeid for å komprimere sine utrednings- og behandlingsforløp, og har hatt en vanskelig rekrutteringssituasjon over år. Dette medførte økning i ventetider særlig høsten 2017. BUP planlegger for at disse tiltakene vil gi bedring i ventetider før oppstart behandling, og raskere og bedre gjennomføring av pasientforløpene når de er startet. VOP har planlagt med uendret aktivitet målt mot realisert aktivitet for 2017 med bakgrunn i tilgjengelige personellressurser. I løpet av året skal det også innføres nye pakkeforløp som vil kreve ressurser både på VOP og BUP.

3) Korridorpasienter har HNT dessverre hatt for stor andel av over år. Målet er ingen korridorpasienter. For de siste tre årene 2015, 2016 og 2017 har HNT hatt 2,2, 2,2 og 1,9 % korridorpasienter.

4) Fristbrudd og planlagte kontroller må ha fokus videre. Her har HNT vært omkring 0 i fristbrudd i 2016 og tidlig i 2017, men ser en økning høsten 2017 når det gjelder fristbrudd.

5) Økonomisk bærekraft: Gjennom Bærekraft 22-prosjektet er det gitt 11 mandat som følges opp særskilt med tanke på å finne, vurdere og følge opp både kortsiktige og mer langsiktige tiltak for å sikre økonomisk bærekraft for HNT innen 2022.

Helseplattformen

Styringskrav og rammer 2018 for HNT peker på Helseplattformen som en hovedsatsning, og deltagelse med tilstrekkelig med personell regionalt og lokal. Samt oppfølging med forberedelser for å kunne ta i bruk Helseplattformen og hente ut gevinster skal for alvor starte i 2018. Kravet til omstilling, digitalisering, gevinstrealisering og standardisering understrekes. Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU) får en sentral funksjon sammen med HNT for å videreutvikle pasientforløpsmetodikken som del av forberedelsene til Helseplattformen, og for å sikre god innføring av nye pakkeforløp innen hjerneslag og innen psykisk helsevern og rus i 2018. Pasientforløpsmetodikken er også et viktig verktøy for reduksjon av uønska variasjon i pasientbehandlingen, og bidrar til å sikre pasientsikkerhet, kvalitet og likeverdige helsetjenester.

Utdanning og rekruttering

Utdanning blir et annet viktig satsingsområde for HNT i 2018.

HMN har satt av midler til oppstart av medisinerstudentundervisning for 3. og 4. årsstudenter som del av NTNU fra høst 2018. Dette tilbudet er gitt navnet NTNU LINK. Planleggingen av studietilbudet er godt i gang.

Ny spesialistutdanning for leger skal planlegges og innføres i løpet av 2018, slik at vi kan søke om godkjenning som utdanningsvirksomhet for aktuelle spesialiteter innen fristen 1.3.2019. Dette medfører et betydelig arbeid med klargjøring og dokumentasjon av læringsaktiviteter i tett samarbeid med St. Olavs hospital og andre aktuelle læringsarenaer. Eget prosjekt er etablert for å følge opp dette i samarbeid med klinikkene og deres utdanningsutvalg.

Å lykkes med disse to utdanningsoppgavene vil være en viktig del av rekrutteringsarbeidet i HNT HF, sammen med videre satsing på samarbeid med utdanningsinstitusjonene for å få rekruttert og utdannet tilstrekkelig antall spesialsykepleiere og annet kritisk fagpersonell.

Pasientens helsetjeneste

Pasientens helsetjeneste medfører fokus på pasientens mulighet til å delta i beslutninger om egen utredning, behandling og oppfølging. I dette ligger også fokus på bruk av tolk under hele behandlingsforløpet. Styringsdokumentet understreker særlig kravet til å følge opp helsetjenestens forståelse for samisk språk og kultur. Her har HNT et særlig ansvar for sørsamisk språk og kultur.

Bruk av pasientenes tilbakemeldinger som del av kvalitetsarbeidet og det kontinuerlige forbedringsarbeidet blir understreket.

Riktig og redusert bruk av tvang og tvangsvedtak er også en viktig del av pasientens helsetjeneste, og blir fulgt opp med krav i Styringskrav og rammer 2018.

Forbedring

Kontinuerlig forbedringsarbeid og Styrets mulighet til å kunne følge opp dette, samt sikre læring på tvers av HF-ene og regioner, skal det rapporteres på innen 1.5.2018. HNT skal også bidra med personell til å kunne gjennomføre kliniske fagrevisjoner, noe som er en ny nasjonal satsing for forbedringsarbeid i praksis. Fokus på kontinuerlig forbedringsarbeid gir også styrking av motivasjonen og forståelsen for innovasjon og forskning. Styringsdokumentet stiller krav om økt satsing på egenfinansierte forsknings- og innovasjonsprosjekt, men også på økt samarbeid med industrien.

Informasjonssikkerhet og personvern er gitt særlig fokus i 2018. Nødvendig gjennomgang av våre systemer opp i mot ny personvernforordning, GDPR, skal være gjennomført innen 25.5.18

Etableringen av Sykehusinnkjøp HF forventes fulgt opp med stor grad av lojalitet til det systemet som er etablert for å kunne hente ut mest mulig effekter av dette.

Samhandling med kommunene: Helhetlig og sammenhengende helsetjeneste.

Oppgaveoverføring først når kommunene og fastlegene er i stand til å ta over oppgaven – og slik at det blir like bra eller bedre for pasienten.

Oppfølging av Styringskrav og rammer 2018 i HNT HF:

HMN skal gjennom Årlig melding 2018, gjennom dialogmøter og ved regelmessig rapportering som er nærmere spesifisert i Vedlegg 1, følge med på HNT sin oppfølging av styringskravene.

På samme måte vil Styret i HNT få del i fortløpende rapportering gjennom månedlig driftsrapport og formidling av planer, samt tiltak knyttet til de spesifikke oppdrag som er gitt i dokumentet.

Det kreves systematisk tilnærming og klar ansvarsfordeling i oppfølgingen av Styringskravene. Dette arbeidet er startet, og krever tett samarbeid mellom Senter for virksomhetsstøtte og utvikling, klinikkene og Fagstøtte direktør. Styringsdokumentet understreker viktigheten av at styringskrav og rammer blir gjort kjent for ledere på alle nivå i HNT og at det blir etablert et system for hvordan kravene skal operasjonaliseres.

Konklusjon

Adm. direktør anbefaler

STYRINGSKRAV OG RAMMER 2018

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Styringsmål 2018

Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	Økonomisk bærekraft
• Redusere gjennomsnittlig ventetid sammenlignet med 2017. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 45 dager for psykisk helsevern voksne, under 40 dager for psykisk helsevern barn og unge og under 26 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager i alle helseforetak innen 2021. • Ingen fristbrudd • Median tid til tjenestestart skal reduseres i helseforetaket sammenliknet med 2017 • Helseforetaket skal overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid). Helseforetaket skal overholde minst 95 pst. av avtalene innen 2021 • Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid skal være minst 70 pst. for hver kreftform. Redusere variasjon i måloppnåelse for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå.	• Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Prioritere DPS og BUP • Færre tvangsinnleggelser i psykisk helsevern enn i 2017. • Færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 2017 • Færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling.	• Redusere andel pasientskader med 25 % innen utgangen av 2018 (GTT-undersøkelsene) • Andel sykehusinfeksjoner lavere enn 3,5 pst. • 30 pst. reduksjon i forbruk av bredspektrert antibiotika i sykehusene i 2020 sammenliknet med 2012. • Minst 20 pst. av pasienter med akutt hjerneinfarkt får intravenøs trombolysebehandling. • Minst 50 pst. av pasienter med hjerneinfarkt som får trombolysebehandling, får den innen 40 minutter etter innleggelse. • Ingen korridorpasienter. • Minst 30 % av dialysepasientene får hjemmedialyse. • Flere kliniske behandlingsstudier enn i 2017.	• Drift og investeringer skal samlet ligge innenfor tilgjengelig likviditet • Nivå på årsresultat og investeringer skal over tid styrke foretakets egenkapital, slik at langsiktighet i planlegging og prioritering av investeringer sikres.

Innhold

1.	Overordnede føringer	3
2.	Overordnede mål	4
2.1	Redusere unødig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen.....	4
2.2	Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	5
2.3	Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	7
2.4	Økonomisk bærekraft.....	9
3.	Øvrige styringskrav og rammer	10
3.1	Arbeid med standardisering	10
3.2	Arbeid med gevinstrealisering.....	11
3.3	Helseplattformen	11
3.4	E-helse	12
3.5	Økonomi og logistikkssystem.....	13
3.6	Innkjøp og logistikk.....	13
3.7	Informasjonssikkerhet og personvern.....	14
3.8	Nasjonal samordning – bruk av spesialnumre	15
3.9	Beredskap, sikkerhet og sivil-militært samarbeid	15
3.10	Kostnad per pasient - KPP	15
3.11	Risikostyring.....	16
3.12	Etablering av ny intranettløsning	16
3.13	Etablering av et antikorrupsjonsprogram i Helse Midt-Norge	16
3.15	Deltakelse i nasjonale og regionale utredningsarbeid og prosjekter	16
4.	Aktivitet	16
4.1	Somatisk aktivitet	16
4.2	Psykisk helsevern.....	17
4.3	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	18
5.	Tildeling av midler	19
5.1	Krav til resultat	19
5.2	Fordeling av inntekter 2018	19
5.2.1	Inntektsramme budsjett 2018.....	19
5.2.2	Øremerkede midler.....	21
5.2.3	Elementer i særfinansieringen	21
5.3	Investeringsramme.....	22
5.4	Endringer i driftskreditrammen	23
6.	Oppfølging og rapportering.....	23
Vedlegg 1	Mål og rapportering	25
Vedlegg 2	Utdanning av helsepersonell – dimensjonering	29

1. Overordnede føringer

Gjennom styringskrav og rammer gir Helse Midt-Norge RHF Helse Nord-Trøndelag HF et mest mulig helhetlig og samlet styringsbudskap for 2018. Overordna føringer og styringsbudskap gitt Helse Midt-Norge RHF i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller gjelder også for Helse Nord-Trøndelag HF. Helse Midt-Norge RHF forutsetter at Helse Nord-Trøndelag HF setter seg inn i disse dokumentene og grunnlaget for disse. Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at helseforetakene sikrer at styringskrav og rammer blir gjort kjent for ledere på alle nivå i organisasjonen, og at det er etablert system for hvordan virksomheten skal operasjonalisere kravene.

Helse Midt-Norge RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Helse Nord-Trøndelag HF gir tjenester til befolkningen innenfor sitt ansvarsområde som en del av dette overordnede ansvaret.

Helse Nord-Trøndelag HF skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede mål:

1. Redusere unødig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
4. Økonomisk bærekraft

Helse Nord-Trøndelag HF skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor de rammer og ressurser som blir stilt til rådighet.

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. I møtet med helsetjenesten skal hver enkelt pasient og pårørende behandles med respekt og åpenhet, og gjennom samvalg få delta i beslutninger om egen behandling og hvordan den skal gjennomføres. God kommunikasjon mellom de ansatte og den enkelte pasient og pårørende er en forutsetning for god kvalitet på tjenesten. Pasientene skal oppleve helhetlige og sammenhengende tjenester også mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Det må etableres gode arenaer og systemer for informasjonsutveksling, veiledning og kompetanseoverføring mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, herunder fastlegene. Det skal legges til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, som også innebærer bruk av tolketjenester når det er behov for det. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas.

Omstilling av spesialisthelsetjenester som berører kommunene skal ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Det er en forutsetning at omstillingen gir brukerne et kontinuerlig og like godt eller bedre tjenestetilbud enn før. Det vises til Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). I tråd med Meld. St.

26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet skal helseforetaket bidra til å øke kompetansen i kommunal helse- og omsorgstjeneste.

Det er et mål å øke både antallet offentlig initierte kliniske studier og studier initiert av næringslivet. Det skal legges til rette for økt samarbeid med næringslivet, bl.a. gjennom tilrettelegging av infrastruktur for uttesting av medisinsk-teknisk utstyr og for industrifinansierte kliniske studier. Innovasjonseffekten av anskaffelser i helseforetakene bør økes, eksempelvis innen bygg, medisinsk-teknisk utstyr og IKT.

Følgende nye nasjonale dokumenter skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)
- Sammen redder vi liv – en nasjonal dugnad for å redde liv ved hjertestans og andre akuttmedisinske tilstander. Helsedirektoratet 2017
- Meld. St. 6 (2017-2018) Kvalitet og pasientsikkerhet 2016
- Nasjonal strategi for tilgjengeliggjøring og deling av forskningsdata
- Nasjonal hjernehelsetrategi (2018-2024)
- Nasjonal diabetesplan (2017-2021)
- Revidert Nasjonal traumeplan – traumesystem i Norge

Vedtatte regionale strategier og handlingsplaner skal legges til grunn i utvikling av tjenestetilbudet.

Under hovedmålene 1-4 er det konkretisert kvantifiserbare styringsmål som skal nås i 2018. Helseforetakene skal også gjennomføre punktene under Andre oppgaver 2018 som er konkretisert under hovedmålene 1-4 samt øvrige styringskrav og rammer som gitt i kapittel 5.

Flere av oppdragene som er gitt i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller til Helse Midt-Norge RHF må gjennomføres på regionalt nivå og omtales ikke i dette dokumentet. Det forutsettes likevel at Helse Nord-Trøndelag HF medvirker i oppfølgingen når det er nødvendig. Helse Midt-Norge RHF vil i så fall komme tilbake med nærmere informasjon om medvirkning i det enkelte oppdrag.

2. Overordnede mål

2.1 Redusere unødig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene. Bedre samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester betyr bedre utnyttelse av ledig kapasitet, økt valgfrihet og nye arbeids- og samarbeidsformer. Pasientene skal slippe unødvendig ventetid. Fritt behandlingsvalg og pasient- og brukerrettighetsloven legger til rette for dette. Pasientforløpene skal være gode og effektive. Det er innført 28 pakkeforløp for kreft. Det vil bli innført pakkeforløp for hjerneslag, psykisk helse og rus. Målingen av pakkeforløpene vil starte samtidig med implementeringen, og departementet har varslet at de vil komme tilbake til indikatorene for dette i revidert oppdragsdokument 2018. Kunnskap om variasjon i kapasitetsutnyttelsen skal brukes aktivt som grunnlag for å øke kapasitet og gi mer likeverdig tilgang til helsetjenester.

Mål 2018:

- Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal reduseres sammenlignet med 2017. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 45 dager for psykisk helsevern voksne, under 40 dager for psykisk helsevern barn og unge og under 26 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager i alle helseforetak innen 2021.
- Ingen fristbrudd.
- Median tid til tjenestestart skal reduseres i helseforetaket sammenliknet med 2017¹.
- Helseforetaket skal overholde en større andel av pasientavtalene sammenliknet med 2017 (passert planlagt tid). Helseforetaket skal overholde minst 95 pst. av avtalene innen 2021.
- Andel pakkeforløp gjennomført innenfor standard forløpstid for hver av de 26 kreftformene skal være minst 70 pst. Variasjonen i måloppnåelse for pakkeforløp kreft på helseforetaksnivå skal reduseres.

Andre oppgaver 2018:

- Innen 15. mai 2018 rapportere på oppfølging av tiltak knyttet til samhandling med private avtaleparter, jf. rapport fra juni 2017. Helseforetaket skal sikre at vurderingsenheter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er tilstrekkelig kjent med pasientrettighetene, inkludert retten til fritt behandlingsvalg.
- Sørge for at alle avtalespesialister har inngått samarbeidsavtaler med sykehusene innen utgangen av 2018.
- Følge opp variasjon i liggetid, etterkontroller og rehabilitering for hofteprotese- og hoftebruddspasienter, samt variasjon i utnyttelse av operasjonsstuene, som er avdekket i Riksrevisjonens oppfølgingsundersøkelse av effektivitet i sykehus, Dokument 3:2 (2017–2018).
- De regionale helseforetakene er i samarbeid bedt om å samle og dele erfaringer fra relevante ressurser på tvers av regionene som jobber med forbedring i effektivitet og kapasitetsutnyttelse, med sikte på å identifisere hvilke faktorer som bidrar til vellykket forbedringsarbeid. Som del av dette skal det redegjøres for hvordan styrene i helseforetak gis mulighet til løpende å følge med på relevant styringsinformasjon om effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbedringsarbeid som gjennomføres. Det skal redegjøres for dette til Helse Midt-Norge RHF innen 1. mai 2018.
- For å sikre at pasientbehandling gjennomføres til oppsatt tid og med optimal bruk av ressursene skal bemanning planlegges ut fra klinisk aktivitet.

2.2 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Den nye strategien for psykisk helse "Mestre hele livet" skal ligge til grunn for helseforetakenes innretning av behandlingstilbudet til barn, unge, voksne og eldre. Det skal legges til rette for større grad av tverrfaglig og pasienttilpasset organisering av tilbudene,

¹ Tiden mellom tidspunktet henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten og tjenestestartdato (dato for når prosedyre er utført) for spesifikke sykdomsgrupper. Målet gjelder for sykdomsgrupper der tid til tjenestestart er tilgjengelig som nasjonale tall fra NPR.

basert på hva brukerne etterspør hjelp til og oppdatert fagkunnskap. Tjenestenes responsevne og mobilitet, medansvar for helheten i oppfølging av pasienter, styrket tilgjengelighet døgnet rundt og kortere ventetider er sentrale utviklingsområder. Sivilombudsmannens besøksrapporter og Helsetilsynets rapporter skal inngå i det generelle kunnskapsgrunnlaget for utvikling og forbedring av tjenestene.

Pakkeforløpene for psykisk helse og rus, med start innføring i 2018, forutsettes å være et redskap for mer målrettet ledelse, styring og standardisering av virksomheten. Ledelsen i helseforetakene må ta ansvar for implementeringen og forberede hele organisasjonen. Det er stort behov for å jobbe videre med systematisk endring og styrking av kompetanse og organisering innen psykisk helsevern. Dette for å sikre riktig og mindre bruk av tvang og for å videreutvikle og spre gode metoder for frivillig behandling. Når pasienter har både psykiske lidelser og rusavhengighet, må tjenestene behandle begge tilstander samtidig og i samarbeid med kommunene. Registrering av data til et kvalitetsregister innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling vil være avgjørende for at registeret skal kunne gi viktig kunnskap om kvaliteten.

Mål 2018:

- Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold)².
- Færre tvangsinnleggelser i psykisk helsevern enn i 2017.
- Færre pasienter med tvangsmiddelvedtak i psykisk helsevern (døgnbehandling) enn i 2017.
- Registrere avslutningstype og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Andre oppgaver 2018:

- Tilrettelegge for, standardisere og implementere både de nasjonale og regionale pakkeforløpene for psykisk helse og rus.
- Registrere utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt inngå samarbeidsrutiner med kommunene for å forberede utskrivninger om disse pasientene, jf. innføring av betalingsplikt for kommunene fra 2019.
- Arbeide systematisk for å minske uønsket variasjon. Dette gjelder både rettighetsvurdering, utredning og behandling.
- Videreføre satsing på bedre helsetjenester til barn og unge i barnevernet, herunder bidra til å utvikle modeller for utredning av barn i barnevernet og utvide det ambulante arbeidet inn mot barnevernet. Helseforetaket skal bidra til at disse helsetilbudene videreutvikles slik at også samiske barns språklige og kulturelle bakgrunn er ivarettatt.

² Årsverk er tatt ut som måleparameter. Årsverkstall fra SSB gir ikke en fullstendig oversikt over årsverk etter sektor på grunn av reglene for innrapportering av fellespersonell.

- Iverksette tiltak for å øke tilgjengeligheten til psykisk helsevern for innsatte i fengsler, herunder språklige og kulturelt tilrettelagte tilbud for samiske innsatte.

2.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Helsetjenesten skal videreutvikles slik at pasienter og brukere i større grad får og opplever å få trygg og god helsehjelp. Helse, miljø og sikkerhet (HMS) er en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Gode pasientforløp skal utvikles i samarbeid med kommuner, med spesiell oppmerksomhet på pasienter med kols, og pasienter som trenger rehabilitering og habilitering. Kvalitetsmålinger, pasientsikkerhetsmålinger, forskningsbasert kunnskap og pasienterfaringer må brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid. Ineffektive metoder utfases. En egen undersøkelseskommisjon for alvorlige hendelser i helsetjenesten vil bli etablert i 2018. Det er et mål å redusere uberettiget variasjon i tjenestetilbudet der dette er dokumentert for eksempel gjennom helseatlas og utredning fra SKDE fra november 2016: indikatorer for måling av uberettiget variasjon.

Bemanning, utdanning, kompetanseutvikling, forskning, innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling.

Mål 2018:

- Andel pasientskader basert på de årlige GTT-undersøkelsene er redusert med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra undersøkelsen for 2012.
- Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 3,5 pst.
- 30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner).
- Minst 20 pst. av pasienter med akutt hjerneinfarkt får intravenøs trombolysbehandling.
- Minst 50 pst. av pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysbehandlet, får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.
- Ingen korridorpasienter.
- Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 pst.
- Antall kliniske behandlingsstudier er økt sammenliknet med 2017.

Andre oppgaver 2018:

- Videreutvikle HMS-arbeidet som en integrert del av kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet.
- Implementere pakkeforløpene for hjerneslag.
- Utvikle rutiner for god overføring fra barne- til voksenorientert helsetjeneste ut fra best tilgjengelig kunnskap. Rutinene skal omfatte overføring internt i sykehuset og mellom sykehuset og primærhelsetjenesten. Rutinene utarbeides i samarbeid med ungdomsrådet i helseforetakene.
- Helseforetaket skal tilpasse seg til de føringene som er lagt for omlegging av raskere tilbake ordningen. Dette omfatter bl.a. at alle henvisninger skal rettighetsvurderes,

og at behandling av sykdom kan foregå samtidig med arbeidsrettede tiltak. Det vises til eget brev med nærmere detaljer om endringene.

- Redusere uønsket variasjon i tilbudet til pasienter med kols, jf. SKDEs helseatlas.
- Styrke arbeidet med tidlig diagnostisering og oppfølging/veiledning av autismspekterforstyrrelser (ASF), samt stimulere til forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetak/sykehus, kommuner og andre samarbeidspartnere.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal i samarbeid med Helse Møre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital HF og i dialog med relevante fagmiljø i de andre helseregioner etablere et system for spesialisert traumerehabilitering i Midt-Norge, slik som beskrevet i revidert nasjonal traumeplan.
- Styrke innsatsen i pasientsikkerhetsprogrammet og sikre at tiltakspakkene fra pasientsikkerhetsprogrammet, inkludert kartlegging av pasientskader og pasientsikkerhetskultur videreføres etter 2018.
- Bidra med fagpersonell og personell med tilstrekkelig revisjonskompetanse til å gjennomføre kliniske fagrevisjoner.
- Sørge for å registrere i pasientadministrative systemer at pasienter har vært vurdert og eventuelt fått tildelt kontaktlege, når dette er lagt til rette for i PAS.
- Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF skal i løpet av 2018 etablere en felles klinikk for bildediagnostikk med én klinikkssjef som rapporterer til direktørene i begge helseforetakene. Formålet med denne organiseringen er å legge til rette for å utnytte de samlede ressursene i begge foretakene bedre, blant annet gjennom vakt samarbeid innen radiologi.

Utdanning;

- Utarbeide planer for iverksetting av del 2 og 3 i ny ordning for legers spesialistutdanning med sikte på å ferdigstille arbeidet før spesialistforskriften trer i kraft for LIS del 2 og 3 i mars 2019.
- I samarbeid med de andre helseforetakene og det regionale utdanningssenteret (RegUt) bistå i regional koordinering og samordning for å legge til rette for helhetlige utdanningsløp for LIS 2 og 3.
- I samarbeid med RegUt og de andre helseforetakene kartlegge behovet for ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin, og utarbeide planer og læringsaktiviteter for innfasing av spesialiteten.
- I samarbeid med RegUt påse at alle veiledere i LIS-utdanningen får kompetanse i veiledning av LIS-leger.
- Påbegynne arbeidet for å sikre gode overgangsordninger for LIS i gammel ordning.

Ledelse

- Ta i bruk Helse Midt-Norges nye veileder for mottak og opplæring av nye ledere og som en del av dette utvikle mentor- og veiledningsgruppekonsepter.

Bemanning og kompetanse

Helse Midt-Norge RHF viser til tidligere stilte krav om å etablere en heltidskultur i helseforetakene og redusere bruken av deltid. Dette er av stor betydning for å bedre pasientsikkerheten og kvaliteten i behandlingen for pasientene. Dette området vil bli fulgt opp videre med rapportering. De regionale helseforetakene og helseforetakene lokalt må

ha god dialog og godt samspill med utdanningssektoren for å sikre at utdanningene har kapasitet, kvalitet og innhold som er tilpasset tjenestens og befolkningens behov.

Helseforetaket bes:

- Bidra til å utarbeide felles strategier for å rekruttere, beholde og utvikle kompetanse hos medarbeidere i foretaksgruppa. Dette betyr blant annet;
 - definere tydelige roller, ansvar og prosesser for strategisk kompetanse og bemanningsplanlegging
 - ta i bruk Helse Midt-Norges nye rekrutteringsprosess
 - lage individuelle utviklingsplaner basert på gjennomførte medarbeidersamtaler der prosessen skal dokumenteres i Kompetanseportalen
- Øke antall læreplasser innen helsefagarbeiderfaget.
- I samarbeid med Helse Midt-Norge RHF og de regionale utdanningsinstitusjonene delta i regionalt arbeid for å få utdanningene bedre i samsvar med tjenestenes behov, samt bidra til å understøtte det nasjonale arbeidet med nye felles nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfaglige utdanninger (det nasjonale «Rethos»-prosjektet).
- Følge opp hovedfunnene og anbefalingene i Riksrevisjonens undersøkelse om bierverv.
- Legge til rette for at eksisterende tilbud om kompetanseheving i samisk språk og kultur gjøres kjent nasjonalt slik at helsepersonell i hele landet har mulighet til å søke om deltakelse. Helseforetaket skal videre legge til rette for at ansatte kan få kompetanseheving i samisk språk når helseforetaket har behov for slik kunnskap.

Arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur

- Gjennomføre den felles kartleggingen av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur (ForBedring) i 2018. Det skal gjennomføres forbedringstiltak på identifiserte forbedringsområder når undersøkelsen er gjennomført. Videre skal resultater på nasjonale indikatorer for pasientsikkerhetskultur rapporteres til Helsedirektoratet.

Vaksinasjon av helsepersonell

- Legge til rette for at alt personell hvert år får tilbud om vaksiner mot meslinger og sesonginfluensavaksine slik at WHO og EU sin målsetning om 75 pst. vaksinasjonsdekning for helsepersonell kan nås.

Forskning og innovasjon

- Registrere sine pågående innovasjonsprosjekter i system for innovasjonsaktivitet (Induct).

2.4 Økonomisk bærekraft

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Økonomisk bærekraft er nødvendig for å sikre en stabil og forutsigbar drift, utvikle pasientbehandlingen og sørge for handlingsrom til nye investeringer. For å lykkes i Helse Midt-Norges ambisjon med å skape en fremragende helsetjeneste må foretaksgruppa vise tilstrekkelig kraft til omstilling og

fornyelse. Innføring av Helseplattformen vil forsterke dette. Det er derfor nødvendig at helseforetakene legger til rette for økt omstilling innenfor egen budsjetttramme.

Helse Nord-Trøndelag HF må effektivisere og ha fokus på kontinuerlig forbedring for å bygge en fremtidsrettet og sikker helsetjeneste av god kvalitet for befolkningen i Midt-Norge. God økonomistyring og økonomioppfølging vil være en forutsetning for å nå fastsatte mål, og må fortsatt være en prioritert oppgave.

Mål 2018:

- Drift og investeringer skal samlet ligge innenfor tilgjengelig likviditet.
- Nivå på årsresultat og investeringer skal over tid styrke foretakets egenkapital, slik at langsiktighet i planlegging og prioritering av investeringer sikres.
- Sette av egne ressurser fom 2019 for å understøtte nødvendige omstillinger.

3. Øvrige styringskrav og rammer

Å skape pasientens helsetjeneste betyr at helsetjenesten må tenke, handle og organiseres annerledes. Strategi 2030 viser at slik helsetjenesten organiseres og drives i dag, ikke er bærekraftig i årene framover. Helseforetakene viser til at de allerede i dag er i en krevende driftssituasjon. Dette utfordringsbildet er snarere blitt forsterket, og krever økt evne til omstilling og forbedring for å lykkes med å skape pasientenes helsetjeneste. Helseforetakenes utviklingsplaner skal peke på ønsket utviklingsretning og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte utfordringene i fremtiden.

Innføring av Helseplattformen vil blant annet kreve standardisering av kliniske prosedyrer og omlegging av en rekke arbeidsprosesser for å sette organisasjonen i stand til å dra nytte av den nye teknologien – nettopp for å kunne bidra til å skape pasientenes helsetjeneste. Mange av styringskravene og rammene som gis i dette kapitlet er nødvendige for å gi kraft til arbeidet med å nå målbildet i Strategi 2030.

3.1 Arbeid med standardisering

Målet med standardiseringsarbeidet er å sikre likeverdige helsetjenester for innbyggerne og sømløse behandlingsforløp for pasienten. For å sikre samhandling og effektiv informasjonsutveksling mellom systemer og nivåer, er det nødvendig å bli enig om felles standarder og prosedyrer. Dette vil bidra til å redusere uønsket variasjon i pasientbehandlingen, bedre pasientsikkerhet, økt kvalitet og mer effektiv bruk av fellesskapets midler.

Som følge av Helseplattformen, fokus på pasientforløp og den teknologiske utviklingen vil standardiseringsarbeidet i 2018 konsentreres i forhold til dette. Det forventes at eksisterende kapasitet som benyttes til standardisering, pasientforløpsarbeid og kvalitetsforbedringsarbeid skal dekke behovet knyttet til forløps- og standardiseringsarbeid. Regionalt Senter for Helsetjenesteutvikling (RSHU) ved St. Olavs Hospital HF skal styrkes med kompetanse og kapasitet for å bistå i dette arbeidet. Regionalt Senter for Helsetjenesteutvikling sin rolle i standardiseringsarbeidet vil klargjøres nærmere i dialog med Helse Midt-Norge RHF og de øvrige helseforetak.

Helseforetaket bes:

- Bidra i arbeidet med videreutvikling av helhetlig pasientforløp slik at disse blir mer standardisert både innad i foretaksgruppen og i samhandlingen med kommunen. Dette innebærer også deltagelse i regional styring og forvaltning av klinisk standardisering. RSHU får ansvar for å utvikle felles regional metode for klinisk standardisering (pasientforløp) som skal følges av alle i det kliniske arbeidet.
- Bidra til at det skapes en kultur for å fjerne uønsket variasjon og fremme standardisering.
- Gjennom prosjektene Lab, K2 og Helseplattformen bidra til standardisering av data og informasjon på en slik måte at disse blir strukturert, standardisert og bidrar til bedre virksomhetsstyring og beslutningsstøtte.
- Bidra til samordning og standardisering av medisinsk utstyr og medisinsk teknisk utstyr (MTU). Det skal i samarbeid med Sykehusinnkjøp HF utarbeides en langsiktig plan for samordning og standardisering slik at regionen får en mer strategisk tilnærming til området. Ved inngåelse av nye avtaler, også lokale, skal regional standardisering og standarder legges til grunn og gjøres i samarbeid med Sykehusinnkjøp HF. Helseplattformen skal utarbeide standarder for oppkobling av MTU.

3.2 Arbeid med gevinstrealisering

Helseforetakene skal delta i arbeidet med å utarbeide og følge opp gevinstrealisering som følger av de regionale investeringsprosjektene. Innholdet i denne gevinstrealiseringen har også nær tilknytning til det regionale standardiseringsarbeidet som er etablert. Regional gevinstrealiseringsmetodikk skal følges.

Utarbeidelse av gevinstrealiseringsplaner skal gjøres av de enkelte prosjekter med sterk involvering av linjeorganisasjonene. Linjeorganisasjonene vil være ansvarlige for operasjonalisering og gjennomføring av gevinstuttakene. Foretakene må derfor være forberedt på å etablere egen kapasitet, med kompetanse og ressurser, som bør knyttes tett opp til det pågående kontinuerlige forbedrings- og standardiseringsarbeidet.

Det skal rapporteres på gevinstrealisering i minst ett år etter at regionale investeringsprosjekt er overlevert til driftsorganisasjonen. For enkelte prosjekt, slik som Helseplattformen, kan det avtales en lengre periode med gevinstuttak etter at prosjektene er overlevert.

Det skal utarbeides en strategi for gevinstrealisering for Helseplattformen med tilhørende tiltaksplan innen 01.10.2018. Helseforetakene skal delta i dette arbeidet. Strategien med tilhørende tiltaksplan skal forankres og anerkjennes på alle nivå i foretaket.

3.3 Helseplattformen

Helseplattformen er en sentral forutsetning for å realisere målbildet i Strategi 2030.

I tråd med fremdrifts- og ressursplanen for Helseplattformen skal Helseforetakene bidra til etablering og bemanning av det sentrale innføringsprosjektet og de lokale innføringsprosjektene. Innføringsprosjektene vil ha nær tilknytning til det regionale standardiseringsarbeidet som er etablert, og dette må tas hensyn til når innføringsprosjektene utformes. Helseforetakene og HEMIT må videre sikre at personell, som i dag brukes til forvaltning og drift av eksisterende løsninger, bidrar i dette arbeidet. Gjennomføring av Helseplattformen forutsetter stans i utvikling i eksisterende løsninger som skal erstattes av Helseplattformen. Unntak fra dette er endringer knyttet til myndighetskrav og pasientsikkerhet. Frigjorte ressurser «omstilles» til å forberede innføring.

I tråd med planen for Helseplattformen må helseforetakene sikre at relevant klinisk og administrativ kompetanse blir frigjort til deltakelse i de aktiviteter som gjennomføres i anskaffelsesprosjektet i 2018 før endelig valg av løsning. De etablerte retningslinjene for frikjøp av ressurser følges for personell som bidrar i Helseplattformens organisasjon.

Planer for anskaffelser av medisinsk teknisk utstyr, velferdsteknologisk utstyr, annen mobil behandlingsteknologi og eventuelt annet relevant teknisk utstyr skal samordnes med de tekniske krav og forberedelser som skjer i Helseplattformen.

Helseplattformen innebærer en felles løsning med kommuner og fastleger, noe som betyr et enda tettere samarbeid med disse. Helseforetakene må sørge for at realisering av Helseplattformen bringes inn som tema i etablerte møte- og beslutningsfora mellom foretaket og kommunene.

3.4 E-helse

Gode IKT-løsninger er en forutsetning for å oppnå helhetlige pasientforløp og ambisjonene om pasientens helsetjeneste. Helseforetakene må i større grad utnytte mulighetene for digital dialog mellom innbygger og spesialisthelsetjenesten via helsenorge.no. Det er fortsatt behov for prioritert innsats for å ta i bruk etablerte løsninger for elektronisk samhandling. Innovasjonsprosjekter som krever IKT må sees i sammenheng med øvrig e-Helse-portefølje.

Helseforetaket bes:

- Kontinuerlig arbeide for bedre bruk av teknologi og økt digitalisering, basert på eksisterende løsninger.
- Ta i bruk nye nasjonale tjenester knyttet til e-helse i samarbeid med Hemit.
- Bidra til at nødvendige standarder og krav til elektronisk samhandling blir ivaretatt, inkludert tjenestebasert adressering.
- Avvikle papirforsendelser med samarbeidspartnere og pasienter der elektronisk kommunikasjon er mulig.
- Ved nye apper og andre skybaserte tjenester som ønskes tatt i bruk skal dette avklares med Hemit i tråd med Helse Midt-Norge sin leverandørstrategi. Hemit skal påse at slike løsninger er koordinert med Helseplattformen.
- Innovasjonsprosjekter som krever utvikling av IKT skal involvere Hemit.

3.5 Økonomi og logistikksystem

I 2018 vil arbeidet med trinnvis innføring av innkjøps- og lagerstyring på aktuelle avdelingslager i Helse Møre og Romsdal HF og St. Olavs hospital HF, samt for tjenester/helsetjenester i foretaksgruppen, sluttføres. Samtidig vil det pågå prosjekt for å ta i bruk ny løsning også for de gjenstående forsyningskjedene. I 2018 vil det i første rekke være fokus på forsyningskjeden legemidler.

Foretaksgruppen skal i 2018 ha en tett oppfølging av realiseringen av de planlagte gevinstene og foretakene skal løpende rapportere på gevinstoppnåelsen.

Helseforetaket bes:

- Sørge for løpende oppfølging av plan for gevinstrealisering og sørge for rapportering av gevinstrealiseringen.
- I samarbeid med øvrige foretak og Driftssenteret LØ (DSLØ) fullføre innføring av innkjøps- og lagerstyring i alle aktuelle avdelinger.
- Bidra i styring, forbedring og utvikling av løsningen gjennom deltagelse i regionale forvaltningsforum for logistikk- og økonomiløsning.
- Bidra til realisering av målbildet for Helse Midt-Norges logistikk- og økonomiløsning.
- Bidra til gjennomføring av de planene som ligger i prosjekt K2 – videre med SAP.

3.6 Innkjøp og logistikk

For å sikre at forsyningen av varer og tjenester til virksomheten skjer med god kvalitet og mest mulig kostnadseffektivt, må helseforetakene og Helse Midt-Norge RHF fortsette forbedringsarbeidet innenfor innkjøp og logistikk.

Innkjøp

Sykehusinnkjøp HF vil i 2018 være i en omstillings- og utviklingsfase. For at Sykehusinnkjøp HF skal kunne bidra til å realisere de gevinster som lå til grunn for etableringen av det felleseide selskapet, vil det være nødvendig med et godt samarbeid mellom Sykehusinnkjøp, helseforetakene og Helse Midt-Norge RHF.

Helseforetaket bes:

- Delta i Strategisk innkjøpsforum for å sørge for regionale prioriteringer av anskaffelsesplan og kontinuerlig forbedring av prosesser og grensesnitt mot Sykehusinnkjøp HF, Driftssenteret LØ og Helse Midt-Norge RHF.
- Bidra med nødvendige fagressurser inn i innkjøpsprosessen.
- Sørge for gode rutiner og tilstrekkelig kapasitet for avtaleimplementering i eget foretak.
- Samarbeide med øvrige helseforetak om standardisering, forbedring og erfaringsutveksling for å forbedre rutinene for avtaleimplementering.
- Sørge for velfungerende prosedyrer for beslutning og dokumentasjon av avvik fra bruk av inngåtte avtaler, inklusive håndtering av parallelle rammeavtaler.
- Ved tildeling av lokale oppdrag og i oppfølging av lokalt inngåtte kontrakter, sikre at helseforetakets leverandører følger lover og regler. Helseforetaket skal i årlig melding

redegjøre for resultater fra oppfølging av lokalt inngåtte kontrakter og hvordan virksomhetens lokale anskaffelser er innrettet for å gjennomføre dette hensynet.

Logistikk

Foretaksgruppen ble i 2017 enige om å styrke arbeidet innenfor strategisk logistikk og tydeliggjøre dette ansvaret i Helse Midt-Norge RHF og i foretakene. Arbeidet skal koordineres regionalt gjennom et nyetablert Nettverk for strategisk logistikk. Det haster å få avklart framtidig forsyningsstruktur for hele Helse Midt-Norge og vurderingene av dette vil kreve betydelig innsats fra alle foretak i det kommende året.

Helseforetaket bes:

- Sørge for tilstrekkelig kapasitet til arbeidet med strategisk logistikk i foretakene.
- Delta i Nettverk for strategisk logistikk og bidra i utarbeidelse av handlingsplan for området.
- Delta i vurdering av framtidig forsyningsstruktur for forbruksvarer i Helse Midt-Norge, samt sørge for gjennomføring av tiltak for å oppnå den forsyningsstrukturen som blir besluttet.

3.7 Informasjonssikkerhet og personvern

Informasjonssikkerhet og personvern skal være en integrert del av helseforetakets virksomhet. Helseforetaket skal i samarbeid med Hemit følge opp anbefalinger fra Direktoratet for e-helse i rapporten «*Informasjonssikkerhet ved bruk av private leverandører i helse- og omsorgsektoren.*»

Helseforetaket har ansvar for å etterleve kravene som stilles i ny personvernforordning (GDPR) som trer i kraft fra 25. mai 2018. Det er igangsatt et regionalt prosjekt som skal understøtte dette arbeidet. Helseforetaket skal samarbeide tett med det regionale GDPR-prosjektet.

Helseforetaket bes:

- Etterleve kravene som stilles i ny personvernforordning (GDPR) som trer i kraft fra 25. mai 2018.
- Sørge for god og reell ledelsesforankring og styring av informasjonssikkerhet.
- Sørge for at det blir gjort helhetlige risikovurderinger for alle IKT-tjenester, slik at den totale risikoen kommer frem og fungerer som et godt beslutningsunderlag for ledelsen.
- Sikre at foretaket har tilstrekkelig kompetanse, kapasitet og struktur for å ivareta sitt ansvar for informasjonssikkerhet og personvern.
- Innen 15. juni 2018 ha oversikt over hvem som har gjennomført pålagt kurs i informasjonssikkerhet.
- Videreutvikle sitt eget styringssystem for informasjonssikkerhet basert på Norm for informasjonssikkerhet, anerkjente standarder (ISO 27001 eller tilsvarende) og regionalt rammeverk for informasjonssikkerhet.

Hemit er gitt oppdraget med å videreutvikle og forvalte et regionalt rammeverk for informasjonssikkerhet for Helse Midt-Norge. Herunder inngår å gjøre regional policy, plan og

risikostyringsmetodikk for informasjonssikkerhet til et effektivt verktøy i styring av informasjonssikkerhetsarbeidet i Helse Midt-Norge. Helseforetaket skal bidra i dette arbeidet.

3.8 Nasjonal samordning – bruk av spesialnumre

Flere helseforetak benytter i dag spesialnummer av hensyn til enkel kommunikasjon for publikum. Denne praksisen må gjennomgå med sikte på å utfase løsninger som er kostbare for våre innbyggere og brukere av spesialisthelsetjenesten.

Helseforetaket bes:

- foreta en gjennomgang av egen bruk av spesialnumre med sikte på å avvikle kostbare spesialnumre

3.9 Beredskap, sikkerhet og sivil-militært samarbeid

Helseforetaket bes:

- Gjennomføre nødvendige oppdateringer i egne beredskapsplaner og rutiner i tråd med revidert Nasjonal helseberedskapsplan, revidert Regional helseberedskapsplan og innføring av Helse-SBS når disse trer i kraft.
- Gjennomføre tiltak for å sikre oversikt over kapasiteter, kategorier og antall av kritisk helsepersonell i en krisesituasjon. Oversikten må gis i et format som gjør aggregering på regionalt nivå mulig.
- Vurdere behov for nye tiltak for å sikre tilgang på kritisk infrastruktur for å kunne møte langvarig bortfall av kritisk infrastruktur som strøm, vann, IKT og legemidler.
- Gjennomføre tiltak som gjør at helseforetaket er klar for å implementere ny sikkerhetslov når den trer i kraft.
- I samarbeid med Sykehusapotekene i Midt-Norge HF vurdere behov for nye tiltak for å sikre tilgang på kritiske leveranser av legemidler ved langvarig svikt i leveranser.

3.10 Kostnad per pasient - KPP

I oppdragsdokument 2017 – tilleggskdokument etter Stortingets behandling av Prop. 129 S (2016–2017) ble de regionale helseforetakene bedt om å redegjøre for status for bruk av kostnad per pasient (KPP) i lokalt forbedrings- og planarbeid i helseforetakene. Redegjørelsene til departementet av november 2017 viser at det er variasjon mellom helseforetakene i hvilken grad KPP er forankret og tatt i bruk i lokalt forbedrings- og planarbeid.

Helseforetaket bes:

- Legge fram en framdriftsplan for Helse Midt-Norge RHF for hvordan KPP skal brukes for å understøtte forbedrings- og planarbeid i hvert enkelt helseforetak. Framdriftsplanen skal ha et tidsperspektiv fram til og med 2021 og legges fram for HMN RHF innen 15. oktober 2018. Det forutsettes at de helseforetakene samordner sine framdriftsplaner.
- Tilrettelegge og implementere KPP-modeller for den polikliniske aktiviteten innenfor psykisk helsevern og TSB med sikte på rapportering av slike data fra 2019.

3.11 Risikostyring

Det vises til tidligere stilte krav om risikostyring og årlig helhetlig gjennomgang av kvaliteten i virksomheten. I 2016 ble det vedtatt et overordnet rammeverk for risikostyring i foretaksgruppa. Risikostyring skal implementeres gradvis som en integrert del av virksomhetsstyringen.

Helseforetaket bes:

- Identifisere alle risikoområder for å nå Styringsmål 2018 i «plakaten», og sørge for at det er satt i verk tiltak i tilstrekkelig omfang, med god kvalitet og med tydelig ansvarlig leder på riktig nivå.
- Identifisere helseforetakets topp ti risikoer og utarbeide tiltaksplaner for de områder som er forbundet med uakseptable risiko.
- Gjennomføre risikovurdering av tilberedning av legemidler i sykehusene.

3.12 Etablering av ny intranettløsning

Helse Nord-Trøndelag HF skal starte egen forberedelse til etablering av ny intranett-løsning i foretaksgruppen og bidra med ressurser inn i det felles regionale prosjektet for løsningen.

3.13 Etablering av et antikorrupsjonsprogram i Helse Midt-Norge

Det skal i løpet av 2018 etableres et antikorrupsjonsprogram i Helse Midt-Norge, jf. styresak 12/18 *Etablering av program for antikorrupsjon i Helse Midt-Norge*.

Helseforetaket skal:

- bidra i utarbeidelsen av et antikorrupsjonsprogram

3.15 Deltakelse i nasjonale og regionale utredningsarbeid og prosjekter

Helseforetaket bes:

- delta med personell i arbeidet med nasjonale og regionale grupper, utredninger og prosjekter. Helse Midt-Norge RHF har et ansvar for at deltakelse og avgivelse av ressurser i slike tilfeller blir fordelt på de ulike helseforetak ut fra størrelse og faglig kompetanse. Kostnadene dekkes av eget helseforetak. Frikjøp skjer iht. regional policy.

4. Aktivitet

4.1 Somatisk aktivitet

Ressursrammene som samlet blir stilt til rådighet i dette dokumentet legger til rette for den aktivitet i pasientbehandling ved Helse Nord-Trøndelag HF som er forventet, jf. tabell 4.1

Aktiviteten ved Helse Nord-Trøndelag HF består av tjenester til Helse Midt-Norges befolkning, samt tjenester til pasienter bosatt i de andre helseregionene. I 2018 skal denne aktiviteten til sammen utgjøre totalt 33 407 DRG-poeng (diagnoserelaterte grupper). Av dette utgjør behandling av pasienter fra andre regioner 850 DRG-poeng.

I tillegg vil befolkningen i Helse Midt-Norge delvis få dekket sine tjenester ved helseforetak i andre RHF. Samlet sørge for aktivitet knyttet til befolkningen i de tre helseforetakene som er finansiert gjennom basisramme med tilhørende inntekter fra innsatsstyrt finansiering (ISF) utgjør 34 243 DRG-poeng i 2018.

Tabell 4.1: Bestilling «sørge for» aktivitet 2018

	HMN RHF inkl. private	Helse Møre og Romsdal HF	St. Olavs Hospital HF	Helse Nord- Trøndelag HF	Totalt
Møre og Romsdal HF-område	1 954	67 320	13 545	27	82 846
St. Olavs Hospitals HF-område	3 320	178	85 920	316	89 734
Nord-Trøndelag HF-område	1 122	39	10 663	32 214	44 037
Sum DRG-poeng for pasienter bosatt i HMN, behandlet i egne HF og private	6 395	67 537	110 128	32 557	216 617
Pasienter fra HMN behandlet ved HF i andre regioner		3 431	3 684	1 686	8 801
Bestilling sørge for aktivitet 2018	6 395	70 968	113 812	34 243	225 418

4.2 Psykisk helsevern

Aktivitetsforventningen for psykisk helsevern i 2018 er utformet på bakgrunn av den foreslåtte inntektsfordelingen til helseforetakene. For poliklinisk aktivitet er det i tillegg en særskilt aktivitetsbasert finansiering på nasjonal basis, basert på DRG-poeng (diagnoserelaterte grupper). Polikliniske refusjoner og basistilskudd må følgelig sees i sammenheng, når aktivitetsforventing for psykisk helsevern skal spesifiseres.

Den aktivitetsbaserte finansieringen av poliklinikk basert på DRG-poeng, ble innført 1. januar 2017. Under arbeidet med aktivitetsforventningen var det fortsatt noe usikkerhet knyttet til aktivitetsgrunnlaget målt som DRG-poeng. Som aktivitetsmål, er derfor antall refusjonsberettigede konsultasjoner på samme måte som i styringsdokumentene for 2017 lagt til grunn her. Samtidig forventes det at DRG-poeng registrert i 2017 og 2018 vil kunne legges til grunn for oppfølging av aktiviteten i 2018.

Aktivitetsforventningene er videre utformet med basis i signalene i statsbudsjettet for 2018. Styringen av spesialisthelsetjenesten skal legge vekt på den gylne regel, som går ut på at det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og TSB enn for somatikken målt på helseregionnivå. Innenfor psykisk helsevern skal BUP (barne- og ungdomspsykiatri) og DPS (distriktpsikiatrisk senter) prioriteres.

Tabell 4.2 Refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner i PH-voksne. Prognose for 2017 og forventet aktivitet i 2018.

	Prognose 2017	Forventning 2018	Vekst
St. Olavs Hospital HF	146 529	150 192	2,5 %
Helse Møre og Romsdal HF	79 832	81 827	2,5 %
Helse Nord-Trøndelag HF	50 149	51 403	2,5 %
Sum Helse Midt-Norge	276 510	283 423	2,5 %

Tabell 4.3 Refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner i PH-barn og unge. Prognose for 2017 og forventet aktivitet i 2018.

	Prognose 2017	Forventning 2018	Vekst
St. Olavs Hospital HF	53 507	54 845	2,5 %
Helse Møre og Romsdal HF	46 061	47 213	2,5 %
Helse Nord-Trøndelag HF	22 155	22 709	2,5 %
Sum Helse Midt-Norge	121 724	124 767	2,5 %

4.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Aktivitetsforventningen for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er utformet på bakgrunn av den foreslåtte inntektsfordelingen til helseforetakene, og opptrappingen i samlet ramme for TSB. Også for poliklinisk aktivitet innenfor TSB er det en særskilt aktivitetsbasert finansiering på nasjonal basis, basert på DRG-er og kostnadsvekter. Polikliniske refusjoner og tilskudd må følgelig sees i sammenheng, når aktivitetsforventing for TSB skal spesifiseres.

Innsatsstyrt finansiering (ISF) for poliklinikk TSB ble innført fra 2017. Se omtale i delkapitlet over om psykisk helsevern. Det legges opp til en samlet økning i aktivitet på 5 pst.

Kjøp av konsultasjoner fra private økes i utgangspunktet marginalt fra 2017 til 2018. Tall for utført aktivitet viser imidlertid at det er utført i overkant av 1000 færre konsultasjoner enn forventet hos Helse Midt-Norges private avtalepartnere i 2017. Dette medfører en relativt høy realvekst i antall konsultasjoner når kjøp i 2018 måles mot faktisk utført aktivitet hos private avtalepartnere i 2017.

Etter en samlet vurdering setter Helse Midt-Norge RHF en aktivitetsforventning til helseforetakene lik 2,5 prosent økning i antall konsultasjoner fra 2017 til 2018. Oppfølging av aktivitetsforventningen kan i 2018 bli gjennomført ved at DRG-poeng registrert i 2017 og 2018 legges til grunn.

Tabell 4.4 Refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner i TSB. Prognose for 2017 og forventet aktivitet i 2018.

	Prognose 2017	Forventning 2018	Vekst
St. Olavs Hospital HF	14 159	14 513	2,5 %
Helse Møre og Romsdal HF	10 500	10 763	2,5 %
Helse Nord-Trøndelag HF	6 594	6 759	2,5 %
Private avtaler HMN	7 889	9 050	14,7 %
Sum Helse Midt-Norge	39 142	41 084	5,0 %

5. Tildeling av midler

5.1 Krav til resultat

Det er fortsatt behov for omstilling og tiltak for å frigjøre midler fra drift til investering. Helseforetaket må ha fokus på styring av egen likviditet samt holde seg innenfor likviditetsrammen og samtidig sørge for at de har nødvendig buffer til å ta svingninger gjennom året

Det forutsettes at helseforetakene planlegger med et nivå på effektivisering som genererer tilstrekkelig likviditet til å gjennomføre regionale og lokale investeringer.

Helseforetakets resultat for 2018 må sikre økonomisk handlingsrom til planlagte investeringer og drift samt tilstrekkelig likviditet til å håndtere svingninger gjennom året. Det vises til vedtak i sak 08/18 *Resultat og investeringsbudsjett 2018* for budsjettert resultat for det enkelte helseforetak.

5.2 Fordeling av inntekter 2018

Tildelingen som er angitt nedenfor gir rammer for den virksomheten foretaket skal gjennomføre i 2018. Det forutsettes at beløpet skal ta høyde for samlet lønns- og prisvekst i 2018.

5.2.1 Inntektsramme budsjett 2018

Tabell 5.1 Inntektsramme budsjett 2018 – Helse Nord-Trøndelag HF

Fordeling 2018 (1 000 kr)	Kap/ post	HNT
Basisramme, somatikk, PH og TSB	732.74	1 751 900
Basisramme særfinansiering	732.74	294 218
Sum basisramme	732.74	2 046 118
Kvalitetsbasert finansiering (KBF)	732.71	14 679
Sum basisramme og KBF		2 060 797
Poliklinikk HF	732.76	90 031
ISF-inntekt - aktivitetsforventning	732.77	780 965
Sum aktivitetsbasert inntekt		870 997
Sum basisramme, KBF og aktivitetsbasert inntekt		2 931 794
Øremerkde midler		10 293
Sum bevilgning, jfr Prop 1 S.		2 942 087

Basisramme somatikk, psykisk helsevern (PH) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Basisrammen til somatikk, psykisk helsevern (PH) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er fordelt i henhold til Helse Midt-Norge sin inntektsmodell, «Magnussenmodellen». En andel av basisrammen holdes tilbake for elementer som er særskilt finansiert, omtalt i kapittel 5.2.3 under.

I 2018 får helseforetakene utvidet finansieringsansvar for legemidler som faller inn under H-resept ordningen. For Helse Midt-Norge representerer dette en samlet overføring fra «Folketrygden» på 90 mill. kroner i 2018. Beløpet overføres det første året i sin helhet til basisrammen. Det er altså ikke knyttet aktivitetsbaserte inntekter (ISF) til disse legemidlene i 2018. I 2019 vil det bli etablert en løsning for ISF-refusjon for forskrivning av disse medikamentene, og ISF-andelen vil bli overført fra basisrammen til ISF.

Nukleærmedisin

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

St. Olavs Hospital HF vil ha det medisinske ansvaret for nukleærmedisin ved sykehusene i Ålesund og Levanger, ved siden av eget sykehus. St. Olavs Hospital HF fakturerer faktiske utgifter basert på fordelingsnøkkel til hver av de 2 andre helseforetakene. St. Olavs Hospital

Helseforetaket fakturerer halvårlig pr 30.06.18 og 31.12.18. Helse Møre og Romsdal HF har fratrekk grunnet egen legedekning.

Tabell 5.2 - Fordelingsnøkkel til kostnadsfordeling for 2018 (oppdatert indeks og prisjustert med 2,7 pst)

	Behovs- indeks somatikk	2 ass.leger	3. overleger	Ind. Kostn	Totalt pr HF	Fratrekk pga egen legedekning
Helse Møre og Romsdal HF	37,32 %	685	1 400	313	1 147	1 251
St. Olavs Hospital HF	42,13 %	773	1 581	353	2 707	
Helse Nord-Trøndelag HF	20,55 %	377	771	172	1 320	
Sum kostnad	100,00 %	1 835	3 752	838	5 174	

Omlegging av takster innen laboratorietjenester

I forbindelse omlegging av takster for poliklinisk laboratorieanalyser er samlet takstgrunnlag redusert med 399 mill. kroner. Disse midlene er overført til basisrammefinansieringen. Helse Midt-Norges andel av økning av basisrammen knyttet til reduksjon av takstgrunnlaget utgjør 57,2 mill. kroner.

Med bakgrunn i simulert effekt av reduksjon i takstgrunnlag og omlegging av takster økes særfinansiering til laboratorie- og radiologiske undersøkelser ved St. Olavs Hospital HF med 20 mill. kroner, fra 40 mill. kroner til 60 mill. kroner i 2018. Helse Møre og Romsdal HF får særfinansiert 3,2 mill. kroner knyttet til reduserte takster lab. Resterende økning av basisramme knyttet til reduksjon i takstgrunnlag på 34 mill. kroner, fordeles mellom sykehusforetakene som ordinær basisramme gjennom regionens finansieringsmodell.

Endring i særfinansiering for laboratorie- og radiologiske undersøkelser vil evalueres på nytt når en har erfaringstall for aktivitet, takst- og gjestepasientinntekter for 2018, ved inntektsfordelingen for 2020.

5.2.2 Øremerkede midler

Øremerkede midler er midler som i statsbudsjett er spesifisert på egen kapittel og post og tildelt spesielle formål.

Tabell 5.3 – Øremerkede midler Helse Nord-Trøndelag HF 2018

Fordeling av øremerkede midler	HNT
732.78 Tilskudd til forskning og komp.tjenester	
Resultatbasert forskning	3 062
732.70 Differensiert arbeidsgiveravgift	5 717
732.70 Tilskudd til turnustjeneste	1 314
732.70 Medisinsk undersøkelse på barnehusene	200
Sum øremerkede midler	10 293

5.2.3 Elementer i særfinansieringen

I 2018 har Helse Nord-Trøndelag HF fått følgende elementer finansiert særskilt over basisrammen:

Tabell 5.4 - Særfinansiering Helse Nord-Trøndelag HF 2018

Særfinansiering 2018 (1 000 kr)	HNT
FoU HMN satsning	10 176
Utdanning medisinstudenter	5 000
Utdanning LIS	1 000
Pasienttransport og pasientreiser	110 553
Ambulanse	188 532
Ambulanse - kompensasjon stillinger fra hovedadministrasjon	1 128
Rentekostnader langsiktige lån - trekk/omfordeling	-4 626
RKSF - Regional funksjon spiseforstyrrelser (phv)	4 308
Nettverk for spiseforstyrrelser	900
Regionalt program for kvalitet og pasientsikkerhet	1 101
Reg. henvisn private rehab institusjoner	5 041
Pakkeforløp psykisk helse og TSB	2 369
Omfordeling ramme pga mva-kompensasjonsordningen	-31 263
Sum Særfinansiering (basisramme)	294 218

I det følgende kommenteres kun de elementer i særfinansieringen som det er noen endringer i fra tidligere år, eller det knytter seg noen særskilte forhold til.

Forskning

I tillegg til de øremerkede midlene til forskning i statsbudsjettet har Helse Midt-Norge satt av midler til egen satsning på forskning.

Utdanning

Helse Nord-Trøndelag HF får særfinansiert 5 mill. kroner til utdanning av medisinstudenter i 2018, noe som er en økning på 3 mill. kroner fra 2017. I tillegg er det særfinansiert 1 mill. kroner til Leger i spesialisering (LIS) i 2018

Pasienttransport

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

Ambulanse

Helse Nord-Trøndelag HF får en samlet ramme på 189,661 mill. kroner til drift av ambulansetjenesten i 2018. Av denne er 1,128 mill. kroner knyttet til kompensasjon for overtagelse av stillinger fra sentral administrasjon i Ambulanse Midt-Norge HF.

Omfordeling rente langsiktige lån (serielån)

Det er lagt til grunn en omfordeling av 30 pst. av budsjettert rentekostnad på langsiktige lån, totalt 95,6 mill. kroner.

Regionalt henvisningsmottak for private rehabiliteringsinstitusjoner

Helse Nord-Trøndelag HF tildeles 5,041 mill. kroner til regionalt henvisningsmottak for private rehabiliteringsinstitusjoner. Det er lagt inn en økning fra 2017 på 0,525 mill. kroner ut over generell prisvekst.

Pakkeforløp psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Helse Nord-Trøndelag HF får særfinansiert 2,369 mill. kroner til etablering av pakkeforløp innenfor psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Midlene tildeles over 3 år, fra 2018 - 2020.

Rituell omskjæring

Særfinansierte midler til rituell omskjæring på 1,4 mill. kroner er i 2018 flyttet fra St. Olavs Hospital HF sin særfinansiering til RHFets budsjett. Helseforetakene skal i 2018 fakturere Helse Midt-Norge RHF i henhold til faktisk aktivitet, med inntil 1,4 mill. kroner.

5.3 Investeringsramme

I henhold til Finansieringsstrategi for Helse Midt Norge er helseforetakene ansvarlige for at virksomhetens drifts- og anleggsmidler til enhver tid er av tilstrekkelig kvalitet til å tilrettelegge for å realisere gjeldende krav knyttet til likeverdig pasientbehandling og pasientsikkerhet. Dette innebærer at helseforetakene er ansvarlig for drift, vedlikehold og oppgradering av eget utstyr og egen bygningsmasse, og helseforetakene kan selv prioritere den interne fordeling av likviditet mellom drift og investeringer for å realisere disse kravene.

Dette medfører at helseforetakene er ansvarlige for å identifisere behov for investeringer, samt prioritere hvilke investeringer som fremmes for beslutning i henhold til gjeldende fullmakts strukturer. Helseforetakene bærer risiko knyttet til vedtatte investeringer, og er ansvarlig for at disse gjennomføres innenfor tildelte likviditetsrammer, og at avvik håndteres innenfor helseforetakets økonomiske handlingsrom. Større investeringer skal inngå i

langtidsbudsjett (LTB) og vedtas i årlig investeringsbudsjett, jf. sak 08/18 *Resultat og investeringsbudsjett 2018*.

5.4 Endringer i driftskredittrammen

De regionale helseforetakene skal drive sin virksomhet innenfor gjeldende driftskredittrammer, samt innrette virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av Prop. 1 S (2017–2018), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2018, slik at sørge-for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

I Prop. 1 S (2017–2018) er det lagt til grunn en pensjonskostnad på nasjonalt nivå på 12 900 mill. kroner og en pensjonspremie på 16 300 mill. kroner. Det er videre lagt til grunn at helseforetakene skal benytte premiefond for å betale 2 842 mill. kroner av pensjonspremien. Driftskredittrammen økes noe som en følge av differansen mellom pensjonskostnad og premie, samt bruka v premiefond, Økningen i driftskredittrammen vil bli foretatt pr. 1. februar og 1. august

Helse Midt-Norge RHF sin andel av premiefondet utgjør 408 mil kr, og gir en justeringen av driftskredittrammen på 22 mill. kroner. Helse Midt-Norge RHF vil derfor få sin driftskredittramme justert tilsvarende, fra 4 mill. kroner til 26 mill. kroner ved utgangen av 2018.

I henhold til finansstrategi for Helse Midt-Norge forutsettes det at likviditetseffekter fra pensjon, hensyntatt premiefondsmidler og egenkapitaltilskudd, skal være nøytrale for helseforetakene. Dette innebærer at likviditet fra pensjon håndteres gjennom en tilsvarende justering av driftskredittrammen eller at det trekkes inn/betales ut likviditet.

Helseforetakene har tilgang til driftskreditt i konsernkontoordningen i Helse Midt-Norge. Størrelsen på driftskreditten fastsettes av Helse Midt-Norge RHF. Driftskreditten skal benyttes til å håndtere kortsiktige svingninger i likviditeten.

Helse Nord-Trøndelag HF skal:

- drive sin virksomhet innenfor en driftskredittramme på 50 mill. kroner i 2018.

Det tas forbehold om at driftskredittrammen kan bli endret gjennom året som følge av endring i pensjon eller endring i Helse Midt-Norge RHF sin driftskredittramme. Det kan administrativt gjøres mindre justeringer i rammen underveis for å ta ekstraordinære kortsiktige svingninger.

6. Oppfølging og rapportering

Det vises til vedlegg 1 til foretaksprotokoll til Helse Nord-Trøndelag HF av 19. februar 2018 for samlet oversikt over hva som skal rapporteres til Helse Midt-Norge RHF.

Helse Midt-Norge RHF vil følge opp styringsmålene og de gitte oppgaver i dialogmøter med helseforetakene. Styret og ledelsen i Helse Nord-Trøndelag HF har ansvar for å følge med på Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer og evt. iverksette tiltak for å bedre måloppnåelsen.

Mange av styringsbudskapene fra tidligere års styringsdokumenter vil kreve fortsatt oppfølging uten at de er nevnt i årets dokument. Selv om det ikke stilles konkret krav om rapportering på disse områdene vil status for arbeidet kunne etterspørres av Helse Midt-Norge RHF i den faste oppfølgingen av helseforetaket.

Rapportering av risikostyringen skal inngå i de etablerte rapporteringsrutiner for måloppnåelse, samt i dialogmøtene mellom helseforetaket og Helse Midt-Norge RHF.

I Årlig melding 2018 skal helseforetaket rapportere på *Mål 2018 (jf. tabell 1), Andre oppgaver 2018, øvrige styringskrav og rammer og rapportering 2018 (jf. tabell 2)*. Frist for innsendelse av styrets årlig melding er 15. februar 2019.

Det må påregnes at det i løpet av 2018 vil komme supplerende eller nye styringsbudskap. Disse vil bli gitt helseforetakene i foretaksmøter.

Vedlegg 1 Mål og rapportering

Tabell 1. Mål 2018. Datakilder

Mål 2018	Mål	Datakilde	Publiserings- frekvens
Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen			
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten.	Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter skal reduseres sammenliknet med 2017. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 45 dager for psykisk helsevern voksne, under 40 dager for psykisk helsevern barn og unge og under 26 dager for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager i alle helseforetak innen 2021.	Helsedirektoratet	Månedlig
Andel fristbrudd for avviklede pasienter	0 %	Helsedirektoratet	Månedlig
Median tid til tjenestestart. Tiden mellom tidspunktet henvisningen er mottatt i spesialisthelsetjenesten og tjenestestartdato (dato for når prosedyre er utført) for spesifikke sykdomsgrupper. Målet gjelder for sykdomsgrupper der tid til tjenestestart er tilgjengelig som nasjonale tall fra NPR.	Redusert i helseforetaket sammenliknet med 2017	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid av totalt antall planlagte pasientkontakter. Må måles med samme uttrekksdato som året før.	Redusert i helseforetaket sammenliknet med 2017. Skal overholde minst 95 % av avtalene innen 2021	Helsedirektoratet	Tertialvis
Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid ³	Minst 70 % Variasjonen i måloppnåelse på helseforetaksnivå skal reduseres.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Prioritere psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling			
Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid	Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større økning i kostnader og aktivitet.	Gjennomsnittlig ventetid: Helsedirektoratet Kostnader: helseforetakenes regnskap Polikliniske opphold:	Månedlig

³ Andel pakkeforløp som har en forløpstid fra start av forløpet til start av kirurgisk, medikamentell- eller strålebehandling, som er innenfor standard forløpstid, for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft, kreft i spiserør og magesekk, blærekreft, testikkelkreft, skjoldbruskkjertelkreft, kreft hos barn, hjernekreft, nevroendokrine svulster, føflekkreft, peniskreft, bukspyttkjertelkreft, myelomatose, akutt leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, galleveiskreft, primær leverkreft, hode- halskreft, lymfom, nyrekreft, livmorkreft, eggstokkreft, livmorhalskreft og sarkom.

Mål 2018	Mål	Datakilde	Publiserings-frekvens
for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold) ⁴ .		Helsedirektoratet (ISF)	
Antall tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne per 10000 innbyggere i helseregionen.	Redusert sammenlignet med 2017. Årstall, og differansen skal oppgis i Årlig melding.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern med minst ett tvangsmiddelvedtak per 10000 innbyggere	Redusert sammenlignet med 2017.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Avbrudd døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Registrere avslutningstype og sikre færrest mulig avbrudd.	Helsedirektoratet	Tertialvis
Bedre kvalitet og pasientsikkerhet			
Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene	Reduseres 25 % innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012.	GTT-undersøkelsene	Tertialvis
Andel sykehusinfeksjoner	Mindre enn 3,5 %.	Folkehelse-instituttet	2 ganger årlig
Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner)	30 % reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenliknet med 2012.	Sykehusenes legemiddel-statistikk	Tertialvis
Andel pasienter med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysbehandling	Minst 20 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysbehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse	Minst 50 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel korridorpasienter på sykehus	0 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse	Minst 30 %	Helsedirektoratet	Tertialvis
Antall kliniske behandlingsstudier er økt	Økt sammenliknet med 2017.	CRISTin	Årlig

⁴ Årsverk er tatt ut som måleparameter. Årsverkstall fra SSB gir ikke en fullstendig oversikt over årsverk etter sektor på grunn av reglene for innrapportering av fellespersonell.

Tabell 2. Rapportering 2018. Datakilder og publiseringsfrekvens.

	Mål	Datakilde	Publiserings- frekvens
Pasienters erfaringer med døgnopphold innen psykisk helsevern 2016		Folkehelseinstituttet	Publisert i oktober 2017
Brukererfaringer med fødsel- og barselomsorgen i 2016		Folkehelseinstituttet	Publisert i desember 2017
Pasienters erfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i 2017		Folkehelseinstituttet	Publisert i desember 2017
30 dagers overlevelse etter innleggelse i 2017 (uansett årsak til innleggelse)		Folkehelseinstituttet	Årlig
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2017		Folkehelseinstituttet	Årlig
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 2017		Folkehelseinstituttet	Årlig
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 2017		Folkehelseinstituttet	Årlig
Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert.	100 %	RHF's rapportering til pasientsikkerhetsprogrammet	Årlig
Antall helseforetak som deltar i læringsnettverket Gode pasientforløp i 2018. Det vises til Oppdragsdokument 2017: "Helse X RHF skal delta i læringsnettverket Gode pasientforløp når kommunene i helseforetakenes opptaksområde deltar."		Helseforetakene rapporterer for perioden 1.1.2017-31.12.2018.	
Andel episoder rapportert med korrekt behandlingssted til Norsk pasientregister	100 %	Norsk pasientregister	Tertial
Følge særskilt opp enheter med sykefravær på over 10 pst.	10 pst. reduksjon sammenlignet med 2017	RS	Tertial
Øke meldefrekvensen for uønskede HMS relaterte hendelser og yrkesrelaterte skader	Øke antall registrerte HMS -meldinger og antall yrkesrelaterte skader	EQS og MAP	Tertial
Avvik fra arbeidstidsbestemmelsene i pst. av antall vakter	20 pst. lavere enn i 2017. For legene skal antall avvik av samlet arbeidstid over 19 timer reduseres med 20 pst. For annet helsepersonell skal antall avvik pga mindre enn 6 timers hviletid reduseres med 20 pst.	RS	Tertial
Utvikling av heltidskultur	Motivere og tilrettelegge for at ansatte velger høyere		Tertialvis

	Mål	Datakilde	Publiserings- frekvens
	stillingsprosent og helst 100 pst. stilling i samarbeid med organisasjonene, tillitsvalgte og utdanningssektoren. -i større grad enn nå tilby nyutdannet helsepersonell hele faste stillinger. Rapportere tertialvis på antall og andel hele faste stillinger på nyutdannet personell. Det skal rapporteres på de enkelte helsepersonellgruppene		
Vold og trusler mot helsepersonell	(kommer tilbake til konkrete mål og indikatorer)		Tertialvis

Vedlegg 2 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

Grunnutdanning omfatter studier ved videregående skoler, høyskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommunene har ansvar for de videregående skolene. Fylkenes opplæringskontor skal i samarbeid med praksisarenaene sikre læreplasser i de yrkesfaglige utdanningene.

Videreutdanning omfatter bl.a. ulike studier ved fagskoler, høyskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena (og arbeidsplass). Høyskoler som tilbyr videreutdanning skal i forkant inngå avtaler med helseforetakene om praksisplasser. Eventuell uenighet skal søkes løst i samarbeidsorganet. Spesialistutdanning for leger skal ivaretas i samsvar med den nye Spesialistforskriften.

Nedenfor gjengis Kunnskapsdepartementets forslag til kandidatmåltall for 2018. Kandidatmåltallet for den enkelte institusjon er et minstekrav. Endelige tall vil foreligge i Kunnskapsdepartementets tildelingsbrev for 2018 til utdanningsinstitusjonene og kan formidles fra institusjonene i de regionale samarbeidsorganene.

Helseregion	Høgskole Universitet	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK- sykepleie	Jordmor
		Syke- pleie	Radio- grafi	Bio- ingeniør	Fysio- terapi	Ergo- terapi	Verne- pleie		
Helse Sør-Øst	Høgsk. i Innlandet	164					65	23	
	Høgsk. i Oslo og Akershus	492	34	50	134	51	147	120	34
	Høgsk. i Østfold	109		22			61	20	
	Høgsk. Diakonova	87						28	
	Lovisenberg diak. høysk.	167						48	
	Univ. i Agder	203		20			35	25	
	Høgsk. i Sørøst-Norge	344	20				57	51	20
Helse Vest	Høgsk. på Vestlandet	435	25	39	68	30	86	60	35
	Univ. i Stavanger	167						34	
Helse Midt-Norge	Høgsk. i Molde	79					46		
	NTNU	425	51	73	52	57	70	134	25
Helse Nord	Univ. i Tromsø	261	24	20	33	20	64	50	20
	Nord univ.	352					30	26	
Flere RHF	VID vit.sk. høyskole	252				30	110	22	
		3 537	15 4	224	28 7	18 8	771	641	134

Vær oppmerksom på sammenslåtte institusjoner med lokasjoner i flere regioner.

Følgende kandidatmåltall er fastsatt for medisin, psykologi og farmasi MA ved universitetene:

	Medisin	Psykologi profesjonsutd.	Farmasi MA
Universitetet i Oslo	200	112	55
Universitetet i Bergen	164	80	25
NTNU	114	63	12
Universitet i Tromsø	84	39	25
	562	294	117

Turnustjeneste

Helsedirektoratet har det overordnede ansvaret og fastsetter hvor mange turnusplasser for fysioterapeuter det skal legges til rette for. Regionansvarlige fylkesmenn er delegert myndighet til å skaffe turnusplasser for fysioterapeutkandidater, de informerer RHFene om forventet behov kommende år. Antallet turnusplasser for fysioterapeuter videreføres i tråd med økningen i 2013.

LIS1-stillinger for leger

Turnustjenesten for leger opphørte høsten 2017 og er erstattet av LIS1-stillinger som er første del av legenes spesialistutdanning. LIS1-stillingene har samme struktur som turnustjenesten, med 12 måneder i sykehus og 6 måneder i kommunehelsetjenesten, men har egne læringsmål. Antallet LIS1-stillinger videreføres i 2018 på samme nivå som for turnustjenesten.

Helsedirektoratet gis i oppdrag å gjøre fornyet vurdering av om dimensjoneringen av antallet stillinger er i tråd med behovene i tjenesten.

Fordeling av nye legestillinger

Oppretting av legestillinger skal fortsatt skje i tråd med behovene i henhold til RHFenes sørge-for ansvar, det helsepolitiske styringsbudskapet og de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon. Gode lokale, regionale og nasjonale analyser av kompetansebehov framover skal legges til grunn for RHFenes fordeling av leger til HFene og mellom spesialiteter. RHFene skal særlig vurdere behovet for legestillinger til spesialiteter der utdanningskapasiteten i dag anses å være for lav og spesialiteter der behovet for legespesialister vil endre seg i årene fremover som en følge av befolkningsutvikling, sykdomsutvikling og organisatoriske endringer i helseforetakene.

Helseforetakene skal bidra til at Legestillingsregisteret i Helsedirektoratet til enhver tid er oppdatert.

VEDLEGG 1 RAPPORTERINGSKRAV OG ÅRLIG MELDING

Helseforetaket skal rapportere på oppfølging av alle mål, oppgaver og styringskrav som er stilt i styringsdokument og foretaksprotokoll gjennom årlig melding, jf. helseforetaksloven § 34 og vedtektene § 13. Det vises også til eksplisitt stilte rapporteringskrav som fremgår av dette vedlegg. All rapportering skal skje elektronisk til postmottak@helse-midt.no

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

Helse Midt-Norge RHF minner også om tidligere stilte eierkrav som fortsatt har gyldighet, uten at disse gis særskilt omtale eller stilles rapporteringskrav til i 2018.

Nærmere om rapportering gjennom ØBAK 2018 og månedlige/tertiarvise statusrapporter

Det skal rapporteres månedlig til Helse Midt-Norge RHF i henhold til fastsatt mal for statusrapporter 2018 og gjennom ØBAK (økonomi, bemanning, aktivitet og kvalitet) 2018. Statusrapportene og ØBAK 2018 skal fortrinnsvis styrebehandles i forkant av oversendelse. Som et minstekrav forutsettes det at styret mottar kopi av oversendelsen til Helse Midt-Norge RHF.

Gjennom ØBAK 2018 videreføres rapporteringsopplegget fra tidligere år med enkelte endringer. Det forutsettes at det resultatoppsettet som benyttes ved rapportering til eier også benyttes ved styrebehandling hos helseforetak og underliggende helseforetaksgruppe. Det skal rapporteres til eier på den økonomiske utviklingen i helseforetaksgruppen hver måned. Av hensyn til både ferieavvikling og behovet for oppdaterte resultater og årsprognoser, rapporteres resultatene for juni og juli i samme forsendelse med frist 14. august 2018.

Rapporteringsfrister

- Frist for innsending av årlig melding for 2018 er 8. februar 2019 (administrativt) og 15. februar 2019 ferdig styrebehandlet.
- Rapporter som skal leveres per tertial, sendes Helse Midt-Norge RHF snarest mulig og senest innen 10 arbeidsdager etter rapporteringsperiodens utløp.
- Skjema for rapportering av ØBAK 2018 skal være Helse Midt-Norge RHF i hende innen fristene oppsatt i fristkalender på Virksomhetsportalen.

Vedlegg 1 omfatter følgende

- 1a) Oversikt over rapporteringskrav og tidsfrister 2018
- 1b)* Rapporteringsskjema ØBAK 2018
- 1c)* Mal for statusrapportering

* Distribueres kun elektronisk.

VEDLEGG 1A OVERSIKT OVER RAPPORTERINGSKRAV OG TIDSFRISTER 2018

- Årlig melding; alle mål 2018, andre oppgaver, øvrige styringskrav og rammer som er stilt i «styringskrav og rammer» og foretaksmøter gjennom året skal rapporteres gjennom "Årlig melding". Disse vil også kunne bli gjenstand for oppfølging i ordinære dialogmøter. Mal for "Årlig melding" vil bli distribuert på et senere tidspunkt.
- Vesentlige avvik i forhold til planlagt måloppnåelse, herunder eventuelle avvik fra fremdriftsplan og kostnadsrammer for større byggeprosjekter skal rapporteres til HMN.
- Nasjonale kvalitetsindikatorer; rapporteres i tråd med etablerte løsninger og innen egne frister.
- Risikostyring:
 - Risikostyring av mål 2018; Identifisere alle risikoområder for å nå styringsmål 2018 (jf. plakaten), og sørge for at det er satt i verk tiltak i tilstrekkelig omfang, med god kvalitet og tydelig ansvarlig leder på riktig nivå. Rapportering på risikostyring vil inngå i de løpende dialogmøtene. I tillegg skal det rapporteres både per 1. og 2. tertial på risikovurderingen. Denne forutsettes styrebehandlet. Frist administrativt er 10 arbeidsdager etter rapporteringsperiodens utløp.
 - Andre oppgaver, styringskrav og rammer; rapportering pr. 1. og 2. tertial på krav som helseforetaket vurderer det er høy risiko for ikke å innfri. Herunder skal det beskrives hvilke tiltak som iverksettes for å sikre måloppnåelse. Frist administrativt er 10 arbeidsdager etter rapporteringsperiodens utløp. Format på denne rapporteringen vil avklares i regional ressursgruppe for risikostyring.
- I tillegg skal det rapporteres til Helse Midt-Norge RHF gjennom året på følgende mål, oppgaver og styringskrav gitt i nedenstående tabell.

SAK	Særskilt rapportering
1. REDUSERE UNØDVENDIG VENTING OG VARIASJON I KAPASITETSUTNYTTELSEN	
<u>Andre oppgaver 2018:</u>	
• Innen 15. mai 2018 rapportere på oppfølging av tiltak knyttet til samhandling med private avtaleparter, jf. rapport fra juni 2017. Helseforetakene skal sikre at vurderingsenheter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er tilstrekkelig kjent med pasientrettighetene, inkludert retten til fritt behandlingsvalg.	Særskilt rapportering innen 15. mai 2018

SAK	Særskilt rapportering
De regionale helseforetakene er i samarbeid bedt om å samle og dele erfaringer fra relevante ressurser på tvers av regionene som jobber med forbedring i effektivitet og kapasitetsutnyttelse, med sikte på å identifisere hvilke faktorer som bidrar til vellykket forbedringsarbeid. Som del av dette skal det redegjøres for hvordan styrene i helseforetak gis mulighet til løpende å følge med på relevant styringsinformasjon om effektivitet, kapasitetsutnyttelse og forbedringsarbeid som gjennomføres. Det skal redegjøres for dette til Helse Midt-Norge RHF innen 1. mai 2018.	Særskilt rapportering innen 1. mai 2018
2. PRIORITERE PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING	
<u>MÅL 2018:</u>	
Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor) og aktivitet (polikliniske opphold) ¹.	Fra foretaksmøte 19/2-2018: - Utarbeide en plan som viser hvordan helseforetaket skal sikre måloppnåelse av den gylne regel i 2018. Planen skal inneholde en risikovurdering, konkrete tidfestede tiltak for å sikre måloppnåelse og milepæler for evaluering av tiltakenes effekt. Planen sendes Helse Midt-Norge RHF innen 1. april 2018. - Gi en månedlig status på den gylne regel ut i fra fastsatt plan, med fokus på evt. avvik i forhold til plan og korrigerende tiltak.
3. BEDRE KVALITET OG PASIENTSIKKERHET	
<u>Andre oppgaver 2018:</u>	
Helseforetaket skal tilpasse seg til de føringene som er lagt for omlegging av raskere tilbake ordningen. Dette omfatter bl.a. at alle henvisninger skal rettighetsvurderes, og at behandling av sykdom kan foregå samtidig med	Særskilt rapportering innen 1. desember 2018

¹ ÅRSVERK ER TATT UT SOM MÅLEPARAMETER. ÅRSVERKSTALL FRA SSB GIR IKKE EN FULLSTENDIG OVERSIKT OVER ÅRSVERK ETTER SEKTOR PÅ GRUNN AV REGLENE FOR INNRAPPORTERING AV FELLESPERSONELL.

SAK	Særskilt rapportering
arbeidsrettede tiltak. Det vises til brev med nærmere detaljer om endringene. HFene skal rapportere til Helse Midt-Norge RHF på bruken av midlene med frist 1.12.2018.	
3. Øvrige styringskrav og rammer	
<u>Kostnad per pasient:</u> • Legge fram en framdriftsplan for HMN RHF for hvordan KPP skal brukes for å understøtte forbedrings- og planarbeid i hvert enkelt helseforetak. Framdriftsplanen skal ha et tidsperspektiv fram til og med 2021 og legges fram for HMN RHF innen 15. oktober 2018. Det forutsettes at de helseforetakene samordner sine framdriftsplaner	Sørskilt rapportering innen 15. oktober 2018

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 20/2018 Kvalitet

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	12. mars 2018	20/2018
Saksbeh:	Hilde Fosslund (Kvalitetsleder)	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2018/814	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar informasjonen til orientering.

SAKSUTREDNING:
Sak 20/2018 Kvalitet

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Ingen.

Bakgrunn for saken

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

Adm. direktør vil orientere om følgende saker:

- Implementering av forskrift for ledelse og kvalitetsarbeid
- Lukking av avvikssak mot Helse Nord-Trøndelag og Levanger interkommunale legevakt

Kvalitetsleder Hilde Fosslund orienterer på vegne av adm. direktør.

Konklusjon

Adm. direktør anbefaler at styret tar informasjonen til orientering.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 21/2018 Andre orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	12. mars 2018	21/2018
Saksbeh: Svein H. Karlsen		
Arkivkode: 012		
Saksmappe: 2018/450		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar saken til orientering.

SAKSUTREDNING:**Sak 21/2018 Orienteringssaker****VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

1. Protokoll styremøte Helse Midt-Norge RHF 78.2.18
2. Protokoll foretaksmøte HMN og HNT 19.2.18
3. Protokoll foretaksmøte HMN og HNT 5.3.18
4. Protokoll brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag 17.3.18
5. Evt. andre orienteringer

Konklusjon

Adm. direktør anbefaler at styret tar saken til orientering.

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 8. februar 2018 kl. 0900-1425
Møtested: Quality Airport hotell Værnes
Saksnr.: 03/18 -18/18
Arkivsaksnr.: 18/4

Møtende medlemmer:

Tina Steinsvik Sund
Paul Steinar Valle
Liv Stette
Beate Skillingstad
Bjørn Gustafsson
Kristian Dahlberg Hauge
Ivar Østrem
Anita Solberg
Lindy Jarosch-von Schweder

Forfall:

Ingen

Regionalt brukerutvalg:

Snorre Ness
Arne Lyngstad

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Stig A. Slørdahl
Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)
Direktør for samhandling Daniel Haga
Direktør for stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød
Direktør for helsefag Henrik A. Sandbu
Økonomidirektør Anne Marie Barane
HR direktør Anne Katarina Cartfjord
Kst. direktør for eierstyring Gunn Fredriksen
Kommunikasjonsrådgiver Hanne Sterten
Internrevisjonssjef Jørgen Midtlyng

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 1. februar 2018. Samme dag ble saksdokumentene, med unntak av sak 07/18 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 31.12.17, lagt ut i styreadministrasjonen.

Sak 07/18 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 31.12.17 ble sammen med drøftingsprotokoller til sak 10/18 og 12/18 lagt ut i styreadministrasjonen fredag 2. februar 2018.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 05.02.18

I forkant av styremøtet var det introduksjonsseminar for styret 7. februar 18.

Styrets leder Tina Steinsvik Sund ønsket velkommen til styremøtet.

Sak 03/18 Godkjenning av møteinnkalling og agenda

Innkalling og agenda til møtet ble godkjent med mindre justeringer.

Sak 04/18 Vurdering av styremedlemmers habilitet

Alle styremedlemmer er habile i alle saker som behandles i møtet.

Sak 05/18 Referatsaker

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 05.02.18
- Referat fra møte i Styrets revisjonsutvalg 16.10.17
- Referat fra møte i Godtgjøringsutvalg Helse Midt-Norge 14.12.17
- Brev fra fastleger i Kristiansund kommune "Bekymring vedrørende bortfall av privat røntgeninstitut i Kristiansund"

Sak 06/18 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 30.11.17

Forslag til vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport per november 2017 til etterretning.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport per november 2017 til etterretning.

Sak 07/18 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 31.12.17

Forslag til vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport per desember 2017 til etterretning.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport per desember 2017 til etterretning.

Sak 08/18 Resultat og investeringsbudsjett 2018

Forslag til vedtak

1. Styret vedtar følgende budsjetterte resultat for foretaksgruppen i 2018:

Budsjettert resultat (tall i tusen)	2018
St. Olavs Hospital HF	214 000
Helse Møre og Romsdal HF	-86 600
Helse Nord Trøndelag HF	0
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	5 171
Helse Midt-Norge RHF	36 000
Trøndelag Ortopediske verksted	3 581
Helse Midt-Norge IT	0
Sum Helse Midt-Norge	172 152

2. Styret vedtar følgende investeringsbudsjett for foretaksgruppen i 2018:

Investeringer (tall i tusen kr)	2018
Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR)	314 107
Psykiatribygg Levanger	90 000
Fasade Ålesund	85 000
Øvrige investeringer bygg	137 000
IKT investeringer	341 739
MTU	244 600
Annet (inventar + tr.biler)	82 887
Sum	1 295 334

3. Styret ber administrerende direktør sørge for at helseforetakene avdekker alle risikoområder for å nå resultatkravet og styrer virksomheten innenfor sitt økonomiske handlingsrom. Foretakene må sørge for at det er satt i verk tiltak i tilstrekkelig omfang, med god kvalitet og med tydelig ansvarlig leder på laveste nivå

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret vedtar følgende budsjetterte resultat for foretaksgruppen i 2018:

Budsjettert resultat (tall i tusen)	2018
St. Olavs Hospital HF	214 000
Helse Møre og Romsdal HF	-86 600
Helse Nord Trøndelag HF	0
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	5 171
Helse Midt-Norge RHF	36 000
Trøndelag Ortopediske verksted	3 581
Helse Midt-Norge IT	0
Sum Helse Midt-Norge	172 152

2. Styret vedtar følgende investeringsbudsjett for foretaksgruppen i 2018:

Investeringer (tall i tusen kr)	2018
Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR)	314 107
Psykiatribygg Levanger	90 000
Fasade Ålesund	85 000
Øvrige investeringer bygg	137 000
IKT investeringer	341 739
MTU	244 600
Annet (inventar + tr.biler)	82 887
Sum	1 295 334

3. Styret ber administrerende direktør sørge for at helseforetakene avdekker alle risikoområder for å nå resultatkravet og styrer virksomheten innenfor sitt økonomiske handlingsrom. Foretakene må sørge for at det er satt i verk tiltak i tilstrekkelig omfang, med god kvalitet og med tydelig ansvarlig leder på laveste nivå

Sak 09/18 Oppfølging av oppdragsdokument 2018 og protokoll fra foretaksmøte med Helse Midt-Norge RHF 16. januar 2018

Forslag til vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar oppdragsdokumentet 2018 og protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 10. januar 2018 til orientering.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar administrerende direktørs oppfølgingsregime til orientering.

Protokoll

Administrerende direktør endret forslag til vedtakets pkt. 1:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar oppdragsdokumentet 2018 og protokoll fra fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 10. januar 2018 til ~~orientering~~ etterretning.

Dette ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar oppdragsdokumentet 2018 og protokoll fra fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 10. januar 2018 til etterretning.

2. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar administrerende direktørs oppfølgingsregime til orientering.

Sak 10/18 «Styringskrav og rammer 2018» til helseforetakene i Midt-Norge

Forslag til vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner «Styringskrav og rammer 2018 for Helse Nord-Trøndelag HF» i henhold til vedlegg 1.

2. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner «Styringskrav og rammer 2018 for Helse Møre- og Romsdal HF» i henhold til vedlegg 2.

3. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner «Styringskrav og rammer 2018 for St. Olavs Hospital HF» i henhold til vedlegg 3.

4. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner «Styringskrav og rammer 2018 for Sykehusapotekene i Midt-Norge HF» i henhold til vedlegg 4.

5. Administrerende direktør gis anledning til å foreta mindre korreksjoner i Styringskrav og rammer 2018 for helseforetakene.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner «Styringskrav og rammer 2018 for Helse Nord-Trøndelag HF» i henhold til vedlegg 1.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner «Styringskrav og rammer 2018 for Helse Møre- og Romsdal HF» i henhold til vedlegg 2.
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner «Styringskrav og rammer 2018 for St. Olavs Hospital HF» i henhold til vedlegg 3.
4. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner «Styringskrav og rammer 2018 for Sykehusapotekene i Midt-Norge HF» i henhold til vedlegg 4.
5. Administrerende direktør gis anledning til å foreta mindre korreksjoner i Styringskrav og rammer 2018 for helseforetakene.

Sak 11/18 Årlig gjennomgang av styrende dokumenter i Helse Midt-Norge RHF

Forslag til vedtak

1. Ved årlig gjennomgang av styrende dokumenter for Helse Midt-Norge har styret i Helse Midt-Norge RHF fattet følgende vedtak:

Styreinstruks for styret i Helse Midt-Norge RHF	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med framlagte forslag til endringer
Instruks for administrerende direktør Helse Midt-Norge RHF	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes
Instruks for internrevisjonen i Helse Midt-Norge	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endringer
Instruks for styrets revisjonsutvalg Helse Midt-Norge RHF	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endringer
Instruks for godtgjøringsutvalget i Helse Midt-Norge RHF	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endringer
Retningslinjer for helseforetakenes forhold til gaver, legater og stiftelser	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endringer
Etiske retningslinjer Helse Midt-Norge	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endringer
Retningslinjer for intern varsling og	Styret i Helse	Stadfestes med fremlagte

oppfølging av kritikkverdige forhold i helseforetakene i Helse Midt-Norge	Midt-Norge RHF	forslag til endringer
Overordna retningslinjer for samfunnsansvar i Helse Midt-Norge	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endringer
Felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes
Reglement bygge- og eiendomsvirksomheten for Helse Midt-Norge	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endringer
Reglement for utsmykking i Helse Midt-Norge	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endringer
Samlet oversikt over oppgaver og tilhørende myndighet for foretaksmøtet, styret og daglig leder i Helse Midt-Norge RHF	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endringer

2. Øvrige styrende dokumenter framlagt for Styret i Helse Midt-Norge RHF tas til etterretning

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Ved årlig gjennomgang av styrende dokumenter for Helse Midt-Norge har styret i Helse Midt-Norge RHF fattet følgende vedtak:

Styreinstruks for styret i Helse Midt-Norge RHF	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endringer
Instruks for administrerende direktør Helse Midt-Norge RHF	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes
Instruks for internrevisjonen i Helse Midt-Norge	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endringer
Instruks for styrets revisjonsutvalg Helse Midt-Norge RHF	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endringer
Instruks for godtgjøringsutvalget i Helse Midt-Norge RHF	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endringer
Retningslinjer for helseforetakenes forhold til gaver, legater og stiftelser	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endringer

Etiske retningslinjer Helse Midt-Norge	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endringer
Retningslinjer for intern varsling og oppfølging av kritikkverdige forhold i helseforetakene i Helse Midt-Norge	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endringer
Overordna retningslinjer for samfunnsansvar i Helse Midt-Norge	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endringer
Felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes
Reglement bygge- og eiendomsvirksomheten for Helse Midt-Norge	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endringer
Reglement for utsmykking i Helse Midt-Norge	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endringer
Samlet oversikt over oppgaver og tilhørende myndighet for foretaksmøtet, styret og daglig leder i Helse Midt-Norge RHF	Styret i Helse Midt-Norge RHF	Stadfestes med fremlagte forslag til endringer

2. Øvrige styrende dokumenter framlagt for Styret i Helse Midt-Norge RHF tas til etterretning

Sak 12/18 Etablering av program for antikorrupsjon i Helse Midt-Norge

Forslag til vedtak

1. Styret tar informasjon om arbeidet med å etablere et program for antikorrupsjon i Helse Midt-Norge til orientering.
2. Styret ber om å få forslag til endelig program for antikorrupsjon til behandling før oppstart av programmet

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret tar informasjon om arbeidet med å etablere et program for antikorrupsjon i Helse Midt-Norge til orientering.
2. Styret ber om å få forslag til endelig program for antikorrupsjon til behandling før oppstart av programmet

Sak 13/18 Oppnevning av Styrets revisjonsutvalg 2018-2020

Forslag til vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF oppnevner følgende medlemmer til styrets revisjonsutvalg (avklares i møtet):

1. Leder av utvalget
2. Nestleder i utvalget
3. Medlem

Protokoll

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

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

- | | |
|-------------------------------|----------------------|
| 1. Paul Steinar Valle | Leder av utvalget |
| 2. Lindy Jarosch-von Schweder | Nestleder i utvalget |
| 3. Beate Skillingstad | Medlem |

Sak 14/18 Oppnevning av Godtgjøringsutvalg i Helse Midt-Norge for perioden 2018-2020

Forslag til vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF oppnevner følgende medlemmer til Godtgjøringsutvalg i Helse Midt-Norge for perioden 2018-2020 (avklares i møtet)

..... (leder)
.....
..... (valgt blant ansatte i styret)

2. Det gis en godtgjørelse til utvalgets medlemmer på kr 5.000,- pr år

Protokoll

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF oppnevner følgende medlemmer til Godtgjøringsutvalg i Helse Midt-Norge for perioden 2018-2020 (avklares i møtet)

Tina Steinsvik Sund

Leder

Liv Stette

Ivar Østrem

Valgt blant ansatte i styret

2. Det gis en godtgjørelse til utvalgets medlemmer på kr 5.000,- pr år

Sak 15/18 Orientering om status i valgkomitéens arbeid

Styret besluttet å lukke møtet i hht Helseforetakslovens § 26a pkt 2.

Forslag til vedtak

1. Styret tar til status fra valgkomitéens arbeid til orientering.

2. Styreleder gis fullmakt til å fremme saken i foretaksmøter med helseforetakene.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret tar til status fra valgkomitéens arbeid til orientering.

2. Styreleder gis fullmakt til å fremme saken i foretaksmøter med helseforetakene.

Sak 16/18 Orienteringssaker

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

I styremøtet 8. februar ble Styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Status for innføring av ny modell for spesialistutdanning for leger i HMN (utsatt fra styremøtet 091117)

Sak 17/18 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 18/18 Godkjenning og signering av protokoller

Protokoll fra styremøtet 22.01.18 og fra dagens møte ble godkjent og signert i møtet.

Stjørdal 8. februar 2018

Tina Steinsvik Sund

Paul Steinar Valle

Liv Stette

Kristian Dahlberg Hauge

Beate Skillingstad

Bjørn Gustafsson

Lindy Jarosch-von Schweder

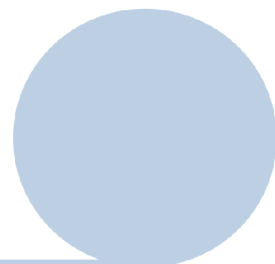
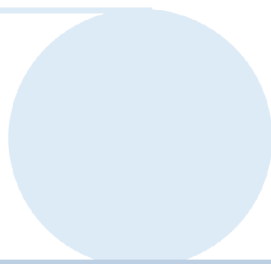
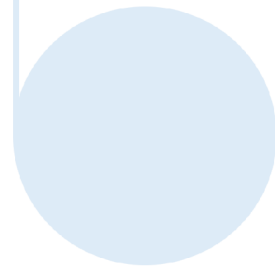
Anita Solberg

Ivar Østrem

FORETAKSMØTEPROTOKOLL 19. FEBRUAR 2018

FORETAKSMØTEPROTOKOLL HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRINGSKRAV OG RAMMER 2018



Innholdsfortegnelse

SAK 1	FORETAKSMØTET KONSTITUERES	2
SAK 2	DAGSORDEN	2
SAK 3	STYRINGSKRAV OG RAMMER 2018	2

FORELØPIG

PROTOKOLL FRA FORETAKSMØTE I HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Mandag 19. februar 2018 kl. 10:30 ble det avholdt foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag HF. Møtet ble avholdt som et felles foretaksmøte for helseforetakene i Midt-Norge og avholdt som et telefonmøte.

Dagsorden

- Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres
- Sak 2 Dagsorden
- Sak 3 Styringskrav og rammer 2018

Fra Helse Midt-Norge RHF møte

Styreleder Tina Steinsvik Sund

I tillegg møtte fra administrasjonen i Helse Midt-Norge RHF:

Administrerende direktør Stig A. Slørdahl
HR-direktør Anne Katarina Cartfjord
Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås
Kst. eierdirektør Gunn Fredriksen
Kommunikasjonsrådgiver Mari Kleppan
Senior strategirådgiver Mette Nilstad

Fra Helse Nord-Trøndelag HF møte

Styreleder Alf Daniel Moen

I tillegg møtte fra administrasjonen i Helse Nord-Trøndelag HF:

Administrerende direktør Torbjørn Aas

Valgt revisor; BDO AS; var informert om foretaksmøtet og møtte ikke.

Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres

Styreleder Tina Steinsvik Sund ønsket, som øverste eiermyndighet og møteleder, velkommen. Hun spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen er godkjent. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Styreleder Alf Daniel Moen og styreleder Tina Steinsvik Sund ble valgt til å skrive under protokollen.

Sak 2 Dagsorden

Møteleder spurte om det var merknader til dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden er godkjent.

Sak 3 Styringskrav og rammer 2018

Gjennom «Styringskrav og rammer» vil Helse Midt-Norge RHF gi helseforetakene et mest mulig helhetlig og samlet styringsbudskap for 2018. Styringsdokumentet er utarbeidet med utgangspunkt i de styringsbudskapene Helse Midt-Norge RHF er gitt fra Helse og omsorgsdepartementet i oppdragsdokument 2018 og protokoll fra foretaksmøte 16. januar 2018. I tillegg er det innarbeidet styringskrav som er forankret i vedtak fattet av styret i Helse Midt-Norge RHF, regionale strategier og lignende.

Foretaksmøtet viste til Strategi 2030 som legger til grunn en felles ambisjon for foretaksgruppa om å skape en fremragende helsetjeneste til det beste for pasientene og befolkningen i regionen. Strategien skal være førende for langsiktig utvikling og prioriteringer i foretaksgruppa. Å skape pasientens helsetjeneste betyr at helsetjenesten må tenke, handle og organiseres annerledes. Strategi 2030 viser at slik helsetjenesten organiseres og drives i dag, ikke lenger er bærekraftig i årene framover. Helseforetakene viser til at de allerede i dag er i en krevende driftssituasjon. Dette utfordringsbildet er snarere blitt forsterket, og krever økt evne til omstilling og forbedring for å lykkes med å skape pasientenes helsetjeneste. Helseforetakenes utviklingsplaner skal peke på ønsket utviklingsretning og hvilke tiltak som er nødvendige for å møte utfordringene i fremtiden.

Innføring av Helseplattformen vil blant annet kreve standardisering av kliniske prosedyrer og omlegging av en rekke arbeidsprosesser for å sette organisasjonen i stand til å dra nytte av den nye teknologien – nettopp for å kunne bidra til å skape pasientenes helsetjeneste. Mange av styringskravene og rammene som gis i 2018 er nødvendige for å gi kraft til arbeidet med å nå målbildet i Strategi 2030.

Foretaksmøte la til grunn at helseforetaket sikrer at styringskrav og rammer blir gjort kjent for ledere på alle nivå i organisasjonen, og at det er etablert system for hvordan virksomheten skal operasjonalisere kravene.

Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2018 innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede mål:

1. Redusere unøddig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
4. Økonomisk bærekraft

Pasientene skal slippe unødvendig ventetid. Foretaksmøtet viste til at et av målene er at gjennomsnittlig ventetid skal være under 50 dager innen 2021. Videre skal gjennomsnittlig ventetid reduseres sammenlignet med 2017 og det er satt differensierte ventetidskrav for de ulike fagområdene. Foretaksmøtet la vekt på at helseforetakene må prioritere å redusere ventetidene innen psykisk helsevern og særskilt for barn og unge.

Foretaksmøtet vektla tidligere føringer om at helseforetakene må bli flinkere til å lære av hverandre. Kunnskap om variasjon i kapasitetsutnyttelsen skal brukes aktivt som grunnlag for å øke kapasitet og gi mer likeverdig tilgang til helsetjenester. Det enkelte sykehus og hver enkelt avdeling må bruke kunnskapen om variasjon i sitt forbedringsarbeid.

Pasientforløpene skal være gode og effektive. Helseforetakene skal i 2018 innføre pakkeforløp for psykisk helse og rus. Foretaksmøtet viste til at pakkeforløpene forutsettes å være et redskap for mer målrettet ledelse, styring og standardisering av virksomheten. Ledelsen i helseforetakene må ta ansvar for implementeringen og forberede hele organisasjonen. Foretaksmøtet viste videre til at det er et stort behov for å jobbe videre med systematisk endring og styrking av kompetanse og organisering innen psykisk helsevern. Dette for å sikre riktig og mindre bruk av tvang og for å videreutvikle og spre gode metoder for frivillig behandling.

Den gylne regel som innebærer at det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn somatikk, ligger fortsatt fast og forutsettes innfridd. Videre skal distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge prioriteres innen psykisk helsevern. Foretaksmøtet forutsatte at helseforetakene innretter driften slik at den gylne regel innfris på alle måleindikatorne (aktivitet, ventetid og kostnader).

Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF:

- Utarbeide en plan som viser hvordan helseforetaket skal sikre måloppnåelse av den gylne regel i 2018. Planen skal inneholde en risikovurdering, konkrete tidfestede tiltak for å sikre måloppnåelse og milepæler for evaluering av tiltakenes effekt. Planen sendes Helse Midt-Norge RHF innen 1. april 2018.
- Gi en månedlig status på den gylne regel ut i fra fastlagt plan, med fokus på evt. avvik i forhold til plan og korrigerende tiltak.

Det ble presisert at Helse Midt-Norge RHF fremover vil ha en tett oppfølging av Helse Nord-Trøndelag HF med månedlig oppfølging av den gylne regel. Dette vil blant annet være fast agendapunkt på dialogmøtene med Helse Nord-Trøndelag HF.

Helsetjenesten skal videreutvikles slik at pasienter og brukere i større grad får og opplever å få trygg og god helsehjelp. I møte med helsetjenesten skal hver enkelt pasient og deres pårørende oppleve respekt og åpenhet, få delta i beslutningene om egen behandling, og hvordan den skal gjennomføres. Pasientene skal oppleve helhetlige og sammenhengende tjenester også mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten. Pasientsikkerhet og helse, miljø og sikkerhet (HMS) er nært knyttet til hverandre. Foretaksmøtet vektla viktigheten av å skape gode arbeidsmiljø som preges av en kultur for åpenhet, evne til å lære av hverandres feil og rom for å si ifra.

Bemanning, utdanning, kompetanseutvikling, forskning, innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling.

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Økonomisk bærekraft er nødvendig for å sikre en stabil og forutsigbar drift, utvikle pasientbehandlingen og sørge for handlingsrom til nye investeringer. For å lykkes i Helse Midt-Norges ambisjon med å skape en fremragende helsetjeneste må foretaksgruppa vise tilstrekkelig kraft til omstilling og fornyelse. Innføring av Helseplattformen vil forsterke dette. Det er derfor nødvendig at helseforetakene legger til rette for økt omstilling innenfor egen budsjetttramme.

Foretaksmøtet viste til at foretakene selv har ansvar for å finne riktig nivå på drift og investeringer innenfor sitt handlingsrom, og om nødvendig justere dette gjennom året. Det er derfor sentralt at det i arbeidet med langtidsbudsjett i det enkelte helseforetak vektlegges å legge opp drift og investeringer som gir en god økonomisk bærekraft.

Foretaksmøtet la til grunn at foretaket iverksetter nødvendige tiltak for å innfri styringskravene, innenfor de juridiske, økonomiske og organisatoriske rammene som gjelder for helseforetak.

Foretaksmøtet vedtok:

«Styringskrav og rammer 2018 for Helse Nord-Trøndelag HF» legges til grunn for styrets arbeid i 2018.

Møtet ble hevet kl. 10:40

Stjørdal, 19 februar 2018.

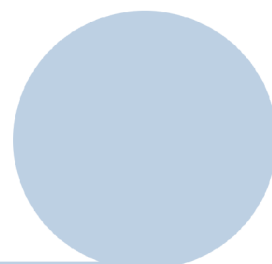
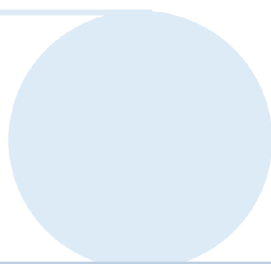
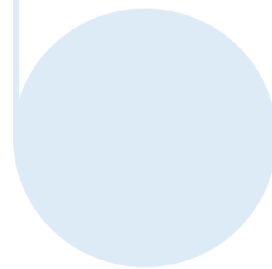
Tina Steinsvik Sund

Alf Daniel Moen

Foretaksmøteprotokoll 5. mars 2018

Foretaksmøteprotokoll Helse Nord-Trøndelag HF

Valg av styremedlemmer og fastsetting av styregodtgjørelse



Innholdsfortegnelse

Sak 1	Foretaksmøtet konstitueres	2
Sak 2	Dagsorden	2
Sak 3	Valg av styremedlemmer, jf. helseforetakslovens § 21.....	2
Sak 4	Fastsetting av styregodtgjørelse, jf. helseforetakslovens § 21 tredje ledd.	2

FORELØPIG

PROTOKOLL FRA FORETAKSMØTE I HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Mandag 5. mars 2018 kl. 09.15 ble det avholdt foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag HF. Møtet ble avholdt som et telefonmøte.

Dagsorden

Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres

Sak 2 Dagsorden

Sak 3 Valg av styremedlemmer, jf. helseforetakslovens § 21

Sak 4 Fastsetting av styregodtgjørelse, jf. helseforetakslovens § 21 tredje ledd

Fra Helse Midt-Norge RHF møte

Styreleder Tina Steinsvik Sund

I tillegg møte fra administrasjonen i Helse Midt-Norge RHF:

Administrerende direktør Stig A. Slørdahl

Kst. eierdirektør Gunn Fredriksen

Senior strategirådgiver Mette Nilstad

Fra Helse Nord-Trøndelag HF møte

Styreleder Alf Daniel Moen

I tillegg møte fra administrasjonen i Helse Nord-Trøndelag HF:

Administrerende direktør Torbjørn Aas

Valgt revisor; BDO AS; var informert om foretaksmøtet og møte ikke.

Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres

Styreleder Tina Steinsvik Sund ønsket, som øverste eiermyndighet og møteleder, velkommen. Hun spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen er godkjent. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Styreleder Alf Daniel Moen og styreleder Tina Steinsvik Sund ble valgt til å skrive under protokollen.

Sak 2 Dagsorden

Møteleder spurte om det var merknader til dagsorden. Det var ingen merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden er godkjent.

Sak 3 Valg av styremedlemmer, jf. helseforetakslovens § 21

I henhold til helseforetakslovens § 21 skal foretaksmøtet velge de eieroppnevnte styremedlemmene. For styremedlemmer valgt av og blant de ansatte er funksjonstiden forskjøvet, slik at disse har funksjonstid fram til eget valg i 2019.

Foretaksmøtet vedtok:

Med virkning fra dags dato fram til avholdelse av foretaksmøte i februar / mars 2020 oppnevnes følgende personer som eieroppnevnte styremedlemmer i styret for Helse Nord-Trøndelag HF:

*Ingrid Finboe Svendsen
Hilde Grimstad
Bjørn Arild Gram
Kristine Fagerland
Nils Kvernmo*

Foretaksmøte oppnevner Ingrid Finboe Svendsen som styreleder og Hilde Grimstad som nestleder. Styret som kollegialt organ og styremedlemmene er bundet av habilitetsbestemmelsene i forvaltningslovens kapittel 2.

Sak 4 Fastsetting av styregodtgjørelse, jf. helseforetakslovens § 21 tredje ledd.

Godtgjørelse for styremedlemmer justeres ved oppnevningen. Til grunn for justeringen legges den justeringen som Helse- og omsorgsdepartementet har gjort av godtgjørelsen til styret i det regionale helseforetaket ved oppnevning 16. januar 2018 og arbeidsbelastningen i det enkelte styret.

Foretaksmøtet vedtok:

Styregodtgjørelse for styremedlemmer i Helse Nord-Trøndelag HF fastsettes til:

<i>Styreleder</i>	<i>kr. 215.500,-</i>
<i>Nestleder</i>	<i>kr. 138.000,-</i>
<i>Styremedlemmer</i>	<i>kr. 101.000,-</i>

Varamedlemmer (for styremedlemmer valgt av og blant ansatte) får en godtgjørelse på kr. 4.500,- per møte. Praksis med at det ikke skal utbetales økonomisk kompensasjon eller dekning av kostnader utover fastsatt styregodtgjørelse, videreføres.

I henhold til Nye retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel, styrebehandlet i Helse Midt-Norge som sak 37/2015, utbetales ikke honorar for styreverv i helseforetakene i Helse Midt-Norge til ledende ansatte i det regionale helseforetaket eller underliggende helseforetak.

Møtet ble hevet kl. 09:20

Stjørdal, 5. mars 2018.

Tina Steinsvik Sund

Alf Daniel Moen

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 7.3.2018 kl. 10.00 – 15.15
Møtested: Møterom Norrøna, Sykehuset Levanger
Saksnr.: 07/2017 – 15/2017
Arkivsaksnr: 2017/4527

Møteleder: Olav Malmo

Disse møtte:
Olav Malmo
Steinar Mikalsen (til kl. 12)
Mona B. Lersveen
Grethe Dunfjeld
Viktor Normann Iversen
Anne Lise Tangen
Arne S. Antonsen (1. vara)
Kirsten Rotmo (2. vara)

Forfall:
Unni Kritiansen, Monika Rønsåsbjørg og Emilie Haugan (leder ungdomsrådet)

Fra administrasjonen:
Kommunikasjonssjef Svein H. Karlsen

Merknad til innkalling, møte og sakliste: Ingen.
Innkalling sendt via e-post 28. april. Saksdokumenter sendt via e-post 1. mars og publisert på internett 2. mars 2018.

Sak 07/2018 Oppnevning av brukerrepresentanter

Protokoll

Leder viste til saksframlegget med vedlegg.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Vedtak

Brukerutvalget gjorde følgende oppnevninger:

- 1) Olav Malmo som brukerrepresentant og Unni Kristiansen som vararepresentant til *Fagråd 12 Kvalitet - og pasientsikkerhet* for perioden 07.03.18 - 31.12.19.
 - 2) Sissel Bremseth er ikke forespurt, med foreslås oppnevnt som brukerrepresentant til *kursopplegg for pasient- og pårørende i forhold til ny-diagnostiserte med Parkinsons sykdom* for perioden 07.03.18 - 31.12.19. Administrasjon bes avklare om Bremseth takker ja til oppnevningen. Hvis Bremseth takker nei, bes administrasjonen om å kontakte Parkinsonforeningen i fylket med formål om å oppnevne en annen brukerrepresentant.
 - 3) Steinar Mikalsen som brukerrepresentant til *Fagråd for koordinerende enheter/tjenesteavtale 2 (FKE)* for perioden 07.03.18 - 31.12.19.
 - 4) Mona B. Lersveen som brukerrepresentant til prosjektet «*Videreutvikling av Avdeling for rus og avhengighet, HNT. Utvidelse fra seks til 16 sengeplasser*» for perioden 07.03.2018 - 31.12.2018.
-

Sak 08/2018 Brukerutvalgets åpne post

Protokoll

Brukerutvalget drøftet følgende:

Kø-systemet Sykehuset Levanger

- Brukerutvalget er bekymret for logistikken rundt kø-systemet ved Sykehuset Levanger. Det ble i tillegg stilt spørsmål om framdrift og løsninger knyttet til etablering av ny resepsjon.

Konklusjon:

Brukerutvalget ber om at administrasjonen setter saken på dagsorden i et utvalgsmøte. Utvalget ønsker at ansvarlig fagperson gir en statusorientering.

Lærings- og mestringssenteret

- Enheten feirer 20 år kommende år. Brukerutvalget ønsker seg en nærmere presentasjon av hva Lærings- og mestringssenteret tilbyr og arbeider med. I tillegg ønskes en gjennomgang av retningslinjer enheten forholder seg til når det gjelder oppnevning av brukermedvirkning.

Konklusjon:

Brukerutvalget ber om at Læring- og mestringssenteret inviteres til et utvalgsmøte for å informere om enheten, oppgaver de har og retningslinjene de arbeider etter.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Mobilt røntgen

- Brukerutvalget har registrert at prosjektet er igangsatt og at enkeltkommuner har besluttet etablering av desentraliserte røntgenrom. Utvalget stilte spørsmål om hva som skjer i Indre Namdal etter at Namsskogan kommune har besluttet å si nei til deltagelse.
- Kommunikasjonssjef Svein H. Karlsen ga en kort orientering omkring forprosjektet, beslutning oppstart og implementering av mobilt røntgen som et sykehustilbud i nordre del av opptaksområdet. Erfaringene etter to måneders drift er positive. I forbindelse med etableringen av røntgenrom i Lierne kommune har svenske grensekommuner nå forespurt om de kan benytte tjenesten Helse Nord-Trøndelag tilbyr. Ut fra erfaringene i prosjektet forventer helseforetaket at det blir mulig å finne en løsning innen rimelig tid med røntgenrom også i Namsskogan/Røyrvik.

Konklusjon:

Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

DPS Kolvereid

- Utvalgsmedlem Anne Lise Tangen stilte spørsmål omkring psykiatritilbudet i og rundt DPS Kolvereid. Brukerutvalget er urolig for at dagens tilbud svekkes, og ber om en redegjørelse fra helseforetaket.

Konklusjon:

Brukerutvalget ber Klinikk for psykisk helsevern og rus om å gi utvalget en skriftlig orientering omkring tilbudet i og rundt DPS Kolvereid, og avklarer om det foreligger en plan for reduksjon av fagpersonell ved DPS Kolvereid.

Sak 09/2018 Ambulanseberedskap i Helse Nord-Trøndelag

Protokoll

Klinikkleder Øystein Sende (Klinikk for prehospitale tjenester) ga en statusorientering omkring ambulanseberedskapen i Helse Nord-Trøndelag, hvordan klinikken følger opp styrets bestilling av mars 2017, samt hvilke utfordringer klinikken står foran de kommende årene. Gjennomførte ROS-analyser ble presentert (presentasjonen sendes utvalgsmedlemmene).

Sende ga i tillegg innblikk i hvordan klinikken arbeider sammen med øvrige klinikker i helseforetaket for å sikre bærekraftig økonomi, som er avgjørende for at helseforetaket framover skal kunne gjennomføre nødvendige investeringer i ansatte, utstyr og bygninger.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Vedtak

Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

Sak 10/2018 Pasient- og brukerombudets årsrapport 2017

Protokoll

Pasient- og brukerombud Elin Hagerup orientere kort om det nye sammenslåtte Pasient- og brukerombudet i Trøndelag, som erstattet nord- og sørfylket sine kontor fra 1.1.2018. Seniorrådgiver Kjell J. Vang presenterte hovedpunktene i årsrapporten, den siste rapporten fra ombudet i Nord-Trøndelag.

Vedtak

Brukerutvalget tar Pasient- og brukerombudets årsrapport 2017 til orientering.

Sak 11/2018 Orienteringssaker

Protokoll

Adm. direktør Torbjørn Aas orienterte om følgende:

- *Oppfølging styresak 01/2018*
Direktøren orienterte om arbeidet som pågår for å bedre tilliten mellom ledelsen og legene i helseforetaket. Overfor styret, og gjennom et brev til alle ansatte, har direktøren skissert flere tiltak for å styrke samhandlingen internt. Tiltakene bygger på tre hovedpunkter: 1) Økt faglig delaktighet og påvirkning i beslutningsprosesser, 2) Større synlighet - direktør mer tilgjengelig i organisasjonen, og 3) Bedre intern informasjon.
- *Innovasjonsklinikken*
Utviklingsleder Therese Troset Engan presenterte helseforetakets nyeste tiltak for å styrke Helse Nord-Trøndelags evne til innovasjon, forskning og utvikling. Det digitale verktøyet *innovasjonsklinikken.no* ble lansert 15. februar i år og er nå tilgjengelig for brukere, ansatte, næringsliv og primærhelsetjenesten. Et nettsted der ideer og behov kan meldes inn.
- *Styret i Helse Nord-Trøndelag*
Direktøren informerte om at Helse Midt-Norge har oppnevnt nye eieroppnevnte styremedlemmer. Ingrid Finboe Svendsen har tiltrådt som ny styreleder, Kristine Fagerland nytt styremedlem og tidligere St. Olavs-direktør

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Nils Kvernmo går inn som nytt styremedlem. Nestleder Hilde Grimstad og medlem Bjørn Arild Gram ble re-oppnevnt. De tre ansattrepresentantene fortsetter.

- I det kommende styremøtet skal årsregnskap og årsberetning 2017 behandles. Resultatet havnet på drøyt 10 MNOK i overskudd. I tillegg står eiers oppdragsdokument for 2018 på dagsorden i tillegg til faste styresaker.

Vedtak

Brukerutvalget tar orienteringene til informasjon.

Sak 12/2018 #Metoo-plakat

Protokoll

Adm. direktør Torbjørn Aas orienterte om oppdraget han har gitt Yngre legers forening, vernetjenesten, HMS-koordinator og HR-avdelingen. Gruppen har sammen med direktøren gjennomført et arbeid i Helse Nord-Trøndelag for å få på plass en policy og trygg oppfølging av saker vedrørende seksuell trakassering, annen trakassering og mobbing.

Vedtak

Brukerutvalget er tilfreds med at Helse Nord-Trøndelag utarbeider og tydeliggjør sin policy knyttet til trakassering og uønsket adferd i sykehusene.

Sak 13/2018 Representasjon neste styremøte

Protokoll

Utvalgsleder Olav Malmo viste til at det er innkalt til styremøte i HNT 12. mars 2018.

Vedtak

Leder Olav Malmo og nestleder Steinar Mikalsen representerer Brukerutvalget i styremøtet 12. mars 2018. Dersom det blir behov, utpekes medlem Mona B. Lersveen som vara i forhold til deltagelse.

Sak 14/2018 Eventuelt

Protokoll

Utvalgsleder Olav Malmo viste til vedtatt Møteplan for 2018.

Vedtak

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Brukerutvalget beslutter at Møteplan 2018 ligger fast og endres ikke.

Sak 15/2018 Godkjenning av protokoll

Protokoll fra Brukerutvalgets møte ble godkjent.

Levanger 07. mars 2018

Olav Malmo

Steinar Mikalsen

Mona B. Lersveen

Grethe Dunfjeld

Viktor Normann Iversen

Anne Lise Tangen

Arne S. Antonsen

Sett:

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 22/2018 Eventuelt

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	12. mars 2018	22/2018
Saksbeh:	Tore Westerheim og Svein H. Karlsen	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2018/814	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret i Helse Nord-Trøndelag gir adm. direktør fullmakt til å gjennomføre eventuelt salg av eiendommen Kolvereid DPS med tilbakeleie av areal til polikliniske og ambulante tjenester.
2. Styret vedtar justert Møteplan 2018.

SAKSUTREDNING:
Sak 22/2018 Eventuelt

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Ingen.

Bakgrunn for sakene

1) Mulig salg av DPS Kolvereid - informasjon om prosessen

Bakgrunn:

- Sak 34/2015, den spesialiserte sengepostdriften overføres til Psykiatrisk avdeling, Sykehuset Namsos fra høsten 2015.
- Sak 26/2016, administrerende direktør orienterte om drøftinger mellom HNT og Nærøy kommune vedrørende bruk av bygningsmassen.

Det har i perioden siden sengeposten ble overført til Namsos vært jevnlig dialog med Nærøy kommune vedrørende bruk av bygningsmassen. Videre er Nord-Trøndelag fylkeskommune varslet om at bygget vurderes solgt.

Bygningen står i dag delvis ubenyttet og helseforetakets behov for areal til polikliniske og ambulante tjenester fra DPS Kolvereid utgjør om lag en fjerdedel av bygget eksklusiv andel fellesareal som felles inngang, heis, teknisk rom og lignende.

Eiendommen er regulert til offentlig formål og Nærøy kommune vil opprettholde reguleringsformålet.

DPS Kolvereid foreslås solgt med tilbakeleie av areal til polikliniske og ambulante tjenester.

2) Møteplan Styret 2018

Med bakgrunn i oppnevning av delvis nytt styre for Helse Nord-Trøndelag HF, anbefaler administrasjonen at styret gjennomgår og drøfter vedtatt Møteplan 2018. Dersom styret har ønske om å endre planen for møter og/eller styreseminar, og eventuelt ønsker et seminar på vårparten, vil administrasjonen legge til rette for det.

Dette er vedtatt Møteplan 2018:

Godkjent i styremøte 31.10.17 sak 71/17

Styremøter HNT 2018		
Dato	Måned	Sted
15.	Februar	Levanger
12.	Mars	Levanger
16.	April	Namsos
1.	Juni	Levanger
3.-4.	September (seminar)	Stiklestad
1.	Oktober	Stjørdal
29.	Oktober	Steinkjer
26.	November	Namsos

HELSE NORD-TRØNDELAG

Konklusjon

Adm. direktør anbefaler at styret gir adm. direktør fullmakt til å gjennomføre eventuelt salg av DPS Kolvereid og vedtar på nytt eventuelt justert Møteplan 2018 for Styret i Helse Nord-Trøndelag.