

Styrets medlemmerVår ref.:
2016/1891 - 17249/2016

Deres ref.:

Dato:
24.05.2016**Innkalling til styremøte for Helse Nord-Trøndelag 31. mai 2016**

Styret for Helse Nord-Trøndelag kalles med dette inn til møte **tirsdag 31. mai 2016 kl. 1000**. Møtet finner sted i Store møterom Arken, Sykehuset Levanger.

AGENDA

- | | |
|-------------|---|
| Sak 21/2016 | Driftsrapport april 2016 |
| Sak 22/2016 | Langtidsplan og langtidsbudsjett 2017 – 2022 |
| Sak 23/2016 | Risikostyring av overordnede styringsmål 2016, 1. tertial rapportering |
| Sak 24/2016 | Styrets retningslinjer for fastsetting av sluttvederlag |
| Sak 25/2016 | Pasientorientert organisering av Helse Nord-Trøndelag |
| Sak 26/2016 | Orienteringssaker
1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 28.04.16
2. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 25.04.16
3. Protokoll fra møte i ASU 20.04.16
4. Protokoll fra møte i PSU 04.04.16
5. Andre orienteringer |
| Sak 27/2016 | Eventuelt |
| Sak 28/2016 | Godkjenning av protokoll |

Alf Daniel Moen
Styreleder
sign.Torbjørn Aas
Adm. direktør
sign.

Kopi: Styrets varamedlemmer
Administrativt samarbeidsutvalg v/leder
Brukerutvalget

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 21/2016 Driftsrapport april 2016

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	31.05.16	21/2016
Saksbeh: Tormod Gilberg		
Arkivkode: 012		
Saksmappe: 2016/1891		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar driftsrapporten for april 2016 til etterretning.

SAKSUTREDNING:

Sak 21/2016 Driftsrapport februar 2016

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

Utrykte vedlegg i saksmappen

SAMMENDRAG / GENERELL VURDERING

Etter at budsjettet for 2016 ble vedtatt, kom det i januar ny aktuarberegning over foretakets pensjonskostnader som innebar en reduksjon på om lag 138 mill kroner for 2016. Eier (HOD/HMN) har ennå ikke vedtatt hvilke konsekvenser dette vil få for basistilskudd, likviditet og/eller resultatmål, men forslag til revidert nasjonalbudsjett inneholder forslag til justeringer. Vedtatt budsjett innebærer et resultatmål på 60 mill kroner. I påvente av vedtak om endringer knyttet til reduserte pensjonskostnader, er det opprinnelige resultatmålet for 2016 økt med 138 mill kroner til 198 mill kroner.

Basert på disse endringene i pensjonskostnader viser foretakets resultat i april et avvik på – 4,6 mill kroner i forhold til revidert resultatmål for 2016 og akkumulert hittil i år et avvik på – 5,6 mill kroner.

Driftsplanene for foretakets somatiske avdelinger innebærer en aktivitetsøkning fra 2015 til 2016 på 1,4 % (inkl. kodeforbedring på 0,5 %-poeng).

DRG-aktiviteten i de somatiske avdelingene var i april noe høyere enn planlagt aktivitet og viser akkumulert hittil i år et avvik på 3,3 %. Foretakets DRG-aktivitet varierer noe fra måned til måned og i forhold til det som er planlagt for den enkelte måneden. I akkumulerte aktivitetstall utjevnes disse svingningene noe. Årets DRG-aktivitet prognostiseres å bli om lag 2 % over planlagt aktivitet for 2016.

Driftsplanene for foretakets psykiatriske avdelinger innebærer en aktivitetsøkning fra 2015 til 2016 på 4,7 %. Det er vel 1 %-poeng over det som er forventet i styringsdokumentet fra HMN. Innen rusbehandling (TSB) er det lagt opp til en aktivitetsvekst fra 2015 til 2016 på 5,3 %, dvs. nesten 2 %-poeng over bestillingen fra HMN. I samsvar med fastsatte retningslinjer legges det opp til størst økning i den polikliniske aktiviteten.

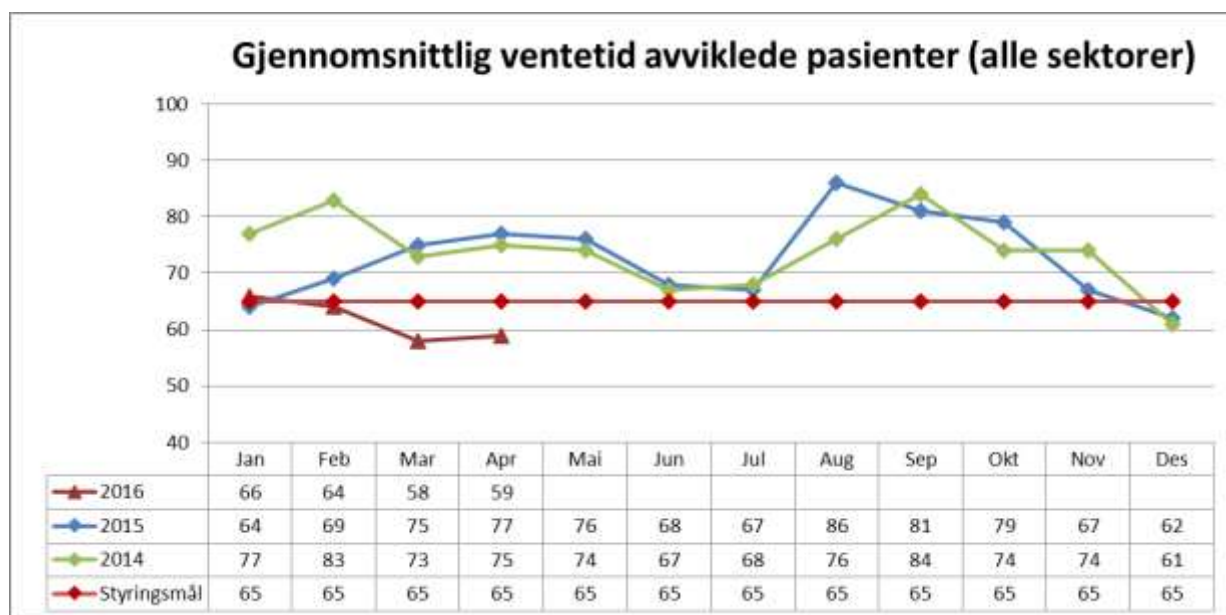
Aktiviteten i de psykiatriske avdelingene var i april litt høyere enn foretakets planer, mens aktiviteten innen rusbehandling var en del lavere enn planlagt. Akkumulerte tall for driften hittil i år viser et positivt avvik innen psykiatri (PH-aktivitet) på 2,4 %, mens driften innen rusbehandling (TSB-aktivitet) viser et avvik på – 7,5 %.

For rapporterte kvalitetsindikatorer var det god måloppnåelse for gjennomsnittlig ventetid (for avviklede pasienter) i april og nesten måloppnåelse i forhold til å fjerne fristbrudd. Siste måned hadde foretaket en gjennomsnittlig ventetid på 59 dager for avviklede pasienter og 4 fristbrudd.

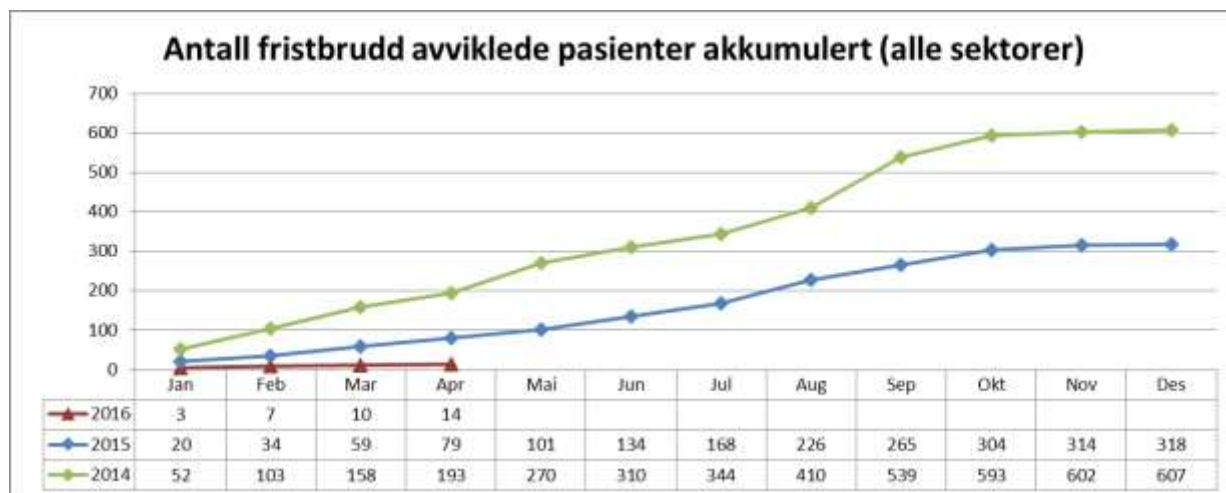
HNT prognostiserer (som i forrige rapport) et årsresultat for 2016 på 198 mill kroner. Økningen på 138 mill kroner i forhold til vedtatt budsjett er knyttet til en tilsvarende reduksjon i foretakets pensjonskostnader.

1. PASIENTBEHANDLING

1.1 Ventetider



1.2 Fristbrudd

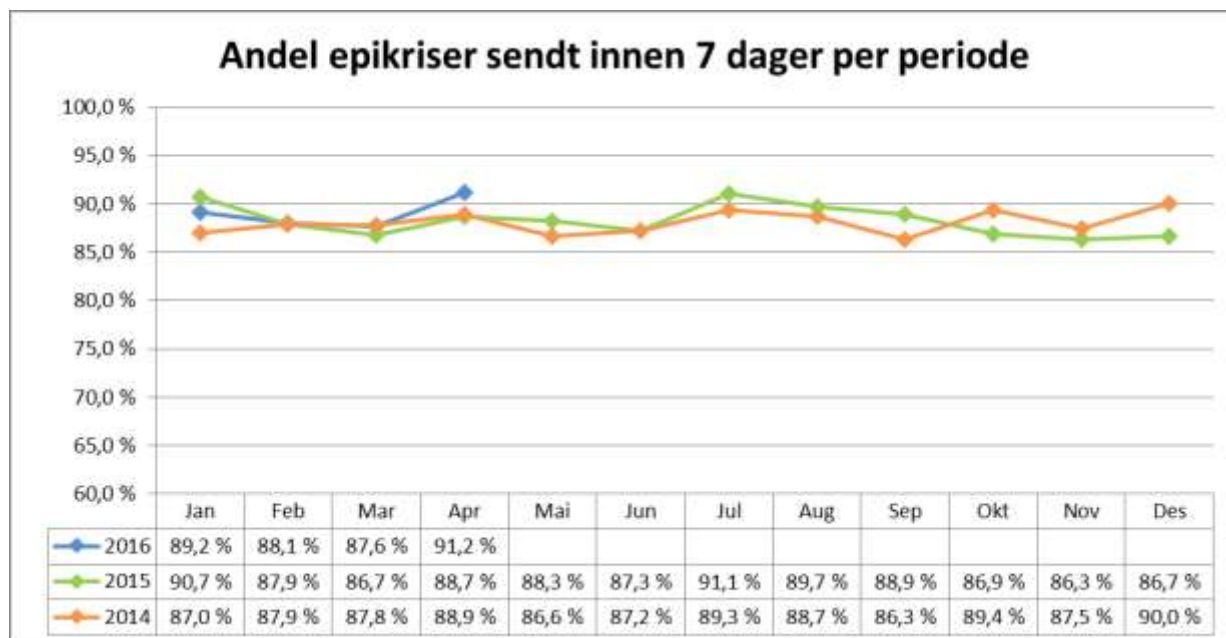


Det er betydelig fokus på og innsats for å redusere ventetider og å fjerne fristbrudd for foretakets pasienter. Dette har gitt resultater. Ved utgangen av 2015 nådde foretaket målsettingen om en gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter på under 65 dager og nesten ingen fristbrudd. Andel fristbrudd for avviklede pasienter var ved utgangen av 2015 på 0,2 %, mens gjennomsnittlig ventetid var 62 dager. Ved utgangen av april er gjennomsnittlig ventetid redusert til 59 dager. Hittil i år har foretaket hatt 14 fristbrudd.

2. KVALITET, FAGUTVIKLING OG FORSKNING

2.1 Pasientsikkerhet

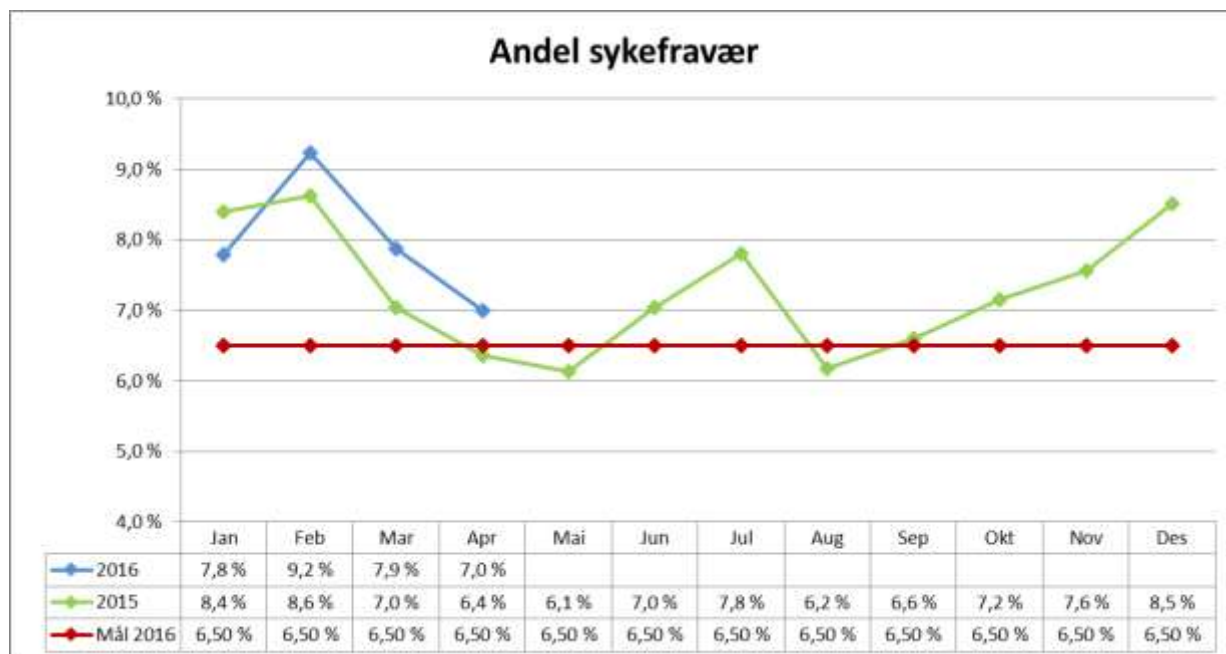
2.2 Epikrisetid



Det arbeides på flere områder for å øke pasientsikkerheten i foretaket, herunder sikre god kommunikasjon med primærhelsetjenesten. I denne forbindelse fokuseres det bl.a. på epikrisetid. Målsettingen er at alle epikriser skal være sendt innen 7 dager. Foretaket har de siste årene nådd et resultat der mellom 85 og 90 % av alle epikriser er sendt innen 7 dager. Det arbeides med å øke denne andelen ved at de klinikkene som har lavest andel, pålegges å intensivere innsatsen for å øke sin andel. Resultatet i april på 91,2 % er det beste månedsresultatet hittil i foretaket.

3. MEDARBEIDER

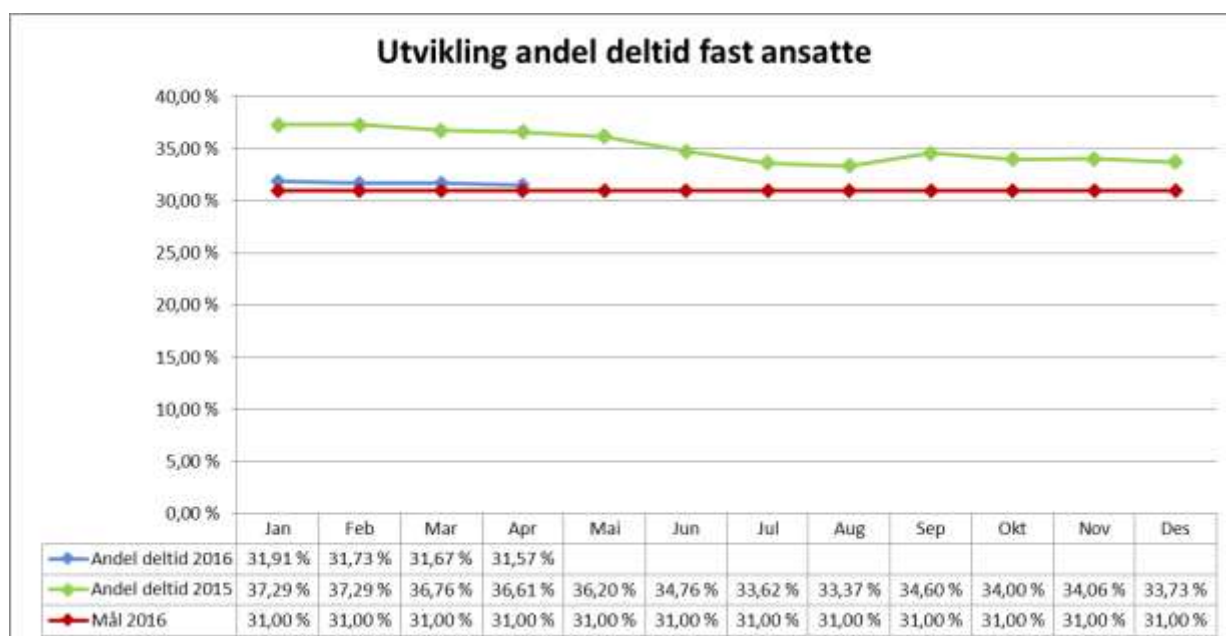
3.1 Andel sykefravær



Sykefraværet var i april 7,0 % mot 6,4 % i samme måned i fjor. Fraværet varierer fra 5,5 % i klinikken med lavest fravær til 11,0 % i klinikken med høyest fravær.

Helseforetaket jobber systematisk og langsiktig med inkluderende arbeidsliv med utgangspunkt i en overordnet strategi og nedfelte rutiner.

3.2 Andel deltid



Andel deltid for fast ansatte var i april 31,6 %, en reduksjon på 0,1 %-poeng fra forrige måned. Samme måned i fjor var andel deltid for fast ansatte 36,6 %.

Den gjennomsnittlige stillingsprosenten for fast ansatte var i april 88,9 %, - det samme som i forrige måned. I april 2015 var den gjennomsnittlige stillingsprosenten for fast ansatte 86,3 %.

Disse resultatene innebærer at den svært positive utviklingen foretaket hadde i andre halvår 2015, fortsetter inn i 2016 for disse indikatorene.

3.3 Etterlevelse av arbeidstidsbestemmelser

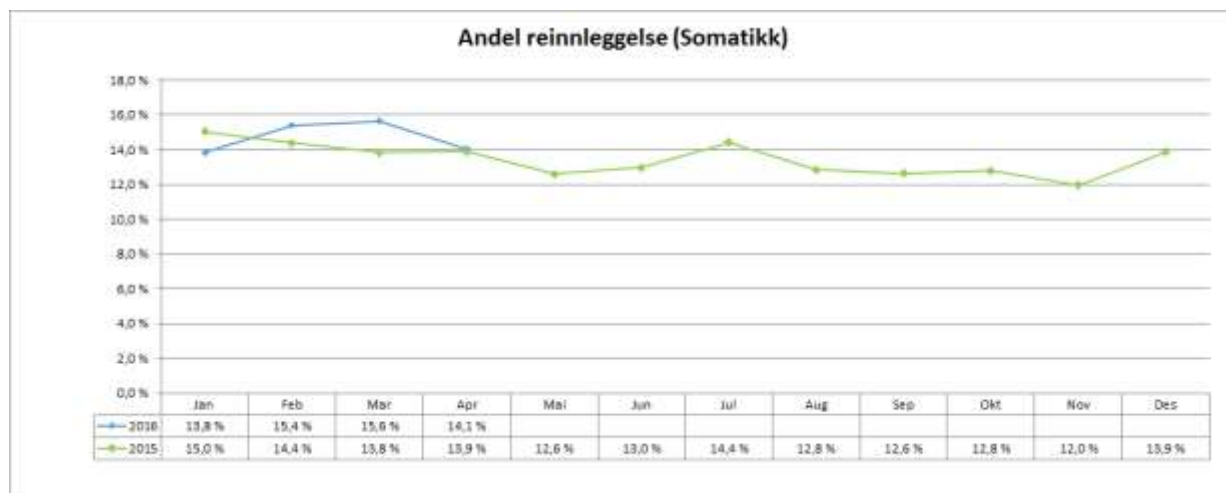


Antall arbeidstidsavvik har de siste månedene ligget mellom 2 000 og 2 500 brudd og var i april på 2 028 brudd. Det høye tallet for mars skyldes i stor grad arbeidsplaner for påsken, mens siste måned (uten helligdager) viser at antall brudd på ukentlig fritid er nesten halvert.

Det arbeides fortsatt med å få igangsatt tiltak for å redusere brudd som er å anse som særlig alvorlige i forhold til pasientsikkerheten eller i forhold til de ansattes helse.

4. SAMHANDLING

4.1 Andel reinnleggelser somatikk



Andel reinnleggelser i foretakets somatiske avdelinger har ikke endret seg mye de siste årene og ligger mellom 12 og 16 % av antall opphold. Målsettingen for 2016 er lavere andel reinnleggelser enn i 2015. Etter en økning i årets første måned viser siste måneds tall en fin reduksjon.

Andel reinnleggelser i de psykiatriske avdelingene varierer noe mer og ligger stort sett mellom 10 og 20 % av antall opphold. Målsettingen for 2016 er lavere andel reinnleggelser enn i 2015. Andel reinnleggelser i de psykiatriske avdelingene var i april nede på 5,4 %, - en av de laveste månedsandelene for reinnleggelser som er målt.

4.2 Liggedøgn utskrivningsklare pasienter



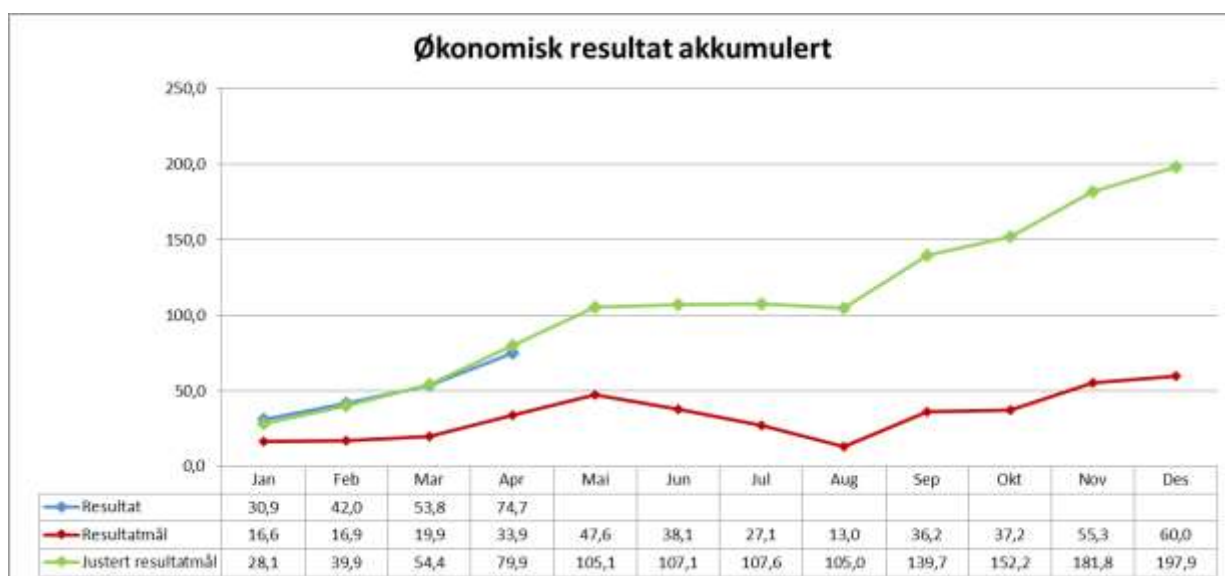
Kommunene betaler 4.505 kroner pr. liggedøgn for utskrivningsklare pasienter. Fakturerte liggedøgn kan variere litt fra registrerte liggedøgn p.g.a. forskjellige rapporteringsfrister, men dette blir korrigert i framtidige regninger.

Pr. april var det i alt 141 pasienter og 638 liggedøgn knyttet til utskrivningsklare pasienter. Tilsvarende periode i fjor var det 88 pasienter og 509 liggedøgn. Økningen fra 2015 til 2016 er særlig stor for Namsos kommune.

5. ØKONOMI OG RESSURSTYRING

5.1 Resultat

Alle ansvarssteder	Denne periode			Hittil i år		
Resultat	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap	Budsjett	Avvik
Driftsinntekter	285 685	281 531	4 154	1 107 659	1 099 497	8 162
Varekostnader	-46 115	-42 595	-3 520	-171 420	-164 935	-6 485
Lønnskostnader	-170 034	-177 227	7 193	-678 419	-714 131	35 712
Andre driftskostnader	-48 884	-48 706	-178	-186 915	-190 664	3 749
Driftskostnader	-265 034	-268 529	3 495	-1 036 755	-1 069 732	32 977
Driftsresultat	20 651	13 002	7 649	70 904	29 765	41 139
Finansresultat	313	1 038	-725	3 828	4 151	-323
Resultatmål	20 965	14 040	6 925	74 732	33 916	40 816
Endringer aktuarberegning pensj		11 500	-11 500		46 000	-46 000
Justert resultatmål	20 965	25 540	-4 575	74 732	79 916	-5 184



Etter at budsjettet for 2016 ble vedtatt, kom det i januar ny aktuarberegning over foretakets pensjonskostnader som innebar en reduksjon på om lag 138 mill kroner for 2016. Eier (HOD/HMN) har ennå ikke vedtatt hvilke konsekvenser dette vil få for basistilskudd, likviditet og/eller resultatmål, men forslag til revidert nasjonalbudsjett inneholder forslag til justeringer. Vedtatt budsjett innebærer et resultatmål på 60 mill kroner. I påvente av vedtak om endringer knyttet til reduserte pensjonskostnader, er det opprinnelige resultatmålet for 2016 økt med 138 mill kroner til 198 mill kroner.

Regnskapet for april viser et avvik på 6,9 mill kroner, herav 11,5 mill kroner knyttet til reduserte pensjonskostnader. Korrigert for disse endringene i pensjonskostnader viser foretakets resultat i februar et avvik på – 4,6 mill kroner i forhold til revidert resultatmål for 2016, og akkumulert hittil i år et avvik på – 5,2 mill kroner.

Inntekter

Foretakets inntekter var siste måned 4,2 mill kroner høyere enn budsjettet. 2,4 mill kroner av dette er knyttet til aktivitetsbaserte inntekter.

Varekostnader

Varekostnadene var siste måned 3,5 mill kroner høyere enn budsjettet. Det er størst avvik for legemidler (1,5 mill kroner) og undergruppen «høykostmedikamenter» (1,0 mill kroner).

Lønnskostnader

Lønnskostnadene var siste måned 7,2 mill kroner lavere enn budsjettet, herav 11,5 mill kroner knyttet til lavere pensjonskostnader og 3,0 mill kroner knyttet til økte kostnader til overtid og ekstrahjelp. Når vi ser bort fra reduserte pensjonskostnader, er det siste måned et reelt merforbruk på lønn på 4,3 mill kroner.

Andre driftskostnader

Det var siste måned et samlet avvik på disse postene på – 0,2 mill kroner.

Finansposter

Foretakets finansposter hadde siste måned et avvik på – 0,7 mill kroner.

5.2 Prognose

Alle ansvarssteder		Hele året	
Resultat	Budsjett 2016	Prognose 2016	Avvik budsjett - prognose
Driftsinntekter	3 179 346	3 179 346	0
Varekostnader	-494 539	-494 539	0
Lønnskostnader	-2 058 345	-1 920 406	137 939
Andre driftskostn (6)	-489 027	-489 027	0
Andre driftskostn (7)	-89 891	-89 891	0
Driftskostnader	-3 131 802	-2 993 862	137 939
Driftsresultat	47 544	185 484	137 939
Finansresultat	12 455	12 455	0
Resultatmål	60 000	197 939	137 939
Endringer aktuarberegning pensj	137 939		-137 939
Justert resultatmål	197 939	197 939	0

HNT prognostiserer et årsresultat for 2016 på 198 mill kroner. Det er 138 mill kroner bedre enn budsjettet og skyldes tidligere nevnte reduserte pensjonskostnader.

Inntekter

Inntekter prognostiseres i samsvar med budsjett.

Varekostnader

Varekostnadene prognostiseres i samsvar med budsjett.

Lønnskostnader

Lønnskostnadene prognostiseres med et positivt avvik på 138 mill kroner knyttet til reduserte pensjonskostnader.

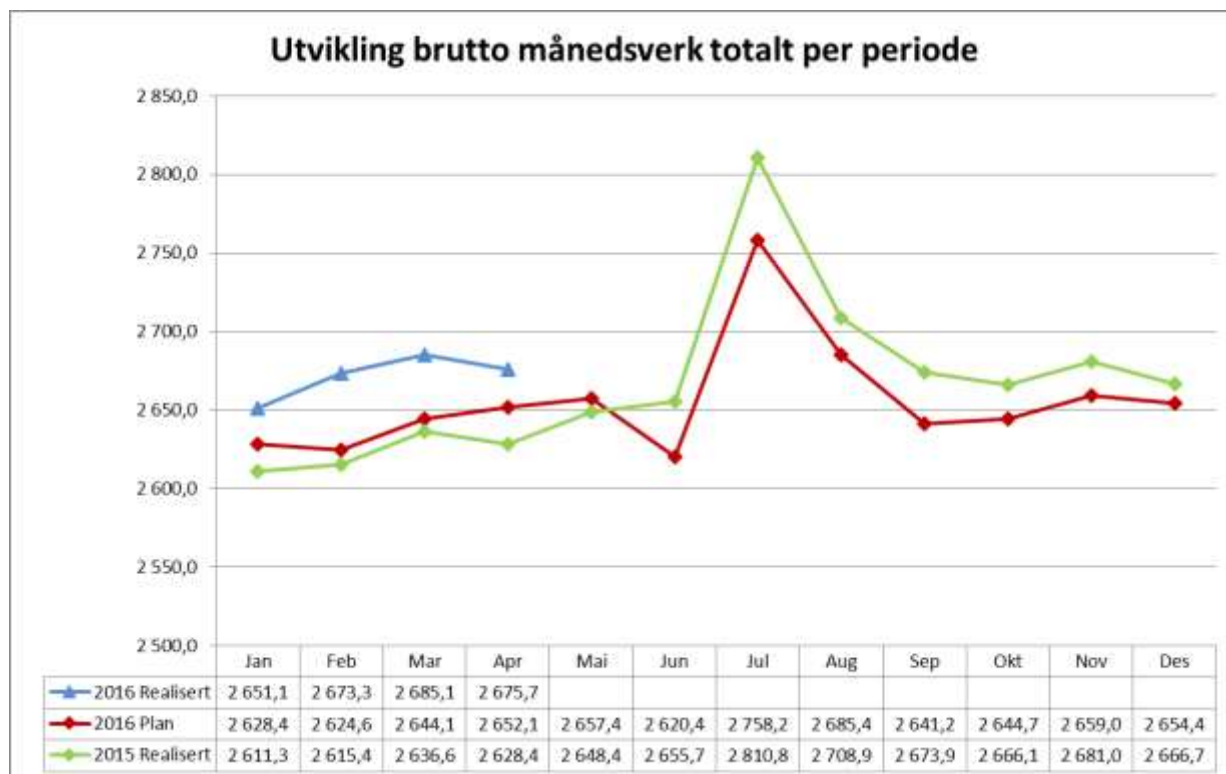
Andre driftskostnader

Andre driftskostnader prognostiseres i samsvar med budsjett.

Finansposter

Finanspostene prognostiseres i tråd med vedtatt budsjett.

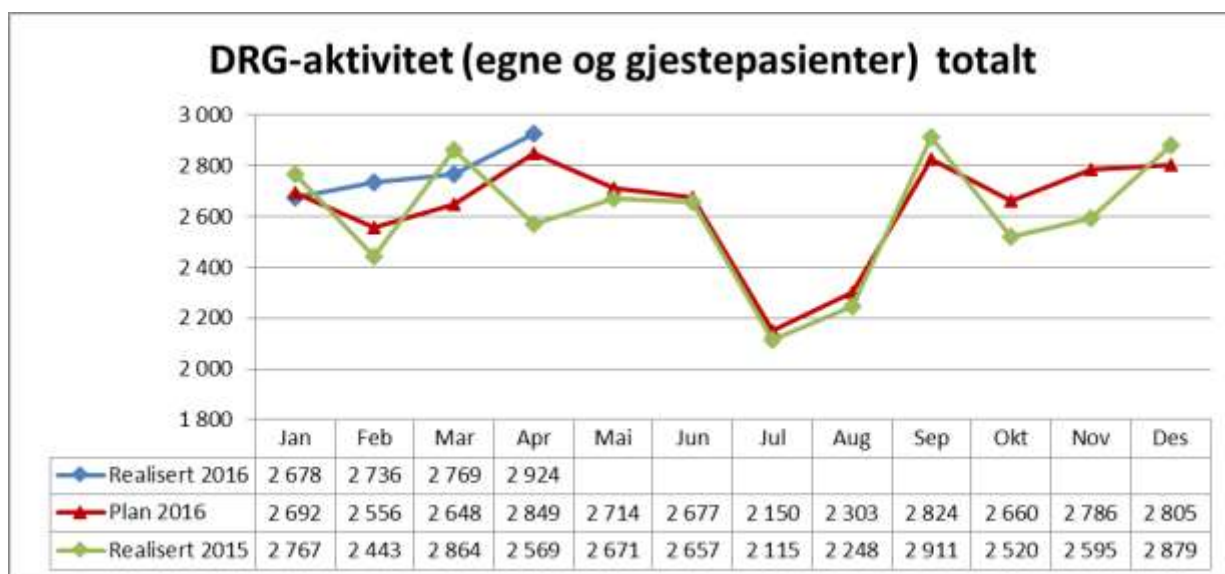
5.3 Bemanning



Samlede brutto månedsverk viste siste måned et merforbruk på 24 månedsverk i forhold til plan.

Innleie av helsepersonell fra byrå var siste måned på 1,3 mill kroner. Det er om lag 0,3 mill kroner over budsjett. Innleie av helsepersonell er i hovedsak knyttet til nødvendig innleie av legespesialister (særlig innen radiologi) for å kunne opprettholde pasienttilbudet ved fravær og vakanse i stillinger.

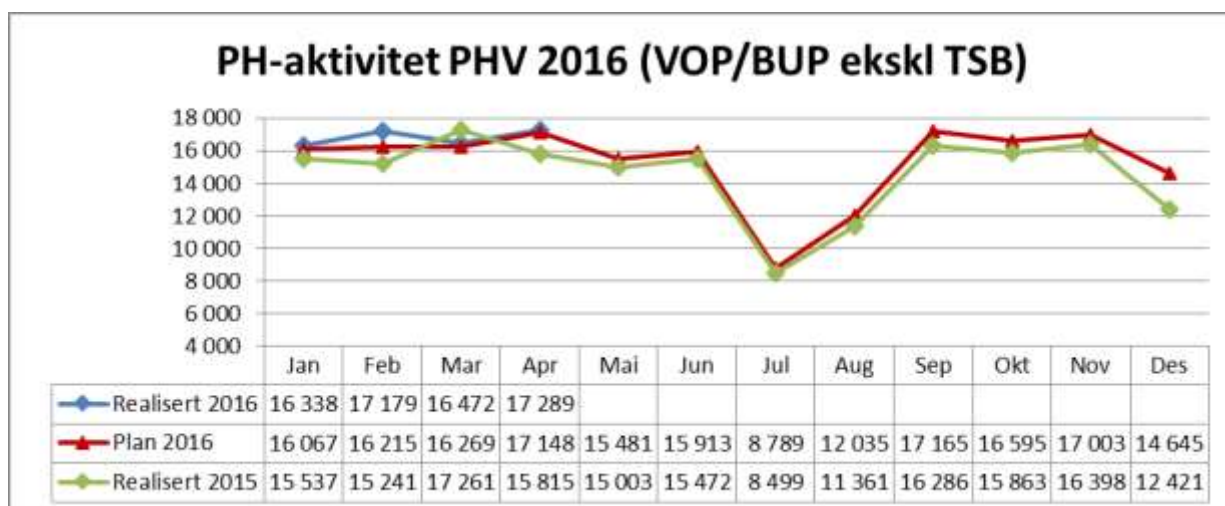
5.4 DRG-aktivitet



HMN har gjennom budsjett og styringsdokument for 2016 lagt opp til en "sørge for"- aktivitet for HNT litt over nivået for aktiviteten i 2015. HNT har planlagt en aktivitet i eget foretak i 2016 som er 1,4 % (inkl. 0,5 %-poeng i kodeforbedring) høyere enn tilsvarende aktivitet i 2015. Det er denne aktiviteten som er lagt inn i oversikten ovenfor.

Foretakets DRG-aktivitet varierer noe fra måned til måned og i forhold til det som er planlagt for den enkelte måneden. I akkumulerte aktivitetstall utjevnes disse svingningene noe. Aktiviteten var siste måned noe høyere enn planlagt og er akkumulert hittil i år 3,3 % høyere enn planlagt aktivitet. Årets DRG-aktivitet prognostiseres å bli om lag 2 % over planlagt aktivitet for 2016.

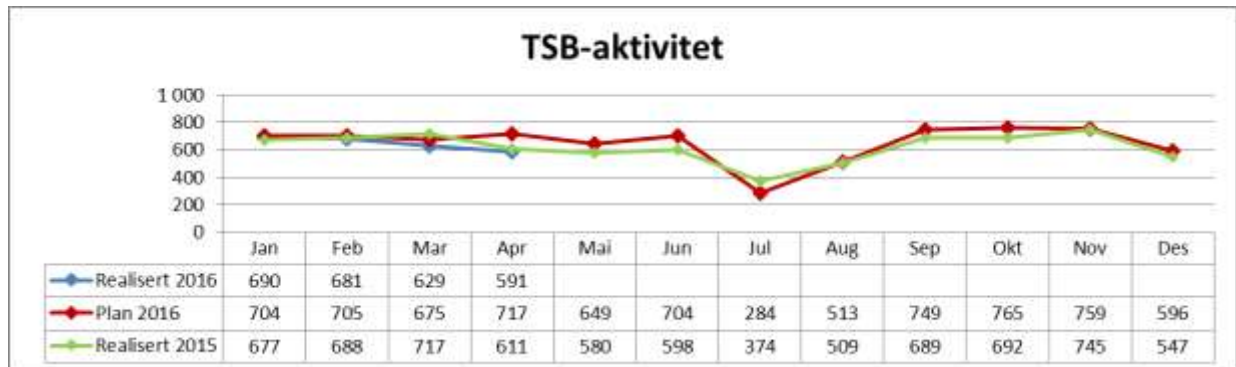
5.5 PH-aktivitet



Driftsplanene for foretakets psykiatriske avdelinger innebærer en aktivitetsøkning fra 2015 til 2016 på 4,7 %. Det er vel 1 %-poeng over det som er forventet i styringsdokumentet fra HMN.

Aktiviteten i de psykiatriske avdelingene var siste måned litt høyere enn foretakets planer og er akkumulert hittil i år 2,4 % over planlagt aktivitet. I samsvar med fastsatte retningslinjer legges det opp til størst økning i den polikliniske aktiviteten.

5.6 TSB-aktivitet



Innen rusbehandling (TSB) er det lagt opp til en aktivitetsvekst fra 2015 til 2016 på 5,3 %, dvs. nesten 2 %-poeng over bestillingen fra HMN.

Aktiviteten innen rusbehandling var siste måned en del lavere enn planlagt og er akkumulert hittil i år 7,5 % lavere enn planlagt aktivitet. I samsvar med fastsatte retningslinjer legges det opp til størst økning i den polikliniske aktiviteten.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 22/2016 Langtidsplan og langtidsbudsjett 2017 – 2022

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret i Helse Nord-Trøndelag HF	31.05.16	22/2016
Saksbeh:	Tormod Gilberg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2016/1891	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF støtter foreslåtte prinsipper og forutsetninger for LTB 2017 – 2022. Det er viktig at regionale fellesprosjekt og inntrekk av likviditet til slike fellesprosjekt gjennomføres slik at den økonomiske utfordringen for helseforetaket blir håndterbar.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF støtter foreslåtte forslag til prioritering av investeringer i foretaket i perioden 2017 – 2022. Det er viktig at investeringsrammen for HNT i årene framover minimum holdes på foreslått nivå for å dekke nødvendige behov på kort og lang sikt.
3. I samsvar med vedtatt finansstrategi bør HNT tildeles en driftskredittramme på 50 – 100 mill kroner for å kunne fange opp kortsiktige svingninger i foretakets likviditetsbehov.

SAKSUTREDNING:

Sak 22/2016 Langtidsplan og langtidsbudsjett 2017 – 2022

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. HMNs brev av 05.04.16 om prinsipper og forutsetninger for utarbeidelse av langtidsplan og -budsjett 2017 – 2022.

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Sak 26/16, Langtidsplan og -budsjett 2017 – 2022 – Prinsipper og forutsetninger, behandlet i styret for HMN 16.03.16.

1. GRUNNLAG

Styret for HMN vedtok i sak 26/16 følgende prinsipper og forutsetninger for utarbeidelse av langtidsplan og -budsjett 2017 – 2022:

- 1. Helse Midt-Norge skal gjennomføre store og nødvendige oppgaver i tiden fremover. Derfor må effektiviseringen minst ligge på 1 % relatert til likviditetsmessig effekt på drift. Styret vil peke på at en effektivisering kan oppnås gjennom økt fokus på organisering og prosesser.*
- 2. Styret understreker viktigheten av at arbeidet med Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal og Helseplattformen er kommet godt i gang. Føringer fra langtidsplan og budsjett må legges til grunn for arbeidet.*
- 3. Styret legger til grunn at prinsipper og føringer for å ta igjen etterslep på vedlikehold og bygningsmessige investeringer i parallell med regionale investeringer legges til grunn i foretakenes langtidsbudsjetter.*
- 4. Styret understreker at formålet med driftskreditt er håndtering av kortsiktige svingninger i likviditet. Det legges til grunn at det inngås avtale med aktuelle helseforetak for å sikre en plan for å bringe driftskreditten på formålstjenlig nivå.*
- 5. Styret forutsetter at Helse Midt-Norge i størst mulig grad skal fordele inntekter i henhold til foretaksgruppens inntektsmodell. Fordeling av midler til tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) skal tas inn i modellen fra 2017.*

Med brev av 05.04.16 har HMN bedt om HNT-styrets tilbakemelding og innspill på grunnlag av vedtatte prinsipper, føringer og foreløpige inntektsrammer for langtidsperioden. Med brev av 28.04.16 ble foretakets innspill til langtidsplan og langtidsbudsjett oversendt administrativt til regionforetaket med forbehold om styrets behandling av saken i møte 31.05.16. Styrets vedtak i denne saken vil bli ettersendt. Styret for HMN behandler sak om LTB 2017 – 2022 og foreløpige inntektsrammer for 2017 i sitt møte 16. juni.

2. DRØFTING AV PROBLEMSTILLINGER

Foretaksgruppen står foran store investerings- og utviklingsprosjekter som krever en helhetlig langtidsplanlegging både i helseforetakene og for foretaksgruppen samlet. Prosessen for utarbeidelse av langtidsplan og -budsjett er derfor lagt om for i større grad å understøtte behovet

og utfordringene i det enkelte helseforetak. Dette tilsier at den regionale langtidsplanen i større grad vil bygge på helseforetakenes egne langtidsplaner utarbeidet innenfor de prinsipper og føringer det regionale styret har vedtatt.

Det er utarbeidet eget malverk til bruk i langtidsbudsjettarbeidet. Sammen med dette malverket er det også utsendt foreløpig inntektsfordeling for langtidsbudsjettperioden. Foreløpig inntektsfordeling vil bli oppdatert etter hvert som grunnlagsdata knyttet til befolkningsutvikling, pasientstrømmer og bruk av private m.v. blir avklart.

En hovedproblemstilling i langtidsbudsjettarbeidet er fordeling av ressurser mellom investeringer og drift, herunder forventninger om ytterligere effektivisering av foretakenes drift i årene framover for bl.a. å gi rom for framtidige satsingsområder og investeringsbehov. Foretakene er i den forbindelse invitert til å komme med innspill til prioritering av investeringer med tilhørende konsekvenser for driftsresultat og likviditet.

Forutsetninger om aktivitet og økonomiske ressurser

Sammen med inntektsrammer har HMN også fastsatt krav om inntrekk av likviditet fra hvert helseforetak som bidrag til finansiering av felles regionale investeringsprosjekt. For HNT er det lagt opp til et krav om inntrekk av likviditet med om lag 65 mill kroner årlig til slike regionale prosjekt. På den annen side er det ikke fastsatt entydige krav til årsresultat i langtidsbudsjettperioden. Et positivt årsresultat bidrar til likviditet til forestående investeringer. Slik sett blir kravet til likviditet et like sterkt styringsinstrument som krav til årsresultat (for å styrke egenkapitalen).

HMN vektlegger behovet for økonomisk kontroll som en viktig forutsetning for stabil og forutsigbar drift, for utvikling av pasientbehandlingen og for å skape handlingsrom for nye investeringer. HMN forventer en årlig aktivitetsvekst på 1,5 %, mens befolkningsveksten forventes å bli 1,1 %. Aktivitetsveksten skal være større i psykiatri og rus enn i somatikk.

Krav om generell årlig effektivisering på minimum 1 % i tillegg til at økt aktivitet forutsettes finansiert til om lag 80 % av gjennomsnittskostnad, i sum er dette beregnet til et (netto) effektiviseringskrav på 1,13 %. Nye og økte driftskostnader til bl.a. IKT-satsinger øker kravet til effektivisering ytterligere.

3. FORETAKETS PRIORITERTE INVESTERINGER

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

Basert på nasjonal veileder har HNT utarbeidet egen utviklingsplan (jf. egen styresak) for å få et bedre grunnlag for framtidig disponering og utvikling av arealer. I planen har en søkt å ta hensyn til endringer i befolkningsgrunnlag, sykdomsbilde, nasjonale helse- og sykehusplaner og gjeldende strategiplaner.

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. Utviklingsplanen vil være grunnlag for prioritering av bygningsmessige tiltak i budsjettene i årene framover.

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

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

Med utgangspunkt i disse prioriteringene legges det opp til følgende føringer for foretakets investeringsbudsjett i årene framover:

Investeringer i MTU foreslås økt til 45 mill kroner pr. år fra 2017 (dvs. + 5 mill kroner pr. år) og ytterligere økt til 50 mill kroner pr. år fra 2021.

Diverse bygningsmessig ombygging/rehabilitering foreslås videreført med 20 mill kroner pr. år i perioden fram t.o.m. 2020. I 2021 og 2022 er det lagt inn 25 mill kroner pr. år, og f.o.m. 2023 er det lagt inn 30 mill kroner pr. år.

Psykiatriløftet Levanger, er lagt inn med til sammen 225 mill kroner i LTB-perioden, med oppstart i 2017 og ferdigstilling i 2019. Framdrift og beløp bygger på styregodkjent forprosjekt og med tilsagn om kortsiktig lån på 50 mill kroner fra HMN.

Større bygningsmessige investeringer er videreført med 100 mill kroner årlig f.o.m. 2020. Dette er i samsvar med tidligere beregnet årlig behov i sykehusets utviklingsplan for perioden fram til 2030. Innen disse rammene er det bl.a. planer for et kombinasjonsbygg somatikk Namsos med samlokalisering av operasjonslokaler og diverse lokaler for utleie til kommuner. Det forutsettes arbeidet videre med planlegging og prioritering av tiltak for å dekke behov påpekt i gjeldende utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag, statlige helse- og sykehusplaner og helseregionens arbeid med Strategi 2030.

Sammenfattet fremmes følgende innspill til investeringsbudsjett for HNT i langtidsbudsjettperioden (tall for 2015 er vedtatt årsbudsjett for inneværende år):

Prioritet	Investeringer (i 1000 kroner)	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	Finansielle anleggsmidler							
1	Egenkapitalinnskudd KLP	8 200	8 200	8 200	8 200	8 200	8 200	8 200
	Utstyr m.v.							
2.1	Medisinsk-teknisk og teknisk utstyr, ordinært	40 000	45 000	45 000	45 000	45 000	50 000	50 000
2.1	Medisinsk-teknisk utstyr, overført fra 2015	15 000						
2.2	IKT-investeringer	2 500	2 000					
	Prosjekter og bygningsmessige investeringer							
3	Div. ombygging/rehabilitering, inkl. HMS	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	25 000	25 000
4	Utviklingsplan HNT (ombygging og nybygg)							
4.1	Psykiatriciløftet Levanger; rus, RKSF og alderspsykiatri		80 000	100 000	45 000			
4.2	Helikopterlandingsplass m.v., Levanger							
4.3	Utviklingsplan HNT, diverse	20 000			55 000	100 000	100 000	100 000
HNT	Sum totale investeringer	105 700	155 200	173 200	173 200	173 200	183 200	183 200

4. FORETAKETS PRIORITERINGER INNEN DRIFT

HMNs styrets vedtak 16.03.16 gir generelle retningslinjer for strategiske prioriteringer i årene framover. Vedtaket bygger på regionens vedtatte strategiplan herunder krav til generell effektivisering og omprioritering av økonomiske ressurser fra drift til investering.

HNT har på dette grunnlag og innenfor tilgjengelige rammer satt av midler til følgende satsingsområder/kostnadselement i langtidsbudsjettet:

Driftsmessig vedlikehold er i innspillet til LTB styrket med 2,5 mill kroner i 2017 for deretter å flate ut på dette nivået i resten av LTB-perioden. Det legges også opp til økt ivaretaking av eksisterende bygningsmasse gjennom en økning i rammene til bygningsmessige vedlikeholdsinvesteringer og til ombygging/rehabilitering finansiert gjennom investeringsbudsjettet.

IKT-kostnader er økt i samsvar med innspill fra HEMIT, dvs. 8,7 mill kroner i 2017, og videre endring/økning i årene framover.

Driftssenter LØ (regional enhet for drift av SAP) er lagt inn med en økt andel for HNT på 1,6 mill kroner f.o.m. 2017.

Leie lokaler (i hovedsak kombinasjonsbygg Levanger med **helikopterlandingsplass**) er økt med 4 mill kroner f.o.m. 2017.

Effektivisering

HNT har i egen strategiplan vurdert og fastsatt et mål om årlig/løpende effektivisering av driften tilsvarende 1,5 % av samlede driftskostnader, dvs. om lag 45 mill kroner pr. år. Dette omstillingskravet er bl.a. begrunnet med ny teknologi og nye behandlingsformer som gir mulighet for mer effektive driftsformer. Samtidig vil frigjorte driftsmidler fra slike effektiviseringstiltak kunne benyttes til å forbedre og utvikle behandlingstilbudet til eksisterende og nye pasientgrupper.

I innspillet til LTB er det, i samsvar med gitte forutsetninger, lagt inn en forutsetning om netto effektivisering av driften tilsvarende 1,13 % eller om lag 35 mill kroner pr. år. I tillegg til dette beløpet er det lagt inn forutsetninger om å dekke andre kjente kostnadsøkninger (i hovedsak økte IKT-kostnader og økte leiekostnader) med 15 – 20 mill kroner pr. år. Samlet (brutto) krav til

effektivisering vil derfor ligge på 50 – 55 mill kroner pr. år, eller om lag 1,8 % av foretakets driftskostnader.

Regionforetakets krav om minimum 1 % effektivisering hvert år begrenser HNT's muligheter for å kunne gjennomføre egne prioriterte omstillinger og satsinger. Det regionale kravet ligger derfor i øvre grense for hva som anbefales fra administrerende direktør.

Vi er ennå i en tidlig fase der det konkrete innholdet i mulige effektiviseringstiltak ikke er klart. På dette grunnlag finner administrerende direktør det riktig å understreke at det blir stadig vanskeligere å finne gode tiltak for ytterligere effektivisering av den interne driften. Basert på foreslåtte reduksjoner i disponible rammer til foretaket i årene framover vil det derfor også måtte vurderes å gjennomføre tiltak av mer strukturell karakter. Det forutsettes at dette arbeidet må starte umiddelbart.

Mulige områder for forbedring og effektivisering av driften

(Hvordan effektivisere med 50 – 60 mill kroner pr. år for å dekke økte kostnader og behov for økt overskudd til investeringer?)

- Pasientsikkerhetstiltak
- Pasienttilbud (hvor og i hvilket omfang)
- Pasientforløp
- Sengepostdrift
- Organisering av virksomheten

Satsingsområder til vurdering (som påvirker inntekter og/eller kostnader)

- Mulighet til å snu strømmer av egne lokalsykehuspasienter fra St. Olav til HNT. Dette forutsetter noen investeringer og økt basisramme knyttet til disse pasientene
- Prioriterte områder innen pasientbehandling (jf. styringsdokument)
- Prioriterte områder innen rekruttering/bemanning (i samsvar med prioriterte aktiviteter)
- Nivå på vedlikehold og investering i bygg og utstyr
- IKT; utvikling og idriftsetting av nye system

5. FINANSIERING, LIKVIDITET OG RESULTAT

Innspill til LTB 2017 – 2022 er basert på mottatte inntektsrammer og forutsetninger fra HMN. LTB-oppsettet viser at det er mulig å finansiere foreslåtte investeringer og drift innen tildelte rammer, men at det særlig i årene fram t.o.m. 2020 blir svært små likviditetsmessige reserver.



Basert på tildelte inntektsrammer og øvrige forutsetninger (om bl.a. samlet årlig effektivisering av driften på 1,5 – 2,0 %) indikerer foretakets innspill til LTB at resultatet vil øke fra 60,0 mill kroner i årets budsjett til om lag 79 mill kroner i 2017 og ytterligere økning i påfølgende år.

Driftskreditt

I sak 27/16 om prinsipper og forutsetninger for LTB 2017 – 2022 omtales i kapittel 10.2

Driftskreditt. Det påpekes at «Finansstrategi for HMN legger til grunn at *helseforetakenes driftskreditt skal benyttes til å håndtere kortsiktige svingninger i driften.*» Som det eneste av sykehusforetakene i regionen er HNT i dag ikke tildelt ramme for bruk av driftskreditt. I samsvar med vedtatt finansstrategi ønsker foretaket en driftskredittramme på 50 – 100 mill kroner for å kunne fange opp kortsiktige svingninger i foretakets likviditetsbehov.

6. OPPSUMMERING/AVSLUTNING

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. Utviklingen kan dokumenteres gjennom SAMDATA-tall som bl.a. viser at HNT i den somatiske driften i 2014 hadde lavest kostnadsindeks av alle foretak i regionen. Foretaket har i flere år levert økonomiske resultat som har vært til dels betydelig bedre enn fastsatte resultatkrav fra regionforetaket. Dette har tilført foretaket likviditet til nødvendige investeringer i MTU og bygninger. Samtidig er det lagt ned et betydelig arbeid i å forbedre kvaliteten i foretakets drift gjennom bl.a. å redusere pasientenes ventetider og å fjerne fristbrudd.

På dette grunnlag vil foretaket understreke at det blir stadig vanskeligere å finne gode tiltak for ytterligere effektivisering av den interne driften. Det gjennomføres fortløpende analyser og vurdering av driften i flere av foretakets klinikker. Dette viser at det er vanskelig å finne tilstrekkelige tiltak gjennom «hverdagsrasjonalisering», og at det etter hvert kan bli nødvendig med større driftsomlegginger. Dette øker også usikkerheten i budsjettet og understreker behovet for reserver til dekning av uforutsette forhold. Det er derfor ønskelig at også HNT kan ha en tilgjengelig driftskredittramme for å kunne fange opp kortsiktige svingninger i foretakets likviditetsbehov.

For HNT 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 prioriterer foretaket i langtidsbudsjettet å sette av midler til vedlikehold og fornying av bygninger og utstyr og til rekruttering og sikring av kompetanse og kapasitet av nødvendig nøkkelpersonell.

Forslag til LTB for HMN for perioden 2017 – 2022 forutsettes behandlet i regionstyret 16. juni. Vedtatt langtidsbudsjett vil gi retningslinjer for prioriteringer knyttet til framtidige investeringer i helseregionen. Videre legges det opp til at styret vil fastsette foreløpige inntektsrammer for foretakene for 2017 i samme sak.

Av hensyn til det videre arbeid med langtidsbudsjettet i HMN vil direktørens saksframlegg i denne saken bli oversendt HMN før styrets behandling av saken 31. mai. Resultatet av styrebehandlingen vil bli ettersendt til regionforetaket.

«MOTTAKERNAVN»

«ADRESSE»

«POSTNR» «POSTSTED»

«KONTAKT»

Vår ref.
2016/178 - 2404/2016Deres ref.
«REF»Saksbehandler
Reidun Martine Rømo, 74 83 99 17Dato
05.04.2016

Langtidsplan og -budsjett 2017-2022 - prinsipper og forutsetninger

Styret i Helse Midt-Norge RHF behandlet i møte 16. mars 2016 prinsipper og føringer for Langtidsplan og –budsjett 2017-2022, jf sak 26/16. Det ble gjort følgende vedtak:

- 1. Helse Midt-Norge skal gjennomføre store og nødvendige oppgaver i tiden fremover. Derfor må effektiviseringen minst ligge på 1 % relatert til likviditetsmessig effekt på drift. Styret vil peke på at en effektivisering kan oppnås gjennom økt fokus på organisering og prosesser*
- 2. Styret understreker viktigheten av at arbeidet med Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal og Helseplattformen er kommet godt i gang. Føringer fra langtidsplan og budsjett må legges til grunn for arbeidet*
- 3. Styret legger til grunn at prinsipper og føringer for å ta igjen etterslep på vedlikehold og bygningsmessige investeringer i parallell med regionale investeringer legges til grunn i foretakenes langtidsbudsjetter*
- 4. Styret understreker at formålet med driftskreditt er håndtering av kortsiktige svingninger i likviditet. Det legges til grunn at det inngås avtale med aktuelle helseforetak for å sikre en plan for å bringe driftskreditten på formålstjenlig nivå*
- 5. Styret forutsetter at Helse Midt-Norge i størst mulig grad skal fordele inntekter i henhold til foretaksgruppens inntektsmodell. Fordeling av midler til tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) skal tas inn i modellen fra 2017*

Foretaksgruppen står foran store investerings- og utviklingsprosjekter som krever en helhetlig langtidsplanlegging både i helseforetakene og for foretaksgruppen samlet. Prosessen for utarbeidelse av langtidsplan og –budsjett er derfor lagt opp slik at den understøtter behovet for langsiktig planlegging i det enkelte helseforetak. Det regionale langtidsbudsjettet bygger på helseforetakenes egne langtidsbudsjetter utarbeidet innenfor de prinsipper og føringer det regionale styret har vedtatt. Langtidsperioden går i utgangspunktet fra 2017 til 2022. For å få frem konsekvensene av planlagte store

investeringer er det behov for at helseforetakene også beskriver utfordringsbildet frem til 2030.

Forutsetninger

Malverk og veiledning sendes kontaktpersoner i alle helseforetak og Hemit den 6. april 2016. Foreløpig inntektsfordeling for 2016 sendes ut sammen med malverket som en del av føringene for arbeidet. Foreløpig inntektsfordeling vil bli oppdatert når pasientstrømmer somatikk og bruk av private er klart.

Forutsetningene som er lagt til grunn er basert på styrets behandling av sak 26/16. I tillegg vises det til omtale av satsing på klinisk farmasi i Langtidsplan og –budsjett 2015-2020, jf sak 46/14. Det forutsettes at sykehusforetakene samlet trapper opp satsingen på klinisk farmasi med 2 mill kr årlig i kommende fem-årsperiode, sett i forhold til nivå 2016.

Fordeling av midler til tverrfaglig spesialisert behandling (TSB) skal tas inn i modellen fra 2017. Det legges til grunn at det benyttes nasjonale priser på tjenesten i beregningen og at modellen innføres over 2 år.

Frist for levering av utfylt malverk med kommentarer er 27. april 2016. Det er i perioden frem til fristen lagt opp til en tett dialog mellom RHF og HF. Det legges opp til drøftingsmøter om foretakenes planer og utfordringer i mai måned. Tilbakemelding sendes postmottak@helse-midt.no med kopi til anne.trine.kjeldstad@helse-midt.no.

Vi ser at det ikke vil være mulig å styrebehandle foretakets langtidsbudsjett før fristen den 27. april. Vi ber derfor om at utfylt malverk med foretakets langtidsbudsjett sendes administrativt med forbehold om styrets behandling.

Det er lagt opp til et felles seminar for alle styrer i helseforetakene og det regionale styret den 11. mai 2016. Ramme for seminaret vil være styringsplakaten 2016 og Langtidsplan og –budsjett 2017-2022. I den forbindelse varsler vi allerede nå at styreleder i hvert helseforetak vil bli bedt om å redegjøre nærmere for hvor potensiale i egen organisasjon ligger i forhold til å nå de økonomiske målene og sikre økonomisk bærekraft.

Med vennlig hilsen

Stig A. Slørdahl
administrerende direktør

Anne-Marie Barane
økonomidirektør

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 23/2016 Risikostyring av overordnede styringsmål 2016, 1. tertial rapportering

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	31.05.2016	23/2016

Saksbeh: Sveinung Aune

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2016/1891

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar status per 1.tertial, for oppfølging av risikostyring av overordnede styringsmål 2016, til etterretning.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar administrerende direktørs vurderinger av risikoområder til etterretning og ber om at områdene med kritisk og høy/moderat risiko blir fulgt opp med korrigerende tiltak, slik at mål kan nås og oppgaver blir løst.

SAKSUTREDNING:

Sak 23/2016 Risikostyring av overordnede styringsmål 2016, 1. tertial rapportering

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Helse Nord-Trøndelag HF - Rapport risikostyring 1. tertial 2016.

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Styringskrav og rammer 2016 for Helse Nord-Trøndelag HF.
2. Oppdragsdokument 2016 Helse Midt-Norge RHF.
3. Foretaksmøteprotokoll Helse Nord-Trøndelag HF av 05.02.2016.
4. Foretaksmøteprotokoll Helse Nord-Trøndelag HF av 29.02.2016.
5. Foretaksmøteprotokoll Helse Nord-Trøndelag HF av 27.04.2016.

BAKGRUNN

Gjennom styresak 08/2016 *Styringskrav og rammer 2016 for Helse Nord-Trøndelag og Foretaksprotokoll av 05.02.2016*. Oppfølging fra administrerende direktør, ble styret orientert om hvordan administrerende direktør vil følge opp eiers overordnede styringsbudskap. Med eiers overordnede styringsbudskap menes her mål og krav fremsatt i styringskrav og rammer 2016 for Helse Nord-Trøndelag HF, samt i Foretaksmøteprotokollene. Helse Midt-Norge RHF vil i 2016 særskilt følge opp fire overordnede mål:

- Redusere unødig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Økonomisk bærekraft

Innenfor hvert hovedområde er det formulert delmål for 2016 som Helse Midt-Norge RHF vil følge opp i de faste dialogmøtene med Helse Nord-Trøndelag HF. Gjennom driftsrapportene for januar og februar (Sak 10/2016 og 16/2016) er styret for Helse Nord-Trøndelag HF orientert om status i forhold til hovedelementer i styringsdokument og foretaksprotokoll.

Nå presenteres styret for 1. tertialrapport for Risikostyring av styringsmål 2016 (Vedlegg 1).

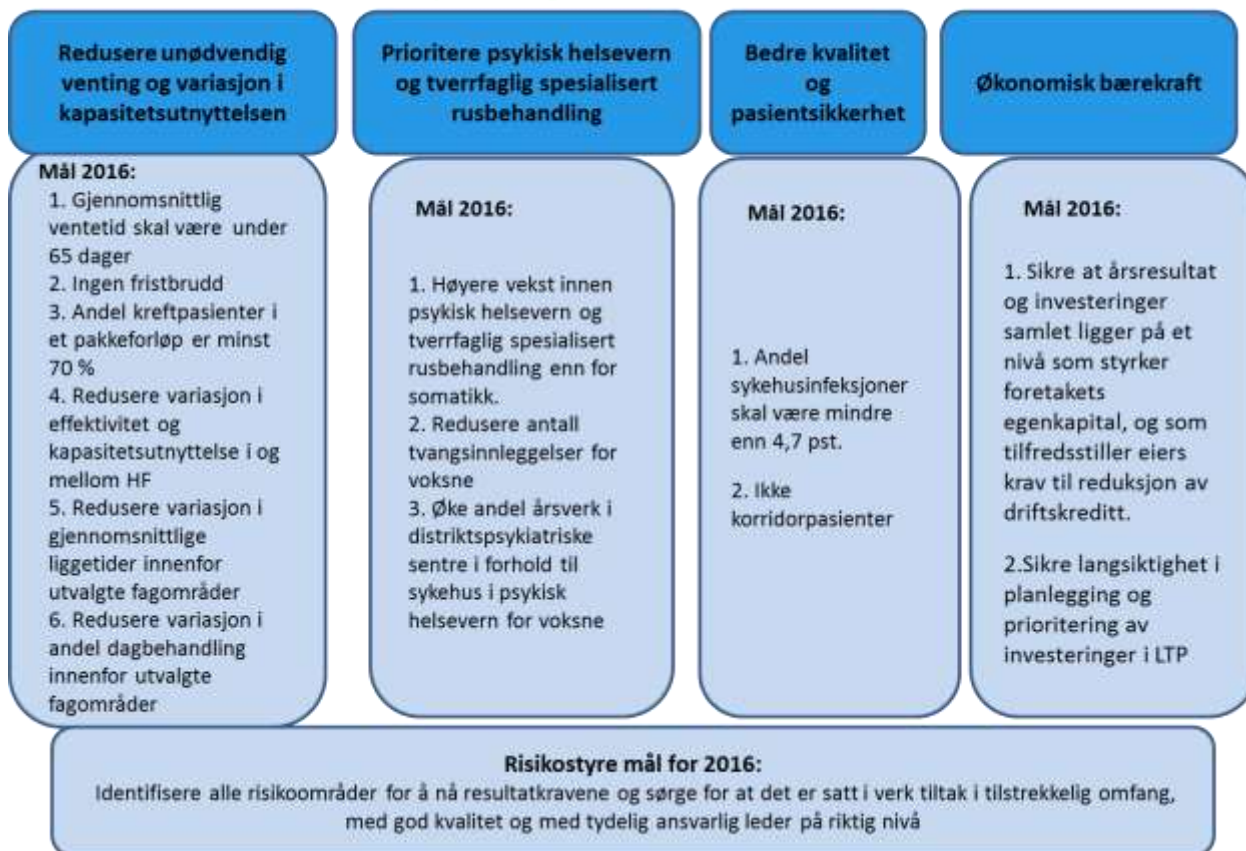
FAKTISKE OPPLYSNINGER

Styringskrav og rammer for 2016 inneholder de vilkår og forutsetninger som ligger til grunn for bevilgningen til Helse Nord-Trøndelag HF sin virksomhet i 2016, og vil sammen med foretaksmøteprotokollen utgjøre det samlede styringsbudskap til helseforetaket. En endring i forhold til tidligere år er at det ikke er tertialvise rapporteringskrav for samtlige oppgaver angitt i Styringskrav og rammer for 2016. Årlig melding for 2016 skal være en samlet tilbakemelding på alle styringskrav og ekstra oppgaver angitt i protokoller fra foretaksmøte.

Det er i 2016 et økt fokus på risikostyring, og det skal utarbeides og vedtas et overordnet rammeverk for risikostyring i foretaksgruppen. Rammeverket skal implementeres gradvis og utvikles i en tre års periode. I 2016 skal helseforetaket gjennomføre risikostyring som del av sin virksomhetsstyring av de fire styringsmålene i «plakaten», og følgende krav er stilt til helseforetakene: *Identifisere alle risikoområder for å nå resultatkravene og sørge for at det er satt i verk tiltak i tilstrekkelig omfang, med god kvalitet og med tydelig ansvarlig leder på riktig nivå.*

Helse Nord-Trøndelag skal innrette sin virksomhet med sikte på å nå målene som er oppsummert i en samlet plakat for Styringsmål 2016 som vises på neste side:

Styringsmål 2016



Når det gjelder delmål 4, 5 og 6 benyttes første halvår til et forberedende arbeid nasjonalt og regionalt. Det vil bli krav om rapportering på disse delmålene på et senere tidspunkt.

OPPFØLGING I HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Helse Nord-Trøndelag HF's styringsmodell legger grunnlaget for at man sikrer at det er sammenheng mellom mål og handlinger på alle nivåer i foretaket, og at det skapes resultater innenfor målområdene.

Risikovurdering skjer månedlig i klinikkens interne oppfølging, samt i dialogmøter med direktør. I 2016 skal det tertialvis gjøres rede for status på hovedmål og delmålene angitt i plakaten, utfordringer knyttet til disse, risikovurdering av målene og tiltak for å kunne oppnå målene. For øvrige styringskrav og oppgavene legger Helse Nord-Trøndelag HF opp til en intern prosess med en rapportering internt pr. 2. tertial for ivareta at også disse krav og oppgaver blir fulgt opp tilstrekkelig, og om nødvendig satt i gang tiltak for å kunne nå målene.

Klinikkledere i samarbeid med stabene skal iverksette de tiltak som er beskrevet i budsjettopplegget for 2016. Om mulighetene for å gjennomføre tiltakene etter plan endrer seg, skal klinikkleder og stabene utarbeide forslag til alternative tiltak, og etter avtale med administrerende direktør iverksette tiltak. Foretaksledelse og klinikkledelse møtes i dialogmøter for å utveksle informasjon og for å drøfte oppfølgingspunkter og tiltak.

DRØFTING

I 2016 skal det utarbeides og vedtas et overordnet rammeverk for risikostyring i foretaksgruppen. Det legges opp til en gradvis implementering av risikostyring og HF-ene skal bidra i utviklingen og implementeringen av rammeverket. Formålet med dette rammeverket er å sikre styrenes og ledelsen involvering i utvikling og tilpasning av risikostyring som en del av videreutviklingen av både RHF-et og HF-enes virksomhetsstyring. Arbeidet med å få et rammeverk for risikostyring på plass i foretaksgruppen er i gang og mer detaljerte maler fra arbeidsgruppen kan påvirke måten vi skal rapportere på framover.

Risikostyring er prosessen for å kunne identifisere, vurdere, håndtere og følge opp risiko slik at den er innenfor et akseptert nivå. Risikovurderingen er produktet av vurderingen av sannsynligheten for og konsekvens av uønskede hendelser, og indikerer hvor høy den enkelte risiko er, og danner grunnlag for å prioritere hvilke risikoer som må følges opp, og hvordan oppfølgingen skal skje.

Administrerende direktør ser det som viktig at Helse Nord-Trøndelag HF pr. 1. tertial har risikovurdert hovedområdene og delmål angitt i styringsmål 2016, og at det er angitt korrigerende tiltak for å redusere risikoen på de områdene der kombinasjonen av sannsynlighet og konsekvens resulterer i høy/moderat (gul) eller kritisk (rød) risiko for at målene ikke nås (jf. tabell nedenfor).

Helse Nord-Trøndelag HF, 1. tertial 2016		Risiko-score	Sannsynlighet					Konsekvens				
ID	Styringsmål 2016		1 Usannsynlig	2 Lite sannsynlig	3 Mindre sannsynlig	4 Sannsynlig	5 Svært sannsynlig	1 Ubetydelig	2 Mindre alvorlig	3 Betydelig	4 Alvorlig	5 Svært alvorlig
	Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen											
1.1	Gjenn ventetid < 65 dager			X						X		
1.2	Ingen fristbrudd						X			X		
1.3	Andel kreftpasienter i et pakkeforløp er minst 70 %			X						X		
	Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling											
2.1	Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk					X				X		
2.1 a	Gjennomsnittlig ventetid avviklede						X			X		
2.1 b	Kostnader						X		X			
2.1 c	Årsverk					X				X		
2.1 d	Aktivitet					X				X		
2.2	Redusere antall tvangsinnleggelser for voksne				X				X			
2.3	Øke andel årsverk i DPS i forhold til sykehus i psykisk helsevern for voksne				X				X			
	Bedre kvalitet og pasientsikkerhet											
3.1	Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7 %			X						X		
3.2	Ikke korridorpasienter						X		X			
	Økonomisk bærekraft											
4.1	Sikre at årsresultat og investeringer samlet ligger på et nivå som styrker foretakets egenkapital, og som tilfredstiller eiers krav til reduksjon av driftskreditt				X					X		
4.2	Sikre langsiktighet i planlegging og prioritering av investeringer i LTP				X						X	

Kort omtale av områder med kritisk risiko (se vedlegg 1 for mer detaljer)

Fristbrudd:

Ved utgangen av april er det avvirket 14 pasienter med fristbrudd. Kravet om ingen fristbrudd ved slutten av året vil derfor ikke kunne oppnås. Utfordringen for å unngå fristbrudd ligger i mulige kapasitetsproblemer over tid i forbindelse med rekrutteringsvansker og ferieavviklingen. Kontinuerlig fokus på rekruttering, vikarstaffet med St. Olavs Hospital, og erfaringer med rutiner og prosesser, er tiltak for å unngå fristbrudd.

Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn i somatikk:

Kombinasjon av høyere kostnader og flere årsverk innenfor somatikk enn i psykisk helsevern og rus gjør at vi sannsynligvis ikke når målet i 2016. Rekrutteringsarbeid og vurderingen om å begrense eller bremse aktivitet innen somatikk er noen av tiltakene som gjør det mulig å oppnå målet på sikt.

Korridorpasienter:

Ved utgangen av 1. tertial 2016 er andel korridorpasienter på 2,7 % målt i antall liggedøgn. En konstant høy beleggsprosent på de store avdelingene, sengetallsreduksjoner over tid, ingen reduksjon i innleggelsesraten, og vanskelig å få til en ytterligere reduksjon i liggetid, er utfordringer knyttet til krav om ingen korridorpasienter. Bedre logistikk i utskrivningsfasen og fortsette å samarbeide med kommunene er noen av tiltakene for å begrense antall korridorpasienter.

Sikre langsiktighet i planlegging og prioritering av investeringer i Langtidsplan:

En vesentlig forutsetning for å kunne gjennomføre planlagte investeringer er at foretaket makter å gjennomføre årlig varig effektivisering av driften med 1 – 2 %. Vi vurderer det som mindre sannsynlig at dette målet ikke nås, men konsekvenser av ikke å realisere dette er alvorlig og medfører derfor kritisk risiko.

KONSEKVENSER/KONKLUSJON

Som det fremgår av denne styresaken har Helse Nord-Trøndelag HF utfordringer på flere av hovedområdene og delmålene angitt i plakaten. Slik som oppgavene er vurdert pr. 1. tertial er det sannsynlig eller svært sannsynlig at flere av målene ikke nås i 2016. Tiltak er skissert, og det er utpekt ansvarlige ledere til å følge opp videre gjennomføring av tiltak innenfor de aktuelle målområdene som har høy eller kritisk risiko.

Kompleksiteten i utfordringen krever at det er nødvendig å ha en helhetlig tilnærming og forståelse for de utfordringer Helse Nord-Trøndelag står ovenfor når det gjelder realisering av måloppnåelse for 2016. Det er viktig å unngå suboptimalisering og vi er avhengig av å ha en felles tilnærming der klinikkene aktivt involveres i arbeidet. Vi har i denne første risikostyringsrapporten vist til tiltak innenfor målområdene, og vi ser at vi går inn i en læringsprosess der staber og klinikker jobber tettere sammen. Dette vil være svært viktig for å kunne realisere nødvendige tiltak og nå målene.

Helse Nord-Trøndelag HF

Rapport risikostyring 1. tertial 2016

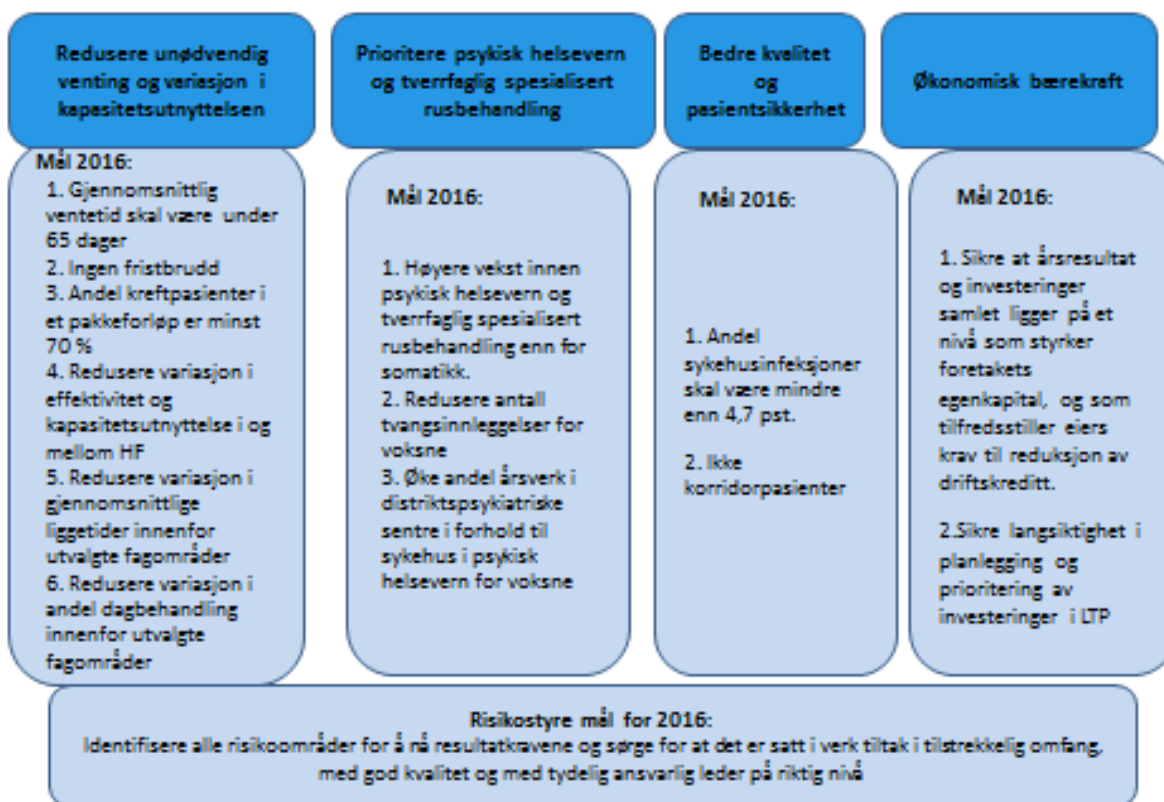
Innledning

Helse Midt-Norge RHF er gjennom eierkrav fra Helse- og omsorgsdepartementet pålagt å etablere systemer for risikostyring. Kravet ble stilt første gang i foretaksmøte den 28. januar 2009, og er gjentatt i senere foretaksmøter og oppdragsdokumenter. Helse Midt-Norge RHF har stilt tilsvarende krav i styringsdokumentene til helseforetakene.

Det er vinteren 2016 utarbeidet et overordnet rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge. Dette dokumentet gir overordnede retningslinjer for organisering og gjennomføring av risikostyring i foretaksgruppen Helse Midt-Norge. Rammeverket skal implementeres gradvis og utvikles i en tre års periode. I 2016 skal HF'ene gjennomføre risikostyring som del av sin virksomhetsstyring av de 4 styringsmålene i «plakaten», og følgende krav er stilt til helseforetakene: *Identifisere alle risikoområder for å nå resultatkravene og sørge for at det er satt i verk tiltak i tilstrekkelig omfang, med god kvalitet og med tydelig ansvarlig leder på riktig nivå.*

I vurderingen av risiko benyttes skalaer for sannsynlighet og konsekvens, og risikoen plottes inn i en risikomatrise.

Styringsmål 2016 Helse Midt-Norge



1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Det skal gjøres en risikovurdering og rapporteres på delmål 1-3 pr. 1.tertial 2016.
 For delmål 4-6 benyttes første halvår til et forberedende arbeid nasjonalt/regionalt.
 Det vil bli krav om rapportering av delmålene på et senere tidspunkt.

Mål 2016

1.1 Gjennomsnittlig ventetid skal være under 65 dager

Helse Nord-Trøndelag har hatt en bra utvikling i forhold til gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter. Ved utgangen av 1. tertial 2014 var denne ventetiden på 77 dager, utgangen av 1. tertial 2015 på 71 dager og nå, ved utgangen av 1. tertial 2016, er den på 62 dager. Dermed er den nå lavere enn styringsmålet på 65 dager. Det samme kan sies for ventetid for ventende pasienter (1.tertial 2014, 2015 og 2016 hhv 96 dager, 89 dager og 54 dager).

Det er utfordringer knyttet til å holde fast på nivået pr 1.tertial 2016 grunnet:

- Mulige kapasitetsproblemer over tid i forbindelse med rekrutteringsvansker innenfor fagområder revmatologi, ortopedi og urologi.
- Ferieavvikling i sommerperioden.

Til tross for disse utfordringer vurderer vi sannsynligheten for å ikke nå målsetningen om en lavere gjennomsnittlig ventetid enn 65 dager ved slutten av året som lite sannsynlig. Det er kontinuerlig fokus på rekrutteringsarbeid i foretaket og det er blant annet jobbet aktivt med å rekruttere legespesialister i Nederland, blant annet på angitte fagområder. Det er også sett i gang et prosjekt i samarbeid med St. Olavs Hospital for å komme fram til en vikarstaffet innenfor urologi, revmatologi og nevrologi. I tillegg er det et forbedrings-/driftsanalyseprosjekt på gang innenfor kirurgiske klinikker som muligens kan bidra til å løse utfordringer.

I forhold til ferieavviklingen har vi i år bedre forutsetninger enn tidligere år for å holde gjennomsnittlig ventetid ned. Prosedyrer, rutiner og systemer som i stor grad på en effektiv måte ble tatt i bruk i fjor er nå over lengere tid høstet erfaring med og må medføre at økt ventetid etter sommerferieavvikling unngås.

1.2 Ingen fristbrudd

Også når det gjelder fristbrudd for avviklede pasienter har Helse Nord-Trøndelag hatt en veldig bra utvikling. Ved utgangen av 1. tertial 2014 var det (akkumulert) 193 fristbrudd, utgangen av 1. tertial 2015 79 fristbrudd og nå, ved utgangen av 1. tertial 2016 14 fristbrudd. Det samme kan sies for fristbrudd for ventende pasienter (1.tertial 2014, 2015 og 2016 på hhv 109, 57 og 12 fristbrudd).

Det er utfordringer knyttet til å holde fast på nivået pr 1.tertial 2016 grunnet:

- a) Mulige kapasitetsproblemer over tid i forbindelse med rekrutteringsvansker innenfor fagområder revmatologi, ortopedi og urologi.
- b) Ferieavvikling i sommerperioden.

Grunnet at vi allerede har noen fristbrudd ved utgangen av 1. tertial vil vi ikke nå målsetningen om ingen fristbrudd ved slutten av året.

Det er kontinuerlig fokus på rekrutteringsarbeid i foretaket og det er blant annet jobbet aktivt med å rekruttere legespesialister i Nederland, blant annet på angitte fagområder. Det er også sett i gang et prosjekt i samarbeid med St. Olavs Hospital for å komme fram til en vikarstaffet innenfor urologi, revmatologi og nevrologi. I tillegg er det et forbedrings-/driftsanalyseprosjekt på gang innenfor kirurgiske klinikker som muligens kan bidra til å løse utfordringer.

I forhold til ferieavviklingen har vi i år bedre forutsetninger enn tidligere år for å holde gjennomsnittlig ventetid ned. Prosedyrer, rutiner og systemer som i stor grad på en effektiv måte ble tatt i bruk i fjor er nå over lengere tid høstet erfaring med og må medføre at økt ventetid etter sommerferieavvikling unngås.

1.3 Andel kreftpasienter i et pakkeforløp er minst 70%

Ved utgangen av 1. tertial 2016 er andel nye pasienter i et pakkeforløp på 50,4 %. Det vesentlig lavere enn i 1., 2. og 3. tertial 2015 (hhv 85,2 %, 78,6 % og 72,5 %). Ser vi på hvordan dette tallet fremkommer, viser det seg at det Helse Nord-Trøndelag selv har ansvar for, jf. vår oversikt over PAS-registreringer i ESP, er det registrert godt over 70 % totalt. Også Kunnskapssenteret sin registreringsmetode, der en ser pasientforløpene samlet mellom Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital, ser registreringene gode ut i forhold til 70 % kravet.

Utfordringen ligger i oppdelte pasientforløp i ulike PAS-registreringer, noe som er hovedårsak til forskjell i tallene. Forløp som startes rett, mister registreringer underveis. I tillegg har i en periode der man hadde sett i gang et prosjekt for bedre intern registrering i noen klinikker, ikke etterregistreringer blitt fulgt opp og gjennomført fullt ut for å kunne bruke disse som eksempel i opplærings- og forbedringsarbeid mot primærregistrerende leger og kodesekretærer.

Målet med opplæring og forbedringsarbeid er at primærregistreringer både i Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital blir bedre og riktigere, og dermed blir grunnlaget for statistikken også bedre og enda mer korrekt. Når registreringsarbeidet er àjour til enhver tid vil dette gi utslag i statistikken og mener vi at vi oppfyller kravet på minst 70 % nye kreftpasienter i et pakkeforløp. Vi mener derfor – selv om de offisielle tall ikke viser det akkurat nå – at pasientene får sin behandling godt i tråd med målsetninger som er gitt, utenom for prostata-forløpet. Her er urolog-kapasiteten kritisk i en periode framover og nye pasienter er forsøkt henvist videre og vikarstafett er i samarbeid med de regionale helseforetaket forsøkt satt i gang.

Risikokart

SANNSYNLIGHET	Svært sannsynlig			1.2		
	Sannsynlig					
	Mindre Sannsynlig					
	Lite Sannsynlig			1.3 – 1.1		
	Usannsynlig					
		Ubetydelig	Mindre alvorlig	Betydelig	Alvorlig	Svært alvorlig
KONSEKVENNS						

Risikoreduserende tiltak for områder som er klassifisert som røde eller gule

	Risiko	Risikoeier	Tiltak (som er igangsatt og planlagte)
1.2	Fristbrudd	Fagsjef	Urologiprojekt, revmatologi og nevrologi forsøk på vikarstafett mot St. Olav Hospital. Fokus på rekrutteringsarbeid. Forbedringsarbeid og driftsanalyser innenfor kirurgiske klinikker. Gjennomgang av administrative prosesser for å sikre best mulig bruk av våre tilgjengelige IKT-verktøy, i tråd med prosess gjennomført i Helse Møre og Romsdal. Like rutiner regionalt forenkler og forbedrer samarbeid og gir tryggere pasientbehandling.

2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Mål 2016

2.1 Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk

På «plakaten» er det unnlatt å løfte opp at barn og ungdomspsykiatri skal være et av hovedsatsingsområdene innenfor psykiatrien, selv om det står eksplisitt i oppdragsdokumentet. Manglende fokus på dette område kan i seg selv være en risiko for at man ikke når sine mål.

Psykisk helsevern (PHV) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er personellintensive fag. Kostnader, årsverk og aktivitet (og dermed også ventetid) er derfor tett knyttet sammen og avhengig av hverandre.

Gjennomsnittlig ventetid (avviklede pasienter):

Innen somatikk (SOM) er den gjennomsnittlige ventetiden redusert fra 73 dager ved utgangen av 1. tertial 2015 til 63 pr 1. tertial 2016, en reduksjon på 14,0 %. Innen PHV er det en reduksjon fra 54 dager til 46 dager, en reduksjon på 14,0 %, og innen TSB fra 38 til 30 dager, en reduksjon på 20 %. En videre reduksjon ut året som er større innen PHV og TSB enn i SOM vil svært sannsynlig ikke kunne oppnås. Både innen barn og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er ventetider kort, vesentlig lavere enn i somatikk og i stor grad under kontroll. Dersom dagens gjennomsnittlig ventetid holder seg på nivå på 1. tertial 2016 vil somatikk mot slutten av 2016 har en større reduksjon i ventetid enn PHV og TSB.

Kostnader:

Ved utgangen av 1. tertial 2016 er kostnadene innenfor Somatikk (SOM) 13,9 mill. kr høyere enn ved utgangen av 1. tertial 2015. Dette er en økning på 4,13 %. I tilsvarende perioden har PHV en økning på 0,41 % og TSB en reduksjon av kostnadene på 1,59 %. Det er svært sannsynlig at PHV og TSB ikke oppnår en større økning i kostnader enn SOM ved utgangen av 2016.

Årsverk:

Ved utgangen av 1. tertial 2016 er antall årsverk innenfor SOM økt med 48 sammenlignet med 1. tertial 2015, en økning på 3,94 %. I tilsvarende periode har antall årsverk innen PHV gått ned med 0,78 % og innen TSB økt med 1,42 %. Det er sannsynligvis ikke mulig å oppnå at PHV og TSB har en høyere vekst i antall årsverk enn SOM ved slutten av 2016. Delvis fordi det fortsatt er rekrutteringsproblemer innen PHV og TSB, selv om det er gjort tilsetninger på flere fagområder innen barn og ungdomspsykiatri, unntatt barne- og ungdomspsykiatere, der kompetansen er bekymringsfull.

Aktivitet:

Målt i polikliniske konsultasjoner har SOM en vekst på 2.098 konsultasjoner fra 1. tertial 2015 til 1. tertial 2016, eller 4,70 %. Innenfor PHV er veksten på 7,05 % i tilsvarende periode, mens det i TSB er en reduksjon i aktivitet på 3,11 %. Innenfor PHV er det voksenpsykiatri som øker med 10,4 %, mens barn og ungdomspsykiatri har en nedgang på 1,97 %. Det er mindre sannsynlig at målet

innenfor PHV ikke oppnås, men det krever at voksenpsykiatri må opprettholde et høyt aktivitetsnivå gjennom hele 2016 for å kunne holde tritt med SOM. Aktivitetsutviklingen henger nøye sammen med utviklingen i årsverk. Når det er rekrutteringsutfordringer og høy turnover i enkelte yrkesgrupper i PHV og TSB går dette på bekostning av aktiviteten. Kostnadsnivået påvirkes også av disse utfordringer.

Samlet vurdering av dagens situasjon:

Verken i forhold til kostnader eller årsverk har man oppnådd målet om større vekst innen PHV og TSB enn i SOM. På aktivitetssiden er målet oppnådd innenfor PHV og på ventetid har TSB oppnådd målsetningen når man sammenligner 1. tertial 2016 med 1. tertial 2015. Med tanke på å komme i mål innen utgangen av 2016 er det utfordringer på samtlige områder. Mulige tiltak for å kunne nå målet (som delvis er igangsatt):

- Intensivt rekrutteringsarbeid til innenfor PHV og TSB med fokus på kritisk kompetanse
- Beholde kompetanse over tid
- Utarbeide strategi for utvikling av fagområde barn og ungdomspsykiatri med utgangspunkt i regional psykiatriplan. Dette vil sikre «riktig» vekst og langsiktig effekt på målområder.
- Øke andel merkantil personell innenfor barn og ungdomspsykiatri, som per i dag er begrenset av manglende lønnsmidler
- Begrense eller bremse veksten innenfor somatikk

2.2 Redusere antall tvangsinnleggelser for voksne

Andel tvangsinnleggelser per 1.000 innbyggere ved utgangen av 1. tertial 2016 er 0,057 mot 0,076 mot 1. tertial 2015, en reduksjon på 33,9 %. De forholdsvis få antall tvangsinnleggelser (per 1. tertial 2015 83 innleggelser, mot 62 per 1. tertial 2016) påvirkes fort av enkeltpasienter og skaper en vis uforutsigbarhet. Dette gjør at det er mindre sannsynlig at målet om en reduksjon i tvangsinnleggelser i 2016 sammenlignet med 2015 ikke kan nås. Dette vil imidlertid ikke utgjøre noe stor risiko for pasientbehandlingen. Samtidig vil det som regel være en fordel om tvangsinnleggelser kan unngås. Derfor vurderer vi – ikke helt korrekt ut fra et pasientperspektiv – at det er en mindre alvorlig konsekvens at målet ikke nås. Det er vanskelig å angi konkrete tiltak når det er enkeltpasienten som kan «bestemme» utviklingen uten at dette er påvirkbart av foretaket.

2.3 Øke andel årsverk i distriktpsykiatriske sentre i forhold til sykehus i psykisk helsevern for voksne

I Helse Nord-Trøndelag er sykehus- og DPS-funksjoner samlokalisert i både Namsos og Levanger. Enkelte seksjoner har både DPS- og sykehusfunksjon, og mange av klinikkens ansatte utøver behandling både på DPS- og sykehusnivå. Rapporteringssystemet krever imidlertid at en seksjon og seksjonens ansatte rapporteres som enten-eller. Per i dag underrapporteres DPS-funksjonen, og viser fordelingen av årsverk mellom DPS- og sykehusfunksjoner – feilaktig – en 50/50 fordeling. Underrapporteringen gjelder spesielt lege- og psykologgruppen. Rapporteringen i 2016 vil justeres slik at reell DPS-funksjon reflekteres. For pasientbehandlingen vil ikke dette ha noe konsekvens.

Risikokart

SANNSYNLIGHET	Svært sannsynlig		2.1 b Kostnader	2.1 a Ventetid		
	Sannsynlig			2.1 c Årsverk 2.1 Vekst PHV/TSB vs SOM		
	Mindre Sannsynlig		2.2 Tvang 2.3 DPS-SH	2.1 d Aktivitet		
	Lite Sannsynlig					
	Usannsynlig					
		Ubetydelig	Mindre alvorlig	Betydelig	Alvorlig	Svært alvorlig

Risikoreduserende tiltak for områder som er klassifisert som røde eller gule

	Risiko	Risikoeier	Tiltak (som er igangsatt og planlagte)
	Vekst PHV/TSB vs SOM	Administrerende direktør	- Intensivt rekrutteringsarbeid, fokus på kritisk kompetanse. Beholde kompetanse over tid - Utarbeide strategi for utvikling av fagområde barn og ungdomspsykiatri med utgangspunkt i regional psykiatriplan. Dette vil sikre «riktig» vekst og langsiktig effekt på målområder. - Øke andel merkantil personell innenfor barn og ungdomspsykiatri, som per i dag er begrenset av manglende lønnsmidler - Begrense eller bremse veksten innenfor somatikk

3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Mål 2016

3.1 Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7 %

Helse Nord-Trøndelag har over tid registreringer som ligger under målet på 4,7 % sykehusinfeksjoner, men hadde 2. tertial 2015 tall som var noe høyere enn det.

Tall fra helsenorger.no	mai.14	nov.14	mai.15	nov.15
Andel infeksjoner	4,50 %	2,40 %	5,00 %	2,50 %
Herav fra egen institusjon	3,00 %	2,00 %	3,45 %	2,50 %
Herav fra andre institusjoner	1,50 %	0,40 %	1,55 %	0,00 %

Ved gjennomgang av tallene, ble det gjort en gjennomgang av egne infeksjonstall og tall for sykehusinfeksjoner påført pasienter ved andre helseinstitusjoner, men p.t. innlagt ved Helse Nord-Trøndelag. Dette for å kunne gå nærmere inn på egne rutiner og sjekk nærmere evt. særlige risiki og avdelinger med særlige utfordringer.

Utfordringen er kapasiteten på smittevern i Helse Nord-Trøndelag med tanke på opplæring, formidling og kontroll. Det er også et problem å drive godt smittevern med flere flersengsrom og lite isolat-kapasitet i forhold til antall sengeplasser/-behov. Et økende smittepress vil også oppstå ved økende antall MRSA-bærere gjennom asylmottak/flyktningesituasjon som er oppstått.

3.2 Ikke korridorpasienter

Helse Nord-Trøndelag har en bygningsmessig og sengetallsmessig utfordring på de store avdelingene for å kunne oppnå målet om ingen korridorpasienter på kort sikt. Ved utgangen av 1. tertial 2016 er andel korridorpasienter på 2,7 % mot 2,5 % i samme perioden i fjor.

Utfordringene ligger i en konstant høy beleggsprosent på de store avdelingene. Sengetallsreduksjon over tid, samtidig som innleggelsesratene ikke er redusert, har medført at korridorpasienttallene i perioder er blitt store. Videre reduksjon i liggetid vil for de fleste fagområder ikke være enkelt, da Helse Nord-Trøndelag allerede ligger svært lavt på liggetid.

En bedre logistikk i utskrivningsfasen og klargjøring av sengeplass så tidlig som mulig på dagtid vil bedre situasjonen litt. I tillegg må samarbeid med kommunene fortsette og styrkes videre for å redusere Ø-hjelp-innleggelser i forbindelse med etableringen av kommunale Ø-hjelps-plasser, og fortsatt unngå at utskrivningsklare pasienter ikke kan utskrives til sine kommuner. Risikoen ligger også her, med et økende behov for samarbeid og god logistikk mot kommunehelsetjenesten og godt internt logistikkarbeid og vurdering av behov for å justere sengetallet på enkelt avdelinger.

Risikokart

SANNSYNLIGHET	Svært sannsynlig		3.2			
	Sannsynlig					
	Mindre Sannsynlig					
	Lite Sannsynlig			3.1		
	Usannsynlig					
		Ubetydelig	Mindre alvorlig	Betydelig	Alvorlig	Svært alvorlig
KONSEKVENNS						

Risikoreduserende tiltak for områder som er klassifisert som røde eller gule

	Risiko	Risikoeier	Tiltak (som er igangsatt og planlagte)
	Korridorpasienter	Fagsjef	Gjennomgang av ut-/innskrivningsprosessene for å sikre bedre logistikk. Møteserie mot legevaktsdistriktene for å sikre optimal bruk av felles ressurser (KØH-senger og sykehussenger). Sikre gode ut-/innskrivningsrutiner mot St. Olavs Hospital

4. Økonomisk bærekraft

Mål 2016

4.1 Sikre at årsresultat og investeringer samlet ligger på et nivå som styrker foretakets egenkapital, og som tilfredsstiller eiers krav til reduksjon av driftskreditt.

Helse Nord-Trøndelag har budsjettert med et årsresultat på 60 mill. kr i 2016. Årsprognosen per april er identisk med budsjettert årsresultat. Helse Nord-Trøndelag er ikke tildelt ramme for bruk av driftskreditt og har følgelig heller ikke krav om reduksjon av driftskreditt.

Alle foretaks investeringer i 2016 blir finansiert av egne midler uten opptak av lån. Investeringene vil derfor ikke endre foretakets egenkapitalstatus.

Selv om foretaket prognostiserer et årsresultat i samsvar med budsjett, er det en viss risiko for at det kan bli et mindre negativt avvik. Det vurderes ikke som kritisk på kort sikt, det vil si for inneværende år.

4.2 Sikre langsiktighet i planlegging og prioritering av investeringer i LTP

Det er utarbeidet «Utviklingsplan for HNT» som viser et investeringsbehov på om lag 1,5 mrd. kroner fram til 2030. Med dette som utgangspunkt legges det opp til en fornyet gjennomgang av akutte og langsiktige behov som grunnlag for prioritering av tiltak innen tilgjengelige likviditetsrammer.

I årlige revideringer av langtidsplan og langtidsbudsjett, oppdateres tilgjengelige planer basert på tilgjengelige likviditetsrammer, nå sist gjennom LTB 2017-2022.

En vesentlig forutsetning for å kunne gjennomføre planlagte investeringer er at foretaket makter å gjennomføre årlig varig effektivisering av driften med 1 – 2 %.

Risikokart

SANNSYNLIGHET	Svært sannsynlig					
	Sannsynlig					
	Mindre Sannsynlig			4.1	4.2	
	Lite Sannsynlig					
	Usannsynlig					
		Ubetydelig	Mindre alvorlig	Betydelig	Alvorlig	Svært alvorlig
KONSEKVENSS						

Risikoreduserende tiltak for områder som er klassifisert som røde eller gule

	Risiko	Risikoeier	Tiltak (som er igangsatt og planlagte)
	LTP/LTB	Administrerende direktør	Det er utarbeidet «Utviklingsplan for HNT» som viser et investeringsbehov på om lag 1,5 mrd. kroner fram til 2030. Med dette som utgangspunkt legges det opp til en fornyet gjennomgang av akutte og langsiktige behov som grunnlag for prioritering av tiltak innen tilgjengelige likviditetsrammer
	Årsresultat	Administrerende direktør	Oppfølging av klinikker for å sikre størst mulig grad av måloppnåelse. Eget «Brasse-prosjekt» for oppfølging av de kirurgiske klinikkene i foretaket.

Oppsummering/ konklusjon

Ved utgangen av 1. tertial 2016 har Helse Nord-Trøndelag vurdert risiko i forhold til indikatorer på «plakaten». Denne risikovurderingen avdekker flere områder med – til dels store og komplekse – utfordringer, noen med betydelige konsekvenser for enten pasientbehandling eller sykehusdriften. Og noen områder der det er sannsynlig og svært sannsynlig at målet ikke nås i 2016.

Mange av indikatorer har en slags avhengighet av hverandre eller i hvert fall en sammenheng. Så kan f.eks. veksten i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling versus veksten i somatikk ikke ses isolert fra målet om årsresultat, gjennomsnittlig liggetid og fristbrudd og eventuelt korridorpasienter.

Dette gjør det nødvendig å ha en helhetlig og felles tilnærming og forståelse for de utfordringen Helse Nord-Trøndelag står ovenfor når det gjelder realisering av måloppnåelse for 2016. Det er viktig å unngå sub-optimalisering og vi er avhengig av å ha en felles tilnærming der klinikkene aktivt involveres i arbeidet.

Vi har i denne rapporteringen vist til tiltak innenfor målområdene og vi ser at vi går inn i en læringsprosess der staber og klinikker jobber tettere sammen. Dette vil være svært viktig for å kunne nå målene på lenger sikt.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 24/2016 Styrets retningslinjer for fastsetting av sluttvederlag

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	31.05.2016	24/2016
Saksbeh:	HR-sjef Aud-Mai Sandberg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2016/1891	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF ber om at foretaksmøtet gir sin tilslutning til Styrets retningslinjer for fastsetting av sluttvederlag til ledende ansatte for 2016.

VEDLEGG:

Ingen nummererte vedlegg.

BAKGRUNN:

«Statens retningslinjer og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel» gjeldende fra 13.02.15, legges til grunn for en sluttvederlagsordning.

Retningslinjer for fastsetting av sluttvederlag for ledende ansatte for 2016.

Helse Nord-Trøndelag HF legger for 2016 hovedprinsippene for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak, og selskaper med statlig eierandel fastsatt av NPD av 13. februar 2015, til grunn.

Sluttvederlag:

- Sluttvederlag skal ikke benyttes når lederen har tatt initiativ til oppsigelsen.
- Den ledende ansatte fraskriver seg bestemmelsene om oppsigelsesvern i arbeidsmiljøloven (jfr. arbeidsmiljøloven § 15-16 (2)).

Rammer:

- Sluttvederlag og lønn i oppsigelsestiden skal i sum ikke overstige 12 månedslønner.
- Ved ansettelse i ny stilling eller ved næringsinntekt, skal sluttvederlaget reduseres med et forholdsmessig beløp beregnet på grunnlag av ny årsinntekt. Reduksjonen skjer etter at vanlig oppsigelsestid for stillingen er ute.
- Pensjons- og forsikringsordninger opprettholdes i perioden med etterlønn i den grad det er adgang til dette, etter de gjeldende bestemmelser i de aktuelle pensjons- og forsikringsordninger.
- Sluttvederlag kan holdes tilbake hvis vilkårene for avskjed foreligger, eller hvis det i perioden hvor det ytes sluttvederlag oppdages uregelmessigheter, eller forsømmelser som kan lede til erstatningsansvar, eller at vedkommende blir tiltalt for lovbrudd.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 25/2016 Pasientorientert organisering av Helse Nord-Trøndelag

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	31.05.2016	26/2016
Saksbeh: Torbjørn Aas		
Arkivkode: 012		
Saksmappe: 2016/1891		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar orienteringen om det pågående arbeidet omkring pasientorientert organisering av Helse Nord- Trøndelag til orientering.

SAKSUTREDNING:

Sak 25/2016 Pasientorientert organisering av Helse Nord-Trøndelag

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Mandat gitt klinikkledere
2. Mandat gitt stabsledere
3. Nasjonal helse- og sykehusplan (sammendraget, vedtatt av Stortinget 17.03.2016)

FORMÅL MED SAKEN

Styresaken har som formål å orientere styret om at det er igangsatt en prosess for å se på om det er formålstjenlig med en omorganisering av Helse Nord-Trøndelag.

BAKGRUNN OG HENSIKT

Stortinget har vedtatt Nasjonal helse- og sykehusplan der det i flere punkter pekes på behovet for å ha en mer *pasientorientert organisering og ledelse*, at hovedregelen for organisering skal være *stedlig ledelse* og at det må pågå en kontinuerlig vurdering av behovet for nødvendige *endringsprosesser*.

I lys av dette ønsker foretakets nye toppleder å gjennomgå dagens organisering. Sammen med klinikkledere og stabsledere er det ønskelig å se på om det er hensiktsmessig å videreføre en foretaksledelse med 18 fast møtende ledere, gjeldene beslutningsprosesser, om dagens organisering er i tråd med helse- og sykehusplanene - og derigjennom vurdere den helhetlige organisering av de øverste nivåene i Helse Nord-Trøndelag (herunder ledelse av sykehusene, antall klinikker og staber) er framtidsrettet og pasientorientert.

PLAN FOR ARBEIDET

Adm. direktør har benyttet deler av sin første tid i Helse Nord-Trøndelag til å gjennomføre samtaler med foretaksledelsen. Disse samtalenes indikerer at det kan være behov for å endre organiseringen, måten beslutningsprosesser driftes på og om dagens organisering er hensiktsmessig.

Med bakgrunn i samtalenes, signalene i helse- og sykehusplanen, samt styringssignaler fra Helse Midt-Norge og de utfordringer som kommer framover, har adm.direktør gitt foretaksledelsen to mandater. Et mandat gitt klinikkledere og et mandat til stabsledere, der de to gruppene innen 1. juni er bedt om å komme med henholdsvis minst tre (klinikkledere) og fire (stabsledere) modeller for pasientorientert organisering av Helse Nord-Trøndelag.

Videre skal Foretaksledelsen gjennomføre en todagerssamling 13. og 14. juni der gruppenes innspill og forslag skal debatteres. Ut fra konklusjoner i møtet, vil adm. direktør beslutte videre prosess.

Parallelt vil arbeidet bli forankret i forhold til tillitsvalgte, vernetjenesten, klinikkene, stabene og ulike utvalg (Styret, Brukerutvalget m.fl.).

ADM. DIREKTØRS VURDERING OG ANBEFALING

Etter administrerende direktørs vurdering er det påkrevet å gjennomføre en slik prosess. Overordnede nasjonale føringer (Stortingets vedtatte helse- og sykehusplan), styringsdokumenter fra regionalt nivå, kommende Strategi 2030 (inkl. revisjon av utviklingsplaner) og behovet for effektivisering.

For å lykkes innen sykehusdrift, fordrer det god ledelse, god organisering og gode beslutningsprosesser.

Dette innebærer at Helse Nord-Trøndelag må ha en organisering som bygger opp under god og tydelig ledelse, omforente og aksepterte beslutningsprosesser - og som evner å:

- kontinuerlig vurdere behov for, initiere og gjennomføre nødvendige endringsprosesser
- ta et helhetlig ansvar for resultater og for at dette skjer innenfor fastsatte rammer
- ta ansvar for alle faggrupper i virksomheten og sikre at arbeidsmiljø og organisasjonskultur er tilpasset oppgavene som skal løses
- sikre god kommunikasjon og informasjon internt og eksternt for å fremme gode prosesser, oppgaveløsning, åpenhet og demokrati

Adm. direktør anbefaler at resultatene fra prosessarbeidet legges fram for styret til orientering og drøfting før eventuelle endringer gjennomføres, anslått høsten 2016.

Helse Nord-Trøndelag

Pasientorientert organisering

Torbjørn Aas

Styret i Helse Nord-Trøndelag vedtok i februar 2016 "Utviklingsplan 2030". I dette vedtaket inngår en vurdering av framtidige behov for spesialisthelsetjenester i Nord Trøndelag, sammen med valg av virksomhetsmodell for å understøtte dette behovet.

Rapporten "Utviklingsplan 2030" omhandler ikke strukturell organisering av Helse Nord-Trøndelag. Dagens organisasjonsstruktur har i stor grad vært uendret siden 2005. Det har i årene fram til 2016 skjedd tildels store endringer i forutsetninger, oppgaver og prioriteringer innenfor spesialisthelsetjenesten.

En grunnleggende endring kom gjennom Stortingets vedtak av Nasjonal helse- og sykehusplan. Her heter det blant annet om ledelse:

Komiteens tilråding, punkt I:

Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus. (Fremmet av komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre.)

Pr april 2016 er vi ikke gjort kjent med på hvilken måte Helse Midt Norge vil forstå og følge opp Stortingets vedtak.

Helse Nord-Trøndelags oppdragsdokumentet for 2016 angir også viktige momenter som må hensyntas i vårt interne arbeid med organisering. I den forbindelse vil følgende målsettinger trekkes fram:

- Redusere unødig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Økonomisk bærekraft

Det er et klart mål å legge til rette for en pasientorientert organisering av Helse Nord-Trøndelag. Dette fordrer bedret samarbeid og samhandling internt i foretaket. Strukturer og organisering kan se ut til å ikke tilstrekkelig legge godt nok til rette for en slik samhandling,

sett i et framtidsperspektiv og med en organisering som er tydelig pasientorientert, forstått som å omfatte pasientens behov og forutsetninger som bruker av spesialisthelsetjenester.

Det foregår i dag for liten kommunikasjon vedrørende pasientbehandling, prosedyrer, kompetanseflyt m.m. mellom de somatiske klinikkene og også mellom de somatiske klinikkene, Psykiatrisk klinikk, Medisinsk serviceklinikk og Prehospital klinikk.

Det er et potensial for bedring av samhandlingen mellom stabsenhetene, slik at disse både i lys av kvalitet og effektivitet i større grad understøtter foretakets kjernevirksomhet. Ressursene innenfor stabsenhetene bør i større grad kunne utnyttes på tvers og felles rutiner og prosedyrer bør kunne utvikles i dialog mellom enhetene.

I mange sammenhenger oppleves ledergruppen på 18 personer som stor. Det er også et bredt spekter av interesser representert og sakene som behandles oppleves ofte som mindre meningsfulle for enkelte. Størrelsen gjør det vanskeligere å få til gode diskusjoner og større deler av gruppen får ofte ikke tid til å henge seg på diskusjonene. Det er også krevende for direktøren å følge opp 18 ulike ledere like godt slik det nå er organisert.

Pasientorientert organisering i Helse Nord-Trøndelag – alternativer og anbefaling

Helse Nord-Trøndelag ønsker å bli førstevalget for pasientene i fylket, og for de som er eller vil bli ansatt i Helse Nord-Trøndelag. Dette er avgjørende for at foretaket skal kunne opprettholde et tilbud av spesialisthelsetjenester som kommer fylkets befolkning til nytte.

Måten Helse Nord-Trøndelag organiserer seg på skal være pasientorientert, understøtte de strategiske prioriteringene og være med på å sikre fokus på og mulighet for god kvalitet og høy pasientsikkerhet. Dette er for å sikre en optimal organisering og for sikre en proaktiv innfallsvinkel og effektive prosesser i videreutvikling av Helse Nord-Trøndelag.

For å starte prosessen skal det utarbeides et grunnlagsmateriale fra Foretaksledelsen, basert på innspill fra to grupper, hhv klinisk og stab/støtte. Hver av disse gruppene skal vurdere og drøfte ulike modeller, med hovedvekt på organisering av "sitt" område.

Oppdrag – klinisk organisering

Det skal utarbeides en rapport, hvor det utredes og beskrives hvordan minst fire ulike modeller for overordnet klinisk organisering bidrar til resultatoppnåelse i framtidens Helse Nord-Trøndelag. En av modellene skal være med utgangspunkt i eksisterende organisering. Føringerne om stedlig ledelse skal også gis tilstrekkelig grundig vurdering og beskrivelse.

Rapporten skal inneholde forslag til plan for gjennomføring av en prosess som leder fram til en pasientorientert og forankret organisering av Helse Nord-Trøndelag.

Tidsplan og ressurser

Det legges opp til en felles presentasjon og diskusjon om Nasjonal helse- og sykehusplan før gruppen leverer sin rapport.

Gruppenes rapporter skal oversendes administrerende direktør innen 1. juni 2016. Det legges opp til samlet behandling av begge rapportene i foretaksledermøtet 14. juni 2016.

Rapporten skal utarbeides med hovedvekt på interne ressurser. Det oppfordres samtidig til å innhente og utnytte relevant kunnskap og erfaring utenfor Helse Nord-Trøndelag.

Arbeidet krever fysiske møter og det stilles inntil kr 30.000 til rådighet for arbeidet. Dette belastes administrerende direktørs koststed.

Helse Nord-Trøndelag

Pasientorientert organisering

Torbjørn Aas

Styret i Helse Nord-Trøndelag vedtok i februar 2016 "Utviklingsplan 2030". I dette vedtaket inngår en vurdering av framtidige behov for spesialisthelsetjenester i Nord Trøndelag, sammen med valg av virksomhetsmodell for å understøtte dette behovet.

Rapporten "Utviklingsplan 2030" omhandler ikke strukturell organisering av Helse Nord-Trøndelag. Dagens organisasjonsstruktur har i stor grad vært uendret siden 2005. Det har i årene fram til 2016 skjedd tildels store endringer i forutsetninger, oppgaver og prioriteringer innenfor spesialisthelsetjenesten.

En grunnleggende endring kom gjennom Stortingets vedtak av Nasjonal helse- og sykehusplan. Her heter det blant annet om ledelse:

Komiteens tilråding, punkt I:

Stortinget ber regjeringen gjennom foretaksmøtet og/eller styringsdokumenter sørge for at stedlig ledelse blir hovedregelen ved norske sykehus. (Fremmet av komiteens medlemmer fra Arbeiderpartiet, Høyre, Fremskrittspartiet, Kristelig Folkeparti og Venstre.)

Pr april 2016 er vi ikke gjort kjent med på hvilken måte Helse Midt Norge vil forstå og følge opp Stortingets vedtak.

Helse Nord-Trøndelags oppdragsdokumentet for 2016 angir også viktige momenter som må hensyntas i vårt interne arbeid med organisering. I den forbindelse vil følgende målsettinger trekkes fram:

- Redusere unødig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
- Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Bedre kvalitet og pasientsikkerhet
- Økonomisk bærekraft

Det er et klart mål å legge til rette for en pasientorientert organisering av Helse Nord-Trøndelag. Dette fordrer bedret samarbeid og samhandling internt i foretaket. Strukturer og organisering kan se ut til å ikke tilstrekkelig legge godt nok til rette for en slik samhandling,

sett i et framtidsperspektiv og med en organisering som er tydelig pasientorientert, forstått som å omfatte pasientens behov og forutsetninger som bruker av spesialisthelsetjenester.

Det foregår i dag for liten kommunikasjon vedrørende pasientbehandling, prosedyrer, kompetanseflyt m.m. mellom de somatiske klinikkene og også mellom de somatiske klinikkene, Psykiatrisk klinikk, Medisinsk serviceklinikk og Prehospital klinikk.

Det er et potensial for bedring av samhandlingen mellom stabsenhetene, slik at disse både i lys av kvalitet og effektivitet i større grad understøtter foretakets kjernevirksomhet. Ressursene innenfor stabsenhetene bør i større grad kunne utnyttes på tvers og felles rutiner og prosedyrer bør kunne utvikles i dialog mellom enhetene.

I mange sammenhenger oppleves ledergruppen på 18 personer som stor. Det er også et bredt spekter av interesser representert og sakene som behandles oppleves ofte som mindre meningsfulle for enkelte. Størrelsen gjør det vanskeligere å få til gode diskusjoner og større deler av gruppen får ofte ikke tid til å henge seg på diskusjonene. Det er også krevende for direktøren å følge opp 18 ulike ledere like godt slik det nå er organisert.

Pasientorientert organisering i Helse Nord-Trøndelag – alternativer og anbefaling

Helse Nord-Trøndelag ønsker å bli førstevalget for pasientene i fylket, og for de som er eller vil bli ansatt i Helse Nord-Trøndelag. Dette er avgjørende for at foretaket skal kunne opprettholde et tilbud av spesialisthelsetjenester som kommer fylkets befolkning til nytte.

Måten Helse Nord-Trøndelag organiserer seg på skal være pasientorientert, understøtte de strategiske prioriteringene og være med på å sikre fokus på og mulighet for god kvalitet og høy pasientsikkerhet. Dette er for å sikre en optimal organisering og for sikre en proaktiv innfallsvinkel og effektive prosesser i videreutvikling av Helse Nord-Trøndelag.

For å starte prosessen skal det utarbeides et grunnlagsmateriale fra Foretaksledelsen, basert på innspill fra to grupper, hhv klinisk og stab/støtte. Hver av disse gruppene skal vurdere og drøfte ulike modeller, med hovedvekt på organisering av "sitt" område.

Oppdrag – stabs-/støtteorganisering

Det skal utarbeides en rapport hvor det utredes og beskrives hvordan minst tre ulike modeller for organisering av stab/støtteelementer, hvor disse bidrar til optimalisert resultatoppgjør i framtidens Helse Nord-Trøndelag. En av modellene skal være med utgangspunkt i eksisterende organisering.

Rapporten skal inneholde forslag til plan for gjennomføring av en prosess som leder fram til en

pasientorientert og forankret organisering av Helse Nord-Trøndelag.

Tidsplan og ressurser

Det legges opp til en felles presentasjon og diskusjon om Nasjonal helse- og sykehusplan før gruppen leverer sin rapport.

Gruppenes rapporter skal oversendes administrerende direktør innen 1. juni 2016. Det legges opp til samlet behandling av begge rapportene i foretaksledermøtet 14. juni 2016.

Rapporten skal utarbeides med hovedvekt på interne ressurser. Det oppfordres samtidig til å innhente og utnytte relevant kunnskap og erfaring utenfor Helse Nord-Trøndelag.

Arbeidet krever fysiske møter og det stilles inntil kr 30.000 til rådighet for arbeidet. Dette belastes administrerende direktørs koststed.



Innst. 206 S

(2015–2016)

Innstilling til Stortinget
fra helse- og omsorgskomiteen

Meld. St. 11 (2015–2016)

Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)

Til Stortinget

1. Sammendrag

1.1 Innledning

Regjeringen legger i meldingen fram Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). Det er første gang siden staten tok over sykehusene i 2002 at en regjering legger fram for Stortinget en så helhetlig og konkret plan for utvikling av spesialisthelsetjenesten. Planen er en viktig del av regjeringens arbeid for å skape pasientens helsetjeneste. Planen gjelder for perioden 2016–2019, men beskriver og drøfter utviklingstrekk fram mot 2040.

God styring og planlegging er en forutsetning for gode helsetjenester. Med Nasjonal helse- og sykehusplan legger regjeringen til rette for en demokratisk forankret, nasjonal politikk for framtidens sykehus. Stortinget skal gi de overordnede politiske rammene for utvikling av framtidens spesialisthelsetjeneste. Innenfor de rammene Stortinget setter, skal planen være regjeringens operative redskap for å ruste spesialisthelsetjenesten til å møte framtidens utfordringer.

Det norske samfunnet vil gjennomgå store endringer fram mot 2030. Utviklingen i folketall, alderssammensetningen i befolkningen, endringer i sykdomsbildet og folks forventninger til kvalitet og standard vil få stor betydning for planleggingen av framtidens sykehus.

Den medisinske utviklingen

Medisinsk forskning og innovasjon bringer fram nye behandlingsmuligheter, legemidler og medisinsk utstyr i stort omfang og høyt tempo. Behandlingsmetodene blir mer skånsomme, og flere kan behandles, også i høy alder. Mange nye behandlingsformer krever avansert og dyrt utstyr og tverrfaglige, høyt spesialiserte team av fagfolk.

Selvetjeningsteknologi og bedre tilrettelagt informasjon vil gjøre at pasienter kan mestre egen helse og behandling i langt større grad enn i dag. Pasienten vil være en aktiv pådriver i forebygging, diagnostisering, utredning, behandling og rehabilitering. Denne utviklingen vil få store konsekvenser for hvordan sykehusene bygges, organiseres og drives i årene som kommer.

Utviklingen innenfor kirurgien har gått fra åpne operasjoner til mer skånsomme teknikker som kikkhullskirurgi, robotteknologi og intervensjoner ved bruk av bildediagnostikk. Når behandlingen blir mer teknologiavhengig, blir den også mer avhengig av høyt kvalifisert personell som arbeider i tverrfaglige team. Tidligere kunne en dyktig kirurg med få medarbeidere og standard utstyr håndtere de fleste akutte problemstillinger ved mindre sykehus. Slik er det ikke lenger. Dagens behandlingsmuligheter stiller store og økende krav til spisskompetanse, avansert utstyr, støttefunksjoner (anestesi, røntgen, blodbank, laboratorium), og ikke minst krav til regelmessig trening og praksis. Dette gjør det nødvendig å samle mange kirurgiske behandlinger ved større sentre.

På det indremedisinske fagområdet er det fortsatt behov for bred, generell kompetanse. De mange eldre med kroniske sykdommer, ulike diagnoser og mange medikamenter krever helsepersonell som kan forstå og behandle helheten. Mye av teknologien som brukes i diagnostikk og behandling av indreme-

disinske sykdommer, blir etter hvert mindre og mer mobil.

Oppgaver som kan gjøres pasientnært, vil kunne frigjøre sykehuskapasitet som kan komme de sykeste til gode. Utstyr for selvdiagnostisering og -oppfølging vil kunne redusere behovet for polikliniske konsultasjoner, samtidig som økt oppmerksomhet om egen helse kan føre til flere pasienthenvendelser.

Meldingen gjør rede for utviklingen og betydningen av persontilpasset medisin, som innebærer at behandling kan skreddersys den enkelte pasient i forebygging, diagnostikk og behandling. Videre gjør meldingen rede for arbeidet med å møte utfordringen med framveksten av antibiotikaresistens, samt tiltak for å bedre folkehelsen og motvirke livsstilssykdommer.

1.2 Hovedmål i planperioden

1.2.1 Styrke pasienten

Den største utfordringen i arbeidet med å styrke pasientens stilling i helsetjenesten er å snu innarbeidet kultur og arbeidsmåter slik at helsetjenesten ses fra pasientens perspektiv. Pasientene skal føle seg ivaretatt, sett og hørt, og møtes som de unike individene de er. I arbeidet med standardisering av tjenestene må dette perspektivet være med.

REGJERINGEN VIL

- evaluere og utvide ordningen med fritt behandlingsvalg
- innføre pakkeforløp for flere pasientgrupper, i første omgang for hjerneslag, psykiske lidelser og rusavhengighet
- gjennomføre ordningen med kontaktlege til alvorlig syke pasienter
- trekke pasientene aktivt inn i omstillinger og planlegging av nye pasientforløp
- etablere ungdomsråd ved alle sykehus
- øke bruken av erfaringskompetanse i tjenesten, blant annet gjennom systematisk utprøving av erfaringskonsulenter
- legge fram en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering
- videreføre arbeidet med å utvikle kvalitetssikret helseinformasjon og digitale løsninger for kommunikasjon med spesialisthelsetjenesten
- videreføre arbeidet med å utvikle og ta i bruk gode samvalgsverktøy og publisere disse på helsenorge.no

1.2.2 Prioritere tilbudet innenfor psykisk helse og rusbehandling

Brukerne mener at skillet mellom det psykiske helsevernet og den somatiske delen av spesialisthelsetjenesten er for stort. Forventet levetid for mennes-

ker med alvorlige psykiske lidelser – ofte i sammenheng med rusavhengighet – er omkring 20 år kortere enn for befolkningen for øvrig. Nesten 60 prosent av overdødeligheten kan tilskrives somatiske sykdommer som i stor grad kan forebygges. Det må derfor legges bedre til rette for at pasienter i psykisk helsevern og rusbehandling får vurdert hele sin helsetilstand parallelt med utredningen og behandlingen av sine psykiske helseutfordringer eller rusavhengighet.

Regjeringen legger til grunn at store deler av tilbudet ved de tradisjonelle psykiatriske sykehusene fases ut i takt med at nye og bedre tjenester samlokaliseres i alminnelige sykehus og distriktpspsykiatriske sentre.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling bør integreres i strukturen av distriktpspsykiatriske sentre når lokale forhold ligger til rette for det, slik at det skapes bedre sammenheng og helhet i tjenestetilbudet.

En større del av pasientbehandlingen bør skje i forpliktende, faglige nettverk organisert av helseforbundet. Nye arbeidsmåter med bruk av ambulante tjenester, telekommunikasjon og e-terapi kan trappes betydelig opp, slik at flere pasienter får tilgang på spesialist tidlig i behandlingsforløpet.

REGJERINGEN VIL

- prioritere tilbudet innenfor psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- legge til rette for at psykiske og somatiske helse-tjenester blir bedre samordnet i framtidens helse-tjeneste
- vurdere behovet for spesialisering, oppgavedeling og nettverksorganisering mellom de distriktpspsykiatriske sentrene og mellom barne- og ungdomspsykiatriske enheter
- videreføre omstillingen til bedre døgnerberedskap og ambulante akuttjenester ved de distriktpspsykiatriske sentrene
- innføre pakkeforløp for psykisk helse
- innføre pakkeforløp for rusavhengige
- følge opp opptrappingsplanen for rusfeltet som er framlagt i 2015
- etablere et nasjonalt kvalitetsregister for tverrfaglig spesialisert rusbehandling

1.2.3 Fornye, forenkle og forbedre

Den store variasjonen mellom sykehusene når det gjelder kvalitet, effektivitet og ventetid viser at det er et stort potensial for sykehusene til å lære av hverandre. Erfaringene fra sykehus med kort liggetid, effektive behandlingsforløp og høy utnyttelse av kapasiteten bør overføres til andre sykehus.

Forpliktende nettverk mellom sykehus vil bli stadig viktigere for å møte behovene i framtidens spesialisthelsetjeneste. Faglige og organisatoriske nettverk mellom sykehus må være forankret i ledelsen.

Nettverkene skal sikre hensiktsmessig oppgavedeling mellom sykehus, implementering av felles faglige retningslinjer, samarbeid om pasientforløp på tvers av helseforetak, ambulerende og hospitering.

Et viktig tiltak for å møte framtidens utfordringer og sikre kvalitet i tjenestene er å benytte kompetansen til dem som arbeider i sektoren på en bedre måte. Endret oppgavedeling er ett av flere virkemidler som kan bidra til å oppnå dette. Den største delen av arbeidet med oppgavedeling må skje lokalt. Det er helsepersonell som er nær pasienten, som har best forutsetninger for å finne ut hvordan kompetansen skal brukes på best mulig måte. Men på enkelte områder er det nødvendig å ta noen nasjonale grep for å få bedre oppgavedeling. Dette gjelder særlig når oppgavedeling kan redusere flaskehalser og gi bedre kapasitet og kvalitet, og det har vist seg vanskelig å få til endring. Helsedirektoratet har igangsatt et arbeid rettet mot bemanning på operasjonsstuer og oppgavedeling innen radiologi, patologi og endoskopier av tyktarm.

Nye arbeidsformer forutsetter bedre støttefunksjoner, ikke minst nye og bedre IKT-systemer. Det er viktig at IKT-systemene støtter gode arbeidsprosesser og pasientforløp. Ny teknologi vil også kunne påvirke oppgavefordeling, bruk av personellressurser, involvering av brukere og pasienter, og hvor tjenestene leveres.

REGJERINGEN VIL

- innføre tiltak på tvers av helseforetakene for å utnytte ledig kapasitet
- styrke samhandlingen med private tjenesteleverandører
- legge til rette for endret oppgavedeling mellom helsepersonell der det er hensiktsmessig for å redusere flaskehalser og bedre kvaliteten
- videreføre arbeidet med IKT-løsninger som støtter gode arbeidsprosesser og pasientforløp
- etablere et felles nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning mellom de fire regionale helseforetakene

1.2.4 Nok helsepersonell med riktig kompetanse

UTFORDRINGER OG MULIGHETER

Nasjonale framskrivninger av personellbehovet i helsetjenesten viser forholdsvis god balanse mellom etterspørsel og tilbud av helsepersonell fram mot 2020. På lengre sikt vil det kunne oppstå større utfordringer. Utdanningskapasiteten er økt for flere helsepersonellgrupper fra midten av 1990-tallet og har skapt bedre tilgang på fagutdannet personell. Samtidig er det knapphet på visse personellgrupper. For sykehusene gjelder det særlig personell med høy utdanning og spesialisert kompetanse. De framskrivningene vi har nå, viser at det kan bli mangel på sy-

kepleiere både med og uten videreutdanning. Lege-spesialiteter som blant annet patologi, onkologi, radiologi, psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri er vurdert som sårbare. Det er også forventet mangel på bioingeniører.

Mange helseforetak har gode resultater med målrettet satsing på personellplanlegging, rekruttering og kompetanseutvikling. Norge har generelt høy helsepersonelldekning sammenliknet med andre land, og har dermed et godt utgangspunkt for å møte framtidige utfordringer. Økt mobilitet i arbeidsmarkedet, særlig i EØS-området, har bidratt til at norsk helse-tjeneste også har god tilgang på fagutdannet helsepersonell fra andre land.

For å møte forventet behov for helsetjenester trengs et godt kunnskapsgrunnlag, gode analyser og gode framskrivningsmodeller. Det finnes flere ulike framskrivinger, registre og rapporter som belyser nå-situasjon og framtidige behov, men det er behov for bedre nasjonale oversikter. Pågående arbeid i Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene vil bidra til dette. Det finnes også flere arenaer for samarbeid og dialog mellom helse- og utdanningssektoren. Tilbakemeldinger fra tjenestene tyder på at ikke alle samarbeidsorganene fungerer etter intensjonene, og at det er mulig å utnytte disse på en mer kraftfull måte. Departementet vurderer hvilke strukturer vi bør ha for samarbeid mellom helse- og utdanningssektoren. Regionale samarbeidsorganer som er etablert mellom helseforetakene og universitets- og høyskolesektoren, bør revitaliseres som fora for felles helse- og utdanningssaker. De vil bli bedt om å gi årlige innspill til departementet om behovet for utdanning, personell og kompetanse i framtiden. Det er behov for et nasjonalt organ for å ta opp overordnede kompetanse- og utdanningsspørsmål som er felles for helse- og utdanningssektoren. Dette vil i første omgang bli ledet av Helse- og omsorgsdepartementet.

De regionale helseforetakene har utviklet en nasjonal modell for å beregne behov for personell i spesialisthelsetjenesten basert på ulike scenarier. Modellen kan anvendes for ulike medisinske fagområder, for helseforetakenes opptaksområder, regionalt og nasjonalt.

Ny modell for utdanning av legespesialister

Meldingen gjør rede for Helsedirektoratets forslag til ny modell for utdanning av legespesialister. Forslag går ut på å omgjøre grenspesialitetene til hovedspesialiteter, samt innføre en ny tredelt, modulbasert modell i spesialistutdanningen for å få en mer fleksibel utdanning tilpasset dagens og morgendagens behov. For å ivareta breddekunnskapen legges det opp til felles kompetanseplattformer mellom ulike spesialiteter. Turnustjenesten for leger vil beholdes med små endringer som første del av den nye ut-

danningsmodellen. Andre del av utdanningsløpet omfatter felles kunnskap for grupper av nært beslektede spesialiteter, og i siste del skjer spesialiseringen som er unik for den enkelte spesialitet. I tillegg skal det i hele utdanningsløpet være gjennomgående kompetansemoduler i fag som er nødvendig for den moderne legerollen.

I tråd med departementets oppdrag har direktoratet foreslått et spesialiseringsløp med en nedre tidsramme på 6,5 år. Regjeringen vil legge hovedelementene i Helsedirektoratets forslag til grunn for endring av legenes spesialistutdanning.

Ny legespesialitet innrettet mot akuttmottakene

Regjeringserklæringen slår fast at det skal etableres en ny legespesialitet for å styrke kvaliteten i behandlingen ved sykehusenes akuttmottak. Den nye spesialiteten skal kunne benyttes ved alle akuttmottak, uavhengig av sykehusenes størrelse og beliggenhet. Spesialistene skal benyttes ved observasjonsposter ved de store sykehusene, og de skal kunne gå inn i vaktlagene ved de små sykehusene.

Den nye spesialiteten må innrettes mot behovene hos de pasientene som legges inn i akuttmottakene. Helsedirektoratet har lagt vekt på at de nye spesialistene særlig skal ha kompetanse i rask diagnostikk og hastegradsvurdering (triage) av de vanligste sykdommer hos pasienter i mottakene. Spesialistene skal igangsette behandling – om nødvendig i samarbeid med andre legespesialister. Den nye spesialiteten bør i størst mulig grad tilfredsstille internasjonale krav til kompetanse i akuttmottak og observasjonsposter.

REGJERINGEN VIL

- gjennomføre ny modell for utdanning av legespesialister, innrettet på dagens faglige utvikling, den moderne legerollen og effektive utdanningsløp
- etablere en ny legespesialitet innrettet mot akuttmottakene
- gjennomgå videreutdanningstilbud og vurdere tilbud om klinisk avansert sykepleie rettet mot behov i sykehus
- forbedre kunnskapen om personell- og kompetansebehov i framtidens spesialisthelsetjeneste som grunnlag for å møte behovene for helsepersonell og utvikle utdanningene
- styrke helsetjenestens påvirkning på utdanningene og sikre bedre samsvar mellom utdanningenes innhold, studentenes sluttkompetanse og helsetjenestens behov
- at ny nasjonal bemanningsmodell som er utviklet av regionale helseforetak tas i bruk for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov lokalt og regionalt

- be helseforetakene styrke arbeidet med personellplanlegging, rekruttering og kompetanseutvikling for å møte sykehusenes behov
- stimulere til fleksibel kompetanseutvikling i sykehus, blant annet gjennom e-læring og simulatortrening

1.2.5 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Det er behov for å samordne og tydeliggjøre nasjonale kvalitetskrav til sykehus. I dag stiller de regionale helseforetakene faglige krav til sykehusene i sin region, men kravene er ikke alltid samordnet nasjonalt. Mange fagmiljøer utarbeider også egne retningslinjer og kvalitetskrav på sine områder. Regjeringen foreslår derfor at det utarbeides nasjonale kvalitetskrav til utvalgte behandlingstilbud i sykehusene på områder der det er behov for sterkere kvalitetssikring. Kvalitetskravene skal være i tråd med overordnede føringer og rammer fastsatt av Stortinget. Kravene skal omfatte alle typer sykehus og skal ta utgangspunkt i tverrfaglige og helhetlige pasientforløp. Kvalitetskravene skal utarbeides av Helsedirektoratet i nært samarbeid med pasienter, fagmiljøer, interesseorganisasjoner og helseregionene. Valg av tjenester må ta utgangspunkt i områder der det er antatt variasjon i kvalitet, eller der det er behov for å støtte regional oppgavefordeling.

Det foreslås å innføre en godkjenningsordning for behandlingstilbud som skal tilbys få steder i hver helseregion. Dette vil bety at dagens system for godkjenning av nasjonale behandlingstjenester utvides til å omfatte godkjenning av regionale behandlingstjenester som kan lokaliseres fra 0–3 steder i hver helseregion, det vil si fra 4–12 steder i landet. Den nasjonale beslutningsmyndigheten foreslås flyttet fra departementet til Helsedirektoratet for å sikre et klart skille mellom politiske og faglige beslutninger.

Fagfolk etterlyser mer planmessige gjennomganger av faglig kvalitet og behandlingsresultater ved sykehusene. Regjeringen ønsker derfor å legge til rette for et system med fagrevisjoner i sykehusene. Det skal etableres et nasjonalt nettverk for fagrevisjon som skal utvikle kompetanse og bistå med læring og erfaringsoverføring.

REGJERINGEN VIL

- fortsette arbeidet med å utvikle gode og relevante mål på kvalitet og pasientsikkerhet i sykehusene
- innføre nasjonale kvalitetskrav til behandlingstilbud og nasjonal godkjenning av regionale behandlingstjenester
- innføre et system med kvalitetssertifisering av sykehusene og utrede hva slags sertifiseringsordning som vil skape mest verdi
- etablere et nasjonalt nettverk for fagrevisjoner i sykehus

1.2.6 *Bedre oppgavedeling og samarbeid mellom sykehus*

Norske sykehus har svært ulik størrelse. Befolkningen i sykehusenes opptaksområder varierer fra 10–15 000 til nesten 500 000 innbyggere. Mange sykehus er små, og halvparten av sykehusene har et opptaksområde på under 50 000 innbyggere.

Regjeringen vil at det fortsatt skal være planlagt kirurgi på lokalsykehusene. Men det kirurgiske tilbudet må være tilpasset behovet, både lokalt og for de sykdommene der det er lange ventelister nasjonalt. Planlagt kirurgi må fordeles bedre mellom sykehusene. Kirurgene på lokalsykehus må ha en kompetanse som er tilpasset den aktiviteten som skal foregå på dagtid. Det vil ikke være mulig å opprettholde et bredt akuttkirurgisk tilbud basert på en vaktordning med 6–8 mage-tarmkirurger på alle norske sykehus i årene som kommer.

Et sykehus med indremedisinsk akuttberedskap støttet av anestesi, vil kunne ta imot og behandle pasienter med de hyppigst forekommende akutte tilstander, for eksempel akutt pustebesvær, infeksjoner og akutt hjerneslag. I en befolkning med økende antall eldre er det viktig at lokalsykehusene kan gi behandling til disse pasientgruppene. Overføring av planlagt kirurgi fra store til små sykehus vil sikre aktivitet ved mindre lokalsykehus og tilstrekkelig kapasitet på større sykehus til å håndtere et økt antall akuttpasienter.

Begge de to rådgivningsgruppene anbefalte at sykehus med akuttkirurgisk funksjon bør ha et opptaksområde på minst 80–100 000 innbyggere. Anbefalingen er basert på det en vet om forholdet mellom volum og kvalitet, kunnskap om den faktiske akuttkirurgiske aktiviteten ved sykehus av ulik størrelse, og gruppemedlemmenes egne erfaringer. En nedre grense for opptaksområdet for akuttkirurgi på 100 000 innbyggere vil berøre så mange som 35 av 51 akuttsykehus. Regjeringen vil derfor, med bakgrunn i dagens sykehusstruktur, foreslå en veiledende grense for akuttkirurgi på 60–80 000 innbyggere. Det er forslått et spenn og ikke en absolutt grense fordi det alltid vil måtte gjøres skjønnsmessige vurderinger. Det bør for eksempel stilles høyere krav til opptaksområde for et sykehus med kort avstand til nærmeste større akuttsykehus enn til et sykehus der avstanden er stor. I enkelte deler av landet vil forhold som klima, kommunikasjon/transport og avstand til nærmeste større akuttsykehus innebære at akuttkirurgi må opprettholdes, selv om opptaksområdet er under 60–80 000 innbyggere.

I dag preges samarbeidet mellom sykehus til en viss grad av konkurranse og rivalisering. Regjeringen vil at den faglige og organisatoriske nettverksfunksjonen mellom sykehusene i et helseforetak og mellom helseforetakene i helseregionen skal styrkes

og bli mer forpliktende. Nettverkene skal sikre god oppgavefordeling. Videre skal de sikre samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings- og ambuleringsordninger. Resultatet skal bli kvalitet i alle ledd og gode og sømløse pasientforløp. Helse Førde og Universitetssykehuset i Nord-Norge er eksempler som viser betydningen av felles konferering og bruk av telemedisin ved mottak av akutt syke pasienter. Slike systemer må videreutvikles slik at de kan understøtte bedre oppgavefordeling mellom sykehusene.

Regjeringen har foreslått å stille nasjonale kvalitetskrav til utvalgte behandlingstilbud og å innføre en godkjenningsordning for behandlingstilbud som skal finnes få steder i hver helseregion. Det vil være naturlig å se på tilbudet til akutt syke pasienter i denne sammenheng.

De nasjonale kvalitetskravene til fødetilbudet er nedfelt i stortingsmeldingen En gledelig begivenhet (2008–2009) og i Helsedirektoratets veileder Et trygt fødetilbud fra 2011. Disse kravene ligger fast. Dette innebærer at helseforetakene må sikre at fødeavdelingenes behov for støttefunksjoner er dekket. Det må være anestesilege og anestesiteam tilgjengelig på døgnbasis, samt operasjonspersonell for akutte hendelser og keisersnitt.

Sykehusstruktur og ambulansetjenester må ses i sammenheng. Dersom det skal gjøres endringer i akuttberedskapen ved sykehus, må det samtidig gjøres en gjennomgang og styrking av bil-, båt og luftambulansetjenesten. Den må ha nødvendig kapasitet, kompetanse, utstyr og tilgjengelighet til å kunne håndtere at flere pasienter må stabiliseres lokalt og transporteres videre til annet sykehus.

BETEGNELSER PÅ ULIKE TYPER SYKEHUS

I dag brukes flere betegnelser på ulike typer sykehus og spesialisthelsetjenester uten at det alltid er klart hva disse sier om virksomhetens innhold. Regjeringen vil foreslå følgende betegnelser på sykehus for å tydeliggjøre innholdet og gjøre begrepsbruken mer enhetlig:

- Betegnelsen regionsykehus skal brukes om det ene sykehuset i hver helseregion som er utpekt som hovedsykehus. De fire regionsykehusene er Universitetssykehuset i Nord-Norge, St. Olavs Hospital, Haukeland universitetssykehus og Oslo universitetssykehus. Disse sykehusene vil ha det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen.
- Betegnelsen stort akuttsykehus brukes om sykehus med opptaksområde på mer enn 60–80 000 innbyggere, og som har et bredt akutttilbud med akutt kirurgi og flere medisinske spesialiteter.

- Betegnelsen akutt sykehus brukes om sykehus som minst har akuttfunksjon i indremedisin, anestesilege i døgnvakt og planlagt kirurgi. Sykehuset kan ha akuttkirurgi dersom geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold gjør det nødvendig.
- Betegnelsen sykehus uten akuttfunksjoner brukes om sykehus med planlagt behandling som ikke har akuttfunksjoner.

VIDERE UTVIKLING AV DESENTRALISERTE SPESIALISTHELSETJENESTER

I enkelte deler av landet er det etablert større helseinstitusjoner utenfor sykehus der det ytes spesialisthelsetjenester. Oftest er disse spesialisthelsetjenestene samlokalisert med kommunale helse- og omsorgstjenester og går under navn som distriktsmedisinske sentre, lokalmedisinske sentre eller sjukestugu.

Regjeringen ønsker at tilbud om desentraliserte spesialisthelsetjenester skal videreutvikles. Dette vil gi mange pasienter kvalitetsmessig gode tjenester i nærområdet og spare dem for belastende reiser til sykehus. Samlokalisering med kommunale tjenester gir også en større mulighet til å etablere helhetlige pasientforløp mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

REGJERINGEN VIL LEGGE FØLGENDE PRINSIPPER TIL GRUNN FOR BEDRE OPPGAVEDELING OG SAMARBEID MELLOM SYKEHUSENE:

- Det skal fortsatt være en desentralisert og differensiert sykehusstruktur i Norge. En ryggrad av akutt sykehus er nødvendig for å sikre beredskap og øyeblikkelig hjelp.
- Funksjoner skal samles når det er nødvendig av hensyn til kvalitet, men samtidig desentraliseres når det er mulig – for å gi et bredest mulig tilbud med god kvalitet i nærmiljøet.
- For pasienter med behov for mer spesialiserte akutte tjenester, vil behandlingstilbudet som hovedregel være ved store akutt sykehus. Dette betyr at over tid vil færre sykehus enn i dag ha akutt kirurgi. Anbefalt nedre grense for opptaksområdet for akutt kirurgi på 60–80 000 innbyggere tas inn som én av flere føringer i denne vurderingen. Faktorer som geografi og bosettingsmønster, avstand mellom sykehus, tilgjengelighet til bil-, båt- og luftambulansetjenester og værforhold skal også tillegges stor vekt.
- Andre akutt sykehus skal behandle pasienter med vanlige tilstander som har behov for øyeblikkelig hjelp i sykehus.
- De nasjonale kvalitetskravene til fødetilbudet som er nedfelt i stortingsmeldingen En gledelig

begivenhet (2008–2009) og i Helsedirektoratets veileder Et trygt fødetilbud fra 2011 ligger fast. Ved endringer i tjenestetilbudet må det sikres at fødeavdelingenes behov for faglige støttefunksjoner er dekket.

- Vesentlig endring i oppgavedeling mellom sykehus må avklares i lokale prosesser der kommunene også skal høres.
- Det skal utarbeides et eget kvalitetssikringssystem for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner, i form av en veileder, for å understøtte at endringer i virksomheten er i tråd med nasjonale føringer og sikre at det er gjennomført gode lokale prosesser.
- Stille krav om forpliktende nettverk mellom sykehus og helseforetak i helseregionene. Nettverkene skal sikre hensiktsmessig oppgavefordeling. De skal også sikre samarbeid om pasientforløp, bemanning, utdanning av helsepersonell og hospiterings- og ambuleringsordninger.
- Sykehusstruktur og ambulansetjenester må sees i sammenheng. Endret oppgavefordeling må følges av nødvendig styrking av ambulansetjenesten.
- Desentraliserte spesialisthelsetjenester, gjerne samlokalisert med kommunale helse- og omsorgstjenester, skal videreutvikles for å gi gode tjenester i nærmiljøet og helhetlige pasientforløp.

1.2.7 *Styrke akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus*

Ambulansetjenesten har en avgjørende rolle i akuttberedskapen, og det har vært stor aktivitetsvekst i ambulansetjenesten de siste årene. Tjenesten har blitt en mer kompetent og profesjonell tjeneste, og en større andel av personellet er fagutdannet.

Fagmiljøene i prehospitale tjenester etterlyser større grad av nasjonal standardisering og flere nasjonale retningslinjer for akuttmedisin.

Luftambulansetjenesten har en sentral oppgave i å stabilisere og transportere akutt syke pasienter. Tjenesten skal sikre at pasientene får avansert behandlingstilbud ved tidskritiske tilstander, selv om avstanden til sykehus er lang. Ambulansehelikoptrene er imidlertid sårbare for ugunstige værforhold, og hvert år avvises eller avbrytes i underkant av 10 prosent av alle påbegynte oppdrag fordi været ikke tillater flygning. For luftambulansebasen som ligger i områder med krevende geografi og klima, er tallet høyere. Ambulanseflyene er mindre sårbare for krevende værforhold enn helikoptrene.

Med dagens basestruktur og fly- og helikopterkapasitet blir 80 prosent av primæroppdragene gjennomført med en flytid på under 30 minutter. Dette tallet er fra 2011 før åpningen av Evenes-basen i Troms i 2015. Det har vært stilt spørsmål ved om an-

tall baser og kapasiteten i tjenesten er tilstrekkelig til å dekke behovet. Luftambulansetjenesten må derfor gjennomgås særskilt som en del av planleggingen av det akuttmedisinske tilbudet regionalt og lokalt.

I løpet av de siste ti årene er antallet AMK-sentraler redusert, og flere regionale helseforetak har nylig gjennomgått og gjort endringer i AMK-strukturen.

Utbyggingen av Nødnett som et felles avlyttings-sikkert radiosamband for nød- og beredskapsstatene politi, brannvesen og helsetjenesten, er en viktig modernisering av infrastrukturen i nødmeldetjenesten. Nødnett har stort potensial for å gi bedre samarbeid mellom nødetatene og høyere kvalitet på arbeidet i hele den akuttmedisinske kjeden. Helsetjenesten i Sør-Øst og Midt-Norge har nå tatt Nødnett i bruk. I løpet av høsten 2015 og i 2016 vil nødnettet bli tatt i bruk i hele landet.

REGJERINGEN VIL

- at utredninger av endret oppgavedeling mellom sykehus skal omfatte prehospitale tjenester, og sikre at disse har nødvendig kapasitet og kompetanse
- at kapasitet og basestruktur for luftambulansetjenesten i helseregionen skal gjennomgås i lys av føringene i Nasjonal helse- og sykehusplan og akuttutvalgets endelige rapport med tilbakemelding til Stortinget i Prop. 1 S (2017–2018)
- at de lovpålagte samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner skal utvikles og konkretiseres, slik at de kan fungere som et felles planleggingsverktøy for akuttmedisinske tjenester
- styrke kompetansen til analyse, forskning og utviklingsarbeid i akuttmedisin ved å etablere et fagnettverk med utgangspunkt i eksisterende kompetansemiljøer
- etablere flere nasjonale retningslinjer, veiledere og standarder på det akuttmedisinske området
- igangsette nasjonale pilotprosjekter for utdanning på bachelornivå ambulansefag

1.3 Gjennomføre Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)

Departementets helhetlige styring ivaretas gjennom formidling av det helsepolitiske oppdraget, finansiering og eierstyring. Eierstyringen utøves gjennom vedtekter, oppnevning av styrer og krav i foretaksmøte. Det stilles årlige økonomiske og organisatoriske krav og rammer i foretaksmøtet i løpet av årets to første måneder. Det årlige oppdragsdokumentet gir den formelle tildeling av foretakenes ressurser, utdypet målkrav, gir prioriteringer og setter strategiske resultatkrav – også kalt den helsepolitiske bestillingen.

Regjeringen legger opp til et tydeligere skille mellom politiske og faglige beslutninger. De regionale helseforetakene og helseforetakene vil i planperioden ha ansvar for å planlegge og gjennomføre det utviklings- og omstillingsarbeidet som er nødvendig for å imøtekomme de overordnede prinsippene og gjennomføre tiltakene som foreslås.

1.3.1 Mer nasjonal styring og samordning av spesialisthelsetjenesten

Regjeringen ønsker i større grad å vektlegge nasjonal styring og koordinering på tvers av regionene. Etter regjeringens syn vil dette bidra til større likhet i tjenestetilbudet, bedre samordning og ressursutnyttelse. Klarere nasjonale rammer vil gi et bedre grunnlag for utøvelsen av en desentralisert tjeneste. Meldingen viser til to grep som står sentralt i den nasjonale styringen: styrking av Helsedirektoratets rolle som fag- og myndighetsorgan, samt mer regionovergripende samordning og organisering på utvalgte områder.

REGIONOVERGRIPENDE SAMORDNING OG ORGANISERING

Videreutviklingen av nasjonalt samarbeid og bedre samordning på tvers av regionene er en viktig del av den nasjonale helsepolitikken. I helseforetaksloven § 41 er det forutsatt at foretak skal samarbeide med andre når dette er nødvendig for å fremme foretakets formål, eller når det er pålagt eller forutsatt i lovgivning. Foretaket skal også samarbeide med andre når dette er egnet til å fremme de oppgaver og målsettinger som foretaket skal ivareta.

Regjeringen vil i tillegg, gjennom nasjonal organisering, sikre standardisert og effektiv oppgaveløsning av flere oppgaver i spesialisthelsetjenesten.

Målet med regionovergripende samordning og de felles eide selskapene er å styrke og forbedre tilbudet til pasientene, herunder å sikre samordning, likhet og likeverdighet, samt å bidra til at oppgavene løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse.

Regjeringen vil etablere et felles eid foretak for samordning av innkjøp innen 1. januar 2016. Spesialisthelsetjenesten kjøper varer og tjenester for om lag 40 mrd. kroner i året. Det er et stort potensial for effektivisering gjennom bedre samordning og standardisering av innkjøp og logistikk. Det nasjonale foretaket skal innlemme regionale ressurser og enheter i et fellesskap med Helseforetakenes innkjøpsservice AS (HINAS) og Legemiddelinnkjøpssamarbeidet (LIS), som ble slått sammen 1. juli 2015.

Regjeringen vil etablere et felles nasjonalt program for klinisk behandlingsforskning på tvers av de fire regionale helseforetakene for å styrke klinisk behandlingsrettet forskning. Programmet skal under-

støtte kliniske studier som gjennomføres parallelt i sykehus på tvers av helseregionene (kliniske multisenterstudier), og studier på effekt av ulike behandlingsmetoder ved bruk av blant annet nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Etablert tverrregionalt samarbeid om tjenesteforskning og innovasjon mellom de fire regionale helseforetakene skal videreføres.

1.3.2 Planlegging og utvikling i spesialisthelsetjenesten

Regjeringen legger til grunn at spesialisthelsetjenesten fortsatt skal planlegges og dimensjoneres med utgangspunkt i geografiske helseregioner.

Spesialisthelsetjenesten skal gjennomføre den nasjonale helsepolitikken i tråd med de føringene som gis i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Statistisk sentralbyrå (SSB), Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene har bidratt i arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan med å utvikle bedre datagrunnlag for framskrivninger. Det foreligger nå for første gang et felles datagrunnlag, omforent metode og en felles modell for planlegging og dimensjonering av behovet for spesialisthelsetjenester og bemanning. Nasjonal bemanningsmodell kan anvendes på ulike nivåer: medisinske fagområder, opptaksområder for helseforetak og helseregioner.

Regjeringen legger til grunn at de regionale helseforetakene og helseforetakene reviderer sine planer i tråd med føringene som følger av Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan. For å understøtte at endringer i virksomheten er i tråd med nasjonale føringer, vil det utarbeides en egen veileder for helseforetakenes arbeid med utviklingsplaner og en ordning for ekstern kvalitetssikring av utviklingsplanene. Planene må innarbeide nasjonale krav og føringer fra Helsedirektoratet og andre myndighetsorganer.

NASJONALE HELSEMYNDIGHETER HAR ANSVAR FOR LIKEVERDIGE HELSETJENESTER TIL DEN SAMISKE BEFOLKNING

Nasjonale helsemyndigheter har det overordnede ansvaret for likeverdige helsetjenester til den samiske befolkningen og skal sørge for at det samiske perspektivet i helsepolitiske satsinger, nasjonale planer og strategier ivaretas. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helse Nord RHF et særlig ansvar for å sørge for likeverdige spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen.

1.3.3 Ledelse

Gjennomføring av Nasjonal helse- og sykehusplan er avhengig av kompetente og engasjerte medarbeidere og dyktige ledere. Spesialisthelsetjenesten og sykehusene er komplekse kunnskapsorganisasjo-

ner som utfordrer styrene og lederne på alle nivåer i god ledelse. God og tydelig ledelse er viktig for helse, miljø og sikkerhet både for pasienter og medarbeidere. Pasientens helsetjeneste innebærer å flytte makt fra systemet til pasienten. Pasienten skal være en aktiv og likeverdig partner. Det innebærer nye krav til ledelse i sykehusene.

Ledelsen i sykehusene må

- kontinuerlig vurdere behov for, initiere og gjennomføre nødvendige endringsprosesser (strategisk ansvar)
- ta et helhetlig ansvar for resultater og for at dette skjer innenfor fastsatte rammer (driftsansvaret)
- ta ansvar for alle faggrupper i virksomheten og sikre at arbeidsmiljø og organisasjonskultur er tilpasset oppgavene som skal løses (personalansvaret)
- sikre god kommunikasjon og informasjon internt og eksternt for å fremme gode prosesser, oppgaveløsning, åpenhet og demokrati (kommunikasjonsansvaret)

Det er stilt krav om at styrene for de regionale helseforetakene og helseforetakene minimum én gang i året skal ha en samlet gjennomgang av virksomheten basert på sammenliknbar statistikk om kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeidet. Gjennomgangen skal bidra til å sikre at ledelsen aktivt støtter dette arbeidet, og at det gjøres sammenlikninger og læringsoverføring både innad og mellom sykehusene.

1.3.4 Utvikling av finansieringsordningene

Finansieringsordningene må utvikles i takt med endringer i spesialisthelsetjenesten. Dette kan blant annet være økt oppgaveglidning mellom personellgrupper, nye former for digital samhandling, økt bruk av ambulant behandling (det vil si at pasienten mottar tjenesten der «pasienten befinner seg», for eksempel hjemme eller i institusjon), og samarbeidsløsninger med kommunehelsetjenesten. I lys av dette pågår det mye utviklingsarbeid med finansieringsordningene i spesialisthelsetjenesten. I revidert nasjonalbudsjett 2015 ble det varslet innføring av betaling for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og rusbehandling og inkludering av pasienter i psykisk helse og rusbehandling i plikten til øyeblikkelig hjelp, tentativt fra 2017.

Helsedirektoratet utreder også hvordan dagens takstsystem for poliklinisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling kan videreutvikles, og hvordan finansieringsordningene kan videreutvikles for å støtte medisinsk praksis som følger av teknisk innovasjon.

1.3.5 Videreutvikling av styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten

Det framgår av regjeringserklæringen at de regionale helseforetakene skal legges ned. Det offentlige utvalget som ble oppnevnt i oktober 2015, skal legge fram sin tilrådning om framtidig organisering av eierskapet til spesialisthelsetjenesten 1. desember 2016. Regjeringen vil komme tilbake til dette i en egen sak for Stortinget i 2017.

Utvalget skal utrede organiseringen av det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten. Organisering av eierskapet er ett av flere virkemidler i den helhetlige politiske strategiske styringen av sektoren. Organiseringen skal bidra til å sikre befolkningen likeverdig tilgjengelighet og kvalitet til spesialisthelsetjenester, gjennom effektiv utnyttelse av ressursene som Stortinget stiller til disposisjon. Utredning av hvordan eierskapet best kan organiseres, må også ta høyde for tiltakene i Nasjonal helse- og sykehusplan.

1.3.6 Oppfølging og gjennomføring av Nasjonal helse- og sykehusplan

Nasjonal helse- og sykehusplan skal være et nasjonalt rammeverk for utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Planen vil være førende for regjeringens styring av helseforetakene i planperioden og danne grunnlaget for de mål og eierkrav som gis til de regionale helseforetakene. Oppfølgingen av planen overfor Stortinget skjer gjennom de årlige budsjettproposisjonene. Organiseringen av eierskapet til spesialisthelsetjenesten legges fram for Stortinget i 2017.

Regjeringen vil som del av oppfølgingen og gjennomføringen av planen

- sørge for at de regionale helseforetakene og helseforetakene legger prinsippene for oppgavedeling og samarbeid mellom sykehusene til grunn i sitt planarbeid
- be de regionale helseforetakene og helseforetakene om å legge nasjonale kvalitetskrav til grunn i sin planlegging og oppgavefordeling mellom sykehusene
- arbeide videre for mer nasjonal samordning og styring, herunder utrede hvordan Sykehusbygg HF skal utvikles videre med hensyn til eierskap og forvaltning av bygg
- styrke og effektivisere den nasjonale styringen, koordineringen og organiseringen av IKT-området i helse- og omsorgssektoren ved å opprette et eget direktorat for e-helse fra 1. januar 2016

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 28.04.16 kl. 11.30 – 19.00

Møtested: Helse Midt-Norge RHF, Strandvegen 1, Stjørdal

Saksnr.: 36/16 – 47/16

Arkivsaksnr.: 15/635

Møtende medlemmer:

Ola H. Strand

Paul Steinar Valle

Vigdis Harsvik

Liv Stette

Tore Kristiansen

Ellen Wøhni

Randulf Søberg

Ivar Østrem

Forfall:

Brit Tove Welde

Regionalt brukerutvalg:

Snorre Ness

Steinar Waksvik

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Stig A. Slørdahl

Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)

Direktør for stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød

Direktør for samhandling Daniel Haga

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Økonomidirektør Anne Marie Barane

HR direktør Anne Katarina Cartfjord

Ass. direktør for helsefag Henrik A. Sandbu

Seniorrådgiver Gunn Fredriksen

Revisor:

Stein Eirik Sæther, BDO

Terje Tvedt, BDO

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 21.04.16. Samme dag ble saksdokumentene lagt ut i styreadministrasjonen. Tirsdag 26.04.16 ble drøftingsprotokoller til sakene 41/16, 42/16 og 43/16 lagt ut i styreadministrasjonen. Plakater til sak 41/16 og sak 42/16 ble også lagt ut samme dag.

Onsdag 27.04.15 ble det sendt ny innkalling med opplysning om nytt møtested.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 25.04.16

I forkant av styremøtet hadde styret eget møte med revisorer fra BDO.

Styrets leder Ola H. Strand ønsket velkommen til styremøtet.

Innkalling og saksliste til møtet ble godkjent.

Sak 36/16 Referatsaker

- Møte i Regionalt brukerutvalg 25.04.16
- Protokoll fra møte i Styrets revisjonsutvalg 3. februar 2016
- Fråsegn frå Sunnmøre Regionalråd om Neonatal avdeling i Ålesund

Sak 37/16 Styrets årsberetning og årsregnskap Helse Midt-Norge 2015

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2015 med de anmerkninger og kommentarer som framkom under møtet. Årets overskudd på 318 millioner kroner i Helse Midt-Norge RHF anvendes overføring til annen egenkapital med 311,85 millioner kroner og 6,363 millioner overføres til fond for vurderingsforskjeller.
2. Styret godkjenner erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte, inkludert retningslinjer for fastsettelse av lønn og godtgjørelse for 2016 og legger denne fram for beslutning av foretaksmøte.
3. Styret legger vedlagte årsregnskap og årsberetning fram for foretaksmøte for godkjenning.
4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å foreta redaksjonelle endringer i årsregnskapet og årsberetningen.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2015 med de anmerkninger og kommentarer som framkom under møtet. Årets overskudd på 318 millioner kroner i Helse Midt-Norge RHF anvendes overføring til annen egenkapital med 311,85 millioner kroner og 6,363 millioner overføres til fond for vurderingsforskjeller.
2. Styret godkjenner erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte, inkludert retningslinjer for fastsettelse av lønn og godtgjørelse for 2016 og legger denne fram for beslutning av foretaksmøte.
3. Styret legger vedlagte årsregnskap og årsberetning fram for foretaksmøte for godkjenning.
4. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å foreta redaksjonelle endringer i årsregnskapet og årsberetningen.

Sak 38/16 Anbud anskaffelse av finansielle revisortjenester

Sakspapirer er unntatt off.het i hht Off.lova § 23, 1. ledd

Styret besluttet å lukke møtet i hht Helseforetaksloven § 26 a, pkt 4

Forslag til vedtak:

Styret i Helse Midt-Norge RHF slutter seg til at BDO tildeles kontrakt iht. gjennomført konkurranse om anskaffelse av finansielle revisjonstjenester, og at BDO dermed fortsetter som revisor for foretaksgruppen Helse Midt-Norge.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret i Helse Midt-Norge RHF slutter seg til at BDO tildeles kontrakt iht. gjennomført konkurranse om anskaffelse av finansielle revisjonstjenester, og at BDO dermed fortsetter som revisor for foretaksgruppen Helse Midt-Norge.

Sak 39/16 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 29.02.16

Forslag til vedtak:

1 Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport per 29.02.2016 til etterretning.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1 Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport per 29.02.2016 til etterretning.

Sak 40/16 Statusrapport Helse Midt-Norge pr. 31.03.16

Forslag til vedtak:

1 Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport per 31.03.2016 til etterretning

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1 Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport per 31.03.2016 til etterretning

Sak 41/16 Regional plan for psykisk helsevern 2016 - 2020

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar Regional plan for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge 2016 – 2020.

2. Styret ber administrerende direktør sørge for at det utarbeides et system for en strukturert oppfølging av gjennomføring av planen. Videre ber styret om å få seg forelagt en årlig rapportering på status, fremdrift og måloppnåelse

Protokoll

Styreleder Ola H. Strand fremmet følgende tilleggsforslag

Finansiering av aktuelle tiltak forutsettes behandlet særskilt

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

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar Regional plan for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge 2016 – 2020.

2. Styret ber administrerende direktør sørge for at det utarbeides et system for en strukturert oppfølging av gjennomføring av planen. Videre ber styret om å få seg forelagt en årlig rapportering på status, fremdrift og måloppnåelse

3. Finansiering av aktuelle tiltak forutsettes behandlet særskilt

Sak 42/16 Regional plan for tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet (TSB) Helse Midt-Norge 2016-2020

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar Regional plan for Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet i Helse Midt-Norge 2016 – 2020.

2. Styret ber administrerende direktør sørge for at det utarbeides et system for en strukturert oppfølging av gjennomføring av planen. Videre ber styret om å få seg forelagt en årlig rapportering på status, fremdrift og måloppnåelse

Protokoll

Styreleder Ola H. Strand fremmet følgende tilleggsforslag

Finansiering av aktuelle tiltak forutsettes behandlet særskilt

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

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar Regional plan for Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet i Helse Midt-Norge 2016 – 2020.
2. Styret ber administrerende direktør sørge for at det utarbeides et system for en strukturert oppfølging av gjennomføring av planen. Videre ber styret om å få seg forelagt en årlig rapportering på status, fremdrift og måloppnåelse
3. Finansiering av aktuelle tiltak forutsettes behandlet særskilt

Sak 43/16 Pasientreiser uten rekvisisjon - fremtidig organisering etter innføring av ny løsning «Mine pasientreiser»

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF slutter seg til den anbefalte løsningen der pasientreiser uten rekvisisjon organisatorisk legges til fire regionale enheter og Pasientreiser ANS.
2. Styret godkjenner at ansvar for oppgaver innenfor pasientreiser uten rekvisisjon i Midt-Norge overføres til Helse Møre og Romsdal HF.
3. Styret ber adm. direktør om at det i løpet av ett år etter at ny løsning er satt i full drift, skal fremmes en plan for overføring av de regionale enhetene til Pasientreiser ANS.

Protokoll

Styremedlem Ivar Østrem fremmet følgende tilleggsforslag:

Det vises til den gjeldende omstillingsavtale i Helse Midt-Norge og forutsetter at denne legges til grunn i den videre prosessen. Styret ber om å bli orientert om gjennomføringen av prosessen i et senere styremøte.

Det ble stemt over alle punkter samlet, disse ble enstemmig vedtatt
Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF slutter seg til den anbefalte løsningen der pasientreiser uten rekvisisjon organisatorisk legges til fire regionale enheter og Pasientreiser ANS.
2. Styret godkjenner at ansvar for oppgaver innenfor pasientreiser uten rekvisisjon i Midt-Norge overføres til Helse Møre og Romsdal HF.
3. Styret ber adm. direktør om at det i løpet av ett år etter at ny løsning er satt i full drift, skal fremmes en plan for overføring av de regionale enhetene til Pasientreiser ANS.

4. Det vises til den gjeldende omstillingsavtale i Helse Midt-Norge og det forutsettes at denne legges til grunn i den videre prosessen. Styret ber om å bli orientert om gjennomføringen av prosessen i et senere styremøte.

Sak 44/16 Temasaker

Forslag til vedtak:

Styret i Helse Midt-Norge RHF tar framlagte temasaker til orientering

I styremøte i Helse Midt-Norge RHF 28.04.16 fikk styret følgende saker lagt fram som tema for diskusjon

- Strategi 2030 Fra fragmenterte til helhetlige tjenester
- Strategi 2030 Arbeidskraft, kompetanse og utdanning

Sak 45/16 Orienteringssaker

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

I styremøte 28.04.16 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Nytt fra foretaksgruppen
- Helseplattformen – status
- Sykehusapotekene – organisering
- Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR)
- Rammeverk for risikostyring i Helse Midt-Norge

Sak 46/16 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 47/16 Godkjenning og signering av protokoller

Protokoll ble godkjent og signert i møtet.

Stjørdal 28.04.16

Ola H. Strand

Paul Steinar Valle

Liv Stette

Tore Kristiansen

Vigdis Harsvik

Brit Tove Welde

Randulf Søberg

Ellen Wøbni

Ivar Østrem

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 25.04.2016 kl. 10.30 – 15.20
Møtested: Sykehuset Namsos, møterom H1
Saksnr.: 20/2016 – 28/2016
Arkivsaksnr: 2016/8

Møteleder: Hilde Tyldum Stordahl

Disse møtte:

Hilde Tyldum Stordahl
Steinar Mikalsen
Mona Lersveen
Hildur Fallmyr
Terje Veimo
Unni Kristiansen
Olav Malmø (1. vara)

Forfall:

Karl John Amdahl

Fra administrasjonen:

Adm. direktør	Torbjørn Aas
Informasjonssjef (konst.)	Svein H. Karlsen (referent)

Merknad til innkalling, møte og sakliste: Ingen merknader

Sak 20/2016 Godkjenning av protokoll fra møte 01.03.2016

Protokoll

Leder viste til protokollen. Mona E. Lersveen viste til omtale av orienteringsaker, og ba om at teksten vedrørende tilbudet knyttet til vaarres.no justeres, slik at bl.a. Vårres sitt kurstilbud blir synliggjort. Terje Veimo framførte ønske om at utkastet til protokoll blir lagt ut på utvalgets side når protokollutkastet er skrevet.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF BRUKERUTVALGET

MØTEPROTOKOLL

Vedtak

Protokoll fra møtet 01.03.2016 godkjennes med justert tekst vedrørende omtalen av tilbudet det regionale brukerstyrt senteret Vårres gir.

Sak 21/2016 Strategi 2030

Protokoll

Helse Midt-Norge RHF har satt i gang arbeidet med å lage strategidokument for perioden 2020 til 2030. Prosessen knyttet til Strategi 2030 berører også Helse Nord-Trøndelag, og skal blant annet svare på et høringsbrev i løpet av sommeren. Før helseforetaket gir sitt svar, ønsker direktøren å forankre arbeidet på flere arenaer - også Brukerutvalget. I løpet av høsten vil Strategi 2030 også bli en sak lagt fram for utvalget og styret i Helse Nord-Trøndelag.

Mette Nilstad fra Helse Midt-Norge orienterte om prosess, grunnlaget for arbeidet og veien fram mot regional styrebehandling av Strategi 2030.

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

Sak 22/2016 Oppnevning av brukerrepresentanters kontaktperson i Brukerutvalget

Protokoll

Brukerutvalget oppnevnte representanter til følgende utvalg i sitt møte 1. mars 2016:

- Astmaskole Sykehuset Levanger for perioden fram til høsten 2016.
- Eksemskole ved Sykehuset Levanger for perioden fram til høsten 2016.
- Gruppeopplæring for pasienter med hjerneslag og deres pårørende.
- Tema ADHD - RUS for perioden 01.03.16 – 01.03.18.

Jmf. tidligere praksis skal det oppnevnes kontaktperson(er) til brukerrepresentantene i Brukerutvalget. På grunn av en glipp hos administrasjon, ble ikke kontaktpersoner utpekt i forbindelse med oppnevningene.

Det er behov for å rette opp dette, og adm. direktør ber om at Brukerutvalget peker ut kontaktperson(er) til brukerrepresentantene.

Vedtak

HELSE NORD-TRØNDELAG HF BRUKERUTVALGET

MØTEPROTOKOLL

Brukerutvalget oppnevnte følgende kontaktpersoner:

- Olav Malmo oppnevnes som kontaktperson for Anne og Roy Haugberg Mediås, som er oppnevnt som brukerrepresentanter for *Astmaskolen Sykehuset Levanger*.
 - Terje Veimo oppnevnes som kontaktperson for Kirsten og Bo Rotmo, som er oppnevnt som brukerrepresentanter for *Eksemskolen Sykehuset Levanger*.
 - Hilde T. Stordahl oppnevnes som kontaktperson for Gunn T. Bartnes, som er oppnevnt som brukerrepresentanter for *Gruppeopplæring for pasienter med hjerneslag og deres pårørende, Sykehuset Namsos*.
 - Mona E. Lersveen oppnevnes som kontaktperson for Roger Nesshaug, som er oppnevnt som brukerrepresentanter for *Tema ADHD - RUS*.
-

Sak 23/2016 Regionalt Brukerutvalgs invitasjon til møte

Protokoll

Vi er positive til invitasjonen, og tenker det er fornuftig at vi møter slik brevet beskriver. I tillegg ønsker vi fortsatt fellesmøtene der Regionalt Brukerutvalg møter hele vårt utvalg.

Vedtak

Brukerutvalget støtter intensjonen i brevet, og hilser den nye ordningen velkommen. Dette må ikke erstatte dagens møtearena for et samlet brukerutvalg og regionalt brukerutvalg, men som et tillegg.

Sak 24/2016 Orienteringssak: Sykehuset Namsos, Kirurgisk klinikk inkl. omvisning Akuttmottaket og AMK

Protokoll

Klinikkleder John Ivar Toft orienterte om Kirurgisk klinikk. I tillegg tok han utvalget med på omvisning i Akuttmottaket og AMK.

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Sak 25/2016 Temasak: Kirurgi ved Sykehuset Namsos, opereres det unødvendig mange?

Protokoll

Avdelingsoverlege ortopedi, Knut Erik Aune Moen, orienterte omkring aktivitet og behandling som gis ved Kirurgisk klinikk i Namsos.

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

Sak 26/2016 Brukerutvalgets mandat og rolle

Protokoll

Adm. direktør Torbjørn Aas orienterte kort om formål og mandat. I forhold til det vedtatte mandat som foreligger ønsker direktøren en justering av ordlyden knyttet til formål. Tematikken *Samhandling* bør i tillegg inn i mandatet, båret internt og eksternt. Foreslår at justert mandat legges fram til drøfting i neste møte, og siden framlagt som sak til styret i HNT for godkjenning og vedtak.

Vedtak

Brukerutvalget støtter direktørens innspill, og legger til grunn at forslag til justert mandat legges fram for Brukerutvalget – og siden fremlegges for godkjenning i HNT sitt styre.

Sak 27/2016 Orienteringer

1. *Ungdomsråd i HNT*
 - *Jobber ut fra at Ungdomsråd ses i sammenheng med Brukerutvalget. Direktør har hatt dialog med ungdom tilknyttet Ungdomsråd i Helse Sør-Øst. BU-leder og direktør planlegger å reise til Åhus for å se på ordningen og høste erfaring.*
2. *Styremøte i HNT 04 04 2016*
 - *Strategi 2030 ble gjennomgått som i dag, eller vanlige styresaker.*
3. *Framtidig pasientorientert organisering av HNT*
 - *Direktøren orienterte om at det er iverksatt et arbeid med tanke på framtidig organisering av Helse Nord-Trøndelag. Arbeidet har som utgangspunkt at organisering skal være pasientrettet. Prosess og framdrift ble kort gjennomgått.*
4. *Andre orienteringer*
 - *ingen saker.*

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Vedtak

Brukerutvalget tar sakene til orientering.

Sak 28/2016 Eventuelt

Protokoll

Mediesak:

- Mona E. Lersveen tok opp mediesaken vedrørende tvang i psykiatrien, og ønsker en orienteringssak i kommende møte. Direktøren redegjorde for innholdet i den aktuelle saken og de bakenforliggende tall. Utvalget støtter at dette blir temsak på et kommende møte.

Aktuell temasak:

- Direktøren foreslår at Prehospital klinikk inviteres til Brukerutvalget for å presentere virksomheten.

Seminarer og aktuelle møter:

- Ønske om å delta på seminar 9.6.2016 – *Samhandlingsmøtet 2016*, Sykehuset Levanger. HNT er medrrangør. Hildur Fallmyr og Mona E. Lersveen bes representere utvalget.

- Det er også ønskelig at Brukerutvalget er representert på seminar 22.9. *Bruker og etat møtes*, på Stiklestad. Ikke avklart hvem utvalget ønsker skal delta.

Vedtak

Brukerutvalget ber om at «Tvang i psykiatrien» og Prehospital klinikk blir temasaker i kommende møter. HNT positiv til at Brukerutvalget deltar på aktuelle seminarer.



MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 20.04.2016 kl. 10.00 – 15.00
Møtested: Fylkets Hus, Steinkjer
Saksnr.: 12/2016 - 17/2016
Arkivsaksnr: 2016/1757

Møteleder: Torunn Austheim

Møtende medlemmer:

Torunn Austheim
Håkon Kolstrøm
Jacob Br. Almlid
Sunniva Rognerud
Runar Asp
Bente Eidesmo
Paul Georg Skogen
Øystein Sende
Olav Bremnes
John Ivar Toft
Kathinka Meirik

Forfall:

Torbjørn Aas

Varamedlem:

Fra HNT møtte Tone S. Haugan

Møtende repr. med møte og talerett:

Laila Steinmo, KS
Bjørn Ståle Aalberg, Leksvik kommune
Mona Lund Veie møtte for Annbjørg Støa
Karl Johan Amdal møtte for Hilde Tyldum Stordahl, brukerrepresentant
Unni Pedersen møtte for Bente Kne Haugdal

Merknader til møtet:

Ingen.

Merknader til innkalling og sakliste:

Ingen merknader til innkalling og sakliste.

Innkalling utsendt 13.04.2016

Saksframlegg er publisert på internettløsningen for styreadministrasjon, og er tilgjengelig via kommunenes og helseforetakets felles samhandlingssider - ASU:

<https://ekstranett.helse-midt.no/1007/samarbeidsutvalg%20HNT/Sakspapirer/Forms/Administrativt%20samarbeidsutvalg.aspx>

Presentasjoner publiseres på styreadministrasjon, og er tilgjengelig via kommunenes og helseforetakets felles samhandlingssider - ASU:

<https://ekstranett.helse-midt.no/1007/samarbeidsutvalg%20HNT/Presentasjoner1/Forms/AllItems.aspx>

Sak 12/16 Godkjenning av protokoll fra møte 24.02.15

Protokoll: Møteleder viste til protokollen.

Vedtak: Protokoll fra møte 24.02.2016 godkjennes.

Sak 13/16 Temasak: Psykisk helse og rus

Hvordan forberede nye ordninger fra 2017. Betalingsordning for utskrivningsklare pasienter og oppstart av kommunale øhjelpstilbud.

v/ Katinka Meirik og Laila Steinmo

- Ønsker og forventninger til samhandling med kommunene og spesialisthelsetjenesten?

Utfordringsbilde innen psykisk helse og rus i store og små kommuner og helseforetak

v/ Sunniva Rognerud, Bernt Harald Opdal og Katinka Meirik

- Status i dag, tilbud til brukere med lettere, moderate og alvorlig psykiske lidelser.
- Utfordringer framover
- Forventninger til samhandling mellom kommune og sykehus / DPS

Protokoll: Temaene ble presentert av innleiderne med påfølgende diskusjon. *Presentasjonen er tilgjengelig via kommunenes og helseforetakets felles samhandlingssider – ASU.*

Vedtak:

- a) Det opprettes en arbeidsgruppe mellom kommunen og HNT for å utarbeide forslag til beslutningsgrunnlag for etablering av kommunale øhjelpstilbud.

Det utarbeides mandat for arbeidsgruppen og frist for når arbeidet skal være ferdig. Arbeidsgruppen består av 3 representanter for kommunen og 3 representanter for HNT.

- b) Arbeidsutvalget til ASU utarbeider et forslag til ASU om hvordan en kan etablere et mer permanent samarbeid mellom kommunene og HNT, og vurdere etablering av et fagråd for psykisk helse og rus både for barn, ungdom og voksne. Dette skjer i nært samarbeid med utviklingsnettverket som er etablert mellom de største kommunene i Nord-Trøndelag.
-

Sak 14/16 Oppsummering fra dialogmøtene 2015 mellom kommuneregionen og HNT

Protokoll: Tone Haugan ga en orientering om om dialogmøtene. *Presentasjonen er tilgjengelig via kommunenes og helseforetakets felles samhandlingssider – ASU.*

Vedtak: ASU tar saken til orientering

Sak 15/16 Orientering – spesialisert rehabilitering

Oppfølging av ASU sak 8/16 om rehabiliteringstilsynet

Protokoll: Nancy Haugan ga en orientering om spesialisert rehabilitering og regionalt henvisningsmottak. *Presentasjonen er tilgjengelig via kommunenes og helseforetakets felles samhandlingssider – ASU.*

Vedtak: ASU tar saken til orientering, og ber regionalt henvisningsmottak sende ut informasjon om vurderingskriteriene for å bedre kvaliteten på henvisningene.

Sak 16/16 Informasjon om Nasjonal helse og sykehusplan

Protokoll: Olav Bremnes ga en orientering. *Presentasjonen er tilgjengelig via kommunenes og helseforetakets felles samhandlingssider – ASU.*

Vedtak: ASU tar saken til orientering

Sak 17/16 Informasjon fra fagråd for tjenesteavtale 10 Sammen om forebygging

Protokoll: Tone S. Haugan orienterte fra fagrådet. *Presentasjonen er tilgjengelig via kommunenes og helseforetakets felles samhandlingssider – ASU.*

Vedtak:

ASU støtter forslaget til fagrådet om å ta fram de gode eksemplene på Friskliv og læring- og mestrings tiltak som allerede er etablert i noen kommuner i Nord Trøndelag, med hensikt å spre dette til flere kommuner.

Sak 18/16 Evaluering av Samhandlingskonferansen 2016

Protokoll: Olav Bremnes ga en orientering. *Presentasjonen er tilgjengelig via kommunenes og helseforetakets felles samhandlingssider – ASU.*

Vedtak:

ASU tar saken til orientering

Sak 19/16

Orienteringer

- a) Referat fra PSU 04.04.16.
- b) Arbeidet med revidering av Samarbeidsavtalen
- c) Nye medlemmer i ASU fra 01.01.16

Vedtak: ASU tar sakene til orientering

Sak 20/16

- Eventuelt

GODKJENNES I NESTE ASU-MØTE



Protokoll

fra møte i politisk samarbeidsutvalg (PSU)

Tidspunkt: Mandag 4 april 2016 kl. 0900 - 1100

Sted: Sykehuset Namsos, møterom Bråholmen, psykiatrisk klinikk.

Tilstede: Alf Daniel Moen, Robert Svarva, Marit Dille, Hege Nordheim-Viken, Bjørn Arild Gram, Tone Våg og Ida Stuberg.

Meldt forfall: Hilde Grimstad og Steinar Aspli (vara møtte)

Fra administrasjonen: Torbjørn Aas, Olav Bremnes, Paul Georg Skogen og Einar Jakobsen.
Observatør: Marit Voll

Sakliste og innkalling godkjent.

Sak 16/06 De skrøpelige eldre.

Hvordan løse fremtidige samhandlingsutfordringer?

v/prof. Anders Grimsmo, HEMIT/NTNU (på video)

Vedlegg: Grimsmo`s presentasjon

Vedtak:

1. PSU anmoder KSNT om å videreformidle Grimsmo`s forskningsresultater og anbefalinger i aktuelle KS-fora(møter-konferanser) slik at alle kommunene får et best mulig kunnskapsgrunnlag for å møte fremtidige utfordringer.
2. PSU anbefaler at kunnskapen gjøres kjent under overskriften «Hva er viktigst for deg?»

Sak 16/07. Rus - Psykiatri

Vedlegg: Presentasjonene fra begge innleiderne.

Øyeblikkelig hjelp døgntilbud skal fra 2017 også omfatte rus-psykiatribrukerne. Kommunene har bygd opp ø-hjelpstilbud, men effekten og bruken av plassene er fortsatt relativt lav. Hvordan skal vi i fellesskap oppnå ønsket effekt med ny brukergruppe fra 2017?

Bør vi etablere en gruppe på 6 personer (3+3) som utarbeider et forslag til tiltak for å kunne lykkes?

Innledninger v/ klinikkleder Kathinka Meirik HNT og fagsjef Helse og sosial, Bente Eidesmo, Overhalla kommune.

Vedtak:

-PSU ber ASU opprette en faggruppe(3+3) som utarbeider forslag til tiltak for å lykkes i fellesskap i en kombinasjon av hjemmebehandling (Grimsmo) og bruk av KAD-senger.

-ASU gis fullmakt til å utforme mandat for gruppen

Sakene 16/08 Og 09 tas av sakskartet. Kommunenes representanter ble invitert inn i styremøtet for å få orientering om begge disse saksområdene.

Sak 16/10 Orienteringer:

- Revisjon av avtalene
- En Innbygger En Journal

Vedtak:

Orienteringene utsatt til neste møte.