

Styrets medlemmer

Vår ref.:
2015/1653 - 13716/2015

Deres ref.:

Dato:
22.05.2015**Innkalling til styremøte for Helse Nord-Trøndelag 1. juni 2015**

Det kalles med dette inn til styremøte i Helse Nord-Trøndelag mandag 1. juni 2015.
Møtet finner sted på Quality Hotel Grand Steinkjer, og starter kl. 1130.

- | | |
|--------------------|--|
| Sak 25/2015 | Finansstrategi for Helse Midt-Norge – Høring |
| Sak 26/2015 | Langtidsbudsjett 2016 - 2021 |
| Sak 27/2015 | Driftsrapport april 2015 |
| Sak 28/2015 | Eiers styringskrav 2015 Helse Nord-Trøndelag HF, 1. tertialrapport |
| Sak 29/2015 | Sengepostdrift DPS Kolvereid |
| Sak 30/2015 | Leiekontrakter kombinasjonsbygg Levanger |
| Sak 31/2015 | Orienteringssaker: <ul style="list-style-type: none">1. Protokoll fra møte i Politisk samarbeidsutvalg 16.03.152. Protokoll fra møte i Administrativt samarbeidsutvalg 15.04.153. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 16.04. og 27.04.154. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 27.05.155. Protokoll fra foretaksmøte 30.04.15 mellom Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF6. Andre orienteringer |
| Sak 32/2015 | Eventuelt |
| Sak 33/2015 | Godkjenning og signering av protokoll |

Alf Daniel Moen
Styreleder
sign.Arne Flaatt
Adm. direktør
sign.

Kopi: Styrets varamedlemmer
Administrativt samarbeidsutvalg v/leder
Brukerutvalget

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 25/2015 Finansstrategi for Helse Midt-Norge – Høring

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	1. juni 2015	25/2015

Saksbeh: Tormod Gilberg

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2015/1653

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret støtter framlagte forslag til finansstrategi for Helse Midt-Norge slik den er presentert i sak 23/15 i styret for Helse Midt-Norge RHF.

Styret gir særskilt uttrykk for støtte til forslaget om renteberegning på interne fordringer og lån, og at rentebetingelsene settes på linje med lån fra HOD. Ny finansstrategi for Helse Midt-Norge anbefales gjort gjeldende f.o.m. 2016, herunder renteberegning av interne fordringer og intern gjeld (for både gammel og ny fordring/gjeld) fra 01.01.16.

SAKSUTREDNING:

Sak 25/2015 Finansstrategi for Helse Midt-Norge – Høring

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken:

1. Sak 23/15 i regionstyret 12.03.15; Finansstrategi for Helse Midt-Norge
2. Vedlegg sak 23/15; Finansstrategi Helse Midt-Norge

Utrykte vedlegg i saksmappen:

1. Brev av 18.03.15 fra HMN om forslag til finansstrategi for

1. BAKGRUNN

Helse Midt-Norge har i dag et finansreglement som ble vedtatt av styret i juni 2010, jf. sak 55/10. Dagens reglement omfatter et begrenset område av finansforvaltningen. Helse Midt-Norge står foran store og komplekse investeringsprosjekter. Det er behov for å ha en strategi som gir helseforetakene større forutsigbarhet i økonomiske rammer over tid og som tydeliggjør roller og ansvar i foretaksgruppen.

Styret for Helse Midt-Norge behandlet 12.03.15, som sak 23/15, forslag til finansstrategi for Helse Midt-Norge, og fattet følgende vedtak:

1. Helse Midt-Norge står foran store investeringer og styret vektlegger at ny finansstrategi skal bidra til økt forutsigbarhet i økonomiske rammer over tid for helseforetakene og regionen.
2. Styret tar forslag til Finansstrategi for Helse Midt-Norge til orientering.
3. Styret ber om at strategien sendes på høring til alle helseforetak med tanke på behandling i førstkommende styremøte i helseforetakene med tanke på endelig behandling i styret for Helse Midt-Norge RHF i juni 2015.
4. Styret ber helseforetakene spesielt gi innspill på spørsmålet om renteberegning på interne lån.

2. HELHETLIG DRØFTING

2.1 Formål

Det primære målet med HMN sin finansstrategi er å:

- Tydeliggjøre prinsipper for finansielle rammer og retningslinjer.
- Tilrettelegge for en forutsigbar finansiering av helseforetakene, avdelinger og andre enheter i HMN. Dette innebærer blant annet at enhetene i HMN til enhver tid skal ha tilstrekkelig likviditet til å møte planlagte utgifter og håndtere likviditetsmessige utfordringer knyttet til drifts- og investeringsformål.

- Tydeliggjøre HMN og helseforetakenes roller og ansvar knyttet til finansieringsaktivitet og likviditetsstyring i regionen.
- Tydeliggjøre finansiell styringsmodell i HMN, som omfatter sammenhengen mellom økonomiske forutsetninger (inntekter, likviditet og resultatkrav), og det enkelte helseforetaks ansvar for å styre innenfor økonomiske forutsetninger.

2.2 Innhold og drøfting

Strategien tydeliggjør roller og ansvar innenfor finansområdet i Helse Midt-Norge og omfatter investeringer, finansiering og likviditetsstyring. Den framlagte finansstrategien ansvarliggjør helseforetakene i større grad enn tidligere. HMN fastsetter økonomiske rammer og forutsetninger for det enkelte helseforetak, som blant annet omfatter inntekter, likviditet og resultatkrav, samtidig som helseforetaket selv disponerer og prioriterer tildelte midler til drift og investeringer. Helseforetaket har da ansvar for å styre virksomheten innfor tildelte økonomiske rammer og forutsetninger.

For å tilrettelegge for forutsigbare økonomiske rammer og sikre at likviditet er tilgjengelig ved behov, opptrer HMN som foretaksgruppens internbank. HMN er samtidig ansvarlig overfor gruppens hovedbankforbindelse og er ansvarlig for kontakt med eier vedrørende finansiering. HMN trekker inn likviditet fra de underliggende helseforetakene i årlige driftsrammer og tildeler bl.a. likviditet i forbindelse med større utbyggingsprosjekt. De enkelte helseforetakene kan ikke selv ta opp lån, men må hele tiden forholde seg til regionforetaket, enten det gjelder lån av regionalt interne midler eller lån av midler lånt gjennom (langsiktige lån) i HOD eller (driftskreditt) i Norges Bank.

For å sikre like betingelser og for å balansere intern og ekstern finansiering er det i foreslåtte finansstrategi lagt opp til at rentebetingelser på interne lån i utgangspunktet skal følge samme betingelser som ved lån fra HOD. Med interne lån menes her både fordringer, driftskreditt samt kortsikt og langsiktig gjeld internt i foretaksgruppen. Dette er et nytt prinsipp i Helse Midt-Norge, men et prinsipp som er gjort gjeldende i flere andre regioner. Det vil samtidig innebære en regnskapsmessig mer korrekt håndtering av investeringer og gi et mer korrekt bilde av kapitalkostnadene.

3. OPPSUMMERING/ANBEFALING

Finansstrategien skal legge til rette for at Helse Midt-Norge til enhver tid har tilstrekkelig likviditet til å møte alle planlagte utgifter til drifts- og investeringsformål, hensyntatt risiko for svingninger i markeder som kan påvirke helseforetaksgruppens kontantstrøm.

Finansstrategien definerer og klargjør ulike risikoaspekter, samt ansvarsforhold, roller og organisering av likviditetsstyring, finansiering, kapitalforvaltning og håndtering av finansiell risiko.

Administrerende direktør vurderer det som prinsipielt riktig å renteberegne interne lån, slik som det også gjøres i Helse Sør-Øst og i Helse Nord. Bruk av likviditet/kapital har samme alternative kostnad uavhengig av hvor den hentes fra. Dette understøtter tilråningen om samme rente på interne som på eksterne lånemidler.

Det legges opp til at finansstrategi for Helse Midt-Norge skal behandles og vedtas av regionstyret i juni i år. Samtidig skal også regionstyret vedta rammer og retningslinjer for langtidsbudsjettperioden

2016 – 2021. Administrerende direktør anbefaler derfor at ny finansstrategi for Helse Midt-Norge gjøres gjeldende f.o.m. 2016 og at interne fordringer og intern gjeld renteberegnes fra 01.01.16 (både for gammel og ny fordring/gjeld).

HELSE MIDT-NORGE RHF

STYRET

Sak 23/15 Finansstrategi for Helse Midt-Norge

Saksbehandler	Reidun Martine Rømo
Ansvarlig direktør	Anne-Marie Barane
Saksmappe	2014/496
Dato for styremøte	12.03.15

Forslag til vedtak:

1. Helse Midt-Norge står foran store investeringer og styret vektlegger at ny finansstrategi skal bidra til økt forutsigbarhet i økonomiske rammer over tid for helseforetakene og regionen.
2. Styret tar forslag til Finansstrategi for Helse Midt-Norge til orientering.
3. Styret ber om at strategien sendes på høring til alle helseforetak med tanke på behandling i førstkommende styremøte i helseforetakene med tanke på endelig behandling i styret for Helse Midt-Norge RHF i juni 2015
4. Styret ber helseforetakene spesielt gi innspill på spørsmålet om renteberegning på interne lån

Stjørdal 06.03.15

Daniel Haga
Administrerende direktør

SAKSUTREDNING:

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

Finansstrategi for Helse Midt-Norge

Utrykte vedlegg i saksmappen

Sak 55/10 Revidert finansreglement Helse Midt-Norge

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Lov om helseforetak m.m. av 15. juni 2001 gir i § 28 styret ansvar for forvaltningen av helseforetaket. I følge loven har styret ansvar for en tilfredsstillende organisering av helseforetakets samlede virksomhet. Styret skal fastsette budsjett og planer for virksomheten og holde seg orientert om helseforetakets økonomiske stilling. Styret skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med vedtekter og sørge for at bokføring og formuesforvaltning er gjenstand for betryggende kontroll.

I følge § 37 av samme lov forestår daglig leder den daglige ledelsen av helseforetaket i samsvar med retningslinjer og pålegg styret har gitt. Daglig leder har ansvar for å sørge for at formuesforvaltningen er ordnet på en betryggende måte.

BAKGRUNN

Helse Midt-Norge har i dag et finansreglement som ble vedtatt av styret i juni 2010, jf sak 55/10. Dagens reglement omfatter et begrenset område av finansforvaltningen. Helse Midt-Norge står foran store og komplekse investeringsprosjekter og det er behov for å ha en strategi som gir helseforetakene større forutsigbarhet i økonomiske rammer over tid og som tydeliggjør roller og ansvar i foretaksgruppen..

HELHETLIG DRØFTING

1. Formål

Det primære målet med HMN sin finansstrategi er å:

- Tydeliggjøre prinsipper for finansielle rammer og retningslinjer.
- Tilrettelegge for en forutsigbar finansiering av helseforetakene, avdelinger og andre enheter i HMN- Dette innebærer blant annet at enhetene i HMN til enhver tid skal ha tilstrekkelig likviditet til å møte planlagte utgifter og håndtere likviditetsmessige utfordringer knyttet til drifts- og investeringsformål.
- Tydeliggjøre HMN RHF og helseforetakenes roller og ansvar knyttet til finansieringsaktivitet og likviditetsstyring i regionen.

- Tydeliggjøre finansiell styringsmodell i HMN, som omfatter sammenhengen mellom økonomiske forutsetninger (inntekter, likviditet og resultatkrav), og det enkelte helseforetaks ansvar for å styre innenfor økonomiske forutsetninger.

2. Innhold

Strategien tydeliggjør roller og ansvar innenfor finansområdet i Helse Midt-Norge, som omfatter investeringer, finansiering og likviditetsstyring. Fremlagt finansstrategi ansvarliggjør helseforetakene i større grad enn tidligere. HMN RHF fastsetter økonomiske rammer og forutsetninger for det enkelte helseforetak, som blant annet omfatter inntekter, likviditet og resultatkrav, samtidig som helseforetaket selv disponerer og prioriterer tildelte midler til drift og investeringer. Helseforetaket har da ansvar for å styre virksomheten innenfor tildelte økonomiske rammer og forutsetninger.

I kapittelet om finansiering omtales likviditetsfordelingen, resultatkrav, ekstern og intern finansiering. Det regionale foretakelse fordeler årlige inntektsrammer som er større enn årlig tildelt likviditet for å kanalisere likviditet til å finansiere regionalt vedtatte investeringer. På bakgrunn av dette har helseforetakene opparbeidet en fordring på HMN RHF. Helse Midt-Norge tildeler lån til helseforetaket/Hemit som skal gjennomføre investeringer. Denne form for likviditetsstyring er sentralt å skape forutsigbarhet for helseforetakenes økonomiske rammer over tid. Betingelser for avdrag og renter på interne lån er derfor beskrevet som del av finansstrategien. Eksempel på dette er etablering av internt lån til St. Olavs Hospital vedrørende nytt akuttbbygg på Østmarka med 4 års tilbakebetaling. Tilsvarende ble det i analyse av økonomisk bærekraft knyttet til nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal lagt til grunn tilbakebetaling av internt lån i tråd med de betingelser som gjelder eksternt lån.

For å sikre like betingelser og balansere intern og ekstern finansiering ligger det i vedlagte finansstrategi at rentebetingelser på interne lån i utgangspunktet følger samme betingelser som ved lån fra HOD. Med interne lån menes her både fordringer, driftskreditt samt kortsikt og langsiktig gjeld internt i foretaksgruppen. Dette er et nytt prinsipp i Helse Midt-Norge, men et prinsipp som er gjort gjeldende i flere andre regioner. Det vil samtidig medføre en mer regnskapsmessig korrekt håndtering av investeringen og gi et mer korrekt bilde av kapitalkostnaden.

Helse Midt-Norge forvalter regionens totale låneportefølje og styrer renterisiko. Dette er et sentralt element i forhold til å kunne skape forutsigbarhet i økonomiske rammer. Helse Midt-Norge har anledning til å binde renten for 3, 5 eller 10 år for serielån i Norges bank. Ved vurderinger knyttet til rentebinding skal HMN RHF sørge for at utløp av rentebinding den eksterne låneporteføljen spres utover i tid. Dette gjøres for å unngå at store andeler av låneporteføljen må refinansieres samtidig, og skal dermed sikre forutsigbarhet knyttet til rentekostnader.

HMN RHF har som oppgave å forvalte regionens økonomiske rammer på en best mulig måte over tid. Med forvaltning av regionens økonomisk rammer forstås blant annet å tilrettelegge for en forutsigbar og langsiktig finansiering av helseforetakenes drift og investeringer, tilrettelegge for at helseforetakene har nødvendig likviditet tilgjengelig, samt bidra til å håndtere finansiell risiko knyttet til bruk av likviditet. Viktige elementer i likviditetsstyringen er beskrevet i fremlagt forslag til finansstrategi. Elementer knyttet til markedsrisiko som valutarisiko, forsikring og risiko knyttet til kjøp av energi er omtalt i egne kapitler.

ADM. DIREKTØRS OPPSUMMERING/ANBEFALING

Helse Midt-Norge står foran store investeringer og utviklingsprosjekter i tiden som kommer. Det primære målet for helseforetaksgruppens finansaktiviteter er å tilrettelegge for forutsigbarhet og en stabil finansiering av virksomheten. Finansstrategien skal legge til rette for at Helse Midt-Norge til enhver tid har tilstrekkelig likviditet til å møte alle planlagte utgifter til drifts- og investeringsformål, hensyntatt risiko for svingninger i markeder som kan påvirke helseforetaksgruppens kontantstrøm.

Finansstrategien skal definere og klargjøre ulike risikoaspekter, samt ansvarsforhold, roller og organisering av likviditetsstyring, finansiering, kapitalforvaltning og samt håndtering av finansiell risiko. Ved forvaltning av finansiell risiko skal hovedfokus være å sikre forutsigbarhet, men også ha rammer for en viss tilpasning av porteføljene med akseptabelt risikonivå.

Administrerende direktør vurderer det som prinsipielt riktig å renteberegne interne lån, slik som det også gjøres i Helse Sør-Øst og i Helse Nord. Styret bør vurdere om og eventuelt når det bør innføres rente på interne lån i Helse Midt-Norge.

Finansstrategi for Helse Midt-Norge beskriver finansiell risiko, vurderer risikotoleranse og tilrettelegger for å etablere hensiktsmessige sikringstiltak. Det har også vært behov for å tydeliggjøre roller, ansvar, myndighet og styring av likviditet innenfor finansområdet i Helse Midt-Norge.

Finansstrategi Helse Midt-Norge

1	Gyldighet, endringslogg og definisjoner	3
1.1	Gyldighet	3
1.2	Endringslogg	3
1.3	Definisjoner	3
2	Bakgrunn og formål	4
2.1	Bakgrunn	4
2.2	Formål	4
3	Forutsetninger og føringer	4
4	Organisering, roller og ansvar innen finansområdet	5
4.1	Organisering	5
4.2	Roller og ansvar	5
4.3	Roller og ansvar – Investeringer	5
4.4	Roller og ansvar – Finansiering	6
4.5	Roller og ansvar – Likviditetsstyring	6
5	Investeringer	7
5.1	Regionalt besluttede investeringer	7
5.2	Lokale investeringer	7
6	Finansiering	7
6.1	Likviditetsfordeling	7
6.2	Resultatkrav	8
6.3	Ekstern finansiering	8
6.4	Intern finansiering	9
6.5	Rentebetingelser på interne lån	9
6.6	Annen finansiering	9
6.7	Styring av renterisiko	10
7	Likviditetsstyring	10
7.1	Likviditetsstyring i HMN RHF	10
7.2	Likviditetsstyring i helseforetakene	11
7.3	Sentrale forutsetninger for likviditetsstyring	12
8	Valutarisiko	13
9	Forsikringer	14
10	Energi	14
11	Kreditt- og motpartsrisiko	15

1 Gyldighet, endringslogg og definisjoner

1.1 Gyldighet

Finansstrategien gjelder for alle juridiske enheter i Helse Midt-Norge(HMN) samt alle avdelinger og tilknyttede enheter som enten direkte eller indirekte er eiet av Helse Midt-Norge RHF (HMN RHF), eller en av de andre juridiske enheter som inngår i HMN.

Finansstrategien gjelder inntil den endres eller opphører ved vedtak av styret i HMN RHF. Finansstrategien gjennomgås og oppdateres ved behov, herunder ved endringer i forutsetninger og rammer som følge av endringer i eksterne og interne forhold.

I de tilfeller helseforetakene selv velger å etablere egen finansstrategi er dette dokumentet førende for utforming av innholdet. Ved uoverensstemmelser mellom disse er det HMN sin finansstrategi som er gjeldende.

1.2 Endringslogg

Versjon	Dato	Kapittel/punkt	Endringens art og omfang	Utarbeidet av	Godkjent av

1.3 Definisjoner

Inntektsfordelingsmodell:

Dagens modell for fordeling av inntekter i HMN (dagens finansieringsmodell).

Finansieringsmodell:

Modell og metode for å finansiere regional investeringsaktivitet i HMN. Modellen omfatter både eksterne og interne lån, samt prinsipper for fordeling av likviditet i mellom helseforetakene.

Ressursbehovsandel:

Ressursandel korrigert for ulikheter i behov og kostnadsulemper.

Økonomiske rammer:

Tildelte inntekts- og likviditetsmessige rammer for helseforetakene i det enkelte år.

Økonomisk handlingsrom:

Økonomisk handlingsrom er de muligheter som skapes innenfor tildelte inntekts- og likviditetsrammer inkludert resultatkrav, herunder blant annet driftsmessige overskudd, sparing fra tidligere perioder og salg av eiendeler.

2 Bakgrunn og formål

2.1 Bakgrunn

HMN RHF er ett av fire regionale helseforetak i Norge, og har ansvaret for spesialisthelsetjenestene i fylkene Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. Følgende helseforetak er eiet av HMN RHF:

- St. Olavs Hospital HF
- Helse Møre og Romsdal HF
- Helse Nord-Trøndelag HF
- Sykehusapotekene i Midt-Norge HF

I tillegg er Helse Midt-Norge IT(Hemit) er en del av HMN RHF.

Foretaksgruppen står foran store investeringer i årene som kommer. Gjeldende forutsetninger og økonomiske rammer gjør at foretaksgruppen på egen hånd må genere likviditet fra drift til helt eller delvis å finansiere disse investeringene. Dette innebærer at det foreligger behov for effektivisering av driften med varige effekter i helseforetakene.

2.2 Formål

Det primære målet med HMN sin finansstrategi er å:

- Tydeliggjøre prinsipper for finansielle rammer og retningslinjer.
- Tilrettelegge for en forutsigbar finansiering av helseforetakene, Hemit og andre enheter i HMN- *Dette innebærer blant annet at enhetene i HMN til enhver tid skal ha tilstrekkelig likviditet til å møte planlagte utgifter og håndtere likviditetsmessige utfordringer knyttet til drifts- og investeringsformål.*
- Tydeliggjøre HMN RHF og helseforetakenes roller og ansvar knyttet til finansieringsaktivitet og likviditetsstyring i regionen.
- Tydeliggjøre finansiell styringsmodell i HMN. Finansiell styringsmodell omhandler sammenhengen mellom tildelte inntekter, likviditet og resultatkrav, samt det enkelte foretaks ansvar for å styre innenfor økonomiske forutsetninger.

Finansstrategien i HMN skal til enhver tid være i henhold til gjeldende lover og forskrifter og skal understøtte foretaksgruppens langsiktige målsettinger nedfelt i strategidokumentet og andre førende dokumenter fra eier og myndigheter.

3 Forutsetninger og føringer

Lov om helseforetak m.m. av 15. juni 2001 gir i § 28 styret ansvar for forvaltningen av helseforetaket. I følge loven har styret ansvar for en tilfredsstillende organisering av helseforetakets samlede virksomhet. Styret skal fastsette budsjett og planer for virksomheten og holde seg orientert om helseforetakets økonomiske stilling. Styret skal føre tilsyn med at virksomheten drives i samsvar med vedtekter og sørge for at bokføring og formuesforvaltning er gjenstand for betryggende kontroll.

I følge § 37 av samme lov forestår daglig leder den daglige ledelsen av helseforetaket i

samsvar med retningslinjer og pålegg styret har gitt. Daglig leder har ansvar for å sørge for at formuesforvaltningen er ordnet på en betryggende måte.

Helse Midt-Norge RHF skal utarbeide helseforetaksgruppens finansstrategi, og forestå oppfølgingen av denne. Finansstrategien og større revisjoner av denne skal godkjennes av styret i Helse Midt-Norge RHF.

Inntektsfordeling mellom helseforetakene skjer i henhold til Helse Midt-Norges inntektsfordelingsmodell. Helseforetakets tildelte inntekt er en viktig forutsetning for tildelingen av likviditet til helseforetakene.

4 Organisering, roller og ansvar innen finansområdet

4.1 Organisering

HMN er organisert med en sentral finans- og økonomifunksjon i HMN RHF. I tillegg har de enkelte helseforetakene egne økonomifunksjoner som håndterer alle forhold knyttet til finansiell styring.

4.2 Roller og ansvar

Finansstrategien har blant annet som formål å tydeliggjøre roller og ansvar innen finans- og økonomiområdet og behandler temaet på et overordnet nivå. Retningslinjer for operasjonalisering av roller og ansvar er til enhver tid knyttet opp mot gjeldene fullmaktsstrukturer og retningslinjer.

Finansstrategien skal til enhver tid støtte opp under prinsippet om ansvarliggjøring av helseforetakene. Det må derfor legges til rette for at helseforetakene selv kan prioritere og disponere innen tildelte økonomiske rammer i tråd med gjeldende fullmaktsstruktur.

4.3 Roller og ansvar – Investeringer

4.3.1 HMN RHF

HMN RHF prioriter og beslutter investeringsrammer i HMN i henhold til gjeldende fullmaktsstrukturer i lover og retningslinjer.

4.3.2 Helseforetakene

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

Dette medfører at helseforetakene er ansvarlig for å identifisere behov for investeringer, samt prioritere hvilke investeringer som fremmes for beslutning i henhold til gjeldende fullmaktsstrukturer. Større investeringer skal inngå i LTB og vedtas i årlig investeringsbudsjett.

Helseforetaket er ansvarlig for gjennomføring av investeringer. Anskaffelser og innkjøp skal gjennomføres i henhold til gjeldende lovverk for offentlige anskaffelser og gjeldende fullmaksstrukturer. Ved investeringer som krever koordinering på tvers av helseforetak, er helseforetakene ansvarlig for gjennomføringen av dette.

Helseforetakene bærer risiko knyttet til vedtatte investeringer, og er ansvarlig for at disse gjennomføres innenfor tildelte likviditetsrammer, og at avvik håndteres innenfor helseforetakets økonomiske handlingsrom.

4.4 Roller og ansvar – Finansiering

4.4.1 HMN RHF

HMN RHF skal tilrettelegge for forutsigbare økonomiske rammer over tid for helseforetakene og foretaksgruppen som helhet gjennom sine finansieringsaktiviteter. HMN RHF forvalter intern og ekstern finansiering i HMN. Dette innebærer blant annet forvaltning av:

- Inntekter
- Likviditet, inkludert finansiering av interne lån
- Eksterne lån
- Interne lån
- Driftskreditt
- Søknader om finansiering av investeringer og beslutning i relevant beslutningsorgan i HMN RHF
- Finansiell leasing
- Rammeavtaler knyttet til operasjonell leasing

For å tilrettelegge for forutsigbare økonomiske rammer og sikre at likviditet er tilgjengelig ved behov, opptrer HMN RHF som foretaksgruppens internbank. HMN RHF er samtidig ansvarlig overfor gruppens hovedbankforbindelse og er ansvarlig for kontakt med eier vedrørende finansiering.

4.4.2 Helseforetakene

Ett viktig ledd i å nå helseregionens mål om en forutsigbar finansiering er å identifisere kortsiktige og langsiktige finansieringsbehov. Helseforetakene har ansvar for å identifisere både kortsiktige og langsiktige finansieringsbehov. Helseforetakene er videre ansvarlig for å overholde de finansielle rammer de er underlagt, samt å overholde finansielle forpliktelser som helseforetakene har påtatt seg. Helseforetakene har ikke anledning til å benytte seg av andre finansieringskilder enn de som omtales under kapittel 6.

4.5 Roller og ansvar – Likviditetsstyring

4.5.1 HMN RHF

HMN RHF er ansvarlig for å forvalte¹ likviditet i tråd med tilgjengelige rammer. For å tilrettelegge for en forutsigbar likviditetsutvikling er derfor HMN RHF ansvarlig for å tilrettelegge for og gjennomføre likviditetsplanlegging og -budsjettering.

HMN RHF forvalter likviditet i henhold til behov i henhold til budsjetter og vedtak, og følger opp likviditetsutviklingen i helseforetakene. Videre er HMN RHF ansvarlig for å rapportere

¹ Med «forvalte» forstås i denne sammenheng både fordeling, planlegging og oppfølging.

foretaksgruppen likviditetsprognoser, samt forespørre og følge opp likviditetsmessige tiltak som helseforetakene skal iverksette ved avvik fra likviditetsbudsjetter.

4.5.2 Helseforetakene

Helseforetakene er ansvarlige for å styre total likviditet innen tildelte økonomiske rammer og krav. Dette innebærer ansvaret for en hensiktsmessig forvaltning av tildelte midler, herunder prioritering av fordelingen mellom drift og investeringer.

Helseforetakene er videre ansvarlig for å ta hensyn til risiko for resultatavvik i driften og avvik tilknyttet pågående investeringsprosjekter, både i forhold til pågående investeringsprosjekter og før etablering av nye investeringsforpliktelser.

Helseforetakene er i tillegg ansvarlig for å rapportere likviditetsutvikling og prognoser i henhold til gjeldende rapporteringskrav.

5 Investeringer

For investeringer kan det i hovedsak skilles mellom regionalt besluttede investeringer og lokale investeringer.

5.1 Regionalt besluttede investeringer

Regionale investeringer er investeringer som har blitt vedtatt i en regional beslutningsprosess. Disse prosjektene er typisk investeringer knyttet til nybygg, bygningsmessige endringer og andre større regionale investeringer.

5.2 Lokale investeringer

Lokale investeringer er investeringer som prioriteres og besluttes i helseforetakene innen økonomisk handlingsrom, herunder investeringer i bygningsmessig oppgraderinger, medisinskteknisk utstyr og lignende. Beslutning knyttet til lokale investeringer følger til enhver tid gjeldende fullmaktsstrukturer.

Ved mottak av gaver er helseforetaket ansvarlig for å identifisere og bære konsekvenser knyttet til bruk av gaven.

6 Finansiering

6.1 Likviditetsfordeling

HMN får årlig bevilgning av inntekt med tilhørende likviditet gjennom statsbudsjettet.

Langtidsbudsjett (LTB) er utgangspunkt for beregning av likviditetsbehovet til regionale investeringer og satsinger for den kommende langtidsperioden. Helse Midt-Norge har behov for å bygge opp likviditet for å støtte opp under fremtidige investeringer. Det regionale foretaket fordeler årlige inntektsrammer som er større enn årlig tildelt likviditet for å kanalisere likviditet til å finansiere regionalt vedtatte investeringer. På bakgrunn av dette opparbeider helseforetakene en fordring på HMN RHF. Helse Midt-Norge tildeler lån til helseforetaket/Hemit som skal gjennomføre investeringer. Denne form for likviditetsstyring er sentralt å skape forutsigbarhet for helseforetakenes økonomiske rammer over tid.

Helseforetakene mottar årlig en samlet likviditetsramme som skal dekke lokalt investeringsbehov, drift, renter og avdrag på lån. Det er ressursbehovsandelen som brukes til fordeling av likviditet mellom helseforetakene.

Tilbakebetaling av helseforetakenes fordring til HMN RHF styres av HMN RHF og tar utgangspunkt i helseforetaksgruppens totale likviditetsbehov i LTB. Dette innebærer at det ikke etableres en fast struktur for oppgjør av interne fordringer, men at fordringen totalt sett er avhengig av det gjeldende regionale finansieringsbehovet.

6.2 Resultatkrav

Det er behov for kontinuerlig omstilling og effektivisering for å skape nødvendig økonomisk handlingsrom til å gjennomføre investeringer. HMN RHF setter resultatkrav til helseforetakene for å genere likviditet til å gjennomføre regionale investeringer. Helseforetakene selv setter resultatkrav ut over det som settes regionalt for å kunne gjennomføres lokale investeringer.

Nivå på regionalt resultatkrav identifiseres i langtidsbudsjettet og er grunnlag for helseregionens samlede finansieringsbehov. Fordeling av regionalt resultatkrav mellom helseforetakene settes på bakgrunn av ressursbehovsandelen.

6.3 Ekstern finansiering

6.3.1 Lån fra Helse- og omsorgsdepartementet

Det regionale helseforetaket har anledning til å søke om langsiktige rentebærende lån i Norges Bank gjennom Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Denne låneordningen gjelder prosjekter over 500 millioner kroner. Lånene fra HOD skal i utgangspunktet ha en låneandel på 50 % av totalinvesteringen. Det kan maksimalt søkes om 70 % låneandel. Lånene gis med en løpetid på inntil 25 år. Låneandel det søkes om vurderes for det enkelte prosjekt og kan variere basert på prosjekts og helseforetakets forutsetninger og bæreevne.

Rentebetingelser på lån fra HOD kan gis som fastrente over 3, 5 og 10 år eller som flytende rente. Flytende rente settes som markedsrente på statspapirer med om lag 6 måneders løpetid tillagt 0,4 prosentenheter.

Søknad om lån til HOD gjøres av HMN RHF på vegne av helseforetaket som skal gjennomføre investeringer. Stortinget vedtar lån til det enkelte prosjekt. Opptrekk av lån gjøres i takt med investeringslikviditetsbehov. Gjennom investeringsperioden skal opptrekk tilstrebes likt fordelt mellom internt og eksternt lån. Lånene kan tildeles som byggelån.

6.3.2 Driftskreditt i Norges Bank

HMN RHF har adgang til å ta opp rentebærende driftskreditt i Norges Bank innenfor rammer fastsatt av Stortinget. Denne adgangen er gitt for at det regionale helseforetaket til enhver tid skal ha tilstrekkelig likviditet til å håndtere løpende utbetalinger og svingninger i likviditeten. Rentebetingelser på lån ved driftskreditt i Norges Bank følger samme rentebetingelser som flytende lån fra HOD.

6.3.3 Leasing og leiekontrakter

Helseforetakene har anledning til å inngå kontrakter om operasjonell leasing innenfor den til enhver tid gjeldende rammeavtale. Det regionale helseforetaket har anledning til å inngå kontrakt om finansiell leasing begrenset oppad til 100 millioner kroner per kontrakt. Finansiell leasing medfører at helseforetaket påtar seg forpliktelser tilsvarende en investering i samme

størrelsesorden. Ved vurdering av mulige finansieringsalternativer skal ikke leasing benyttes som følge av knapphet på finansiering, men basert på risiko- og nyttevurdering.

Underliggende helseforetak gis anledning til inngåelse av kontrakt om finansiell og operasjonell leasing. Inngåelse av leasingavtaler (finansiell og operasjonell) følger til en hver tid gjeldende beslutningsprosess og fullmaktsstrukturer som ved investeringer. Helseforetakene er ansvarlig for forpliktelser som påtas gjennom inngåelse av leiekontrakter.

6.4 Intern finansiering

6.4.1 Interne lån fra HMN RHF

Helseforetakene har anledning til å søke om lån fra HMN RHF til større byggeprosjekter og regionalt medisinteknisk utstyr. Investeringer i IKT gjennomføres av Hemit og finansieres med internt lån. Lånene fra HMN RHF skal i utgangspunktet ha en låneandel på inntil 50 % av totalinvestering og lånene gis som hovedregel med en løpetid på inntil 25 år. Låneandel vurderes i de enkelte prosjekt og kan variere basert på prosjekts og helseforetakets forutsetninger, bæreevne og lønnsomhet, samt helseforetakets interne gjelds- og fordringssituasjon mot HMN RHF. Det gis i utgangspunktet ikke lån til prosjekter under 100 millioner kroner, men prosjektets størrelse i forhold til foretakets størrelse vil i alle tilfeller vurderes.

Interne lån kan i likhet med eksterne lån tildeles som byggelån.

6.4.2 Intern driftskreditt innen konsernkontoordningen i HMN

Helseforetakene har tilgang til driftskreditt i konsernkontoordningen i HMN. Størrelsen på driftskreditten fastsettes av HMN RHF. Driftskreditten skal benyttes til å håndtere kortsiktige svingninger i likviditeten. Dersom helseforetakene må benytte seg av driftskreditt på grunn av negativt likviditetsavvik som følge av eksempelvis underskudd eller overforbruk på lokale investeringer, vil HMN RHF utbetale et kortsiktig lån tilsvarende det likviditetsmessige underskuddet. Tilhørende vil det etableres en kortsiktig nedbetalingsavtale mellom HMN RHF og det aktuelle helseforetaket. Nedbetalingsavtalens lengde vil avhenge av helseforetakets og helseregionens likviditetsmessige situasjon.

Formålet med å konvertere bruk av driftskreditt til kortsiktige lån er å tilstrebe at helseforetakenes driftskreditt skal ligge rundt null. Dette vil gjøre saldo på bankkonto til en tydeligere og mer reell styringsparameter.

6.5 Rentebetingelser på interne lån

For å sikre like betingelser og balansere intern finansiering følger rentebetingelser på interne lån i utgangspunktet samme betingelser som ved lån fra HOD. Med interne lån menes her både fordringer, driftskreditt samt kortsikt og langsiktig gjeld internt i helseforetaksgruppen.

6.6 Annen finansiering

Helseforetaksgruppens investeringer finansieres hovedsakelig gjennom bevilgninger i statsbudsjettet. Helseforetakene kan også finansiere hele eller deler av investeringer ved salg av eiendeler. Bruk av likviditet knyttet til salg av eiendeler omtales i kapittel 7.3.3.

Helseforetaksloven gir ikke anledning til eksterne låneopptak eller annen type finansiering utover dette. Helseforetakene kan heller ikke stille garanti eller pantsette sine eiendeler til sikkerhet for andre økonomiske forpliktelser.

Helseforetakene er ansvarlig for å melde sitt finansieringsbehov til HMN RHF gjennom årlige budsjettprosesser og primært i forbindelse med behandling av langtidsbudsjettet. Finansieringsbehov ut over dette til akutte investeringer, endring i arbeidskapitalbehov, uforutsette tap eller andre finansieringsbehov, skal tas opp med HMN RHF umiddelbart etter at disse forholdene er blitt kjent.

6.7 Styling av renterisiko

6.7.1 HMN RHF

HMN RHF forvalter helseforetaksgruppens totale låneportefølje. Serielån i Norges Bank stilles til disposisjon for helseforetakene som interne lån. Renterisikoen i foretaksgruppen skal håndteres innenfor rammer som beskrives videre i dette kapittelet.

Opptak av eksterne lån i helseforetaksgruppen er primært knyttet til nye sykehusbygg, herunder investeringer i bygg og infrastruktur, med forventet gjennomsnittlig levetid tett oppunder 30 år.

HMN RHF gjør vurderinger av HMN sin totale renterisiko. Driftskreditten i Norges Bank utgjør en relativt stor andel av HMN sin totale eksterne låneportefølje. For å oppnå målet om høy forutsigbarhet i rentekostnader kan alle eksterne serielån inngås med 100 % binding ved fast rente.

Hovedregelen er at HMN RHF inngår eksterne låneavtaler med tilsvarende rentebinding som helseforetaket søker om å inngå med HMN RHF. Det kan likevel i tilfeller være aktuelt å inngå eksterne låneavtaler med kortere eller lengre bindingstid enn hva helseforetakene inngår med HMN RHF med hensyn på helseregionens totale renterisiko.

Ved vurderinger knyttet til rentebinding skal HMN RHF sørge for at utløp av rentebinding den eksterne låneporteføljen spres utover i tid. Dette gjøres for å unngå at store andeler av låneporteføljen må refinansieres samtidig, og skal dermed sikre forutsigbarhet knyttet til rentekostnader.

6.7.2 Helseforetakene

Alle låneopptak i helseforetakene skjer ved at låneforhold opprettes mellom HMN RHF og det enkelte helseforetak. Helseforetakene underlegges tilsvarende føringer som HMN RHF og gis anledning til selv å styre renterisikoen i egen låneportefølje innenfor fastsatte føringer i finansstrategien. Rentebinding gjøres ved å konvertere sine lån fra HMN RHF mellom flytende rente, eller fastrente på 3, 5 eller 10 år. Rentevilkårene fastsettes på samme grunnlag som HMN RHF sine egne innlån.

HMN RHF vil, sammen med hovedbankforbindelse, kunne bistå som rådgiver for helseforetakene i spørsmål vedrørende renterisiko.

7 Likviditetsstyring

7.1 Likviditetsstyring i HMN RHF

HMN RHF har som oppgave å forvalte regionens økonomiske rammer på en best mulig måte over tid. Med forvaltning av regionens økonomisk rammer forstås blant annet å tilrettelegge

for en forutsigbar og langsiktig finansiering av helseforetakenes drift og investeringer, tilrettelegge for at helseforetakene har nødvendig likviditet tilgjengelig, samt bidra til å håndtere finansiell risiko knyttet til bruk av likviditet. For å drive en best mulig forvaltning styrer derfor HMN RHF likviditetsfordelingen i foretaksgruppen og opptrer som gruppens «internbank²».

HMN opererer i et «lukket finansielt system³» hvor tilgang på kapital er begrenset. Helseregionens finansielle risiko er derfor i hovedsak knyttet til resultatoppgjør og effektivisering, investeringer og gevinstrealisering, samt noe risiko knyttet til rentemarkedet.

Likviditetsstyring i HMN RHF skal sammen med annen finansiell styring bidra til å redusere denne risikoen. Viktige elementer i likviditetsstyring for å redusere risiko og tilrettelegge for langsiktighet og forutsigbarhet er:

- *Likviditetsplanlegging og budsjettering* som omfatter utarbeidelse av kortsiktig og langsiktig økonomiske forutsetninger for HMN, fordeling av rammer samt utarbeidelse av kortsiktige og langsiktige planer og budsjetter for HMN og HMN RHF.
- *Likviditetsrapportering og prognostisering* som omfatter løpende sammenstilling av finansielle data og utarbeidelse av prognoser for HMN og HMN RHF.
- *Overvåking og oppfølging av likviditetsmessige forbruk* som omfatter analyse av HMN sin likviditetsutvikling, risikohåndtering, identifisering og gjennomføring av tiltak.
- *Håndtering av driftskreditsrammer* som omfatter løpende å tilrettelegge for at helseforetakene har likviditet til å håndtere sine kortsiktige likviditetsutfordringer
- *Disposisjon av overskuddslikviditet* som omfatter enten sikre en god og sikker avkastning på overskuddslikviditet eller bidra til annen bruk av overskuddslikviditet i spareperioder.

7.2 Likviditetsstyring i helseforetakene

Helseforetakene skal styre total likviditet innenfor tilgjengelige rammer til drift og investeringer. Dette innebærer at helseforetakene skal planlegge og budsjettere likviditet på en måte som gir rom for tilstrekkelig likviditetsbuffer gjennom året. Tilsvarende skal gjennomføring av investeringsprosjekter tilpasses og periodiseres i samsvar med faktisk likviditetsmessig handlingsrom.

Gjennom året skal helseforetakene ta hensyn til risiko for resultatavvik i driften og avvik tilknyttet pågående investeringsprosjekter som en del av helseforetakets likviditetsstyring. Dersom helseforetaket identifiserer avvik fra likviditetsbudsjettet skal tiltak iverksettes så snart dette avdekkes. Ved behov skal også planer justeres dersom identifiserte avvik påvirker fremtidig likviditetsmessig handlingsrom. Det er helseforetakets ansvar å sikre at bruk av likviditet er innenfor tildelte økonomiske rammer.

Helseforetakene er ansvarlig for å rapportere likviditetsutvikling og prognoser i henhold til gjeldende rapporteringskrav inkludert rapportering av risiko knyttet til finansiell informasjon. Dette innebærer at helseforetakene er ansvarlig for å etablere interne rapporterings- og

² Med «internbank» forstås i denne sammenheng at RHF har tilgang og myndighet til å flytte likviditet mellom juridiske enheter, håndtere overskuddslikviditet og oppsparte midler samt endre driftskreditrammer for på en best mulig måte kunne tilrettelegge for god risiko- og likviditetsstyring samt finansiering av regionens aktivitet.

³ Med et «lukket» finansielt system forstås i denne sammenhengen at helseregionen ikke har anledning til å finansiere aktivitet eksternt i markedet ut over tildelte rammer og langsiktige HOD lån.

oppfølgingsrutiner for likviditetsutviklingen gjennom året som sikrer god kvalitet både i tall som rapporteres, analyser og kvalitative tiltak som beskrives. Detaljeringsgrad og hyppighet skal, i tillegg til gjeldende rapporteringskrav, baseres på det enkelte foretakets risiko for overforbruk.

Følgende forhold er sentrale likviditetsstyring i helseforetakene:

- *Likviditetsplanlegging og budsjettering* som omfatter detaljert planlegging av hvordan likviditet skal prioriteres til drift og investeringer for å tilrettelegge gode likeverdige helsetjenester og ivareta pasientsikkerhet over tid.
- *Likviditetsrapportering og prognostisering* som omfatter sammenstilling av finansielle data og utarbeidelse av prognoser for å sikre god forståelse av den løpende likviditetssituasjonen.
- *Overvåking og oppfølging av likviditetsmessige forbruk* som omfatter å gjennomføre løpende analyser og tilrettelegge for identifisering og gjennomføring av nødvendige tiltak for å sikre god likviditetsstyring.

7.3 Sentrale forutsetninger for likviditetsstyring

7.3.1 Likviditetsmessig behandling av resultatmessig overskudd og underskudd

Foretakene kan skape økt handlingsrom for investeringer gjennom god drift og positive resultater. Overskuddslikviditet som følge av realisert overskudd høyere enn resultatkrav kan benyttes til investeringer når helseforetaket har tilstrekkelig sikkerhet for sitt resultat. Disponering innad i samme kalenderår skjer etter dialog med HMN RHF. Dette fordrer at øvrige forpliktelser er overholdt. Resultat (med likviditetseffekt) høyere enn resultatkrav kan disponeres av helseforetakets til:

- Buffer for resultatrisiko
- Investeringer
- Nedbetaling av kortsiktige lån (driftskreditt)
- Sparing

Dersom helseforetaket ikke når resultatkravet må dette tas hensyn til i investerings-sammenheng inneværende år og eventuelt påfølgende år. Et resultat lavere enn resultatkrav, gitt bruk av investeringsmidler i henhold til plan, vil redusere tilgjengelig likviditet tilsvarende. Redusert tilgjengelig likviditet vil medføre et trekk på driftskreditt. Trekk på driftskreditt konverteres til et kortsiktig lån med tilhørende nedbetalingsavtale med HMN RHF ved årets utløp.

7.3.2 Likviditet tilknyttet regional finansiering

Midler knyttet til vedtatte investeringer med regional finansiering utbetales i det året investeringen er planlagt gjennomført.

Dersom investeringsmidlene ikke benyttes det året hvor investeringen er planlagt gjennomført, vil midlene fortsatt ligge på helseforetakets konto i konsernkontoordningen. Det er derfor helseforetakets ansvar at gjennomføring av investeringen tilpasses helseforetakets totale likviditetsrammer.

7.3.3 Salg av eiendeler

Salg av eiendeler skal gjennomføres i tråd med gjeldende fullmaktsstrukturer.

Ved salg av eiendeler skal bruk av tilført likviditet fra salg ses i sammenheng med helseforetakets totale likviditetsstyring.

Dersom det ved salg av eiendeler oppstår en resultateffekt, er det likviditetseffekten fra salget som er styrende for helseforetakets likviditetsrammer og disponeringen av salgsmidler.

Dersom et helseforetak ett år leverer resultater i henhold til resultatkrav, er det eiendelens salgssum som kan benyttes til eventuell drift, finansiering eller investering. Dersom et helseforetak som ett år har et negativt avvik mot resultatkrav eller bruker for mye likviditet til investeringer i forhold til budsjett, er det eiendelens salgssum som benyttes til «motregning» av et eventuelt overforbruk.

I vurderingen av helseforetakets oppnåelse av resultatkrav sees det bort fra regnskapsmessig gevinst og/eller tap ved salg av eiendom.

Dersom likviditet fra salg av eiendel skal benyttes til investeringer, skal gjeldende fullmaktsstrukturer legges til grunn.

7.3.4 Likviditetsmessig behandling av pensjonseffekter

Likviditetseffekter fra pensjon, hensyntatt premiefondsmidler og egenkapitaltilskudd, forutsettes nøytrale for helseforetaket. Dette håndteres løpende ved at helseforetaket får redusert sin ramme for driftskreditt i de tilfeller der pensjonskostnaden er større enn pensjonspremien, og tildeles utvidet driftskreditt i motsatt tilfelle.

Justeringen av rammen korrigeres for helseforetakets tilførsel av egenkapital til pensjonsinnretningene (egenkapitalinnskudd) slik at den samlede likviditetseffekten av pensjon kan forutsettes nøytral. Premiefondsmidlene tilhører helseforetakene og inngår i styringen av totallikviditet. Det er HOD som bestemmer om helseforetakene kan benytte premiefondet til premiebetaling. Dersom premiefondet benyttes til premiebetaling skal helseforetakets driftskreditt justeres med tilsvarende beløp.

8 Valutarisiko

Styring av valutarisiko skal bidra til å sikre størst mulig grad av forutsigbarhet i helseforetaksgruppens kontantstrøm og resultat.

HMN RHF sin inntektsside er i sin helhet i norske kroner og gir følgelig ingen valutarisiko for helseforetaksgruppen. Valutarisikoen i helseforetaksgruppen er knyttet til innkjøp av varer og tjenester fra leverandører i utlandet, hvor svingninger mellom norske kroner og fremmed valuta i tidspunktet fra kontraktsinngåelse til fakturaoppgjør vil kunne påvirke den totale kostnaden knyttet til kjøpet. Helseforetaksgruppens valutaeksposering varierer og påvirkes spesielt i perioder med særlig høy byggeaktivitet, for eksempel nye sykehusbygg.

Risiko knyttet til valuta kan reduseres eller fjernes ved bruk av sikringsstrategier. Etablert praksis er at kontrakter prises i NOK og er faste i deler av avtaleperioden, som regel de to første årene.

Ved kontraktfestende kontantstrømmer med eksponering mot utenlandskvaluta, skal det gjøres en vurdering knyttet til valutarisiko. Det forutsettes at helseforetakene ved større anbud fra utenlandske leverandører ber om prising av anbudsobjektet i både leverandørens hjemlands valuta og i norske kroner, og deretter beregner det billigste alternativet. Det skal også vurderes mulige sikringsstrategier for å støtte opp under prinsippet om en forutsigbar finansiering av helseforetaksgruppen. I diskusjoner rundt valutasikring skal helseforetaksgruppens bankforbindelse og HMN RHF involveres.

9 Forsikringer

For å sørge for at formuesforvaltning er ordnet på en betryggende måte, herunder håndtering av risiko for skade på person og materiell, benytter HMN ett eller flere forsikringsselskap.

HMNs kjøp av risikoavlastning i forsikringsmarkedet er knyttet til overføring av risiko for skade/tap som vil kunne kreve store omprioriteringer og forstyrre virksomhetens økonomiske stabilitet og handlefrihet i betydelig grad. I tillegg kommer lovfestede forsikringer som blant annet yrkesskadeforsikring og bilansvar og avtalefestede forsikringer gjennom overenskomster (tariffavtaler) som eksempelvis gruppelivsforsikring.

HMN skal til enhver tid avhende risiko i tråd med HMNs forsikringspolicy. Gjennom forsikringspolicyen forankres et felles grunnsyn for risikohåndtering og forsikringsdekning innen helseforetaksgruppen.

HMNs forsikringspolicy skal revideres ved jevne mellomrom eller dersom det oppstår endringer som krever revisjon av gjeldende forsikringspolicy.

10 Energi

HMN er eksponert for risiko knyttet til kjøp og forbruk av energi (elektrisk kraft, olje og gass, fjernvarme, biobrensel og annet). Samlet årlig energibruk for foretaksgruppen er om lag 216 GW i 2014 hvorav elektrisk energi utgjør 126 GWh, med en antatt årlig omsetningsverdi på ca. 100 millioner kroner.

Helseforetaksgruppen har en strategi knyttet til innkjøp av energi som omhandler foretaksgruppens sikringsstrategi og føringer for forvaltningsmandat, og bygger på helseforetaksgruppens prinsipp om forutsigbare kostnader. Et sentralt moment er at det ikke inngås sikringshandler med større volum enn det underliggende forbruket av energi. Per i dag reguleres dette i en regional avtale basert på diskresjonær forvaltning med energiforvalter.

Det pågår et nasjonalt arbeid i regi av Hinas knyttet til å etablere anskaffelsesstrategier som ivaretar helseforetakenes samlede fremtidige behov for varer og tjenester innen kategorien energi.

11 Kreditt- og motpartsrisiko

Gjennom kjøp av varer og tjenester, samt plassering av kapital, er helseforetaksgruppen eksponert for kreditt- og motpartsrisiko gjennom at motparten i en kontrakt potensielt ikke klarer å møte sine forpliktelser. Alle kjøp som gjøres i helseforetaksgruppen gjøres etter prinsipper om offentlige anskaffelser. Gjennom anskaffelsene søkes kreditt- og motpartsrisiko håndtert gjennom de krav som stilles til soliditeten hos leverandør. Ved større anskaffelser og prosjekter skal kreditt- og motpartsrisiko tillegges større vekt gjennom en noe grundigere vurdering av krav.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 26/2015 Langtidsbudsjett 2016 – 2021

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret i Helse Nord-Trøndelag HF	1. juni 2015	26/2015
Saksbeh:	Tormod Gilberg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2015/1653	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF støtter foreslåtte prinsipper og forutsetninger for LTB 2016 – 2021. Ved prioritering mellom investeringer og drift bør driftsrammene fastsettes slik at krav til årlig effektivisering ikke blir høyere enn 1 – 1,5 %.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF støtter foreslåtte forslag til prioritering av investeringer i foretaket i perioden 2016 – 2021. Styret anbefaler at investeringsrammen for HNT i årene framover økes for å dekke nødvendige behov på kort og lang sikt.

SAKSUTREDNING:

Sak 26/2015 Langtidsbudsjett 2016 – 2021

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. HMNs brev av 08.04.15 om prinsipper og forutsetninger for utarbeidelse av langtidsplan og -budsjett 2016 – 2021
2. Sak 24/15, Langtidsplan og -budsjett 2016 – 2021 – Prinsipper og forutsetninger, behandlet i styret for HMN 12.03.15.

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Protokoll fra styremøte i HMN 12.03.15

1. GRUNNLAG

Styret for HMN vedtok i sak 24/15 følgende prinsipper og forutsetninger for utarbeidelse av langtidsplan og -budsjett 2016 – 2021:

1. *Helse Midt-Norge står foran store og viktige oppgaver i tiden fremover. Dette krever at helseforetakene ytterligere forsterker sitt arbeid med å skape positive resultater gjennom fokus på bedring av arbeidsprosesser, kvalitet og pasientsikkerhet. Nivå på årlig effektivisering med varig effekt må minst ligge på samme nivå som tidligere.*
2. *Styret understreker viktigheten av at arbeidet med nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal kommer godt i gang. Føringer fra langtidsplan og –budsjett må legges til grunn for arbeidet.*
3. *Styret ber om at arbeidet med målbildet, fremdrift, økonomiske konsekvenser og risikovurderinger relatert til nytt PAS/EPJ sees i sammenheng med Helse Midt-Norge sin økonomiske bæreevne.*
4. *Styret legger til grunn at fremlagte prinsipper og føringer gir rammer for å starte utvikling og vedlikehold av bygningsmassen i parallell med andre store prosjekter.*

Med brev av 08.04.15 har HMN bedt om HNT-styrets tilbakemelding og innspill på grunnlag av vedtatte prinsipper, føringer og foreløpige inntektsrammer for langtidsperioden.

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 økonomiske ressurser og aktivitet

Sammen med inntektsrammer har HMN også fastsatt krav om bidrag med likviditet fra hvert helseforetak til fordeling på prioriterte større investeringsprosjekt i helseregionen. For HNT er det lagt opp til et krav om bidrag på om lag 70 mill kroner årlig til slik regional likviditet. 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. Det er derfor fastsatt krav om generell årlig effektivisering på minimum 1 % i tillegg til at økt aktivitet forutsettes finansiert til om lag 80 % av gjennomsnittskostnad.

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.

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 og nasjonale og regionale strategier, herunder realisering av Strategi 2020 og strategi 2010 – 2016 for HNT.

Utviklingsplanen er en plan for bygningsmessig utvikling av sykehusbyggene i Levanger og Namsos 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 reinvesteringer i medisinsk teknisk og teknisk utstyr (for å opprettholde kvalitet og kapasitet i løpende drift).

3. Rehabilitering av eksisterende bygningsmasse for å opprettholde kvalitet i og hensiktsmessige sykehusbygg (herunder forebygge/utbedre pålegg i forhold til HMS, brannsikring m.v.)
4. Utviklingsplan for sykehusene i HNT, herunder ombygging og mindre nybygg/tilbygg for å effektivisere løpende drift, prioritert slik at investeringer med høyest internrente blir prioritert først.

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

1. Psykiatri («psykiatriløftet») ved Sykehuset Levanger, herunder nye lokaler for rusbehandling, alderspsykiatri og mulig samlokalisering av RKSF (enhet for spiseforstyrrelser). Styret for HNT behandlet 16.03.15 i sak 19/15, Psykiatriløftet – etablering av behandlingstilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, konseptrapport for prosjektet. Konseptrapporten er oversendt HMN for videre behandling.

Dagens rusenhet drives i midlertidige lokaler, og helseforetaket har fra 2014 fått ansvar for all rusbehandling for innbyggere i eget opptaksområde. Foretaket har videre et regionalt ansvar for pasienter med spiseforstyrrelser (RKSF). Dette tilbudet driftes i dag delvis i Levanger og delvis i Stjørdal. En samlokalisering av driften vil innebære mulighet for besparelser i årlige driftskostnader.

2. Helikopterlandingsplass ved Sykehuset Levanger. I styresak 57/11 i HMN, Langtidsplan og –budsjett for HMN 2012 – 2017 var det omtalt behov for etablering av helikopterlandingsplass ved Sykehuset Levanger. Det var imidlertid ikke avsatt midler til finansiering.

I samarbeid med Levanger kommune har kommunen vedtatt nybygg på sykehusområdet for bl.a. å dekke følgende arealbehov: garasje til ambulanser, mulig flytting av kommunal legevakt, kontorlokaler (til HEMIT) og med landingsplass for helikopter på taket. Det er så langt forutsatt at HNT skal leie arealet knyttet til landingsplass for helikopter, men det vurderes nå om det gjennom seksjonering av bygget kan være aktuelt for helseforetaket selv å finansiere og eie helikopterlandingsplassen.

Byggestart er planlagt til høsten 2015.

3. Ombygging og tilbygg ved Sykehuset Namsos for samlokalisering av sykehusets operasjonsvirksomhet, bedre lokaler til kommunal legevakt og evt. utleie av lokaler til kommunene for drift av intermediære kommunale senger.

Samlokalisering av sykehusets operasjonsvirksomhet vil innebære mulighet for besparelser i årlige driftskostnader. Arbeidet med å dekke nevnte behov er i en startfase, og omfang og kostnader er usikre. Behovene er oversendt HMN i forbindelse med rullering av regionens investeringsplaner.

Med utgangspunkt i disse prioriteringene fremmes følgende innspill til investeringsbudsjett for HNT i langtidsbudsjettperioden (tall for 2015 er vedtatt årsbudsjett for inneværende år):

Prioritet	Investeringer (i 1000 kroner)	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	Finansielle anleggsmidler							
1	Egenkapitalinnskudd KLP	7 200	8 200	8 200	8 200	8 200	8 200	8 200
	Utstyr m.v.							
2.1	Medisinsk-teknisk og teknisk utstyr	45 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000	40 000
2.2	IKT-investeringer	2 940	2 500	2 000				
	Prosjekter og bygningsmessige investeringer							
3	Div. ombygging/rehabilitering, inkl. HMS	25 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000
4	Utviklingsplan HNT (ombygging og nybygg)							
4.1	Psykisk Levanger; psykiatriløftet (rus, RKSF og alderspsykiatri)		50 000	100 000	50 000			
4.2	Helikopterlandingsplass m.v., Levanger							
4.3	Somatikk Namsos; samlokalisering av operasjonsvirksomhet og utleie av lokaler til kommunale tjenester				50 000	100 000	100 000	100 000
4.4	Utviklingsplan HNT, diverse							
HNT	Sum totale investeringer	80 140	120 700	170 200	168 200	168 200	168 200	168 200

Investeringer i MTU er lagt inn med 40 mill kroner pr. år f.o.m. 2016, dvs. en økning på 5 mill kroner fra ordinær ramme i 2015. I tillegg inngås avtaler om leasing av nytt MTU årlig for om lag 10 mill kroner.

Diverse bygningsmessig ombygging/rehabilitering er lagt inn med 20 mill kroner pr. år i hele perioden, dvs. på nivå med årlige bevilgninger de senere år, men 5 mill kroner lavere enn i 2015.

Psykisk Levanger, «psykiatriløftet», er lagt inn med til sammen 200 mill kroner i LTB-perioden, med oppstart i 2016 og ferdigstilling i 2018.

Kombinasjonsbygg somatikk Namsos, (samlokalisering operasjon og div. utleie til kommuner) og diverse øvrige tiltak knyttet til foretakets utviklingsplan, er lagt inn med til sammen 350 mill kroner i LTB-perioden, med oppstart i 2018 og ferdigstilling i 2021. Plangrunnlaget for kombinasjonsbygget er foreløpig begrenset og kostnadsoverslaget er svært usikkert.

Større bygningsmessige investeringer ligger på 100 mill kroner årlig f.o.m. 2017. Dette er i samsvar med tidligere beregnet årlig behov i sykehusets utviklingsplan for perioden fram til 2030 der samlet behov er summert til 1,5 mrd. kroner.

4. FORETAKETS PRIORITERINGER INNEN DRIFT

HMNs styrets vedtak 12.03.15 gir generelle retningslinjer for strategiske prioriteringer i årene framover. Vedtaket bygger på og viser til regionens vedtatte plan for Strategi 2020 herunder krav til generell effektivisering og omprioritering av økonomiske ressurser fra drift til investering.

HNT har i egen strategiplan vurdert og fastsatt et krav/mål om årlig/løpende effektivisering av driften tilsvarende 1,5 % av samlede driftskostnader, dvs. 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. Regionforetakets krav om minimum 1 % effektivisering hvert år begrenser HNTs 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.

Helse Nord-Trøndelag har gjennom flere år drevet effektiviserings- og forbedringsarbeid for å yte et best mulig tilbud til pasientene i foretakets opptaksområde innen tildelte økonomiske rammer. Utviklingen kan dokumenteres gjennom SAMDATA-tall som bl.a. viser at HNT i den somatiske driften har 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. Således ble nybygg psykiatri ved Sykehuset Namsos til 75 mill kroner og renovering av intensivavdeling ved Sykehuset Levanger til 30 mill kroner tatt av egne tilbakeholdte midler. Videre er det lagt ned et betydelig arbeid i å forbedre kvaliteten i foretakets drift gjennom bl.a. å redusere pasientenes ventetider og å fjerne fristbrudd.

På dette grunnlag finner administrerende direktør det riktig å understreke at det blir stadig vanskeligere å finne gode tiltak for ytterligere effektivisering av den interne driften. 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. For HNT er det viktig at vi i tiden framover har et tilbud, en kapasitet og en kompetanse/kvalitet på våre tjenester som gjør oss attraktive når pasientene skal velge behandlingssted.

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

Driftsmessig vedlikehold (til bl.a. heiser) er i innspillet til LTB styrket med 2,5 mill kroner i 2016 og ytterligere 2,5 mill kroner i 2017 for deretter å flate ut på dette nivået i resten av LTB-perioden.

IKT-kostnader (leie HEMIT) er økt i samsvar med innspill fra HEMIT, dvs. bl.a. 8,1 mill kroner i 2016.

Leie lokaler (i hovedsak kombinasjonsbygg Levanger med helikopterlandingsplass) er økt med 5 mill kroner f.o.m. 2017.

Krav til effektivisering:

I innspillet til LTB er det lagt inn en forutsetning om effektivisering av driften med vel 40 mill kroner (1,3 %) i 2016 og deretter om lag 33 (1,1 %) mill kroner pr. år. Øvrige satsingsområder fra helseforetaket vil komme på toppen av disse beløpene slik at samlet effektiviseringskrav anslås å ligge på om lag 45 mill kroner (1,5 %) årlig i langtidsbudsjettperioden.

5. FINANSIERING, LIKVIDITET OG RESULTAT

Foretakets innspill til LTB 2016 – 2021 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 2018 – 2020 blir svært små likviditetsmessige reserver.

HNT viser i den forbindelse til følgende opplysninger i styresak 19/2015, Psykiatriløftet, vedrørende omlegging av finansiering av rusbehandlingen i Midt-Norge slik at også den blir basert på «Magnussen-modellen»:

Styret for HMN har gjennom flere saker i årene 2007 – 2012 lagt til grunn at rusbehandling på sikt skulle integreres med resten av spesialisthelsetjenesten og knyttes til de enkelte sykehusforetakene i regionen. Styret for HMN behandlet 20.06.13, sak 55/13, Omdanning

av Rusbehandling Midt-Norge. Vedtaket i saken inneholder følgende formulering knyttet til finansiering:

Styret legger derfor til grunn at inntektsfordelingen i en overgangsfase foretas på grunnlag av dagens fordeling av funksjoner og tilbud mellom foretaksområdene. Styret ber om at administrerende direktør i forbindelse med LTP/LTB 2015-2020 legger fram en plan for videre utvikling av TSB, berunder forslag til hvordan overgangen til det ordinære inntektsfordelingssystemet skal ivaretas.

Som det framgår av vedtaket ovenfor, ble målsettingen om overgang til «det ordinære inntektsfordelingssystemet» («Magnussen-modellen») fastsatt allerede i 2013, men det skulle legges fram en plan for videre utvikling av TSB i forkant. I kontakt med HMN er vi kjent med at dette planarbeidet er noe forsinket og at regional rusplan (og regional psykiatriplan) planlegges ferdigstilt i løpet av 2015 for deretter å bli behandlet i det regionale styret våren 2016. Overgang til finansiering basert på Magnussen-modellen vil deretter kunne skje f.o.m. 2017.

En forutsatt omlegging av finansiering av rusbehandlingen basert på Magnussen-modellen, vil styrke tilgangen til likviditet til foreslåtte investering og drift og gjøre tiltaket mer robust.

Basert på tildelte inntektsrammer og øvrige forutsetninger indikerer foretakets innspill til LTB at resultatet vil bli redusert fra 87,9 mill kroner i årets budsjett til om lag 70 mill kroner de neste to år. Deretter vil det øke noe igjen.

6. VIDERE PROSESS

Forslag til LTB for HMN for perioden 2016 – 2021 forutsettes behandlet i regionstyret 18. 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 2016 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 1. juni. Resultatet av styrebehandlingen vil bli ettersendt til regionforetaket.

Helse Nord-Trøndelag	
Saksnr. 15	1343
Mottatt: 09 APR. 2015	
Arkiv: 112	Unnt.off.:

Mottakere i henhold til liste

Vår ref.
2015/250 - 2355/2015

Deres ref.

Saksbehandler
Reidun Martine Rømo, 74 83 99 17

Dato
08.04.2015

Langtidsplan og budsjett 2016-2021

Styret i Helse Midt-Norge RHF behandlet i møte 12. mars 2015 prinsipper og føringer for Langtidsplan og –budsjett 2016-2021, jf sak 24/15. Det ble gjort følgende vedtak:

- 1. Helse Midt-Norge står foran store og viktige oppgaver i tiden fremover. Dette krever at helseforetakene ytterligere forsterker sitt arbeid med å skape positive resultater gjennom fokus på bedring av arbeidsprosesser, kvalitet og pasientsikkerhet. Nivå på årlig effektivisering med varig effekt må minst ligge på samme nivå som tidligere.*
- 2. Styret understreker viktigheten av at arbeidet med nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal kommer godt i gang. Føringer fra langtidsplan og –budsjett må legges til grunn for arbeidet.*
- 3. Styret ber om at arbeidet med målbildet, fremdrift, økonomiske konsekvenser og risikovurderinger relatert til nytt PAS/EPJ sees i sammenheng med Helse Midt-Norge sin økonomiske bæreevne.*
- 4. Styret legger til grunn at fremlagte prinsipper og føringer gir rammer for å starte utvikling og vedlikehold av bygningsmassen i parallell med andre store prosjekter.*

Styret i Helse Midt-Norge RHF behandlet i samme møte forslag til finansstrategi for Helse Midt-Norge, jf sak 23/15. Det vises i den sammenheng til brev av 18. mars 2015 vedrørende styrebehandling i helseforetakene.

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. Langtidsperioden går i utgangspunktet fra 2016 til 2021. For å få frem konsekvensene av planlagte store investeringer er det behov for at Helse Møre og Romsdal HF og Helse Midt-Norge også beskriver utfordringsbildet frem til 2031.

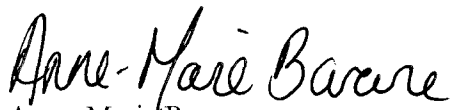
Malverk og veiledning ble sendt til kontaktpersoner i alle helseforetak og Hemit den 7. april 2015. I malverket er konsekvenser av forslag til finansstrategi lagt til grunn. Det presiseres at dette er foreløpig og kan bli endret på bakgrunn av tilbakemeldinger fra styrebehandling i helseforetakene og vedtak i styret i Helse Midt-Norge RHF.

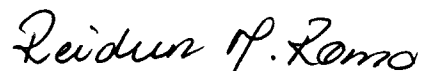
Foreløpig inntektsfordeling for 2016 er sendt ut sammen med malverket som en del av føringene for arbeidet. Foreløpig inntektsfordeling vil bli oppdatert etter hvert som grunnlagsdata knyttet til befolkningsutvikling, pasientstrømmer, bruk av private mv er klart.

Frist for tilbakemelding er 30. april 2015. Det er i perioden frem til da lagt opp til en tett dialog mellom RHF og HF med både fellesmøter og foretaksvise møter. Det legges opp til drøftingsmøter om foretakenes planer og utfordringer i mai måned. Tilbakemelding sendes postmottak@helse-midt.no med kopi til marianne.bidtnes.store@helse-midt.no.

Slik styremøtene for helseforetakene er lagt i perioden fremover vil det ikke være mulig å styrebehandle foretakets innspill til det regionale langtidsbudsjettet i ordinært styremøte. Vi ber derfor om at tilbakemelding sendes administrativt med forbehold om styrets behandling.

Med vennlig hilsen


Anne-Marie Barane
økonomidirektør


Reidun Martine Rømo

Adresseliste (mottakere av dette brev)

Helse Møre og Romsdal HF	Postboks 1600	6026	ÅLESUND
St. Olavs Hospital HF	Postboks 3250 Sluppen	7006	Trondheim
Helse Nord-Trøndelag HF	Sykehuset Levanger, Postboks 333	7601	LEVANGER
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Abels Gate 5	7030	TRONDHEIM
HEMIT	Postboks 2833 Elgeseter	7432	Trondheim

HELSE MIDT-NORGE RHF

STYRET

Sak 24/15 Langtidsplan og budsjett 2015-2021 Prinsipper og forutsetninger

Saksbehandler	Reidun Martine Rømo
Ansvarlig direktør	Anne-Marie Barane
Saksmappe	2014/496
Dato for styremøte	12.03.15

Forslag til vedtak:

1. Helse Midt-Norge står foran store og viktige oppgaver i tiden fremover. Dette krever at helseforetakene ytterligere forsterker sitt arbeid med å skape positive resultater gjennom fokus på bedring av arbeidsprosesser, kvalitet og pasientsikkerhet. Nivå på årlig effektivisering med varig effekt må minst ligge på samme nivå som tidligere.
2. Styret understreker viktigheten av at arbeidet med nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal kommer godt i gang. Føringer fra langtidsplan og –budsjett må legges til grunn for arbeidet.
3. Styret ber om at arbeidet med målbildet, fremdrift, økonomiske konsekvenser og risikovurderinger relatert til nytt PAS/EPJ sees i sammenheng med Helse Midt-Norge sin økonomiske bæreevne.
4. Styret legger til grunn at fremlagte prinsipper og føringer gir rammer for å starte utvikling og vedlikehold av bygningsmassen i parallell med andre store prosjekter.

Stjørdal 05.03.15

Daniel Haga
Administrerende direktør

SAKSUTREDNING:**VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER****Utrykte vedlegg i saksmappen**

Sak 03/15 Strategi 2020 – Rullering 2014

GJELDENDE FORUTSETNINGER

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

Foretaksgruppen gjennomfører hvert år en rullering av langtidsplan og – budsjett for å fange opp nye krav og signaler fra eier samt konsekvenser i langtidsperioden av de vedtak som styret gjør gjennom året. Det regionale styret vedtar først hvilke prinsipper og forutsetninger som skal legges til grunn i det videre arbeidet.

BAKGRUNN

Helse Midt-Norge (HMN) har en sentral rolle i utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Vår forvaltning av samlet økonomisk ramme er viktig for hvordan utviklingen av spesialisthelsetjenesten skal skje og hvordan utfordringer skal løses. Økonomisk kontroll er en viktig forutsetning for stabil og forutsigbar drift, utvikling av pasientbehandlingen og skape handlingsrom til nye investeringer. Behovet for helsetjenester vil øke når vi blir flere eldre og lever lengre. For at helsetjenesten skal være bærekraftig i tiden som kommer er det nødvendig med omstillings- og forbedringsarbeid. IKT-satsingen i regionen, som skal bidra til å utvikle helsetjenesten, vil samtidig kreve store ressurser.

Helse Midt-Norge har i 2015 inntekter på vel 20 milliarder kr. Økonomisk kontroll er helt nødvendig, både for å nå faglige mål og for å kunne gjennomføre planlagte investeringer som inngår i langtidsplan og -budsjett.

HELHETLIG DRØFTING**1. Innledning**

Langtidsplan og –budsjett (LTP/LTB) skal gi et samlet grunnlag for vurdering av økonomisk bæreevne for investeringer og utviklingsprosjekter i foretaksgruppen i et lengre perspektiv enn det enkelte budsjettår. Langtidsplan og -budsjett har i dag et regionalt perspektiv. Analyser synliggjør at Helse Midt-Norge vil stå overfor en utfordrende likviditetssituasjon i perioden frem mot 2022/23 som vil kreve stort fokus og eierskap fra både det regionale foretaket og det enkelte helseforetak for å håndtere. Det må sikres tydelig forståelse for og eierskap til både utfordringene som foreligger og at nødvendige tiltak må gjennomføres. Helhetlig langtidsplanlegging i

helseforetakene vil i tiden som kommer understøttes av at langtidsplan og -budsjett i større grad beskriver utfordringen for det enkelte helseforetak. Dette tilsier at helseforetakene i større grad må gi innspill til den regionale langtidsplanen innenfor de prinsipper og føringer det regionale styret vedtar. HMN RHF vil starte prosessen våren 2015 og jobbe frem mot å fullføre denne ved neste rullering av langtidsplan og -budsjett. Vedtatt finansstrategi for foretaksgruppen vil være et godt grunnlag i forhold til dette arbeidet. Ny finansstrategi gir helseforetakene et større styringsansvar og skal tilrettelegge for mer forutsigbarhet i økonomiske rammer over tid og da implisitt også for egne investeringer.

2. Strategisk ramme

Strategi 2020 og strategier og planer forankret i denne gir overordnede føringer og forutsetninger for foretaksgruppen for langtidsperioden 2016 – 2021. Styret har gjennom tidligere vedtak lagt til grunn at Strategi 2020 skal være førende for prioriteringene i langtidsplan og -budsjett. LTP/LTB har som ambisjon å bidra til en overordna konkretisering og konsekvensvurdering av vedtatte strategier og planer i forhold til økonomiske rammebetingelser.

Hovedmålene i Strategi 2020 skal realiseres gjennom to hovedstrategier: «*Bedre pasientsikkerhet og kvalitet*» og «*Effektivisere driften for å sikre økonomisk handlingsrom*».

Begge strategiene realiseres gjennom tiltaksområdene:

- ✓ Sterkt fokus på å utvikle pasientens helsetjeneste
- ✓ Ta i bruk pasientens egne ressurser
- ✓ Standardisering og effektivisering av pasientforløp og arbeidsprosesser støttet av hensiktsmessige IKT-løsninger
- ✓ Bedre samhandling mellom enheter og nivåer i helsetjenesten
- ✓ Videreutvikle tverrfaglige, kompetente og bærekraftige fagmiljøer
- ✓ Systematisk arbeid med helse, miljø og sikkerhet

Utviklingsområdene (jf. kap 5 og 6) og prioriterte investeringer i bygg, IKT og MTU (jf. kap 4) skal bidra til at foretaksgruppa realiserer begge hovedstrategiene.

Regjeringen har varslet at de i oktober 2015 vil legge fram en stortingsmelding om Nasjonal helse- og sykehusplan. Gjennomføringen av varslet innhold i denne planen vil kunne ha konsekvenser både for struktur, organisering, drift og investeringsplaner i foretakene. Dette vil kunne slå inn i siste del av denne planperioden.

Det vises også til at styret har bedt om at det skal settes i gang et nytt strategiarbeid som ser lengre enn år 2020 og som også tar opp i seg de nye føringene som er varslet å komme i 2015. Dette strategiarbeidet vil starte i 2015.

3. Utfordringsbildet i langtidsperioden

Helse Midt-Norge er ved rulleringen av langtidsplan og –budsjett inne i en periode hvor det i parallell pågår mange krevende utviklingsprosesser med store økonomiske konsekvenser. Dette gjelder både internt i regionen og nasjonalt. Det at HMN står oppe i flere utrednings- og planleggingsprosesser, uten at omfang, risiko og tidsløp er avklart, gjør det krevende å gi en konkretisering og konsekvensvurdering av hva de ulike utviklingsløpene vil bety i forhold til regionens økonomiske bærekraft. De mest sentrale prosessene i denne sammenheng er følgende utviklingsprosjekter:

- programmet Pasientbehandling og samhandling som omfatter anskaffelse og implementering av ny pasientjournal
- konseptfase nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal
- regional plan for virksomhets- og bygningsmessig utvikling

Det planlegges med en beslutning om å iverksette anskaffelse av nytt journalsystem i løpet av høsten 2015. Oppstart av regional plan for virksomhets- og bygningsmessig utvikling er foreløpig ikke planlagt men må sees i sammenheng med fremleggelse av ny sykehusplan høsten 2015. Det er viktig at utviklingsløpene gir et godt grunnlag for vurdering av risiko, både i forhold til direkte økonomiske størrelser men også i forhold til evne til omstilling av virksomheten, realisering av gevinster og ledelsesfokus.

En sentral forutsetning for gjennomføring av nødvendige investerings- og utviklingsløp er at helseforetakene kontinuerlig fokuserer på forbedringsarbeid og omstilling. Det er avgjørende at HMN greier å realisere de forutsetninger som legges til grunn i tilknytning til større investeringsbeslutninger. Krav til årlig resultat og omstilling må innfris for å unngå at investeringer må skyves på eller at fullføring av planlagte investeringer trekker ut i tid. Dette forutsetter kontinuerlig oppfølging og stort ledelsesfokus.

Beslutninger knyttet til større investeringer og utviklingsprosjekter har store konsekvenser og påvirker HMN sin økonomiske situasjon langt ut over den kommende langtidssperioden. Det er derfor sentralt at regionens samlede økonomiske bærekraft inngår i grunnlaget for slike beslutninger. Det må vurderes om perspektivet knyttet til langtidsbudsjettet må tilpasses slik at det også synliggjør sammenhenger og konsekvenser av investeringsbeslutninger når det gjelder drift og gevinstrealisering.

4. Investeringer og utviklingsprosjekter

Nytt sykehus Nordmøre og Romsdal – SNR

Styret i Helse Møre og Romsdal HF og Helse Midt-Norge RHF behandlet i desember 2014 idefaserapport og tomtevalg for nytt sykehus på i Nordmøre og Romsdal. Styret understreket i vedtak at en forutsetning for nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal er økonomisk bæreevne og at funksjoner i eksisterende og nytt sykehus må innrettes slik at det understøtter kostnadseffektiv drift og legger til rette for samarbeid mellom sykehusene. Styret i Helse Møre og Romsdal HF skal i løpet av våren 2015 ta stilling til en mer konkret vurdering i forhold til ramme, effektivisering og tiltaksplaner. HMN vil komme tilbake til dette i langtidsplan og -budsjett som legges frem for styret i juni 2015. Konseptrapport for nytt sykehus kan ikke påregnes å være ferdigstilt før sommeren 2016.

Vurderinger som ligger til grunn i denne saken bygger på en investering tilsvarende 4,2 mrd (2014- tall) inkludert byggelånsrenter (P50) og en ekstern låneandel på 50%. I forhold til vurdering av økonomisk bæreevne og risiko er det sentralt at prosjekter av en slik størrelse vurderes ut fra en usikkerhetsanalyse og at det likviditetsmessig tas høyde for risiko tilsvarende P85. Det er ikke utarbeidet fullstendig usikkerhetsanalyse i idéfase, men på grunnlag av erfaringstall estimeres P85 til å utgjøre om lag 15%, tilsvarende en samlet investeringsramme på 4,8 mrd kr.

Regional utviklingsplan

Alle helseforetak har vedtatt egne utviklingsplaner for virksomheten og bygningsmessig utvikling som påpeker vedlikeholdsetterslepet så vel som tiltak for å tilpasse virksomheten til nye

driftsformer eller økt produksjon. Slik disse planene foreligger i dag er de bl.a. bygd på ulike forutsetninger, ulike metode og ulike prosesser. Felles for planene sett i et regionalt perspektiv er at de er utarbeidet med blikk på optimalisering i eget foretak og ikke i forhold til en regional optimalisering av et kvalitativt og faglig godt tjenestetilbud og logistikk. Utviklingsplanene støtter seg til dels på anslagene for investeringsbehov fra Multiconsultrapportene fra 2012, som påviste store vedlikeholdsbehov og behov for teknisk oppgradering i regionen. Multiconsult opptrer med «straks»tiltak innen 0-5 år og øvrige tiltak innen 5-10 år.

Planene for alle helseforetakene viser at det er behov for relativt omfattende investeringer for å utvikle bygningsmassen i tråd med nye og funksjonelle krav. Samlet investerings- og vedlikeholdsbehov i regionen ut fra lokalt vedtatte utviklingsplaner er om lag 7 Mrd kroner. Sykehuset i Kristiansund, Lundavang og nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal er da holdt utenfor.

Det er sentralt at foretaksgruppen parallelt med investeringen i nytt sykehus sikrer en økonomisk bærekraft som tar høyde for å gjennomføre øvrige nødvendige investeringer. Tiltakene er ikke prioritert, men oversikten viser at regionens bæreevne på sikt må ta høyde for at andre tiltak også må gjennomføres i tillegg til de store utviklingsprosjektene. I tråd med forrige langtidsbudsjett legges det opp til å skape et handlingsrom på om lag 150 mill kr pr år til dette. Behovet for en regional utviklingsplan vil bli sett i sammenheng med nasjonal helse- og sykehusplan og nytt strategiarbeid som iverksettes høsten 2015.

IKT

Strategiske hovedmål i regionens IKT-strategi ble definert og vedtatt i november 2012. Felles for de strategiske hovedmålene for IKT er at de vil bidra til å øke kvalitet i pasientbehandling, bedre pasientsikkerhet, gjøre systemene mer brukervennlige og legge til rette for at helsepersonell kan utføre sine oppgaver på en bedre og mer effektiv måte. Det viktigste tiltaket i handlingsplanen er skifte av PAS/EPJ, styret vedtok i 2013 dette som regional satsning på *Én innbygger – én journal* sammen med kommuner og primærleger i Midt-Norge.

Vedtatt IKT handlingsplan for perioden 2014-2018 har estimert helseforetaksgruppens kostnader (lavt/høyt) til 2300-4200 mill. kroner, inkludert infrastruktur 400-600 mill. kr. Av dette utgjorde programområde Pasientbehandling og samhandling ca. 1100-2100 mill kr (lavt-høyt estimat). I langtidsbudsjett 2015-2020 ble det lagt til grunn at foretaksgruppen må kunne ta høyde for en investering på 2 160 mill kr for nytt PAS/EPJ. Vedtatt IKT-handlingsplan omfatter at arbeidet med nytt PAS/EPJ skal startes, og dette er innarbeidet i foretaksgruppens økonomiske langtidsplaner. Konsekvenser av deltagelse fra kommuner må utredes videre og kommunenes andel av en investering må avklares og finansieringen klarlegges.

Det er hittil ikke gjennomført tilsvarende prosjekter nasjonalt men der er mange erfaringer internasjonalt bl.a. fra Finland og Danmark. Prosjektkostnaden er estimert ved å se på i størst mulig grad sammenlignbare prosjekter nasjonalt og internasjonalt.

Den samlede kostnaden for gjennomføring av programmet for både helseforetaksgruppen og kommunene i Midt-Norge er nå – i et første utkast – estimert til ca 2 600 mill kr. Dette alt inklusive, det vil si også frikjøp av alle interne ressurser. Det vil i juni 2015 bli lagt frem en egen styresak om anskaffelsen av ny PAS/EPJ som inneholder en utdypende gjennomgang av det samlede kostnads- og risikobildet. Langtidsbudsjett som legges frem i samme møte i juni vil derfor omfatte en lengre periode slik at vurdering av økonomisk bærekraft omfatter økonomiske konsekvenser av investeringen.

HMN LØ – fase 2

Implementering av nytt økonomi og logistikkssystem fase 1 skal være ferdig høsten 2016. Dette omfatter funksjonalitet for alle hovedprosesser med unntak av produksjon, hovedprosesser for økonomi for alle forsyningskjeder, logistikkprosesser og automatisk fakturakontroll for forsyningskjedene forbruksvarer, helsetjenester, tjenester, Medisinsk teknisk utstyr og IKT. For å realisere målsettingen for økonomi- og logistikk-løsningen er det sentralt å gjennomføre fase 2 som omfatter funksjonalitet for hovedprosess produksjon og logistikkprosesser og automatisk fakturakontroll for øvrige forsyningskjeder (sterilt sirkulasjonsutstyr, mat og næringsmidler, blod med mer). Fase 2 inngår ikke i IKT handlingsplan, men det er behov for at økonomisk handlingsrom omfatter også denne fasen etter ferdigstillelse av fase 1.

Medisinsk teknisk utstyr (MTU)

Fremlagt finansstrategi legger til grunn økt forutsigbarhet, fleksibilitet og ansvarliggjøring av helseforetakene i forhold til egne investeringer. I spesielle tilfeller vil større regionale investeringer i medisinteknisk utstyr fortsatt kunne finansieres regionalt. Det er et stort behov for både reinvesteringer og nyinvesteringer i medisinteknisk utstyr. Det er derfor sentralt at dette vektlegges i helseforetakenes vurderinger og planer for investeringer i langtidssperioden.

Etterslep vedlikehold

Utbyggingen av Nytt universitetssykehus i Trondheim har vært den dominerende utbygging i regionen helt siden helsereformen i 2001, og det er investert nærmere 10 Mrd i helsedelen av det nye universitetssykehuset. Videre er det vedtatt at ett nytt stort prosjekt skal prioriteres i langtidsplanen – Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR). Disse to prosjektene har medført eller vil medføre at en meget stor andel av investeringsmidlene regionalt gjennom 15 år har blitt styrt til to prosjekter. Samtidig er det utviklet et betydelig etterslep/behov øvrige steder. Gjeldende langtidsplan forutsetter at Helse Midt-Norge skal begynne å ta igjen vedlikeholdsetterslepet fra 2017 og i en 10-årsperiode fremover. Det er avsatt 160 mill kr årlig fra 2017 med en opptrapping til 190 mill kr årlig etter fem år. Det legges til grunn at disse midlene fordeles i henhold til helseforetakenes ressursbehovsindeks.

Vedlikehold skilles i utgangspunktet fra funksjonelle tilpasninger/økt kapasitet, som ikke skal dekkes av økningen i vedlikeholdsmidler. Hensikten med økningen i vedlikehold er til dels nødvendige oppgraderinger av tekniske anlegg for å sikre rasjonell drift og unngå sammenbrudd. Det er imidlertid hensiktsmessig å se handlingsrom for vedlikehold og for utvikling av bygningsmassen og mindre bygningsmessige investeringer under ett. Samlet legges det derfor opp til et handlingsrom på vel 300 mill kr årlig innenfor dette området, som er tilsvarende nivå som i siste fremlagte langtidsbudsjett.

5. Utviklingsområder - pasientbehandling

Forskning, utvikling og innovasjon

Det pågår arbeid med å utarbeide ny strategi for forskning og utvikling, samt for innovasjon. Strategiene skal gjelde for perioden 2015-2020, og de legges fram for styret med forslag til vedtak i juni 2015. Det er dermed for tidlig å skissere detaljer av strategiarbeidet, men det er en hovedutfordring at foretakene i Helse Midt-Norge har en lavere forskningsproduksjon enn det folketallet skulle tilsi. Noe av dette kan forklares med at HMN bruker en relativt høyere andel av forskningsmidlene til infrastruktur, samt at det tette samarbeidet med NTNU kan føre til en underrapportering av forskningsaktivitet. Dette er en «kostnad» som skyldes mer svakheter med målesystemet enn med regionens forskningsaktivitet. Uansett er det rom for vekst, og dette må delvis komme gjennom økt egeninnsats i forskning ved helseforetakene, og delvis gjennom økte

bevilgninger fra RHF. Det bør derfor siktes mot en realvekst i forskning gjennom langtidsperioden, og at den største prosentvise veksten bør komme fra helseforetakene. Det ligger også i eksisterende LTB en vekst i forskningsbudsjettene ved helseforetakene tilsvarende 10 millioner kroner årlig i 2016 og 2017. Økt egeninnsats ved helseforetakene kommer i tillegg.

Regionale planer for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Det er startet arbeid med å utarbeide planer for regional utvikling av fagfeltene psykisk helsevern og TSB. Dette arbeidet pågår i 2015 og vil presenteres for styret i løpet av høsten 2015. Arbeidet består av to faser, der fase én er felles for begge områder og skal kartlegge status, samt gi en generell oversikt tallmessig over tjenestetilbudet. Kommunale tjenester skal også identifiseres og hensynstas i dette arbeidet. Et resultatmål fra fase 1 er en prioritering av tema/områder som skal behandles videre i fase 2, som er selve planfasen.

Det kan være behov for opptrapping av enkelte områder, både av psykisk helsevern og av TSB, for å sikre en kvalitetsmessig utvikling av fagområdene. Det meste av dette vil bli synliggjort i dette planarbeidet, men noen kritiske områder i TSB vil måtte tas med i 2016-budsjettet. Vi vil komme tilbake til dette i behandlingen av LTB i juni 2015.

Kravet om at psykisk helsevern og TSB skal vokse mer enn somatikk på regionalt nivå gjelder fortsatt. Dette er omtalt som «den gylne regel». Veksten måles blant annet gjennom endring kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet.

Regional plan for bildediagnostikk

Helse Midt-Norge RHF har i 2014 og frem til nå gjennomført et prosjekt med hovedmål å lage en plan for å sikre riktig bruk av bildediagnostikk og likeverdig tilgjengelighet med god ressursutnyttelse i samhandling mellom offentlig og privat sektor. I arbeidet inngikk også å foreslå tiltak som gir bedre samordning og utnyttelse av ressursene, herunder standardisering av prosedyrer. En følge av dette er opprettelse av regionalt fagledernetttverk for bildediagnostisk fagområde.

Økt kjøp fra private

Det vises til strategi for anskaffelser av spesialisthelsetjenester fra private leverandører (jf. styresak 16/15). Målsettingen er å utnytte de samlede ressurser på best mulig måte. De private skal inngå i en helhetlig vurdering av hvordan vi setter sammen det samlede helsetjenestetilbud som gir størst mulig helsegevinst for vår befolkning ut fra våre gitte økonomiske rammer. De politiske føringene for planperioden innebærer en generell økt satsing på bruk av private. Spesielt er det et krav om å øke omfanget av kjøp fra private innen somatikk som skal rettes inn mot å redusere ventetider, avhjelpe flaskehalser og videreutvikle samarbeidet mellom helseforetak og de private aktørene.

Det vises også til ordningen «Fritt behandlingsvalg», som er forslått innført fra høsten 2015. Det er for tidlig å si noe om hvor store konsekvenser denne ordningen vil kunne gi ift.

dimensjonering av kapasitet og økonomi.

For planperioden legges det opp til en økning av kjøp fra private leverandører og også en økt bruk av private avtalespesialister.

6. Kompetanse og bærekraftig utvikling

Det legges ned en betydelig innsats på alle nivå i foretaksgruppen for å få et helhetlig bilde av kompetanse -og kapasitetsutfordringene. Det viser seg at det er svært krevende å etablere helhetlige kompetanseplaner, der sårbare fagmiljø og fremtidige kompetansebehov, er identifisert. Dette er en utfordring både nasjonalt, regionalt og i det enkelte helseforetak og gir en betydelig risiko i forhold til kvaliteten på det fremtidige tjenestetilbudet og foretaksgruppens ansvar for likeverdige og effektive helsetjenester i hele regionen. Risikoen vil øke i årene fremover når konkurransen om helsepersonell tilspisser seg. Ansvaret for kompetanseutvikling er nå tydeligere lagt til arbeidsgiver som i større grad enn før må eie risikobildet og gjennomføre tiltak for å redusere risiko.

I Helse Midt-Norges Strategi for utdanning og kompetanseutvikling (styresak 28/15) er det foreslått at Helse Midt-Norge skal kartlegge hva vi har av kompetanse, hva vi trenger av kompetanse, hva vi bruker av ressurser på kompetanseutvikling og evt. hva vi burde ha brukt på kompetanseutvikling. Målet med dette arbeidet er å identifisere risiko på ulike nivå i foretaksgruppen og hvilken ressursinnsats som kreves for å redusere denne. Dette vil være et viktig bidrag til revisjonen av Helse Midt-Norges overordnede strategi, et sentralt grunnlag for å operasjonalisere Nasjonal helse- og sykehusplan og for rullering av langtidsbudsjett/langtidsplan.

Det er etablert et prosjekt knyttet til fast ansettelse av Leger i Spesialisering (LiS). Helse Midt-Norge påtar seg et tydeligere arbeidsgiveransvar for denne gruppen. Det medfører at vi tydeligere beskriver hva vi trenger av spesialistkompetanse på kort og lang sikt og hvordan spesialiseringssløpene skal videreutvikles for å sikre god kvalitet og bedre sammenheng.

Det er nå vedtatt at prosjektet Kompetanseledelse skal gjennomføres i foretaksgruppen. Prosjektets mål er at det skal etableres en gjennomgående metodikk med systemstøtte for å registrere kompetansebeholdningen og utvikle kompetanseplaner på alle nivåer i foretaksgruppen.

Det ligger fortsatt et betydelig potensial i forhold til kvalitet og ressursutnyttelse, ved å sikre bedre måloppnåelse av Strategi 2020's hovedmål «Rett kompetanse på rett sted til rett tid». Arbeidet med å koble planlegging av aktivitet og bemanning skal derfor intensiveres og kobles tydeligere blant annet til utviklingen av standardiserte pasientforløp.

Bedre tilgang på arbeidskraftreserven som ligger i deltid og frafall fra arbeidslivet og redusert fravær, vil også bidra til et bedre arbeidsmiljø, bedre kvalitet og bedre ressursutnyttelse.

7. Forutsetninger

Helse Midt-Norge legger til grunn en årlig vekst i aktivitet som er noe over befolkningsveksten. I siste langtidsbudsjett ble det lagt til grunn en årlig vekst i aktiviteten på 1,5% mens befolkningsveksten utgjorde om lag 1,1%. Dette forholdet videreføres for langtidsperioden 2016-2021.

En sentral forutsetning i gjeldende langtidsbudsjett er årlig generell effektivisering for hele foretaksgruppen på minimum 1%. På bakgrunn av den økonomiske situasjonen i HMR, med negativt resultatavvik i 2014 og siste forutgående år, har styreleder i HMR og styreleder i HMN RHF inngått en langsiktig avtale som skal bidra til forutsigbarhet i omstillingsarbeidet i foretaket. Avtalen skal bidra til å sikre nødvendig økonomisk bæreevne for investeringer og realisering av nytt sykehus. Avtalen innebærer at HMR vil ha behov for en årlig omstilling på 1,8% av årlig inntektsramme frem til

nytt sykehus står ferdig. Det forutsettes at effektiviseringen har en varig effekt. Dette er en forutsetning som må påregnes også i kommende langtidsperioder for å sikre handlingsrom for utvikling og investeringer. Denne forutsetningen ble også lagt til grunn for bærekraftsanalysen i tidsperspektivet 2015-2030, jf sak 83/14 behandlet i styret i Helse Midt-Norge RHF.

Økonomisk bæreevne betyr for HMN å håndtere ansvar og forpliktelser innenfor tilgjengelige økonomiske rammer over tid. I dette ligger:

- Sikre løpende drift innenfor tilgjengelige rammer
- Realisere forutsatt effektivisering og gevinster
- Generere likviditet til finansiering av regionale prioriteringer
- Gjennomføre investeringer innenfor tilgjengelig likviditet og vedtatte rammer
- Håndtere forpliktelser knyttet til lån

8. Risiko

I rapporten «Analyse av økonomisk bæreevne i Helse Møre og Romsdal og Helse Midt-Norge», utarbeidet av EY i tilknytning til styrebehandling av idefaserapporten for nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal, er det pekt på at det er stor usikkerhet forbundet med forutsetningene for vurdering av bærekraft. Dette relateres til at

- størrelsen på forutsatte gevinster og generell effektivisering gir en utvikling i driftsresultat for avskrivninger og finansresultat (EBITDA) som ligger betydelig over andre sammenlignbare helseforetak
- mangel på konkrete tiltak som støtter forutsatte gevinster og generell effektivisering
- at det mangler helhetlig eierskap til langtidsplanlegging i helseforetakene

Vi ser også at enkelte foretak signaliserer at det stadig blir vanskeligere å finne gode tiltak for ytterligere effektivisering av den interne driften og at usikkerhet knyttet til løpende resultat vurderes som høyere enn tidligere. Kontinuerlig forbedring av arbeidsprosesser og pasientforløp er et viktig tiltak som både vil være risikoreduserende i forhold til økonomisk bærekraft og samtidig bidra til å øke fokus. Helse Midt-Norge nærmer seg et kapasitetsnivå på tjenesten som er riktig, men det er eksempelvis fortsatt en del å hente på omlegging fra inneliggende til poliklinikk og dagbehandling.

Det er stor usikkerhet knyttet til kostnader både til nytt sykehus og nytt PAS/EPJ. Vi vil komme tilbake med en helhetlig vurdering av regionens økonomiske bæreevne i forbindelse med beslutning om anskaffelse av nytt PAS/EPJ.

Både nytt sykehus og nytt journalsystem krever omfattende bruk av nøkkelpersonell i klinisk virksomhet og foreliggende planer viser at prosjektene i stor grad er sammenfallende i tid. Samtidig skal virksomheten ha en kontinuerlig forbedring av arbeidsprosesser som frigjør likviditet til å kunne gjennomføre de planlagte investeringene og utviklingsprosjektene. Dette vil være krevende og forutsetter stort engasjement og fokus fra ledelsen på alle nivå.

Helse Midt-Norge har mer enn 700 000 m2 bygningsmasse og det er sentralt at Helse Midt-Norge greier å gjennomføre vedlikeholde og utvikle øvrig bygningsmasse i parallell med de to store prosjektene. Dette avhenger av at foretakene klarer kravet til løpende forbedring og omstilling.

9. Økonomisk handlingsrom

Forutsigbarhet i økonomiske rammer er et sentralt element for å kunne jobbe langsiktig med omstillingsarbeid. Dette gjelder både i forhold til langtidssperioden og i forhold til å komme i gang så tidlig som mulig med budsjett og planlegging av forbedringsarbeid for kommende år. Langtidsbudsjett som legges frem i juni inneholder derfor en foreløpig inntektsfordeling for 2016 som er basert på de prinsipper og forutsetninger som styret vedtar i tilknytning til denne saken og tilgjengelige data for forbruk og pasientstrømmer.

Helse Midt-Norge bygger årlig opp likviditet til sparing for å realisere regionale prioriteringer. Hvor mye likviditet som kan bygges opp henger sammen med helseforetakenes evne til å omstille fra drift til investering. Med de planer og utfordringer som vi står overfor er det sentralt at omstilling og effektivisering holdes på et nivå som er minst like høyt som tidligere, tilsvarende 1%, samt at ny aktivitet forventes gjennomført med en lavere marginalkostnad. I dette ligger at investering i nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal ikke kan ligge på et høyere nivå enn tidligere langtidsbudsjett og at IKT-handlingsplan inklusive risikovurderinger ligger innenfor de rammer som ligger langtidsplan for 2015-2020. Dette vil kunne muliggjøre at vedlikehold og utvikling av bygningsmassen i parallell kan ligge på om lag 300 mill kr. I dette ligger også at alle helseforetak har et resultat i tråd med budsjett og at effektiviseringen har varig effekt. En effektiviseringseffekt på 0,5 % vil medføre at foretaksgruppen ikke generer likviditet til fremtidige investeringer etter 2015.

ADMINISTRERENDE DIREKTØRS OPPSUMMERING/ANBEFALING

Langtidsplan og –budsjett representerer en konsekvensvurdering av etablerte strategier og planer. Styret inviteres i denne saken til å fatte vedtak som skal legges til grunn for foretaksgruppens videre arbeid frem mot langtidsplan og –budsjett som skal legges frem i juni.

Det er viktig at helseforetakene har et eierskap til langtidsplan og budsjett. Vi tror derfor det er sentralt at det langtidsbudsjettet som skal legges frem i juni inneholder helseforetakenes egne vurderinger knyttet til lønnsomhet og gevinstrealisering for planlagte investeringer og foretakets økonomisk bæreevne. Vedtatt finansstrategi vil i denne sammenheng tydeliggjøre helseforetakenes ansvar for egne investeringer og finansiering og gi større forutsigbarhet. Helse Midt-Norge vil på denne måten ha mulighet til en mer langsiktig styring som ligger nærmere opp til det som skjer i andre regioner.

Helse Midt-Norge har ambisiøse mål som kommer i tillegg til et kontinuerlig arbeid for å øke pasientsikkerheten, redusere ventetider og fjerne fristbrudd. Økonomisk bæreevne er en forutsetning for å nå disse målene. For foretaksgruppen innebærer dette at det på lokalt og regionalt nivå gjøres en prioritering av ressurser til rasjonell og effektiv drift med god kvalitet, samt investeringer som legger til rette for dette. Planlagte og nødvendige investeringer krever at helseforetakene ytterligere forsterker sitt arbeid med å skape positive resultater gjennom fokus på kvalitet og pasientsikkerhet.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 27/2015 Driftsrapport april 2015

Saken behandles i:		Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF		1. juni 2015	27/2015
Saksbeh:	Tormod Gilberg		
Arkivkode:	012		
Saksmappe:	2015/1653		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar driftsrapporten for april til etterretning.

SAKSUTREDNING:

Sak 27/2015 Driftsrapport april 2015

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

Utrykte vedlegg i saksmappen

BAKGRUNN

SAMMENDRAG / GENERELL VURDERING

Foretakets resultat viser siste måned et negativt avvik i forhold til vedtatt budsjett på 5,7 mill kroner og akkumulert et negativt avvik på 12,2 mill kroner. Etter at budsjettet for 2015 ble vedtatt, har det kommet ny aktuarberegning over foretakets pensjonskostnader som innebærer en økning på om lag 30 mill kroner for 2015 eller om lag 2,5 mill kroner pr. måned. Denne økte pensjonskostnaden blir regnskapsført fortløpende (med en effekt på 2,5 mill kroner pr. måned).

Korrigert for denne merkostnaden knyttet til pensjon, er foretakets resultat i april – 3,2 mill kroner og akkumulert – 2,2 mill kroner. I samsvar med gjeldende føringer legger myndighetene i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett opp til å avklare konsekvenser av økte pensjonskostnader i form av endret basisramme og/eller endret resultatkrav.

DRG-aktiviteten i de somatiske avdelingene var i april på nivå med planlagt aktivitet, og hittil i år 3,5 % over planlagt aktivitet. 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 foretakets plantall for 2015.

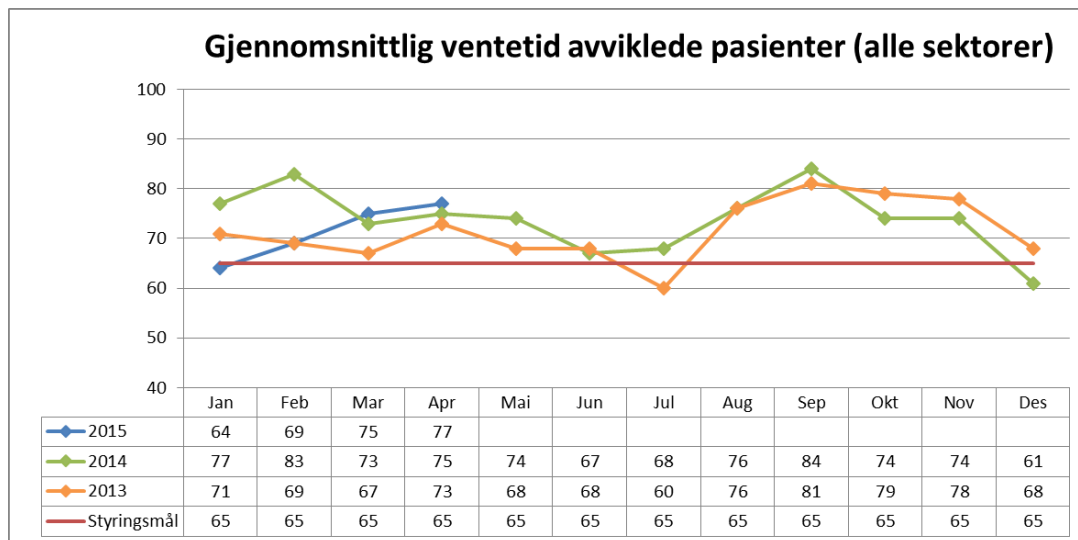
Aktiviteten i de psykiatriske avdelingene er hittil i år om lag 1 % over foretakets planer og det som er forventet i styringsdokumentet fra HMN, mens aktiviteten innen rusbehandling er vel 6 % lavere enn planlagt. I samsvar med fastsatte retningslinjer legges det opp til størst økning i den polikliniske aktiviteten.

For rapporterte kvalitetsindikatorer var det god måloppnåelse for gjennomsnittlig ventetid (for avviklede pasienter) pr. 31.12.14 og tilnærmet måloppnåelse i forhold til å fjerne fristbrudd. Utviklingen siste måned viser små endringer i disse indikatorene.

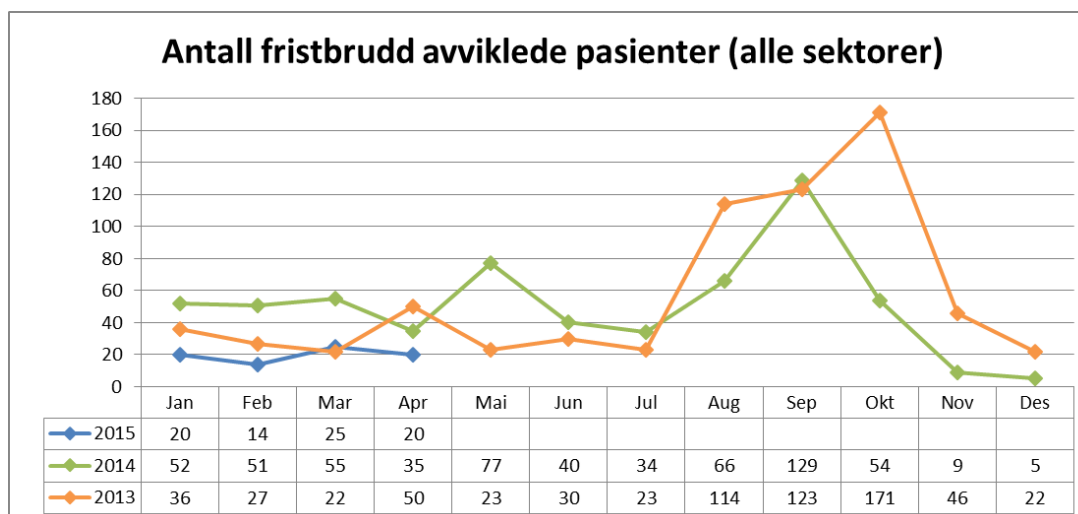
HNT prognostiserer et årsresultat for 2015 på 57,9 mill kroner. Korrigert for økte pensjonskostnader på 30 mill kroner ville resultatprognosen vært 87,9 mill kroner, dvs. i samsvar med fastsatt resultatmål fra eier.

1. PASIENTBEHANDLING

1.1 Ventetider



1.2 Fristbrudd



Det er betydelig fokus på å redusere ventetider og å fjerne fristbrudd for rettighetspasienter. Dette har gitt resultater. Ved utgangen av 2014 nådde foretaket målsettingen om en gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter på under 65 dager. Foretaket hadde ved årsskiftet også svært få pasienter med fristbrudd. Andel fristbrudd for avviklede pasienter var ved utgangen av 2014 på 0,4 %, mens gjennomsnittlig ventetid var 61 dager. Ved utgangen av april var andel fristbrudd på 1,5 %, mens gjennomsnittlig ventetid var økt til 77 dager, dvs. litt høyere enn det definerte målet.

Arbeid med tiltak – ventetider og fristbrudd

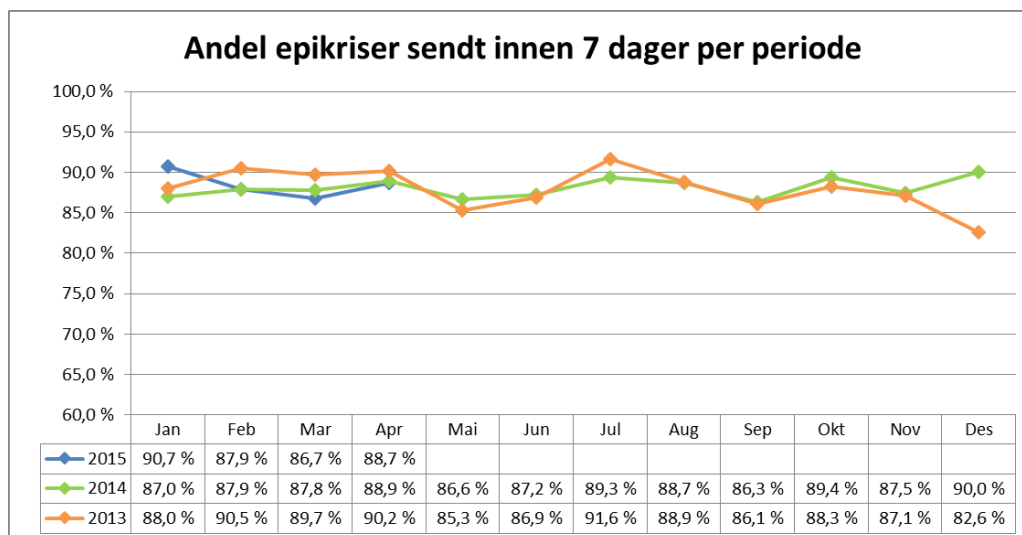
I driftsplanen for 2015 er det tatt høyde for at kravene i styringsdokument og foretaksprotokoll blir dekket. Foretaket har utarbeidet og oversendt til HMN en plan som beskriver tiltak for å nå følgende mål;

- Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter < 65 dager
- Ingen fristbrudd for avviklede pasienter
- Ingen skal vente mer enn ett år

2. KVALITET, FAGUTVIKLING OG FORSKNING

2.1 Pasientsikkerhet

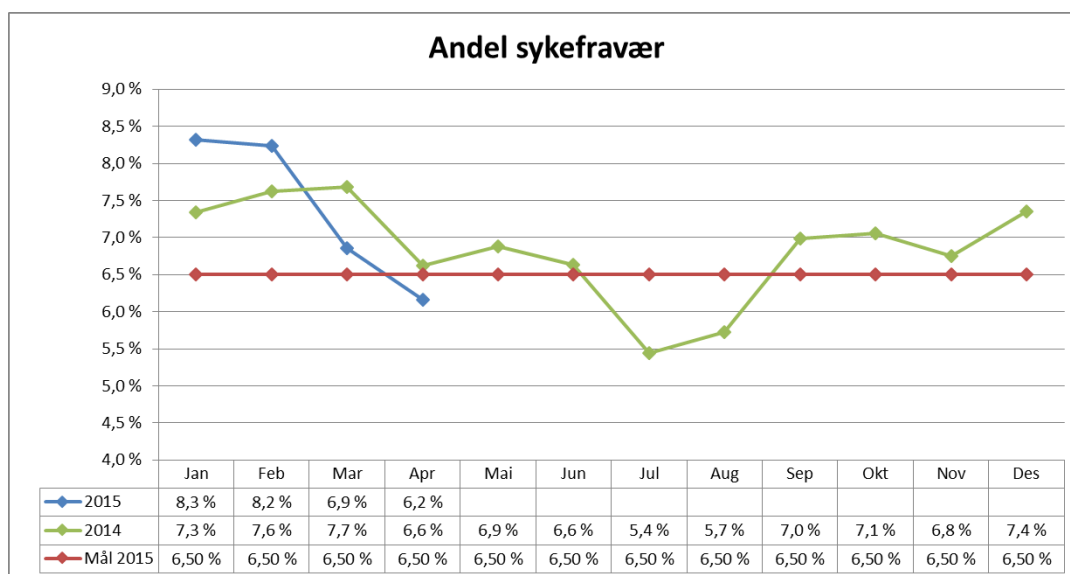
2.2 Epikrisetid



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.

3. MEDARBEIDER

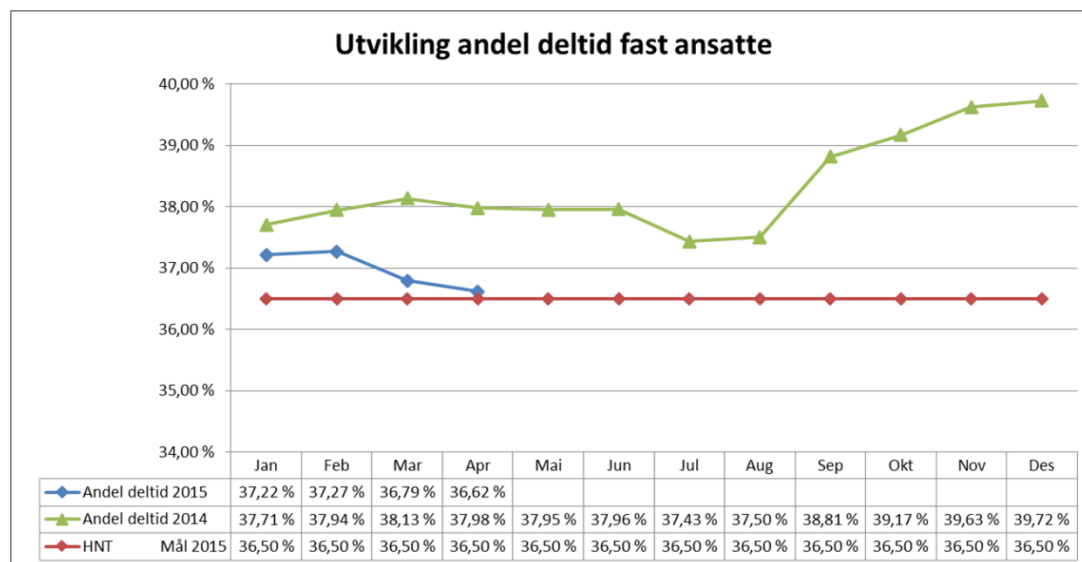
3.1 Andel sykefravær



Fraværet var i april på 6,2 %. Fraværet i samme periode i fjor var på 6,6 %. Fraværet varierer fra 4,1 % i den klinikken som har lavest fravær til 7,9 % i klinikken med høyest fravær.

Helseforetaket jobber systematisk og langsiktig med inkluderende arbeidsliv med utgangspunkt i en overordnet strategi og nedfelte rutiner. Det høye fraværet ved starten av året mener vi i stor grad skyldes influensasesongen som har slått til sterkere i år enn i fjor.

3.2 Andel deltid

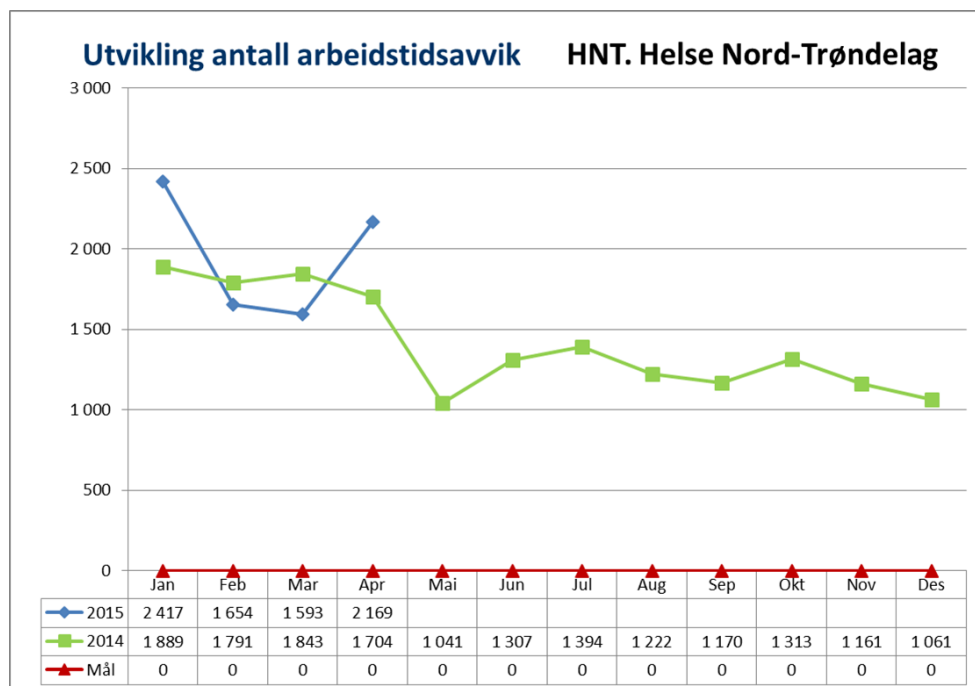


Andel deltid for fast ansatte var i april 36,6 %, en reduksjon på 0,2 %-poeng fra forrige måned. Samme måned i fjor var andel deltid for fast ansatte 38,0 %.

Den gjennomsnittlige stillingsprosenten for fast ansatte var i april 86,3 %, - en nedgang på 0,1 %-poeng fra forrige måned.

Det arbeides med å framskaffe en oppdatert oversikt over andel deltidsansatte som har ufrivillig deltid. Videre bes de som er fast ansatt i deltidsstilling, og fortsatt ønsker det, klargjøre hvorfor de har en deltidsstilling. De fleste klinikkene har fastsett egne mål for 2015.

3.3 Etterlevelse av arbeidstidsbestemmelser

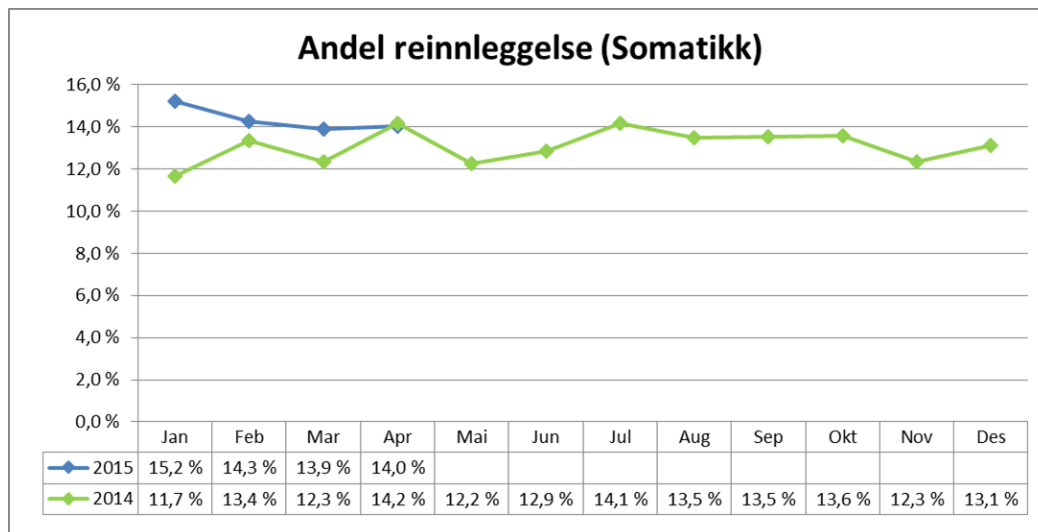


Antall arbeidstidsavvik viser en oppgang fra 1.593 i mars til 2.169 i april. Det er særlig mange brudd på daglig arbeidstid, med en økning på 128 brudd og ukentlig fritid, med en økning på 313 brudd, som utgjør denne økningen. Det er særlig innenfor ambulansetjenesten vi ser en ny økning på vel 300 brudd. Disse bruddene er fordelt mellom ovennevnte kategorier uten at vi kan se hva som er årsakene. Vi vil følge opp dette i kontakt med aktuelle klinikk.

Når det gjelder årsakene til bruddene, er «Akutt mangel på nødvendig kompetanse» på topp, og oppgitt å forårsake 585 av bruddene. «Akutt aktivitetsendring» er oppgitt som årsak til 148 av bruddene, mens «Utrykning på vakt» og «Akutt sykdom» oppgis å være årsak til h.h.v. 139 og 68 av tilfellene. Svært mange brudd rapporteres som «Systemfeil». Vi er kjent med at det, spesielt innen ambulansetjenesten, er utfordringer knyttet til at systemene ikke takler alle avtaler som er inngått omkring arbeidstid.

4. SAMHANDLING

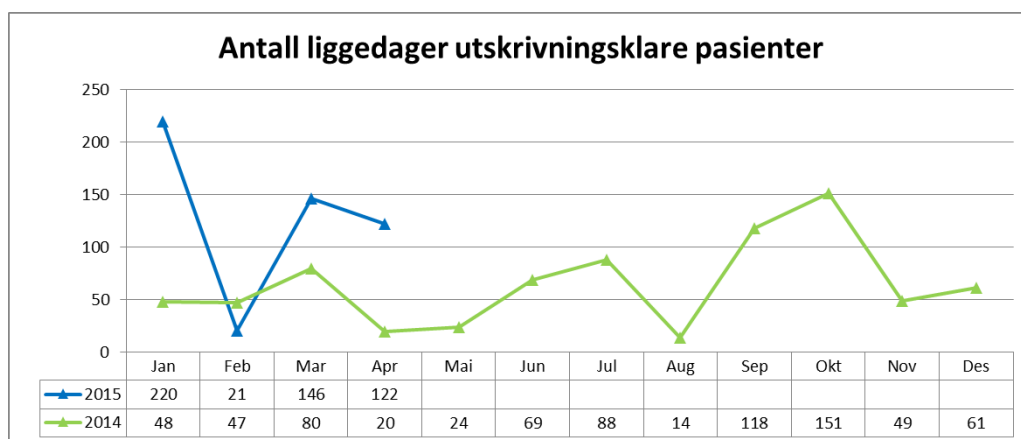
4.1 Andel reinnleggelser somatikk



Andel reinnleggelser i foretakets somatiske avdelinger har ikke endret seg mye de siste årene og ligger mellom 12 og 15 % av antall opphold. Akkumulert var andelen 13,2 % i 2014. Målsettingen for 2015 er lavere andel reinnleggelser enn i 2014. I 1. tertial 2015 var andelen reinnleggelser på 14,3 %.

Andel reinnleggelser i de psykiatriske avdelingene varierer noe mer og ligger mellom 10 og 23 % av antall opphold. Akkumulert var andelen 14,3 % i 2014. Målsettingen for 2015 er lavere andel reinnleggelser enn i 2014. I 1. tertial 2015 var andelen reinnleggelser på 17,3 %.

4.2 Liggedøgn utskrivningsklare pasienter



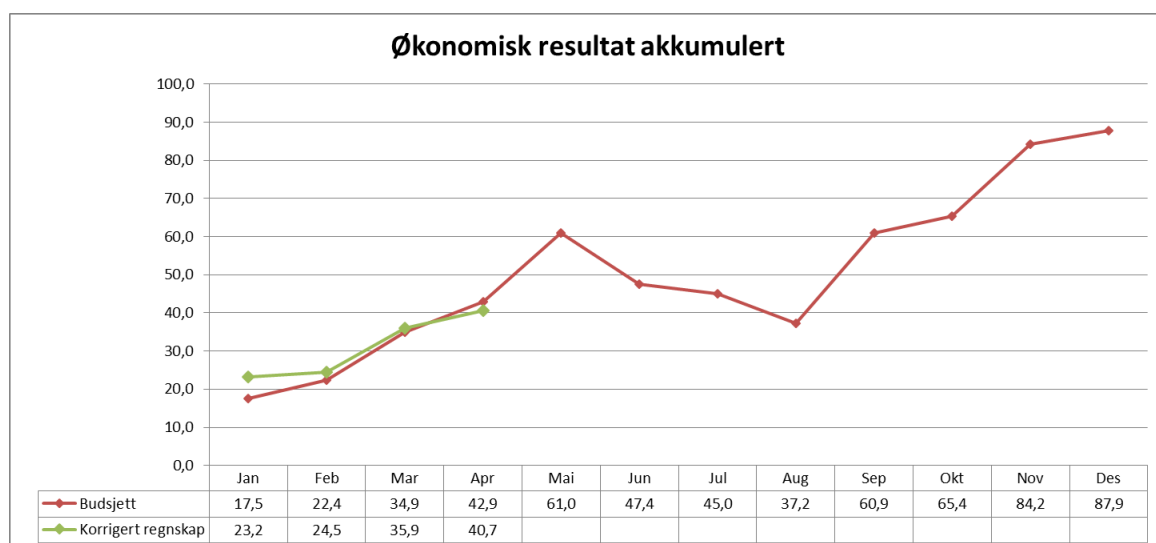
Kommunene betaler 4.387 kroner pr. liggedøgn for utskrivningsklare pasienter. Fakturerte liggedøgn kan variere litt fra registrerte liggedøgn p.g.a. forskjellige rapporteringsfrister, men dette blir korrigert i framtidige regninger.

I første tertial 2015 var det i alt 88 pasienter og 509 liggedøgn knyttet til utskrivningsklare pasienter. Tilsvarende periode i fjor var det 45 pasienter og 195 liggedøgn.

5. ØKONOMI OG RESSURSTYRING

5.1 Resultat

Alle ansvarssteder	Denne periode			Hittil i år		
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap	Budsjett	Avvik
Driftsinntekter	268 044	265 373	2 672	1 063 854	1 048 847	15 007
Varekostnader	-39 043	-38 274	-768	-154 187	-149 414	-4 774
Lønnskostnader	-185 814	-176 107	-9 708	-709 054	-682 703	-26 351
Andre driftskostnader	-41 156	-43 577	2 421	-170 481	-176 045	5 564
Driftskostnader	-266 013	-257 958	-8 055	-1 033 723	-1 008 162	-25 561
Driftsresultat	2 032	7 415	-5 383	30 131	40 685	-10 554
Finansresultat	254	556	-302	580	2 225	-1 645
Netto resultat	2 286	7 971	-5 686	30 711	42 910	-12 199
Avvik knyttet til ny aktuarberegning	2 500		2 500	10 000		10 000
Netto resultat korrigert for økte pensjonskostnader	4 786	7 971	-3 186	40 711	42 910	-2 199



Vedtatt budsjett for 2015 for Helse Nord-Trøndelag HF fastsetter et resultatkrav på 87,9 mill. kroner. Budsjettet overskudd skal bl.a. bidra med likviditet til foretakets investeringer innværende år.

Aktuarberegning fra juni 2014 er lagt til grunn for budsjett av pensjonskostnader. Ny aktuarberegning fra januar 2015 legges til grunn ved regnskapsføringen i 2015. Den viser en økt pensjonskostnad på om lag 30 mill kroner for 2015 eller om lag 2,5 mill kroner pr. måned. I samsvar med gjeldende føringer legger myndighetene i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett opp til å avklare konsekvenser av økte pensjonskostnader i form av endret basisramme og/eller endret resultatkrav

Basert på regnskapsført nivå for pensjonskostnader gir dette et negativt resultatavvik i forhold til budsjettet i april på 5,7 mill kroner. Korrigert for økt pensjon ville foretaket i april hatt et negativt resultatavvik på 2,2 mill kroner. Akkumulert resultat pr. april viser et negativt avvik i forhold til budsjettet på 12,2 mill kroner og korrigert for økte pensjonskostnader et negativt avvik på 2,2 mill kroner.

Inntekter

Foretakets inntekter er i april 2,7 mill kroner høyere enn budsjettet, - i hovedsak knyttet til høyere aktivitet med påfølgende reduserte ISF-inntekter. Hittil i år er det et positivt avvik på 15,0 mill kroner.

Varekostnader

Varekostnadene viser i april et negativt avvik på 0,8 mill kroner i forhold til budsjettet, mens det hittil i år er et negativt avvik på 4,8 mill kroner.

Lønnskostnader

Regnskapet siste måned viser et negativt avvik på lønnskostnadene på 9,7 mill kroner. 2,5 mill kroner av dette skyldes, som tidligere nevnt, endringer knyttet til pensjon. Merforbruket for øvrig er knyttet til flere arter og avdelinger og gjelder i hovedsak lønn til faste ansatte i form av økte faste tillegg (knyttet til turnus), overtid og innleie av ekstrahjelp. Hittil i år viser regnskapet et avvik på – 26,3 mill kroner eller – 16,3 mill kroner korrigert for økte pensjonskostnader.

Andre driftskostnader

Det er et samlet positivt avvik på disse postene på 2,4 mill kroner i april, og hittil i år et positivt avvik på 5,6 mill kroner. Foretakets buffer/reserve til uforutsette kostnader og/eller reduserte inntekter er budsjettet på denne kostnadsgruppen.

Finansposter

Foretakets finansposter viser i april et negativt avvik på 0,3 mill kroner og hittil i år et negativt avvik på 1,6 mill kroner. Hovedårsaken er lavere renteinntekter på innestående kapital.

5.2 Prognose

Alle ansvarssteder		Hele året	
Resultat	Budsjett 2015	Prognose 2015	Avvik budsjett - prognose
Driftsinntekter	3 038 855	3 058 856	20 000
Varekostnader	-449 968	-454 968	-5 000
Lønnskostnader	-1 969 558	-2 019 559	-50 000
Andre driftskostn (6)	-452 667	-452 666	0
Andre driftskostn (7)	-85 438	-80 438	5 000
Driftskostnader	-2 957 630	-3 007 630	-50 000
Driftsresultat	81 225	51 225	-30 000
Finansresultat	6 674	6 674	0
Netto resultat	87 900	57 900	-30 000
Avvik knyttet til ny aktuarberegning		30 000	30 000
Netto resultat korrigert for økte pensjonskostnader		87 900	

HNT prognostiserer et årsresultat for 2015 på 57,9 mill. kroner når en tar hensyn til økte (regnskapsførte) pensjonskostnader p.g.a. ny i aktuarberegning. Eier har ennå ikke vedtatt endret resultatkrav knyttet til endret aktuarberegning/pensjonskostnad.

Inntekter

Inntekter prognostiseres med et positivt avvik på 20 mill kroner knyttet til økte aktivitetsbaserte inntekter.

Varekostnader

Varekostnader prognostiseres med et negativt avvik på 5 mill kroner. Dette skyldes økte medikamentkostnader og økt aktivitet.

Lønnskostnader

Lønnskostnader prognostiseres med et negativt avvik på 50 mill kroner, herav 30 mill kroner knyttet til økte pensjonskostnader. Øvrigt avvik er knyttet til økt aktivitet og ikke budsjetterte prosjekterrelaterte kostnader som både innebærer økte kostnader og økte inntekter.

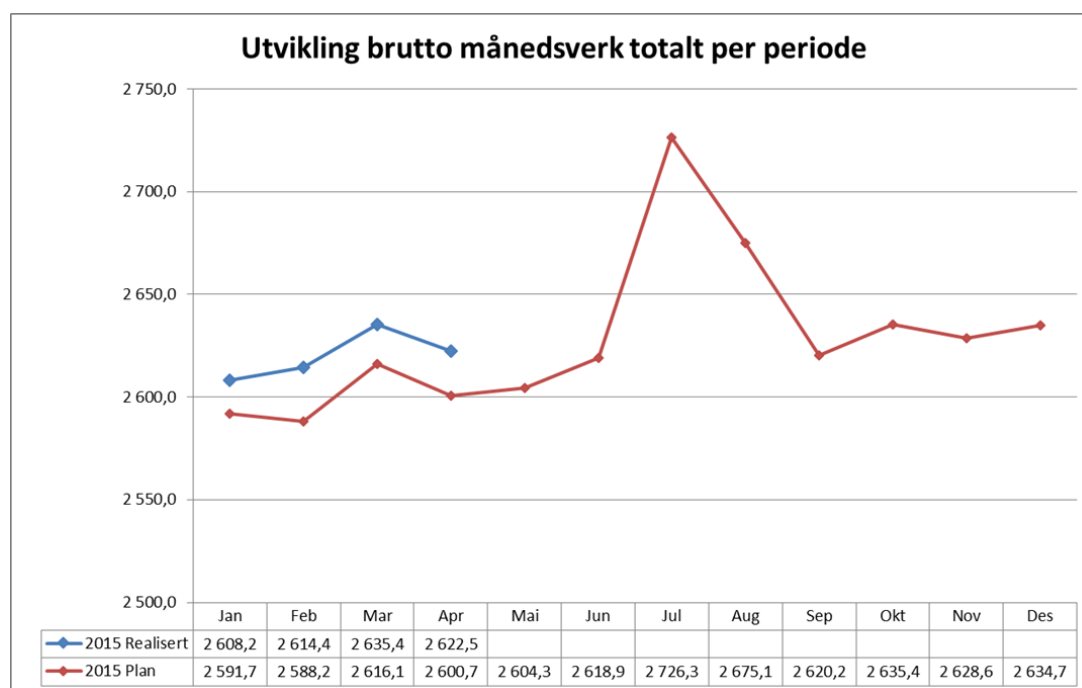
Andre driftskostnader

Andre driftskostnader prognostiseres p.t. med et positivt avvik på 5 mill kroner. Foretakets buffer/reserve til uforutsette kostnader og/eller reduserte inntekter er budsjettert på denne kostnadsgruppen.

Finansposter

Finansposter prognostiseres i tråd med opprinnelig budsjett.

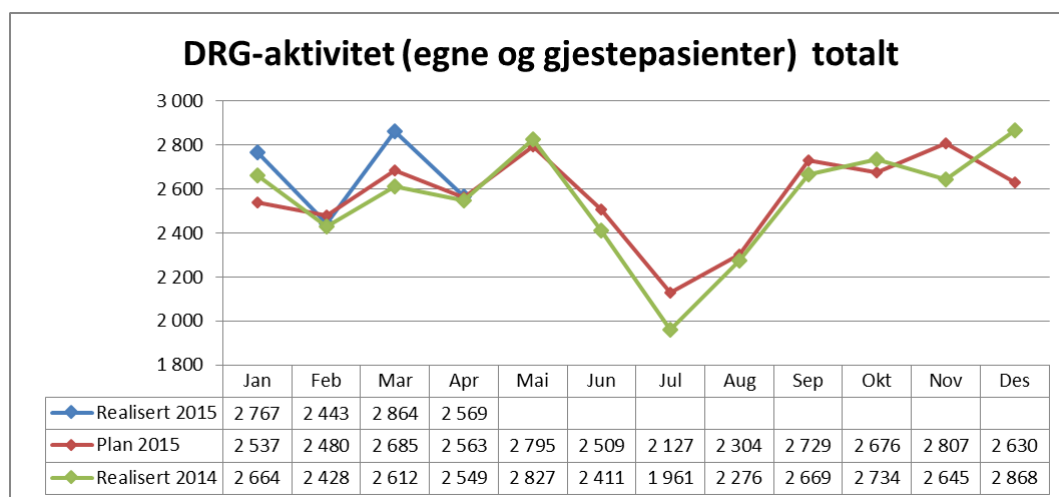
5.3 Bemanning



Samlede brutto månedsverk viser i april et merforbruk på 22 månedsverk i forhold til plan. Akkumulert hittil i år er det et merforbruk på 84 månedsverk.

Høy aktivitet er hovedårsak til merforbruket.

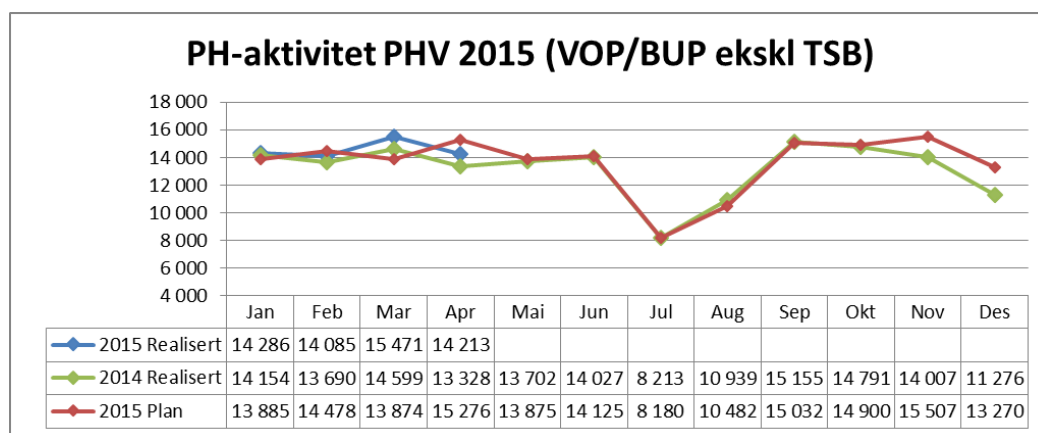
5.4 DRG-aktivitet



HMN har gjennom budsjett og styringsdokument for 2015 lagt opp til en ”sørge for”- aktivitet for HNT litt over nivået for aktiviteten i 2014. HNT har planlagt en aktivitet i eget foretak i 2015 som er 1,3 % høyere enn tilsvarende aktivitet i 2014. 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. Akkumulert aktivitet hittil i år er 3,5 % over planlagt aktivitet. Årets DRG-aktivitet prognostiseres å bli om lag 2 % over foretakets plantall for 2015.

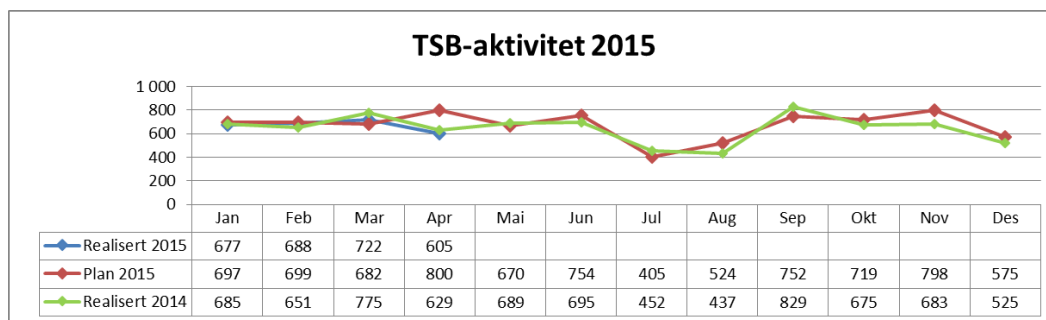
5.5 PH-aktivitet



I samsvar med styringsdokument fra HMN har HNT planlagt en aktivitetsvekst innen psykisk helsevern på 2,9 % samlet sett og at veksten primært skal knyttes til poliklinisk aktivitet.

Det samlede og veide målet for aktivitet i psykisk helsevern, PH-aktivitet, viser en akkumulert meraktivitet på 0,9 % pr. april i forhold til planlagt aktivitet.

5.6 TSB-aktivitet



I samsvar med styringsdokument fra HMN har HNT planlagt en aktivitetsvekst innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) på om lag 4 % samlet sett og at veksten primært skal knyttes til poliklinisk aktivitet.

Den samlede TSB-aktiviteten er hittil i år 6,5 % lavere enn det som er planlagt.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 28/2015 Eiers styringskrav 2015 Helse Nord-Trøndelag HF, 1.tertialrapport

Saken behandles i: Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	Møtedato 1. juni 2015	Møtesaksnummer 28/2015
Saksbeh: Sveinung Aune		
Arkivkode: 012		
Saksmappe: 2015/1653		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar status, per 1.tertial, for oppfølging av styringskrav 2015 gitt av eier gjennom styringskrav og rammer, og foretaksmøteprotokoller til etterretning.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar administrerende direktørs vurderinger av risikoområder til etterretning og ber om at områdene med kritisk og høy/moderat risiko blir fulgt opp med korrigerende tiltak, slik at mål kan nåes og oppgaver blir løst.

SAKSUTREDNING:

Sak 28/2015 Eiers styringskrav 2015 Helse Nord-Trøndelag HF, 1.tertialrapport

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringskrav og rammer 2015 og foretaksmøteprotokoll.

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Styringskrav og rammer 2015 for Helse Nord-Trøndelag HF.
2. Oppdragsdokument 2015 Helse Midt-Norge RHF.
3. Foretaksmøteprotokoll Helse Nord-Trøndelag HF av 12.02.2015.
4. Foretaksmøteprotokoll Helse Nord-Trøndelag HF av 30.04.2015.

BAKGRUNN

Gjennom styresak 08/2015 Årlig melding 2014 for Helse Nord-Trøndelag ble status for 2014 og planer for de nærmeste årene behandlet.

Den 16. februar 2015 ble styresak 09/2015: Styringskrav og rammer 2015 for Helse Nord-Trøndelag og Foretaksprotokoll av 12.02.2015. Oppfølging fra administrerende direktør, behandlet. Her ble styret orientert om hvordan administrerende direktør vil følge opp eiers samlede styringskrav.

Gjennom driftsrapportene er styret for Helse Nord-Trøndelag HF orientert om status i forhold til hovedelementer i styringskrav og foretaksmøteprotokoll (sak 11/2015 i styremøte 16. februar og sak 21/2015 i styremøte 13. mars).

Nå presenteres styret for 1. tertialrapport for Eiers styringskrav 2015 for Helse Nord-Trøndelag HF, og tilhørende liste med samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringskrav og rammer 2015 og foretaksmøteprotokoll av 12.02.2015 (vedlegg 1).

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Styringskrav og rammer 2015 og foretaksmøteprotokollen av 12.02.2015 består av 90 oppgaver/styringsparametere. Dette er en økning på 15 krav i forhold til 2014.

Risikovurdering av målsettinger og oppgaver er utført av de ansvarlige lederne og saksbehandlere etter en mal fra Helse Midt-Norge RHF.

Oppgavene vurderes ut fra sannsynlighet for og konsekvens av å ikke nå målet/løse oppgaven. Konsekvensdelen i risikovurderingen er også i 2015 fastsatt av Helse Midt-Norge RHF.

Lederne og saksbehandlere i Helse Nord-Trøndelag HF har vurdert sannsynligheten og dermed gitt uttrykk for risikoen.

For områder med kritisk risiko (rød) og høy/moderat risiko (gul) vil det kreves at tiltak settes inn for å redusere risikoen og realisere mål/forventet resultat.

Kravet fra Helse Midt-Norge RHF er at ved 1.tertialrapporteringen skal risikoen være vurdert og tiltak knyttet til oppgavene være registrert i matrisen. Pr 2.tertial skal en rapportere om hvilken grad av måloppnåelse igangsatte tiltak gir – alternativt hvilke nye tiltak som må iverksettes for å nå

målet. Risiko skal igjen vurderes. Helse Nord-Trøndelag HF har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametere meldes til Helse Midt-Norge RHF når slike avvik blir kjent.

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

Antall oppgaver	Kritisk risiko	Høy/moderat risiko	Lav risiko
90	4	41	45

Per 1.tertial 2015 er det 4 mål og oppgaver som er vurdert til å ha kritisk risiko, 41 av oppgavene er vurdert til å ha høy/moderat risiko, mens 45 oppgavene vurderes å ha lav risiko.

Per 1. tertial er 26 av oppgavene allerede angitt som oppfylt (29 %).

For samtlige oppgaver med kritisk og høy/moderat risiko er det igangsatt tiltak.

I vedlegg 1: Samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringskrav og rammer 2015 og foretaksmøteprotokoll finnes en full oversikt over alle oppgaver, som også er elektronisk tilgjengelig på [denne linken](#)

OPPSUMMERING – 1. TERTIAL RAPPORT – STYRINGSKRAV OG RAMMER 2015

		Antall oppgaver	Kritisk risiko	Høy/moderat risiko	Lav risiko
1-2	Overordnede føringer, Tildeling av midler	8		7	1
3	Aktivitet	3		3	
4	Pasientens helsetjeneste	11	3	4	4
5	Kvalitet og pasientsikkerhet	22	1	11	10
6	Personell, utdanning og kompetanse	8		4	4
7	Forskning og innovasjon	3			3
8	Øvrige styringskrav 2015	23		6	17
9	Styringsparametre og rapporteringskrav 2015	12		6	6
	Total styringskrav og rammer 2015	90	4	41	45
		100 %	4 %	46 %	50 %

Kommentarer til områder med kritisk risiko:

Pkt. 4.1 Pasientens helsetjeneste – Gjennomsnittlig ventetid

Mål: Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager

Når vi nå avviker flere av de lengst ventende pasienter viser utviklingen at ventetid for disse pasienter øker litt i 1. tertial (64-69-75-77 jan-april). Etter hvert som vi har fått avvirket de som har vært de lengst ventende, mener vi at det skal være mulig å ligge innenfor kravet videre.

Bekymringen ligger på kapasitetsutfordringen i denne fasen vi er inne i med tanke på å klare å opprettholde kapasitet også til kontrollpasienter.

Pkt. 4.2 Pasientens helsetjeneste – Ventetid > 1 år

Mål: Ingen pasienter skal vente mer enn ett år.

Vi er godt i gang med arbeidet for å avvikle pasientene som har ventet lenge. Utviklingen i 1. tertial viser at dette arbeidet gir resultater og at antall som venter over 1 år går vesentlig ned (240-235-186-129 jan-april) Ved utgangen av april har 129 pasienter ventet lenger enn 1 år i HNT. Vi følger opp overfor den enkelte avdeling for å sikre at pasientene får forsvarlig hjelp og blir tilbudt helsehjelp som snart som mulig.

Pkt. 4.3 Pasientens helsetjeneste – Fristbrudd

Mål: Ingen fristbrudd skal forekomme

I 1. tertial i fjor hadde Helse Nord-Trøndelag 193 pasienter som ble avvirket ette fristen. 1. tertial i år viser at det er 79 pasienter med fristbrudd. (20-14-25-20 jan-april) Fortsatt forekommer noe feilregistrering, og med manuelle rutiner og mange muligheter for feil, er dette dessverre vanskelig å få helt bort. Kontinuerlig planlegging om rutiner og kontroll blir gjennomført.

Pkt. 5.3 Kvalitet og pasientsikkerhet – Høyere vekst i PHV/TSB enn i somatikk

Mål: Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Innen psykisk helsevern skal distrikts psykiatriske sentre og barn og unge prioriteres. Veksten skal kunne registreres/måles i hvert helseforetak. Veksten måles blant annet gjennom endring i kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet. Det forventes samtidig at produktiviteten målt som aktivitet per årsverk øker både i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Helseforetaket skal rapportere planer for hvordan dette skal gjennomføres innen 25. februar 2015

HNT rapporterte i brev av 24.02.2015 til HMN hvordan helseforetaket har lagt opp sin drift i 2015 for å sikre målsettingen om større vekst innen PHV/TSB enn i somatikk. I brevet redegjør foretaket for hvordan en legger opp til å måle veksten gjennom endring i kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet. Det er størst fokus på endring i aktivitet. Sannsynligheten for at målet nås i år vurderes per dato som moderat.

Kommentarer til enkelte områder med høy/moderat risiko.

Sammen med ventetid og bærekraftig økonomi er fristbrudd, pasientsikkerhet (færre pasientskader) og reduksjon i avvik på arbeidstidsbestemmelsene områder som Helse Midt-Norge RHF vil ha mest fokus på og følge opp særskilt i 2015. Det vil kreve et særskilt ledelsesmessig fokus på alle nivå i tjenesten. Disse områder er pr 1.tertial vurdert å ha høy/moderat risiko.

Pkt 2.2 Tildeling av midler – Årsresultat og investeringer

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

Et positivt resultat vil styrke foretakets egenkapital og vil, i tillegg til utvikling i enkelte kostnadselement som ikke har tilsvarende likviditetseffekt (bl.a. avskrivninger og pensjonskostnader), føre til at foretaket vil nå fastsatt krav om reduksjon i driftskreditten til maks. 50 mill. kroner ved utgangen av 2015.

Pkt. 5.18 Kvalitet og pasientsikkerhet – Alvorlige pasientskader

Mål: Redusere alvorlige pasientskader med 10 %, målt gjennom GTT resultater (alvorlighetsgrad F-I) i forhold til 2014.

Helse Nord-Trøndelag HF har gode tall for GTT og har etterhvert tall å sammenligne med over flere år, og har fått mye god tilbakemelding fra pasientsikkerhetsprogrammet nasjonalt for dette arbeidet. I 2012 var det registrert 31 alvorlige pasientskader, i 2013 33 og i 2014 37.

Bruk av GTT- målingene vil være en viktig del av forbedringsarbeidet og regelmessige rapporter om kvalitet og pasientsikkerhet. GTT som metode innebærer analyser av journaler mer enn 30 dager etter utskrivelse. Tall for første tertial vil derfor ikke være klare før mot slutten av juni

Reduksjon i avvik på arbeidstidsbestemmelsene

Helse Nord-Trøndelag HF har ikke mottatt spesifikke oppdrag gjennom styringskrav og rammer eller foretaksprotokoll knyttet til reduksjon i avvik på arbeidstidsbestemmelsene. Vi velger å kommentere dette allikevel på grunn av at dette er ett av fokusområdene for 2015.

Helse Nord-Trøndelag HF rapporterer på utvikling i avvik på arbeidstidsbestemmelsene månedlig i statusrapport til Helse Midt-Norge RHF. Arbeidet med reduksjon i avvik på arbeidstidsbestemmelsene er et av flere områder knyttet til standardisering og forbedring av arbeidsprosesser innenfor HR-området.

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 mål-områdene.

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

Klinikkledere skal iverksette de tiltak som er beskrevet i budsjettopplegget for 2015. Om mulighetene for å gjennomføre tiltakene etter plan endrer seg, skal klinikkleder utarbeide forslag til alternative tiltak og etter avtale med administrerende direktør iverksette tiltak. Foretaksledelse og klinikkledelse møtes i dialogmøter for å utveksle informasjon og for å drøfte oppfølgingspunkter og tiltak.

DRØFTING

Administrerende direktør ser det som viktig at Helse Nord-Trøndelag HF har risikovurdert mål, styringsparametere og oppgaver i styringskrav og rammer for 2015 og foretaksmøteprotokoll av 12.02.2015, og at det blir satt krav om at det settes inn korrigerende tiltak for å redusere risikoen på de områdene måloppnåelse har alvorlige konsekvenser og virker minst sannsynlig å kunne oppnå. Gjennom styringsdialogen og regelmessige dialogmøter følger administrerende direktør opp overfor lederne i organisasjonen.

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

KONSEKVENSER/KONKLUSJON

Som det fremgår av denne styresaken har Helse Nord-Trøndelag HF identifisert 4 mål/oppgaver med kritisk risiko og 41 oppgaver med høy/moderat risiko i forhold til eiers samlede styringskrav gjennom styringskrav og rammer 2015 og foretaksmøteprotokoll av 12.02.2015.

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

Administrerende direktør mener at oppfølging av eiers samlede styringsbudskap er omfattende og krevende innenfor de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon.

Oppfølging av risikoutsatte områder er beskrevet og vil bli fulgt opp.

Det etablerte gjennomgående styringssystemet i foretaket som innbefatter kravene både i styringskrav og rammer for 2015 og foretaksprotokoll, gir et godt grunnlag for administrerende direktørs oppfølging av styringskrav, mål og oppgaver for 2015.

Vedlegg 1 Samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringskrav og rammer 2015 og foretakmøteprotokoll

Nummerering	Styringskrav og rammer 2015	Antall oppgaver	Kritisk risiko	Høy/moderat risiko	Lav risiko
1-2	Overordnede føringer, Tildeling av midler				
2.1 - 2.2 - 2.3	Tildeling av midler - Resultatkrav	3		3	
2.4	Tildeling av midler - Raskere tilbake	1			1
2.5 - 2.6 - 2.7	Tildeling av midler - Investering - Driftskreditt	3		3	
2.8	Tildeling av midler - Tiltaksrapportering	1		1	
3	Aktivitet				
3.1	Aktivitet - Somatikk	1		1	
3.2	Aktivitet - Psykisk helsevern	1		1	
3.3	Aktivitet - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TBS)	1		1	
4	Pasientens helsetjeneste				
4.1	Pasientens helsetjeneste - Gjennomsnittlig ventetid	1	1		
4.2	Pasientens helsetjeneste - Ventetid > 1 år	1	1		
4.3	Pasientens helsetjeneste - Ingen fristbrudd	1	1		
4.4	Pasientens helsetjeneste - Avtaler med private	1			1
4.5 - 4.6 - 4.7	Pasientens helsetjeneste - Pakkeforløp kreft	3		2	1
4.8 tom 4.11	Pasientens helsetjeneste - Øvrige	4		2	2
5	Kvalitet og pasientsikkerhet				
5.3	Kvalitet og pasientsikkerhet - Høyere vekst PHV/TSB enn SOM	1	1		
5 - øvrig	Kvalitet og pasientsikkerhet - Øvrige	21		11	10
6	Personell, utdanning og kompetanse	8		4	4
7	Forskning og innovasjon	3			3
8	Øvrige styringskrav 2015				
8.1 - 8.2 - 8.3	Tiltak for å sikre bedre spesialisthelsetjenester	3		1	2
8.4	Sykehusbygg	1			1
8.5 - 8.6	Samordning på tvers av regionene	2			2
8.7	Felles retningslinjer for brukermedvirkning	1			1
8.8 tom 8.13	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	6		3	3
8.14 tom 8.18	Miljø og klimaarbeid	5		1	4
8.19	Beredskap	1			1
8.20 tom 8.23	Øvrige styringskrav 2015	4		1	3
9	Styringsparametre og rapporteringskrav 2015				
9.1 tom 9.4	Styringsparametre 2015 - Kvalitet og pasientsikkerhet	4		3	1
9.5 tom 9.12	Rapporteringskrav 2015 - Kvalitet og pasientsikkerhet	8		3	5
	Total styringskrav og rammer 2015	90	4	41	45
		100 %	4 %	46 %	50 %

Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
2.1	Tildeling av midler	Helse Nord-Trøndelag HF skal gå med minimum 87,9 mill. kroner i overskudd i 2014 (månedlig). Utvikling økonomisk resultat 2015	Igangsatt	1. tertial: Driftsopplegg og budsjett for 2015 legger opp til at HNT skal nå et økonomisk resultat i 2015 på 87,9 mill kroner, dvs. i samsvar med fastsatt resultatkrav. Ny aktuarberegning i januar 2015 over foretakets pensjonskostnader for inneværende år innebærer at disse kostnadene vil øke med om lag 30 mill kroner. Det forventes at denne kostnadsøkningen holdes utenfor foretakets resultatkrav. På dette grunnlag prognostiserer foretaket et korrigert resultat på 57,9 mill kroner.
2.2	Tildeling av midler	Helse Nord-Trøndelag HF skal sikre at årsresultat og investeringer samlet ligger på et nivå som styrker foretakets egenkapital, og som tilfredsstiller eiers krav til reduksjon av driftskreditt (tertiarvis)	Igangsatt	1. tertial: Jf. kommentarer til eget styringskrav om resultatkrav for 2015. Et positivt resultat vil styrke foretakets egenkapital og vil, i tillegg til utvikling i enkelte kostnadselement som ikke har tilsvarende likviditetseffekt (bl.a. avskrivninger og pensjonskostnader), føre til at foretaket vil nå fastsatt krav om reduksjon i driftskreditten til maks. 50 mill kroner ved utgangen av 2015.
2.3	Tildeling av midler	Helse Nord-Trøndelag HF skal avdekke alle risikoområder for å nå resultatkravet og sørge for at det er satt i verk tiltak i tilstrekkelig omfang, med god kvalitet og med tydelig ansvarlig leder på laveste nivå. (tertiarvis)	Igangsatt	1. tertial: HNT legger opp til jevnlig rapportering og oppfølging av klinikkens resultat og prognoser for 2015. Ved avvik bes det utarbeidet korrigerende tiltak. HNT har i tillegg satt av en buffer på direktørområdet for å kunne kompensere for evt. bortfall av inntekter og/eller økte uforutsette kostnader.
2.4	Tildeling av midler	Raskere tilbake (månedlig) Utvikling Raskere Tilbake 2015	Igangsatt	1. tertial: HNT er tildelt 6,763 mill kroner til tiltaket "Raskere tilbake" i 2015. Midlene skal finansiere ekstraordinær aktivitet for å få pasienter som er sykmeldt, raskere tilbake i arbeid, og benyttes i hovedsak av foretakets kirurgiske klinikker og rehabiliteringsklinikken. Det er god kontroll på planlegging og bruk av disse prosjektmidlene.
2.5	Tildeling av midler	Kontantstrøm. Investeringer (tertiarvis)	Igangsatt	1. tertial: Foretakets investeringsbudsjett for 2015 ble vedtatt av styret 16. februar. Det er god styring og kontroll på bruk av midler knyttet til vedtatte investeringsprosjekt.
2.6	Tildeling av midler	Helse Nord-Trøndelag skal drive sin virksomhet innenfor en driftskredittramme på 50 mill. kroner pr 31. desember 2015.	Igangsatt	1. tertial: Driftsopplegg og budsjett for 2015 legger opp til et resultat som skal sikre at foretaket maksimalt skal trenge en driftskreditt på 50 mill kroner pr. 31.12.15. Så langt ligger foretaket godt an til å nå fastsatte krav til resultat og driftskreditt.
2.7	Tildeling av midler	Helse Nord-Trøndelag skal redusere sin driftskreditt/øke sparingen med 19,7 mill. kroner i 2015.	Igangsatt	1. tertial: HNT har lagt opp til en drift og et resultat i 2015 som skal bidra til at driftskreditten skal reduseres fra en "limit" på 141,8 mill kroner pr. 31.12.14 til maks. 50 mill kroner pr. 31.12.15.
2.8	Tildeling av midler	Helse Nord-Trøndelag HF skal rapportere på tiltak knyttet til manglende måloppnåelse/avvik på økonomi etter den til enhver tid gjeldende mal	Igangsatt	1. tertial: HNT rapporterer til HMN (og eget styre) månedlig status på fastsatte målekrav knyttet til drift og økonomi. Ved avvik beskrives korrigerende tiltak.
3.1	Aktivitet	Budsjettert aktivitet på ISF og polikliniske refusjoner er i tråd med bestillingen. (månedlig) Utvikling ISF og polikl refusjoner 2015	Igangsatt	1. tertial: ISF-produksjon pr 1. tertial ligger 3,3 % over plan. Det forventes at produksjon for året er 2,0 % høyere enn plan. Polikliniske refusjoner er pr 1. tertial noe bedre enn budsjett. Som en del av dialogmøter med klinikken er det fokus på oppnå planer og budsjett på disse områder og etterlyses konkrete tiltak for å komme i mål
3.2	Aktivitet	Psykisk helsevern i tråd med bestillingen (månedlig) Utvikling PH-aktivitet (VOP/BUP) 2015	Igangsatt	1. tertial: Det er pr 1. tertial realisert noe større antall PH-aktivitet innenfor VOP og BUP enn planlagt. Litt lavere enn planlagt på BUP; litt høyere enn planlagt på VOP. Gjennom dialogmøter med klinikkene settes fokus på aktivitetsutviklingen og tiltak for å oppnå planer, som f.eks. begrense vakanser og kontinuerlig fokus på utnyttelse av behandlerkapasitet best mulig
3.3	Aktivitet	TSB i tråd med bestillingen (månedlig) Utvikling TSB-aktivitet 2015	Igangsatt	1.tertial: Pr mars er aktiviteten i tråd med plan og budsjett, som er laget for å kunne nå målet på årsbasis. Det er kontinuerlig fokus på blant annet god utnyttelse av behandlerkapasitet, der styringsdata brukes til kvalitetssikring.
4. 1	Pasientens helsetjeneste	Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.(månedlig) Vedlegg: Utvikling styringsparameter	Igangsatt	1. tertial: Når vi nå avvikler flere av de lengst ventende pasienter viser utviklingen at ventetid for disse pasienter øker litt i 1. tertial (64- 69-75-77 jan- april). Etterhvert som vi har fått avviklet de som har vært de lengst ventende, mener vi at det skal være mulig å ligge innenfor kravet videre. Bekymringen ligger på kapasitetsutfordringen i denne fasen vi er inne i med tanke på å klare å opprettholde kapasitet også til kontrollpasienter.
4. 2	Pasientens helsetjeneste	Ingen pasienter skal vente mer enn ett år.(månedlig) Utvikling ventende > 1 år	Igangsatt	1. tertial: Vi er godt i gang med arbeidet for å avvikle pasientene som har ventet lenge. Utviklingen i 1. tertial viser at dette arbeidet gir resultater og at antall som venter over 1 år går vesentlig ned (240-235-186-129 jan-april). Ved utgangen av april har 129 pasienter ventet lenger enn 1 år i HNT. Vi følger opp overfor den enkelte avdeling for å sikre at disse får forsvarlig hjelp og blir tilbudt helsehjelp så snart som mulig.

4. 3	Pasientens helsetjeneste	Ingen fristbrudd skal forekomme. (månedlig)	Vedlegg: Utvikling styringsparameter	Igangsatt	1. tertial: I 1. tertial i fjor hadde Helse Nord-Trøndelag 193 pasienter som ble avviklet etter fristen. 1. tertial i år viser at det er 79 pasienter med fristbrudd (20-14-25-20 jan-april). Fortsatt forekommer noe feilregistrering, og med manuelle rutiner og mange muligheter for feil, er dette dessverre vanskelig å få helt bort. Kontinuerlig påminning om rutiner og kontroll blir gjennomført.
4. 4	Pasientens helsetjeneste	Helseforetakene skal benytte inngåtte avtaler med private aktører for å nå oppsatte mål på tilgjengelighet. (månedlig)	JA		1. tertial: HNT sine klinikker bruker etablerte avtaler med private aktører aktivt i sitt arbeid med å tilby pasientene helsetjenester og utnytte tilgjengelig kapasitet best mulig.
4. 5	Pasientens helsetjeneste	Andelen kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp skal være minst 70 pst (ved årsslutt). (tertiarvis)	Vedlegg: Utvikling styringsparameter	Igangsatt	1. tertial: Vi er i gang med å etablere rutiner for koding samtidig med etablering av nye pakkeforløp for kreft, slik at målinger kan gjennomføres utover høst 2015 for de forløp som er igangsatt da.
4. 6	Pasientens helsetjeneste	Andelen pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp skal være minst 70 pst (ved årsslutt). (tertiarvis)	Vedlegg: Utvikling styringsparameter	Igangsatt	1. tertial: Jfr pkt 4.5.
4. 7	Pasientens helsetjeneste	Sykehus som utreder og behandler kreftpasienter skal ha forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter. (tertiarvis)	JA		1. tertial: Forløpskoordinator ansatt, oppstart 15.5.15. Kapasitet i fht klinikkens behov er en bekymring og vil bli fulgt opp som del av arbeidet med det enkelte forløp.
4. 8	Pasientens helsetjeneste	Etablere og implementere flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer og en felles regional metodikk. Arbeidet skal ledes av St. Olavs Hospital HF og utføres i tett samarbeid med øvrige helseforetak. Følgende regionale standardiserte pasientforløp skal etableres og implementeres (prioriteres): - Psykose - Rusakutt - Truende for tidlig fødsel (forløpsansvarlig obstetriker) - For tidlig fødte barn (forløpsansvarlig neonatolog) (tertiarvis)	JA		1. tertial: HNT arbeider aktivt med standardiserte pasientforløp i samarbeid med HMR og St Olavs Hospital i regionalt program for dette. Vår kapasitet er begrenset første halvår 2015, men nyansettelser og etablering av regional metodikk er godt i gang og vi følger progresjonen i arbeidet sammen med regionen ellers.
4. 9	Pasientens helsetjeneste	Tiltak for å redusere variasjon i ventetider og effektivitet (tertiarvis). Plan med konkrete tiltak for å redusere ventetider og implementere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer og regional metodikk samt identifisere og fjerne flaskehalsar slik at effektiviteten blir forbedret rapporteres til HMN RHF innen 1. mars 2015.	JA		1. tertial: Plan levert til 1.mars 2015 og fulgt opp med møter med RHF og klinikkene. Krevende arbeid for klinikkene med tanke på å klare å sikre forsvarlige forløp for alle pasientgrupper- både nyhenviste og kontrollpasienter. Arbeidet ses i sammenheng med etablering av rutiner gjennom standardiserte pasientforløp og arbeid opp mot kommunene i tråd med samhandlingsreformen.
4.10	Pasientens helsetjeneste	Etablere et tverrfaglig diagnosesenter for pasienter med uavklarte tilstander med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse. (tertiarvis)	Igangsatt		1. tertial: Dette vil være et av målene som skal nås gjennom etablering av regionale standardiserte pasientforløp/ pakkeforløp, der ett av forløpene går på etablering av slikt tverrfaglig, diagnostisk team/ senter.
4.11	Pasientens helsetjeneste	Pasienterfaringer skal offentliggjøre og brukes systematisk i forbedringsarbeid. (tertiarvis)	Igangsatt		1. tertial: HNT ønsker å etablere formidling av slike pasientundersøkelser på www.hnt.no og gi Brukerutvalget slik informasjon. Formålet med slike undersøkelser er å skape kontinuerlig forbedring. Det er ønskelig at flere avdelinger aktivt utarbeider og følger med på sin aktivitet gjennom slike undersøkelser.
5. 1	Kvalitet og pasientsikkerhet	Bidra til at medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status har nasjonal dekningsgrad og god datakvalitet. (tertiarvis)	Igangsatt		1. tertial: Klinikkene som er aktuelle for registrering i ulike registre er oppfordret til å levere data. Kapasitet i fht registrering og rutiner/ program for registrering er enda mangelfull og det er igangsatt arbeid for å styrke HNT's arbeid med kvalitetsregistre. HNT har mye arbeid å gjøre før vi leverer til alle aktuelle registre som forutsatt. Å få registrering automatisert mest mulig, og der dette ikke er mulig, må vi få etablert så enkle rutiner som mulig.
5. 2	Kvalitet og pasientsikkerhet	Formidle og kommunisere kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten på egnet måte. (tertiarvis)	Igangsatt		1. tertial: HNT har etablert publisering, men ikke klart å følge opp intensjonene med denne fullt ut. Vi vil videre publisere Kvalitet- og Pasientsikkerhetsutvalgets årsmelding og bruke tabellene der for tertialvis oppsummering i løpet av året. I tillegg vil eksempel på saker og saker med tema med spesielt fokus, publiseres for å vise hvordan HNT arbeider med oppfølging av avvikshendelser.

		Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Innen psykisk helsevern skal distriktpsikiatriske sentre og barn og unge prioriteres. Veksten skal kunne registreres/måles i hvert helseforetak. Veksten måles blant annet gjennom endring i kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet. Det forventes samtidig at produktiviteten målt som aktivitet per årsverk øker både i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Helseforetaket skal rapportere planer for hvordan dette skal gjennomføres innen 25. februar 2015. (tertialvis)			1. tertial: HNT rapporterte i brev av 24.02.15 til HMN hvordan helseforetaket har lagt opp sin drift i 2015 for å sikre målsettingen om større vekst innen psykiatri og rus enn i somatikk. I brevet redegjør foretaket for hvordan en legger opp til å måle veksten gjennom endring i kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet. Det er størst fokus på endring i aktivitet. Sannsynligheten for at målet nås i år vurderes per dato som moderat.
5.3	Kvalitet og pasientsikkerhet	Utvikling vekst PHV/TSB vs Somatikk	Igangsett		
5.4	Kvalitet og pasientsikkerhet	Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, herunder medikamentfrie tilbud. Helseforetakene skal utarbeide plan for en systematisk utprøving av et medikamentfritt tilbud og rapportere til HMN innen 25. februar. Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene. (tertialvis)	Igangsett		1. tertial: Skriftlig svar er gitt RHF før fristens utløp. Det arbeides fortsatt med å klargjøre et tilbud.
5.5	Kvalitet og pasientsikkerhet	Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i større grad innrette sine tjenester slik at personellet jobber mer ambulant og samarbeider nærmere med kommuner, skoler, barnevernet og fengslene. Dette gjelder både for barn/unge og voksne. Legespesialister og psykologer inngår i det ambulante arbeidet ved distriktpsikiatriske sentre. (tertialvis)	Igangsett		1. tertial: Psykiatrisk klinikk gir innbyggerne i Nord-Trøndelag ambulante tjenester med deltagelse fra leger og psykologer, tilbudet blir gitt fra DPS og fra polikliniske spesialteam (Alder, RKSF og HAVO)
5.6	Kvalitet og pasientsikkerhet	Bidra til å implementere nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern etter modell fra Storbritannia og i samarbeid med Helsedirektoratet. Oppdraget er en videreføring/oppjustering av tiltak 29 i Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading (2014 – 2017) – IS 2182. (tertialvis)	JA		1. tertial: Klinikken bidrar til implementering av nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern gjennom arbeid med Pasientsikkerhetskampanjen og kvalitetsarbeid i klinikken.
5.7	Rapporteringskrav Kvalitet og pasientsikkerhet	Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis distriktpsikiatriske sentre og sykehus (Årlig). Mål: økt andel på DPS i forhold til sykehus Vedlegg: Utvikling styringsparameter	Igangsett		1. tertial: Den såkalte "Nord-Trøndelag modellen", som er godkjent av HMN RHF, gjør muligheten for å skille mellom DPS og sykehus utfordrende. Det er store deler av det som teller som sykehus som utfører DPS-tjenester. Dagens skille går på at akuttseksjoner, aldersseksjoner og HAVO er trukket ut som sykehusfunksjon, restene av klinikkens seksjoner utfører DPS-tjenester. Siden skille mellom sykehusfunksjon og DPS funksjon er så marginal har det ikke vært noe fokus på å prioritere ansattelser i DPS framfor sykehus, spesielt siden både psykologer og leger er organisert i egne seksjoner og fordeles derfra til ulike enheter.
5.8	Kvalitet og pasientsikkerhet	Legge til rette for økt frivillighet, og riktig og redusert bruk av tvang. (tertialvis) Utvikling bruk av tvang	Igangsett		1. tertial: Pr 1.tertial er det registrert en økning på bruk av tvang sammenlignet med 1. tertial 2014. Det er spesielt stor økning i henvisning av pasienter på tvunget observasjon, men det er en reduksjon i innleggelser etter §3-3. Fra 2015 vil pasienter som legges frivillig inn med tvangsparagraf uten døgnopphold, ikke telle med i statistikken. Observasjon (§3-2): 12 tilfeller 2014, 49 (43% av disse ble ikke godkjent) tilfeller 2015 Tvangsbehandling (§3-3): 36 tilfeller 2014, 34 tilfeller 2015 (14 er frivillige fra TUD) Noe av økningen kan settes i sammenheng med to gjengangere som har gått mye ut/inn av sykehuset.
5.9	Kvalitet og pasientsikkerhet	Bedre vurdering av innleggelser og bedre oppfølging etter innleggelse/behandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. (tertialvis) I samarbeid med berørte parter skal avtalene om studenthelsetjenesten gjennomgås slik at studenter får et tilfredsstillende tilbud (tertialvis).	Igangsett		1. tertial: Det er pågående kvalitetshvingsarbeid ved seksjonene i Psykiatrisk klinikk, gjennom målinger av pasientfredshet og fokus på kvalitetsindikatorer.
5.10	Kvalitet og pasientsikkerhet		Igangsett		1. tertial: Det er planlagt et samarbeidsmøte med SINOT v/Grøtte og prorektor HiNT i løpet av våren 2015 for å etablere en samarbeidsavtale.

5.11	Kvalitet og pasientsikkerhet	Etablere rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling får behandling for somatiske lidelser og tilsvarende, at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer. Dette kan skje innen spesialisthelsetjenesten eller i et samarbeid med fastlege. (tertialvis)	JA	1. tertial: Psykiatrisk klinikk leger undersøker og dokumenter somatisk status på alle pasienter, både VOP og TSB, ved oppstart av behandling. Eventuelle behandlingstrengende tilstander blir ivarettatt under innleggelsen gjennom godt samarbeid med somatiske avdelinger. Underveis i behandlingen følger pasientansvarlig behandler sine pasienter og konfererer med leger om somatisk status ved behov. Ift somatikken er VOP og TSB tilgjengelig både for veiledning/rådgivning og også i forhold til vurdering/samtale med enkeltpasienter på kort varsel. Det er etablert vakttelefon ved ARA der bl.a. somatiske og psykiatriske seksjoner kan nå de på hverdager dagtid. Ut over dette er ARA i samarbeid med medisinsk avdeling i startgropa mtp å etablere behandlingsløp for pasienter som innlegges i somatikken med intox.
5.12	Kvalitet og pasientsikkerhet	Etablere strukturer og rutiner i samarbeid med Helsedirektoratet og Bufetats regioner som sikrer at barn i barnevernsinstitusjon får nødvendig utredning og behandling for psykiske lidelser og rusavhengighet. Samarbeid med Bufetat Midt-Norge skal skje gjennom Regionalt samarbeidsutvalg for barn og unge i Midt-Norge. HMN RHF skal rapportere til departementet en kortfattet status for arbeidet som viser hva som kan gjøres i 2015 og hva som bør gjøres på lengre sikt innen 1. mai 2015. Helseforetakene skal bidra i dette arbeidet. Særskilt rapportering om status for arbeidet innen 20. april. (tertialvis)	Igangsatt	1. tertial: Det er etablert samarbeidsstrukturer regionalt og lokalt (RSBU og LSBU). Samarbeidsavtaler med barnevernsinstitusjoner skal sikre samarbeid. Disse evalueres og videreutvikles i 2015 med bakgrunn i erfaringer, forskningsrapport fra RKBU og styringssignaler. Akutten i Nord-Trøndelag: felles innleggelsenhet barnevern/BUP etablert høst 2014. Felles og koordinert utredningsplan som grunnlag for videre tiltak. Skal videreutvikles til andre akutsaker f. eks ved plassering i fosterheim. Erfaringer fra prosjektet skal danne grunnlag for videreutvikling av samarbeid rundt målgruppen.
5.13	Kvalitet og pasientsikkerhet	Det skal settes av ressurser til sosialpediatrisk virksomhet i barneavdelinger som ikke har Statens barnehus i sitt opptaksområde. (tertialvis)	Igangsatt	1. tertial: Det er etablert samarbeid pediatri - BUP hvor sosionom fra BUP følger opp pasienter rutinemessig og ved behov. Det er etablert et tett samarbeid mellom pediatri og BUP (ukentlige møter) som sikrer dialog og samarbeid. Kompetansehevede tiltak for ansatte i barneavdelingen planlegges.
5.14	Kvalitet og pasientsikkerhet	Overta ansvaret for tilbud til barn/unge og voksne utsatt for seksuelle overgrep fra 01.01.2016. Overtakelsen skal forberedes i 2015. Dette innebærer blant annet å videreføre eksisterende robuste kommunale overgrepsmottak gjennom avtaler, samt avtale med justissektoren om rettsmedisinske undersøkelser. Helseforetakene må også iverksette prosess for å overta kommunale overgrepsmottak som ikke videreføres. Det bes om en særskilt rapportering med plan for arbeidet innen 20. april 2015. (tertialvis)	JA	1. tertial: Arbeidet er igangsatt og kontakt med aktuelle samarbeidspartener er tatt. Kommunene, Politi og Fylkesmannen har etablert kontaktgruppe for oppfølging av dette arbeidet sammen med HNT. Videre er det etablert kontakt for formalisering av samarbeid med St Olavs Hospital for tilbudet til barn og unge.
5.15	Kvalitet og pasientsikkerhet	Styrke tilbudet i gynekologiske avdelinger til abortsøkende kvinner som henvender seg direkte til sykehus. (tertialvis)	JA	1. tertial: Det er etablert tilbud for abortsøkende kvinner som tar direkte kontakt med sykehusene. Informasjon om tilbudet skal gjøres lettere tilgjengelig på nett.
5.16	Kvalitet og pasientsikkerhet	Sikre at kompetanse er tilgjengelig for kommunene slik at kommunene kan gi tilbud til innbyggerne som alternativ til behandling i spesialisthelsetjenesten. (tertialvis)	Igangsatt	1. tertial: Det gjennomføres dialogmøter med alle kommuneregionene hvor dette er tema. Det skal være egne evalueringsmøter med alle kommuner om erfaringer med KAD (kommunal akutt døgnplasser) høsten 2015. Det utarbeides statistikk for å se på forbruk av spesialisthelsetjenester for den enkelte kommune, og om en ser endringer etter at kommunene har startet med KAD tilbud.
5.17	Kvalitet og pasientsikkerhet	Dokumentere at det arbeides systematiske med HMS i foretaket. (tertialvis)	Igangsatt	1. tertial: Det pågår et forbedringsprosjekt i Helse Nord-Trøndelag for å gjennomgå det overordnede HMS-systemet og foreslå forbedringer. Prosjektgruppa skal levere sin rapport 15. juni 2015. Rapporten vil inneholde både forslag til hvilke prosesser som skal foregå innenfor HMS på de ulike nivå samt hvilken rapportering som kreves for å kunne dokumentere arbeidet som gjøres. Rapporten vil bli behandlet i foretaksledelsen, og det vil kunne komme innspill til det videre arbeidet med å revitalisere HMS-systemet. Deretter starter det praktiske arbeidet med å legge til rette for eksempelvis rapportering. I siste tertial 2015 vil man sannsynligvis kunne komme i gang med samlet rapportering fra klinikkene og kunne svare ut kravet om å dokumentere at det jobbes systematisk med HMS i foretaket.

5.18	Kvalitet og pasientsikkerhet	Redusere alvorlige pasientskader med 10 pst, målt gjennom GTT resultater (alvorlighetsgrad F-I) ift. 2014.(tertiarvis) Vedlegg: Utvikling styringsparameter	NEI	1. tertial: Helse Nord-Trøndelag HF har gode tall for GTT og har etterhvert tall å sammenligne med over flere år, og har fått god tilbakemelding fra pasientsikkerhetsprogrammet nasjonalt for dette arbeidet. I 2012 var det registrert 31 alvorlige pasientskader, i 2013 33 og i 2014 37. Bruk av GTT-målingene vil være en viktig del av forbedringsarbeidet og regelmessig rapporter om kvalitet og pasientsikkerhet. GTT som metode innebærer analyser av journaler mer enn 30 dager etter utskrivelse. Tall for første tertial vil derfor ikke være klare før mot slutten av juni.
5.19	Kvalitet og pasientsikkerhet	Følge opp og sørge for gjennomføring av tiltakspakkene i Nasjonalt program for pasientsikkerhet. (tertiarvis)	Igangsett	1. tertial: Status for implementering av Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker per 06.05.15: 52 % av relevante tiltakspakker er implementert. I tillegg er implementeringsarbeidet påbegynt i ytterligere 20 % av relevante tiltakspakker.
5.20	Kvalitet og pasientsikkerhet	GTT resultater, meldinger til Kunnskapssenteret (§ 3 – 3 meldinger), varsel til Helsetilsynet, NPE-saker med medhold, komplikasjonsdata fra relevante kvalitetsregistre, resultater fra egne gjennomførte hendelsesanalyser, internrevisjoner og risikoanalyser benyttes for å identifisere pasientsikkerhetsmessige problemområder, samt for å identifisere tiltak som kan hindre gjentakelser av uønskede hendelser med alvorlig pasientskade. (tertiarvis)	JA	1. tertial: HNT har dette som tema i alle Styremøter og Foretaksledermøter og etablerer nå rutine for formidling av slike data gjennom publisering på www.hnt.no , jfr også pkt om publisering. Det arbeides også med et dashboard regionalt der HNT er medvirkende til å finne gode måter å få til automatisk høsting av data om disse kvalitetsparametrene på, alternativt så enkle, manuelle rutiner som mulig.
5.21	Kvalitet og pasientsikkerhet	Kvalitetssikre legemiddelbehandlingen ved økt bruk av klinisk farmasi i samarbeid med Sykehusapotekene HF. Integrated Medicines Management (IMM) skal benyttes som metode. Sikre gode læringssøyer ved kompetanseoverføring til pasienter og samarbeidende helsepersonell. (tertiarvis)	JA	1. tertial: Dette er vel etablert i HNT. Akutt- mottakene vil være hovedmål for satsingen i 2015, også sett i lys av etablering av erespst og samstemming som del av Pasientsikkerhetsprogrammet.
5.22	Kvalitet og pasientsikkerhet	Sørge for sammenhengende legemiddelbehandling ved utskrivning i samarbeid med Sykehusapotekene HF. (tertiarvis)	JA	1. tertial: God og kvalitetssikret legemiddelliste ved utskrivning er en forutsetning for trygg og god legemiddelbehandling. Det er etablert nye rutiner for pasientinformasjon ved utreise, og rutiner for at samarbeidende helsepersonell skal motta relevant og nødvendig pasientinformasjon ved utskrivning fra sykehus. Dette var også fokus for landsomfattende tilsyn fra Helsetilsynet i april, og avvik gitt der blir fulgt opp med henvisning til nye rutiner for dette.
6.1	Personell, utdanning og kompetanse	Samarbeidsorganet mellom RHF og universiteter/høgskoler benyttes aktivt til planlegging av aktuelle utdanninger og saker knyttet til utdanningsområdet. (tertiarvis)	Igangsett	1. tertial: Begge Samarbeidsorganene har møter 4 ganger pr år. Saker som drøftes i møtene er tema som omhandler utdanning, utdanningsbehov og samarbeidsrelasjoner mellom utdanningsinstitusjonene og foretakene.
6.2	Personell, utdanning og kompetanse	Tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, herunder i den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin som skal gjennomføres i henhold til Helsedirektoratets rammeverk. (tertiarvis)	Igangsett	1. tertial: Arbeidet med tilrettelegging for faste LIS- stillinger medførte en kartlegging av behov og status for LIS- stillinger. Dette blir fulgt opp med egen sak i HR-utvalget 21.5.15. Flere avdelinger sliter med kapasiteten på legesiden. Rekruttering av LIS- leger er relativt god, mens det på spesialisertiden er problematisk på flere avdelinger (gyn/ føde, revma, nevrologi, radiologi, en del subspecialister kirurgi og medisin, psykiatri). Nye rutiner for oppreting av og tilsetting i legestillinger, medfører et større egenansvar for tilpassing av antall stillinger til behovene en til enhver tid ser. Ny spesialitet rus/ avhengighetsmedisin er i HNT fulgt opp i tett samarbeid med psykiatri, og det søkes å holde dette nært samlet.
6.3	Personell, utdanning og kompetanse	Utviklet strategi for kompetansedeling og kompetanseutveksling med kommunale helse- og omsorgstjenester i regionen. (tertiarvis)	Igangsett	1. tertial: Det er utarbeidet regional strategiplan for Strategi for utdanning og kompetanseutvikling i Helse Midt-Norge 2015-2020.Regional strategiplan skal behandles i ASU i september, og følges også opp av fagråd for tjenesteavtale 6 og 7. Mer info om fagrådets arbeid på våre nettsider:Fagråd for tjenesteavtale 6 og 7
6.4	Personell, utdanning og kompetanse	Alle ansatte er involvert i oppfølgingen av Medarbeiderundersøkelsen 2014 og ledere benytter medarbeiderundersøkelsen som verktøy for resultatforbedring og virksomhetsutvikling. (tertiarvis)	Igangsett	1. tertial: Arbeidet med å utarbeide handlingsplaner er godt i gang. De aller fleste avdelingene har handlingsplanene på plass, men noen avdelinger/seksjoner har ikke avsluttet arbeidet med å utarbeide tiltakene i handlingsplanene. Fremover vil en ha fokus på å følge opp at avdelingene bruker handlingsplanene aktivt og søker å nå de målene de har satt seg.

6.5	Personell, utdanning og kompetanse	Standardisert registrering av personskader og arbeidsrelatert sykefravær for ansatte skal tas i bruk. (tertialvis)	Igangsatt	1. tertial: Helse Nord-Trøndelag har gitt innspill til den nye modulen for registrering av personskader for å få den tilpasset vårt behov. Når vi får tatt den i bruk avhenger av når disse endringene er på plass fra leverandørens side. Det foregår også et arbeid for å koordinere mellom foretakene i regionen, og dette vil også påvirke tidspunktet for oppstart. Sannsynlig tidspunkt for oppstart vil kunne være etter sommerferien, det vil si medio august. Når det gjelder registrering av arbeidsrelatert sykefravær, så er ikke verktøyet for dette på plass ennå fra regionen.
6.6	Personell, utdanning og kompetanse	Skaffe oversikt over foretakets kortsiktige og langsiktige behov ved tilsetning av LIS-leger i fast stilling. (tertialvis)	JA	1. tertial: Det er utarbeidet oversikt over hvor mange LIS leger i HNT HF som trenger gruppe 1 tjeneste de nærmeste årene. Dette arbeidet er gjort som del av det regionale og nasjonale arbeidet med Fast tilsetning LIS. Tilsvarende oversikter er utarbeidet i HMR og ST.Olavs H HF. Oversikten er distribuert til alle berørte parter gjennom det regionale arbeidet som foregår under ledelse av HMN RHF.
6.7	Personell, utdanning og kompetanse	Videreutvikle aktivitetstyrt bemanningsplanlegging. Bedre metodikk og arbeidsprosesser dokumenteres med konkrete eksempler. (tertialvis)	Igangsatt	1. tertial: HNT gjennomførte i 2014 en omfattende evaluering av arbeidsplanarbeidet i foretaket etter 10 år med årsplaner og bevegelig arbeidstidsplaner (BAT). Høsten 2014 ble det inngått en ny Felles rammeavtale om prinsipper for utarbeidelse av arbeidsplaner med gjennomsnittsberegning av arbeidstiden. Rammeavtalen skal evalueres i 2015. I 2015 er det et forbedringsarbeid innenfor arbeidsplaner som har hovedfokus. Opplæring er en vesentlig del av dette. Tiltakene vi har planlagt er: 1. Gjennomgang av gjennomføring og praksis knyttet til arbeidsplaner – i klinikkene. Vi har startet tiltaket i Kirurgisk klinikk, Sykehuset Levanger og Psykiatrisk avdeling, Sykehuset Namsos. 2. Det vil også bli gitt særskilt opplæring i arbeidsplan/årsplanarbeidet i Prehospital klinikk. 3. Workshop for ledere september 2015 - forbedringsarbeidet med vekt på læring fra arbeidet i Kirurgisk klinikk, Sykehuset Levanger og Psykiatrisk avdeling, Sykehuset Namsos, og forberedelse til å lage arbeidsplaner for 2015. Her vurderer vi også å få SPEKTER inn for å si noe om mulighet til å ta i bruk og utvikle økt fleksibel arbeidstidsordninger 4. Ønsker å lage e-læringsprogram for ledere og ansatte om aktuelle prosess omkring aktivitetstyrt bemanningsplanlegging. (Er spilt inn til HMN). 5. Beskrive mulig Traineeordning for sykepleiere etter modell fra Helse Bergen. Hensikten er å øke fleksibiliteten i bruk av ansatte mellom enheter i HNT – ikke avklart om HNT har mulighet til/ønsker å iverksette et slikt tiltak.
6.8	Personell, utdanning og kompetanse	Følge statens eierskapspolitikk med særlig vekt på lønnspolitikken (tertialvis)	JA	1. tertial: Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte ble behandlet i HNT's styre i sak 16/15. Foretaksmøtet vedtok i møte 300415: Styrets framlagte årsregnskap og årsberetning for 2014 godkjennes. Foretaksmøtet gir sin tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønnfastsettelse i 2015 med de endringer som følger av sak 4 i dette
7.1	Forskning og innovasjon	Gjennomført før-kommersielle prosjekter som en del av oppfølgingen av "Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser" fra 2012. (tertialvis)	Igangsatt	1. tertial: Innkjøp vil bidra og støtte opp fagmiljøene når de fremmer relevante prosjekter innenfor dette område. Håndholte ultralyd apparater er et eksempel på et slik prosjekt der innkjøp har vært involvert.
7.2	Forskning og innovasjon	For å øke nytte av offentlig finansiert klinisk forskning, er det innført krav om begrunnelse dersom brukermidvirkning er fraværende i planlegging og gjennomføring av klinisk forskning eller helsetjenesteforskning. (tertialvis)	JA	1. tertial: I utlysningen av interne forskningsmidler for 2016 (deadline 15. juni 2015) krever vi at det skal redegjøres for begrunnelse dersom brukermidvirkning er fraværende i planlegging og gjennomføring av klinisk forskning eller helsetjenesteforskning. Dette på lik linje med alle utlysningstekster i hele Helse Midt-Norge.
7.3	Forskning og innovasjon	Etablere nasjonale forskningsnettverk innenfor områder der det er behov for slike, herunder for persontilpasset medisin, jf. rapport fra nasjonal utredning av persontilpasset medisin i helsetjenesten fra 2014. (tertialvis)	JA	1. tertial: I samarbeidsorganet mellom HMN og NTNU (der forskningssjefen har fast plass) er vi i gang med en oversikt over hvilke forskningsnettverk som er i gang og hvilke nettverk som bør etableres.
8. 1	Øvrige styringskrav 2015 - Tiltak for å sikre bedre spesialisthelsetjenester	Helse Nord-Trøndelag HF skal ta i bruk reviderte prioriteringsveiledere i 2015.	Igangsatt	1. tertial: HNT sine klinikk og stabsansatte har deltatt i og gjennomgått informasjon om nye prioriteringsveiledere og ny pasient og brukerrettighetslov. Veilederne er på høring, og avdelingen er oppfordret til gjennomgang og vurdering av høringssvar. Veilederne skal være klar til 1.9. og vi planlegger opplæring og bruk ut fra det.
8. 2	Øvrige styringskrav 2015 - Tiltak for å sikre bedre spesialisthelsetjenester	Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i Helsedirektoratets arbeid med daglig oppdaterte data i Norsk pasientregister.	NEI	1. tertial: Helse Nord-Trøndelag HF vil bidra i dette arbeidet når vi blir forespurt. Ved utgangen av 1.tertial 2015 har foretaket ikke mottatt noen henvendelser om å bidra i arbeidet.

8. 3	Øvrige styringskrav 2015 - Tiltak for å sikre bedre spesialisthelsetjenester	Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i planarbeidet for innføring av KPP og i arbeidet med kostnadsvekter for 2016.	JA	1.tertial: Helse Nord-Trøndelag HF leverte kostnadsvektsdata til NPR i april, og deltar aktivt i prosjektgruppen som arbeider med innføring av Kostnader på pasientnivå (KPP) i regionen.
8. 4	Øvrige styringskrav 2015 - Sykehusbygg HF	Helse Nord-Trøndelag HF skal benytte Sykehusbygg HF for alle byggeprosjekter med en kostnadsramme som tilsier regional behandling av investeringsbeslutningen, for tiden 30 mill. kroner. Dette gjelder også for prosjekter som allerede er under gjennomføring. Helse Nord-Trøndelag HF bes merke seg oppdragene Helse Midt-Norge RHF er gitt innen videreutvikling av samordning på tvers av regionene.	JA	1. tertial: Helse ord-Trøndelag HF har inngått avtale med Sykehusbygg HF om bistand til to pågående prosjekt "Psykiatriløftet Levanger og Kombinasjonsbygg Namsos". Dette i henhold til styringskravet.
8. 5	Øvrige styringskrav 2015 - Samordning på tvers av regionene	Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra med ressurser i planarbeidet med etablering av felles eid foretak for samordning av innkjøp etter nærmere vurdering av Helse Midt-Norge RHF.	Igangsatt	1. tertial: Har startet med info om prosjektet som ledes av Helse Sør Øst
8. 6	Øvrige styringskrav 2015 - Samordning på tvers av regionene	Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i en felles evaluering av retningslinjer og praksis for brukermedvirkning på systemnivå.	JA	1. tertial: Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag deltar på regionale samlinger for brukerutvalg i Helse Midt-Norge. Brukerutvalget lokalt har over tid systematisert og prosedyrefestet rutiner for utvalgets arbeid og rolle.
8. 7	Øvrige styringskrav 2015 - Felles retningslinjer for brukermedvirkning	Helse Nord-Trøndelag HF skal utvikle og lansere sine nye nettsider i tråd med framdrifts- og prosjektbeskrivelse for dette oppdraget.	Igangsatt	1. tertial: Arbeidet er i gang, men relativt mange risikofaktorer: For lite ressurser settes av i HNT, tekniske løsninger fra det nasjonale prosjektet er ikke på plass, svært mange prinsippavgjørelser må tas under byggingen, hovedfokus i nytt nettsted er vi svært svak på i dagens nettsted ergo må mye produseres, redaksjonsmodell sentraliseres til kommunikasjonsavdeling osv osv. Noe vanskelig å risikovurdere. Vi greier alltid å gå over til ny nettløsning i november, men spørsmålet er hvor uferdig den vil være. Helseforetaket evner ikke å sette av nok ressurser i stab og klinikk til å framstå med finmasket informasjon om alle våre pasientforløp innen lanseringsdato, men vi står på.
8. 8	Øvrige styringskrav 2015 - Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	Helse Nord-Trøndelag HF skal sikre tilstrekkelig oppmerksomhet og kapasitet til å gjennomføre de oppgavene som det lokale innføringsprosjektet har ansvaret for.	Igangsatt	Det er gjennomført egen risikoanalyse knyttet til etablering av ny nettløsning. Risikoanalysene er delt med Helse Midt-Norge, samt med det nasjonale prosjektet forankret i Helsedirektoratet.
8. 9	Øvrige styringskrav 2015 - Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	Helse Nord-Trøndelag HF skal sikre god involvering og kommunikasjon med de som påvirkes av innføring av LØ.	Igangsatt	1. tertial: Ressurser til lokale innføringsprosjektet er stilt til rådighet og det er fortløpende kontakter og kommunikasjon med hele organisasjon.
8.10	Øvrige styringskrav 2015 - Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for godt samarbeid og utstrakt erfaringsutveksling med øvrige innføringsprosjekter.	JA	1. tertial: Ved innføring av regionale prosjekter, har HNT fokus på erfaringsoverføring og tett samarbeid med andre tilsvarende prosjekter. Innføring av eResept og Kjernejournal blir derfor innført samlet innfor samme prosjektorganisasjon i HNT, siden disse to løsningene har en klar relevanse i forholdet til hverandre. I
8.11	Øvrige styringskrav 2015 - Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra med kapasitet og kompetanse i oppbygging av forvaltningsorganisasjonen.	Igangsatt	1. tertial: HNT og lokalt innføringsprosjekt deltar i fagnettverket
8.12	Øvrige styringskrav 2015 - Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i arbeidet med nytt PAS/EPJ i regionen, bl.a. ved å avgi nødvendig personell.	JA	1. tertial: I.h.t. den mobiliseringen som nå pågår, gjennom det regionale anskaffelsesprosjektet for nytt PAS/EPJ, vil HNT kunne stille til rådighet personell som på forhånd er klarert og innmeldt til det regionale programkontoret.
8.13	Øvrige styringskrav 2015 - Miljø og klimaarbeid	Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i arbeidet i tråd med anbefalingene i rapporten «Miljøledelse i spesialisthelsetjenesten, statusrapport 2011–2014» og med en helhetlig og samordnet tilnærming til de nasjonale miljømålene.	JA	1. tertial: HNT ble miljøsertifisert etter ISO 14001 15. desember 2014. Miljøledelse i HNT er en del av linjeledelsen sitt HMS-ansvar på linje med ansvaret for fag, økonomi, kvalitet, og sikkerhet. Miljøsertifiseringen gjelder for en 3 årsperiode og innebærer en forpliktelse til både å styre miljøarbeidet og forbedre miljøprestasjonen til foretaket. Styret i HNT har vedtatt miljøpolitikken og overordnede miljømål innen satsingsområdene innkjøp, energi, avfall, transport og utslipp. Miljøpolitikken og miljømålene er en langsiktig satsing som går lengre enn sertifiseringperioden. HNT har ansatt egen miljøleder i 30% stilling for å styrke dette arbeidet. Miljøleder representerer HNT aktivt i både det regionale og det nasjonale klima og miljøforum til spesialisthelsetjenesten.

8.15	Øvrige styringskrav 2015 - Miljø og klimaarbeid	Helse Nord-Trøndelag HF bes sikre at det blir satt relevante miljøkrav i anskaffelser og at det blir gjort målinger/registreringer som dokumenterer omfanget av anskaffelser hvor det er stilt miljøkrav.	Igangsatt	1. tertial: Vi har startet opp med manuelle registreringer hvor miljø er en del av tilbudsforespørselen
8.16	Øvrige styringskrav 2015 - Miljø og klimaarbeid	Helse Nord-Trøndelag HF bes bidra i arbeidet videre med å utvikle konkrete miljøindikatorer som er egnet for resultatmåling.	Igangsatt	1. tertial: HNT deltar i det nasjonale prosjektet Grønt sykehus sin arbeidsgruppe for å utarbeide nasjonale miljøprestasjonsindikatorer. HNT sin miljøleder Ove A. Pedersen er en av de 8 medlemmene i denne arbeidsgruppen. Ellers har HNT satt både overordnede mål og delmål for sitt arbeide innen ytre miljø og klima. Disse delmålene er tallfestede og kan tjene som miljøindikatorer som er egnet for resultatmåling.
8.17	Øvrige styringskrav 2015 - Miljø og klimaarbeid	Helse Nord-Trøndelag HF bes intensivere sine tiltak for å sikre målsettingen om utfasing av fyring med fossil olje i alle offentlige bygg innen 2018. Regjeringen har som målsetting å sikre utfasing av fyring med fossil olje i alle offentlige bygg innen 2018. Regjeringen har som målsetting å sikre utfasing av fyring med fossil olje i alle offentlige bygg innen 2018. Mange helseforetak har planer for utfasing av oljefyr i sine bygg og at det er forventet at antallet bygg med oljefyr er redusert til 50 innen 2018 for hele landet.	JA	1. tertial: Helse Nord-Trøndelag HF har faset ut olje som grunnlast. Olje benyttes utelukkende som beredskap og spisslast.
8.18	Øvrige styringskrav 2015 - Miljø og klimaarbeid	Helse Nord-Trøndelag HF bes bidra til å utarbeide en regional oversikt over gjenværende oljefyrer og planlagt tidspunkt for utskifting.	Igangsatt	1. tertial: Helse Nord-Trøndelag HF vil bidra med data som etterspørres.
8.19	Øvrige styringskrav 2015 - Beredskap	Helse Nord-Trøndelag skal bidra i dette arbeidet etter nærmere vurderinger fra Helse Midt-Norge RHF.	Igangsatt	1. tertial: Det arbeides i en tett dialog med det regionale helseforetaket på beredskapsområdet.
8.20	Øvrige styringskrav 2015 - Ambulanse	Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra til en enhetlig utvikling av ambulansetjenesten i Midt-Norge. Herunder skal helseforetaket samarbeide tett opp mot Felles servicefunksjon for ambulansetjenesten i Midt-Norge, spesielt i forhold til faglig utvikling og anskaffelse/forvaltning av biler og utstyr.	JA	1. tertial: Det er inngått kontrakt mellom HNT og HMN RHF knyttet til anskaffelse/forvaltning av biler og utstyr. Og det eksisterer etablerte og tette samarbeidsrutiner mellom ambulansetjenesten i HNT og fellesfunksjoner for ambulansetjenesten i Midt-Norge.
8.21	Øvrige styringskrav 2015 - Intern kontroll og risikostyring	Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i arbeidet med videreutvikling av våre systemer for risikostyring slik at det utvikles og implementeres en felles modell for helhetlig virksomhetsstyring i regionen.	Igangsatt	1. tertial: Helse Nord-Trøndelag vil bidra med arbeidet. Per dato er men ikke samstemt i region. HNT har utviklet en modell basert på Kunnskapssenterts prinsipper.
8.22	Øvrige styringskrav 2015 - Deltakelse i nasjonal og regionale utredninger og prosjekter	Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra til gjennomføring av regionalt program for kvalitet og pasientsikkerhet, bl.a. med deltakelse i programledelsen gjennom nettverk for programmet.	JA	1. tertial: HNT deltar aktivt i Pasientsikkerhetsarbeidet og følger opp de regionale tiltakene og det nasjonale programets tiltakspakker. Vår ansvarlige programleder deltar regionalt på de samlinger som er og avdelingene har levert prosjektsøknader og mottatt i alt 800000,- til ulike pasientsikkerhetsprosjekt i 2015. HNT er ikke i gang med pasientsikkerhetsvisitter og mangler en helhetlig plan i dag for programmet totalt sett. Arbeid er i gang for å sikre dette.
8.23	Øvrige styringskrav 2015 - Deltakelse i nasjonal og regionale utredninger og prosjekter	Helse Nord-Trøndelag HF skal delta med fagfolk i arbeidet med nasjonale og regionale utredninger og prosjekter. Helse Midt-Norge RHF har et ansvar for at deltakelse og avgivelse av ressurser i slike tilfeller blir fordelt på de ulike helseforetak ut fra størrelse og faglig kompetanse. Frikjøp skjer iht. regional policy.	JA	1. tertial: Det er krevende å få tilstrekkelig med hender til å følge opp alle tiltakspakker på alle aktuelle avdelinger. Ser likevel at avdelingene og klinikkene bidrar i betydelig til godt pasientsikkerhetsarbeid. En kandidat har fått delta i den nordiske pasientsikkerhetsutdanningen. Mange pågående store regionanle prosjekter krever personell, og HNT forsøker å bidra på tross av stort press for å klare drift og måltall for drift.
9. 1	Styringsparameter Kvalitet og pasientsikkerhet	Sykehusinfeksjoner (2 ganger årlig) Vedlegg: Utvikling styringsparameter	Igangsatt	1. tertial: NOIS forskriften er utvidet og omfatter også antibiotikaovervåkning for 2015. I den forbindelse vil et nytt dataverktøy, PIAH nett, tas i bruk. Første registrering skjer 6.mai og blir betraktet som pilot. Tall for infeksjoner, basert på prevalens, vil derfor ikke være klare innen den tertialvise frist. Målet vil bli nådd i løpet av mai.
9. 2	Styringsparameter Kvalitet og pasientsikkerhet	Andel reinnleggelser innen 30 dager (som øyeblikkelig hjelp) uavhengig av alder og diagnose (tertialvis) Vedlegg: Utvikling styringsparameter	Igangsatt	1. tertial: I styringskrav og rammer for 2015 er det angitt tertialvis publisering fra Helsedirektoratet på denne indikatoren. Pr 1.tertial har vi ikke mottatt slik publisering. Egen indikator i Helse Nord-Trøndelag (basert på samme definisjon) viser følgende: 2013: 13,4% 2014: 13,5% Hittil i 2015: 14,4% Det er satt igang et arbeid for å sjekke om man har korrekt registrering av innmåte (elektiv/øhjelp), spesielt i forhold til overføringer mellom sykehus og åpen/planlagt retur.

9. 3	Styringsparameter Kvalitet og pasientsikkerhet	Andel pasienter 18-80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse (tertiarvis). Mål 20%.	Vedlegg: Utvikling styringsparameter	Igangsatt	1. tertial: Det er etablert pasientforløp hjerneslag. Begge sykehus har ligget lavt på denne indikatoren, og tiltak for å bedre dette er iverksatt, jfr pasientforløpsarbeidet. Data for siste tertial 2014 og for første tertial 2015 ikke tilgjengelig på rapporteringstidspunktet.
9. 4	Styringsparameter Kvalitet og pasientsikkerhet	Andel pasienter med hjerneslag som legges direkte inn på slagenhet (tertiarvis).	Vedlegg: Utvikling styringsparameter	Igangsatt	1. tertial: Slagenhet både på SL og SN. Ingen data tilgjengelig på rapporteringstidspunktet.
9. 5	Rapporteringskrav Kvalitet og pasientsikkerhet	Fastlegers vurdering av distriktspsykiatriske sentre	Vedlegg: Utvikling styringsparameter	Igangsatt	1. tertial: Psykiatrisk klinikk HNT HF deltar i Kunnskapsenterets undersøkelser om fastlegers vurdering av DPS.
9. 6	Rapporteringskrav Kvalitet og pasientsikkerhet	Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Vedlegg: Utvikling styringsparameter	Igangsatt	1. tertial: HNT har pågående pasienttilfredsundersøkelser i sine TSB seksjoner.
9. 7	Rapporteringskrav Kvalitet og pasientsikkerhet	Pasienters erfaring med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp)	Vedlegg: Utvikling styringsparameter	NEI	1. tertial: Ingen data på rapporteringstidspunktet.
9. 8	Rapporteringskrav Kvalitet og pasientsikkerhet	Pasienters erfaring med døgnopphold i psykisk helsevern voksne (resultater kun på nasjonalt nivå).	Vedlegg: Utvikling styringsparameter	Igangsatt	1. tertial: HNT pågående pasienttilfredsundersøkelser ved alle sine døgnseksjoner innenfor voksenpsykiatri.
9. 9	Rapporteringskrav Kvalitet og pasientsikkerhet	Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus.	Vedlegg: Utvikling styringsparameter	JA	1. tertial: Sykehuset Levanger 95,1; Sykehuset Namsos 94,7; HNT total 94,9 30 dg total overlevelse. Landsgjennomsnitt er 95,0.
9.10	Rapporteringskrav Kvalitet og pasientsikkerhet	Andel tvangsinnleggelser (antall per 1000 innbyggere i helseregionen).	Vedlegg: Utvikling styringsparameter	Igangsatt	1. tertial: Andel tvangsinnleggelser pr 1000 innbyggere i Nord-Trøndelag er tilnærmet lik sammenlignet med første tertial 2014. (0,45 pr mars i 2014, mot 0,47 pr mars 2015)
9.11	Rapporteringskrav Kvalitet og pasientsikkerhet	Andel reinnleggelser innen 30 dager etter utskrivning av eldre pasienter (årlig)	Vedlegg: Utvikling styringsparameter	Igangsatt	1. tertial: Tall for 2013 viser at Helse Nord-Trøndelag ikke har signifikant høyere sannsynlighet for reinnleggelse av pasienter som er 67 år og eldre. Snitt for hele landet er 15,4%, mens Helse Nord-Trøndelag har 16,3%. Nasjonalt kunnskapsenter for helsetjenesten har ikke publisert tall for 2014 ennå.
9.12	Rapporteringskrav Kvalitet og pasientsikkerhet	Antall hendelsesanalyser/årsaksanalyser utført ved alvorlige pasientskader (Årlig). Mål - 5 analyser årlig.	Vedlegg: Utvikling styringsparameter	Igangsatt	1. tertial: Metoden er prøvd ut, men vi har ikke brukt den gjennom hele året.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 29/2015 Sengepostdrift DPS Kolvereid

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	1. juni 2015	29 /2015
Saksbeh:	Paul Georg Skogen	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2015/1653	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord- Trøndelag tar orienteringen til etterretning.

Styret gir administrerende direktør i oppdrag å slutføre forhandlinger med kommunene for mulig kommunal overtagelse av sengepostdriften ved DPS Kolvereid.

Den spesialiserte sengepostdriften overføres til Psykiatrisk avdeling, Sykehuset Namsos, fra høsten 2015 etter feriestengning fra 1.7.2015.

SAKSUTREDNING:

Sak 29/2015 Sengepostdrift DPS Kolvereid

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

Fylkesmannens vedtak i tilsynssak 18.5.2015

Tidligere saksfremlegg til sak 17/2015

Utrykte vedlegg i saksmappen

Referat fra arbeidsgruppemøtene 17.4., 7.5., 13.5. og 22.5.2015.

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Lov om psykisk helsevern

Psykisk helsevernforskriften med kommentarer

Veileder IS- 1388

Spesialisthelsetjenesteloven

BAKGRUNN

Jfr Styrevedtak i sak 17/2015 av 16.3.2015:

Styret i Helse Nord-Trøndelag konstaterer at foretaket ikke er i stand til stabilt å etterleve lovverkets krav til drift av sengepost ved DPS Kolvereid som spesialisthelsetjeneste.

Styret ber administrerende direktør gå i dialog med vertskommunen Nærøy og Helse Midt-Norge RHF for å avklare muligheten for en alternativ driftsform. Arbeidet ses i sammenheng med regional psykiatriplan og rusplan, samt oppdragsdokumentets punkt om kommunal overtakelse av DPS. Administrerende direktør framlegger sak om dette i styrets junimøte.

Styret forutsetter at helseforetakets drift innrettes på en slik måte at forsvarlighet til enhver tid ivaretas.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Jfr vedlagte PP- presentasjon lagt fram i møtet og tidligere styresak 16.3.2015.

HELHETLIG DRØFTING

Styret forutsatte i sitt vedtak 16.3.2015 at driften av sengeposten ved DPS Kolvereid skulle drives forsvarlig innenfor gjeldende lover og regler for DPS sengepost. Dette i tråd med Fylkesmannens avvik gitt HNT etter tilsyn 16.- 17.12.2014. Tilpassing av driften og klargjøring av hvilke pasienter som til enhver tid er innlagt ut fra aktuell spesialistdekning, ble etter tilsynet gjennomført. I tilsvaret til Fylkesmannen blir aktuell bemanning spesifisert, og det blir bedt om dispensasjon fra utrykningkrav på vakt frem til forhandlinger med kommunene blir nærmere avklart i fht alternativ drift av DPS sengepost.

Fylkesmannen gir i sitt endelige svar 18.5.2015 tilbakemelding på HNT's avbøtende tiltak. Konklusjonen er at avvik må lukkes innen 1.7.2015. I praksis medfører dette at feriestengning planlagt startet i uke 29, må fremskyndes til 1.7.2015, ettersom avbøtende tiltak utover det som så langt er gjennomført, ikke vurderes mulig innenfor denne fristen. Frem til 1.7. må aktiviteten trappes ned og overføres til sengeposten, Sykehuset Namsos. Det vil være svært krevende for HNT å kunne åpne sengeposten i tråd med spesialisthelsetjenestens krav etter feriestengningen høsten 2015.

Psykiatrisk klinikk klinikkråd har lenge pekt på utfordringene med driften av sengeposten ved DPS Kolvereid. Viser her til konsekvensutredning klinikken gjorde etter oppdrag fra direktøren med frist 31.12.14. Forrige styresak 17/2015 den 16.3.15 bygger på denne utredningen. Klinikken innstilling og faglige vurderinger der, er i tråd med Fylkesmannens vurderinger etter tilsynet 16. og 17.12.2014. Det er viktig å styrke klinikkens arbeid med poliklinikk og ambulante team i BYN-området, knyttet til DPS Kolvereid. Dette er også i tråd med faglig utvikling og krav ellers i HNT og landet forøvrig. Ved overføring av sengepostdrift til Sykehuset Namsos og samling av døgntilbudet, reetableres forsvarligheten og klinikken kan få utnyttet sine spesialister og deres kompetanse og kapasitet best mulig for både BYN- området og regionen totalt sett. Det gir mulighet til å styrke poliklinikkdrift og ambulante team ved poliklinikken ved DPS Kolvereid og slik også mulighet for større nærvær på dagtid overfor kommunene i BYN- området.

Helse Midt Norge RHF er klar i sin vurdering av videre sengepostdrift ved DPS Kolvereid, og vurderer det ikke riktig eller forsvarlig å fortsette driften med dagens forutsetninger. RHF'et har det overordnede «sørge- for- ansvaret» for spesialisthelsetjenesten og skal sikre forsvarlige spesialisthelsetjenester. Fag og Forskningsdirektør Kjell Åsmund Salvesen, Helse Midt- Norge RHF, var med på første møte med kommunene 17.4.2015. Der orienterte han om RHF'ets vurdering vedr Oppdragsdokumentets punkt om kommunal overtagelse av DPS. Han understreket også kravet til forsvarlig drift ved DPS i dette i møtet.

HNT' s Fagsjef, klinikkleder og samhandlingssjef ble oppnevnt på vegne av HNT til å følge opp Styrets vedtak og forhandle med kommunene om alternative muligheter for drift av sengeposten. Første møte 17.4. 15 var et orienterende møte der RHF'et møtte sammen med HNT og kommunene. Det ble her nedsatt en arbeidsgruppe som har bestått av:

Steinar Aspli, ordfører, Nærøy, Helge Thorsen, rådmann, Leka, Gudrun Fossem, Bindal, Pål Sæther Eiden, Vikna, Reidun Korssjøen, BYN- prosjektet, for kommunene.

Fagsjef Paul Georg Skogen, Klinikkleder Kathinka Meirik, Samhandlingssjef Olav Bremnes, avdelingsleder Geir Thy, Verneombud Ruth Arnesen for HNT.

Brukerrepresentant Randi Røvik, Mental Helse (oppnevnt av HNT i forståelse med kommunene)

Arbeidsgruppens arbeid har vært preget av manglende avklaringer knyttet til mulighetene gjennom overføring av DPS til kommunene, jfr Oppdragsdokumentet, manglende føringer så langt i arbeidet med regional rus- og psykiatriplan og manglende avklaring av HNT' s mulige bidrag inn i en eventuell fremtidig kommunal drift av sengeposten.

Kommunene har vært kritisk til HNT' s prosess og har særlig understreket at deres behov og forutsetning er fortsatt drift av sengeposten som spesialisthelsetjeneste. En overgang til kommunalt ansvar vil kun være aktuelt ved at finansiering også følger med, og drift av sengeposten som i dag frem til dette er avklart. De er godt fornøyd med hvordan dagens tilbud i DPS Kolvereid er. Det etterspørres klarere vilje til å betale det det koster for å få rekruttert tilstrekkelig med spesialister og stiller spørsmål ved HNT' s vilje til å få dette til. En klarere vilje til å prøve ut telemedisin for å avbøte manglende spesialistdekning, er også etterspurt fra kommunenes side. Det stilles også spørsmål om forsvarlighetsvurderingene som er lagt til grunn for sengepostdriften opp mot forsvarligheten ved en avvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet på sengeposten.

Telemedisin:

Det er vist til erfaringer fra Troms og Finnmark knyttet til prosjektet DeVaVi. Erfaringene derfra er varierte, og avhengig av hvem en spør om erfaringene, får en ulike svar. Det er her gjort en juridisk vurdering av bruken av telematikk i akutt- sammenheng, der ansvaret legges på den enkelte vedtaksansvarlige. Dette vurderes der forsvarlig. Et sentralt punkt her er hvilken grunnbemanning av spesialister DPS' ene som er med i ordningen, har. Det viser seg at denne i langt større grad enn ved DPS Kolvereid er på plass og vurderes forsvarlig.

Artikkel om erfaringene fra dette prosjektet ble publisert høsten 2014:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/25359404/?i=9&from=stensland>

(Video-confidence: a qualitative exploration of videoconferencing for psychiatric emergencies. Trondsen MV, et al. BMC Health Serv Res. 2014).

Etter en helhetsvurdering av ulike aspekter ved dette, vurderes en telematikk-løsning ikke tilstrekkelig til å kunne avbøte mangelen på spesialister som klinikken og Fylkeslegen har påpekt. Spesialistdekningen er ikke god nok til at en videoløsning i tilstrekkelig grad kan bedre forsvarligheten som spesialisthelsetjeneste. Det understrekes at klinikken er godt kjent med mulighetene, bruker video og Lync- teknologi aktivt i dag og har gode erfaringer med bruken av dette for mange formål. For spesialistvurderinger i vaksituasjon og som grunnlag for å kunne drifte en sengepost med spesialister, vurderes imidlertid ikke en slik løsning som forsvarlig.

Rekruttering:

Rekrutteringsarbeidet har fortsatt for å forsøke å sikre flere psykiatere og psykologspesialister. Det er rimelig god søkning på LIS- stillinger (utdanningsstillinger), men for spesialiststillingene er det krevende. Det er gjennomført deltagelse på jobbmesser i inn- og utland, flere kontakter mot enkeltpersoner og forsøk på bruk av rekrutterings- og utleiebyrå har vært gjennomført. Det har lyktes å få rekruttert en psykiater som starter i Namsos i disse dager, men naturlig avgang og annet fravær medfører ikke reell økning i spesialistdekningen i Namsos. Situasjonene i Namsos er slik at det ikke vurderes tilstrekkelig til at en kan iverksette økt tilstedeværelse ved DPS Kolvereid uten at det i for stor grad påvirker driften ved avdelingen og poliklinikken der. Det understrekes at rekrutteringsproblemene er nasjonale, og at det å sikre gode og attraktive arbeidsplasser er en forutsetning for både å beholde spesialistene og rekruttere nye. I dagens situasjon må spesialistene sin kapasitet og kompetanse brukes på best mulig måte. Psykiatrien er et fagfelt som er sterkt underlagt lovkrav og formaliteter til bruk av spesialist, og som ofte må vurdere betydelig tilrettelegging og tidvis tvangsbruk overfor svært sårbare pasientgrupper. Spesialistnærvær er derfor en klar forutsetning for forsvarligheten som spesialisthelsetjeneste. Rekrutteringsarbeidet i psykiatrisk klinikk vil derfor følges særlig nøye fremover på HF og RHF- nivå.

Kommunene og RHF' et var representert ved et nasjonalt, bredt sammensatt arbeidsmøte med Helsedepartementet 12.5.15 vedr Oppdragsdokumentets punkt om kommunal overtagelse av DPS. Både kommunenes og RHF' ets deltagere gir uttrykk for at signalene her går i retning av at dette ikke vil omfatte løsninger som vil kunne være aktuelle for DPS Kolvereid og kommunene i BYN- området slik forslaget nå ligger. Fra HNT' s side ble det gitt informasjon om våre behov mot RHF' ets deltagere, og kommunerepresentantene fikk i direkte kontakt med statssekretæren lagt frem de samme behovene. Signalene er imidlertid at dette vil ta lang tid å avklare helt og at prosessen så langt peker på helt andre løsninger enn de som vil være mulig på et mindre, desentralisert DPS. Det er imidlertid ønske om å prøve ut ulike løsninger og det må være en ambisjon at HNT og kommunene i felleskap søker med bakgrunn i behovene som vi ser i en desentralisert, mindre DPS.

For HNT står saken slik etter arbeidsgruppens gjennomgang av alternativ drift av DPS:

- HNT ønsker å bidra til at lokale døgnplasser kan sikres gjennom en driftsform der kommunene overtar ansvaret for driften. Dette gir mulighet for å ivareta mange av behovene sengeposten i dag dekker. Samtidig får en utnyttet spesialistene på en best mulig måte for psykiatri/ rus- tilbudet i både BYN- området og regionen ellers.
- Alternativet er avvikling av sengepostdriften ved DPS Kolvereid. HNT oppfyller ikke minstekrav til forsvarlig spesialistbemanning for sengepostdrift ved DPS og avbøtende tiltak vurderes ikke tilstrekkelig. DPS vil fortsette med overgang til ren poliklinikk- drift og etablering av ambulante team, med avdelingen i Namsos som sengepost/ døgntilbud for hele regionen. Rekrutteringsarbeidet kontinueres for å sikre psykiatrisk klinikk tilstrekkelig bemanning av spesialister, men med fokus på avdelingen i Namsos og poliklinisk og ambulant virksomhet ved DPS Kolvereid.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Det er ikke gjennomført økonomiske totalvurderinger av sengepostdriften ved DPS Kolvereid i sammenheng med denne styresaken. Dette begrunnes med at det hovedsakelig er klart faglige hensyn som nå er tatt og som danner grunnlag for vurderingene.



Fylkesmannen i Nord-Trøndelag
Noerhte-Trööndelagen fylhkenålma

Helse Nord-Trøndelag	
Saksnr	14 / 4173
Mottatt:	19 MAI 2015
Arkiv:	Unnt.off.:

Helse Nord-Trøndelag HF
Postboks 333
7601 LEVANGER

Vår dato:
18.05.2015

Deres dato:

Vår ref.:
2014/7003
Arkivkode:734.1
Deres ref.:
2014/4173

Unntatt offentlighet
Offl. § 13, jf. Fvl. § 13

Tilbakemelding til Helse Nord-Trøndelag etter tilsyn

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag viser til Helse Nord-Trøndelags brev av 20.03.15 og 23.04.15 i forbindelse med at Helse Nord-Trøndelag ble bedt om å komme med en plan for rette avviket etter tilsyn med Helse Nord-Trøndelag, DPS Kolvereid i desember 2014.

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag oppfatter innholdet i redegjørelsen slik at Helse Nord-Trøndelag ikke er, eller innen rimelig tid vil bli i stand til, å sikre tilstrekkelig spesialistkompetanse ved DPS Kolvereid.

Fylkesmannen tar helseforetakets redegjørelse til etterretning.

Det forutsettes at Helse Nord-Trøndelag i sin videre vurdering av saken, søker å sikre at fremtidig pasientbehandling ved DPS Kolvereid er i tråd med kravet til forsvarlighet i lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-2. Vi forutsetter at avviket blir lukket **innen 01.07.15**.

Med hilsen

Marit Dypdal Kverkild
Fylkeslege
Sosial-, helse- og barnevernavdelingen

Marita Heimstad
Rådgiver
Sosial-, helse- og barnevernavdelingen

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen underskrift

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 17/2015 Sengepostdrift DPS Kolvereid

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	16. mars 2015	17/2015
Saksbeh:	Paul Georg Skogen	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2015/814	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord-Trøndelag erkjenner at foretaket ikke er i stand til stabilt å etterleve lovverkets krav til drift av sengepost ved DPS Kolvereid som spesialisthelsetjeneste.

Styret ber administrerende direktør gå i dialog med vertskommunen Nærøy for å avklare muligheten for en alternativ driftsform ved sengeenheten i kommunal regi underlagt kommunehelsetjenestens kompetansekrav. Administrerende direktør framlegger sak om dette i styrets junimøte.

Styret forutsetter at helseforetakets drift innrettes på en slik måte at forsvarlighet til enhver tid ivaretas.

SAKSUTREDNING:

Sak 17/2015 Sengepostdrift DPS Kolvereid

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

Vedlegg 1: Gjennomgang av DPS Kolvereid. Psykiatrisk klinikk sin rapport etter direktørens mandat av november 2014

Vedlegg 2: Fylkesmannens rapport etter tilsyn DPS Kolvereid 16.-17.12.2014

Vedlegg 3: Fylkesmannens godkjenning av DPS av januar 2004

Utrykte vedlegg i saksmappen

Diverse underlagsdokumenter til vedlegg 1.

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Lov om Spesialisthelsetjenesten

Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

Forskrift om legemiddelhåndtering

Forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten

BAKGRUNN

DPS Kolvereid ble etablert og godkjent årsskiftet 2003/ 2004, med godkjenning for tvang fra Fylkesmannen januar 2004. For videre utvikling av tilbudet viser en til vedlegg 1, Gjennomgang av tilbudet ved DPS Kolvereid.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

DPS Kolvereid har siden etableringen i 2003/ 2004 gitt et godt tilbud for mange pasienter med behov for institusjonsplass/ døgnbehandling, polikliniske tilbud innen voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri og drevet ambulant virksomhet og dagbehandling. Det er imidlertid en rekke forhold som medfører behov for en gjennomgang av driften av sengeposten ved DPS Kolvereid. Dette medførte at Styret i Helse Nord- Trøndelag 16. september 2014 ble orientert om de krav som stilles og de rekrutteringsvansker en over tid har hatt. Med bakgrunn i dette gav direktøren et mandat 21.11.2014 til Psykiatrisk klinikk om gjennomgang av sengeposten med krav om vurdering av tre alternativ:

- 1) Opprettholdelse av dagens sengepost-løsning, med eventuell forsterkning av nødvendige spesialistressurser knyttet til posten.
- 2) Avvikling av sengeposten som døgnenhet for spesialisert psykiatribehandling.
- 3) En løsning et sted mellom alternativ 1 og 2 i samarbeid med kommunene i Ytre Namdal.

I tillegg til dette mandatet og gjennomgangen som her er gjort, jfr vedlegg 1, valgte Fylkesmannen å gjennomføre et stedlig tilsyn ved DPS Kolvereid med bakgrunn i mediaomtale og problemstillingen om manglende tilgang til forsvarlig spesialistkompetanse. Tilsynet ble gjennomført 16.- 17.12.2014. I sin rapport fra tilsynet av 11.2.2015 gir Fylkesmannen Helse Nord-Trøndelag følgende avvik:

Helse Nord- Trøndelag sikrer ikke i tilstrekkelig grad nødvendig spesialistkompetanse ved ytelse av spesialisthelsetjenester til pasienter innlagt ved DPS Kolvereid.

Avvik fra følgende myndighetskrav:

- *Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 (kravet til forsvarlige tjenester)*
- *Psyisk helsevernforskriften § 4 første ledd bokstav c og annet ledd bokstav a og b.*
- *Forskrift om legemiddelhåndtering § 4.*

Fylkesmannen peker i sin rapport på at kravene til forsvarlig bemanning med spesialistkompetanse i forhold til de pasienter som blir innlagt og de krav som stilles til å drifte en DPS sengepost, ikke er oppfylt. Her pekes særlig på innleggelse av pasienter underlagt tvungent psykisk helsevern, uten at en har sikret tilstrekkelig vaktordning eller tilgjengelig kompetanse for suicidalvurdering, somatisk undersøkelse og legemiddelbehandling.

Med bakgrunn i denne rapporten ble det derfor etter sluttmøtet 17.12.14 vedtatt å ikke lenger legge inn pasienter på tvungent psykisk helsevern, på sengeposten på DPS Kolvereid. Videre ble det bestemt at en til enhver tid må vurdere den tilgjengelige spesialistkompetansen i forhold til hvilke pasienter en velger å legge inn ved DPS eller må overflytte til avdelingen på Sykehuset Namsos.

Rekrutteringsutfordringen og kravene til spesialistkompetanse

Det er fra etableringen av DPS Kolvereid gjort en stor innsats for å sikre god og tilstrekkelig spesialistkompetanse med psykologspesialist og psykiater. Dette har delvis fungert i kortere perioder, men har hele tiden vært utfordrende i forhold til tilstrekkelig bemanning over tid. Kravene til å ha spesialistkompetanse til stede og tilgjengelig har økt, jfr krav i godkjenningen av 2004 opp i mot kravene gjengitt i Fylkesmannens rapport s. 6. Fylkesmannen gir kritikk til HNT for ikke å ha fulgt opp de skjerpede kravene opp mot forsvarlig drift av sengeposten ved DPS Kolvereid, jfr krav til internkontroll.

Rekruttering av psykiatere og psykologspesialister er et nasjonalt problem, og er ikke særskilt knyttet til HNT og DPS Kolvereid. Rekrutteringsutfordringen for DPS Kolvereid har vært krevende helt fra etableringen, og er knyttet opp til tilsvarende utfordring med å sikre tilstrekkelig spesialistrekruttering til Sykehuset Namsos. Det vises her til en rekke utlysninger, bruk av rekrutteringsselskap og en kontinuerlig prosess de ansvarlige lederne både ved DPS Kolvereid, vaktlegeenheten Sykehuset Namsos og klinikkleidelsen i Psykiatrisk klinikk, har hatt.

Psykiater og psykologspesialistdekningen ved DPS Kolvereid og Sykehuset Namsos må sees under ett. Det har vært en betydelig innsats fra de ansatte for å stille opp både i forhold til pasientbehandling og arbeid på kvalitets- og systemnivå. Psykiatere fra Namsos har hatt fast tilstedeværelse i Kolvereid. Knapphet på personell også i Namsos, har medført at det ikke har vært mulig å stille opp i tilstrekkelig grad ved fravær. Denne uforutsigbarheten er også pekt på i Fylkesmannens rapport. For de ansatte ved DPS Kolvereid har dette gitt store utfordringer opp i mot de oppgaver og pasienter som en til enhver tid har hatt ansvar for.

De ansatte har vist stor grad av fleksibilitet og gitt pasientene god oppfølging på tross av disse utfordringene. Sårbarheten ved fravær og i en slik kontinuerlig rekrutteringssituasjon, viser imidlertid den marginale situasjonen de ansatte har i fht å løse sine oppgaver. Situasjonen er ytterligere tydeliggjort gjennom at Sykehuset Namsos nylig har måttet redusere sitt sengetall ved psykiatrisk sengepost av samme årsak.

En kan sikkert kritisere at en ikke har gjort nok i fht rekruttering, men det vil være en grense for når nok er nok og for hvor langt en kan eller skal søke løsninger en plass i forhold til krav og behov andre steder. Av hensyn til forsvarlighet i pasientbehandlingen er det helt nødvendig med varige og robuste løsninger som står i forhold til de oppgaver og den helhet av tilbud som HNT skal tilby av spesialisthelsetjenester. Fylkesmannen skriver også i sin rapport at «Tilsynet har sett at Helse Nord- Trøndelag har strukket seg langt for å forsøke å rekruttere kompetanse».

Utvikling av sengetall i psykiatrien i Nord- Trøndelag

Følgende tabell viser 2014- tall for sengekapasitet i forhold til folketall og utviklingen av dette ut fra SSB middelveksttall for Nord- Trøndelag, til 2030- tall. DPS Kolvereid- sengene ligger i tabellen i Sykehuset Namsos- tallet. I 2030- tall er DPS Kolvereid- sengene tatt bort. For Sykehuset Levanger er 2-4 senger knyttet til regionale senger alvorlig spiseforstyrrelse og planlagt avrusning, slik at sengetallet her er enda noe lavere sammenlignet med tilsvarende senger ved Sykehuset Namsos. I tallene for Sykehuset Namsos er Bindal og Osen kommuner med.

	Døgnplasser 2014 ¹	18+ 2014 ²	Pr 1000 innbyggere 2014	Døgnplasser 2030	18+ 2030 ²	Pr 1000 innbyggere 2030
DPS Stjørdal	19,2	29495	0,65	19,2	36366	0,53
DPS Kolvereid	6,6	11444	0,58	0	12138	0,00
Sykehuset Levanger	32	83343	0,38	32	96572	0,33
Sykehuset Namsos u/BYN	20,1	32569	0,62	0	34881	0,00
Sykehuset Levanger m/DPS Stjørdal	51,2	83343	0,61	51,2	96572	0,53
Sykehuset Namsos m/BYN	0	0	0,00	20,1	34881	0,58

Fotnoter:

¹Gjennomsnittlig sengetall 2014, tall fra Data/Analyseavdelingen HNT HF

² SSB middelsvekst (aldersinndeling 0-18 og 19-)

Tallene viser dermed en fortsatt like god eller bedre dekning i 2030 for Sykehuset Namsos og DPS Kolvereid sitt område, sammenlignet med Sykehuset Levanger og DPS Stjørdalområdet. En reduksjon av sengetall gir dermed fortsatt totalt sett et godt og forsvarlig tilbud til befolkningen.

Psykiatrien er i endring og døgnbehandling i institusjon skal forsøkes redusert til fordel for bedre og mer tilgjengelige behandlingsalternativ på dagtid fra spesialisthelsetjenesten. Dette er i tråd med både faglige og politiske krav og signal til psykiatrien.

Forhold knyttet til kommunenes legevaksordning og konsekvens for DPS Kolvereid

I godkjenningen av DPS Kolvereid av januar 2004, er det lagt til grunn et samarbeid med lokal legevakt for tilkalling for vurdering på kveld, natt og helg når spesialist ikke er tilgjengelig ved DPS-et. Legevakt skal kunne rykke ut og sikre nødvendig klinisk vurdering, og i samråd med psykiater på Namsos gjøre nødvendige tiltak i form av legemiddelforskrivning, iverksette observasjonstiltak eller vurder behov for overflytting til Sykehuset Namsos.

LINA- vaksamarbeidet med lege i Namsos for vakt på natt, medfører behov for en robust bakvaktsløsning og avtale mellom bakvakt i Nærøy og DPS Kolvereid om utrykning til DPS sengepost. Slik avtale foreligger ikke pr i dag. Slik Fylkesmannens rapport gir signal om, vil en slik løsning imidlertid ikke lenger aksepteres for ordinær drift av en DPS sengepost.

En innskjerping av krav medfører at psykologspesialist eller psykiater skal kunne rykke ut til DPS-et innen en rimelig tid. Fylkesmannen sier i sin rapport at « det er ikke etablert et tilstrekkelig system for tilkalling av legevakslelege og lege som er spesialist i psykiatri på ettermiddag, kveld, natt og helg».

Hvilke tilbud forventes det at spesialisthelsetjenesten skal kunne tilby i en DPS sengepost

Det vises her til Vedlegg 1: Gjennomgang av tilbudet ved DPS Kolvereid kapittel 2.2 og 2.3. Det blir et stadig økende krav til faglighet og forsvarlighet i spesialisthelsetjenestetilbudet. Dette er en konsekvens av erfaring etter en rekke tilsynssaker, avvikshendelser og et generelt krav til kunnskapsbasert praksis og dokumentasjon av dette. Et økende krav til kommunenes egen kompetanseoppbygging og krav til å etablere tilstrekkelig tilbud til stadig større grupper pasienter som del av Samhandlingsreformen, medfører at spesialisthelsetjenesten får krav om å spisse sine tjenester mer og samle sine ressurser om de mer spesialiserte oppgavene.

Det er imidlertid flere ulike signaler om hva nasjonale myndigheter ønsker og vil med DPS-ene videre fremover. Frem til Nasjonal helse og omsorgsplan kommer til høsten 2015, er det imidlertid tydelig ønske om at ulike modeller søkes utprøvd. Her vil det dermed være et handlingsrom som kommunene i Ytre Namdal og Bindal sammen med HNT må søke å følge opp i felleskap. Gjennom BYN- prosjektet er vi i felleskap godt i gang med dette. Et slikt samarbeid vil imidlertid ikke rukke ved signalene i fht sengepostdrift innenfor spesialisthelsetjenesten - her er kravene tydeligere i retning av mer spesialistkompetanse tilgjengelig.

Bruk av video og telematikk -løsninger for å bedre tilgangen til spesialistkompetanse

Moderne video og telematikk - løsninger gir mulighet til å gjennomføre møter og drøftinger mellom spesialist, samarbeidende helsepersonell og i noen sammenhenger også med pasienter. Mange har forsøkt ut dette som alternativ til tilstedeværelse og oppmøte. Det er imidlertid viktig å skille polikliniske og ambulante tjenester og ordinær drift av sengepost når en diskuterer dette.

Så langt Helse Nord-Trøndelag har kunnet avklare er videomøter og telematikk- løsninger ikke brukt som eneste spesialisttilgang og oppfølging av DPS sengeposter andre steder. Vi kan heller ikke se at det er gitt åpning for å basere oppfølgingen på slike hjelpemidler alene i de foreliggende kravene i lov og forskrift. Ved ferier og andre kortere fravær av fast spesialistpersonell vil videomøter/ telematikk forbedre mulighetene til å følge opp behandlingen pasientene får, og som en kriseløsning ved mer akutt fravær vil dette også være mulig. For ordinær drift og som ordinær vaksituasjon i en DPS sengepost, vurderes imidlertid dette som en løsning som en ut fra Fylkesmannens krav til mulighet for utrykning av spesialist, ikke kan gå inn for. I en eventuell fremtidig rolle der en kan vurdere spesialisthelsetjenesten som en tilsynsfunksjon, vil video/ telematikk-løsninger kunne være et av flere muligheter dersom myndighetene åpner for dette.

Siden tilgang på tilstedeværende spesialist er hovedgrunnen til og begrunnelsen for å kunne kalle seg spesialisthelsetjeneste (inkludert DPS sengepost) er imidlertid ikke en ordning basert på video og telematikk, så langt funnet mulig og forsvarlig.

Hvilke tilbud vil spesialisthelsetjenesten tilby videre ved DPS Kolvereid

DPS Kolvereid vil ved en eventuell endring av driftsform av sengeposten styrke de ambulante og polikliniske tilbudene i regionen. I tillegg vil tilsynsfunksjon med eventuelle senger og opplæring, kompetanseoverføring bli en viktig og sentral del av spesialisthelsetjenesten sitt arbeid for å gi pasientene og kommunene et stabilt spesialisthelsetjenestetilbud.

Vurdering

DPS Kolvereid har fra starten av fylt et behov for mange pasienter i kommunene i Ytre Namdal og Bindal. Som en del av spesialisthelsetjenesten innen psykiatri, stilles det imidlertid klare krav til bemanning og beredskap for en sengepost. Disse kravene fyller ikke sengeposten ved DPS Kolvereid i tilstrekkelig grad. Dette innebærer at de tiltak som med rimelighet har latt seg gjennomføre, ikke i tilstrekkelig grad sikrer at vi innfrir kravene som blir stilt til døgndreven spesialisthelsetjeneste.

Dette gjør det nødvendig for HNT å sørge for endring av driftsform av sengeposten. HNT og samarbeidende kommuner bør ut fra dette iverksette et arbeid for å se på annen driftsform av sengeposten - fra spesialisthelsetjeneste og DPS sengepost til en kommunal driftsform. HNT's bidrag i en slik driftsform må utredes som en del av denne endringen.

HELHETLIG DRØFTING

Sengeposten ved DPS Kolvereid har fylt et behov som kommunene og HNT har hatt for døgnplasser ved institusjon for en stor pasientgruppe. DPS Kolvereid har både som sengepost og gjennom dagtilbud, poliklinikk og ambulant virksomhet, fylt en funksjon for de pasientene som har fått et tilbud der. Det er imidlertid økende krav til tilstedeværelse av spesialist i utredning og behandling av psykiatriske pasienter. Dette innebærer blant annet strengere krav til forsvarlighet og tilgjengelighet av spesialist for undersøkelse, legemiddelforskrivning og suicidalvurdering på døgnbasis ved en DPS sengepost.

Samtidig har en over tid hatt en krevende rekrutteringsutfordring for både DPS Kolvereid og Sykehuset Namsos som må sees i sammenheng. Etter en helhetsvurdering av de utfordringer en har som spesialisthelsetjeneste for drift av en DPS sengepost, og etter den gjennomgangen som er gjort av ulike alternativ for videre drift, konkluderer HNT med at en ikke kan opprettholde videre drift av DPS Kolvereid som et døgnkontinuerlig spesialisthelsetjenestetilbud.

HNT ønsker å bidra til at sengeposten kan drives videre med annen driftsform slik at oppfølgingen av pasientgruppen ivaretas. HNT sitt ansvar for psykiatri- og rustilbudet i Ytre Namdal og Bindal sikres lokalt gjennom ambulant virksomhet og poliklinikk ved DPS Kolvereid, gjennom tilsynsfunksjon, undervisning og veiledning. Videre skal det sikres tilstrekkelig kapasitet og kompetanse ved avdelingen ved Sykehuset Namsos til å ivareta behovene for innleggelser i sengepost. HNT mener at befolkningens tilbud om spesialisthelsetjenester i regionen som helhet, vil kunne styrkes gjennom denne omleggingen.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 30/2015 Leiekontrakter kombinasjonsbygg Levanger

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	1. juni 2015	30 /2015
Saksbeh:	Trond Gunnar Skillingstad	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2015/1653	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret godkjenner framlagte skisser til leie- og festeforhold, og ber administrerende direktør arbeide videre med en seksjonering av bygget med sikte på at foretaket selv kan foreta investering i helikopterdekke.

Styret ber om at saken oversendes styret i Helse Midt-Norge til godkjenning.

SAKSUTREDNING:

Sak 30/2015 Leiekontrakter kombinasjonsbygg Levanger

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

- Tegninger av bygget plan – og fasader
- Situasjonsplan med grenser
- Kart over parkeringsplasser

Saksframstilling

Dagens helikopterlandingsplass på Moan i Levanger har en så uhensiktsmessig avstand til Sykehuset Levanger at plasseringen svekker beredskapen i Midt-Norge. En landingsplass i tilknytning til sykehuset gjør at den akuttmedisinske kapasiteten i Midt-Norge styrkes betydelig ved større hendelser. I tillegg til at beredskapen i Nord-Trøndelag heves gjennom å ha to akuttmottak tilgjengelig både for bilambulanser og helikopter, forbedres også vår felles evne til å håndtere katastrofer som går ut over kapasiteten som St. Olavs Hospital vil kunne ha i en gitt situasjon.

Plassering av dagens landingsplass virker også til at presset på St. Olavs Hospital ved ordinære akutte hendelser er høyere enn nødvendig. Årsaken er at landing på Moan krever omlasting og transport til sykehuset. I mange tilfeller flyr man helt til Trondheim på like lang tid som omlasting og inntransport til Levanger tar.

Med helikopterlandingsplass i umiddelbar nærhet av sykehuset, vil pasienter raskere kunne komme til nødvendig akuttmedisinsk behandling i mottaket på Levanger. Tidskritisk forflytning av pasienter fra Levanger til St. Olavs Hospital vil også skje raskere. Alt i alt bidrar etablering av helikopterlandingsplass ved Sykehuset Levanger til heving av pasienttilbudet i Trøndelag, bedre utnyttelse av personell ved sykehusene og landingsplassen vil ha en positiv beredskapsmessig effekt i Trøndelag.

Helse Midt-Norge har et anstrengt investeringsbudsjett som skal løse mange behov i hele regionen. Vertskommunen Levanger har derfor beredt grunnen for et bygg på Sykehuset Levangers område som både kan inneholde kommunale funksjoner, rom for spesialisthelsetjenestefunksjoner og helikopterdekke på taket. Dette bidrar til å løse strategisk viktige utfordringer for helseforetaket gjennom leieforhold, uten at investeringsbehov i spesialisthelsetjenesten utløses.

Bygget er tenkt å ha en kombinasjonsrolle med kommunale funksjoner samlokalisert med spesialisthelsetjenestefunksjoner. Dette underbygger perspektivet som er lagt til grunn i Samhandlingsreformen. At vertskommunen også ser seg tjent med å bidra til å løse vesentlige utfordringer i spesialisthelsetjenesten gjennom investeringer og utleie oppfattes meget positivt. Helse Nord-Trøndelag HF har gjentatte langtidsbudsjett satt helikopterlandingsplass som øverste prioritering, og styret er gjentatte ganger orientert om prosjekt med helikopterlandingsplass ved Sykehuset Levanger. Etter administrerende direktørs vurdering er prosjektet også helt i tråd med vedtatt Utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag HF.

Styret i Helse Midt-Norge RHF har fulgt opp dette i sak 57/11 «Langtidsplan og budsjett Helse Midt-Norge 2012 – 2017». I saksframlegget omtales forhold knyttet til helikopterlandingsplasser i regionen.

«Administrerende direktør peker på følgende sykehus i Midt-Norge som har utfordringer mht landingsplasser for helikopter i dag og som bør prioriteres.

- Kristiansund sykehus: Prosjektet er i gang.*
- Sykehuset Levanger: Plassen er på et industriområde og blir mer og mer innestengt av bygninger. Ambulansetransport er nødvendig for transport mellom landingsplass og sykehus. Konesjon utgår i 2012. Skisseprosjekt er utarbeidet. Ny landingsplass må prioriteres etter administrerende direktørs mening.»*

Saken synes med dette som meget godt fundert i lokalt og regionalt helseforetak. Samtidig er det knyttet formaliteter til behandling av leieforhold, festeforhold og eventuelle mindre investeringer. Avhengig av avtalenes størrelse, kreves vedtak både i lokalt og regionalt styre. Dette er bakgrunnen for administrerende direktørs innstilling til vedtak:

1. Leieavtaler

Bygget er planlagt plassert på sykehuset areal med kort vei fra landingsplass til dagens akuttmottak ved sykehuset. Adkomst vil være via eksisterende avkjørsel fra Kirkegata. Kommunens dialog med Helse Nord-Trøndelag har gitt en løsning med et kombinasjonsbygg oppført i fire etasjer med helikopterdekke på taket. Kommunen står som utbygger. Bygget er skissert med en grunnflate på om lag 2790 m². Bygget tilrettelegges slik:

U. etg. Garasjer til ambulansetjenesten og erstatningsareal for garasjebygg tilhørende helseforetaket.

1. etg. Kommunale helsetjenester
2. etg. Kommunale helsetjenester, generelle utleieareal (Hemit), personal-/oppholdsrom for ambulansetjenesten og kontorareal for Prehospital klinikk
3. etg. Generelle utleieareal (Hemit)

Tak: Helikopterlandingsplass for helseforetaket.

Beregnet årlige leie helikopterdekket, 2,3 mill.kr.

Årlig leie for areal Prehospital klinikk og ambulansestasjon, 2,1mill.kr.

Leieforhold knyttet til HEMIT faller utenfor Helse Nord-Trøndelags ansvarsområde.

Årlig leie er beregnet av kommunen med basis i en avskrivningstid på 50 år for alt areal, dette med unntak av helikopterdekket der avskrivningstiden er satt til 20 år.

Leieforholdets størrelse krever også godkjenning i styret i Helse Midt-Norge RHF.

2. Festeforhold

Gjennom dialog har Levanger kommune og Helse Nord-Trøndelag HF kommet fram til en løsning der kommunen fester tomt av helseforetaket. Kommunen stiller til rådighet et erstatningsareal for de parkeringsplassene som bygget fortrenger. Dette arealet ligger umiddelbart øst for sykehuset ved tidligere Levanger stadion. Helseforetaket fester denne tomten av Levanger kommune, og de to festeavtalene gjøres gjensidig avhengig uten økonomisk kompensasjon for noen av festeavtalene.

Festeforholdene krever også godkjenning av styret i Helse Midt-Norge RHF.

3. Kombinert investeringsløsning

Totalkostnaden for helikopterdekket vil være ca. 30 mill.kr. Med avskrivningstid på 20 år gir dette en årlig leie på 2,3 millioner.

Dersom Helse Nord-Trøndelag selv finansierer investeringen i helikopterdekket, kan avskrivningstiden settes til 50 år.

Administrerende direktør vurderer en lengre avskrivningstid som rimelig og hensiktsmessig når det gjelder selve helikopterdekket. Direktøren ønsker derfor å se på muligheten for en seksjonering av bygget, slik at helseforetaket selv finansierer og eier helikopterdekket på taket av kommunens bygg.

Anslått investeringsbehov på om lag 30 millioner kroner er i grenseland for å utløse behov for godkjenning av styret i Helse Midt-Norge.

Avslutning

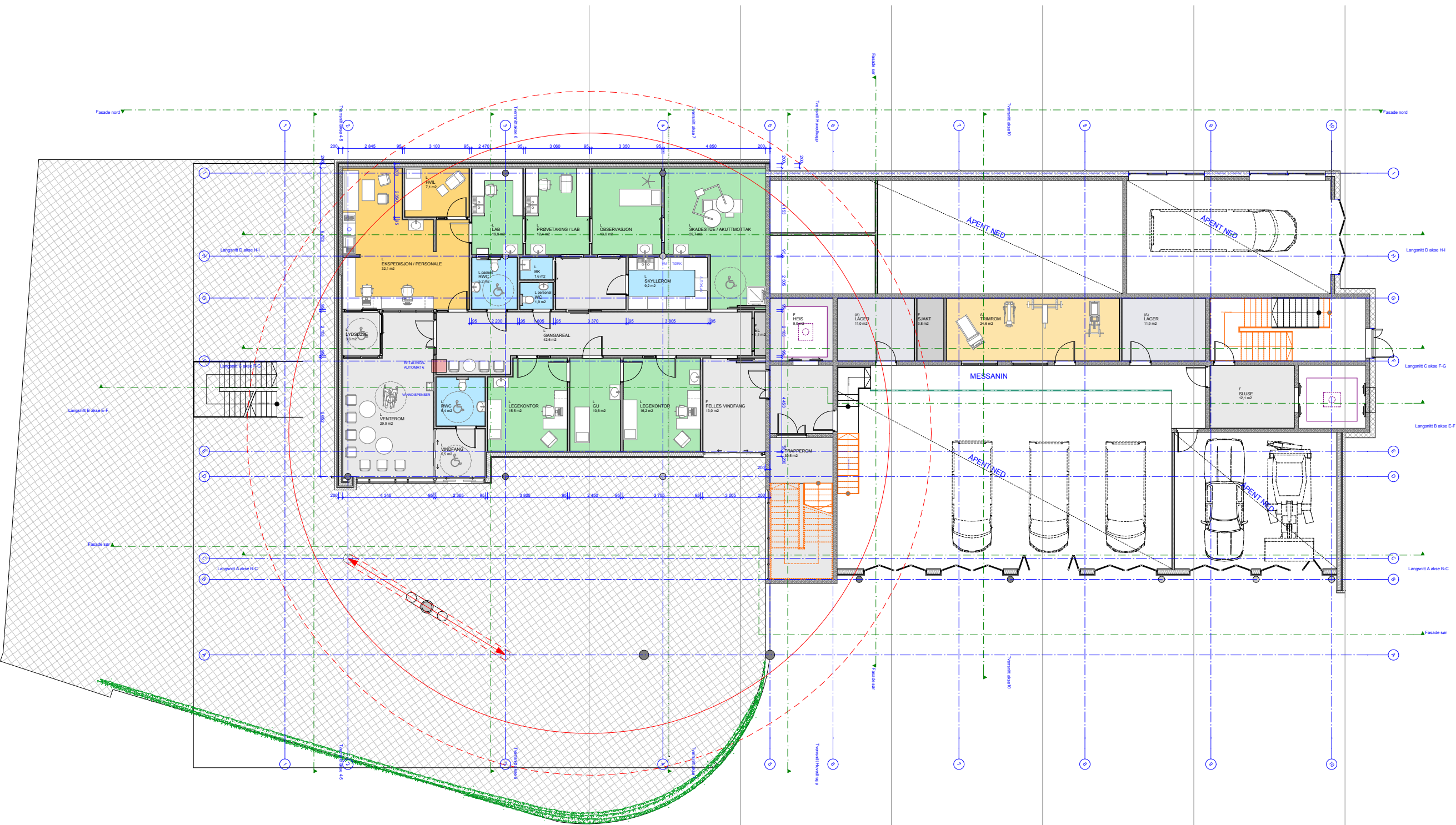
Etablering av kombinasjonsbygg ved Sykehuset Levanger er godt fundert i Helse Nord-Trøndelags strategier og planer, og er resultatet av et fruktbart samarbeid med en positiv vertskommune. Helse Nord-Trøndelags bidrag til realisering vil være å inngå avtaler om leie av areal i bygget. Da Helse Midt-Norge RHF vedtok å føre ambulansetjenesten inn i egen virksomhet, var begrunnelsen at tjenesten var blitt en tett integrert del av spesialisthelsetjenesten og sykehusets forlengede arm. Det ble også uttalt behov for sterkere sammenknytning av ambulansetjenesten og den øvrige spesialisthelsetjenesten. For å forfølge intensjonene i dette, legger administrerende direktør opp til å leie noe kontorlokaler i bygget til Prehospital klinikk, samt å forflytte dagens ambulansestasjon i Levanger til bygget og umiddelbar nærhet til akuttmottak og sykehus. Det er samtidig startet drøftinger med utleier av dagens ambulansestasjon.

Slik sett underbygger dette prosjektet tre viktige forhold:

- Styrket beredskap og pasientsikkerhet gjennom helikopterlandingsplass ved sykehuset
- Tettere integrasjon mellom ambulansetjeneste og øvrig spesialisthelsetjeneste
- Samlokalisering på tvers av helsetjenestenivå som underbygger Samhandlingsreformens intensjoner

Levanger kommune har kommunisert at den går videre med prosjektet idet underskrevne leieavtaler foreligger. Sannsynlig oppstart er siste halvdel i 2015.

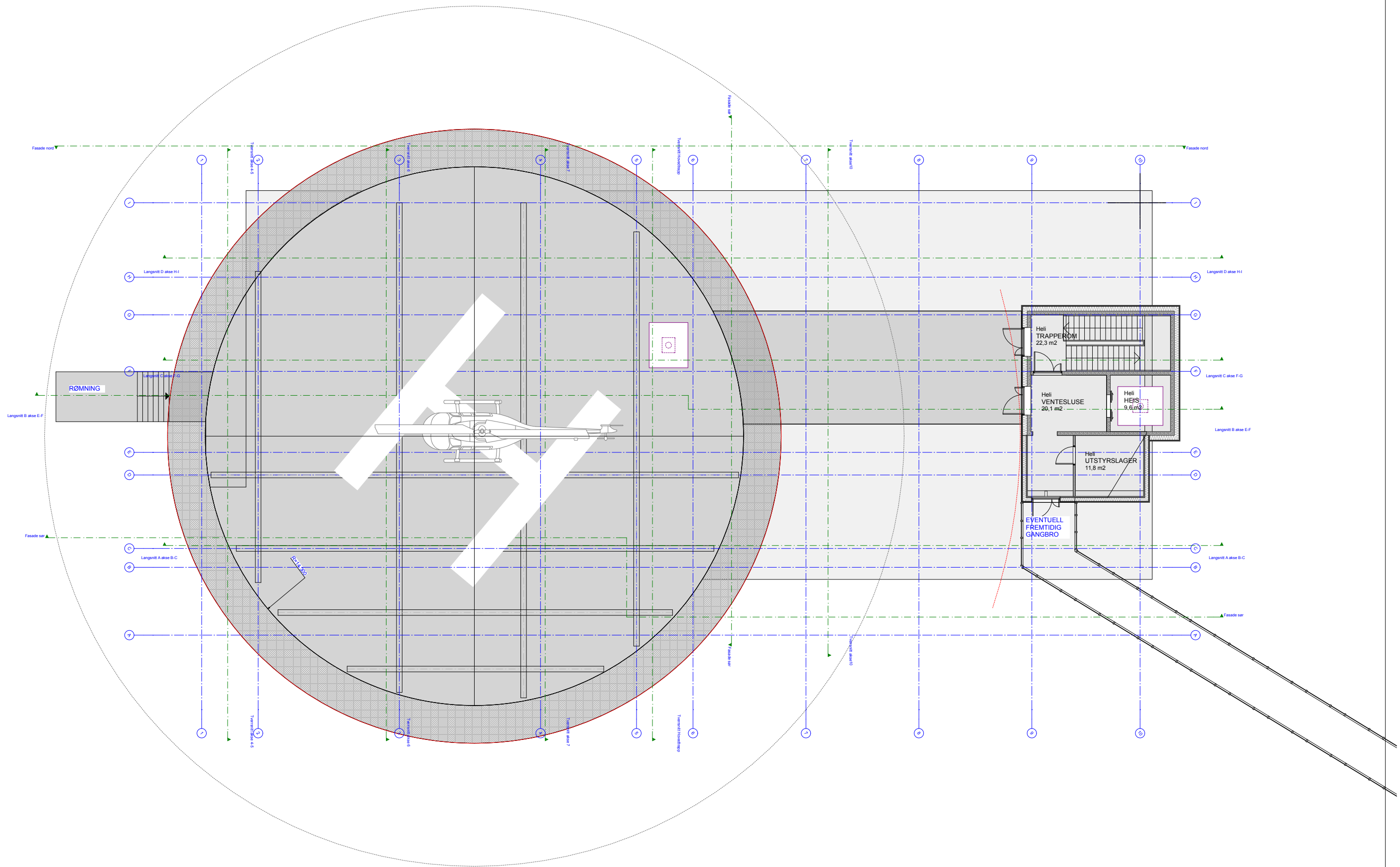




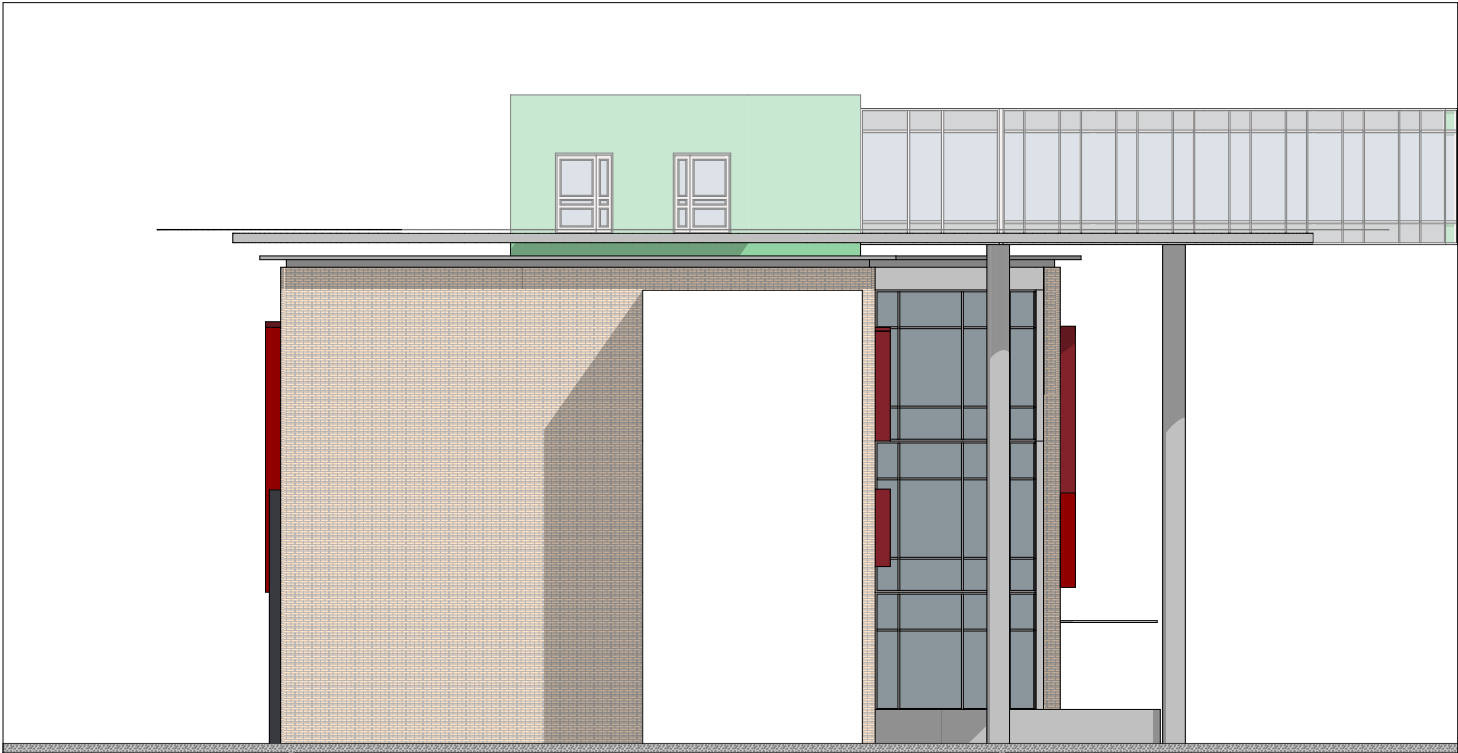
Rev:
22.04.2015
17.11.2014
24.10.2014



Rev:
22.04.2015
17.11.2014
24.10.2014



Rev:
22.04.2015
24.10.2014



FASADE VEST



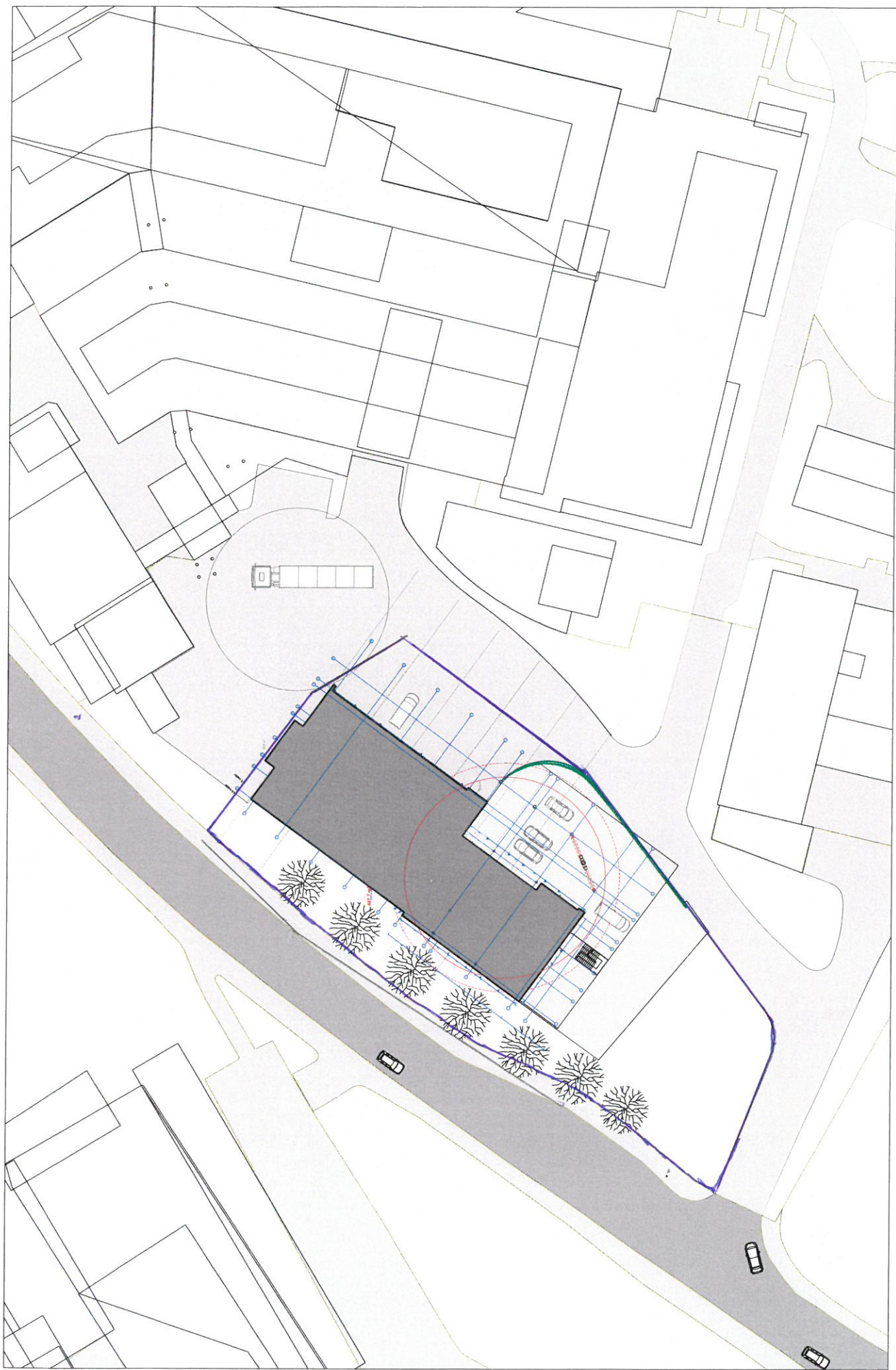
FASADE NORD



FASADE ØST



FASADE SØR



OPPDAGSGIVER



Levanger
kommune

PROSJEKTNR
1318.01

PROSJEKT
Kombinasjonsbygget
Sykehuset Levanger

TEKNIKKSTATUS
FORELØPIG

TEKNIKNR
A10-2

TEKNIKNR
Situasjonsplan

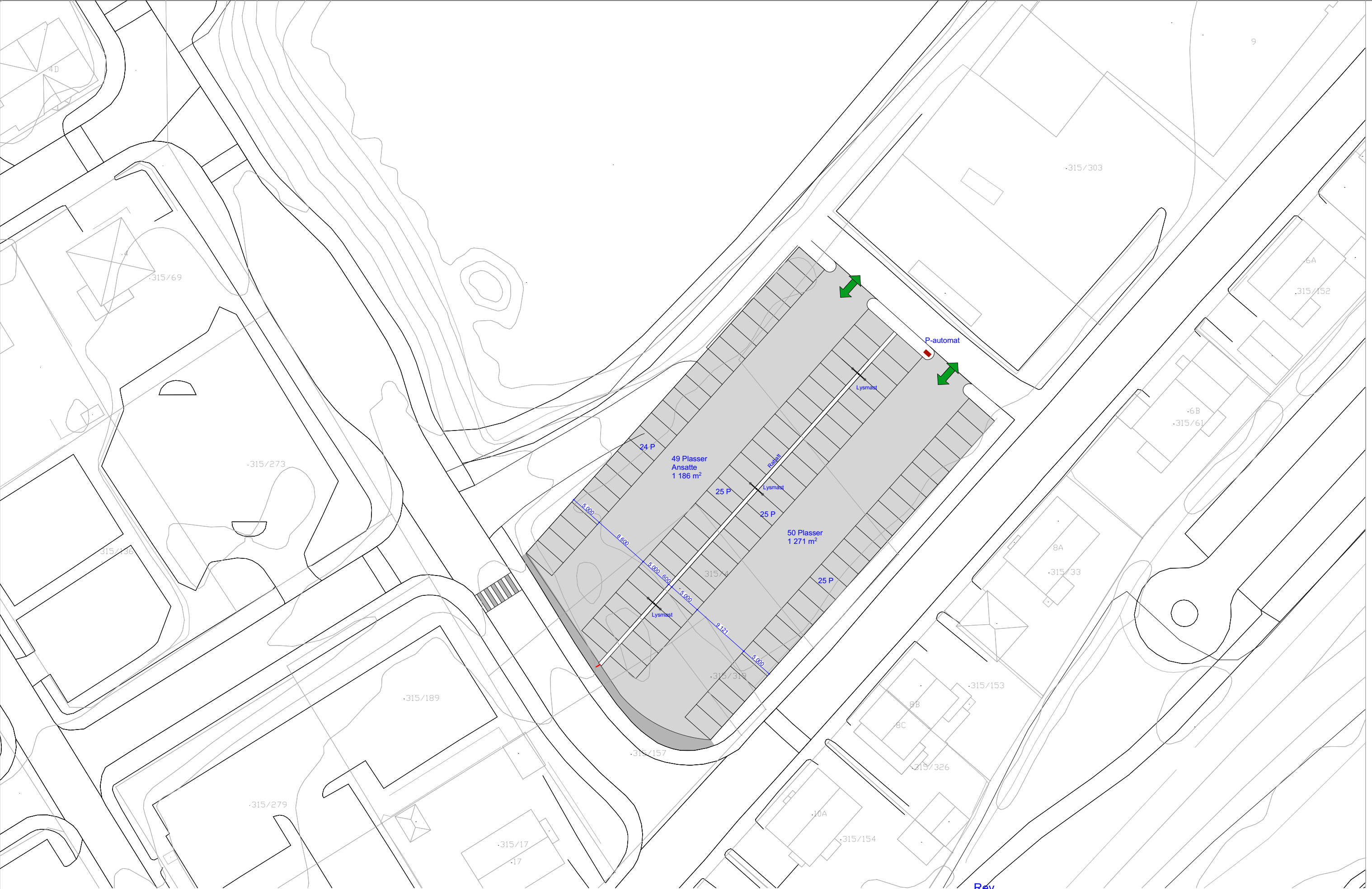
SKALA
1:500

DATO
11.03.15

SIGN.
MN

MADSØSVEEN
ARKITEKTER AS

BEDRØGSEN 14 TLF: 73 86 96 20
7014 TRONDHEIM FAX: 73 31 83 20
EPOST: post@madsosveen.no



Rev
27.04.2015

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 31/2015 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	1. juni 2015	31 /2015

Saksbeh:

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2015/1653

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:

Sak 31/2015 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Protokoll fra møte i Politisk samarbeidsutvalg 16.03.15
2. Protokoll fra møte i Administrativt samarbeidsutvalg 15.04.15
3. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 16.04. og 27.04.15
4. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 27.05.15
5. Protokoll fra foretaksmøte 30.04.15 mellom Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF
6. Andre orienteringer



PROTOKOLL FRA MØTE I POLITISK SAMARBEIDSUTVALG(PSU)

Mandag 16. mars 2015, Arken Sykehuset Levanger

TID: 0900-1100

Fra kommunene: Bjørn Skjelstad, Bård Langsåvold, Hege Nordheim-Viken og Robert Svarva.

Fra HNT: Alf Daniel Moen, Bjørn Arild Gram og Marit Dille.

Styreleder i KSNT, Marit Voll, møtte

Fra administrasjonene: Arne Flaas, Paul Georg Skogen, Laila Steinmo, KS og Einar Jakobsen fra KS.

Forfall: Inger Marit Eira-Åhrén.

Møtet var innkalt pr. mail mandag 9. mars 2015.

Sak 15/01. KOMMUNEREFORM – samfunnsreformer

Vedtak:

Politisk Samarbeidsutvalg (PSU) er opptatt av tryggheten til innbyggerne i Nord Trøndelag.

I Nord Trøndelag er det god tradisjon for samhandling på de fleste samfunnsområder og det er derigjennom etablert slitesterke (robuste) samfunnsstrukturer tilpasset den nordtrønderske virkeligheten (avstander-geografi-spreidbygdhet).

En rekke reformer de seinere årene og pågående reformer skjer nå med en styrke og et tempo som bekymrer PSU. Det er også egnet til bekymring at reformene synes iverksatt uten en helhetlig samfunnsmessig analyse.

Det kan også synes som om kommende reformer, eks. ny helse- og sykehusplan, vil sette velfungerende strukturer under press. PSU vil i denne sammenheng peke på akuttberedskap og beredskap generelt, kompetansebehov og muligheten for langsiktig forebyggende arbeid.

PSU vil derfor uttrykke bekymring for alle reformenes totalvirkning på det nordtrønderske fellesskapet og anmoder om at det politisk tas initiativ til en helhetlig gjennomgang (konsekvensutredning) av de samfunnsmessige virkningene.

SAK 15/02. KOMMUNIKASJON

Vedtak:

1. PSU anmoder om at ASU tar en debatt om hvordan kommunikasjon skal skje mellom kommuner-helseforetak og innbyggerne i Nord Trøndelag.

2. Det bør tas sikte på å etablere rutiner for hvordan man skal være i forkant med informasjon i aktuelle saker som angår a) partene direkte og b) innbyggerne.

SAK 15/03. UTVIKLINGSPLAN 2030

Vedtak:

Saken oversendes ASU som anbefales utrede a) hvilke samhandlingsoppgaver som ligger i Utviklingsplan 2030 og b) hvordan disse kan/bør løses i fellesskap.

SAK 15/04 «Årsmelding 2014»

Vedtak:

1. Årsrapport brukes som overskrift.
2. Årsrapporten blir fast hvert år. Den utformes kort og oversiktlig og distribueres til ordførere, rådmenn, presse m.m.
3. Fremlagte forslag justeres i tråd med de innspill som kom i møtet.

SAK 15/05. ORIENTERINGSSAKER

Øyeblikkelig hjelp....status.

Orientering v/ Olav Bremnes og Paul G. Skogen

Prosjekt En pasient En journal.

Orientering v/ Einar Jakobsen

Telemedisin – Namdalen.

Orientering om et mulig prosjekt v/ Einar Jakobsen

Vedtak:

Informasjon gitt i møtet tatt til orientering.

SAK 15/06. EVENTUELT

Spørsmål formulert av Robert Svarva (noenlunde slik):

Forekomsten av MRSA (meticillinresistente Staphylococcus aureus) har økt. Arbeidskraftforflytningene mellom land er stor og risikobildet er under hurtig endring/utvikling.

Infeksjonene berører kanskje særlig grad sykehusene. Utfordringene knyttet til MRSA sprer seg imidlertid i økende grad også til primærhelsetjenesten

Hvilke konsekvenser kan forekomsten av slike problemer skape? For helseforetaket? For primærhelsetjenesten? For samhandlingen?

Vedtak:

Problemstillingen tas opp som egen sak i neste møte i PSU.



MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 15.4.2015 kl. 10.00 – 14.30
Møtested: Fylkets Hus, Steinkjer
Saksnr.: 01/2015 - 10/2015
Arkivsaksnr: 2015/1359

Møteleder: Torunn Austheim

Møtende medlemmer:

Torunn Austheim
Jakob Br. Almlid
Håkon Kolstrøm
Gudrun Fossem
Runar Asp (fratrådte møtet kl. 1200)
Ragnhild Holmberg Aunsmo
Paul Georg Skogen
Olav Bremnes
Øystein Sende
Kathinka Meirik

Forfall:

Arne Flaatt
John Ivar Toft

Varamedlem:

Tone Skrove Haugan, møtte for John Ivar Toft
Tore Andersen, møtte for Arne Flaatt

Møtende repr. med møte og talerett:

Laila Steinmo, KS
Marit Voll, KS
Einar J. Jakobsen KS
Sølvi Sæther, ansattrepresentant fra Helse Nord-Trøndelag
Mathis Heibert, vara ansattrepresentant for Dnlf, møtte for Sunniva Rognerud
Hildur Fallmyr, brukerrepresentant
Bente Kne Haugdal, Rådgiver Fylkesmannen i N-T, møtte
Bjørn Ståle Aalberg, Leksvik kommune

Fra administrasjonen i Helse Nord-Trøndelag møtte:
Rådgiver Marit Røvik Skjerve (referent)

Merknader til møtet:

Ingen.

Merknader til innkalling og sakliste:

Ingen merknader til innkalling og sakliste.

Innkalling utsendt pr. e-post 8.4.15.

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

<https://ekstranett.helse-midt.no/1007/samarbeidsutvalg%20HNT/Presentasjoner1/Forms/AllItems.aspx?RootFolder=%2F1007%2Fsamarbeidsutvalg%20HNT%2FPresentasjoner1%2F2015%20Administrativt%20samarbeidsutvalg%20150415&FolderCTID=0x0120007476608EF155654BA0E587F9C781DC25&View=%7B5E969E8F%2DB03B%2D49ED%2DA905%2D3A577AD11E69%7D>

Sak 01/2015 Godkjenning av protokoll fra møte 13.11.14.

Protokoll:

Møteleder viste til protokollen. Sak om rutiner for oppnevning og honorering av brukerrepresentanter (sak 42/2014 pkt. 7) legges fram for realitetsbehandling i neste møte.

Vedtak:

Protokoll fra møte 13.11.14 godkjennes.

Sak 02/2015 Temasak - «Etterlevelse av avtalene i praksis»

Forslag til vedtak:

ASU tar temasaken «Etterlevelse av avtalene i praksis» til etterretning.

Protokoll:

- Rachel Myhr Williksen, Deloitte, orienterte om prosjektet – Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak -etterleves de?
Det ble orientert om bakgrunnen for prosjektet, og funn fra intervju av et utvalg kommuner og helseforetak, og utarbeidelse av anbefalinger og skisser til avtalebestemmelser som bidrar til å fremme intensjonen med avtalene med bakgrunn i undersøkelsen.
 - Marianne Vollen, Steinkjer kommune, orienterte m masteroppgaven Samhandlingsreformen = det nye «Soria Moria slot»? en analyse om mellomledens rolle som oversetter av Samhandlingsreformen sett opp mot kunnskaps – og organisasjonsutvikling i Steinkjer kommune.
-

- Odd Lutnæs Sakshaug, KomRev Trøndelag, orientere fra forvaltningsrevisjonen foretatt i Indre Namdal (kommunene Lierne, Røyrvik, Namsskogan, Grong og Høylandet), angående status innføring/gjennomføring Samhandlingsreformen.
- Olav Bremnes, samhandlingssjef HNT, orienterte om status implementering av avtalene mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag

Presentasjonene publiseres på samhandlingsiden - ASU.

Vedtak:

ASU tar saken til orientering.

Sak 03/2015 Forslag til framtidig organisering av praksiskonsulentordningen (PKO) for leger, mellom Helse Nord-Trøndelag og kommunene

Forslag til vedtak:

Saken tas til orientering og tas opp igjen på møte i ASU 23.9.2015 for realitetsbehandling.

Protokoll:

Olav Bremnes orienterte om bakgrunnen for framlagte sak.

Vedtak:

Saken tas til orientering og tas opp igjen på møte i ASU 23.9.2015 for realitetsbehandling.

Sak 04/2015 Årsrapport 2014

Forslag til vedtak:

ASU tar årsrapporten til orientering

Protokoll:

Leder i ASU viste til rapporten.

Vedtak:

ASU tar årsrapporten til orientering

Sak 05/2015 Revidering av sammensetning av fagråd og mandat for tjenesteavtale 10

Forslag til vedtak:

Antall faste medlemmer reduseres fra 19 til 13.

Folkehelsekonferansen arrangeres av de som jobber med helsefremming og primærforebygging.

Fylkeskommunen, Avdeling tannhelse og folkehelse er aktuell arrangør.

Fokusområde for fagrådet i 2015 og 2016:

Frisklivstilbud og Læring- og mestring jfr. oppfølging av statusrapporten av 13.11.2014.

Protokoll:

Tone S. Haugan redegjorde for saken.

Vedtak:

Antall faste medlemmer reduseres fra 19 til 13.

Folkhelsekonferansen arrangeres av de som jobber med helsefremming og primærforebygging. Fylkeskommunen, Avdeling tannhelse og folkehelse er aktuell arrangør.

Fokusområde for fagrådet i 2015 og 2016:

Frisklivstilbud og Læring- og mestring jfr. oppfølging av statusrapporten av 13.11.2014.

Sak 06/2015 Fagnettverk for ressurspersoner i kreftomsorg og lindrende behandling

Forslag til vedtak:

Kompetansenettverket for ressurspersoner i kreftomsorg og lindrende behandling formaliseres med følgende mandat:

- Å arrangere en årlig fagdag; arrangeres gjerne på HINT Røstad.
- Driftsgruppen med representanter fra kommunene og Helse Nord-Trøndelag HF arrangerer fagdagen for helsepersonell i hele Nord-Trøndelag fylke med interesse for fagfeltet.
- Forelesere skal ha høyt faglig nivå innen sitt felt og legge vekt på hele pasientforløpet.

Målsettingen med kompetansenettverket for ressurspersoner i kreftomsorg og lindrende behandling er økt kompetanse og bedret samhandling innen kreftomsorg og lindrende behandling på alle helsetjenestenivå.

Dette skjer ved...

- Systematisk vedlikehold av kunnskap til grupper av helsepersonell
- Felles møtefora mellom Helse Nord-Trøndelag HF og kommuner, kommuneregioner, sykehusområder for ulike fagområder og faggrupper.
- Kompetansenettverket videreføres etter nærmere vurdering for å overvåke, sikre vedlikehold av kunnskap og oppdatering av ny kompetanse for å følge opp tjenesteavtalene.
- Partene plikter å gjøre kjent for hverandre ulike kurs og fagdager som avholdes; (årshjul). Oversikten legges ut på felles samhandlingside.
- Partene tar ansvar for kostnadene ved å arrangere fagdagen.

Navneendring:

Kompetansenettverket for ressurspersoner i kreftomsorg og lindrende behandling endrer navn til fagnettverk for ressurspersoner i kreftomsorg og lindrende behandling (jfr. tjenesteavtale 6 pkt. 4.3.b)

Protokoll:

Tone S. Haugan gjorde rede for saken.

En oversikt over ressurspersoner i Fagnettverk/Kompetansenettverk for ressurspersoner i kreftomsorg og lindrende behandling i Helse Nord-Trøndelag, kommuner i Nord Trøndelag, er lagt ut på samhandlingssiden - ASU (sak 06/2015):

<https://ekstranett.helse-midt.no/1007/samarbeidsutvalg%20HNT/Sakspapirer/Sak%2006-15%20Ressurspersoner%20-%20%20Fagnettverk%20%20for%20ressurspersoner%20i%20kreftomsorg%20og%20lindrende%20behandling.pdf>

Vedtak:

Kompetansenettverket for ressurspersoner i kreftomsorg og lindrende behandling formaliseres med følgende mandat:

- Å arrangere en årlig fagdag; arrangeres gjerne på HINT Røstad.
- Driftsgruppen med representanter fra kommunene og Helse Nord-Trøndelag HF arrangerer fagdagen for helsepersonell i hele Nord-Trøndelag fylke med interesse for fagfeltet.
- Forelesere skal ha høyt faglig nivå innen sitt felt og legge vekt på hele pasientforløpet.

Målsettingen med kompetansenettverket for ressurspersoner i kreftomsorg og lindrende behandling er økt kompetanse og bedret samhandling innen kreftomsorg og lindrende behandling på alle helsetjenestenivå.

Dette skjer ved...

- Systematisk vedlikehold av kunnskap til grupper av helsepersonell
- Felles møtefora mellom Helse Nord-Trøndelag HF og kommuner, kommuneregioner, sykehusområder for ulike fagområder og faggrupper.
- Kompetansenettverket videreføres etter nærmere vurdering for å overvåke, sikre vedlikehold av kunnskap og oppdatering av ny kompetanse for å følge opp tjenesteavtalene.
- Partene plikter å gjøre kjent for hverandre ulike kurs og fagdager som avholdes; (årshjul). Oversikten legges ut på felles samhandlingside.
- Partene tar ansvar for kostnadene ved å arrangere fagdagen.

Navneendring:

Kompetansenettverket for ressurspersoner i kreftomsorg og lindrende behandling endrer navn til fagnettverk for ressurspersoner i kreftomsorg og lindrende behandling (jfr. tjenesteavtale 6 pkt. 4.3.b)

Sak 07/2015 Godkjenning av helhetlig pasientforløp for KOLS-pasienter

Forslag til vedtak:

1. ASU tar til orientering at prosjektet utvikling av det gjennomgående pasientforløpet for pasienter med KOLS (kolsforløpet) er gjennomført og avsluttet.
2. ASU anmoder både Helse Nord-Trøndelag HF og kommunene om å beslutte igangsetting og implementering av kolsforløpet.

Protokoll:

Øystein Sende orienterte om saken.

Det ble fremmet følgende tilleggsforslag:

ASU ber prosjektet om å utarbeide en konkret og kostnadsberegnet plan for implementeringen av «helhetlig pasientforløp for KOLS-pasienter»

Planen skal ha overføringsverdi for implementering av andre pasientforløp.

ASU ber om at det utarbeides metodikk for implementering for samhandling ved innføring av pasientforløp for KOLS-pasienter.

Presentasjonen publiseres i styreadministrasjonen.

Vedtak:

1. ASU tar til orientering at prosjektet utvikling av det gjennomgående pasientforløpet for pasienter med KOLS (kolsforløpet) er gjennomført og avsluttet.
2. ASU anbefaler Helse Nord-Trøndelag HF og kommunene å beslutte igangsetting og implementering av kolsforløpet.
3. ASU ber prosjektet om å utarbeide en konkret og kostnadsberegnet plan for implementeringen av «helhetlig pasientforløp for KOLS-pasienter». Planen skal ha overføringsverdi for implementering av andre pasientforløp.

Sak 08/2015 Evaluering av Samhandlingskonferansen 2015 og oppnevning av ny program- og arrangementskomité for Samhandlingskonferansen 2016

Forslag til vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg tar evalueringen av Samhandlingskonferansen 2015 til etterretning.

Ny Samhandlingskonferanse arrangeres i 2016. Helse Nord-Trøndelag har lederfunksjonen og sekretariat.

ASU oppnevner følgende program og arrangementskomite for Samhandlingskonferansen 2016:

xxx (Helse Nord-Trøndelag)

xxx (Helse Nord-Trøndelag)

xxx (Helse Nord-Trøndelag)

xxx (Helse Nord-Trøndelag)

Svenn Morten Iversen(Praksiskonsulent)?

xxx - representant fra Brukerutvalget (hvem er det?)

Marit Pedersen (KS)

Anne Johanne Lajord(KS)

..... (KS)

.....(KS)

Bente Kne Haugdahl – Fylkesmannen i NT

ASU vedtar at overskuddet fra Samhandlingskonferansene i 2014 og 2015, på kr. 33 269,- forblir på KS konto til kjøp av legetjenester eller foredragsholdere til fremtidige ASU-møter.

Protokoll:

Laila Steinmo, KS, redegjorte for saken.

Vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg tar evalueringen av Samhandlingskonferansen 2015 til etterretning.

Ny Samhandlingskonferanse arrangeres i 2016. Helse Nord-Trøndelag har lederfunksjonen og sekretariat.

ASU oppnevner følgende program og arrangementskomite for Samhandlingskonferansen 2016:

Hilde Fossland - Helse Nord-Trøndelag

Anne Kristine Vevelstad - Helse Nord-Trøndelag

Tone S. Haugan - Helse Nord-Trøndelag

Representant fra Rus/psykiatri (HNT)

Marit Røvik Skjerve - Helse Nord-Trøndelag

Svenn Morten Iversen- Praksiskonsulent

John Karl Amdahl - representant fra Brukerutvalget

Marit Pedersen – Nærøy kommune

Anne Johanne Lajord - Fosnes kommune

Liv Leth-Olsen – Frosta kommune

Nina Øie Devik – Namsskogan kommune

Bente Kne Haugdahl – Fylkesmannen i Nord-Trøndelag

ASU vedtar at overskuddet fra Samhandlingskonferansene i 2014 og 2015, på kr. 33 269,- forblir på KS konto til kjøp av legetjenester eller foredragsholdere til fremtidige arrangement i regi av ASU.

Sak 09/2015 Orienteringer

Protokoll:

1. *Protokoll fra møte i Politisk samarbeidsutvalg 16.03.15*
Protokoll og årsrapport for Politisk samarbeidsutvalg var utsendt i forkant av møtet. Einar Jakobsen, KS, orienterte fra protokollen.
2. *Oversikt/status samhandlingsprosjekter*
Tone S. Haugan, samhandlingskoordinator HNT, orienterte om status på prosjektet Helhetlig sammenhengende svangerskapsomsorg.
3. *Utskrivningsklare pasienter – mediadekning*
Øystein Sende, klinikkleder HNT, orienterte spesielt om en konkret hendelse som er omtalt i media.
4. *Uthysning av samhandlingsmidler 2015*
Olav Bremnes orienterte om endring i praksis i tildeling av samhandlingsmidler. Helse Midt-Norge endrer fordelingen av samhandlingsmidlene til helseforetakene. Dette betyr en reduksjon i overføringene fra HMN, og midlene for 2015 går i hovedsak til finansiering av DMS Inn-Trøndelag og DMS Værnesregionen. Fra 2016 vil det bli en ytterligere reduksjon i rammene til HNT, fordi fordelingene mellom helseforetakene i regionen endres.

Vedtak:

ASU tar sakene til orientering.

Sak 10/2015 Eventuelt

Leder i ASU tok opp spørsmål om tettere samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten om brukere innenfor psykiatri/psykisk helse og rus feltet. Arbeidsutvalget til ASU ser nærmere på hvordan kommunene og HNT sammen skal arbeide videre med saken for å få et felles bilde av utfordringene på fagfeltet, og få avklart forventningene til hverandre.

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 16.04.15 kl 10.15 – kl 15.20

Møtested: Quality Airport Hotel Værnes (Stjørdal sentrum)

Saksnr.: 34/15 – 42/15

Arkivsaksnr.: 14/497

Møtende medlemmer:

Ola H. Strand

Liv Stette

Brit Tove Welde

Tore Kristiansen

Vigdis Harsvik

Sølvi Sæther

Ivar Østrem

Randulf Søberg

Forfall:

Paul Steinar Valle

Regionalt brukerutvalg:

Snorre Ness

Johan Solheim

Fra administrasjonen møtte:

Kst. adm. dir. Daniel Haga

Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Direktør for eierstyring Torbjørge Vanvik

Direktør for stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød

Direktør for helsefag, forskning og utdanning Pepe Salvesen

Økonomidirektør Anne Marie Barane

Seniorrådgiver Trond Håvard Eidet

Revisorer fra BDO (sak 35/15):

Stein Erik Sæther

Terje Tvedt

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 09.04.15. Samme dag ble saksdokumentene, med unntak av sak 35/15 lagt ut i styreadministrasjonen.

Sak 35/15 Styrets årsberetning og årsregnskap 2014 for Helse Midt-Norge RHF ble lagt ut i styreadministrasjonen 13.04.15.

Drøftingsprotokoller til sak 37/15 og 38/15 og vedlegg til sak 39/15 «Mobilisering av ressurser til forberedelser av anskaffelsesprogram ny PAS/EPJ» ble også lagt ut i styreadministrasjonen 13.04.15.

Det ble videre lagt ut en ny styresak – 42/15 Fullmakt til oppnevning av nytt styremedlem i HF styrer 13.04.15

15.04.15 ble ny versjon av Styrets årsberetning og årsregnskap 2014 for Helse Midt-Norge RHF lagt ut i styreadministrasjonen.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 13.04.15

Styreleder Ola H. Strand ønsket velkommen til styremøtet.

Innkalling og sakliste til møtet ble godkjent.

Styreleder ba om at behandling av sak 35/15 Styrets årsberetning og årsregnskap 2014 for Helse Midt-Norge RHF utsettes til et senere møte. Dette møtet avholdes etter at styrets revisjonskomite har avholdt sitt møte. Det orienteres om saken i dagens styremøte

Sak 34/15 Referatsaker

- Møte i regionalt brukerutvalg 13. april 2015
-

Sak 35/15 Styrets årsberetning og årsregnskap for 2014 for Helse Midt-Norge RHF

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2014 med de anmerkninger og kommentarer som framkom under møtet. Årets overskudd på 1 948 millioner kroner i Helse Midt-Norge RHF anvendes til dekning av tidligere års underskudd med 696,4 millioner kroner, overføring til annen egenkapital med 1246,8 millioner kroner og 4,8235 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 2015 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

Styreleder opplyste innledningsvis i møtet at styret ønsker å behandle styresaken i et senere styremøte.

Saken behandles i et ekstraordinært styremøte i etterkant av at Styrets revisjonsutvalg har hatt møte og behandlet årsberetning og årsregnskap.

Det ble gitt orientering om saken i dagens møte.

Revisor (BDO) ga sin vurdering i dagens møte.

Sak 36/15 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 28.02.15

Forslag til vedtak:

1 Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport per 28.2.2015 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 28.2.2015 til etterretning.

Sak 37/15 Opprettelse av godtgjøringsutvalg Helse Midt-Norge

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar å opprette godtgjøringsutvalg Helse Midt-Norge med tilhørende instruks.

2. Styret oppnevner følgende medlemmer til utvalget

..... (leder)

.....

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

Utvalget velges i første omgang for gjeldende styreperiode

3. Styret ber adm direktør gjøre foretaksgruppen kjent med opprettelsen av godtgjøringsutvalget, utvalgets funksjoner og de nye retningslinjene for lønn og godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierskap

Protokoll

Styreleder foreslo å gå inn som leder for godtgjøringsutvalget med Liv Stette som medlem.

Styremedlem Sølvi Sæther opplyste at styremedlemmer valgt av ansatte ønsker at Ivar Østrem går inn i utvalget.

Dette gir følgende forslag til medlemmer

Ola H. Strand (leder)

Liv Stette

Ivar Østrem (valgt blant ansatte i styret)

Styreleder foreslo at det gis en godtgjøring for arbeidet tilsvarende styrets revisjonsutvalgs godtgjøring. Dette avklares med departementet.

Det ble stemt over alle punkter inkl. forslag til endringer samlet, og styret fattet enstemmig vedtak.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar å opprette godtgjøringsutvalg Helse Midt-Norge med tilhørende instruks.

2. Styret oppnevner følgende medlemmer til utvalget

Ola H. Strand (leder)

Liv Stette

Ivar Østrem (valgt blant ansatte i styret)

Utvalget velges i første omgang for gjeldende styreperiode

Det gis en godtgjørelse til utvalget tilsvarende styrets revisjonsutvalgs godtgjørelse. Dette avklares med Helse og omsorgsdepartementet.

3. Styret ber adm direktør gjøre foretaksgruppen kjent med opprettelsen av godtgjøringsutvalget, utvalgets funksjoner og de nye retningslinjene for lønn og godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierskap

Sak 38/15 Ambulansestasjonsstruktur i Midt-Norge

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF gir sykehusforetakene ansvar for å beslutte hvilken ambulansestasjonsstruktur som til enhver tid skal gjelde i foretakets eget ansvarsområde.

Dette med bakgrunn i at foretakene fra og med 2015 har totalansvaret for ambulansetjenesten i sitt ansvarsområde.

2. Det forutsettes at helseforetakene til enhver tid organiserer sine ambulansetjenester i tråd med føringer og krav fra nasjonale myndigheter.

3. Ambulansetjenesten har svært stor betydning for reell og opplevd trygghet for liv og helse for innbyggerne. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at helseforetakene sikrer en god dialog og involvering av berørte kommuner ved eventuelle endringer i ambulansestasjonsstrukturen.

Protokoll

Styremedlem Sølvi Sæther fremmet forslag om et nytt punkt 4

4. Strukturspørsmål i grenseområder mellom flere HF skal drøftes i administrative regionale fora

Det ble stemt over alle punkter samlet og disse ble enstemmig vedtatt

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF gir sykehusforetakene ansvar for å beslutte hvilken ambulansestasjonsstruktur som til enhver tid skal gjelde i foretakets eget ansvarsområde. Dette med bakgrunn i at foretakene fra og med 2015 har totalansvaret for ambulansetjenesten i sitt ansvarsområde.

2. Det forutsettes at helseforetakene til enhver tid organiserer sine ambulansetjenester i tråd med føringer og krav fra nasjonale myndigheter.

3. Ambulansetjenesten har svært stor betydning for reell og opplevd trygghet for liv og helse for innbyggerne. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at helseforetakene sikrer en god dialog og involvering av berørte kommuner ved eventuelle endringer i ambulansestasjonsstrukturen.

4. Strukturspørsmål i grenseområder mellom flere HF skal drøftes i administrative regionale fora

Sak 42/15 Fullmakt til oppnevning av nytt styremedlem i HF-styrer

Saken ble behandlet etter sak 38/15

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar til etterretning at det er behov for å styrke den administrative innsatsen for å forberede anskaffelse av nytt EPJ/PAS

2. Styret gir derfor administrerende direktør fullmakt til å oppnevne et nytt styremedlem fra HMN RHF til helseforetakene i regionen for en periode på inntil 8 mndr med virkning fra 1. mai 2015.

Protokoll

Styreleder fremmet forslag om endring av punkt 2

2. Styret gir derfor administrerende direktør fullmakt til å oppnevne et nytt styremedlem fra HMN RHF til helseforetakene i regionen for *gjeldende valgperiode* med virkning fra 1. mai 2015.

Det ble stemt over vedtakspunktene samlet og disse ble enstemmig vedtatt

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar til etterretning at det er behov for å styrke den administrative innsatsen for å forberede anskaffelse av nytt EPJ/PAS

2. Styret gir derfor administrerende direktør fullmakt til å oppnevne et nytt styremedlem fra HMN RHF til helseforetakene i regionen for gjeldende valgperiode med virkning fra 1. mai 2015.

Sak 39/15 Orienteringssaker

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

I styremøte 16.04.15 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Nytt fra foretaksgruppen
- Ventetider og fristbrudd
- Mobilisering av ressurser til anskaffelsesprogram PAS/EPJ
- Regional HR handlingsplan for Helse Midt-Norge 2015-2016
- Foreløpig protokoll fra foretaksmøtet 09.04.15

Sak 40/15 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 41/15 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoll ble godkjent og signert i møtet

Stjørdal 16.04.15

Ola H. Strand

Paul Steinar Valle

Liv Stette

Tore Kristiansen

Vigdis Harsvik

Brit Tove Welde

Randulf Søberg

Sølvi Sæther

Ivar Østrem

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 27.04.15 kl 17.00 - kl 18.20

Møtested: Scandic Lerkendal Hotell, Trondheim + telefonmøte

Saksnr.: 43/15

Arkivsaksnr.: 14/497

Møtende medlemmer:

Ola H. Strand

Paul Steinar Valle (telefon)

Liv Stette (telefon)

Brit Tove Welde (telefon)

Tore Kristiansen (telefon)

Sølvi Sæther (telefon)

Ivar Østrem (telefon)

Randulf Søberg (telefon)

Vigdis Harsvik (telefon)

Forfall:

Ingen

Regionalt brukerutvalg:

Ingen

Fra administrasjonen møtte:

Kst. adm. dir. Daniel Haga (telefon)

Direktør for stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

HR direktør Anne Katarina Cartfjord

Seniorrådgiver Trond Håvard Eidet

Rådgiver Toril Grøtte (referent)

Fra Headvisor møtte:

Anders Bauge

Lars Jakob Arnøy

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 22.04.15. Samme dag ble saksdokumentene lagt ut i styreadministrasjonen på område som krever pålogging. Saksdokumenter hadde utsatt off.het i hht Off. lova § 5 og unntatt off.het i hht Off. lova § 25.

Styrets leder Ola H. Strand ønsket velkommen til styremøtet.

Innkalling og saksliste til møtet ble godkjent.

Sak 43/15 Tilsetting av ny administrerende direktør Helse Midt-Norge RHF

Saken ble behandlet i lukket møte med hjemmel i Helseforetaksloven § 26 a nr. 1.

Saksframlegg ble lagt ut uten forslag til vedtak.

Anders Bauge og Lars Jakob Arnøy fra Headvisor deltok i møtet og la frem deres anbefaling.

Tilsettingsutvalget la frem følgende forslag til innstilling:

1. Stig Slørdahl tilsettes som administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF fra og med 10.08.2015
2. Administrerende direktør gis en lønn på kr 1.800.000,- pr år. Betingelser for øvrig i hht til ansettelsesavtale
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF gir styreleder fullmakt til å inngå ansettelsesavtale i tråd med føringene

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Stig Slørdahl tilsettes som administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF fra og med 10.08.2015
2. Administrerende direktør gis en lønn på kr 1.800.000,- pr år. Betingelser for øvrig i hht til ansettelsesavtale
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF gir styreleder fullmakt til å inngå ansettelsesavtale i tråd med føringene

Sak 44/15 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoll ble godkjent i møtet. Signeres i neste styremøte.

Stjørdal 18.06.15

Ola H. Strand

Paul Steinar Valle

Liv Stette

Tore Kristiansen

Vigdis Harsvik

Brit Tove Welde

Randulf Søberg

Sølvi Sæther

Ivar Østrem

Foreløpig pr 270415

Foretaksmøteprotokoll 30. april 2015

Foretaksmøteprotokoll Helse Nord-Trøndelag HF

**Godkjenning av årsregnskap og
årsberetning for 2014, behandling av
årlig melding mv.**



Innholdsfortegnelse

Sak 1	Foretaksmøtet konstitueres	2
Sak 2	Dagsorden	2
Sak 3	Godkjenning av årsregnskap og årsberetning 2014, jf. lov om helseforetak § 43	2
	og vedtektene § 6.	2
Sak 4	Nye retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte.....	2
Sak 5	Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. lov om helseforetak § 44.....	3
Sak 6	Årlig melding 2014, jf. lov om helseforetak § 34 og vedtektene §§ 6 og 13	3
Sak 7	Oppnevning av styremedlem.....	5

PROTOKOLL FRA FORETAKSMØTE I HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Torsdag 30. april 2015 kl. 12.00 ble det avholdt foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag HF i Helse Midt-Norge RHF sine lokaler i Strandveien 1, Stjørdal.

Dagsorden

- Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres
- Sak 2 Dagsorden
- Sak 3 Godkjenning av årsregnskap og årsberetning 2014, jf. lov om helseforetak § 43, og vedtektene § 6
- Sak 4 Nye retningslinjer for lønn og andre godtgjørelser for ledende ansatte
- Sak 5 Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. lov om helseforetak § 44
- Sak 6 Årlig melding 2014, jf. lov om helseforetak § 34 og vedtektene §§ 6 og 13
- Sak 7 Oppnevning av styremedlem

Fra Helse Midt-Norge RHF møte

Styreleder Ola H. Strand

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

Administrerende direktør (kst.) Daniel Haga

Direktør for eierstyring Torbjørگ Vanvik

Senior strategirådgiver Mette Nilstad

Fra Helse Nord-Trøndelag HF møte

Styreleder Alf Daniel Moen

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

Administrerende direktør Arne Flaatt

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

Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres

Styreleder Ola H. Strand ønsket, som øverste eiermyndighet og møteleder, velkommen. Han spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen er godkjent. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Styreleder Alf Daniel Moen og administrerende direktør Daniel Haga ble valgt til å skrive under protokollen.

Sak 2 Dagsorden

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

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden er godkjent.

Sak 3 Godkjenning av årsregnskap og årsberetning 2014, jf. lov om helseforetak § 43 og vedtektene § 6.

I samsvar med lov om helseforetak § 43 og vedtektenes § 6 ble styrets årsregnskap og årsberetning for 2014 framlagt til godkjenning i foretaksmøtet. Helse Nord-Trøndelag HF redegjorde kort for årsregnskap og årsberetning for 2014.

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF har framlagt et årsresultat på 293,7 mill. kroner, noe som er 10,4 mill. kroner høyere enn fastsatt krav fra Helse Midt-Norge RHF. Resultatkravet er dermed oppfylt.

Foretaksmøtet merket seg at Helse Nord-Trøndelag HF har utarbeidet en erklæring om fastsettelse lønn og godtgjørelse for daglig leder og andre ledende ansatte i tråd med allmennaksjelovens § 6-16a og vedtektene § 14a. Erklæringen er tatt inn i note 5 til årsregnskapet. Foretaksmøtet skal i henhold til vedtektene § 14a og allmennaksjeloven § 5-6 tredje ledd godkjenne retningslinjene for inneværende år.

Foretaksmøtet vedtok:

Styrets framlagte årsregnskap og årsberetning for 2014 godkjennes.

Foretaksmøtet gir sin tilslutning til styrets retningslinjer for lederlønnfastsettelse i 2015 med de endringer som følger av sak 4 i dette foretaksmøtet.

Sak 4 Nye retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte

Foretaksmøtet viste til at Nærings- og fiskeridepartementet har fastsatt nye «Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel» med virkning fra 13. februar 2015. I disse retningslinjene videreføres hovedprinsippene i de tidligere retningslinjene om at lederlønningene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende. Det skal legges vekt på moderasjon.

Foretaksmøtet viste videre til at styret i Helse Midt-Norge RHF har vedtatt å etablere et godtgjøringsutvalg for Helse Midt-Norge og at det er fastsatt en instruks for dette utvalget (jf. styresak 37/15). Dette fordi et samlet styre i Helse Midt-Norge RHF har det overordnede

ansvaret for at gjeldende policy, retningslinjer og regelverk blir fulgt opp hva angår lønn og retningslinjer for ledende ansatte i hele foretaksgruppen. Staten som eier forholder seg til redegjørelsen til morselskapet med hensyn til hvordan det følger opp statens retningslinjer i sine heleide datterselskap. Foretaksmøtet forutsatte at helseforetaket gjør seg kjent med opprettelsen av godtgjøringsutvalget og utvalgets funksjoner.

Foretaksmøtet forventet at styret har høy bevissthet rundt oppfølgingen av de nye retningslinjene. Videre forutsatte foretaksmøtet at helseforetaket skal følge retningslinjene med følgende presisering;

De nye retningslinjene skiller mellom selskaper der staten har en eierandel på over 90 prosent, og heleide datterselskaper av disse selskapene. Retningslinjene gjøres gjeldende i sin helhet for helseforetaket. Dette innebærer at statens retningslinjer for lederlønn skal følges. Styrene i helseforetakene kan ikke fravike statens retningslinjer når de utarbeider sine retningslinjer.

Foretaksmøtet viste videre til hvilke øvrige hovedendringer i retningslinjene som er relevante for helseforetakene. Dette er;

Innstramming i pensjonsopptjeningen til maksimalt 12G

Pensjonskostnader som dekkes av arbeidsgiver bør være begrenset til kollektive skattefavoriserte pensjonsavtaler. Staten vil som varslet i Meld. St. 27 (2013-2014) *Et mangfoldig og verdiskapende eierskap* heretter ikke støtte pensjonsopptjening over 12G.

Sluttvederlag

På området sluttvederlag er retningslinjenes virkeområde utvidet til også å gjelde ledende ansatte, ikke bare virksomhetens øverste leder som i de tidligere retningslinjene. Det er også gjort presiseringer i de nye retningslinjene, blant annet om at eventuelle avvik fra statens retningslinjer bør gis i styrets erklæring om ledernes ansettelsesvilkår. Begrunnelsen for avvik blir dermed lettere offentlig tilgjengelig, noe regjeringen mener bidrar til økt åpenhet.

Foretaksmøtet vedtok:

«Retningslinjer for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel» gjøres i sin helhet gjeldende for Helse Nord-Trøndelag HF. Dette innebærer at styret ikke kan fravike statens retningslinjer når de utarbeider sine retningslinjer.

Sak 5 Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. lov om helseforetak § 44

Lovpålagt revisjonshonorar omfatter honorar for nødvendig arbeid i forbindelse med avgivelse av revisjonsberetning.

Foretaksmøtet vedtok:

Godtgjørelse til ekstern revisor for lovpålagt revisjon for 2014 på 122 000 kroner inkl. mva. godkjennes.

Sak 6 Årlig melding 2014, jf. lov om helseforetak § 34 og vedtektene §§ 6 og 13

Foretaksmøtet skal etter vedtektenes §§ 6 og 13 behandle årlig melding innen utgangen av juni hvert år.

Basert på de årlige meldingene fra alle helseforetak i regionen utarbeider Helse Midt-Norge RHF en samlet årlig melding for regionen. Helse Midt-Norge RHF har en målsetting om hvert år å levere en god årlig melding til eier. For at den samlede årlige meldingen for regionen skal holde


Sign: DH:

ADM: 

en høy kvalitet, er en av forutsetningene at det enkelte helseforetak i regionen leverer gode årlige meldinger.

Helse Nord-Trøndelag HF leverte en årlig melding 2014 som gir en god oversikt over helseforetaket og dets virksomhet i 2014. Graden av måloppnåelse og tiltak for å bedre denne, kunne for flere av styringskravene vært framstilt tydeligere. Foretaksmøtet bad styret følge opp dette i årlig melding for 2015.

Helseforetaket ga en kort orientering om årlig melding 2014 og styrets videre arbeid på utvalgte områder.

Meldingen viser at helseforetaket oppfyller mange viktige styringskrav og mål i 2014, men også at foretaket ikke har innfridd nivåsatte krav på noen områder. Foretaksmøtet bemerket at mange utfordringer som er beskrevet i meldingen krever videre oppfølging også i 2015 og la til grunn at helseforetakenes styre og ledelse gjør dette på en god måte. Spesielt la foretaksmøtet vekt på at arbeidet med å oppnå målsettingene på tilgjengelighet og nasjonale kvalitetsindikator må videreføres i 2015.

Foretaksmøtet merket seg at målet om å redusere gjennomsnittlig ventetid til under 65 dager i 2014 ikke er oppfylt og presiserte at dette ikke er tilfredsstillende. Gjennomsnittlig ventetid for pasienter som fikk et tilbud om utredning eller behandling var 74 dager i 2014, to dager mer enn i 2013. Hittil i år (tom mars) har gjennomsnittlig ventetid (avviklede pasienter) vært på 69 dager, mens ventetiden for de som fortsatt venter var på 92 dager i samme periode.

Samtidig har helseforetaket hatt en nedgang i andelen fristbrudd fra 4,2 pst. i 2013 til 3,6 pst. i 2014. I mars 2015 var andelen fristbrudd redusert til 1,6 pst. Foretaksmøtet var fornøyd med at helseforetakets arbeid med å redusere fristbrudd viser gode resultater. Foretaksmøtet forutsatte at helseforetaket fortsatt må arbeide aktivt for å få bort de siste fristbruddene og hindre at nye skjer.

Foretaksmøtet ba om at helseforetaket styrker arbeidet med å redusere ventetider og fjerne fristbrudd slik at styringskravene oppfylles. Det ble vist til de gode resultatene St. Olavs Hospital HF har hatt på dette området. Foretaksmøtet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF lærer av de prosesser som er satt i gang ved St. Olavs Hospital.

Pasientsikkerhet er et av de viktigste innsatsområdene både nå og i tiden framover. I årlig melding har Helse Nord-Trøndelag HF gitt tilbakemelding om at en rekke av pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker er tatt i bruk, men at det enda gjenstår implementering av flere av disse. Foretaksmøtet ba om at helseforetaket styrker arbeidet med bredding av tiltakspakkene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet.

KomUT (kommunal utbredelse av meldinger) prosjektet i Midt-Norge har sørget for at samtlige kommuner i Midt Norge nå mottar elektroniske PLO-meldinger. KomUt-nettverket, som består av fylkesvise koordinatorene, prosjektledere for utbredelse av PLO-meldinger i hvert helseforetak, programleder for Meldingsløftet i Helse Midt-Norge og ressurser fra Hemit, har vært en suksessfaktor i dette arbeidet. Det er av stor betydning å få gjennomført opplæring og styrket integrering i kommunene og på helseforetakene også i 2015, ikke minst i forhold til bredding innen psykiatri, rehabilitering, helsestasjon og i poliklinikk. Med bakgrunn i Helse Midt-Norge RHF sin IKT-strategi, og status for integrasjon av elektroniske meldinger, bes helseforetakene legge til rette for at nettverkets funksjon også kan opprettholdes i 2015.



Sign: DH:

ADM: 

Side 4

For 2014 ble det stilt krav om at 80 pst. av pasientene som henvises for kreftbehandling skal være i gang med behandling innen 20 virkedager etter at henvisningen er mottatt. Foretaksmøtet har merket seg at Helse Nord-Trøndelag HF har oppnådd målsettingen innen brystkreft og har hatt forbedret måloppnåelse for pasienter med tykktarmkreft. Foretaksmøtet viste til arbeidet med å standardisere pasientforløpene og innføre pakkeforløp innen kreftområdet og understreket viktigheten av å lykkes på dette området.

Foretaksmøtet viste til styringskravet om at det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk og ba helseforetaket følge opp dette for å sikre måloppnåelse i 2015.

Foretaksmøtet merket seg også de positive resultater knyttet til pasienttilfredshet, der pasientene gir foretaket blant de beste tilbakemeldingene i landet. Videre var foretaksmøtet godt fornøyd med resultatene innen forskning og utdanning

Foretaksmøtet ba om at helseforetakets arbeid med utviklingen av en heltidskultur videreføres.

Foretaksmøtet understreket viktigheten av at alle helseforetak i Helse Midt-Norge må skape økonomisk handlingsrom som sikrer nødvendige investeringer og utvikling av virksomheten. Det økonomiske resultat ved Helse Nord-Trøndelag HF for 2014 viser at helseforetaket har klart å videreføre den positive resultatutvikling man har hatt de senere år. Foretaksmøtet var tilfreds med at helseforetaket har vist god økonomistyring og oppnådde et resultat bedre enn styringskravet. I årlig melding har Helse Nord-Trøndelag HF gitt tilbakemelding om at de fortsatt vil ha stor styrke på forbedrings- og effektiviseringsfokus framover, men at driften er betydelig effektivisert. Derfor kan det ikke ventes så store økonomiske effekter av forbedringsarbeidet som i tidligere år. Foretaksmøtet viste likevel til at foretaket fortsatt må ha stor oppmerksomhet på å opprettholde økonomisk kontroll og sikre økonomisk handlingsrom.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet tar årlig melding 2014 fra Helse Nord-Trøndelag HF til etterretning.

Sak 7 Oppnevning av styremedlem

Helse Midt-Norge RHF redegjorde for bakgrunn for endring i styresammensetningen. Torbjørn Vanvik får tre ut av styret i tråd med helseforetakslovens § 25 1. ledd med virkning fra 1. mai 2015.

Foretaksmøtet vedtok:

Foretaksmøtet oppnevner Jan Eirik Thoresen som nytt styremedlem fra 1. mai 2015 og med tjenestetid ut gjeldende valgperiode.

Møtet ble hevet kl. 13:00.

Stjørdal, 30. april 2015


Daniel Haga


Alf Daniel Moen

Sign: DH:

ADM:

Side 5