

Styrets medlemmer

Vår ref.:	Deres ref.:	Arkiv:	Dato :
2012/6351 - 20974/2012		012	30.08.2012

Innkalling til styremøte i Helse Nord-Trøndelag 6. september 2012

Det kalles med dette inn til styremøte i Helse Nord-Trøndelag 6. september 2012 kl. 1000.
Møtet finner sted på Sykehuset Levanger, møterom i Arken.

- | | |
|--------------------|---|
| Sak 25/2012 | Godkjenning av særavtale mellom Helse Nord-Trøndelag og INVEST-kommunene (Inderøy, Snåsa, Verran og Steinkjer) vedrørende DMS Inn-Trøndelag |
| Sak 26/2012 | Rapporter etter systemtilsyn pr. august 2012 |
| Sak 27/2012 | IKT-strategi for Helse Midt-Norge
<i>(Orientering av prosjektleder)</i> |
| Sak 28/2012 | Orienteringssaker:
1. Protokoll fra møte i Administrativt samarbeidsutvalg 30.08.12
2. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 03.09.12
3. Driftsrapport for juni/juli 2012
4. Orientering SAMDATA rapport - Spesialisthelsetjenesten 2011
5. Møteplan for 2013
6. Andre orienteringer |
| Sak 29/2012 | Eventuelt |
| Sak 30/2012 | Godkjenning og signering av protokoll |

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

Kopi:
Styrets varamedlemmer
Administrativt samarbeidsutvalg v/leder
Brukerutvalget v/leder

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 25/2012 Godkjenning av særavtale mellom Helse Nord-Trøndelag og INVEST-kommunene (Inderøy, Snåsa, Verran og Steinkjer) vedrørende DMS Inn-Trøndelag

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	06.09.12	25/2012

Saksbeh: Paul Georg Skogen

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2012/6351

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord- Trøndelag HF godkjenner fremlagt særavtale mellom Helse Nord-Trøndelag og INVEST-kommunene (Inderøy, Snåsa, Verran og Steinkjer) som vertskommuner vedrørende DMS Inn-Trøndelag.

SAKSUTREDNING:

Sak 25/2012 Godkjenning av særavtale mellom Helse Nord-Trøndelag og INVEST-kommunene (Inderøy, Snåsa, Verran og Steinkjer) vedrørende DMS Inn-Trøndelag

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Særavtale DMS Inn-Trøndelag, gjeldende fra 07.09.12.

BAKGRUNN

I avtalens punkt 2 står følgende:

"Denne særavtalen er en videreføring av tidligere avtale om DMS Inn-Trøndelag mellom Steinkjer kommune og HNT av 16.12.2010. Kommunene Steinkjer, Verran, Snåsa og Inderøy er sammen med Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF, enig om å gå inn i en 5-årig særavtale om det interkommunale samarbeidet DMS Inn-Trøndelag."

DMS Inn-Trøndelag har siden oppstart vært et samarbeidsprosjekt mellom Steinkjer kommune som vertskommune for INVEST-kommunene (Inderøy, Snåsa, Verran og Steinkjer kommuner) og Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) og Helse Midt-Norge RHF (HMN). Det har vært stor interesse både lokalt, regionalt og nasjonalt for løsningen som her er valgt for drift av DMS.

Med hjemmel i punkt 14 (reforhandlingsklausul) i tidligere inngåtte avtale, var det ved innføring av Samhandlingsreformen med tilhørende avtaler mellom kommunene og helseforetaket i 2012, behov for utarbeiding av ny avtale. Forhandlingene fant sted i perioden februar - juli 2012.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Det vedlagte utkast til særavtale regulerer forholdet mellom Steinkjer kommune som vertskommune og HNT i samarbeidet om finansiering, innhold og utvikling av virksomheten ved DMS Inn-Trøndelag i lokalene ved Egge Helsetun gnr 205 bnr 2 i Steinkjer kommune (besøksadresse Markavegen 1, 7715 Steinkjer). HNT representerer også HMN i forhold til alle fire deltakerkommunene.

Særavtalen skal ses i sammenheng med de øvrige avtalene som regulerer samarbeidet mellom HNT og vertskommunen, og mellom HNT og de øvrige deltakerkommunene; herunder avtalene;

- Samarbeidsavtale og tilhørende tjenesteavtaler mellom Helse Nord-Trøndelag HF og deltakerkommunene Steinkjer, Verran, Snåsa og Inderøy.
- Husleicavtale mellom vertskommunen og HNT som gjelder lokaler som HNT leier til bruk for poliklinikkvirksomhet og dialyse ved Egge Helsetun.
- Avtale(r) om innleie av personell fra vertskommunen til HNT
- Avtale om røntgenutstyr og mellom vertskommunen og HNT
- Særavtale om kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud mellom HNT og hver enkelt deltakerkommune

Særavtalen regulerer bruken av 16 senger i den intermediære sengeposten ved DMS Inn-Trøndelag, hvorav 4 senger er øremerket til kommunal øyeblikkelig hjelp og 12 etterbehandlingssenger

(spleiselagssenger) er øremerket til pasienter som etter utskriving fra spesialisthelsetjenesten har behov for videreføring av påbegynt behandling-/etterbehandling-/rehabilitering. (Etterbehandlingspasientene er utskrevet fra spesialisthelsetjenesten til DMS Inn-Trøndelag tidligere enn hva som er normen for utskrivningsklare pasienter til kommune med samme diagnose og pasientforløp).

Kommunale korttidssenger er ikke omfattet av denne særavtalen.

Særavtalen gjelder pasienter bosatt i deltakerkommunene som har behov for videre behandling-/etterbehandling-/rehabilitering og som utskrives fra spesialisthelsetjenesten.

Retten til å skrive ut pasienter til de 12 etterbehandlingssengene (spleiselagssengene) i den intermediære sengeposten ved DMS Inn-Trøndelag er forbeholdt spesialisthelsetjenesten.

INVEST kommunene, HNT og HMN finansierer hver sin 1/3 av driften av de 12 etterbehandlingssengene (spleiselagssengene) i intermediærposten ved DMS Inn-Trøndelag. For kommunal øyeblikkelig hjelp-ordningen, gjelder annen finansieringsordning enn for DMS etterbehandlingssenger (spleiselagssenger).

Antallet etterbehandlingssenger (spleiselagssenger) skal evalueres innen 1.9.2013. Evalueringen baseres på erfaringer fra særavtalens første driftsår ut fra kriteriene befolkningsgrunnlag, beleggsprosent, forbruksrate, liggetid, antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter, finansieringselementer i samhandlingsreformen og bruk av personell til dagbehandling.

HNT har til nå hatt ansvar for legestillingene gjennom veilednings- og opplæringsansvar og godkjenning av tjeneste. Overføring av ansvar til kommunene for disse stillingene har vært en sentral del av forhandlingene, for å klargjøre ansvarsforholdene mot lovverk og avtaler. Særavtalen gjelder til 31.12.2017.

HELHETLIG DRØFTING

DMS Inn-Trøndelag er viktig samarbeidsarena for HNT opp mot INVEST-kommunene. Et velfungerende DMS Inn-Trøndelag med tilhørende spesialistpoliklinikk, gir HNT mulighet til å møte behovene i INVEST-kommunene og gi et godt spesialisthelsetjenestetilbud for regionens befolkning.

HMN har gitt klare føringer for å skape gode, fleksible DMS-løsninger til det beste for pasientene i Nord-Trøndelag. Dette har vært viktige føringer ved vurdering av sengetall for etterbehandlingssenger (spleiselagssenger) og senger til kommunal øyeblikkelig hjelp.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Forhandlingsløsningen mellom vertskommunen og HNT innebærer en reduksjon i antallet etterbehandlingssenger (spleiselagssenger) fra 16 til 12 i intermediærposten ved DMS Inn-Trøndelag.

HNT har i budsjett 2012 lagt inn innsparing på 5 mill NKR når det gjelder finansiering av spleiselagsandelene i de to DMSene. Slik forhandlingsutvalget vurderer det, vil innsparingen ligge mellom 0,5- 1 mill NKR for DMS Inn-Trøndelag. Evalueringen innen 1.9.2013 vil avklare det videre antallet etterbehandlingssenger (spleiselagssenger) og med det HNTs økonomiske bidrag i denne sammenheng.

De 4 sengene som er avsatt til kommunal øyeblikkelig hjelp i intermediærposten ved DMS Inn-Trøndelag, har en annen finansieringsordning enn etterbehandlingssengene (spleiselagssengene).

Levanger, 29.08.12

Arne Flaatt
Adm. dir.
(sign.)

Særavtale

DMS Inn-Trøndelag

mellom

Helse Nord-Trøndelag HF (HNT)

og

Steinkjer kommune (Vertskommune)

Gjeldende fra 07.09.2012

Innhold

1. Parter	3
2. Bakgrunn	3
3. Formål	3
4. Virkeområde	4
5. Organisering av interkommunalt samarbeid.	4
6. Vertskommunens plikter	5
7. HNTs plikter	6
8. Utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til DMS Inn-Trøndelag	6
9. Koordineringsansvar	7
10. Finansiering	7
11. Rapportering.....	8
12. Endrede forutsetninger	9
13. Kontaktutvalg.....	9
14. Tvister	9
15. Kontaktpersoner	9
16. Evaluering, Ikraftttredelse og varighet	9
17. Mislighold	10
18. Oppsigelse.....	10
19. Underskrift	10

1. Parter

Steinkjer kommune (vertskommunen) – organisasjonsnummer 840 029 212
og
Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) – organisasjonsnummer 983 974 791

2. Bakgrunn

Denne særavtalen er en videreføring av tidligere avtale om DMS Inn-Trøndelag mellom Steinkjer kommune og HNT av 16.12.2010. Kommunene Steinkjer, Verran, Snåsa og Inderøy er sammen med Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF, enig om å gå inn i en 5-årig særavtale om det interkommunale samarbeidet DMS Inn-Trøndelag.

I det interkommunale samarbeidet om DMS Inn-Trøndelag er Steinkjer kommune vertskommune for kommunene Verran, Snåsa og Inderøy. Se også avtalens punkt 5.

Særavtalen regulerer ikke det interne forholdet mellom deltakerkommunene i DMS Inn-Trøndelag. Dette forholdet er HNT uvedkommende.

Helse Nord-Trøndelag HF representerer i denne avtalen også Helse Midt-Norge RHF i forhold til alle fire deltakerkommunene.

Særavtalen regulerer ikke det interne forholdet mellom Helse Nord-Trøndelag og Helse Midt-Norge.

3. Formål

Formålet med avtalen er:

- at DMS Inn-Trøndelag skal være en effektiv og nyskapende interkommunalt drevet helseenhet
- å videreutvikle en helhetlig og forbedret behandlingskjede for pasienter som utskrives tidligere fra HNT, til videre etterbehandling ved DMS Inn-Trøndelag.
- å skape en faglig god samhandlingsarena med bedre informasjonsflyt og gjensidig kompetanseoverføring mellom HNT og kommunehelsetjenesten.
- å oppnå bedre kostnadseffektivitet for HNT, vertskommunen og samfunnet for øvrig,
- å skape en faglig ramme som gir mulighet for opprettelse og drift av et forsvarlig kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud i relasjon til DMS Inn-Trøndelag

4. Virkeområde

Denne særavtalen regulerer partenes rettigheter og plikter i samarbeidet om finansiering, innhold og utvikling av DMS Inn-Trøndelag. Denne særavtalen skal ses i sammenheng med de øvrige avtalene som regulerer samarbeidet mellom HNT og vertskommunen, og mellom HNT og de øvrige deltakerkommunene; herunder avtalene;

- Samarbeidsavtale og tilhørende tjenesteavtaler mellom Helse Nord-Trøndelag HF og deltakerkommunene Steinkjer, Verran, Snåsa og Inderøy.
- Husleieavtale mellom vertskommunen og HNT.
- Avtale(r) om innleie av personell fra vertskommunen til HNT
- Avtale om røntgenutstyr og mellom vertskommunen og HNT
- Særavtale om kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud mellom HNT og hver enkelt deltakerkommune

Særavtalen regulerer bruken av 16 senger i den intermediære sengeposten ved DMS Inn-Trøndelag, hvorav 4 senger er øremerket til kommunal øyeblikkelig hjelp og 12 senger (spleiselagssenger) er øremerket til pasienter som etter utskriving fra spesialisthelsetjenesten har behov for videreføring av påbegynt behandling-/etterbehandling-/rehabilitering. (Etterbehandlingspasientene er utskrevet fra spesialisthelsetjenesten til DMS Inn-Trøndelag tidligere enn hva som er normen for utskrivningsklare pasienter til kommune med samme diagnose og pasientforløp).

Kommunale korttidssenger er ikke omfattet av denne særavtalen.

Særavtalen gjelder pasienter bosatt i deltakerkommunene som har behov for videre behandling-/etterbehandling-/rehabilitering og som utskrives fra spesialisthelsetjenesten. Retten til å skrive ut pasienter til de 12 etterbehandlingssengene (spleiselagssengene) i den intermediære sengeposten ved DMS Inn-Trøndelag er forbeholdt spesialisthelsetjenesten.

5. Organisering av interkommunalt samarbeid.

DMS Inn-Trøndelag er organisert etter kommunelovens § 28 c med felles folkevalgt nemnd. Steinkjer kommune er vertskommune for kommunene Verran, Snåsa og Inderøy. HNT er kjent med vertskommuneavtalen, og den myndighet/kompetanse som er lagt til den felles folkevalgte nemnda.

6. Vertskommunens plikter

- 6.1 Vertskommunen stiller til disposisjon lokalene ved Egge Helsetun gnr 205 bnr 2 i Steinkjer kommune, som har besøksadresse Markavegen 1, 7715 Steinkjer.
- 6.2 Vertskommunen driver den intermediære sengeposten i lokalene i DMS-bygget.
- 6.3 Det skal være minst 16 senger i den intermediære sengeposten ved DMS Inn-Trøndelag, hvorav 4 senger er øremerket til kommunal øyeblikkelig hjelp og 12 senger (spleiselagssenger) er øremerket til pasienter som er utskrivningsklar til DMS. Det er behov for stor grad av fleksibilitet og sengekapasiteten må utnyttes best mulig uavhengig av hva som er avtalt dimensjonering for den enkelte pasientkategori. Disponering av senger til kommunal øyeblikkelig hjelp skal ha 1. prioritet.
- 6.4 Dersom DMS Inn-Trøndelag ved vertskommunen ikke kan ta i mot en pasient fra spesialisthelsetjenesten for etterbehandling i etterbehandlingsseng (spleiselagsseng) i den intermediære sengeposten, skal DMS Inn-Trøndelag ved vertskommunen omgående begrunne hvorfor det ikke er mulig. Dersom årsaken er at det ligger utskrivningsklar pasient i etterbehandlingsseng (spleiselagsseng), vil vertskommunen bli fakturert for kr 4000,- pr døgn frem til utskrivningsklar pasient fra spesialisthelsetjenesten blir tatt i mot ved den intermediære sengeposten i DMS Inn-Trøndelag.
- 6.5 Vertskommunen leier ut lokaler til HNT i lokalene ved Egge Helsetun gnr 205 bnr 2 i Steinkjer kommune, som har besøksadresse Markavegen 1, 7715 Steinkjer til spesialistpoliklinikkvirksomhet og dialyseenhet. Se nærmere beskrivelse i husleieavtale mellom vertskommunen og HNT.
- 6.6 Vertskommunen har ansvaret for daglig drift, ledelse og koordinering av intermediær sengepost og annen kommunal virksomhet ved DMS Inn-Trøndelag.
- 6.7 Vertskommunen har medisinsk faglig systemansvar i henhold til helse- og omsorgstjenestelovens bestemmelser når det gjelder ansvar for drift og pasientbehandling ved den intermediære sengeposten og annen kommunal virksomhet ved DMS Inn-Trøndelag.

Vertskommunen har arbeidsgiveransvar og inngår og avvikler arbeidsavtaler med leger og annet helsepersonell og personell som tjenestegjør i den intermediære sengeposten og annen kommunal virksomhet ved DMS Inn-Trøndelag. Bemanning og kompetanse herunder legedekning skal være forsvarlig.

HNT har inngått arbeidsavtaler med enkelte leger som leies ut til vertskommunen for å tjenestegjøre i den intermediære sengeposten. Inntil disse arbeidsavtalene blir avsluttet, forvalter HNT det formelle arbeidsgiveransvaret for disse legene. Vertskommunen har instruksjonsmyndigheten over disse legene og systemansvaret for tjenesten som disse legene utfører i den intermediære sengeposten ved DMS Inn-Trøndelag.

Etter inngåelse av denne særavtalen skal vertskommunen rekruttere og inngå alle arbeidsavtaler med leger som skal tjenestegjøre i den intermediære sengeposten.

HNT bidrar så langt det er mulig å bidra i rekrutteringen av leger til DMS Inn-Trøndelag

6.8 Vertskommunen har etablert og eier røntgenlab. HNT har ansvaret for drift av denne (mottak av henvisninger, innkalling av pasienter, bildetaking og tolking, og svar til rekvirenter) i avtaleperioden.

6.9 HNT og deltakerkommunene har inngått særavtale om kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud gjeldende fra 1.7.2012, med oppstart senest 1.12.2012.

7. HNTs plikter

7.1 HNT etablerer og driver spesialistpoliklinikker i DMS Inn-Trøndelag. I tillegg drives dialyseenhet. HNT tar forbehold om pasientgrunnlag og tilgjengelige ressurser hva gjelder omfanget av tilbud i avtaleperioden.

7.2 HNT har ansvar etter spesialisthelsetjenesteloven for virksomheten i spesialistpoliklinikkene og dialyseenheten.

7.3 HNT har opplærings- og veiledningsansvar overfor vertskommunen etter spesialisthelsetjenesteloven.

7.4 HNT har det medisinske faglige ansvaret for leger, legespesialister og annet helsepersonell som skal tjenestegjøre i spesialistpoliklinikkene inkl. dialyse. Selve bemanningen kan være helt eller delvis dekket gjennom innleie av helsepersonell som formelt er ansatt i vertskommunen.

7.5 HNT skal medvirke til at utvikling av elektronisk meldingsutveksling blir intensivert.

7.6 HNT skal legge til rette for at det fortsatt skjer forskningsaktivitet innenfor DMS Inn-Trøndelag.

7.7 Vertskommunen har etablert og eier røntgenlab. HNT har ansvaret for drift av denne (mottak av henvisninger, innkalling av pasienter, bildetaking og tolking, og svar til rekvirenter) i avtaleperioden.

7.8 HNT og deltakerkommunene har inngått særavtale om kommunal øyeblikkelig hjelp døgntilbud gjeldende fra 1.7.2012, med oppstart senest 1.12.2012.

8. Utskrivning av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til DMS Inn-Trøndelag

Pasienter kan skrives ut tidligere fra spesialisthelsetjenesten til den intermediære sengeposten ved DMS Inn-Trøndelag enn ved utskrivning fra spesialisthelsetjenesten til tradisjonelle

kommunale tjenester. Dette begrunnes ut fra en høyere kompetanse og kompetansesammensetning inkl. legedekning i den intermediære sengeposten ved DMS Inn-Trøndelag enn det som er vanlig i forhold til tradisjonelle kommunale tjenester.

En pasient er utskrivningsklar når lege i spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. En individuell helsefaglig vurdering skal ligge til grunn, og følgende punkter skal være vurdert og dokumentert i pasientjournalen:

- a) Problemstillingen(e) ved innleggelse, slik disse var formulert i henvisningen, skal være avklart.
- b) Øvrige problemstillinger som har fremkommet, skal være avklart
- c) Dersom enkelte spørsmål ikke avklares, skal dette redegjøres for
- d) Det skal foreligge et klart standpunkt til diagnose(r),
- e) Pasientens samlede funksjonsnivå, endring fra forut for innleggelsen, og forventet framtidig utvikling skal være vurdert.
- f) Videre plan for oppfølging av pasienten i den intermediære sengeposten ved DMS Inn-Trøndelag.

9. Koordineringsansvar

Leder ved DMS Inn-Trøndelag har et koordineringsansvar for spesialisthelsetjenesten som HNT driver i leide lokaler ved DMS Inn-Trøndelag. Koordineringsansvaret innebærer også ivaretagelse av HNTs rettigheter og plikter i henhold til avtalen. Leder ved DMS Inn-Trøndelag skal sørge for at begge avtaleparters målsettinger blir ivaretatt i henhold til avtalen, jf punkt 2.

10. Finansiering

HNT skal bidra med 2/3 av budsjetterte utgifter til driften av avtalt antall etterbehandlingssenger(spleiselagssenger) i den intermediære sengeposten ved DMS Inn-Trøndelag. Utstyr som vertskommunen disponerer og som er funksjonelt og brukbart skal benyttes i DMS Inn-Trøndelag. HNT mottar refusjon fra Helse Midt-Norge RHF på 50 % av sin budsjetterte finansiering i avtaleperioden.

Når det gjelder tilbud om kommunal øyeblikkelig hjelp som skal etableres ved DMS Inn-Trøndelag, så vises det til egen særavtale.

Arealet i sengeposten som benyttes til avtalt antall etterbehandlingssenger (spleiselagssenger) er på 904 m², og husleiekostnadene (hvor m² prisen er avtalt i husleieavtalen) til dette konkrete arealet inngår i HNTs bidrag til finansieringen av budsjetterte utgifter ved sengeposten ved DMS Inn-Trøndelag.

For øvrig anskaffer og finansierer vertskommunen utstyr til sitt ansvarsområde i DMS Inn-Trøndelag. HNT anskaffer og finansierer utstyr til sitt ansvarsområde i DMS Inn-Trøndelag.

DMS Inn-Trøndelag benytter de samme innkjøpsavtalene som HNT har i forhold til medisinteknisk utstyr, medikamenter, forbruksmaterialer samt service (MTA).

HNT og vertskommunen utarbeider i fellesskap tydelige rutiner for bestilling og utgiftsdekning, slik at unødig omfakturering mellom partene unngås.

Finansieringsbidragene fra HNT utbetales fra HNT i månedlige rater den 1ste i hver måned.

11. Rapportering

Det skal utarbeides kvartalsvise rapporter som skal danne grunnlag for evalueringen av samarbeidet mellom vertskommunen og HNT. Rapportene skal også danne grunnlag for rapportering til administrativt og politisk nivå i vertskommunen og tilsvarende til administrerende direktør og styret i HNT.

Rapporten skal inneholde følgende:

HNT skal utarbeide følgende statistikk:

- Antall pasienter som ligger i HNTs sykehus etter at de er utskrivningsklare.
- Antall liggedøgn for pasienter som utskrives til intermediaær sengepost i DMS Inn-Trøndelag.
- Antall liggedøgn for pasienter som utskrives til andre tjenesteytere i kommunehelsetjenesten i Nord-Trøndelag.
- Antall pasienter behandlet i dialyseenheten og spesialistpoliklinikkene.
- Gjennomsnittlig liggetid i DMS Inn-Trøndelag sammenliknet med gjennomsnittlig liggetid i sykehuspost.
- Re - innleggelser etter opphold på DMS Inn-Trøndelag.

Vertskommunen skal utarbeide oversikt over:

- Liggedøgn ved DMS Inn-Trøndelag.
- Liggedøgn utskrivningsklare pasienter, fra DMS til kommuner.
- Liggedøgn ved DMS Inn-Trøndelag fra andre helseforetak.
- Hvilket tjenestetilbud som pasientene ved DMS Inn-Trøndelag skrives ut til.
- Re - innleggelser til HNTs sykehus i løpet av oppholdsperioden ved DMS Inn-Trøndelag.
- Beskrivelse av diagnoser og pasientantall.
- Personellbruk, ressursbruk og utviklingstrekk.

Ansvar for å samle inn opplysninger og statistikk i forbindelse med driften av intermediaær sengepost og andre kommunale tjenester i DMS Inn-Trøndelag tilligger daglig leder ved DMS Inn-Trøndelag.

12. Endrede forutsetninger

Ny lovgivning, forskrifter, eller andre sentrale føringer eller forhold av betydning for drift og finansiering av tilbudene ved DMS Inn-Trøndelag går ved motstrid foran denne avtalen.

13. Kontaktutvalg

Det etableres et kontaktutvalg med administrative representanter fra vertskommunen, HNT, og Helse Midt-Norge RHF. Kontaktutvalget skal ha en hensiktsmessig størrelse. Ledelsen av kontaktutvalget skal gå på omgang mellom vertskommunen og HNT. Vertskommunen skal inneha sekretariatsfunksjonen. Kontaktutvalget har ikke beslutningsmyndighet, men uttalerett i spørsmål som angår sentrale områder vedrørende driften av intermedier sengepost på systemnivå, herunder fastsettelse av budsjett. Kontaktutvalget organiserer for øvrig selv sitt arbeid. Mandat for kontaktutvalget utarbeides og godkjennes av partene.

14. Tvister

Dersom det oppstår tvist mellom partene om tolkningen eller rettsvirkningen av denne avtalen skal tvisten først søkes løst ved forhandlinger. Fører forhandlingene ikke frem innen 2 måneder, kan hver av partene forlange tvisten avgjort med endelig virkning ved de ordinære domstoler. Partene kan alternativt avtale at tvisten blir avgjort med endelig virkning ved voldgift i Norge. Hver av partene oppnevner en voldgiftsmann. Formannen skal være jurist, og oppnevnes av lagmannen i Frostating Lagmannsrett. For øvrig gjelder bestemmelsene i lov 14.5.2004 nr 25 om voldgift.

Som vernetting vedtas Inntrøndelag Tingrett.

15. Kontaktpersoner

Partenes kontaktpersoner ved spørsmål omkring samarbeidet og avtalens bestemmelser er:

Vertskommunen: Enhetsleder for DMS Inn-Trøndelag

HNT: Klinikkleder medisinsk klinikk Sykehuset Levanger.

16. Evaluering, Ikrafttredelse og varighet

Denne særavtalen gjelder fra signering og utløper den 31.12.2017.

Evaluering av samarbeidet i 2013 skal være sluttført innen 31.12.2013. Deretter skal samarbeidet evalueres en gang hvert år. Vertskommunen har ansvar for å ta initiativ til evaluering av samarbeidet.

Antallet etterbehandlingssenger (spleiselagssenger i den intermediære sengeposten) evalueres innen 1.september 2013. (HNT sin oppfatning pr mai 2012 er at 10 etterbehandlingssenger er tilstrekkelig hensyntatt kriteriegrunnlaget. HNT aksepterer i avtalen 12 etterbehandlingssenger fram til gjennomført evaluering).

Evalueringen baseres på erfaringer fra denne avtalens første driftsår ut fra kriteriene befolkningsgrunnlag, beleggsprosent, forbruksrate, liggetid, antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter, finansieringselementer i samhandlingsreformen og bruk av personell til dagbehandling.

Vertskommunen har ansvaret for å igangsette evalueringsprosessen.

17. Mislighold

Begge parter kan si opp avtalen med 30 dagers varsel dersom det foreligger mislighold fra den annen parts side. Oppsigelsen skal skje skriftlig. Ingen av partene kan kreve erstatning for tap som følge av oppsigelse av denne kontrakten. Den parten som har misligholdt kontrakten er likevel ansvarlig for den annen parts utgifter, slik at oppdraget kan få en rimelig avslutning i forhold til lov- og avtaleforpliktelser som foreligger på en eller begge parters hånd.

18. Oppsigelse

Dersom deltakerne er enige om det kan samarbeidet oppløses med øyeblikkelig virkning.

Den enkelte avtalepart kan med 2 års skriftlig varsel si opp sitt deltakerforhold i denne avtalen.

Ved uttreden eller oppløsning vil den enkelte avtalepart selv overta ansvaret for de oppgaver som omfattes av samarbeidsordningen.

19. Underskrift

Avtalen er utferdiget i 2 eksemplarer hvorav partene beholder hvert sitt.

Dato.....

Dato.....

.....
For Helse Nord-Trøndelag HF

.....
For Steinkjer kommune

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 26/2012 Rapporter etter systemtilsyn pr. august 2012

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	06.09.2012	26/2012

Saksbeh: Paul Georg Skogen

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2012/6351

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Fylkesmannen i Nord- Trøndelag har i rapport etter tilsyn med Helse Nord- Trøndelag, Sykehuset Namsos, sin håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft, gitt Helse Nord- Trøndelag, Sykehuset Namsos, to avvik. Styret i Helse Nord- Trøndelag tar gjennomgangen av avvikene og planene for lukking avvik til etterretning, og ber om en helhetlig gjennomgang av tilsynet når rapport fra samme tilsyn gjennomført ved Sykehuset Levanger, foreligger.

SAKSUTREDNING:

Sak 26/2012 Rapporter etter systemtilsyn pr. august 2012

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Brev fra Fylkesmannen dat. 04.06.12 vedlagt Rapport fra tilsyn med spesialisthelsetjenestens håndtering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft.
2. Brev til Fylkesmannen dat. 27.06.12 vedlagt tilsvarende vedr. avvik fra Medisinsk klinikk, Sykehuset Namsos og Kirurgisk klinikk, Sykehuset Namsos

Fylkesmennene har som del av et landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten, gjennomført et tilsyn med Helse Nord- Trøndelag, Sykehuset Namsos, sin håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft.

Følgende tema for tilsynet er sitert fra Fylkesmannens varselbrev om tilsyn:

Fylkesmannen skal i tilsynet avklare om foretaket sørger for forsvarlig:

- mottak, registrering og videreformidling av henvisninger
- vurdering og prioritering av henvisninger
- føring av ventelister og pasientlogistikk, og sikrer nødvendig helsehjelp innen fastsatt frist ved utredning, diagnostisering og iverksettelse av behandling

Side 3 av 5

Prosessten fra henvisningen er mottatt og frem til igangsatt behandling eller henvisning til annet sykehus, består av mange aktiviteter og delprosesser, vi har valgt å dele prosessen inn i tre faser:

Fase I Motta, registrere og videreformidle henvisninger internt i virksomheten

Fase II Vurdere henvisninger og prioritere start helsehjelp

Fase III Utrede, diagnostisere og iverksette behandling

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Retten til nødvendig helsehjelp og retten til vurdering etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 b annet ledd og 2-2, var sammen med den generelle plikten til forsvarlighet og forsvarlige journal og informasjonssystemer etter spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2 og 3-2, de sentrale bestemmelse ved dette tilsynet sammen med kravet til internkontroll etter helseilsynsloven § 3, jf internkontrollforskriften.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

I rapporten fra tilsynet får Helse Nord- Trøndelag, Sykehuset Namsos, to avvik:

Avvik 1:

Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos, ivaretar ikke alltid krav til oppfølging av henvisninger

Avvik 2:

Registreringer i PAS er ikke alltid i samsvar med myndighetskrav

Medisinsk klinikk har svart ut avvik 1 og Kirurgisk klinikk har svart ut avvik 2 (Jfr vedlegg).

Tilsynet har avdekket lignende avvik også ved andre sykehus i regionen, og lukkingen av deler av avvik 2 er det derfor iverksatt et regionalt arbeid på for å løse og finne ens, regional praksis.

Det er også gjort en vurdering av Sykehuseiers krav til forløpstider ved kreftsykdom. Kravet her er at 80 % av pasientene skal ha fått vurdert henvisningen innen 5 virkedager, fått utredning startet innen 10 virkedager og iverksatt behandling innen 20 virkedagerdager. I 15 av 15 vurderte journaler er vurderingsfrist overholdt, i 12 av 15 journaler er tid til start av utredning overholdt og i 12 av 15 saker var frist i forhold til start av behandling overholdt. Tilsynet konkluderer med at Sykehuset Namsos oppfyller eierstyrte krav til forløpstider og pasient- og brukerrettighetslovens krav til vurderingsfrist og behandlingsfrist.

HELHETLIG DRØFTING

Helse Nord- Trøndelag, Sykehuset Namsos, har ved dette tilsynet fått to avvik som har medført behov for gjennomgang av pasientforløpet ved tykk- og endetarmskreft. De enkelte aktørenes håndtering av henvisning fra mottak av henvisning fra fastlege, viderehenvisning mellom avdelingene i sykehuset og viderehenvisning til annet sykehus, har blitt gjennomgått og rutiner for bruk av PAS- systemet har vært gjennomgått både lokalt og regionalt. Med bakgrunn i dette, er det iverksatt opplæring i og gjennomgang av foretakets rutiner for registrering i og bruk av PAS, vurdering av henvisninger med bruk av Helsedirektoratets prioriteringsvegleder og gjennomgang av rutiner ved viderehenvisning av pasienten.

Resultatet av journalgjennomgangen viser at Sykehuset Namsos ivaretar pasientene på en forsvarlig og god måte, men avvikene viser at regelverket omkring mottak og vurdering av henvisningene må gjennomgås på ny og det pasientadministrative systemet (PAS) medfører utfordringer særlig i overgangen mellom avdelinger og viderehenvisning til annet sykehus.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Ingen.



Fylkesmannen
i Nord-Trøndelag

Saksbehandler: Toril Bjørken Skjørholm
Tlf. direkte: 74 16 81 56
E-post: TBS@fmnt.no

Deres ref.:

Vår ref.: 2011/6513

Vår dato: 04.06.2012

Arkivnr: 734.0

Helse Nord-Trøndelag	
Saksnr.	12 / 1475
Mottatt:	06 JUNI 2012
Arkiv:	302
Unnt.off.:	

Helse Nord-Trøndelag
Kirkegata 2
7600 LEVANGER

Virksomhetstilsyn-tilsyn med spesialhelsetjenestens håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft (kolorektalkreft) ved Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos - rapport

Fylkesmennene gjennomfører i 2012 tilsyn med spesialhelsetjenestens håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft (kolorektalkreft). Tilsynet er et ledd i landsomfattende tilsyn initiert av Statens helsetilsyn. Tilsynet ble gjennomført 17. og 18.4.2012 ved Sykehuset Namsos, av felles team fra Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, Fylkesmannen i Møre og Romsdal og Fylkesmannen i Nord-Trøndelag.

Foreløpig rapport ble oversendt i brev av 2.5.2012. Foretaket hadde frist til 16.5.2012 til å gi eventuelle tilbakemeldinger på foreløpig rapport. Foretaket har ikke gitt slik tilbakemelding.

Vedlagt følger rapporten etter tilsyn ved Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos.

Det ble ved tilsynet avdekket to avvik:

- Helse Nord-Trøndelag, Sykehuset Namsos ivaretar ikke alltid krav til oppfølging av henvisninger
- Registreringer i PAS er ikke alltid i samsvar med myndighetskrav

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag ber om tilbakemelding innen 20.6.2012 med plan og tidsfrister for når avvikene ved Sykehuset Namsos vil være lukket.

Med hilsen

Marit Dypdal Kverkild
(e.f.)
Fylkeslege
Sosial-, helse- og barnevernavdelingen

Toril Bjørken Skjørholm
Rådgiver
Sosial-, helse- og barnevernavdelingen

Dette dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ingen underskrift

Vedlegg
1 Rapport Namsos (29.05.2012)

Kopi til: *m/vedlegg*
Fylkesmannen i Møre og Romsdal
Statens helsetilsyn
Fylkesmannen i Sør-Trøndelag

Helse Midt-Norge RHF

Fylkeshuset	6404	MOLDE
Postboks 8128 Dep	0032	Oslo
Postboks.4710	7468	Trondheim
Sluppen		
Postboks 464	7501	STJØRDAL

Saksbehandler: Toril Bjørken Skjørholm



Fylkesmannen i Nord-Trøndelag

Rapport fra tilsyn med spesialisthelsetjenestens håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft (kolorektalkreft)

ved

Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos

Virksomhetens adresse: Kirkegata 2, 7600 Levanger
Tidsrom for tilsynet: 13.1.2012 - 29.5.2012
Kontaktperson i virksomheten: Avdelingsleder Kari Iversen Østgaard

Sammendrag

Denne rapporten beskriver de avvik og merknader som ble påpekt innen de reviderte områdene.

Ved gjennomføring av dette tilsynet ble det undersøkt om virksomheten/ foretaket gjennom systematisk styring og forbedring sikrer forsvarlig håndtering og vurdering av henvisninger hvor det kan være mistanke om kolorektalkreft, samt forsvarlig utredning og diagnostisering frem til oppstart av behandling.

Kjernen av tilsynet var logistikk og kommunikasjon knyttet til henvisninger, legespesialistenes vurdering av henvisninger og utredning av pasientene fram til igangsetting av behandling.

Fylkesmannen skulle i tilsynet avklare om foretaket sørger for forsvarlig:

- mottak, registrering og videreformidling av henvisninger
- vurdering og prioritering av henvisninger
- føring av ventelister og pasientlogistikk, og sikrer nødvendig helsehjelp innen fastsatt frist ved utredning, diagnostisering og iverksetting av behandling

Tilsynet hadde fokus på tidsrommet fra sykehuset mottar en henvisning og frem til oppstart av behandling. Aktiviteter hos fastlege eller privatpraktiserende spesialist i forkant av at sykehuset mottar henvisningen, var ikke del av dette tilsynet.

Tilsynet omfattet pasienter innen diagnosegruppene: Ondartet svulst i tykktarm (ICD-10 kode C18), Ondartet svulst i overgange mellom sigmoideum og endetarm (ICD-10 kode C19) og Ondartet svulst i endetarm (ICD-10 kode C20).

Helse Nord-Trøndelag HF består av to lokalsykehus; Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger. Tilsynet fant sted ved Sykehuset Namsos og omfattet Kirurgisk klinikk og Medisinsk klinikk.

Det ble under tilsynet avdekket to avvik:

- Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos ivaretar ikke alltid krav til oppfølging av henvisninger
- Registreringer i PAS er ikke alltid i samsvar med myndighetskrav

29. mai 2012

Einar Andersen
revisjonsleder

Toril Bjørken Skjørholm
revisor

Innhold

Sammendrag.....	1
1. Innledning	4
2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold.....	4
3. Gjennomføring.....	4
4. Hva tilsynet omfattet	5
5. Funn.....	5
6. Regelverk	8
7. Dokumentunderlag.....	8
8. Deltakere ved tilsynet.....	9

1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter systemrevisjon ved Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos i perioden 13.1.2012 - 29.5.2012. Revisjonen inngår som en del av Fylkesmannen i Nord-Trøndelag sin planlagte tilsynsvirksomhet i inneværende år. Tilsyn med spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge gjennomføres i samarbeid med Fylkesmannen i Møre og Romsdal og Fylkesmannen i Sør-Trøndelag. Tilsynet gjennomføres som del av det landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenestens håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft (kolorektalkreft).

Hjemmel for tilsynet er lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) § 2.

Formålet med systemrevisjonen er å vurdere om virksomheten ivaretar ulike krav i lovgivningen gjennom sin internkontroll. Revisjonen omfattet undersøkelse om:

- hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema tilsynet omfatter
- tiltakene følges opp i praksis og om nødvendig korrigeres
- tiltakene er tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser.

Rapporten omhandler avvik og merknader som er avdekket under revisjonen og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfattet.

- **Avvik** er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift
- **Merknad** er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring

2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold

Helse Nord-Trøndelag HF består av to lokalsykehus; Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger. Kirurgisk klinikk er organisert med klinikk leder i Namsos, og består av enhetene; akuttmottak og AMK, anestesi, intensiv og operasjonsavdeling, ortopedisk, øre-nese-hals og øyeavdeling. Medisinsk avdeling er organisert med klinikkleder i Namsos, og består av avdelinger for blodsykdommer, geriatri/ nevrologi, hjertesykdommer, hormonforstyrrelser, lungesykdommer, medisinsk poliklinikk, nevrologi, nyresykdommer og tobakksavennings klinikken.

Tilsynet fant sted ved Sykehuset Namsos og omfattet Kirurgisk klinikk og Medisinsk klinikk.

3. Gjennomføring

Systemrevisjonen omfattet følgende aktiviteter:

Revisjonsvarsel ble utsendt 13.1.2012. Oversikt over dokumenter virksomheten har oversendt i forbindelse med tilsynet er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Formøte ble avholdt 13.3.2012.

Åpningsmøte ble avholdt 17.4.2012.

Intervjuer

12 personer ble intervjuet.

Oversikt over dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Sluttmøte ble avholdt 18.4.2012.

4. Hva tilsynet omfattet

Ved gjennomføring av dette tilsynet ble det undersøkt om virksomheten/ foretaket gjennom systematisk styring og forbedring sikrer forsvarlig håndtering og vurdering av henvisninger hvor det kan være mistanke om kolorektalkreft, samt forsvarlig utredning og diagnostisering frem til oppstart av behandling.

Tilsynet hadde fokus på tidsrommet fra sykehuset mottar en henvisning og frem til oppstart av behandling. Aktiviteter hos fastlege eller privatpraktiserende spesialist i forkant av at sykehuset mottar henvisningen, var ikke del av dette tilsynet.

Tilsynet omfattet pasienter innen diagnosegruppene: Ondartet svulst i tykktarm (ICD-10 kode C18), Ondartet svulst i overgange mellom sigmoideum og endetarm (ICD-10 kode C19) og Ondartet svulst i endetarm (ICD-10 kode C20).

I tilsynet skulle tilsynsmyndigheten avklare følgende forhold:

- Sørger foretaket gjennom styring og ledelse for at tjenester til pasienter med kolorektalkreft er forsvarlige
- Sørger foretaket for forsvarlig mottak, registrering og videreformidling av henvisninger
- Sørger foretaket for forsvarlig vurdering og prioritering av henvisninger
- Sørger foretaket for forsvarlig føring av ventelister og pasientlogistikk
- Sikrer foretaket nødvendig helsehjelp innen fastsatt frist
- Sørger foretaket for forsvarlig utredning, diagnostisering og iverksetting av behandling

5. Funn

Avvik 1:

Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos ivaretar ikke alltid krav til oppfølging av henvisninger

Avvik fra følgende myndighetskrav:

- Pasient og brukerrettighetsloven § 2-4
- Internkontrollforskriften

Avviket bygger på følgende:

- Enkelte pasienter blir avvist ved medisinsk avdeling. I intervju framkom det enkelte henvisninger returneres med ønske om at fastlege gjennomfører eller bestiller enkelte undersøkelser før ny henvisning eventuelt sendes.

Kommentar:

Avvisning av pasienter på beskrevet måte er ikke i tråd med pasient- og brukerrettighetslovens bestemmelser. Hovedregelen er at foretaket ikke kan avvise henvisninger. Det finnes to mulige unntak. Det ene er hvis pasienten allerede står på venteliste for samme lidelse ved annen institusjon. Det andre er når henvisningen gjelder en pasient fra en annen helseregion som har benyttet seg av retten til fritt sykehusvalg, og hvor foretaket står i fare for ikke å kunne oppfylle sin forpliktelse til å yte nødvendig helsehjelp til pasienter med slik rett fra egen helseregion, eller til å foreta vurdering av mottatte henvisninger av pasienter fra egen helseregion innen lovens frist. Hvorvidt en henvisning skal avvises eller ikke skal vurderes av en spesialist.

Avvik 2:

Registreringer i PAS er ikke alltid i samsvar med myndighetskrav

Avvik fra følgende myndighetskrav:

- Pasientrettighetsloven
- Prioriteringsforskriften

Avviket bygger på følgende:

- Pasienter som er henvist direkte til kirurgisk avdeling blir normalt vurdert av kirurg og tatt inn til koloskopi innen 15 dager som en del av vurdering av henvisningen. Det settes derfor ikke frist for utredning/ behandling før koloskopi er gjennomført. I PAS bildet blir det av merkantilt ansatte satt inn frist for behandling på et år. I intervju framkommer det at frist må settes for å få lagt inn opplysninger i PAS. Ved viderehenvisning til operasjon blir det satt ny frist uten at opprinnelig frist i PAS blir endret.
- Gjennomgang av journaler og PAS system viser at henvisninger som mottas av medisinsk avdeling som ØH og av ulike grunner viderehenvises til kirurgisk avdeling gis en ny omsorgsperiode med ny frist og dato for ansiennitet.

Kommentar:

Praksis med å påføre ett års frist for helsehjelp (pga manglende rettighetsvurdering når frist legges inn) kan føre til at brudd på behandlingsfrist etter nasjonal prioriteringsveileder ikke fanges opp før etter ett år. Dette er en svakhet med systemet, men trolig ikke noe stor risiko for svikt ved Sykehuset Namsos da antall pasienter er lavt.

Kartlegging av forløpstider

Forløpstider i kreftbehandlingen ble presentert i juni 2011. De ble formidlet gjennom eierlinjen fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. Fra 24. juni 2011 ble forløpstidene også tatt inn i Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for ulike kreftformer.

Forløpstidene beskriver når de forskjellige elementer i et behandlingsforløp (vurdering, utredning og behandling) senest bør starte etter at spesialisthelsetjenesten har mottatt en henvisning. Målet er at 80 % av pasientene kommer innenfor forløpstidene. Forløpstidene er imidlertid ikke en ny pasientrettighet, det rettslige grunnlaget er fortsatt pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 og forskrift om prioritering av helsetjenester.

Ansvar for å følge opp måloppnåelsen av forløpstidene er lagt til Helsedirektoratet. Ved dette tilsynet har fylkesmannen likevel valgt å foreta en begrenset kartlegging av hvordan Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos ligger an i forhold til forløpstidenes variabler for pasienter med kolorektalkreft.

Denne kartleggingen har utgangspunkt i et lite utvalg av pasientjournaler, og gir ikke et dekkende bilde av i hvilken grad helseforetaket oppnår målsettingene nedfelt i forløpstidene. Av de 15 journalene som ble gjennomgått var 3 henvisninger mottatt 1. halvår 2011. Det betyr at disse var mottatt før forløpstidene ble innført.

Fylkesmannen har ved denne kartleggingen lagt følgende forståelse av forløpstidenes variabler til grunn:

- *Vurdering av henvisning (5 virkedager)*: Tid fra henvisningen blir mottatt og til den er vurdert, og frist for nødvendig helsehjelp er satt.
Med mottak menes her datoen for når henvisningen som ga mistanke om kreft eller hvor kreft allerede var diagnostisert blir mottatt ved sykehus i spesialisthelsetjenesten for aller første gang. I denne kartleggingen vil startpunkt altså ikke være ved en eventuell kontakt med avtalespesialist i forkant av henvisningen til sykehuset.
- *Oppstart av utredning (10 virkedager)*: Tid fra den første henvisningen blir mottatt og til oppstart av utredningen.
Med oppstart av utredning mener vi her dato for pasientens første direkte kontakt med sykehuset for prøvetaking, undersøkelse eller annen konkret aktivitet som er nødvendig for å få utredet mistanken om kreft. Eventuell undersøkelse, poliklinisk time eller annet som er nødvendig for å innhente supplerende opplysninger om pasienten slik at spesialist kan *vurdere henvisningen og avgjøre om pasientens har rett til prioritert helsehjelp*, er i denne kartleggingen ikke regnet som oppstart av utredning.
- *Oppstart behandling (20 virkedager)*: Tid fra den første henvisningen blir mottatt og til oppstart av behandling av sykdommen.
Med oppstart behandling menes her dato for første behandling som gis, enten i form av stråleterapi, cytostatika eller kirurgi. Midlertidig utlegging av tarm og andre lignende inngrep som av medisinske årsaker må foretas før hovedbehandling kan igangsettes regnes også som oppstart av behandling. Behandling/stabilisering av tilleggssykdommer, for eksempel hjertesykdom og infeksjoner, som må gjøres før behandlingen av selve kreftsykdommen kan starte, regnes i denne kartleggingen ikke som oppstart behandling.

Funn fra kartleggingen av 15 pasientforløp

Journalene for 15 pasienter med diagnosene tykk- og endetarmskreft (ICD-10 koder C 18.0 – 18.9, C 19 og C 20) ble gjennomgått. 8 av disse var kommet inn som ØH til medisinsk avdeling og deretter overført kirurgisk avdeling. Kartleggingen omfatter pasienter hvor henvisningen ble mottatt i hele 2011 og fram til tilsynsdagene (også før innføring av forløpstider).

- Om vurdering av henvisningene ble gjort innen 5 virkedager
 - I 10 av 15 journaler som ble gjennomgått var henvisning vurdert samme dag som den var registrert mottatt.
 - Tidsbruken varierte fra 1 til 3 dager
 - I 15 av 15 journaler var frist for forløpstid i forhold til vurdering overholdt
- Om utredning ble startet innen 10 virkedager
 - Antall virkedager fra mottatt henvisning til start utredning (normalt i form av coloskopi) varierte fra 1 til 24 dager i de 15 journalene som ble gjennomgått

- Gjennomsnitt antall virkedager fra mottatt henvisning til start utredning var 6 dager
- I 12 av 15 journaler var frist for forløpstid i forbindelse med oppstart utredning overholdt
- Om behandling ble startet innen 20 virkedager
 - Antall virkedager fra mottatt henvisning til start behandling (operasjon) varierte fra 3 til 47 dager i de 15 journalene som var relevante ved at de endte med operasjon
 - Gjennomsnitt antall virkedager fra mottatt henvisning til start behandling (operasjon) var 12,5 dager
 - I 12 av 15 saker var frist for forløpstid i forhold til start behandling overholdt

Av de 15 journalene som ble gjennomgått var 3 henvisninger mottatt 1. halvår 2011. Det betyr at disse var mottatt før forløpstidene ble innført.

Det går normalt kort tid fra vurdering til oppstart utredning og videre til operasjon.

Foretaket oppfylder pasient- og brukerrettighetslovens krav til vurderingsfrist og behandlingsfrist. Foretaket oppfylder de eierstyrte krav til forløpstider gjeldende oppstart utredning og oppstart behandling.

6. Regelverk

Retten til nødvendig helsehjelp og retten til vurdering etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 b annet ledd og 2-2, var sammen med den generelle plikten til forsvarlighet og forsvarlige journal og informasjonssystemer etter spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2 og 3-2, de sentrale bestemmelser ved dette tilsynet sammen med kravet til internkontroll etter helsetilsynsloven § 3, jf. internkontrollforskriften.

7. Dokumentunderlag

Virksomhetens egen dokumentasjon knyttet til den daglige drift og andre forhold av betydning som ble oversendt under forberedelsen av revisjonen:

1. Organisasjonskart for Helse Nord-Trøndelag HF
2. Organisasjonskart for Kirurgisk klinikk, Sykehuset Namsos
3. Funksjonsbeskrivelse lederteam
4. Funksjonsbeskrivelse avdelingsledere
5. Funksjonsbeskrivelse for medisinsk faglig ansvarlig
6. Diverse samarbeidsavtaler
7. Ventelister – daglig registrering og vedlikehold – hindring av fristbrudd.
Hovedprosedyre med diverse underdokumenter
8. Prosedyre for mottak og henvisning er og registreringer i venteliste
9. Prosedyre for scanning av dokumenter
10. Sekretær kirurgisk poliklinikk – ansvar for behandling og oppsett av nyhenviste pasienter
11. Stillingsbeskrivelse inntakskontoret – kirurgisk klinikk
12. Prosedyre for mottak, prioritering og tilbakemelding ved behandling av henvisninger
13. Beskrivelse av medisinsk praksis ved behandling av pasienter med mistanke om kreft
14. Brukermedvirkning på system og individnivå
15. Opplysninger om virksomhetens systematiske gjennomgang og evaluering av drift
16. Opplæring og kompetanseplaner

17. Vakt og bemanningsplaner
18. Opplæringstiltak for pasienter og pårørende
19. Pasientbelegg og annen driftsinformasjon
20. Annen aktuell informasjon til temaet for tilsynet
21. Relasjonsdiagram Inntakskontoret Kirurgisk klinikk
22. Arbeidsoppgaver Inntakskontor Kirurgisk klinikk

Dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket:

Gjennomgang av pasientjournaler

Under tilsynet ble 15 journaler gjeldende de siste pasientene som fikk diagnosen kolorektalkreft for første gang, og hvor behandling var igangsatt eller henvisning for videre utredning og/ eller behandling er sendt. Aktuelle diagnoser var:

- Ondartet svulst i tykktarm (ICD-10 kode C 18.0 - C18.9)
- Ondartet svulst i overgange mellom sigmoideum og endetarm (ICD-10 kode C19)
- Ondartet svulst i endetarm (ICD-10 kode C20)

Korrespondanse mellom virksomheten og Fylkesmannen:

- Varselbrev fra Fylkesmannen i Nord-Trøndelag, datert 13.1.2012
- E-postkorrespondanse vedrørende formøte
- Brev datert 9.3.2012 fra Helse Nord-Trøndelag HF vedlagt etterspurt dokumentasjon
- Brev fra Fylkesmannen i Møre og Romsdal v/ revisjonsleder med program for tilsynsdagene, datert 29.3.2012

8. Deltakere ved tilsynet

I tabellen under er det gitt en oversikt over deltakerne på åpningsmøte og sluttmøte, og over hvilke personer som ble intervjuet.

Navn	Funksjon / stilling	Åpningsmøte	Intervju	Sluttmøte
Heidi Kjelbotn	Saksbehandler/ inntakskoordinator	X	X	X
Hanne Rønning	PAS-koordinator	X	X	X
Arnhild Hojem Kvam	Sekretær, inntak poliklinikk	X	X	X
Janne Nielsen	Seksjonsleder Poliklinikk/ kontortjenester	X	X	X
Kari Iversen Østgaard	Avdelingsleder	X	X	X
John Ivar Toft	Klinikkleder, Kirurgisk klinikk	X	X	X
Hallvard Græslie	Avdelingsoverlege, Kirurgisk avdeling	X	X	
Lill Tove Halmøy	Sekretær/ inntakskoordinator Kirurgisk avdeling	X	X	
Ann Karin Torgersen	Inntak Kirurgisk avdeling		X	X
Ulf Settergren	Avdelingsoverlege/ røntgenlege		X	X
Kjell Kannelønning	Overlege medisin/ gastrolege		X	

Siri Gunn Sagvik	Avdelingsleder Kirurgisk sengepost	X		
Kolbjørn Thuin	Spesialrådgiver Fagavdeling			X
Arnhild Jacobsen	Spesialrådgiver for klinikk leder			X

Fra tilsynsmyndigheten deltok:

Revisjonsleder, seksjonssjef Einar Andersen, Fylkesmannen i Møre og Romsdal

Revisor, ass. fylkeslege Inger Williams, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag

Revisor, rådgiver Toril Skjørholm, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag

Deltakere på formøte:

Formøte avholdt på Sykehus Levanger 13.3.2012 med følgende deltakere:

- Revisjonsleder, seksjonssjef Einar Andersen, Fylkesmannen i Møre og Romsdal
- Revisor, ass. fylkeslege Inger Williams, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag
- Revisor, rådgiver Toril Skjørholm, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag
- Bernt Melby, Klinikkleder, Kirurgisk klinikk
- Tom-Harald Edna, Avd. overlege, Kirurgisk avdeling
- Carl G. P. Platou, Konst. overlege, Medisinsk avdeling
- John Ivar Toft, Klinikkleder, Kirurgisk avdeling, Namsos
- Randi S. Brandtzæg, Klinikkleder, Avd. overlege, Namsos
- Randi Fikse, Seksjonsleder, Servicesenter
- Tone Elden, Postsekretær, Kir1, Servicesenter
- Unni Skinderhaug, Sykepleier, Kir 1 (standardisert pasientforløp)
- Anne Margrethe Hustad, Spesialsykepleier, Inntakskontoret
- Liv Kjønstad, Juridisk rådgiver, Fagavdelingen
- John Hjalmar Sørbø, Avdelingsoverlege, Medisinsk avdeling
- Øystein Sende, Klinikkleder, Medisinsk klinikk
- Hilde Fosland, Leder sykepleiertjenester, Medisinsk klinikk
- Bjørn Arnesen, Klinikkleder, Serviceklinikk
- Kari Auran Sjølyst, Avdelingssykepleier, Medisin H
- Wenche P. Delie, Klinikkleder, BFK
- Hilde Ranheim, Klinikkleder, Psykiatrisk klinikk
- Sissel Moksnes Hegdal, Klinikkleder, Medisinsk
- Mads Einar Berg, Ass. direktør, HNT
- Paul Georg Skogen, Fagsjef HNT
- Tor Ivar Stamnes, Kvalitetssjef, HNT

Unntatt off: Off.l. § 13 jfr. FVL § 13 nr. 1

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag

Postboks 2600
7734 STEINKJER**Vår ref.:**

2012/1475 - 16451/2012

Deres ref.:**Arkiv:**

302

Dato :

27.06.2012

Plan for lukking av avvik**Rapport fra tilsyn med spesialisthelsetjenestens håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk og endetarmskreft ved Helse Nord- Trøndelag HF, Sykehuset Namsos**

Viser til deres Rapport fra tilsyn med spesialisthelsetjenestens håndtering og vurdering av pasienter med tykk og endetarmskreft av 29.5.2012.

Det ble under tilsynet avdekket to avvik:

- Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos ivaretar ikke alltid krav til oppfølging av henvisninger
- Registreringer i PAS er ikke alltid i samsvar med myndighetskrav

Vedlagt ligger klinikkenes planer for lukking av de avvik som ble gjort.

Medisinsk klinikk svarer ut avvik 1 og Kirurgisk klinikk svarer ut avvik 2.

Det er i tillegg satt i gang arbeid for å sikre at de forhold som her er påpekt, blir fulgt opp for alle avdelinger i HNT HF gjennom opplæring av de som registrerer og følger opp henvisninger og ventelister i PAS i HNT HF. Dette er startet opp.

Gjennom PAS- koordinatorknettverket regionalt blir det også forsøkt å sikre at pasientens ventelistestatus og ansiennitetsdato overføres ved viderehenvisning til annet HF eller annet sykehus i samme HF. I tillegg vil en arbeide for felles registreringsmåte i PAS, slik at overføring av ventelistestatus og ansiennitetsdato er sammenlignbare mellom HF' ene. Dette arbeidet ble påstartet i PAS- koordinatorknettverket 26.- 27.6.2012 og vil fortsette umiddelbart over sommerferien.

Prosjektet "Helse Midt- Norge IKT strategi", vil gjennom sitt arbeid også belyse og peke på tiltak for de pasientadministrative systemene slik at disse sikrer god samhandling i helsetjenesten og ivaretagelse av pasientens rettigheter. Disse tiltakene

vil komme som en del av en større strategi og satsing på IKT i HMN, og de avvik og merknader Helsetilsynet har påpekt i sine tilsyn, er viktige premisser også i dette arbeidet.

Med hilsen

Arne Flaatt
Administrerende direktør
Helse Nord- Trøndelag HF

Paul Georg Skogen
Fagsjef
Helse Nord- Trøndelag HF

Vedlegg:

- 1) Tilsvar vedr avvik 1 fra Medisinsk klinikk, Sykehuset Namsos
- 2) Tilsvar vedr avvik 2 fra Kirurgisk klinikk, Sykehuset Namsos

Saksbehandler: Paul Georg Skogen

Kopi:
Medisinsk klinikk, Sykehuset Namsos
Kirurgisk klinikk, Sykehuset Namsos

Unntatt off: Off.l. § 13 jfr. FVL § 13 nr. 1

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag

Postboks 2600
7734 STEINKJER**Vår ref.:**
2012/1475 - 16083/2012**Deres ref.:****Arkiv:**
302**Dato :**
25.06.2012**Rapport fra tilsyn med spesialisthelsetjenestens håndtering og vurdering av pasienter med tykk- og endetarmskreft.**

Hoveddelen av tilsynet omhandlet praksis ved kirurgisk klinikk. Også medisinsk klinikk Sykehuset Namsos var gjenstand for tilsyn og ved vår klinikk ble det avdekket at henvisninger av og til ble returnert til henvisende instans.

Dette er et avvik og skal ikke forekomme, og praksis har også opphørt etter at tilsynet var her. Fra ultimo juni har man elektronisk henvisning og elektronisk behandling av henvisninger, og en retur uten at henvisningen blir gjennomarbeidet og begrunnet på annen måte enn tidligere vil ikke lenger være mulig.

Jeg anser avviket som lukket i og med at praksis hos en lege nå er opphørt. Jeg ønsker å presisere at der aldri har blitt returnert henvisninger der problemstillingen har vært om pasienten kan ha malign sykdom i GI-traktus.

Med hilsen

Randi S. Brandtzæg
Klinikkleder

Saksbehandler: Heidi Kjelbotn

Unntatt off: Off.l. § 13 jfr. FVL § 13 nr. 1

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag

Postboks 2600
7734 Steinkjer**Vår ref.:**

2012/1475 - 16583/2012

Deres ref.:**Arkiv:**

302

Dato :

27.06.2012

Plan for lukking av avvik

Virksomhetstilsyn med spesialisthelsetjenestens håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft (kolorektalkreft) ved Helse Nord-Trøndelag HF. Sykehuset Namsos.

Det vises til brev datert 6.6.2012 fra Fylkesmannen i Nord-Trøndelag. Dette notatet omhandler avvik to som berører kirurgisk klinikk.

Avvik 2.

Avviket er knyttet til registreringspraksis i PAS. Det påpekes at praksis med å påføre ett års frist for helsehjelp når henvisning mottas, kan utfordre pasientens rettigheter i forhold til pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften.

Dette fordi praksis kan innebære en teoretisk risiko for at pasienten ikke fanges opp før etter ett år. Praksis har blitt slik fordi PAS krever frist for bl.a. å kunne ta ut nødvendige brev til pasienten. Klinikken praksis er at pasienter som er henvist direkte til kirurg, blir tatt inn til koloskopi umiddelbart og det settes ikke frist for utredning og behandling før koloskopi er gjennomført. Selv om det påpekes at det ikke er noen stor risiko for at pasienter blir glemt i systemet, er det likevel en svakhet ved systemet som defineres som et avvik.

Problemstillingen ble etter tilsynet var gjennomført, løftet opp foretaksnivå. Den er både tatt opp med fagdirektør samt i den regionale brukergruppen for PAS. Klinikken er gitt det råd å avvente en regional vurdering før praksis endres. Klinikken har derfor til nå avventet med å endre praksis i påvente av en regional avklaring.

Vi likevel vurdert om det kan være andre måter å registrere henvisningene på for å lukke avviket.

Klinikken har drøftet følgende løsning:

I de tilfeller hvor henvisningen gir tilstrekkelige opplysninger til å treffe beslutning om behandling, gis pasienten rett til behandling med frist innen 20 dager.

I de tilfeller hvor henvisningen ikke gir nok opplysninger til å vite hva som skal behandles, gis pasienten rett til utredning innen 10 dager (for eksempel koloskopi). Når undersøkelsen er gjort og den viser patologiske funn som tilsier videre behandling, gis pasienten behandling med frist

innen 20 dager fra mottatt henvisning. I PAS legges kritisk dato senest 20 dager fra mottatt henvisning.

Vi har drøftet denne løsningen med PAS-koordinator Hanne Rønning og hun vil ta dette forslaget med inn i Regional brukergruppe PAS med forslag om at dette også kan være en regional løsning. Det er møte i Regional brukergruppe i innværende uke og vi avventer en rask avklaring. Dersom det ikke kommer andre forslag til løsninger, vil klinikken endre praksis så snart det lar praktisk gjøre og senest innen 1. august.

Det er videre påpekt at pasienter som mottas av medisinsk avdeling som øyeblikkelig hjelp og viderehenvises til kirurgisk avdeling, gis en ny omsorgsperiode med ny frist og dato for ansiennitet. Denne praksis endres og gis ikke ny omsorgsperiode.

Med vennlig hilsen

John Ivar Toft
Klinikksjef
Kirurgisk klinikk
Sykehuset Namsos HNT HF

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 28/2012 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	06.09.12	28/2012
Saksbeh:	Marit Røvik Skjerve	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2012/6351	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:
Sak 28/2012 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Protokoll fra møte i Administrativt samarbeidsutvalg 30.08.12
2. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 03.09.12
3. Driftsrapport for juni/juli 2012
4. Orientering SAMDATA rapport - Spesialisthelsetjenesten 2011
5. Møteplan for 2013
6. Andre orienteringer

Administrerende direktørs rapport**1. Helsefag****1.1 Aktivitet****1.1.1 Somatikk – sørge for og egen produksjon**

Tabell nr 1: Aktivitet somatikk pr juni 2012

DRG-aktivitet (poeng) - 2012		Hittil i år				Totalt for året			
		Realisert	Budsjett	Avvik	Avvik %	Prognose	Budsjett	Avvik	Avvik %
3200	Kostnadskrevende legemidler utenfor sykehus	400	31	369					
3201	Heldøgns pasienter	11 464	11 056	408					
3202	Dagpasienter	283	281	2					
3204	Poliklinikk (inkl dagkirurgi)	3 082	3 129	-47					
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	15229	14496	733					
3205	DRG-produksjon – kjøp fra andre regioner	824	912	-88					
	Sum DRG-poeng "sørge for"	16053	15408	645	4,0 %	30121	30121	0	0,0 %
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	15229	14496	733					
321	Gjestepasienter - salg til andre regioner	377	468	-91					
	Sum DRG-poeng produsert i egen region	15606	14964	641	4,1 %	31274	31274	0	0,0 %

Det er lagt opp til en økning på om lag 2 % i DRG-produksjonen knyttet til foretakets "sørge for" - aktivitet i 2012. Ut over dette kommer evt. endring knyttet til omfang av pasienter fra andre regioner som blir behandlet i HNT. Registrert DRG-aktivitet i juni og akkumulert pr. juni viser at foretaket ligger godt foran plantallene hittil i år.

1.1.2 Aktivitet PHV/TSB – pr tertial

Tabell nr 2: Aktivitet psykisk helsevern pr april 2012

Aktivitet psykisk helsevern	Fre-kvens	Denne periode i fjor	Denne periode i år	Endring fra i fjor	Endring %
VOP: Forventet antall polikliniske v-konsultasjoner	Tertial		20 147		
VOP: Faktisk antall polikliniske v-konsultasjoner	Tertial	17 879	18 355	476	2,7 %
VOP: Faktisk antall i % av forventet	Tertial		91,1 %		
VOP: Antall <u>innleggelser</u> til døgnbehandling ved psykiatriske sykehusavdelinger (fra bosted)	Tertial	350	378	28	8,0 %
VOP: Antall <u>innleggelser med tvang</u> til døgnbehandling ved psykiatriske sykehusavdelinger (fra bosted, §3.2 eller §3.3)	Tertial	56	44	-12	-21,4 %
VOP: Antall <u>innleggelser</u> til døgnbehandling ved DPS (fra bosted)	Tertial	78	43	-35	-44,9 %
VOP: Antall <u>innleggelser med tvang</u> til døgnbehandling ved DPS (fra bosted, §3.2 eller §3.3)	Tertial	9	7	-2	-22,2 %
BUP: Forventet antall polikliniske v-konsultasjoner	Tertial		8 231		
BUP: Faktisk antall polikliniske v-konsultasjoner	Tertial	6 533	7 960	1427	21,8 %
BUP: Faktisk antall i % av forventet	Tertial		96,7 %		
VOP/BUP Samlemål for aktivitet psykisk helsevern: PH-aktivitet	Tertial	50 140	52 528	2 388	4,8 %

Det er lagt opp til en økning på om lag 10 % i antall polikliniske konsultasjoner i foretakets psykiatriske avdelinger i 2012, med størst vekst innen BUP. For innlagte pasienter forventes små endringer. Aktivitetstallene i psykiatri for første tertial viser at det er gode muligheter for å nå fastsatte måltall.

Tabell nr 3: Aktivitet TSB (rusbehandling) pr april 2012

Aktivitet psykisk helsevern (TSB)	Fre-kvens	Denne periode i fjor	Denne periode i år	Endring fra i fjor	Endring %
TSB: Forventet antall polikliniske v-konsultasjoner	Tertial		2 136		
TSB: Faktisk antall polikliniske v-konsultasjoner	Tertial	1 578	1 564	-14	-0,9 %
TSB: Faktisk antall i % av forventet	Tertial		73,2 %		
TSB: Antall utskrivninger	Tertial	7	15	8	114,3 %
TSB: Antall oppholdsdøgn	Tertial	37	544	507	1370,3 %

Avdeling for rusrelatert psykiatri (ARP) ble etablert i februar 2011. Tallene for 1. tertial i år for innlagte pasienter er derfor ikke sammenlignbare med tallene for samme periode i fjor.

1.2 Ventetider

Tabell nr 4: Ventetider pr juni 2012 – foreløpige tall

Ventetider	Fre- kvens	Mål	Forrige periode	Denne periode	Endring
Gj.nittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Mnd	65	72	69	-3
Andel fristbrudd for rettighetspasienter - for avviklede pasienter	Mnd	0 %	6,3 %	5,9 %	-0,4 %

Det har det siste året vært betydelig fokus på å redusere og fjerne fristbrudd for rettighetspasienter. Dette har gitt resultater da foretaket de siste månedene har hatt få pasienter med fristbrudd. Det vil i tiden framover bli arbeidet med å legge opp foretakets drift slik at vi ikke skal ha fristbrudd for rettighetspasienter.

Gjennomsnittlige ventetider er siste år redusert betydelig slik at foretaket ved utgangen av 2011 hadde gjennomsnittlige ventetider ned mot 65 dager. Resultatet for juni måned viser imidlertid en gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter på 69 dager. Det vil fortsatt bli arbeidet med å redusere ventetidene slik at en også i 2012 kan oppfylle målsettingen om en gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten ned mot 65 dager.

1.3 Kvalitetsindikatorer

Tabell nr 5: Kvalitetsindikatorer pr juni 2012

Kvalitetsindikatorer	Fre- kvens	Mål	Forrige periode	Denne periode	Endring
Andel epikriser sendt ut innen en uke	Mnd	100 %	83,4 %	85,4 %	2,0 %
Andel pasienter med tykktarmskreft som får behandling innen 20 virkedager	Tertial	80 %	45,5 %	-	-
Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager	Tertial	80 %	46,7 %	-	-
Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager	Tertial	80 %	82,6 %	-	-
Andel pasienter med kreft som får behandling innen 20 virkedager	Tertial	80 %	-	-	-
Antall utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten	Mnd	0	6	5	-1
Antall døgn med utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten	Mnd	0	16	15	-1

HNT nådde i 2011 et resultat der 84,2 % av alle epikriser var sendt innen en uke etter avsluttet sykehusopphold. Målsettingen for 2012 er at 100 % av alle epikriser skal være sendt innen en uke. HNT nådde 85,4 % i juni og vil arbeide for å øke denne andelen til fastsatte målkrav.

Det er i juni registrert 5 utskrivningsklare pasienter i foretakets sykehus. Dette er reduksjon fra mai, og fortsatt av begrenset omfang. Kommunene betaler 4.000 kroner pr. liggedøgn for utskrivningsklare pasienter.

1.4 Raskere tilbake

HNT er for 2012 tildelt en ramme på 6,3 mill kroner for arbeid innenfor tiltaket "Raskere tilbake". Tildelingen er litt mindre enn foregående år. Hittil i år er det utført arbeid for 2,6 mill kroner innen dette tiltaket.

2 Økonomi

2.1 Resultat

Tabell nr 6: Resultatavvik pr juni 2012

Resultatavvik		Avvik tom forrige periode	Avvik denne periode	Avvik tom denne periode
3	Inntekter	5 902	-2 768	3 134
4	Varekostnader	-8 726	-2 100	-10 826
5	Lønnskostnader	-32 470	172	-32 298
6,7,9	Andre driftskostnader	9 698	3 748	13 446
8	Finansposter	1 690	281	1 971
Årsresultat jf budsjett:		-23 906	-667	-24 573
Avvik knyttet til ny aktuarberegning		21 669	4 323	25 992
Avvik korrigert for ny aktuarberegning		-2 237	3 656	1 419
Nytt resultatkrav		0	0	0
Avvik korrigert for nytt resultatkrav		-2 237	3 656	1 419

Vedtatt budsjett for 2012 for Helse Nord-Trøndelag HF fastslår at foretaket skal ha et resultat på 15 mill kroner. Budsjettet overskudd skal bidra med likviditet til foretakets investeringer inneværende år. Aktuarberegning fra januar 2012 viser at regnskapsmessige pensjonskostnader for 2012 er økt etter at det økonomiske opplegget for foretaket ble fastsatt. For HNT utgjør dette en økt kostnad på 52,1 mill kroner. Dette fordeler seg med om lag 4,3 mill kroner i økte pensjonskostnader pr. måned i 2012. I samsvar med tidligere retningslinjer og praksis har regjeringen vedtatt tilleggsbevilgning til dekning av økte pensjonskostnader i forbindelse med behandling av revidert nasjonalbudsjett i juni. Dette vil bli korrigert i AD-rapporten for juli måned.

Foretakets resultat i juni måned viser et avvik i forhold til budsjettet på – 0,7 mill kroner. Korrigert for økte pensjonskostnader på 4,3 mill kroner gir dette et korrigert resultat i juni på 3,7 mill kroner og hittil i år på 1,4 mill kroner.

2.1.1 Inntekter

Foretakets inntekter er i juni litt lavere enn vedtatt budsjett.

2.1.2 Varekostnader

Varekostnadene er i juni noe høyere enn budsjettet. Det skyldes først og fremst høyere kostnader knyttet til forbruk av medikamenter, rekvisita og medisinske forbruksvarer. Høye varekostnader er gjennomgående i flere klinikker og foretak og er gjenstand for oppfølgende analyser.

2.1.3 Lønnskostnader

Lønnen i juni er relatert til at dette er en feriemåned, og lønnskostnadene er omtrent som budsjettet.

Korrigert for økte pensjonskostnader på 4,3 mill kroner er ordinære lønnskostnader i juni vel 4 mill kroner under budsjett.

2.1.4 Andre driftskostnader

Under denne kostnadsgruppen er det (på art 7799) satt av en buffer på knapt 24 mill kroner for å sikre måloppnåelse hvis det skulle påløpe uforutsette kostnader eller bli svikt i inntektene.

2.1.5 Finansposter

Foretakets finansposter er siste måned noe bedre enn budsjettet.

2.2 Prognose

Tabell nr 7: Prognose pr juni 2012

Prognose – endring fra budsjett		Endring tom forrige periode	Endring denne periode	Endring tom denne periode
3	Inntekter	15 000	0	15 000
4	Varekostnader	-20 000	0	-20 000
5	Lønnskostnader	-76 089	0	-76 089
6,7,9	Andre driftskostnader	25 000	0	25 000
8	Finansposter	4 000	0	4 000
Årsresultat jf budsjett:		-37 089	0	-37 089
Avvik knyttet til ny aktuarberegning		52 089	0	52 089
Avvik korrigert for ny aktuarberegning		15 000	0	15 000
Nytt resultatkrav				
Avvik korrigert for nytt resultatkrav		15 000	0	15 000

Prognosen for juni er uendret fra forrige måned.

2.3 Likviditet

HNT er for 2012 tildelt en driftskredittramme i DNB på 100 mill kroner. Driften hittil viser at vi med god margin skal holde oss innen denne rammen.

2.4 Investeringer – pr tertial

HNTs investeringsbudsjett for 2012 fordeler seg slik:

Planlagte investeringer 2012 – innen fastsatt ramme	1000 kroner
HOV/intensiv Levanger	25 300
Øvrige bygg inkl. HMS	19 700
MTU (inkl. større MTU), ekskl. leasing	33 700
EK-innskudd KLP	6 420
Sum investeringsbudsjett 2012	85 120

I tillegg til budsjettert overskudd inneværende år på 15 mill kroner har ubenyttet overskudd fra driften i 2010 og 2011 gjort det mulig å legge opp til et investeringsbudsjett i 2012 med en ramme på vel 85 mill kroner. Som medeier i KLP er økt egenkapitalinnskudd på 6,4 mill kroner obligatorisk. Ut over dette er det satt av 25,3 mill kroner til ferdigstilling av ny intensivavdeling i Levanger, 19,7 mill kroner til diverse bygningsmessige tiltak inkl. HMS og 33,7 mill kroner til nødvendig fornyelse av medisinsk teknisk og teknisk utstyr.

Oppfølging av årets investeringer rapporteres hvert tertial.

2.5 Produktivitet – pr tertial

Tabell nr 8: Produktivitet pr april 2012

Produktivitet	Fre-kvens	Forrige periode	Denne periode	Endring	Endring %	I fjor
DRG-poeng per brutto månedsverk somatikk (jfr egen spesifikasjon/uttaksrutine for månedsverk)	Tertial	2,57	2,15	-0,42	-16,3 %	2,14
Poliklinikker VOP: Antall v-konsultasjoner per månedsverk.	Tertial	36,2	37,6	1,4	4,0 %	39,4
Poliklinikker BUP: Antall v-konsultasjoner per månedsverk.	Tertial	33,2	35,3	2,1	6,3 %	37,6

HMN har holdt tilbake 3,9 mill kroner av basisrammen i 2012 til psykisk helsevern i HNT. Beløpet blir utbetalt dersom antall v-konsultasjoner i VOP og BUP øker med minimum 0,5 fra 2. tertial 2011 til 2. tertial 2012. Så langt ser det ut til at dette målet er innen rekkevidde.

3 HR

3.1 Bemanning/innleie

Tabell nr 9: Bemanning pr juni 2012

Bemanning (Brutto månedsverk utbetalt)	Denne periode				Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Endring - forrige år	Faktisk	Budsjett	Avvik
Totalt	2 316,7	2 321,0	-4,3	22,4	13 771,0	13 769,5	1,5
PHV	510,1	519,5	-9,4	12,7	3 073,6	3 101,0	-27,4
- Fravær							
Netto månedsverk utbetalt	1 945,3				12 027,7		

Tabell nr 10: Innleie pr juni 2012

Innleie	Denne periode				Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Endring - forrige år	Faktisk	Budsjett	Avvik
Innleie fra byrå (1000 kr)	6 521	690	-5 831	5 075	6 521	3 626	-2 895

Foretakets bemanning, målt i brutto månedsverk, viser i juni et avvik på – 4,3 månedsverk, og tett opp til budsjettet hittil i år. Innleie fra byrå er betydelig

over budsjett i juni og også over budsjett hittil i år selv om det her er vanskelig å sammenligne p.g.a. endring i kontoplanen i juni.

3.2 Deltid

Tabell nr 11: Andel deltid pr juni 2012

Deltid	Denne periode	Forrige år	Endring	Mål 2012	Avvik
% andel (juridisk) deltid	46,0 %	49,1 %	-3,1 %	39,5 %	6,5 %

Det var i fjor krav om at HF-ene skulle redusere andel deltid med minst 20 prosent uten at foretaket oppnådde særlig effekt. For 2012 er det satt et mål om at andel deltid skal reduseres til 39,5 %. Pr. juni ligger foretaket 6,5 % høyere enn denne målsettingen.

3.3 Sykefravær

Tabell nr 12: Sykefravær pr juni 2012

Sykefravær snitt (%)	Denne periode			Gj snitt sykefravær siste 12 mnd		
	Faktisk	Forrige år	Endring	Faktisk	Mål	Avvik
Egenmelding	1,0 %	0,8 %	0,2 %	1,4 %		
Sykemelding	6,7 %	6,1 %	0,6 %	6,3 %		
Samlet for foretaket:	7,70 %	6,90 %	0,80 %	7,75 %	7,25 %	-0,50 %

I henhold til IA-avtalen er det et mål å redusere sykefraværet med 20 % til det er nede på et langsiktig mål på 7 % i 2013. Sykefraværet var i 2011 på 7,6 %. For 2012 er det et mål om at sykefraværet ikke bør overstige 7,25 %. Sykefraværet for foretaket var i juni på 7,7 %.

4 Generell vurdering

Foretakets drift i juni og hittil i år ser i all hovedsak ut til å stemme med de planer og vedtak som er gjort for driften i 2012. Dette gjelder i særlig grad overordnede målsettinger for aktivitet og økonomi. Det er noen avvik fra måned til måned og mellom enkelte klinikker i foretaket, men akkumulerte tall hittil i år viser relativt sett små avvik for foretaket. Noe høyere aktivitet enn budsjettet ser ut til å ha ført til noe høyere kostnader og høyere inntekter enn budsjettet. For enkelte kvalitetsmål er det fortsatt nødvendig med tiltak for å øke graden av måloppnåelse.

Økte pensjonskostnader på 52,1 mill kroner i forhold til fastsatte rammevilkår tilsier at foretaket pr. juni prognostiserer et økonomisk resultat for 2012 på – 37,1 mill kroner. I AD-rapport for juli måned er resultatmål og prognose endret.

Levanger, 14.08.12

Arne Flaatt
adm. dir.
sign.

Administrerende direktørs rapport**1. Helsefag****1.1 Aktivitet****1.1.1 Somatikk – sørge for og egen produksjon**

Tabell nr 1: Aktivitet somatikk pr juli 2012

DRG-aktivitet (poeng) - 2012		Hittil i år				Totalt for året			
		Realisert	Budsjett	Avvik	Avvik %	Prognose	Budsjett	Avvik	Avvik %
3200	Kostnadskrevende legemidler utenfor sykehus	457	35	422					
3201	Heldøgns pasienter	12 979	12 560	419					
3202	Dagpasienter	328	329	-1					
3204	Poliklinikk (inkl dagkirurgi)	3 405	3 453	-49					
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	17168	16377	791					
3205	DRG-produksjon – kjøp fra andre regioner	961	1 016	-55					
	Sum DRG-poeng "sørge for"	18129	17393	736	4,1 %	30121	30121	0	0,0 %
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	17168	16377	791					
321	Gjestepasienter - salg til andre regioner	444	521	-77					
	Sum DRG-poeng produsert i egen region	17612	16898	714	4,1 %	31274	31274	0	0,0 %

Det er lagt opp til en økning på om lag 2 % i DRG-produksjonen knyttet til foretakets "sørge for" - aktivitet i 2012. Ut over dette kommer evt. endring knyttet til omfang av pasienter fra andre regioner som blir behandlet i HNT. Registrert DRG-aktivitet i juli og akkumulert pr. juli viser at foretaket ligger godt foran plantallene hittil i år.

1.1.2 Aktivitet PHV/TSB – pr tertial

Tabell nr 2: Aktivitet psykisk helsevern pr april 2012

Aktivitet psykisk helsevern	Fre-kvens	Denne periode i fjor	Denne periode i år	Endring fra i fjor	Endring %
VOP: Forventet antall polikliniske v-konsultasjoner	Tertial		20 147		
VOP: Faktisk antall polikliniske v-konsultasjoner	Tertial	17 879	18 355	476	2,7 %
VOP: Faktisk antall i % av forventet	Tertial		91,1 %		
VOP: Antall <u>innleggelser</u> til døgnbehandling ved psykiatriske sykehusavdelinger (fra bosted)	Tertial	350	378	28	8,0 %
VOP: Antall <u>innleggelser med tvang</u> til døgnbehandling ved psykiatriske sykehusavdelinger (fra bosted, §3.2 eller §3.3)	Tertial	56	44	-12	-21,4 %
VOP: Antall <u>innleggelser</u> til døgnbehandling ved DPS (fra bosted)	Tertial	78	43	-35	-44,9 %
VOP: Antall <u>innleggelser med tvang</u> til døgnbehandling ved DPS (fra bosted, §3.2 eller §3.3)	Tertial	9	7	-2	-22,2 %
BUP: Forventet antall polikliniske v-konsultasjoner	Tertial		8 231		
BUP: Faktisk antall polikliniske v-konsultasjoner	Tertial	6 533	7 960	1427	21,8 %
BUP: Faktisk antall i % av forventet	Tertial		96,7 %		
VOP/BUP Samlemål for aktivitet psykisk helsevern: PH-aktivitet	Tertial	50 140	52 528	2 388	4,8 %

Det er lagt opp til en økning på om lag 10 % i antall polikliniske konsultasjoner i foretakets psykiatriske avdelinger i 2012, med størst vekst innen BUP. For innlagte pasienter forventes små endringer. Aktivitetstallene i psykiatri for første tertial viser at det er gode muligheter for å nå fastsatte måltall.

Tabell nr 3: Aktivitet TSB (rusbehandling) pr april 2012

Aktivitet psykisk helsevern (TSB)	Fre-kvens	Denne periode i fjor	Denne periode i år	Endring fra i fjor	Endring %
TSB: Forventet antall polikliniske v-konsultasjoner	Tertial		2 136		
TSB: Faktisk antall polikliniske v-konsultasjoner	Tertial	1 578	1 564	-14	-0,9 %
TSB: Faktisk antall i % av forventet	Tertial		73,2 %		
TSB: Antall utskrivninger	Tertial	7	15	8	114,3 %
TSB: Antall oppholdsdøgn	Tertial	37	544	507	1370,3 %

Avdeling for rusrelatert psykiatri (ARP) ble etablert i februar 2011. Tallene for 1. tertial i år for innlagte pasienter er derfor ikke sammenlignbare med tallene for samme periode i fjor.

1.2 Ventetider

Tabell nr 4: Ventetider pr juli 2012 – foreløpige tall

Ventetider	Fre- kvens	Mål	Forrige periode	Denne periode	Endring
Gj.nittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Mnd	65	69	64	-5
Andel fristbrudd for rettighetspasienter - for avviklede pasienter	Mnd	0 %	5,9 %	2,5 %	-3,4 %

Det har det siste året vært betydelig fokus på å redusere og fjerne fristbrudd for rettighetspasienter. Dette har gitt resultater da foretaket de siste månedene har hatt få pasienter med fristbrudd. Det vil i tiden framover bli arbeidet med å legge opp foretakets drift slik at vi ikke skal ha fristbrudd for rettighetspasienter.

Gjennomsnittlige ventetider er siste år redusert betydelig slik at foretaket ved utgangen av 2011 hadde gjennomsnittlige ventetider ned mot 65 dager. Resultatet for juli måned viser en gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter på 64 dager, - en reduksjon på 5 dager fra forrige måned. Det vil fortsatt bli arbeidet med å redusere ventetidene for foretakets pasienter.

1.3 Kvalitetsindikatorer

Tabell nr 5: Kvalitetsindikatorer pr juli 2012

Kvalitetsindikatorer	Fre- kvens	Mål	Forrige periode	Denne periode	Endring
Andel epikriser sendt ut innen en uke	Mnd	100 %	85,4 %	85,9 %	0,5 %
Andel pasienter med tykktarmskreft som får behandling innen 20 virkedager	Tertial	80 %	45,5 %	-	-
Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager	Tertial	80 %	46,7 %	-	-
Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager	Tertial	80 %	82,6 %	-	-
Andel pasienter med kreft som får behandling innen 20 virkedager	Tertial	80 %	-	-	-
Antall utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten	Mnd	0	5	5	0
Antall døgn med utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten	Mnd	0	15	19	4

HNT nådde i 2011 et resultat der 84,2 % av alle epikriser var sendt innen en uke etter avsluttet sykehusopphold. Målsettingen for 2012 er at 100 % av alle epikriser skal være sendt innen en uke. HNT nådde 85,9 % i juli og vil arbeide for å øke denne andelen til fastsatte målkrav.

Det er i juli registrert 5 utskrivningsklare pasienter i foretakets sykehus. Dette er samme nivå som i forrige måned og av begrenset omfang. Kommunene betaler 4.000 kroner pr. liggedøgn for utskrivningsklare pasienter.

1.4 Raskere tilbake

HNT er for 2012 tildelt en ramme på 6,3 mill kroner for arbeid innenfor tiltaket "Raskere tilbake". Tildelingen er litt mindre enn foregående år. Det har vært liten aktivitet på dette området i sommer. Hittil i år er det utført arbeid for 2,6 mill kroner innen dette tiltaket.

2 Økonomi

2.1 Resultat

Tabell nr 6: Resultatavvik pr juli 2012

Resultatavvik		Avvik tom forrige periode	Avvik denne periode	Avvik tom denne periode
3	Inntekter	3 134	35 245	38 379
4	Varekostnader	-10 826	-814	-11 640
5	Lønnskostnader	-32 299	-9 218	-41 517
6,7,9	Andre driftskostnader	13 446	1 674	15 120
8	Finansposter	1 972	610	2 582
Årsresultat jf budsjett:		-24 573	27 497	2 924
Avvik knyttet til ny aktuarberegning			0	0
Avvik korrigert for ny aktuarberegning		-24 573	27 497	2 924
Nytt resultatkrav		3 000	500	3 500
Avvik korrigert for nytt resultatkrav		27 573	26 997	-576

Vedtatt budsjett for 2012 for Helse Nord-Trøndelag HF fastslår at foretaket skal ha et resultat på 15 mill kroner. Budsjettert overskudd skal bidra med likviditet til foretakets investeringer inneværende år. Aktuarberegning fra januar 2012 viser at regnskapsmessige pensjonskostnader for 2012 er økt etter at det økonomiske opplegget for foretaket ble fastsatt. For HNT utgjør dette en økt kostnad på 52,1 mill kroner.

I samsvar med tidligere retningslinjer og praksis har regjeringen vedtatt tilleggsbevilgning til dekning av økte pensjonskostnader i forbindelse med behandling av revidert nasjonalbudsjett i juni. Tilleggsbevilgningen til Helse Midt-Norge RHF er fordelt på helseforetakene i samsvar med vedtatt inntektsfordelingsmodell. I henhold til brev av 28.06.12 fra HMN er HNT på dette grunnlag tildelt 58,1 mill kroner i økt basisramme for 2012. I og med at bevilgningen er 6,0 mill kroner høyere enn foretakets økte pensjonskostnader, har HNT fått et revidert resultatkrav for 2012 på 21,0 (=15,0 + 6,0) mill kroner. I fortsettelsen vil vi derfor rapportere avvik i forhold til revidert resultatkrav.

Foretakets resultat i juli måned viser et akkumulert avvik i forhold til nytt resultatkrav på – 0,6 mill kroner. Korrigert resultatavvik pr. juni måned var på 1,4 mill kroner. Korrigert for økte pensjonskostnader, økt basisramme og nytt resultatkrav tilsier det et resultatavvik i juli-regnskapet på – 2,0 mill kroner.

2.1.1 Inntekter

Foretakets inntekter er i juli betydelig høyere enn vedtatt budsjett. Dette skyldes (periodiserte 7/12 av) tilleggsbevilgning knyttet til økte pensjonskostnader.

2.1.2 Varekostnader

Varekostnadene er i juli litt høyere enn budsjettet. Det skyldes fortsatt høye kostnader knyttet til forbruk av medikamenter, rekvisita og medisinske forbruksvarer. Høye varekostnader er gjennomgående i flere klinikker og foretak og er gjenstand for oppfølgende analyser.

2.1.3 Lønnskostnader

Lønnskostnadene er i juli 9,2 mill kroner høyere enn budsjettet.

4,3 mill kroner av merforbruket er knyttet til høyere pensjonskostnader enn budsjettet. Videre er noe av merforbruket knyttet til avsetning i forbindelse med årets lønnsoppgjør. Selv om lønnsoppgjøret ennå ikke er helt ferdig, er omfanget av oppgjøret klart. Det er pr. juli akkumulert avsatt 8,6 mill kroner til dekning av ennå ikke effektivert virkning av årets lønnsoppgjør.

2.1.4 Andre driftskostnader

Under denne kostnadsgruppen er det (på art 7799) satt av en buffer på knapt 24 mill kroner for å sikre måloppnåelse hvis det skulle påløpe uforutsette kostnader eller bli svikt i inntektene.

2.1.5 Finansposter

Foretakets finansposter er siste måned noe bedre enn budsjettet.

2.2 Prognose

Tabell nr 7: Prognose pr juli 2012

Prognose – endring fra budsjett		Endring tom forrige periode	Endring denne periode	Endring tom denne periode
3	Inntekter	15 000	58 089	73 089
4	Varekostnader	-20 000	0	-20 000
5	Lønnskostnader	-76 089	0	-76 089
6,7,9	Andre driftskostnader	25 000	0	25 000
8	Finansposter	4 000	0	4 000
Prognose: Endring ift budsjett 2012		-52 089	58 089	6 000
Avvik knyttet til ny aktuarberegning		-52 089	52 089	0
Budsjett 2012 (opprinnelig resultatkrav)		15 000	0	15 000
Nytt resultatkrav		0	6 000	21 000
Prognose/estimat 2012		-37 089	58 089	21 000

Med utgangspunkt i økt basisramme og økt resultatkrav er prognosen for foretakets årsresultat endret fra forrige måned. HNT prognostiserer et årsresultat i samsvar med nytt resultatkrav på 21,0 mill kroner.

2.2.1 Inntekter

P.g.a. økt basisramme og høy aktivitet ligger foretakets inntekter betydelig over budsjett. Inntektene prognostiseres nå 73,1 mill kroner over budsjett.

2.2.2 Varekostnader

P.g.a. høy aktivitet og økte enhetskostnader på medikamenter og medisinske forbruksvarer ligger foretakets varekostnader noe over budsjett. Prognosen er 20 mill kroner over budsjett og uendret fra forrige periode.

2.2.3 Lønnskostnader

I tillegg til økte pensjonskostnader (på 52,1 mill kroner) er foretakets kostnader til overtid og ekstrahjelp noe høyere enn budsjettet. Årets lønnsoppgjør blir også noe høyere enn budsjettet. Lønnskostnadene prognostiseres derfor med et avvik på – 76,1 mill kroner, - uendret fra forrige periode.

2.2.4 Andre driftskostnader

Budsjettet buffer er plassert under andre driftskostnader. Andre driftskostnader prognostiseres på dette grunnlag 25 mill kroner foran budsjett, - uendret fra forrige periode.

2.2.5 Finansposter

Foretakets finanskostnader ligger litt foran budsjett. Finanspostene prognostiseres 4 mill kroner foran budsjett, - uendret fra forrige periode.

2.3 Likviditet

HNT er for 2012 tildelt en driftskredittramme i DNB på 100 mill kroner. Driften hittil viser at vi med god margin skal holde oss innen denne rammen.

2.4 Investeringer – pr tertial

HNTs investeringsbudsjett for 2012 fordeler seg slik:

Planlagte investeringer 2012 – innen fastsatt ramme	1000 kroner
HOV/intensiv Levanger	25 300
Øvrige bygg inkl. HMS	19 700
MTU (inkl. større MTU), ekskl. leasing	33 700
EK-innskudd KLP	6 420
Sum investeringsbudsjett 2012	85 120

I tillegg til budsjettert overskudd inneværende år på 15 mill kroner har ubenyttet overskudd fra driften i 2010 og 2011 gjort det mulig å legge opp til et investeringsbudsjett i 2012 med en ramme på vel 85 mill kroner. Som medeier i KLP er økt egenkapitalinnskudd på 6,4 mill kroner obligatorisk. Ut over dette er det satt av 25,3 mill kroner til ferdigstilling av ny intensivavdeling i Levanger, 19,7 mill kroner til diverse bygningsmessige tiltak inkl. HMS og 33,7 mill kroner til nødvendig fornyelse av medisinsk teknisk og teknisk utstyr.

Oppfølging av årets investeringer rapporteres hvert tertial.

2.5 Produktivitet – pr tertial

Tabell nr 8: Produktivitet pr april 2012

Produktivitet	Fre-kvens	Forrige periode	Denne periode	Endring	Endring %	I fjor
DRG-poeng per brutto månedsverk somatikk (jfr egen spesifikasjon/uttaksrutine for månedsverk)	Tertial	2,57	2,15	-0,42	-16,3 %	2,14
Poliklinikker VOP: Antall v-konsultasjoner per månedsverk.	Tertial	36,2	37,6	1,4	4,0 %	39,4
Poliklinikker BUP: Antall v-konsultasjoner per månedsverk.	Tertial	33,2	35,3	2,1	6,3 %	37,6

HMN har holdt tilbake 3,9 mill kroner av basisrammen i 2012 til psykisk helsevern i HNT. Beløpet blir utbetalt dersom antall v-konsultasjoner i VOP og BUP øker med minimum 0,5 fra 2. tertial 2011 til 2. tertial 2012. Så langt ser det ut til at dette målet er innen rekkevidde.

3 HR

3.1 Bemanning/innleie

Tabell nr 9: Bemanning pr juli 2012

Bemanning (Brutto månedsverk utbetalt)	Denne periode				Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Endring - forrige år	Faktisk	Budsjett	Avvik
Totalt	2 443,3	2 421,6	21,7	36,7	16 214,3	16 191,1	23,2
PHV	534,0	529,5	4,5	12,7	3 607,6	3 630,5	-22,9
- Fravær							
Netto månedsverk utbetalt	1 598,9				13 626,6		

Tabell nr 10: Innleie pr juli 2012

Innleie	Denne periode				Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Endring - forrige år	Faktisk	Budsjett	Avvik
Innleie fra byrå (1000 kr)	1 313	908	-405	-892	7 834	4 533	-3 301

Foretakets bemanning, målt i brutto månedsverk, viser i juli et avvik på 21,7 månedsverk. Avviket hittil i år er omtrent på samme nivå. Innleie fra byrå er betydelig over budsjett i juli og også over budsjett hittil i år selv om det her er vanskelig å sammenligne p.g.a. endring i kontoplanen f.o.m. juni.

3.2 Deltid

Tabell nr 11: Andel deltid pr juli 2012

Deltid	Denne periode	Forrige år	Endring	Mål 2012	Avvik
% andel (juridisk) deltid	45,8 %	48,6 %	-2,8 %	39,5 %	6,3 %

Det var i fjor krav om at HF-ene skulle redusere andel deltid med minst 20 prosent uten at foretaket oppnådde særlig effekt. For 2012 er det satt et mål om at andel deltid skal reduseres til 39,5 %. Pr. juli ligger foretaket 6,3 % høyere enn denne målsettingen.

3.3 Sykefravær

Tabell nr 12: Sykefravær pr juli 2012

Sykefravær snitt (%)	Denne periode			Gj snitt sykefravær siste 12 mnd		
	Faktisk	Forrige år	Endring	Faktisk	Mål	Avvik
Egenmelding	0,6 %	0,5 %	0,1 %	1,3 %		
Sykemelding	6,3 %	6,6 %	-0,3 %	6,3 %		
Samlet for foretaket:	6,90 %	7,10 %	-0,20 %	7,60 %	7,25 %	-0,35 %

I henhold til IA-avtalen er det et mål å redusere sykefraværet med 20 % til det er nede på et langsiktig mål på 7 % i 2013. Sykefraværet var i 2011 på 7,6 %. For 2012 er det et mål om at sykefraværet ikke bør overstige 7,25 %. Sykefraværet for foretaket var i juli på 6,9 % og var i siste 12 måneds periode 7,6 %.

4 Generell vurdering

Foretakets drift i juli og hittil i år ser i all hovedsak ut til å stemme med de planer og vedtak som er gjort for driften i 2012. Dette gjelder i særlig grad overordnede målsettinger for aktivitet og økonomi. Det er noen avvik fra måned til måned og mellom enkelte klinikker i foretaket, men akkumulerte tall hittil i år viser relativt sett god måloppnåelse for foretaket. Noe høyere aktivitet enn budsjettet ser ut til å ha ført til noe høyere kostnader og høyere inntekter enn budsjettet. For enkelte kvalitetsmål er det fortsatt nødvendig med tiltak for å øke graden av måloppnåelse.

Gjennom økt basisbevilgning på 58,1 mill kroner er det gitt dekning for økte pensjonskostnader på 52,1 mill kroner. Resultatkravet er økt med differansen på 6,0 mill kroner slik at foretakets resultatkrav for 2012 nå er på 21,0 mill kroner. HNT prognostiserer et økonomisk resultat for 2012 i samsvar med resultatkravet, dvs. 21,0 mill kroner.

Levanger, 14.08.12

Arne Flaatt
adm. dir.
sign.

Møteplan 2013

RHF	Helsebygg	RBU	AMN	HNT	HMR	STO	RBM	APO
AU reg tillitsvalgte				1	Direktørmøte			Dialogmøter
Gjennomgående intern møtedag				1	Styreleder og dir-møte			Fridager
					Felles møter RHF og HF styre			
Foretaksmøter								

Dato
15.08.2012

JANUAR						
M	T	O	T	F	L	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

FEBRUAR						
M	T	O	T	F	L	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28			

MARS						
M	T	O	T	F	L	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

APRIL						
M	T	O	T	F	L	S
1	2	3	4	5*	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

*tlf møte årsregnskap APO 05.04.12

MAI						
M	T	O	T	F	L	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

JUNI						
M	T	O	T	F	L	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17**	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

**RBU 17.06.12

JULI						
M	T	O	T	F	L	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

AUGUST						
M	T	O	T	F	L	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

SEPTEMBER						
M	T	O	T	F	L	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

OKTOBER						
M	T	O	T	F	L	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

NOVEMBER						
M	T	O	T	F	L	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

DESEMBER						
M	T	O	T	F	L	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					