

Styrets medlemmer

Vår ref.:
2016/512 - 5440/2016

Deres ref.:

Dato:
29.02.2016**Innkalling til styremøte for Helse Nord-Trøndelag 7. mars 2016**

Styret for Helse Nord-Trøndelag kalles med dette inn til møte **mandag 7. mars 2016 kl. 1000**. Møtet finner sted på Tingvold Park Hotell, Steinkjer.

AGENDA

- Sak 06/2016 Årlig melding 2015 for Helse Nord-Trøndelag HF
- Sak 07/2016 Årsoppgjør 2015 – årsberetning og årsregnskap
- Sak 08/2016 Styringskrav og rammer 2016 for Helse Nord-Trøndelag HF og Foretaksmøteprotokoll av 05.02.2016. Oppfølging fra administrerende direktør
- Sak 09/2016 Investeringsbudsjett 2016
- Sak 10/2016 Driftsrapport januar 2016
- Sak 11/2016 Tilsyn fra DSB og Statens Strålevern
- Sak 12/2016 Helseplattformen, anskaffelse av ny PAS/EPJ for Helse Midt-Norge
Unntatt offentlighet jf. offentleglova §§ 14,1, 15,2 og 23, 1 og 3
- Sak 13/2016 Orienteringssaker:
1. Møteprotokoller styret i Helse Midt-Norge 15.01. og 04.02.16
2. Protokoll fra møte i PSU 25.01.16
3. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 20.01.16
4. Årsmelding 2015 Klinisk etisk komite (KEK)
5. Årsrapport 2015 Pasient- og brukerombudet
6. Vurdering av framtidig DMS-tilbud/etterbehandlingstilbud i Nord-Trøndelag
7. Strategi 2030 – Tema til diskusjon i strategiarbeidet
8. Organisering av fond i Helse Nord-Trøndelag HF
9. Andre orienteringer

Sak 14/2016 Eventuelt

Sak 15/2016 Godkjenning og signering av protokoll

Alf Daniel Moen
Styreleder
sign.

Torbjørn Aas
Adm. direktør
sign.

Kopi: Styrets varamedlemmer
Administrativt samarbeidsutvalg v/leder
Brukerutvalget

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 06/2016 Årlig melding 2015 for Helse Nord-Trøndelag HF

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	7. mars 2016	06/2016
Saksbeh:	Sveinung Aune	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2016/512	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF vedtar Årlig melding 2015.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF forutsetter at oppfølging og gjennomføring av egne prosjekter og Strategi 2020 vil gi ytterligere forbedringer i forhold til faglige og økonomiske utfordringer framover i tid i Helse Nord-Trøndelag HF.

SAKSUTREDNING:

Sak 06/2016 Årlig melding 2015 for Helse Nord-Trøndelag HF

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Årlig melding 2015 for Helse Nord-Trøndelag HF til Helse Midt-Norge RHF.
2. Styringsparametere og rapporteringskrav 2015.
3. Kartlegging legestillinger – årlig melding.

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Styringskrav og rammer 2015 for Helse Nord-Trøndelag HF.
2. Protokoll fra foretaksmøte med Helse Nord-Trøndelag HF 12.02.2015.
3. Protokoll fra foretaksmøte med Helse Nord-Trøndelag HF 11.09.2015.

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Helse Nord-Trøndelag HF fikk overlevert Styringskrav og rammer for 2015 i foretaksmøte 12.02.2015.

Styringskrav og rammer bygger på

- Oppdragsdokument 2015 fra HOD til HMN
- Strategier og handlingsplaner vedtatt av styret for HMN RHF

I tillegg skal Helse Nord-Trøndelag HF følge opp krav fra foretaksmøteprotokollen.

Årlig melding 2015 er styrets årsrapportering på styringskravene i styringskrav og rammer 2015 og protokoll fra Foretaksmøtene med Helse Nord-Trøndelag HF av 12.02.2015 og 11.09.2015.

I tråd med Helseforetaksloven § 34 og ”Vedtekter for Helse Nord-Trøndelag HF”, består årlig melding av:

- Styrets rapport – rapportering på styringskravene hvor det gjøres rede for oppgaveløsning og resultater knyttet til bevilgningen for 2015.
- Styrets planer – av strategisk og overordnet karakter som viser hovedtrekkene i framtidig virksomhet i samsvar med vedtatte strategier (3-4 års perspektiv).

Årlig melding er styrets viktigste formelle tilbakemelding til eier i forhold til å gjøre rede for hvordan bevilgningen er brukt i inneværende år, og i forhold til å beskrive og begrunne ressursbehovene de neste 3-4 årene. Slik kan man påvirke helsepolitikken, neste års statsbudsjett og påfølgende styringsdokument 2017.

FAKTISKE OPPLYSNINGER OG DRØFTING

Administrerende direktør har i sin oppfølging av eiers samlede styringsbudskap for 2015 lagt til rette for at budskapet skal forankres i helseforetaket.

Helse Nord-Trøndelag HF's styringsmodell legger grunnlaget for at man sikrer at det er

sammenheng mellom mål og handlinger på alle nivåer i foretaket, og at det skapes resultater innenfor målområdene.

Risikovurdering skjer månedlig i klinikkens interne oppfølging, samt i dialogmøter med direktør. I tillegg har man tertialvis risikovurdering gjennom bruk av styringsmatrise i forhold til rapportering på styringskrav og rammer og foretaksprotokoll. Operasjonalisering og ansvarsavklaring er foretatt av alle tiltak i styringsdokumentet og foretaksmøteprotokollen, og det sørges for at tiltakene blir fulgt opp og vurdert for iverksetting og gjennomføring samt at nødvendige rapporteringsdata blir levert til rett tid.

Klinikkledere skal iverksette de tiltak som er beskrevet i budsjettopplegget for året. 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.

Vår styringsmodell gir oss et sammenhengende system fra strategisk til operativt nivå i helseforetaket, og bidrar både til å tydeliggjøre styringskrav og sikre tilstrekkelig oppfølging.

Hoveddokumentet ÅRLIG MELDING 2015 er delt inn i fire deler:

Del 1: Innledning med hovedoppgaver, verdigrunnlag og visjon samt sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2015.

Del 2: Rapportering på krav i styringskrav og rammer 2015.

Del 3: Rapportering på krav fra foretaksmøter.

Del 4: Styrets plandokument for de neste 3-4 år.

Del 1 Innledning

Visjon, hovedoppgaver, verdigrunnlag

Helse Midt-Norge RHF har utarbeidet følgende visjon (ledestjerne) for foretaksgruppen:

PÅ LAG MED DEG FOR DIN HELSE

I Helse Nord-Trøndelag HF sitt nedslagsfelt bor det vel 139 000 mennesker. Alle er vi potensielle pasienter og brukere av spesialisthelsetjenester, og hver enkelt skal vite at han blir sett og tatt vare på når behovet melder seg. Visjonen gir også tydelig signal om at den enkelte har et selvstendig ansvar for å ivareta egen helse. Våre pasienter skal møtes med likeverdige, forutsigbare og trygge helsetjenester, uansett pasient- eller sykdomsgrupper. Dette viser vi gjennom vår visjon: ***- På lag med deg for din helse.***

Hovedoppgaver

Hovedoppgavene som Helse Nord-Trøndelag HF har ansvaret for, omfatter:

- Pasientbehandling

- Utdanning av helsepersonell
- Forskning
- Opplæring av pasienter og pårørende
- Utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling

Verdigrunnlag

Respekt – Kvalitet – Trygghet

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

Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2015

Oppnådde resultater i 2015

- Våre pasienter gir gode tilbakemeldinger når det gjelder tilfredshet og trygghet (målt til best i landet i siste Sentio-måling), og ansatte har igjen gjennom arbeidsmiljøundersøkelse sagt at arbeidsmiljøet er på topp i Midt-Norge. I nasjonal undersøkelse sier turnuslegene at de er fornøyd med praksis og opphold ved begge sykehus.
- Forskningsaktiviteten er betydelig og nærmere 60 vitenskapelige artikler ble skapt. Fire doktorgrader avlagt i 2015, og antallet medarbeidere med professorkompetanse er nå tre.
- Videreført og utviklet desentralisert dialysetilbud med ny enhet i Grong, AMK er flyttet til oppdaterte og forbedrede lokaler i Sykehuset Namsos, nødnett er på plass, nytt akuttrom i Namsos på plass parallelt med godkjennelsen som traumesykehus kom på plass og det innført fast turnus med kliniske farmasøyer i akuttmottaket ved Sykehuset Levanger.
- Avdeling for Bildediagnostikk ved begge sykehus ble ISO-sertifisert (som to av de første i landet). Det samme gjelder Direktørens Stab, og prosjekt for å sertifiserte gjestående klinikker ble påstartet.

Uløste utfordringer i 2015

- Til tross for at vi har opprettet nytt desentralisert dialysetilbud i Grong, bidrar økt antall pasienter behov for utvikling og ombygging av dialyseavdelingen ved Sykehuset Levanger. Planer for utvidelse er påstartet på tampen av 2015, men utvidelse ikke gjennomført.
- I 2015 økte egenandelen for «ikke møtt» til time, samt at vi innførte sms-varslings i flere poliklinikker. Likevel er antall ubenyttede timer for høyt. Spesielt innenfor psykiatrien er andelen «ikke møtt» for høy. Nye tiltak må vurderes for å utnytte kapasitet og planlagte ressurser.
- Rekruttering, og da spesielt legespesialister, er krevende og vanskelig. Flere viktige stillinger lyst ledig i 2015, men vi har ikke greid å tilsette ny spesialister. Som et av flere tiltak påstartet Helse Nord-Trøndelag et prosjekt der alle klinikker i fellesskap deltar i en større internasjonal jobbmesse i Nederland februar 2016. Også innenfor psykologfeltet og psykologspesialister er vanskelig å fylle opp ledige stillinger. Slik vil det trolig også være i 2016.

Del 2 Rapportering på krav i styringskrav og rammer 2015

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF har hatt som sak oppfølging av eiers samlede styringsbudskap i mai og i september (tertialrapporter). Begge ganger foretok styret en samlet gjennomgang og risikovurdering av alle styringskrav i forhold til måloppnåelse og det ble vist til tiltak for oppfølging og områder som krever særskilt oppmerksomhet.

Styrets rapport ved årets slutt viser at Helse Nord-Trøndelag HF oppfyller mange viktige resultatkrav og målområder i 2015, men det er også tiltak og resultatmål der nivåsatte krav ikke er innfridd.

Måloppnåelse ved årets slutt 2015 – Styringskrav og rammer 2015.

	Krav Ikke Oppfylt	Igangsatt tiltak	Krav oppfylt	Andel % Krav Oppfylt
Styringskrav og rammer 2014	8	30	52	58

Totalt er det 8 oppgaver hvor krav ikke er oppfylt, 30 oppgaver hvor tiltak er igangsatt og 52 oppgaver hvor krav er oppfylt. Av 90 oppgaver er det 52 oppgaver hvor kravet er oppfylt, noe som gir en måloppnåelse på 58%.

Videre er det i tabellen nedenfor kort oppsummert de 8 oppgaver og mål som ikke er oppfylt i 2015:

Tildeling av midler: - Resultatkrav	Kommentar: Årsresultat som er ca 12,4 mill. kr lavere enn budsjett
Aktivitet: - PH-aktivitet (VOP/BUP)* - TSB Poliklinikk aktivitet**	Kommentar: Måloppnåelse på 98,7% Måloppnåelse 92,0%
Pasientens helsetjeneste: - Gjennomsnittlig ventetid < 65 dager (avviklede pasienter) - Ingen pasienter skal ha ventetid > 1år - Ingen fristbrudd	Kommentar: Akkumulert gjennomsnittlig ventetid 73 dager Antall ventende > 1 år er redusert fra 241 og ned til 10 i løpet av året Akkumulert 318 fristbrudd på avviklede pasienter
Kvalitet og pasientsikkerhet: - Redusert bruk av tvangsinnleggelser i psykiatrien	Kommentar: Tilnærmet uendret fra 2014 (2,40 vs. 2, pr 1000 innbygger)
Øvrige styringskrav 2015: - Lansere nye nettsider	Kommentar: Ikke realisert i 2015.

* Voksenpsykiatri (VOP) og Barne- og ungdomspsykiatri (BUP)

** Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling.

Del 3 Rapportering på krav fra foretaksmøter

Foretaksprotokollen av 11.09.2015 ba HNT om å intensivere arbeidet med å eliminere fristbrudd og redusere ventetider, samt merke seg oppdragene som HMN RHF er gitt for å redusere variasjon i ventetider og effektivitet. Samtidig ble man bedt om å innføre planleggingshorisont for bemanning og timetildeling ved poliklinikkene på minimum seks måneder innen 1. januar 2016. Andre oppgaver som man ble bedt om var knyttet til tiltak for å rekruttere og beholde blodgivere, samt ivareta god kommunikasjon om resultater og omstillingsprosesser med berørte parter og offentligheten generelt. Man ble bedt om å øke antall lærlinger, og treffe tiltak for å øke antall lærefag og antall læreplasser. Et siste punkt man ble bedt om var en utvidet rapportering i forhold til leger i spesialisering. Krav er oppfylt for 4 av oppgavene, noe som gir en måloppnåelse på 80%.

Måloppnåelse ved årets slutt 2015 – Foretaksmøteprotokoll 2015.

	Krav Ikke Oppfylt	Igangsatt tiltak	Krav oppfylt	Andel % Krav Oppfylt
Foretaksmøteprotokoll	0	1	4	80

Del 4 Styrets plandokument

I 2016 og de nærmeste årene vil Helse Nord-Trøndelag HF jobbe systematisk gjennom både egne og regionale prosjekter for å operasjonalisere strategi 2020 og bevege seg i retning av de strategiske målene. I styrets plandokument har vi valgt å trekke fram følgende prosjekter/oppgaver som et ledd i vårt eget strategi- og planarbeid:

- Moderne behandling i moderne bygg med moderne utstyr
 - Helikopterlandingsplass, Levanger
 - Nytt psykiatribygg, Levanger
 - Kombinasjonsbygg, Namsos

Andre strategiske utfordringer og satsinger for å møte framtidens utfordringer:

- Arbeid med Strategi 2030
- Helseplattformen
- Rekruttering
- Pasientsikkerhet
- Samhandling
- Lederutvikling
- Pasientinformasjon

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Styrets plandokument viser at Helse Nord-Trøndelag HF står overfor tøffe omstillingskrav i 2016 og i årene framover.

Det blir stadig vanskeligere å finne gode tiltak for ytterligere effektivisering av den interne driften. Dersom det i årene framover blir like store reduksjoner i disponible rammer til foretaket som i de senere år (1 – 2 %), vil det være nødvendig med relativt omfattende driftsomlegginger.

Gjennom nødvendige investeringer forventes det at vi skal kunne legge opp til å utvikle sykehusbyggene slik at de kan utgjøre en hensiktsmessig infrastruktur for dagens og morgendagens sykehusdrift. Årlige investeringer burde som et minimum tilsvarer årlige avskrivninger på bygg og utstyr. Det tilsier investeringsrammer på om lag 100 mill kroner pr. år. For å kunne dekke opparbeidet etterslep, bør bevilgningene være større enn dette de nærmeste årene.

KONKLUSJON

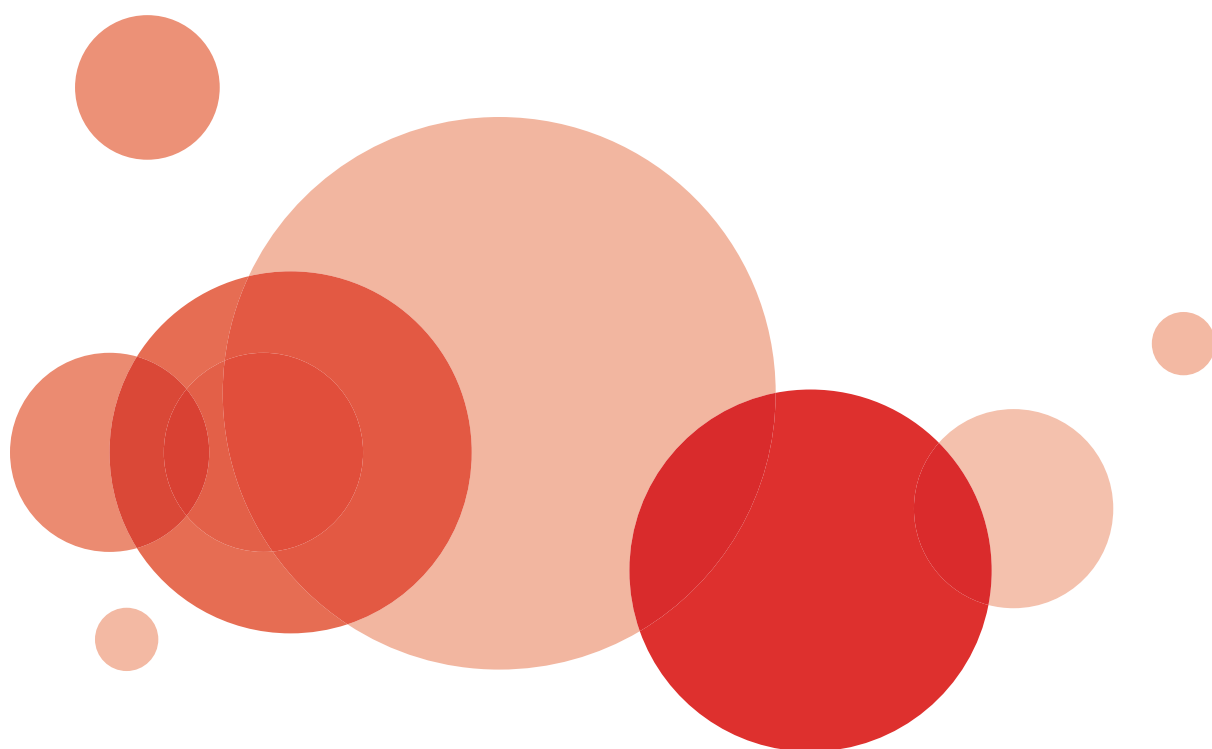
Oppfølging av eiers samlede styringsbudskap anses som svært omfattende og krevende innenfor de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon.

Det er mange gode resultater innen pasientbehandling, opplæring, utdanning og forskning i 2015. De uløste utfordringene er skissert og tiltak er satt i verk i forbindelse med budsjett for 2016 og i pågående prosjekter som et ledd i realisering av Strategi 2020.

Administrerende direktør vil peke på følgende:

For Helse Nord-Trøndelag HF er det i tiden framover viktig å ha et tilbud, en kapasitet og kvalitet på våre tjenester som gjør oss attraktive når pasientene skal velge behandlingssted. For å kunne opprettholde kvaliteten på tilbudene i foretaket, vil det i årene fremover være særlig fokus på å få gjennomført nødvendige bygningsmessige og utstyrmessige investeringer. Dette vil kunne bidra til å forsterke rekrutteringsevnen og dermed styrke helseforetakets evne til å levere gode helsetjenester.

**Årlig melding 2015 for
Helse Nord-Trøndelag HF til
Helse Midt-Norge RHF**



Innhold

1	Innledning	3
1.1	Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	3
1.2	Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2015	4
1.3	Brukermedvirkning i Helse Nord-Trøndelag	6
2	Rapportering på krav i «Styringskrav og rammer 2015»	8
2.1	Tilgjengelighet og brukerorientering	8
2.2	Kvalitet og pasientsikkerhet	10
2.3	Personell, utdanning og kompetanse	14
2.4	Forskning og innovasjon	16
2.5	Øvrige styringskrav for 2015	16
3	Rapportering på krav fra foretaksmøter	23
3.1	Foretaksmøte 11. september 2015	23
4	Styrets plandokument	25
4.1	Utviklingstrender og rammebetingelser	25
4.1.1	Utviklingen innenfor opptaksområdet	25
4.1.2	Økonomiske rammeforutsetninger	27
4.1.3	Personell og kompetanse	30
4.1.4	Bygningskapital – status og utfordringer	32
4.2	Helseforetakets strategier og planer	32
4.2.1	Moderne behandling i moderne bygg med moderne utstyr	33
4.2.2	Andre strategiske utfordringer og satsinger	35

1 Innledning

1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Helse Nord-Trøndelag HF er et helseforetak (HF) i Helse Midt-Norge RHF, som omfatter spesialisthelsetjenester innen somatiske helsetjenester og psykisk helsevern, og følger de overordna planer, strategier og vedtak som det regionale helseforetaket bestemmer og beslutter.

Visjon

Helse Nord-Trøndelag deler sin visjon (ledestjerne), som er utarbeidet av Helse Midt-Norge RHF, med de andre foretakene i Helse Midt-Norge som:

PÅ LAG MED DEG FOR DIN HELSE

I vårt nedslagsfelt (23 kommuner i Nord-Trøndelag, 2 i Sør-Trøndelag og 1 i Nordland) bor det vel 139 000 mennesker. Alle er vi potensielle pasienter og brukere av spesialisthelsetjenester, og hver enkelt skal vite at man blir sett og tatt vare på når behovet melder seg. Visjonen gir også tydelig signal om at den enkelte har et selvstendig ansvar for å ivareta egen helse. Våre pasienter skal møtes med likeverdige, forutsigbare og trygge helsetjenester, uansett pasient- eller sykdomsgrupper. Dette viser vi gjennom vår visjon:

På lag med deg for din helse.

Hovedoppgaver

Hovedoppgavene som Helse Nord-Trøndelag har ansvaret for, omfatter:

- Pasientbehandling
- Utdanning av helsepersonell
- Forskning
- Opplæring av pasienter og pårørende
- Utvikling av medisinsk praksis, pleie og kompetanseutvikling

Disse hovedoppgaver defineres gjennom årlige avtale og omfatter blant annet:

- Helsefremmede og forebyggende arbeid
- Helsemessig og sosial beredskap
- Rehabilitering og habilitering
- Somatisk helsetjeneste
- Psykisk helsevern
- Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbrukere
- Laboratorie- og radiologiske tjenester
- Syketransport, ambulansetjeneste og nødmeldetjeneste

Regionale og lokale funksjoner

Helse Nord-Trøndelag skal ivareta lokalsykehusfunksjonen for innbyggere i sitt nedslagsfelt, som omfatter kommunene i Nord-Trøndelag, samt Bindal i Nordland og Roan og Osen i Sør-Trøndelag. Samtidig skal vi bidra til et godt tilbud innen spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. Helse Nord-Trøndelag har regionale oppgaver i Midt-Norge på «Spiseforstyrrelser for barn og unge».

Verdigrunnlag

Vårt verdigrunnlag bygger på **trygghet, respekt og kvalitet**.

Gjennom respekt for den enkelte pasient og høye krav til kvalitet på tjenestene, bidrar vi til trygghet for liv og helse for befolkningen. Verdigrunnlaget utdyper visjonen og er vesentlig for bygging og vedlikehold av foretakets omdømme.

Verdiene skal være grunnleggende verktøy for prioriteringer og valg i foretaket.

Trygghet

Det regionale helseforetaket skal sørge for at befolkningen har tilgang til likeverdige og trygge helsetjenester. Våre pasienter skal være trygge på at avgjørelsene som blir tatt er riktige, uansett ytre rammer. Pasientene skal være trygge på behandleren, behandlingen og behandlingsstedet.

Vissheten om at jeg får den hjelp jeg trenger – når jeg trenger den.

Respekt

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

Respekt i ulike relasjoner:

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

Kvalitet

Fremtidig utvikling og omstilling handler først og fremst om å styrke tjenestenes kvalitet og sikre riktig prioritering. Kvalitet skal være et overbyggende prinsipp for hele strategiutviklingen i Helse Nord-Trøndelag.

Tjenester av god kvalitet:

- Er trygge, forutsigbare og sikre
- Oppleveres som trygge, forutsigbare og sikre
- Er virkningsfulle
- Involverer brukere og åpner for medvirkning
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er fremtidsrettet
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt
- Er i tråd med samfunnets prioriteringer og tildelte rammer

1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2015

Helse Nord-Trøndelag oppnår gode resultater på nær sagt alle indikatorer for drift og kvalitet som overordnet myndighet har framholdt, samtidig som vi er særlig framtreddende på enkelte områder.

Vi kan blant annet vise blant annet disse **positive resultatene**;

- Antall fristbrudd er redusert gjennom året til nær null.

- Våre pasienter gir gode tilbakemeldinger når det gjelder tilfredshet og trygghet (målt til best i landet i siste Sentio-måling), og ansatte har igjen gjennom arbeidsmiljøundersøkelse sagt at arbeidsmiljøet er på topp i Midt-Norge. I nasjonal undersøkelse sier turnuslegene at de er fornøyd med praksis og opphold ved begge sykehus.
- Forskningsaktiviteten er betydelig og nærmere 60 vitenskapelige artikler ble skapt. Fire doktorgrader avlagt i 2015, og antallet medarbeidere med professorkompetanse er nå tre.
- Videreført og utviklet desentralisert dialysetilbud med ny enhet i Grong, AMK er flyttet til oppdaterte og forbedrete lokaler i Sykehuset Namsos, nødnett er på plass, nytt akuttrom i Namsos på plass parallelt med godkjennelsen som traumesykehus kom på plass og det innført fast turnus med kliniske farmasøyer i akuttmottaket ved Sykehuset Levanger.
- Avdeling for Bildediagnostikk ved begge sykehus ble ISO-sertifisert (som to av de første i landet). Det samme gjelder Direktørens Stab, og prosjekt for å sertifiserte gjenstående klinikker ble påstartet.

Dette er noen av de **uløste utfordringer**;

- Til tross for at vi har opprettet nytt desentralisert dialysetilbud i Grong, bidrar økt antall pasienter behov for utvikling og ombygging av dialyseavdelingen ved Sykehuset Levanger. Planer for utvidelse er påstartet på tampen av 2015, men utvidelse ikke gjennomført.
- I 2015 økte egenandelen for «ikke møtt» til time, samt at vi innførte sms-varslings i flere poliklinikker. Likevel er antall ubenyttede timer for høyt. Spesielt innenfor psykiatrien er andelen «ikke møtt» for høy. Nye tiltak må vurderes for å utnytte kapasitet og planlagte ressurser.
- Rekruttering, og da spesielt legespesialister, er krevende og vanskelig. Flere viktige stillinger lyst ledig i 2015, men vi har ikke greid å tilsette ny spesialister. Som et av flere tiltak påstartet Helse Nord-Trøndelag et prosjekt der alle klinikker i fellesskap deltar i en større internasjonal jobbmesse i Nederland februar 2016. Også innenfor psykologfeltet og psykologspesialister er vanskelig å fylle opp ledige stillinger. Slik vil det trolig også være i 2016.

Helse Nord-Trøndelag har bidratt betydelig til konsernets resultater over flere år, på grunnlag av sterk effektivisering. Helseforetaket vil fortsatt ha samme styrke på forbedrings- og effektiviseringsfokus framover, men driften er betydelig optimalisert. Det kan derfor ikke forventes økonomiske effekter av forbedringsarbeidet som i tidligere år.

Ytterligere heving av kvalitet, kapasitet og effektivitet er i betydelig grad knyttet til om Helse Nord-Trøndelag får nødvendige investeringsmidler til bygg og medisinteknisk utstyr. Dette representerer en meget stor utfordring for Helse Nord-Trøndelag og Helse Midt-Norge.

Gjennom samarbeid med Levanger kommune, egeninnsats og planarbeid - har Helse Nord-Trøndelag på plass utvikling av våre anlegg i Levanger og Namsos. I 2015 vedtok Levanger kommune å realisere «Kombinasjonsbygg Levanger», der vi har inngått leieavtale knyttet til landingsplass for helikopter, arealer for ambulansestasjon og i tillegg har HEMIT inngått avtale om leie av arealer i det kommunale bygget som kommer vegg-i-vegg med sykehuskroppen (nært akuttmottaket). Styret i Helse Nord-Trøndelag har i tillegg godkjent planarbeid for realisering av Psykiatriløftet (utbygging av Psykiatrisk klinikk, Levanger) og bedt om at det iverksettes prosjektarbeid knyttet til «Kombinasjonsbygg Namsos».

1.3 Brukermedvirkning i Helse Nord-Trøndelag

Brukerutvalget legger helseforetakets verdier til grunn for sitt arbeid: Kvalitet – respekt – trygghet. På denne basisen har Brukerutvalget en bred og systemorientert tilnærming til hvordan brukermedvirkning skal bidra til å forbedre tjenestene i Helse Nord-Trøndelag.

Brukerutvalget har i 2015 hatt fokus på kontinuerlig forbedring av utvalgets funksjon, og styret i Helse Nord-Trøndelag vedtok i sitt desember-møte nytt og forbedret mandat for utvalget.

Samtidig rettes arbeidet i stadig sterkere grad inn mot medvirkning til forbedring av konkrete tjenester og forløp – herunder også at pasienter og pårørende får økt innflytelse på individuelle behandlingsforløp når det er ønsket. Skal dette oppnås, kreves samhandling og positive holdninger fra alle parter. Felles for denne samhandlingen er at en må være innstilt på å se muligheter og kjenne likeverd, og derigjennom etablere en god samhandlingskultur. Brukerkompetanse skal kunne benyttes som grunnlag for tjenesteutforming og gjennomføring av helsetjenesten.

Direktør, Stab og klinikkledelse deltar aktivt i samhandlingen med Brukerutvalget - og det legges vekt på at fagkapasiteter møter i utvalgets møter, når tematikk og sak tilsier at vår ekspertise må gjøres tilgjengelig for Brukerutvalget.

I utvalgets arbeid har det kommet fram at brukere med annen språklig og kulturell bakgrunn er lavt representert blant medlemmer i brukerorganisasjonene. Det ville være fordelaktig at disse gruppene ble aktivisert gjennom brukerorganisasjoner, slik at organisasjonene i større grad gjøres i stand til å forfekte også deres utfordringer. Brukermedvirkning kan utføres på mange måter, med ulike mål, metoder og resultat.

I Brukerutvalgets nylig vedtatte *mandat* står det at utvalget skal arbeide for at brukerkompetansen blir benyttet som et grunnlag for tjenesteutforming og gjennomføring av spesialisthelsetjenesten i Helse Nord-Trøndelag ved å

- bidra aktivt med brukerkompetanse i planarbeid
- ta initiativ i saker som har betydning for pasienter og pårørende
- medvirke med innspill til brukerundersøkelser og kvalitetsarbeid
- være et forum for tilbakemelding fra brukere, pårørende og brukerorganisasjoner

- foreslå brukerrepresentanter i råd og utvalg

Utvalgets *hovedoppgaver* er:

- bidra til gjensidig tillit og forståelse mellom brukere og behandlere
- spre informasjon til brukerne om utvalget gjennom etablerte informasjonskanaler (HNTs internettside og aktuelle brosjyrer)
- holde seg orientert om pasientrettigheter og -plikter, og følge opp hvordan foretaket ivaretar informasjonen om pasientrettigheter
- arbeide for en åpen gjensidig dialog med administrerende direktør både på brukerutvalgets møter og i aktuelle saker
- delta i prosjekter og arbeidsgrupper
- delta på regionale brukersamlinger og være i dialog med det regionale brukerutvalget
- orientere styret i HNT om aktuelle saker. Inntil to representanter fra utvalget kan delta med talerett i styremøter
- samarbeide med Lærings- og mestringssenteret i aktuelle saker
- samarbeide med Pasientombudet i aktuelle saker

Brukerutvalget har sju medlemmer som oppnevnes av styret i Helse Nord-Trøndelag etter innstilling fra brukerorganisasjoner. Utvalget har gjennomført sju møter i 2015. Møtene er lagt i forkant av styremøtene, slik at utvalget har anledning til gjennomgang av styresakene umiddelbart før styremøtene. Leder og nestleder møter deretter i styremøtene og kan redegjøre for Brukerutvalgets syn i ulike aktuelle saker.

I tillegg til systematisk gjennomgang og påvirkning ved styrebeslutninger, har Brukerutvalget strukturert møter med flere faste punkter. Dette gjelder blant annet *oppnevninger* og *tema*. *Oppnevninger* av brukerrepresentanter skjer nå systematisk gjennom at aktuelle enheter i Helse Nord-Trøndelag søker om representant, brukerorganisasjoner bes komme med forslag og Brukerutvalget gjør endelig vedtak om representasjon. Dette er en ryddig måte å arbeide på, og det er en rolle Brukerutvalget tar på alvor. Utvalget jobber videre med å forbedre kommunikasjonen og samordningen mellom oppnevnte brukere og Brukerutvalget.

For øvrig behandler Brukerutvalget sentrale saker for foretaket og får redegjørelser om aktuelle ting som er til offentlig debatt. Utvalget mottar og behandler også et økende antall henvendelser, enten som kopimottaker av henvendelser til helseforetaket eller som hovedmottaker.

Brukerutvalget opplever kommunikasjon og samarbeid med administrasjonen som svært god, og er tilfreds med tilretteleggingen av arbeidet fra administrasjonens side. Oppmøtet er stabilisert, etter at det i tidligere perioder har vært utfordringer med forfall. Ettersom det er snakk om et utvalg med medlemmer som kan ha plager som gjør at de ikke kan møte, kalles alltid vararepresentant inn til møtene. Dette fungerer godt. At administrerende direktør deltar på nær sagt alle møter, gir oss et signal om at Brukerutvalget er en viktig samarbeidspartner for Helse Nord-Trøndelag.

Brukerutvalget behandler Årlig Melding for 2015 i sitt møte 1. mars 2016.

2 Rapportering på krav i «Styringskrav og rammer 2015»

2.1 Tilgjengelighet og brukerorientering

Mål 2015:

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.

Gjennomsnittlig ventetid for avviklede er ved utgangen av 2015 på 62 dager, og 58 dager for ventende. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede for hele året er på 73 dager, og 78 dager for ventende. Kravet er dermed ikke oppfylt når man ser på hele året. Året sett under ett har vært krevende med tanke på innføring pakkeforløp og arbeid med å innfri krav til ventetid, og samtidig innføring av ny lovgivning pr 1.11.15 og få gitt alle "behovspasienter" time og fra da av kun registrerte rettighetspasienter. Klinikken har i stor grad klart dette, men det har medført høye tall for ventetid avviklede i perioden. Det er betryggende at den innsatsen som nå er gjort, viser stabile verdier - under eller rundt målet på 65 dager - de siste måneder.

- Ingen pasienter skal vente mer enn ett år

HNT har ved årsskiftet 10 pasienter som har ventet mer enn 1 år. I januar 2015 var det 241 pasienter som har ventet mer enn 1 år. Det er fortsatt fokus på å holde dette antallet nede, og det er etablert rutiner for at alle pasienter skal få time i første brev så langt dette er mulig, og alltid om du får time innen 4 måneder.

- Ingen fristbrudd.

Siste måneder i 2015 viser at det nesten ikke er fristbrudd i HNT. Året sett under ett hadde 318 fristbrudd (2014: 607 fristbrudd), og vi har derfor ikke oppnådd målet. Men, det er svært gledelig at antallene er tilnærmet null ved årsskifte, og det viser at utarbeidete rutiner og registreringer nå er på plass. Klinikken har dessuten gjort en stor innsats for å kunne gi pasientene helsehjelp innenfor de frister vi har satt.

- Helseforetakene skal benytte inngåtte avtaler med private aktører for å nå oppsatte mål på tilgjengelighet

HNT sine klinikker bruker etablerte avtaler med private aktører aktivt i sitt arbeid med å tilby pasientene nødvendige helsetjenester og utnytte tilgjengelig kapasitet best mulig.

- Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 pst.

Vi er nå i gang med koding på flere kreftformer og implementerer fortløpende pakkeforløp sammen med regionen ellers. St Olavs Hospital har ansvaret for regionale forløp, og vi følger deres tempo og implementeringsplan. Men ved utgangen av 2. tertial 2015 var andelen allikevel opp i 71,9 %.

- Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp er 70 pst.

Helse Nord-Trøndelag har ved utgangen av 2. tertial 2015 en andel av 70,2 % pakkeforløp gjennomført innen normert forløpstid (70 %). Vi er nå i gang med koding på flere kreftformer og implementerer fortløpende pakkeforløp sammen med regionen ellers. Mange avdelinger opplever dette som et krevende arbeid, og i innføringsfasen er det mange som har gjort et betydelig arbeid for å

komme i mål med disse forløpene. Videre må klinikkene bedre samarbeidet og utnytte mulighetene som ligger her til å avdekke flaskehalser og iverksette tiltak overfor dette.

- Sykehus som utreder og behandler kreftpasienter har forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter.

Forløpskoordinator er ansatt med oppstart 15.5.15. Kontaktinformasjon og generell informasjon om pakkeforløp kreft legges ut på vår hjemmeside og på helsenorge.no.

- 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):
 - o Psykose
 - o Rusakutt
 - o Truende for tidlig fødsel (forløpsansvarlig obstetriker)
 - o For tidlig fødte barn (forløpsansvarlig neonatolog)

HNT arbeider aktivt med standardiserte pasientforløp i samarbeid med HMR og St Olavs Hospital i regionalt program for dette. HNT er godt i gang og følger progresjonen i arbeidet sammen med regionen ellers. Arbeidet er ledet av Regionalt senter for helsetjenesteutvikling og bygger på metoden for regionale standardiserte pasientforløp.

- Gjennomføre tiltak som reduserer variasjon i ventetider og effektivitet mellom sykehusene og som bidrar til et likeverdig tjenestetilbud og at ressursene blir utnyttet best mulig.

Plan levert til 1.mars 2015 og fulgt opp med møter med RHF og klinikkene. Dette er et 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.

- Etablere et tverrfaglig diagnosesenter for pasienter med uavklarte tilstander med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse.

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. Dette arbeidet er i gang men ikke ferdigstilt og etablert som "senter". Disse pasientene blir håndtert i et tett samarbeid mellom ulike klinikker i dag, og en systematisering og klargjøring av tverrfaglighet arbeides det videre med i tråd med kravet.

- Pasienterfaringer skal offentliggjøres og brukes i systematisk forbedringsarbeid.

HNT ønsker å etablere formidling av slike pasientundersøkelser på www.hnt.no . 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. En klargjøring av bruk av Questback som metode er iverksatt slik at klinikkene kan bruke dette for å følge opp sine ulike fagområder. Kunnskapssenteret sin PASOPP- undersøkelse som nylig er publisert, viser at HNT ligger svært godt an opp imot landet ellers og de andre sykehusene i HMN. HNT scorer bedre enn gjennomsnittet i flertallet av hovedområdene som er undersøkt. Som andre sykehus, har HNT også forbedringspotensial i samhandlingen og informasjonen til pasient og samhandlende parter.

2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet

Mål 2015:

- Bidra til at medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status har nasjonal dekningsgrad og god datakvalitet.

Klinikkene som er aktuelle for registrering i ulike register er oppfordret til å levere data. Kapasitet til registrering og rutiner/ program for registrering er 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 register som forutsatt. Å få registrering automatisert mest mulig er ønskelig, og der dette ikke er mulig, må vi få etablert så enkle rutiner som mulig.

Å få bevissthet på bruk av disse helseregistrene til forskning, kvalitetssikring og innovasjon, vil være viktig for forbedringsarbeidet i HNT. Fag- og Forskningsavdelingen har gjennomført registrering av registre i HNT og følger opp for å bedre innrapportering til og bruk av data fra registrene.

- Formidle og kommunisere kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten på egnet måte.

HNT har etablert publisering av avvikshendelser. 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 er i tråd med slik flere andre HF også løser dette. Vi mener det best sikrer krav til personvern og samtidig gir tilstrekkelig innsikt i vårt kvalitetsarbeid og måten vi håndterer uønskede hendelser på i sykehusene.

- 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.

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 som moderat.

- Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, herunder behandlingstiltak uten medikamenter (medikamentfritt). Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene.

Skriftlig svar fra HNT til RHF ble sendt innen frist, men tilbud er ikke etablert i 2015. Regionalt er det besluttet at det enkelte foretak ikke selv skal etablere tilbud, men at det skal lages et regionalt tilbud. Hvor dette skal etableres er ennå ikke besluttet, men det er en regional enighet om at tilbudet bør legges hvor det er størst befolkningsgrunnlag.

Møtet hvor dette skal besluttes er planlagt gjennomført tidlig i 2016.

- Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i større grad innrette sine tjenestetilbud 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 distriktpspsykiatriske sentre.

Ambulant virksomhet er en naturlig integrert del av poliklinikkdriften, den enkelte behandler ser den enkelte pasientens behov og i samarbeid med pasienten og kommunalhelsetjeneste tilpasses behandlingen etter behov. Det vurderes ikke som hensiktsmessig å etablere et eget ambulant team for TSB eller VOP i Nord-Trøndelag.

Det er etablert et forsøksprosjekt ved DPS Stjørdal med et eget vurderings og veiledningsteam (VoV-team), som skal forsøke å se etter enda bedre muligheter til samhandling med kommunehelsetjenesten, raskere vurdering av pasientens helsetilstand og gi et tilbud nærmere pasienten, bedre knyttet til den enkelte pasients behov. Dette prosjektet skal evalueres våren 2016.

- Bidra til å implementere nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern etter modell fra Storbritannia, i samarbeid med Helsedirektoratet, jf. Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017.

Klinikken bidrar til implementering av nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern gjennom arbeid med Pasientsikkerhetskampanjen og kvalitetsarbeid i klinikken.

- Andel årsverk ved distriktpspsykiatriske sentre har økt i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus.

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 telles 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 ansettelser i DPS framfor sykehus, spesielt siden både psykologer og leger er organisert i egne seksjoner og fordeles derifra til ulike enheter i klinikken etter behov.

- Legge til rette for økt frivillighet, riktig og redusert bruk av tvang.

Bruken av tvang i HNT er lav i forhold til resten av landet, tallene for tvangsinnleggelser er så små at små endringer fører til forholdsmessige store utslag målt i prosent.

I løpet av 2015 har det vært en markant økning (fra 93 til 139) i antall innleggelser under §3-2 (tvunget undersøkelse/observasjon) i forhold til 2014 (av disse innleggelsen ble 56 av innleggelsene omgjort til frivillig innleggelse ved ankomst til sykehusene), økningen er i en begrenset periode (mars-mai på Levanger) og knytter seg til to-tre pasienter med selvskadende atferd. Det har blitt målt en stor reduksjon i antall innleggelser under §3-3 (39 stk) fra 2014 til 2015.

Dette gir en økning i 2014 på 66,9% av §3-2 innleggelser i forhold til 2014 og en 28,8% reduksjon i bruken av §3-3 i 2014. Ser vi alle tvangsinnleggelser under ett er det en økning på 0,96% fra 2014 til 2015.

- Bedre vurdering av innleggelser og bedre oppfølging etter innleggelse/behandling innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Psykiatrisk klinikk er en ISO-sertifisert klinikk og det er pågående kvalitetshevingarbeid ved seksjonene i Psykiatrisk klinikk, gjennom målinger av pasienttilfredshet og fokus på kvalitetsindikatorer.

Viser til klinikkens arbeid med å øke kvalitet i samarbeid med andre aktører og pasienten gjennom prosjektet med VoV-team. Ved et godt resultat fra dette prosjektet, vil erfaringene bli implementert i resten av klinikken.

- I samarbeid med berørte parter gjennomgått avtalene om studenthelsetjenesten slik at studenter får et tilfredsstillende tilbud.

Det ble skrevet en samarbeidsavtale mellom Psykiatrisk klinikk, Student samskipnaden i Nord-Trøndelag (SiNOT) og Høgskolen i Nord-Trøndelag (HiNT) våren 2015, denne er nå implementert og godt fungerende.

- Etablert 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.

Klinikken har rutiner som sikrer at alle pasienter i både TSB og PH får vurdert somatisk helse ved indikasjon. Styrking av legebemanning ved ARA vil også bidra positivt.

Eventuelle behandlingstrengende tilstander blir ivaretatt 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.

I forhold til 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 med tanke på å etablere behandlingsløp for pasienter som innlegges i somatikken med intox.

- 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.

HNT har et pågående utviklingsarbeid i samarbeid med Bufetat for å sikre at barn i barnevernsinstitusjon sikres samtidig utredning og behandling for psykiske lidelser og rus.

Samarbeidsavtaler evalueres og videreutvikles.

Prosjekt "akutten i Nord-Trøndelag": felles innleggelsesenheter barnevern/ BUP ble etablert høst 2014. Dette innebærer felles og koordinert utredningsplan som grunnlag for videre tiltak. I 2015 er akuttsaker ved plassering i fosterheim oppstartet.

Videreutvikling og bredding av tilbudet videre er avhengig av ressurstilgang.

- Det skal settes av ressurser til sosialpediatrisk virksomhet i barneavdelinger som ikke har Statens barnehus i sitt opptaksområde.

Det er satt av ressurser til sosialpediatrisk virksomhet i barneavdelingen i HNT.

Det er etablert samarbeidsrutiner mellom pediatri og BUP knyttet til oppfølging av pasienter og i form av ukentlige møter. Kompetansehevede tiltak er iverksatt:

- a) Internundervisning på tvers mellom BUP, hab og barn
- b) Overlege i pediatri med spesialkompetanse i sosialpediatri er tilsatt

- 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.

Tilbudet er etablert og i gang. Samarbeid med kommunalt "Vold i nære relasjoner"-mottak og St Olav sitt mottak, er etablert. For barn og unge brukes tilbudet ved St Olavs Hospital.

- Styrket tilbudet i gynekologiske avdelinger til abortsøkende kvinner som henvender seg direkte til sykehus.

Det er etablert tilbud for abortsøkende kvinner som tar direkte kontakt med sykehusene. Redigering av informasjon tilgjengelig på nett er forsinket fordi en har ventet på arbeidet med ny plattform for hjemmesider i foretaket. Informasjon til denne pasientgruppen vil bli redigert i forbindelse med dette arbeidet.

- Sikre at kompetanse er tilgjengelig for kommunene slik at kommunene kan gi tilbud til innbyggerne som alternativ til behandling i spesialisthelsetjenesten.

Det er gjennomført dialogmøter med alle kommuneregionene der dette har vært tema. Vinteren 2016 vil gjennomføres en evaluering av kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud hvor dette med kompetanse er et viktig tema. Alle kommunene i HNT sitt opptaksområde har nå etablert tilbudet, og HNT har tilbudt hospitering og opplæring fra akuttmottakene ved sykehusene. Bruk av dette tilbudet reduserer behovet for innleggelser i spesialisthelsetjenesten. Det er lagt til rette for gjensidig hospitering mellom kommunene og HNT med egen hospiteringsordning. Men ordningen er foreløpig lite tatt i bruk, og dette er tatt opp på dialogmøtene.

- Dokumentere at det arbeides systematisk med HMS i foretaket.

Årshjul for HMS er innført i foretaket og i ferd med å implementeres. Det er også etablert en handlingsplan for HMS for foretaket for 2016. Årsrapport for HMS for 2015 vil bli sendt ut til klinikkene for besvarelse i løpet av januar 2016. Foretaket er dermed godt i gang med innføringen av rutiner for å kunne dokumentere at det jobbes systematisk med HMS.

- Redusere alvorlige pasientskader med 10 pst, målt gjennom GTT resultater (alvorlighetsgrad F-I) ift. 2014.

Det ble funnet 18 pasientskader i 320 pasientjournaler de 8 første månedene i 2014 mot 15 pasientskader i 320 pasientjournaler i samme tidsrom i 2015, en reduksjon på 16,7 %.

- Følge opp og sørge for gjennomføring av tiltakspakkene i Nasjonalt program for pasientsikkerhet.

Status for implementeringen av Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker per 31.12.15: 41 av 78 relevante tiltakspakker rapporteres implementert. Ytterligere 21 enheter har påbegynt implementering. 79% av relevante tiltakspakker er enten implementert eller påbegynt implementert. Det er i 2015 utlyst og tildelt prosjektmidler for å styrke implementeringsarbeidet av pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker i HNT.

- 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.

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, jf. også pkt. om publisering i kap. 2.1.

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 kvalitetsparameterene på, alternativt så enkle, manuelle rutiner som mulig.

Bevissthet rundt læring og forbedringsarbeid bygget på erfaringene en gjør seg gjennom det daglige avviks/ kvalitetsarbeidet, er svært sentralt for å gi trygge og gode helsetjenester. Internkontroll- krav og ISO- sertifisering underbygger dette arbeidet.

- Kvalitetssikre legemiddelbehandlingen ved økt bruk av klinisk farmasi i samarbeid med Sykehusapotekene HF. Integrated Medicines Management (IMM) skal benyttes som metode. Sikre gode læringssløyfer ved kompetanseoverføring til pasienter og samarbeidende helsepersonell.

Dette er vel etablert i HNT. Akutt-mottakene har vært hovedmål for samstemming i 2015. Prosjekt E-resept fase II og samstemming som del av Pasientsikkerhetsprogrammet, vil medføre fortsatt stort fokus på dette fremover.

- Sørge for sammenhengende legemiddelbehandling ved utskrivning i samarbeid med Sykehusapotekene HF.

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. HNT har forsøkt å utnytte elektroniske løsninger så langt våre systemer muliggjør det og det er praktisk mulig.

2.3 Personell, utdanning og kompetanse

Mål 2015:

- Samarbeidsorganet mellom regionale helseforetak og universiteter/høgskoler er benyttet aktivt til planlegging av aktuelle utdanninger og saker knyttet til utdanningsområdet.

Begge regionale samarbeidsorgan fungerer som tidligere, og ivaretar planlegging av aktuelle utdanninger og saker knyttet til utdanningsområdet.

I etterkant av fusjoneringer mellom noen universitet og noen høgskoler har samarbeidsorganene igangsatt et arbeid for å vurdere organiseringen av de regionale samarbeidsorganene.

- Tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, herunder i den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin som skal gjennomføres i henhold til Helsedirektoratets rammeverk.

Kartlegging av behov og status for LIS- stillinger. Regionalt samarbeid omkring utdanning av spesialister er iverksatt. Flere avdelinger sliter med kapasiteten på legesiden. Rekruttering av LIS-leger er relativt god, mens det på spesialisiden er problematisk på flere avdelinger (gyn/ føde, revma, BUP, nevrologi, radiologi, geriatri, nefrologi og flere sub-spesialister innen kirurgi, medisin, og psykiatri). Nye rutiner for oppretting av og tilsetning i legestillinger, medfører et større egenansvar for tilpassing av antall stillinger til behovene en til enhver tid ser. Nasjonalt er det mangel på flere av de spesialitetene HNT også sliter med. Vi må derfor satse på å utdanne de spesialitetene vi trenger selv. Ny spesialitet rus/ avhengighetsmedisin er i HNT fulgt opp i tett samarbeid med psykiatri, og det søkes å holde dette nært samlet.

- Utviklet strategi for kompetansedeling og kompetanseutveksling med kommunale helse- og omsorgstjenester i regionen.

Oppfølging av regional strategiplan vil bli arbeidet mer med i 2016.

Det er etablert eget fagråd for tjenesteavtale 6 og 7 med representasjon fra kommunene, HNT, fylkesmannen og fylkeskommunen. Fagrådet har fokus på strategier for fagutvikling, forskning og kompetansedeling.

- Alle ansatte er involvert i oppfølgingen av Medarbeiderundersøkelsen 2014 og ledere benytter medarbeiderundersøkelsen som verktøy for resultatforbedring og virksomhetsutvikling.

Alle avdelinger som mottok rapport etter AMUS 2014 skal i etterkant ha utarbeidet handlingsplaner og satt disse i verk. For de fleste avdelinger er dette en del av den "daglige driften", og oppfølgingen av handlingsplanen er iverksatt. I de tilfeller tiltakene ikke har gitt den ønskede effekten, har en revidert planen og foreslått nye tiltak. Noen avdelinger har imidlertid bare i begrenset grad utarbeidet og fulgt opp undersøkelsen fra 2014. En søker gjennom motivasjon og gjentatte oppfordringer å få disse lederne/avdelingene til å prioritere dette arbeidet.

- Standardisert registrering av personskader og arbeidsrelatert sykefravær for ansatte skal tas i bruk.

Verktøyet for elektronisk registrering av personskader ble tatt i bruk 01.10.2015.

Verktøy for registrering av arbeidsrelatert sykefravær er ikke tilgjengelig ennå.

- Skaffe oversikt over foretakets kortsiktige og langsiktige behov ved tilsetning av LIS-leger i fast stilling.

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.

Løpende vil klinikkene gjøre sine vurderinger av hva slags kompetanse de trenger ut fra de endringer som oppstår.

- Videreutvikle aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging. Bedre metodikk og arbeidsprosesser dokumenteres med konkrete eksempler.

HNT har i 2015 arbeidet kontinuerlig med å videreutvikle aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging i foretaket.

Erfaringene fra workshopene for ledere, foretakstillitsvalgte og hovedverneombud om utarbeidelse av arbeidsplaner i HNT er gode. Evalueringen tilsier at dette vil bli gjennomført årlig i september. HNT forbereder en oppfølging i klinikkene i 2016 med mål å finne fram til de alvorlige bruddene på arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven (de som utgjør størst fare for pasient, ansatt og/eller drift). Dette arbeidet blir koordinert i HMN. Vi ser fortsatt at HNT kan forbedre metodikk og arbeidsprosesser knyttet til aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging, og at dette er et område vi skal ha kontinuerlig fokus på.

- Følge statens eierskapspolitikk med særlig vekt på lønnspolitikken.

Styret i HNT fastsetter årlig retningslinjer for fastsetting av lønn og annen godtgjørelse for ledende ansatte. Disse fastsettes i tråd med hovedprinsippene som er nedfelt av NPD av 130315.

2.4 Forskning og innovasjon

Mål 2015:

- Gjennomført før-kommersielle prosjekter som en del av oppfølgingen av "Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser" fra 2012.

Innkjøp har bidratt og støttet opp fagmiljøene når de har fremmet relevante prosjekter innenfor dette område. Håndholdte ultralydapparater er eksempel på et slikt prosjekt.

- For å øke nytte av offentlig finansiert klinisk forskning, er det innført krav om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planlegging og gjennomføring av klinisk forskning eller helsetjenesteforskning.

Ved utlysning av interne forskningsmidler krever vi at det skal redegjøres for begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planlegging og gjennomføring av klinisk forskning eller helsetjenesteforskning. Dette på lik linje med alle utlysningstekster i hele Helse Midt-Norge.

- 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.

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. Følges opp regionalt gjennom Samarbeidsorganet.

2.5 Øvrige styringskrav for 2015

- Økonomisk resultatkrav
 - Helse Nord-Trøndelag HF skal gå med minimum 87,9 mill. kroner i overskudd i 2014. Foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag har i sitt møte av 11.9.2015 justert resultatkrav for 2015 opp med 6,819 mill. kroner, fra 87,9 mill. kr til 94,719 mill. kr

Foretakets drift har i 2015 vært lagt opp for å nå et resultatkrav på 94,7 mill. kroner. Basert på resultatet etter 11 måneders drift prognostiseres nå et årsresultat på om-

lag 75 mill kroner eller om lag 20 mill kroner lavere enn det reviderte resultatkravet. Den reduserte prognosen skyldes i hovedsak høye kostnader innen de kirurgiske klinikkene og innen psykiatrisk klinikk.

- 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

HNT har lagt opp til jevnlig rapportering og oppfølging av klinikkenes resultat og prognoser for 2015. Ved avvik er det i noen grad utarbeidet korrigerende tiltak. Det er videre satt av en buffer på direktørområdet for å kunne kompensere for evt. bortfall av inntekter og/eller økte uforutsette kostnader.

Til tross for disse tiltakene viser det seg at samlede tiltak ikke har vært tilstrekkelige for å oppnå fastsatt resultatkrav.

- Helse Nord-Trøndelag HF skal rapportere på tiltak knyttet til manglende måloppnåelse/avvik på økonomi etter den til enhver tid gjeldende mal

HNT rapporterer til HMN (og eget styre) månedlig status på fastsatte målekriterier knyttet til drift og økonomi. Ved avvik beskrives korrigerende tiltak

- Raskere tilbake

Det er god kontroll på bruk av disse midlene. Det forventes at det vil bli brukt litt mindre enn tildelt ramme i 2015. Tilbudet benyttes i hovedsak av foretakets kirurgiske klinikker og rehabiliteringsklinikker.

- **Investeringer**

- 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.

Til tross for prognose om litt lavere årsresultat enn fastsatt resultatkrav, vil det positive årsresultatet ha en positiv likviditetseffekt og styrke foretakets egenkapital. I samsvar med fastsatte likviditetsrammer benytter ikke foretaket driftskreditt ved utgangen av 2015.

- **Kontantstrøm. Investeringer**

Foretakets investeringsbudsjett for 2015 ble vedtatt av styret 16. februar. Det er god styring og kontroll på bruk av midler knyttet til vedtatte investeringsprosjekt.

- **Endringer i driftskredittrammen**

- Helse Nord-Trøndelag skal drive sin virksomhet innenfor en driftskredittramme på 50 mill. kroner pr 31. desember 2015. Foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag har i sitt møte av 11.9.2015 justert ned driftskreditt for HNT fra 50 mill. kr til 0 kroner. Helse Nord-Trøndelag skal redusere sin driftskreditt/øke sparingen med 19,7 mill. kroner i 2015.

Foretaket har for tiden en betydelig positiv likviditetsbeholdning og er, i samsvar med fastsatte forutsetninger, ikke avhengig av å benytte driftskreditt.

- Aktivitet

- o Budsjettert aktivitet på ISF og polikliniske refusjoner er i tråd med bestillingen.

Både ISF-produksjon og polikliniske refusjoner være høyere enn plan i 2015. Det er kontinuerlig fokus i blant annet dialogmøter med klinikkene på oppnå planer og budsjett på disse områder og det etterlyses konkrete tiltak for å komme i mål.

- o Psykisk helsevern i tråd med bestillingen

Det er oppnådd 98,7 % av planlagte PH-aktivitet. Voksenpsykiatri har realisert bedre enn planlagt. Barn og ungdomspsykiatri har ikke oppnådd plantallene. Til tross for tiltak i form av å begrense vakanser og kontinuerlig fokus på utnyttelse av behandlerkapasitet best mulig er det, særlig innenfor BUP, betydelige utfordringer med turnover av behandlere som medfører lavproduksjon i store deler av året.

- o TSB i tråd med bestillingen

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) mistet flere erfarne behandlere med høy produksjon i løpet av kalenderåret og disse ble i løpet av våren/sommeren erstattet med uerfarne. Dette førte til en lavere produksjon enn forventet (89,8% pr 30/11), men hvis vi ser på antall konsultasjoner pr månedssverk, viser dette en oppnåelse på 101,5% (pr 30/11), noe som indikerer at de poliklinisk ansatte ved TSB har hatt en forventet aktivitet fra de som har vært ansatt gjennom året. Det forventes en måloppnåelse etter krav i 2016. Døgnsseksjonen måtte gjennomføre en ikke planlagt stenging noen uker i sommer pga. for lav behandlerkapasitet, dette førte til lavere produksjon enn planlagt. Klinikken fikk ekstra midler i budsjettet for 2016 til å styrke bemanningen, og dette er under effektivisering. TSB-aktivitet (pr 30/11) er på 91,5% og avdelingen vil ikke nå forventede produksjonskrav i år.

- Tiltak for å sikre bedre spesialisthelsetjenester

- o Helse Nord-Trøndelag HF skal ta i bruk reviderte prioriteringsveiledere i 2015.

Prioriteringsveiledere er tatt i bruk fra 1.11.2015.

- o Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i Helsedirektoratets arbeid med daglig oppdaterte data i Norsk pasientregister.

Helse Nord-Trøndelag HF har vært forberedt på å delta i dette arbeidet på forespørsel fra Norsk Pasientregister. Ved utgangen av året 2015 har foretaket ikke mottatt noen henvendelser om å bidra i arbeidet.

- o Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i planarbeidet for innføring av KPP og i arbeidet med kostnadsvekter for 2016.

Helse Nord-Trøndelag HF leverte kostnadsvektdata til NPR i april 2015, og har dermed gitt bidrag til beregning av kostnadsvekter for 2016. Prosjektet knyttet til innføring av

Kostnader på pasientnivå (KPP) har i 2015 gått til anskaffelse av felles IT-verktøy i regionen, og skal bruke 2016 på implementering av verktøyet i det enkelte helseforetak. HNT har etablert eget implementeringsprosjekt, og stiller samtidig med deltagere i det regionale prosjektet som koordinerer dette arbeidet.

- 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 har inngått avtale med Sykehusbygg HF om bistand til to pågående prosjekt, "Psykiatriløftet Levanger" og "Kombinasjonsbygg Namsos". Dette i henhold til styringskravet.

- Samordning på tvers av regionene

- Helse Nord-Trøndelag HF bes merke seg oppdragene Helse Midt-Norge RHF er gitt innen videreutvikling av samordning på tvers av regionene.

HNT har vært involvert og deltatt i arbeidet med videreutvikling av samordning på tvers av regionene.

- Helse Nord-Trøndelag HF bes bidra med ressurser i planarbeidet med etablering av felles eid foretak for samordning av innkjøp etter nærmere vurdering av Helse Midt-Norge RHF.

Helse Nord-Trøndelag HF har bidratt med ressurser i planarbeidet med etablering av felles eid foretak for samordning av innkjøp i henhold til ønsker fra Helse Midt-Norge RHF.

- Felles retningslinjer for brukermedvirkning

- Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i en felles evaluering av retningslinjer og praksis for brukermedvirkning på systemnivå.

Arbeidet med faste møter, involvering og løpende dialog med Brukerutvalget er videreført med uforminsket styrke i 2015. At Helse Nord-Trøndelag tar utvalget og brukermedvirkning på alvor, kan dokumenteres med at direktør som hovedregel er med på faste møter og agenda for møtene legges opp for å sikre at Brukerutvalget er godt orientert om drift, resultater og prosesser.

I flere prosjekter er Brukerutvalget involvert, ofte som medlem av styringsgruppe. Når det gjelder drift og oppgaver, vedtok styret i Helse Nord-Trøndelag oppjustert og forbedret mandat. Dette er gjort for å sikre at innholdet i Brukerutvalget arbeid er i harmoni med både helsetjenesteloven og signalene som departementet har sendt ut på høring med tanke på framtidig drift av Brukerutvalgene.

Helse Nord-Trøndelag administrerer praktisk invitasjoner til deltagelse, finansierer deltagelse på regionale og lokale samlinger. I sum mener Helse Nord-Trøndelag at Brukerutvalget er et viktig organ som vi som rutine inviterer i utvikling av strategier, drift og skapelsen av en best mulig spesialisttjeneste for pasienter og brukere.

- Informasjonsteknologi og digitale tjenester

- o Helse Nord-Trøndelag HF skal utvikle og lansere sine nye nettsider i tråd med framdrifts- og prosjektbeskrivelse for dette oppdraget.

Vi har sammen med St. Olavs, Helse Midt og Møre og Romsdal vært pilot med tanke på Helsedirektoratets utvikling av nasjonal mal for helseforetakenes nettsider. Ut fra pilotens plan skulle HNT.no og øvrige regionale nettsider ha vært publisert i ny drakt i løpet av november 2015. Overordnet var målet å re-lansere sider med et betydelig økt brukerfokus, med pasientinformasjon som den bærende strategien.

Prosjektet har vært preget av tekniske utfordringer og mangel på sentral utviklerkraft. Det igjen har ført til betydelig felles testing av løsninger, som igjen har ført til at vi ikke har fått produsert den mengde innhold vi hadde planlagt. Denne kombinasjonen førte til at publiseringstidspunkt for nye nettsider ble utsatt. Samtidig har det vært en utfordring for Kommunikasjonsavdelingen som innholdsprodusent, at informasjonssjef er utlånt til EPJ/PAS-programmet - som direkte har påvirket allerede knappe ressurser negativt lokalt i Helse Nord-Trøndelag.

Etter planen skulle alle fire nettsider i Helse Midt-Norge lanseres samtidig. Nå er planen endret slik at Helse Midt-Norge RHF og St. Olavs Hospital HF går "på lufta" først (henholdsvis 19. og 20. januar 2016), og Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF skal lanseres cirka to måneder etter St. Olavs publiseringsdato.

HEMIT har signalisert at Møre og Romsdal og Nord-Trøndelag bør lanseres samtidig, begrunnet med at det "bak" sidene må gjennomføres flere tekniske tilpasninger og tiltak for at nye sider skal kunne vises som planlagt.

Vi jobber hardt for å skape tilstrekkelig innhold, og er avhengig av at februar-oppdateringen av systemplattformen har luket vekk "plunder og heft", og at vi aktivt kan starte prosessen med å produsere de nye sidene i god tid før planlagt publisering 4. april 2016.

For å nå målet om publisering tidlig i april, er vi avhengig av at avdelingens to faste ansatte og ene engasjerte prosjektleder får en systemplattform uten betydelige feil på plass i februar, at avdelingen ikke får betydelig annen arbeidsmengde som må håndteres - og at Helse Møre og Romsdal rekker å oversette nasjonalt fellesinnhold til nynorsk parallelt med vår produksjon.

- o Helse Nord-Trøndelag HF skal sikre tilstrekkelig oppmerksomhet og kapasitet til å gjennomføre de oppgavene som det lokale innføringsprosjektet har ansvaret for.

Vi jobber for oppstart i Helse Nord-Trøndelag 1. mai. Det er full fokus med egne dedikerte prosjektressurser.

- o Helse Nord-Trøndelag HF skal sikre god involvering og kommunikasjon med de som påvirkes av innføring av LØ.

Prosjektet er godt kommunisert i HNT og foretaksledelsen. I tillegg er avdelinger godt involvert i arbeidet og det er utpekt egne ressurser fra hver klinikk /avdeling.

- o Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for godt samarbeid og utstrakt erfaringsutveksling med øvrige innføringsprosjekter.

Ved innføring av regionale prosjekter, har HNT fokus på erfaringsoverføring og tett samarbeid med andre tilsvarende prosjekter. Innføring av E-resept og kjernejournal blir derfor innført samlet innenfor samme prosjektorganisasjon i HNT, siden disse to løsningene har en klar relevans i forhold til hverandre.

- o Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra med kapasitet og kompetanse i oppbygging av forvaltningsorganisasjonen.

Helse Nord-Trøndelag HF har bidratt med kapasitet og kompetanse i oppbygging av forvaltningsorganisasjonen.

- o Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i arbeidet med nytt PAS/EPJ i regionen, bl.a. ved å avgi nødvendig personell.

HNT bistår aktivt i å avstå personell til det regionale anskaffelsesprosjektet for nytt PAS/EPJ, i tråd med det som er avtalt, men ser det som spesielt utfordrende å skulle avstå klinisk personell innenfor enkelte fagområder.

- Miljø- og klimaarbeid

- o Helse Nord-Trøndelag HF bes videreføre arbeidet i tråd med anbefalingene i rapporten «Miljøledelse i spesialisthelsetjenesten, statusrapport 2011–2014» og med en helhetlig og samordnet tilnærming til de nasjonale miljømålene.

For 2015: HNT ble miljøsertifisert etter ISO 14001 15. desember 2014. Arbeidet med ytre miljø er et linjeansvar og en del av foretakets løpende drift. Styringskravet/målet vurderes nådd. 2015 er det første driftsåret i HNT som miljøsertifisert. Måloppnåelsen av HNTs egne miljømål blir derfor målt fullt ut først i 2016, men resultatene av den systematiske innsatsen vurderes å være tilfredsstillende. Det er kjøpt 386 CO₂-kvoter (totalt kr 25 090,-) for å kompensere for tjenestereisene med fly og bil i 2014. Det er bygd eget sykkelhus i Levanger og tilsvarende er planlagt i Namsos. Oppfølgingsbesøket 22.-23. okt. fra Teknologisk Institutt av ISO 14001 sertifiseringen ble gjennomført med godt resultat. Holdningene til ytre miljø til lederne og de ansatte vurderes som gode.

- o 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.

Helse Nord-Trøndelag HF har sikret at det blir satt relevante miljøkrav i anskaffelser. Manuelle registreringer gjøres.

- o Helse Nord-Trøndelag HF bes bidra i arbeidet videre med å utvikle konkrete miljøindikatorer som er egnet for resultatmåling.

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. Rapport med forslag til nasjonale indikatorer for ytre miljø for spesialisthelsetjenesten er ferdigstilt av arbeidsgruppen og ble godkjent av prosjektgruppen før årsskiftet. Forslaget ligger nå til godkjenning hos RHF-ene sin AD-gruppe. Rapportering er planlagt igangsatt første halvdel av 2016.

- 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. 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.

Helse Nord-Trøndelag HF har faset ut olje som grunnlast. Olje benyttes utelukkende som beredskap og spisslast. Det er videre inngått avtale om levering av fjernvarme til Sykehuset Namsos.

- Helse Nord-Trøndelag HF bes bidra til å utarbeide en regional oversikt over gjenværende oljefyrer og planlagt tidspunkt for utskifting.

Helse Nord-Trøndelag HF vil bidra med data som etterspørres.

- Beredskap

- Helse Nord-Trøndelag skal bidra i dette arbeidet etter nærmere vurderinger fra Helse Midt-Norge RHF.

Helse Nord-Trøndelag HF har gjennom hele året arbeidet i tett dialog med HMN RHF på beredskapsområdet.

- 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.

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.

- Internkontroll 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.

Internrevisjonen HMN RHF har vinter/ vår 2014/2015 hatt revisjon av dette området. Revisjonen gjennomgått i Styret for HNT. En del forhold er påpekt og blir arbeidet videre med i HNT. Regionalt bidrar HNT for et felles system i RHF' et.

- Deltakelse nasjonale 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.

HNT deltar aktivt i Pasientsikkerhetsarbeidet og følger opp de regionale tiltakene og det nasjonale programmets 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 det er ønskelig med klarere lederfokus.

- 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.

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 regionale prosjekter krever personell, og HNT forsøker å bidra på tross av stort press for å klare drift og måltall for drift.

3 Rapportering på krav fra foretaksmøter

3.1 Foretaksmøte 11. september 2015

- Foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag har i sitt møte av 11.9.2015 bedt HNT om følgende:
 - Merke seg oppdragene som HMN RHF er gitt innen tiltak for å redusere variasjon i ventetider og effektivitet.
 - Bidra med ressurser i arbeidet for å følge opp styringskravene.
 - Intensivere arbeidet med å eliminere fristbrudd og redusere ventetider.
 - Innføre en planleggingshorisont for bemanning og timedelingshorisont ved poliklinikkene på minimum seks måneder innen 1. januar 2016.
 - Innen 1. november 2015 redegjøre for hvordan helseforetaket har fulgt opp dette styringskravet.

Viser her til rapportering vedr ventetid og fristbrudd. Det er etablert rutiner for timetildeling i første brev for nyhenviste pasienter. Planleggingshorisont svarende til de krav som ligger i nytt lovverk. Dette er krevende nå i oppstartsfasen, men alle klinikker arbeider med å følge opp dette. Klinikksjef Rune Modell er HNT's representant i regionalt innsatsteam.

- Foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag har i sitt møte av 11.9.2015 bedt HNT iverksette tiltak for å rekruttere og beholde blodgivere. Det vises til Helsedirektoratets rapport: " Blodgiversituasjon i Norge. Forslag til tiltak som kan bidra til et bærekraftig tilbud for blodgiving, IS-2129".

Helse Nord-Trøndelag er kjent med rapporten fra Helsedirektoratet, og har nytte av alle nasjonale kampanjer og innlegg som deles på sosiale medier. Pågangen av blodgivere har vært mer enn god nok og Helse Nord-Trøndelag har så langt ikke hatt behov for å gå ut aktivt for å verve nye blodgivere. I gjennomsnitt tappes våre blodgivere 2 ganger i året, som er samme gjennomsnittlig frekvens som for øvrig i Norge (2012).

- Foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag har i sitt møte av 11.9.2015 bedt HNT:
 - øke antall lærlinger
 - treffe tiltak for å øke antall lærefag og samtidig øke antall lære plasser
 - innhente erfaringer og vurdere om arbeidet med å sikre tilstrekkelig volum og kvalitet på lærlingeplassene kan organiseres bedre.

HNT har i 2015 opprettet to nye lærlingeplasser, helsefagarbeiderlærling.

De andre fagene har lærlinger på samme høye nivå som tidligere år. Det er deltakelse fra HNT på fylkets igangsatte prosjekt med mål om økt antall fagarbeidere innen renhold og kontorlag.

Det er igangsatt tiltak for å vurdere mulighet for å opprette lærlingestillinger innen tekniske fag i samarbeid med eksterne bedrifter, der vi ikke kan ivareta behovene i hele fagopplæringen selv.

- Foretaksmøtet i Helse Nord-Trøndelag av 11.9.2015 forutsetter at helseforetakene kommuniserer godt og aktivt om resultater, utfordringer og omstillingsprosesser i eget foretak til berørte parter og offentligheten generelt.

Foretaksledermøtet forventning er for så vidt ikke ny, og dette handler i stor grad om videreføring og forbedring av åpenhetspolitikken foretaket har forfektet over år.

En kontinuerlig pågående prosess der vi over tid utvikler kanaler og arenaer for å få fram resultater, utfordringer, endringsprosesser og ikke minst hovedfokus på ønsket om å gi og skape gode tilbud av høy kvalitet til pasienter og brukere.

Dette arbeidet må mest sannsynlig pågå kontinuerlig og stadig forbedres.

Styremøtet i Helse Nord-Trøndelag er åpne, både for media og offentligheten. Sakliste og referater ligger åpent tilgjengelig, og vi bedriver i tillegg aktiv informasjon til media om aktuelle styresaker.

Det samme gjelder Brukerutvalg, ASU og politisk samarbeidsutvalg - for å nevne noen arenaer.

Både eksternt og internt legger vi vekt på å synliggjøre resultater som oppnås. Som hovedsak gjennom å dokumentere via nasjonalt, regionale og lokale rapporter, ulike målinger, spørreundersøkelser, forskningsresultater og helst kombinere fakta med pasienthistorieeksempler der pasient selv forteller hva behandlingen vi har gitt har ført til.

I åpenhet ligger også plikten og arbeidsmetodikken og gjøre informasjon, opplevde resultater og våre svar åpent tilgjengelig når noe også går galt. 3.3.3.-meldinger legges ut kategorisert og oppsummert, og eksempel på enkeltmeldinger publiseres som eksempel på vår avvikshåndtering.

Helse Nord-Trøndelag er aktiv utad, og deltar ofte på politiske arenaer. Både for å synliggjøre resultater, pågående prosesser, ønske om investering - men også klargjøre hva eksempelvis Regjeringens helse- og sykehusplan betyr for våre sykehus. Nå sist holdt blant annet direktør et foredrag for 13 nordtrønderske ordførere samme dag som planen ble offentliggjort - brutt ned på hva planen betyr for våre sykehus.

Vi svarer positivt på alle henvendelser fra eksempelvis stortingspolitikere som ønsker å besøke oss, og vi inviterer også aktivt inn politikere, andre beslutningstaker og organisasjoner for å synliggjøre resultatene, strategier, prosesser og behovet vi har for å utvikle sykehusene i Nord-Trøndelag.

Våre øvrige kanaler - internett (hnt.no), intranett (Innblikk) og HNTs Facebookside benyttes ukentlig til å spre informasjon om vår virksomhet, aktivitet og pågående prosesser.

Vi mener å ha belegg for at omverden rundt våre sykehus har god kjennskap til den kvalitet vi representerer, hva som akkurat nå er aktuelt og hvordan vi i hovedsak ønsker å videreutvikle spesialisthelsetjenesten i denne regionen.

- Leger i spesialisering – bes rapportere i vedlegg 2.

I tillegg til den skjematiske rapporten ønsker vi å anføre at Helse Nord-Trøndelag de to siste år har arbeidet målrettet med egenrekruttering og langtidsplanlegging når det gjelder behov innenfor de ulike spesialitetene.

Gjennom prosjektet «Rekruttering gjennom opplæring og spesialisering» er klinikkene gitt mulighet til å inngå forpliktende arbeidsavtaler med LIS før de går ut i Gruppe 1-tjeneste for å fullføre sin spesialitet. Dette for å gi forutsigbarhet, og direkte rekruttering til overlegestillinger. I tillegg vektlegges det at helt fra turnusleger ankommer, til de reiser til kommunetjeneste, skal det forsøkes å rekruttere interesse for de fagfelt vi har utfordringer innenfor. Klinikkene og spesielt avdelingsoverleger er gitt forbedret mulighet til å ta del i rekrutteringsarbeidet, både på kort og lang sikt. Det er satt av midler for å sikre at LIS-utdanning som krever sideutdanning, i størst mulig grad kan skje i Helse Nord-Trøndelag.

4 Styrets plandokument

Denne delen av meldingen viser utviklingstrender og rammebetingelser for helseforetaket, samt de strategier og planer man har for å møte fremtidige utfordringer.

4.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

4.1.1 Utviklingen innenfor opptaksområdet

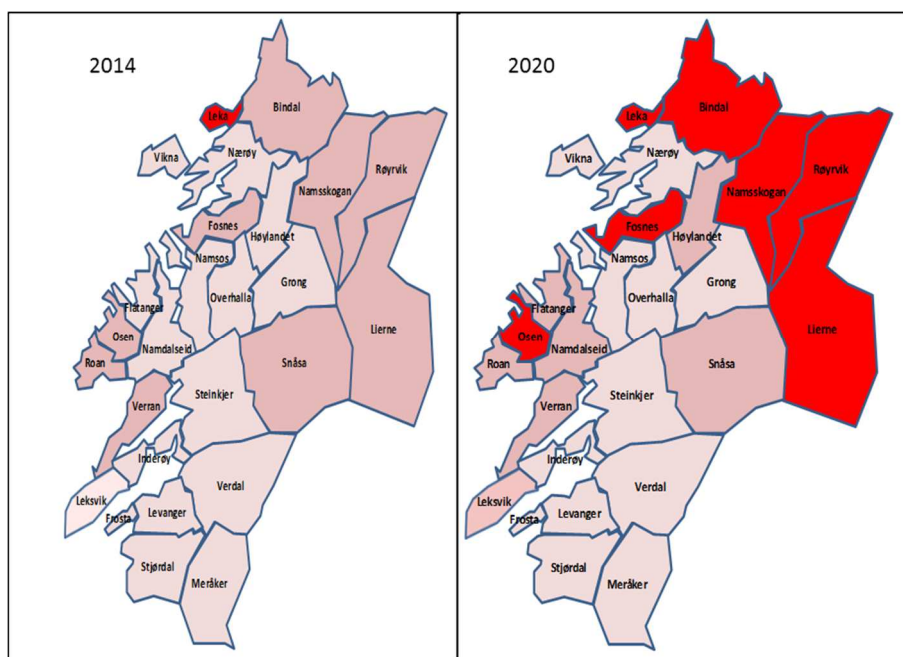
I nasjonal helse- og sykehusplan beskrives det to viktige trender knyttet til utviklingen i befolkningen. Det første er at befolkningen blir eldre, og da særlig i mer spredtbygde strøk slik vi har i mange av kommunene i vårt opptaksområde. Den andre er at folk bosetter seg mer i byer og tettsteder, og på denne måten konsentreres rundt de de større sentrene både i og utenfor vårt opptaksområde. Til sammen påvirker dette den totale befolkningsutviklingen i vårt nedslagsfelt.

I 2030 forventer man at det på landsbasis blir 50% flere over 70 år. Hvordan slår dette ut i vårt opptaksområde i perioden frem til 2020? Hvilke sykdomsgrupper er det som preger den aldrende befolkningen, og som det forventes en større vekst i? Nasjonal helse- og sykehusplan viser til at en 70-åring bruker omtrent dobbelt så mye helsetjenester som en 40-åring.

I opptaksområdet til HNT er det en forventet befolkningsvekst på 4,3 % frem til 2020 (MMMM-alternativet SSB). Økningen er sterkest i forhold til nedslagsfeltet til Sykehuset Levanger der veksten er på 5,4%, mens det for Sykehuset Namsos sitt nedslagsfelt kun er en

vekst på 1,7%. Totalt har aldersgruppen over 67 år en vekst på 16,8%, der veksten for Sykehuset Levanger er på 18,2% og for Sykehuset Namsos 13,8%.

Kartene nedenfor viser andel befolkning over 67 år pr kommune i 2015 vs. 2020, der de mørkest røde kommunene har en andel over 25% (nest mørkest gruppen av kommuner har 20-25% og den lyseste gruppen har 15-20%).



Vi ser at det er de spredtbygde kommunene i Namdalen med lengst avstand til sykehusene våre som vil ha den høyeste andelen befolkning over 67 år, men samtidig så vil det største volumet på de over 67 år være i de mer tettbygde kommunene lengst sør i fylket. Kartene viser da at man går fra 1 kommune med over 25% i 2015 til 7 kommuner med over 25% i 2020. Samtidig viser tallene en vekst på over 3700 personer i aldersgruppen over 67 år, mens aldersgruppen under 67 år har en vekst på 2250 personer.

Befolkningsvekst opptaksområde HNT jf MMMM-alternativet SSB									
År	2014			2020			2020		
Aldersgruppe/sykehus	Le	Na	HNT	Le	Na	HNT	Le	Na	HNT
< 67 år	83 179	33 291	116 470	85 699	33 021	118 720	3,0 %	-0,8 %	1,9 %
> 67 år	15 258	6 900	22 158	18 032	7 853	25 885	18,2 %	13,8 %	16,8 %
Alle alder	98 437	40 191	138 628	103 731	40 874	144 605	5,4 %	1,7 %	4,3 %

Når det gjelder forbruksrater i befolkningen, så ligger Helse Nord-Trøndelag høyest i regionen når det gjelder antall DRG-poeng pr 1000 innbygger (selv etter korreksjon for behovsforskjeller). Dette høye forbruket gjelder på de fleste store hoveddiagnosegruppene i somatikken, og skyldes nok at man har det høyeste antallet døgnopphold pr 1000 innbygger. De eldres andel av både opphold og konsultasjoner er større i Helse Nord-Trøndelag, og det har vært spesielt stor vekst i andelen for gruppen 67-79 år (jfr. Samdata 2014).

Sykehustalen 2016 viser til at vi må lære oss «de fire store» sykdomsgruppene; kreft, hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettlidelser og psykisk helse og rus. Den forventes en økning innenfor disse områdene i årene som kommer. Uavhengig av hvilken aldersgruppe man ser på så er det muskel- og skjelettsykdommer som utgjør de fleste kontaktene i somatikken (ca 18% av alle kontakter). Opptrappingsplanen for rusfeltet skal sikre prioritet at vi har kapasitet til å behandle denne pasientgruppen, samtidig med at den gylne regel foreskriver at det skal være større vekst for psykisk helse og rus enn for somatikken.

Spesielt for vårt opptaksområdet er at en betydelig del av forbruket for våre pasienter skjer på St. Olavs hospital. Innenfor somatikken utgjør dette i overkant av 18% av alle oppholdene, og målt i DRG-poeng over 20% av poengene. Tall for de siste årene viser at denne andelen er forholdsvis stabil, og at det ikke har skjedd noen store endringer i vårt forbruk på St. Olavs hospital. I lys av samfunnsendringene som debatteres, knyttet til kommunereform og regionalisering, kan endringer i kommune- og fylkesinndelingen påvirke opptaksområdet og sykehusenes kapasitet. Ut fra dette kan det være formålstjenlig å vurdere en prosess der St. Olavs og Helse Nord-Trøndelag i fellesskap ser nærmere på tematikken pasientlekkasje.

Faktisk antall opphold										
År	2010			2014				Endring 2014		
Sykehus/Alder	< 67 år	> 67 år	Alle alder	< 67 år	> 67 år	Alle alder	Andel	< 67 år	> 67 år	Alle alder
Levanger	58 419	20 257	78 676	62 951	28 259	91 210	50,6 %	7,8 %	39,5 %	15,9 %
Namsos	33 679	16 183	49 862	35 595	20 586	56 181	31,1 %	5,7 %	27,2 %	12,7 %
St.Olav	21 974	5 699	27 673	25 083	7 918	33 001	18,3 %	14,1 %	38,9 %	19,3 %
Totalt	114 072	42 139	156 211	123 629	56 763	180 392	100,0 %	8,4 %	34,7 %	15,5 %

Det totale forbruket for kommuner i nedslagsfeltet, målt i antall somatiske opphold, har i perioden 2010 til 2014 økt med 15,5 %. Det totale forbruket, målt i antall opphold, for personer under 67 år øker i perioden 2010 til 2014 med 8,4 %, mens for de over 67 år øker med 34,7 %. Både innenfor innleggelse og poliklinikk øker forbruket for aldersgruppen over 67 år vesentlig mer enn innenfor aldersgruppen under 67 år.

Forventet vekst i befolkningen frem til 2020 er på 4,3 % (jfr. SSB MMMM-alternativet), og da med en vekst på 16,8% innenfor aldersgruppen over 67 år. Basert på erfaringstall fra de siste 5 årene, så har forbruket for denne aldersgruppen økt 3 ganger mer enn befolkningsveksten. Det er dermed klart, slik også Sykehustalen 2016 slår fast, at de to sykehusene våre i Nord-Trøndelag vil få mer å gjøre i årene fremover, og at de er en viktig del av løsningen for å dekke kapasitetsbehovet vi har i vårt opptaksområde fremover.

4.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger

Basisramme og resultatkrav

HMN har vedtatt ny finansieringsmodell f.o.m. 2012, den såkalte Magnussen-modellen. Innføring av Magnussen-modellen ble gjort for å rette opp tidligere skjevfordelinger mellom foretakene. Overgangen til Magnussen-modellen gir derfor omfordeling av basisrammer

mellom HF-ene i forhold til tidligere års fordeling. Omfordelingseffekten er beregnet til en nedgang i basisramme på om lag 100 millioner kroner for Helse Møre og Romsdal HF (HMR) og en økning på om lag 50 millioner kroner til henholdsvis St. Olavs Hospital HF (St. Olav) og Helse Nord-Trøndelag HF (HNT). Dette er så store omfordelingseffekter at styret vedtok at modellen skulle implementeres over 4 år med 20 prosent virkning de to første årene og 30 prosent virkning de to neste (styresak 70/2011). Full effekt av ny modell oppnås først i rammetildelingen for 2016.

HMN har vedtatt at sum basisramme for HNT (basisramme basert på Magnussen-modellen og særfinansiering av bl.a. pasienttransport) skal utgjøre knapt 2,2 mrd kroner i 2016. I tillegg er det beregnet at foretaket vil opparbeide aktivitetsbaserte og andre inntekter på om lag 1,0 mrd kroner slik at samlede inntekter fra basisramme og aktivitet vil kunne utgjøre knapt 3,2 mrd kroner. ISF-andelen (den aktivitetsbaserte andelen av finansieringen innen somatiske enheter) er vedtatt videreført på 50 % av beregnede behandlingskostnader uten noe aktivitetstak for å få utbetalt denne finansieringen.

HMN vedtok våren 2015 ny finansstrategi for regionforetaket med tilhørende helseforetak. Finansstrategien forutsetter at det trekkes inn likviditet fra de enkelte foretakene til finansiering av felles regionale prosjekt, mens det enkelte helseforetak i utgangspunktet selv må skaffe til veie likviditet til egne investeringer. Helseforetaket må derfor bl.a. gjennom overskudd i løpende drift framskaffe likviditet til egne investeringer. På dette grunnlag og med utgangspunkt i gjeldende langtidsbudsjett er driftsbudsjettet for 2016 lagt opp med årsresultat på 60,0 mill kroner.

Foretakets budsjettforutsetninger bygger på pensjonskostnader beregnet i juni 2015. Endelig beregning av pensjonskostnader for 2016 vil foreligge fra aktuar i januar 2016. Det tas derfor forbehold om resultatmessig effekt av endring av økonomiske parametre og eventuelle andre forhold som legges til grunn for beregningen. Det budsjetterte resultatmålet kan bli endret på bakgrunn av dette.

Investeringer

Det forutsettes at foretaket innen tilgjengelig likviditet skal være i stand til selv å prioritere investeringer i medisinsk teknisk utstyr (MTU), annet utstyr, diverse ombygging/rehabilitering bygg (inkl. HMS) og investeringer i henhold til foretakets bygningsmessige utviklingsplan. Gjeldende langtidsbudsjett legger opp til følgende investeringstiltak i 2016:

- | | |
|--|------------------|
| • Egenkapitalinnskudd i KLP | 8,2 mill kroner |
| • Medisinsk teknisk utstyr (MTU), ekskl. leasing | 40,0 mill kroner |
| • IKT-investeringer | 2,5 mill kroner |
| • Div. ombygging/rehabilitering bygg inkl. HMS | 20,0 mill kroner |
| • Utviklingsplan HNT (med egne prioriteringer) | 50,0 mill kroner |

Uten særskilte investeringsmidler fra HMN ser det ut til at foretakets investeringsbudsjett for 2016 blir i samsvar med eller litt lavere enn vedtatt langtidsbudsjett. Behovet for midler til MTU og rehabilitering/vedlikehold av bygningsmassen tilsier at investeringsrammen burde vært større.

Basert på nasjonal veileder har HNT utarbeidet egen utviklingsplan (jf. styresak 09/14) 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.

Gjennom nødvendige investeringer forventes det at vi skal kunne legge opp til å utvikle sykehusbyggene slik at de kan utgjøre en hensiktsmessig infrastruktur for dagens og morgendagens sykehusdrift. Årlige investeringer bør som et minimum tilsvare årlige avskrivninger på bygg og utstyr. Det tilsier investeringsrammer på om lag 100 mill kroner pr. år. For å kunne dekke opparbeidet etterslep, bør bevilgningene være større enn dette de nærmeste årene.

Det er nødvendig med nytt, hensiktsmessig areal for å kunne gjennomføre planlagt utbygging av tilbudet innen rusbehandling i Nord-Trøndelag. Det er også behov for nytt areal til en varig samlokalisering av tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser (RKSF) i Levanger. Styret har gjennom behandling av forprosjekt for «Psykiatriløftet Levanger» vedtatt rammer og planer for hvordan disse og andre behov innen psykisk helsevern kan dekkes. Styret anbefaler byggestart på nyåret i 2017 med to og et halvt års byggeperiode. Styret søker HMN om et internt kortsiktig lån på 50 mill kroner for å kunne følge en slik framdriftsplan.

I tillegg til nevnte investeringsformål har Levanger kommune vedtatt nybygg på sykehusområdet i Levanger for bl.a. å dekke følgende arealbehov: parkeringsareal, garasje til ambulanser, mulig flytting av kommunal legevakt, kontorlokaler (til HEMIT) og med landingsplass for helikopter på taket. Det forutsettes at HNT skal leie evt. kjøpe ut arealet knyttet til landingsplass for helikopter. Det arbeides også med planer om nybygg i Namsos for å dekke noen av de samme behovene for Sykehuset Namsos og tilgrensende kommuner. Disse behovene er sendt over til HMN i forbindelse med rullering av regionens investeringsplaner og langtidsbudsjett.

Oppsummering

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

På dette grunnlag finner administrerende direktør det riktig å understreke at det blir stadig vanskeligere å finne gode tiltak for ytterligere effektivisering av den interne driften. I tilknytning til arbeidet med budsjettet for 2016 gjennomføres det analyser og vurderinger av driften i flere av foretakets klinikker. Dette arbeidet viser at det er vanskelig å finne tilstrekkelige tiltak gjennom «hverdagsrasjonalisering», og at det etter hvert kan bli nødvendig med større driftsomlegginger. Dette øker også usikkerhet og risiko knyttet til drift og budsjett og understreker behovet for reserver til dekning av uforutsette forhold.

For HNT er det viktig at vi i tiden framover har et tilbud, en kompetanse og en kvalitet på våre tjenester som gjør oss attraktive når pasientene skal velge behandlingssted. Derfor har foretaket også i budsjettet for 2016 valgt å sette av midler til sikring av kompetanse og kapasitet for nødvendig nøkkelpersonell.

4.1.3 Personell og kompetanse

Helse Nord-Trøndelag HF er en av de største bedriftene i fylket med om lag 2750 medarbeidere. Totalt er det pr. desember d.å. 2500 årsverk.

Kvalitet i behandlingen av pasientene og i arbeidsprosessene er avgjørende for det Helse Nord-Trøndelag skal gjøre, og dermed også det Human Resources (HR) har mest fokus på i sitt arbeid.

For å sikre nødvendig kompetanse blant ansatte som skal gi god nok kvalitet og kapasitet i tjenesten, har HNT gjort et større arbeid under overskriften rekruttering. Det er særlig rekruttering av spesialister innen helsefagene som er utfordrende, og det forventer vi at forblir utfordrende. Vår tilnærming er at vi i er best i stand til å rekruttere de spesialistene vi trenger når de er i sine spesialiseringsløp hos oss. Bevissthet om dette er nødvendig å få i hele organisasjonen.

Rekrutteringsarbeidet i HNT er konkretisert i ti satsingspunkter, og rekruttering vies mye oppmerksomhet i foretaket. Arbeidet er komplekst og må favne det å underbygge rekrutteringsgrunnlaget vårt i samarbeid med utdanningsinstitusjonene, og gjennom den utdanningen og praksis vi gir helsepersonell hos oss. Vi må også være attraktive når vi rekrutterer, og flinke til å utvikle og beholde våre dyktige medarbeidere

Et område vi har hatt særlig fokus på de siste årene er praksisen turnuslegene har vært hos oss og kommunene de skal til etterpå. Her har vi fått god hjelp i omleggingen av turnuslegetjenesten gjennom mer ordinær tilsetting, og vi ser at vi lykkes når vi ligger på topp nasjonalt i turnuslegenes egen evaluering av praksistiden sin. HNT har god samhandling med kommunene og fylkesmannen når det gjelder turnuslegeordningen. Å tilby god turnuslegepraksis i Nord-Trøndelag må forbli en satsing også framover.

Nå er også ordningen for leger i spesialisering (LIS) omgjort. Ved å utnytte de endringene som er og blir gjort for LIS vil HNT i større grad kunne sikre sitt behov for legespesialister. En utfordring vil alltid være å sikre oss at LIS som i deler av sitt spesialiseringsløp er ved St. Olavs, velger å fortsette hos oss etterpå. Endringene i LIS-løpet vil gi oss nye muligheter i de nærmeste årene.

Med stadig flere spesialiseringer blir det få spesialister innen flere fag hos oss. Dette gjør oss kritisk sårbare i perioder med redusert kapasitet. Innleie via vikarbyråer kan dekke umiddelbare behov for spesialistkompetanse, men det er dyrt, og ofte gir korttidsinnleie av spesialister et merarbeid for avdelingens ansatte ved at vikaren ikke kan fylle rollen sin slik en fast ansatt gjør. I overgangsperioder må vi heller sikre oss nødvendig kompetanse ved å utveksle arbeidskraft mellom sykehusene og også med St. Olavs hospital. Gode og smidige ordninger for dette må utvikles i HNT.

HNT har vært flinke til å gi etter- og videreutdanning til annet helsepersonell, og gjennom det sikret dekningen av eget behov for spesialsykepleiere, jordmødre m.fl. Dette er ordninger vi fortsetter med og utvikler videre. Spesialpsykologer sliter vi med å beholde etter at vi har bidratt til å gi dem nødvendig praksis og utdanning i sitt spesialiseringsløp. Dette er dyrt for oss, og gjør oss kapasitetsmessig sårbare i perioder. Hva som skal til for i større grad å sikre oss at de blir i HNT når de er ferdige spesialister må utredes og følges opp.

Arbeidet med å ISO-sertifisere foretaket fortsetter. De overordnede prosessene innen HR ble ISO-sertifisert i desember 2015, og vi forventer bedre kvalitet på HR-støtten som gis framover som følge av dette. Også videreutvikling av HR-arbeidsprosessene forventer vi blir bedre som følge av kravet om resertifisering.

Særlig er det gjort et stort arbeid med å utvikle og organisere HMS-arbeidet i HNT. HNT har i starten på 2016 etablert nye HMS-målsettinger. For 2016 har vi fått på plass en overordnet HMS-plan for HNT og et årshjul der HMS-arbeidet i klinikkene og stabene er konkretisert gjennom oppgaver og oppfølgingspunkter. Vi forventer at HMS-arbeidet skal gi ansatte en enda bedre og mer attraktiv arbeidsplass framover.

Gode og motiverte ledere på alle nivå i HNT er viktig for å utvikle, beholde og få resultater gjennom våre ansatte. Specialisthelsetjenesten er kunnskapsintensiv, og fordrer kontinuerlig omstilling og endringer. Lederne har et særlig ansvar for å sørge for at nødvendig omstilling og endring skjer på en god måte. Lederen må bevare motivasjonen for å utøve nødvendig ledelse. For å bevare motivasjonen må lederen oppleve det givende å ivareta sine medarbeidere og ha et konstruktivt samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten og medarbeiderne. Lederutvikling i foretaket skal bidra til at lederne er klar over forventningene HNT har til dem, dyktiggjøre dem i sin utøvelse av lederrollen, og gjør dem i stand til å stå i

lederstillingen selv når det er svært krevende. HNT vil videreføre og utvikle sin satsing på ledere i årene som kommer.

4.1.4 Bygningskapital – status og utfordringer

Helse Nord-Trøndelag har gjennomført bygningsmessige investeringer for totalt 24 mill.kr.

Nytt teknisk rom for ventilasjon- og kjøleanlegg (bygg E Levanger), og rehabilitering av sterilsentralen på Namsos er de mest kostnadskrevenne prosjekt med et forbruk på henholdsvis 5,6 og 4,2 mill.kr.

Forøvrig er tekniske anlegg og HMS tiltak prioritert i tråd med de funn som ble gjort ved kartlegging av den bygningsmessige tilstanden i 2012. Kartleggingen viste at tilstanden er noe dårligere for de tekniske anleggene enn for bygningsmessige komponenter.

Innenfor driftsbudsjettet er det benyttet 8,9 mill.kr til vedlikeholdstiltak.

Energiforbruk i foretakets bygninger har vært et gjennomgående fokusområde.

Gjennomsnittlig årlig energiforbruk ligger stabilt lavt.

Med bakgrunn i utviklingsplan er det gjennomført idfase «Kombinasjonsbygg Namsos» og forprosjekt for «Psykiatriløftet Levanger». Sykehusbygg HF er engasjert som prosjektledelse for begge prosjekt, og de har benyttet innleide bygningstekniske rådgivere og arkitekt.

Arbeidet videreføres med konseptfase for «Kombinasjonsbygg Namsos» og med utarbeidelse av anbudsgrunnlag for «Psykiatriløftet» med planlagt byggestart 2017. Totalt er det benyttet 9,7 mill.kr til dette planleggingsarbeidet.

4.2 Helseforetakets strategier og planer

Helse Nord-Trøndelag arbeider systematisk med de strategiske utfordringer vi er gitt gjennom vedtak i det regionale og lokale styret. Grovt sett kan man si at Helse Midt-Norge legger overordnede strategier for hele regionen – sammen med helseforetakene – og Helse Nord-Trøndelag utvikler og tilpasser virksomheten i tråd med disse strategiene.

Førende dokumenter og planer er «Strategi 2020», og på slutten av 2015 kom etterlenget avklaring i den nasjonale helse- og sykehusplanen. Helse Nord-Trøndelag er klar over at planen er ute på høring, og at Stortinget først vil behandle planen i 2016 - men det legges til grunn at hovedtrekkene i planen er gjeldene politikk. Det innebærer at begge sykehus skal ha akuttmodtak, akuttkirurgi og traumefunksjoner. For Helse Nord-Trøndelag er dette en ønsket strategi, og en viktig føring også med tanke på rekruttering og tilgang på nødvendig kompetanse. Uten disse funksjonene ville rekrutteringsutfordringen ha blitt forverret.

Helse Nord-Trøndelag driver effektivt, målt i SAMDATA. Når det i tillegg legges til grunn en geografi som krever to relativt fullverdige akuttstusykehus, samt andre desentraliserte tjenester, anser vi effektiviteten for å være svært høy. Effektiviseringen har skjedd over år, samtidig

som helseforetaket har ligget i landstoppen på aktuelle kvalitetsindikatorer og på pasientenes opplevelser på sykehusene (PASOPP). Sykehusene har dessuten etablert seg som en viktig faktor i nordtrøndersk samfunnsliv, og det oppleves betydelig grad av ro og tillit rundt sykehusutviklingen i fylket.

Å fortsette den gode utviklingen krever at vi makter å møte store utfordringer i tiden framover. Noen utfordringer er trender i samfunnet som vi i liten grad kan påvirke, men som vi må håndtere. Andre utfordringer har vi direkte påvirkning på selv, blant annet planmessig vedlikehold, investering i utstyr og anlegg. For å lykkes godt innenfor feltet trenger Helse Nord-Trøndelag drahjelp og forståelse så vel i Helse Midt-Norge som på nasjonalt politisk nivå.

Helse Nord-Trøndelag vil understreke at de svært store, planlagte investeringene i regionen må være innenfor regionens økonomiske bærekraft, og at det i dette beholdes rom for investeringer i alle helseforetakene i årene framover. Dersom de største investeringene søkes løst gjennom reduserte rammeoverføringer for drift i Nord-Trøndelag, vil det innebære betydelig svekkelse av tilbudet. Helse Nord-Trøndelag mener å kunne dokumentere at langsiktig og godt vedlikehold, kombinert med betydelige nyinvesteringer år for år, på lang sikt er en forsvarlig måte å utvikle spesialisthelsetjenesten på til beste for pasientene og brukerne.

I årlig melding også for 2015 vil Helse Nord-Trøndelag særskilt framheve behovet for investeringer i bygg og utstyr. Gjennom pågående arbeid, utredning og planarbeid siste år, er det sett fra vår side helt nødvendig med disse investeringene - for at vi skal lykkes med å håndtere utfordringene vi ser framover.

4.2.1 Moderne behandling i moderne bygg med moderne utstyr

Helse Nord-Trøndelag har år etter år bidratt med overskudd i driften som har muliggjort investeringer i Helse Midt-Norge. På investeringsprogrammet i Helse Midt-Norge er det planlagt tre hovedtiltak: Nytt sykehus i Møre og Romsdal, nytt psykiatribygg ved St. Olavs Hospital og ny IKT-løsning i regionen.

Alle disse tre investeringene er helt nødvendige og har Helse Nord-Trøndelags fulle tilslutning. Men dersom Helse Nord-Trøndelag skal lykkes med å rekruttere kvalifisert personell, opprettholde gode tilbakemeldinger fra pasienter og levere tjenester av den kvalitet som kreves, må nødvendige investeringer også skje i Nord-Trøndelag. I 2015 har vi økt intensiteten, prosjekteringen og innsatsen i dette arbeidet for å tydeliggjøre kommende periodes behov. Utvikling av anleggene både i Levanger og Namsos er påkrevet.

Innenfor en relativ kort tidshorisont er det sentralt for Helse Nord-Trøndelag å få løst tre prioriterte bygningsmessige investeringer.

1. **Helikopterlandingsplass Levanger** – dette løses uten å påvirke investeringsmidler i Helse Midt-Norge, da en aktiv og positiv vertskommune utvider sitt prosjekt på

sykehusområdet til også å omfatte helikopterlandingsplass. Det planlegges en takløsning for helikopter som etter hvert skal eies av helseforetaket. Bygget vil i tillegg gi plass til ambulansestasjon, voldsmottak og lokaler for HEMIT. Disse arealene skal leies.

2. **Psykiatricbygg** – en oppbygging av rustilbud i Nord-Trøndelag, samt utvikling av psykiatritilbudet, krever nye lokaler ved Sykehuset Levanger. Prosjektet er godt i gang og ble førstegangsbehandlet av styret i Helse Nord-Trøndelag, med vedtak om å gå videre med planene. Eksisterende psykiatribygninger fra 1980-tallet er fredet, og bidrar til at nybygg er påkrevet.
3. **Kombinasjonsbygg Namsos** – overgang fra legevakt i brakke ved Sykehuset Namsos til moderne legevaktløsning og øvrige fasiliteter som ivaretar samhandlingsreformens utfordringer i en spredtbebygd region med store avstander. Investeringsprosjektet vil samtidig innebære modernisering av operasjons- og intensivrom for å hente ut både kvalitets- og effektiviseringsgevinster. I dag har Sykehuset Namsos operasjonsstuer med lav takhøyde som umuliggjør benyttelse av spesifikke apparaturer, og er dermed hemmende for både kvalitet og faglig utvikling.

Helseforetakets medarbeidere må oppleve moderniseringer og satsinger, særlig etter å ha bidratt til svært gode økonomiske og kvalitetsmessige resultater over tid. Det bidrar også til å forsterke rekrutteringsevnen og styrke helseforetakets evne til å levere de tjenestene som sentrale myndigheter ber oss om å levere. Vi mener alle tre prosjektene er i tråd med den nasjonale helse- og sykehusplanen.

Det er ikke slik at investeringsønskene vi har løftet opp i Årlig melding er uttømmende. I løpet av første halvår 2015 vedtok styret i Helse Nord-Trøndelag Utviklingsplan fram mot 2030. Denne beskriver blant annet at det beste tilbudet til innbyggerne i Helse Nord-Trøndelags nedslagsfelt er å videreutvikle dagens to sykehus. Planen beskriver dessuten at det er nødvendig med 100 millioner kroner årlig for å modernisere og tilpasse dagens bygningskropper til framtidige behov, herunder reduserte arealer for døgnbehandling og økte arealer for dag- og poliklinisk behandling.

Som ett av flere eksempel kan nevnes nødvendig utviklingen innen dialysebehandling. Antall behandlinger innenfor dette feltet er tredoblet i perioden 2000 til 2014. I 2015 har vi håndtert økningen blant annet ved å åpne en desentralisert enhet i Grong. Men ved «moravdelingen» på Sykehuset Levanger er ikke fasilitetene og arealene tilfredsstillende. Det er sterkt behov for å øke kapasiteten, skifte ut IKT- og fagsystemet, og vil kreve investeringsressurser. Dette er forhold som og må løses i tillegg til de tre nevnte store prosjektene.

Investeringer i medisinteknisk utstyr er også særdeles strategisk viktig og holder ikke tilstrekkelig høyt nivå til å være rekrutterings-, kvalitets- og effektivitetsfremmende. For eksempel er Helse Nord-Trøndelag eneste foretak i Midt-Norge uten CT angiografi av koronarkar, samtidig som vi vil opprettholde et kardiologisk miljø i foretaket med internasjonal anerkjennelse. Også utviklingen innen kirurgiske fag (kirurgi, ortopedi, øre-nese-hals og øye) krever teknologifornyelse på et høyere nivå enn dagens. For eksempel er det

sannsynligvis viktig å få på plass moderne roboter tilpasset gastrokirurgi, dersom Helse Nord-Trøndelag fortsatt skal ha kikkhullskirurgi-miljø som er banebrytende i Helse Midt-Norge.

Hendelser i 2015, både når det gjelder utstyrshavari og eksempelvis vannlekkasje i medisinsk klinikk Levanger, viser at vi er særs sårbare når vitale funksjoner i sykehusene blir satt ut av virksomhet. På tampen av 2015 besluttet vi derfor å gjennomføre en ROS-analyse for å avdekke behov og tiltak som må på plass for å sikre at begge sykehus til enhver tid framstår som fullverdige, med både akutt- og traumefunksjon intakt.

Vi kan ikke se bort fra at denne gjennomgangen avdekker behov for backup-løsninger og dobling av helt vitalt utstyr - selv om dagens løsninger i hovedsak tilfredsstillende normal drift uten «plunder og heft». Kontinuerlig vedlikehold, investering og utskifting av vitalt utstyr, er etter vårt syn en påkrevet strategi - også med tanke på back-up og sikkerhetsnett.

Uten tilstrekkelig bygningsmessige og utstyrmessige investeringer kan kvaliteten i tjenestetilbudet over tid svekkes utilsiktet, bidra til rekrutteringshemming som vanskeliggjør opprettholdelse av tilbud og resultere i unødvendig belastende reising for pasienter gjennom sentralisert behandling framtvinget av manglende investeringer. Dette er forhold Helse Nord-Trøndelag ikke alene kan løse, men som krever en regional og nasjonal satsing.

4.2.2 Andre strategiske utfordringer og satsinger

Helse Nord-Trøndelag arbeider systematisk med alle krav som formuleres i styringsdokumentet, og videreutvikler organisasjonen for til enhver tid å være optimalisert til å møte dagens og framtidens utfordringer.

I årlig melding for 2015 kan følgende fremheves:

Strategi 2030

Gjennom prosjektarbeid og vedtak i styret har Helse Nord-Trøndelag vedtatt Utviklingsplan 2030, som danner grunnlaget for videre arbeid med Strategi 2030. I tillegg er nasjonal helse- og sykehusplan avlevert, og vil ventelig bli vedtatt uten vesentlige endringer i løpet av 2016.

I dette planverket er det både en utfordring, og nødvendig satsingsområde for Helse Nord-Trøndelag, og fokusere på hvordan vi skal utvikle nettverk for å sikre kompetanse, kvalitet og rekruttering. Parallelt inngår en slik satsing i arbeidet med å sikre sykehusene tilstrekkelige funksjoner, som er i harmoni med befolkningens behov og utvikling.

I Strategi 2030 ligger det også en betydelig oppgave i å synliggjøre vår satsing på rus og psykiatri. Dette omfatter også barn- og ungdomsfeltet som stiller krav til våre ansatte, anlegg og utstyr.

Helseplattformen

Helseplattformen er et nødvendig og viktig program Helse Nord-Trøndelag har store forventninger til. I tråd med dette synspunktet har vi avgitt flere ressurspersoner til programmet. I tillegg er flere fagpersoner involvert i workshop-prosessen og deltar periodevis aktivt inn i utviklingen og beskrivelsen av ønskete løsninger for plattformen. Nærmere 60 klinikere og andre har positivt takket ja til å delta i nær forståelse med sine klinikker og avdelinger. Helse Nord-Trøndelag understreker med dette at programmet er viktig også for oss, og at vi ser fram til å få på plass helt nødvendige framtidsrettete løsninger til beste for pasientene og behandlere.

Rekruttering

Rekrutteringsarbeidet er den strategiske enkeltfaktor som i størst grad avgjør hvilke helsetilbud vi kan gi befolkningen i Nord-Trøndelag. For begge sykehus, alle enheter og tilbud er det helt avgjørende å lykkes med rekruttering, beholde kompetanse og kontinuerlig videreutvikle Helse Nord-Trøndelag som attraktiv karrieremulighet. Påstartet rekrutteringsarbeid vil bli videreført og videreutviklet.

Pasientsikkerhet

Helse Nord-Trøndelag er aktiv deltaker i Pasientsikkerhetsprogrammet og iverksetter stadig flere tiltakspakker i programmet. Pasientsikkerhet er systematisk hevet på dagsorden både i foretaksledelsens møter og i styremøter. Arbeidet med pasientsikkerhet må og skal intensiveres ytterligere. I 2015 innførte klinikker/avdelinger faste tavlemøter for å involvere alle i avdelingen når det gjelder pasientsikkerhet kontinuerlig. Flere klinikker og direktørens stab er nå sertifisert/akkreditert, og det ble i 2015 vedtatt og lagt et rammeverk for å få ISO-sertifisert alle resterende klinikker før utgangen av 2017.

Samhandling

Kommunene og sykehusene i Nord-Trøndelag har alltid vært gode til å finne løsninger som gavner våre felles pasienter. Samarbeidet er godt institusjonalisert og innrammet av en rekke tjenesteavtaler.

Etablering av kommunale ø-hjelpstilbud er allerede etablert eller er i ferd med å bli etablert i tilknytning til alle kommuner i Nord-Trøndelag innen fristen som sentrale myndigheter har satt.

Lederutvikling

Helse Nord-Trøndelag har i en rekke år gjennomført lederutviklingsprogram med bruk av egne ressurser. De aller fleste i lederstillinger i foretaket har gjennomgått dette programmet. Foretaket har videreutviklet dette programmet, og flere hundre ledere har nå gjennomført LUP 2. Programmet legger særlig vekt på trening i daglige ledersituasjoner på det vi kaller *kommunikasjon som gir resultater*.

Pasientinformasjon

Helse Nord-Trøndelag ser betydelig forbedringspotensial i dialogen med pasienter og brukere. Dette gjelder både skriftlig, muntlig og digital. «Klart språk» og forståelig språk med kvalitet i alle ledd, danner basis for videreutvikling av pasientkommunikasjonen.

I 2015 ble det gjennomført en prosess med endring og forbedring av pasientbrev, brosjyrer gjennomgått og endret, og det ble påstartet et prosjekt for å få på plass nye nettsider for helseforetaket. Basis for de nye nettsidene er brukerrettet innhold. Internt digital innhold skal etter hvert vekk fra nettsidene, over på Ekstranett og intranett.

På grunn av problemer i utviklingsprosessen av teknisk plattform er lanseringen av nye nettsider forsinket. I skrivende stund ser det ut til at Helse Nord-Trøndelag kommer på lufta med nye nettsider 31. mars 2016.

Vedlegg 1 til årlig melding 2015

1.1 Tabellrapportering: Styringsparametre og rapporteringskrav 2015

Styringsparametre	Datakilde	2013	2014	2015	Mål
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Helsedirektoratet	72	74	73	Under 65 dager

Styringsparametre	Datakilde	2013	2014	2015	Mål
Andel fristbrudd for rettighetspasienter	Helsedirektoratet	4,24 %	3,61 %	1,89 %	0 %

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2014	2. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: • Er målet nådd? • Hvis nei, hvorfor ikke?
Andel pasienter 18- 80 år innlagt med blodpropp i hjerne som har fått behandling med trombolyse	Helsedirektoratet	6,8 %	4,3 %	2,9 %	11,3 %	20 %	Det er etablert gode rutiner internt for kortest mulig «door-to-needle»-tid, og det er regelmessig FAST-øving på sykehusene. Informasjonskampanjer rettet mot pasientene.	Nei. Utfordringer i samarbeid mot prehospitale tjenester og pasientens reisetid og pasientenes bevissthet til å ta kontakt med helsetjenesten i tide
Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp for brystkreft, kolrektalkreft, lungekreft og prostatakreft.	Helsedirektoratet			-	71,9 %	70 % ved årsslutt	Fortløpende implementering av pakkeforløp sammen med St.Olavs Hospital og følger deres tempo og implementeringsplan	Ja
Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid for brystkreft, kolrektalkreft, lungekreft og prostatakreft.	Helsedirektoratet			-	70,2 %	70 % ved årsslutt	Fortløpende implementering av pakkeforløp sammen med St.Olavs Hospital og følger deres tempo og implementeringsplan	Ja

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2014	2. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Andel reinnleggelser innen 30 dager (som øyeblikkelig hjelp) uavhengig av alder og diagnose</i>	<i>Helsedirektora tet</i>	-	-	-	-		Ikke publisert tall på helsenorge.no. Egne interne tall viser omtrent samme innleggelsesrate for somatikk og psykisk helsevern fra 2014 til 2015

Styringsparametre	Datakilde	2013	2014	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Andel pasienter med hjerneslag som legges direkte inn på slagenhet</i>	<i>Helsedirektor atet</i>	-	94,1 %	Slagenheter er etablert ved medisinske avdelinger både på sykehuset Levanger og sykehuset Namsos. Det er stort fokus på rask diagnostikk, behandling og overføring til slagenhet for oppfølging for pasienter med hjerneslag.

Styringsparametre	Datakilde	mai 2015	november 2015	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Sykehusinfeksjoner</i>	<i>Folkehelse- instituttet</i>	5,0 % totalt 3,4 % egne infeksjoner	2,6 % totalt 1,1 % egne infeksjoner	HNT har i perioder hatt lave og gode resultater for sykehusinfeksjoner. Variasjon fra periode til periode viser imidlertid at det klart er forbedringspotensial for tryggere gjennomføring av rutiner og prosedyrer som medfører infeksjonsrisiko. Tiltak som på avdelingsnivå har vært igangsatt, har vist gode resultater, og slike erfaringer ønskes formidlet ut i organisasjonen. Det er også nødvendig å bedre fokus på tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet. Regionalt samarbeid om gode smittevernrutiner og styrking av den enkeltes kunnskap om og gjennomføring av enkle smittevernrutiner, må gå hånd i hånd i det videre arbeidet.

Rapporteringskrav	Datakilde	2013	2014	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus</i>	<i>Helse- direktoratet (SSB)</i>	-	-	Ikke publisert tall på helsenorge.no. 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 ansettelser i DPS framfor sykehus, spesielt siden både psykologer og leger er organisert i egne seksjoner og fordeles derifra til ulike enheter i klinikken etter behov.

Rapporteringskrav	Datakilde	2013	2014	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssent er for helsetjenesten</i>	94,9 %	95,2 %		Tiltak for å bedre 30 dagers overlevelse etter innleggelse er ikke noe hvert sykehus eller HF kan svare ut alene. Samarbeidet med kommunene er avgjørende her. En nærmere analyse av både hva som henvises til sykehusene, bruk av KAD- plasser, tilgjengelig behandling og oppfølging i kommunene og en eldre og sykere pasientpopulasjon vil generelt påvirke denne faktoren.

Rapporteringskrav	Datakilde	2013	2014	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Antall tvangsinnleggelser per 1000 innbyggere i helseregionen</i>	<i>Helsedirektoratet</i>	2,39	2,40	<i>Redusert sammenlignet med 2013</i>	Antallet tvangsinnleggelser i 2015 vurderes å ha vært større enn i et «normalår», knyttet til et fåtall pasienter som gjentatte ganger blir innlagt til observasjon på tvang av legevakta. I og med at det absolutte antallet tvangsinnleggelser er såpass lavt vil endringer hos enkeltpasienter raskt påvirke statistikken. Det er iverksatt konkrete tiltak rundt pasientene, både på individ- og systemnivå. Det er også igangsatt arbeid med bedret samhandling med kommunene. En betydelig andel av de som legges inn på tvang av legevakt får tvangen opphevet igjen ved første vurdering i psykiatrisk klinikk. Bedret kompetanse i kommunene om disse pasientene, og bedre samhandling i innleggelsessituasjon, antas å redusere slike potensielt unødvendig tvangsinnleggelser.

Rapporteringskrav	Datakilde	Undersøkelser/resultater fra 2014
<i>Pasienterfaringer med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp)</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>	PasOPP undersøkelsen for pasienterfaringer 2014 er nylig mottatt og viser HNT helt i toppen av landets HF vedrørende pasienterfaringer. Resultatene følger opp i organisasjonen. Som andre sykehus, har også HNT forbedringspotensial på informasjon og kommunikasjon.
<i>Pasienterfaringer med døgnopphold i psykisk helsevern voksne (resultater kun på nasjonalt nivå)</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>	Psykiatrisk klinikk har innlemmet brukerundersøkelser i våre EQS prosedyrer, som er bygd på validerte spørsmål, er lett å administrere og som har fleksible utviklingsmuligheter. Det er hengt opp informasjonsplakater ved alle seksjoner og ventrom. Utdrag av pasienters svar på brukertilfredsundersøkelsen: • 29 % av alle pasienter utskrevet i 2015 har besvart brukerundersøkelsen. Det er stor variasjon mellom de ulike seksjonenes svarprosent • 71% av de som har svart mener at de har hatt stor eller svært stor involvering i egen behandling • 69% av de som har svart mener at de har hatt stor eller svært stor mengde tilstrekkelig informasjon • 78,4% av de som har svart mener at de har hatt stor eller svært stor hjelp i behandlingen de har mottatt • 69% av de som har svart mener at de har hatt stort eller svært stort utbytte av behandlingen 94,8% av de som har svart mener at de har blitt møtt med stor eller svært stor grad av høflighet og respekt
<i>Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>	Psykiatrisk klinikk HNT HF deltar i Kunnskapscenterets undersøkelser om fastlegers vurdering av DPS. De siste resultatene er fra 2014 og presenteres i PasOpp-rapport Nr. 5-2014 (ISBN nr 978-82-8121-899-4) fra kunnskapssenteret. Fastlegene som har besvart på undersøkelsen gir en tilbakemelding på at de er godt fornøyd med tjenestene, de distriktpsikiatriske sentre i Nord-Trøndelag skårer over eller likt med landsgjennomsnittet på alle indikatorer.

Rapporteringskrav	Datakilde	Undersøkelser/resultater fra 2014
<i>Andel reinnleggelser innen 30 dager av eldre pasienter</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>	For 2012 var innleggelsesrate 16, 3 %. I 2013 var dette også 16,3 %.

Rapporteringskrav	Datakilde	Undersøkelser/resultater fra 2015
<i>Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling)</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>	Ved Psykiatrisk Klinik, Sykehuset Levanger, gjennomføres en kontinuerlig måling av brukertilfredshet, og døgnsesjonen ved Avdeling for rus og avhengighet (ARA) er del av denne målingen. I 2015 (tall fra årets tre første kvartal) besvarte ca 73 % av de som var innlagt ved ARA seksjon døgn på pasienterfaringsundersøkelsen. Utdrag av pasienters svar på brukertilfredshet undersøkelsen: • 72 % av de som har svart mener de har hatt stort eller svært stort utbytte av innleggelsen. • 86 % av de som har svart har ikke opplevd eller i liten grad opplevd feilbehandling. • 67 % av de som har svart har i stor grad eller svært stor grad opplevd forberedelse til tiden etter utskrivelse. • 67 % av de som har svart opplevde ikke ventetid eller kort ventetid før innleggelsen. • 100 % av de som har svart har i stor grad eller svært stor grad opplevd å bli møtt med høflighet og respekt. • 91 % av de som har svart opplevde i stor grad eller svært stor grad at behandler snakket til dem på en slik måte at de forsto hva behandler formidlet. 91 % av de som har svart opplevde i stor eller svært stor grad å ha tillit til behandlernes faglige dyktighet.
<i>Antall alvorlige pasientskader GTT (alvorlighetsgrad F – I)</i>	<i>Egne GTT resultater</i>	Det ble funnet 18 pasientskader i 320 pasientjournaler de 8 første månedene i 2014, mot 15 pasientskader i 320 journaler i samme perioden i 2015. Dette er en reduksjon på 16, 7 %.
<i>Antall hendelsesanalyser/årsaksanalyser utført ved alvorlige pasientskader</i>	<i>Egne analyser</i>	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. Bevissthet rundt læring og forbedringsarbeid bygget på erfaringene en gjør seg gjennom det daglige avviki/ kvalitetsarbeidet, er svært sentralt for å gi trygge og gode helsetjenester. Internkontroll- krav og ISO- sertifisering underbygger dette arbeidet.

Helse Nord-Trøndelag

[illegible]

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 07/2016 Årsoppgjør 2015 – årsberetning og årsregnskap

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	07.03.16	07/2016

Saksbeh: Tormod Gilberg

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2016/512

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret vedtar framlagte årsberetning og årsregnskap som foretakets årsoppgjør for 2015. Årets overskudd disponeres, i samsvar med årsberetningen, til styrking av annen egenkapital.

SAKSUTREDNING:

Sak 07/2016 Årsoppgjør 2015 - årsberetning og årsregnskap

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**Vedlegg som følger saken**

1. Årsberetning for 2015
2. Resultatregnskap 01.01.15 – 31.12.15
 - Balanse pr. 31.12.15
 - Kontantstrømoppstilling
 - Noter til årsregnskapet

Årsberetning 2015

1. Presentasjon av Helse Nord-Trøndelag HF

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

Ved utgangen av 2015 bestod Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) av

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

I tillegg medfinansierer HNT

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

Våre hovedutfordringer er, gjennom god undersøkelse og behandling i rett tid, å bidra til at befolkningen i Nord-Trøndelag opprettholder en god helse. Helse Nord-Trøndelag skal tilby spesialiserte helsetjenester innenfor et bredt medisinsk felt. Gjennom samhandling med primærhelsetjenesten og befolkningen skal vi opparbeide kunnskap som kan forebygge helsesvikt. Vi skal også tilby enkelte spesielle funksjoner på regionalt nivå og enkelte funksjoner på et nivå som gjør oss attraktive for pasienter fra hele landet.

Helse Nord-Trøndelag HF har lokalsykehusfunksjoner for innbyggerne i Nord-Trøndelag og kommunene Osen og Roan i Sør-Trøndelag. I tillegg blir helseforetaket også i stor grad benyttet som lokalsykehus for innbyggerne i Bindal kommune i Nordland.

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

2. Mål

• *Verdigrunnlag og visjon*

Helse Nord-Trøndelag HF bygger på det regionale foretakets verdier: TRYGGHET, RESPEKT OG KVALITET, samt visjonen: "PÅ LAG MED DEG FOR DIN HELSE".

Vårt verdigrunnlag er tuftet på kvalitetsstyrt ledelse som innebærer fokus på pasienten og de som "bestiller" våre tjenester. Pasientsikkerhet og brukermedvirkning står sentralt i vår bevissthet.

- **Hovedmålene for Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag i 2015**

Det er fem områder som Helse Midt-Norge har hatt særskilt fokus på i 2015 og som har krevd særskilt ledelsesmessig oppfølging på alle nivå i tjenesten;

- Pasientsikkerhet – færre pasientskader
- Ingen pasienter skal oppleve fristbrudd
- Ventetiden skal reduseres, og gjennomsnittlig ventetid skal være mindre enn 65 dager
- Reduksjon i avvik på arbeidstidsbestemmelsene
- Bærekraftig økonomi

Helse Midt-Norge RHF har hatt tett dialog med helseforetakene om utviklingen i disse fokusområdene gjennom året. I tillegg til rapportering gjennom statusrapportene har oppfølgingen vært et fast tema i dialogmøter og direktørmøter.

Når det gjelder økonomi og aktivitet, kan styringssignalene fra vår eier sammenfattes slik for 2015:

- Et årsresultat for HNT på 87,9 mill kroner, senere justert til 94,7 mill kroner, eller bedre
- En aktivitet i somatiske avdelinger i samsvar med bestilling, dvs. en økning på vel 1 % i forhold til 2014
- En aktivitetsvekst i psykisk helsevern og rusbehandling på hhv. 3 og 4 %.

- **Hovedoppgaver for Helse Nord-Trøndelag, jf. lov om spesialisthelsetjenesten m.m.**

1. Pasientbehandling, inndelt og rapportert i følgende områder:
 - Somatikk
 - Psykisk helsevern for voksne (VOP)
 - Psykisk helsevern for barn og unge (BUP)
 - Rusbehandling (TSB)
2. Opplæring av pasienter og pårørende
3. Utdanning av helsepersonell
4. Forskning og utvikling

Nasjonale mål og satsingsområder er bl.a. prioritert gjennom oppfølging av nasjonale helseplaner og gjennom retningslinjer i årlige oppdrags- og styringsdokument.

3. Utviklingstrekk i Helse Nord-Trøndelags virksomhet

- **Foretakets styre og organisasjon**

Styret har hatt denne sammensetning i 2015 (og 2016):

Alf Daniel Moen, styreleder
Inger Marit Eira-Åhrén, nestleder (fram til 29.02.16)
Hilde Grimstad, nestleder (fra 01.03.16)
Bjørn Arild Gram
Marit Dille
Torbjørg Vanvik, Helse Midt-Norge (fram til 30.04.15)
Jan Eirik Thoresen, Helse Midt-Norge (fra 01.05.15)
Sølvi Sæther, ansattrepresentant (fram til 28.02.15)

Peter Himo, ansatterrepresentant (fram til 28.02.15)
Kristian Børstad, ansatterrepresentant (fra 01.03.15)
Elinor Kjølseth, ansatterrepresentant
Rolf Gunnar Larsen, ansatterrepresentant

Foretaket har i 2015 bestått av 6 gjennomgående klinikker (barne- og familie-, rehabiliterings-, psykiatrisk, prehospital, medisinsk service- og serviceklinikk) og 4 stedlige klinikker (kirurgisk klinikk Levanger, medisinsk klinikk Levanger og tilsvarende for Namsos), til sammen 10 klinikker. Ny klinikk fra 01.01.2015 har vært Prehospital klinikk med ansvar for AMK, ambulansedrift og pasientreiser.

Administrerende direktør i Helse Nord-Trøndelag HF siden 01.05.05, Arne Flaata, meddelte styret høsten 2015 at han ønsket å fratre og gå av med pensjon. Etter anmodning fra styret har han fortsatt til ny adm. dir. er på plass. Styret tilsatte i styremøte 17.12.15 Torbjørn Aas som ny administrerende direktør i Helse Nord-Trøndelag HF. Aas tiltrer 01.03.16.

- **Strategiske valg og oppfølging av disse i 2015**

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

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

Foretakets strategiske plan ble sist revidert i 2009/10. Styret vedtok 18.03.10 Strategi 2016 – Helse Nord-Trøndelag HF. Gjennom regionforetakets og foretakets strategiplaner er det gitt føringer for utvikling og prioritering av driften i årene framover. I tillegg til disse strategiplanene følger foretaket de planer som er lagt av overordnede myndigheter gjennom årlig styringsdokument fra Helse Midt-Norge RHF og langtidsbudsjett.

Innen pasientbehandling vil foretaket gi høy prioritet til pasienter med kreft og behov for lindrende behandling, pasienter med behov for rusbehandling, pasienter med psykiske lidelser (spesielt barn og unge), pasienter med sammensatte og kroniske lidelser og pasienter med behov for habilitering eller rehabilitering.

Strategiplanen skisserer videre delstrategier med fokus på samhandling med primærhelsetjenesten, organisering av akuttberedskap og elektive tjenester, effektivisering av arbeidsprosesser (bl.a. innen drift av sengeposter og intensivfunksjoner), pasientopplæring og helsefremmende arbeid. Gjennom egne prosjekt er det arbeidet med å effektivisere behandlingsprosesser og effektivisere driften gjennom bedre samordningen av aktivitet og bemanning i poliklinikk og sengeposter.

Styret vedtok på dette grunnlag et budsjett for HNT for 2015 i samsvar med fastsatte krav til resultat, aktivitet og kvalitet. For å nå kravet til økonomisk resultat la foretaket opp til å effektivisere driften med om lag 50 mill kroner i 2015. Dette kom på toppen av effektiviseringer som var gjennomført over flere år og innebar betydelige utfordringer.

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

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

Samarbeidet med kommunene ivaretas formelt gjennom et Administrativt Samarbeidsutvalg (ASU) og et Politisk Samarbeidsutvalg (PSU). PSU møtes i egne møter, mens ASU og Brukerutvalget (BU) inviteres til å delta med en representant hver i de enkelte styremøtene. Disse representantenes deltakelse i styret er begrenset til møte- og talerett. I tilknytning til ett styremøte avvikles også brukerutvalgets time der et samlet BU får møte styret. Styret er takknemlig for det arbeidet som nedlegges i bruker- og samarbeidsutvalgene. Vi er avhengige av et godt samarbeid med disse organene og har inntrykk av at det fungerer bra.

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

Som en del av samhandlingsreformen skal alle kommuner i perioden 2012 – 2015 etablere kommunale akutte døgnplasser (KAD-senger) for å kunne gi et begrenset sengetilbud til akuttpasienter. Alle kommuner skal ha etablert slike tilbud innen utgangen av 2015. Målet er å redusere behovet for akuttinnleggelser i sykehusene.

For å nå gitte mål om et bedre pasienttilbud og mer effektiv drift, er vi avhengige av en organisasjon som er fleksibel og tilpasningsdyktig. Det er så langt lagt et godt grunnlag for å nå dette målet, og styret vil gi stor ros til ansatte og ledere for tilpasningsevne, innsats og resultater i 2015.

4. Redegjørelse for årsregnskapet / økonomiske resultater

• Årsresultat

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF vedtok i desember 2014 foretakets budsjett for 2015 med et årsresultat på 87,9 mill kroner bl.a. basert på gitte forutsetninger om pensjonskostnader. Foretakets pensjonskostnader reberegnes hvert nyttår ut fra fastsatte forventninger til utvikling i lønn, pensjoner, avkastning på fond og diskonteringsrente.

De nye beregningene innebar en økning i foretakets pensjonskostnader for 2015 på om lag 30 mill kroner. Foretaket ble, med begrunnelse i økte pensjonskostnader, tildelt en økt basisramme på 36,8 mill kroner. Foretakets resultatkrav for 2015 ble samtidig vedtatt økt med differansen på 6,8 mill kroner slik at korrigert resultatkrav for HNT for 2015 på dette grunnlag ble fastsatt til 94,7 mill kroner.

Regnskapet for 2015 viser et årsresultat på 82,3 mill kroner. Følgende tabell viser årsresultat i forhold til korrigert resultatkrav:

	2015	2014	2013	2012
Årsresultat	82,3 mill kr	293,8 mill kr	58,0 mill kr	63,0 mill kr
Korrigert resultatkrav	94,7 mill kr	283,3 mill kr	68,1 mill kr	53,3 mill kr
Avvik fra resultatkrav	- 12,4 mill kr	10,5 mill kr	- 10,1 mill kr	9,7 mill kr

Som det framkommer av oversikten ovenfor, har det vært relativt små avvik fra resultatkravet de siste årene. Det negative avviket siste år tilsvarer i sum ekstraordinære kostnader knyttet til drift og avvikling av DPS Kolvereid og økte kostnader knyttet til særskilt ressurskrevende § 5-pasient ved Psykiatrisk klinikk i Namsos.

HMN vedtok våren 2015 ny finansstrategi for regionforetaket med tilhørende helseforetak. Finansstrategien forutsetter at det trekkes inn likviditet fra de enkelte foretakene til finansiering av felles regionale prosjekt, mens det enkelte helseforetak i utgangspunktet selv må skaffe til veie likviditet til egne investeringer. Helseforetaket vil gjennom overskudd i løpende drift kunne bygge opp likviditet til finansiering av egne investeringer. Avvik i årsresultat i forhold til budsjett vil derfor over tid kunne ha innvirkning på foretakets investeringsplaner.

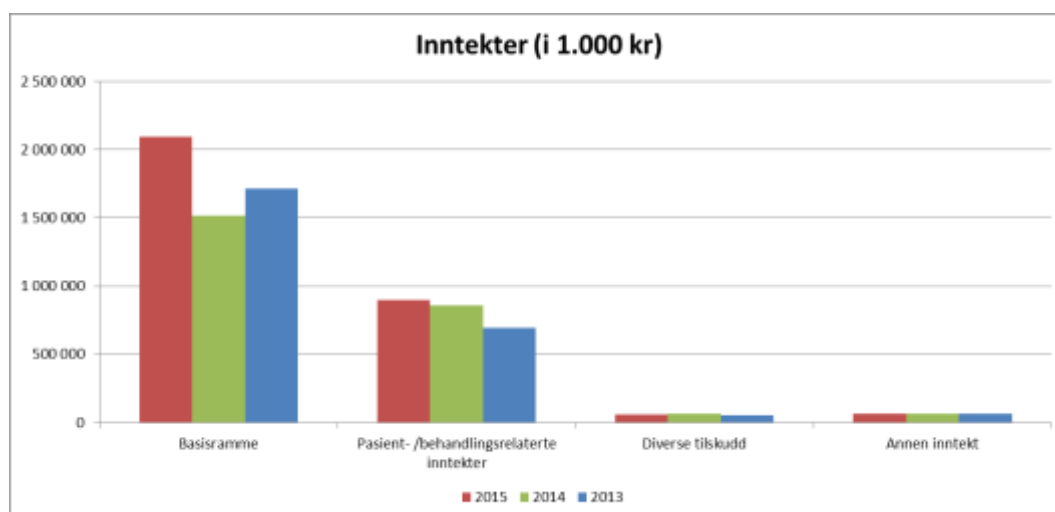
- **Inntekter**

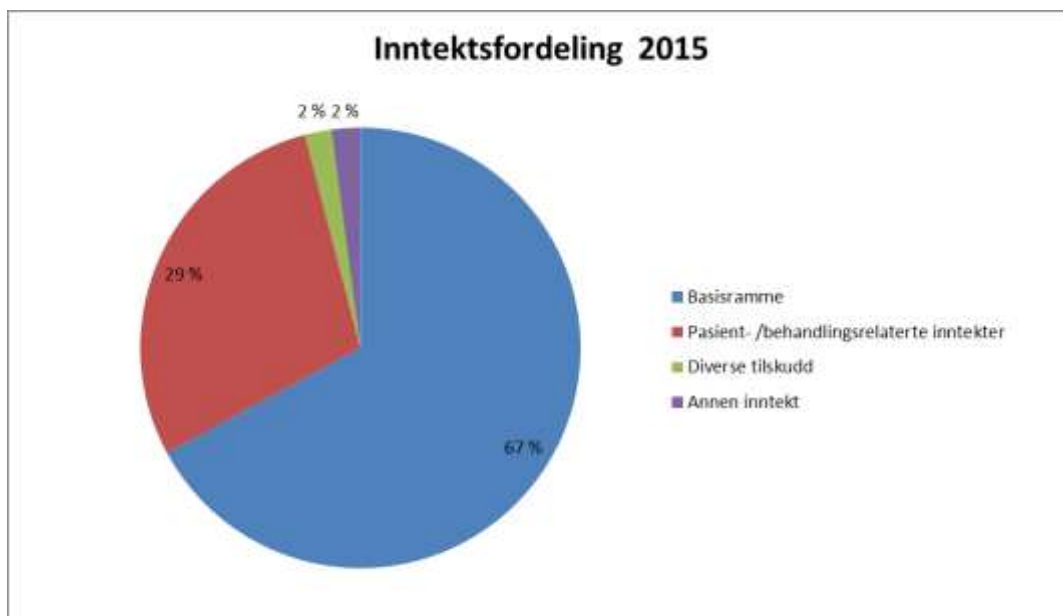
Finansiering av spesialisthelsetjenesten baserer seg i hovedsak på basistilskudd og stykkprisfinansiering med om lag 50 % på basis og om lag 50 % på stykkpris. I psykiatrien er basisandelen 100 % for innlagte pasienter. HMN innførte f.o.m. 2012 ny modell for finansiering av helseforetakene i regionen. Den nye modellen er basert på samme modell som benyttes ved statens finansiering av de regionale foretakene, den såkalte "Magnussen-modellen". Liknende modeller benyttes også internt i de øvrige regionale helseforetakene.

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

Sum driftsinntekter (inkl. investeringstilskudd) ble i 2015 på 3 120,8 mill kroner mot 2 502,8 mill kroner i 2014.

Basistilskuddet utgjorde 2 093,9 mill kroner (1 516,0 mill kroner i 2014). Pasient- og behandlingsrelaterte inntekter (bl.a. ISF-inntekter, gjestepasientinntekter, inntekter fra HELFO og egenbetaling fra pasientene) utgjorde 899,9 mill kroner (857,7 mill kroner i 2014). Ansvar for ambulansedriften i foretakets opptaksområde ble overført fra Ambulans Midt-Norge HF til HNT fra 01.01.15. Helseforetaket fikk gjennom denne endringen en økning i basisrammen på om lag 170 mill kroner.





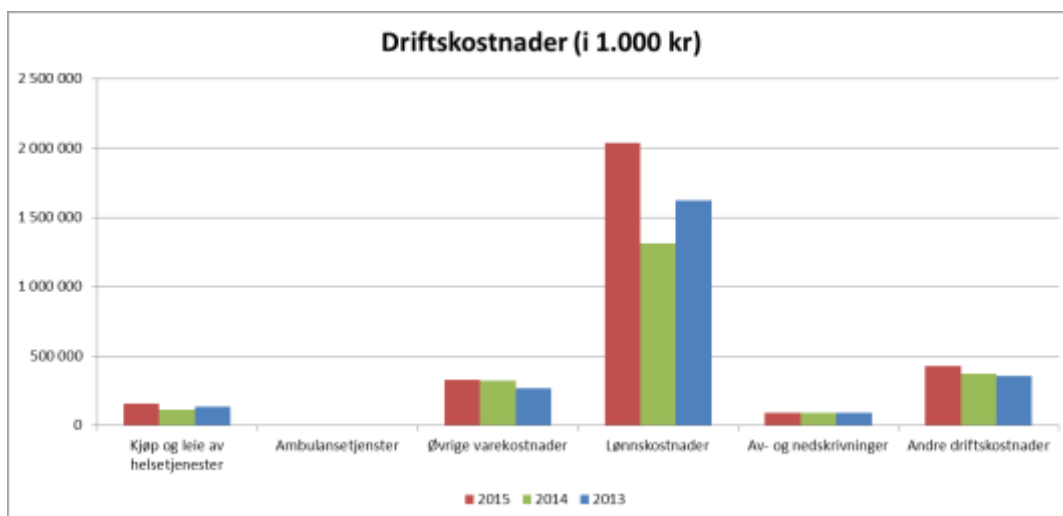
- **Kostnader**

Sum driftskostnader utgjorde 3 042,4 mill kroner i 2015 mot 2 214,9 mill kroner i 2014.

Lønnskostnadene utgjorde 2 038,3 mill kroner (1 312,1 mill kroner i 2014) eller om lag 67 % av sum driftskostnader. Økningen i lønnskostnader er i hovedsak knyttet til økte pensjonskostnader og overtatt ansvar for drift av ambulansene. Pensjonskostnadene er 526,1 mill kroner høyere i 2015 enn i 2014 p.g.a. gjennomført planendring i løpet av 2014.

Kjøp av offentlige og private helsetjenester utgjorde 155,5 mill kroner (141,2 mill kroner i 2014), herav innleie av arbeidskraft for 19,7 mill kroner (16,2 mill kroner i 2014). Øvrige varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaket utgjorde 328,8 mill kroner (295,3 mill kroner i 2014).

Andre driftskostnader (ekskl. av- og nedskrivninger) utgjorde 428,3 mill kroner (375,4 mill kroner i 2014). Ordinære avskrivninger utgjorde 91,0 mill kroner (87,9 mill kroner i 2014). Nedskrivninger utgjorde 0,4 mill kroner i 2015 mot 2,9 kroner i 2014.





- **Pensjonskostnader og ikke resultatført estimatavvik**

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

Helse Nord-Trøndelag HF har pr. 31.12.2015 en samlet brutto pensjonsforpliktelse på 4 632,4 mill kroner mot 5 105,4 mill kroner pr. 31.12.2014, mens netto pensjonsforpliktelse (- midler) er på henholdsvis 915,8 mill kroner og 1 608,8 mill kroner. Pensjonsforpliktelsene vil påvirke foretakets framtidige likviditet i form av innbetalinger til pensjonsordninger. Pr. 31.12.2015 utgjør ikke resultatførte estimat- og planendringer – 1 235,7 mill kroner mot – 2 191,7 mill kroner per 31.12.2014. Framtidige resultatføringer vil endre egenkapitalen tilsvarende.

- **Kontantstrømanalyse**

Endring i driftslikviditet (operasjonelle aktiviteter) var 170,8 millioner kroner. Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter var – 159,7 millioner kroner, mens netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter var – 7,7 mill kroner. Netto endring i likviditetsbeholdningen i løpet av 2015 er dermed 3,5 mill kroner. Den likviditetsmessige situasjonen for HNT er tilfredsstillende. HNT startet 2015 med en driftskredittramme på 141,8 mill kroner, mens den ble redusert til 0 i løpet av 2015.

- **Investeringer**

Det har i mange år vært lavt nivå på omfanget av bygningsmessige investeringer i Helse Nord-Trøndelag, og betydelige lavere enn det en jevn fornyelsestakt av investert kapital skulle tilsi.

Tabellen nedenfor viser oversikt over investeringer i bygg og utstyr i 2014 og 2015.

Investeringer (Tall i mill kroner)	Regnskap 2015	Regnskap 2014
Diverse ombygging/rehabilitering bygg, inkl. HMS	31,1	27,4
Utviklingsplan bygg, planlegging/forprosjektering	9,6	
Medisinsk-teknisk og teknisk utstyr	33,2	28,6
IKT-utstyr	3,7	
Egenkapitalinnskudd i KLP	8,6	8,1
Sum investeringer	86,2	64,1

I juni 2015 vedtok HMN ny finansstrategi for Helse Midt-Norge RHF med underliggende helseforetak. I samsvar med denne finansstrategien må HNT gjennom overskudd i egen drift framskaffe likviditet til investeringer i nytt utstyr og til bygningsmessige investeringer. Gjennom årlige revisjoner av langtidsbudsjettet legges investeringsplaner bygd på forutsetninger om tilførsel av likviditet gjennom positive resultat i foretakets løpende drift.

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

5. Aktivitet

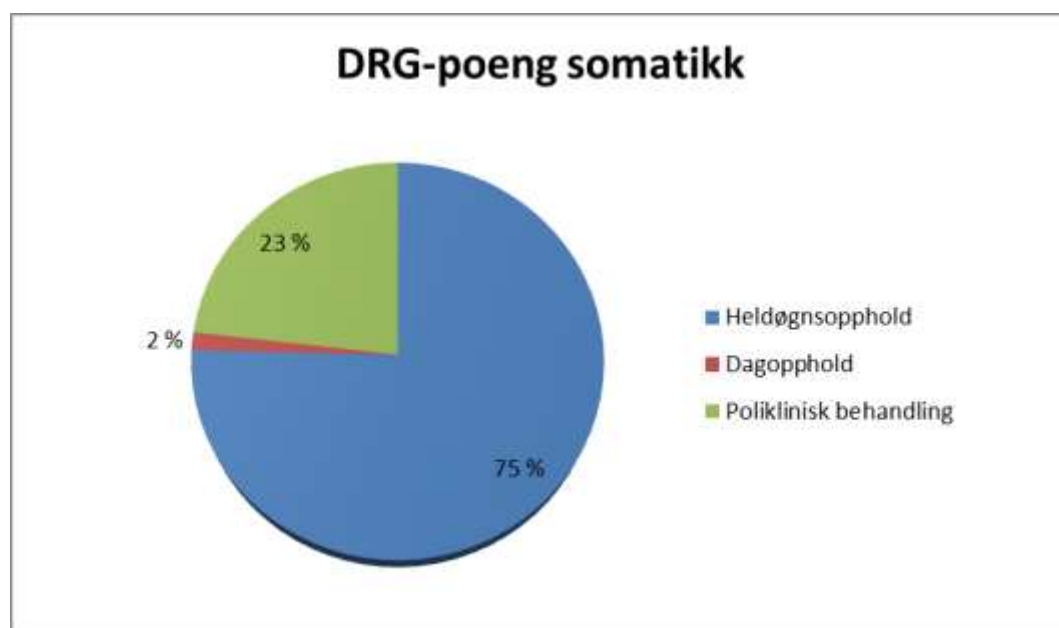
• Noen positive resultat fra driften i 2015

- Pasientene gir tilbakemeldinger blant de beste i landet når pasienttilfredshet og pasienttrygghet måles
- Ansatte gir gjennom arbeidsmiljøundersøkelse og turnuslegeundersøkelse gode tilbakemeldinger
- Forskningsaktiviteten er betydelig og øker over år (60 vitenskapelige artikler og 4 doktorgrader)
- Videreført og utvidet desentralisert dialysetilbud
- Oppdaterte og forbedrete lokaler for AMK
- Nytt akuttrom i Namsos parallelt med godkjenning som traumesykehus
- Innført fast turnus med kliniske farmasøyter i akuttmottaket ved sykehuset Levanger
- ISO-sertifisering av nye avdelinger (Bildedagnostikk og Direktørens stab)

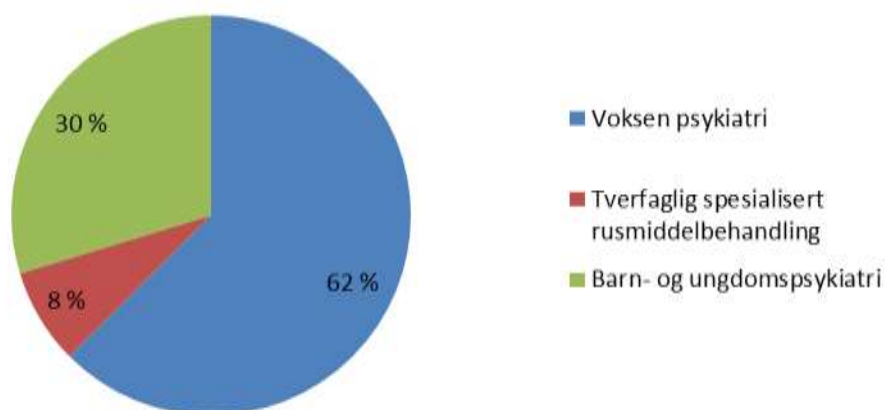
Aktiviteten i 2015 var høyere enn året før og godt over fastsatte plantall for året. Endret DRG-logikk mellom årene gjør at tallene for 2015 ikke er helt sammenlignbare med 2014. Antall DRG-poeng (2014-tall i parentes) i somatiske avdelinger i h.h.t. eieransvaret var 32 240 (31 431). Det er en økning i aktiviteten fra 2014 på 2,6 %. Det var 1 504 (1 493) utskrevne døgnpasienter i de psykiatriske avdelingene i 2015, - en økning fra året før på 0,7 %. Det ble utført 121 103 (115 234) polikliniske konsultasjoner i somatiske avdelinger (+ 5,1 %), 68 110 (63 371) konsultasjoner i psykiatriske avdelinger (+ 7,5 %) og 5 711 (6 056) polikliniske konsultasjoner i rusavdelinger (- 5,7 %) i 2015.

Aktivitet	2015	2014	Endring	Endring i %
Somatikk				
DRG-poeng				
- i h.h.t. å sørge for-ansvaret	32 930	32 144	786	2,4 %
- i h.h.t. eieransvaret	32 240	31 431	809	2,6 %
Antall ref.berettigede polikliniske kons. (DRG-opphold)	121 103	115 234	5 869	5,1 %

Aktivitet	2015	2014	Endring	Endring i %
Psykiatri (VOP/BUP)				
Antall utskrevne døgnpasienter	1 504	1 493	11	0,7 %
Antall refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner	68 110	63 371	4 739	7,5 %
Rus (TSB)				
Antall refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner	5 711	6 056	-345	-5,7 %
Kvalitets- og andre indikatorer				
Gj.sn. ventetid ventende i dager (pr 31.12.) HF (alle fagområder)	58	88	-30	
Antall ventede i alt (pr. 31.12.)	5 089	6 721	-1632	
Antall ventet > 365 dager (pr 31.12.)	10	207	-197	
Gj.sn. ventetid avviklede i dager (pr 31.12.) HF (alle fagområder)	62	61	1	
Antall avviklede i alt (pr. 31.12.)	24 785	25 771	-986	
Antall ventet > 365 dager (pr 31.12.)	19	17	2	
Gj.sn. ventetid avviklede i dager (31.12) innleggelse	52	55	-3	
Gj.sn. ventetid avviklede i dager (31.12) dagbehandling	91	46	45	
Gj.sn. ventetid avviklede i dager (31.12) poliklinikk	61	62	-1	
Gj.sn. ventetid avviklede i dager (31.12) somatikk	63	62	-1	
Gj.sn. ventetid avviklede i dager (31.12) VOP	46	48	-2	
Gj.sn. ventetid avviklede i dager (31.12) BUP	47	51	-4	
Gj.sn. ventetid avviklede i dager (31.12) rusbehandling	28	31	-3	
Antall fristbrudd avviklede (pr. 31.12.)	4	5	-1	
Andel epikriser ferdig innen 7 dager	88,2 %	88,1 %		
Andel korridorpatientdøgn	2,2 %	1,7 %		
Antall doktorgrader	4	4		
Antall vitenskapelige artikler	62	55	7	



Ref.ber. konsultasjoner psykisk helsevern



- ***"Raskere tilbake"***

Prosjektet "Raskere tilbake" startet i 2007, og er videreført også i 2015.

Formålet med prosjektet er å få sykemeldte raskere tilbake i arbeid. Aktivitet/behandling knyttet til dette prosjektet kommer i tillegg til annen aktivitet i foretaket og er finansiert særskilt. Aktiviteten innen "Raskere tilbake" utgjorde 49 DRG-poeng i 2015 (81 i 2014). Antall polikliniske konsultasjoner var 501 i 2015 (593 i 2014) og gjaldt i sin helhet somatikk. Brutto inntekter knyttet til "Raskere tilbake" utgjorde om lag 4,8 mill kroner i 2015, mot 6,5 mill kroner året før.

- ***Forskning og utvikling***

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

Forskningsavdelingen skal gjennom sin virksomhet oppmuntre til og fremme forskning av god vitenskapelig kvalitet i HNT. Forskere i HNT har produsert ca. 60 vitenskapelige artikler (foreløpige tall) i referee-baserte tidsskrift i 2015. Det ble avlagt fire doktorgrader. Vi når også opp til kravene fra Helse- og omsorgsdepartementet om at minst 40 % av forskningsartiklene skal være basert på internasjonalt forskningssamarbeid (dvs. en eller flere utenlandske medforfattere), og at minst 20 % av artiklene skal være publisert på nivå 2 (tidsskrifter som er vurdert å ha høy kvalitet og relevans).

For å inspirere og legge til rette for forskning og fagutvikling legges det vekt på langsiktig og strategisk kompetanseheving i HNT. I samarbeid med Høgskolen i Nord-Trøndelag arrangerer Forskningsavdelingen årlig et grunnleggende kurs i litteratursøk (7,5 hp). I samarbeid med Helse Møre og Romsdal og Medisinsk fakultet på NTNU arrangerer vi kurset «Fra idé til ferdig forskningsprotokoll» (7,5 hp). For øvrig arrangeres det ca. 20 kortere kurs/seminar/workshops for å legge til rette for forsknings- og utviklingsaktiviteter i HNT (statistikk, bibliotekkurs, referansehåndtering, skrivekurs etc.). Det er lagt ned betydelig

innsats for å opprettholde god kvalitet på hjemmesida, som bl.a. gir informasjon om rutiner som skal sikre at medisinsk og helsefaglig forskning gjennomføres forsvarlig og i tråd med lovgivningen.

I 2015 er det arbeidet med tiltak for å oppfylle målene i Strategisk plan for forskning og utvikling i HNT. Dette er konkrete tiltak for å tilrettelegge for og å øke kvaliteten på forskning, forbedre organiseringen av virksomheten, forbedre forskningsforvaltningen og videreutvikle forskningsformidlingen. Videre er det arbeidet med å tilfredsstille krav til sertifisering av virksomheten i samsvar med NS-EN ISO 9001:2008 standarden.

Gjennom det årlige oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet blir foretaket blant annet bedt om å styrke pasientrettet klinisk forskning. Aktiviteten er svært forskjellig i de ulike klinikkene og totalt sett for lav. Det er en forutsetning for klinikker som skal drive forskning at de har ansatte med vitenskapelige bistillinger ved NTNU, såkalte 20 %-stillinger som førsteamanuensis II. Dette sikrer tilgang til kvalifiserte veiledere, som har vært den største flaskehalsen for forskning i helseforetak i mange år. Tilknytning til universitetsmiljø sikrer også tilgang til elektronisk litteratur, kurs, annen infrastruktur, kompetanse og forskningsnettverk som er helt grunnleggende for god forskning. I tillegg bedrer tilknytning til universitetsmiljøet mulighetene for å kunne søke og å konkurrere om eksterne forskningsmidler, noe som vil føre til økt tildeling av eksterne forskningsmidler til lokale helseforetak.

Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og NTNU har bevilget midler til 5 vitenskapelige bistillinger for forskere i HNT. Utlysningstekst og avtaler med NTNU ble skrevet rett før jul 2015. I tillegg ble 10 ansatte i HNT ansatt i midlertidige gjesteforskerstillinger (uten vederlag), på medisinsk fakultet ved NTNU våren 2015.

Helse Nord-Trøndelag har et godt og viktig samarbeid med Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT). Forskningsavdelingen bidrar til at data fra foretaket kobles opp mot forskningsprosjekter, både nasjonalt og internasjonalt. I 2015 er det arbeidet med å utvikle enda bedre rutiner rundt utlevering av data, slik at dette kan skje så raskt og sikkert som mulig. All saksbehandling og internkontroll av forskning i HNT gjøres i DAC-gruppa (Data Access Committee), der forskningsprosjekt vurderes opp mot forskningsstrategier, økonomiske forutsetninger og forsvarlighet.

Foretakets kostnader til FoU utgjør om lag 1,1 % (uendret fra 2014) av foretakets brutto driftsutgifter. Dette innrapporteres årlig til NIFU.

- **Prioritering mellom virksomhetsområder**

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

Foretakets eier har gjennom styringsdokumentet til HNT fastsatt at psykisk helsevern og rusbehandling (TSB) skal vokse mer enn somatikk, målt i kostnader, aktivitet, årsverk og ventetider. Oversikten nedenfor over regnskap fordelt på virksomhetsområder viser endring i ressursbruk mellom virksomhetsområdene fra 2014 til 2015. Tallene i framstillingen påvirkes noe av at foretaket f.o.m. 2015 overtok ansvaret for drift av ambulansetjenesten i Nord-Trøndelag. (I tabellen er ambulansetjenesten lagt til «Annet».)

Den prosentvise fordelingen av foretakets kostnader viser at prioriterte virksomhetsområder (psykiatri og rusbehandling) har lagt beslag på noenlunde samme andel av foretakets kostnader i 2015 som i 2014 til tross for at ambulansetjenesten har kommet inn i 2015 og lagt beslag på en betydelig del av tilgjengelige ressurser.

Regnskap fordelt på virksomhetsområder (i 1 000 kr)				
	2015		2014	
	Kroner	i %	Kroner	i %
Inntekter				
Somatikk	2 187 355	70,1 %	1 842 610	73,6 %
Psykisk helsevern VOP	472 538	15,1 %	373 858	14,9 %
Psykisk helsevern BUP	125 206	4,0 %	100 449	4,0 %
Rusbehandling (TSB)	50 920	1,6 %	42 060	1,7 %
Annet (inkl. finansinntekter)	284 810	9,1 %	143 851	5,7 %
Totale inntekter	3 120 829	100,0 %	2 502 828	100,0 %
Kostnader				
Somatikk	2 129 413	70,0 %	1 630 747	73,6 %
Psykisk helsevern VOP	453 007	14,9 %	331 088	14,9 %
Psykisk helsevern BUP	120 291	4,0 %	88 800	4,0 %
Rusbehandling (TSB)	49 915	1,6 %	37 181	1,7 %
Annet (inkl. finanskostnader)	289 771	9,5 %	127 060	5,7 %
Totale kostnader	3 042 398	100,0 %	2 214 875	100,0 %

6. Måloppnåelse for hovedmål

• Fokus 2015

I styringsdokumentet mellom Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord-Trøndelag HF var det fem områder som krevde et særskilt gjennomgående ledelsesfokus i 2015 – «fokus 2015»;

- Pasientsikkerhet – færre pasientskader
 - Reduksjon i alvorlige pasientskader med 10 % i 2015 målt gjennom GTT resultater (alvorlighetsgrad F-I)
- Ingen pasienter skal oppleve fristbrudd
- Ventetiden skal ned
 - Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager
 - Ingen skal vente med enn ett år
- Reduksjon i avvik på arbeidstidsbestemmelsene
- Bærekraftig økonomi
 - Årsresultat og investeringer skal samlet ligge på et nivå som styrker foretaksgruppens egenkapital og som tilfredsstiller eiers krav til reduksjon av driftskreditt.

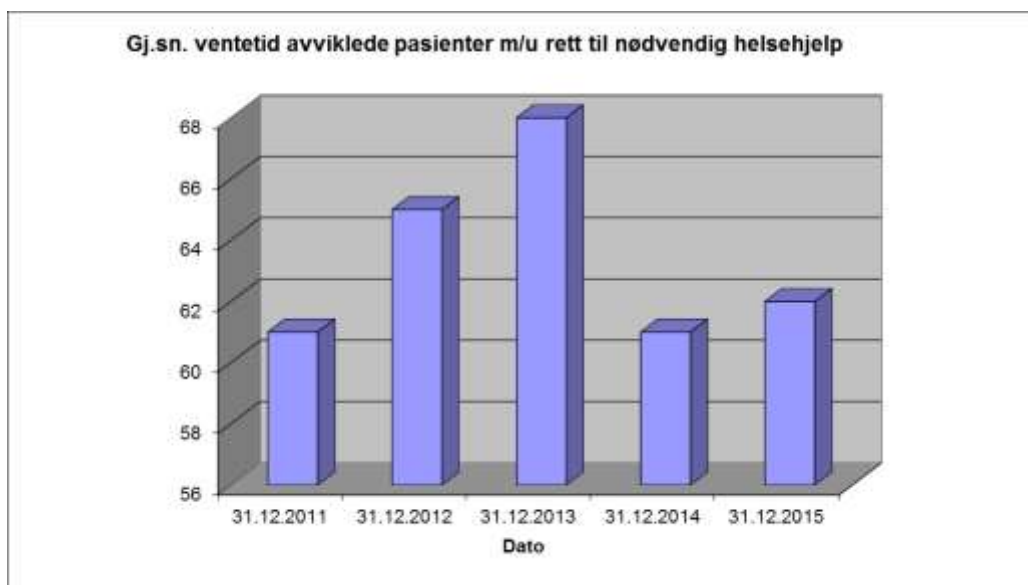
Når det gjaldt økonomi og aktivitet, kunne styringssignalene fra vår eier sammenfattes slik for 2015:

- Et årsresultat for HNT på 87,9 mill kroner (senere justert til 94,7 mill kroner) eller bedre
- Driftskredittrammen skal reduseres til 50 mill kroner (senere justert til 0 kroner) pr. 31.12.15
- En aktivitet i somatiske avdelinger i samsvar med bestilling, dvs. omtrent på nivå med utført aktivitet i 2014
- En aktivitetsvekst i psykisk helsevern og rusbehandling på hhv. 2,9 og 4,0 %
- Høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn i somatikk målt gjennom endringer i kostnader, årsverk, ventetider og aktivitet.

Styret har hatt sterkt fokus på disse forholdene i forbindelse med planlegging, budsjettering og oppfølging av foretakets drift i 2015. Status for de enkelte styringsindikatorene er drøftet i hvert styremøte. Med utgangspunkt i status og prognoser er det fortløpende vurdert tiltak for å sikre måloppnåelse.

Ett av hovedfokusene i 2015 har vært å levere et økonomisk resultat i samsvar med eiers krav. Som det framgår av annen oppstilling i årsberetningen, ble foretakets resultat 82,3 mill kroner. Det er 12,4 mill kroner lavere enn eiers korrigerte resultatkrav. Aktivitetsmålene (antall DRG-poeng og polikliniske konsultasjoner) er overoppfylt i forhold til eiers bestilling. Aktiviteten i 2015 er betydelig høyere enn foregående år.

2015 ble første året foretaket hadde 0 fristbrudd og ventetider under måltallet på 65 dager i flere sammenhengende måneder. Dette var en stor bragd i 2015 sett i lys av en rekke krevende prosesser med innføring av pakkeforløp og ny lovgivning for pasient- og brukerrettigheter fra 01.11.15. Avdelingene og ansatte har stått for en enorm innsats for å nå disse målene. De rene tallene for fristbrudd og ventetider må ses i lys av en helhetlig og god prosess som gir håp om at vi også vil kunne holde oss innenfor de gitte kravene i tiden som kommer. I tillegg til at vi i praksis ikke har fristbrudd lenger og ventetider godt innenfor måltallet, har foretaket nå snart klart å gi helsehjelp til alle som før 01.11.15 var behovspasienter. Antall som har ventet over ett år er redusert til et minimum i forhold til det som har vært realitet hittil.



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

HMNs målsetting er at alle epikriser skal være utsendt innen 7 dager etter utskrivning. Epikrise så raskt som mulig etter utskrivning, helst epikrise «i handa», er derfor også et uttalt mål for HNT. Dette klarer foretakets avdelinger bedre enn de fleste sammenlignbare foretak. Det har vist seg vanskelig å komme over 90 % samlet for HNT, men stadig flere avdelinger klarer samtidig å få sendt ut epikrisen innen de første par dagene. Gjennomsnittet for 2015 lå på 88,2 %, - en økning på 0,2 %-poeng året før. Noen enheter har epikrisetid som vil bli fulgt opp videre for optimalisering av arbeidsprosesser.

Det har i perioder vært flere korridorpasienter enn det som har vært målsettingen. Andelen korridorpasientdøgn var i 2015 på 2,2 %, en økning på 0,6 %-poeng fra forrige år. Med en

økende andel øyeblikkelig hjelp-pasienter er det en utfordring å holde denne andelen nede på et akseptabelt nivå.

Styret har stor oppmerksomhet på kvalitet i tjenestene våre og rapporterer i hvert styremøte på kvalitetsindikatorer og vil ha sterkt fokus på dette også i 2016.

7. Arbeidsmiljø og personale

• Ansatte/årsverk

Helse Nord-Trøndelag hadde i gjennomsnitt 4 048 ansatte i 2015 (inklusive personlige vikarer og ferievikarer) mot 3 857 i 2014. Omgjort til gjennomsnittlig antall årsverk utgjorde dette 2 666 årsverk i 2015 (mot 2 389 i 2014). 44 % (44 % i 2014) av arbeidstakerne er mellom 40 og 59 år og 13,5 % (13 % i 2014) er eldre enn 60 år.

Det har vært streng kontroll på opprettelse av nye stillinger. Endring i bemanningstallene er endringer innenfor godkjente stillingsrammer.

HNT har siste år arbeidet strukturert med oppfølging og implementering av de anbefalingene som framkom gjennom HNTs Rekrutteringsprosjekt i 2014. Foretaket har rekruttert godt i de fleste fagområder, med unntak av enkelte spesialiteter. Høsten 2015 begynte HNT et arbeid med å rekruttere spesialister fra Nederland. Denne satsingen blir videreført i 2016.

• Deltid

Det er en felles målsetting om at arbeidet i HNT skal tilstrebes organisert slik at det kan dekkes med heltidstilsetninger.

I 2014 opplevde vi en markert økning i andel deltidsansatte, mens vi i 2015 har hatt en betydelig reduksjon. Det har siste år vært gjennomført «workshops» med fokus på heltidskultur, og foretaket er godt i gang med å registrere og å følge opp ansatte som har meldt inn ønske om hel stilling eller økt stillingsstørrelse. Andel deltidsansatte blant faste ansatte var 39,7 % i desember 2014, mens andelen ble redusert til 33,8 % i desember 2015. Det betyr at vi endte året 2,7 %-poeng lavere enn måltallet for 2015 på 36,5 %.

Den gjennomsnittlige stillingsprosenten for faste ansatte økte fra 85,6 % i desember 2014 til 88,0 % i desember 2015. Det betyr at vi endte 1,0 %-poeng over måltallet for 2015 på 87,0 %.

Helseforetaket vil arbeide videre med denne utfordringen i de enkelte klinikkene og i samarbeid med tillitsvalgte.

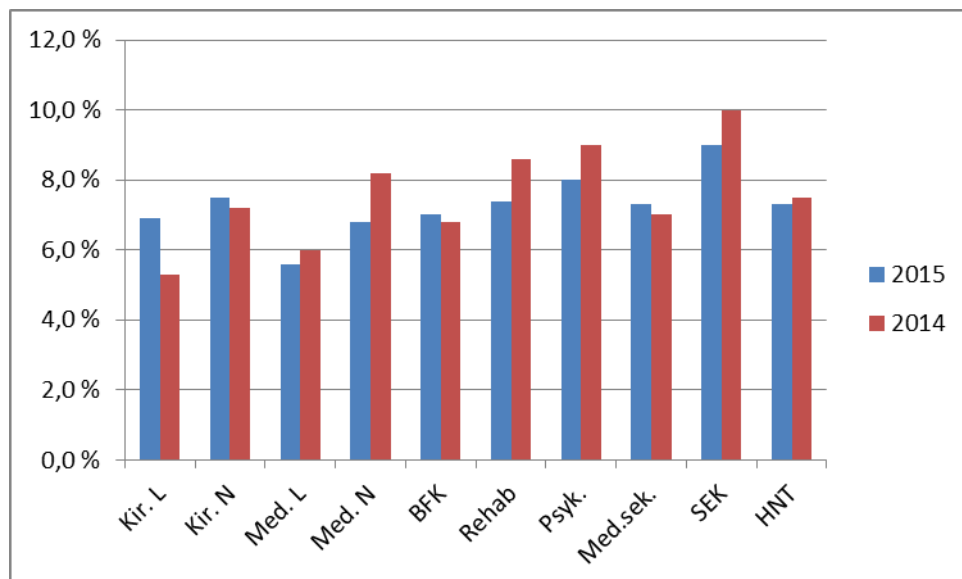
• Arbeidsmiljø

Arbeidsmiljøutvalget (AMU) hadde 5 møter i 2015 og behandlet 35 saker med informasjon og drøfting av saker med betydning for medarbeidernes arbeidsforhold.

Det ble gjennomført en arbeidsmiljøundersøkelse (AMUS) i form av elektronisk spørreskjema til alle ansatte høsten 2014. Svarprosenten på undersøkelsen var 85 og best blant sykehusforetakene i Helse Midt-Norge. Resultatene fra undersøkelsen var jevnt over positive, men med noen variasjoner mellom avdelingene. Avdelingene har i 2015 arbeidet med oppfølging av resultatene fra undersøkelsen og utvikling av handlingsplaner.

- **Sykefravær**

Helse Nord-Trøndelag hadde i 2015 et sykefravær på 7,3 %. Målsettingen for 2015 var satt til 6,5 %. Selv om vi ikke nådde målsettingen, var det en reduksjon fra foregående år på 0,2 %-poeng. Oversikten nedenfor viser andel sykefravær pr. klinikk og i sum for foretaket.



Foretaket har i 2015 fortsatt det systematiske arbeidet innen inkluderende arbeidsliv (IA), – noe som ser ut til å ha positiv effekt med reduksjon i sykefraværet.

- **Skader**

Foretaket registrerte 8 skader (4 i 2014) med fravær i 2015. Dette utgjorde til sammen 103 fraværsdager (23 i 2014). Det ble registrert 124 skademeldinger i 2015 mot 138 i 2014. Skademeldingene fordelte seg slik på type skade/ulykke:

MELDINGER HMS	2015	2014
Fravær i forbindelse med skader og ulykker		
Antall personskader/hendelser med fravær	8	4
Antall personskader uten fravær	110	83
Antall dødsulykker – ansatte	0	0
Antall fraværsdager p.g.a. personskader	103	23
Antall uønskede hendelser/HMS-meldinger	124	138
Type skade, ulykke (i h.h.t. NAVs koder)		
Støt/treff av gjenstand	3	4
Sammenstøt/påkjørsler	0	1
Velt	1	0
Klemt/fanget	0	1
Fall	6	5
Stukket/kuttet av skarp/spiss gjenstand	36	22
Elektrisk spenning	0	0
Høy/lav temperatur	1	0
Kjemikalier	0	1
Eksplisjon, sprenging, brann	0	0
Trusler om vold (inkl. kasting av ting)	15	36
Påført voldsskade	43	61
Annet	13	7

Helse Nord-Trøndelag HF innførte 1. oktober 2015 elektronisk registrering av skader og nestenuhell. Etter dette observeres en viss økning i registrering av hendelser. Det vil fortsatt være behov for å ha fokus på registrering av skader og nestenuhell for å etablere en mer ensartet forståelse for hva som skal registreres.

- **Lederutvikling**

Det er viktig med gode og motiverte ledere på alle nivå i foretaket for å utvikle, beholde og få resultater gjennom våre ansatte.

HNT har gjennomført et utviklingsprogram for alle ledere i helseforetaket. Programmet har fokus på oppfølging av ledere individuelt og som del av en ledergruppe. Målsettingen er å bedre ferdigheter i kommunikasjon slik at det gir resultater. Programmet bygger på Nasjonal lederplattform. Programmet gjennomføres klinikkvis over to år i perioden 2013 – 2016.

Evaluering og tilbakemeldinger så langt viser at deltakerne opplever programmet som nyttig og at det gir effekt både for den enkelte leders arbeid og for hvordan ledergruppene virker.

Satsningen på utviklingsprogrammet har medført at HNT ikke har gjennomført LUP grunnmodul i 2015. Foretaket har hatt to deltakere som har gjennomført det nasjonale topplederprogrammet i 2015.

- **Inkluderende arbeidsliv**

HNT har følgende visjon for IA arbeidet:

"Helse Nord-Trøndelag HF – en helsefremmende arbeidsplass med fokus på forebyggende arbeid og nærvær." Sykefraværsarbeidet har, i henhold til denne IA-strategien, hatt en klar dreining i retning av nærværarbeid. Det har vært en gradvis økning i nærværet (reduksjon i sykefraværet) siden 2009.

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

- **Seniorpolitikk**

Styret i Helse Midt-Norge vedtok i juni 2008 en felles strategi for å sikre at eldre arbeidstakere fortsetter som yrkesaktive. Strategien innebærer en dreining bort fra fokus på kollektive rettigheter, som ekstra lønn og fritid, til andre virkemidler knyttet til individuell og organisatorisk tilrettelegging av arbeidet, kunnskapsutvikling og lederopplæring. Styret i Helse Midt Norge har oppfordret foretakene til å utvikle konkrete tiltak innen disse rammene.

Styret i HNT vedtok i mars 2014 en seniorpolitisk plan for foretaket for perioden 2014 – 2016. I tråd med tiltakene i planen ble det i april 2014 arrangert kurs for alle ledere i seniorpolitikk. Det ble også satt i verk en tilskuddsordning hvor avdelinger kan søke om støtte til individuelle tiltak eller gruppetiltak som skal bidra til at ansatte står lenger i jobb før de pensjonerer seg. Som et tiltak i seniorpolitisk plan er/blir det gjennomført seminarer for seniorer. Dette er motivasjons- og inspirasjonsseminar for ansatte fra 58 år og oppover. Slike seminarer er tenkt gjennomført årlig framover.

- **Kompetanseheving/opplæring**

Det vil alltid være virksomhetens mål, oppgaver og funksjoner som avgjør hvilken kompetanse som er nødvendig. Det er utarbeidet rullerende kompetanseplaner i alle klinikker i HNT.

HNT har introduksjonsdager for alle nyansatte på begge sykehus to ganger i året. Videre arrangeres en ukes introduksjonskurs for nye turnusleger to ganger i året. Det legges også løpende planer for flere fagspesifikke kurs i helseforetaket.

- **Læreplasser**

HNT hadde totalt 7 lærlingeplasser innen kokk, renhold, kontor og automasjon i 2015. I tillegg har HNT i perioder å 8 uker hatt i alt 13 lærlinger fra kommunene i praksis i 2015. HNT opprettet 2 nye lærlingeplasser i helsearbeiderfag i 2015.

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

- **Praksisplasser for høgskoleutdanningene**

Praksisplassene utnyttes fullt ut. Det brukes store ressurser på veiledning innen mange ulike fagutdanninger.

HNT tilbyr praksisplasser for studenter på alle fagretninger som forespørres fra høgskolene. Periodevis er det forespørsler som vi ikke kan dekke på grunn av manglende praksisplasser og veiledningsressurs. Vi har forespørsler om praksisplasser fra HiNT og HiST, som vi også har samarbeidsavtaler med.

8. Likestilling

Status ved utgangen av 2015:

- 76 % (75 % i 2014) av antall faste og midlertidige ansatte i Helse Nord-Trøndelag er kvinner
- 88 % (88 % i 2014) av sykepleiere og spesialsykepleiere er kvinner
- 49 % (43 % i 2014) av legene er kvinner
- 30 % (35 % i 2014) av foretakets ledelse (inkl. avdelingsledere) er kvinner
- 38 % (56 % i 2014) av styrets medlemmer er kvinner

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

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

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

9. Diskrimineringsloven og diskriminerings- og tilgjengelighetsloven

Diskrimineringslovens formål er å fremme likestilling, sikre like muligheter og rettigheter og å hindre diskriminering på grunn av etnisitet, nasjonal opprinnelse, avstamning, hudfarge, språk og livssyn. Formålet i diskriminerings- og tilgjengelighetsloven er å fremme likestilling og likeverd, sikre like muligheter og rettigheter til samfunnsdeltakelse for alle, uavhengig av

funksjonsevne, og hindre diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. Loven skal bidra til å fjerne samfunnsskapt funksjonshemmende barrierer og hindre at nye skapes.

HNT har følgende tekst i stillingsannonse:

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

10. Ytre miljø

15. desember 2014 ble hele Helse Nord-Trøndelag HF miljøsertifisert etter den internasjonale miljøstandarden NS-EN ISO 14001:2004. Det betyr at foretaket har en vedtatt miljøpolitikk og et implementert miljøstyringssystem for å nå våre mål innen ytre miljø og klima. HNT har eget miljø- og klimaprogram for 2014 – 2017 for å redusere miljøpåvirkningen, og klinikkene har egne handlingsplaner med tiltak.

- **Energi**

Helse Nord-Trøndelag har over tid arbeidet aktivt med reduksjon av energiforbruket i alle foretakets bygninger. Også i 2015 ble det gjennomført energioptimerende tiltak. Energiforbruket (i kWh) har vært stabilt lavt over flere år. Energiforbruket er redusert med 1 % fra 2014.

Gjennomsnittlig årlig energiforbruk i foretakets bygninger ligger på om lag 240 kWh/m². Det er en målsetting å redusere dette måltallet for energiforbruk med 2 % pr. år (korrigert for utetemperatur).

Type energi	Mengde (kWh)		Beløp	
	2015	2014	2015	2014
Elektrisk kraft	23 820 998	24 361 223	15 959 000	15 949 000
Fyringsolje	495 201	62 290	282 000	62 000
Fjernvarme	170 400	185 150	323 000	167 000
Sum HNT	24 486 599	24 608 663	16 564 000	16 178 000

- **Avfall**

Type avfall som genereres	Mengde (tonn)		Håndtering av avfallet, og evt. andre kommentarer
	2015	2014	
<i>Avfall til gjenvinning</i>			
Papp og papir	130,1	120,3	Sorteres papp og papir
Glass	3,9	5,1	
Bygningsavfall og trevirke	32,7	36,2	
Kompost/matavfall	66,2	63,0	
Elektronisk avfall og hvitevarer	14,8	17,3	Ikke veid av mottak i 2015
Metall, blikk, plast og folie	36,4	25,9	Sorteres metall og plast
Annet			
<i>Avfall til destruering eller annen håndtering</i>			
Restavfall	384,4	397,7	
Smitteavfall, risikoavfall, spesialavfall mv	44,5	39,5	
Annet	0,8	0,4	Patologisk avfall
Sum HNT	713,8	705,4	

Det gjennomføres utstrakt kildesortering av avfall med mål om generell reduksjon av miljøbelastningen og med tiltak for å redusere kostnadene knyttet til avfallshåndteringen. Det er et mål å redusere andel restavfall med 2 % pr. år. Mens total mengde avfall er økt fra 2014 til 2015, er andel restavfall redusert i samsvar med målsettingen.

- **Forurensning**

Foretaket har ingen særskilte utslippstillatelser knyttet til miljøgifter. Det er heller ikke registrert klager på støy i tilknytning til foretakets virksomhet eller helikoptertrafikk.

- **Transport**

De leasede personbilene (98,4 % dieselbiler) kjørte 867 478 km i 2015, mot 819 586 km i 2014. Kjøregodtgjørelse for tjenestereiser ble i 2015 utbetalt for 697 000 km, mot 614 000 km i 2014. Økningen i tjenestereiser skyldes at foretaket f.o.m. 2015 har overtatt ambulansedriften i Nord-Trøndelag. Hvis vi korrigerer for denne endringen, er det en samlet reduksjon i personbilbruken på 2,9 % i forhold til 2014. Det er bedre enn målet om 2 % reduksjon pr. år. Mye av årsaken til reduksjonen er trolig økt satsing på brukervennlige videomøterom og innføring av lync. Lync er programvare for elektroniske møter og er knyttet til den enkelte ansattes PC eller PC i møterom.

For å bedre tilbudet til ansatte som sykler til arbeid, er det i 2015 bygd et eget sykkelparkeringshus ved Sykehuset Levanger. Et tilsvarende bygg planlegges oppført ved Sykehuset Namsos i 2016.

Helse Nord-Trøndelag HF har egen avdeling for pasientreiser, der det daglig arbeides med å optimalisere transporten med tanke på størst mulig grad av samkjøring. Det er innarbeidet miljøkriterier i kravspesifikasjon for anbud på drosje- og turvogntransport, hvor bl.a. alder på bilparken er et moment.

I tillegg har Helse Nord-Trøndelag HF lagt til rette for bruk av kollektivtransport ved at det er etablert bussholdeplasser ved hovedinngangene ved begge sykehus.

11. Framtidsutsikter

- **Helseforetakets strategier og planer**

HNT arbeider systematisk med tilnærming til de strategiske utfordringer vi er gitt gjennom vedtak i det regionale og det lokale styret. Sentralt står oppfølgingen av strategi 2020 der det er lagt viktige føringer også i forhold til lokale planleggingsprosesser.

- **Styringsmål 2016**

Helseforetakene i Midt-Norge skal i 2016 innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede mål:

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

Oppdragsdokumentet for 2016 deler opp de overordnede målene i følgende konkrete mål:

Mål knyttet til reduksjon i venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen:

- Gjennomsnittlig ventetid skal være under 65 dager
- Ingen fristbrudd
- Andel kreftpasienter som registreres i et pakkeforløp skal være minst 70 %
- Andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført innen standard forløpstid skal være minst 70 %
- Redusere variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom helseforetakene sammenlignet med 2015
- Redusere variasjon i gjennomsnittlig liggetid innenfor utvalgte fagområder sammenlignet med 2015
- Redusere variasjon i andel dagbehandling innen utvalgte fagområder sammenlignet med 2015

Mål knyttet til prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, TSB:

- Høyere vekst innenfor psykisk helsevern og TSB enn for somatikk på regionnivå
 - Aktivitet
 - Gjennomsnittlig ventetid
 - Kostnader
 - Bemanning
- Redusere antall tvangsinnleggelser
- Øke andel årsverk i distriktpsykiatriske sentre i forhold til sykehus for voksne

Mål knyttet til bedre kvalitet og pasientsikkerhet:

- Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7 %
- Ikke korridorpasienter

Mål knyttet til økonomisk bærekraft:

- Sikre at årsresultat og investeringer samlet ligger på et nivå som styrker foretakets egenkapital, og som tilfredsstiller eiers krav til reduksjon av driftskreditt
- Sikre langsiktighet i planlegging og prioritering av investeringer i LTP

- **Basisramme og resultatkrav 2016**

HMN vedtok ny finansieringsmodell f.o.m. 2012, den såkalte Magnussen-modellen. Innføring av Magnussen-modellen ble gjort for å rette opp tidligere skjevfordelinger mellom foretakene. Full effekt av ny modell oppnås først i rammetildelingen for 2016.

HMN har vedtatt at sum basisramme for HNT (basisramme basert på Magnussen-modellen og særfinansiering av bl.a. pasienttransport) skal utgjøre knapt 2,2 mrd kroner i 2016. I tillegg er det beregnet at foretaket vil opparbeide aktivitetsbaserte og andre inntekter på om lag 1,0 mrd kroner slik at samlede inntekter fra basisramme og aktivitet vil kunne utgjøre knapt 3,2 mrd kroner. ISF-andelen (den aktivitetsbaserte andelen av finansieringen innen somatiske enheter) er vedtatt videreført på 50 % av beregnede behandlingskostnader uten noe aktivitetstak for å få utbetalt denne finansieringen.

HMN vedtok våren 2015 ny finansstrategi for regionforetaket med tilhørende helseforetak. Finansstrategien forutsetter at det trekkes inn likviditet fra de enkelte foretakene til finansiering av felles regionale prosjekt, mens det enkelte helseforetak i utgangspunktet selv må skaffe til veie likviditet til egne investeringer. Helseforetaket må derfor bl.a. gjennom overskudd i løpende drift framskaffe likviditet til egne investeringer. På dette grunnlag og med utgangspunkt i gjeldende langtidsbudsjett er driftsbudsjettet for 2016 lagt opp med årsresultat på 60,0 mill kroner.

Foretakets budsjettforutsetninger bygger på pensjonskostnader beregnet i juni 2015. Endelig beregning av pensjonskostnader for 2016 vil foreligge fra aktuar i januar 2016. Det tas derfor forbehold om resultatmessig effekt av endring av økonomiske parametre og eventuelle andre forhold som legges til grunn for beregningen. Det budsjetterte resultatmålet kan bli endret på bakgrunn av dette.

- **Investeringer**

Det forutsettes at foretaket innen tilgjengelig likviditet skal være i stand til selv å prioritere investeringer i medisinsk teknisk utstyr (MTU), annet utstyr, diverse ombygging/rehabilitering bygg (inkl. HMS) og investeringer i henhold til foretakets bygningsmessige utviklingsplan. Med utgangspunkt i gjeldende langtidsbudsjett legges det opp til følgende investeringstiltak i 2016:

• Egenkapitalinnskudd i KLP	8,2 mill kroner
• Medisinsk teknisk utstyr (MTU), ekskl. leasing	40,0 mill kroner
• IKT-investeringer	2,5 mill kroner
• Div. ombygging/rehabilitering bygg inkl. HMS	20,0 mill kroner
• Utviklingsplan HNT (med egne prioriteringer)	20,0 mill kroner

Foretakets investeringsbudsjett for 2016 er litt lavere enn i gjeldende langtidsbudsjett. Det henger bl.a. sammen med utsatt byggestart for «Psykiatrirløftet Levanger». Behovet for midler til MTU og rehabilitering/vedlikehold av bygningsmassen tilsier at investeringsrammen burde vært større.

Basert på nasjonal veileder har HNT utarbeidet egen utviklingsplan (jf. styresak 09/14) 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

bygningssmasse, 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.

Gjennom nødvendige investeringer forventes det at vi skal kunne legge opp til å utvikle sykehusbyggene slik at de kan utgjøre en hensiktsmessig infrastruktur for dagens og morgendagens sykehusdrift. Årlige investeringer bør som et minimum tilsvare årlige avskrivninger på bygg og utstyr. Det tilsier investeringsrammer på om lag 100 mill kroner pr. år. For å kunne dekke opparbeidet etterslep, bør bevilgningene være større enn dette de nærmeste årene.

Det er nødvendig med nytt areal for å kunne gjennomføre planlagt utbygging av tilbudet innen rusbehandling i Nord-Trøndelag. Det er også behov for nytt areal til en varig samlokalisering av tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser (RKSF) i Levanger. Styret har gjennom behandling av forprosjekt for «Psykiatriløftet Levanger» vedtatt rammer og planer for hvordan disse og andre behov innen psykisk helsevern kan dekkes. Styret anbefaler byggestart på nyåret i 2017 og med to og et halvt års byggeperiode. Styret for HMN har i sitt møte 04.02.16 godkjent forprosjektet og gitt tilsagn om et internt kortsiktig lån på 50 mill kroner for å kunne følge en slik framdriftsplan.

I tillegg til nevnte investeringsformål har Levanger kommune vedtatt nybygg på sykehusområdet i Levanger for bl.a. å dekke følgende arealbehov: parkeringsareal, garasje til ambulanser, mulig flytting av kommunal legevakt, kontorlokaler (til HEMIT) og med landingsplass for helikopter på taket. Det forutsettes at HNT skal leie evt. kjøpe ut arealet knyttet til landingsplass for helikopter. Det arbeides også med planer om nybygg i Namsos for å dekke noen av de samme behovene for Sykehuset Namsos og tilgrensende kommuner. Disse behovene er sendt over til HMN i forbindelse med rullering av regionens investeringsplaner og langtidsbudsjett.

• Oppsummering

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

På dette grunnlag finner administrerende direktør det riktig å understreke at det blir stadig vanskeligere å finne gode tiltak for ytterligere effektivisering av den interne driften. I tilknytning til arbeidet med budsjettet for 2016 gjennomføres det analyser og vurderinger av driften i flere av foretakets klinikker. Dette arbeidet viser at det er vanskelig å finne tilstrekkelige tiltak gjennom «hverdagsrasjonalisering», og at det etter hvert kan bli nødvendig med større driftsomlegginger. Dette øker også usikkerhet og risiko knyttet til drift og budsjett og understreker behovet for reserver til dekning av uforutsette forhold.

For HNT er det viktig at vi i tiden framover har et tilbud, en kompetanse og en kvalitet på våre tjenester som gjør oss attraktive når pasientene skal velge behandlingssted. Derfor har

foretaket også i budsjettet for 2016 valgt å sette av midler til sikring av kompetanse og kapasitet for nødvendig nøkkelpersonell.

12. Fortsatt drift

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

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

13. Disponering av årsresultat

Styret foreslår at årets overskudd på kroner 82 342 450,81 disponeres på følgende måte:

- Kr 82 342 450,81 overføres annen egenkapital.

Levanger, 07.03.2016

Alf Daniel Moen
styreleder

Hilde Grimstad
nestleder

Bjørn Arild Gram
styremedlem

Marit Dille
styremedlem

Jan Eirik Thoresen
styremedlem
(Helse Midt-Norge RHF)

Elinor Kjølseth
styremedlem
(ansattrepresentant)

Kristian Børstad
styremedlem
(ansattrepresentant)

Rolf Gunnar Larsen
styremedlem
(ansattrepresentant)

Torbjørn Aas
administrerende direktør

Resultatregnskap 2015

Beløp i 1000 NOK

Helse Nord-Trøndelag HF

	Note	2015	2014
DRIFTSINNTEKTER OG DRIFTSKOSTNADER			
Basisramme	1,2	2 093 902	1 516 045
Aktivitetsbasert inntekt	1,2	899 915	857 740
Annen driftsinntekt	1,2	127 012	129 043
Sum driftsinntekter		3 120 829	2 502 828
Kjøp av helsetjenester	3	155 516	141 170
Varekostnad	4,22	328 843	295 351
Lønn og andre personalkostnader	5,17	2 038 264	1 312 110
Ordinære avskrivinger	8,9	91 019	87 952
Nedskrivinger	8,9	433	2 872
Annen driftskostnad	6,9,14	428 324	375 420
Sum driftskostnader		3 042 398	2 214 875
Driftsresultat		78 431	287 953
FINANSINNTEKTER OG FINANSKOSTNADER			
Finansinntekt	7	5 917	8 064
Annen finanskostnad	7	2 006	2 250
Netto finansresultat		3 912	5 814
Resultat før skattekostnad		82 342	293 766
ÅRSRESULTAT		82 342	293 766
OVERFØRINGER			
Overført til/fra annen egenkapital	16	82 342	293 766
Sum overføringer		82 342	293 766

Balanse

Beløp i 1000 NOK

Helse Nord-Trøndelag HF

Note

2015

2014

EIENDELER

Anleggsmidler

Immaterielle driftsmidler

Immaterielle eiendeler	8	48	122
Sum immaterielle eiendeler		48	122

Varige driftsmidler

Tomter, bygninger og annen fast eiendom	9	1 059 303	1 094 614
Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler o.l.	9	151 307	139 893
Anlegg under utførelse	9	25 224	16 786
Sum varige driftsmidler		1 235 834	1 251 293

Investerings i andre aksjer og andeler	10,11	95 690	86 930
Andre finansielle anleggsmidler	12	438 969	362 674
Pensjonsmidler	17,18	236 029	413 434
Sum finansielle anleggsmidler		770 689	863 037

Sum anleggsmidler		2 006 571	2 114 452
--------------------------	--	------------------	------------------

Omløpsmidler

Varer	13	21 612	21 705
Fordringer	14	334 236	128 518
Bankinnskudd, kontanter og lignende	15	61 120	57 593

Sum omløpsmidler		416 969	207 816
-------------------------	--	----------------	----------------

SUM EIENDELER		2 423 539	2 322 268
----------------------	--	------------------	------------------

Balanse

Beløp i 1000 NOK

Helse Nord-Trøndelag HF

Note

2015

2014

EGENKAPITAL OG GJELD

Egenkapital

Innskutt egenkapital

Foretakskapital	16	100	100
Annen innskutt egenkapital	16	1 427 937	1 427 937
Sum innskutt egenkapital		1 428 037	1 428 037

Opptjent egenkapital

Annen egenkapital	16	374 272	314 826
Sum opptjent egenkapital		374 272	314 826

Sum egenkapital		1 802 309	1 742 863
------------------------	--	------------------	------------------

Gjeld

Avsetninger for forpliktelser

Pensjonsforpliktelser	17,18	16 865	0
Andre avsetninger for forpliktelser	19	36 683	38 847
Sum avsetninger for forpliktelser		53 548	38 847

Annen langsiktig gjeld

Langsiktig gjeld til foretak i samme konsern	20	45 659	51 757
Sum langsiktig gjeld		45 659	51 757

Skyldige offentlige avgifter		113 779	112 973
Annen kortsiktig gjeld	21	408 244	375 827
Sum kortsiktig gjeld		522 024	488 800

Sum gjeld		621 230	579 405
------------------	--	----------------	----------------

SUM GJELD OG EGENKAPITAL		2 423 539	2 322 268
---------------------------------	--	------------------	------------------

Levanger, 07.03.2016 /
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF

Alf Daniel Moen
styreleder

Hilde Grimstad
nestleder

Bjørn Arild Gram
styremedlem

Marit Dille
styremedlem

Jan Eirik Thoresen
styremedlem

Elinor Kjølsest
styremedlem
(ansatterrepresentant)

Kristian Børstad
styremedlem
(ansatterrepresentant)

Rolf Gunnar Larsen
styremedlem
(ansatterrepresentant)

Torbjørn Aas
administrerende direktør

Kontantstrømoppstilling

Helse Nord-Trøndelag HF

Beløp i 1000 NOK

2015

2014

KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:

Årsresultat før skattekostnad	82 342	293 766
Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler	0	-1 541
Ordinære avskrivninger	91 019	87 952
Nedskrivning av varige driftsmidler	433	2 872
Øvrige resultatposter uten kontanteffekt	0	12
Endring i omløpsmidler	-202 897	145 738
Endring i kortsiktig gjeld	14 811	38 881
Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i pensjonsordninger	185 746	-381 122
Inntektsført investeringstilskudd	-606	-606

Netto kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	170 848	185 951
---	----------------	----------------

KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:

Innbetalinger ved salg av varige driftsmidler	0	2 935
Utbetalinger ved kjøp av varige driftsmidler	-74 708	-56 044
Utbetalinger ved utlån (langsiktige fordringer)	-76 296	-112 952
Utbetalinger ved kjøp av andre finansielle eiendeler	-8 661	-8 105

Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-159 665	-174 167
---	-----------------	-----------------

KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:

Innbetaling ved opptak av ny langsiktig gjeld	-6 099	0
Utbetaling ved nedbetaling av langsiktig gjeld	0	-6 099
Innbetaling av investeringstilskudd	-1 558	-1 700
Endring andre langsiktige forpliktelser	0	390

Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	-7 657	-7 408
--	---------------	---------------

Netto endring i likviditetsbeholdning	3 527	4 377
Likviditetsbeholdning per 1.1	57 593	53 216
Beholdning av bankinnskudd, kontanter og lignende per 31.12	61 120	57 593
Likviditetsreserve 31.12	61 120	57 593

Prinsippnote 2015

Regnskapsprinsipper

Generelt om regnskapet og etablering av Helse Midt-Norge RHF

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

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

Ambulanse Midt-Norge HF hadde tidligere ansvaret for drift av samtlige ambulanser i Midt-Norge. Fra 1.1.2015 tok Helse Nord-Trøndelag HF over deler av ansvaret for oppgavene innen ambulansedrift i Nord-Trøndelag. På samme tidspunkt ble deler av Ambulanse Midt-Norge HF og Helse Nord-Trøndelag HF fusjonert. Fusjonen ble regnskapsført som egenkapitaltransaksjon med overdratte eiendeler og gjeld som tingsinnskudd, og med regnskapsmessig kontinuitet, jf. Regnskapslovens § 5-14. Overdratte eiendeler og forpliktelser er overtatt fra søsterselskap eid 100% av Helse Midt-Norge RHF, og fusjonen er derfor regnskapsført iht. reglene for selskapskontinuitet.

Åpningsbalansen

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

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

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

Grunnleggende prinsipper - vurdering og klassifisering - andre forhold

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

Virksomhetsoverdragelser

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

Prinsipper for inntektsføring

Driftsinntektene kan hovedsakelig deles i tre: fast grunnfinansiering (basis) fra eier, aktivitetsbaserte inntekter og andre driftsinntekter.

Grunnfinansiering

Grunnfinansieringen består av basisramme som er rammetilskudd fra Staten. Grunnfinansieringen tildeles foretakene fra Helse Midt-Norge RHF som fast bevilgning til drift av foretakene. Grunnfinansieringen inntektsføres i det regnskapsåret midlene tildeles, og inntektsføring av basisramme gjennom året skjer i henhold til aktivitet.

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

Aktivitetsbaserte inntekter

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

Øremerkede tilskudd

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

Andre inntekter

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

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

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

Kostnadsføringstidspunkt / sammenstilling

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

Klassifisering og vurdering av eiendeler og gjeld

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

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

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

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

Immaterielle eiendeler

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

Varige driftsmidler

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

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

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

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

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

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

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

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

Egenkapitalinnskudd pensjonskasser

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

Pensjon

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

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

Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i pensjonsplaner fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningsstid. Endringer i forpliktelsen og pensjonsmidlene som skyldes endringer i og avvik mot forutsetninger i beregningene (estimatendringer) fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningsstid for den del av avvikene som overstiger 10 prosent av det høyeste av brutto pensjonsforpliktelse eller brutto pensjonsmidler (korridor). Antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningsstid er satt til 15 år.

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

Usikkerheten er i stor grad knyttet til bruttoforpliktelsen og ikke til den nettoforpliktelsen som framkommer i balansen. Estimattendringer som følge av endringer i nevnte parametre vil i stor utstrekning periodiseres over gjennomsnittlig gjenværende opptjeningsstid og ikke belaste resultatregnskapet umiddelbart slik som andre estimattendringer.

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

Arbeidstakers andel av pensjonspremien er kommet til fradrag i lønnskostnaden.

Varebeholdninger

Lager av innkjøpte varer er verdsatt til laveste av anskaffelseskost etter FIFO-prinsippet og virkelig verdi. Ferdigvarer og varer under tilvirkning er vurdert til tilvirkningskost. Gjennomsnittlig gjenanskaffelseskost er benyttet der FIFO ikke lar seg anvende. Det foretas nedskrivning for ukurans. Reservedeler klassifiseres som varelager.

Fordringer

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

Gjeld

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

Usikre forpliktelser

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

Skatt

Foretakenes virksomhet, sykehusdrift, er ikke skattepliktig.

Segment

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

Kontantstrømpoppstilling

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

Konsernkontoordning

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

Renteinntekter og rentekostnader er behandlet som konserninterne renter i datterforetakene.

Valuta

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

Sammenligningstall for 2015

På grunn av nye regler for uførepensjon og innarbeidelse av levealdersjustering på ytelser for framtidige pensjonister hadde Helse Nord-Trøndelag HF betydelig lavere pensjonskostnad i 2014 enn i 2015. Effekten er fordelt forholdsmessig på respektive virksomhetsområder og medfører økte kostnader sammenlignet med 2014.

Helse Nord-Trøndelag HF fusjonerte med deler av Ambulanse Midt-Norge HF 1.1.2015. Virksomhetsoverdragelsen har medført økning i en del kostnader og inntekter, samt at antallet ansatte/årsverk har økt som følge av dette.

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

Note: 1 Virksomhetsrapportering

Driftsinntekter pr virksomhetsområde

	2015	2014
Somatikk	2 187 355	1 842 610
Psykisk helsevern VOP	472 538	373 858
Psykisk helsevern BUP	125 206	100 449
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk	50 920	42 060
Annet	284 810	143 851
Overføringer til datterforetak	0	
Sum driftsinntekter	3 120 829	2 502 828

Driftskostnader pr virksomhetsområde

	2015	2014
Somatikk	2 129 413	1 630 747
Psykisk helsevern VOP	453 007	331 088
Psykisk helsevern BUP	120 291	88 800
Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk	49 915	37 181
Annet	289 771	127 060
Kjøp av helsetjenester fra datterforetak		
Sum driftskostnader	3 042 398	2 214 876

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

På grunn av nye regler for uførepensjon og innarbeidelse av levealdersjustering på ytelser for framtidige pensjonister hadde Helse nord-Trøndelag HF betydelig lavere pensjonskostnad i 2014 enn i årene før og etter. Effekten av økningen fra 2014 til 2015 er fordelt forholdmessig på de respektive virksomhetsområdene og medfører økte kostnader pr virksomhetsområde i forhold til 2014. Det vises for øvrig til pensjonsnoten for ytterligere opplysninger.

Driftsinntekter fordelt på geografi

	2015	2014
Helse Midt-Norge sitt opptaksområde	3 076 671	2 458 695
Resten av landet	44 158	44 133
Utlandet		
Sum	3 120 829	2 502 828

Note: 2 Driftsinntekter

	2015	2014
Basisramme		
Basisramme	2 093 902	1 516 045
Aktivitetsbasert inntekt		
Behandling av egne pasienter i egen region	654 837	627 798
Behandling av egne pasienter i andre regioner	33 742	32 544
Behandling av andre sine pasienter i egen region	44 158	44 133
Poliklinikk, laboratorie og radiologi	152 808	143 106
Utskrivningsklare pasienter	4 743	3 268
Andre aktivitetsbaserte inntekter	9 627	6 892
Andre driftsinntekter		
Kvalitetsbasert finansiering	18 049	16 441
Øremerkede tilskudd til "Raskere tilbake"	4 818	6 463
Øremerkede tilskudd til andre formål	9 113	8 838
Inntektsføring av investeringstilskudd	606	606
Andre driftsinntekter	94 426	96 694
Sum driftsinntekter	3 120 829	2 502 828

	2015	2014
Aktivitetstall		
Aktivitetstall somatikk		
Antall DRG poeng iht. sørge-for-ansvaret	32 930	32 144
Antall DRG poeng iht. eieransvaret	32 240	31 431
Antall polikliniske konsultasjoner	121 103	115 234
Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	148	139
Antall polikliniske konsultasjoner	21 924	21 666
Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	1 356	1 354
Antall polikliniske konsultasjoner	46 186	41 676
Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	46	44
Antall polikliniske konsultasjoner	5 711	6 056

Aktivitetstallene inkluderer ikke aktivitet finansiert av Raskere tilbake og eventuelt andre øremerkede midler/særskilt finansiering.

Note: 3 Kjøp av helsetjenester

	2015	2014
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner somatikk	105 746	103 708
Kjøp fra private helseinstitusjoner somatikk	5 374	1 533
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner psykiatri	4 463	4 838
Kjøp fra private helseinstitusjoner psykiatri	200	25
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner rus	1 566	103
Kjøp fra private helseinstitusjoner rus	16	0
Kjøp fra utlandet	1 211	526
Sum gjestepasientkostnader	118 576	110 732
Innleie av helsepersonell fra vikarbyrå	19 696	16 211
Andre kjøp av helsetjenester inkl. avtalespesialister	17 244	14 227
Sum kjøp av andre helsetjenester	36 940	30 438
Sum kjøp av helsetjenester	155 516	141 170

Note: 4 Varekostnader

	2015	2014
Legemidler	143 148	130 562
Medisinske forbruksvarer	157 019	138 671
Andre varekostnader til eget forbruk	28 393	25 724
Innkjøpte varer for videresalg	282	389
Beholdningsendring varer i arbeid og ferdig tilvirkede varer	0	5
Sum varekostnader	328 843	295 351

Note: 5 Lønn og andre personalkostnader

	2015	2014
Lønnskostnader	1 426 125	1 245 045
Arbeidsgiveravgift	153 918	136 152
Pensjonskostnader inkl. arbeidsgiveravgift	437 938	-88 240
Andre ytelser	20 239	18 848
- Balanseførte lønnskostnader egne ansatte	43	305
Sum lønn og personalkostnader	2 038 264	1 312 110

	2015	2014
Gjennomsnittlig antall på ansatte	4 048	3 857
Gjennomsnittlig antall på årsverk	2 666	2 389

Godtgjørelse til styret

Styregodtgjørelse	781	902
Herav honorar og godtgjørelse til styrets leder	190	186

Note: 5b Godtgjørelse til styrets medlemmer

Navn	Tittel	Styre - honorar	Lønn	Annen godtgjørelse	Sum	Tjeneste- periode	Ansettelses - periode	Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppe Honorar/lønn	Andre godtgjørelser
Alf Daniel Moen	Styreleder	190	0		190	1.1.-31.12			
Inger Marit Eira-Åhren	Nestleder	122	0		122	1.1.-31.12			
Peter Himo	Ansatterepresentant	15	188	0	203	1.1.-28.02	1.1.-31.12		
Torbjørge Vanvik	Styremedlem				0	1.1.-30.04		1 196	5
Elinor Kjølseth	Ansatterepresentant	90	344	0	435	1.1.-31.12	1.1.-31.12		
Sølvi Helene Sæther	Ansatterepresentant	15	335	0	350	1.1.-28.02	1.1.-31.12		
Rolf Gunnar Larsen	Ansatterepresentant	90	350	0	440	1.1.-31.12	1-1.-31.12		
Bjørn Arild Gram	Styremedlem	90	0		90	1.1.-31.12			
Knut Erik M Aune	Varamedlem	0	1 516	0	1 517	1.1.-28.02	1.1.-31.12		
Trude Anette Busse	Varamedlem	0	527	0	527	1.1.-28.02	1.1.-31.12		
Kristian Børstad	Styremedlem	75	577	0	653	1.3.-31.12	1.1.-31.12		
Jørund Eidsaunet	Varamedlem	0	441	0	441	1.1.-31.12	1.1.-31.12		
Hanne Rønning	Varamedlem	0	475	0	475	1.1.-31.12	1.1.-31.12		
Mona Lund Veie	Varamedlem	4	526	0	531	1.1.-31.12	1.1.-31.12		
Marit Dille	Styremedlem	90	0		90	1.1.-31.12			
Jørgen Selmer	Varamedlem	0	567	0	568	1.3.-31.12	1.1.-31.12		
Frank Grydeland	Varamedlem	0	623	0	624	1.3.-31.12	1.1.-31.12		
Jan Eirik K Thoresen	Styremedlem					1.5.-31.12		1 352	5
0	781	6 469	5		7 255	0	0	2 548	10

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

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

Ingen av ansatterepresentantene er konserntillitsvalgt eller hovedvernombud. Ansatterepresentantene har mottatt lønn og styrehonorar fra Helse Nord-Trøndelag HF. Ansatterepresentantene som er varamedlemmer til styret har også mottatt lønn, samt styrehonorar i forhold til styredeltakelse.

Det er ikke gitt lån eller stilt sikkerhet til fordel for medlemmer av styret.

Lønn og andre godtgjørelser til ledende ansatte

Navn	Tittel	Lønn	Pensjon	Annen godtgjørelse	Sum	Tjeneste periode 1)	Ansettelses periode 2)	Ytelser fra andre foretak i foretaksgruppen Lønn	Pensjon og andre godtgjørelser
Arne Flaata	Adm.dir	1 412	165	77	1 655	1.1.-31.12	1.1.-31.12		
Paul Georg Skogen	Fagsjef	1 216	225	5	1 445	1.1.-31.12	1.1.-31.12		
Trond Skillingstad	Informasjonssjef	938	177	6	1 122	1.1.-30.09	1.1.-31.12		
Øystein Sende	Klinikkleder	980	274	0	1 255	1.1.-31.12	1.1.-31.12		
Tore Andersen	Klinikkleder	889	208	5	1 101	1.1.-31.12	1.1.-31.12		
Sissel Moksnes Hegdal	Klinikkleder	904	0	5	909	1.1.-31.12	1.1.-31.12		
Rune Modell	Klinikkleder	919	221	5	1 145	1.1.-31.12	1.1.-31.12		
Jon Ivar Toft	Klinikkleder	908	188	5	1 101	1.1.-31.12	1.1.-31.12		
Randi Sudbø Brandtzæg	Klinikkleder	1 217	209	0	1 427	1.1.-31.12	1.1.-31.12		
Sveinung Aune	Sjef Data -og Analyse	814	148	5	967	1.1.-31.12	1.1.-31.12		
Tormod Gilberg	Økonomisjef	898	176	5	1 078	1.1.-31.12	1.1.-31.12		
Aud-Mai Sandberg	HR-sjef	856	145	5	1 006	1.1.-31.12	1.1.-31.12		
Helge Gundersen	IKT-sjef	761	136	5	902	1.1.-31.12	1.1.-31.12		
Katinka Meirik	Klinikkleder	1 264	264	0	1 529	1.1.-31.12	1.1.-31.12		
Tina Eilertsen	Klinikkleder	1 226	243	5	1 475	1.1.-31.12	1.1.-31.12		
Bernt Melby	Klinikkleder	1 544	217	5	1 766	1.1.-31.12	1.1.-31.12		
1Trond Ivar Carlsson	Klinikkleder	799	179	5	983	1.1.-30.11	1.1.-30.11		
Svein H Karlsen	Fung informasjonssjef	847	237	5	1 089	1.10.-31.12	1.1.-31.12		
Olav Bremnes	Samhandlingssjef	822	149	0	971	1.1.-31.12	1.1.-31.12		
Bjørn Egil Wibe	Kst klinikkleder	817	233	0	1 051	1.12.-31.12	1.1.-31.12		
		0 20 032	3 795	149	23 975	0	0	0	0

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

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

Arne Flaata tiltrådte som administrerende direktør 1.mai i 2005 og slutter pr 29.02.2016.

Arne Flaata har avtale om pensjonsrettigheter for seg og etterlatte tilsvarende full opptjeningsstid i KLP, med fratrekk av andre pensjonsytelser. Helse Nord-Trøndelag HF skal dekke eventuell differanse mellom summen av pensjon fra KLP og andre pensjonsytelser. Helse Nord-Trøndelag HF har ikke foretatt avsetning for denne mulige forpliktelsen.

Administrerende direktør har ikke avtale om sluttvederlag.

Lønn og godtgjørelse til administrerende direktør vurderes og fastsettes av styret. For 2015 ble dette fastsatt i møte 07.12.2015 (sak62/15).

Lønnsjusteringen gjelder med virkning fra og med 1.1.2015.

I tillegg til lønn har administrerende direktør fri mobiltelefon, internett og avisabonnement.

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

Den årlige lønnsjusteringen følger den enkeltes organisasjonstilknytning.

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

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

I tillegg til lønn har alle ansatte i ledergruppen fri mobiltelefon og internett.

Godtgjørelse til revisor

	2015	2014
Lovpålagt revisjon	127	122
Utvidet revisjon		
Andre attestasjonsoppgaver	13	13
Skatte- og avgiftsrådgivning		
Andre tjenester utenfor revisjon		
Sum godtgjørelse	140	135
Honorar til revisor i henhold til inngått avtale	119	119

Alle tall er inkludert merverdiavgift

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

Retningslinjer for fastsetting av lønn og annen godtgjørelse for ledende ansatte i 2015

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

Foretaksmøtet i Helse Nord-Trøndelag HF ga i møte 30.04.15 sin tilslutning til styrets retningslinjer for fastsetting av lederlønn for 2015. Disse retningslinjene følger retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper (fastsatt av Regjeringen Stoltenberg II 31.3.2011) hvor hovedprinsippet er at lederlønnene i foretaket skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskap/foretak. Foretaket skal bidra til moderasjon i lederlønnene.

Lønn og ansettelsesvilkår:

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

Den årlige lønnsjusteringen følger den enkeltes organisasjonstilknytning.

Reguleringen gjennomføres etter at de ordinære tariffoppgjør er sluttført, og det samlede resultatet av disse er en del av vurderingsgrunnlaget. Lønn og godtgjørelse til administrerende direktør vurderes og fastsettes av styret.

Administrerende direktør får fastsatt sin lønn etter individuell vurdering og vurdering av lønnsnivået for administrerende direktører i Helse Midt-Norge.

Naturalytelser

Ledende ansatte får ytelser som gratis telefonkommunikasjon og tilsvarende basert på behov, men begrenset til å gjelde:

- Mobiltelefon
- Internett
- Bærbar PC med hjemmekontor i tråd med virksomhetens bestemmelser
- Avisabonnement

Lønningene til ledergruppens medlemmer ble i 2015 justert som følger:

Navn/Tittel	fra kr	Beløp forrige år	til kr	Beløp i år	tilsvarer:	Prosent - endring
Arne Flaata, adm direktør	fra kr	1 380	til kr	1 417	tilsvarer:	3%
Paul Georg Skogen, fagsjef	fra kr	1 150	til kr	1 235	tilsvarer:	7%
Trond Skillingstad, informasjonssjef	fra kr	885	til kr	915	tilsvarer:	3%
Øystein Sende, klinikkleder	fra kr	950	til kr	1 010	tilsvarer:	6%
Tore Andersen, klinikkleder	fra kr	865	til kr	895	tilsvarer:	3%
Sissel M Hegdal, klinikkleder	fra kr	870	til kr	900	tilsvarer:	3%
Rune Modell, klinikkleder	fra kr	895	til kr	925	tilsvarer:	3%
Jon Ivar Toft, klinikkleder	fra kr	890	til kr	920	tilsvarer:	3%
Randi Sudbø Brandtzæg, klinikkleder	fra kr	1 185	til kr	1 215	tilsvarer:	3%
Tormod Gilberg, økonomisjef	fra kr	880	til kr	910	tilsvarer:	3%
Helge Gundersen, IKT-sjef	fra kr	745	til kr	775	tilsvarer:	4%
Aud-Mai Sandberg, HR-sjef	fra kr	835	til kr	865	tilsvarer:	4%
Sveinung Aune, Sjef Data-og Analyse	fra kr	788	til kr	818	tilsvarer:	4%
Katinka Meirik	fra kr	1 135	til kr	1 265	tilsvarer:	11%
Tina Eilertsen	fra kr	1 178	til kr	1 208	tilsvarer:	3%
Bernt Melby	fra kr	839	til kr	1 255	tilsvarer:	50% 1)
Trond Ivar Carlson	fra kr	865	til kr	895	tilsvarer:	4%
Olav Bremnes	fra kr	795	til kr	825	tilsvarer:	4%
Svein H Karlsen	fra kr	811	til kr	893	tilsvarer:	10%
Bjørn Egil Wibe	fra kr	800	til kr	800	tilsvarer:	0%

1) Økning skyldes funksjonsendring fra overlege til klinikkssjef. Som klinikkssjef er de fleste tillegg inkludert i fast lønn.

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

Helse Nord-Trøndelag HF la for 2015 hovedprinsippene fra de generelle retningslinjene for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper til grunn. Disse var fastsatt av Regjeringen Stoltenberg II 31.03.2011, og hvor hovedprinsippene var at lederlønnene i foretaket skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskap/foretak. Foretaket skal bidra til moderasjon i lederlønnene.

Redegjørelsen for 2015 framgår av note i årsregnskapet for 2015.

Retningslinjer for fastsetting av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte for 2016.

Helse Nord-Trøndelag HF legger for 2016 hovedprinsippene for lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretak og selskaper med statlig eierandel fastsatt av NPD av 13. februar 2015 til grunn. I de nye retningslinjene videreføres hovedprinsippene i de tidligere retningslinjene om at lederlønnene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende, og det skal legges vekt på moderasjon.

Administrerende direktør fastsetter og regulerer lønn for stabsledere og klinikkledere. Den årlige lønnsjusteringen gjelder fra 1. juli. Som hovedregel gis et tillegg i prosent eller kroner til alle.

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

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

Lønn og godtgjørelse til administrerende direktør vurderes og fastsettes av styret. Lønnsjusteringen gjelder fra 1. januar.

Administrerende direktør får fastsatt sin lønn etter individuell vurdering og vurdering av lønnsnivå for administrerende direktører i Helse Midt-Norge.

Naturalytelser

Ledende ansatte mottar ytelser som gratis telefonkommunikasjon, i tråd med foretakets bestemmelser:

- Mobiltelefon
- Bredbånd/Internett
- Bærbar PC med hjemmekontorløsning

I tillegg kommer:

- Avisabonnement

Pensjonsordning

Pensjonsvilkår skal være på linje med andre ansattes vilkår i foretaket, det vil si gjennom ordinær løsning i KLP.

Sluttvederlag

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

Andre bestemmelser

Personer i ledende stillinger skal ikke ha særskilt godtgjørelse for styreverv i andre foretak i samme konsern.

Note: 6 Andre driftskostnader

	2015	2014
Transport av pasienter	99 486	94 311
Bygninger og kontorlokaler inkl. energi og brensel	39 544	29 346
Kjøp og leie av utstyr, maskiner, inventar, IKT o.l.	43 368	28 219
Reparasjoner, vedlikehold og service	37 769	30 313
Konsulenttjenester	12 213	17 235
Annen ekstern tjeneste	127 797	110 271
Kontor- og kommunikasjonskostnader	16 540	15 592
Kostnader forbundet med transportmidler	3 465	918
Reisekostnader	16 369	13 708
Forsikringskostnader	1 350	1 141
Pasientskadeerstatning	17 190	21 049
Øvrige driftskostnader	13 233	13 316
Sum andre driftskostnader	428 324	375 420

Note: 7 Finansposter

	2015	2014
Andre renteinntekter	5 903	8 057
Andre finansinntekter	14	7
Sum finansinntekter	5 917	8 064
Konserninterne rentekostnader	1 776	2 036
Andre rentekostnader	81	54
Andre finanskostnader	148	160
Sum finanskostnader	2 006	2 250

Note: 8 Immaterielle eiendeler

	FoU	Lisenser og programvare	Prosjekt under utvikling	Sum
Anskaffelseskost 01.01.2015		2 415		2 415
Tilgang i året		0		0
Tilgang virksomhetsoverføring		0		0
Avgang i året		0		0
Fra prosjekt under utvikling		0		0
Anskaffelseskost 31.12.2015	0	2 415	0	2 415
Akk. avskrivninger 31.12.2015		2 367		2 367
Akk. nedskrivninger 31.12.2015				
Balanseført verdi 31.12.2015	0	48	0	48
Årets ordinære avskrivninger		74		74
Årets nedskrivninger				
Årets balanseførte lånekostnader				
Levetid		5		
Avskrivningsplan		Lineær		

Note: 9 Varige driftsmidler

	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidler, inv.og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2015	82 933	1 744 131	16 786	321 359	122 885	2 288 094
Tilgang	0	9 619	26 227	27 600	11 261	74 708
Tilgang virksomhetsoverdragelse	0	0	0	0	2 014	2 014
Avgang	0	138	0	2 144	0	2 281
Fra anlegg under utførelse til bygg og andre anl.	0	17 790	-17 790	0	0	0
Anskaffelseskost 31.12.2015	82 933	1 771 402	25 224	346 815	136 160	2 362 534
Akk avskrivninger 31.12.2015	0	771 079	0	241 110	90 436	1 102 625
Akk nedskrivninger 31.12.2015	6 085	17 868	0	122	0	24 075
Balanseført verdi 31.12.2015	76 848	982 455	25 224	105 584	45 723	1 235 834
Årets ordinære avskrivninger	0	62 625	0	22 336	5 983	90 944
Årets nedskrivninger	0	95	0	339	0	433
Årets balanseførte lånekostnader						
Levetider		Dekomponert 10-60 år		3-15 år	3-15 år	
Avskrivningsplan		Lineær		Lineær	Lineær	

Operasjonelle leieavtaler:

	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk-teknisk utstyr	Transportmidler, inv.og utstyr	Sum
Leieavtaler	1 995	4 362		5 325	24 067	35 748
Leieavtalenes varighet	inntil 1 år	2-5 år		3-7 år	3-5 år	0

Nedskrivning er gjort til virkelig verdi ved verdifall som forventes å ikke være forbigående. Virkelig verdi er fastsatt som det høyeste av netto salgsverdi og bruksverdi. Det er i 2015 foretatt nedskrivning av anleggsmidler med tkr 433, hvorav hele beløpet skyldes kassasjon av ukurante anleggsmidler.

Note: 10 Eierandeler i andre aksjer og andeler

Andre aksjer og andeler

Foretakets navn	Hovedkontor	Eierandel	Stemmeandel	Balanseført verdi	Egenkapital	Årets resultat	Nedskrivning/rev nedskr
KLP	Oslo			95 690			
		0	0	0	95 690	0	0

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

Note: 11 Investeringer i aksjer og andeler

	2015	2014
Egenkapitalinnskudd i pensjonskasser/KLP	95 690	86 930
Sum investeringer i aksjer og andeler	95 690	86 930

Note: 12 Andre finansielle eiendeler

	2015	2014
Lån til foretak i samme konsern	438 969	362 674
Sum andre finansielle eiendeler	438 969	362 674

Note: 13 Varebeholdning

	2015	2014
Varebeholdning til eget bruk	21 612	21 705
Sum varebeholdning	21 612	21 705
Kostpris	21 612	21 705
Bokført verdi 31.12	21 612	21 705

Note: 14 Kundefordringer og andre kortsiktige fordringer

	2015	2014
Kundefordringer	32 660	23 053
Fordring på foretak i foretaksgruppen	259 105	56 546
Påløpne inntekter	23 898	31 659
Øvrige kortsiktige fordringer	18 574	17 261
Sum fordringer	334 236	128 518

	2015	2014
Avsetning for tap på kundefordringer har hatt følgende bevegelse:		
Avsetning for tap på kundefordringer per 1.1	-940	-600
Årets endring i avsetning til tap på kundefordringer	0	-340
Avsetning for tap på kundefordringer per 31.12	-940	-940

Årets konstaterte tap på fordringer	2 586	1 560
--	--------------	--------------

Det er ikke gjort endringer i avsetninger for tap på krav gjennom året. Årets konstaterte tap på krav utgjør tkr 2 586 i 2015. Tap på fordringer er klassifisert som andre driftskostnader i resultatregnskapet.

Kundefordringer har følgende forfallsfordeling:

Ikke forfalte fordringer	29 962	25 013
Forfalte fordringer 1 - 30 dager	2 336	928
Forfalte fordringer 31 - 60 dager	411	778
Forfalte fordringer 61 - 90 dager	116	743
Forfalte fordringer over 90 dager	3 303	1 887
Kundefordringer pålydende per 31.12.	36 128	29 350

Kundefordringer på foretak i samme konsern inngår ikke

Note: 15 Kontanter og bankinnskudd

	2015	2014
Skattetrekksmidler	60 968	57 441
Sum bundne kontanter og bankinnskudd	60 968	57 441
Bankinnskudd og kontanter som ikke er bundet	153	153
Sum kontanter og bankinnskudd	61 120	57 593

Trekk på konsernkontoordningen er klassifisert som kortsiktig gjeld.

Innskudd på konsernkontoordningen er klassifisert som kortsiktig fordring.

Note: 16 Egenkapital

	Foretakskapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderingsforskjeller	Annen egenkapital	Total egenkapital
Egenkapital 31.12.2014	100	1 427 937		314 826	1 742 863
Korr. av feil i tidligere års regnskap					
Egenkapital 01.01.15	100	1 427 937	0	314 826	1 742 863
Egenkapitaltransaksjoner				-22 897	-22 897
Minoritetsinteresser					
Resultat dette året				82 342	82 342
Egenkapital 31.12.15	100	1 427 937	0	374 272	1 802 309

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

Spesifikasjon av egenkapitaltransaksjoner

	Foretakskapital	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderingsforskjeller	Annen egenkapital	Total egenkapital
Virksomhetsoverdragelse AMN				-22 897	
	0	0	0	-22 897	0

I forbindelse med fusjon med deler av tidligere Ambulanse Midt-Norge HF ble det overført anleggsmidler, forpliktelser mv til en nettoverdi på -22,9 mill kroner pr 1.1.2015

Diverse

Styringskrav fra eier	2015	2014
Årsresultat	82 342	293 766
Endrede pensj.kostn. tatt hensyn til i res.krav		
Basisramme ut over ordinær tildeling		
Resultat jf. økonomisk krav fra HMN	82 342	293 766
Opprinnelig resultatkrav fra HMN	87 900	48 100
Endret resultatkrav	6 819	235 192
Avvik fra resultatkrav fra HMN	-12 377	10 474

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF vedtok budsjettet for 2015 med et årsresultat på 87,9 mill kroner. Foretakets pensjonskostnader beregnes i januar hvert år ut fra fastsatte forventninger til utvikling i lønn, pensjoner, avkastning på fond og diskonteringsrente.

De nye beregningene innebar en økning i foretakets pensjonskostnader for 2015 på omlag 30 mill kroner. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok en økning i basisrammen for Helse Nord-Trøndelag HF på 36,8 mill til dekning av de økte pensjonskostnadene. Foretakets resultatkrav for 2015 ble samtidig vedtatt økt med differansen på 6,8 mill, slik at korrigert resultatkrav for HNT for 2015 på dette grunnlaget ble fastsatt til 94,7 mill kroner.

Note: 17 Pensjon

Pensjonsforpliktelse

	2015	2014
Brutto påløpte pensjonsforpliktelser	4 632 418	5 105 358
Pensjonsmidler	-3 716 652	-3 496 585
Netto pensjonsforpliktelser	915 767	1 608 774
Arbeidsgiveravgift	100 734	176 965
Ikke resultatført actuarielt tap/gevinst ekskl aga	-1 235 665	-2 191 712
Netto bokførte forpliktelser inkl. aga	-219 164	-405 973
Herav balanseført netto pensjonsforpliktelser. inkl. aga.	-16 865	0
Herav balanseført netto pensjonsmidler inkl. aga.	236 029	413 434

Spesifikasjon av pensjonskostnad

Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	246 847	195 205
Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	121 920	169 357
Årets brutto pensjonskostnad	368 767	364 562
Forventet avkastning på pensjonsmidler	-113 635	-142 788
Administrasjonskostnader	13 969	12 305
Netto pensjonskostnad inkl. adm.kostn.	269 101	234 079
Aga netto pensjonskostnad inkl. adm kostn	29 601	25 749
Resultatført actuarielt tap/gevinst	122 868	78 531
Resultatført aga av aktuarielt tap/gevinst	15 755	10 759
Resultatført planendring	0	-437 770
Årets netto pensjonskostnad	437 325	-88 651
Andre pensjonskostnader 1)	613	411
Sum pensjonskostnader	437 938	-88 240

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

	2015	2014
Økonomiske forutsetninger:		
Diskonteringsrente	2,70%	2,30%
Forventet avkastning på pensjonsmidler	3,30%	3,20%
Årlig lønnsregulering	2,50%	2,75%
Årlig pensjonsregulering	1,48%	1,73%
Regulering av folketrygdens grunnbeløp	2,25%	2,50%
Antall aktive personer med i ordningen	2 784	2 767
Antall oppsatte personer med i ordningen	2 905	2 641
Antall pensjonister med i ordningen	1 633	1 526

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

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

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

Pensjonskostnaden for 2015 er basert på forutsetninger i veiledning om pensjonsforpliktelser utarbeidet av Norsk Regnskapsstiftelse. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelsen pr 31.12.2015 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2015. Basert på avkastningen i KLP/SPK for 2015 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr 31.12.2015.

Ved målinger av påløpte forpliktelser (beste estimat) pr 31.12.2015 er det lagt til grunn nye dødelighetsforutsetninger. KLP har valgt dødelighetstabell K2013BE som tar utgangspunkt i FNO sine analyser av dødeligheten i livsforsikringsbestandene i Norge og SSBs framskrivinger.

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

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

1. desember 2015 ble en forskriftsendring av reglene for beregning av den løpende ytelsen for uføre i perioden mellom særaldersgrense og pensjonsalder, vedtatt med virkning for 2015. Endringen medfører økte utbetalinger for arbeidsgiver hovedsakelig for perioden mellom 65 og 67 år for de som har særaldersgrenser på 65 år. Konsekvensen av større endringer i pensjonskostnader som påvirker kostnadene for helseforetakene og ikke foretakene kan påvirke, blir normalt håndtert gjennom endrede rammebetingelser fra eier. Forventet endring i rammebetingelser knyttet til denne endringen vil skje i 2016, og av hensyn til sammenstillingsprinsippet er effekten av planendringen i helseregionenes regnskaper, forskjøvet til 2016. Endret forpliktelse som følge av denne endringen er innarbeidet i beregnet pensjonsforpliktelse pr 31.12.2015 og lagt i posten ikke resultatført estimatavvik.

Helseforetaket har pensjonsordninger som omfatter i alt 7 322 personer, hvorav 2 784 yrkesaktive, 2 905 er oppsatte og 1 633 er pensjonister.

Helse Nord-Trøndelag HF har pr 31.12.2015 en samlet brutto pensjonsforpliktelse på 4 632,4 mill kroner mot 5 105,4 mill kroner pr 31.12.2014, mens netto pensjonsforpliktelse (- midler) er på henholdsvis 915,8 mill kroner og 1 608,8 mill kroner. Pensjonsforpliktelsene vil påvirke foretakets framtidige likviditet i form av innbetalinger til pensjonsordninger. Per 31.12.2015 utgjør ikke resultatført estimat- og planendringer – 1 235,7 mill kroner mot –2 191,7 mill kroner pr 31.12.2014. Framtidige resultatføringer vil endre egenkapitalen tilsvarende.

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

Note: 18 Demografiske forutsetninger

	2015	2014
Anvendt dødelighetstabell	K2013BE	K2013BE
Forventet uttakstilbøyelighet AFP	15-45%	15-45 %

Frivillig avgang

Frivillig avgang for Sykepleiere (i %)

Alder (i år)	<20	20-23	24-25	26-30	31-45	46-50	>50
Sykepleiere	20	8	6	6	4	1	0

Frivillig avgang for Sykehusleger og Fellesordningen (i %)

Alder (i år)	<20	20-23	24-29	30-39	40-50	51-55	>55
Sykehusleger	20	20	15	8	5	2	0
Fellesordningen	20	15	10	7	5	2	0

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

AFP-førtidspensjoner

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

Note: 19 Andre avsetninger for forpliktelser

	2015	2014
Overlegepermisjoner	10 007	10 007
Investeringsstilskudd	19 577	21 741
Avsetning til pasientskadeerstatning	6 000	6 000
Andre avsetninger for forpliktelser	1 100	1 100
Sum avsetning for forpliktelser	36 683	38 847

Antall leger som er omfattet av ordningen med overlegepermisjoner	153	156
Uttakstilbøyelighet	22,00%	25,00%

Avsetning for overlegepermisjoner omfatter 153 overlegestillinger. For 2015 er uttakstilbøyelighet satt til 22 %, Overordnede leger og spesialister i Helse Nord-Trøndelag HF har avtalefestet rett til fire måneders studiepermisjon hvert femte år. Under permisjonen mottar overlegene og spesialistene lønn. Lønnen kostnadsføres og avsettes som en langsiktig forpliktelse etter hvert som retten opparbeides. Avsetning forpliktelse overlegepermisjoner utgjør tkr 10 007 pr 31.12.2015.

Norsk Pasientskadeerstatning fakturerer helseforetakene for egenandel i de sakene klager får erstatning. Utbetaling av erstatning og fakturering av sykehusenes egenandel skjer gjennomsnittlig 4 år etter at skaden eller feilen oppsto. Avsetning for denne forpliktelsen utgjør tkr 6 000 pr 31.12.2015. Avsetning mertid som kan generere utbetaling er avsatt med tkr 1 100 pr 31.12.2015. Pr 31.12.2015 utgjør tilskudd til investeringer henholdsvis tkr 65 for mottatte gaver, tiltak for arbeid tkr 13 670 og lokalsykehusmidler tkr 4 127. Tilskudd til investeringer Rus sengepost utgjør tkr 1 299. Alle investeringstilskuddene inntektsføres i takt med avskrivninger.

Note: 20 Annen langsiktig gjeld

	2015	2014
Gjeld til foretak i samme konsern	45 659	51 757
Sum annen langsiktig gjeld	45 659	51 757
Herav langsiktig gjeld som forfaller senere enn 5 år	16 031	23 874

Note: 21 Annen kortsiktig gjeld

	2015	2014
Leverandørgjeld	68 878	64 536
Gjeld til foretak i samme foretaksgruppe	88 339	83 067
Påløpte feriepenger	163 148	143 154
Påløpte lønnskostnader	20 916	18
Annen kortsiktig gjeld	66 964	85 052
Sum annen kortsiktig gjeld	408 244	375 827

Note: 22 Nærstående parter

Foretakets transaksjoner med nærstående parter - salg av varer og tjenester

	2015	2014
Morforetak/eier	32 740	31 572
Datterforetak/søsterforetak	7 423	11 071
Sum salg av varer og tjenester	40 163	42 643

Foretakets transaksjoner med nærstående parter - kjøp av varer og tjenester

	2015	2014
Morforetak/eier	140 604	98 984
Datterforetak/søsterforetak	148 572	138 705
Ledende ansatte og selskaper disse måtte representere	0	883
Sum kjøp av varer og tjenester	289 176	238 572

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

Økonomiske mellomværende mellom Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF framgår av noten for langsiktig gjeld. Helse Nord-Trøndelag HF dekker en vesentlig andel av sitt behov for medikamenter gjennom kjøp fra Sykehusapotekene i Midt-Norge, som er et annet heleid datterselskap av Helse Midt-Norge RHF. Helse Nord-Trøndelag HFs kjøp fra Sykehusapotekene utgjør 102,1 mill kroner. Kjøp fra den regionale IKT-enheten Hemit utgjør 112,8 mill kroner i 2015. Tallene inngår i egen tabell for datter- og morselskap.

Ytelser til ledende ansatte er omtalt i lønnsnote spesielt.

Transaksjoner med andre regionale helseforetak er i hovedsak knyttet til oppgjør for gjestepasienter. Det vil si pasienter bosatt i Helse Nord-Trøndelag HF sitt opptaksområde og som på grunn av midlertidig opphold, fritt sykehusvalg eller manglende kompetanse eller kapasitet i eget foretak får behandling i helseforetak utenfor Midt-Norge eller private sykehus andre helseregioner har avtale med. Helse Nord-Trøndelags kjøp fra andre regioner innen dette området utgjorde 60,2 mill kroner i 2015 mot 59,2 mill kroner i 2014. Tilsvarende salg utgjorde 44,2 mill kroner i 2015 og 44,1 mill kroner i 2014. Det vesentligste av gjestepasientoppgjøret er basert på avtalte beregningsmåter for prising.

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

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

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

I forbindelse med avleggelse av årsregnskapet er alle styremedlemmer, foretaksledelsen og andre personer i sentrale stillinger i foretaket, forespurt om disse personer og/eller deres nærmeste familie har eierskap, styreverv og/eller ansettelsesforhold i virksomheter som Helse Nord-Trøndelag HF enten

samarbeider med, er i et kunde-/leverandørforhold til eller i konkurranse med. På grunnlag av denne registreringen vil vi gjøre oppmerksom på følgende forhold:

Arne Flaata er styreleder i Midtre Namdal Avfallsselskap IKS og styremedlem i Det Medisinske Fakultet, NTNU.

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

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

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

Jan Eirik K Thoresen, ansatt i Helse Midt-Norge og styremedlem, er også nestleder i Sykehusbygg HF, styremedlem i St Olavs Hospital HF, styremedlem i Sykehusapotekene i Midt-Norge HF og styremedlem i Akershus Universitetssykehus HF.

Note: 23 Forskning og utvikling

	2015	2014
Andre inntekter til forskning	5 565	4 250
Basisramme til forskning	17 505	15 127

Sum inntekter til forskning	23 070	19 377
------------------------------------	---------------	---------------

Andre inntekter til utvikling	550	8 114
Basisramme til utvikling	11 679	1 325
Sum inntekter til utvikling	12 229	9 439
Sum inntekter til forskning og utvikling	35 299	28 816

	2015	2014
Kostnader til forskning - somatikk	11 244	10 148
Kostnader til forskning - psykisk helsevern	11 826	9 121
Kostnader til forskning - rus	0	108
Sum kostnader til forskning	23 070	19 377

Kostnader til utvikling - somatikk	821	1 425
Kostnader til utvikling - psykisk helsevern	10 783	7 345
Kostnader til utvikling - rus	625	668
Sum kostnader til utvikling	12 229	9 438
Sum kostnader til forskning og utvikling	35 299	28 815

	2015	2014
Antall avlagte doktorgrader	4	4
Antall publiserte artikler	60	55
Antall årsverk forskning	16	15
Antall årsverk utvikling	9	11

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

Store deler av forskningen inngår som en integrert del av ordinære driften og det er av den grunn vanskelig å dokumentere totale kostnader knyttet til FOU. Det gjennomføres en årlig kartlegging av ressursbruk innen FOU i spesialisthelsetjenesten som publiseres av NIFU. Årsregnskapet for 2015 viser at Helse Nord-Trøndelag HF har kostnadsført omlag 23,1 mill kroner knyttet til forskningsaktiviteter og 12,2 mill kroner til utvikling.

Note 28: Kontantstrømoppstilling

Overtatte eiendeler og forpliktelser ved fusjon med deler av Ambulanse Midt-Norge HF inngår ikke i kontantstrømoppstillingen. Endring i eiendeler og forpliktelser uten kontanteffekt utgjør:

Overtatte eiendeler og forpliktelser	2015
Nedgang kortsiktige fordringer	1 405
Økning bank(skattetrekk) og kontanter	
Økning kortsiktig gjeld	14 882
Økning pensjonsmidler og -forpliktelser	7 920
Sum tilgang poster vedr. operasjonelle aktiviteter ifbm fusjon	24 207
Økning varige driftsmidler	1 211
Økning finansielle anleggsmidler	99
Sum tilgang poster vedr. investeringsaktiviteter ifbm fusjon	1 311
Økning langsiktig gjeld	-
Økning andre langsiktige fordringer	-
Sum tilgang poster vedr. finansielle aktiviteter ifbm fusjon	-
Reduksjon egenkapital ifbm fusjon	22 897

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 08/2016 Styringskrav og rammer 2016 for Helse Nord-Trøndelag HF og Foretaksprotokoll av 05.02.2016. Oppfølging fra administrerende direktør.

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	7. mars 2016	08/2016
Saksbeh:	Sveinung Aune	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2016/512	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar redegjørelsen om eiers overordnede styringsbudskap, gjennom styringskrav og rammer for 2016 og foretaksprotokoll av 05.02.16, til etterretning.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar forslaget fra administrerende direktør til oppfølging av styringskrav og rammer for 2016 og foretaksprotokollen av 05.02.16 til etterretning.

SAKSUTREDNING:

Sak 08/2016 Styringskrav og rammer 2016 for Helse Nord-Trøndelag HF og Foretaksprotokoll av 05.02.2016. Oppfølging fra administrerende direktør.

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Styringskrav og rammer 2016 for Helse Nord-Trøndelag HF.
2. Foretaksmøteprotokoll Helse Nord-Trøndelag HF 05.02.16. Krav og rammer m.v. for 2016.

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Oppdragsdokument 2016 for Helse Midt-Norge RHF fra Helse og omsorgsdepartementet.

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Helse Nord-Trøndelag HF fikk overlevert Styringskrav og rammer for 2016 i foretaksmøte 05.02.2016.

Dokumentet Styringskrav og rammer 2016 bygger på

- Oppdragsdokument 2016 fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til Helse Midt-Norge RHF
- Strategier og handlingsplaner vedtatt av styret for Helse Midt-Norge RHF

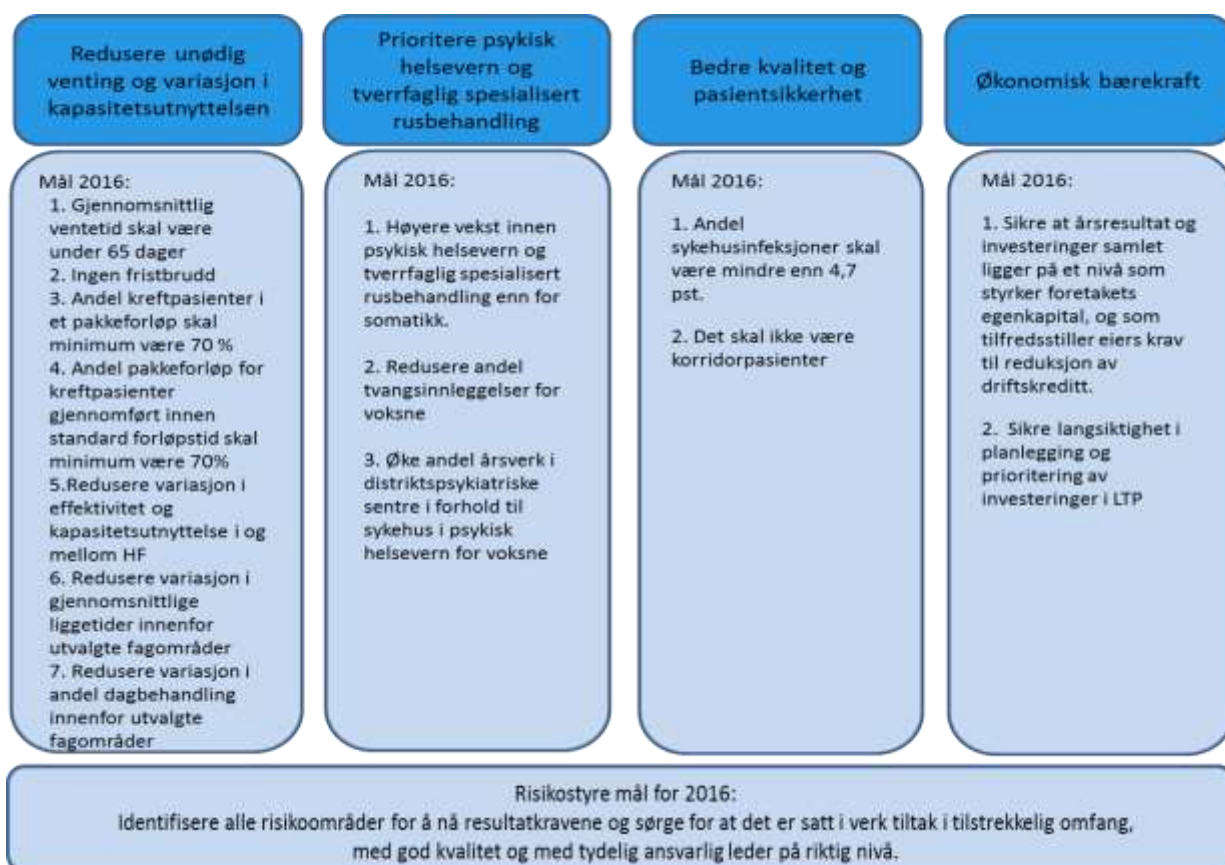
I tillegg skal Helse Nord-Trøndelag HF følge opp krav fra foretaksmøte 05.02.16 i henhold til protokoll av samme dato og tidligere styringskrav som er relevante.

Styringskrav og rammer for 2016 inneholder de vilkår og forutsetninger som ligger til grunn for bevilgningen til Helse Nord-Trøndelag HF sin virksomhet i 2016 og vil sammen med foretaksmøteprotokollen utgjøre det samlede styringsbudskapet til helseforetaket.

Det er pekt på fire overordnede mål som Helse Midt-Norge vil følge særskilt i 2016 og som det forutsettes at alle styrene og lederne i sykehusene skal arbeide etter:

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

Innenfor hvert hovedområde er det formulert mål for 2016 som Helse Midt-Norge RHF vil følge opp i de faste dialogmøtene med Helse Nord-Trøndelag HF. Dette er oppsummert i en samlet plakat for Styringsmål 2016 for Helse Midt-Norge som presenteres på neste side:



Det er i 2016 et økt fokus på risikostyring knyttet til mål for 2016, og det skal utarbeides og vedtas et overordnet rammeverk for risikostyring i foretaksgruppen. Det legges opp til en gradvis implementering av risikostyring.

I tillegg til de fire hovedområdene er det samlet en rekke punkter under øvrige styringskrav og rammer 2016

- Nasjonal helse- og sykehusplan
- Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)
- Helseplattformen – anskaffelse av ny PAS/EPJ i Helse Midt-Norge
- HMN LØ
- Beredskap
- Etablering av ungdomsråd
- Avtalespesialistordningen
- Tilstandsgrad for sykehusbygg
- Måling av kostnad per pasient
- Nøytral merverdiavgift for helseforetakene
- Deltakelse i nasjonale og regionale utredningsarbeid og prosjekter

Dokumentet Styringskrav og rammer 2016 for Helse Nord-Trøndelag HF og foretaksmøteprotokollen inneholder til sammen 14 mål og 57 andre oppgaver som skal løses dette året. Det må påregnes at det i løpet av 2016 vil komme supplerende eller nye styringsbudskap, og disse må integreres i det eksisterende styrings- og rapporteringssystemet.

OPPBYGNING OG RAPPORTERINGSKRAV

Styringskrav og rammer har en oppbygning der man for hvert overordnet mål presenterer de mål som skal oppfylles for 2016, samt hvilke andre oppgaver innenfor det overordnede området som også skal gjennomføres. Øvrige krav til mål og rapportering av styringsparametere er oppsummert i vedlegg 1.

Helse Midt-Norge RHF har lagt opp til et system der oppfølging av at tiltak utarbeides og måloppnåelsen av disse gjøres gjennom året via egen matrise i virksomhetsportalen. Oppgaver blir risikovurdert ut fra sannsynligheten for at mål ikke nås, samt konsekvensen av om målet ikke nås.

Pr 1. tertial skal tiltak knyttet til oppgavene være registrert og risikovurdert 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.

Årlig melding skal være en samlet tilbakemelding på styringskrav som fremgår av styringskrav og rammer for 2016 og eventuelle ekstra krav som kommer i protokoller fra foretaksmøter.

Frist for innsendelse av styrets årlige melding er 10. februar 2017 (administrativt), og den skal være ferdig styrebehandlet innen 24. februar 2017.

FAKTISKE OPPLYSNINGER OG DRØFTING

Oppfølging og ansvarsavklaring

Administrerende direktør har i sin oppfølging av eiers samlede styringsbudskap for 2016 lagt til rette for at budskapet skal forankres i hele helseforetaket og i tråd med Helse Midt-Norges overordnede krav og rammer.

Ansvarlige skal sørge for å gjøre risikovurderinger og ha risikostyring på sine områder. For hvert tiltak og hver indikator som skal følges opp, er det således definert både ansvarlig leder og ansvarlig saksbehandler. Det vil bli gjort nødvendige tilpasninger i foretakets egen oppfølging, slik at det nye rammeverket for risikostyring som vedtas i løpet av året blir tatt i bruk på en god måte.

Gjennomgående styringssystem i Helse Nord-Trøndelag HF

Helse Nord-Trøndelag HF etablerte i 2011 et gjennomgående styringssystem med formål å sikre at det er sammenheng mellom mål og handlinger på alle nivåer i foretaket, og at det skapes resultater innenfor målområdene. Systemet består av fem nivåer der man går fra mål og strategier til tiltak og oppfølging. Sentralt i dette systemet ligger oppfølging av styringskravene fra RHF med oversikt over alle mål, oppgaver og tilhørende styringsparametere.

I tillegg har Helse Nord-Trøndelag HF utviklet egne styringskort for både foretaks- og klinikknivå. Dette gir oss et sammenhengende system fra strategisk til operativt nivå i helseforetaket. Vi bruker de samme hovedområdene både i strategi 2016 og i styringskortene.

For oppfølging i "linjen" av mål, oppgaver og tiltak utarbeides det lederavtaler mellom direktøren og klinikklederne. Disse lederavtalene bygger på eget styringsdokument til klinikken og følges opp gjennom jevnlig dialogmøter mellom adm.direktør, stabsledere og klinikkledere (med rådgivere).

For øvrig rapporteres det månedlig gjennom ØBAK (Ø=Økonomi, B= Bemanning, A=Aktivitet, K=Kvalitet). Rapportene sendes fra HF til RHF. Det legges også frem driftsrapporter fra adm.direktør.

Risikostyring og internkontroll som en del av den samlede mål- og resultatstyringen vil bli fulgt opp gjennom de faste månedsrapportene, tertialrapportene og i årlig melding. Rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter med forslag på tiltak og kontrollaktiviteter vil bli forelagt styret løpende som egne saker etter hvert tilsynsbesøk.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Resultatkrav

Helse Nord-Trøndelag HF har i 2016 budsjettert med et årsresultat på 60 mill kr, og samtidig beskrevet behov for omstillingstiltak på ca. 60 mill.kr. for å nå det budsjetterte resultatmålet (sak 65/2015).

Investeringsmidler

I 2016 legges det opp til en investeringsramme på 105,7 mill kr for Helse Nord-Trøndelag HF, herunder 8,2 mill kroner til egenkapitalinnskudd i KLP og 15,0 mill kroner i overførte ubrukte midler til kjøp av medisinsk teknisk utstyr (MTU) i 2015 (sak 09/2016).

Særfinansiering

Helse Nord-Trøndelag HF får særfinansiert midler til

- tverrfaglig spesialisert rusbehandling for 2016 på sammen 25,726 mill. kroner.
- pasienttransport og pasientreiser for 2016 på sammen 105,432 mill. kroner.
- ambulanse for 2016 på sammen 180,879 mill. kroner.

KONKLUSJON

Oppfølging av eiers samlede styringsbudskap anses som omfattende og krevende innenfor de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon.

Det etablerte gjennomgående styringssystemet i foretaket som innbefatter kravene både i styringsdokument og foretaksprotokoll, gir et godt grunnlag for administrerende direktørs oppfølging av viktige styringskrav for 2016.

Administrerende direktør vil sørge for at fokus rettes mot Styringsmål 2016 for Helse Midt-Norge. Økonomisk bærekraft er nødvendig for å sikre en stabil og forutsigbar drift, utvikle pasientbehandlingen og sørge for handlingsrom til nye investeringer. Det vil bli økt fokus på risikostyring i 2016 slik at det settes i verk tilstrekkelig tiltak og at målene nås.

STYRINGSKRAV OG RAMMER 2016 FOR HELSE NORD- TRØNDELAG HF

Foretaksmøte 5. februar 2016

Innhold

1.	Overordnede føringer	4
2.	Overordnede mål.....	5
2.1	Redusere unødig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	5
2.2	Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	6
2.3	Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	6
2.4	Økonomisk bærekraft.....	9
3.	Tildeling av midler	9
3.1	Krav til resultat.....	9
3.2	Fordeling av inntekter 2016	9
3.2.1	Inntektsramme budsjett 2016	10
3.2.1	Elementer i særfinansieringen.....	11
3.3	Investeringsramme	12
3.4	Endringer i driftskreditrammen.....	12
4.	Aktivitet	13
4.1	Psykisk helsevern	13
4.2	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	14
5.	Øvrige styringskrav og rammer 2016.....	15
5.1	Nasjonal helse og sykehusplan.....	15
5.2	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse).....	16
5.3	Helseplattformen – anskaffelse av ny PAS/EPJ i Helse Midt-Norge.....	16
5.4	HMN LØ	16
5.5	Beredskap.....	17
5.6	Etablering av ungdomsråd.....	17
5.7	Avtalespesialistordningen	17
5.8	Tilstandsgrad for sykehusbygg.....	17
5.9	Måling av kostnad per pasient.....	18
5.10	Nøytral merverdiavgift for helseforetakene	18
5.11	Risikostyring	18
5.12	Deltakelse i nasjonale og regionale utredningsarbeid og prosjekter	18
6.	Oppfølging og rapportering	18
Vedlegg 1 Mål og rapportering.....		20
Vedlegg 2 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering for HMN.....		22

1. Overordnede føringer

Gjennom styringskrav og rammer gir Helse Midt-Norge RHF Helse Nord-Trøndelag HF et mest mulig helhetlig og samlet styringsbudskap for 2016. Overordna føringer og styringsbudskap gitt Helse Midt-Norge RHF i oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller gjelder også for Helse Nord-Trøndelag HF.

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

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

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

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

Regjeringen vil skape pasientens helsetjeneste. I møtet med helsetjenesten skal hver enkelt pasient oppleve respekt og åpenhet, få delta i beslutningene om egen behandling og hvordan den skal gjennomføres. Det skal brukes kvalifiserte tolker ved behov. Samiske pasienters rett og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas.

I oppdragsdokument 2016 til Helse Midt-Norge RHF vises det til Meld. St. 11 (2015-2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019* og Prop. 15 S (2015-2016) *Opptrappingsplanen for rusfeltet 2016-2020*. Helse Nord-Trøndelag HF skal gjøre seg kjent med innholdet i disse. Helse Midt-Norge RHF vil komme tilbake til Helse Nord-Trøndelag HF etter behandlingen i Stortinget.

Følgende nye strategier og handlingsplaner fra Helse- og omsorgsdepartementet skal legges til grunn for utvikling av tjenesten:

- Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017) "En god barndom varer livet ut" (Barne-, likestillings- og integreringsdepartementet).
- Regjeringens handlingsplan for HelseOmsorg21 2015-2018.
- Nasjonal strategi mot antibiotikaresistens 2015-2020 og Handlingsplan for redusert bruk av antibiotika i helsetjenesten 2016-2020 (Helse- og omsorgsdepartementet).
- Kreftkirurgi i Norge. Rapport IS-2284 (03/2015) fra Helsedirektoratet.
- Veileder for habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator fra Helsedirektoratet 2015.
- Nasjonal prosedyre for nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold (PLIVO) fra Helsedirektoratet, Politidirektoratet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap 2015

Følgende nye strategier og planer fra Helse Midt-Norge RHF skal legges til grunn i utvikling av tjenestetilbudet:

- Strategi for forskning i Helse Midt-Norge 2016 - 2020
- Strategi for innovasjon i Helse Midt-Norge 2016 - 2020
- Strategi for utdanning og kompetanseutvikling i Helse Midt-Norge 2015 – 2020
- Finansstrategi Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge RHF vil følge opp punktene under Mål 2016 i de faste dialogmøtene med Helse Nord-Trøndelag HF. Punktene under Andre oppgaver 2016 skal også gjennomføres.

2. Overordnede mål

2.1 Redusere unødig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Hver enkelt pasient skal slippe unødig ventetid. Ny pasient- og brukerrettighetslov og innføringen av «fritt behandlingsvalg» legger til rette for dette. Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene, men bedre samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester betyr bedre utnyttelse av ledig kapasitet, økt valgfrihet og mer innovasjon i tjenesteutvikling, arbeids- og samarbeidsformer.

Pasientforløpene skal være gode og effektive. I 2015 er det innført 28 nye pakkeforløp for kreftpasienter. Helsedirektoratet utvikler pakkeforløp innen hjerneslag, psykisk helse og rus. Kunnskap om variasjon i tjenesten skal brukes aktivt som grunnlag for forbedringsarbeid.

Mål 2016:

- Gjennomsnittlig ventetid skal være under 65 dager.
- Ingen fristbrudd.
- Andel kreftpasienter som registreres i et pakkeforløp skal minimum være 70 pst.
- Andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført for kreftpasienter innen definert standard forløpstid uavhengig av type pakkeforløp skal minimum være 70 pst.
- Redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse i helseforetaket og mellom helseforetakene sammenliknet med 2015 målt ved utvalgte indikatorer, jf. andre oppgaver.
- Redusere variasjonen i gjennomsnittlig liggetid innenfor utvalgte fagområder sammenliknet med 2015, jf. andre oppgaver.
- Redusere variasjonen i andel dagkirurgi innen utvalgte fagområder sammenliknet med 2015, jf. andre oppgaver.

Andre oppgaver 2016:

- Det vises til detaljering av oppgavene knyttet til å redusere unødig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen gitt i «Oppdragsdokument 2016 Helse Midt-Norge RHF». Helseforetaket bes gjøre seg kjent med disse. Helse Midt-Norge RHF skal innen egen region og i samarbeid med de øvrige helseregionene identifisere fagområder, pasientforløp og prosedyrer der det kan være unødig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelse, både innen egen helseregion og på tvers av regionene. Ut fra dette skal det etableres indikatorer som muliggjør sammenlikninger på tvers av sykehus og som primært måles på det nivået der pasientbehandling finner sted. Helseforetaket skal bidra i dette arbeidet. Virkemidler i dette arbeidet vil være regionalt innsatsteam, Regionalt senter for helsetjenesteutvikling og arbeidet med standardiserte pasientforløp, kunnskap om variasjon i omfang og innhold i helsehjelp for utvalgte pasientgrupper mv.
- Følge opp forhold som omtalt i Dokument 3:12 (2014–2015) *Riksrevisjonens undersøkelse av pleieressursene i helseforetakene*, samt Dokument 3:2 (2015–2016) Sak 4 *Helseforetakenes aktivitetsutvikling innen dag- og døgnekirurgisk pasientbehandling*.
- For å bedre kapasitetsutnyttelsen skal arbeidet med aktivitets- og bemanningsplanlegging på tvers av enheter og yrkesgrupper styrkes. Arbeidet skal blant annet bygge på funnene i Riksrevisjonens rapport om bedre styring av pleieressursene.
- Identifiserte fagområder og indikatorer skal benyttes i styringsmessig oppfølging av helseforetakene fra og med andre halvår 2016.

2.2 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Omstillingen innen psykisk helsevern med overføring av oppgaver og ressurser fra sykehus til distriktpsikiatriske sentre og fra døgnbehandling til åpne, utadrettede tjenester videreføres. Distriktpsikiatriske sentre skal yte gode akuttjenester gjennom hele døgnet, også ambulante tjenester med deltagelse fra spesialister. Pasienter skal oppleve et psykisk helsevern med vekt på frivillighet, redusert og riktig bruk av tvang. Distriktpsikiatriske sentre som nøkkelstruktur er lagt til grunn for de fremtidige tjenestene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling der lokale forhold tilsier dette.

Mål 2016:

- Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivinger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument") og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).
- Redusere andel tvangsinnleggelser for voksne per 1000 innbygger sammenliknet med 2015.
- Øke andel årsverk i distriktpsikiatriske sentre i forhold til sykehus i psykisk helsevern for voksne sammenliknet med 2015.

Andre oppgaver 2016:

- Styrke det desentraliserte behandlingstilbudet (ambulant/poliklinikk/samarbeid førstelinjen) innen psykisk helsevern og rusområdet.
- Sikre videre drift av OCD-teamene, herunder nødvendig implementering og opplæring.
- Styrke tilbudet innen psykisk helsevern i regionens fengsler.
- Bidra til å følge opp protokoll for medikamentfri behandling/nedtrapping av medikamentell behandling innen 1. juni 2016. Tiltakene skal utformes i samarbeid med brukerorganisasjonene. De løsninger som i fellesskap blir valgt, skal skrives i en protokoll som undertegnes av berørte brukerorganisasjoner og Helse Midt-Norge RHF innen 1. mars 2016. Oppdraget er gitt fra HOD i eget brev av november 2015.
- Psykisk helsevern for barn og unge skal følge opp arbeidet med barn 0-6 år i samarbeid med Bufetat, blant annet gjennom konsultasjonsteam og lavterskeltilbud. Tilbudet videreutvikles i samarbeid med kommunene. Det vises til avtale mellom Helse Midt-Norge RHF og Bufetat Region Midt undertegnet 2015.

2.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Helsetjenesten skal videreutvikles slik at pasienter og brukere i større grad får og opplever å få trygg og god helsehjelp. Kvalitetsmålinger og pasienterfaringer må offentliggjøres og brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid. Uønsket variasjon skal reduseres. Helse, miljø sikkerhetsarbeid (HMS) er en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

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

Helseforetaket skal vie oppmerksomhet mot forebygging, utvikling av pasientforløp og tiltak for å finne alternativer til sykehusbehandling sammen med kommunene. I tråd med Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, skal Helse Nord-Trøndelag HF bidra til å øke kompetansen i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Omstilling av spesialisthelsetjenester som berører kommunene skal synkroniseres slik at de ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å

håndtere de nye oppgavene. Det er en forutsetning at omstillingene gir brukerne et kontinuerlig og like godt eller bedre tjenestetilbud enn tidligere.

Mål 2016:

- Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7 pst.
- Ikke korridorpasienter.

Andre oppgaver 2016:

- I samarbeid med aktuelle kommuner, bidra med nødvendige spesialisthelsetjenester og veilede kommunene slik at de kan ivareta sitt ansvar for helsetilbud til asylsøkere og flyktninger.
- Alle innsatsområder igangsatt i pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender 24-7" skal spres til alle relevante enheter/avdelinger.
- Videreføre arbeidet for å bedre pasientsikkerheten og se dette i sammenheng med helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid
- Sette i gang etablering av et antibiotikastyringsprogram i sykehus i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets handlingsplan mot antibiotikaresistens.
- Holde seg oppdatert om beslutninger som blir gjort i Beslutningsforum og sørge for at klinisk praksis er i tråd med beslutningene. Det skal ikke tas i bruk metoder som er avvist av Beslutningsforum.
- Sikre god innregistrering til nasjonal kvalitetsregistre fra relevante enheter, og bruke resultater fra nasjonale kvalitetsregister i forbedringsarbeid
Etablere og implementere flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer og en felles regional metodikk. Arbeidet ledes av St. Olavs Hospital HF og skal utføres i tett samarbeid med øvrige helseforetak. Valg av forløp skal gjøres i samråd med Helse Midt-Norge RHF og forløp knyttet til områder der det er unødig stor variasjon skal prioriteres. I 2016 skal det prioriteres å utarbeides flere regionale standardiserte pasientforløp (RSPF) for psykisk helsevern og rus. Konkrete oppdrag vil komme før sommeren 2016. I tillegg skal følgende RSPF utarbeides og implementeres:
 - ✓ hjerneslag
 - ✓ brystmerter/hjerteinfarkt
 - ✓ degenerative kneleddslidelser (artroskopisk kirurgi)
 - ✓ skulderkirurgi (impingement og rotatorcuffruptur)
- Skal ha ansatt sosialpediatere i alle barneavdelinger.
- Ha ansvar for tilbud til voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep, herunder ha inngått avtaler med å videreføre robuste kommunale overgrepsmottak. For helseforetak og kommuner som ikke har inngått slike avtaler per 1. januar 2016, settes endelig frist for avtaleinngåelse til 1. juli 2016.
- Bidra til forbedring og videreutvikling av den nasjonale nødmeldingstjenesten gjennom det tverretatlige "program for forbedring av nødmeldingstjenesten".
- Bidra til å etablere opplæringsordninger for bruk av Nødnett i samarbeid med Helsetjenestens Driftsorganisasjon for Nødnett (HDO).
- Etablere tiltak som kan bidra til et mer systematisk samarbeid mellom helsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten, herunder vurdere hensiktsmessigheten av å inngå særskilte samarbeidsavtaler med Arbeids- og velferdsetaten. Helsedirektoratet har i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet utarbeidet maler for samarbeidsavtaler til dette formålet.
- De regionale helseforetakene er i fellesskap og under ledelse av Helse Nord RHF bedt om å identifisere indikatorer for å måle uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester for et utvalg av prosedyrer innen 1. november 2016. Helse foretaket skal på forespørsel bidra i

dette arbeidet. De utvalgte indikatorene og prosedyrene skal gis styringsmessig prioritet fra 2017.

Ledelse, personell, utdanning og kompetanse

- Prioritere ledelse og lederutvikling som ivaretar helhetlige pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten, og ha stor oppmerksomhet på kvalitet, pasientsikkerhet, kompetanseledelse, kontinuerlig forbedring og innovasjon. I lederutviklingen skal helseforetaket legge til rette for samarbeid med den kommunale helse – og omsorgstjenesten.
- Bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere, spesielt på toppledernivå. Kvinneandelen skal økes både i lokale og nasjonale lederutviklingsprogrammer. Det skal alltid hentes inn aktuelle kvinnelige kandidater til lederstillinger i rekrutteringsprosessen.
- Bidra til å kvalitetssikre Nasjonal bemanningsmodell. Når verktøyet er tilstrekkelig kvalitetssikret, skal det benyttes for analysere det langsiktige kompetansebehov i helseforetaket og bidra i regionale analyser.
- E-læring og simulering skal styrkes som metode både for kompetanseutvikling, videre- og etterutdanning og settes inn i et helhetlig kompetanseutviklingsløp. Regional læringsportal og rammeverket for denne, skal brukes for å utvikle og gjøre e-læringsaktiviteter tilgjengelige.
- Rulle ut prosjekt «Kompetanseledelse» i tråd med det regionale prosjektets fremdriftsplan. Regionalt system anvendes for å etablere kompetanseplaner og tildele disse til den enkelte medarbeider. Medarbeidersamtaler skal planlegges, gjennomføres og dokumenteres i tråd med rammene lagt i systemet.
- Legge til rette for læringsaktiviteter og utdanningsløp for leger i spesialisering i eget helseforetak og i samarbeid med det regionale utdanningscenteret og andre helseforetak i landet.
- Få på plass individuelle utdanningsplaner for hele utdanningsløpet for leger i spesialisering som tilsettes fast, sikre god planlegging av utdanningsløpene, også for de som ikke har faste stillinger, herunder sykehuspraksis innenfor allmennlegespesialiseringen.
- Utdanningsaktiviteten i helseforetaket skal synliggjøres. Helseforetaket skal gi innspill til dimensjonering av fremtidig behov for utdanningskapasitet. Helse Midt-Norge RHF vil tydeliggjøre rammer og frist for innspillet. Dette omfatter både direkte ressursbruk som veiledning og indirekte ressursbruk som forberedelse, opplæring av veiledere og administrasjon av utdanningene.
- Bidra til standardisering av et felles rammeverk og rapporteringssystem innen HMS.
- Redusere risikofylte avvik fra arbeidstidsbestemmelsene.
- Faste, hele stillinger skal være hovedregelen.

Forskning og innovasjon

- De fire regionale helseforetakene skal under ledelse av Helse Sør-Øst RHF gjennomføre et forskningsbasert pilotprosjekt basert på et egnet informasjonssystem for måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene, med deltakelse fra både universitetssykehus og andre helseforetak, jf. anbefalinger i rapport fra NIFU fra 2015. Helse Nord-Trøndelag HF skal på forespørsel bidra i dette arbeidet
- Helse Nord-Trøndelag skal på forespørsel bidra i å implementere følgende tiltak fra regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21: 1) Etablere nytt felles program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten i samarbeid med Norges forskningsråd, som kan bidra til at flere pasienter får tilbud om deltakelse i kliniske studier. Helse Sør-Øst skal koordinere arbeidet. 2) Infrastruktur for utprøving av nye innovasjoner som nytt medisinsk-teknisk utstyr er styrket ved universitetssykehusene. 3) I den nasjonale

forskningsinfrastrukturen for kliniske studier, NorCRIN, skal det etableres et kontaktpunkt for tidlig fase kliniske studier og industrien skal inviteres inn i nettverket.

- Andre relevante tiltak i HelseOmsorg21-strategien skal vurderes og implementeres. Her bør sentrale målsetninger for helseforskningen hensyntas.
- Forskningsprosjekt som innebærer innsamling, lagring og/eller bruk av biologisk materiale, skal organiseres i Biobank1, Helse Midt-Norges forskningsbiobank. Dersom det kan bli aktuelt å samle inn og lagre biologisk materiale, skal Biobank1 involveres så tidlig som mulig i planleggingen for å sikre at prøver og ledsagende informasjon får høyest mulig kvalitet, at deltakernes rettigheter ivaretas og at personopplysninger behandles forsvarlig.
- For å styrke infrastrukturen innenfor systematisk innovasjonsarbeid skal det i 2016 inngås en avtale om implementering av et innovasjonsverktøy. Dette verktøyet vil være til hjelp i oppfølging og gjennomføring av prosjekter, og samtidig senke terskelen for deling av idéer og resultater. Alle helseforetakene skal ta i bruk dette verktøyet.

2.4 Økonomisk bærekraft

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Økonomisk bærekraft er nødvendig for å sikre en stabil og forutsigbar drift, utvikle pasientbehandlingen og sørge for handlingsrom til nye investeringer. Det er sentralt at foretaksgruppa har tilstrekkelig kraft til omstilling og fornyelse. Helse Nord-Trøndelag HF må effektivisere og ha fokus på kontinuerlig forbedring for å bygge en fremtidsrettet og sikker helsetjeneste av god kvalitet for befolkningen i Midt-Norge. God økonomistyring og økonomioppfølging vil være en forutsetning for å nå fastsatte mål, og må fortsatt være en prioritert oppgave.

Mål 2016:

- Sikre at årsresultat og investeringer samlet ligger på et nivå som styrker foretakets egenkapital, og som tilfredsstiller eiers krav til reduksjon av driftskreditt.
- Sikre langsiktighet i planlegging og prioritering av investeringer i LTP.

3. Tildeling av midler

3.1 Krav til resultat

Det er fortsatt behov for omstilling og tiltak for å frigjøre midler fra drift til investering. Helse Nord-Trøndelag HF må ha fokus på styring av egen likviditet og sørge for at behovet for kassekreditt til enhver tid blir så lite som mulig.

For å generere likviditet til gjennomføring av regionale og lokale investeringer setter Helse Midt-Norge RHF et effektiviseringskrav til helseforetakene. Gjennom dette kravet gis helseforetakene indirekte et resultatkrav. Krav til resultat avhenger av flere faktorer utover effektiviseringskravet, herunder nivå på basisramme, IKT-kostnader, vedlikeholdskostnader m.m. For å kunne gjennomføre ytterligere lokale investeringer kan helseforetakene selv sette resultatkrav ut over kravet som settes regionalt. Det vises til vedtak i sak 07/16 *Resultat og investeringsbudsjett 2016* for budsjettert resultat for det enkelte helseforetak.

3.2 Fordeling av inntekter 2016

Tildelingen som er angitt nedenfor gir rammer for den virksomheten foretaket skal gjennomføre i 2016. Det forutsettes at beløpet skal ta høyde for samlet lønns- og prisvekst i 2016.

3.2.1 Inntektsramme budsjett 2016

Tabell 1 - Inntektsramme budsjett 2016

	Kap/post	HNT
Basisramme somatikk og PH	732.74	1 822 827
Særfinansiering (basisramme)	732.74	322 375
Sum basisramme	732.74	2 145 202
Særfinansiering (øremerket i statsbudsjett)	732.78, 732.70	5 717
Kvalitetsbasert finansiering (KBF)	732.71	21 176
Sum basis, særfinansiering og KBF		2 172 094
Poliklinikk HF	732.77	122 780
ISF-inntekt	732.76	695 893
Sum aktivitetsbasert inntekt		818 673
Sum basis, særfinansiering, KBF og aktivitetsbasert inntekt		2 990 767
Tilskudd til turnustjeneste	732.70	1 257
Sum bevilgning (ihht prop 1 S (2015-2016))		2 992 024

Raskere tilbake

Helse Nord-Trøndelag HF tildeles inntil 6.204.112 kroner til tilbud gjennom «Raskere tilbake». Beløpet kan vurderes når endelig oppgjør for helseforetaket i 2015 er avsluttet. Det vises til brev av 15.01.2016 for nærmere vilkår knyttet til bevilgningen.

Kommunale øyeblikkelig hjelp tilbud

Fra og med 1. jan 2016 fikk kommunene en lovpålagt plikt til å tilby øyeblikkelig hjelp døgnopphold. Det ble derfor flyttet midler fra helseforetakene (basisrammer) til Kommunal- og moderniseringsdepartementets kap. 571, post 60. Dette betyr at det ikke skal settes av midler av basisrammen til finansiering av etablering og drift av kommunale øyeblikkelige hjelp tilbud i 2016.

Dekning av utgifter til levende donor

Det enkelte helseforetak forutsettes å dekke utgiftene til inntektstap og utgifter for donorer, i henhold til «Anbefaling til helseforetakene om praksis for dekning av inntektstap og utgifter for nyregivere», utarbeidet av interregional arbeidsgruppe og godkjent av fagdirektørforum 7. november 2011.

Nukleærmedisin

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

St. Olavs Hospital HF vil ha det medisinske ansvaret for nukleærmedisin ved sykehusene i Ålesund og Levanger, ved siden av eget sykehus. St. Olavs Hospital HF fakturerer faktiske utgifter basert på fordelingsnøkkel til hver av de 2 andre helseforetakene. St. Olavs Hospital HF fakturerer halvårlig pr 30.06.16 og 31.12.16. Helse Møre og Romsdal HF har fratrukket grunnnet egen legedekning.

Tabell 2 - Fordelingsnøkkel til kostnadsfordeling for 2016
(oppdatert indeks og prisjustert med 2,7 pst)

	Behovs- indeks somatikk	2 ass.leger	3. overleger	Ind. Kostn	Totalt pr HF	Fratrekk pga egen legedekning
Helse Møre og Romsdal	37,37 %	651	1 331	297	1 091	1 187
St. Olavs Hospital	41,87 %	729	1 491	333	2 553	
Helse Nord-Trøndelag	20,76 %	361	739	165	1 266	
Sum kostnad	100,00 %	1 741	3 561	795	4 910	

3.2.1 Elementer i særfinansieringen

Det vil i løpet av 2016 bli foretatt en gjennomgang av alle tilskudd til regionale funksjoner med tanke på å få disse over på særfinansiering eller over i helseforetakenes rammer fra og med 2017. I 2016 har Helse Nord-Trøndelag HF fått følgende elementer finansiert særskilt over basisrammen:

Tabell 3 Særfinansiering Helse Nord-Trøndelag HF 2016

Særfinansiering 2016		HNT
Tilskudd differensiert arbeidsgiveravgift	Kap 732.70	5 717
Særfinansiering (øremerket i statsbudsjett)		5 717
Særfinansiering (øremerka i statsbudsjett)		9 704
Rusbehandling		25 726
Pasienttransport og pasientreiser		105 432
Ambulanse		180 879
Rentekostnader langsiktige lån		533
Rentekostnader langsiktige lån - trekk/omfordeling		-5 915
RKSF -Regional funksjon spiseforstyrrelser (phv)		4 108
Nettverk for spiseforstyrrelser		858
Regionalt program for kvalitet og pasientsikkerhet		1 050
Særfinansiering (basisramme)		322 375
SUM		328 091

Forskning, utdanning og innovasjon

Helse Nord-Trøndelag HF har i 2016 fått tildelt:

- 9,704 mill. kroner i regional økning FoU, kapittel 732.74.

Helseforetaket skal bidra i arbeidet med handlingsplaner knyttet til vedtatte strategier for forskning og innovasjon.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Helse Nord-Trøndelag HF får særfinansiert midler til tverrfaglig spesialisert rusbehandling for 2016 på sammen 25,726 mill. kroner.

Pasienttransport

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

Drift av pasientreisekontor

Helseforetaket er tildelt særfinansiering for drift av pasientreisekontoret.

Ambulanse

Ambulansedriften ble fra og med 2015 integrert i sykehusforetakene. Helse Nord-Trøndelag HF får en samlet ramme på 180,9 mill. kroner til drift av ambulansetjenesten i 2016. Av denne er 6,50 mill. kroner kompensasjon for økte pensjonskostnader, samt 1,08 mill. kroner knyttet til kompensasjon for overtagelse av stillinger fra sentral administrasjon i Ambulanse Midt-Norge HF.

Barn som pårørende

Midler til barn som pårørende er fra og med 2016 overført til foretakets ramme og fordeles i henhold til inntektsmodellen.

Det forventes at koordinatorfunksjoner for barn som pårørende, lavterskeltilbud til gravide, mødre/foreldre med rus- og/eller psykiske problemer samt arbeidet med implementering av nasjonale prosedyrer, videreføres.

Samhandling og oppgavedeling

Midler til samhandling og oppgavedeling er fra og med 2016 overført til foretakets ramme og fordeles i henhold til inntektsmodellen.

Oppfølging av regionalt program for kvalitet og pasientsikkerhet

Helse Nord-Trøndelag HF tildeles 1,05 mill. kroner til oppfølging av det regionale programmet med implementering av tiltakspakkene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet.

Rentekostnader langsiktig lån

Det er lagt til grunn en omfordeling av 30 prosent av budsjettet rentekostnad på langsiktige lån, totalt 114,4 mill. kroner. Dette medfører en netto reduksjon av rammen til Helse Nord-Trøndelag HF på totalt 5,38 mill. kroner.

3.3 Investeringsramme

I henhold til Finansieringsstrategi for Helse Midt Norge (sak 23/15) er helseforetakene ansvarlige for at virksomhetens drifts- og anleggsmidler til enhver tid er av tilstrekkelig kvalitet til å tilrettelegge for å realisere gjeldende krav knyttet til likeverdig pasientbehandling og pasientsikkerhet. Dette innebærer at helseforetakene er ansvarlig for drift, vedlikehold og oppgradering av eget utstyr og egen bygningsmasse, og helseforetakene kan selv prioritere den interne fordeling av likviditet mellom drift og investeringer for å realisere disse kravene.

Dette medfører at helseforetakene er ansvarlige for å identifisere behov for investeringer, samt prioritere hvilke investeringer som fremmes for beslutning i henhold til gjeldende fullmaktsstrukturer. Større investeringer skal inngå i langtidsbudsjett (LTB) og vedtas i årlig investeringsbudsjett, jf. sak 07/16 *Resultat og investeringsbudsjett 2016*.

3.4 Endringer i driftskreditrammen

I Prop. 1 S (2015–2016) er det lagt til grunn at pensjonspremien samlet for alle landets foretak blir 4 350 mill. kroner lavere enn pensjonskostnaden i 2016. Basert på disse anslagene blir samlet ramme for driftskreditt redusert med 4 350 mill. kroner fra 8 576 mill. kroner til 4 226 mill. kroner ved utgangen av 2016.

Helse Midt-Norge RHF sin andel av denne justeringen utgjør 625 mill. kroner. Driftskredittrammen justeres fra 887 mill. kroner til 262 mill. kroner ved utgangen av 2016. Departementet kan om nødvendig omfordele ubrukt driftskreditt mellom de regionale helseforetakene etter forutgående forankring i de fire regionale helseforetakene. Driftskredittrammen blir justert månedlig. Driftskredittrammen vil bli endelig vurdert når pensjonspremien og pensjonskostnaden for 2016 er kjent.

Foretakenes driftskredittrammer for 2016 beregnes med bakgrunn i inngående saldo på driftskreditt og avvik mellom pensjonspremie, pensjonskostnad og inntekter til dekning av pensjonskostnad. Tildelt ramme forutsetter at likviditet og investeringer holdes innenfor budsjetterte rammer i 2016. Det vil selv om foretaket ikke har driftskreditt være behov for å holde seg innenfor gjeldende likviditetsrammer. Dette for å sikre at regionens vedtatte planer på kort og lang sikt skal kunne realiseres.

Det vises for øvrig til punkt 6.4.2 i Finansstrategi for Helse Midt-Norge som omhandler bruk av intern driftskreditt innen konsernkontoordningen.

Helse Nord-Trøndelag HF skal:

- drive sin virksomhet uten bruk av driftskreditt i 2016.

Det tas forbehold om at driftskredittrammen kan bli endret gjennom året som følge av endring i pensjon eller endring i Helse Midt-Norge RHF sin driftskredittramme.

4. Aktivitet

Ressursrammene som samlet blir stilt til rådighet i dette dokumentet legger til rette for den aktiviteten i pasientbehandling ved Helse Nord-Trøndelag HF som er forventet, jf. tabell 5.

Aktiviteten ved Helse Nord-Trøndelag HF består av tjenester til Helse Midt-Norges befolkning, samt tjenester til pasienter bosatt i de andre helseregionene. I 2016 skal denne aktiviteten utgjøre totalt 33 074 DRG-poeng. I tillegg vil befolkningen i Helse Midt-Norge delvis få dekket sine tjenester ved helseforetak i andre helseregioner.

4.1 Psykisk helsevern

Aktivitetsforventingen for psykisk helsevern i 2016 er utformet på bakgrunn av den foreslåtte inntektsfordelingen til helseforetakene. For poliklinisk aktivitet er det i tillegg en særskilt aktivitetsbasert finansiering på nasjonal basis, basert på takster. Polikliniske refusjoner og basistilskudd må følgelig sees i sammenheng, når aktivitetsforventing for psykisk helsevern skal spesifiseres.

Aktivitetsforventningene er videre utformet på basis av signalene i statsbudsjettet for 2016:

- Psykisk helsevern skal vokse mer enn somatikk, målt i kostnader, aktivitet, årsverk og ventetider
- Økt vekt på utadrettet og ambulante tjenester i det psykiske helsevernet
- Sammensetningen av tjenestene tilpasses lokale forhold i befolkningens behov

Det er lagt til grunn en vekst i poliklinisk aktivitet på 7 prosent og uendret døgnaktivitet. Helseforetakene i Midt-Norge rapporterer hvert tertial utskrivninger, oppholdsdøgn og poliklinisk aktivitet gjennom ØBAK. Poliklinisk aktivitet rapporteres med utgangspunkt i takster, og aktiviteten

vektes sammen til v-konsultasjoner¹. For å kunne uttrykke omfang og utvikling i aktiviteten i psykisk helsevern samlet, vektes også utskrivninger, oppholdsdøgn og v-konsultasjoner sammen til PH-aktivitet. I bestilling av aktivitet 2016 er det foretatt en endring av vektene der én ambulant konsultasjon teller fire ganger v-konsultasjon. Dette medfører at en økning i ambulant aktivitet gir en sterkere aktivitetsvekst enn en økning i ordinær poliklinisk aktivitet. Tabell 4 viser både faktisk PH-aktivitet i 2014, prognose 2015, samt den forventede økningen i aktivitet for 2016.

Tabell 4 - Samlet PH-aktivitet 2014 og 2015 og forventet aktivitet i 2016.

	Aktivitet 2014	Prognose 2015	Bestilling 2016	Vekst 15-16
Helse Møre og Romsdal HF	334 872	342 107	354 934	3,7 %
St. Olavs Hospital HF	434 071	422 504	438 302	3,7 %
Helse Nord-Trøndelag HF	169 226	173 174	178 128	2,9 %
Sum Helse Midt-Norge	938 169	937 785	971 364	3,6 %

Målt i PH-aktivitet er det er lagt opp til en samlet økning i psykisk helsevern på 3,6 prosent i Helse Midt-Norge fra 2015 til 2016. I tråd med signalene i statsbudsjettet for 2016 er det poliklinisk aktivitet som er forventet å øke, og i tabell 5 og 6 er økning i v-konsultasjoner per helseforetak spesifisert for henholdsvis tjenester for barn og unge og for voksne.

Tabell 5 - Psykisk helsevern barn og unge: PH-aktivitet 2014 og 2015 og forventet aktivitet i 2016.

	Aktivitet 2014	Prognose 2015	Bestilling 2016	Vekst 15-16
Helse Møre og Romsdal HF	74 655	70 142	74 411	6,1 %
St. Olavs Hospital HF	91 599	85 822	91 120	6,2 %
Helse Nord-Trøndelag HF	45 879	46 167	48 828	5,8 %
Sum Helse Midt-Norge	212 133	202 131	214 358	6,0 %

Tabell 6 - Psykisk helsevern voksne: PH-aktivitet 2014 og 2015 og forventet aktivitet i 2016.

	Aktivitet 2014	Prognose 2015	Bestilling 2016	Vekst 15-16
Helse Møre og Romsdal HF	260 217	271 966	280 523	3,1 %
St. Olavs Hospital HF	342 472	336 681	347 182	3,1 %
Helse Nord-Trøndelag HF	123 347	127 007	129 300	1,8 %
Sum Helse Midt-Norge	726 036	735 654	757 006	2,9 %

4.2 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Aktivitetsforventingen for TSB i 2016 er utformet på bakgrunn av den foreslåtte inntektsfordelingen til helseforetakene. Også for poliklinisk aktivitet innenfor TSB er det en særskilt aktivitetsbasert finansiering på nasjonal basis, basert på takster. Polikliniske refusjoner og tilskudd må følgelig sees i sammenheng, når aktivitetsforventing for TSB skal spesifiseres.

Det understrekes at tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal vokse mer enn somatikk, målt i kostnader, årsverk, aktivitet og ventetider.

¹ V-konsultasjoner står for vektete konsultasjoner. En v-konsultasjon kan betraktes som; ”en standard oppfølgingssamtale på 45-60 minutter. I stedet for bare å summere førstegangskonsultasjoner, utredning og behandling, oppfølgingssamtale per telefon etc. direkte, brukes takstene som relative vekt. Alle typer konsultasjoner ”regnes dermed om” til ”utredning og behandling” (som har vekten 1) – og kalles v-konsultasjoner.

Aktivitetsforventningene er basert på en forventet vekst i poliklinisk aktivitet på 9 prosent og uendret døgnaktivitet fra 2015. Poliklinisk aktivitet rapporteres med utgangspunkt i takster, tilsvarende som for psykisk helsevern for voksne, og aktiviteten vektet også her sammen til v-konsultasjoner. For å kunne uttrykke omfang og utvikling i aktiviteten i TSB samlet, vektet også her utskrivninger, oppholdsdøgn og v-konsultasjoner sammen til TSB-aktivitet. Det er ikke foretatt en særskilt vekting av ambulante aktiviteter for TSB. Dette vil bli vurdert i løpet av 2016.

Det er lagt opp til en samlet økning i TSB-aktiviteten i Helse Midt-Norge på 2,4 prosent. De private institusjonene er inkludert i måltallet for St. Olavs Hospital HF. I tråd med signalene i statsbudsjettet for 2016 er det særlig poliklinisk aktivitet som er forventet å øke. Tabell 7 viser tall for aktivitet i 2014 og 2015, samt forventet TSB-aktivitet i 2016.

Tabell 7 - TSB-aktivitet 2014 og 2015, og forventet aktivitet i 2016.

TSB-aktivitet	Aktivitet 2014	Prognose 2015	Bestilling 2016	%-endring
Helse Møre og Romsdal HF	34 808	34 771	35 480	2,0 %
St. Olavs Hospital HF	68 233	80 264	82 068	2,2 %
Helse Nord-Trøndelag HF	7 724	7 211	7 688	6,6 %
Sum Helse Midt-Norge	110 765	122 246	125 236	2,4 %

5. Øvrige styringskrav og rammer 2016

5.1 Nasjonal helse og sykehusplan

Forslagene som er lagt fram i Meld. St. 11 (2015–2016) *Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* vil få stor innvirkning på helseforetakene. Stortinget skal behandle meldingen våren 2016.

Det vises til protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF av 12. januar 2016;

«Det vil være behov for en samlet plan for utvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet i hvert av de regionale helseforetakene. En slik regional utviklingsplan må fange opp samlet demografisk utvikling, sykdomsutvikling, fordeling av oppgaver mellom helseforetakene og samlet kapasitetsbehov. Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene oppdaterer overordnede planer for regionen etter at Nasjonal helse- og sykehusplan er behandlet i Stortinget. Regjeringen legger opp til å legge fram en nasjonal helse- og sykehusplan hvert fjerde år. Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene tilpasser planprosessene tilsvarende og har like tidshorisonter for sitt planarbeid.»

De regionale helseforetakene har i fellesskap fått i oppdrag, og i regi av Sykehusbygg HF, å utarbeide en veileder for utviklingsplanarbeidet innen 1. mai 2016. Hovedelementet i utviklingsplanen skal være virksomhetsdelen og skal beskrive status for helseforetakets aktivitet og virksomhet. Denne skal gi grunnlag for å beskrive endringer i virksomheten og tallfeste det framtidige aktivitetsnivået og kapasitetsbehovet. Virksomhetsdelen av utviklingsplanen skal vise mulige endringer i oppgavefordeling og sykehusstruktur, aktivitet, kapasitetsbehov, organisering og driftsøkonomi, samt konsekvenser av endringer og alternative løsninger. Veilederen skal sikre forsvarlig utredning og gode lokale prosesser i utviklingsplanarbeidet. Vesentlige endringer skal ikke skje uten forsvarlig utredning av konsekvensene. Det vil også bli satt krav om at utviklingsplanene skal kvalitetssikres av eksterne fagmiljøer.

Helseforetakene må gjøre seg kjent med innholdet og kan starte arbeidet med å forberede virksomhetene på forslagene som ligger i Nasjonal helse- og sykehusplan for eksempel gjennom datainnhenting og forberedende dialog med kommunene. Før nærmere konkretisering må Nasjonal helse- og sykehusplan ferdigbehandles i Stortinget og nasjonal veileder for utviklingsplanarbeidet må

være på plass. Helse Midt-Norge RHF vil komme tilbake med nærmere føringer for arbeidet med utviklingsplaner.

5.2 Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)

Helseforetakene skal arbeide helhetlig og målrettet med informasjonssikkerhet. Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerhet for medisinsk-teknisk utstyr (Dokument 3:2 (2015–2016) *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2014*) påpeker flere avvik.

Helse Nord-Trøndelag HF skal:

- Etablere systemer og rutiner som sikrer oppfølging og lukking av avvikene påpekt i Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerhet.
- Bidra i arbeidet med å etablere rutiner som sikrer at alvorlige hendelser i EPJ, PAS og medisinsk-teknisk utstyr blir meddelt til alle helseforetak og leverandører.

5.3 Helseplattformen – anskaffelse av ny PAS/EPJ i Helse Midt-Norge

Helseplattformen består av tre hovedprosjekter. Det er prosjekt for anskaffelse, prosjekt for innføring og prosjekt for gevinstrealisering knyttet til ny løsning.

Helseplattformen skal realisere målsettingene i Helse Midt- Norges IKT-strategi. Gjennomføring av programmet vil være en av de viktigste driverne for organisasjonsutvikling i helseforetakene de nærmeste årene og skal bidra til at helsetjenesten i regionen har gode forutsetninger for å møte utfordringsbildet som er beskrevet i Strategi 2020.

I 2016 vil det være hovedfokus på anskaffelsesprosjektet samt planlegging og tilrettelegging for innføringsprosjektet. I anskaffelsesprosjektet vil oppgavene i hovedsak være knyttet til kravspesifisering og dialoger med aktuelle leverandører etter en prekvalifisering.

I løpet av første halvår 2016 starter planleggingen av innføringsprosjektet og antatt tidligste tidspunkt for bemanning av prosjektet er i starten av 2017. I andre halvår av 2016 vil arbeidet med en strategi for gevinstrealisering bli igangsatt parallelt med at kost/nytte-analysene videreutvikles bl.a. som følge av dialogen med leverandørmarkedet. Planlegging av innføringsprosjektet og arbeidet med strategi for gevinstrealisering vil skje i tett dialog med helseforetakene.

Programledelsen oppdaterer ressursplanene for prosjektene løpende slik at endringer i behov for personell fra de respektive helseforetakene vil bli kommunisert så tidlig som mulig.

5.4 HMN LØ

Helseforetakene, Hemit og Helse Midt-Norge RHF skal i løpet av 2016 implementere en integrert logistikk- og økonomiløsning, kalt LØ. Gjennom prosjektet HMN LØ er det etablert felles arbeidsprosesser for økonomi, innkjøp og logistikk, og det er etablert en felles forvaltning for LØ. Gjennom de lokale innføringsprosjektene har foretakene arbeidet med planer for innføring, herunder planer for gevinstrealisering. Det pekes her spesielt på tiltak som bidrar til økt avtalelojalitet, dvs. at man på områder der det eksisterer en innkjøpsavtale forholder seg til denne.

En vellykket implementering av LØ krever at foretakene har tilstrekkelig oppmerksomhet rundt de planene som nå er etablert i helseforetakene og i prosjektet, og at det settes av tilstrekkelig med ressurser til å ferdigstille planene.

Helse Nord-Trøndelag HF skal:

- Sikre tilstrekkelig oppmerksomhet og kapasitet til å gjennomføre de oppgavene som det lokale innføringsprosjektet har ansvaret for i henhold til de planene som er utarbeidet av lokalt innføringsprosjekt og HMN LØ.

- Bidra til godt samarbeid og utstrakt erfaringsutveksling med øvrige innføringsprosjekter, herunder bistå med superbrukere ved innføringen av HMN LØ i øvrige helseforetak.
- Etablere konkrete gevinstrealiseringsplaner.
- Etablere rutiner som begrenser fullmakter til å foreta innkjøp utenfor avtale for produkter der det eksisterer innkjøpsavtaler.

5.5 Beredskap

Helseforetakene skal ha oppdaterte beredskapsplaner som omfatter systemer for å forebygge, oppdage og varsle hendelser, og systemer for effektiv, koordinert ressursdisponering ved kriser. Planene skal være koordinerte mellom berørte parter og det skal gjennomføres regelmessige beredskapsøvelser. Helsedirektoratet har fått en ny rolle som statlig samvirkepartner i redningsledelsen ved hovedredningssentraler og i lokale redningssentraler. De regionale helseforetakene har fått et delegert ansvar fra Helsedirektoratet i denne forbindelse.

Helse Nord-Trøndelag HF skal:

- Videreføre arbeidet med å gjennomføre risikoanalyser og sikre god beredskap for kritisk infrastruktur som vann, strøm og IKT, sikre at planene og systemene er koordinert med berørte parter, og gjennomføre øvelser regelmessig
- Rapportere årlig på det systematiske arbeidet med beredskap og forebyggende sikkerhet
- Bidra i redningsledelsen ved lokale redningssentraler

5.6 Etablering av ungdomsråd

Brukermedvirkning er lovfestet i pasient- og brukerrettighetsloven og i helseforetaksloven. Regjeringen ønsker mer enhetlig praksis ved oppnevning av brukerutvalg og brukermedvirkning i styrene. Det er derfor stilt krav om etablering av felles retningslinjer for brukermedvirkning for regionale helseforetak og helseforetak. Det skal tas inn i felles retningslinjer for brukermedvirkning for regionale helseforetak og helseforetak bestemmelser om at alle helseforetak skal etablere ungdomsråd.

Helse Nord-Trøndelag HF skal:

- Etablere ungdomsråd i henhold til felles retningslinjer for brukermedvirkning for regionale helseforetak og helseforetak.

5.7 Avtalespesialistordningen

Helse Midt-Norge RHF er i foretaksmøte 12. januar 2016 bedt om å etablere minst en pilot i prosjekt knyttet til utdanning i avtalepraksis.

Helse Nord-Trøndelag HF skal:

- På forespørsel bidra i arbeidet.

5.8 Tilstandsgrad for sykehusbygg

Det vises til tidligere krav om at det skal være etablert verktøy som viser tilstandsgrad ved norske sykehus. Det settes nå krav om at tilstandsgraden for sykehusbygg kartlegges i 2016 og at denne kartleggingen deretter oppdateres minst hvert fjerde år – for eksempel gjennom årlig kartlegging av ¼ av bygningsmassen. Sykehusbygg HF har fått oppdrag om å blant annet sikre gjenbruk av løsninger og erfaringsoverføringer. Dette fordrer at helseforetakene evaluerer sine sykehusprosjekter etter at byggene er tatt i bruk, og bidrar til standardisering og erfaringsutveksling.

Helse Nord-Trøndelag HF skal:

- Kartlegge tilstandsgraden for sykehusbygg i 2016 og sørge for at denne kartleggingen oppdateres minst hvert fjerde år.
- Evaluere sine sykehusprosjekter etter at byggene er tatt i bruk.

5.9 Måling av kostnad per pasient

Det vises til tidligere stilte krav om innføring av måling av kostnader pr. pasient (KPP) for somatikk og at det er lagt til grunn at KPP skal være implementert som gjennomgående kvalitets- og styringsverktøy innen somatikk for alle helseforetak innen 1. januar 2017.

Helse Nord-Trøndelag HF skal:

- Bidra i arbeidet med KPP-spesifikasjon for psykisk helsevern og rus og nasjonale KPP-data.

5.10 Nøytral merverdiavgift for helseforetakene

Regjeringen tar sikte på å innføre en ordning med nøytral merverdiavgift i helseforetakene fra 1. januar 2017.

Helse Nord-Trøndelag HF skal:

- Gjøre nødvendige system – og rutinetilpasninger og delta i arbeidet med innføring av nøytral merverdiavgift. Helse Midt-Norge RHF vil komme tilbake med ytterligere presiseringer av oppdraget.

5.11 Risikostyring

Det vises til tidligere stilte krav om risikostyring og årlig helhetlig gjennomgang av kvaliteten i virksomheten.

I 2016 skal det utarbeides og vedtas et overordnet rammeverk for risikostyring i foretaksgruppa. Det legges opp til en gradvis implementering av risikostyring.

Helse Nord-Trøndelag HF skal:

- bidra i utvikling og implementering av rammeverk for risikostyring
- identifisere alle risikoområder for å nå de fire hovedmålene, samt Mål 2016 i «plakaten», og sørge for at det er satt i verk tiltak i tilstrekkelig omfang, med god kvalitet og med tydelig ansvarlig leder på riktig nivå.

5.12 Deltakelse i nasjonale og regionale utredningsarbeid og prosjekter

Helse Nord-Trøndelag HF skal:

- Delta med personell 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.

6. Oppfølging og rapportering

Det vises til vedlegg 1 til foretaksprotokoll til Helse Nord-Trøndelag HF av 5. februar 2016 for samlet oversikt over hva som skal rapporteres til Helse Midt-Norge RHF.

Helse Midt-Norge RHF vil i de faste dialogmøtene med Helse Nord-Trøndelag HF følge opp Mål 2016 og evt. andre kvalitetsindikatorer ved behov. Styret og ledelsen i Helse Nord-Trøndelag HF har

ansvar for å følge med på Helsedirektoratets kvalitetsindikatorer og evt. iverksette tiltak for å bedre kvaliteten i tjenestene.

Rapportering av risikostyringen, jf. punkt 5.11, skal inngå i de etablerte rapporteringsrutiner for måloppnåelse, samt i dialogmøtene mellom RHF og HF. Det vises til vedlegg 1 til foretaksprotokoll til Helse Nord-Trøndelag HF av 5. februar 2016 for nærmere informasjon om metode, format og hyppighet på rapporteringen på risiko.

I Årlig melding 2016 skal Helse Nord-Trøndelag HF rapportere på *Mål 2016 (jf. tabell 8)*, *Andre oppgaver 2016* og *Rapportering 2016 (jf. tabell 9)*. Frist for innsendelse av styrets årlig melding er 10. februar 2017.

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

Det må påregnes at det i løpet av 2016 vil komme supplerende eller nye styringsbudskap. Disse vil bli gitt helseforetakene i foretaksmøter.

Vedlegg 1 Mål og rapportering

Tabell 8 Mål 2016.

Mål 2016	Mål
1. Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Under 65 dager
Andel fristbrudd for avviklede pasienter	0 pst.
Pakkeforløp for kreft (samlet for pasienter med lunge- bryst, prostata- og tykk- og endetarmskreft)	Minst 70 pst. ved årsslutt
Gjennomføring av pakkeforløp for organspesifikk krefttype henholdsvis brystkreft, tykk- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakreft innen maksimal anbefalt forløpstid	Minst 70 pst. ved årsslutt
Pakkeforløp for kreft (samlet for 28 krefttyper totalt)	Minst 70 pst. ved årsslutt
Gjennomføring av Pakkeforløp for kreft (per type kreft, 28 krefttyper totalt) innen maksimal anbefalt forløpstid	Minst 70 pst. ved årsslutt
2. Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	
Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument" ²) og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).	Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større økning i kostnader, årsverk og aktivitet.
Antall tvangsinneleggelser i psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen	Redusert sammenlignet med 2015
Andel årsverk i distriktpsikiatriske sentre og sykehus i psykisk helsevern for voksne	Økt andel årsverk i DPS sammenliknet med 2015
3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	
Andel sykehusinfeksjoner	Mindre enn 4,7 pst.
Andel korridorpasienter på sykehus	0 pst.

Tabell 9. Rapportering 2016.

	Mål
Pasienters erfaring med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling	
Pasienters erfaring med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp)	
30 dagers overlevelse etter hjerneslag	

² Lovisenberg Diakonale Sykehus, Diakonhjemmet Sykehus, Betanien Hospital Skien, Martina Hansen Hospital, Revmatismesykehuset Lillehammer, Haugesund Sanitetsforeningens Revmatismesykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus, Hospitalet Betanien, Jæren DPS, Solli sykehus, Olaviken og Bjørkeli Voss.

	Mål
30 dagers overlevelse etter hoftebrudd	
Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene	Reduseres med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012.
Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert.	100 pst.
Bruk av disse fem bredspektrede midlene: karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner.	30 pst. reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenlignet med 2012
Antall bidrag fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre i a) vitenskapelige artikler og b) konkrete prosjekt for klinisk kvalitetsforbedring	

Vedlegg 2 Utdanning av helsepersonell – dimensjonering for HMN

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

VIDEREUTDANNING omfatter legespesialistutdanningen og studier ved fagskoler, høyskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena (og arbeidsplass). Høyskoler som tilbyr videreutdanning, skal i forkant inngå avtaler med helseforetakene om praksisplasser. Eventuell uenighet skal søkes løst i samarbeidsorganet.

Kunnskapsdepartementet har tidligere fastsatt årlige aktivitetskrav for enkelte studier ved utdanningsinstitusjonene. Fra og med 2014 ble styringen av dimensjonering for enkelte utdanninger endret til kandidatmåltall. Nedenfor gjengis Kunnskapsdepartementets forslag til kandidatmåltall for 2016.

Kandidatmåltallet for den enkelte institusjon er et minstekrav. Endelige tall vil foreligge i KDs tildelingsbrev/tilskuddsbrev for 2016 til utdanningsinstitusjonene og kan formidles fra institusjonene i de regionale samarbeidsorganene. Flere institusjoner slår seg sammen med virkning fra 1.1.2016. Flere av disse institusjonene vil være lokalisert i flere helseregioner. For utdanningene ved disse institusjonene må RHFene finne en hensiktsmessig fordeling av praksisplasser i samarbeid med institusjonene.

Høgskole Universitet	Helseregion	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK- sykepleie	Jord- mor
		Syke- pleie	Radio- grafi	Bio- ingeniør	Fysio- terapi	Ergo- terapi	Verne- pleie		
NTNU	Helse Sør-Øst og Helse Midt- Norge	425	51	73	52	57	70	134	25
Molde	Helse Midt- Norge	79					38		
Høgskolen i Nord- Trøndelag	Helse Midt- Norge	169					30		

Audiografutdanningen ved NTNU har kandidatmåltall 29.

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

Universitet	Medisin	Psykologi prof.utd.	Farmasi
NTNU	114	55	12

TURNUSTJENESTE er for noen yrkesgrupper et vilkår for å få autorisasjon. Helsedirektoratet (SAK) fastsetter hvor mange turnusplasser for leger og fysioterapeuter det skal legges til rette for og formidler dette i brev til hvert av RHFene. Turnustjenesten for leger ble endret med virkning fra 2013. Antallet turnusplasser for leger videreføres i 2016. Antallet turnusplasser for fysioterapeuter videreføres i tråd med økningen i 2013.

FORDELING AV NYE LEGESTILLINGER

Sentral fordeling av nye legestillinger opphørte 1. juli 2013. Oppretting av legestillinger skal fortsatt skje i tråd med behovene innen helseregionenes sørge-for ansvar, det helsepolitiske styringsbudskapet og de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon. Gode lokale, regionale og nasjonale analyser av kompetansebehov framover skal legges til grunn for RHFenes fordeling av leger til HFene og mellom spesialiteter. RHFene skal særlig vurdere behovet for legestillinger til spesialiteter der utdanningskapasiteten i dag anses å være for lav og spesialiteter der behovet for legespesialister vil endre seg i årene fremover som en følge av befolkningsutvikling, sykdomsutvikling og organisatoriske endringer i helseforetakene. Stillinger i onkologi og patologi skal fortsatt prioriteres.

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

Foretaksmøteprotokoll 5. februar 2016

Foretaksmøteprotokoll Helse Nord-Trøndelag HF

Styringskrav og rammer m.v. for 2016



Innholdsfortegnelse

Sak 1	Foretaksmøtet konstitueres	2
Sak 2	Dagsorden	2
Sak 3	Styringskrav og rammer 2016	2

PROTOKOLL FRA FORETAKSMØTE I Helse Nord-Trøndelag HF

Fredag 5. februar 2016 kl. 10.15 ble det avholdt foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag HF i Helse Midt-Norge RHF's lokaler i Strandveien 1, Stjørdal. Møtet ble gjennomført som et felles foretaksmøte for sykehusforetakene i Helse Midt-Norge.

Dagsorden

- Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres
- Sak 2 Dagsorden
- Sak 3 Styringskrav og rammer 2016

Fra Helse Midt-Norge RHF møtte

Styreleder Ola H. Strand

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

Administrerende direktør Stig A. Slørdahl

Seniorrådgiver Gunn Fredriksen

Senior strategirådgiver Mette Nilstad

Fra Helse Nord-Trøndelag HF møtte

Styreleder Alf Daniel Moen

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

Administrerende direktør Arne Flaot

Valgt revisor; BDO AS; var informert om foretaksmøtet og møtte 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 Stig A. Slørdahl ble valgt til å skrive under protokollen.

Sak 2 Dagsorden

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

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden er godkjent.

Sak 3 Styringskrav og rammer 2016

Styreleder gjennomgikk og presiserte utvalgte deler av «Styringskrav og rammer 2016». Pasientenes helsetjeneste skal legges til grunn for utvikling av tjenesten. I møtet med helsetjenesten skal hver enkelt pasient oppleve respekt og åpenhet, få delta i beslutningene om egen behandling og hvordan den skal gjennomføres.

Foretaksmøtet pekte på at samfunnet står overfor store utfordringer knyttet til;

- ✓ befolkningens behov og sammensetning endres
- ✓ den medisinskfaglige og teknologiske utviklingen endres
- ✓ uberettiget variasjon i helsetilbudet
- ✓ bemanningsbehov

Dette vil kreve nytekning, evne og vilje til omstilling og tydelige prioriteringer også i helsetjenesten. Sentrale elementer i oppdragene er å sikre systematisering og spredning av læring og erfaringsoverføring mellom enheter, sykehus, helseforetak og på tvers av regionene. Foretaksmøtet pekte på at helseforetakene og sykehusene i regionen ennå ikke har utnyttet potensialet for samarbeid godt nok. Helseforetakene har et felles ansvar i å bidra til gode helhetlige løsninger til det beste for pasientene. Foretaksmøtet la til grunn at helseforetakene legger opp til et tettere og mer forpliktende samarbeid seg imellom, både når det gjelder samarbeid om behandling av pasienter og samarbeid om personell.

Foretaksmøtet viste til at det vil etableres et overordnet rammeverk og retningslinjer for et ledelses- og kulturutviklingsprogram for foretaksgruppen.

Foretaksmøtet minte også om helseforetakenes ansvar for å øke antall lærlinger/læreplasser, jf. krav gitt i foretaksmøte 11. september 2015.

Helseforetakene skal i 2016 innrette sin virksomhet med sikte på å nå følgende overordnede mål:

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

4. Økonomisk bærekraft

Foretaksmøte forutsatte at alle styrene og lederne i sykehusene skal arbeide etter disse målene.

Redusere unødig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Hver enkelt pasient skal slippe unødig ventetid. Hovedoppgavene i spesialisthelsetjenesten skal løses ved de offentlige sykehusene, men bedre samarbeid mellom private og offentlige helsetjenester betyr bedre utnyttelse av ledig kapasitet, økt valgfrihet og mer innovasjon i tjenesteutvikling, arbeids- og samarbeidsformer. Pasientforløpene skal være gode og effektive. Kunnskap om variasjon i tjenesten skal brukes aktivt som grunnlag for forbedringsarbeid.

Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Omstillingen innen psykisk helsevern med overføring av oppgaver og ressurser fra sykehus til distriktpsykiatriske sentre og fra døgnbehandling til åpne, utadrettede tjenester videreføres. Distriktpsykiatriske sentre skal yte gode akuttjenester gjennom hele døgnet, også ambulante tjenester med deltagelse fra spesialister. Pasienter skal oppleve et psykisk helsevern med vekt på frivillighet, redusert og riktig bruk av tvang. Distriktpsykiatriske sentre som nøkkelstruktur skal legges til grunn for de fremtidige tjenestene innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling der lokale forhold tilsier dette. Kravet om at veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være høyere enn innen somatikk videreføres.

Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Helsetjenesten skal videreutvikles slik at pasienter og brukere i større grad får og opplever å få trygg og god helsehjelp. Kvalitetsmålinger og pasienterfaringer må offentliggjøres og brukes aktivt i utformingen av tjenestetilbudet og i systematisk forbedringsarbeid. Uberettiget variasjon skal reduseres. Helse, miljø sikkerhetsarbeid (HMS) er en integrert del av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet.

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

Helseforetaket skal vie oppmerksomhet mot forebygging, utvikling av pasientforløp og tiltak for å finne alternativer til sykehusbehandling sammen med kommunene. I tråd med Meld. St. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*, skal Helse Nord-Trøndelag HF bidra til å øke kompetansen i kommunal helse- og omsorgstjeneste. Omstilling av spesialisthelsetjenester som berører kommunene skal synkroniseres slik at de ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Det er en forutsetning at omstillingene gir brukerne et kontinuerlig og like godt eller bedre tjenestetilbud enn tidligere.

Økonomisk bærekraft

Styring og kontroll med ressursbruken er avgjørende for å kunne gjøre de riktige faglige prioriteringene og sikre høy kvalitet på pasientbehandlingen. Økonomisk bærekraft er nødvendig for å sikre en stabil og forutsigbar drift, utvikle pasientbehandlingen og sørge for handlingsrom til nye investeringer. Det er sentralt at foretaksgruppa har tilstrekkelig kraft til omstilling og fornyelse. Helse Nord-Trøndelag HF må effektivisere og ha fokus på kontinuerlig forbedring for å bygge en fremtidsrettet og sikker helsetjeneste av god kvalitet for befolkningen i Midt-Norge. God økonomistyring og økonomioppfølging vil være en forutsetning for å nå fastsatte mål, og må fortsatt være en prioritert oppgave.

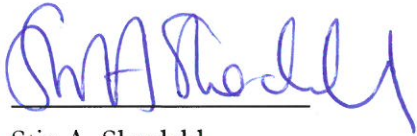
De pålagte oppgaver og styringskrav skal gjennomføres innenfor de rammer og ressurser som blir stilt til rådighet.

Foretaksmøtet vedtok:

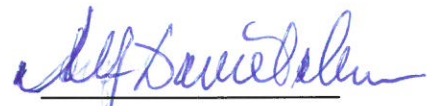
«Styringskrav og rammer 2016 for Helse Nord-Trøndelag HF» legges til grunn for styrets arbeid i 2016.

Møtet ble hevet kl. 11:00

Stjørdal, 5. februar 2016



Stig A. Slørdahl



Alf Daniel Moen

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 09/2016 Investeringsbudsjett 2016

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	07.03.16	09/2016
Saksbeh:	Tormod Gilberg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2016/512	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret vedtar framlagte investeringsbudsjett for 2016. Budsjettet er basert på gjeldende finansstrategi for Helse Midt-Norge og investeringsramme i samsvar med styresak 07/16 i Helse Midt-Norge RHF.

Administrerende direktør gis fullmakt til å foreta mindre endringer i investeringsbudsjett for 2016.

SAKSUTREDNING:

Sak 09/2016 Investeringsbudsjett 2016

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

Ingen.

Utrykte vedlegg i saksmappen

HMN styresak 07/16, Resultat- og investeringsbudsjett 2016.

GRUNNLAG

Styret vedtok 17.12.15, sak 65/15, foretakets driftsbudsjett for 2016. I kapittel 5 i saksframlegget var det tatt inn en skisse til investeringsbudsjett for 2016. Samtidig ble det opplyst at vi ville komme tilbake med egen sak til styret om investeringer i 2016 etter at foretakets resultat for 2015 var klart og etter at foretaket hadde fått avklart resultat av henvendelser til HMN om likviditetsramme for 2016 og mulighet for internt lån til delfinansiering av «Psykiatriløftet Levanger» i 2017/18.

Foretaksmøtet vedtok 07.02.16 Styringskrav og rammer 2016 for Helse Nord-Trøndelag HF. Vi siterer fra punkt 3.3 Investeringsramme i dette dokumentet:

- I henhold til Finansieringsstrategi for Helse Midt Norge (sak 23/15) er helseforetakene ansvarlige for at virksomhetens drifts- og anleggsmidler til enhver tid er av tilstrekkelig kvalitet til å tilrettelegge for å realisere gjeldende krav knyttet til likeverdig pasientbehandling og pasientsikkerhet. Dette innebærer at helseforetakene er ansvarlig for drift, vedlikehold og oppgradering av eget utstyr og egen bygningsmasse, og helseforetakene kan selv prioritere den interne fordeling av likviditet mellom drift og investeringer for å realisere disse kravene.
- Dette medfører at helseforetakene er ansvarlige for å identifisere behov for investeringer, samt prioritere hvilke investeringer som fremmes for beslutning i henhold til gjeldende fullmaktsstrukturer. Større investeringer skal inngå i langtidsbudsjett (LTB) og vedtas i årlig investeringsbudsjett, jf. sak 07/16 *Resultat- og investeringsbudsjett 2016*.

DRØFTING OG FORSLAG

Likviditetssituasjonen for HNT er for tiden god, men vil bl.a. påvirkes av størrelsen på årlige driftsresultat, inntrekk av regional likviditet og egne investeringsplaner. Litt lavere overskudd i 2015 enn budsjettet og litt større inntrekk av regional likviditet enn forutsatt reduserer disponibel likviditet for foretaket i forhold til gjeldende langtidsbudsjett (LTB). I forhold til gjeldende LTB er på den annen side oppstart av «Psykiatriløftet Levanger» utsatt til nyttår 2017, og foretaket har fått tilsagn om 50 mill kroner i internt regionalt lån til samme prosjekt i 2018 med tilbakebetaling tre år senere.

Basert på disse forutsetningene legges det opp til en investeringsramme i 2016 på 105,7 mill kroner, herunder 8,2 mill kroner til egenkapitalinnskudd i KLP og 15,0 mill kroner i overførte ubrukte midler til kjøp av medisinsk teknisk utstyr (MTU) i 2015. Dette er i samsvar med vedtak i regionstyret 04.02.16, sak 07/16, resultat- og investeringsbudsjett 2016. I tillegg til denne investeringsrammen legges det opp til inngåelse av leasingavtaler knyttet til MTU tilsvarende et årlig gjennomsnitt på om lag 10 mill kroner.

På dette grunnlag foreslås følgende disponering av tilgjengelig investeringsramme for 2016:

Langtidsbudsjettets forslag til investeringer i 2016 (i mill kroner)	Mill kr
Egenkapitalinnskudd i KLP	8,2
Medisinsk teknisk utstyr (MTU), ekskl. leasing	55,0
IKT-investeringer	2,5
Div. ombygging/rehabilitering bygg inkl. HMS	20,0
Utviklingsplan HNT (med egne prioriteringer)	20,0
Sum investeringsramme (ekskl. leasing)	105,7

Helseforetakene er medeiere i KLP. I den forbindelse kreves det at HNT hvert år øker sitt egenkapitalinnskudd i den størrelsesorden som tabellen viser.

Innen disponible midler til MTU i 2016 vil foretaket anskaffe CT med coronar angiografi til hvert av de to sykehusene. Det vil være nytt at HNT kan gi tilbud om coronar angiografi til sine innbyggere. Videre planlegges anskaffet ny MR til Sykehuset Levanger for å styrke kapasiteten og beredskapen innen dette diagnosetilbudet.

Det meste av IKT-investeringene i regionen ivaretas av HMN/HEMIT med viderefakturering til helseforetakene. Foreslått beløp til egne IKT-investeringer er tenkt benyttet til videre utbygging av trådløst nettverk i helseforetakets bygninger.

Foretaket har de senere år avsatt minimum 20 mill kroner til mindre bygningsmessige tiltak, diverse ombygging og rehabilitering av bygg inkl. HMS. Dette nivået foreslås videreført i 2016 og vil bl.a. gi rom for parkeringshus for sykler ved Sykehuset Namsos.

Utviklingsplan og større bygningsmessige tiltak

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

Gjennom nødvendige investeringer forventes det at vi skal kunne legge opp til å utvikle sykehusbyggene slik at de kan utgjøre en hensiktsmessig infrastruktur for dagens og morgendagens sykehusdrift. Årlige investeringer burde som et minimum tilsvare årlige avskrivninger på bygg og utstyr. Det tilsier investeringsrammer på om lag 100 mill kroner pr. år. For å kunne dekke opparbeidet etterslep, bør bevilgningene være større enn dette de nærmeste årene.

Av større bygningsmessige tiltak ved sykehusene har det nettopp vært start på oppføring av et kombinasjonsbygg ved Sykehuset Levanger. Levanger kommune er byggherre for et nybygg på sykehusområdet i Levanger for bl.a. å dekke følgende arealbehov: garasje og kontorer til ambulansedrift, lokaler til kommunal legevakt, kontorlokaler til HEMIT og med landingsplass for helikopter på taket. Det er inngått avtale om at HNT skal leie areal knyttet til ambulansedrift og landingsplass for helikopter, men avtalen er utformet slik at bygget kan seksjoneres og at foretaket skal kunne kjøpe «sine» seksjoner. Det er også utarbeidet idéprosjekt med planer om nybygg ved Sykehuset Namsos for å dekke noen av de samme behovene for Sykehuset Namsos og tilgrensende kommuner.

Det neste prioriterte byggeprosjektet i egen regi er Psykiatriløftet Levanger. Gjennom dette prosjektet vil helseforetaket bl.a. få dekket følgende behov:

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

Regionstyret fattet 04.02.16 i sak 09/16, Forprosjekt og utbyggingsvedtak – Psykiatriløftet Levanger, følgende vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar anbefalingen fra Styret i Helse Nord-Trøndelag til etterretning, og godkjenner forprosjekt for Psykiatriløftet Levanger med styringsmål 209,7 mnok (p50%, prisnivå aug. 2015). Øvre ramme for prosjektet settes til 224,5 mnok (p85%, prisnivå aug. 2015).

Styret for Helse Midt-Norge RHF godkjenner at utbyggingen gjennomføres i tråd med saksutredningen. Byggestart kan gjennomføres tidlig i 2017.

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

HELSE MIDT-NORGE RHF

STYRET

Sak 07/16 Resultat og investeringsbudsjett 2016

Saksbehandler Reidun Martine Rømo
Ansvarlig direktør Anne Marie Barane
Saksmappe 2015/633
Dato for styremøte 04.02.16

Forslag til vedtak:

1. Styret vedtar følgende budsjetterte resultat for foretaksgruppen:

(Tall i tusen)	STO	HMR	HNT	APO	RHF	TOV	Hemit	HMN
Budsjettert resultat 2016	140 000	32 000	60 000	1 800	30 000	2 700	(77 300)	189 200

2. Styret vedtar et investeringsbudsjett for foretaksgruppen i 2016 i henhold til tabell:

Investeringer (tall i tusen kr)	2016
PH Østmarka Nybygg	150 000
Investeringer bygg	70 000
IKT investeringer	221 850
MTU	198 400
Tiltak ved Molde Sjukehus	25 000
Felleseide selskaper	10 200
Forsering av vedlikeholdsinvesteringer - tiltakspakke	42 500
Annet (inventar + tr.midler)	20 150
Sum	738 100

3. Styret ber om at helseforetakene avdekker 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.

Stjørdal 28.01.2016

Stig A. Slørdahl
 Adm dir

SAKSUTREDNING:

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Budsjettavtale Stortinget (2015-2016)
 Prop. 1 S Tillegg 1 (2015-2016)
 Prop. 1 S (2015-2016)
 Sak 92/15 Inntektsfordeling og aktivitet 2016
 Sak 58/15 Langtidsplan og budsjett 2016-2021

Vedlegg

Vedlegg 1: Konsolidert resultatregnskap 2016 for HMN

HELHETLIG DRØFTING

1 Innledning

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok i juni 2015 ny finansstrategi for foretaksgruppen. Finansstrategien skal bidra til økt forutsigbarhet i økonomiske rammer over tid. Dette gjeldende både for det enkelte helseforetak og for foretaksgruppen samlet. 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 innfor tilgjengelige rammer til drift og investering.

I sak 58/15 Langtidsplan og -budsjett 2016-2021 vedtok styret at det er nødvendig å sikre økonomisk handlingsrom gjennom en styrking av resultater og foretakenes egen finansieringsevne. Dette må reflekteres i årlige budsjetter og helseforetakenes forbedringsarbeid og langsiktige utviklingsplaner.

Helse Midt-Norge skal ha en bærekraftig drift i alle foretak og en innretning av virksomheten som oppfyller målsettingene i Strategi 2020. Videre ble det lagt til grunn behov for årlig forbedringsarbeid med fokus på omstilling, innovasjon i interne arbeidsprosesser og reduksjon av kostnader. Det er lagt til grunn at årsresultat og investeringer samlet må ligge på et nivå som styrker foretaksgruppens samlede likviditet. I langtidsbudsjett 2016-2021 ble det lagt til grunn en plan for investeringer i 2016 på 1 056,4 millioner kroner. I forslag til resultat- og investeringsbudsjett 2016 er planlagte investeringer totalt 763 mill. kr, jf. omtale i kapittel 5.

Samlet likviditet til regionale investeringer ligger på samme nivå som i gjeldende langtidsbudsjett. Det er imidlertid bekymringsfullt at driften i det enkelte helseforetak i 2016 ikke genererer tilstrekkelig likviditet til planlagte investeringer. Det er derfor sentralt at det i arbeidet med langtidsbudsjett i det enkelte helseforetak vektlegges å legge opp drift og investeringer som gir en god økonomisk bærekraft.

2 Resultatbudsjett 2016

I statsbudsjett for 2016 er kravet om at regionale helseforetak skal gå i økonomisk balanse videreført. Samlet ressursbruk til drift og investeringer samt bruk av driftskreditt skal holdes innenfor vedtatte rammer. For å kunne gjennomføre planlagte investeringer samt spare til fremtidige investeringer er det behov for å skaffe likviditet gjennom overskudd.

Samtlige helseforetak omtaler 2016 som et krevende budsjettår, hvor blant annet betydelig vekst i aktiviteten uten tilsvarende økning i kostnadene legger forutsetninger om økt produktivitet. Betydelige tiltak er innarbeidet i budsjettene, og det gjenstår arbeid med konkretisering slik at gjennomføring kan følges opp. Budsjett for 2016 er stramt, og forutsetter en tett oppfølging både internt i foretakene og fra det regionale foretaket.

Som det fremgår av tabell 2.1 nedenfor har Helse Midt-Norge for 2016 budsjettert med driftsinntekter på 21,98 mrd. kr og totale driftskostnader på 21,73 mrd. kr, som gir et positivt driftsresultat på 0,250 mrd. kr. Et negativt finansresultat på 59,6 mill. kr gir et budsjettert årsresultat for 2016 på 189,2 mill. kr for foretaks-gruppen samlet. Det vises til vedlegg for detaljer omkring inntekter og kostnader i budsjett 2016.

Tabell 2.1 Resultatbudsjett 2016 HMN

Resultatbudsjett Konsolidert	Budsjett 2016
Sum driftsinntekter	21 984 800
Sum driftskostnader	21 734 500
Driftsresultat	250 300
Finansresultat	-59 600
Skattekostnad	1 500
Årsresultat	189 200

3 Budsjettert resultat per helseforetak 2016

I sak 92/15 *Inntektsfordeling og aktivitet 2016* i Helse Midt-Norge ble det vedtatt at nivå på budsjettert resultat for 2016 skal fastsettes med utgangspunkt i investeringsplan i langtidsplan og budsjett 2016-2021. I henhold til ny finansstrategi og langtidsbudsjett 2016-2021 er ansvaret for vurdering av investeringsbehov lagt til det enkelte helseforetak. Som en konsekvens av dette må det enkelte foretak i lys av sine investeringsplaner, tilgjengelig likviditet og effektiviseringskrav vurdere behov for resultat i 2016.

Utgangspunkt for fastsettelse av resultat for 2016 skal være de investeringsplaner og resultat som ble satt for 2016 i langtidsplan (LTB) 2016-2021. Endringer i forutsetningene fra langtidsbudsjettet kan gi behov for justering av investeringsplaner eller resultat, for eksempel knyttet til pensjon.

Budsjettert resultat for foretaksgruppen foreslås redusert med 124,4 mill. kr i forhold til resultat vedtatt i langtidsplan 2016-2021 til samlet 189,2 mill. kr, se tabell 3.1. Denne reduksjonen skyldes i hovedsak ubrukte midler i 2015 (overskudd i 2015) i Hemit som gir et tilsvarende underskudd i 2016 samt en reduksjon i budsjettert resultat for St. Olav Hospital.

Tabell 3.1 Resultat pr foretak 2016

(Tall i tusen)	STO	HMR	HNT	APO	RHF	TOV	Hemit	HMN
Budsjettert resultat 2016	140 000	32 000	60 000	1 800	30 000	2 700	(77 300)	189 200

Det tas forbehold om at endringer knyttet til pensjon vil kunne påvirke resultatkravet.

I henhold til langtidsplanen for 2016-2021 er det lagt inn en sentral forutsetning om en generell effektivisering av driften på 1 % for hvert år i langtidsbudsjettperioden. I tillegg ligger det inne en forutsetning om at ny aktivitet skal gjennomføres til en lavere kostnad, slik at samlet effektivisering ligger på 1,13 %. Effektiviseringen skal muliggjøre økt satsing på IKT og vedlikehold, samt bidra til bedring av foretakenes resultater, og dermed et handlingsrom til egne investeringer samt sparing til større regionale investeringer.

I langtidsplan og –budsjett er det forutsatt en effektivisering tilsvarende en kostnadsreduksjon med varig effekt på 1,1 %. I forbindelse med rullering av langtidsplan og budsjett våren 2016 vil vi drøfte hvordan underliggende drift i budsjett 2016 samsvarer med dette.

4 Likviditet

Foretaksgruppen står foran store investeringer i årene fremover. Gjeldende investeringsregime forutsetter at foretaksgruppen på egen hånd er i stand til å generere likviditet fra drift for helt eller delvis å finansiere investeringene. Det er derfor avgjørende å kunne opparbeide tilstrekkelig likviditet i forkant.

Gjeldende langtidsbudsjett og pågående investeringer stiller store krav til overskudd for å sikre tilstrekkelig likviditet. Tilgjengelig likviditet for foretaksgruppen innebærer maksimalt opptrekk av driftskredittrammen i Norges Bank.

Det er beregnet at HMN samlet ved utgangen av 2016 har tilgjengelig likviditet på 1,759 mrd. kr til finansiering av investeringer samt avsetning til fremtidige investeringer, jfr. tabell 4.1 nedenfor.

Tabell 4.1 Beregnet tilgjengelig likviditet HMN (tall i 1000)

Kontantstrøm (tall i 1000) - HMN Konsern	Budsjett 2016	LTB 2016-2021 *
Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	987 700	1 109 500
Forskjell premie og kostnad pensjon	748 800	0
Kontantstrøm fra investeringer	-745 700	-821 900
Kontantstrøm fra finansieringer	-980 300	-378 300
Endring likviditet	10 500	-90 700
IB likviditetsbeholdning	2 189 500	2 260 400
UB likviditetsbeholdning	2 187 000	2 169 600
Ubenyttet kredittramme i Norges Bank	77 400	60 000
Samlet likviditet	2 264 400	2 229 600
Likviditetsbuffer	-505 000	-500 000
Tilgjengelig likviditet UB	1 759 400	1 729 600

* LTB 2016-2021 i 2015-kr

Endring i likviditet knyttet til operasjonelle aktiviteter i budsjett 2016 målt mot langtidsplanen (LTB) for 2016-2021 skyldes i hovedsak lavere budsjettert resultat for St. Olavs Hospital og Hemit. Reduksjon i investeringer i 2016 målt mot LTB 2016-2021 gjør at foretaksgruppen klarer å opprettholde tilgjengelige likviditet, da beløp for LTB 2016-2021 er beløp i 2015-kr, mens budsjett 2016 er i 2016-kr.

Det regionale helseforetaket (RHF) får en negativ endring i likviditet som i hovedsak skyldes endringer i pensjon og dermed en nedbetaling av driftskreditt i Norges Bank. Tilknyttet reduksjon i helseforetakenes driftskredittramme medfører redusert finansieringsbehov i det

regionale foretaket. Som et resultat av effektene ovenfor får dermed det regionale helseforetaket en tilgjengelig likviditet på 1,25 mrd. kr ved utløp av 2016. Dette er i samsvar med planer for finansiering av fremtidige investeringer for regionen.

Tabell 4.2 viser at helseforetakene legger opp til en reduksjon av tilgjengelig likviditet i budsjett 2016. Driftskreditrammen reduseres for å nøytralisere pensjonseffekter. Helseforetakene genererer ikke nok likviditet til å finansiere egne investeringer og samtidig bidra til regionale investeringer. Dette vil kreve høyere effektivisering av driften.

Tabell 4.2 Endring i tilgjengelig likviditet HF (tall i 1000)

Kontantstrøm (tall i 1000) - Helseforetak	Budsjett 2016				
	STO	HMR	HNT	APO	HEMIT
Kontantstrøm fra operasjonelle aktiviteter	464 900	184 700	178 200	12 500	96 600
Forskjell premie og kostnad pensjon	349 800	245 400	124 500	9 200	14 200
Kontantstrøm fra investeringer	-272 100	-105 500	-103 000	-19 800	-219 100
Kontantstrøm fra finansieringer	-250 300	-132 900	-74 500	-9 500	38 900
Endring likviditet	292 300	191 700	125 200	-7 600	-69 400
Redusert driftskreditt /Likviditet trukket inn	-327 500	-257 300	-198 000	0	0
Endring i tilgjengelig likviditet	(35 200)	(65 600)	(72 800)	(7 600)	(69 400)

Tabell 4.3 viser helseforetakenes budsjetterte tilgjengelige likviditet. Alle helseforetakene har i sine langtidsplaner for 2016-2021 planlagt med en reduksjon av tilgjengelig likviditet. Noen helseforetak har allerede lavere tilgjengelig likviditet enn hva som ble prognostisert i for bindelse med langtidsbudsjettet. Dette vil påvirke utgangspunktet for LTB 2017-2022. Sykehusapotekene er eneste foretak som har innarbeidet en likviditetsbuffer.

Tabell 4.3 Tilgjengelig likviditet HF (tall i 1000)

Tilgjengelig likviditet (tall i 1000) - Helseforetak	Budsjett 2016				
	STO	HMR	HNT	APO	HEMIT
IB likviditetsbeholdning	-1 725 900	-311 400	204 000	20 000	225 400
UB likviditetsbeholdning	-1 433 600	-119 800	131 200	12 300	155 900
Samlet likviditet	-1 433 600	-119 800	131 200	12 300	155 900
Driftskreditramme i HF	-1 688 300	-69 300	0	-10 000	0
Ubenyttet kreditramme i HF	254 700	-50 500	0	10 000	0
Likviditetsbuffer	0	0	0	-5 000	0
Tilgjengelig likviditet UB	254 700	-50 500	131 200	17 300	155 900

5 Investeringer

Forslag til investeringsbudsjett for HMN samlet er på 738,1 mill. kr og vises samlet og fordelt pr foretak i tabellen under.

Tabell 5.1 Planlagte investeringer 2016 samlet og fordelt pr foretak (tall i 1000)

Investeringer 2016	STO	HMR	HNT	APO	HEMIT	RHF	HMN
PH Østmarka Nybygg	150 000						150 000
Investeringer bygg	30 000		40 000				70 000
IKT investeringer			2500	250	219 100		221 850
MTU	107 000	20 000	55 000	16 400			198 400
Tiltak ved Molde Sjukehus		25 000					25 000
Felleseide selskaper						10 200	10 200
Forsering av vedlikeholdsinvesteringer - tiltakspakke		42 500					42 500
Annet (inventar + tr.biler)	3 000			3 150		14 000	20 150
Sum investeringsplaner	290 000	87 500	97 500	19 800	219 100	24 200	738 100

Bygg/HMS

Investeringer til bygg er på noe lavere enn siste langtidsplan, dvs. totalt 287,5 mill. kr når en inkluderer 25 mill. til tiltak ved Molde sjukehus og 20 mill. kr til utviklingsplan for helse Nord-Trøndelag. Årsaken til at det samlede nivå ikke er vesentlig lavere enn langtidsplanen er tilskudd til forsering av vedlikeholdsinvesteringer ved Helse Møre og Romsdal på 42,5 mill. kr, samt en økning i investeringer på St. Olav Hospital på grunn av forsering av nybygg på Østmarka.

Det vil ikke påløpe investeringer til nytt sykehus i Helse Møre og Romsdal i 2016.

Tiltak ved Molde Sjukehus

Tiltak ved Molde sykehus er i tråd med siste langtidsplan og er knyttet til pålegg om oppgradering brannsikkerhet fra Molde kommune og tiltak med utbedring av inneklimate etter pålegg fra Arbeidstilsynet. Tiltakene er beregnet til 25 mill. kr i 2016.

IKT

Investeringsbudsjett for 2016 er noe høyere enn nivået i siste langtidsplan (LTB 2016-2021). Dette skyldes forskyvning av arbeid fra 2015 til 2016 for HMN LØ og investeringer knyttet til infrastruktur. Det kan bli endringer mellom drifts- og investeringsmidler innenfor vedtatte prosjektrammer i 2016.

Helseplattformen (EPJ/PAS) budsjetterer for 2016 med midler som kostnadsføres og disse vil ikke inngå i investeringstabellen.

Medisin Teknisk Utstyr (MTU)

Det er lagt til grunn en investeringsramme på 198,4 mill. kr. Dette er en reduksjon i forhold til siste langtidsplan, hvor total investering til MTU var på 268,6 mill. 2015-kr.

St. Olav hospital har sett seg nødt til å redusere MTU investeringer i 2016 til 110 mill. kr, Helse Møre og Romsdal har kun lagt inn investeringer for sammenbrudd på 20 mill. kr. Helse Nord-Trøndelag har budsjettert en forskyvning fra 2015 på 15. mill. kr, men ellers holdt seg til siste langtidsplan. Sykehusapotekene budsjetterer med en økning i investeringene som skyldes forskyvning av ARX i Molde fra 2015 til 2016 samt en forsering av oppgradering lokaler i Molde og produksjonsrom i Namsos.

Prehospitale tjenester

I tråd med gjeldene langtidsplan er det lagt inn reinvestering av 8 ambulansebiler og en bil til syketransport i 2016 for til sammen 14 mill. kr.

Sykehusapotekene

Det foreslås innvilget investeringsramme på 12,3 mill. kroner til pålagt ombygging av produksjonsrom ved apotek i Levanger og Namsos. Produksjonsrom i Namsos var egentlig satt til 2017 i LTB 2016-2021, men pga. tilsyn fra statens legemiddelverk må dette utføres i 2016.

Innhentede tilbud viser dog at kostnaden i Namsos kan bli noe lavere enn tidligere estimert da det finnes tilgjengelige kanaler for ventilasjon.

I tillegg foreslås innvilget til sammen 3 mill. kr til investering og installasjon av legemiddel robot (ARX) ved apotek i Molde. Dette var egentlig planlagt installert i 2015, men kommer først i 2016.

Videre er det forslått oppgradering av lokalene i Molde. Disse er nedslitt og utbedringer må til da nytt sykehus ikke forventes å være ferdig før tidligst i 2022.

6 Bidrag til regional likviditet

I forbindelse med langtidsplanen beregnes finansieringsbehov for fremtidige regionale investeringer. Beløpet er basert på fremtidige behov og er periodisert over flere år slik at regionen kan stille tilstrekkelig likviditet til rådighet i de år hvor investeringene gjennomføres.

Tabell 6.1 viser fordelingen av likviditet som årlig holdes tilbake fra de ulike helseforetakene.

Nivået for regional likviditet vurderes årlig basert på tilgjengelig likviditet, likviditet fra foregående, inneværende og kommende års prognoser. Fordelingen mellom de ulike helseforetak gjøres basert på ressursbehovsindeksen er for 2016 som vist i tabell 6.1.

Tabell 6.1 Tilbakeholdt likviditet 2016 samlet og fordelt pr foretak

(Tall i tusen)	STO	HMR	HNT	HMN
Budsjettet 2016	(160 182)	(122 603)	(69 196)	(351 981)

7 Administrerende direktørs vurdering

Alle helseforetak signaliserer at 2016 vil være et krevende år. Budsjett 2016 er første år hvor helseforetakene utarbeider egne investeringsbudsjetter og resultatkrav basert på egne langtidsbudsjett. Administrerende direktør vektlegger at foretaksgruppen har en god likviditetsmessig utvikling og synliggjør i saken i større grad enn tidligere hvordan resultat og investeringsbudsjettet påvirker likviditeten både i det enkelte foretak og samlet.

I forhold til langsiktige mål om gjennomføring av større investeringer er det sentralt at vi sparer den likviditeten som er mulig. Samlet likviditet til regionale investeringer ligger på samme nivå som i gjeldende langtidsbudsjett. Det er imidlertid bekymringsfullt at driften i det enkelte helseforetak i 2016 ikke genererer tilstrekkelig likviditet til planlagte investeringer. Det er derfor sentralt at det i arbeidet med langtidsbudsjett i det enkelte helseforetak vektlegges å legge opp drift og investeringer som gir en god økonomisk bærekraft.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 10/2016 Driftsrapport januar 2016

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	07.03.16	10/2016
Saksbeh:	Tormod Gilberg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2016/512	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar driftsrapporten for januar 2016 til etterretning.

SAKSUTREDNING:

Sak 10/2016 Driftsrapport januar 2016

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

Utrykte vedlegg i saksmappen

SAMMENDRAG / GENERELL VURDERING

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

Basert på disse endringene i pensjonskostnader viser foretakets resultat i januar et positivt avvik på 2,8 mill kroner i forhold til revidert resultatmål for 2016.

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

DRG-aktiviteten i de somatiske avdelingene var i januar ubetydelig lavere enn 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 som planlagt for 2016.

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

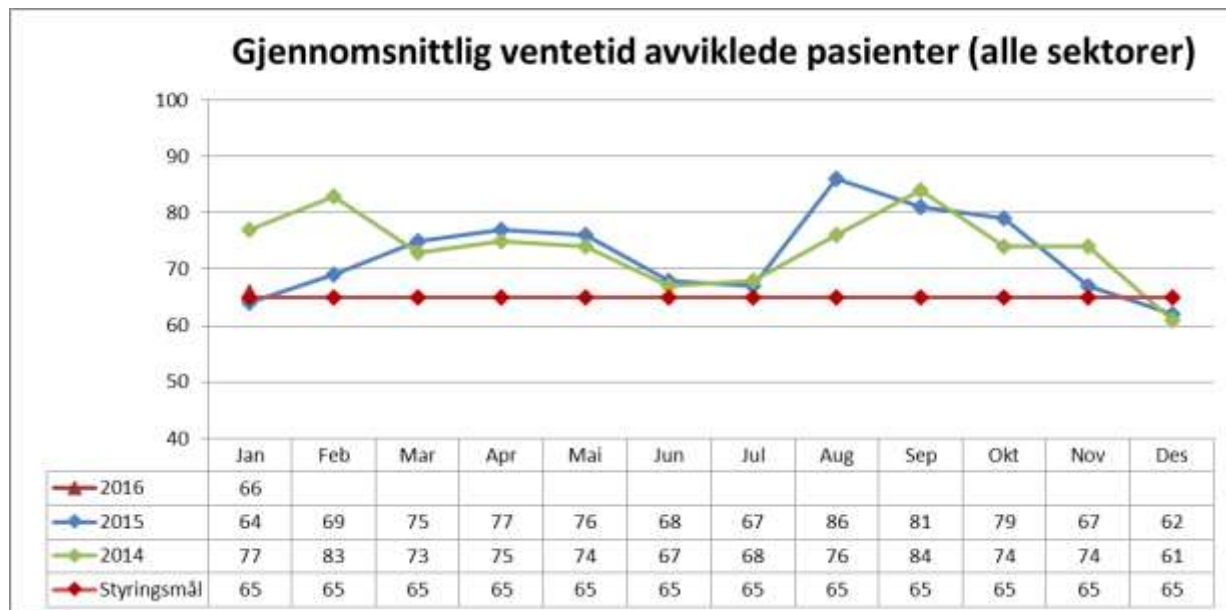
Aktiviteten i de psykiatriske avdelingene var i januar vel 1 % lavere enn foretakets planer, mens aktiviteten innen rusbehandling var om lag 1 % høyere enn planlagt. I samsvar med fastsatte retningslinjer legges det opp til størst økning i den polikliniske aktiviteten.

For rapporterte kvalitetsindikatorer var det god måloppnåelse for gjennomsnittlig ventetid (for avviklede pasienter) pr. 31.12.15 og i praksis måloppnåelse i forhold til å fjerne fristbrudd. Utviklingen siste måned viser en liten økning i gjennomsnittlig ventetid til 66 dager.

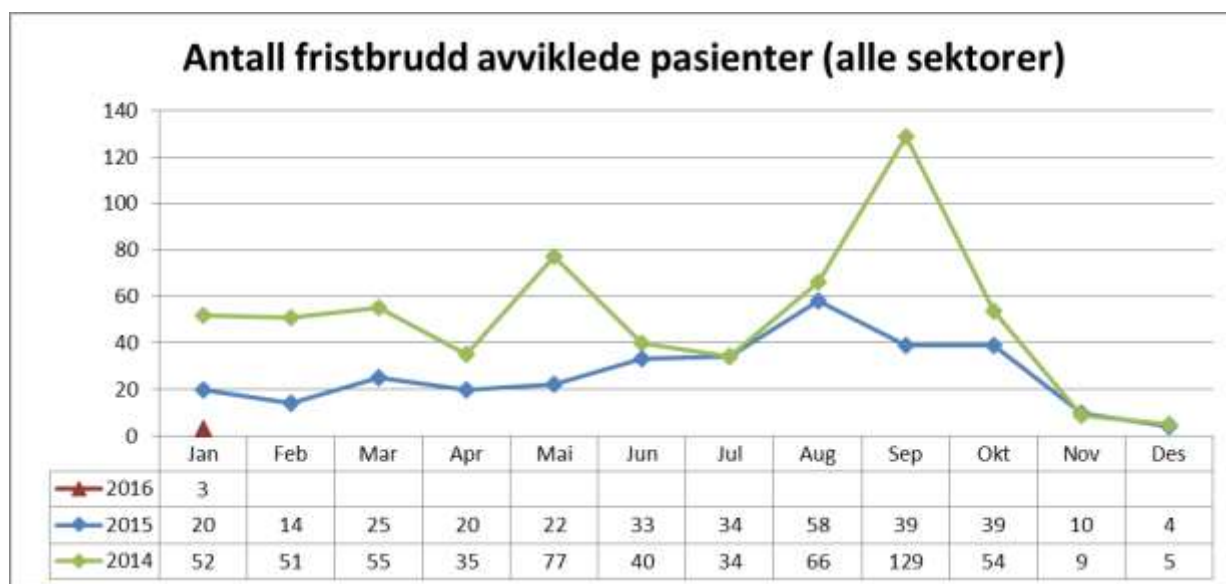
HNT prognostiserer et årsresultat for 2016 på 198 mill kroner. Det er en økning på 138 mill kroner i forhold til vedtatt budsjett og er knyttet til en tilsvarende reduksjon i foretakets pensjonskostnader.

1. PASIENTBEHANDLING

1.1 Ventetider



1.2 Fristbrudd

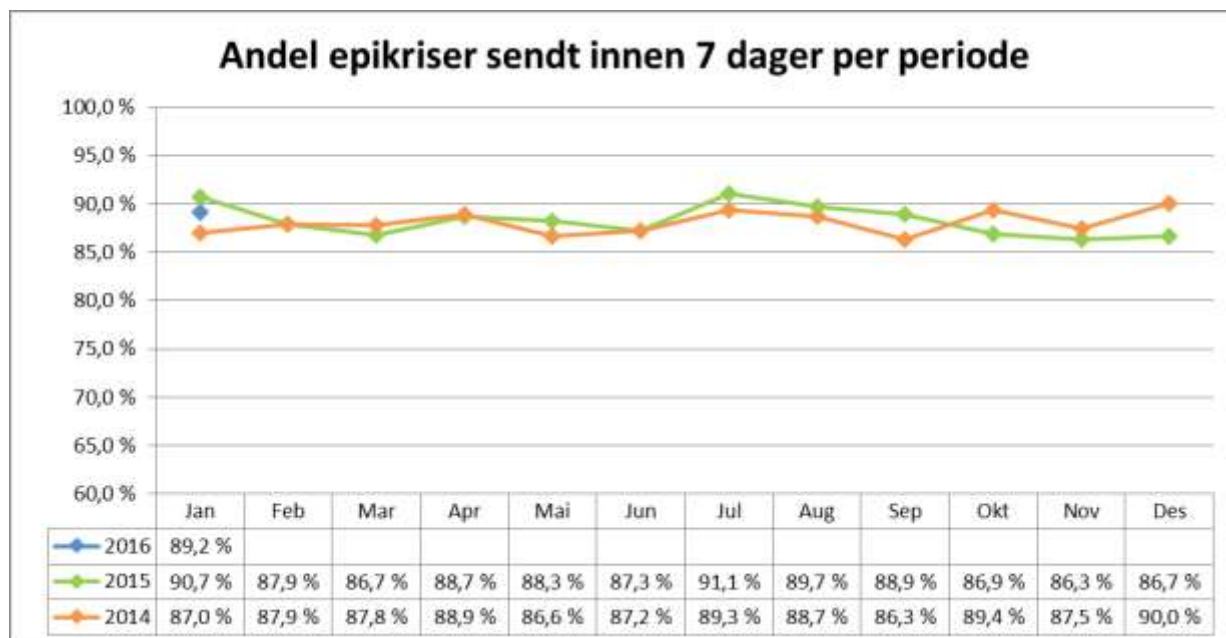


Det er betydelig fokus på og innsats for å redusere ventetider og å fjerne fristbrudd for foretakets pasienter. Dette har gitt resultater. Ved utgangen av 2015 nådde foretaket målsettingen om en gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter på under 65 dager. Foretaket hadde ved årsskiftet i praksis ingen pasienter med fristbrudd. Andel fristbrudd for avviklede pasienter var ved utgangen av 2015 på 0,2 %, mens gjennomsnittlig ventetid var 62 dager. Ved utgangen av januar var gjennomsnittlig ventetid økt til 66 dager.

2. KVALITET, FAGUTVIKLING OG FORSKNING

2.1 Pasientsikkerhet

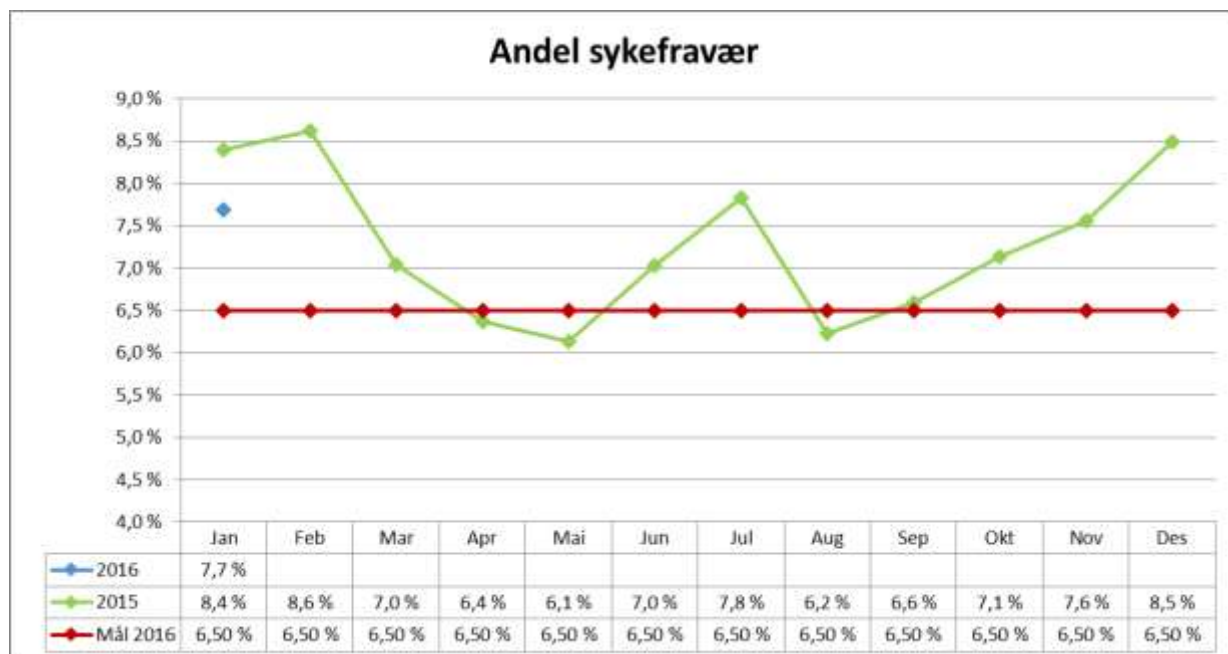
2.2 Epikrisetid



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

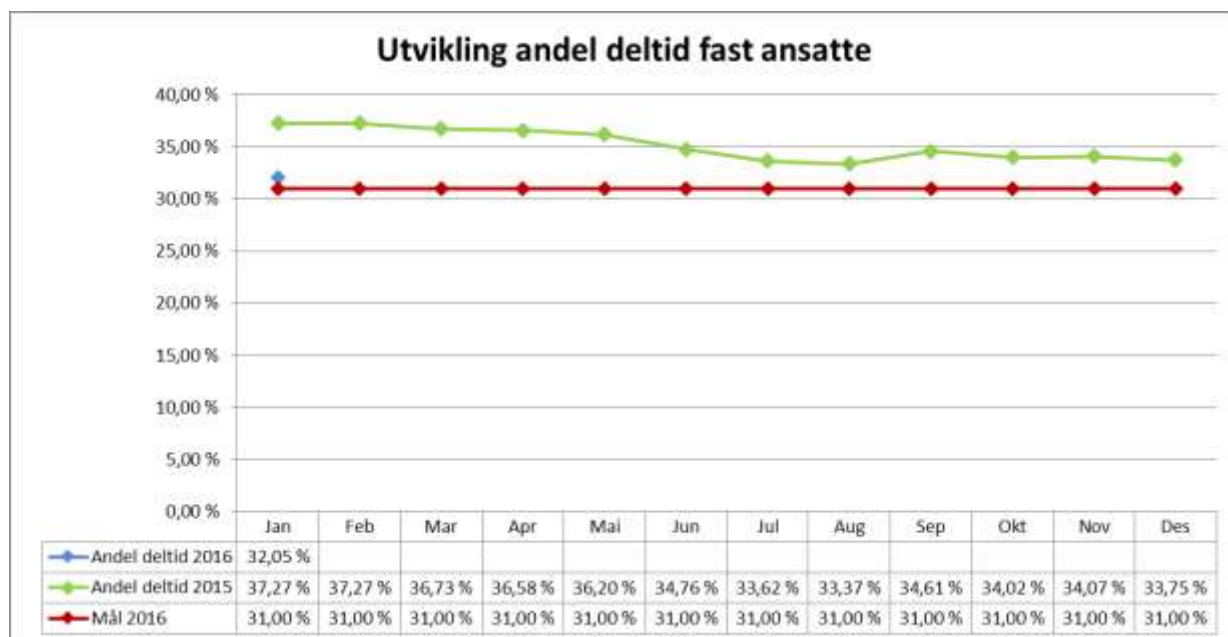
3.1 Andel sykefravær



Sykefraværet var i januar 7,7 % mot 8,4 % i samme måned i fjor. De fleste klinikker har lavere fravær sammenlignet med samme periode i fjor hvor starten av året var preget av forholdsvis høye fraværstall.

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

3.2 Andel deltid



Andel deltid for fast ansatte var i januar 32,1 %, en reduksjon på 1,7 %-poeng fra forrige måned. Samme måned i fjor var andel deltid for fast ansatte 37,3 %.

Den gjennomsnittlige stillingsprosenten for fast ansatte var i januar 88,6 %, - en økning på 0,6 %-poeng fra forrige måned.

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

3.3 Etterlevelse av arbeidstidsbestemmelser

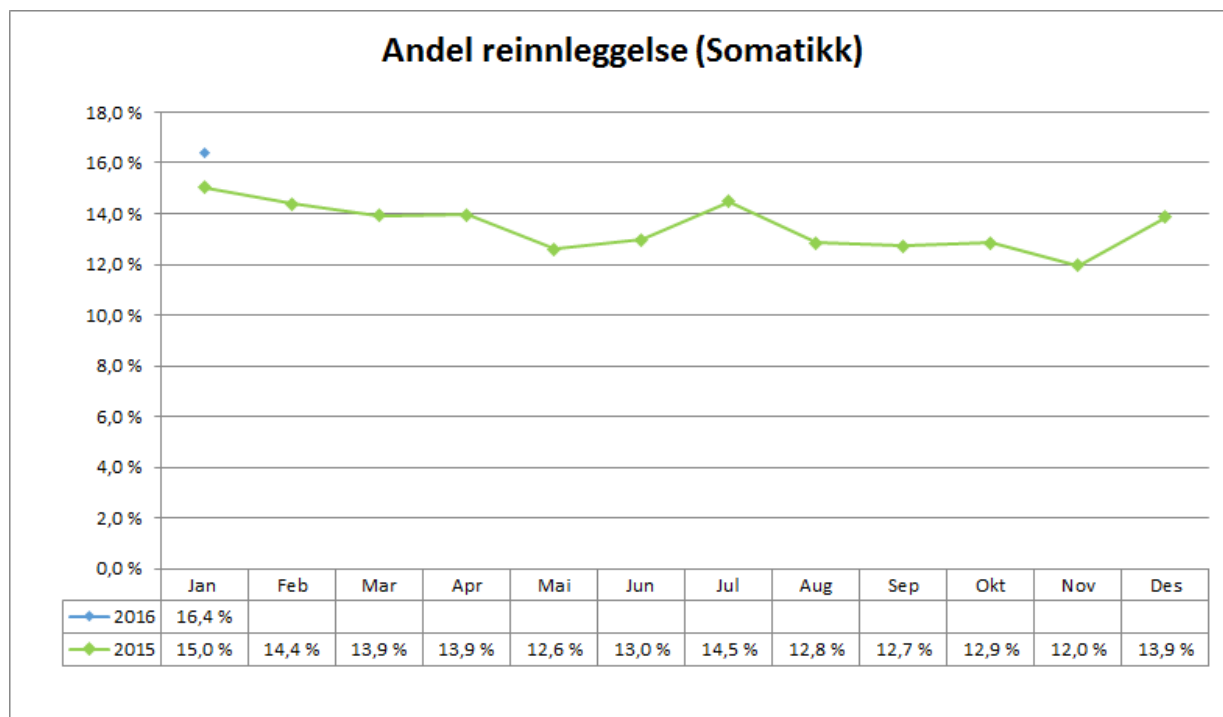


Etter en jevn nedgang i antall arbeidstidsavvik høsten 2015, viser tallene for januar en liten økning. Økningen i januar fordeler seg jevnt på type brudd og i forhold til årsak.

Når det gjelder målsettingen med å få redusert antall brudd, er det igangsatt et arbeid som i første omgang skal ta tak i brudd som enten er alvorlige i forhold til pasientsikkerheten eller i forhold til de ansattes helse. Noe av opplegget vil da være å sette inn tiltak som er innrettet mot disse målsettingene.

4. SAMHANDLING

4.1 Andel reinnleggelser somatikk



Andel reinnleggelser i foretakets somatiske avdelinger har ikke endret seg mye de siste årene og ligger mellom 12 og 16 % av antall opphold. Målsettingen for 2016 er lavere andel reinnleggelser enn i 2015. Tallene for januar viser imidlertid en økning i forhold til samme periode i fjor. Denne økningen er gjennomgående i alle somatiske klinikker.

Andel reinnleggelser i de psykiatriske avdelingene varierer noe mer og ligger mellom 10 og 22 % av antall opphold. Målsettingen for 2016 er lavere andel reinnleggelser enn i 2015. Andel reinnleggelser i de psykiatriske avdelingene var i januar på 18 %, - en økning på nesten 6 %-poeng i forhold til samme periode i fjor.

4.2 Liggedøgn utskrivningsklare pasienter



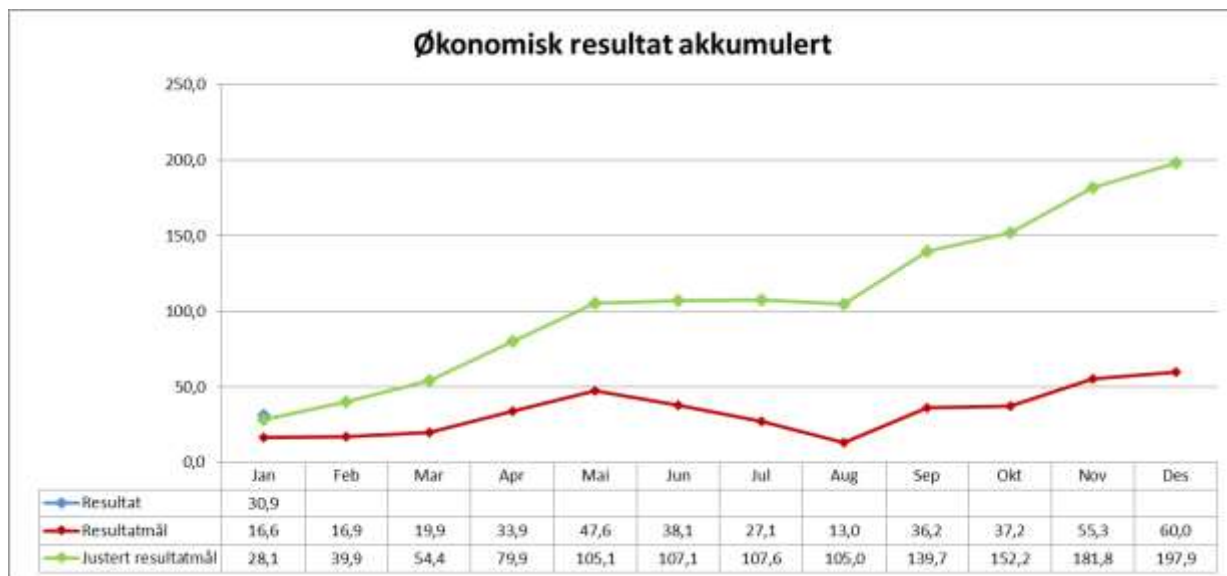
Kommunene betaler 4.505 kroner pr. liggedøgn for utskrivningsklare pasienter. Fakturerte liggedøgn kan variere litt fra registrerte liggedøgn p.g.a. forskjellige rapporteringsfrister, men dette blir korrigert i framtidige regninger.

I januar var det i alt 20 pasienter og 87 liggedøgn knyttet til utskrivningsklare pasienter. Tilsvarende periode i fjor var det 36 pasienter og 220 liggedøgn. Reduksjonen har vært størst for kommunene Verdal og Levanger.

5. ØKONOMI OG RESSURSTYRING

5.1 Resultat

Alle ansvarssteder	Denne periode			Hittil i år		
Resultat	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap	Budsjett	Avvik
Driftsinntekter	281 649	283 095	-1 445	281 649	283 095	-1 445
Varekostnader	-39 462	-40 184	722	-39 462	-40 184	722
Lønnskostnader	-167 630	-179 805	12 175	-167 630	-179 805	12 175
Andre driftskostnader	-44 853	-47 546	2 693	-44 853	-47 546	2 693
Driftskostnader	-251 945	-267 535	15 590	-251 945	-267 535	15 590
Driftsresultat	29 704	15 560	14 145	29 704	15 560	14 145
Finansresultat	1 153	1 038	115	1 153	1 038	115
Resultatmål	30 858	16 597	14 261	30 858	16 597	14 261
Endringer aktuarberegning pensj		11 500	-11 500		11 500	-11 500
Justert resultatmål	30 858	28 097	2 761	30 858	28 097	2 761



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

Regnskapet for januar viser et positivt avvik på 14,2 mill kroner, herav 11,5 mill kroner knyttet til reduserte pensjonskostnader. Basert på disse endringene i pensjonskostnader viser foretakets resultat i januar et positivt avvik på 2,8 mill kroner i forhold til revidert resultatmål for 2016.

Inntekter

Foretakets inntekter var i januar 1,4 mill kroner lavere enn budsjettet. Det var en svikt på 1,8 mill kroner i aktivitetsbaserte inntekter og merinntekter på 0,4 mill kroner knyttet til andre tilskudd/inntekter.

Varekostnader

Varekostnadene var i januar 0,7 mill kroner lavere enn budsjettet.

Lønnskostnader

Lønnskostnadene var i januar 12,2 mill kroner lavere enn budsjettet, herav 11,5 mill kroner knyttet til lavere pensjonskostnader.

Andre driftskostnader

Det var et samlet positivt avvik på disse postene på 2,5 mill kroner i januar.

Finansposter

Foretakets finansposter var i januar omtrent som budsjettet.

5.2 Prognose

Alle ansvarssteder		Hele året	
Resultat	Budsjett 2016	Prognose 2016	Avvik budsjett - prognose
Driftsinntekter	3 179 346	3 179 346	0
Varekostnader	-494 539	-494 539	0
Lønnskostnader	-2 058 345	-1 920 406	137 939
Andre driftskostn (6)	-489 026	-489 026	0
Andre driftskostn (7)	-89 891	-89 891	0
Driftskostnader	-3 131 801	-2 993 862	137 939
Driftsresultat	47 545	185 484	137 939
Finansresultat	12 455	12 455	0
Resultatmål	60 000	197 939	137 939
Endringer aktuarberegning pensj	137 939		-137 939
Justert resultatmål	197 939	197 939	0

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

Inntekter

Inntekter prognostiseres i samsvar med budsjett.

Varekostnader

Varekostnadene prognostiseres i samsvar med budsjett.

Lønnskostnader

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

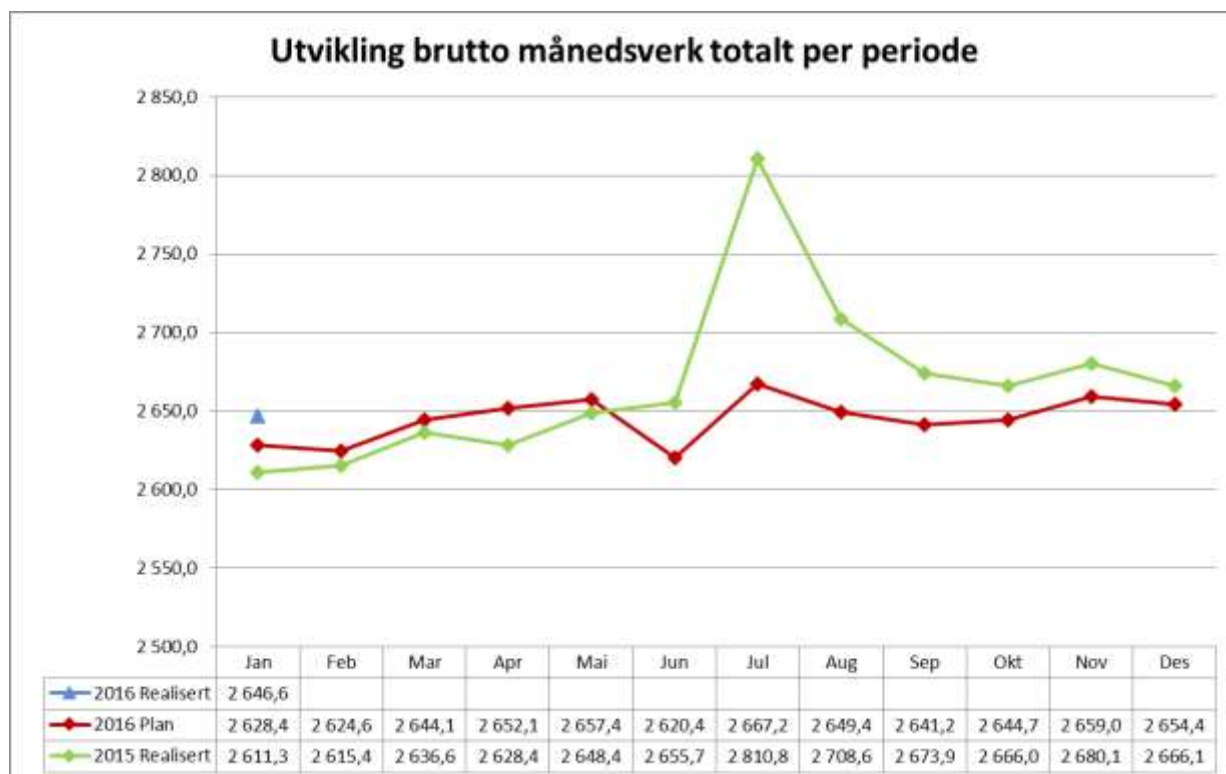
Andre driftskostnader

Andre driftskostnader prognostiseres i samsvar med budsjett.

Finansposter

Finanspostene prognostiseres i tråd med vedtatt budsjett.

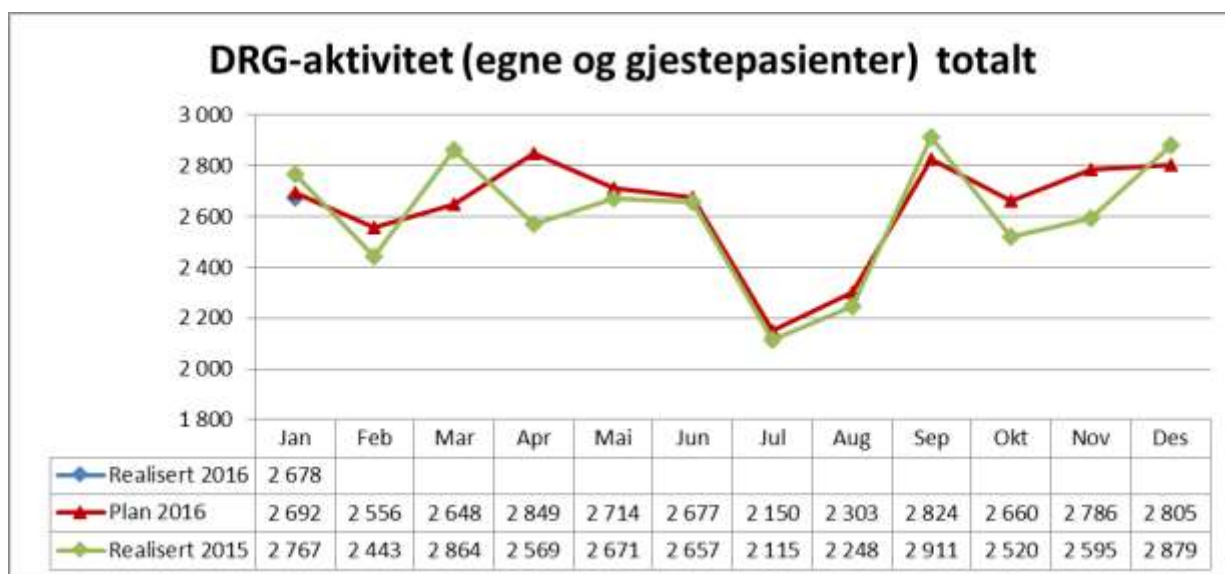
5.3 Bemanning



Samlede brutto månedsverk viste i januar et merforbruk på 18 månedsverk i forhold til plan.

Innleie av helsepersonell fra byrå var i januar på nivå med budsjettet. Dette er i hovedsak knyttet til nødvendig innleie av legespesialister for å kunne opprettholde pasienttilbudet ved fravær og vakanse i stillinger.

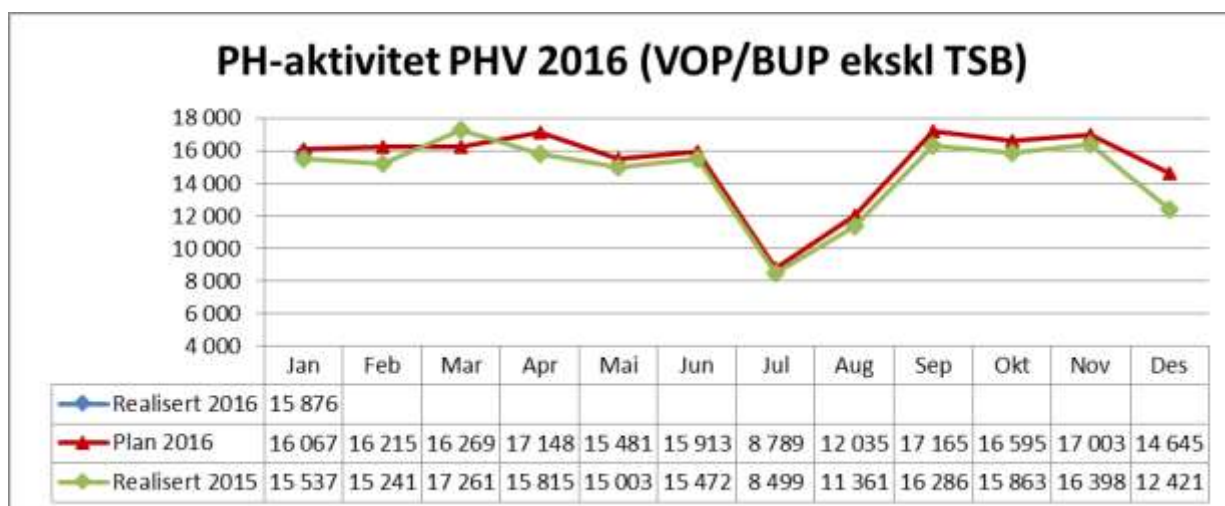
5.4 DRG-aktivitet



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

Foretakets DRG-aktivitet varierer noe fra måned til måned og i forhold til det som er planlagt for den enkelte måneden. I akkumulerte aktivitetstall utjevnes disse svingningene noe. Aktiviteten i januar var 0,5 % lavere enn planlagt aktivitet. Årets DRG-aktivitet prognostiseres å bli på nivå med foretakets plantall for 2016.

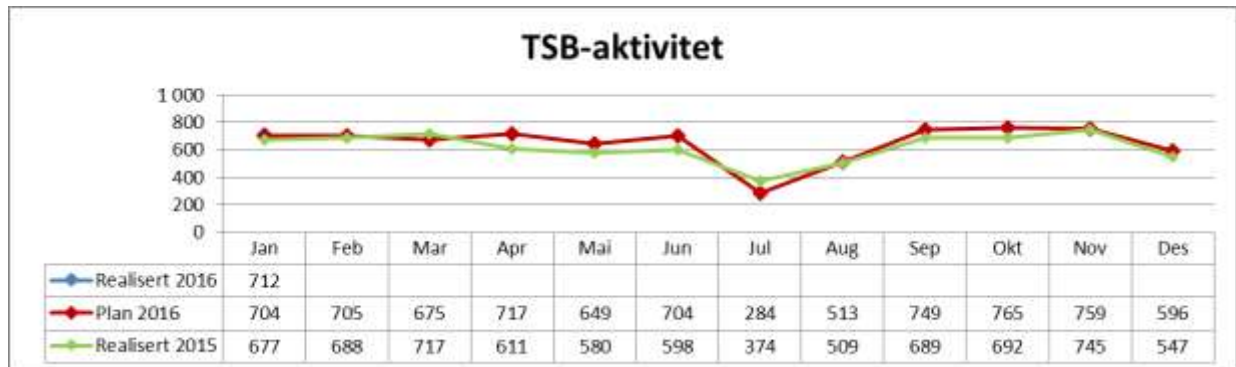
5.5 PH-aktivitet



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

Aktiviteten i de psykiatriske avdelingene var i januar vel 1 % lavere enn foretakets planer. I samsvar med fastsatte retningslinjer legges det opp til størst økning i den polikliniske aktiviteten.

5.6 TSB-aktivitet



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

Aktiviteten innen rusbehandling var i januar om lag 1 % høyere enn planlagt. I samsvar med fastsatte retningslinjer legges det opp til størst økning i den polikliniske aktiviteten.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 11/2016 Tilsyn fra DSB og Statens Strålevern

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	07.03.2016	11/2016
Saksbeh: Siw Storø, HMS-koordinator		
Arkivkode: 012		
Saksmappe: 2016/512		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar saken til orientering.

SAKSUTREDNING:

Statens Strålevern og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) gjennomførte et samordnet tilsyn i Helse Nord-Trøndelag i uke 47 i 2015. Det redegjøres for resultat av tilsynet og oppfølging etter tilsynsbesøket i denne saken. Selv om de to tilsynsmyndighetene hadde samordnet seg med hensyn til gjennomføringen av tilsynet, så forvalter de hvert sitt regelverk og presenterte resultatene i hver sin rapport. I det videre beskrives derfor tilsynene hver for seg.

A. Tilsyn fra Statens Strålevern

Hensikten med tilsynet var å få inntrykk av helseforetakets forebyggende arbeid og etterlevelse av regelverket som Statens Strålevern forvalter. Tilsynet ble gjennomført ved Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos med fokus på medisinsk strålebruk ved operasjonsavdelingene og avdelingene for bildediagnostikk.

Tilsynsrapporten uttrykker at det generelle inntrykket er at det arbeides systematisk og grundig med internkontrollforskriften og strålevernregelverket, men enkelte forbedringspunkter ble identifisert under tilsynet.

Det ble gitt fire avvik og fem anmerkninger under tilsynet, og helseforetaket fikk pålegg om retting av de fire avvikene.

Definisjonene av avvik og merknad i tilsynsrapporten er gjengitt nedenfor.

Avvik: «Overtredelse av krav fastsatt i eller i medhold av lovverket.»

Anmerkning: «Forhold som tilsynsmyndighetene mener det er nødvendig å påpeke, men som ikke omfattes av definisjonen for avvik.»

Nedenfor kommer en beskrivelse av avvik og tilhørende pålegg, samt hvilke tiltak helseforetaket har satt i verk for å oppfylle påleggene. Deretter kommer en oversikt over anmerkningene samt kommentarer til hvordan disse følges opp.

Avvik

Avvik nr. 1 – Kvalitetskontroll

Det er ikke utført kvalitetskontroller på alt røntgenutstyr etter helseforetakets plan.

Pålegg 1: Virksomheten må utarbeide en plan for gjennomføring av kvalitetskontroller (jf. avvik 1)

Frist for gjennomføring av pålegget: 1. mai 2016

Helse Nord-Trøndelags har satt i verk følgende tiltak for å oppfylle pålegget:

Det er i 2016, som tidligere år, etablert en plan for gjennomføring av kvalitetskontroller av strålemedisinsk utstyr i henhold til krav i strålevernforskriften. Det har imidlertid vært en del tilfeller av at utstyr ikke er blitt kontrollert i henhold til planen i de foregående årene, noe som også tilsynet viste. Nå er det imidlertid gjort organisatoriske endringer for å sikre at medisinsk fysiker har tilstrekkelig kapasitet til å foreta disse kontrollene i henhold til planen. De organisatoriske

endringene innebærer blant annet at fagradiograf nå ivaretar daglig drift og prosedyrer og er stedfortreder for avdelingsleder ved Sykehuset Levanger.

Avvik nr. 2 – Representative doser

Virksomheten har ikke revidert og etablert nye representative doser for de vanligste røntgendiagnostiske undersøkelser.

Pålegg 2: Virksomheten må etablere og sikre oppfølging av representative doser for typiske røntgendiagnostiske undersøkelser (jf. Avvik 2)

Frist for gjennomføring av pålegget: 15. juni 2016

Helse Nord-Trøndelags har satt i verk følgende tiltak for å oppfylle pålegget:
Avdelingene for bildediagnostikk ved Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos er i gang med arbeidet med å etablere såkalte referansedoser eller representative doser for typiske røntgendiagnostiske undersøkelser. De er forventet å komme i mål med dette arbeidet innen fristen 15. juni 2016.

Avvik nr. 3 – Årlig opplæring i strålevern og strålebruk (operasjonsavdelingen i Namsos)

Ved operasjonsavdelingen i Namsos har ikke alle brukere av C-bue (ortopeder og operasjonssykepleiere) gjennomgått årlig opplæring i strålevern og strålebruk.

Pålegg 3: Virksomheten må etablere et system som sikrer årlig opplæring i strålevern og strålebruk for brukere av C-bue ved operasjonsavdelingen i Namsos (jf. avvik 3)

Frist for gjennomføring av pålegget: 1. mai 2016

Helse Nord-Trøndelags har satt i verk følgende tiltak for å oppfylle pålegget:
Det er gjennomført opplæring av ortopeder og operasjonssykepleiere ved Sykehuset Namsos i januar 2016. Opplæringen er satt i system og vil bli gjentatt årlig.

Avvik nr. 4 – Apparatspesifikk opplæring (operasjonsavdelingen Namsos)

Apparatspesifikk opplæring er ikke gjennomført for alle brukere (ortopeder og operasjonssykepleiere).

Pålegg 4: Virksomheten må utarbeide en plan for gjennomføring og dokumentasjon av apparatspesifikk opplæring for brukere av C-buen ved operasjonsavdelingen i Namsos (jf. avvik 4)

Frist for gjennomføring av pålegget: 1. mai 2016

Helse Nord-Trøndelags har satt i verk følgende tiltak for å oppfylle pålegget:
Det er gjennomført opplæring av ortopeder og operasjonssykepleiere ved Sykehuset Namsos i bruk av C-buen i januar 2016. Opplæringen er satt i system og vil bli gjentatt årlig.

Anmerkninger

Anmerkning nr. 1 – Melding av uønskede hendelser

Det kommer ikke klart fram i lokale prosedyrer hvilke type uønskede strålevernrelaterte hendelser som skal meldes internt i avvikssystemet EQS og eksternt til Strålevernet.

Helse Nord-Trøndelags tiltak:

Avdeling for bildediagnostikk ved begge sykehus vil ta en gjennomgang av hvilke hendelser som skal meldes internt som avvik og hva som skal sendes Statens Strålevern.

Anmerkning nr. 2 – Henvisninger

Klinisk informasjon på noen henvisninger til bildediagnostiske undersøkelser er mangelfulle.

Helse Nord-Trøndelags tiltak:

Foretaket vil fortsette å informere henvisende instanser om opplysninger som må være med på korrekte utfylte henvisninger.

Anmerkning nr. 3 – Optimalisering av bruken av C-buer på operasjonsavdelingene

Bildekvaliteten og posisjoneringen av noen kontrollbilder tatt på operasjonsavdelinger er ikke alltid optimal.

Helse Nord-Trøndelags tiltak:

I forbindelse med opplæring av operasjonssykepleiere og ortopeder i bruk av C-buen vil det også bli gitt opplæring i betjening av utstyret for å få best mulig bildekvalitet.

Anmerkning nr. 4 – Brukerkompetanse på C-buer, operasjonsavdelingene

Det er ikke superbrukere på C-buene ved operasjonsavdelingene.

Helse Nord-Trøndelags tiltak:

Det vil bli vurdert å etablere superbrukere for C-buen ved operasjonsavdelingene.

Anmerkning nr. 5 – Kompetanse innen medisinsk fysikk

Tilgjengelig ressurs innen medisinsk fysikk virker ikke å være tilstrekkelig tilpasset for å ivareta virksomhetens omfang og kompleksitet.

Helse Nord-Trøndelags tiltak:

Det er gjort organisatoriske tiltak for å gi tilstrekkelig rom for medisinsk fysiker til å ivareta nødvendige oppgaver. Dette innebærer blant annet at avdelingsradiograf ivaretar oppgaver ifm. daglig drift og er stedfortreder for avdelingsleder ved Sykehuset Levanger. I tillegg ivaretar fagradiograf på Nukleærmedisin en del prosedyrer innen dette området.

Oppsummering

Helseforetaket fikk påpekt en del forhold som bør forbedres under tilsynet fra Statens Strålevern. Det ble imidlertid ikke avdekket noe som var overraskende, og innenfor de fleste områdene var det

allerede planlagt eller iverksatt tiltak. Det forventes at påleggene vil bli oppfylt innen de frister som er satt.

B. Tilsyn fra DSB

Hensikten med tilsynet var å få inntrykk av helseforetakets forebyggende arbeid og etterlevelse av regelverket på utvalgte områder. Fokusområder var medisinsk-teknisk utstyr (MTU), elektrisk utstyr og elektriske installasjoner.

Det ble avdekket 1 avvik og 2 anmerkninger innenfor de områder som ble berørt i tilsynet. Helseforetaket har fått pålegg om retting av avviket innen 30. april 2016.

Definisjonene av avvik og merknad i tilsynsrapporten er gjengitt nedenfor.

Avvik: «Manglende etterlevelse av krav gitt i medhold av lov eller forskrift.»

Anmerkning: «Et forhold som tilsynsetatene mener det er nødvendig å påpeke, men som ikke omfattes av definisjonen for avvik. Virksomhetens manglende etterlevelse av egne regler som er strengere enn lovkravene, vil fra tilsynsetatens side ikke betraktes som et avvik, men kan omtales som en anmerkning.»

Nedenfor kommer en beskrivelse av avviket og samt hvilke tiltak helseforetaket har satt i verk for å lukke avviket. Deretter kommer en oversikt over anmerkningene samt kommentarer til hvordan disse følges opp.

Avvik

Følgende avvik ble avdekket under tilsynet:

«Helseforetaket har store restanser på det forebyggende vedlikeholdet av MTU.»

Kommentar (i tilsynsrapporten):

«Restansene i det forebyggende vedlikeholdet av MTU for begge sykehusene er opplyst til å ha en økende tendens. Etterslepet ble opplyst til å være på ca. 374 av 1500 apparater (ca. 25 %) i Levanger og ca. 235 av 860 apparater (ca. 27 %) i Namsos. Utstyr med høy risiko er prioritert mht. forebyggende vedlikehold.»

Frist for å lukke avviket: 30. april 2016.

Helse Nord-Trøndelags har satt i verk følgende tiltak for å lukke avviket:

- Medisinsk-teknisk avdeling er en gjennomgående avdeling ved de to sykehusene i Nord-Trøndelag. Det har de siste årene vært 8 stillingshjemler totalt ved avdelingen, fordelt på 5 stillinger ved Sykehuset Levanger og 3 stillinger ved Sykehuset Namsos. Etter hvert som aktiviteten har økt, ser vi at vi ikke har tilstrekkelig med personalressurser til å ta unna det forebyggende vedlikeholdet av medisinsk-teknisk utstyr. Det er derfor besluttet å utvide arbeidsstokken ved avdelingen med 3 stillinger, hvorav 1 er tiltenkt Sykehuset Namsos og 2 blir lokalisert ved Sykehuset Levanger. Det er p.t. gjort ansettelse i disse stillingene, og de nye medarbeiderne vil tiltre før sommeren.
- For å ta unna noe av etterslepet fram til bemanningsøkningen gir effekt, leies det inn ressurser fra leverandører av utstyr samt benyttes overtid for egne ansatte.

Anmerkninger

Det ble gitt to anmerkninger under tilsynet.

Anmerking nr. 1:

«MTA er ikke registrert i Elvirksomhetsregisteret»

Kommentar (i tilsynsrapporten):

«Foretak som utfører arbeid knyttet til elektriske anlegg og reparasjon av elektrisk utstyr, skal registreres i Elvirksomhetsregisteret. Registreringsplikten gjelder også for alle underenheter som utfører arbeid knyttet til elektriske anlegg og reparasjon av elektrisk utstyr.»

Helse Nord-Trøndelags tiltak:

Helse Nord-Trøndelag har sørget for registrering av MTA (Medisinsk-teknisk avdeling) i Elvirksomhetsregisteret i etterkant av tilsynet.

Anmerking nr. 2:

«Det ble under intervju med MTA i Namsos, referert til gammel forskrift i «Læreplan for å oppnå særskilt samtykke» (ID nr. 7364)»

Kommentar (i tilsynsrapporten):

«Gjeldende forskrift skal være:

Forskrift om elektroforetak og kvalifikasjonskrav for arbeid knyttet til elektriske anlegg og elektrisk utstyr § 8».

Helse Nord-Trøndelags tiltak:

Helse Nord-Trøndelag oppdaterer prosedyren med henvisning til riktig forskrift.

Oppsummering

Helseforetaket fikk ett avvik under DSB-tilsynet, og dette omhandlet etterslep i det forebyggende vedlikeholdet av medisinsk-teknisk utstyr. Det var i forkant av tilsynet igangsatt et arbeid med å øke personalressursene ved medisinsk-teknisk avdeling for nettopp å komme mer ajour med det forebyggende vedlikeholdet. Det forventes at avviket blir lukket innen fristen 30. april.

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 15.01.16 kl 14.00 – 14.15

Møtested: Telefonmøte

Saksnr.: 01/16 – 02/16

Arkivsaksnr.: 15/633

Møtende medlemmer:

Ola H. Strand

Paul Steinar Valle

Brit Tove Welde

Tore Kristiansen

Ellen Wøhni

Ivar Østrem

Randulf Søberg

Vigdis Harsvik

Forfall:

Liv Stette

Tore Kristiansen

Regionalt brukerutvalg:

Ingen

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Stig A. Slørdahl

Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)

Direktør for eierstyring Jan Eirik Thoresen

Seniorrådgiver Gunn Fredriksen

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 13.01.15. Samme dag ble saksdokumentene lagt ut i styreadministrasjonen.

Møtet ble avviklet som et telefonmøte, med egen kode for mulighet for å lytte av møtet.

Styrets leder Ola H. Strand ønsket velkommen til styremøtet.

Innkalling og saksliste til møtet ble godkjent.

Sak 01/16 Oppnevning av valgkomite for nye helseforetakstyrer i Helse Midt-Norge

Forslag til vedtak:

Styret oppnevner følgende 4 personer til valgkomiteen for innstilling av kandidater til helseforetakenes styrer:

- , leder
-
-
-

Administrerende direktør og direktør for eierstyring er valgkomiteens sekretariat.

Protokoll

Det ble lagt fram følgende forslag til valgkomite

Ola H. Strand, leder
Paul S. Valle, nestleder
Britt Tove Welde
Randulf Søberg

Det ble ikke fremmet alternative forslag, og disse ble enstemmig valgt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret oppnevner følgende 4 personer til valgkomiteen for innstilling av kandidater til helseforetakenes styrer:

Ola H. Strand, leder
Paul S. Valle, nestleder
Britt Tove Welde
Randulf Søberg

Administrerende direktør og direktør for eierstyring er valgkomiteens sekretariat.

Sak 02/16 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoll blir godkjent og signert i neste møte

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 03.02.16 kl 19.30 – 21.30

04.02.16 k. 08.30 – 15.40

Møtested: Quality Airport hotell Værnes

Saksnr.: 03/16 – 18/16

Arkivsaksnr.: 15/633

Møtende medlemmer:

Ola H. Strand

Paul Steinar Valle

Liv Stette

Brit Tove Welde

Ivar Østrem

Randulf Søberg

Vigdis Harsvik

John Olav Berdahl (vara)

Forfall:

Ellen Wøhni

Tore Kristiansen

Regionalt brukerutvalg:

Snorre Ness

Arthur Mandahl

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Stig A. Slørdahl

Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)

Direktør for stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød

Direktør for samhandling Daniel Haga

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Økonomidirektør Anne Marie Barane

Direktør for helsefag Pepe Salvesen

HR direktør Anne Katarina Cartfjord

Direktør for eierstyring Jan Eirik Thoresen

Internrevisjonssjef Jørgen Midtlyng

Tidligere internrevisjonssjef Ellinor Wessel Pettersen

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 28.01.16. Samme dag ble saksdokumentene lagt ut i styreadministrasjonen. Mandag 01.02.16 ble bakgrunnsnotat til sak 15/16 Temasak «Strategi 2030 – Den

nye pasientrollen – Pasientens helsetjeneste» og drøftingsprotokoll til sak 06/16 lagt ut i styreadministrasjonen. Drøftingsprotokoll til sak 07/16 ble lagt ut i styreadministrasjonen 02.02.16.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 01.02.16

Styremøtet startet onsdag 3. februar 16 med behandling av sak 15/16 Temasaker, og fortsatte torsdag 4. februar 16.

Styrets leder Ola H. Strand ønsket velkommen til styremøtet.

Innkalling og saksliste til møtet ble godkjent.

Sak 03/16 Referatsaker

Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 01.02.16
Protokoll fra telefonmøte i Styrets revisjonsutvalg 19.10.15
Protokoll fra telefonmøte i Styrets revisjonsutvalg 14.01.16

Sak 04/16 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 30.11.15

Forslag til vedtak:

1 Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport per 30.11.2015 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 30.11.2015 til etterretning.

Sak 05/16 Oppfølging av oppdragsdokument 2016 og protokoll fra foretaksmøte med Helse Midt-Norge RHF 12. januar 2016

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar oppdragsdokumentet 2016 og protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 12. januar 2015 til etterretning.

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

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar oppdragsdokumentet 2016 og protokoll fra fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 12. januar 2015 til etterretning.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar administrerende direktørs oppfølgingsregime til orientering.

Sak 06/16 «Styringskrav og rammer 2016» til helseforetakene i Midt-Norge

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar «Styringskrav og rammer 2016 for Helse Nord-Trøndelag HF» i henhold til vedlegg 1.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar «Styringskrav og rammer 2016 for Helse Møre- og Romsdal HF» i henhold til vedlegg 2.
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar «Styringskrav og rammer 2016 for St. Olavs Hospital HF» i henhold til vedlegg 3.
4. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar «Styringskrav og rammer 2016 for Sykehusapotekene i Midt-Norge HF» i henhold til vedlegg 4.
5. Administrerende direktør gis anledning til å foreta mindre korreksjoner i Styringskrav og rammer 2016 for helseforetakene.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar «Styringskrav og rammer 2016 for Helse Nord-Trøndelag HF» i henhold til vedlegg 1.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar «Styringskrav og rammer 2016 for Helse Møre- og

Romsdal HF» i henhold til vedlegg 2.

3. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar «Styringskrav og rammer 2016 for St. Olavs Hospital HF» i henhold til vedlegg 3.

4. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar «Styringskrav og rammer 2016 for Sykehusapotekene i Midt-Norge HF» i henhold til vedlegg 4.

5. Administrerende direktør gis anledning til å foreta mindre korreksjoner i Styringskrav og rammer 2016 for helseforetakene.

Sak 07/16 Resultat og investeringsbudsjett 2016

Forslag til vedtak:

1. Styret vedtar følgende budsjetterte resultat for foretaksgruppen:

(Tall i tusen)	STO	HMR	HNT	APO	RHF	TOV	Hemit	HMN
Budsjettert resultat 2016	140 000	32 000	60 000	1 800	30 000	2 700	(77 300)	189 200

2. Styret vedtar et investeringsbudsjett for foretaksgruppen i 2016 i henhold til tabell:

Investeringer (tall i tusen kr)	2016
PH Østmarka Nybygg	150 000
Investeringer bygg	70 000
IKT investeringer	221 850
MTU	198 400
Tiltak ved Molde Sjukehus	25 000
Felleseide selskaper	10 200
Forsering av vedlikeholdsinvesteringer - tiltakspakke	42 500
Annet (inventar + tr.midler)	20 150
Sum	738 100

3. Styret ber om at helseforetakene avdekker 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.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret vedtar følgende budsjetterte resultat for foretaksgruppen:

(Tall i tusen)	STO	HMR	HNT	APO	RHF	TOV	Hemit	HMN
Budsjettert resultat 2016	140 000	32 000	60 000	1 800	30 000	2 700	(77 300)	189 200

2. Styret vedtar et investeringsbudsjett for foretaksgruppen i 2016 i henhold til tabell:

Investeringer (tall i tusen kr)	2016
PH Østmarka Nybygg	150 000
Investeringer bygg	70 000
IKT investeringer	221 850
MTU	198 400
Tiltak ved Molde Sjukehus	25 000
Felleseide selskaper	10 200
Forsering av vedlikeholdsinvesteringer - tiltakspakke	42 500
Annet (inventar + tr.midler)	20 150
Sum	738 100

3. Styret ber om at helseforetakene avdekker 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.

Sak 08/16 Salg av eiendom på Østmarka

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

Styret besluttet å behandle saken i lukket møte i hht Helseforetakslovens § 26 a pkt. 4

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF viser til vedtak i St Olavs Hospital HF om salg av boligene på Østmarka med til sammen 44 boenheter og tilhørende tomteområde, samt byggene 2124 og 2125 med tilhørende tomt. Salgsinntektene skal inngå i den forutsatte finansiering av byggesaken «nytt akuttbygg Østmarka».

Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til at eiendommen kan selges slik beskrevet i saksfremlegget, og gir St Olavs Hospital fullmakt til å gjennomføre avhendingen. Salgsfullmakten er ut fra reglementet betinget av godkjenning av foretaksmøte, og fullmakten oversendes Helse og Omsorgsdepartementet for behandling.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF viser til vedtak i St Olavs Hospital HF om salg av boligene på Østmarka med til sammen 44 boenheter og tilhørende tomteområde, samt byggene 2124 og 2125 med tilhørende tomt. Salgsinntektene skal inngå i den forutsatte finansiering av byggesaken «nytt akuttbygg Østmarka».

Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til at eiendommen kan selges slik beskrevet i saksfremlegget, og gir St Olavs Hospital fullmakt til å gjennomføre avhendingen. Salgsfullmakten er ut fra reglementet betinget av godkjenning av foretaksmøte, og fullmakten oversendes Helse og Omsorgsdepartementet for behandling.

Sak 09/16 Forprosjekt og utbyggingsvedtak – Psykiatriløftet Levanger

Adm dir orienterte om at administrasjonen har vurdert habilitet til saksbehandler, og det er ikke grunnlag for at vedkommende er inhabil.

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar anbefalingen fra Styret i Helse Nord-Trøndelag til etterretning, og godkjenner forprosjekt for Psykiatriløftet Levanger med styringsmål 209,7 mnok (p50%, prisnivå aug 2015). Øvre ramme for prosjektet settes til 224,5 mnok (p85%, prisnivå aug 2015).

Styret for Helse Midt-Norge RHF godkjenner at utbyggingen gjennomføres i tråd med saksutredningen. Byggestart kan gjennomføres tidlig i 2017.

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

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar anbefalingen fra Styret i Helse Nord-Trøndelag til etterretning, og godkjenner forprosjekt for Psykiatriløftet Levanger med styringsmål 209,7 mnok (p50%, prisnivå aug 2015). Øvre ramme for prosjektet settes til 224,5 mnok (p85%, prisnivå aug 2015).

Styret for Helse Midt-Norge RHF godkjenner at utbyggingen gjennomføres i tråd med saksutredningen. Byggestart kan gjennomføres tidlig i 2017.

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

Sak 10/16 Internrevisjonsrapport - Legemiddelhåndteringen i helseforetakene - Oppsummering

Forslag til vedtak:

1. Styret tar til etterretning de funn og vurderinger som fremkommer i oppsummeringsrapport etter internrevisjon av Legemiddelhåndteringen i helseforetakene.
2. Styret ber administrerende direktør om å sørge for at handlingsplaner som er innhentet fra de reviderte enheter blir fulgt opp.
3. Styret har merket seg at det er etablert systemer og rutiner, men at disse i varierende grad etterleves. Styret ber om at ledelsen i oppfølgingen fokuserer spesielt på implementering og etterlevelse av interne styringsdokumenter

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret tar til etterretning de funn og vurderinger som fremkommer i oppsummeringsrapport etter internrevisjon av Legemiddelhåndteringen i helseforetakene.
2. Styret ber administrerende direktør om å sørge for at handlingsplaner som er innhentet fra de reviderte enheter blir fulgt opp.
3. Styret har merket seg at det er etablert systemer og rutiner, men at disse i varierende grad etterleves. Styret ber om at ledelsen i oppfølgingen fokuserer spesielt på implementering og etterlevelse av interne styringsdokumenter

Sak 11/16 Evaluering av internrevisjonen i Helse Midt-Norge - Rapport fra Deloitte

Forslag til vedtak:

1. Styret tar til etterretning funn, vurderinger og anbefalinger som framgår av rapporten fra

Deloitte om evaluering av internrevisjonen.

2. Styret ber revisjonsutvalget om å følge opp at det blir etablert tiltak i forhold til de skisserte avvik i rapporten og at de påpekte forbedringspunktene blir gjennomført.

3. Styret ber spesielt om at det settes fokus på å sikre riktig ressursbruk i forhold til risikobildet.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret tar til etterretning funn, vurderinger og anbefalinger som framgår av rapporten fra Deloitte om evaluering av internrevisjonen.

2. Styret ber revisjonsutvalget om å følge opp at det blir etablert tiltak i forhold til de skisserte avvik i rapporten og at de påpekte forbedringspunktene blir gjennomført.

3. Styret ber spesielt om at det settes fokus på å sikre riktig ressursbruk i forhold til risikobildet.

Sak 12/16 Instruks for administrerende direktør Helse Midt-Norge RHF

Behandlet etter sak 07/16

Forslag til vedtak:

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar Instruks for administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF datert 28.01.16

Protokoll

Styremedlem Liv Stette fremmet forslag om at styret vedtar Instruks for administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF datert 28.01.16, med endringer som kom fram i møtet.

Dette ble enstemmig vedtatt

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar Instruks for administrerende direktør i Helse Midt-Norge

RHF datert 28.01.16, med de endringer som kom fram i møtet.

Sak 13/16 Årlig gjennomgang av styrende dokumenter for Styret i Helse Midt-Norge RHF

Forslag til vedtak:

Styret i Helse Midt-Norge RHF tar til etterretning årlig gjennomgang av styrende dokumenter for Helse Midt-Norge

Protokoll

Styreleder Ola H. Strand fremmet forslag om dokumenter som styret har fastsatt stadfestes enkeltvis.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

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

- Styreinstruks for styret i Helse Midt-Norge RHF : tas opp i neste møte for stadfestelse
- Instruks for administrerende direktør : vedtatt i dagens møte
- Samlet oversikt over oppgaver og tilhørende myndighet for foretaksmøtet, styret og daglig leder i Helse Midt-Norge RHF : stadfestet
- Etsiske retningslinjer : bes fremmet for revidering i neste styremøte
- Instruks for internrevisjon i Helse Midt-Norge : stadfestet
- Instruks for styrets revisjonsutvalg : stadfestet
- Instruks for styrets godtgjøringsutvalg : stadfestet

Sak 14/16 Strategi for Nasjonal IKT HF - En felles IKT strategi for spesialisthelsetjenesten

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til «*Strategi for Nasjonal IKT HF – En felles IKT-strategi for spesialisthelsetjenesten*».

2. Styret ber administrerende direktør sikre gjennomføring av strategien, gjennom oppdrag gitt i eierlinjen til Nasjonal IKT HF.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til «*Strategi for Nasjonal IKT HF – En felles IKT-strategi for spesialisthelsetjenesten*».
2. Styret ber administrerende direktør sikre gjennomføring av strategien, gjennom oppdrag gitt i eierlinjen til Nasjonal IKT HF.

Sak 15/16 Temasaker

Behandlet i styremøtet onsdag 3. februar 2016.

Forslag til vedtak:

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

I styremøte i Helse Midt-Norge RHF 03.02.16 fikk styret følgende saker lagt fram som tema for diskusjon

- Ny KPI matrise 2016
- Strategi 2030 Den nye pasientrollen – Pasientens helsetjeneste

Sak 16/16 Orienteringssaker

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

I styremøte 04.02.16 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Nytt fra foretaksgruppen
- Orientering om kontinuerlig forbedring i Helse Møre og Romsdal, omstilling og Sykehuset Nordmøre og Romsdal
- Helseplattformen
- Arbeidet med å redusere risikofylte avvik fra arbeidstidsbestemmelsene i HMN

Sak 17/16 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 18/16 Godkjenning og signering av protokoller

Protokoller fra dagens møte og møtet 15.01.16 ble godkjent og signert i møtet.

Stjørdal 04.02.16

Ola H. Strand

Paul Steinar Valle

Liv Stette

Tore Kristiansen

Vigdis Harsvik

Brit Tove Welde

Randulf Søberg

Ellen Wøbni

Ivar Østrem



PROTOKOLL

fra møte i politisk samarbeidsutvalg (PSU)

Tidspunkt: Mandag 25 januar 2016 kl. 0900 - 1100

Sted: Quality Grand Hotel, Steinkjer.

Tilstede:

Robert Svarva, Alf Daniel Moen, Hege Nordheim-Viken, Bjørn Arild Gram, Inger Marit Eira-Åhren, Tone Våg og Steinar Aspli.

Fra administrasjonene:

Arne Flaaf, Olav Bremnes, Paul Georg Skogen, Marit Moe, Laila Steinmo.

Observatører: Marit Voll, Bente Kne Haugdal og Torunn Austheim.

Meldt forfall: Marit Dille.

Referent: Einar Jakobsen

Ingen innvendinger til innkalling og sakliste.

Sak 16/01 Årsrapport 2015.

Vedlegg: Korrigeret årsrapport

Vedtak:

Årsrapporten godkjennes med følgende tillegg under utfordringer for 2016:

- Fremtidige kompetanseutfordringer (jfr. Sak 16/04)
- -Økt innvandring (jfr. Sak 16/03)

Sak 17/02 Rehabilitering.

Innledning ved seniorrådgiver Bente Kne Haugdal, Fylkesmannen i NT.

Vedlegg: PP - rehabilitering

Vedtak:

Informasjon gitt i møtet tatt til orientering.

Det er viktig å skape en felles forståelse for hvordan kommunene og helseforetaket i fellesskap skal arbeide med rehabilitering til pasientens beste.

PSU vil derfor anmode kommunene om å møte på Fylkesmannens fagdag 3 mars.

Sak 18/03 Økt innvandring -samhandlingsutfordringer.

Henvising: Helse i innvandrerbefolkningen - Folkehelse rapporten 2014

Innledning v/kommuneoverlege Sunniva JN Rognerud, Steinkjer kommune

Lenke til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler/?id=111676>

Vedlegg: PP - flyktnings situasjonen

Vedtak:

Informasjonen tatt til orientering.

Flyktnings situasjonen settes som fast post på agendaen i 2016.

Sak 19/04 Utdanning – kompetanse. Muligheter og utfordringer i en ny struktur.

Vedlegg: PP – Muligheter og utfordringer

Innledning v/dekan Kristin Bratseth, Nord Universitet.

Vedtak:

Informasjonen tatt til orientering.

Tema samhandling mellom Nord Universitet og NTNU settes på sakskartet høsten -16

Sak 20/05 Referatsaker.

1. Oppfølging av sak 15/10. Helseforetakets bruk av DMS`ene.
Kort orientering om saksgangen v/ Olav Bremnes
2. Sak 15/11 Primærhelsemeldinga (samarbeid om psykologkompetanse)
Kort orientering v/ Einar Jakobsen
3. Status Plan 2030. Utsatt til neste møte

Vedtak:

Informasjonen tatt til orientering

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 20.01.2016 kl. 10.00 – 14.00
Møtested: Quality Hotel Grand, Steinkjer
Saksnr.: 01/2016 – 9/2016
Arkivsaksnr: 2016/8

Møteleder: Hilde Tyldum Stordahl (etter at Brukerutvalget konstituerte seg)

Disse møtte:
Steinar Mikalsen
Hilde Tyldum Stordahl
Terje Veimo
Mona Lersveen
Karl John Amdahl
Hildur Fallmyr
Olav Malmo
Ola Larsen
Ole Flakken
Knut Bakken

Forfall:
Unni Kristiansen
Aage Haukø
Terje Greger Holmsberg

Fra administrasjonen:	
Adm. direktør	Arne Flaatt
Konst. informasjonssjef	Svein H. Karlsen (referent)
Rådgiver	Marit Røvik Skjerve

Merknad til innkalling, møte og sakliste: Ingen merknader

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Sak 01/2016 Orientering om Helse Nord-Trøndelag

Protokoll

Adm. direktør presenterte Helse Nord-Trøndelag HF - kort om organisering, enheter og anlegg, status omdømme, aktuelle investeringer og utvikling av anleggene i årene som kommer.

Rådgiver i direktørens stab, Marit R. Skjerve, gjennomgikk løsninger utvalgets eget område på Ekstranettet, dokumenthåndtering og praktiske løsninger i forhold til blant annet reiseregninger.

Brukerutvalgets mangeårig medlem og avtroppende leder, Hildur Fallmyr, benyttet anledningen på vegne av utvalget - å takke direktør Arne Flaatt for samarbeidet og den gode innsatsen han har lagt ned gjennom snart 11 år, til beste for brukerne i regionen.

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

Sak 02/2016 Valg av leder og nestleder

Protokoll

Hildur Fallmyr fremmet forslag på Hilde Tyldum Stordahl som ny leder og Steinar Mikalsen som nestleder.

Vedtak

Hilde Tyldum Stordahl velges som leder av Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag HF.

Steinar Mikalsen velges som nestleder av Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag HF.

Første varamedlem kalles inn til alle utvalgsmøter.

Sak 03/2016 Godkjenning av protokoll fra møte 26.10.15

Protokoll

Hilde Tyldum Stordahl viste til protokollen.

Vedtak

Protokollen for møte 26.10.2015 godkjennes.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Sak 04/2016 Oppnevning av brukerrepresentanter i råd, utvalg, arbeidsgrupper mv

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Brukerutvalget oppnevner brukerrepresentanter til:

- Prosjekt «Tjenesteutvikling i Nord-Trøndelag»
for perioden 01.12.15 - 30.06.16.

Protokoll

FFO foreslo Terje Veimo og SAFO foreslo Arve H. Nordahl som brukerrepresentanter til prosjektet «Tjenesteutvikling i Nord-Trøndelag».

Vedtak

Som brukerrepresentanter til prosjektet «Tjenesteutvikling i Nord-Trøndelag» oppnevnes Terje Veimo, fra FFO og Arve H. Nordahl, fra SAFO.

Sak 05/2016 Oppnevning av ny kontaktperson i Brukerutvalget for oppnevnte brukerrepresentanter

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Det oppnevnes ny kontaktperson i Brukerutvalget til tidligere oppnevnte brukerrepresentanter Anne Sofie Staven Husby og Randi Staven Revhaug, i prosjektet: Barn som pårørende, fagdager nord og sør i fylket, for helsepersonell i Helse Nord-Trøndelag og kommuner.

Protokoll

Hilde Tyldum Stordahl viste til innstilling. Mona Lersveen foreslås som brukerrepresentant.

Vedtak

Mona Lersveen oppnevnes som ny kontaktperson i Brukerutvalget til prosjektet: Barn som pårørende, fagdager nord og sør i fylket, for helsepersonell i Helse Nord-Trøndelag og kommuner.

Sak 06/2016 Styremøte i Helse Nord-Trøndelag 25. januar 2016

Protokoll

Adm. direktør gjennomgikk saklisten til styremøtet. Det ble redegjort for aktuelle saker.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET

MØTEPROTOKOLL

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

Sak 07/2016 Orienteringer

1. *Notat fra styrets møte med Brukerutvalget 26.10.15*
2. *Orientering om oppnevnt brukerrepresentant i prosjektene:*
 - *Pasientforløp regionalt og lokalt rusakutt forløp*
 - *Gruppeopplæring for personer med revmatoid artritt og psoriasisleddgikt og deres pårørende*
3. *Refusjon av reiseutgifter i forbindelse med behandling - informasjon til Brukerutvalget*
4. *Utvikling av medisinfrie behandlingstilbud eller behandlingstilbud for nedtrapping av medisiner innen psykisk helsevern*
5. *Nasjonal helse- og sykehusplan 2016 - 2019 (kortversjon)*
6. *Framtidige tema i Brukerutvalget*
7. *Andre orienteringer*

Vedtak

Brukerutvalget tar sakene til orientering.

Sak 08/2016 Regional plan for Psykisk Helsevern og regional plan for Tverrfaglig Spesialisert Behandling (TSB) for Rusmiddelavhengighet for planperioden 2016 - 2020

Protokoll

Klinikkleder Kathinka Meirik (Psykiatrisk klinikk) redegjorde for arbeidet knyttet til regional plan for *Psykisk Helsevern* og regional plan for *Tverrfaglig Spesialisert Behandling (TSB)* for *Rusmiddelavhengighet for planperioden 2016 – 2020*.

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Sak 09/2016 Eventuelt

Protokoll

Brukerutvalget drøftet vedtatt mandat for utvalget. Utvalget ønsker at ledelsen i Helse Nord-Trøndelag gjennomgår mandatet og intensjonen i mandatet på neste møte. Det kan være aktuelt å be om justeringer, og dermed ny behandling i helseforetakets styre.

Vedtak

Brukerutvalget ber om ledelsens gjennomgang av mandatet på neste møte.

Klinisk etisk komité i Helse Nord-Trøndelag HF

Årsmelding for 2015

1. Aktivitet

Det ble avviklet fire generelle møter i klinisk etisk komité i 2015. Tre møter var video/lync-møter mellom sykehusene og ett møte var fysisk i Høvdinggården, Steinkjer.

Klinisk etisk komité har mottatt og behandlet fire henvendelser om rådgivning i forhold til kliniske spørsmål og systemspørsmål i 2015. Henvendelsene om systemspørsmål har dreid seg om bruk av mobiltelefon og fotografering i operasjonsavdeling, utenlandske pasienter, smittevern og tvang.

NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten ble diskutert i komiteen 20.1.2015. Komiteens synspunkter ble oversendt HNT og inntatt i HNTs høringsuttalelse av 11.2.2015 - (2014/3994).

16.4.2015 arrangerte klinisk etisk komité et møte ved Sykehuset Namsos med videooverføring til Sykehuset Levanger der professor Jan Helge Solbakk, Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo foreleste om temaene:

- *Etiske perspektiver på det tragiske og komiske i medisinen, med særlig vekt på kreftforskning og kreftbehandling og*
- *Når de døde våknes. Om eutanasi/aktiv dødshjelp*

Det var samlet ca. 70 ansatte som overvar forelesningen.

I generelt møte den 8.9.2015 innledet seksjonsleder Anita Hoff om tema: *Barnehabilitering med vekt på familiefokus og pasientrettigheter.*

I generelt møte 17.11.2015 innledet smittevernrådgiver HNT Anne Gro Fjellingsdal om tema: *Bruk av tvang innen smittevern*

Hilde Folden og Anita Hoff deltok i Nasjonalt høstseminar for kliniske etikk-komiteer i spesialisthelsetjenesten den 9. og 10.11.2015. Seminaret arrangeres av Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo.

2. Tema som komiteen har diskutert

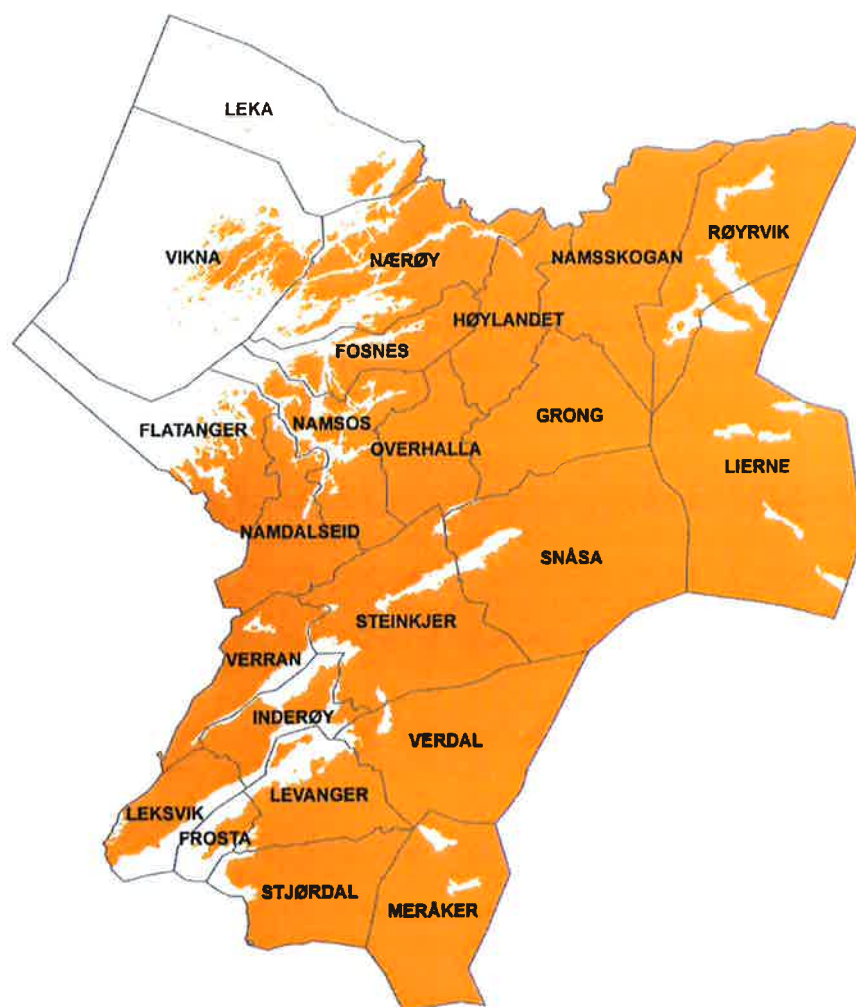
- Møteplan/handlingsplan HF 2015
- Komiteens arbeidsform
- Revisjon av prosedyrene 10051- Vurdering av samtykkekompetanse og 10052 - Helsehjelp til pasient som mangler samtykkekompetanse og motsetter seg helsehjelp
- NOU 2014:12 Åpent og rettferdig – prioriteringer i helsetjenesten
- Utenlandske pasienter - juridiske og etiske problemstillinger.
- Manglende overnattingstilbud til pasienter fra Nord-Trøndelag under strålebehandling ved St. Olavs Hospital og har lang reiseveg mellom hjemsted og Trondheim
- Familiefokus og pasientrettigheter
- Fotografering i operasjonsavdeling
- Bruk av mobiltelefon
- Taushetsplikt i flersengsrom og visitt
- Smittevern og tvang

3. Medlemmer i komiteen

I 2015 har klinisk etisk komité bestått av:

Fagutviklingssykepleier Margaret Melå Buran, medisinsk klinikk SL,
Overlege Tiril Melby Carlsson (sluttet 30.4.2015), kirurgisk klinikk SL,
Overlege Håvard Christian Hagen, medisinsk klinikk SN,
Seksjonsleder Anita Hoff, barn og familieklinikken,
Overlege Karin Wang Holmen, psykiatrisk klinikk,
Juridisk rådgiver Liv Sofie Kjønsstad, sekretær, fagavdelingen,
Kreftsykepleier Ingri Langaas Mausner, kirurgisk klinikk, SN,
Avdelingssykepleier Hilde Karin Folden, leder, medisinsk klinikk, SL,
Brukerrepresentant Laila Roel
Brukerrepresentant Terje Veimo
Diakon Birgith M. Borch Lenes Østnes, nestleder, rehabiliteringsklinikken

PASIENT- OG BRUKEROMBUDET
I NORD-TRØNDELAG
ÅRSRAPPORT 2015



Innhold:

Innledning	s. 2
<i>Pasient- og brukertilfredshetsprisen for 2015</i>	s. 2
Generell statistikk	s. 3
<i>Antall henvendelser totalt og problemstillinger fordelt på hyppigst forekommende tjenestested</i>	s. 3
<i>Problemstillinger</i>	s. 3
Kommunale helse- og omsorgstjenester	s. 4
<i>Kommunale helse- og omsorgstjenester – statistikk</i>	s. 4
<i>Ombudet på kommunebesøk</i>	s. 4
<i>Eldre faller fortsatt</i>	s. 5
<i>Ledsager ved behov for helsehjelp</i>	s. 5
Spesialisthelsetjenesten	s. 6
<i>Områder i spesialisthelsetjenesten - statistikk</i>	s. 6
<i>Pasientskader</i>	s. 6
<i>Overvektkirurgi</i>	s. 6
<i>Utskriving/oppfølging</i>	s. 7
<i>Asylsøker med avslag på opphold og faktura for keisersnitt</i>	s. 8
Felles utfordringer	s. 8
<i>Fokusområde 2015: Brukermedvirkning</i>	s. 8
<i>Fokusområde 2015: Barn og unge voksne med behov for omfattende tjenester</i>	s. 9
<i>Rehabilitering</i>	s. 10
<i>Samhandling og koordinering</i>	s. 10
<i>Avgjørelser fra Fylkesmannen / Statens helsetilsyn</i>	s. 11

Innledning

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

Mest arbeid følger av henvendelser fra pasienter og brukere. Vi gir råd, vegleder, informerer, og yter bistand etter behov. Mange følger opp egen sak, andre trenger aktiv bistand med ombudet som deres representant.

Ombudet skal bidra til å bedre kvaliteten i de offentlige helse- og omsorgstjenestene. Det er pasienters og brukeres henvendelser til oss som generer generelle og prinsipielle forhold som igjen tas opp med tjenesteytere og tilsynsmyndigheter. Årsrapporten omtaler noen av dem.

Også det siste året er ei rekke informasjons-, undervisnings- og foredragsoppdrag gjennomført, bl. a. overfor høgskolestudenter som utdanner seg til helsepersonell.

Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag har kontor på Steinkjer og dessuten månedlige kontordager på Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos. Vi er tre ansatte: Rådgiver Anne Berit Lundås, rådgiver Inger Rita Hansen og pasient- og brukerombud Kjell J. Vang.

Pasient- og brukertilfredshetsprisen for 2015

Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag har delt ut sin pasient- og brukertilfredshetspris for femte gang. Prisen for 2015 gikk til avtroppende adm. dir. Arne Flaatt i Helse Nord-Trøndelag HF for hans tydelighet rundt pasientens posisjon i sentrum for virksomheten. Vi har merka oss hans imøtekommande, lyttende og empatiske holdning når pasienter har tatt direkte kontakt på bakgrunn av negative opplevelser i sjukehusa. Han har også rusla rundt i sjukehusa og prata med pasientene.

Ombudet meiner at Arne Flaatts måte å utøve direktørfunksjonen på har stor eksempelverdi for dem som skal lede helseforetaket etter ham og for alle med viktige helselederoppgaver rundt omkring i det ganske land.

Arne Flaatt gratuleres med velfortjent pris og takkes for samarbeidet gjennom åra.

Generell statistikk

Antall henvendelser totalt og problemstillinger fordelt på hyppigst forekommende tjenestested

Antall henvendelser	2013	2014	2015
Totalt	442	429	443

Tallet for 2015 (443) omfatter 372 saker der vi i det minste veit hvilket tjenestested saka gjelder, 49 enklere forespørsler og 22 henvendelser om forhold utafor Pasient- og brukerombudets arbeidsområde.

I de nevnte 372 sakene er det registrert inntil tre problemstillinger (henvendelsesgrunner) for hver. Tabellen nedafor viser antall problemstillinger fordelt på sjukehusa i Nord-Trøndelag, St. Olavs hospital og nordtrønderske kommuner:

Antall problemstillinger	2015
Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger	195
Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos	130
St. Olavs hospital HF	75
Kommunal helse og omsorg i Nord-Trøndelag	227

Problemstillinger

Typer problemstillinger	2013	2014	2015
Behandlingstiltak	-	-	121
Informasjon/medvirkning/samtykke	75	123	97
Diagnostisering	59	56	60
Medisinering	45	71	52
Rutiner/samarbeid/saksbehandling/systemsvikt	28	46	52
Utskriving/oppfølging	34	36	47
Ventetid	32	29	32
Tildeling/bortfall/reduksjon/omfang av tjenester	-	-	32
Oppførsel / omsorgsfull hjelp	22	42	25
Journalinnsyn/-føring/-retting/-sletting	24	24	24
Egenandeler/finansiering	27	17	22
Avvisning	-	17	22
Valg av behandlingssted	27	15	15

Her telles både kommuner og spesialisthelsetjeneste. *Behandlingstiltak* er ny kategori som omfatter forhold ved behandling som ikke fanges opp av mer spesifikke problemstillinger. Mange av disse sakene ender opp som erstatningssøknader. *Informasjon/medvirkning/samtykke* viser fortsatt høge tall. Tabellen gir ingen markante utslag, men en merker seg auken for *utskriving/oppfølging* (se egen omtale s. 7).

Kommunale helse- og omsorgstjenester

Kommunale helse- og omsorgstjenester – statistikk

<i>Helsetjenester, antall problemstillinger</i>	2015
Fastlege	100
Heildøgns boform / institusjon	38
Legevakt	16
Helsetjenester i heimen	14

<i>Omsorgstjenester, antall problemstillinger</i>	2015
Omsorgsboliger	17
Brukerstyrt personlig assistent	10
Avlastning	7
Annen praktisk bistand	5

Tabellene viser registrerte problemstillinger for hver type tjeneste. Talla er ikke direkte sammenliknbare med tall i tidligere årsrapporter, men forhold hos *fastlege* topper uansett lista som før.

Ombudet på kommunebesøk

Mens det ble gjennomført fem systematiske kommunebesøk i 2014, rakk ombudet bare tre i 2015 (Verdal, Levanger og Namsos). To møter holdes hvert sted, ett med personer fra organisasjoner, foreninger og lag som representerer pasient- og brukerinteresser, og ett med ledelse og tjenesteytere i helse- og omsorgssektoren. Målet er todelt: Pasient- og brukerombudet skal lære mer om forhold og utfordringer i kommunene og dessuten informere om virksomhet og erfaringer hos ombudet.

Tilbakemeldingene er positive. Mange tema berøres, som legedekning, tjenesteorganisering, sjukeheims plasser, heimesjukepleie, samhandling med spesialisthelsetjenesten, tilgang på kompetent personale og saksbehandling. Besøka gir inntrykk av mye godt arbeid i kommunene, men bekrefter også et betydelig forbedringspotensial, blant anna når det gjelder å innfri pasienters, brukeres og pårørendes rett til informasjon og medvirkning.

I 2016 legges det opptil tilsvarende besøk i nye tre kommuner.

Pasient- og brukerombudets anbefaling:

- **Kommuner bør i sitt arbeid i enda større grad vektlegge de sentrale pasient- og brukerrettighetene informasjon og medvirkning**
- **Tjenesteytere på alle nivå må ha kunnskap om hva pasienters, brukeres og pårørendes rett til informasjon og medvirkning innebærer i praksis**

Eldre faller fortsatt

Årsrapport 2014 omtalte fall ved opphold i institusjon. Vi fortsetter å motta slike henvendelser. I noen saker kan det stilles spørsmål ved hvorvidt institusjonen har tilstrekkelig fokus på forebyggende tiltak. I andre tilfeller iverksettes ikke undersøkelser for å avdekke evt. skader ved fallet. Enkelte ganger fører fall til alvorlige skader.

Det er antakelig ikke mulig heilt å forhindre at institusjonsbeboere faller og skader seg. Antallet hendinger bør uansett reduseres, og det må finnes tiltak som i det minste kan begrense skadeomfanget.

Pasient- og brukerombudets anbefalinger:

- ***Det må rettes sterkt fokus mot forebygging av fall gjennom individuell og systematisk risikovurdering i institusjon***
- ***Velferdsteknologi må vurderes som virkemiddel mot fall***
- ***Fall må følges opp med nødvendig diagnostisering av evt. skade***
- ***Ved fall bør det vurderes om fallet kan henge sammen med medisiner***

Ledsager ved behov for helsehjelp

Flere henvendelser tar opp behov for ledsager når pasienter og brukere i kommunal omsorg trenger ekstern helsehjelp. Noen pårørende opplever press fra kommunen gjennom uttalelser om at pasienten vil gå glipp av konsultasjon ved sjukehus hvis ikke pårørende påtar seg ledsagerrollen. Vi har også mottatt telefoner fra personell i tannhelsetjeneste, fysioterapi og drosjenæring som tyder på at mangel på ledsager skaper uverdige situasjoner og fravær av nødvendig helsehjelp under transport.

I brev til Helsedirektoratet ba ombudet om svar på hvilke forpliktelser kommunen har til å stille med ledsager når pasienter/brukere trenger ekstern helsehjelp, og om det trengs et tydeligere regelverk. Direktoratet ønska etter hvert avklaring fra Helse- og omsorgsdepartementets side. Svar foreligger ikke ennå.

For sjukeheimspasienter skal kommunen sørge for all nødvendig helsehjelp inklusive nødvendig ledsager. Situasjonen er foreløpig noe mer uklar for andre mottakere av helse- og omsorgstjenester som også trenger ledsager

Pasient- og brukerombudets anbefalinger:

- ***Kommuner må sørge for at alle sjukeheimspasienter som trenger ekstern helsehjelp, får med seg ledsager når det er nødvendig***
- ***Kommuner bør sørge for at også andre mottakere av helse- og omsorgstjenester tilsvarende blir tildelt ledsager når det er nødvendig***

Spesialisthelsetjenesten

Områder i spesialisthelsetjenesten – statistikk

<i>Hovedområder, antall problemstillinger</i>	2015
Kirurgi	143
Medisin	104
Psykisk helsevern og rus	82
Medisinske servicefunksjoner	26

Tabellen viser antall registrerte problemstillinger. Talla er ikke sammenliknbare med tidligere år. Innafor kirurgi er det *ortopedisk kirurgi* som toppe med 83 problemstillinger. For psykisk helsevern og rus dominerer *voksenpsykiatri* (75).

Pasientskader

Mange henvendelser handler om mulig påført skade under helsehjelp. Ombudet gir råd om og bistand overfor Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Skade kan skyldes svikt ved f. eks. diagnostisering, operasjon, medisiner, mangelfull oppfølging og hull i rutiner og system.

NPEs femårsstatistikk 2010-2014 viser at medholdsandelen for Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) er på 38 %. Dette er noe høyere enn for de andre helseforetakene i Midt-Norge og for landet sett under ett.

Ulike tall betyr ikke nødvendigvis ulik kvalitet. De kan skyldes forskjellige behandlingstilbud og at potensialet for at skade oppstår, derfor er skeivt fordelt. Talla kan dessuten skyldes kulturelle forskjeller og ulik praksis med å anbefale og hjelpe pasienter til å søke om erstatning.

Pasient- og brukerombudets anbefalinger:

- **HNT bør kartlegge årsaker til høy medholdsandel i foretaket for å avdekke evt. uheldige forhold som må rettes**
- **HNT må bruke alle NPE-sakene aktivt til læring og stadig styrking av pasientsikkerheten**
- **Helsepersonell må oppfylle plikten (pasient- og brukerrettighetslova § 3-2) til å informere om NPE når pasient eller bruker kan være påført skade eller komplikasjoner under helsehjelp**

Overvektkirurgi

Sykehuset Namsos (SHN) har god kompetanse og gode resultat innen overvektkirurgi. Likevel mottar Pasient- og brukerombudet henvendelser

om skader og komplikasjoner. Ombudet sendte brev til Helse Nord-Trøndelag HF og stilte spørsmål om komplikasjoner, dødsfall, infeksjoner, smertetilstander og nerveskader knytta til inngrepa. Vi spurte også om rutiner for informasjon og oppfølging.

Svaret beskrev informasjonspraksis, pasienters egeninvolvering, sjukehusets oppfølging og fortløpende analyse av kvaliteten på tilbudet. SHNs tall for dødsfall og komplikasjoner er gode i nasjonal og internasjonal sammenheng, og det fins særskilte rutiner for å informere om klage- og erstatningsmuligheter.

Pasient- og brukerombudet ble invitert til et supplerende møte med ytterligere informasjon. Ledende kirurg ga uttrykk for at pasienter som erfarer komplikasjoner og smerter etter inngrep, kan ta direkte kontakt med sjukehuset for vurdering og oppfølging.

Pasient- og brukerombudets anbefalinger:

- ***SHN bør fortsatt legge stor vekt på informasjon og kommunikasjon før og i forbindelse med overvektkirurgi***
- ***Det bør informeres om mulighet for smertetilstand etter inngrepet og om hvordan en bør forholde seg hvis dette oppstår***

Utskriving/oppfølging

Tabell over problemstillinger (s. 3) viser auke i talla for utskrivning og oppfølging etter behandling. I mange saker klages det på for tidlig utskrivning. Noen saker tyder på ekstra utskrivingsiver foran helger og høgtider, andre vitner om dårlig kommunikasjon mellom sjukehus og kommune slik at kommunen mangler informasjon om utskrevet pasient.

Tall fra Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) i 2015 viser at 13,6 % av pasienter med somatisk sjukdom ble reinnlagt i løpet av en måned etter utskrivning. Det samme gjaldt 16,7 % av pasientene i psykisk helsevern. Riksrevisjonen rapporterer for øvrig at nær halvparten av nordtrønderske kommuner uttrykker misnøye med informasjon fra HNT i forbindelse med utskrivning (etter svar fra 17 kommuner i fylket). Talla viser behov for kontinuerlig vurdering av utskrivingspraksis og -kriterier samt skjerpa fokus på kommunikasjon og informasjonsoverføring.

For tidlig utskrivning og hyppige reinnleggelser kan bidra til ytterligere redusert helsetilstand og i verste fall død. I tillegg er det uverdigg.

Pasient- og brukerombudets anbefalinger:

- ***HNT må ikke skrive ut pasient til kommune uten å ha sikra seg at kommunen kan gi forsvarlige tjenester ut fra pasientens tilstand***

- *HNT må ved utskriving sørge for at kommunen får nødvendig og oppdatert informasjon om pasientens tilstand og behov*
- *Kommuner som opplever avvik i form av for tidlig utskriving og mangelfull informasjon, bør melde fra til Fylkesmannen*

Asylsøker med avslag på opphold og faktura for keisersnitt

Ifølge avisoppslag fikk en asylsøker med avslag på opphold en faktura på kr. 52.000 for gjennomført keisersnitt ved Sykehuset Levanger. Pasient- og brukerombudet tok opp saka i brev til Helse Midt-Norge RHF (HMN) og ba om svar på om dette var gjeldende praksis i alle regionens helseforetak og landet for øvrig.

Svaret viste ulik praksis. St. Olavs hospital HF fakturerte f. eks. aldri. HMN beslutta at ingen helseforetak i regionen skal fakturere noen for keisersnitt.

Felles utfordringer

Fokusområde 2015: Brukermedvirkning

Brukermedvirkning ble av pasient- og brukerombuda i landet valgt som ett av to særskilte fokusområder for 2015. I 69 av sakene i Nord-Trøndelag ble stikkordet brukermedvirkning registrert.

De aktuelle henvendelsene baserer seg dels på pasienters og brukeres egne uttalelser om at de ikke er hørt og ikke har fått delta aktivt i valg og beslutningsprosesser i sjukehus og kommuner, og dels på det bildet ombudet har danna seg av saka.

I spesialisthelsetjenesten ser vi eksempelvis at pasienter ble utsatt for undersøkelse eller behandling som de ikke ønska. Kommuner har på si side tildelt, endra eller fjerna tjenester uten at brukere fikk tilstrekkelig mulighet til å påvirke resultatet. Ved flere tilfeller har Fylkesmannen funnet brudd på helselovgivninga.

Medvirkning har vært tema i informasjonsvirksomhet og i gjennomførte kommunebesøk. I mai publiserte dessuten Pasient- og brukerombudet kronikken «Kunsten å medvirke» i Trønder-Avisa og Namdalsavisa. Hensikten var å informere om enhvers rett og mulighet til å øve innflytelse på det som skal skje i møte med helse- og omsorgstjenester.

Pasient- og brukerombudets anbefalinger:

- *Tjenestene må sørge for kontinuerlig fokus på pasienters og brukeres lovbestemte rett til medvirkning og hva den innebærer*
- *Tjenestene må sørge for at de ansatte bidrar til at pasienter og brukere kan utøve sin rett til medvirkning*

Fokusområde 2015: Barn og unge voksne med behov for omfattende tjenester

Også barn og unge voksne med behov for omfattende tjenester har vært særskilt fokusområde for landets pasient- og brukerombud i 2015. I Nord-Trøndelag ble det registrert 17 saker som omhandla denne gruppa.

Følgende forhold er tatt opp med ombudet:

- Arbeidskrevende for foreldre/nærstående, opplevelse av at kommunen baserer seg på innsatsen som ytes av de nærmeste
- For lite gehør for hjelpebehov, kamp mot ulike system, behov for slitsomme omkamper og klagerunder
- Avslag på søknad om tjenester, men også muntlig avvisning uten vedtak
- Tildeling av andre typer tjenester enn omsøkt
- Endring av tjenester uten tilstrekkelig informasjon og brukerinvolvering
- Ustabile tjenester, lav grad av forutsigbarhet og liten fleksibilitet
- Mangel på heilhet i tjenestetildelinga (helse, omsorg, skole, arbeid, NAV)
- Manglende fagkompetanse og tverrfaglighet
- Mangel på avlastende tiltak
- For tidkrevende og belastende utredninger i spesialisthelsetjenesten
- Manglende plan og mangelfulle tiltak for ivaretaking ved innleggelse i sjukehus

Oversikten baserer seg på enkeltsaker og sier lite om generelle forhold. Temaet er lufta i kommunebesøk, og ombudet inviterte representanter for aktuelle organisasjoner til dialogmøte. Mange kjente igjen punkta ovafor. Ellers meinte noen at barn og unge voksne kan tenkes å være prioritert og ikke like utsatt for mulig tjenestevikt som andre grupper.

Pasient- og brukerombudets anbefalinger:

- *Kommunene bør se på foreldre/nærstående til barn og unge voksne som verdifulle medspillere i tjenestekjeden, men uten å bruke dem opp*
- *Kommunene må rette seg etter Fylkesmannens avgjørelser og sørge for at foreldre/nærstående slipper å utsettes for gjentatte og utmattende klagerunder*
- *Individuell plan, ansvarsgruppe og koordinator må få plass som sentrale virkemiddel i tjenesteytinga, om nødvendig med tverrsektoriell deltaking*
- *God kompetanse, om nødvendig tverrfaglig, må tilbys både når det trengs helsetjenester og når det trengs omsorgstjenester*
- *Ved sjukehusinnleggelse må sjukehus og kommune avklare ansvar og samarbeide om å planlegge og tilrettelegge for ivaretaking av behov ut over de reint medisinske*

Rehabilitering

Pasient- og brukerombudet har merka seg Fylkesmannens tilsyn med rehabilitering i Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) og kommuner. Tilsyna bekrefter inntrykk av at enkelte med hjerneskader står i fare for å få mangelfull eller forsinka rehabilitering. I spesialisthelsetjenesten gjelder dette f. eks. når det oppstår ventetid på grunn av fullt belegg og når rehabiliteringsavdeling holder feriestengt. Kommuner sliter med kapasitet, kompetanse og tverrfaglig samarbeid.

Når det har oppstått hjerneskade, f. eks. ved hjerneslag, er det avgjørende at pasienten får kompetent og rask rehabilitering for å minske skadevirkningene og sikre best mulig funksjon og livskvalitet gjennom fysisk opptrening og logopedtjeneste. Ombudet ser at manglende tilgang på logoped volder bekymring og besvær for pasienter og pårørende. Dette gjelder særlig i kommunene.

Det er HELFO som etter søknad fatter vedtak om dekning til logoped i kommunen, men pasienten må sjøl finne en til å ta oppdraget. Når tilgangen på logopeder synes å være dårlig, er det alt anna enn enkelt.

Pasient- og brukerombudets anbefaling:

- ***HNT må sikre at de som trenger spesialisert rehabilitering etter hjerneskade, får det uten tidstap som påvirker resultatet negativt***
- ***Kommunene må sikre at de som trenger rehabilitering på førstelinjenivå, får det til rett tid, i tilstrekkelig omfang og med god kvalitet***
- ***Helsetjenestene bør i sterkere grad hjelpe pasienter som trenger logopedtjeneste, til å få det i nødvendig grad***

Samhandling og koordinering

Pasienter peiker på manglende samhandling og koordinering i behandlingsforløpet. Enkelte nevner kommunikasjonssvikt mellom sjukehus, fastlege og kommunale tjenester, noen savner heilhet og sammenheng når en trenger bistand fra flere sjukehus eller spesialiteter, og andre spør seg om hvem som egentlig har ansvaret.

Pakkeforløp for kreftsjukdommer er innført som bidrag til forutsigbarhet og raskere utrednings- og behandlingsløp. En forløpskoordinator skal påse at alt skjer som det skal. Når det er mistanke om eller avdekt kreft, er det viktig at pasienten opplever seg godt ivaretatt.

I tillegg er både kommune og spesialisthelsetjeneste pålagt å oppnevne koordinator for alle typer pasienter som trenger komplekse, langvarige eller koordinerte tjenester. Koordinator skal sørge for nødvendig

oppfølging av pasienten og samordning av tjenestetilbudet, samt sikre framdrift i arbeid med eventuell individuell plan.

Pasient- og brukerombudets anbefaling:

- ***Både sjukehus og kommuner bør bruke koordinatorrollen aktivt til samhandling og sammenhengende tjenester, og til å skape trygghet for pasienter***

Avgjørelser fra Fylkesmannen / Statens helsetilsyn

Pasient- og brukerombudet bidrar ved en del saker som Fylkesmannen vurderer. Vi gir råd og vegledning til folk som sender saka si dit sjøl, men bistår også mer aktivt når noen ikke greier å føre egen sak. Sakene gjelder anmodninger til Fylkesmannen om å vurdere helsehjelp en har fått, klager på brudd på pasient- og brukerrettigheter, og klager på vedtak om helse- og omsorgstjenester.

Fylkesmannen fatter avgjørelse om hvorvidt helsehjelpa var forsvarlig, rettigheter er innfridd og vedtak om tjenester er gode nok. Mange avgjørelser går i favør av den som klager eller ber om Fylkesmannens vurdering. Også der det ikke blir påvist brudd på lovgivning eller rettigheter, hender det ikke sjelden at Fylkesmannen kommer med merknader, f. eks. om at helse- eller omsorgstjenesten ikke har vært god nok på dokumentasjon eller kommunikasjon med pasient, bruker eller pårørende. Ekstra alvorlige saker kan bli sendt til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon mot helsepersonell.

Noen eksempel på avgjørelser i ulike saker:

- Brudd på kravet om forsvarlighet ved kreft: Fastlege forsikra seg ikke om at sjukehus hadde mottatt henvisning sjøl om pasienten purra og det gikk lang tid
- Brudd på kravet om forsvarlighet ved kreft: Flere saker som førte til at sjukehusradiolog fikk begrensa autorisasjon
- Brudd på kravet om forsvarlighet ved kreft: For lang ventetid, for lite forutsigbarhet og manglende informasjon fra to sjukehus ved utredning
- Brudd på kravet om forsvarlighet, bruk av tvang: Undersøkelse i sjukehus ble gjennomført til tross for at pasienten motsatte seg den og ikke ga samtykke
- Brudd på kravet om forsvarlighet og mangelfull journalføring ved fødsel: Ikke god nok fødselshjelp fra jordmor som ble tildelt advarsel
- Brudd på kravet om forsvarlighet ved ernæringsproblematikk: Kommunalt bosenter fulgte ikke opp ernæringsssituasjonen og mangla rutiner
- Brudd på kravet om forsvarlighet ved hjerteinfarkt: Manglende undersøkelse hos legevakt og manglende rutiner i kommunen
- Brudd på kravet om forsvarlighet ved barns sjukdom: Mangelfull diagnostisering i sjukehus og brudd på rett til medvirkning
- Brudd på kravet om forsvarlighet ved hodeskade: Forsinka og feil diagnostisering i sjukehus etter ulykke

- Brudd på kravet om forsvarlighet ved forveksling av prøver: Sjukehus påførte pasient unødvendig operasjon, systemsvikt
- Brudd på kravet om forsvarlighet ved suicid: Sjukehus foretok ikke adekvat risikovurdering
- Brudd på pårørendes rett til informasjon fra sjukehus ved alvorlig psykisk lidelse
- Oppheving av kommunale vedtak: Flere saker om typer kommunale tjenester, tjenesteomfang, svikt i vurderinger, manglende brukermedvirkning og mangel på individuell plan
- Klage på fastlege: Sendt til Statens helsetilsyn for vurdering av administrativ reaksjon for tilbakehold av informasjon
- Ikke brudd på lovgivning, men sjukehus fulgte opp pårørende for dårlig etter suicid

Pasient- og brukerombudets anbefaling:

- ***Både spesialisthelsetjenesten og kommunene må aktivt bruke avgjørelser fra Fylkesmannen og Statens helsetilsyn til læring, aukt pasientsikkerhet og kvalitetsbedring***

Steinkjer 01.02.16

Pasient- og brukerombudet i Nord-Trøndelag