

Styrets medlemmer

Vår ref.:	Deres ref.:	Arkiv:	Dato:
2012/516 - 3487/2012		012	09.02.2012

Innkalling til styremøte 160212**Møtedato:** Torsdag 16. februar 2012 kl 1000**Møtested:** Sykehuset Levanger – Arken

- | | |
|--------------------|--|
| Sak 05/2012 | Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 19.01.12 |
| Sak 06/2012 | Årlig melding 2011 for Helse Nord-Trøndelag HF |
| Sak 07/2012 | Styringsdokument 2012 for Helse Nord-Trøndelag HF og Foretaksprotokoll av 15.02.12. Oppfølging fra administrerende direktør |
| Sak 08/2012 | Pasient- og brukerombudets årsrapport 2011 |
| Sak 09/2012 | Orienteringssaker: <ul style="list-style-type: none">1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 09.02.122. Protokoll fra møte i Samarbeidsutvalget 02.02.123. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 14.02.124. Driftsrapport for januar 20125. Status for samhandlingsreformen6. Andre orienteringer |

Med hilsen
Steinar Aspli
Styreleder
Sign.Kopi:
Styrets varamedlemmer

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 19.01 2012 kl. 10.00 – 12.00
Møtested: Telefonkonferanse
Saksnr.: 01/2012 - 04/2012
Arkivsaksnr.: 2012/156

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende medlemmer:
Steinar Aspli
Inger Marit Eira-Åhrén
Siw Bleikvassli
Torbjørge Vanvik
Torgeir Schmidt-Melbye
Peter Himo
Elinor Kjølseth
Margrete Mære Husby
Sølvi Sæther
Rolf Gunnar Larsen

Forfall:
Ragnhild Torun Skjerve

Fra Brukerutvalget møte: Øystein Bjørnes

Fra Samarbeidsutvalget møte: Hege Sørlic

Fra administrasjonen møte:
Adm. direktør Arne Flaatt
Ass. direktør Mads E. Berg
Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås
Informasjonssjef Trond G. Skillingstad (referent)

Merknader til møtet: Ingen merknader.

Merknader til innkalling og sakliste: Ingen merknader.

Innkalling utsendt pr. e-post 07.12.2011. Saksframlegg publisert på internettløsningen for styresaker.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Sak 01/2012 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 14.12.11

Protokoll

Steinar Aspli viste til protokollen.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Møteprotokoll fra styremøtet 14.12.11 godkjennes.

Sak 02/2012 Godkjenning av avtaler mellom Helse Nord-Trøndelag og kommunene i Nord-Trøndelag ved innføring av Samhandlingsreformen

Protokoll.

Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås gikk gjennom det utsendte avtaleutkastene som er lagt fram til godkjenning i styret. Avtalene er framforhandlet med kommunene, og legges fram til behandling i helseforetaket og kommunestyrene som et omforent avtaleutkast.

Avtalene har sin bakgrunn i en intensjonsavtale mellom KS og Helse Midt-Norge, felles strategiplan mellom Helse Nord-Trøndelag og KS i Nord-Trøndelag, samt Samhandlingsreformens lovverk, forskrifter og veiledere.

Idet ny overordnet avtale inngås, vil denne avløse dagens Basisavtale.

Helseforetakene og kommunene skal gjøre avtaler på 11 tjenesteområder, i tillegg til den overordnede samarbeidsavtalen. Dette er definert av overordnet myndighet.

Så langt er det framforhandlet en overordnet samarbeidsavtale, og avtaler på fire tjenesteområder. Resterende områder vil framforhandles suksessivt.

Samarbeidsavtalen gir overordnede føringer for samhandlingen, herunder etablering av arenaer for dialog med administrativt og politisk samarbeidsutvalg. Det skisseres også behov for fagråd/kliniske utvalg. Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) skal se på den videre organiseringen, spesielt hvor der det er behov for mer klinisk kompetanse.

Totsås gjorde rede for hovedtrekkene i framlagte avtaleutkast.

Styret ga tilbakemeldinger på tekstlige endringer som bør vurderes ved revidering av avtalene på et senere tidspunkt.

Styrets ansatterepresentanter fremmet samlet følgende tilleggsforslag:

Styret ber administrerende direktør om å arbeide for at tillitsvalgte skal være representert med inntil 4 representanter i Administrativt Samarbeidsutvalg (ASU). I den forbindelse henvises det til *Felleserklæring vedrørende samarbeid mellom partene i arbeid med Samhandlingsreformen*, datert 30.mars 2011.

Siw Bleikvassli fremmet følgende tilleggsforslag

Det forutsettes at administrerende direktør i Helse Nord-Trøndelag arbeider for å avklare om partene bærer sine egne kostnader med politisk samarbeidsutvalg, jamfør Samarbeidsavtalen pkt 6.1.3.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Administrerende direktørs innstilling ble enstemmig vedtatt.
Tilleggsforslag fra ansatterepresentantene ble enstemmig vedtatt.
Tilleggsforslag fra Siw Bleikvassli ble enstemmig vedtatt.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Styret i Helse Nord-Trøndelag godkjenner følgende framlagte avtaleforslag, under forutsetning av godkjenning av avtalene hos avtalemotpartene:

- Samarbeidsavtale mellom Helse Nord-Trøndelag og kommuner

- Tjenesteavtale 1:

”Enighet mellom kommunen og HNT om partenes ansvar for helse- og omsorgsoppgaver og tiltak partene skal utføre”

- Tjenesteavtale 3 og 5:

”Tjenesteavtale om innleggelse i sykehus og samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester”

- Tjenesteavtale 11:

”Samarbeid om omforente beredskapsplaner og om planer for den akuttmedisinske kjede”

Styret ber administrerende direktør om å arbeide for at tillitsvalgte skal være representert med inntil 4 representanter i Administrativt Samarbeidsutvalg (ASU). I den forbindelse henvises det til *Felleserklæring vedrørende samarbeid mellom partene i arbeid med Samhandlingsreformen*, datert 30.mars 2011.

Det forutsettes at administrerende direktør i Helse Nord-Trøndelag arbeider for å avklare om partene bærer sine egne kostnader med politisk samarbeidsutvalg, jamfør Samarbeidsavtalen pkt 6.1.3.

Sak 03/2012 Oppnevning av representanter fra Helse Nord-Trøndelag til administrativt samarbeidsutvalg (ASU) for perioden 2012 - 2015

Protokoll

Steinar Aspli viste til saksframlegget.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Styret i Helse Nord-Trøndelag tar til etterretning, administrerende direktørs oppnevning av representanter og vararepresentanter fra Helse Nord-Trøndelag til administrativt samarbeidsutvalg (ASU) for perioden 2012 – 2015:

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) for perioden 2012 – 2015:

Representant

Arne Flaata, adm.dir

Paul Georg Skogen, fagsjef

John Ivar Toft, Klinikkleder Kirurgisk
klinikk, Sykehuset Namsos

Øystein Sende, Klinikkleder Medisinsk
klinikk Sykehuset Levanger

Hilde Ranheim, Klinikkleder Psykiatrisk
klinikk

Kari Bratland Totsås, samhandlingssjef

Vararepresentant:

Mads E. Berg, ass.direktør

Randi Sudbø Brandtzæg, klinikkleder

Medisinsk klinikk Sykehuset Namsos

Wenche P. Dehli, klinikkleder Barn- og
familieklinikken

Randi Sudbø Brandtzæg, klinikkleder

Medisinsk klinikk Sykehuset Namsos

Bernt Harald Opdal, avdelingsleder

Psykiatrisk klinikk Sykehuset Namsos

Trond G. Skillingstad, informasjonssjef

Jf. samhandlingsavtalens pkt. 6.2.3 h) oppnevnes partsrepresentantene for 4 år, men for å sikre kontinuitet skiftes halvparten av partsrepresentantene ut hvert annet år.

Sak 04/2012 Orienteringer

Protokoll

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 04.01.12

- Steinar Aspli viste til protokollen

2. Andre orienteringer

- Det ble ikke gitt andre orienteringer.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Styret tar sakene til orientering.

Steinar Aspli

Inger Marit Eira-Åhrén

Rolf Gunnar Larsen

Margrete Mære Husby

Elinor Kjølsæth

Torgeir Schmidt-Melbye

Peter Himo

Sølvi Sæther

Siw Bleikvassli

Torbjørgh Vanvik

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 06/2012 Årlig melding 2011 for Helse Nord-Trøndelag HF

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	16.02.12	06/2012
Saksbeh:	Sveinung Aune	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2012/516	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF vedtar Årlig melding 2011.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF er godt fornøyd med oppnådde resultater i 2011 og forutsetter at oppfølging og gjennomføring av strategi 2016 vil gi ytterligere forbedringer i forhold til faglige og økonomiske utfordringer framover i tid i Helse Nord-Trøndelag HF.

SAKSUTREDNING:

Sak 06/2012 Årlig melding 2011 for Helse Nord-Trøndelag HF

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Årlig melding 2011 for Helse Nord-Trøndelag HF, hoveddokument
2. Styringsdokument 2011, årsrapport pr.31.12.11 og årsrapport på foretaksmøteprotokoller pr.31.12.11. ("Matrise Virksomhetsportalen")
3. Rapportering på særskilte områder i årlig melding

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Styringsdokument 2011 for Helse Nord-Trøndelag HF
2. Protokoller fra foretaksmøte med Helse Nord-Trøndelag HF (tre protokoller)
3. Strategi 2016, vedtatt av styret i HNT 18.03.10
4. Samhandlingsstrategien, vedtatt av styret 17.06.10

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Helse Nord-Trøndelag HF fikk overlevert Styringsdokument for 2011 i foretaksmøte 08.02.2011.

Styringsdokumentet bygger på

- Oppdragsdokument 2011 fra HOD til HMN
- Strategier og handlingsplaner vedtatt av styret for HMN RHF

I tillegg skal Helse Nord-Trøndelag HF følge opp krav fra foretaksmøter og tidligere styringskrav.

Årlig melding 2011 er styrets årsrapportering på styringskravene i styringsdokumentet 2011 og protokoll fra Foretaksmøtene med Helse Nord-Trøndelag HF av 08.02.2011 og 30.06.2011.

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 2011
- Styrets planer – av strategisk og overordnet karakter som viser hovedtrekkene i framtidig virksomhet i samsvar med vedtatte strategier (2-3 års perspektiv).
- En oppsummering med vurdering av ressursbehov og forslag til finansiering.

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 2-3 årene. Slik kan man påvirke helsepolitikken, neste års statsbudsjett og påfølgende styringsdokument 2013.

FAKTISKE OPPLYSNINGER OG DRØFTING

Administrerende direktør har i sin oppfølging av eiers samlede styringsbudskap for 2011 lagt til rette for at budskapet skal forankres i helseforetaket.

Operasjonalisering og ansvarsavklaring som er foretatt av alle tiltak i styringsdokumentet og protokoller fra foretaksmøtene skal sørge for at tiltakene blir fulgt opp og vurdert for iverksetting og gjennomføring samt at nødvendige rapporteringsdata blir levert til rett tid. Ansvarlige skal også sørge for å gjøre risikovurderinger og ha risikostyring på sine områder.

En enkel form for risikovurdering av hvert enkelt oppfølgingspunkt i oppdraget fra Helse og omsorgsdepartementet er brukt av Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord-Trøndelag HF har brukt samme modell.

HELHETLIG 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. Alle punktene i matrisen risikovurderes.

Risikovurderinger er et eget nivå i styringsmodellen, og det arbeides med at risikostyring og internkontroll skal bli en integrert del av den samlede mål- og resultatstyringen i foretaket.

I tillegg har Helse Nord-Trøndelag HF utviklet egne styringskort for både foretaks- og klinikknivå. I styringskortet har man følgende fem områder (brukes i egen strategiplan):

- Pasientbehandling
- Kvalitet, fagutvikling og forskning
- Medarbeiderutvikling
- Samhandling
- Økonomi og ressursstyring

Etter 1. - og 2. tertial i 2011 er undervegsrapporteringen fremlagt for styret i Helse Nord-Trøndelag HF og HMN RHF. Ved årsavslutning rapporteres det i ÅRLIG MELDING på alle 159 mål, oppgaver og tilhørende styringsparametere. I tillegg er det 19 punkter som er håndtert som særskilte områder i årlig melding (jfr. vedlegg 3 i styringsdokument 2011).

Helse Nord-Trøndelag har i tillegg gjennomført ledelsens gjennomgang som ble fremlagt for Foretaksledelsen i mai i år. Saken er redegjort for som eget punkt i Årlig melding 2011.

For oppfølging i "linjen" av mål, oppgaver og tiltak inngås det lederavtaler mellom direktøren og klinikklederne. Disse lederavtalene bygger på styringskortene og følges opp gjennom jevnlig dialogmøter mellom adm.direktør/ass.dir./fagsjef og klinikkleder (med rådgivere).

HMN RHF gjennomfører lignende dialogmøter jevnlig med adm.direktør i RHF og adm.dir. i HF som hovedaktører. (Varierende antall ledere/rådgivere deltar sammen med direktørene).

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 AD-rapporter (Adm.direktør) i hvert styremøte i HNT.

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.

Hoveddokumentet ÅRLIG MELDING 2011 er delt inn i tre deler:

Del 1: Innledning med hovedoppgaver, verdigrunnlag og visjon samt sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2011.

Del 2: Styrets rapport for resultatoppnåelse i 2011.

Del 3: Styrets planer for de neste 2-3 år.

Del 1 Innledning

Hovedoppgaver, verdigrunnlag og visjon

Helse Nord-Trøndelag HF er et helseforetak (HF) i Helse Midt-Norge RHF, og følger de overordna planer, strategier og vedtak som ”konsernet” beslutter. Helse Nord-Trøndelag HF eies av Helse Midt-Norge RHF.

Hovedoppgaver

De fire første oppgavene er de lovpålagte oppgavene sykehusene har:

- Pasientbehandling
- Utdanning av helsepersonell
- Forskning
- Opplæring av pasienter og pårørende
- Helsefremmende og forebyggende virksomhet
- Ambulansetjenester og pasienttransport

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 2011

Oppnådde resultater i 2011

- Kontroll på økonomien, med overskudd ut over konsernets krav (+23 mill kr).
- Redusert gjennomsnittlig ventetid ned til kravet om 65 dager (for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling)
- Økt satsing på kvalitet og pasientsikkerhet

- Overgang fra døgnbehandling til dag- og poliklinikk og vridning av aktivitet.
- Styrking av rusbehandlingstilbudet (ny rusenhet februar 2011).
- Ferdigstillelse av nytt psykiatribygg i Namsos (mai 2011).
- Betydelig forskningsaktivitet i forhold til sammenlignbare helseforetak.
- Økt satsing på desentraliserte tjenester (DMS Inn-Trøndelag med 16 intermediære senger ble åpnet i mai 2011).

Uløste utfordringer i 2011

- Vedlikehold av bygninger og arealmessig utviklingsplan.
- Unngå alle fristbrudd for rettighetspasienter.
- Reduksjon av andel deltid.
- Fortsatt tilpasning av behandlingsskapitet.

Del 2 Styrets rapport

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF har hatt som sak oppfølging av eiers samlede styringsbudskap i mai og i september (tertiarapporter). 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 2011, men det er også tiltak og resultatmål der nivåsatte krav ikke er innfridd.

Matrise for status risiko og måloppnåelse ved årets slutt 2011 for hele foretaket. (2.tertiertall benyttet på en del styringsparametere. * =Styringsmatrise i virksomhetsportalen.

** =Foretaksprotokoller)

	RØD	GUL	GRØNN	Krav oppfylt JA	Andel % JA
A SM*	1	14	95	75	68
B FP**	1	4	44	30	61
SUM	2	18	139	105	66

Også dette året har omstillinger og effektiviseringstiltak som ble satt i verk i 2011 gitt effekt slik at en kan innfri kravet om økonomisk balanse. Helse Nord-Trøndelag HF har hatt god styring på økonomien i 2011 og prognostiserer et overskudd på ordinær drift med ca. 22 mill. kroner.

I forhold til aktivitetsmålene for 2011, så ligger man etter plantallene både for somatikk, psykisk helsevern voksne og psykisk helsevern barn- og ungdom. Dette gjelder spesielt for poliklinikkene. I Barne- og ungdomspsykiatrien har man økt aktivitet med 7,9% i poliklinikk, men likevel ligger man ca. 20% bak plantallet. Man har i løpet av året besatt planlagte stillinger, og man forventer dermed en videre økning i aktiviteten. I voksenpsykiatrien er aktivitetsveksten i poliklinikken på 4,2%, og man har 97% oppnåelse i forhold til plan. Samlet sett har man i psykiatrien hatt en aktivitetsvekst fra 2010 til 2011, og kostnadsveksten har vært lavere enn budsjettet. Dette ga en produktivitetsvekst i psykiatrien for 2011 som blant annet utløste de øremerkede midlene som Helse Midt-Norge RHF hadde holdt tilbake (36 mill.kr. for hele Helse Midt-Norge RHF).

Aktiviteten i somatikken blir om lag på nivå med budsjett. Avvik totalt er på - 1%. Også i somatikken er det en vekst i poliklinisk aktivitet på 5,9%, mens man samtidig har ca 94% oppnåelse i forhold til plan.

Helse Nord- Trøndelag har som eneste sykehusforetak i Midt- Norge klart å redusere gjennomsnittlig ventetid til under 65 dager. Fortsatt er ventetiden lang innafor noen områder i Helse Nord-Trøndelag . Det er også utfordringer knytta til å rekruttere spesialister innafor et par fagområder.

Disse områdene er diskutert og tatt med i planer for 2011.

Det vises for øvrig til begrunnelser gitt i hoveddokumentet, Årlig melding 2011.

Del 3 Styrets planer

Styrets plandokument viser at Helse Nord-Trøndelag HF står overfor tøffe omstillingskrav i 2012 og i årene framover på i størrelsesorden 40-60 mill.kr. årlig.

Styret for Helse Nord-Trøndelag igangsatte i 2009 et arbeid med å utforme en strategisk plan mot 2016 for foretaket. Dette ble gjort før Helse Midt-Norge igangsatte sitt strategiarbeid med strategi 2020. Strategi 2016 i Helse Nord-Trøndelag HF ble vedtatt i styret for foretaket 18.03.2010 og gir rammene for løsning av framtidens utfordringer. Det er planer om en rullering av Strategi 2016 i 2012. Strategi 2016 er lagt til grunn i styrets planer i denne årlige meldingen og følger meldingen som vedlegg.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

I 2011 hadde Helse Nord-Trøndelag vedtatt et budsjett med behov for omstillingstiltak på 45,1 mill.kr. for å komme i balanse og i budsjettet for 2012 er del lagt inn behov for omstillingstiltak på vel 50 mill. kroner.

Videre er det i strategi 2016 slått fast et behov for å effektivisere driften med om lag 1,5 % av brutto driftsutgifter årlig (om lag 30 mill.kr. årlig). Disse kravene er relatert til nye utfordringer knyttet til endret pasientsammensetning, sykdomsbilde og nye tilbud.

For å kunne gjennomføre nevnte årlige effektivisering vil det være nødvendig med noen bygningsmessige investeringer. Behovet for investeringsmidler vil kunne dekkes innen rammen av foretakets avskrivningsmidler (om lag 90 mill kroner pr. år), og det er derfor ikke behov for lånefinansiering av investeringene. HNT har utnyttet muligheten til å benytte 50 % av fjorårets overskudd til investeringer i MTU og bygningsmessig rehabilitering. På dette grunnlag har vi inneværende år et bærekraftig nivå på disse investeringene. Foretaket vil prioritere dette nivået på MTU og rehabilitering/vedlikehold av bygninger også for årene framover.

KONKLUSJON

Oppfølging av eiers samlede styringsbudskap anses som svært omfattende og krevende innenfor de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon. Likevel har Helse Nord-Trøndelag levert svært gode resultater på drifts- og kvalitetsindikatorer, skapt økonomisk overskudd, gjennomført vesentlige investeringer som styrker pasienttilbudet og satset betydelig på å styrke et allerede godt arbeidsmiljø

De uløste utfordringene er forsøkt skissert i forbindelse med budsjett for 2012 og i strategi 2016.

Administrerende direktør vil peke på følgende:

De største truslene mot et likeverdig spesialisthelsetjenestetilbud i region Midt-Norge er knyttet til hvorvidt en blir i stand til å løse de utfordringene som er relatert til store investeringer, med påfølgende avskrivninger og et høyere rentenivå enn vi har i dag.

Skal kvaliteten på tilbudene i spesialisthelsetjenesten kunne opprettholdes må tilstrekkelig antall helsepersonell utdannes og kritisk kompetanse tilføres.

Levanger, 7. februar 2012

Arne Flaatt
Adm. dir.
(sign.)



Årlig melding 2011
Helse Nord-Trøndelag -
Hoveddokument
Del I Innledning
Del II Styrets rapport for 2011
Del III Styrets plandokument



Innhold

Del I Innledning

- 1 Visjon, hovedoppgaver og verdigrunnlag
- 2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2011
 - 2.1 Oppnådde resultater i 2011
 - 2.2 Uløste utfordringer i 2011
 - 2.3 Andre forhold

Del II Styrets rapport for 2011

- 3.1 Sammendrag styrets rapport 2011
- 3.2 Ledelsens gjennomgang i 2011

Del III Styrets plandokument

- 4 Utviklingstrender og rammebetingelser
 - 4.1 Utviklingstrender
 - 4.2 Økonomiske rammeforutsetninger
 - 4.3 Personell og kompetanse
 - 4.4 Andre utfordringsområder
- 5 Helseforetakets strategier og planer
 - 5.1 Bakgrunn
 - 5.2 Strategier og planer
 - 5.3 Fra strategi 2020 og 2016 – til konkrete planer for 2012 og videre framover



DEL I – INNLEDNING

1 Hovedoppgaver, verdigrunnlag og visjon

Helse Nord-Trøndelag HF er et helseforetak (HF) i Helse Midt-Norge RHF, og følger de overordna planer, strategier og vedtak som ”konsernet” bestemmer.

Helse Nord-Trøndelag HF eies av Helse Midt-Norge RHF.

Hovedoppgaver

De fire første oppgavene er de lovpålagte oppgavene sykehusene har:

- **Pasientbehandling**
- **Utdanning av helsepersonell**
- **Forskning**
- **Opplæring av pasienter og pårørende**

I tillegg har foretaket følgende hovedoppgaver:

- **Helsefremmende og forebyggende virksomhet**
- **Ambulansetjenester og pasienttransport**

Regionale funksjoner

Helse Nord-Trøndelag har regionale oppgaver i Midt-Norge på ”Spiseforstyrrelser for barn- og unge.”

Lokalsykehus for Nord-Trøndelag samt Roan og Osen kommuner i Sør-Trøndelag

Helse Nord-Trøndelag skal ivareta lokalsykehusfunksjonen for innbyggerne i Nord-Trøndelag og har som mål å ha et likeverdig tilbud til befolkningen.

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.



1. 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 møtet med pasient og pårørende
- Respekt for medarbeidere
- Respekt for samarbeidspartnere
- Respekt for beslutninger
- Respekt for samfunnets prioriteringer og tildelte rammer

2. 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.

3. 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 HF.

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

Visjon

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

PÅ LAG MED DEG FOR DIN HELSE

I Nord-Trøndelag bor det vel 130 000 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.*

2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2011

2.1 Oppnådde resultater i 2011

- **Kontroll på økonomien, med overskudd ut over konsernets krav.**
Foretakets årsresultat er p.t. på ca 15,1 mill kroner, dvs. et akkumulert avvik på 22,7 mill kroner i forhold til korrigert resultatkrav på – 7,6 mill kroner. Det gjenstår fortsatt posteringsgrunnlag som vil kunne påvirke årsresultatet, men det forventes imidlertid ikke store endringer.
- **Redusert gjennomsnittlig ventetid ned til kravet om 65 dager**
Foretaket har ved utgangen av året nådd målet om gjennomsnittlig ventetid ned mot 65 dager både på foretaksnivå og innenfor hovedområdene somatikk, psykisk helsevern (voksne og barn) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er videre en utfordring å holde gjennomsnittlig ventetid stabilt på dette nivået.
- **Økt satsing på kvalitet og pasientsikkerhet**
Foretaket deltar aktivt i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen, og legger på den måten grunnlag for systemforbedringer, økt kompetanse og bedre pasientsikkerhetskultur. I 2011 er gyn/fødsel/barselavdelingene ved begge sykehus ISO-sertifisert.
- **Styrking av rusbehandlingstilbudet**
Egen rusenhet med 6 døgnplasser startet opp i februar 2011.
- **Ferdigstillelse av nytt psykiatribygg i Namsos.**
Psykiatrien i Namsos ble i mai 2011 samlet til sykehusområdet, og to bygninger på Bjørum i Namsos ble faset ut.
- **Betydelig forskningsaktivitet i forhold til sammenlignbare helseforetak**
54 vitenskapelige artikler er publisert i 2011.
- **Økt satsing på desentraliserte tjenester**
DMS Inn-Trøndelag med 16 intermediære senger ble åpnet i mai 2011. Det er et samarbeidsprosjekt mellom Verran, Snåsa, Inderøy, Steinkjer, Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag. Aktuelle pasienter er de som har vært innlagt på sykehus, fått stilt diagnose, igangsatt behandling og er overflytningsklare. Pasientene overflyttes til DMS for videre behandling og mobilisering. Det planlegges oppstart av røntgentjeneste, spesialistpoliklinikk og dialyse.



2.2 Uløste utfordringer i 2011

- **Vedlikehold av bygninger og arealmessig utviklingsplan**

Det er et uttalt mål å styrke vedlikeholdet av foretakets bygningsmasse for å sikre en effektiv forvaltning av investert kapital og for å bidra til et best mulig grunnlag for løpende drift. Foreslått styrking er nødvendig for å unngå ytterligere etterslep på dette området. Det er behov for ytterligere opptrapping for å ta igjen tidligere års mangelfulle satsing på dette området.

Helse Nord- Trøndelag har i samarbeid med Sintef utarbeidet et forslag til arealmessig utviklingsplan for foretaket. I arbeidet er det gjort en gjennomgang av eksisterende planer og forslag til arealfordeling basert på funksjonell og effektiv arealutnyttelse, moderne behandlingsprinsipper og minimale bygningsmessige endringer. Rapporten tas med inn i den videre strategiske planleggingen.

Det er i desember igangsatt ombygging av hjerteovervåkning/intensiv på Sykehuset Levanger. Arbeidet skal være avsluttet 1.juni 2012.

- **Unngå fristbrudd for rettighetspasienter**

I styringsdokumentet for 2011 er det satt som mål at fristbrudd for rettighetspasienter ikke skal forekomme. Ved utgangen av året var andelen fristbrudd 2% i Helse Nord-Trøndelag (totalt 71 fristbrudd). Det er innenfor somatikken og barne- og ungdomspsykiatrien at vi finner disse fristbruddene. I 2012 blir det knyttet økonomiske sanksjoner til blant annet fristbrudd. Det er en utfordring å unngå fristbrudd, og dette jobber foretaket kontinuerlig med.

- **Fortsatt reduksjon av andel deltid**

Foretaket har igangsatt systematisk arbeid for å redusere deltidsandelen, og har i 2011 gått fra en andel deltid på 47,1% til 45,2%. Dette er fortsatt langt unna kravet for 2011 som var en reduksjon på 20% ned til en andel på 37,8%. Vi har likevel gått riktig vei dette året, og har etablert en rekke tiltak som forventes å få effekt i 2012.

- **Overgang fra døgnbehandling til dag- og poliklinikk og vridning av aktivitet**

Fra sentralt hold er det klare føringer på at aktiviteten i spesialisthelsetjenesten skal dreies fra døgnopphold til mer dag- og poliklinikkbehandling. Videre er det forutsatt at aktivitetsveksten skal være større innenfor psykisk helsevern og rus enn innenfor somatikk. Det er igangsatt et arbeid for å kartlegge legehjemler som kan flyttes/omprioriteres. Med dagens finansieringsordning er det en utfordring å få til denne dreiningen

- **Opprettholde og bedre kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten**

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess som må forankres hos ledelsen på alle nivå i tjenesten. Helse Nord-Trøndelag HF har vedtatt en egen kvalitetsstrategi i forbindelse med strategi 2016. Denne følges opp gjennom konkrete tiltak samt at det skal satses på den statlige pasientsikkerhetskampanjen som er igangsatt.



- **Fortsatt tilpasning av behandlingskapasitet**

Innenfor enkelte behandlingsområder sliter foretaket med å holde ventetidene nede på et akseptabelt nivå og unngå fristbrudd. Dette gjelder bl.a. innen ortopedi, revmatologi, onkologi og gastrokirurgi. Det avsettes derfor ressurser for å styrke bemanningen og behandlingskapasiteten.

2.3 Andre forhold

Om planer for å redusere uriktig legemiddelbruk

Det er gjennomført forsøk på kirurgisk og medisinsk avdeling i samarbeid med Sykehusapoteket, med bruk av klinisk farmasøyt for samstemming av legemiddellister. Det videre arbeidet med dette er i tråd med Pasientsikkerhetskampanjen, men det har ikke lyktes å få til et team knyttet til dette læringsnettverket. Ressurs fra Sykehusapoteket er ansatt i 10% stilling i Fagavdelingen, og er aktivt med i utarbeidinga av det videre arbeidet med reduksjon av uriktig legemiddelbruk. Det blir i første omgang forsøkt videreført arbeid mot de to klinikkene som er i gang med klinisk farmasøyt. Samtidig blir informasjon fra Læringsnettverket Samstemming av legemiddellister i Pasientsikkerhetskampanjen, formidlet til kliniksjefer, avdelingsoverleger og avdelingssykepleierene i samarbeid med Sykehusapoteket.

Om omdømme

Helse Nord-Trøndelags omdømme er på mange måter en speiling av hvordan foretaket oppfattes i alle møter med omverdenen. Dette gjelder først og fremst flere hundre tusen pasientkontakter årlig, men omdømmet påvirkes også av all kommunikasjon mellom foretaket og andre, inkludert det bildet som tydeliggjøres gjennom mediene.

Det er ikke mulig å opprettholde et godt omdømme over tid, dersom dette ikke harmonerer med organisasjonens indre forhold. En grunnstein i omdømmebygging er derfor en organisasjon som er i stand til å skape et godt arbeidsmiljø og stolthet i organisasjonen. Helse Nord-Trøndelag skårer høyt i sammenligninger mellom foretak, og synliggjøring av dette bidrar til økt stolthet og selvfølelse i organisasjonen. Samtidig viser alle undersøkelsene rom for forbedring, og kan legges til grunn for forbedringsprosesser i organisasjonen.



DEL II – STYRETS RAPPORT FOR 2011

3.1 Sammendrag styrets rapport 2011

Mål

Styret i Helse Nord-Trøndelag skal utføre pålagte oppgaver og påse at styringskravene blir gjennomført innenfor de rammer og mål som er gitt og de ressurser som blir stilt til rådighet i styringsdokumentet for 2011.

Helhetlig 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. Alle punktene i matrisen risikovurderes.

Risikovurderinger er et eget nivå i styringsmodellen, og det arbeides med at risikostyring og internkontroll skal bli en integrert del av den samlede mål- og resultatstyringen i foretaket.

I tillegg har Helse Nord-Trøndelag HF utviklet egne styringskort for både foretaks- og klinikknivå. I styringskortet har man følgende fem områder (brukes i egen strategiplan):

- Pasientbehandling
- Kvalitet, fagutvikling og forskning
- Medarbeiderutvikling
- Samhandling
- Økonomi og ressursstyring

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. Helse Nord-Trøndelags modell for mål- og resultatstyring er vist på neste side:



Modell for mål- og resultatstyring



Etter 1. - og 2. tertial i 2011 er undervegsrapporteringen fremlagt for styret i Helse Nord-Trøndelag HF og HMN RHF. Ved årsavslutning rapporteres det i ÅRLIG MELDING på alle 159 mål, oppgaver og tilhørende styringsparametere. I tillegg er det 19 punkter som er håndtert som særskilte områder i årlig melding (jfr. vedlegg 3 i styringsdokument 2011).

Helse Nord-Trøndelag har i tillegg gjennomført ledelsens gjennomgang som ble fremlagt for Foretaksledelsen i mai i år. Saken er redegjort for som eget punkt i Årlig melding 2011.

For oppfølging i "linjen" av mål, oppgaver og tiltak inngås det lederavtaler mellom direktøren og klinikklederne. Disse lederavtalene bygger på styringskortene og følges opp gjennom jevnlig dialogmøter mellom adm.direktør/ass.dir./fagsjef og klinikkleder (med rådgivere).

HMN RHF gjennomfører lignende dialogmøter jevnlig med adm.direktør i RHF og adm.dir. i HF som hovedaktører. (Varierende antall ledere/rådgivere deltar sammen med direktørene).



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 AD-rapporter (Adm.direktør) i hvert styremøte i HNT.

Styrets rapport ved årets slutt viser at Helse Nord-Trøndelag HF oppfyller mange viktige resultatkrav og målområder i 2011, men det er også tiltak og resultatmål der nivåsatte krav ikke er innfridd.

Matrise for status risiko og måloppnåelse ved årets slutt 2011 for hele foretaket. (2.tertialtall benyttet på en del styringsparametere. * =Styringsmatrise i virksomhetsportalen.
** =Foretaksprotokoller)

	RØD	GUL	GRØNN	Krav oppfylt JA	Andel % JA
A SM*	1	14	95	75	68
B FP**	1	4	44	30	61
SUM	2	18	139	105	66

Noen generelle kommentarer basert på ”matrisen:”

Også dette året har omstillinger og effektiviseringstiltak som ble satt i verk i 2011 gitt effekt slik at en kan innfri kravet om økonomisk balanse. Helse Nord-Trøndelag HF har hatt god styring på økonomien i 2011 og prognostiserer et overskudd på ordinær drift med ca. 22 mill. kroner.

I forhold til aktivitetsmålene for 2011, så ligger man etter plantallene både for somatikk, psykisk helsevern voksne og psykisk helsevern barn- og ungdom. Dette gjelder spesielt for poliklinikkene. I Barne- og ungdomspsykiatrien har man økt aktivitet med 7,9% i poliklinikk, men likevel ligger man ca. 20% bak plantallet. Man har i løpet av året besatt planlagte stillinger, og man forventer dermed en videre økning i aktiviteten. I voksenpsykiatrien er aktivitetsveksten i poliklinikken på 4,2%, og man har 97% oppnåelse i forhold til plan. Samlet sett har man i psykiatrien hatt en aktivitetsvekst fra 2010 til 2011, og kostnadsveksten har vært lavere enn budsjettert. Dette ga en produktivitetsvekst i psykiatrien for 2011 som blant annet utløste de øremerkede midlene som Helse Midt-Norge RHF hadde holdt tilbake. (36 mill.kr. for hele Helse Midt-Norge RHF)

Aktiviteten i somatikken blir om lag på nivå med budsjett. Avvik totalt er på - 1%. Også i somatikken er det en vekst i poliklinisk aktivitet på 5,9%, mens man samtidig har ca 94% oppnåelse i forhold til plan.

Fortsatt er ventetiden lang innafor noen områder i Helse Nord-Trøndelag . Det er også utfordringer knytta til å rekruttere spesialister innafor et par fagområder.



Oppgaver/styringskrav som fortsatt er røde:

Punkt 3.2 i styringsdokumentet: Aktivitetsmål psykisk helsevern - BUP.

Tall per desember 2011:

	Per des	Måltall	Avvik
Konsultasjoner	14735	18894	-4159
Utskrivninger	124	130	-6
Oppholdsdøgn	2251	2261	-10

Antall konsultasjoner fra år 2010 til 2011 er økt med 1.080, men man er likevel langt unna å nå aktivitetsmålet. BUP har nå ansatt folk i det planlagte antall stillinger. Tiltak for å øke antall konsultasjoner og utskrivninger i 2012 er logistikk, opplæring og planlegging. I tillegg søkes det fortsatt å jobbe mer effektivt og rasjonelt. Arbeider fortsatt med å redusere sykefraværsprosenten, som per desember akkumulert er 7,2 %.

Punkt 6.3.1 i foretaksprotokollen: Foretaksmøtet forutsatte at styret for Helse Nord-Trøndelag HF årlig evaluerer egen virksomhet. En oppsummering av evalueringen skal videreformidles til eier.

Vi må dessverre rapportere at det ikke er gjennomført evaluering i 2011. Dette vil bli gjort i 2012.

Kommentarer i forhold til månedlig rapportering:

Styret har satt seg som mål å arbeide systematisk gjennom året for å innfri styringskravene, med fokus og rapportering på 4 hovedområder: (Månedlig rapportering)

Hovedområder	Styringsindikatorer det er rapportert på
Pasientbehandling	Gjennomsnittlig ventetid, Andel fristbrudd, Andel korridorpasienter, Strykninger fra operasjonsplan
Medarbeiderutvikling	Sykefravær, Andel deltid
Samhandling	Epikriser sendt ut innen 7 dager, Liggedøgn utskrivningsklare pasienter
Økonomi og ressursstyring	Økonomisk resultat, Aktivitet somatikk, Aktivitet psykisk helsevern, Utvikling brutto månedsverk

Områder med særskilt fokus

- *Psykisk helsevern*

For å samle fagmiljø og videreutvikle pasientbehandlingen ble det i 2009 igangsatt utbygging ved Sykehuset Namsos. I mai 2011 ble psykiatrien i Namsos samlet til sykehusområdet, og to bygninger på Bjørum i Namsos ble faset ut. Man har startet oppfølging av nasjonal strategigruppe II i HNT. I forhold til utvidelse av akutfunksjoner i Stjørdal og Kolvereid, samt å døpe om enheter fra Sykehus til DPS, så har man bedt RHF om å få unntak fra kravene. Dette har man fått positivt svar på, og psykiatrisk klinikk beholder sin organisering. Psykiatrisk klinikk har implementert de andre kravene fra nasjonal strategigruppe II.



- *Tverrfaglig spesialisert Rusbehandling*

Tilbudet til ruspasienter generelt har bedret seg i 2011, da en egen rusenhet gjør noe med behandlingsforløpene og samhandling rundt pasientene i klinikken. Det er stort fokus på å få pasienter til å fullføre behandling, og poliklinikkene har ett tett samarbeid med kommunene gjennom ansvarsgrupper. Ny sengepost har ansatt samhandlingskoordinator som i hovedsak har ansvar for å koordinere samhandling før og etter innleggelse. Det er meget gode erfaringer etter oppstart av rusenheten, og både pasienter og samarbeidspartnere svært fornøyde.

- *Kreftbehandling*

Kreftomsorgen utøves av flere klinikker men samordnes gjennom kreftpoliklinikkene ved begge sykehus. Ved begge sykehus er det etablert palliative team og det er tilsatt onkologer i deltidsstilling i samarbeid med St Olavs Hospital. Det arbeides kontinuerlig med kompetanseheving internt men også i samarbeid med kommunene. Som ledd i dette er det under etablering et "Nettverk for ressurspersoner i kreftomsorg" i samarbeid med kommunene, kreftforeningen, HINT, og St.Olav. HNT har ledelsen av styringsgruppen. HNT deltar i utarbeidelsen av en ny regional plan for kreftomsorgen.

- *Samhandlingsreformen*

Helse Nord-Trøndelag har vedtatt felles samhandlingsstrategi med kommunene, inkludert en handlingsdel i strategien. Dette har utgjort fundamentet for jevnlig møter i Samarbeidsutvalget for felles utvikling av samhandling og forberedelse til samhandlingsreformen.

I siste del av 2011 er det gjennomført forhandlinger mellom Helse Nord-Trøndelag og kommunene på følgende avtaleområder:

- A. Samarbeidsavtale mellom Helse Nord-Trøndelag og alle kommuner
 - B. Tjenesteavtale 1: "Enighet mellom kommunen og HNT om partenes ansvar for helse- og omsorgsoppgaver og tiltak partene skal utføre
 - C. Tjenesteavtale 3 og 5 (slått sammen): Tjenesteavtale om innleggelse i sykehus og samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester.
 - D. Tjenesteavtale 11: Samarbeid om omforente beredskapsplaner og om planer for den akuttmedisinske kjede
- Framforhandlede avtaler legges fram til behandling og vedtak i helseforetakets styre og kommunestyre.

3.2 Intern kontroll og ledelsens gjennomgang i 2011

Ledelsen skal, minst årlig, gjennomgå systemet for kvalitetsstyring for å sørge for at det fortsatt er hensiktsmessig, tilstrekkelig og virker effektivt. I dette inngår også en ledelsens gjennomgang av styringssystemet for informasjonssikkerhet i helseforetaket.

Gjennomgangen omfattet ikke økonomisystemene.



Gjeldende forutsetninger og bakgrunn

Vurderingene bygger på myndighetskrav, bla.: Spesialisthelsetjenesteloven, Helsepersonelloven, Pasientrettighetsloven, Journalforskriften, Personopplysningsloven, Arbeidsmiljøloven med tilhørende internkontrollforskrift, samt Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

Det følger bla. av gjeldene lover, forskrifter og interne krav at kvalitets-/internkontrollsystemet skal gjennomgå med faste mellomrom, for å se om det er hensiktsmessig og om de mål foretaket har satt, blir innfridd. Videre forsterkes dette kravet gjennom ISO-sertifiserte enheter og akkreditert enhet.

Ledelsens gjennomgang tar først og fremst utgangspunkt i:

- Gjennomførte interne og eksterne revisjoner
- Gjennomførte ROS-vurderinger
- Prosessytelse og produktoverensstemmelse
- Referat fra Kvalitetsutvalget
- Tilbakemeldinger eksternt og internt
- Gjennomført avvikshåndtering
- Referat fra Arbeidsmiljøutvalgsmøtene

I tillegg inngår overordnede styrende dokumenter så som Styringsdokument 2011, Strategi 2016, herunder Kvalitetstrategi 2010 - 2016 og interne krav, resultater av eksterne tilsyn, samt interne revisjoner og revisjoner hos leverandører. Avviksmeldinger, kvalitetsutvalgets årsrapport og klager er også en del av grunnlaget.

Ledelsens gjennomgang skal vurdere blant annet følgende:

- Er målene nådd?
- Er målene hensiktsmessige for å belyse kvaliteten på tjenestene?
- Tiltak som skal gjennomføres, ansvar og tidsfrister for gjennomføring og evaluering
- Tiltak for oppfølging fra ledelsens tidligere gjennomganger
- Ledelsen skal også foreta vurdering av eventuelle endringer i offentlige sikkerhetskrav som gjelder for helseforetaket, og vurdering av eventuelle behov for endring i informasjonssystemets organisering.

Det fremkommer gjennom avviksmeldinger, tilsyn fra myndighetene, interne revisjoner at kunnskapen om internkontrollkravene og etterlevelse av gjeldene prosedyrer ikke alltid er gode nok.

Videre oppfølging ble inndelt i følgende tema; målsatt og med tiltak.



Status pr. 31.12.11.

HMS

- Det skal arbeides videre med planen for å få en godkjent bedriftshelsetjeneste.
Plan utarbeidet og oversendt godkjenningmyndigheten. Planen er godkjent.
- Det skal gjennomføres "40-timerskurs" for verneombudene.
Tre av fem dager er gjennomført og de to siste dagene er datofestet i mars 2012.
- Sikre at opplæring i bruk av medisinsk utstyr er dokumentert for alle yrkesgrupper.
Siste tilsyn fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, dsb, fant at det foreligger dokumentasjon for alle yrkesgrupper i de avdelingene som ble kontrollert.
- Utarbeide plan for gjennomgang av forhold som påvirker foretakets leveringsevne.
Det er satt i gang ROS-vurderinger bla. i forhold strømforsyning.
- Utarbeide mål og bygge opp system, samt organisasjon for å kunne bli "miljøsertifisert" innen 2015.
Det er foretatt en første tilpassing av dokumenter på nivå 1. I tillegg er det laget stillingsbeskrivelse for miljøansvarlig, samt at oppgavene er tillagt bestemt person.
- Følge opp AMUS 2011.
AMUs er fulgt opp i tråd med vedtatte planer.

Pasientrelatert kvalitet

- Opplæring av kvalitetskoordinatorer i klinikkene.
Opplæring er satt i gang . Så langt er det vært tre dagssamlinger. Videre avklaring av oppgaver gjenstår.
- Opplæring og iverksetting av Globale Trigger Tool.
Opplæring er gjennomført, gjennomgang av journaler er gjort og resultatene rapportert.
- Vurdering av Kvalitetsutvalgets rolle.
Nytt mandat er utarbeidet og vedtatt og ny ordning er i ferd med å bli gjennomført.
- Følge opp de prosedyrer som er utarbeidet både for saksbehandling av henvisninger og registreringspraksis i PAS-systemet.
Disse er gjennomgått og er i ferd med å bli implementert.
- Kartlegging av pasienters opplevelse av kvalitet.
Det er satt i gang arbeid med utarbeide skjema dette arbeidet er ikke sluttført



- Sikre nødvendig fremdrift i oppgavene innenfor samhandlingsområdet.
Dette arbeidet går fortløpende.
- Avklare fremdrift vedrørende ISO-sertifisering.
Ikke avklart. Det er i ferd med å bli nedsatt en arbeidsgruppe som skal se på dette.
- Iverksette "Pasientsikkerhetskampanjen".
De tiltak som er beskrevet av Kunnskapssenteret er fulgt opp.
- Opplæring og iverksetting av NOIS registrering i de kirurgiske klinikkene.
Det er ikke avklart hvem som skal gjøre hva. Dette må være satt i verk innen 1.5.12.
- Redusere forekomsten av uriktig legemiddelbruk.
Dokumentene på nivå 1 er utarbeidet og tilpasset endringene i lovverket. Implementering og utarbeidelse av dokumenter på nivå 2 gjenstår.

Informasjonssikkerhet

- Vurdere å etablere ordning med personvernombud.
Det er ikke tatt stilling til dette enda.

Avviksbehandling

- Innføring av elektronisk meldingsrutine for avvikshendelser.
Utrullering ligger etter planen. Det forventes avklaring fra Kunnskapssenteret i forbindelse med endringer i lovverket for melding, som trer i kraft 1.7.12.
- Definere miljøavvik.
Miljøavvik er definert og tatt inn i avviksdokumentene.

Det er en klar erkjennelse av at metode for risikostyring gjør at en kommer i forkant av utfordringene. Metoden er også brukt som et verktøy for å bedre samhandlingen med en del av våre leverandører.



DEL III – STYRETS PLANDOKUMENT

I denne delen redegjøres på mer generelt grunnlag for de utviklingstrekkene en ser og de forventede ressursmessige konsekvensene av dette i form av økonomi, personell og spesialkompetanse. Kapittel 4 redegjør for styrets planer for å møte utviklingen.

4 Utviklingstrender og rammebetingelser

4.1 Utviklingstrender

Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn følgende fire hovedutfordringer for helsetjenesten de neste 10 år: (Vedtatt i styret for Helse Midt-Norge RHF sak 62/2010)

- Befolkningens sammensetning og behov endres
- Tydeligere krav til dokumentert kvalitet
- Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor
- Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten

Folketallsutvikling 1.1.2011 – 1.10.2011 <http://www.ssb.no/folkendrkv/>

Folketall pr 1.1.2011 og pr 1.10.2011 og endringer i perioden.

	Folketall 1.1.2011	Fødsels- overskudd	Innflytting Utlandet	Netto flytting	Folke- tilvekst	Folketall 1.10.2011
Møre og Romsdal	253 904	577	3064	1652	2229	256 133
Sør-Trøndelag	294 066	1039	3337	2261	3300	297 366
Nord-Trøndelag	132 140	218	977	687	905	133 045

Sør-Trøndelag har en befolkningsvekst på 3 300 (1,12%) i perioden. Nord-Trøndelag har en økning på i overkant av 900 (0,68 %). Sør-Trøndelag har også størst nettoinnflytting (flere flytter inn enn ut) og størst innflytting fra utlandet.

I forbindelse med strategiarbeidet i Helse Nord-Trøndelag er det pekt på følgende utviklingstrender:



Befolkningens sammensetning og behov endres

- Fra 2008 til 2020 vil antall personer fra 67-79 år øke med 50% og personer over 80 år med 1.8%
- Fra 2008 til 2030 vil økningen for tilsvarende grupper være henholdsvis 72% og 48%
- I Nord-Trøndelag er det i perioden frem til 2020 beregnet en total befolkningsvekst på 5.7%, med en vekst i sentrale bykommuner og nedgang i distriktskommuner med relativ økning av eldre mennesker
- Vi vil få flere mennesker med ikke-europeisk kulturbakgrunn
- Vi vil få et økende antall mennesker med kroniske sykdommer (kreft, diabetes, demens, overvekt, hjerneslag, KOLS, leddsykdommer,
- Vi vil ha flere eldre pasienter som har flere sykdommer og sammensatte og langvarige behov for helse og omsorgstjenester
- Vi vil få en økning av barn og unge med psykiske og adferdsmessige problemer
- Vi vil få flere mennesker med rusmiddelmisbruk og flere med psykiske, psykososiale og sammensatte lidelser
- Vi vil ha en sannsynlig etterspørselsvekst på 1,5% årlig pga nye medisinske muligheter og økte forventninger

Pasientrollen endres

- Ansvar for egen helse og egenomsorg vil bli vektlagt
- Innbyggerne vil ha større tilgang på informasjon om helse og sykdom
- Pasientene vil ha større brukermedvirkning
- Pasientene vil stille større krav til kompetanse, tilgjengelighet, informasjon, service og valgfrihet
- Pasientene vil få større mulighet for elektronisk kommunikasjon med helsetjenesten
- Vi vil ha aktive brukerorganisasjoner

Den faglige og teknologiske utvikling vil fortsette

- Vi vil fortsatt ha en utvikling innen genteknologi, farmakologi, diagnostiske hjelpemidler og behandlingsmetoder
- Det vil bli krav til standardisering av pasientforløp/behandlingslinjer
- Det kan forventes en ytterligere faglig spesialisering
- Det vil bli større integrasjon mellom klinikk og elektroniske journal- og informasjonssystemer
- Det vil bli større krav til logistikk og informasjonsflyt
- Det vil utvikles nettverkssamarbeid mellom sykehus om spesialfunksjoner basert på telekommunikasjon
- En større grad av pasientdokumentasjonen blir digitalisert og kan overføres elektronisk mellom kommunehelsetjeneste og sykehus

Forskning, kompetanse og kvalitetsutvikling

- Det vil bli større krav til dokumentert kvalitet i enhetene i helsetjenesten
- Flere nasjonale faglige retningslinjer vil bli utarbeidet
- Forskning og fagutvikling forventes å være en integrert del av avdelingenes virksomhet



- Avdelingene forventes å ha kvalitetssystemer/ være sertifisert
- Det vil bli større krav til forskning og kompetanse innen fagområder som psykiatri, rus, rehabilitering, helsepedagogikk, pasient- og pårørende opplæring
- Det vil bli mer forskning og samfunnsmedisinsk kompetanse i primærhelsetjenesten

Medarbeidere i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor

- Befolkningsendringen fører til en generell mangel på arbeidskraft
- Tilgangen på sykepleiere, fysioterapeuter og bioingeniører blir liten
- Flere kvinner enn menn blir leger. Kvinnelige leger velger andre spesialiteter enn menn
- Det vil bli krav om minst 6 legespesialister i en døgkontinuerlig vakt
- Det vil bli en økende internasjonalisering av arbeidskraften i helsetjenesten

Struktur og organisering av helsetjenesten virker inn

- Samhandlingsreformen vil føre til større grad av samhandling mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste
- Flere pasienter vil bli behandlet i distriktsmedisinske sentra og andre kommunale institusjoner
- Flere pasienter vil bli behandlet i poliklinikk og dagavdeling som alternativ til innleggelse
- Nytt av multidisiplinært samarbeid mellom flere spesialiteter, samt positiv sammenheng mellom volum og kvalitet vil kreve en samling av en del medisinske funksjoner på færre enheter.
- Det vil bli færre avdelinger med døgnvakt med legespesialister
- Psykiatri og rus vil bli prioritert foran somatikk
- Den prehospitale akuttmedisin (ambulans/helikopter) vil bli styrket
- Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten vil bli utfordret på å samarbeide med andre samfunnsområder om helsefremmende og forebyggende arbeid

4.2 Økonomiske rammeforutsetninger

Helse Nord-Trøndelag har fått bevilget om lag 2300 mill.kr for 2011. Foretaket fikk et krav om økonomisk balanse i 2011. Resultatkravet ble justert til – 7,6 mill kroner som følge av økte pensjonskostnader som ikke ble dekket av tilleggsbevilgning fra eier. Foretakets årsresultat er p.t. på ca 15,1 mill kroner, dvs. et akkumulert avvik på 22,7 mill kroner i forhold til korrigert resultatkrav på – 7,6 mill kroner.

I 2011 har Helse Nord-Trøndelag styrt etter et budsjett med behov for omstillingstiltak på 45,1 mill.kr. for å komme i balanse. Pr. desember ser det ut som en vil kunne klare om lag 30,5 mill.kr. Det gir en oppnådd effekt på 67% av de planlagte tiltakene.

Videre er det vedtatt i strategi 2016 at det vil være behov for å effektivisere driften med 1,5 % av brutto driftsutgifter årlig. (Om lag 30 mill.kr. årlig.) I henhold til egen strategiplan (vedtatt av styret 18.03.10) er frigjorte midler gjennom slik effektivisering tenkt benyttet til å videreutvikle pasienttilbudet i eget foretak. HMN har imidlertid fastsatt at dette effektiviseringskravet skal benyttes til felles omstilling i regionen og for å frigjøre midler til prioriterte investeringer.



HMN skal ivareta ”sørge for”-ansvaret for innbyggerne i regionen innen tildelte økonomiske rammer. Basert på erfaringstall for dagens behovsdekning og prognoser for utvikling i befolkningsstørrelse og sykkelighet er det forventet en aktivitetsvekst på 2 – 3 % pr. år i langtidsbudsjettperioden. I henhold til gitte retningslinjer er LTB 2012 – 2017 for HNT likevel basert på samme basisaktivitet som i budsjett 2011. Dette er begrunnet i forestående samhandlingsreform og overføring av oppgaver til primærhelsetjenesten.

Det arbeides med styrking av aktiviteten innen enkelte fagområder. Inneværende år har HNT, i samarbeid med Rusbehandling Midt-Norge HF, etablert ny enhet for behandling av ruspasienter i HNT. Videre er det, sammen med kommunene omkring Steinkjer, startet drift av DMS Inn-Trøndelag. Innen begge disse områdene vurderes det ytterligere utvidelse av pasienttilbudet.

Gjennom styrevedtak om (HNTs) strategi 2016 og (HMNs) strategi 2020 er det prioritert konkrete tiltak knyttet til pasienttilbud, forskning og fagutvikling. Noen av disse tiltakene har vi lagt inn i forslaget til LTB. Videre har vi lagt inn forslag om at foretaket skal ivareta ambulansedriften i egen regi (jf. styrevedtak) og forslag om økt satsing på vedlikehold av egne bygg.

Alle disse tiltakene vil påføre foretaket økte driftskostnader. Tabellen nedenfor viser oversikt for årene 2012 og 2013, og ble oversendt HMN RHF i forbindelse med LTB 2012-2017 (alle tall er endring i forhold til foregående år):

Prioritet	Områder for økt innsats	Helse Nord-Trøndelag HF – Drift (i 1000 kroner)	2012	2013
1	Samhandling	a) Prosjekt i samarbeid med primærhelsetjenesten	-1 000	
2	Tilpasning av behandlingskapasitet	a) Tiltak for å øke behandlingskapasiteten i ortopedi og revmatologi (stillingshjemler, lønnsmidler) b) Standardisere pasientforløp i ortopedi/revmatologi (reducere henvisninger/kontroller) c) Overføre kontroller til PHT (Dialog med PHT)	-3 000	
3	Kvalitetsforbedring, jf. kvalitetsstrategien	a) Gjennomføre pasientsikkerhetskampanjen b) ISO-sertifisering c) Kvalitetsarbeidet i klinikkene (koordinator-nettverket) d) Pasientforløp/LEAN/kunnskapbaserte prosedyrer e) Kvalitetssystem (EQS)	-2 000	
4	Prioriterte pasientgrupper i h.h.t. vedtatte strategiplaner	a) Geriatri og alderspsykiatri b) Pediatri/barnevern/BUP c) Rus	-2 000	-2 000
5	Ambulansedrift	Egen drift av ambulansene i Nord-Trøndelag		-15 000
6	Vedlikehold bygg	Økt satsing på vedlikehold for å hindre verdiforringelse av dagens bygningsmasse	-2 000	-3 000
SUM HNT	Endring i årsresultat som følge av økt innsats og/eller økt pasienttilbud		-10 000	-20 000



Den økonomiske effekten av vedtatte og foreslåtte nye driftstilbud innebærer at årsresultatet vil bli redusert med 10 mill kroner i 2012 og med ytterligere 20 mill kroner i 2013. En eventuell reduksjon i foretakets inntektsramme vil øke den økonomiske utfordringen for foretaket ytterligere.

I tillegg til de momenter som er nevnt i tabellen ovenfor, vil vi peke på den sterke økningen i årlige IKT-kostnader fra HEMIT. Noe av dette er knyttet til drift av nye IT-systemer, men kostnadene påvirkes også av HEMITs interne driftsbudsjett. For å få et samlet bilde av de økonomiske utfordringene, må derfor også disse kostnadene tas med. Vi er kjent med at HMN vil vurdere dette og ta inn slike kostnader i det videre arbeid med langtidsbudsjettet.

INVESTERINGER

HNT har ikke planer om nye større sykehusbygg i langtidsbudsjettperioden, men har behov for investeringer for å opprettholde kvalitet og kapasitet i løpende drift og for å tilpasse bygningsmassen slik at årlige driftskostnader blir så lave som mulig. Med dette som utgangspunkt har foretaket lagt opp til et investeringsnivå omtrent på nivå med årlige avskrivninger.

Følgende investeringsbudsjett er foreslått i LTB 2012-2017 for HNT de nærmeste årene:

Prioritet	Helse Nord-Trøndelag HF – Investeringer (i 1000 kroner)	2011	2012	2013	2014
1	Finansielle anleggsmidler				
	Egenkapitalinnskudd KLP	5 993	6 000	6 000	6 000
	Utstyr m.v.				
2	Medisinsk-teknisk og teknisk utstyr	27 513	35 000	35 000	35 000
	Prosjekter og bygningsmessige investeringer				
3	Div. ombygging/rehabilitering, inkl. HMS	24 700	20 000	20 000	20 000
4	Samlokalisering psykiatri, Namsos	19 000			
5	Hjerteovervåking/intensiv, Levanger	6 000	21 500		
6	Helikopterlandingsplass Levanger (evt. + Namsos)		20 000		
7	Ambulansedrift (biler og lokaler)		?	?	
8	Utviklingsplan Namsos (ompakking m.v.)				20 000
9	Utbyggingsplan Levanger (ompakking m.v.)			40 000	20 000
10	Psyk. Levanger inkl. DPS Stjørdal (ompakking m.v.)				
11	Operasjon/intensiv/poliklinikker, Namsos				
12	Barne- og ungdomssenter, Levanger (BUP, barn, hab. m.v.)				
HNT	Sum totale investeringer	83 206	102 500	101 000	101 000



EFFEKTIVISERINGS- OG OMSTILLINGSTILTAK

Realistisk omstillingsnivå

HNT har i mange år arbeidet med effektivisering av foretakets drift. Fra 2001 til 2009 har HNT forbedret den relative kostnadsindeksen i SAMDATA med 11 % -poeng, mens Møre-foretakene har hatt en reduksjon på om lag 5 % -poeng i samme periode. Arbeidet med utforming av ny finansieringsmodell i HMN basert på Magnussen-utvalgets modell, indikerer også at HNT har et effektivitetsnivå fullt på høyde med de andre foretakene i regionen når en tar hensyn til fastsatte kostnadskomponenter.

HNT har i egen strategiplan vurdert og fastsatt et krav/mål om årlig/løpende effektivisering av driften tilsvarende 1,5 % av samlede driftskostnader, dvs. om lag 30 mill kroner pr. år. Dette omstillingskravet er bl.a. begrunnet ut fra ny teknologi og nye behandlingsformer som gir mulighet for mer effektive driftsformer. Samtidig vil frigjorte driftsmidler fra slike effektiviseringstiltak kunne benyttes til å forbedre og utvikle behandlingstilbudet til eksisterende og nye pasientgrupper, jf. de formål som er listet opp i egen tabell ovenfor over vedtatte og foreslåtte nye tilbud og som er hentet fra foretakets strategiplan.

Ytterligere kommentarer til nivå på medisin teknisk utstyr (MTU), IKT og bygningsmessig vedlikehold

HNT mener (jf. kommentarer og prioriteringer ovenfor) at MTU må fornyes fortløpende i takt med årlige avskrivninger/utrangeringer. MTU er nødvendig "basisverktøy" som må være på plass til enhver tid for å opprettholde nødvendig akutt og elektiv drift. Vi mener derfor at det ikke er noe alternativ til 100 % gjenanskaffelse av MTU, og at dette må ivaretas med jevne årlige bevilgninger. Ved videreføring av dette prinsippet ned på klinikknivå vil en slik forutsigbar strategi ansvarliggjøre foretakets kliniske enheter og motivere til effektiv utnyttelse og fornyelse av nødvendig utstyr.

Bygningsmessig vedlikehold kan, på kort sikt, utsettes uten at det trenger å få umiddelbare konsekvenser for pasientbehandling og langsiktige økonomisk resultat. Hvis vedlikeholdet utsettes over lang tid, vil det imidlertid få betydelige økonomiske konsekvenser i form av behov for omfattende rehabilitering eller nybygg. Av denne grunn bør også bygningsmessig vedlikehold gjennomføres etter en plan med jevne årlige bevilgninger for å opprettholde tilnærmet opprinnelig standard. Det er viktig at en nå minimum legger seg på et nivå som dekker dette gjennomsnittlige vedlikeholdsbehovet (200 kroner pr. kvm pr. år). Bevilgning ut over dette nivået for å kunne ta igjen etterslep, bør kunne vurderes etter en mer detaljert plan og tilpasses øvrige investeringsbehov.

HNT har utnyttet muligheten til å benytte 50 % av fjorårets overskudd til investeringer i MTU og bygningsmessig rehabilitering. På dette grunnlag har vi inneværende år et bærekraftig nivå på disse investeringene. Foretaket vil prioritere dette nivået på MTU og rehabilitering/vedlikehold av bygninger også for årene framover.



4.3 Personell og kompetanse

Helse Nord-Trøndelag HF er den klart største bedriften i fylket med om lag 2500 medarbeidere. Totalt er det pr. desember d.å. 2292 årsverk.

Tabell over årsverksutvikling de fire siste årene:

Måned/år	Desember 2008	Desember 2009	Desember 2010	Desember 2011
Årsverk	2230	2256	2261	2292

Pr. desember var det planlagt brukt: 27450 månedsverk

Resultatet viste: 27508 månedsverk

Overforbruk på: 58 månedsverk

Økningen de senere år skyldes hovedsakelig opptrapping innenfor psykisk helsevern, samt nye tjenester i forbindelse med etablering av prehospital klinikk.

Oppgavefordeling, arbeidsprosesser og samarbeidsrelasjoner er i stadig endring. Dette gjelder både på tvers av fag, enheter og nivåer. En realisering av intensjonene i samhandlingsreformen vil innebære en fortsatt omstilling i samme retning.

Det er utarbeidet egne kompetanseplaner med veiledere som skal brukes i alle enheter i Helse Nord-Trøndelag HF.

I forbindelse med strategiarbeidet i Helse Nord-Trøndelag HF ble det arbeidet med seniorpolitikk, ufrivillig deltid og sykefraværspromatikken.

Helse Nord-Trøndelag vil følge opp seniorpolitikken som en del av prosjektet *Helse Nord-Trøndelag med en moderne HR-funksjon*, samt som en del av oppfølging av *Samarbeidsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv*. Ufrivillig deltid i foretaket skal reduseres og det arbeides med tiltak for å redusere andelen med ufrivillig deltid. Tiltaksplanen for å redusere uønsket deltid er et ledd i arbeidet med bemanningsplanlegging, og vil være et satsingsområde i årene fremover. Sykefraværspromatikken og IA-arbeidet tas videre gjennom egen handlingsplan. Planen vektlegger de psykososiale arbeidsmiljøfaktorene betydning for nærværarbeidet, og konkretiserer tiltak som vil være viktige elementer for å få økt effekt av IA-arbeidet..

4.3 Andre utfordringsområder

Andre utfordringsområder som er beskrevet i styrets rapport er at flere pasientgrupper venter for lenge på behandling og at det er for mange pasienter som opplever fristbrudd.



5 Helseforetakets strategier og planer

Denne delen beskriver helseforetakets arbeid med omstilling, organisatoriske grep m.v. for å oppfylle vedtatte regionale strategier.

5.1 Bakgrunn

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok 25.06.10 en strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge i tiden fram til 2020. Vedtaket omfatter til sammen 26 punkter.

Følgende 5 strategiske mål for perioden ble vedtatt:

- 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

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF vedtok sin strategiplan, STRATEGI 2016, i sitt styremøte 18.03.2010. I tillegg vedtok styret i Helse Nord-Trøndelag HF egen samhandlingsstrategi 17.06.2010.

./.. Begge strategiplanene vedlegges årlig melding 2011 som viktig premiss for planarbeidet i Helse Nord-Trøndelag HF.

5.2 Strategier og planer

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok i møte 07.10.2010 (sak 80/10) Gjennomføringsplan Strategi 2020. Gjennomføringsplanen legger opp til at oppgaver knyttet til vedtakets 26 punkter løses på tre ulike måter:

1. Oppdrag tillagt det regionale helseforetaket, RHF-oppdrag
2. Oppdrag lagt til de lokale helseforetakene, HF-oppdrag
3. Oppdrag som er organisert inn i egne prosjekt, Prosjektoppdrag

I sak 24/2011 redegjorde administrerende direktør for de 9 oppgaver som er direkte lagt til Helse Nord-Trøndelag for oppfølging. Følgende ble definert som realiserte oppgaver, i betydningen at nødvendige tiltak eller prosesser er iverksatt :

4. Styret for Helse Midt-Norge RHF forutsetter at foretakene i regionen bidrar aktivt til å gjennomføre samhandlingsreformen i tett dialog og parallellitet med kommunene.

7. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar å tilrettelegge for et bredt desentralisert helsetjenestetilbud til de store pasientgruppene. Alle sykehus skal ha døgneredskap for indremedisin og et bredt desentralisert poliklinisk tilbud. Sykehusene skal ha et særlig fokus på tilbudet til kronisk syke, og skal være hovedarena for samhandling med kommunehelsetjenesten.



17. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at virksomheten legger til rette for aktiv brukermedvirkning i behandling og på systemnivå.

24. Spesialisthelsetjenesten må ta medansvar for forebyggende helsearbeid samt habilitering/rehabilitering i et gjensidig forpliktende samarbeid med kommunene, fylkeskommunene og brukerne.

Følgende oppgaver ble definert til å kreve sterkere innsats enn i dag:

5. Styret for Helse Midt-Norge RHF ser det som nødvendig å styrke kapasitet og kompetanse i tilbudet til de store pasientgruppene. Dette innebærer en omfordeling mellom fagområder, og vil ha som konsekvens at ressursene til forskning prioriteres i samme retning.

13. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør utvikle helhetlige pasientforløp for de som har behov for sammensatte tjenester fra rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk. Styret ber administrerende direktør iverksette en prosess for å øke integrering og samhandling mellom rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk.

Tre strategipunkter ble satt i en egen kategori som angår sykehusenes akutte tilbud. Når det gjelder strategipunkt 9 om fødetilbudet, innebar styrets vedtak i sak 24/2011 at fødetilbudet ligger fast med fødeavdeling på hvert av sykehusene. To strategipunkter gjensstår dermed av disse:

8. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at samling av kirurgisk akuttberedskap på ett sykehus i hvert helseforetak skal utredes og konsekvensvurderes før vedtak fattes.

6. Styret vedtar at tilgjengelig kompetanse i størst mulig grad benyttes til aktiv pasientbehandling. Bruken av passiv vakt og beredskap må gjennomgås i alle foretak og skal reduseres i alle sykehus.

30. juni 2011 ble det avholdt foretaksmøte mellom Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag. I foretaksmøtet ble det gitt en rekke konkrete oppgaver som spesifiserte det videre arbeidet med oppfølging av Helse Midt-Norge Strategi 2020. Det ble bedt om en tiltaksplan som omfattet:

- Konkrete tiltak for å hente ut effekter av samhandlingsreformen
- Konkrete tiltak for omfordeling av ressurser mellom fagområder og/eller nivåer for å møte behovet for de store pasientgruppene
- Konkrete tiltak for å redusere ressursbruk til vakt og beredskapsordninger og helgearbeid for å styrke aktiv pasientbehandling og tilbudet på dagtid
- Konkrete tiltak for å samle det akuttkirurgiske tilbudet på færre sykehus
- Konkrete tiltak for å samle virksomheten innen andre fagområder der dette sikrer bedre utnyttelse av ressursene
- Konkrete tiltak for desentralisering av polikliniske tilbud til kronisk syke pasienter og store pasientgrupper

Alle tiltak skulle konsekvensutredes og den økonomiske gevinsten kvantifiseres.



Strategi 2020 er en kvalitetsstrategi som peker ut en retning fram mot 2020 som skal gi et kvalitetsmessig bedre, mer robust og mer effektivt sykehusvesen – og som bidrar til å forbedre det totale helsetilbudet til befolkningen på tvers av helselinjer.

På dette grunnlaget har administrerende direktør gjort utredninger som er pålagt i foretaksprotokollen, men fokusert på muligheter og effekter som over tid kan tilsvare 25 mill. kroner i årseffekt. Dette er således dels dekket fra budsjettet for 2012, men anviser økonomiske effekter av strategiske valg.

Følgende punkter er utredet som direkte svar på foretaksprotokollen:

- Vakt og beredskap i Helse Nord-Trøndelag
- Desentralisert virksomhet
- Værnes-regionen somatikk
- Værnes-regionen psykiatri

I tillegg har Helse Nord-Trøndelag ledet en regional arbeidsgruppe innenfor området elektiv kirurgi. Arbeidsgruppen avleverte sluttrapport i juli 2011. Siktemålet i arbeidet var å vurdere forskyvninger av elektiv kirurgi for å gjøre fagmiljøene i lokalsykehusene mer robuste. Sluttrapporten peker således ikke på noen økonomiske konsekvenser.

Alle disse elementene vil kunne få betydning for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag og må tas hensyn til i den videre planleggingen.

I strategi 2016 har styret i Helse Nord-Trøndelag HF foretatt en statusbeskrivelse. Videre er hovedoppgaver, visjon og verdier beskrevet.

Helse Nord-Trøndelag har valgt følgende fem målområder:

- 1. Pasientbehandling**
- 2. Kvalitet, fagutvikling og forskning**
- 3. Medarbeiderutvikling**
- 4. Samhandling**
- 5. Økonomi og ressursstyring**

Innenfor hvert av de fem målområdene er det formulert ett overordna mål.

Det er så skissert strategier som formuleres som satsingsområder for Helse Nord-Trøndelag. Mulige styringsindikatorer er også lista opp innafor hvert av de fem målområdene.

Gjennom mål, strategier og tiltak synliggjøres hvordan Helse Nord-Trøndelag HF vil møte de grunnleggende og store utfordringene gjennom konkret handling i hverdagen. Strategiplanen omfatter derfor både langsiktige tiltaksområder og avgrensa konkrete tiltak med beskrevet aktivitet, ansvar og tid for gjennomføring. Det er planer om en rullering av Strategi 2016 i 2012. (Strategiplanen er vedlagt Årlig melding. Her fremgår også hvilke konkrete tiltak som er foreslått iverksatt.)



5.3 Fra strategi 2020 og 2016 – til konkrete planer for 2012 og videre framover

Helse Midt-Norge har vedtatt sin strategi 2020. En rekke prosjekter og oppdrag er generert i det videre arbeidet som vil få betydning for planleggingen i Helse Nord-Trøndelag HF.

For øvrig følger Helse Nord-Trøndelag de planer som er lagt av overordna myndighet blant annet gjennom årlig styringsdokument fra Helse Midt-Norge RHF og langtidsbudsjett 2012-2017 samt egen strategi 2016 som ble vedtatt i styret for HNT, 18032010.

Den økonomiske utfordringen for HNT for 2012 påvirkes av endring i resultat/resultatkrav, endringer i basisramme fra HMN, endringer i andre aktivitetsbaserte inntekter, nye og økte kostnadselement knyttet til nye ansvarsområder eller økt aktivitet og behov for buffer p.g.a. usikker inntekts- og kostnadsside. Den økonomiske utfordringen for HNT er ved inngangen til 2012 beregnet til om lag 54 mill kroner eller om lag 2,5 % av foretakets driftsbudsjett.

Nytt i 2012 er at helseforetakene i samarbeid med kommune skal implementere samhandlings-reformen i tråd med gjeldende regelverk og Nasjonal helse- og omsorgsplan. Aktuelle områder er samarbeidsprosjekter med kommunene om lokale tilbud, utdanning, kompetanseutvikling og forskning. Det skal inngås avtaler om kostnadseffektive samarbeidsprosjekter som erstatter dagens behandling i sykehus, og etablering av lokalmedisinske senter. De lovpålagte avtalene mellom kommuner og helseforetak skal legge til rette for helhetlige pasientforløp og avklare arbeidsdeling mellom helseforetak og kommuner. De økonomiske virkemidlene som skal anvendes er kommunal medfinansiering, betaling for utskrivningsklare pasienter og døgntilbud for øyeblikkelig hjelp.

Klinikkene i Helse Nord-Trøndelag HF foreslo tiltak for 45,1 mill kroner for å tilpasse driften til fastsatte økonomiske rammer i 2011 og i forbindelse med budsjettet for 2012 er det foreslått tiltak for omlag 50 mill. kroner. Dette er vist i tabellen nedenfor:

Type tiltak	Beskrivelse	Planlagt økonomisk effekt av tiltaket
Reduksjon i lønnskostnader	Reduksjon stab/støtte/servicefunksjoner. Reduksjon pleietjeneste. Reduksjon vakt og tjenesteplaner leger.	Ca. 17 mill kroner
Reduksjon i varer og tjenester	Reduserte medikamentutgifter . Reduserte varekostnader (bl.a. pacemakere, dialyserekvisita, matvarer og el.kraft). Reduksjon i innleie av personell fra utleiefirma. Reduksjon i bruk av konsulenter.	Ca. 15 mill kroner
Økte inntekter knyttet til økt aktivitet	Økt aktivitet knyttet til vedtatte satsingsområder (jf. egen oversikt) og generell aktivitetsøkning og noe kodeforbedring.	Ca. 11 mill kroner
Andre tiltak	Blant annet reduserte husleie- og diverse kostnader knyttet til intern drift Vurdering av det psykiatriske behandlingstilbud inkl. drift av DPS-ene i Stjørdal og Kolvereid. Reforhandling av avtaler med DMS Inn-Trøndelag og DMS Stjørdal	Ca. 7 mill kroner
Sum effekt av nye tiltak		Ca. 50 mill kroner



Overordnet ser vi for oss tre områder der det kan oppstå uønskede effekter av foretakets opplegg for drift og omstilling for 2012:

1. *Lavere aktivitet.* Helse Nord-Trøndelag får ikke behandlet det antall pasienter som budsjettet legger opp til. Dette kan føre til svikt i inntekter til helseforetaket og økt ventetid på behandling.
2. *Lavere kvalitet.* Kvaliteten i pasientbehandlingen svekkes.
3. *Effekt av samhandlingsreformen.* Hvordan vil kommunene tilpasse seg nye økonomiske virkemidler knyttet til samhandlingsreformen?

Lavere aktivitet enn planlagt er en risiko i budsjettet. Analyse av foretakets drift og kapasitet viser at det gjennom endrede driftsopplegg er mulig å øke foretakets kapasitet. Et driftsopplegg med tilnærmet maksimal kapasitetsutnyttelse krever svært god koordinering. Det er en fare for at det kan oppstå flaskehalser. Det er nødvendig med god planlegging og hyppig oppfølging av driften for å sikre god måloppnåelse.

Lavere kvalitet er en risiko fordi økt pasientbehandling skal tilbys med uendret bemanning. Også på dette området er det nødvendig med god planlegging og jevnlig oppfølging av løpende drift. Innføring av bedre kvalitetssystemer og aktiv deltakelse i pasientsikkerhetskampanjen, er tiltak som skal bedre kvaliteten.

Effektene av samhandlingsreformen er usikre. Det er påpekt at samhandlingsreformen er en endringsreform, og at det vil ta noe tid før det blir vesentlige omlegninger i pasientbehandling og samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er likevel grunn til å tro kommunene over tid vil tilpasse seg nye økonomiske virkemidler. Det forventes at betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter vil få relativt hurtig effekt. Omfanget av utskrivningsklare pasienter er imidlertid relativt begrenset i vårt område. Usikkerhet knyttet til samlet effekt av reformen i 2012 innebærer at foretaket må være forberedt på driftstilpasninger i løpet av året i forhold til erfarte effekter.

Det er alltid knyttet en viss risiko til driftsendringer og effektiviseringstiltak, noe som også er tilfelle i budsjett og driftsopplegg for 2012. Administrerende direktør legger til grunn at Helse Nord-Trøndelags budsjett for 2012 vil øke volumet på den totale pasientbehandlingen uten at kvaliteten på tilbudet vil bli redusert.

Arbeidet med budsjett, driftsplaner og tiltak for 2012 har avdekket behov for oppfølging av flere områder som ikke er fullført i forbindelse med arbeidet med budsjettet for 2011. Det er ønskelig at dette arbeidet videreføres i et arbeid for kontinuerlig forbedring av foretakets drift (jf. vedtatt målsetting i foretakets strategiplan om 1,5 % årlig produktivitetsvekst). Mye av dette kontinuerlige forbedringsarbeidet bør foregå som løpende effektivisering i den enkelte klinikk. Noe arbeid kan imidlertid med fordel organiseres under en felles "paraply" og tilrettelegges av adm.direktør stab.

Selv om foretaket går med overskudd i 2011, er det store forskjeller internt i klinikkene i forhold til oppnådd økonomisk resultat i forhold til plan. Disse interne styrings- og fordelingsmessige utfordringene vil bli analysert nærmere i første halvår av 2012.



Konklusjon

Helse Midt-Norge RHF har i gjeldende langtidsbudsjett 2012-2017 bedt helseforetakene legge inn årlige krav til effektivisering av driften. Disse kravene er delvis relatert til pågående og forestående investeringer i nybygg i tillegg til å gi rom for nye utfordringer knyttet til endret pasientsammensetning, sykdomsbilde og reduserte økonomiske rammer til drift.

I strategisk plan for Helse Nord-Trøndelag HF for perioden 2010 – 2016 er det vedtatt å legge opp til en årlig effektivisering på om lag 1,5 % (tilsvarende om lag 30 mill kroner). Disse kravene er relatert til nye utfordringer knyttet til endret pasientsammensetning, sykdomsbilde og nye tilbud. Helse Nord-Trøndelag HF har som mål å kunne bidra til trygghet for liv og helse i befolkningen.

I den videre utviklingen av sykehusene i Nord-Trøndelag vil styret få seg forelagt balansert styringsinformasjon i tråd med de målområder som er valgt i strategi 2016. Dette for å overvåke kvalitet og arbeidsmiljø, sammenligne Helse Nord-Trøndelag med andre foretak og sykehus og for å få enda bedre grunnlag for beslutninger.

I Helse Nord-Trøndelag er det forventninger om økning i aktivitet, opprettholdelse av kvalitet, reduksjon i ventetider og fristbrudd samtidig som færre ”hender” skal innfri forventningene. Mye tyder på at økonomi og ressurstilgang vil bli avdempet de nærmeste årene.

Administrerende direktør vurderer at de største mulighetene for et likeverdig spesialisthelsetjenestetilbud i regionen er knyttet til at en løser de utfordringene som er relatert til store investeringer, med påfølgende avskrivninger og et høyere rentenivå enn vi har i dag. Kvaliteten på tilbudene i spesialisthelsetjenesten vil kunne opprettholdes gjennom at tilstrekkelig antall helsepersonell utdannes og kritisk kompetanse tilføres.

Levanger, 31.01.2012

Arne Flaatt
Administrerende direktør

Saksbehandler: Sveinung Aune

Vedlegg 2: Matrise Virksomhetsportalen

STYRINGSdokUMENT 2011 - ÅRLIG MELDING		Antall oppgaver	Kritisk risiko	Høy/moderat risiko	Lav risiko
1	Innledning				
1.1	Hovedprioriteringer 2011 (*ikke vurdert)	1			1
1.2	Samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan				
1.3	Gjennomføring av strategi 2020	2			2
2	Tildeling av midler				
2.1	Resultat- og likviditetskrav	1			1
2.2	Fordeling av inntekter	8			8
2.3	Raskere tilbake	1			1
2.4	Investeringsramme	1			1
3	Aktivitet				
3.1	Aktivitetsmål - psykisk helsevern for voksne	1		1	
3.2	Aktivitetsmål - psykisk helsevern BUP	1	1		
3.3	Aktivitetsmål somatikk - DRG	1		1	
3.4	Aktivitetsmål somatikk - Polikl.inntekter	1		1	
4	Nye forskrifter	1			1
5	Nasjonale og regionale strategier og handlingsplaner	2			2
6	Særskilte satsingsområder 2011				
6.1	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	16		2	14
6.2	Kvalitet og pasientsikkerhet	25		2	23
6.3	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3			3
6.4	Psykisk helsevern	7		1	6
6.5	Kreftbehandling	4			4
6.6	Innovasjon	3		3	
7	Andre områder				
7.2	Habilitering og rehabilitering	3			3
7.3	Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus	3			3
7.5	Behandling av sykkelig overvekt	5		1	4
7.8	Ernæring og mattrygghet	2			2
7.9	Beredskap og smittevern	3			3
7.10	Diabetes	1		1	
7.11	Spesialisthelsetjenestetilbudet for eldre	1			1
7.12	Opplæring av pasienter og pårørende	3		1	2
8	Utdanning av helsepersonell	4			4
9	Forskning	3			3
11	Oppfølging og rapportering	3			3
Total Styringsdokument		110	1	14	95
		100 %	1 %	13 %	86 %
FORETAKSPROTOKOLL 2011		Antall oppgaver	Kritisk risiko	Høy/moderat risiko	Lav risiko
FP 5	Økonomiske krav og rammebetingelser				
FP 5.1	Resultatkrav for 2011	1			1
FP 5.2	Styring og oppfølging i 2011	1			1
FP 6	Organisatoriske krav og rammebetingelser				
FP 6.1	Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonale helse- og omsorgsplan	5			5
FP 6.2	Veileder for styrearbeid og fastsetting av instruks	2			2
FP 6.3	Regjeringens eierskapspolitikk	2	1		1
FP 6.4	Tiltak på personalområdet	15		2	13
FP 6.5	Intern kontroll og risikostyring	4			4
FP 6.6	Kvalitet i anskaffelsesprosessene	2			2
FP 6.7	Utvikling på IKT-området	8		2	6
FP 6.9	Pasientreiser	2			2
FP 7	Øvrige eierkrav				
FP 7.1	Miljø- og klimatiltak	5			5
FP 7.2	Nasjonalt profilprogram	1			1
FP 7.5	Parkering	1			1
Total Foretaksprotokoll		49	1	4	44
		100 %	2 %	8 %	90 %
Totalt Styringsdokument + Foretaksprotokoll		159	2	18	139
		100 %	1 %	11 %	87 %

Vedlegg 2 Matrise Virksomhetsportalen				
Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Tekst til Årlig melding
1.1	Hovedprioriteringer 2011	Det er i Prop. 1 S (2010-2011) identifisert noen særskilte satsingsområder i 2011 for helseforetakene. Disse områdene er: Ventetider og fristbrudd, kvalitet og pasientsikkerhet, samhandlingsreformen, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern, kreftbehandling og innovasjon. Styring og kontroll med pasientsikkerhet og kvalitet må ikke stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken. En likeverdig vektlegging av disse områdene er en forutsetning for riktige faglige prioriteringer og høy kvalitet på pasientbehandlingen. I Strategi 2020 legges til grunn at midler omprioriteres til de store og voksende pasientgruppene. Styringsdokument 2011 Helse Nord-Trøndelag Protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag	JA	Helse Nord-Trøndelag HF har oppfylt kravene i forhold til satsingsområder i 2011.
1.3.1	Gjennomføring av Strategi 2020	• Utarbeide plan for gjennomføring av Strategi 2020 jfr. brev fra 20.10.2010, og med de spesifikasjoner som er gitt over.	JA	Plan utarbeidet og styrebehandlet 18.august, og vi er i rute med gjennomføring av tiltak.
1.3.2	Gjennomføring av Strategi 2020	• Prioritere deltakelse i de prosjektene og aktivitetene som forankres i Koordineringsgruppen for Strategi 2020	JA	Avgitt etterspurt personell til deltakelse i de regionale prosjektene.
11.1	Oppfølging og rapportering - Rapportering på styringsparametre	Det fremgår av vedlegg 2 hvilke styringsparametre det skal rapporteres på i 2011 samt rapporteringsfrekvens- og tidspunkt. Samtlige styringsparametre skal rapporteres i henhold til rapporteringsmal som vil bli overlevert helseforetaket i foretaksmøtet i februar 2011. Det legges til grunn at helseforetaket bruker de datakilder som er angitt i vedlegg 3 som grunnlag for rapporteringen. HMN kan be om ytterligere informasjon dersom det er uklarheter rundt enkelte styringsparametre. Oppfølging av at tiltak utarbeides og måloppnåelsen av disse gjøres gjennom året via egen matrise i virksomhetsportalen. Pr 1. tertial skal tiltak knyttet til oppgavene være registrert i matrisen og risiko være vurdert og styrebehandlet. Pr 2. tertial skal en rapportere hvorvidt tiltakene fører til måloppnåelse og ev. om ikke hvilke nye tiltak som iverksettes.	JA	Tertialrapporter er levert i henhold til opplegg. Årlig melding blir utarbeidet og levert iht plan. Behandles i styret 16.februar 2012.
11.2	Særskilt rapportering	Det bes om statusrapportering på helseforetakenes medvirkning i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen innen utgangen av 2. tertial 2011.	JA	Begge sykehus er ajour i forhold til journalgranskning, GTT. Innsatsområde Trygg kirurgi er iverksatt etter kampanjens kriterier. Det er oppnevnt kampanjeleder og kampanjeveileder og Pasientsikkerhetskampanjen er forankret i foretakets øverste ledelse. Innsatsområde Samstemming av legemiddellister er diskutert. Team ble ikke etablert i 2011.
11.3	Rapportering i årlig melding	I årlig melding skal det rapporteres på hvordan helseforetaket har fulgt opp oppgaver og styringsparametre i styringsdokumentet for 2011. Videre er det i vedlegg 3 en tabell som skal brukes som grunnlag for rapportering på spesifiserte områder. Frist for innsendelse av styrets årlige melding er januar 2012. Helseforetaket har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametre meldes Helse Midt-Norge RHF når slike avvik blir kjent. Årlig melding. Vedlegg 3 i styringsdokumentet; rapportering på særskilte områder	JA	Årlig Melding for 2011 vil bli levert innen utgangen av januar 2012. Styrebehandling skjer først i styremøte 16. februar 2012, og en evt. oppdatert utgave vil ettersendes dersom det blir endringer.
2.1	Resultatkrav og likviditetskrav	Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2011 levere et regnskapsmessig resultat i 0 eller bedre. Helse Nord-Trøndelag HF må ha kontinuerlig fokus på styring av egen likviditet og sørge for at behovet for kassekreditt til enhver tid blir så lite som mulig.	Igang satt	Foretakets opprinnelige resultatkrav for 2011 var 0 eller bedre. 7,6 mill kroner av økte pensjonskostnader for HNT i 2011 ble ikke dekket ved tilleggsbevilgning fra eier. Eier justerte derfor resultatkravet til - 7,6 mill kroner. Primo desember ligger foretaket i rute til å nå dette resultatkravet og prognostiserer et resultat i samsvar med revidert resultatkrav på - 7,6 mill kroner. I forbindelse med tilleggsbevilgning på vel 30 mill kroner for å dekke økte pensjonskostnader ble foretakets maksimale driftskreditt redusert til 170 mill kroner. Foretaket ligger godt under dette kravet, og prognosen er at foretaket vil klare likviditetskravet med god margin.
2.2.1	Fordeling av inntekter - nukleærmedisin	Nukleærmedisin: • Helseforetaket rapporterer tertialvis på hvordan tilbudet fungerer.	JA	Avtale mellom St. Olavs Hospital og HNT fungerer etter hensikten og er oppfylt
2.2.2	Fordeling av inntekter - psykisk helsevern	Psykisk helsevern - produktivitetsvekst Det er på regionnivå holdt av 36 mill kroner til psykisk helsevern til senere fordeling. Disse midlene kan utløses gjennom en dokumentasjon av at aktivitetsutviklingen er større enn kostnadsutviklingen. Helse Midt-Norge RHF vil ta initiativ til den konkrete utformingen og definisjon av hva som skal inngå i aktivitetsberegningen som skal ligge til grunn, samt på hvilket tidspunkt i 2011 denne fordelingen skal skje.	JA	HNT har dokumentert produktivitetsutvikling i 2011, og har fått godkjent utbetaling av ekstra midler. Aktivitetsveksten er dermed større enn korrigert kostnadsvekst.
2.2.3	Fordeling av inntekter - radiologi	Poliklinisk radiologi Basisrammen er styrket for å øke kapasiteten innenfor poliklinisk radiologiske undersøkelser, særlig innenfor CT og MR. Dette gjelder for pasienter hvor det er mistanke om svært alvorlig eller livstruende sykdom. <u>Ventetiden bør ikke være over 5 uker.</u>	JA	Ventetid m/kontrast: CT og MR: 5-6 uker. Ventetid u/ kontrast CT: 2 - 3 uker, MR: 4 uker Utredning med mistanke om cancer er ventetiden: Innen 2 uker Tiltak for å overholde ventetiden m/ kontrast: Utvide tid for å utføre MR- og CT- undersøkelser.

2.2.4	Fordeling av inntekter - regionalt henvisningsmottak for private rehab.institusjoner	Regionalt henvisningsmottak for private rehab. institusj Helse Midt-Norge RHF har etablert regionalt henvisningsmottak for private rehabiliteringsinstitusjoner lokalisert til sykehuset Levanger. Henvisningsmottaket skal motta henvisning fra alle private rehabiliteringsinstitusjoner regionen har avtale med og skal samtidig være info telefon for habilitering og rehabilitering. Mottaket blir særfinansiert med kr. 3,5 mill i 2011.	JA	Fra og med 9.mai 2011 har henvisninger fra fastleger og avtalespesialister til de private rehabiliteringsinstitusjonene i Midt-Norge gått via et felles henvisningsmottak for vurdering og prioritering. Regionalt henvisningsmottak for private rehabiliteringsinstitusjoner Midt-Norge (ReHR) har etablert et godt samarbeid med de private rehabiliteringsinstitusjonene og Helse Midt-Norge RHF som oppdragsgiver. ReHR har også deltatt på flere nasjonale møter med tilsvarende instanser i de andre RHF'ene. Formål med disse møtene er blant annet å få mest mulig standardisert vurdering av søknadene og styrke samarbeidet mellom helseregionene i forhold til rehabilitering. ReHR betjener også informasjonstelefon for reHabilitering, og har ansvar for drifting av nettside med oversikt over reHabiliteringstilbud i egen region.www.hnt.no/rehr.										
2.2.5	Fordeling av inntekter - Stjørdal DPS	Stjørdal DPS Helse Midt-Norge viser til styresak 87/10 fra 05.11.10 vedrørende finansiering av aktivitet i DPS Stjørdal. I styresaken vedtok styret i punkt 1 at befolkningen i kommunene Selbu, Tydal, og deler av Malvik fortsatt skal få sitt tilbud ved Stjørdal DPS. Inntektsrammen for disse kommunenes opptaksområde er gitt til St. Olavs Hospital HF. St. Olavs Hospital HF har finansieringsansvaret for døgnplassene og poliklinikk i DPS Stjørdal for pasienter fra de nevnte kommunene. St. Olavs Hospital HF skal i 2011 betale for 3 plasser. Kostnadene skal beregnes i henhold til nøkkelen i avtalen som er signert mars 2007. Helse Midt-Norge gir i tillegg 6,258 mill kr i særskilt bevilgning for 2011 for å sikre drift og utvikling av tjenestetilbudet ved DPS Stjørdal. Helse Nord-Trøndelag HF skal i utforming av tjenestetilbudet ha særskilt fokus på samarbeidet med St. Olavs Hospital HF.	JA	Det er utarbeidet plan for alternativ bruk, og planen er presentert for Helse Midt-Norge i september 2011 (Sokrates-prosjektet).										
2.2.6	Fordeling av inntekter - Stjørdal DMS	Helseforetaket skal videreføre driften av Stjørdal DMS, reforhandling før 01.03.2012. Avklare finansieringsnøkkel som del av de nye finansieringselementene Samhandlings-reformen. Vil samtidig reforhandle avtale om finansiering av DMS Inn-Trøndelag.	JA	Fulgt opp i tråd med forutsetningene										
2.2.7	Fordeling av inntekter - forskning og utdanning	HMN regionale forskningsstrategi styrer mot 3,0 % av rammen avsatt til forskning. For å nå denne rammen har HMN påbegynt en opptrapping frem mot 2014 som synliggjøres i særfinansieringen. Midlene stilles til disposisjon gjennom årlig opptrapping og det forventes at foretakene innretter seg slik at forskningsaktiviteten er på forventet nivå i 2014. Helse Nord-Trøndelag HF har fått tildelt følgende til forskning og utdanning: • 6,806 mill kroner HNT HF skal innenfor økning av FoU-midler ivareta forskningsprosjekter som gjenspeiler prioriteringene i Strategi 2020. Ev inntekter fra andre finansieringskilder som skal brukes til FoU skal komme i tillegg til dette. Det er videre satt av forskningsmidler under Helse Midt-Norge RHF, som vil bli fordelt av Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og universitetet etter søknad.	Igangsatt	Midlene er avsatt og ivaretas iht føringene i Strategi 2020. Midlene fordeles til prosjekter via vårt Forskningsutvalg og FoU avdelingen.										
2.2.8	Fordeling av inntekter - omfordeling av rentekostnader	Det er lagt til grunn en omfordeling av 31% av budsjettert rentekostnad på langsiktige lån, totalt 130,7 mill kr. Dette medfører en reduksjon av rammen til Helse Nord-Trøndelag HF på totalt 8,86 mill kr.	JA	Kravet er oppfylt ved tildeling av basisramme for HMN i 2011.										
2.3	Raskere tilbake	Helse Midt-Norge har i 2011 fått tildelt 104,258 mill kroner knyttet til ordningen "Raskere tilbake", (herav 3,8 mill kr til videreføring av utdanningskapasiteten ved arbeidsmedisinsk avdeling og 37,258 mill kr til drift av Hysnes Helsefort). Aktivitet som kommer inn under ordningen dekkes særskilt og skal ikke finansieres av inntektsfordelingen beskrevet i pkt 2.2. Helse Nord-Trøndelag har i 2011 fått tildelt en ramme på 6,740 mill kr	JA	Bevilgningen er brukt i sin helhet. Det er utredet og behandlet 912 pasienter under ordningen i 2011.										
2.4	Investeringsramme 2011	Ramme for 2011 (1000 kroner) <table><tr><td>Bygg/HMS</td><td>24700</td></tr><tr><td>MTU</td><td>27513</td></tr><tr><td>EK-innskudd KLP</td><td>5993</td></tr><tr><td>Psykiatribygg NA</td><td>19000</td></tr><tr><td>HOV/Intensin LE</td><td>6000</td></tr></table> Investeringer knyttet til overskudd forrige år for tils. 25800 er inkludert i tallene ovenfor SUM INVESTERINGER 83206 I tillegg kan helseforetaket få tildelt investeringsmidler til særskilte ENØK-tiltak.	Bygg/HMS	24700	MTU	27513	EK-innskudd KLP	5993	Psykiatribygg NA	19000	HOV/Intensin LE	6000	Igangsatt	Det er god styring på bruk av foretakets investeringsmidler. Primo desember ligger foretaket an til å få et mindreforbruk på 2 - 3 mill kroner i forhold til vedtatt budsjett.
Bygg/HMS	24700													
MTU	27513													
EK-innskudd KLP	5993													
Psykiatribygg NA	19000													
HOV/Intensin LE	6000													
3.1	Aktivitetsmål - psykisk helsevern for voksne	Måltall: (Forventet aktivitet) Antall polikliniske kons.: 43.000 Antall utskrivinger: 1.500 Antall oppholdsdøgn: 26.510	NEI	Måloppnåelse Utskrivninger: 88,7% (1331/1500) Måloppnåelse Liggedøgn: 95,0% (25191/26510) Måloppnåelse Konsultasjoner: 97,0% (41723/43000)										

3.2	Aktivitetsmål - psykisk helsevern BUP	Måltall: (Forventet aktivitet) Antall polikliniske kons: 18.850 Antall utskrivinger: 130 Antall oppholdsdøgn: 2.260	NEI	Tall per november 2011: <table><tr><td></td><td>Per nov</td><td>Måltall</td><td>Avvik</td></tr><tr><td>Konsultasjoner (desember)</td><td>14735</td><td>18894</td><td>-4159</td></tr><tr><td>Utskrivninger (november)</td><td>112</td><td>120</td><td>-8</td></tr><tr><td>Oppholdsdøgn (november)</td><td>2138</td><td>2080</td><td>+58</td></tr></table> Antall konsultasjoner fra år 2010 til 2011 er økt med 1.080. BUP har nå ansatt folk i det planlagte antall stillinger. Tiltak for å øke antall konsultasjoner og utskrivinger i 2012 er logistikk, opplæring og planlegging. I tillegg søkes det fortsatt å jobbe mer effektivt og rasjonelt. Arbeider fortsatt med å redusere sykefraværsprosenten, som per november akkumulert er 7,1 %.		Per nov	Måltall	Avvik	Konsultasjoner (desember)	14735	18894	-4159	Utskrivninger (november)	112	120	-8	Oppholdsdøgn (november)	2138	2080	+58
	Per nov	Måltall	Avvik																	
Konsultasjoner (desember)	14735	18894	-4159																	
Utskrivninger (november)	112	120	-8																	
Oppholdsdøgn (november)	2138	2080	+58																	
3.3	Aktivitetsmål somatikk	Antall produserte DRG- poeng i HNT: 28.563	NEI	Res. for 2010 (somatikk målt i DRG-poeng): 99,4% måloppnåelse. Res. pr. 2. tertial 2011 (somatikk målt i DRG-poeng): 97,1% måloppnåelse. DRG-aktivitet i desember ligger høyere enn planlagt (ca. 3,5% over plan). Måloppnåelse har akkumulert steget til 98,4%, og på årsbasis forventer man en aktivitet som er ca. 1% bak planen. Det er fortsatt stort fokus på å øke aktivitet, og samtidig ha kontroll på fristbrudd og ventetider. Dette vil fortsette i 2012.																
3.4	Aktivitetsmål somatikk	Refunderte polikliniske inntekter	NEI	Måloppnåelse for somatisk poliklinikk i 2011 er på 94,2% (målt ved oppnådde DRG-poeng).																
4.	Nye forskrifter	Forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land Ny refusjonsordning for dekning av utgifter til helsehjelp utenfor sykehus i andre EU/EØS- land trer i kraft 1.1.2011. Refusjonsordningen vil gi pasientene større valgfrihet. HELFO skal administrere ordningen. De regionale helseforetakene skal dekke refusjonsutgiftene for de tjenestetypene de har "sørge for"-ansvaret for etter nærmere bestemte regler.	JA	Kravet forventes å ha begrenset økonomisk omfang og vil bli innfridd i henhold til sentralt vedtatte retningslinjer.																
5.1	Nasjonale og regionale strategier og handlingsplaner	Det forutsettes at helseforetaket er kjent med innholdet i strategiene og at de legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet på de ulike områder Viser til side 12 og 13 i styringsdokument 2011 for Helse Nord-Trøndelag, kapittel 5	Igangsatt	HNT arbeider med å gjøre strategiene kjent for medarbeiderne. Ansvar for dette er lagt til linjeledelsen. Strategiene skal legges til grunn ved utøvelsen og utviklingen av tilbudene Det er lagt direkte linker til strategiene i styringsmatrisen																
5.2	Nasjonale og regionale strategier og handlingsplaner	Samhandlingsreformens intensjoner er vedtatt. Fra 2012 vil det bli vedtatt nye økonomiske virkemidler, ny nasjonal helseplan og nye helselover. Helseforetakene skal i 2011 sammen med kommunene lage avtaler for samarbeid om forberedelser for å realisere samhandlingsreformen. Se også momenter i foretaksprotokollen punkt FP 6.1.1 tom FP 6.1.5 i denne styringsmatrisen	Igangsatt	Helse Nord-Trøndelag har vedtatt felles samhandlingsstrategi med kommunene, inkludert en handlingsdel i strategien. Dette utgjør fundamentet for jevnlig møter i Samarbeidsutvalget for felles utvikling av samhandling og forberedelse til samhandlingsreformen. I siste del av 2011 er det gjennomført forhandlinger mellom Helse Nord-Trøndelag og kommunene på følgende avtaleområder: A. Samarbeidsavtale mellom Helse Nord-Trøndelag og alle kommuner B. Tjenesteavtale 1: "Enighet mellom kommunen og HNT om partenes ansvar for helse- og omsorgsoppgaver og tiltak partene skal utføre C. Tjenesteavtale 3 og 5 (slått sammen): Tjenesteavtale om innleggelse i sykehus og samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester. D. Tjenesteavtale 11: Samarbeid om omforente beredskapsplaner og om planer for den akuttmedisinske kjede Framforhandlede avtaler legges fram til behandling og vedtak i helseforetakets styre og kommunestyre.																
6.1.1	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: • Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker (Mål:100%)	JA	Res. for 2010: 97,0% Res. pr 2.tertiar 2011: 96% Resultat pr utgangen av desember 2011 er 100% oppdatert siste 4 uker.																
6.1.11	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	• Helse Nord-Trøndelag HF skal gjennomgå alle vaktordningene for å redusere passiv vakt	NEI	Saken er behandlet i styret for HNT 17.august 2011 (styresak 31/2011). Vaktordningene i foretaket er gjennomgått, men man ser ingen mulighet til ytterligere reduksjon av passiv vakt.																
6.1.12	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	• Helse Nord-Trøndelag HF skal registrere, kvalitetssikre og rapportere data om henvisninger til Norsk Pasientregister	JA	Helse Nord-Trøndelag HF rapporterer NPR-melding månedlig.																
6.1.13	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Helseforetaket skal systematisk gjennomgå prosessene for tildeling av prioritert helsehjelp, identifisere svakheter og iverksette forbedringstiltak.	JA	Kravet i styringsdokumentet er gjennomført.																

6.1.2	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen somatikk (mål <= 65 dg)	JA	3. tertial 2010 (NPR-data): 96 dager 2. tertial 2011 (NPR-data): 97 dager Foretaket var i november 2011 ned på gjsn. ventetid på 64 dager, og resultat ved utgangen av desember 2011 er gjsn.ventetid på 67 dager for somatikken. Foretaket arbeider nå for å stabilisere ventetiden på dette nivået.
6.1.2.1	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: Median ventetid for pasienter innen somatikk	JA	Resultat ved utgangen av des. 2011 er median ventetid på 50 dager.
6.1.3	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: • Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP)	JA	3. tertial 2010 (NPR-data): 50 dager 2. tertial 2011 (NPR-data): 81 dager Foretaket var i desember 2011 ned på gjsn. ventetid på 54 dager for barne- og ungdomspsykiatri HNT. Foretaket arbeider nå for å stabilisere ventetiden på dette nivået.
6.1.3.1	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: Median ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP)	JA	Resultat ved utgangen av des. 2011 er median ventetid på 39 dager.
6.1.4	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: • Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP)	JA	3. tertial 2010 (NPR-data): 49 dager 2. tertial 2011 (NPR-data): 57 dager Foretaket var i desember 2011 ned på gjsn. ventetid på 50 dager for voksenpsykiatri HNT.
6.1.4.1	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: Median ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP)	JA	Resultat ved utgangen av des. 2011 er median ventetid på 36 dager.
6.1.5	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere (TSB)	JA	3. tertial 2010 (NPR-data): 33 dager 2. tertial 2011 (NPR-data): 35 dager Foretaket var i desember 2011 ned på gjsn. ventetid på 37 dager for voksenpsykiatri HNT.
6.1.5.1	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: Median ventetid for pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)	JA	Resultat ved utgangen av des. 2011 er median ventetid på 66 dager.
6.1.6	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: • Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten (styringsmål: ned mot 65 løpedager ved utgangen av 2011).	JA	3. tertial 2010 (NPR-data): 94 dager 2. tertial 2011 (NPR-data): 95 dager Foretaket var i november 2011 ned på gjsn. ventetid på 63 dager, og resultat ved utgangen av desember 2011 er gjsn.ventetid på 66 dager totalt for HNT. Foretaket arbeider nå for å stabilisere ventetiden på dette nivået.
6.1.7	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: • Andel pasienter innen BUP som er vurdert innen 10 dager (mål: 100 %)	JA	Ved utgangen av november 2011 så er kravet på 100% nådd.
6.1.8	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: • Andel rettighetspasienter som gis utredning eller behandling innen 65 dager i psykisk helsevern og/eller TSB for personer under 23 år (mål: 100 %)	JA	Rutinene på inntak, vurdering av henvisninger og prioritering er gode og ledere har kontroll på dette. Ved utgangen av desember er andel som gis utredning eller behandling innen 65 dager på 94%.
6.1.9	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: • Andel fristbrudd for rettighetspasienter (mål: 0 %)	NEI	Ved utgangen av året var andel fristbrudd 2% på foretaksnivå. Antall fristbrudd var totalt 71, og fordeles på følgende måte mellom fagområdene ved utgangen av desember: Somatikk 52 fristbrudd, Voksenpsyk. 0 fristbrudd, Barne- og ungdomspsyk. 19 fristbrudd.
6.2.1	Kvalitet og pasientsikkerhet Kvalitetsforbedring	Det er et mål å ha mest mulig lik og kunnskapsbasert behandlingspraksis som understøtter gode pasientforløp. Målet kan nås blant annet ved å implementere nasjonale faglige retningslinjer og bruk av mini-HTA skjema (systematisk sjekkliste; se Kunnskapssenteret). Helseforetaket skal følge opp arbeidet med å bygge en god kvalitetskultur i henhold til strategi 2020. Foretakene skal som et ledd i dette bidra til utvikling og implementering av ny kvalitetsstrategi. Helseforetaket skal følge opp arbeidet fra prosjektet Elektiv kirurgi jfr. strategi 2020. Det skal ikke planlegges etablering av elektiv kirurgi uten at dette er koordinert med prosjektet.	JA	HNT anvender nasjonale faglige retningslinjer som en vesentlig del av kunnskapsgrunnlaget i utviklingen av pasientforløp. HNT arbeider mot å oppnå en kvalitetskultur i bedriften. HNT har en egen kvalitetstrategi (2016) som sammenfaller med 2020-strategien. Etablet nettverk for Kvalitetskoordinatorer i klinikkene. Det er utviklet en god meldekultur. Elektronisk avvikssystem under breeding i alle klinikker. Flere avdelinger/klinikker er ISO-sertifisert. HNT har som målsetting at foretaket skal være sertifisert innen 2016. HNT HF er aktivt med i Pasientsikkerhetskampanjen, jfr rapporteringpunktene for denne.
6.2.1.1	Kvalitet og pasientsikkerhet Kvalitetsforbedring	Styringsparameter: • Andel epikriser sendt ut innen sju dager (mål: 100 %). Det er et langsiktig mål at epikrisen følger pasienten.	Igangsett	Styringsmålet på 100 % epikriser utsendt innen 7 dager ble ikke nådd, men vi har lagt opp mot 90 % utover høsten og trenden er fortsatt stigende. Iverksatte tiltak ser ut til å være effektive og vi arbeider aktivt for å nå 100 % - målet.

6.2.1.2	Kvalitet og pasientsikkerhet Kvalitetsforbedring	Styringsparameter: • Andel korridorpasienter. (Mål: Det skal normalt ikke være korridorpasienter.)	Igangsatt	Jfr målsetting om ingen korridorpasienter opp mot styringsparameter. Andel korridorpasienter varierer fra 0,8% til 2,3% gjennom året 2011. Flere utskrivningsklare pasienter kan overføres til kommunene. Her har DMS Stjørdal og Inn-Trøndelag bidratt positivt. Medisinsk avdelinger har korridorpasienter i perioder. Årsaken er store svingninger i antall ø.hjelp innleggelser. Ytterligere bedring nødvendig gjør vurdering av beleggsprosenten.
6.2.1.3	Kvalitet og pasientsikkerhet kvalitetsforbedring	Styringsparameter: • Andel pasienter med hjerneinfarkt som får trombose.	JA	Systemtilsynet viste at våre rutiner og praksis var i tråd med Nasjonale retningslinjer for trombosebehandling ved hjerneinfarkt. Andel trombose ved hjerneinfarkt 2. tertial 2011 er 3,3% i HNT. Dette er lavere enn HMN totalt som har en andel på 9,7%.
6.2.1.4	Kvalitet og pasientsikkerhet kvalitetsforbedring	Styringsparameter: • Andel pasienter med sfinkterruptur (fødselsrifer) grad 3 og 4.	JA	NPR har ikke publisert tall for 2011. For siste publisering for periode 01.01 - 31.10.2010 så var andel fødselsrifer totalt for HNT 1,3%. Andelen på landsnivå i samme periode er på 2,3%.
6.2.1.5	Kvalitet og pasientsikkerhet kvalitetsforbedring	Styringsparameter: • Diabetes - Ben/fotamputasjoner pr 100.000 innbyggere.	JA	NPR har ikke publisert tall for 2011. Tall for året 2010 er kun på regionnivå, og viser en rate på 2,3 pr 1000 for underekstremitetsamputasjoner blant pasienter med diabetes. Dette er samme nivå som for hele landet.
6.2.1.6	Kvalitet og pasientsikkerhet kvalitetsforbedring	Styringsparameter: • Helse Nord-Trøndelag HF skal fortløpende registrere gode og komplette datasett i de aktuelle kvalitetsregistre.	JA	Dette blir gjort fortløpende.
6.2.2.1	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning	Styringsparameter: • Brukererfaringer kreftpasienter, justert for case-mix	JA	Pas-opp undersøkelsen 2010 vedr kreftpasienters erfaringer, viste positive resultater for HNT. Undersøkelsen er gjennomgått i foretaks- og klinkkledelse og spesielt i begge kreftpoliklinikkene. Erfaringene fra undersøkelsen legges inn i utviklingen av tilbudet til kreftpasienter. I 2011 blir kreftomsorgen i foretaket styrket ved at vi ansetter egne onkologer i nyopprettede stillinger. <u>Positive erfaringer med egne onkologer.</u>
6.2.2.2	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning	Styringsparameter: • Fastlegers erfaringer med distriktspsykiatriske sentre	Igangsatt	Klinikken deltar i undersøkelsen. Resultater foreligger ikke ennå.
6.2.2.3	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning	• Helseforetaket skal følge Regional plan for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge (2010-2015)www.hmn.no	JA	Handlingsplanen realiseres fortløpende.
6.2.2.4	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning	• Helseforetaket skal styrke informasjon om tjenestetilbud og rettigheter, og spesielt legge til rette for pasienter og pårørende med annen språklig og kulturell bakgrunn.	Igangsatt	Brosjyren som pasienter får ved innkalling til sykehuset inneholder praktisk informasjon samt viktig rettighetsinformasjon. Brosjyren er trykket opp i engelsk og samisk utgave, noe som kan bidra til å styrke sentral informasjon vesentlig. Renovering av foretakets hjemmesider pågår og styrker gradvis pasientinformasjonen.
6.2.2.5	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning	Helseforetaket skal gjennomføre minst 1 lokal brukerundersøkelse. Det skal blant annet rettes oppmerksomhet mot forbedringsområdene som er avdekket i den nasjonale brukerundersøkelsen "Kreftpasienters erfaringer med somatiske sykehus i 2009" PasOpp-rapport nr 2 2010	Igangsatt	Brukerundersøkelse er under utarbeiding i samarbeid med FuO, noe som bringer denne over i grønt.
6.2.3	Pasientsikkerhet	Antall uønskede hendelser skal reduseres. I januar 2011 starter den tre-årige nasjonale pasientsikkerhetskampanjen - i trygge hender (www.pasientsikkerhetskampanjen.no). Kampanjen skal legge grunnlaget for varige systemer, strukturer og kompetanse om pasientsikkerhet og bidra til bedre pasientsikkerhetskultur. Nasjonale innsatsområder i kampanjen er postoperative sårinfeksjoner, riktig legemiddelbruk, behandling av hjerneslag og psykisk helsevern. Kampanjen starter med en basismåling av omfang av pasientskader ved hjelp av Global Trigger Tool. Innsatsområdene innføres gradvis.	Igangsatt	Fagavdelingen har fulgt opp Pasientsikkerhetskampanjen og de innsatsområder og krav kampanjen har satt for 2011.
6.2.3.1	Pasientsikkerhet	• Helse Nord-Trøndelag HF skal sikre at kvalitetsdokumentasjonssystemet gjennomgår de nødvendige revisjoner både i struktur og innhold, og at tilgjengelig funksjonalitet tas i bruk.	JA	Arbeidet med gjennomgang av kvalitetssystemet er gjennomført. Ressurser er nå omdisponert til vedlikehold og oppfølging av systemet.
6.2.3.2	Pasientsikkerhet	• Ved revisjoner av kvalitetsdokumentasjonssystemet i det enkelt HF skal dette skje i samspill med de øvrige HF. Det skal for alle HF arbeides for å oppnå en harmonisering av struktur og innhold i kvalitetsdokumentasjonssystemet.	JA	Våre EQS-ansvarlige deltar i det regionale brukerforum for EQS. Harmonisering og struktur er arbeidsområde for dette forum. Tilsvarende er gjort for områdene informasjonssikkerhet og miljøstyring.
6.2.3.3	Pasientsikkerhet	• Helse Nord-Trøndelag HF skal delta i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen på de nasjonale innsatsområdene som styringsgruppen har besluttet, og rapporterer data til kampanjens sekretariat. <i>I tillegg til rapportering i årlig melding, bes det om en statusrapportering for helseforetakenes medvirkning i og resultater fra pasientsikkerhetskampanjen etter utgangen av 2. tertial 2011.</i>	Igangsatt	Helse Nord-Trøndelag HF har deltatt aktivt i Pasientsikkerhetskampanjen og rapportert data til kampanjens sekretariat.

6.2.4	Helhetlige pasientforløp og samhandling	Helse Nord-Trøndelag HF skal tilby pasienter og brukere en helhetlig tjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjer og pasientforløp som ivaretar god behandlingskvalitet. Pasientforløp skal planlegges sammen med kommunene i tråd med prinsippene i Strategi 2020. Pasientforløpene skal ha en desentralisert profil der dette er mulig. Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for at pasientperspektivet, gjennom utvikling av forløpsstøtten, ligger til grunn for utvikling av tjenester og for utarbeidelse av egne strategier og planer. Erfaringer fra prosjekter som Pilotsykehusprosjektet (partssamarbeidet), Samhandlingskjeden kronisk syke og andre samhandlingsprosjekter skal vektlegges der dette er hensiktsmessig.	JA	Felles prosjekt om pasientforløp knyttet til hofteproteser er gjennomført og avsluttet i oktober 2011. Nytt pasientforløp i fellesskap med kommunene er satt i gang fra høsten 2011 knyttet til KOLS. Dette er forankret i Samarbeidsutvalget og har økonomisk støtte fra Helse Midt-Norge.
6.2.4.1	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Helse Nord-Trøndelag HF skal gjennomføre tiltak for desentralisering av spesialisthelsetjenester i tråd med det regionale styrets vedtak punkt 7 i Strategi 2020	JA	HNT følger opp 2020 tiltak 7. HNT har desentralisert spesialisthelsetjeneste i en rekke kommuner; DMS Stjørdal og Inntrøndelag, DPS Stjørdal og Kolvereid. Psyk pol i Steinkjer. Satellittidialyse i Leksvik, Røyrvik, Vikna. Desentralisert poliklinikk i DMS (Gyn, ortopedi) Rtg i DMS Stjørdal HNT har gjennom Samarbeidsutvalget utarbeidet en samhandlingsstrategi med en konkret handlingsplan for 2011.
6.2.4.2	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Helse Nord-Trøndelag HF skal samarbeide med sykehusapoteket om å redusere forekomsten av uriktig legemiddelbruk. Plan for dette arbeidet skal inngå i årlig melding 2011.	JA	Det er etablert nært samarbeid med sykehusapoteket. Prosjektet "Riktig legemiddel ved skifte av omsorgsnivå" er nylig gjennomført i samarbeid med Verdal kommune. Det er innført en ordning med farmasøyt i kliniske avdelinger. Nye forskrifter for legemiddelbehandling er under implementering. Det er utarbeidet en handlingsplan for legemidler i foretaket. Handlingsplanen vil inngå i årlig melding.
6.2.4.3	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Helse Nord-Trøndelag HF skal samarbeide med kommunene om å redusere antall innleggelser, finne alternativer til innleggelse og oppfølging av pasienter etter innleggelse.	JA	Tiltak er gjennomført så langt det har vært mulig. Samhandlingsreformen vil medføre videre tett oppfølging av dette arbeidet.
6.2.4.4	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Helseforetaket skal inngå avtaler med kommuner om å innføre felles innleggelses- og utskrivningsrutiner for pasienter uavhengig av diagnose. Se f.eks. rutiner utarbeidet i prosjektet Samhandlingskjeden kronisk syke. http://nexeshealth.eu/egroupware/sitemgr/sitemgr-site/	JA	Alle avtaler opp mot kommunene er i fbm arbeidet med innføring av Samhandlingsreformen, gjennomgått og revidert. Nye avtaler blir godkjent etterhvert som disse blir ferdigstilt.
6.2.4.5	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Helse Nord-Trøndelag HF skal sette av midler til nye omstillingstiltak eller prosjekt sammen med kommunene	JA	Helse Nord-Trøndelag har satt av midler til utvikling av kompetanse (traineestilling), samt noe midler til bruk i prosjekt. Høsten 2011 finansierte Helse Nord-Trøndelag to midlertidige stillinger for å planlegge kompetanseoverføring mellom sykehus og kommuner. Helse Nord-Trøndelag har etablert praksiskonsulentordning innen psykiatri og kirurgi. Det tas sikte på ytterligere avsetning av midler i 2012, jf pågående arbeid om langtidsbudsjettt og satsinger i dette.
6.2.4.6	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Regionens andel av finansiering av etablerte samhandlingstiltak overføres til helseforetakene som øremerkede midler. Helseforetakene skal benytte midlene til øremerket formål.	JA	Øremerkede midler fra det regionale helseforetaket bevilges til konkrete prosjekt. Midlene Helse Nord-Trøndelag mottar, brukes i disse prosjektene.
6.2.4.7	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Helse Nord-Trøndelag HF skal utarbeide konkrete rutiner for samhandling mellom barneavdeling, barnehabilitering og barne- og ungdomspsykiatri	JA	Det er etablert konkrete samarbeidsrutiner på en rekke områder. Det arbeides videre med en tverrfaglig enhet for å dekke flere områder.
6.2.4.8	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Det skal inngås samarbeidsavtaler mellom helseforetak og politidistrikt i saker vedrørende mottak, undersøkelse og bistand til barn utsatt for vold og seksuelle overgrep (jfr. helse- og omsorgsministerens svar på interpellasjon i Stortinget 27. april 2010). St. Olavs Hospital HF skal koordinere dette arbeidet.	NEI	Avventer initiativ/koordinering ved St Olavs Hospital.
6.3	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	Effekten av samhandling bør måles ved om pasientene får et godt tilbud eller ikke. Samhandlingen på mange områder er god, likevel er det nødvendig med ekstra fokus på å forbedre ansvarsdelingen og kompetanseutvekslingen. Implementering av ny nasjonal retningslinje fra HD for vurdering av henvisning, utarbeidelse av konkrete rutiner for samhandling og etablering av ruspolikliniske tilbud vil bidra i riktig retning For samiske pasienter må tiltakene ta utgangspunkt i samiske pasienters rett til tilrettelagte tjenester med utgangspunkt i samisk språk og kultur.	JA	Poliklinikkene har ett tett samarbeid med kommunene gjennom ansvarsgrupper Ny sengepost har ansatt samhandlingskoordinator som i hovedsak har ansvar for å koordinere samhandling før og etter innleggelse
6.3.1	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	• Helse Nord-Trøndelag HF skal øke kapasiteten innen TSB	JA	HNT har satt i gang utredningsenhet for rusrelaterte lidelser Meget gode erfaringer etter oppstart Pasienter og samarbeidspartnere svært fornøyd Tilbudet til ruspasienter generelt har bedret seg, da en egen rusenhet gjør noe med behandlingsforløpene og samhandling rundt pasientene i klinikken
6.3.2	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	• Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak for å øke andelen pasienter som fullfører TSB	JA	Stort fokus på å få pasienter til å fullføre behandling Det å ha fått en utredningsenhet gir flere behandlingsmuligheter og letter motiveringen. ARP arbeider for å starte opp et prosjekt for å ta i de yngste

6.4.1	Psykisk helsevern	<i>Styringsparameter:</i> • Andel tvangsinnleggelser, ratejustert for befolkning i opptaksområdet.	Igang satt	Ikke avklart om denne indikatoren publiseres av NPR.
6.4.2	Psykisk helsevern	<i>Styringsparameter:</i> • Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge.	JA	Det rapporteres data fra HNT til NPR som forventet.
6.4.3	Psykisk helsevern	<i>Styringsparameter:</i> • Datakvalitet lovgrunnlag psykisk helsevern voksne.	JA	Tall er ikke publisert for 2011. Tallene for 2010 viser at andel pasienter med utfylt lovgrunnlag er 2,6 prosent. Tall for HMN er 7,0 prosent.
6.4.4	Psykisk helsevern	<i>Styringsparameter:</i> • Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern voksne.	JA	Tall er ikke publisert for 2011. Tall for 2010 viser at andel pasienter med spesifisert diagnose ved utskrivelse er 84 prosent. Tall for HMN er 71,3 prosent.
6.4.5	Psykisk helsevern	• Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak for at nødvendige akuttfunksjoner kan etableres ved DPSene.	NEI	Klinikken ser ikke hensikten av å utvide akuttfunksjoner i Stjørdal og Kolvereid og "døpe om" enheter på Levanger og Stjørdal fra sykehus til DPS. Dette er formulert i et brev til RHFet for å kunne få unntak fra kravene Klinikken har fått positiv tilbakemelding fra RHF, klinikken beholder sin organisering. Klinikken utfordres ved rapportering av data
6.4.6	Psykisk helsevern	• Helse Nord-Trøndelag HF skal rapportere utskrivningsklare pasienter fra sykehus til DPS og kommuner til Norsk Pasientregister	JA	HNT rapporterer etter mal. Ingen utskrivningsklare pasienter i sykehus ei DPS
6.4.7	Psykisk helsevern	• I samarbeid med Helse Midt-Norge RHF skal Helse Nord-Trøndelag HF gjennomgå funksjons- og arbeidsfordeling innen psykisk helsevern jf tilråding fra Nasjonal strategigruppe II.	JA	Oppfølging av nasjonal strategigruppe II er startet i HNT Vi ser ikke hensikten av å utvide akuttfunksjoner i Stjørdal og Kolvereid samt døpe om enheter fra Sykehus til DPS Vi har skrevet brev til RHFet for å kunne få unntak fra kravene Klinikken har fått positivt svar og beholder sin organisering. Klinikken utfordres på rapportering HNT psykiatrisk klinikk har implementert de andre krav fra nasjonal strategigruppe II
6.5.	Kreftbehandling	Det er viktig at det finnes gode tilbud når det gjelder palliativ pleie og hospice. Tilbudene skal inngå som en integrert og naturlig del av spesialisthelsetjenesten og kommunenes samlede helse- og omsorgstilbud. Helseforetaket skal i sitt arbeid med å bedre kvaliteten i tjenesten følge opp Helseilsynets rapport om risikobildet i norsk kreftbehandling (4/2010), med spesiell vekt på de tre viktigste risikoområdene i rapporten: utredningslogistikk (sen diagnostikk), informasjonsflyt og komplikasjonsovervåkning.	JA	Kreftomsorgen utøves av flere klinikker men samordnes gjennom kreftpoliklinikkene ved begge sykehus. Ved begge sykehus er det etablert palliative team og det er tilsatt onkologer i deltidstilling i samarbeid med St Olavs Hospital. Det arbeides kontinuerlig med kompetanseheving internt men også i samarbeid med kommunene. Som ledd i dette er det under etablering et "Nettverk for ressurspersoner i kreftomsorg" i samarbeid med kommunene, kreftforeningen, HINT, og St.Olav. HNT har ledelsen av styringsgruppen.(Liv Kjønsstad) HNT deltar i utarbeidelsen av en ny regional plan for kreftomsorgen.
6.5.1	Kreftbehandling	<i>Styringsparameter:</i> • Tid fra henvisning til første behandling tyktarmskreft.	JA	Tall for 2. tertial 2011 viser en median tid til behandling (virkedager) på 12 dager for HNT. Median tid til behandling (virkedager) for HMN var 13 dager.
6.5.2	Kreftbehandling	• Tid fra henvisning til første behandling brystkreft.	JA	Tall for 2. tertial 2011 viser en median tid til behandling (virkedager) på 12 dager for HNT. Median tid til behandling (virkedager) for HMN var 15 dager.
6.5.3	Kreftbehandling	• Tid fra henvisning til første behandling lungekreft.	JA	Tall for 2. tertial 2011 viser en median tid til behandling (virkedager) på 39 dager for HNT. Median tid til behandling (virkedager) for HMN var 26 dager.
6.6	Innovasjon	Innovasjon dreier seg både om å utvikle og innføre nye og bedre produkter og tjenester, men også virksomhetsforbedringer i form av bedre og mer kostnadseffektive prosesser, organisatoriske løsninger og pasientforløp. I henhold til St. meld. nr. 7 (2008-2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge ble det besluttet å forlenge den pågående satsingen på behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren til ti år, forutsatt en positiv halvsevaluering, og å utvide denne til også å omfatte forskningsbasert innovasjon.	Igang satt	Nedsatt intern arbeidsgruppe ledet av FOU avdelingen. Det arbeides med nærmere forslag til forbedringer på innovasjonsområdet.
6.6.1	Innovasjon	• Helse Nord-Trøndelag HF skal i samarbeid med øvrige helseforetak iverksette tiltak for å ivareta innovasjonspotensialet knyttet til offentlige innkjøp blant annet gjennom før-kommersielle avtaler.	NEI	Avventer avklaring vedr. samarbeid med andre helseforetak
6.6.2	Innovasjon	• Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra til å identifisere prosjekter egnet for innovasjons- og næringsutvikling i helsesektoren	JA	HNT HF har fulgt opp kravene i Styringsdokumentet og har oversendt til regional gruppe sine innspill.
7.10	Diabetes	Regional handlingsplan for diabetes blir ferdigstilt i 2011. Helseforetakene skal følge opp denne.	Igang satt	Den regionale handlingsplanen er ikke ferdigstilt på rapporteringstidspunktet. Følger nasjonale retningslinjer

7.11	Spesialisthelsetjenestetilbudet for eldre	Helse Nord-Trøndelag HF skal i sitt arbeid med å bedre kvaliteten i tjenesten følge opp Helsetilsynets rapport om identifisering av risikoområder innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre. (15/2010) Det er gjennomført systemtilsyn som konkluderer med at vi driver forsvarlig, men at geriatrikapasiteten kan være kritisk.	JA	Det er gjennomført tilsyn med skårpelige eldre med hoftebrudd som viser at vi på noen punkt har forbedringspotensial. Dette gjelder særlig dokumentasjon omkring ernæringsstatus, delir og legemiddelinteraksjon. Dette blir fulgt opp ved de ortopediske avdelingene, og erfaringene forsøkt overført til klinikkene ellers. Ved Sykehuset Levanger blir det ansatt ny geriater fra vår 2012, i Namsos er det veletablert geriatriks seksjon.
7.12.1	Opplæring av pasienter og pårørende	For personer med kronisk sykdom er god opplæring og mestring av sykdommen like viktig som medisinsk behandling. Foretaket skal påse at pasienter og pårørende som har behov for opplæring får et kvalitativt godt tilbud om dette. Slik opplæring kan ivaretas i et lærings- og mestringssenter eller i andre deler av spesialisthelsetjenesten. Pasientopplæringen skal bidra til å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Lærings- og mestringstiltak forutsettes å være et likeverdig samarbeid mellom brukere og fagfolk i kunnskapsformidling og Videreføre evaluering av opplæringstiltak for pasienter og pårørende.	Igangsatt	Lærings- og mestringssenteret bistår kliniske avdelinger (som har ansvaret for pasient- og pårørendeopplæringen) med å videreføre og tilrettelegging for bruk av PAM (Pasient Activation Measure). Overgang fra papirversjon til elektronisksystem ble implementert høsten 2011. Opplæring av evalueringsverktøyet PAM (elektronisk) til ansatte i foretaket ble gjennomført i regi av NTNUs desember 2011
7.12.2	Opplæring av pasienter og pårørende	Integrere lærings- og mestringstiltak i pasientforløp.	Igangsatt	Overordnede retningslinjer for pasient- og pårørendeopplæring i standardiserte pasientforløp ble utarbeidet av regionalt fagnettverk for pasient- og pårørendeopplæring våren 2011. Overordnede retningslinjer skal være en veiledning for ansvarlige/prosessveiledere av pasientforløp for å sikre at pasient- og pårørendeopplæring blir en integrert del i pasientforløp. Retningslinje finnes i kvalitetssystemet EQS. For implementering av retningslinjer for pasient- og pårørendeopplæring i standardiserte pasientforløp ble det høsten 2011 gitt informasjon til deltagere på prosessveilederkurs i foretaket.
7.12.3	Opplæring av pasienter og pårørende	Rutiner som utvikles i prosjektet "Kursdatabase for opplæring av pasienter og pårørende" skal implementeres i helseforetaket.	Igangsatt	Helse Midt-Norge oppnevnte en representant for deltagelse i nasjonal prosjektgruppe for utarbeidelse av en nasjonal kursdatabase for opplæring av pasienter og pårørende. Forprosjektet for nasjonal kursdatabase ble avsluttet høsten 2011 med påfølgende prosjektrapport. Ved utprøving og tilbakemelding på forprosjektets arbeid ble det foreslått å opprette et hovedprosjekt. Hovedprosjektet opprettes i 2012 for å utvikle og ferdigstille nasjonal kursdatabase for pasient- og pårørendeopplæring. Med plan for implementering og opplæring av ansatte i foretakene.
7.2	Habilitering og rehabilitering	Gjennom samhandlingsreformen skal det vurderes om kommunene skal få større ansvar for rehabilitering og habilitering. Det er et mål å systematisere barne- og voksenhabiliteringsarbeidet og sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet. Tjenester som tilbys fra koordinerende enheter i spesialisthelsetjenesten skal være synlige og lett tilgjengelige. Pasienter skal få nødvendige behandlingshjelpemidler som del av medisinsk behandling, og tildeling av behandlingshjelpemidler skal skje ut fra en individuell vurdering i det enkelte tilfelle.	JA	HNT har en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Det er etablert gode samarbeidsrutiner mellom hab-/rehab tjenestene i foretaket, NAV (hjelpemiddelsentral) og kommunene
7.2.1	Habilitering og rehabilitering	• Helse Nord-Trøndelag HF skal følge prioriteringsveilederene Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten og Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten og samarbeide med de andre HF'ene i regionen om en lik forståelse og praksis.	JA	Prioriteringsveilederne brukes aktivt i de repertive enheter. Samarbeidet/harmonisering mot de øvrige foretak i regionen ivaretas gjennom regionale faglig nettverk for habilitering og rehabilitering. Meldingsløftet og innføring av elektroniske henvisninger tas i bruk.
7.2.2	Habilitering og rehabilitering	• Helse Nord-Trøndelag HF skal delta i arbeidet med å revidere regional plan (Handlingsprogram for fysikalsk medisin, rehabilitering og habilitering)	JA	Helse Nord-Trøndelag HF har deltatt i revideringen av regionalt handlingsprogram for fysikalsk medisin og rehabilitering og habilitering.
7.3	Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus	Det skal fortsatt legges vekt på kompetanseoppbygging i de prehospitale tjenestene som blir viktig for gjennomføring av strategi 2020 i Helse Midt-Norge. Nødmedle- og ambulansetjenesten skal ha god kompetanse og rask respons. Det skal være likeverdig tilgang til nødmedletjenesten for funksjonshemmede, minoritetsspråklige og den samiske befolkningen. Det er et mål å bedre samarbeid og kommunikasjon mellom akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og de frivillige organisasjonene.	JA	Kir.klinikk viser til underveisrapportering og gjentar ved årets slutt at de tiltak som er gjennomført i 2011, ansees å oppfylle de krav som er stilt til klinikken. På slutten av 2011 er det gjennomført både workshop og kursopplegg i forhold til kommunikasjon med særlig innretning mot innvandrere og andre minoriteter. Kursopplegget er felles for alle sykehusene og er utviklet i samarbeid med NTNUs Alle ansatte i AMK har gjennomført denne opplæring. Det er etablert en prehospital kvalitetsgruppe som behandler og følger opp interne avvik både i ambulanse og AMK. Det er etablert møtestruktur hvor alle samarbeidene parter deltar. I forhold til nytt nødnett samt for styrke veiledning og oppfølging, vil det i 2012 bli satt ekstra ressurser. Dette skjer i samarbeid med prehospital klinikk. Ny lydlogg er innkjøpt i 2011 samt at software i telefonsentral er oppgradert i desember 2011. Det er i 2011 etablert et fast møtestruktur med Sykehuset Levanger - akuttotak/akuttavdeling.

7.3.1	Akuttmedisinske tjenester (utenfor sykehus)	• Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak for å sikre nødvendig språk- og kulturkompetanse i AMK- sentralene.	Igangsatt	I tillegg til besvarelse gitt i punkt 7.3. , kan opplyses at foretakets pasientbrosjyre forligger på sørsamisk språk. Det arbeides med å få på plass sørsamisk tolketjeneste på begge sykehus. Det er opprettet dialog mellom foretaksledelsen og representanter for SANKS.
7.3.2	Akuttmedisinske tjenester (utenfor sykehus)	Helse Nord-Trøndelag HF skal sammen med de andre helseforetakene og RHF medvirke til at Helse Midt-Norges plan for prehospitaltjenester blir implementert i sitt område	Igangsatt	HMN skal ta over amb.tjenesten fra 2013. Eget regionalt prosjekt på overtakelsen. HNT med i styringsgruppen. 2012 vil bli viet til drift og bidra til at overtakelsen blir bra.
7.5	Behandling av sykelig overvekt	En gjennomgang viser at ventetiden for utredning og behandling av sykelig overvekt er ulik og noen steder for lang jf. Helsedirektoratets prioriteringsveileder for sykelig overvekt, IS-1702. For å møte utviklingen av overvekt og fedme i befolkningen må behandlingstilbudet til pasienter med sykelig overvekt gradvis trappes opp. Det skal utvikles pasientforløp som ivaretar et godt behandlingstilbud samt unngå unødig ventetid for utredning og behandling, herunder kirurgi, plastikkirurgi og tilbud i psykisk helsevern. Regionalt senter for sykelig overvekt, St. Olavs Hospital skal videreføre koordineringen av forsknings- og utviklingsarbeidet i regionen.	NEI	Klinikken har gjennomført samme antall operasjoner 2011 som i 2010 (ca. 130 operasjoner). I tillegg er det operert ca 20 pasienter som en del av "Raskere tilbake". Utredningskapasitet er fortsatt en utfordring. Nasjonale veiledere ligger til grunn for prioritering. Tilbudet som klinikken har gitt i 2011, er gitt innenfor reglene om fristrudd og forsvarlig ventetid. Pasientforløp og samarbeid i behandlingsskjeden særlig på operasjon, har effektivisert også dette behandlingstilbudet på en måte som har vakt oppsikt nasjonalt.
7.5.1	Behandling av sykelig overvekt	• Helse Nord-Trøndelag HF skal gjennomgå og øke kapasiteten for utredning og behandling av sykelig overvekt	Igangsatt	Jfr. svar pkt. 7.5
7.5.2	Behandling av sykelig overvekt	• Helse Nord-Trøndelag HF skal rapportere på ventetid. Det vil sendes eget brev på dette	JA	Klinikken har ikke motatt noe eget brev fra RHF om rapportering av ventetid.
7.5.3	Behandling av sykelig overvekt	• Helse Nord-Trøndelag HF skal etablere og videreføre samarbeid med kommuner om behandlingstilbud og kompetanseutvikling	Igangsatt	Det er utarbeidet planer og prosjektsøknader. Det vil etableres et samarbeid med kommunene for å beskrive et helhetlig forløp og oppgavefordeling vår 2012.
7.5.4	Behandling av sykelig overvekt	• Helse Nord-Trøndelag HF skal videreføre arbeid i tverrfaglig overvektspoliklinikk	Igangsatt	Det er utarbeidet planer og prosjektsøknad. Det er etablert et tilbud i barneavdelingen høst 2011. etablering av tverrfaglig tilbud planlegges og igangsettes 2012.
7.8	Ernæring og mattrygghet	Gode rutiner og kompetanse skal sikre at ernæring er en integrert del av behandlingstilbudet. Veiledningsoppgaven ovenfor kommunene skal ivaretas på ernæringsområdet. Eldres ernærings situasjon skal ha spesiell oppmerksomhet.	Igangsatt	Rehabiliteringsavdelingen har dette som et av fokusområdene i kompetanseplan for 2011 og viderefører det i kompetanseplanen for avd. også i 2012. Fagdager i 2011 har hatt temaet på programmet og vil også ha det i 2012. Det er videre tatt i bruk god ernæringspraksis i EPJ, skjemaet legges inn på alle pasienter som innlegges i sengeposten. Det registreres vekt og høyde og gjøres en risikovurdering, graderingen sier noe om videre tiltak. Vedr. veiledningsoppgaven ovenfor kommunene har vi økt fokus på overføring av informasjon til kommunehelsetjenesten på individnivå når det gjelder vekt og ernæringsstatus. Ansatte i klinikken har også fulgt kompetanseprogrammet vedr. overvekt som er et tilbud fra St Olavs Hospital. Dette er basert på videoundervisning organisert fra Senter for sykelig overvekt. Deltagere er ulike kommuner og ulike avd. i HNT HF. Ved planlegging av Frisklivssentraler i kommunene har representant fra Rehabiliteringsklinikken vært aktivt medlem i prosjektgruppen. Dette i tre av fylkets seks kommuneregioner.
7.8.1	Ernæring og mattrygghet	• Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak for å sikre at kompetanse og rutiner innen hygiene og mattrygghet ivaretas jf. Mattilsynets rapport: Nasjonalt tilsynsprosjekt (2008-2009) Institusjonskjøkken.	JA	I samhandling med Mattilsynet har det vært gjennomført tilsyn med spesielt fokus på risikoområder, bl.a. temperatur sjekk av kjøledisker. Dokumentasjon av oppfølging og målinger verifiseres i hht hyppighet og ansvar og dokumenteres i sjekklister som oppbevares og følges opp internt. Sjekklister for kompetansevurdering mht mattrygghet i post/avd. håndtering av mat er utarbeidet og lagt i kvalitetssystemet. Dette er en egenkontroll for å sikre mattrygghet og mattrygghet. Post/avd. personale i klinisk virksomhet er målgruppe. Dette i tillegg til prosedyre for håndtering av næringsmidler på post/avdeling.

7.9	Beredskap og smittevern	Det er et mål at det finnes oppdaterte og øvede beredskapsplaner med rutiner for å oppdage og varsle hendelser, og for effektiv, koordinert ressursdisponering ved kriser. Sektorens beredskaps- og smittevernarbeid forutsetter samarbeid mellom regionale helseforetak, kommuner, fylkesmenn, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Strålevernet og andre aktører. Kommunale og private institusjoner og øvrige samarbeidspartnere skal få nødvendig smittevern bistand. Det skal arbeides målrettet for å forebygge sykehusinfeksjoner og antibiotikaresistens, antibiotikabruk skal overvåkes, og det må sikres at smittevernpersonell i regionen har nødvendig kompetanse. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen skal bidra til økt fokus på infeksjonskontroll i helseforetakene og bedre kvalitet på rapportering til Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehustjenesten (NOIS).	JA	Beredskapsplanverket har gjennomgått årlig oppdatering i 2011. Det er gjennomført øvelser i tråd med planverket og de oppgaver gitt i Styringsdokumentet. Helse Nord-Trøndelag HF har fulgt opp Pasientsikkerhetskampanjen innenfor de aktuelle innsatsområder. Foretakets infeksjonsprogram er oppdatert og de nasjonale krav til målinger og rapportering er gjennomført.
7.9.1	Beredskap og smittevern	• Helseforetaket skal følge opp erfaringene fra håndteringen av influensa A (H1N1) og bidra i arbeidet med utarbeidelsen av ny Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa.	JA	Oppfølgingen av influensapandemien er håndtert og evaluert i forhold til eget planverk. Innspill er gitt nasjonalt oppnevnt evalueringsgruppe.
7.9.2	Beredskap og smittevern	• Helseforetaket skal sørge for, med utgangspunkt i erfaringene fra håndteringene av ny influensa A (H1N1) og vulkanutbruddet på Island, oppdaterer og foretar nødvendige tilpasninger i sine beredskapsplaner.	JA	Planverket er evaluert og oppdatert på bakgrunn av erfaringer fra siste års hendelser.
8	Utdanning av helsepersonell	I tråd med Strategi 2020 og Oppdragsdokumentet 2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet, har HMN iverksatt prosjektet "Kompetanse og kapasitet i Helse Midt-Norge". Analysene og videre fremdriftsplan vil bli lagt frem for regionalt styre i mars, mens en konkret handlingsplan vil bli styrebehandlet før sommeren. Vedtakene i regionalt foretaksstyret, vil følges opp av RHF'et med brev til det enkelte helseforetak.	Igang satt	Kompetanse og kapasitetsgruppen i HMN RHF arbeider med ferdigstilling av dette. Vi Avventer brev fra RHF.
8.1	Utdanning av helsepersonell	• Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser og praksisplasser innenfor helsefagarbeiderutdanningen, ambulansearbeiderutdanningen og for annet personell som spesialisthelsetjenesten har bruk for.	JA	HNT har til en hver tid 12 lærlinger i ambulansefaget i en tidsbegrenset periode over 2 år. Det er god søknad på plassene. God tilgang på lærlinger i ambulansefaget. Positiv rekrutteringssituasjon. HNT har periodevis helsefagarbeiderlærlinger i praksis. Kommunene benytter dette tilbudet ulikt, tilsammen har vi i 2011 hatt 19 lærlinger inn i 8 ukers praksisperioder. Det er noe ledig kapasitet i HNT for bruk av praksisplasser til lærlinger på denne måten. Bruk av praksisplassene skjer i samarbeid med OKS og enkelte kommuner som ikke er medlem i OKS. HNT har lite behov for denne gruppe fagarbeidere selv, men bruker ressurser på denne gruppen for å delta i kompetansebygging mot kommunene.
8.2	Utdanning av helsepersonell	• Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for at habiliteringstjenestene tar ansvar som praksisarena for å sikre gode læringsmuligheter innen fagfeltet.	JA	Habiliteringstjenesten for voksne tar i mot studenter etter forespørsel. Ansatt overlege i 100% stilling fra 01.09.2011 LIS fra 01.09.2011
8.3	Utdanning av helsepersonell	• God kompetanse i bruk av strålekilder i diagnostikk og behandling skal sikres, både når det gjelder strålebiologiske forhold generelt og strålehygiene i forhold til pasienter og helsepersonell. Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for gode rutiner for internundervisning av relevant personell i strålehygieniske forhold og tilstrekkelig kompetanse i medisinsk fysikk.	JA	Ansatt medisinsk strålefysiker i HNT. Prosedyre for intern undervisning er utarbeidet og implementert. Ansvar for oppfølging av prosedyren ligger hos aktuelle avdelingsledere. Risiko ligger i oppfølging av prosedyren. Som kvalitetssikring følger strålefysiker også opp prosedyren.
9.1	Forskning	En felles nasjonal database for registrering av vitenskapelige publikasjoner (Norsk vitenskapsindeks) i helse, institutt og universitets-, høyskolesektoren etableres fra 1.1.2011. Databasen skal benyttes som grunnlag for nasjonal måling av vitenskapelig publisering i helseforetakene. Dette innebærer en vesentlig omlegging av dagens rutiner for rapportering av vitenskapelige publikasjoner. Det vises til revidert oppdragsdokument for 2010. I 2011 skal det rapporteres til NIFU etter dagens system innen 15. mai 2011 samtidig som helseforetakene skal sikre egenrapportering gjennom Norsk vitenskapsindeks senest innen 1. september 2011.	JA	Vi rapporterer til NIFU ihht frist. Rutiner for rapportering til Norsk vitenskapsindeks er utarbeidet. Rapporteringen foregår samlet i regi av vårt fagbibliotek i FoU.
9.2	Forskning	Det skal innføres et felles klassifikasjonssystem for medisinsk og helsefaglig forskning etter fagområde og type forskning i nasjonale rapporteringssystemer for forskning ved bruk av Health Research Classification System (http://www.hrcsonline.net/pages/front/). I 2011 skal det rapporteres til NIFU STEP etter dagens system etter fastsatt frist samtidig som helseforetakene skal sikre egenrapportering gjennom Norsk vitenskapsindeks senest innen 1. september 2011. Det er ønskelig at det tilrettelegges for størst mulig åpenhet og tilgjengeliggjøring av forskningsresultater. Det vises til at forskningsarkivet HeRa er åpent tilgjengelig for alle helseforetak http://hera.helsebiblioteket.no/hera/pages/	JA	HNT rapporterer til NIFU Step etter reglene og innen angitte frister
9.3	Forskning	• Helse Nord-Trøndelag HF skal bruke Norsk vitenskapsindeks som rapporteringsverktøy for vitenskapelige publikasjoner fra 2011.	JA	Rutiner for rapportering til Norsk Vitenskapsindeks er utarbeidet. Gjennomført kurs i "Cristin".
FP 5.1	Økonomiske krav og rammebetingelser	Foretaksmøtet ber om at det blir foretatt en regelmessig gjennomgang av bygningsmassens tekniske tilstand hvert annen år, første gang ultimo 2011	Igang satt	Det er etablert kontakt med rådgiver som gjennomførte kartleggingen i 2009. Kartleggingen fra 2009 vil bli revidert og kvalitetssikret for alle HF'ene i regionen. Prosjektet koordineres av Helse Midt-Norge for å sikre en ens vurdering av bygningenes tilstand i regionen. Gjennomføres i 2012.
FP 5.2	Styring og oppfølging i 2011	Foretaksmøte forutsatte at helseforetaket i samsvar med tidsplanen forbereder og implementerer nytt system for økonomi og logistikk	JA	Helse Nord-Trøndelag HF deltar i arbeidet med ny løsning for økonomi og logistikk.

FP 6.1.1	Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonale helse- og omsorgsplan	Foretaksmøtet la til grunn at Helse Nord-Trøndelag HF forbereder seg på implementering av samhandlingsreformen fra 1.januar 2012, herunder legger til rette for å følge opp forslaget om å lovfeste plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner	NEI	Krf punkt 5.2
FP 6.1.2	Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonale helse- og omsorgsplan	For å kunne møte de utfordringer som ligger i samhandlingsreformen, må helseforetaket arbeide videre med planer og piloter i samarbeid med kommunene om utvikling av tjenestetilbud til befolkningen	NEI	Samhandlingsreformen er først og fremst innrettet mot kommunene, med konsekvenser som vil berøre helseforetakene. Finansieringskilder er så langt også rettet hovedsakelig inn mot kommunene. Helse Nord-Trøndelag bidrar til å koordinere dette gjennom Samhandlingsstrategi og Samarbeidsutvalg, og søker så langt som mulig å delta i piloter og prosjekter som initieres i kommunene. Dette er imidlertid krevende, fordi aktivitetsnivået er høyt og økende i kommunene, mens helseforetaket har - og mottar - begrensede ressurser til samhandling.
FP 6.1.3	Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonale helse- og omsorgsplan	Når vedtak om finansieringsordninger i forbindelse med samhandlingsreformen er fattet, må Helse Nord-Trøndelag HF inngå avtaler med kommunene som sikrer at det er sammenheng mellom oppbygging av tilbud i kommunene og disponering av lediggjort kapasitet i helseforetaket	NEI	Krf punkt 5.2
FP 6.1.4	Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonale helse- og omsorgsplan	Foretaksmøte la til grunn at berørte kommuner og fylkeskommuner informeres om alle planlagte salg av eiendom, uavhengig av vurdering i forhold til samhandlingstiltak på et så tidlig tidspunkt som mulig.	JA	Planlagt salg av tidl. Psykiatrisk rehab, Sykehuset Namsos Bygningen skal avhendes og kommuner og f.kommune er orientert. Det ble i møte med Namsos kommune den 21.12.11 gitt en orientering om bygningen og salgsprosessen.
FP 6.1.5	Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonale helse- og omsorgsplan	Ved planlegging av større investeringsprosjekter skal det legges vekt på å tilpasse planene til samhandlingsreformen	JA	Sluttrapporten for Ompakkings-prosjektet er lagt på intranett til intern informasjon. Det er gjennomført "work-shop" 20.12.11 i styringsgruppe/foretaksledelse for å legge rammer for videre utvikling av prosjektet. Strategi 2016, Strategi 2020 og Samhandlingsreformen er sentrale rammebetingelser for videre utvikling av de investeringsprosjekter som besluttes videreført.
FP 6.2.1	Veileder for styrearbeid og fastsetting av instruks	Foretaksmøtet forutsatte at styret for Helse Nord-Trøndelag HF har fastsatt instruks for styret og instruks for daglig leder.	JA	Instruks for styret vedtatt i Helse Midt Norges styre 18.4.2002 og instruks for adm.dir. vedtatt i styret HNT 19.6.2002.
FP 6.2.2	Veileder for styrearbeid og fastsetting av instruks	Foretaksmøtet ber om at den regionale veilederen blir lagt til grunn for styrearbeidet så snart den foreligger	NEI	Avventer veileder.
FP 6.3.1	Regjeringens eierskapspolitikk	Foretaksmøtet forutsatte at styret for Helse Nord-Trøndelag HF årlig evaluerer egen virksomhet. En oppsummering av evalueringen skal videreformidles til eier	NEI	Ikke gjennomført evaluering i 2011.
FP 6.3.2	Regjeringens eierskapspolitikk	Foretaksmøtet forutsatte at helseforetaket forholder seg til retningslinjene for lederlønn. Retningslinjene slår fast at lederlønnene skal være konkuransedyktige, men ikke lønnledende (se brev fra eier 14.9.2007). Foretaksmøtet forutsatte videre at styret og ledelsen er kjent med Riksrevisjonens lederlønnundersøkelsen (Dokument 3:2 (2010-2011)).	JA	Helseforetaket forholder seg til retningslinjene som er gitt.
FP 6.4.1	Tiltak på personalområdet	Helse Nord-Trøndelag HF styrker sin kunnskap om hvilken kompetanse som trengs for å møte utfordringene beskrevet i Strategi 2020	Igangsett	Følges opp i nært samarbeid med HMN. Har etablert personalnettverk med kommuneregionene for å se på felles utfordringer i forbindelse med samhandlingsreformen. Har etablert et "prøveprosjekt" i samarbeid med vdg.skoler, næringslivet i norddelen av fylket og Fylkesutdanningssjefen for å nå elever ved vdg.skoler før de gjør linjevalgene som påvirker deres muligheter for senere yrkesvalg. HNT skal delta på "mulighetskonferansen" sammen med nevnte aktører primo februar 2012. "prosjektet" vil bli evaluert før evt bredning i sørdelen av fylket
FP 6.4.2	Tiltak på personalområdet	Helse Nord-Trøndelag HF bidrar aktivt i å ta i bruk system for løpende kompetanseplanlegging som vil bli anskaffet som regional applikasjon høsten 2011 (Dossier)	JA	HNT vil delta aktivt med implementering av kompetanseplanleggingsverktøyet Dossier. HNT avventer demonstrasjon av verktøyet i regi av HMN. Slik demonstrasjon er planlagt medio februar 2012.
FP 6.4.3	Tiltak på personalområdet	Helse Nord-Trøndelag HF som et ledd i innføringen, iverksetter opplæringstiltak for ledere og staber knyttet til systematisk kompetanse og personalplanlegging	JA	HNT har etablert førstegenerasjon kompetanseplan for foretaket. Det jobbes fortløpende med rulling av kompetanseplanen.

FP 6.4.4	Tiltak på personalområdet	I 2011 skal Helse Nord-Trøndelag videreutvikle arbeidet med aktivitets- og bemanningsplanlegging (årsplaner) og styrke kompetansen til ledere og staver innen dette området. Foretaksmøte understreker betydningen av at dette arbeidet må prioriteres også for å kunne lykkes med å nå målet om redusert ventetid	Igangsatt	Høsten 2011 ble det foretatt en forespørsel til enkeltavdelinger med tanke på å finne gode eksempler på prosesser hvor aktiviteten på avdelingen ble brukt til å planlegge bemanning og ressursbruk. Tanken var at gode eksempler omkring dette kunne være basis for kursopplegget som er skissert ovenfor. Det ble også gjort forespørsel til bl.a. Rikshospitalet som i sin tid hadde tariffestet aktivitetstyrt bemanningsplanlegging i tidligere B-del (endret etter sammenslåing). Rikshospitalet hadde ikke kommet i gang, og hadde ikke noe konkret på dette. Det ble derfor besluttet å utsette "hovedkurset" til 2012. Det arbeides fortsatt med plan for dette kurset. Når det gjelder interne kurs i generell årsplanlegging er disse gjennomført som planlagt ved begge sykehus. Det er også gjennomført flere dager til opplæring/bistand både i forhold til nye programversjoner og generell årsplanlegging.
FP 6.4.4.1	Utdanning, etisk rekruttering og gode tilsettingsrutiner	Helseforetakene har ansvar for at utdanning og rekruttering av helsepersonell gjøres slik at det bidrar til å sikre tilstrekkelig kapasitet og en kvalitativ god helsetjeneste. Foretaksmøte forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF: Legger til rette for å øke antall læreplasser for elever i videregående opplæring i helseforetaket i samarbeid med utdanningsinstitusjonene og kommunene. Dette er presisert i styringsdokumentet og eier vil konkretisere måltall og krav til opptrappingsplan i et eget brev til foretaket.	JA	Oppdraget er fortløpende fulgt opp. Jfr også pkt 8.1.
FP 6.4.4.2	Utdanning, etisk rekruttering og gode tilsettingsrutiner	Foretaksmøte forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF: Sørger for at WHO's internasjonale retningslinjer for etisk rekruttering av helsepersonell etterleves. Retningslinjene tilgjengeliggjøres i felles Personalweb.	JA	Jfr pkt 6.4.4.3
FP 6.4.4.3	Utdanning, etisk rekruttering og gode tilsettingsrutiner	Foretaksmøte forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF: Sørger for at helseforetaket har gode rutiner ved tilsetning av helsepersonell, jf. Personalweb og Helsedirektoratets veileder "Gode rutiner - Gode tilsetninger".	JA	HNT har etablert tilsettingsråd og tilsettingsprosedyre som ivaretar dette oppdraget.
FP 6.4.5.1	Faste stillinger og deltid	Helseforetaket skal føre en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk for alle helsepersonellgrupper og øvrige ansatte gjennom å ta i bruk arbeidskraftreserve på deltid og redusere innleie. Foretaksmøtet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF sørger for at de som hovedregel bruker faste stillinger og begrenser bruken av midlertidige stillinger og vikariater til et nødvendig minimum (jf. Arbeidsmiljøloven § 14-9).	JA	Jfr. pkt 6.4.4.3.
FP 6.4.5.2	Faste stillinger og deltid	Foretaksmøte ba om at Helse Nord-Trøndelag HF i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, reduserer deltid med minst 20 prosent i løpet av 2011. For å nå målsetningen må bruken av midlertidige stillinger gjennomgås og handlingsrommet knyttet til turnover og opprettelse av nye stillinger brukes aktivt for å øke heltidsandelen Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2011 rapportere andelen deltid månedlig gjennom ØBAK, og dette vil bli fulgt opp i dialogmøtene. Helseforetaket skal i årlig melding rapportere om utvikling av andelen deltid og hvilke tiltak som er iverksatt for å redusere andelen deltid.	Igangsatt	HNT har igangsatt systematisk arbeid for å redusere deltidsandelen i foretaket. Reduksjon i andel deltid fra 47,1 til 45,2 i løpet av de 11 første måneder i 2011. 7,5 % unna målkravet, men vi går sakte men sikkert riktig vei. Har hatt fokus på:HoldningsarbeidSøkt om eksterne prosjektmidlerEtablerer ressursenheter for smartere bruk av pengene og økt andel heltid.Fokus på alle ledige stillinger både ved utlysning og ved tilsetning (skal begrunnes ved unntak fra heltidstilsetning)Har etablert unntaksprosedyre fra utlysning ved imøtekomning av krav om helstilling.
FP 6.4.6.1	Inkluderende Arbeidsliv (IA) og sykefravær m.m.	Foretaksmøtet viste til Regjeringens og partenes arbeid med en ny og mer målrettet IA-avtale for perioden 1. mars 2010 til 31. desember 2013 for å redusere sykefraværet, hindre utstøting og frafall, øke sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne, og stimulere til forlenget yrkesaktivitet etter fylte 50 år. Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF setter aktivitets- og resultatmål i arbeidet med å nå IA-avtalens mål frem til 31.12.2013. For foretaket betyr dette å etablere plan med periodisert måltall frem til IA-målet på maks 7 % sykefravær i 2013	JA	HNT greide å redusere sykefraværet til vårt eget måltall på 7,5 % (akkumulert per nov). Faktorene vi mente ville få positiv virkning på IA-arbeidet i 2011 mener vi har vært avgjørende for resultatet. Særlig mener vi prosjektet "Lyden av trivsel" og arbeidet med reduksjon av deltid har gitt klar effekt på nærværet. (Faktor 5 og 6 har ikke kommet på plass i 2011 som forutsatt). Klinikkene har begynt arbeidet med å konkretisere egne delmål slik IA-samarbeidavtalen med NAV tilsier at virksomheten skal ha. Her gjenstår fortsatt en del arbeid før vi kan aggregere opp klinikkens delmål i HNTs delmål. Det er positivt at enkelte klinikker har satt seg strengere mål mht sykefravær enn det som gjelder for HNT, og at de har lyktes i å nå disse målene. Den pågående gjennomgangen med klinikkledelsen viser at vi i de fleste klinikker har fått et økt fokus på vår visjon for IA-arbeidet: "Helse Nord-Trøndelag HF – en helsefremmende arbeidsplass med fokus på forebyggende arbeid og nærvær". Tilsetningen av frisklivskonsulenten og samkjøringen av denne med velferdskonsulenten fungerer bra etter intensjonen, og vi forventer økt effekt av deres arbeid etter hvert som ledere blir dyktigere i bruken av dem.

FP 6.4.7.1	Konsulentbruk	Foretaksmøte presiserte at bruken av eksterne konsulenter bør avgrenses til områder der det er nødvendig med kompetanse eller kapasitet utover det som er tilgjengelig i egen organisasjon og for en tidsbegrenset periode. Bruk av eksterne konsulenter skal vurderes opp mot å rekruttere aktuell kompetanse. Foretaksmøte la til grunn at Helse Nord-Trøndelag HF skal ha et bevisst forhold til å begrense bruken av eksterne konsulenter	JA	HNT har hatt liten bruk av innleie av eksterne konsulenter.
FP 6.4.8.1	Nasjonal lederplattform - styrket ledelse og bedre ledelsesstøtte	Nasjonalt og regionalt ledelsesutviklingsprogram vil videreføres, basert på de nasjonale kravene til lederadferd i helseforetakene. Programmene skal tilpasses de krav og utfordringer lederne i helseforetaket står overfor. Lederutvikling på alle nivåer i spesialisthelsetjenesten skal derfor spesielt legges vekt på krav til ledernes rolleforståelse (horisontalt og vertikalt), krav til kvalitet og pasientsikkerhet og samhandlingsreformens krav til samhandling med kommunehelsetjenesten. For Helse Midt-Norge vil dette skje innen rammene av realisering av Strategi 2020 Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag HF: Å lage en tiltaksplan for å sikre rekrutteringsgrunnlaget for ledende stillinger i foretaket og i foretaksgruppen, herunder også hvordan arbeidet med lederutvikling og karriereutvikling ivaretas.	JA	HNT har hatt en deltaker på det nasjonale topplederprogrammet i 2011. Foretaksledelsen har deltatt på det regionale lederutviklingsprogrammet som fortsetter i 2012. HNT har gjennomført et eget lederutviklingsgrunnkurs for ledere på nivå 3 og 4 (fire heldagssamlinger). Evalueringen viser at dette grunnkurset fungerer bra etter hensikten. HNTs arbeidsgruppe vurderer nå hvordan vi skal videreutvikle eget lederprogram ut over grunnkurset. Det arbeides med å lage en samling (1-2 dagers) for alle. Samlingen utvikles sammen med HINT og muligens Luftkrigsskolen. Hensikten er å drive lederutvikling gjennom praktisk ledertrening. Årets evaluering av HNTs LUP ga også HNTs arbeidsgruppe for LUP oppdraget å arbeide med å få på plass en fast ordning med veileder/mentor for alle ledere. Arbeidet med å få på plass en rekrutteringsstrategi for HINT er ikke ferdigstilt i 2011. HNT etablerte et HR-prosjekt høsten 2011. Det er naturlig å se utviklingen av en rekrutteringsstrategi med tiltak inn i dette arbeidet. Vi vurderer ikke dette som kritisk for HFet.
FP 6.4.8.2	Nasjonal lederplattform - styrket ledelse og bedre ledelsesstøtte	Foretaksmøte på Helse Nord-Trøndelag HF: Å vektlegge Strategi 2020 i foretakets lederutviklingsprogrammer	JA	Er ivarettatt gjennom HNTs årlige ledersamling for alle ledere i januar hvert år, samt gjennom HNTs LUP. Jfr. pkt FP 6.4.8.1
FP 6.4.9.1	Permisjonspraksis	Det er et nasjonalt ansvar å sørge for kvalifisert helsepersonell på Svalbard. Videre viste foretaksmøtet til at deltakelse i internasjonalt solidaritetsarbeid blant helseforetakenes ansatte er positivt og viktig. Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag HF om å legge til rette for permisjoner til ansatte som får tilbud om stilling ved UNN, Longyearbyen sykehus.	JA	Retningslinjene for slike permisjoner er revidert og harmonisert iht. innholdet i dette punktet.
FP 6.4.9.2	Permisjonspraksis	Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å sørge for en hensiktsmessig permisjonspraksis når det gjelder ansattes deltakelse i internasjonalt solidaritetsarbeid	JA	Retningslinjene for slike permisjoner er revidert og harmonisert iht. innholdet i dette punktet.
FP 6.5.1	Intern kontroll og risikostyring	Det er avdekket flere tilfeller av uheldige hendelser og avvik i tjenestene. De regionale helseforetakene må sørge for at det arbeides systematisk med å lære av avdekkede avvik på tvers i organisasjonen. Foretaksmøtet viste til tidligere gitt føringer på området, herunder: Styret skal påse at Helse Nord-Trøndelag HF har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke nås, skal identifiseres og korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse skal iverksettes. Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsetninger og ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen.	JA	Det er iverksatt system for å sikre risikostyring. Prosedyre, avklaring av kvantifisering av sannsynlighet og konsekvens.
FP 6.5.2	Intern kontroll og risikostyring	Styret skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaket med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontroll og tiltak for å følge opp avvik. Det skal redegjøres for styrets arbeid i årlig melding.	JA	Resultat av ledelsens gjennomgang legges frem for styret og beskrives i årlig melding.
FP 6.5.3	Intern kontroll og risikostyring	Foretaksmøtet la til grunn at det ved omstilling av virksomheten må foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser omstillingen vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene	JA	Vi anvender prosjektmetodikk der risikovurderinger er et sentralt punkt.
FP 6.5.4	Intern kontroll og risikostyring	Foretaksmøtet la til grunn at Helse Nord-Trøndelag HF sikrer en systematisk oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn	JA	Iverksatt.
FP 6.6.1	Kvalitet i anskaffelsesprosesser	Foretaksmøtet legger til grunn at helseforetakene kontinuerlig lærer av erfaringer ved gjennomføring av anskaffelser av helsetjenester, for å hindre uheldige konsekvenser ved fremtidige anskaffelser. For å sikre god kvalitet i disse prosessene er et nødvendig med tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å gjennomføre regionale og nasjonale prosjekter. Foretaksmøte ba om at Helse Nord-Trøndelag HF følger anbefalinger fra de regionale helseforetakenes fellesprosjekt knyttet til miljø og samfunnsansvar, delprosjekt innkjøp.	Igangsett	Vi er aktivt med i Innkjøpsnettverket i HMN. Likeså er det aktiviteter i nettverket for å tilføre oss mer kompetanse. Prosjektledelse, bruk av el.verktøy m.v. Ved konkurranser bruker vi konkurranseverktøyet Visma, KGV I innkjøpsnettverket er vi nå ferdig med første utkast til innkjøpshåndbok og den er tatt i bruk.
FP 6.6.2	Kvalitet i anskaffelsesprosesser	Foretaksmøtet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF styrker sin innkjøpsfunksjon med ressurser som muliggjør realisering av felles nasjonale og regionale prosjekter	JA	HNT har styrket bemanningen med innkjøp ved å øke kapasiteten på innkjøpsfunksjonen (innkjøpskonsulent) med en stilling fra 15. aug. 2011

FP 6.7.1	Utvikling på IKT-området	Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at helseforetakene bidrar aktivt til en framtidsrettet utvikling på IKT-området. Foretaksrådet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF: I henhold til felles mandat for styringsgruppe innenfor IKT skal Helse Nord-Trøndelag HF sine representanter i styringsgruppe være et kontaktpunkt for det regionale prosjektet inn i det enkelte helseforetak, og bidra til at det etableres nødvendig lokal styring og forankring og at nødvendige lokale ressurser gjøres tilgjengelig	JA	Helse Nord-Trøndelag sine representanter i regionale styringsgrupper, er alle medlemmer av den lokale styringsgruppa for innføring av IKT-løsninger i foretaket Lokal styringsgruppe er ledet av Ass.dir. og ansvar for forankring og lokal oppfølging bli i tillegg ivarettatt av fagsjef og IT-sjef. Helse Midt-Norge sin kvartalsvise prosjektportefølgerapport blir lagt frem for foretaksledelsen og fulgt opp i lokale styringsgruppe
FP 6.7.2	Utvikling på IKT-området	Foretaksrådet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF: Skal prioritere kliniske ressurser til prosjekter som er regionalt prioriterte	Igangsett	Status per 1. februar 2012 i forholdet KMF-prosjektet: Lokal prosjektleder (100%), Prosjektmedarbeider (100%), Prosess og endringsleder (50%), Opplæring, testressurser (50%). I budsjett for 2012 har Helse Nord-Trøndelag avsatt 3,3 mill. kroner til gjennomføring av pilot på KMF. Av dette er 2,22 mill. øremerkede midler fra Helse Midt-Norge. Kirurgisk sengepost samt mottakelsen i Levanger er utpekt som pilotavdeling i tillegg til kuvøseposten.
FP 6.7.3	Utvikling på IKT-området	På regionalt plan arbeides det med utviklingsprosjekter innen EPJ, ANIN, Lab, Økonomi og logistikk, Rapportering og styring, HR, Samhandling, Teknologi og integrasjon. Flere av prosjektene innenfor disse styringsgruppene kommer til pilotering og innføring i 2011. Det er viktig at helseforetakene følger opp og forbereder egen organisasjon til dette, slik at de nye verktøyene snarest kan gi forventet gevinst: I 2011 skal Helse Nord-Trøndelag HF forberede seg på følgende innføringsprosjekter: * klinisk arbeidsflate skal innføres i alle psykiatriske avdelinger * Ny versjon av Opplan skal innføres i alle avdelinger som er brukere av Opplan	NEI	Klinisk Arbeidsflate: Når leveransen fra det regionale prosjektet kommer. ANIN: Utsatt til 2013. Vil da bli tatt i bruk ved intensiv og anestesi ved Sykehuset Levanger NPSS: Prosjektet avsluttet i sin nåværende form. Reforhandling av avtalen. KMF-pilot: Igangsettelse av ny pilot i løpet av 09-12. NATUS: Vedtatt innført i HNT i løpet av 2012.
FP 6.7.4	Utvikling på IKT-området	Foretaksrådet forutsatte at økte kostnader/realisering av gevinster etter innføring av ny teknologi, så tidlig som mulig tas inn i langsiktige planer og budsjett	JA	Det langt inn tall for investeringer og økte driftskostnader i langtidsbudsjettet for perioden 2011 - 2017. Når det gjelder innføringen av ANIN og KMF er det kun forutsatt kvalitetsmessige gevinster og ingen økonomiske. ANIN er dessuten avhengig av at det investeres mer i MTU som kan kommunisere med løsningen før løsningen kan taes i bruk. PC parken vil for 2012 bli skiftet ut, slik at ingen PC'er vil være eldre en 4 år. PULS-prosjektet skal levere felles PC-basert klientplattform for alle PC'er i bruk i regionen. Lokalt prosjekt i HNT startes i uke 21 og skal være sluttført i uke 42. Viktig premiss for vellykket pilot på KMF.
FP 6.7.5.1	Spesielt om elektronisk meldingsutveksling - meldingsløftet	Nasjonalt meldingsløft har som mål at informasjonsutveksling mellom nivåene i helsetjenesten skal baseres på sikker elektronisk meldingsutveksling og at parallelle forsendelser av papir skal avvikles Foretaksrådet ba om at Helse Nord-Trøndelag etablerer oppfølgingsrutiner for å sikre sikker elektronisk meldingsutveksling. I tillegg skal det etableres planer for avvikling av papirløsninger, jf. Handlingsplan for Regionalt meldingsløft.	Igangsett	Det er etablert og pilotert rutiner for avvikling av papirløsninger for basismeldinger i 2011. Det er etablert planer for avvikling av papirløsninger. Det gjenstår gjennomføring av risikoevaluering for interne arbeidsprosesser rundt avvikling av papir før løsning kan breddes for alle legekantor som benytter tjenester fra HNT. Det er etablert egen funksjon, bemannet med 40% stillingsressurs for overvåking av utgående elektroniske meldinger i Serviceklinikken. Videre breddning av løsning for avvikling av papir iverksettes gjennom lokalt prosjekt for meldingsløftet. Ihht til framdriftsplanen vil alle legekantor, som har godkjent IT-løsning for trygg meldingsutveksling, kunne få tilbud om avvikling av papir for basismeldinger fra HNT i løpet av 2012.

FP 6.7.5.2	Spesielt om elektronisk meldingsutveksling - meldingsløftet	Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2011 bidra til å oppnå målene i nasjonalt meldingsløft, og å oppnå visjonen for Meldingsløftet i Helse Midt-Norge som er: "Helhetlige pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid."	Igangsatt	Løsningen er ferdigstilt 2011. Men vil fremdeles breddes internt i HNT ut 2012. Det er utformet regionale arbeidsprosesser for håndtering av elektronisk meldingsutveksling. Innføring av standardisert arbeidsprosess for håndtering av elektroniske basismeldinger vil bidra til en standardisering av inntaksprosessen ved samtlige sykehus i HMN. HNT har implementert denne for de fagområdene som pr i dag håndterer elektroniske basismeldinger. Den standardiserte arbeidsprosessen for håndtering av elektronisk meldingsutveksling er utformet i tråd med de føringer som er etablert for standardiserte pasientforløp, og vil således kunne knyttes opp til ulike pasientforløp som utvikles og implementeres i HNT.
FP 6.7.5.3	Spesielt om elektronisk meldingsutveksling - meldingsløftet	Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2011 ivareta mottak av elektroniske henvisninger fra, og sending av elektroniske epikriser til, alle fastleger og avtalespesialister som har etablert løsninger for dette. Helseforetaket har et utvidet ansvar for dialog med legekantor og avtalespesialister i sin region, spesielt i forbindelse med avvikling av parallelle papirforsendelser. Det samme skal gjelde for røntgen-henvisninger og -svar, samt laboratoriesvar. Helseforetaket skal også tilrettelegge grunnlag for korrekt adressering av meldingene.	Igangsatt	Bredding av løsning for elektronisk meldingsutveksling til alle fastleger og avtalespesialister er igangsatt. 21 av 43 legekantor sender henvisninger papirløst til HNT pr i dag. Dette er et breddingsarbeid som vil kreve betydelig med ressurser fra HNT, fordi det forutsettes utreise til hvert enkelt legekantor mht opplæring i arbeidsrutiner for slik meldingsutveksling. Ihht til framdriftsplanen for meldingsløftet vil alle legekantor, som har godkjent IT-løsning for trygg meldingsutveksling, kunne få tilbud om avvikling av papir for basismeldinger fra HNT i løpet av 2012.
FP 6.7.5.4	Spesielt om elektronisk meldingsutveksling - meldingsløftet	Helse Nord-Trøndelag HF skal videre i 2011 tilrettelegge for elektronisk meldingsutveksling med kommunehelsetjenesten (basert på samme meldingene som med fastlege), samt iverksette mulighet for å motta laboratorierekvirering fra primærhelsetjensten i tråd med regionale planer som utarbeides basert på erfaringer fra Helse Sør-Øst	Igangsatt	Løsning for bruk av elektroniske basismeldinger i meldingsutvekslingen med kommunene er tilrettelagt, og vil kunne iverksettes når HNT har ressurser for å kunne brette dette. Løsning for å ta i bruk Pleie og omsorgsmeldinger med kommunehelsetjenesten er ikke ferdig utviklet for foretakets IT-systemer, og vil leveres ved HemIT i løpet av 2012. Det vil bli mulig å legge til rette for bruk av PLO-meldinger i 2013. Helse Midt-Norge RHF har løst inn sin opsjon for å kjøpe løsning for rekvirering av laboratorieprøver. Denne løsningen vil det først bli mulig for HNT å ta i bruk 2013.
FP 6.9.1	Pasientreiser	Pasientreiser skal organiseres og drives slik at den enkelte pasients behov for hensiktsmessig transport ivaretas. Pasienter med rekvirering for spesialtilpasset transport skal sikres et differensiert og tilrettelagt tilbud. Behandling og transport skal ses i sammenheng. Helse Nord-Trøndelag skal: Rapportere egenandeler for pasientreiser elektronisk til HELFO i tråd med krav som stilles til kvalitet, hyppighet og kompleksitet slik at pasientene mottar frikort automatisk.	JA	Dette er allerede igangsatt og fungerer.
FP 6.9.2	Pasientreiser	Helse Nord-Trøndelag skal: Sikre og følge opp tiltak for å opprettholde en saksbehandlingstid som normalt ikke skal overstige 10 virkedager på reiseoppgjør for pasienter	JA	Det jobbes kontinuerlig med dette. Lean prosjekt etc. Vi har pr. i dag landets korteste saksbehandlingstid på ca. 6 dager.
FP 7.1.1	Miljø- og klimatiltak	Foretaksmøtet viste til arbeidet med nasjonale miljø- og klimaprojektet i helseforetakene og til sluttrapport om miljø- og klimatiltak i spesialisthelsetjenesten. Foretaksmøtet viste videre til tidligere krav om oppfølging av nasjonale klimapolitikk, og understreket at sektoren gjennom energieffektivisering og klimavennlig oppvarming må bidra til å realisere de nasjonale klimaforpliktelsene. Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å etablere miljøledelse og miljøstyringen i helseforetakene og påfølgende sertifisering av styringssystemet i henhold til ISO 14001-standarden. Dette arbeidet skal ta sikte på å innføre slike systemer innen utgangen av 2014	JA	Funksjon som Miljøleder er etablert i Fagavdelingen. ISO 14001- sertifisering Innen utgangen av 2013.
FP 7.1.2.1	Miljø- og klimatiltak	Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag HF om å følge opp og iverksette de øvrige målene med anbefalte tiltak som er omhandlet i sluttrapporten på områdene innkjøp	Igangsatt	Foretaket deltar i Grønn stat gjennom deltakelse i innkjøpsnettverket i HMN. Når det gjelder etikk i innkjøpsarbeidet er det samarbeid mellom regionene - spesielt fokus er produksjonsleddene fram til forbruk. I 2012 vil det arbeides med innovasjon og innkjøp - samarbeid mellom helseregionene, HSØ er prosjektleder.
FP 7.1.2.2	Miljø- og klimatiltak	Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag HF om å følge opp og iverksette de øvrige målene med anbefalte tiltak som er omhandlet i sluttrapporten på områdene bygg/eiendom	Igangsatt	Rehabiliter og nybygd psykiatribygg på Namsos er slutført i 2011. Det er lagt betydelig vekt på energieffektive løsninger. Bygget er prosjektert med et årlig spesifikt energiforbruk på 120 kWh pr.m2 noe som tilsvarer energiklasse A. Ved gjennomføring av byggeprosjektet er avfallshåndtering ivarettatt innenfor gjeldende regelverk med godkjent avfallsplan. Personell i driftsenhetene er gitt opplæring i energieffektiv drift. Helseforetaket er representert i regional energigruppe

FP 7.1.2.3	Miljø- og klimatiltak	Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag HF om å følge opp og iverksette de øvrige målene med anbefalte tiltak som er omhandlet i sluttrapporten på områdene transport	JA	Når det gjelder pasientreiser har vi kontinuerlig fokus på samkjøring og mest mulig bruk av kollektivtilbud med tanke på å redusere utslipp til luft. Pasientreiser setter igang ISO sertifisering iht. miljø 14001 i 2012 og skal være ferdig i 2013.
FP 7.1.3	Miljø- og klimatiltak	Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF legge til rette for klimavennlige løsninger og oppvarming, og gå i dialog med kommunene for å se på mulighetene for å etablere fjernvarmeløsninger der det ikke finnes i dag.	Igang satt	Det er nær kontakt med Biovarme som har fått konsesjon for fjernvarmeløsninger for de kommuner hvor foretaket har aktivitet. Gjennom denne kontakten har kommunene kunnskap om foretakets planer for fjernvarmeløsninger. Ved rehabilitering og nybygging av psykiatrien ved Sykehuset Namsos er det lagt til rette for tilgang til fjernvarmeløsninger. Det er gjennomført flere forhandlingsmøter med Biovarme AS med målsetting om å etablere avtale om levering av fjernvarme til Sykehuset Namsos. Revidert tilbud forventes i slutten av januar 2012
FP 7.2.1	Nasjonalt profileringsprogram	Foretaksmøtet forutsatte at helseforetaket forholder seg til revidert nasjonalt profilprogram når det foreligger	JA	Helse Nord-Trøndelag forholder seg til statens retningslinjer ift logo og design.
FP 7.5.1	Parkering	Foretaksmøtet la til grunn at helseforetakene begrenser betaling for parkering til å dekke kostnadene ved parkeringstilbudet og at de rutiner man har for parkering skal begrense risikoen for gebyr. Alle nye parkeringssystemer skal bygge på prinsippet om etterskuddsbetaling	JA	HNT har avtale med vertskommunene om drift av parkeringsarealet ved sykehusene. Betalingsnivå for parkering er lagt på samme nivå som ved parkeringsareal forøvrig. Det er lagt til rette for bruk av betalingskort slik at ved usikkerhet om avsluttet besøk ved sykehusene kan dette reguleres ved kortbruk. Foretakets inntekt gjennom samarbeidet med kommunene er på ca 870,- kr pr plass pr år (2010)- dette skal dekke kapitalkostnader og drift og vedlikehold og ligger på et moderat nivå.

Vedlegg 3 Særskilte områder i årlig melding

(jf vedlegg 3 i styringsdokument)

Totalt 19 punkter**Svarene fra ansv leder / saksbehandler er angitt i rødt skrift**

Nr.	Tekst	Datakilde	Kommentar
1	Antall nye desentraliserte tiltak		Skriftlig tilbakemelding
	Ny rusenhet (sengepost med 6 døgnplasser)		
	Antall pasienter over 18 år behandlet i henholdsvis sykehus og DPS per 10 000 innbygger over 18 år innen psykisk helsevern, fordelt på		
2a	døgninnleggelser		Skriftlig tilbakemelding
	Sykehus: 106 opphold pr 10.000 innbyggere		
	DPS: 26 opphold pr 10.000 innbyggere		
	Sum HNT: 132 opphold pr 10.000 innbyggere (både DPS og Sykehus)		
2b	poliklinisk virksomhet		Skriftlig tilbakemelding
	Sykehus: 3.657 konsultasjoner pr 10.000 innbyggere		
	DPS: 889 konsultasjoner pr 10.000 innbyggere		
	Sum HNT: 4.545 konsultasjoner pr 10.000 innbyggere (både DPS og Sykehus)		
3	Antall DPS som tilbyr brukerstyrte plasser		Skriftlig tilbakemelding
	Totalt 4. Både DPS Kolvereid, Sykehuset Namsos, Sykehuset Levanger og DPS Stjørdal har ordninger med rett innen liste m.m.		
	Antall ambulante team, fordelt på hvs		Skriftlig tilbakemelding
4a	Akutteam		Skriftlig tilbakemelding
	Ambulante akutt funksjoner fra 4 DPS		
4b	Rus/dobbeltdiagnose-team		Skriftlig tilbakemelding
	2 ARP		
4c	Andre behandlingsteam		Skriftlig tilbakemelding
	2 alderspsykiatriske, 2 psykoseteam		
4d	Ambulante team innen psykisk helsevern for barn og unge		Skriftlig tilbakemelding
	Ikke etablert ambulante team, men det utføres ambulante tjenester.		
5	Antall læreplasser innen for helsefagarbeiderutdanningen og ambulanselarbeiderutdanningen		Skriftlig tilbakemelding
	I helsefagarbeiderutdanningen har vi i 2011 hatt 19 lærlinger inn i 8 ukers praksisperioder. For ambulanselarbeiderutdanningen har vi til enhver tid 12 lærlinger i en tidsbegrenset periode på 2 år		
6	Antall utdanningsstillinger for tannleger under spesialisering		Skriftlig tilbakemelding
7	Antall OFU (evt IFU) løpende og nye kontrakter i 2011, samlet prosjektverdi og helseforetakets bruk av ressurser målt i kroner på de to kategorier	Innovasjon Norge / Interne kilder	Skriftlig tilbakemelding
	Per i dag er det ikke etablert et system for rapportering av dette i Helse Nord-Trøndelag. Ved søk på HNT ved Innovasjon Norge sin ingen treff. Innmed sin oversikt over prosjekter viser heller ingen treff på HNT &selected facets=).		
8	Antall FORNY (kommersialisering av FoU-resultater), BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter) og KBM (kompetanseprosjekter med brukemedvirkning) prosjekter samt tildelte midler fra Norges forskningsråd til innovasjonsprosjekter i 2011	Norges forskningsråd / Interne kilder	Skriftlig tilbakemelding
	Forskningsrådet har ikke mottatt søknader fra HNT under 2011. (Se også punkt nr 7 ovenfor)		
9	Antall registrerte oppfinnelser i 2011	DOFI	Skriftlig tilbakemelding
	Per i dag er det ikke etablert et system for rapportering av dette i Helse Nord-Trøndelag		
10	Antall innlevert, i 2011, og videreførte patentsøknader (PCT)	Interne kilder	Skriftlig tilbakemelding
	Per i dag er det ikke etablert et system for rapportering av dette i Helse Nord-Trøndelag		
11	Antall bedriftsetableringer i 2011	Brønnøysundregisteret / Interne kilder	Skriftlig tilbakemelding
	Det er i 2011 etablert en ny enhet i enhetsregisteret i Brønnøysund, ARP Poliklinikk på Namsos (bedr.nr.997 781 376)		
	Dermed oppfyller vi kravet og retningslinjer for inndeling av regionale helseforetak og helseforetak i Enhetsregisteret (ER)		
12	Antall lisensavtaler i 2011	Interne kilder	Skriftlig tilbakemelding
	Ukient hva dette innebærer og hvem som kan ha informasjon om dette		
13	Antall forprosjekter finansiert av InnoMed	InnoMed	Skriftlig tilbakemelding
	Ingen forprosjekt har blitt finansiert av InnoMed i 2011		
14	Antall og andel av alle innkomne e-søknader som omtaler innovasjonspotensial i 2011	http://forskningsprosjekter.ihelse.net	Skriftlig tilbakemelding
	Rapport for 2011 foreligger ikke ved d.d. jfr. ihelse.net		
15	Årlig forskningspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader totalt for Helse Midt-Norge RHF	NIFU	Beregnes av NIFU
	Poengberegning fra CRISTIN vil ikke være klar for vår 2012, vår frist for å sende inn/godkjenne artikler er 1.mars		
16	Årlige publikasjoner rapportert til Cristin innen 1. september	Cristin	Beregnes av NIFU
	54 artikler ble publisert i 2011 hvor forfatter er ansatt ved HNT.		
	Dette innbefatter artikler som er:		
	- publisert e-pub ahead of print, og		
	- uavhengig om de er publisert i vitenskapelige tidsskrift		
	- uavhengig om forfatterne har oppgitt vår adresse i artikkelen		
	Av disse 54 er det 3 stk hvor en av våre ansatte er en blant et 40-talls forfattere		

	Av disse 54 er det 3 artikler som er enten "kommentar", "author reply" eller "letter to editor", så da er det 51 "rene" artikler		
	Se vedlegg		
	2 godkjente doktorgrader i 2011.		
17	Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i Helse Midt-Norge RHF, herunder andel til psykisk helse og rus (beregnet av NIFU)	NIFU	Beregnes av NIFU
	Tallene for 2011 vil ikke foreligge før ved utgangen av februar 2012		
	Totale ressursbruk til forskning og utvikling i 2010 i HNT er 30,148 mill kr.		
	Herav 16,086 mill kr til psykisk helsevern og 1,411 mill kr til RUS		
18	Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningprosjekter mv i Helse Midt-Norge RHF på utvalgte prioriterte fagområder innen forskning inkl		
	Samhandlingsforskning (jf definisjonen under pkt 7.1), herunder rus, psykisk helse, rehabilitering/habilitering, kvinnehelse, kreft, kols, diabetes,		
	eldremedisin og samhandlingsforskning i 2011. Rapporten skal omfatte alle helseforetak med forskningsaktivitet og baseres på elektronisk rapportering.	http://forskningsprosjekter.ihelse.net	
	Totalt antall prosjekter: 24. Av disse er 15 prosjekt totalt tildelt 2.392 mill kr		
	Herav:		
	Kvinnehelse (2 prosj) 182.000,-		
	Rehab/hab (3 prosj) 222.000,-		
	Eldremedisin (2 prosj) 43.000,-		
	Psykisk helse (5 prosj) 380.000,-		
	Kols (1 prosj) 40.000,-		
	Samhandlingsforskning (2 prosj) 170.000,-		
19	Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler fra Norges forskningsråd og EUs 7. rammeprogram for forskning og teknologiutvikling i 2011.	Norges forskningsråd	Skriftlig tilbakemelding
	Ingen prosjektsøknader er sendt, og ingen er innvilget. Det er uklart om ansatte i HNT er med på søknader fra andre foretak eller institusjoner		

Styringsdokument 2012 for Helse Nord-Trøndelag HF

Innhold

1	Overordnede føringer.....	3
2	Nye lover og forskrifter.....	5
3	Nasjonale og regionale strategier og handlingsplaner.....	5
4	Tildeling av midler.....	6
5	Aktivitet	9
6	Særskilte satsingsområder 2012.....	12
6.1	Ventetider.....	12
6.2	Kvalitetsforbedring.....	12
6.3	Pasientsikkerhet	13
6.4	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning	14
6.5	Samhandlingsreformen.....	15
6.6	Kreftbehandling.....	15
6.7	Behandling av hjerneslag.....	16
6.8	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling.....	17
7	Andre områder	17
7.1	Psykisk helsevern.....	17
7.2	Habilitering og rehabilitering.....	18
7.3	Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati	19
7.4	Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling	19
7.5	Kjeveleddsdisfunksjon.....	19
7.6	Beredskap og smittevern.....	19
7.7	Forebygging.....	20
7.8	Opplæring av pasienter og pårørende	20
7.9	Behandling av sykkelig overvekt	20
8	Utdanning av helsepersonell.....	21
9	Forskning og innovasjon.....	21
9.1	Forskning.....	21
9.2	Innovasjon.....	22
10	Forholdet til Helsedirektoratet.....	22
11	Oppfølging og rapportering.....	23

1 Overordnede føringer

Helse Midt-Norge RHF (HMN) stiller gjennom styringsdokumentet de midlene som styret i HMN har bevilget til disposisjon for Helse Nord-Trøndelag HF. Helse Nord-Trøndelag HF skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor de rammer og mål som er gitt og de ressurser som blir stilt til rådighet i dokumentet. Videre skal oppgavene utføres i henhold til våre grunnleggende verdier: Trygghet, respekt og kvalitet og i samsvar med nasjonale prioriteringer. Helse Midt-Norge skal ha rett kompetanse på rett sted til rett tid. Dette krever både synlige og ansvarlige ledere og godt medarbeiderskap.

HMN er gitt et samlet ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter.

Helse Nord-Trøndelag HF skal levere spesialiserte helsetjenester til befolkningen i henhold til rammer og krav som stilles i lover og forskrifter av myndighetsorgan og Helse Midt-Norge RHF.

Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for at forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas på en god måte, og at disse oppgavene underbygger god og forsvarlig pasientbehandling. Videre skal det sikres tilstrekkelig kompetanse innen alle deler av helseforetaket. Det skal legges vekt på likeverdige helsetjenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, herunder innvandrergupper. Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt.

Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas. Spesiell oppmerksomhet bør rettes mot utvikling av habiliterings- og rehabiliteringstilbud med utgangspunkt i samisk språk og kultur.

Lover, forskrifter og andre myndighetsvedtak utgjør rammene for helsetjenesten. Helse Nord-Trøndelag HF skal ha dokumenterte systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivningen.

For å sikre en kontinuerlig kvalitetsforbedring i Helse Nord-Trøndelag HF, skal det etableres en systematisk oppfølging av avviksmeldinger og funn fra tilsynsmyndigheter og internrevisjoner som sikrer at hele organisasjonen og resten av foretaksgruppen lærer kollektivt av feil og systemsvikt.

Det er en forutsetning at Helse Nord-Trøndelag HF i 2012 leverer et økonomisk resultat som angitt i kapittel 4 og aktivitetsforventning som angitt i kapittel 5 i dette dokumentet.

Midlene tildelt i styringsdokumentet er forutsatt å sette Helse Nord-Trøndelag HF i stand til å realisere dette oppdraget. Helse Nord-Trøndelag HF må innenfor sine økonomiske rammer sørge for at virksomheten innrettes slik at kvalitet og pasientsikkerhet forbedres. Spesielt forventes det at målene nås i forhold til de kvalitetsindikatorne som er målsatt. Videre forutsettes at ressurser vris til å møte de store og voksende pasientgrupper. Som et ledd i dette, forutsettes det at det rettes særskilt oppmerksomhet mot muligheten for ytterligere omlegging fra behandling ved innleggelse til behandling gjennom dagtilbud og poliklinikk. Dette innebærer en omstilling av virksomheten.

Omstilling skal skje innenfor rammen av strategi 2020, som innebærer at utvikling av gode, kunnskapsbaserte og ressurseffektive pasientforløp skal ligge til grunn for de endringer som gjøres i tjenestetilbudet. Bedre samarbeid og arbeidsdeling både mellom sykehus og mellom helseforetak og kommuner skal bidra til mer helhetlige pasientforløp. Arbeidet med implementering av foretaksgruppens kvalitetsstrategi Litt bedre i dag enn i går skal påbegynnes. Videre forutsetter strategi 2020 at omstilling fra behandling ved innleggelser til behandling ved dagtilbud, poliklinikk og i samarbeidstiltak med primærhelsetjenesten videreutvikles.

Den interne ressursbruken må i større grad gå til aktiv pasientbehandling og relativt mindre til passiv vakt og beredskapsordninger.

En desentralisert sykehusstruktur skal fortsatt ligge til grunn, og lokalsykehusene skal videreutvikles for å ha en viktig funksjon i den helhetlige helsetjenesten også i fremtiden. Ingen lokalsykehus skal legges ned. Lokalsykehus med akuttfunksjoner skal videreføres med anestesiberedskap der dette er etablert i dag.

Strategi 2020 beskriver et fremtidsbilde som stiller store krav til kvalitet i alle ledd i helsetjenesten samt gode pasientforløp hvor sanntids informasjon må følge pasienten. For at vi skal oppfylle slike krav, må det skje en betydelig videreutvikling av vår elektroniske informasjonsflyt. For å sikre at utviklingen av våre IKT-systemer understøtter operasjonaliseringen av Strategi 2020, må HMN legge en helhetlig IKT-strategi som gjenspeiler de endringene vi ønsker å gjennomføre til det beste for pasienten. IKT-systemene er viktige verktøy for alle ansatte i helsetjenesten og vi må sørge for at ansatte finner en bedre støtte for sine arbeidsprosesser i denne verktøykassa enn det som er tilfelle i dag. Derfor vil HMN i 2012 arbeide med å revidere regionens IKT-strategi. Dette skal skje gjennom en bredt involverende prosess hvor Helse Nord-Trøndelag HF og de øvrige helseforetakene skal delta samt at lokale og nasjonale kompetansemiljø vil bli involvert. Strategien skal utformes i et tverrfaglig samarbeid og den skal være solid forankret blant de som jobber nærmest pasienten da det er de som kjenner hverdagsutfordringene aller best.

Lokalt utviklings- og omstillingsarbeid skal ivareta kravet om gode og bredt involverende prosesser. Ved omstilling av virksomheten må det foreligge konsekvensvurderinger av hvilke konsekvenser tiltaket vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene før omstilling foretas. Samarbeid mellom helseforetak og kommuner, og mellom ledelse, tillitsvalgte, ansatte og brukere skal legges til grunn i slike prosesser. Omstillinger av tjenestetilbudet som berører kommunene skal ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Ved omstillinger skal det rettes spesiell oppmerksomhet mot kvaliteten i det samlede helsetilbudet til eldre. Framlagt metode for konsekvensutredning og forholdet til ROS-analyser legges til grunn i endringsprosesser i foretaksgruppen.

Helse Nord-Trøndelag HF skal videreføre tiltak for å begrense bruk av deltid og midlertidige ansettelser i helseforetakene i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene.

Styring og kontroll med kvalitet og pasientsikkerhet må ikke stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken. En likeverdig vektlegging av disse områdene er en forutsetning for riktige faglige prioriteringer og høy kvalitet på pasientbehandlingen.

Nasjonal helse- og omsorgsplan og Stortingets behandling av denne (Innst. 422 S, 2010-2011) og Samhandlingsreformen (Prop. 90 L 2010-2011, Lov om folkehelsearbeid og Prop. 91 L 2010-2011, Lov om kommunal helse- og omsorgstjenester) utgjør et overordnet rammeverk og gir føringer for den videre utvikling av den samlede helse- og omsorgstjenesten.

HMN forutsetter at Helse Nord-Trøndelag HF til enhver tid setter seg inn i og forholder seg til de vedtak som fattes av styret for HMN. HMN forutsetter videre at Helse Nord-Trøndelag HF orienterer seg om Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til RHF'et.

Vi ber om at Helse Nord-Trøndelag HF legger til rette for et godt samarbeid med avtalespesialistene i sitt nedslagsområde, blant annet med målsetning om redusert ventetid for pasientbehandling.

Styringsdokumentet har en oppbygning der overordnede mål og føringer på de ulike områder blir listet innledningsvis for hvert tema. Deretter følger mål for 2012 og styringsparametre. For å forenkle arbeidet med rapportering i årlig melding, både for HF og RHF, er dokumentet bygget opp i samsvar med oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet for 2012 til det regionale helseforetaket.

Mål og styringskrav for 2012 er valgt ut fra en risikovurdering og med bakgrunn i aktuelle satsingsområder. Relevante mål og krav gitt i tidligere oppdragsdokument vil fortsatt være gjeldende.

2 Nye lover og forskrifter

Stortinget vedtok 17. juni 2010 ny helse- og omsorgstjenestelov (lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester). I den forbindelse vedtok Stortinget også en rekke viktige endringer i spesialisthelsetjenestelovgivningen, blant annet ny § 3-3 om meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. I tillegg inneholder helse- og omsorgstjenesteloven i seg selv flere forslag som indirekte har betydning for helseforetakene. Lovendringene trer i kraft 1. januar 2012. Samtidig med helse- og omsorgstjenesteloven vedtok Stortinget også ny folkehelselov (lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid).

Det forutsettes at helseforetakene er kjent med innholdet i lovene og forskriftene. Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for nødvendig informasjon og opplæring til styret, administrasjon og ansatte om nye helselover og – forskrifter.

3 Nasjonale og regionale strategier og handlingsplaner

For 2012 gjelder følgende nasjonale strategier og handlingsplaner for spesialisthelsetjenesten:

- Aksept og mestring – nasjonal hivstrategi (2009 -2014)
- Demensplan 2015 – ”Den gode dagen” (2012-2015)
- Handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresykdom (2011-2015)
- Handlingsplan for habilitering av barn og unge
- Helse- og omsorgsdepartementets forskningsstrategi (2006 -)
- Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)
- Nasjonal strategi for bioteknologi (2011-2020)
- Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012)
- Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade (2009-2014).

- Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008-2012)
- Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten ...Og bedre skal det bli! (2005-2015)
- Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern (2011-2015)
- Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre (2008-2012)
- Nasjonal strategi for tobakksforebyggende arbeid (2012-2016)
- Nevroplan 2015 (2012-2015)
- Opptrappingsplanen for rusfeltet (2007-2012)
- Strategi for kvinners helse (2003-2013)

Følgende regionale strategier og handlingsplaner gjelder:

- Strategi 2020
- Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge (2009-2014)
- Regional kvalitetsstrategi: Litt bedre i dag enn i går
- Handlingsplan for avtalespesialistene
- Handlingsplan for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge (2010-2015)
- Handlingsplan for diabetes i Helse Midt-Norge 2012-2016

Det forutsettes at helseforetakene er kjent med innholdet i strategiene og handlingsplanene, og at de legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet på de ulike områdene.

4 Tildeling av midler

Resultatkrav

Styret i Helse Midt-Norge RHF har vedtatt et budsjett (sak 100/11) med krav om resultatmessig overskudd for å få midler til fremtidige investeringer i bygg, MTU og IKT. Overskuddskravet er på 166,5 mill kroner i 2012 for regionen. Det er fortsatt behov for at omstillingsprosesser og tiltak for å kunne omfordele midler fra drift til investeringer fortsetter. Regionen har betydelige utfordringer knyttet til kapitalkostnader og likviditeten er presset som følge av tidligere års underskudd. Helse Nord-Trøndelag HF må ha kontinuerlig fokus på styring av egen likviditet og sørge for at behovet for kassekreditt til enhver tid blir så lite som mulig.

Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2012 gå i økonomisk balanse eller med overskudd.

Fordeling av inntekter 2012

Tildelingen som er angitt i tabell 1 gir rammer for den virksomheten foretaket skal gjennomføre i 2012. Det forutsettes at beløpet skal ta høyde for samlet lønns- og prisvekst i 2012.

Tabell 1

Inntektsramme budsjett 2012

<i>(Tall i tusen)</i>	HNT
Basisramme	1 438 855
Særfinansiering	234 794
Sum basisramme	1 673 648
ISF-inntekt	461 670
Polikliniske refusjoner	71 197
Sum ramme og estimert ISF og poliklinikk	2 206 515
Andre tilskudd (barn som pårørende)	2 578
Sum bevilgning, jf Prop 1 S (2011-2012)	2 209 092
Gjestepasientinntekt	16 812

Barn som pårørende

Helse Midt-Norge RHF er for 2012 tildelt 2,5 mill kroner i øremerket tilskudd til forsøk med familieambulatoriet i Helse Nord-Trøndelag HF.

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 spesialisttjeneste ved de øvrige foretak i regionen på en forsvarlig måte. Enheten viderefører arbeidet for 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.

Helse Møre og Romsdal HF har fratrekk grunnet egen legedekning.

St. Olavs Hospital HF fakturerer faktiske utgifter basert på fordelingsnøkkel til hver av de 2 andre helseforetak. St. Olavs Hospital HF fakturerer halvårlig pr 30.06.12 og 31.12.12.

Tabell 2

Fordelingsnøkkel til kostnadsfordeling for 2012:

FORDELING ETTER GENERELL BEHOVSINDEKS tall i 1000 kroner						
2012		2 assleger	3 overleger	Ind. kostn	Totalt pr HF	Fratrekk
Helse Møre og Romsdal	37,60 %	581	1 187	265	980	1053
St.Olavs Hospital	41,60 %	642	1 314	293	2 249	
Helse Nord-Trøndelag	20,80 %	321	657	147	1 125	
SUM KOSTNAD		1 544	3 158	705	5 407	

Psykisk helsevern

Det er på regionnivå holdt av 20 mill kroner til psykisk helsevern til senere fordeling. Disse midlene kan utløses gjennom utløses ved økt produktivitet i poliklinisk virksomhet. Informasjon om prosedyre og kriterier for utbetaling vil bli gitt i eget brev.

Kommunale øyeblikkelig hjelp tilbud

Helse Nord-Trøndelag HF skal sette av minst 3,8 mill kroner av basisrammen til finansiering av etablering og drift av kommunale øyeblikkelig hjelp tilbud. Dersom behovet for finansiering i 2012 blir mindre kan ubrukte midler disponeres til annen basisvirksomhet.

I 2012 har Helse Nord-Trøndelag HF fått følgende elementer finansiert særskilt over basisrammen:

Tabell 3

Særfinansiering 2012

Fordeling 2012 (1 000 kr)	HNT
Tilskudd differensiert arbeidsgiveravgift	5 231
FoU HMN satsning	7 764
Pasienttransport	93 117
Pasientreiser	6 466
Ambulanse	118 275
Reginalt henvisningsmottak priv. rehab.inst.	3 866
Rentekostnader langsiktige lån	822
Rentekostnader langsiktige lån - trekk/omfordeling	-6 609
RKSF -Regional funksjon spiseforstyrrelser (phv)	5 100
Nettverk for spiseforstyrrelser	761
SUM	234 794

Forskning og utdanning

Helse Midt-Norges vedtatte regionale forskningsstrategi styrer mot 3,0 % av rammen avsatt til forskning. For å nå denne rammen har Helse Midt-Norge påbegynt en opptrapping som synliggjøres i særfinansieringen. Midlene stilles til disposisjon gjennom årlig opptrapping og det forventes at foretakene innretter seg slik at forskningsaktiviteten er på forventet nivå.

Helse Nord-Trøndelag HF har fått tildelt følgende til forskning og utdanning:

- 7,764 mill kroner

Helse Nord-Trøndelag HF skal innenfor økning av FoU-midler ivareta forskningsprosjekter som gjenspeiler prioriteringene i Strategi 2020. Evt. inntekter fra andre finansieringskilder som skal brukes til FoU skal komme i tillegg til dette.

Det er videre satt av forskningsmidler under Helse Midt-Norge RHF, som vil bli fordelt av Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og universitetet etter søknad.

Pasienttransport

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

Drift av pasientreisekontor

Helseforetaket er for 2012 tildelt særfinansiering for aktivitet knyttet til drift av pasientreisekontoret

Ambulansedrift

Gjennom særfinansiering er helseforetaket tildelt midler for utbetaling til kontraktører/egen drift etter gjeldende kontrakter

Regionalt henvisningsmottak for private rehabiliteringsinstitusjoner

Helse Midt-Norge RHF har etablert regionalt henvisningsmottak for private rehabiliteringsinstitusjoner lokalisert til sykehuset Levanger. Henvisningsmottaket skal motta henvisning fra alle private rehabiliteringsinstitusjoner regionen har avtale med og skal samtidig være info telefon for habilitering og rehabilitering. Mottaket blir særfinansiert med kr. 3,866 mill i 2012.

Omfordeling rentekostnader langsiktig lån

Det er lagt til grunn en omfordeling av 31 % av budsjettert rentekostnad på langsiktige lån, totalt 137 mill kroner. Dette medfører en reduksjon av rammen til Helse Nord-Trøndelag HF på totalt 5,787 mill kroner.

RKSF – regional funksjon spiseforstyrrelse

Særfinansiert beløp i 2012 er på 5,1 mill kroner. RKSF får i 2012 i tillegg et tilskudd fra Helse Midt-Norge RHF på 2,5 mill som prosjektmidler..

Raskere tilbake

Helse Midt-Norge har i 2012 fått tildelt 107,5 mill kroner knyttet til ordningen ”Raskere tilbake”. Aktivitet som kommer inn under ordningen dekkes særskilt og skal ikke finansieres av inntektsfordelingen. Tildelingen av ramme for ”Raskere Tilbake” og Hysnes Helsefort blir kommunisert i eget brev.

Investeringsramme 2012

For tildeling av investeringsramme for 2012 vises det til sak 08/2012 Helse Midt-Norge – Resultat- og investeringsbudsjett 2012.

Tabell 4

Planlagte investeringer 2012 (tall i tusen)	HNT
Bygg (inkl salg HMR) / HMS	7 300
MTU	18 000
EK-innskudd KLP	6 420
Investeringer knyttet til overskudd tidligere år	21 200
Sum investeringsplaner	52 920

I tillegg kan helseforetaket få tildelt investeringsmidler til særskilte ENØK-tiltak .

5 Aktivitet

Ressursrammene som samlet blir stilt til rådighet i dette dokumentet legger til rette for den aktiviteten i pasientbehandlingen ved Helse Nord-Trøndelag HF som er forventet, jf. tabell 5 og 6.

Aktiviteten ved Helse Nord-Trøndelag HF består av tjenester til Helse Midt-Norges befolkning samt tjenester til pasienter bosatt i de andre helseregionene. I 2012 skal denne aktiviteten utgjøre totalt 28 841 DRG-poeng. Befolkningen i Helse Midt-Norge får dekket sine tjenester av helseforetakene i Helse Midt-Norge og av helseforetak tilhørende andre RHF. For pasientene bosatt i Helse Nord-Trøndelag HF's opptaksområde er tjenestene som tilbys fra andre RHF estimert å utgjøre 1 880 DRG-poeng i 2012.

Tabell 5

Somatikk: Aktivitetsforventning for Helse Nord-Trøndelag HF i 2012¹

	Private HMN-avtaler	Private ikke-HMN-avtaler	HF i andre regioner	Helse Møre og Romsdal HF	St. Olavs Hospital HF	Helse Nord-Trøndelag HF	Totalt
Møre og Romsdal HF-omr	1 053	35	3 729	60 663	10 168	13	75 662
St. Olavs Hospitals HF-område	2 371	38	3 548	156	72 910	548	79 570
Nord-Trøndelag HF-omr	576	12	1 880	18	8 813	27 730	39 029
a) Sum Helse Midt-Norge (sørge for), inkl. 20% omfordeling Magnussen-modell	4 000	85	9 157	60 838	91 890	28 291	194 261
b) Pasienter tilhørende andre regioner				1 109	4 478	550	6 137
Sum a) + b)	4 000	85	9 157	61 947	96 368	28 841	200 398
Pst. endring 2011-2012	-7,3 %		0,0 %	0,7 %	1,8 %	1,4 %	0,5 %
Handlingsrom fristbrudd og ventetider				220	570	50	840
Sum a) + b) etter fratrekk handlingsrom fristbrudd og ventetider				61 727	95 798	28 791	

Helse Nord-Trøndelag HF skal ha en drift som sikrer at fristbrudd ikke forekommer og at ventetiden til behandling er 65 dager eller kortere. I forbindelse med disse målene holdes det tilbake et antall DRG-poeng, samt tilsvarende del av rammen. Antallet DRG-poeng som holdes tilbake er avregnet i samsvar med antallet fristbrudd og antallet pasienter som har ventet seks måneder eller lenger pr. fagområde og omsorgsnivå innen somatisk spesialisthelsetjeneste i den offisielle ventelistestatistikken fra Norsk pasientregister (NPR) per 01.06.2011.² I tillegg er det lagt på et 10 % påslag på beregningene. For Helse Nord-Trøndelag HF er 2 DRG-poeng med ramme tilbakeholdt på grunn av fristbrudd og 46 DRG-poeng med ramme på grunn av lange ventetider. Inkludert 10 % påslag og etter avrundning tilbakeholdes totalt 50 DRG-poeng med ramme. Det vil bli to avregningstidspunkt for vurdering av måloppnåelse og tilbakeføring, henholdsvis 1. mars og 1. juni. Offisielle ventetidstall fra NPR for avviklede fristbrudd samt gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste for de nevnte tidspunkt vil bli lagt til grunn for avregningen. Når det gjelder fristbrudd, så vil kun 0 fristbrudd gi grunnlag for tilbakeføring av de 2 DRG-poengene med ramme. For ventetid vil 65 dagers gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste på avregningstidspunktet gi full tilbakeføring av de resterende tilbakeholdte DRG-poeng med ramme. Utover dette vil Helse Midt-

¹ DRG-poeng produsert av private institusjoner er fordelt i henhold til fordelingen mellom HF-bostedsområdene i 2010. Interne pasientstrømmer mellom HF-ene er basert på pasientstrømmer (målt i prosent av HF-enes produksjon for befolkningen i de ulike HF-bostedsområdene i Helse Midt-Norge) i 2010. Endring i antallet DRG-poeng omfattet av private avtaler er primært knyttet til at avsetningen man opererte med i 2011, som utgjorde 1 208 DRG-poeng og som var holdt tilbake hos RHF, i 2012 fordeles ut til HF-ene. Denne endringen er holdt utenfor ved beregning av prosent endring 2011-2012 i tabellen. Den øvrige reduksjonen er i all hovedsak knyttet til endring i vektsett i ISF fra 2010 til 2011. På grunnlag av endringene ble antallet DRG-poeng som Helse Midt-Norge RHF kjøper hos private institusjoner reforhandlet i løpet av 2011.

² DRG-poeng er tilordna ved å legge til grunn gjennomsnittlig korr.vekt pr. HF, hoveddiagnosegruppe (HDG) i ISF og omsorgsnivå for elektiv behandling gitt i 2010. For fagområder i ventetidsstatistikken fra NPR som ikke entydig hører til en bestemt HDG, har gjennomsnittet for det aktuelle HF og omsorgsnivå blitt lagt til grunn for beregningen.

Norge RHF gjøre en vurdering der det tas utgangspunkt i nivå og utviklingstrend i den gjennomsnittlige ventetiden.

I tråd med målene i Strategi 2020 forutsettes det at Helse Nord-Trøndelag HF fortsetter og intensiverer overgangen fra døgnbehandling til dagbehandling samt poliklinisk behandling innenfor somatikk. Videre henstilles Helse Nord-Trøndelag HF til å gjøre en aktiv vurdering av hva som anses som et hensiktsmessig volum og sammensetning (døgnbehandling, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner) av tjenestetilbudet innen hvert fagområde. I denne sammenheng bes Helse Nord-Trøndelag HF om å vurdere tallmaterialet presentert i vedlegg 4 som viser forbruket av spesialisthelsetjenester i Helse Midt-Norges HF-bostedsområder innen ulike fagområder. Referanseverdier for Helse Midt-Norge totalt og Norges gjennomsnitt er også inkludert. Oversikter som viser andelen det enkelte HF står for av sykehusoppholdene og konsultasjonene befolkningen i bostedsområdene bruker, er også presentert. Forbruk av avtalespesialistkonsultasjoner og opphold ved opptreningsinstitusjoner er inkludert i tabellene. Innen fagområder der befolkningen i Helse Nord-Trøndelags opptaksområde har et betydelig høyere forbruk av tjenester enn landsgjennomsnittet (se tabell 1 i vedlegg 4), bes Helse Nord-Trøndelag HF om å redegjøre for mulige årsaker til dette. Redegjøring oversendes Helse Midt-Norge RHF innen 01.10.2012.

Polikliniske konsultasjoner innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) og polikliniske radiologi- og laboratorietjenester omfattes av egen refusjonsordning. Aktivitetsforventning for psykisk helsevern er vist i tabell 6.

Tabell 6

Forventet økning i antall v-konsultasjoner

Polikliniske konsultasjoner				
	Nivå 2010	Nivå 2011 - estimert	Økning 2012 - forventet	Nivå 2012 - forventet
Psykisk helsevern voksne				
Helse Møre og Romsdal HF	69 166	76 500	6 000	82 500
St. Olav Hospital HF	89 920	96 000	7 000	103 000
Helse Nord-Trøndelag HF	46 012	48 500	3 000	51 500
Totalt	205 098	221 000	16 000	237 000
Psykisk helsevern barn og unge				
Helse Møre og Romsdal HF	36 074	36 250	4000	40 250
St. Olav Hospital HF	48 831	55 500	2000	57 500
Helse Nord-Trøndelag HF	17 628	18 000	2000	20 000
Totalt	102 533	109 750	8000	117 750

Forventning om økt aktivitet er knyttet til poliklinisk aktivitet alene, og er spesifisert i form av økning i antall v-konsultasjoner ³ i 2012 sammenliknet med 2011. For poliklinikker for voksne er forventet økning 3000 v-konsultasjoner, mens for poliklinikker for barn- og unge er forventet økning 2000. Forventet økning *kan* sees i sammenheng med økningen i 2011 dersom denne er spesielt høy. Nivået på aktiviteten eksklusiv poliklinikk er samlet sett forventet å være på samme nivå i 2012 som i 2011.

Den samlede prosentvise aktivitetsøkningen fra 2011 til 2012 forventes å være høyere innen psykisk helsevern enn innen somatikk.

³ V-konsultasjoner er vektete konsultasjoner. Det betyr f eks at ca tre telefonkonsultasjoner tilsvarer en "normalkonsultasjon", mens en førstegangskonsultasjon tilsvarer ca tre "normalkonsultasjoner".

Utover dette skal Helse Nord-Trøndelag HF tilpasse kapasiteten til behovet slik at ventetiden innen poliklinisk radiologi og laboratorietjenester reduseres, og sørge for at det er etablert et tilbud om øyeblikkelig hjelp ved mistanke om alvorlig sykdom.

Mål 2012:

- Økning i antall v-konsultasjoner BUP fra 2011 til 2012
- Økning i antall v-konsultasjoner VOP fra 2011 til 2012

Styringsparametre:

- Antall produserte DRG-poeng.
- Refunderte polikliniske inntekter.
- Antall v-konsultasjoner BUP
- Antall v-konsultasjoner VOP

6 Særskilte satsingsområder 2012

6.1 Ventetider

Overordnet mål:

- Reduserte ventetider.

Mål 2012:

- Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i spesialisthelsetjenesten skal være ned mot 65 dager.

Styringsparameter:

- Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i spesialisthelsetjenesten.

6.2 Kvalitetsforbedring

Overordnede mål:

- Tjenestene som tilbys er av god kvalitet, trygge og sikre.
- Bedre behandlingsresultat, økt overlevelse og mindre variasjon mellom sykehus.
- Tjenestene preges av god lærings- og forbedringskultur.
- Ledelsen på alle nivå legger til rette for systematisk kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid.
- Ledelsen på alle nivå har oversikt over kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten.
- Nasjonale faglige retningslinjer er tatt i bruk.
- Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er etablert og tatt i bruk innen viktige fagområder.
- Datakvaliteten for nasjonale kvalitetsindikatorer er tilfredsstillende.

Mål 2012:

- Helse Nord-Trøndelag HF skal utarbeide handlingsplaner for implementering av den regionale kvalitetsstrategien. Handlingsplanen bør samordnes med helseforetakets arbeid med pasientsikkerhetskampanjen og lederutviklingsprogram. Handlingsplanen må identifisere

målsetning for helseforetakets arbeid med kvalitetskultur og identifisere aktuelle virkemidler tilpasset utfordringene i det enkelte helseforetak.

- Helse Nord-Trøndelag HF skal registrere i aktuelle nasjonale helseregistre (kvalitetsregistre og sentrale helseregistre), og aktivt benytte kunnskap fra registre til styring av kvalitet i eget foretak.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2012 registrere data i diabetesregisteret for voksne
- Nytt nasjonalt system for innføring og vurdering av nye, kostnadskrevende metoder er tatt i bruk lokalt og regionalt.
- Nasjonalt mandat for kliniske etikkomiteer er lagt til grunn for komiteenes virksomhet (jf. brev av 18. november 2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet).
- God kvalitet i rapporteringen fra psykisk helsevern til Norsk pasientregister.
- 100 % av epikriser er sendt ut innen sju dager.
- Ingen korridorpasienter.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal arbeide for at epikriser etter innleggelse, dagbehandling og poliklinikk sendes samme dag som behandlingen er ferdig.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal sikre at kvalitetssystemet gjennomgår de nødvendige revisjoner både i struktur og innhold, og at tilgjengelig funksjonalitet tas i bruk.
- Ved revisjoner av kvalitetssystemet i det enkelte HF skal dette skje i samspill med de øvrige HF. Det skal for alle HF arbeides for å oppnå en harmonisering av struktur og innhold i kvalitetssystemet.

Styringsparametre:

- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd.
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt.
- 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag.
- 30-dagers risikojustert totaloverlevelse.
- Andel epikriser sendt ut innen sju dager.
- Andel korridorpasienter ved somatiske sykehus.
- Registrering hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge.
- Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern voksne.
- Registrering hovedtilstand psykisk helsevern voksne.
- Registreringer i kvalitetsregisteret for diabetes for voksne fra Helse Nord-Trøndelag

6.3 Pasientsikkerhet

Overordnede mål:

- Færre uønskede hendelser
- Færre infeksjoner påført i forbindelse med sykehusopphold.
- Tryggere legemiddelbruk.
- For å forbedre kvaliteten på legemiddelbehandlingen i sykehusene, skal helseforetaket i samarbeid med Sykehusapotekene i Midt-Norge HF gjennomføre og videreutvikle klinisk farmasi med hovedmodulene: legemiddelintervju, legemiddelgjennomganger og legemiddelsamtaler.
- Økt antall uønskede hendelser som meldes.

- Uønskede hendelser brukes aktivt til læring og forbedring.
- Ledelsen på alle nivå sikrer velfungerende systemer for melding og håndtering av uønskede hendelser.
- Ansatte opplever det trygt å melde, og meldingene følges opp fra et system- og læringsperspektiv.
- Det er etablert gode rutiner for signering av dokumenter

Mål 2012:

- Helse Nord-Trøndelag HF deltar i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen i tråd med styringsgruppens beslutninger, og rapporterer data til kampanjens sekretariat i henhold til fastsatte tidsfrister.
- Ledelsen i Helse Nord-Trøndelag HF følger aktivt opp egne resultater i kampanjen.
- Det er sikret nødvendig kompetanse og rutiner ved bruk av pasientadministrative systemer slik at Helse Nord-Trøndelag HF sikrer korrekt og komplett registrering. Herunder skal det gjennomføres en kvalitetssikring av de rutiner som gjelder signering av dokumenter.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal etablere gode rutiner for forskrivning, oppfølging, koding og oppgjør for HF-finansierte legemidler. Internrevisjonen i Helse Midt-Norge vil i 2012 ha fokus på dette området
- Helse Nord-Trøndelag HF skal aktivt delta i utviklingen av nye § 3.3 meldeordning

Styringsparametre:

- Andel sykehus som har undersøkt pasientsikkerhetskultur i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer.
- Andel sykehus som har undersøkt pasientsikkerhetskultur i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer.
- Andel pasienter med fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4.

6.4 Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning

Overordnede mål:

- Pasienter, brukere og pårørende møtes med respekt og omsorg.
- Pasienter, brukere og pårørende har innflytelse over utformingen av eget behandlingstilbud og virksomhetenes tjenestetilbud.
- Tjenestene er innrettet etter brukernes behov, både når det gjelder fysisk, kulturell og språklig tilgjengelighet.
- Pasienter og pårørendes erfaringer og klager brukes systematisk i kvalitetsforbedringsarbeid, forskning og innovasjon.
- Ingen fristbrudd.
- Bedre informasjon om fritt sykehusvalg.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal legge til rette for gode pasientforløp slik at behandling starter innen frist, blant annet ved at pasienter får konkret timeavtale ved første respons på henvisning

Mål 2012:

- Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for at det legges inn en standardformulering i pasientbrev om at pasienten har rett til fritt sykehusvalg.
- Helse Nord-Trøndelag HF har styrebehandlet mål og strategier for brukermedvirkning.
- Resultater fra pasienterfaringsundersøkelser, registrering og rapportering av uønskede hendelser og andre kvalitetsmålinger er offentliggjort på helseforetakenes nettsider.

Styringsparametre:

- Brukererfaringer svangerskap/føde/barsel.
- Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus.
- Fastlegers erfaringer med DPS.
- Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker.
- Andel fristbrudd for rettighetspasienter avviklet fra venteliste.

6.5 Samhandlingsreformen

Overordnede mål:

- Det er etablert og videreutviklet effektive og lokale behandlingstilbud i samarbeid med kommunene, herunder f.eks. lokallmedisinske sentre.
- Med bakgrunn i de lovpålagte avtalene mellom kommuner og helseforetak er det etablert helhetlige pasientforløp og avklart arbeidsdeling mellom helseforetak og kommuner.
- Praksiskonsulentordningen skal utvides.

Mål 2012:

- Det er inngått samarbeidsavtaler for de lovpålagte elementene med frist 31.1.2012 og 1.7.2012.
- Det er lagt inn et eget punkt i avtalene som beskriver øyeblikkelig hjelp-tilbudene i kommunene i tråd med rammene for tilskuddsordningen, slik at partene ser øyeblikkelig hjelp-tilbudene sine i sammenheng og kan bli enige om løsninger som er hensiktsmessige for pasienter, kommuner og helseforetak og hindrer etablering av dobbeltpasientkapasitet eller nedtrapping av tilbudet i helseforetakene uten at tilbud er etablert i kommunene.
- Avtaler om jordmortjenester, herunder følgetjenesten for gravide, er inngått innen 1.7.2012.
- Helse Nord-Trøndelag HF har laget en plan for fremtidig utvidelse av praksiskonsulentordningen.

6.6 Kreftbehandling

I overensstemmelse med nasjonale normer fra Helsedirektoratet, forutsettes Helse Nord-Trøndelag HF å følge de anbefalte føringer for forløpstider ved kreftbehandling. Anbefalingen er at henvisningen bør være vurdert innen fem virkedager, utredningen påbegynt innen ti virkedager og første behandling startet innen 20 virkedager. Målet er at 80 prosent av pasientene med kreftsykdom skal komme innenfor de foreslåtte forløpstidene.

Overordnede mål:

- Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med kreft i tråd med nasjonale handlingsprogrammer for kreftsykdommer.

- Hensiktsmessig organisering av tilbudet til kreftpasienter med vekt på samling av funksjoner som av kvalitetsmessige årsaker bør skje på færre enheter (eks spesialisert kreftkirurgi) og desentralisering av tilbud som kan gis nær pasienten med god kvalitet.
- Gode og effektive pasientforløp for kreftpasienter.

Mål 2012:

- Det er gjennomført tiltak for å redusere flaskehalser i forløpene for kreftpasienter.
- 80 % av kreftpasienter har forløp innenfor anbefalte forløpstider:
 - 5 virkedager fra mottatt henvisning til henvisningen er vurdert.
 - 10 virkedager fra mottatt henvisning til utredning er påbegynt.
 - 20 virkedager fra mottatt henvisning til start av behandling.
- Pasienter som henvises med mistanke om kreft har fått utnevnt en egen kontaktperson. Kontaktpersonen skal bidra til at pasienten får nødvendig informasjon om hva som skjer når, rettigheter og ventetider. Det vil ofte være hensiktsmessig at denne kontaktpersonen også har en aktiv rolle i å koordinere forløpet for pasienten.
- Tiltak for å redusere ventetiden for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft er iverksatt.

Styringsparametre:

- Andel pasienter med tykktarmskreft som får behandling innen 20 virkedager.
- Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager.
- Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager.
- Andel pasienter med kreft som får behandling innen 20 virkedager (indikatoren vil bli utviklet i 2012).

6.7 Behandling av hjerneslag

Overordnede mål:

- Høy kvalitet og kompetanse i utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med hjerneslag i tråd med nasjonale faglige retningslinjer.
- Godt og effektivt forløp for slagpasienter.
- Alle pasienter med akutt hjerneslag behandles i slagenhet.
- Flere pasienter med akutt hjerneinfarkt får trombolyse.
- Økt kunnskap blant helsepersonell, pasienter og pårørende om symptomene ved akutt hjerneslag.

Mål 2012:

- 20 % av pasienter med hjerneinfarkt under 80 år har fått trombolyse.
- Helse Nord-Trøndelag HF rapporterer data til Norsk hjerneslagregister.

Styringsparametre:

- Andel pasienter under 80 år med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysebehandling.

6.8 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling

Overordnede mål:

- Høy kompetanse og kvalitet i tilbudet til pasienter/brukere med rusmiddel- og annen avhengighet.
- Tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) er samordnet med tjenester innen psykisk helsevern og andre spesialisthelsetjenester slik at tilbudet er tilpasset pasienter med sammensatte lidelser.
- Tjenestene innen TSB tilbys i størst mulig grad nær pasientenes bosted og i samarbeid med kommunale tjenester.
- Pasientene opplever gode og sammenhengende behandlingsforløp, også ved øyeblikkelig hjelp og der behandling startes av ambulansetjenesten ved overdoser.
- Det er gode rutiner for samarbeid med kommunen under behandling, ved endt behandling og ved behandlingsavbrudd, samt rutiner for hurtig reinnntak i TSB ved behandlingsavbrudd dersom pasienten ønsker dette.

Mål 2012:

- Det samlede tilbudet innen TSB er styrket.
- Det er etablert behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i samarbeid med kommunene i påvente av oppstart av behandling.
- Andel pasienter som fullfører TSB er økt.
- Økt oppmerksomhet på og kompetanse i behandling av pasienter med skader og avhengighet av anabole androgene steroider.

7 Andre områder

7.1 Psykisk helsevern

Overordnede mål:

- Omstillingen innen psykisk helsevern videreføres. Helse Nord-Trøndelag HF skal fortsatt tilby lavterskel tilgjengelighet på DPS-nivå ved sine sykehus i Namsos og Levanger. Det kreves ikke oppbemanning til døgnerberedskap for akutte innleggelser ved DPS Kolvereid og DPS Stjørdal.
- Pasienter/brukere får et helhetlig tilbud på et nivå som best mulig kan tilrettelegge for mestring og et normalt liv, dvs at tilbudet som hovedregel skal gis på kommune- og DPS-nivå.
- Sykehusene ivaretar oppgaver som bare kan utføres på sykehusnivå, dvs sikkerhetsavdelinger, lukkede akuttavdelinger og enkelte avgrensede spesialfunksjoner.
- Helse Nord-Trøndelag HF må kunne rapportere slik at omfanget av DPS-funksjoner i sykehusene Levanger og Namsos framstår som aktivitet i DPS.
- Psykisk helsevern er i størst mulig grad basert på frivillighet.

Mål 2012:

- Det skal etableres regionale og lokale planer for redusert og riktig bruk av tvang i tråd med nasjonal strategi. Helse Nord-Trøndelag HF skal etablere egen plan innen 1.juni 2012.

Rapportering på etablerte planer i samarbeid med kommunene 2.tertial, rapportering på gjennomførte tiltak i planen i årlig melding.

- Det er lagt til rette for at BUP og DPS kan ha samkonsultasjoner med fastlege, i skolehelsetjenesten, på helsestasjon, med barnevernet mv. også for pasienter som ikke er henvist til spesialisthelsetjenesten. Helse Nord-Trøndelag HF må vurdere i hvor stor grad dagens takstsystem kan anvendes på samkonsultasjoner. Og dernest: i de tilfeller hvor takstsystemet ikke kan benyttes, om det finnes hensiktsmessige måter å registrere omfanget av denne typen aktivitet..
- Opplæring i behandling av tvangslidelser. HMN deltar i planlegging av opplæringstilbudet som iverksettes i 2013 og går i tre faser. Behandlingstilbudet skal lokaliseres på DPS-nivå.
- Kompetansen i ambulansetjenesten dekker både psykiske og somatiske lidelser slik at behov for assistanse fra politiet ved akutte tvangsinnleggelser reduseres.

Styringsparameter:

- Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus.
- Andel (rate?) tvangsinnleggelser, (Antall per 1000 innbyggere i opptaksområdet, fra NPR), **eller** Antall tvangsinnleggelser i opptaksområdet (kontrollkommisjonen)
- Helse Nord-Trøndelag HF skal opprette minst 2 pilotprosjekter med felles konsultasjonsteam for spe- og småbarn sammen med Bufetat og kommuner. Et felles opplæringsprogram og erfaring fra pilotprosjekter skal legge grunnlag for senere etablering av felles konsultasjonsteam for flere aldersgrupper sammen med alle kommuner.

7.2 Habilitering og rehabilitering

Overordnede mål:

- Tilbudene innenfor habilitering og rehabilitering er relevante og tilstrekkelige, dette gjelder også institusjonsbaserte tilbud.
- Tilbudene innenfor habilitering og rehabilitering er helhetlige og koordinerte.

Mål 2012:

- Den medisinskfaglige kompetansen i habiliteringstjenestene er styrket.
- Det er sikret tilstrekkelig kapasitet innen spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester til ulike grupper, og etablert tilbud til pasienter med sansetap.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal ha en gjennomgang av behovet for medisinsk faglig kompetanse i voksenhabilitering og barnehabilitering. Helseforetaket skal gjennomføre tiltak for å få dekket behovet for medisinsk faglig kompetanse sammen med annen tverrfaglig kompetanse.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal ha en gjennomgang av kapasiteten innen habilitering for å sikre kapasitet til å gjennomføre intensive behandlingsperioder der dette er nødvendig og som en del av individuell plan.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal etablere flere felles pasientforløp med kommunene for habiliteringstjenestenes målgrupper.

7.3 Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati

Overordnede mål:

Tilbudet til pasienter med kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME) er adekvat med hensyn til diagnostikk, behandling og rehabilitering.

Mål 2012:

- Det tilbys lærings- og mestringskurs til pasienter med CFS/ME.
- Det er etablert tiltak for å sikre kunnskapsoverføring til kommunehelsetjenesten.

7.4 Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling

Overordnede mål:

- Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling skal få et tilbud av god kvalitet på riktig behandlingsnivå.

Mål 2012:

- HMN vil initiere et prosjekt for å gjennomgå tilbudet til barn og nyfødte som trenger intensivbehandling for å sikre adekvat kompetanse og hensiktsmessig ressursbruk. Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i arbeidet.

7.5 Kjeveleddsdysfunksjon

Overordnede mål:

- Det skal gis et tilstrekkelig tilbud av god kvalitet til pasienter med invalidiserende kjeveleddsdysfunksjon (TMD).

Mål 2012:

- Det er iverksatt tiltak for å styrke tilbudet om utredning og behandling av personer med invalidiserende kjeveleddsdysfunksjon.

7.6 Beredskap og smittevern

Overordnede mål:

- Tilstrekkelig beredskap for å kunne håndtere ulykker og katastrofer.
- Redusert risiko for helsetjenesteassosierte infeksjoner.
- Redusert risiko for utvikling av antibiotikaresistens.
- Innsamlede infeksjonsdata brukes aktivt i forbedringsarbeid, og dette arbeidet er forankret i ledelsen ved det enkelte sykehus/helseforetak.

Mål 2012:

- Beredskapsplanene i Helse Nord-Trøndelag HF er oppdatert og tilpasset med utgangspunkt i erfaringene fra håndteringene av terrorangrepet 22. juli 2011 og andre tidligere hendelser. Dette må sees i sammenheng med lovpålagte avtaleinngåelse, se punkt 6.5.
- Det er fra og med 1. september 2012 iverksatt kontinuerlig registrering av alle de kirurgiske prosedyrene som inngår i NOIS og som utføres på det enkelte sykehus.

7.7 Forebygging

Overordnede mål:

- Bedre ernæringsstatus hos pasienter i ernæringsmessig risiko.
- Oppdatert kunnskap om ulykker som medfører personskader.
- Redusert bruk av tobakk hos pasienter.

Mål 2012:

- Dokumentasjon på ernæringsstatus og oppfølgingsbehov følger med pasienten når han/hun flytter til et annet tjenestenivå eller mellom behandlingssenheter. Aktiv bruk av standardisert dokumentasjon i Doculive gjennomføres.
- Helse Nord-Trøndelag HF rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om skader og ulykker til NPR.
- Helse Nord-Trøndelag HF har etablert tilbud om tobakksavvenning i tråd med faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet.

Styringsparametre:

- Andel sykehus som rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om skader og ulykker til NPR.
- Antall sykehus som har etablert tilbud om tobakksavvenning.

7.8 Opplæring av pasienter og pårørende

Overordnet mål:

- Opplæring av pasienter og pårørende skal bidra til selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Dette innebærer bl.a. at pasienter får kunnskap til å ta beslutninger om egen helse og ferdigheter til å håndtere hverdagen med sykdom og/eller funksjonsnedsettelse.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal påse at pasienter og pårørende som har behov for opplæring får et godt tilbud om dette.
- Lærings- og mestringssentra er en ressurs og støtte for opplæringsarbeidet i de kliniske avdelingene.
- Ny Handlingsplan for Opplæring av pasienter og pårørende blir ferdigstilt i 2012. Helse Nord-Trøndelag HF skal følge opp denne.

Mål 2012

- Integrere opplæring av pasienter og pårørende i utarbeiding og gjennomføring av standardiserte pasientforløp.
- Evaluere opplæringstiltak ved bruk av spørreskjemaet Patient Activation Measure (PAM)
- Styrke forskning innen opplæring av pasienter og pårørende.
- Arrangere kurs i helsepedagogikk for ansatte i spesialisthelsetjenesten og kommuner

7.9 Behandling av sykkelig overvekt

Mål 2012

- Helse Nord-Trøndelag HF skal videreutvikle tverrfaglig overvektspoliklinikk, samhandling med kommunene og standardisert pasientforløp for behandling av sykkelig overvekt.

8 Utdanning av helsepersonell

Overordnede mål:

- Riktig kompetanse, tilstrekkelig helsepersonell, god utvikling og utnyttelse av personellressursene.
- Utdanning, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring som støtter opp under samhandlingsreformen.
- Nødvendig etter- og videreutdanning av helsepersonell i helseforetakene ivaretar kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene.
- Praksis- og turnusordninger bidrar til at helseforetakene framstår som gode og attraktive læringsarenaer og arbeidsplasser.
- Etablerte samarbeidsorganer med utdanningsinstitusjoner er utnyttet på en god og kraftfull måte og i samsvar med utviklingen av tjenestetilbudet.
- Best mulig kvalitet i tilbudet og bærekraftig utvikling mht personell og arbeidskraftbehov i sektoren.
- Implementere et felles gjennomgående system for kompetanseplanlegging og kompetansestyring på kort og lang sikt.

Mål 2012:

- Helse Nord-Trøndelag HF skal i henhold til Strategi 2020 videreutvikle planer og gjennomføre kompetansetiltak innen:
 - Praksisopplæring i samarbeid med universitet-/høyskole-sektor og aktuelle kommuner er ivare tatt og utviklet.
 - Etter- og videreutdanning av helsepersonell i helseforetaket som bidrar til å løse sektorens utfordringer.
 - Dobbelkompetanseutdanning i psykologi er videreført ved at kliniske stillinger er tilgjengelig i helseforetaket i samarbeid med universitetene.
- Foretakene skal bidra til å oppnå målsettingene med overtakelse av ambulansedriften gjennom økt opptak av ambulanselæringer høsten 2012. Ansvar for oppfølging av lærlingene overtas av Ambulanse Midt-Norge HF gjennom virksomhetsoverføring fra 1.1.2013.
 - Helse Nord-Trøndelag HF øker opptaket av ambulanselæringer til 10.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal identifisere, risikovurdere og ev iverksette tiltak mot sårbare fagmiljø; ref. regionale analyser. Det skal være et særskilt fokus på onkologi og patologi.

9 Forskning og innovasjon

9.1 Forskning

Overordnede mål:

- Økt omfang av klinisk pasientrettet forskning og helsetjenesteforskning av høy relevans og kvalitet.
- Alle helseforetak og private institusjoner som har avtale med og mottar hovedtyngden av sin finansiering fra det regionale helseforetaket har egen forskningsaktivitet.
- Økt synliggjøring og bruk av resultater oppnådd gjennom forskning og innovasjon.
- God forskningsinfrastruktur for kliniske multisenterstudier, translasjonsforskning og biobanker.
- Økt nasjonalt og internasjonalt forsknings- og innovasjonssamarbeid.
- Økt norsk deltakelse i det europeiske forskningsområdet, herunder EUs 7. rammeprogram, felles europeiske forskningsprogrammer og europeiske forskningsinfrastrukturtiltak.

Mål 2012:

- Helse Nord-Trøndelag HF har styrket og videreutviklet egen infrastruktur for kliniske multisenterstudier gjennom NorCRIN.
- Helse Nord-Trøndelag HF har styrket egen infrastruktur og forskning på biobanker gjennom deltakelse i Biobank Norge.
- Helse Nord-Trøndelag HF har etablert mer effektive systemer for kvalitetssikring av grunnlagsdata for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene og rapportert i tråd med nye tidsfrister, jf vedlegg 3.
- Helse Nord-Trøndelag HF har utarbeidet rutiner som sikrer at pasienter får informasjon om at humant biologisk materiale i visse tilfeller kan benyttes til forskning og informasjon om retten til å reservere seg.
- Minst 40 % av publikasjonene fra 2012 i Helse Nord-Trøndelag HF har internasjonalt forskningssamarbeid (en eller flere utenlandske medforfattere).
- Minst 20 % av artiklene fra 2012 i Helse Nord-Trøndelag HF er på nivå 2/2a (publisert i tidsskrifter vurdert å ha høy kvalitet og relevans).

9.2 Innovasjon

Overordnede mål:

- Økt forskningsbasert og behovsdrivet innovasjon i helseforetakene.
- Økt implementering av nye produkter, tjenester, diagnostikk- og behandlingsmetoder, organisatoriske prosesser og løsninger som bidrar til økt kvalitet, effektivitet, kostnadseffektivitet, samhandling og mer helhetlige pasientforløp.
- Økt innovasjonsaktivitet gjennom bruk av offentlige innkjøp, før-kommersielle avtaler og prosjekter med leverandørindustrien.

10 Forholdet til Helsedirektoratet

Departementet har i tildelingsbrevet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å bidra til å håndtere sentrale innsatsområder i spesialisthelsetjenesten. Dette kan være innspill som brukes som underlag for departementets politikkutforming eller tiltak som retter seg mot de regionale helseforetakene og underliggende helseforetak.

11 Oppfølging og rapportering

Rapportering på aktivitet

Helseforetaket skal rapportere omfang av antall DRG- poeng i årlig melding og ikke vekst i antall DRG- poeng fra 2011. Veksten i ISF- finansiert aktivitet i 2012 vil kunne avvike fra det som er lagt til grunn i styringsparameteren avhengig av aktivitetsutviklingen i 2. og 3. tertial 2011.

Rapportering på mål 2012

Oppfølging av at tiltak utarbeides og grad av måloppnåelse gjøres gjennom året via egen matrise i virksomhetsportalen.

Pr 1. tertial skal tiltak knyttet til oppgavene være registrert i matrisen og risiko være vurdert og styrebehandlet.

Pr 2. tertial skal en rapportere hvorvidt tiltakene fører til måloppnåelse og ev. hvilke nye tiltak som iverksettes for å sikre måloppnåelse..

Rapportering på styringsparametre

Det fremgår av vedlegg 2 hvilke styringsparametre det skal rapporteres på i 2012 samt rapporteringsfrekvens. Samtlige styringsparametre skal rapporteres i henhold til rapporteringsmal (ØBAK) som vil bli overlevert det regionale helseforetaket i foretaksmøtet i januar 2012 i tillegg til årlig melding. Departementet legger til grunn at Helse Nord-Trøndelag HF bruker de datakilder som er angitt i vedlegg 2 som grunnlag for rapporteringen. For brukererfaringer skal det brukes data fra de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene som publiseres i 2012. Helse Nord-Trøndelag HF skal rapportere de publiserte indikatorene til HMN ved første mulige rapporteringstidspunkt etter at tallene er publisert. Publiseringstidspunktet vil bli gjort kjent for helseforetakene. HMN kan be om ytterligere informasjon dersom det er uklarheter om enkelte styringsparametre.

Særskilt rapportering

Innen fagområder der befolkningen i Helse Nord-Trøndelags opptaksområde har et betydelig høyere forbruk av tjenester enn landsgjennomsnittet (se tabell 1 i vedlegg 4), bes Helse Nord-Trøndelag HF om å redegjøre for mulige årsaker til dette. Redegjøring oversendes Helse Midt-Norge RHF innen 01.10.2012

Rapportering i årlig melding

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan helseforetaket har fulgt opp oppgaver og styringsparametre i styringsdokumentet for 2012. Videre er det i vedlegg 3 angitt rapporteringskrav på spesifiserte områder. Frist for innsendelse av styrets årlige melding er januar 2013.

Helse Nord-Trøndelag HF har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametre meldes Helse Midt-Norge RHF når slike avvik blir kjent.

Vedlegg 1

Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

GRUNNUTDANNING omfatter studier ved videregående skoler, høyskoler og universiteter hvor elevene/lærlingene/studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommunene har ansvar for de videregående skolene og for å sikre den enkeltes rett til slik utdanning. I de fleste fylker er det et opplæringskontor som i samarbeid med praksisarenaene skal sikre læreplasser 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 fastsetter årlige aktivitetskrav for enkelte studier ved utdanningsinstitusjonene (jf Helsemod/ www.ssb.no). Følgende aktivitetskrav er fastsatt for 2012/2013:

Høgskole Universitet	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK	Jord-mor **
	Syke pleie	Radio grafi	Bio ingeniør	Fysio terapi	Ergo terapi	Verne pleie	-sykepleie	
Molde	99					23		
Nord-Trøndelag	211					26		
Sør-Trøndelag	217	34	39	57	48	59	75	21
Ålesund	130		30				39	
	657	34	69	57	48	108	114	21

De fleste ABIOK-utdanningene har ikke årlige opptak, og aktivitetskravene for disse gjelder gjennomsnittlig studiepoengproduksjon. **Audiografutdanningen** ved Høgskolen i Sør-Trøndelag har aktivitetskrav 31.

Høgskolen i Sør-Trøndelag har opptak annet hvert år på jordmorutdanningen. Aktivitetskravet var lik 0 for jordmorutdanningen 2011/2012. For 2012/2013 blir aktivitetskravet lik 21 for Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Behovet for praksisplasser er høyere enn aktivitetskravet fordi utdanningsinstitusjonene som følge av forventet frafall må ta opp et høyere antall personer enn det aktivitetskravet viser. Samarbeidsorganene må komme frem til hvor mange praksisplasser det skal legges til rette for (jf Instruks om de regionale helseforetakenes forhold til universiteter og høyskoler, revidert 20. januar 2004).

Følgende aktivitetskrav er fastsatt for hhv medisin og psykologi ved universitetet:

Universitet	Medisin	Psykologi
NTNU	116	55

TURNUSTJENESTE kompletterer grunnutdanningen og er for noen yrkesgrupper et vilkår for å få autorisasjon. Helsedirektoratet (SAFH) fastsetter hvor mange turnusplasser for leger og fysioterapeuter det skal legges til rette for og formidler dette i brev til hvert av RHFene. Antallet turnusplasser høsten 2011 videreføres i 2012.

FORDELING AV NYE LEGESTILLINGER

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 4-2 kan departementet årlig fastsette antall nye legestillinger og fordele disse på de ulike spesialitetene. Innenfor denne rammetildelingen har de regionale helseforetakene et ansvar for å bidra til at det utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene. 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 framover som en følge av befolkningsutvikling, sykdomsutvikling og organisatoriske endringer i helseforetakene.

For 2012 er fordelingen som følger:

Helse Midt	
Overlegestillinger (overlege/avtalespesialist)	0
Utdanningsstillinger	0
Øremerkede LiS-stillinger (til sideutdanning)	5
Til RHFets disposisjon	25
Midlertidige overlegestillinger	20
SUM	50

Det avsettes 20 øremerkede LiS-stillinger til sideutdanning. De regionale helseforetakene skal avsette disse stillingene til leger i spesialisering innen allmennmedisin, slik at legene får gjennomført det obligatoriske året ved klinisk sykehusavdeling eller poliklinikk. Stillingene kan også benyttes i andre spesialiteter der gjennomføring av tjeneste i annen spesialitet kan være vanskelig.

Helse Midt Norge RHF tildeles 20 midlertidige overlegestillinger i perioden 2012-2016 for å gjennomføre sitt omstillingsprogram. Helse Midt Norge RHF skal i forkant av tildelingen av legestillinger for 2016 redegjøre for hvordan stillingene skal tilbakeføres.

De 12 utdanningsstillinger i geriatri som ble tildelt som ekstra kvote i 2009 skal fortsatt øremerkes samme formål. RHFene anmodes om å prioritere bruk av ledige overlegestillinger til hjemler i geriatri der dette er nødvendig for å oppnå tilstrekkelig utdanningskapasitet.

RHFet skal vurdere omdisponering av ubesatte stillinger, før det tildeles nye stillinger til HFene. For ikke å svekke utdanningskapasiteten i regionen, gjelder dette også for utdanningsstillinger.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (NR) skal på basis av innrapporterte tall fra RHFene ha oversikt over stillingsstrukturen for leger i helseforetakene. RHFene skal på forespørsel innrapportere hvordan fordelte stillinger er benyttet og gi en oversikt over ubesatte og "ikke fordelte" stillinger.

Vedlegg 2 – Styringsparametre

[illegible]

Vedlegg 3 – Rapportering på særskilte områder

Forskning og innovasjon	Datakilde	Kommentar

Vedlegg 4 til styringsdokumentene 2012:

Tabell 1: Forbruksrater dag/døgnopphold og polikliniske konsultasjoner pr HDG pr 1 000 innbyggere i HF-bostedsområdene i Helse Midt-Norge, Helse Midt-Norge totalt og Norge, 2010. For HDG-er med avtalespesialist⁴-og/eller opptreningsinstitusjonsvirksomhet, er egne linjer med ratetall som inkluderer denne virksomheten inkludert i oversikten

HDG	Møre og Romsdal		St. Olavs Hospitals omr		Nord-Trøndelag		Helse Midt-Norge		Norge	
	Dag/døgn	Polikl kons	Dag/døgn	Polikl kons	Dag/døgn	Polikl kons	Dag/døgn	Polikl kons	Dag/døgn	Polikl kons
1 Sykdom i nervesystem	20	70	17	80	19	66	19	74	19	61
<i>Inkl avtalespesialistkonsult</i>		70		82		116		84		66
2 Øyesykdom	13	71	9	46	15	66	12	59	9	50
<i>Inkl avtalespesialistkonsult</i>		105		108		270		139		151
3 Øre/nese/halssykdommer	18	136	12	51	14	39	14	80	12	71
<i>Inkl avtalespesialistkonsult</i>		157		78		76		107		131
4 Sykdom i åndedretsorgan	14	25	13	19	15	28	14	23	15	25
5 Sykdom i sirkulasjonsorgan	28	60	24	49	26	51	26	53	29	60
6 Sykdom i fordøyelsesorgan	23	62	19	66	22	60	21	63	20	56
7 Sykdom i lever, galle, bukspyttkjertel	5	7	5	8	5	6	5	7	5	7
8 Sykdom i skjelett/muskelsystem/bindevev	43	190	37	179	42	188	40	185	36	157
9 Sykdom i hud og underhud	6	136	7	79	6	45	6	93	6	84
<i>Inkl avtalespesialistkonsult</i>		137		162		227		165		148
10 Indresekretoriske, ernærings- og stoffskiftesykd	5	49	4	33	6	43	5	41	4	38
11 Nyre- og urinveissykdom	44	37	39	35	46	33	42	36	38	33
12 Sykdom i mannlige kjønnsorganer	4	21	4	18	5	13	4	18	4	16
13 Sykdom i kvinnelige kjønnsorganer	7	29	6	28	7	34	7	30	7	30
<i>Inkl avtalespesialistkonsult</i>		65		52		36		54		70
14 Sykdom under svangerskap, fødsel og barsel	16	56	16	79	16	59	16	67	17	62
15 Nyfødt m/tilst. i perinatalperioden	12	6	14	9	12	2	13	7	13	7
16 Sykdom i blod, bloddannende org og immunapp.	3	9	2	6	2	5	2	7	2	7

⁴ For avtalespesialistvirksomheten foreligger ikke tall for 2010, derfor har tall for 2009 blitt lagt til grunn. Det gjøres oppmerksom på at kun 80 % av avtalespesialistene i Helse Midt-Norge rapporterte tall til Norsk pasientregister (NPR) for 2009 og på landsbasis rapporterte 78 % av avtalespesialistene sin aktivitet. Vi har ikke hatt grunnlag for å gjøre estimeringer for den andelen av aktiviteten som ikke er rapportert til NPR. Av de rapporterte konsultasjonene for avtalespesialister i Helse Midt-Norge i 2009 er det ca 80 % som kan tilordnes HDG-gruppene. Fagområdene som ikke kan tilordnes særskilt HDG er anestesi, barn, indremedisin, kirurgi, revmatologi og øye.

HDG	Møre og Romsdal		St. Olavs Hospitals omr		Nord-Trøndelag		Helse Midt-Norge		Norge	
	Dag/døgn	Polikl kons	Dag/døgn	Polikl kons	Dag/døgn	Polikl kons	Dag/døgn	Polikl kons	Dag/døgn	Polikl kons
17 Myeloproliferative sykdommer og lite diff. Svulster	4	87	3	69	4	62	3	74	4	71
18 Infeksiøse og parasittære sykdommer	4	3	3	3	4	4	3	3	4	4
19 Psykiske lidelser og rusproblemer	3	7	2	7	3	9	2	7	3	7
21 Skade, forgiftning etc.	4	6	3	5	4	7	4	6	4	5
22 Forbrenninger	0,24	0,44	0,21	0,46	0,29	0,69	0,24	0,50	0,28	0,62
23 Faktorer som påvirker helsetilst - annen kont. m/helsetj	7	88	5	196	5	99	5	137	8	109
<i>Inkl opptreningsinst</i>	<i>13</i>		<i>10</i>		<i>13</i>		<i>12</i>		<i>15</i>	
24 Signifikant multitraume	0,39		0,22		0,25		0,29		0,20	
30 Sykdommer i bryst	2	15	2	13	2	9	2	13	2	12

Tabell 2: HFenes andel av dag/døgnopphold og polikliniske konsultasjoner pr HF-bostedsområde og HDG, 2010

HDG	Andel produsert ved HF	HF-bostedsområde		
		Møre og Romsdal	St. Olavs Hospitals omr	Nord-Trøndelag
1 Sykdom i nervesystem, dag/døgn	Møre og Romsdal HF	78 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	12 %	89 %	19 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	1 %	72 %
	Andre	10 %	10 %	9 %
1 Sykdom i nervesystem, polikliniske konsultasjoner	Møre og Romsdal HF	91 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	7 %	96 %	17 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	39 %
	Avtalespesialister	0 %	2 %	43 %
	Andre	2 %	1 %	1 %
2 Øyesykdom, dag/døgn	Møre og Romsdal HF	78 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	9 %	89 %	30 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	64 %
	Andre	12 %	10 %	5 %
2 Øyesykdom, polikliniske konsultasjoner	Møre og Romsdal HF	64 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	3 %	42 %	6 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	18 %
	Avtalespesialister	32 %	57 %	76 %
	Andre	2 %	1 %	0 %
3 Øre/nese/halssykdommer, dag/døgn	Møre og Romsdal HF	84 %	1 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	6 %	62 %	21 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	61 %
	Avtalespesialister	10 %	37 %	18 %
3 Øre/nese/halssykdommer, polikliniske konsultasjoner	Møre og Romsdal HF	84 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	2 %	63 %	14 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	36 %
	Avtalespesialister	14 %	35 %	48 %
	Andre	1 %	2 %	1 %
4 Sykdom i åndedretsorgan, dag/døgn	Møre og Romsdal HF	87 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	5 %	94 %	10 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	87 %
	Andre	8 %	5 %	3 %
4 Sykdom i åndedretsorgan, polikliniske konsultasjoner	Møre og Romsdal HF	93 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	5 %	98 %	11 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	88 %
	Andre	2 %	1 %	1 %
5 Sykdom i sirkulasjonsorgan, dag/døgn	Møre og Romsdal HF	77 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	18 %	90 %	23 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	72 %
	Andre	5 %	9 %	5 %
5 Sykdom i sirkulasjonsorgan, polikliniske konsultasjoner	Møre og Romsdal HF	90 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	9 %	98 %	18 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	80 %
	Andre	2 %	2 %	2 %
6 Sykdom i fordøyelsesorgan, dag/døgn	Møre og Romsdal HF	89 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	8 %	94 %	9 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	1 %	87 %
	Andre	3 %	5 %	3 %
6 Sykdom i fordøyelsesorgan, polikliniske konsultasjoner	Møre og Romsdal HF	91 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	7 %	98 %	13 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	86 %
	Andre	2 %	2 %	1 %

7 Sykdom i lever, galle, bukspyttkjertel, dag/døgn	Møre og Romsdal HF	83 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	9 %	93 %	14 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	1 %	82 %
	Andre	7 %	6 %	3 %
7 Sykdom i lever, galle, bukspyttkjertel, polikliniske konsultasjoner	Møre og Romsdal HF	90 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	9 %	97 %	19 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	78 %
	Andre	2 %	3 %	4 %
8 Sykdom i skjelett/muskelsystem/bindevev, dag/døgn	Møre og Romsdal HF	77 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	6 %	77 %	10 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	74 %
	Andre	17 %	22 %	16 %
8 Sykdom i skjelett/muskelsystem/bindevev, polikliniske konsultasjoner	Møre og Romsdal HF	92 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	5 %	97 %	12 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	86 %
	Andre	3 %	3 %	2 %
9 Sykdom i hud og underhud, dag/døgn	Møre og Romsdal HF	83 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	9 %	69 %	16 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	75 %
	Andre	8 %	30 %	9 %
9 Sykdom i hud og underhud, polikliniske konsultasjoner	Møre og Romsdal HF	94 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	2 %	47 %	3 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	15 %
	Avtalespesialister	1 %	51 %	80 %
	Andre	3 %	2 %	1 %
10 Indresekretoriske, ernærings- og stoffskiftesykd, dag/døgn	Møre og Romsdal HF	77 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	12 %	86 %	13 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	74 %
	Andre	11 %	14 %	13 %
10 Indresekretoriske, ernærings- og stoffskiftesykd, polikliniske konsultasjoner	Møre og Romsdal HF	95 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	3 %	98 %	12 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	87 %
	Andre	2 %	1 %	1 %
11 Nyre- og urinveissykdom, dag/døgn	Møre og Romsdal HF	94 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	4 %	97 %	4 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	94 %
	Andre	3 %	3 %	2 %
11 Nyre- og urinveissykdom, polikliniske konsultasjoner	Møre og Romsdal HF	92 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	5 %	95 %	12 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	82 %
	Andre	3 %	4 %	5 %
12 Sykdom i mannlige kjønnsorganer, dag/døgn	Møre og Romsdal HF	73 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	19 %	91 %	20 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	3 %	74 %
	Andre	8 %	6 %	6 %
12 Sykdom i mannlige kjønnsorganer, polikliniske konsultasjoner	Møre og Romsdal HF	86 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	9 %	98 %	35 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	64 %
	Andre	4 %	2 %	1 %
13 Sykdom i kvinnelige kjønnsorganer, dag/døgn	Møre og Romsdal HF	36 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	15 %	98 %	24 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	30 %
	Andre	49 %	2 %	46 %
13 Sykdom i kvinnelige kjønnsorganer, polikliniske konsultasjoner	Møre og Romsdal HF	37 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	6 %	53 %	18 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	74 %

	Avtalespesialister	55 %	45 %	7 %
	Andre	2 %	1 %	1 %
14 Sykdom under svangerskap, fødsel og barsel, dag/døgn	Møre og Romsdal HF	95 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	3 %	98 %	10 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	89 %
	Andre	1 %	1 %	1 %
14 Sykdom under svangerskap, fødsel og barsel, polikliniske konsultasjoner	Møre og Romsdal HF	94 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	5 %	98 %	17 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	82 %
	Andre	2 %	2 %	1 %
15 Nyfødt m/tilst. i perinatalperioden, dag/døgn	Møre og Romsdal HF	96 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	3 %	99 %	10 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	89 %
	Andre	1 %	1 %	0 %
15 Nyfødt m/tilst. i perinatalperioden, polikliniske konsultasjoner	Møre og Romsdal HF	98 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	1 %	100 %	35 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	65 %
	Andre	0 %	0 %	0 %
16 Sykdom i blod, bloddannende org og immunapp., dag/døgn	Møre og Romsdal HF	92 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	5 %	94 %	9 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	83 %
	Andre	4 %	6 %	8 %
16 Sykdom i blod, bloddannende org og immunapp., polikliniske konsultasjoner	Møre og Romsdal HF	95 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	2 %	96 %	16 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	1 %	79 %
	Andre	3 %	3 %	6 %
17 Myeloproliferative sykdommer og lite diff. svulster, dag/døgn	Møre og Romsdal HF	61 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	35 %	96 %	54 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	42 %
	Andre	4 %	4 %	4 %
17 Myeloproliferative sykdommer og lite diff. svulster, polikliniske konsultasjoner	Møre og Romsdal HF	84 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	13 %	98 %	62 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	37 %
	Andre	2 %	1 %	1 %
18 Infeksiøse og parasittære sykdommer, dag/døgn	Møre og Romsdal HF	92 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	6 %	96 %	8 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	90 %
	Andre	2 %	4 %	1 %
18 Infeksiøse og parasittære sykdommer, polikliniske konsultasjoner	Møre og Romsdal HF	89 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	7 %	98 %	26 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	72 %
	Andre	4 %	2 %	2 %
19 Psykiske lidelser og rusproblemer, dag/døgn	Møre og Romsdal HF	90 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	4 %	91 %	6 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	1 %	92 %
	Andre	5 %	8 %	1 %
19 Psykiske lidelser og rusproblemer, polikliniske konsultasjoner	Møre og Romsdal HF	93 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	3 %	96 %	7 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	1 %	92 %
	Andre	4 %	3 %	1 %
21 Skade, forgiftning etc., dag/døgn	Møre og Romsdal HF	82 %	1 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	10 %	90 %	17 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	1 %	78 %
	Andre	8 %	9 %	5 %
21 Skade, forgiftning etc., polikliniske konsultasjoner	Møre og Romsdal HF	88 %	1 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	8 %	94 %	14 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	82 %

	Andre	4 %	4 %	3 %
22 Forbrenninger, dag/døgn	Møre og Romsdal HF	87 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	0 %	92 %	18 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	2 %	79 %
	Andre	13 %	6 %	3 %
22 Forbrenninger, polikliniske konsultasjoner	Møre og Romsdal HF	87 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	5 %	99 %	10 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	1 %	87 %
	Andre	7 %	1 %	3 %
23 Faktorer som påvirker helsetilst - annen kont. m/helsetj, dag/døgn	Møre og Romsdal HF	40 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	5 %	37 %	7 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	23 %
	Opptreningsinst.	50 %	56 %	64 %
	Andre	5 %	6 %	6 %
23 Faktorer som påvirker helsetilst - annen kont. m/helsetj, polikliniske konsultasjoner	Møre og Romsdal HF	88 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	7 %	72 %	16 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	79 %
	Andre	5 %	28 %	5 %
24 Signifikant multitraume, dag/døgn	Møre og Romsdal HF	84 %	3 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	13 %	94 %	39 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	61 %
	Andre	3 %	3 %	0 %
30 Sykdommer i bryst, dag/døgn	Møre og Romsdal HF	80 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	6 %	82 %	28 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	62 %
	Andre	14 %	17 %	10 %
30 Sykdommer i bryst, polikliniske konsultasjoner	Møre og Romsdal HF	95 %	0 %	0 %
	St. Olavs Hospital HF	4 %	99 %	48 %
	Nord-Trøndelag HF	0 %	0 %	51 %
	Andre	1 %	1 %	1 %

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 09/2012 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	16.02.12	09/2012

Saksbeh: Marit Røvik Skjerve

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2012/156

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:

Sak 09/2012 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 09.02.12
2. Protokoll fra møte i Samarbeidsutvalget 02.02.12
3. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 14.02.12
4. Driftsrapport for januar 2012
5. Status for samhandlingsreformen
6. Andre orienteringer

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 09.02.2012 kl.09.30– kl. 15.00
Møtested: Selbusjøen Hotell og Gjestegård
Arkivsaksnr.: 2011/600

Møtende medlemmer:

Marthe Styve Holte
Kåre Gjønnnes
Vigdis Harsvik
Ottar B. Guttelvik
Tore Kristiansen
Gunn Iversen Stokke
Trond Prytz
Kjersti Tommelstad
Eva Vinje Aurdal
Tore Brudeseth
Nils Håvard Dahl
Björg Henriksen
John Olav Berdahl (vara)

Forfall:

Ellen Marie Wøhni

Regionalt brukerutvalg:

Snorre Ness
Arthur Mandahl

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Gunnar Bovim
Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)
Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås
Direktør for helsefag, forskning og utdanning Nils Hermann Eriksson
Direktør for eierstyring Torbjørgh Vanvik
Direktør for samhandling Daniel Haga
Økonomidirektør Anne Marie Barane
HR direktør Sveinung Aune
Direktør for Stab og prosjektstyring Bård Helge Hofstad (under sak 09/12)
Kst.direktør for Stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 02.02.12. Sakspapirer, med unntak av vedlegg 6 til sak 06/12 ble lagt ut i styreadministrasjonen samme dag. Vedlegg 6 til sak 06/12 ble lagt ut 03.02.12

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 06.02.12
- Oppdragsdokument Helse Midt-Norge RHF 2012
- Intensjonsavtale mellom Helse Vest og Helse Midt-Norge
- Sak 06/12 Drøftingsprotokoll
- Sak 08/12 Drøftingsprotokoll
- Sak 09/12 Drøftingsprotokoll
- Sak 13/12 Eventuelt – Oppnevning av ny nestleder i Ambulanse Midt-Norge HF

Det var seminar for styret ved Selbusjøen Hotell og Gjestegård dagen før styremøtet.

I forkant av styremøtet ga administrasjonen en gjennomgang av eiers samlede styringsbudskap, med spesiell vekt på Oppdragsdokument Helse Midt-Norge RHF 2012.

Styreleder Marthe Styve Holte ønsket velkommen.

Det var følgende kommentarer til innkalling og sakliste.:

- Sak 07/12 Helse Nord-Trøndelag – sykehuset Levanger – Sammenslåing av hjerterovervåking og intensiv ble trukket. Dette med bakgrunn i at endelig rapport usikkerhetsanalyse viser at kostnad vil komme under 30 mill, som er rammen for at saken behandles ved eget HF..
- Sak under eventuelt - Oppnevning av ny nestleder i Ambulanse Midt-Norge HF.

Møteinnkalling og agenda ble godkjent

Sak 03/12 Referatsaker

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 06.02.12
- Brev fra Trondheim kommune vedr PET skanner St. Olavs Hospital
- Brev fra Møre og Romsdal fylkeskommune uttalelse vedr. Neonatalavd. Ålesund sjukehus sak T 113/11
- Brev fra Møre og Romsdal fylkeskommune uttalelse vedr. Neonatalavd. Ålesund sjukehus sak T 114/11

Sak 04/12 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 31.12.2011

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar statusrapporten til etterretning.
2. Styret er tilfreds med den rapporterte utviklingen for aktivitet, ventetid, fristbrudd og kvalitet, men ber adm. dir om fortsatt å følge dette opp slik at målene blir realisert i 2012.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar statusrapporten til etterretning.
2. Styret er tilfreds med den rapporterte utviklingen for aktivitet, ventetid, fristbrudd og kvalitet, men ber adm. dir om fortsatt å følge dette opp slik at målene blir realisert i 2012.

Sak 05/12 Oppfølging av Oppdragsdokument 2012 og foretaksprotokoll

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge for 2012 til etterretning.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar til etterretning administrerende direktørs redegjørelse om hvordan det regionale helseforetaket har tilrettelagt for ivaretagelse og oppfølging av styringskravene fra Helse- og omsorgsdepartementet som er formidlet gjennom oppdragsdokumentet og protokoll fra foretaksmøtet.
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om en risikovurdering i tilknytning til tertialrapporteringen 2.tertial.
4. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om å få seg forelagt en kortfattet rapport som viser det regionale helseforetakets oppfølging av departementets styringskrav, samt underliggende helseforetaks oppfølging av styringskrav gitt i styringsdokument og protokoll fra foretaksmøtet i tilknytning til tertialrapporteringen 2.tertial.
5. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om at det rettes særskilt fokus på å nå målene innen de områdene som vurderes å ha størst risiko og konsekvens.

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 fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge for 2012 til etterretning.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar til etterretning administrerende direktørs redegjørelse om hvordan det regionale helseforetaket har tilrettelagt for ivaretagelse og oppfølging av styringskravene fra Helse- og omsorgsdepartementet som er formidlet gjennom oppdragsdokumentet og protokoll fra foretaksmøtet.
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om en risikovurdering i tilknytning til tertialrapporteringen 2.tertial.

4. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om å få seg forelagt en kortfattet rapport som viser det regionale helseforetakets oppfølging av departementets styringskrav, samt underliggende helseforetaks oppfølging av styringskrav gitt i styringsdokument og protokoll fra foretaksmøtet i tilknytning til tertialrapporteringen 2.tertial.

5. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om at det rettes særskilt fokus på å nå målene innen de områdene som vurderes å ha størst risiko og konsekvens.

Sak 6/12 Styringsdokumenter og foretaksprotokoller til helseforetakene i Midt-Norge i 2012

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner styringsdokument for Helse Møre og Romsdal HF for 2012 i henhold til vedlegg 1.
2. Styret godkjenner styringsdokument for St. Olavs Hospital HF for 2012 i henhold til vedlegg 2.
3. Styret godkjenner styringsdokument for Helse Nord-Trøndelag HF for 2012 i henhold til vedlegg 3.
4. Styret godkjenner styringsdokument for Rusbehandling Midt-Norge HF for 2012 i henhold til vedlegg 4.
5. Styret godkjenner styringsdokument for Sykehusapotekene i Midt-Norge HF for 2012 i henhold til vedlegg 5.
6. Styret godkjenner Masterdokument til foretaksprotokoll til helseforetakene i Helse Midt-Norge og ber styreleder gjennomføre foretaksmøter i henhold til denne.
7. Styreleder gis anledning til å foreta mindre korreksjoner i styringsdokumentene og utarbeide endelige foretaksmøteprotokoller til foretakene med basis i masterdokument.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner styringsdokument for Helse Møre og Romsdal HF for 2012 i henhold til vedlegg 1.
2. Styret godkjenner styringsdokument for St. Olavs Hospital HF for 2012 i henhold til vedlegg 2.
3. Styret godkjenner styringsdokument for Helse Nord-Trøndelag HF for 2012 i henhold til vedlegg 3.

4. Styret godkjenner styringsdokument for Rusbehandling Midt-Norge HF for 2012 i henhold til vedlegg 4.
5. Styret godkjenner styringsdokument for Sykehusapotekene i Midt-Norge HF for 2012 i henhold til vedlegg 5.
6. Styret godkjenner Masterdokument til foretaksprotokoll til helseforetakene i Helse Midt-Norge og ber styreleder gjennomføre foretaksmøter i henhold til denne.
7. Styreleder gis anledning til å foreta mindre korreksjoner i styringsdokumentene og utarbeide endelige foretaksmøteprotokoller til foretakene med basis i masterdokument.

Sak 07/12 Helse Nord Trøndelag - sykehuset Levanger - Sammenslåing av hjerteovervåking og intensiv

Saken ble trukket med bakgrunn i at den vil komme under 30 mill som er rammen for at saken behandles ved eget HF.

Sak 08/12 Resultat- og investeringsbudsjett 2012

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar et konsolidert budsjett for Helse Midt-Norge med et resultat på 275 mill kr i overskudd
2. Styret vedtar et investeringsbudsjett for foretaksgruppen i 2012 i henhold til tabell:

Planlagte investeringer	2012
Nye St Olavs Hospital	381 000
Bygg (inkl salg HMR) / HMS	113 900
IKT	221 000
MTU	145 700
Ombygging av prod.lokalene Sykehusapotekene	17 000
Annet	10 300
EK-innskudd KLP	40 500
Oppgradering Ålesund Sjukehus	13 000
Tiltak ved Molde Sjukehus	62 900
Hjerteintensiv HNT	30 000
Helikopterlandingsplasser	10 000
Prehospitaltjenester	112 000
Sum investeringsplaner	1 157 300

3. Det settes av 47 mill kr til større og foretaksovergripende investeringer i medisinteknisk utstyr (MTU). Styret gir administrerende direktør fullmakt til å fordele midlene
4. Styret i Helse Midt-Norge gir administrerende direktør fullmakt til å fordele investeringsmidler til ENØK-tiltak
5. Administrerende direktør gis fullmakt til å foreta mindre endringer i investeringsbudsjett 2012

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar et konsolidert budsjett for Helse Midt-Norge med et resultat på 275 mill kr i overskudd
2. Styret vedtar et investeringsbudsjett for foretaksgruppen i 2012 i henhold til tabell:

Planlagte investeringer	2012
Nye St Olavs Hospital	381 000
Bygg (inkl salg HMR) / HMS	113 900
IKT	221 000
MTU	145 700
Ombygging av prod.lokaler Sykehusapotekene	17 000
Annet	10 300
EK-innskudd KLP	40 500
Oppgradering Ålesund Sjukehus	13 000
Tiltak ved Molde Sjukehus	62 900
Hjerteintensiv HNT	30 000
Helikopterlandingsplasser	10 000
Prehospitaltjenester	112 000
Sum investeringsplaner	1 157 300

3. Det settes av 47 mill kr til større og foretaksovergripende investeringer i medisinteknisk utstyr (MTU). Styret gir administrerende direktør fullmakt til å fordele midlene
4. Styret i Helse Midt-Norge gir administrerende direktør fullmakt til å fordele investeringsmidler til ENØK-tiltak
5. Administrerende direktør gis fullmakt til å foreta mindre endringer i investeringsbudsjett 2012

Sak 09/12 Fellestjenester i Helse Midt – Norge

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF slutter seg til de overordnede vurderinger i rapporten ”Forprosjekt Fellestjenester Helse Midt-Norge”
2. Styret ber administrerende direktør utarbeide en plan for det videre arbeidet.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF slutter seg til de overordnede vurderinger i rapporten ”Forprosjekt Fellestjenester Helse Midt-Norge”

2. Styret ber administrerende direktør utarbeide en plan for det videre arbeidet.

Sak 10/12 Oppnevning av valgkomite - Nye HF styrer

Forslag til vedtak:

Styret oppnevner følgende personer til valgkomiteen for innstilling av kandidater til helseforetakenes styrer:

-, leder

-

-

Adm dir Gunnar Bovim er valgkomiteenes sekretær.

Protokoll

Det ble fremmet følgende forslag til valgkomite i møtet:

Marthe Styve Holte, leder

Tore Kristiansen

Eva Vinje Aurdal

Ellen Marie Wøhni

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret oppnevner følgende personer til valgkomiteen for innstilling av kandidater til helseforetakenes styrer:

Marthe Styve Holte, leder

Tore Kristiansen

Eva Vinje Aurdal

Ellen Marie Wøhni

Adm dir Gunnar Bovim er valgkomiteenes sekretær.

Sak 11/12 Oppnevning av revisjonskomite

Forslag til vedtak:

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

1. Leder av komiteen

2. Nestleder av komiteen

3. Medlem

Protokoll

Det ble fremmet følgende forslag til revisjonskomite i møtet:

1. Kåre Gjønnnes, leder av komiteen

2. Vigdis Harsvik, nestleder av komiteen

3. Tore Brudeseth, medlem

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

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

1. Kåre Gjønnnes, leder av komiteen
2. Vigdis Harsvik, nestleder av komiteen
3. Tore Brudeseth, medlem

Sak 12/12 Orienteringssaker

Forslag til vedtak:

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

I styremøte 09.02.2012 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Intensjonsavtale mellom Helse Vest og Helse Midt-Norge
- Medieanalyse

Vedtak

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

Sak 13/12 Eventuelt (behandlet før sak 12/12)

Administrasjonen la fram en sak vedr. Oppnevning av ny nestleder i Ambulanse Midt-Norge HF

Forslag til vedtak:

1. Styret tar styreleders redegjørelse om endring av styresammensetning i Ambulanse Midt-Norge HF til orientering.
2. Styreleder gis anledning til å avholde foretaksmøte for å oppnevne nytt styremedlem.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret tar styreleders redegjørelse om endring av styresammensetning i Ambulanse Midt-Norge HF til orientering.
2. Styreleder gis anledning til å avholde foretaksmøte for å oppnevne nytt styremedlem.

Sak 14/11 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoll fra styremøte ble godkjent og signert.

Selbu, 09.02.2012

Marthe Styve Holte

Kåre Gjønnnes

Vigdís Harsvik

Ottar B. Guttelvik

Tore Kristiansen

Gunn Iversen Stokke

Trond Prytz

Kjersti Tommelstad

Eva Vinje Aurdal

Nils Håvard Dahl

Tore Brudeseth

Ellen Wøbni

Björg Henriksen

SAMARBEIDSUTVALGET

HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 2.2.12 kl. 10.00 – 12.00
Møtested: Fylkets Hus, Steinkjer
Saksnr.: 1/2012 - 6/2012
Arkivsaksnr: 2012/323

Møteleder: Hege Sørle

Møtende medlemmer:

Hege Sørle, rådmann Namsos
Arne Flaata, administrerende direktør
Arne Ketil Auran, rådmann Frosta
Laila Steinmo, samhandlingskoordinator KS
Marit Voll Skrove, styreleder KS
Åshild Nymo, leder Namdal Rehabilitering IKS
Hilde Ranheim, klinikkleder

Forfall:

Torgeir Schmidt-Melbye
John Ivar Toft
Øystein Sende
Paul Georg Skogen
Torgeir Skevik

Møtende varamedlem:

Wenche P. Dehli
Bente Kne Haugdahl

Fra administrasjonen i Helse Nord-Trøndelag HF møtte:

Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås
Rådgiver Marit Røvik Skjerve (referent)

Ellers møtte: Øystein Bjørnes, leder Brukerutvalget

Merknader til innkalling og sakliste:

Ingen merknader til innkalling og sakliste.

Innkalling utsendt pr. e-post 25.01.12

Saksframlegg publisert på internettløsningen for styreadministrasjon.

SAMARBEIDSUTVALGET

HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG

MØTEPROTOKOLL

Sak 01/2012 Godkjenning av protokoll fra møte 08.12.11

Protokoll:

Hege Sørli viste til protokollen.

Vedtak:

Protokollen godkjennes.

Sak 02/2012 Orienteringer fra leder i samarbeidsutvalget og adm. dir. HNT

Protokoll:

Leder i Samarbeidsutvalget Hege Sørli orienterte om:

- At omforent samhandlingsavtale og tjenesteavtale 1, 3/5 og 11 mellom Helse Nord-Trøndelag og kommunene pr. dato er ferdig behandlet i alle kommunestyre.
- Prosessen med utvelgelse av nytt samarbeidsutvalg (ASU). Kommunene har frist til 20. februar med å melde forslag til medlemmer til KS.
- Styreleder i KS, Marit Voll Skrove, gikk nærmere inn på prosessen med oppnevning av politisk samarbeidsutvalg, og opplyste at styret i KS behandler saken i møte 21. februar.
- Rådmann i Frosta, Arne Ketil Auran informerte om igangsatt IKT-prosjekt Meldingsutveksling i Nord-Trøndelag (MUNT), bestående av representanter fra kommunene og Helse Nord-Trøndelag v/IT-sjef Helge Gundersen.

Administrerende direktør Arne Flaatt orienterte om:

- Helse Nord-Trøndelags krav om reduksjon av total ventetid ned mot 65 dager. Helse-Nord-Trøndelag er eneste foretaket i HMN-regionen som har nådd dette målet.
- Helse Nord-Trøndelags meget gode driftsresultat for 2011
- Prosjektoppdrag fra Helse Midt-Norge – Videre oppfølging av funksjonsfordeling mellom St. Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag

Vedtak:

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering

Sak 03/2012 Gjennomgang av avtaler som er ferdigforhandlet

Protokoll:

Samhandlingssjef Kari B. Totsås orienterte generelt om forhandlingsprosessen med utarbeidelse av nye avtaler i forbindelse med ny Samhandlingsreform.

Følgende avtaler er inngått:

SAMARBEIDSUTVALGET

HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG

MØTEPROTOKOLL

- Samarbeidsavtale mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag
- Tjenesteavtale 1
Enighet mellom kommunen og Helse Nord-Trøndelag HF om partenes ansvar for helse og omsorgsoppgaver og tiltak partene skal utføre
- Tjenesteavtale 3 og 5
Tjenesteavtale om innleggelse i sykehus og om samarbeid om utskrivningsklare pasienter som antas å ha behov for kommunale tjenester
- Tjenesteavtale 11
Samarbeid om omforente beredskapsplaner og planer for den akuttmedisinske kjede

Samhandlingsavtalens pkt 5 som inneholder 11 minimumskrav til hva avtaler mellom partene skal inneholde, ble spesielt gjennomgått. Fire av kravene er oppfylt i tjenesteavtalene 1, 3-5 og 11.

Orientering ble gitt om fremdrift av prosessen med underskrift av avtalene mellom Helse Nord-Trøndelag og kommunene.

Helse Nord-Trøndelag oversender ett eksemplar av alle underskrevne avtaler til Helsedirektoratet med kopi til Helse Midt-Norge.

Vedtak:

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering.

Sak 04/2012 Nytt ASU - Status fremdrift

Protokoll:

Marit Voll Skrove orienterte om at nye medlemmer til ASU fra KS v/kommunene oppnevnes i KS-styremøte 21. februar. KS-styret oppnevner i tillegg ny leder for ASU, i tråd med inngått avtale.

Vedtak:

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering og henstiller til at nytt ASU planlegger gjennomført første møte i uke 12. Nyoppnevnt leder tar ansvar for å kalle inn til møtet.

Sak 05/2012 Nye avtaler Status og fremdrift

Protokoll:

Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås informerte om evaluering av forhandlingsprosessen.

Forhandlingsutvalget skal fram til 1.7.12 forhandle fram 7 nye tjenesteavtaler. I tillegg til disse har utvalget besluttet å forhandle fram en tjenesteavtale vedrørende kvalitet/avvik.

SAMARBEIDSUTVALGET

HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG

MØTEPROTOKOLL

Forhandlingsutvalget starter arbeidet med nye avtaler 14.2.12. De nye tjenesteavtalene vil tre i kraft 1.7.12.

Vedtak:

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering.

Sak 06/2012 Eventuelt

Protokoll:

Ingen punkter.

Adm. direktør og leder i Samarbeidsutvalget takket av nåværende Samarbeidsutvalg og ønsket nytt Administrativt Samarbeidsutvalg (ASU) lykke til med arbeidet.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 14.02 2012 kl. 11.00 - 12.30
Møtested: Quality Hotel Grand Steinkjer
Saksnr.: 01/2012 – 06/2012
Arkivsaksnr: 2012/573

Møteleder: Øystein Bjørnes

Møtende medlemmer:

Øystein Bjørnes
Hildur Fallmyr
Hilde Tyldum Stordahl
Lillian Svedjan Blæstervold
Grete Aspaas
Ole Flakken
Ola Larsen

Forfall:

Ingen

Fra administrasjonen:

Ingen

Merknad til møte og sakliste:

Ingen merknader

Sak 01/2012 Godkjenning av protokoll fra møte 08.12.11

Protokoll

Øystein Bjørnes viste til protokollen.

Vedtak

Protokoll fra møte 18.12 2012 godkjennes.

**Sak 02/2012 Mandat for og sammensetning av Brukerutvalget i Helse
Nord-Trøndelag**

Protokoll

Øystein Bjørnes viste til saksutredningen.

Brukerutvalget ber om nærmere orientering knyttet til retningslinjer for refusjon for reiser mv.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering

Sak 03/2012 Konstituering av utvalget – valg av leder og nestleder

Protokoll

Øystein Bjørnes viste til saksutredningen.

Vedtak

Brukerutvalget velger Øystein Bjørnes som leder av Brukerutvalget.
Hildur Fallmyr velges som nestleder i Brukerutvalget.

Sak 04/2012 Oppnevning av brukerrepresentanter i utvalg/råd

Protokoll

Øystein Bjørnes viste til søknadene i saksframstillingen.

Vedtak

Brukerutvalget velger følgende brukerrepresentanter:

- | | |
|---|-----------------------|
| - Prosjekt - Fremming av helse for kropp og sinn | Ola Larsen |
| - Prosjekt pasientforløp - hoftefracturer/brudd – revidert søknad | Ole Flakken |
| - Helse Nord-Trøndelags forskningsfond | Hilde Tyldum Stordahl |

For prosjekt knyttet til overvekt tar Brukerutvalget kontakt med FFO for forslag på brukerrepresentant, og melder inn til administrasjonen når dette er klart.

Sak 05/2012 Møter i 2012

Protokoll

Øystein Bjørnes gjennomgikk administrasjonens saksframlegg med alternative møteopplegg. Brukerutvalget ber administrerende direktør utrede muligheten for brukerutvalgsmøter i forkant av styremøtene, på samme dag. Dette innebærer korte utvalgsmøter, men suppleres med 1-2 temamøter årlig.

Aktuelle tema for Brukerutvalget er:

- Kvalitetsutvalget
- Pasient og brukerombudet

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

- Apotekenes brukerutvalg
- Pasientrettighetsloven
- Samhandlingsarbeidet HNT – kommunene.

Vedtak

Brukerutvalget avventer tilbakemelding fra administrerende direktør før møteplan 2012 vedtas.

Sak 06/2012 Eventuelt

Protokoll

- Hildur Fallmyr tok opp spørsmålet om Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag kan påvirke strukturen på brukermedvirkning i kommunene.

Vedtak

Hildur Fallmyr og Øystein Bjørnes lager brev til KS som refereres i neste Brukerutvalgsmøte.

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

Tabell nr 1: Aktivitet somatikk pr januar 2012

DRG-aktivitet (poeng) - 2012		Hittil i år				Totalt for året			
		Realisert	Budsjett	Avvik	Avvik %	Prognose	Budsjett	Avvik	Avvik %
3200	Kostnadskrevende legemidler utenfor sykehus	58	8	50			118		
3201	Heldøgns pasienter	1 879	1 762	116			21 668		
3202	Dagpasienter	43	46	-3			573		
3204	Poliklinikk (inkl dagkirurgi)	563	486	77			6 084		
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	2543	2303	240			28443		
3205	DRG-produksjon - kjøp fra andre regioner	153	153	0			1 734		
	Sum DRG-poeng "Sørge for"	2696	2456	240	8,9 %	30177	30177	0	0,0 %
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	2543	2303	240			28443		
321	Gjestepasienter - salg til andre regioner	69	78	-9			898		
	Sum DRG-poeng produsert i egen region	2612	2381	231	8,8 %	29341	29341	0	0,0 %

Det er lagt opp til en økning på om lag 2 % i DRG-produksjonen knyttet til foretakets "sørge for" - aktivitet i 2012. Ut over dette kommer evt. endring knyttet til omfang av pasienter fra andre regioner som blir behandlet i HNT. Registrert DRG-aktivitet i januar viser at foretaket ligger godt foran plantallene for måneden. Noe av avviket kan relateres til forholdsvis lavt plantall for denne måneden inneværende år.

1.1.2 Aktivitet PHV/TSB – pr tertial

Tabell nr 2: Aktivitet psykisk helsevern pr

Aktivitet psykisk helsevern	Fre-kvens	Forrige periode	Denne periode	Endring	Endring %	Forrige år ?	Referanse
Voksne: Antall utskrivninger - døgn - sykehus	Tertial			0	0,0 %		1
Voksne: Antall utskrivninger - døgn - DPS	Tertial			0	0,0 %		2
Voksne: Antall oppholdsdøgn for døgnpasienter - sykehus	Tertial			0	0,0 %		10
Voksne: Antall oppholdsdøgn for døgnpasienter - DPS	Tertial			0	0,0 %		11
Voksne: Antall v-konsultasjoner	Tertial			0	0,0 %		12.20
Voksne: Antall <u>innleggelser</u> til døgnbehandling ved psykiatriske sykehusavdelinger (fra bosted)	Tertial			0	0,0 %		14a
Voksne: Antall <u>innleggelser med tvang</u> til døgnbehandling ved	Tertial			0	0,0 %		16a

psykiatriske sykehusavdelinger (fra bosted, §3.2 eller §3.3)						
Voksne: Antall <u>innleggelser</u> til døgnbehandling ved DPS (fra bosted)	Tertial			0	0,0 %	14b
Voksne: Antall <u>innleggelser med tvang</u> til døgnbehandling ved DPS (fra bosted, §3.2 eller §3.3)	Tertial			0	0,0 %	16b
BUP: Antall utskrivninger (døgnpasient, eventuelt dagpasient)	Tertial			0	0,0 %	21
BUP: Antall oppholdsdøgn for døgnpasienter	Tertial			0	0,0 %	25
BUP: Antall v-konsultasjoner	Tertial			0	0,0 %	28.1
Samlemål for aktivitet psykisk helsevern: PH-aktivitet	Tertial			0	0,0 %	30

Det er lagt opp til en økning på om lag 10 % i antall polikliniske konsultasjoner i foretakets psykiatriske avdelinger i 2012, med størst vekst innen BUP. For innlagte pasienter forventes små endringer. Aktivitetstallene i psykiatri oppdateres hvert tertial.

1.2 Ventetider

Tabell nr 3: Ventetider pr januar 2012 – ikke oppdatert

Ventetider	Fre- kvens	Mål	Forrige periode	Denne periode	Endring
Gj.nittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Mnd				-
Andel fristbrudd for rettighetspasienter - for avviklede pasienter	Mnd	0 %			0,0 %

Det har den siste tiden vært økt fokus på å redusere og fjerne fristbrudd for rettighetspasienter. Dette har gitt resultater da foretaket ved årsskiftet hadde svært få pasienter med fristbrudd. Det vil fortsatt bli arbeidet med å legge opp foretakets drift slik at vi ikke skal ha fristbrudd for rettighetspasienter.

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

1.3 Kvalitetsindikatorer

Tabell nr 4: Ventetider pr januar 2012

Kvalitetsindikatorer	Fre- kvens	Mål	Forrige periode	Denne periode	Endring
Andel epikriser sendt ut innen en uke	Mnd	100 %		84,7 %	- %
Andel pasienter med tykktarmskreft som får behandling innen 20 virkedager	Tertial	80 %			0,0 %
Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager	Tertial	80 %			0,0 %
Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager	Tertial	80 %			0,0 %
Andel pasienter med kreft som får behandling innen 20 virkedager	Tertial	80 %			0,0 %
Antall liggedøgn utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten	Mnd			7	-

HNT nådde i 2011 et resultat der 84,2 % av alle epikriser var sendt innen en uke etter avsluttet sykehusopphold. Målsettingen for 2012 er at 100 % av alle epikriser skal være sendt innen en uke. HNT nådde 84,7 % i januar og vil arbeide for å øke denne andelen til fastsatte målkrav.

Det er i januar registrert 7 liggedøgn for utskrivningsklare pasienter i foretakets sykehus. Dette er en betydelig nedgang fra tidligere år. Nytt fra 2012 er at kommunene skal betale 4.000 kroner pr liggedøgn for utskrivningsklare pasienter.

1.4 Raskere tilbake

HNT er for 2012 tildelt en ramme på 6,3 mill kroner for arbeid innenfor tiltaket "Raskere tilbake". Tildelingen er litt mindre enn foregående år. Det er ennå ikke foretatt intern fordeling av midlene. Det har vært arbeid innen dette tiltaket i januar tilsvarende 0,28 mill.

2 Økonomi

2.1 Resultat

Tabell nr 5: Resultatavvik pr januar 2012

Resultatavvik		Avvik tom forrige periode	Avvik denne periode	Avvik tom denne periode
3	Inntekter	0	4 369	4 369
4	Varekostnader	0	-1 817	-1 817
5	Lønnskostnader	0	-5 300	-5 300
6,7,9	Andre driftskostnader	0	848	848
8	Finansposter	0	158	158
Årsresultat jf budsjett:		0	-1 742	-1 742
Avvik knyttet til ny aktuarberegning			-4 323	-4 323
Avvik korrigert for ny aktuarberegning		0	2 581	2 581
Nytt resultatkrav				
Avvik korrigert for nytt resultatkrav		0	2 581	2 581

Vedtatt budsjett for 2012 for Helse Nord-Trøndelag HF fastslår at foretaket skal ha et resultat på 15 mill kroner. Budsjettet overskudd skal bidra med likviditet til foretakets investeringer inneværende år. Nylig oppdatert aktuarberegning viser at regnskapsmessige pensjonskostnader for 2012 er økt etter at det økonomiske opplegget for foretaket ble fastsatt. For HNT utgjør dette en økt kostnad på 52,1 mill kroner. Dette fordeler seg med om lag 4,3 mill kroner i økte pensjonskostnader pr. måned i 2012. I samsvar med tidligere retningslinjer og praksis forventes det at staten avklarer evt. tilleggsbevilgning til dekning av økte pensjonskostnader i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett i mai/juni.

Foretakets resultat i januar måned viser et avvik i forhold til budsjettet på - 1,7 mill kroner. Korrigert for økte pensjonskostnader på 4,3 mill kroner gir dette et korrigert resultat på + 2,6 mill kroner.

2.1.1 Inntekter

Foretakets inntekter er i januar noe over vedtatt budsjett. Dette skyldes bl.a. at foretakets aktivitet denne måneden var noe høyere enn planlagt.

2.1.2 Varekostnader

Varekostnadene er litt høyere enn budsjettet siste måned. Det skyldes bl.a. høyere kostnader knyttet til innkjøp av medikamenter og forbruksmateriell.

2.1.3 Lønnskostnader

Av et samlet merforbruk på lønn på 5,3 mill kroner i forhold til budsjett skyldes økte pensjonskostnader 4,3 mill kroner. Ordinære lønnskostnader er siste måned omtrent som budsjettet, men med noe økte kostnader knyttet til overtid og ekstrahjelp.

2.1.4 Andre driftskostnader

Under denne kostnadsgruppen er det (på art 7799) satt av en buffer på knapt 24 mill kroner for å sikre måloppnåelse hvis det skulle påløpe uforutsette kostnader eller bli svikt i inntektene. Ut over avvik på nevnte art er det siste måned små avvik på de andre artene.

2.1.5 Finansposter

Foretakets finansposter er omtrent som budsjettet i januar.

2.2 Prognose

Tabell nr 6: Prognose pr januar 2012

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

Som påpekt tidligere, vil foretakets pensjonskostnader i 2012 øke med 52,1 mill kroner i forhold til forutsetninger for årets budsjett. Prognose for årsresultatet settes på dette grunnlag til – 37,1 mill kroner.

2.2.1 Inntekter

Inntektene prognostiseres som budsjettet.

2.2.2 Varekostnader

Varekostnadene prognostiseres som budsjettert.

2.2.3 Lønnskostnader

Lønnskostnadene prognostiseres med et avvik på – 52,1 mill kroner.

2.2.4 Andre driftskostnader

Andre driftskostnader prognostiseres som budsjettert.

2.2.5 Finansposter

Finanspostene prognostiseres som budsjettert.

2.3 Likviditet

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

2.4 Investeringer – pr tertial

Oppfølging av årets investeringer skal rapporteres hvert tertial. Foretakets investeringsbudsjett for 2012 er ennå ikke vedtatt. Vi kommer tilbake til dette i senere rapporter.

2.5 Produktivitet – pr tertial

Tabell nr 7: Produktivitet pr

Produktivitet	Fre- kvens	Forrige periode	Denne periode	Endring	Endring %	Forrige år ?	Refe- ranse
DRG-poeng per brutto månedsverk somatikk (jfr egen spesifikasjon/uttaksrutine for månedsverk)	Tertial			0	0,0 %		
Poliklinikker VOP: Antall v-konsultasjoner per månedsverk.	Tertial			0	0,0 %		12.22
Poliklinikker BUP: Antall v-konsultasjoner per månedsverk.	Tertial			0	0,0 %		28.3

3 HR

3.1 Bemanning/innleie

Tabell nr 8: Bemanning pr januar 2012

Bemanning (Brutto månedsverk utbetalt)	Denne periode				Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Endring - forrige år	Faktisk	Budsjett	Avvik
Totalt	2 280,3	2 285,5	-5,2	42,4	2 280,3	2 285,5	-5,2
PHV	512,5	518,5	-6,0	14,3	512,5	518,5	-6,0
- Fravær	249,6				249,6		
Netto månedsverk utbetalt	2 030,7			63,4	2 030,7		63,4

Tabell nr 9: Innleie pr januar 2012

Innleie	Denne periode				Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Endring - forrige år	Faktisk	Budsjett	Avvik
Innleie fra byrå (1000 kr)	306	312	-6	363	306	312	-6

Foretakets bemanning, målt i brutto månedsverk, viser i januar et avvik på – 5 månedsverk. I psykisk helsevern har det vært 6 færre månedsverk enn budsjettet. Innleie fra byrå er også i underkant av budsjett.

3.2 Deltid

Tabell nr 10: Andel deltid pr januar 2012

Deltid	Denne periode	Forrige år	Endring	Mål 2012	Avvik
% andel hele stillinger, fast ansatte	53 %	53 %	0 %		
% andel hele stillinger, fast ansatte, korrigert for rettighetsbaserte og planlagte deltidsstillinger (fra mars)					

Det var i 2011 krav om at HF-ene skulle redusere andelen deltid med minst 20 prosent. Helseforetakene skal etablere periodiserte måltall for 2012. Dette vil etter hvert bli fulgt opp med månedlig rapportering.

3.3 Sykefravær

Tabell nr 11: Sykefravær pr januar 2012

Sykefravær snitt (%)	Denne periode			Gj snitt sykefravær siste 12 mnd		
	Faktisk	Forrige år	Endring	Faktisk	Mål	Avvik
Egenmelding	1,7 %	1,7 %	0,0 %	1,1 %		
Sykemelding	6,1 %	7,3 %	-1,2 %	6,3 %		
Samlet for foretaket:	7,7 %	9,0 %	-1,3 %	7,5 %	7,25 %	0,2 %

I henhold til IA-avtalen er det et mål å redusere sykefraværet med 20 % til det er nede på et langsiktig mål på 7 % i 2013. Sykefraværet var i 2011 på 7,6 %. For 2012 settes et mål om at sykefraværet ikke bør overstige 7,25 %. Faktisk sykefravær for foretaket var i januar på 7,5 %.

4 Generell vurdering

Foretakets drift i januar ser i all hovedsak ut til å stemme godt med de planer og vedtak som er gjort for driften i 2012. Dette gjelder i særlig grad overordnede målsettinger for aktivitet (i somatikk) og økonomi. For enkelte kvalitetsmål er det fortsatt nødvendig med tiltak for å øke graden av måloppnåelse.

Økte pensjonskostnader på 52,1 mill kroner i forhold til fastsatte rammevilkår tilsier at foretaket p.t. prognostiserer et økonomisk resultat for 2012 på – 37,1 mill kroner.

Levanger, 14.02.12

Mads Einar Berg
ass. dir.
sign.