

Styrets medlemmer

Vår ref.:
2014/1963 - 14669/2014

Deres ref.:

Dato:
06.06.2014**Innkalling til møte i styret for Helse Nord-Trøndelag 16. juni 2014**

Det kalles med dette inn til styremøte i Helse Nord-Trøndelag 16. juni 2014.
Møtet finner sted på Sykehuset Namsos, møterom Bråholmen (i Psykiatrisk klinikk) og starter kl. 1100.

- | | |
|--------------------|--|
| Sak 22/2014 | Samhandlingsreformen og organisering og drift av Helse Nord-Trøndelag HF |
| Sak 23/2014 | Styrets erklæring om fastsetting av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte |
| Sak 24/2014 | Eiers styringskrav 2014 Helse Nord-Trøndelag HF, 1.tertialrapport |
| Sak 25/2014 | Driftsrapport april 2014 |
| Sak 26/2014 | Langtidsbudsjett 2015 – 2020, foreløpig ramme budsjett 2015 |
| Sak 27/2014 | Orienteringssaker:
1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 22.05.14
2. Protokoll fra møte i Administrativt samarbeidsutvalg 05.06.14
3. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 11.06.14
4. Kvalitet og pasientsikkerhet
5. Status miljøsertifisering
6. Andre orienteringer |
| Sak 28/2014 | Eventuelt |
| Sak 29/2014 | Godkjenning og signering av protokoll |

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

Kopi: Styrets varamedlemmer
Administrativt samarbeidsutvalg v/leder
Brukerutvalget

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 22/2014 Samhandlingsreformen og organisering og drift av Helse Nord-Trøndelag HF

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	16. juni	22/14
Saksbeh: Olav Bremnes		
Arkivkode: 012		
Saksmappe: 2014/1963		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar redegjørelsen om konsekvenser av samhandlingsreformen for organisering og drift i Helse Nord-Trøndelag til etterretning.

SAKSUTREDNING:

Sak 22/2014 Samhandlingsreformen og organisering og drift av Helse Nord-Trøndelag HF

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

Ingen

Utrykte vedlegg i saksmappen

GJELDENDE FORUTSETNINGER

I styringsdokumentet fra Helse- Midt Norge er Helse Nord-Trøndelag (HNT) bedt om redegjøre for hvilke konsekvenser samhandlingsreformen har for organisering og drift av helseforetaket.

SAMMENDRAG

Det er gjort et godt arbeid i Nord-Trøndelag for å ivareta intensjonene med samhandlingsreformen. I det videre arbeidet er det et mål å avklare hvem som har ansvar for ulike behandlingsoppgaver. Kommunene er forskjellige med hensyn til kapasitet og kompetanse til å ta hand om oppgaver som tradisjonelt har vært utført av spesialisthelsetjenesten.

Helseforetaket forventer at kommunene etter hvert både vil få nødvendig kapasitet og kompetanse til å ta hand om behandlings- og oppfølgingsoppgaver i samsvar med de faglige føringene i samhandlingsreformen. Konsekvensene dette har for HNT må følges tett opp, slik at en ikke reduserer behandlingstilbud før dette er ivaretatt på en forsvarlig måte.

Arbeidet med overføring av oppgaver mellom helseforetaket og kommunene er godt i gang og må forstås som en utviklingsprosess. Det er identifisert områder for faglig samarbeid der det er grunn til å tro at kommunene vil kunne ta over oppgaver som i dag blir utført av spesialisthelsetjenesten.

Det vesentlige nå er å fortsette arbeide med å avklare hvordan den framtidige oppgavefordelingen skal være mellom kommunene og HNT. Etablering av KAD-tilbud (Kommunale Akutte Døgnplasser) gjør at pasienter som tidligere ble innlagt i sjukehus, nå skal få tilbud i kommunen. Videre blir det arbeidet med at flere polikliniske kontroller blir overført til kommunehelsetjenesten. Det er også grunn til å forvente at flere spesialiserte tjenester vil bli gitt i kommunene i form av ambulante team eller bruk av telemedisin. Samla sett er det rimelig å anta at tilbudet innenfor den spesialiserte helsetjenesten kan reduseres med hensyn til tjenestevolum. Samtidig utvikles imidlertid nye behandlingstilbud og antallet eldre øker.

Det er derfor nødvendig med tett dialog mellom kommunene og helseforetaket mht framtidig forsvarlig oppgavefordeling.

På sikt forutsettes det en nedgang i innleggelser i HNT, fordi kommunene:

- tar hånd om flere pasienter gjennom utvikling av KAD tilbud
- får til et bedre samarbeid mellom legetjenesten og pleie og omsorgstjenesten
- blir flinkere mht forebyggende tiltak for å unngå behov for innleggelse
- bedre oppfølging av pasienter som skrives ut fra sykehuset

HELHETLIG DRØFTING

Samhandlingsreformen, som blir omtalt som en retningsreform, trådte i kraft 1. januar 2012 og er nå inne i sitt tredje år. Reformen peker på tre hovedutfordringer i helsesektoren.

- pasienten sine behov for koordinerte tjenester
- mer fokus på å forebygge og avgrense sykdom
- at den demografiske utviklinga vil kunne true samfunnet sin økonomiske bærekraft

Hensikten med samhandlingsreformen:

- Pasienter skal oppleve et mer **helhetlig tilbud**
- Styrke samhandlingen **internt** i kommune og helseforetak
- Styrke samhandlingen **mellom** sykehus og kommuner
- Vurdere **endret oppgavefordeling** mellom kommuner og helseforetak

Prinsippet er at oppgaver skal overføres fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. I følge Helse – og omsorgsdepartementet er erfaringene at det er skapt et engasjement for endring og samhandling, men ikke i like stor grad for alle kommuner og helseforetak. Det blir vist til at en ser en betydelig økning i samarbeid både interkommunalt og mellom kommuner og sykehus. Det blir og påpekt at de lovpålagte samarbeidsavtalene er på plass, men at de bare delvis *er* et verktøy for utvikling av samhandlingen.

Samarbeidsavtalene¹ som er inngått i Nord-Trøndelag gir en retning for hvordan samarbeidet skal skje innenfor samhandlingsområdet. I starten var det et sterkt fokus på avtale 3 og 5 om innleggelse og utskrivning i sykehus. Fokuset var særlig knyttet til pasienter som er utskrivningsklare, mens en etter hvert har hatt en bredere faglig tilnærming mht oppfølging av de ulike tjenesteavtalene.

I Nord-Trøndelag hadde vi et godt utgangspunkt før samhandlingsreformen med Samarbeidsutvalget mellom kommunene og HNT og Basisavtalen med rutiner for samarbeid generelt og rundt enkeltpasienter. Vi hadde også etablert et avvikssystem knyttet til basisavtalen for å kunne arbeide systematisk med forbedringsarbeid. Liggedøgn for utskrivningsklare pasienter var (og er) heller ikke noe stort problem i Nord-Trøndelag.

Hva er gjort så langt for å følge opp samarbeidsavtalene mellom kommunene og HNT

Det er lagt gode strukturer for samarbeid med samhandlingskoordinatorer for de ulike kommuneregionene og HNT. KS er en sentral koordinator i dette arbeidet og gjør det enklere å sikre kommunikasjonen mellom HNT og kommunene.

Konkrete tiltak som er gjennomført:

2012

- Iverksetting av samarbeidsavtale og 12 tjenesteavtaler
- Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) og politisk samarbeidsutvalg (PSU) ble etablert
- ASU ga mandat til partssammensatte arbeidsgrupper for å konkretisere oppfølgingen av tjenesteavtalene 2, 6, 7, 8, 9, 10, 11, og 12.

¹ Avtaler mellom kommunene og HNT:

<http://www.hnt.no/no/Fagfolk/samhandling/Avtaler-og-utvalg/Avtaler-godkjent-i-HNT-Styret-2012/121161/>

- Årlige dialogmøter² er innført mellom kommuneregionene og HNT for å følge opp tjenesteavtalene, med særlig fokus på rutiner knyttet til innleggelse og utskrivning fra sykehus
- Etablering av fagråd for tjenesteavtale 8 (jordmortjenester), 9 (IKT) og 12 (kvalitet og pasientsikkerhet)³

2013

- Arbeidsgrupper la fram konkrete vurderinger av hvordan en kan følge opp de ulike tjenesteavtalene
- Kartlegging og videreutvikling av eksisterende fagnettverk mellom kommuner og HNT
- Felles evaluering av hvordan det har gått med oppfølgingen av tjenesteavtalene
- Oppstart av felles samhandlingsprosjekt om «Fastlegen som samhandlingsjoker» (2013-14)
- Samhandlingsprosjekt om beskrivelse av «Helhetlig pasientforløp for pasienter med hjerneslag og KOLS»

2014

- Innføring av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger) mellom helseforetak og kommunene etter nasjonal standard. Dette er ferdig implementert i september 2014. Dette har stor betydning for kommunikasjonen rundt den enkelte pasient og for å sikre et helhetlig pasientforløp.
- Etablering av fagråd for tjenesteavtale 2 (brukere med behov for koordinerte tjenester), 6/7 (kompetanse og forskning), 10 (forebygging). (se fotnote 3)
- Utarbeidet felles rutiner for hospitering mellom kommunene og HNT
- Utarbeidet felles informasjon om veiledningsplikten og felles rutiner for veiledningsoppdrag

Felles kliniske og/eller administrative møtearenaer

Politisk og administrativt samarbeidsutvalg

PSU og ASU er etablert og har et overordnet ansvar for å følge opp avtalene og videreutvikle samarbeidet mellom kommunene og HNT. Det er også en plan for oppfølging av tiltak og regelmessig tilbakemelding til ASU fra fagrådene knyttet til de ulike tjenesteavtalene. ASU har etablert et arbeidsutvalg for å forberede og følge opp saker som behandles i ASU.

Dialogmøter

Våren 2012 startet vi med dialogmøter mellom HNT og kommuneregionene for å følge opp hvordan samarbeidet fungerer. Vi startet med 2 årlige møter med hver kommuneregion, men er nå enige om å ha ett årlig møte og utover det ved behov. Dette har vært viktige og gode møter for gjensidig informasjon, avklaring av praktisk oppfølging av rutiner, og drøfting av aktuelle problemstillinger. Det er laget felles oppsummeringer fra disse dialogmøtene for å kunne følge opp tiltak på en systematisk måte. Møtene planlegges i fellesskap, og deltakerne varierer i forhold til sakene som tas opp.

Samhandlingskoordinatorer i HNT

For å få til et godt samarbeid internt i HNT er det etablert et nettverk for samhandlingskoordinatorer fra de ulike klinikkene. Dette nettverket har fungert svært godt, og har

² Referat fra dialogmøter: <http://www.hnt.no/no/Fagfolk/samhandling/Samarbeidsarenaer/Dialogmoter/128127/>

³ Fagråd: <http://www.hnt.no/no/Fagfolk/samhandling/Samarbeidsarenaer/Fagrad-og-nettverk/128126/>

vært en viktig suksessfaktor for å følge opp samarbeidsavtalene og samhandlingsreformen på en god måte. Samhandlingskoordinatorerne har regelmessige møter for å følge opp aktuelle tiltak på tvers av klinikkene, og forberede dialogmøter med kommunene. Samhandlingskoordinatorerne er nært knyttet til klinikklederne og bidrar til implementering av tiltak i de ulike klinikkene. Samhandlingskoordinatorerne for de kliniske klinikkene inngår også i koordinerende enhet⁴ i HNT

Samhandlingskonferansen

Er en årlig konferanse som planlegges og gjennomføres av en egen arrangementskomite med representasjon fra Brukerutvalget, kommunene og HNT. En viktig møteplass som samler ca. 150 deltakere.

Fagråd

Det er organisert fagråd knyttet til flere av tjenesteavtalene som har fått mandat fra ASU. Disse rapporterer årlig om sin aktivitet i ASU. Hensiktene med disse fagrådene er å følge opp tiltak som er beskrevet i tjenesteavtalene. Det er et stort engasjement i de ulike fagrådene for å følge opp de ulike tjenesteavtalene. Dette er nyttige møteplasser mellom kommunene og HNT for å videreutvikle samarbeidet og iverksette tiltak som bidrar det gode helhetlige pasientforløp.

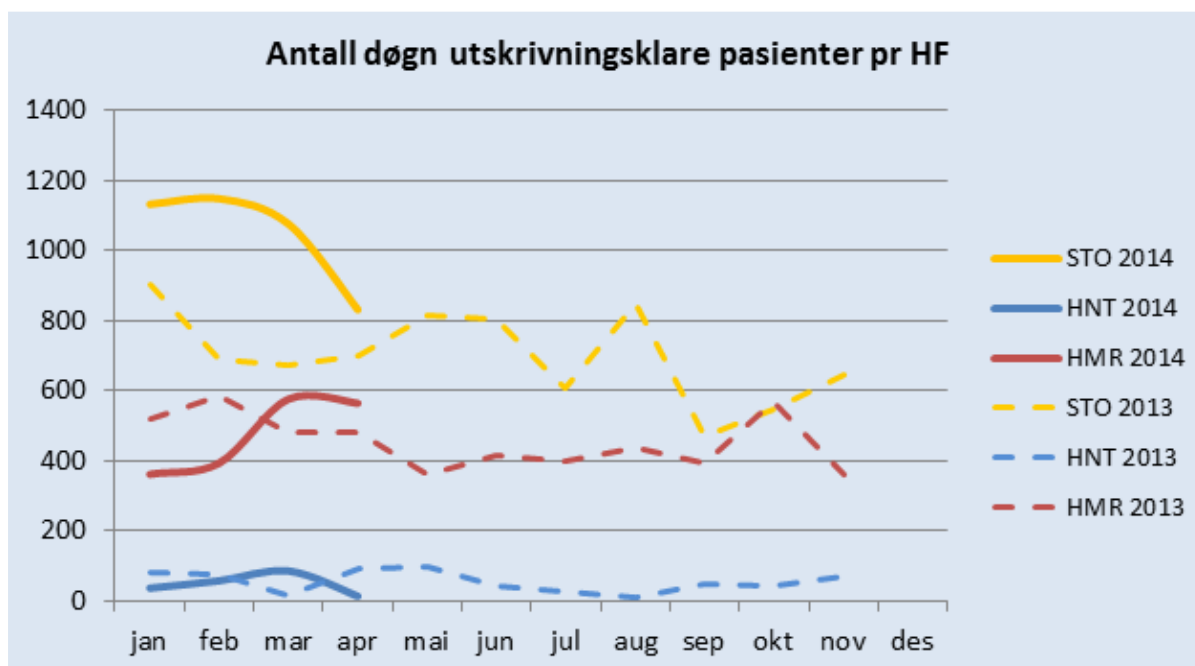
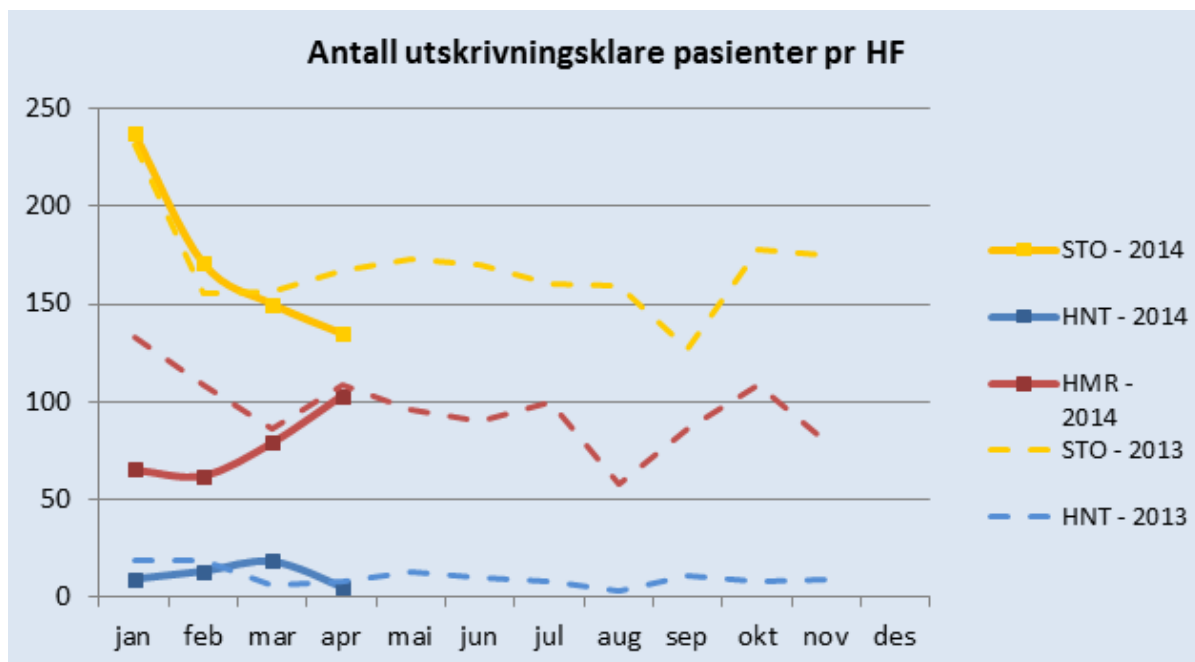
Utskrivningsklare pasienter og reinnleggelser

Innføring av samhandlingsreformen fra 1. januar 2012 førte til endring i betalingsreglene for utskrivningsklare pasienter i sykehus. I 2012 var det mye fokus på utskrivningsklare pasienter, og kommunene tok raskt mot sine utskrivningsklare pasienter. Omfanget har vært lite, men har variert mellom kommunene. Den største endringen for kommunene var at de tidligere hadde inntil 7 dager på seg for å ta imot utskrivningsklare pasienter, mens fra 2012 forventet en at kommunene skulle ta imot pasientene når de var definert utskrivningsklare. For å lykkes med dette er det en forutsetning at det er tett kommunikasjon mellom kommune og HNT under innleggelsen. Innføring av elektronisk meldingsutveksling i 2014 vil føre til langt bedre og raskere informasjon mellom kommunene og HNT.

Det er også viktig å ha fokus på reinnleggelser og det er flere årsaker til disse. Det kan si noe om at pasienter skrives ut for tidlig fra sykehuset, eller at pasientene ikke får et godt nok tilbud etter utskrivning fra sykehuset. Men årsaken kan også være at pasienten blir syk igjen og får behov for ny sykehusinnleggelse.

Her er en oversikt over antall utskrivningsklare pasienter og antall liggedøgn dette utgjør for helseforetakene i regionen. I tillegg en oversikt over reinnleggelser for første tertial 2014.

⁴ Koordinerende enhet i HNT: <http://www.hnt.no/ke>



Reinnleggelser somatikk 2014	Antall pasienter	St.Olav	HNT	HMR
1. tertial	3 696	1337	934	1425
2. tertial				
3. tertial				
Samlet	3 696			

Kommunale akutte døgnplasser (KAD)

Hensikten med KAD tilbudet er å unngå innleggelser for pasienter som kan få et like godt eller bedre tilbud i kommunen. Dette tilbudet kan organiseres på ulike måter, enten i egen kommune

eller som et interkommunalt tilbud. I tillegg kan en samarbeide om deler av tilbudet, så som legedekning til ulike tider av døgnet.

Det er mange faktorer som påvirker hvordan kommunene velger å organisere tilbudet; Legevaksordninger, kompetanse, tilgang på nødvendig medisinsk utstyr og avstander til sykehus og nabokommuner.

Helsedirektoratet har utarbeidet et anslag på reduksjon av akuttinnleggelser når dette tilbudet (KAD) er fullt utbygd. For HNT utgjør anslaget en reduksjon på ca. 7900 liggedøgn. Det utgjør ca. 20 senger for HNT,

Noen kommuner og kommuneområder har etablert tilbudet og fått erfaringer med det. I løpet av våren 2014 vil ytterligere 8 kommuner etablere tilbudet. De siste 10 kommunene planlegger etablering i løpet av 2015. Dette tilbudet gis til pasienter som kommunene er kjent med fra tidligere og har avklarte tilstander. Pasientene gis tilbud om observasjon og behandling i kommunale akutt døgnplasser.

ASU satte ned en arbeidsgruppe i november 2013 som fikk følgende mandat:

- a) Utarbeide en definisjon på hva som skal legges inn under øyeblikkelig-hjelp-begrepet for kommunene
- b) Skissere en minimumsstandard for øyeblikkelig-hjelp tjenesten for etablering i den enkelte kommune
- c) Skissere en modell for øyeblikkelig-hjelp-tilbudet i Nord-Trøndelag basert på fem regioner hvor sykehusene har en klart definert rolle.

Arbeidsgruppen la fram sin rapport⁵ i ASU i april 2014 med anbefalinger om at rapporten danner grunnlag for arbeidet med videre utvikling av KAD-tilbudet. Viser til vedlagte statistikk når det gjelder kommunenes bruk av akuttinnleggelser.

Følgende kommuner / kommuneregioner har etablert KAD tilbud:

2013

- I Værnesregionen har Stjørdal, Meråker, Selbu, Tydal og Malvik etablert et tilbud med 4 senger knyttet til DMS på Stjørdal
- I Inn-Trøndelag har Steinkjer, Inderøy, Verran og Snåsa etablert 4 plasser knyttet til DMS på Steinkjer
- Overhalla kommune har etablert 1 plass på sykehjemmet

2014

Følgende KAD tilbud planlegges med oppstart i løpet av våren 2014

- Fosnes 1 plass på sykehjemmet
- Samkommunen Verdal, Levanger og Frosta har etablert et samarbeid om tilsynslege til plassene som er etablert i hver kommune. Levanger 3 plasser, Verdal 2 plasser og Frosta 1 plass
- I Ytre Namdal har kommunene Bindal, Leka, Nærøy og Vikna etablert 1 seng knyttet til sykehjem i hver kommune.

⁵ Rapport om KAD: <https://ekstranett.helse-midt.no/1007/samarbeidsutvalg%20HNT/Sakspapirer/Sak%2011-14%20Vedlegg%20-%20Rapport%20fra%20arbeidsgruppa%20om%20kommunalt%20akutt%20døgntilbud%20-%201%20april%202014.pdf>

2015

De gjenstående kommunene planlegger å etablere tilbudet neste år.

- Namsos, Flatanger, Namdalseid og Osen prosjekterer en felles løsning
- Kommunene i Indre Namdal vurderer også et samarbeid fra 2015. Det er Høylandet, Grong, Namsskogan, Røyrvik og Lierne.
- Leksvik fikk ikke penger til etablering i 2014, og planlegger tilbudet i samarbeid med Rissa kommune.

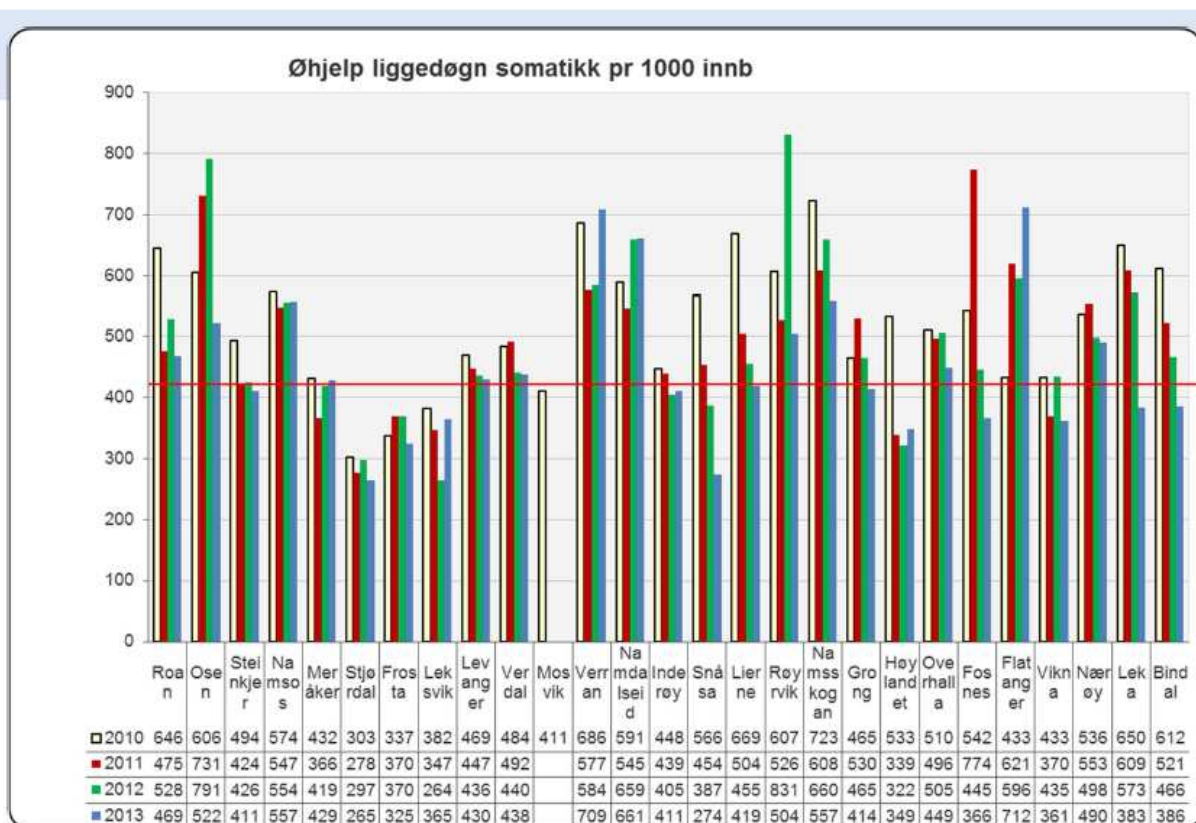
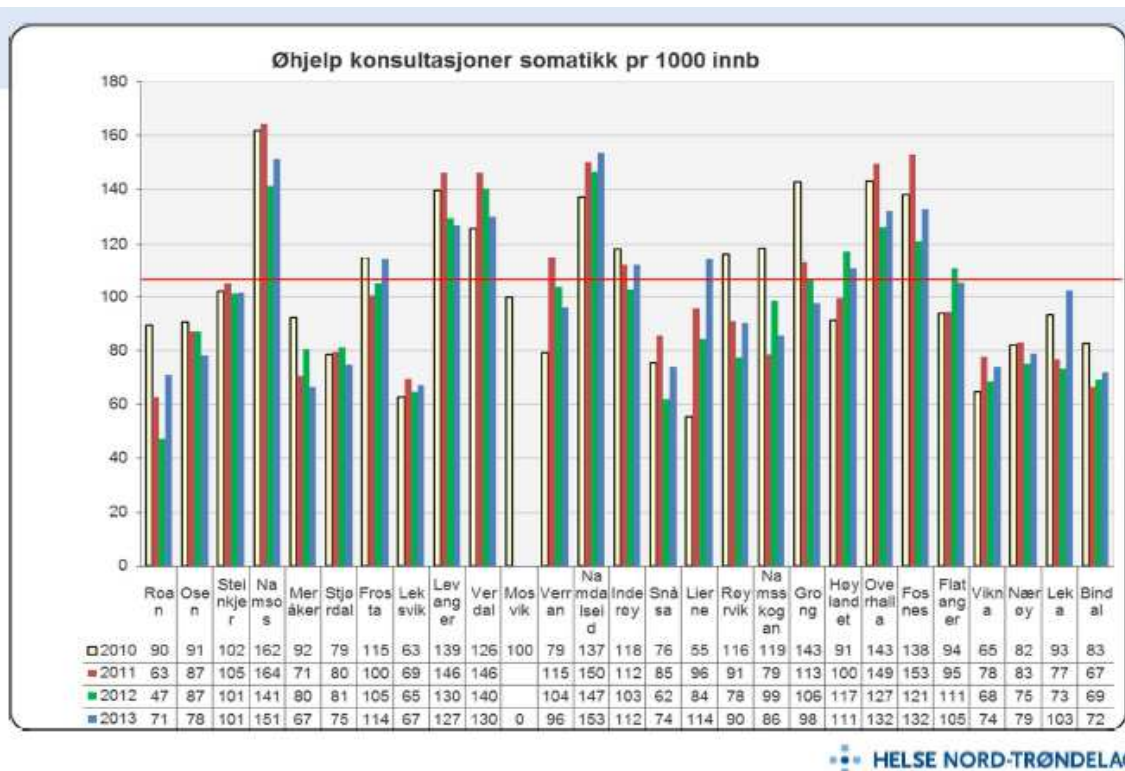
Vurdering av KAD tilbudet:

KAD-tilbudet kan endres over tid ut fra de erfaringene en gjør seg. EN viktig konsekvens og forutsetning for dette tilbudet, er et tett samarbeid mellom pleie- og omsorgstjenesten og legetjenesten i kommunene.

Det er generelt en positiv faglig entusiasme rundt dette i kommunene. KAD-tilbudet gjør at det blir faglig mer interessant å arbeide innenfor de kommunale helse- og omsorgstjenestene, slik at det nye tilbudet i tillegg til å gi flere helsetjenester nærmere der folk bor, og kan gjøre det lettere å rekruttere og beholde fagfolk.

Det er usikkert i hvor stor grad KAD-tilbudet vil føre til vesentlig reduksjon av innleggelser i de medisinske avdelingene. Det forventes at etablering og drift av KAD– senger vil føre til redusert etterspørsel etter ø-hjelpsinntak i sykehus. Bruken av KAD-sengene er etter de siste rapportene på veg opp, og det planlegges en evaluering av tilbudene i løpet av høsten 2014. Det vil da være interessant å se nærmere på reduksjon i innleggelser i forhold til hvordan kommunene har valgt å organisere tilbudet.

Involvering av legetjenesten i kommunene og helseforetaket er helt avgjørende for utvikling av tilbudet. Derfor må det nå arbeides aktivt inn mot de medisinske avdelingene og akuttmottak i HNT for å informere om utvikling av det nye KAD-tilbudet. I evalueringsarbeidet må legene i kommunene og helseforetaket trekkes aktivt med i gjennomføringen.



Her er store forskjeller mellom kommunene, og en ser foreløpig ikke den store effekten for de kommunene som har opprettet KAD tilbud i 2013. Men Overhalla og Stjørdal har en reduksjon.

Oppfølging og behandling i kommunehelsetjenesten

Det utvikles et stadig tettere samarbeid mellom legetjenesten og pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. Det betyr mye for å redusere behovet for innleggelser, ved at en kan forebygge tilstander og sikre en tettere oppfølging etter utskrivning. Erfaringer med flere kommuner som har etablert KAD-tilbud er at de også får større fokus på forebygging og oppfølging.

En utfordring for HNT⁶ er å se nærmere på hvilke av dagens sykehusoppgaver som kan overføres til kommunene, og hvordan HNT kan arbeide mer utadrettet og ambulant. Prosjektet «Fastlegen som samhandlingsjoker»⁶ har sett nærmere på dette, og kommet med forslag til tiltak. Det er et prosjekt som involverer fastleger og sykehusleger, slik at de sammen kan se på aktuelle tiltak. Noen av de tiltakene som er kommet fram er:

- Overføring av kontroller fra helseforetak til kommunene
- Videreutvikling av ambulante tjenester innenfor ulike behandlingsformer og fagområder
- Rådgivning og veiledning fra spesialistene i HNT til kommunelegene
- Bruk av ny teknologi som telemedisin og elektronisk kommunikasjon som sikrer det faglige samarbeidet mellom legene – og gjør at pasienter kan få tilbud lokalt

Det er viktig at erfaringene og tilråkningene i dette prosjektet videreføres i ordinær drift.

En viktig forutsetning for å lykkes med at kommunene overtar flere oppgaver, er en godt kvalifisert spesialisthelsetjenesteoppgave som kan gi kvalifiserte råd og veiledning til kommunehelsetjenesten. Samtidig er det nok også nødvendig med en holdningsendring i HNT mht hva som er mulig å gjøre av behandling og oppfølging i kommunehelsetjenesten.

Kompetanseoverføring og kunnskapsutvikling

I styringsdokumentet for 2014 fra Helse Midt-Norge RHF, blir det pekt på at spesialisthelsetjenesten skal bidra til å utvikle og styrke den faglige utviklinga i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Helseforetaket sin rolle i den sammenheng blir å videreføre arbeidet knyttet til veiledning, rådgiving, tilbud om hospitering og deltaking på felles faglige møtearenaer for helsepersonell.

Det bør utvikles gode analyseredskap som viser forskjeller og likhet i bruken av spesialiserte helsetjenester i kommunene. Slik informasjon kan brukes til å identifisere behov for kompetanseoverføring som kan medvirke til at flere behandlings- og oppfølgingsoppgaver blir overført mellom behandlingsnivåene.

Nytt felles fagråd for utdanning, forskning og innovasjon mellom HNT, høgsolen i Nord-Trøndelag og kommunene i Nord-Trøndelag når det gjelder behov for kompetanse, forskning og fagutvikling, skal medvirke til å sikre at utdanning av helse- og sosialfagpersonell samsvarer med kompetansebehov i helseforetaket og i kommunene i et kortere og mer langsiktig tidsperspektiv.

Fagrådet for tjenesteavtale 6 og 7 skal bidra til at vi sammen utvikler gode og sterke miljø for forskning og innovasjon innenfor medisinsk og helsefaglig forskning i Nord-Trøndelag. I fagrådet er også HINT og fylkesmannen representert.

⁶ «Fastlegen som samhandlingsjoker»: <https://ekstranett.helse-midt.no/1007/samarbeidsutvalg%20HNT/Sakspapirer/Sak%2027-13%20Vedlegg%20a%20Prosjektplan%20-%20samhandlingsjokeren.pdf>

Økonomi

Det er særlig utvikling av KAD tilbudet som berører HNT økonomisk. På kort sikt reduseres våre rammer i forhold til oppbygging av tilbudene i kommunene. Dette utgjør en opptrapping på fra 2012 til 2015. Fra 2016 reduseres dette beløpet i rammen til HNT.

2013 4 mill.

2014 10 mill.

2015 16 mill.

2016 16 mill. mindre i rammeoverføring til HNT

Medfinansieringen utgjør en betydelig utgift for kommunene, og ordningen er et incentiv i kommunene for å iverksette tiltak som reduserer behovet for sykehustjenester. I den framlagte kommuneproposisjonen for 2014-15⁷ er denne ordningen planlagt fjernet. Dette vil ikke føre til de store endringene for HNT økonomisk, men et viktig insitament for kommunene for å redusere forbruket av sykehustjenester forsvinner.

En annen utfordring er kommunenes prioritering av pasientgrupper innen psykisk helse og rus. Dette er pasientgrupper som foreløpig ikke er berørt av finansierungsordningene. En kan derfor frykte at disse pasientgruppene nedprioriteres, hvis en ikke får samme virkemidler for somatisk og psykiatriske pasienter.

Noen utfordringer:

- Rådgivning og veiledning er viktig i samhandlingen mellom HNT og kommunene, men det er utfordrende økonomisk
- HNT må vurdere hvordan en skal ta ut effekten av den planlagte reduksjonen i akuttinnleggelser i forbindelse med opprettelse av KAD tilbud i kommunene
- Samtidig som vi skal redusere vår virksomhet øker antallet eldre. Disse vil ha økt behov for sykehustjenester, og samtidig utvikles det stadig nye behandlingstilbud og medisiner som utfordrer HNT økonomisk. Økt antall eldre vil i mange sammenhenger trenge en «avklaringsdiagnose» i spesialisthelsetjenesten før kommunene tar over ansvaret

Oppsummering

Det er gjort et godt arbeid i Nord-Trøndelag, for å ivareta intensjonene med samhandlingsreformen. I det videre arbeidet er det et mål å avklare hvem som har ansvar for ulike behandlingsoppgaver. Kommunene er forskjellige med hensyn til kapasitet og kompetanse til å ta hand om oppgaver som tradisjonelt har vært utført av spesialisthelsetjenesten.

Helseforetaket forventer at kommunene etter hvert både vil få nødvendig kapasitet og kompetanse til å ta hand om behandlings- og oppfølgingsoppgaver i samsvar med de faglige føringene i samhandlingsreformen. Konsekvensene dette har for HNT må følges tett opp, slik at en ikke reduserer behandlingstilbud før dette er ivaretatt på en forsvarlig måte.

⁷ Forslag til kommuneproposisjon 2014-15:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2014/Regjeringen-vil-avvikle-kommunal-medfinansiering.html?id=759734>

Arbeidet med overføring av oppgaver mellom helseforetaket og kommunene er godt i gang og må forstås som en utviklingsprosess. Det er identifisert områder for faglig samarbeid der det er grunn til å tro at kommunene vil kunne ta over oppgaver som i dag blir utført av spesialisthelsetjenesten.

Det vesentlige nå er å fortsette arbeide med å avklare hvordan den framtidige oppgavefordelingen skal være mellom kommunene og HNT. Etablering av KAD-tilbud gjør at pasienter som tidligere ble innlagt i sykehus, nå skal få tilbud i kommunen. Videre blir det arbeidet med at flere polikliniske kontroller blir overført til kommunehelsetjenesten. Det er og grunn til å forvente at flere spesialiserte tjenester vil bli gitt i kommunene i form av ambulante team eller bruk av telemedisin. Samla sett er det rimelig å anta at tilbudet innenfor den spesialiserte helsetjenesten kan reduseres med hensyn til tjenestevolum. En utfordring er at det stadig utvikles nye behandlingstilbud og antallet eldre øker.

Det er derfor nødvendig å være i en tett dialog mellom kommunene og helseforetaket mht framtidig forsvarlig oppgavefordeling.

På sikt forutsettes det en nedgang i innleggelser i HNT, fordi kommunene:

- tar hånd om flere pasienter gjennom utvikling av KAD tilbud
- får til et bedre samarbeid mellom legetjenesten og pleie og omsorgstjenesten
- blir flinkere mht forebyggende tiltak for å unngå behov for innleggelse
- bedre oppfølging av pasienter som skrives ut fra sykehuset

Fokusområder for videreutvikling av samhandlingsfeltet i Nord-Trøndelag vil blant annet være å

- utvikle mer kunnskap og erfaring om effekter av samhandlingsreformen
- sammenfatte en handlingsplan for videreutvikling av tjenestetilbudet i den nordtrønderske helsetjenesten
- vurdere telemedisinsk utstyr og andre elektroniske kommunikasjonsløsninger som kan understøtte pasientbehandlingen og forbedre veiledning

Konklusjon

Samarbeidet mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag var godt før Samhandlingsreformen, og er videre utbygd etter at reformen trådte i kraft. I første fase etter reformen har arbeidet vært fokusert rundt grunnleggende strukturer og avtaler knyttet til samhandling, som blant annet har tatt opp i seg endret nasjonalt regelverk rundt samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten.

Fasen vi nå er inne i er mer handlingsrettet i den forstand at konkrete tilbud bygges opp som direkte vil påvirke pasientens helsetilbud, slik som utbygging av kommunale akutte døgnplasser. Flere forhold tilsier økt behov for spesialisthelsetjenester i befolkningen, blant annet økt antall eldre og stadig flere diagnostiserings- og behandlingsmuligheter. Samtidig utvikles tilbud i kommunene som virker motsatt veg, og skal begrense behovet for sykehusinnleggelser. Hvordan dette totalt påvirker sykehusdriften er gjenstand for diskusjon i de årlige budsjettvurderingene.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 23/2014 Styrets erklæring om fastsetting av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	16. juni 2014	23/2014
Saksbeh:	HR-sjef Aud-Mai Sandberg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2014/1963	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF ber om at foretaksmøtet gir sin tilslutning til Styrets retningslinjer for fastsetting av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte for 2014.

SAKSUTREDNING:

Sak 23/2014 Styrets erklæring om fastsetting av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte

VEDLEGG:

Ingen nummererte vedlegg.

BAKGRUNN:

I henhold til foretakets vedtekter med henvisning til allmennaksjeloven § 6-16a har styret utarbeidet en erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte i selskapet. Denne ble tatt inn i egen note i årsregnskapet for 2013. Selskapets foretaksmøte skal i henhold til vedtektene § 14a og allmennaksjeloven § 5-6 tredje ledd godkjenne retningslinjene for inneværende år.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

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

Helse Nord-Trøndelag HF legger hovedprinsippene for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper fastsatt av Regjeringen Stoltenberg II 31.3.2011, til grunn. Hovedprinsippet er at lederlønningene i foretaket skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskap/foretak. Foretaket skal bidra til moderasjon i lederlønningene.

Redegjørelsen for 2013 framgår av note i årsregnskapet for 2013.

Retningslinjer for fastsetting av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte for 2014

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

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

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

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

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

Naturallytelser

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

- Mobiltelefon
- Bredbånd/Internett
- Bærbar PC med hjemmekontorløsning

I tillegg kommer:

- Avisabonnement

Pensjonsordning

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

Sluttvederlag

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

Andre bestemmelser

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

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 24/2014 Eiers styringskrav 2014 Helse Nord-Trøndelag HF, 1.tertialrapport

Saken behandles i: Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	Møtedato 16. juni 2014	Møtesaksnummer 24/2014
Saksbeh: Sveinung Aune		
Arkivkode: 012		
Saksmappe: 2014/1963		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar status, per 1.tertial, for oppfølging av styringskrav 2014 gitt av eier gjennom styringskrav og rammer, og foretaksmøteprotokoller til etterretning.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar administrerende direktørs vurderinger av risikoområder til etterretning og ber om at områdene med kritisk og høy/moderat risiko blir fulgt opp med korrigerende tiltak, slik at mål kan nås og oppgaver blir løst.

SAKSUTREDNING:

Sak 24/2014 Eiers styringskrav 2014 Helse Nord-Trøndelag HF, 1.tertialrapport

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringskrav og rammer 2014 og foretaksmøteprotokoll.

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Styringskrav og rammer 2014 for Helse Nord-Trøndelag HF.
2. Oppdragsdokument 2014 Helse Midt-Norge RHF.
3. Foretaksmøteprotokoll Helse Nord-Trøndelag HF av 13.02.2014.

BAKGRUNN

Gjennom styresak 03/2014 Årlig melding 2013 for Helse Nord-Trøndelag HF ble status for 2014 og planer for de nærmeste årene behandlet.

Den 25.februar 2014 ble styresak 04/2014: Styringskrav og rammer for 2014 for Helse Nord-Trøndelag HF og Foretaksprotokoll av 13.02.2014. Oppfølging av administrerende direktør, behandlet. Her ble styret orientert om hvordan administrerende direktør vil følge opp eiers samlede styringskrav.

Gjennom driftsrapportene er styret for Helse Nord-Trøndelag HF orientert om status i forhold til hovedelementer i styringskrav og foretaksmøteprotokoll (Sak 05-14 i styremøte 25.02 og sak 16-14 i styremøte 12.05).

Nå presenteres styret for 1.tertialrapport for Eiers styringskrav 2014 for Helse Nord-Trøndelag HF, og tilhørende liste med samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringskrav og rammer 2014 og foretaksmøteprotokoll av 13.02.2014.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Styringskrav og rammer 2014 og foretaksmøteprotokollen av 13.02.2014 består av 74 oppgaver/styringsparametere. Dette er en reduksjon på 76 krav i forhold til 2013. Risikovurdering av målsettinger og oppgaver er utført av ansvarlige lederne og saksbehandlere etter en mal fra Helse Midt-Norge RHF.

Oppgavene vurderes ut fra sannsynlighet for og konsekvens av å ikke nå målet/løse oppgaven. Konsekvensdelen i risikovurderingen er i 2014 fastsatt av Helse Midt-Norge RHF. Lederne og saksbehandlere i Helse Nord-Trøndelag HF har vurdert sannsynligheten og dermed gitt uttrykk for risikoen.

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

Kravet fra Helse Midt-Norge RHF er at ved 1.tertialrapporteringen skal risikoen være vurdert og tiltak knyttet til oppgavene være registrert i matrisen. Pr 2.tertial skal en rapportere om hvilken grad av måloppnåelse igangsatte tiltak gir – alternativt hvilke nye tiltak som må iverksettes for å nå målet. Risiko skal igjen vurderes. Helse Nord-Trøndelag HF har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametere meldes til Helse Midt-Norge RHF når slike avvik blir kjent.

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

Antall oppgaver	Kritisk risiko (rød)	Høy/moderat risiko (gul)	Lav risiko (grønn)
74	6	44	24

Per 1.tertial 2014 er det totalt 6 mål og oppgaver som er vurdert til å ha kritisk risiko, og samtidig har nesten 60 % av oppgavene høy/moderat risiko. 30 av kravene vurderes allerede som oppfylt, mens det for 35 av kravene er igangsatt konkrete tiltak.

I vedlegg 1: Samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringskrav og rammer 2014 og foretaksmøteprotokoll finnes en full oversikt over alle oppgaver, som også er elektronisk tilgjengelig på [denne linken](#).

OPPSUMMERNG – 1. TERTIAL RAPPORT – STYRINGSKRAV OG RAMMER 2014

		Antall oppgaver	Kritisk risiko	Høy/moderat risiko	Lav risiko
1-2	Overordnede føringer, Tildeling av midler	5	2	1	2
3	Aktivitet	3	2	1	
4	Tilgjengelighet og brukerorientering	8	1	5	2
5	Kvalitet og pasientsikkerhet	19		13	6
6	Personell, utdanning og kompetanse	4		4	
7	Forskning og innovasjon	1		1	
8	Krav og rammer 2014	0			
9	Øvrige styringskrav 2014	22	1	14	7
10	Styringsparametre 2014	10		5	5
	Total styringskrav og rammer 2014	72	6	44	22
		100 %	8 %	61 %	31 %

Kommentarer til områder med kritisk risiko:

Pkt. 2.1 Tildeling av midler – Resultatkrav

Mål: Helse Nord-Trøndelag HF skal gå minimum 48,1 mill. kr i overskudd i 2014

Risikovurdering:

Konsekvens av at målet ikke nås/oppgaven ikke løses 5 (svært alvorlig)

Sannsynlighet av at målet ikke nås/oppgaven ikke løses 3 (moderat)

Helse Nord-Trøndelag HF's drift og budsjett for 2014 er lagt opp slik at resultatkravet skal nås. Det er i driftsopplegget for 2014 iverksatt effektiviseringstiltak for nesten 60 mill. kroner for å sikre måloppnåelse. Driften etter 4 måneder viser at foretaket er på god "kurs" til å innfri resultatkravet. Men det er noen usikre momenter knyttet til utvikling i aktivitet, bemanning og lønnsoppgjør.

Pkt. 2.4 Tildeling av midler – Investeringer

Mål: Helse Nord-Trøndelag HF skal sikre at årsresultatet og investeringer samlet ligger på et nivå som styrker foretakets egenkapital, og som tilfredsstiller eiers krav til reduksjon av driftskreditt.

Risikovurdering:

Konsekvens av at målet ikke nås/oppgaven ikke løses 5 (svært alvorlig)

Sannsynlighet av at målet ikke nås/oppgaven ikke løses 2 (liten)

Jf. eget punkt om krav til driftsresultat og eget punkt om krav til likviditet. Dette styringskravet berører begge disse kravene. Med et resultatkrav på 48,1 mill. kroner, er det lite sannsynlig at foretaket ikke vil få et resultat som vil styrke egenkapitalen. Foretaket har heller ikke hatt behov for driftskreditt siste år.

Pkt. 3.2 Aktivitet – Psykisk helsevern

Mål: (Budsjettet) aktivitet i antall PH-aktivitet i tråd med bestillingen

Risikovurdering:

Konsekvens av at målet ikke nås/oppgaven ikke løses	5 (svært alvorlig)
Sannsynlighet av at målet ikke nås/oppgaven ikke løses	2 (liten)

Den samlede PH-aktiviteten (BUP og VOP) ligger 0,6 % over planen ved utgangen av 1. tertial 2014. Bestillingen fra Helse Midt-Norge RHF er for 2014 154.516 PH-aktivitet. Planlagt nivå 2014 i Helse Nord-Trøndelag HF er noe høyere (155.712 PH-aktivitet) på grunn av høyere plantall på BUP enn bestillingen fra Helse Midt-Norge RHF. BUP har pr 1.tertial levert vel 2 % over plan, VOP likt plan. Rekruttering av behandlere er fortsatt en utfordring, både på BUP og innenfor leger/ass.leger område på VOP, men høyt volum i pasientbehandlingen innenfor eksisterende behandlerkapasitet gjør at man forventer å nå målene.

Pkt. 3.3 Aktivitet – Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Mål: (Budsjettet) aktivitet i antall TSB-aktivitet i tråd med bestillingen

Risikovurdering:

Konsekvens av at målet ikke nås/oppgaven ikke løses	5 (svært alvorlig)
Sannsynlighet av at målet ikke nås/oppgaven ikke løses	2 (liten)

TSB PH-aktivitet pr 1.tertial er på 97,8 %. Bestillingen fra Helse Midt-Norge RHF er for 2014 7.858 TSB-aktivitet. Planlagt nivå 2014 i Helse Nord-Trøndelag HF er i tråd med denne bestillingen. Selv om aktiviteten per 1. tertial er noe lavere enn plan, forventes det ved å ha fokus på høyt volum i pasientbehandling innenfor den eksisterende behandlerkapasitet å nå målet for året, selv om det er utfordringer i forhold til rekruttering av leger/ass.leger.

Pkt. 4.1 Tilgjengelighet og brukerorientering – Ventetid

Mål: Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager

Risikovurdering:

Konsekvens av at målet ikke nås/oppgaven ikke løses	5 (svært alvorlig)
Sannsynlighet av at målet ikke nås/oppgaven ikke løses	2 (liten)

Helse Midt-Norge RHF har mottatt handlingsplan fra Helse Nord-Trøndelag HF innen 1. mars 2014 og et oppfølgingsdokument 05.05.2014. Det er lagt opp til møter sykehus vis og dialog med hver enkelt avdeling i forlengelsen av dette. Regelverk og rutiner gjennomgås og avklaring av muligheter for forbedring klargjøres. Det er viktig å sikre oversikt og kontroll over ventelistene, og at alle arbeider for reduksjon av sine ventetider. Rutiner for kontakt med HELFO og for bruk av private alternativ skal være godt kjent i avdelingene.

Oversikt over status og tiltak presenteres på styremøter, foretaksledermøter og i dialogmøter med Helse Midt-Norge RHF.

Pkt. 9.22 Andre styringskrav 2014 – Innføring av ny multifunksjonsmonitor

Mål: Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra med nødvendige ressurser og kompetanse i prosjektet for innføring av ny multifunksjonsmonitor, slik at prosjektet når definerte mål som vil fremgå av

prosjektplanen. Hemit er koordinerende prosjektleder og prosjektet skal gjennomføres i nært samarbeid med Ambulanse Midt-Norge og sykehusforetakene.

Risikovurdering:

Konsekvens av at målet ikke nås/oppgaven ikke løses	3 (moderat)
Sannsynlighet av at målet ikke nås/oppgaven ikke løses	5 (svært stor)

Slik status er kjent for oss, har Helse Nord-Trøndelag HF til nå ikke vært involvert i prosjektet unntatt med representasjon i styringsgruppen. Det er innkalt til et møte 12. mai hvor det forventes avklaringer.

Etter at risikovurderingen i styringsmatrisen var lagt inn er konklusjon fra møte 12. mai at man har god kontroll, blant annet gjennom en prosjektplan i flere faser og representasjon av Helse Nord-Trøndelag i styringsgruppen for prosjektet. Disse momenter medfører at sannsynligheten for at målet kan nås øker betraktelig.

Kommentarer til enkelte områder med høy/moderat risiko.

Sammen med ventetid og bærekraftig økonomi er fristbrudd, pasientsikkerhet (alvorlige pasientskader) og reduksjon i avvik på arbeidstidsbestemmelsene områder som Helse Midt-Norge RHF vil følge opp særskilt i 2014 (fokus 2014) og som vil kreve et særskilt ledelsesmessig fokus på alle nivå i tjenesten. Disse områder er pr 1. tertial vurdert å ha høy/moderat risiko.

Pkt. 4.2 Tilgjengelighet og brukerorientering – Fristbrudd

Mål: Ingen fristbrudd

Risikovurdering:

Konsekvens av at målet ikke nås/oppgaven ikke løses	5 (svært alvorlig)
Sannsynlighet av at målet ikke nås/oppgaven ikke løses	1 (meget liten)

Tiltakene rettet mot fristbrudd og ventetid er i hovedsak de samme og bakt inn i samme handlingsplan som gjelder for ventetid (jf. pkt. 4.1)

Pkt. 5.3 Kvalitet og pasientsikkerhet – Alvorlige pasientskader

Mål: Redusere alvorlige pasientskader med 10 %, målt gjennom GTT resultater (alvorlighetsgrad F-I) i forhold til 2013.

Risikovurdering:

Konsekvens av at målet ikke nås/oppgaven ikke løses	5 (svært alvorlig)
Sannsynlighet av at målet ikke nås/oppgaven ikke løses	1 (meget liten)

Helse Nord-Trøndelag HF har gode tall for GTT og har etterhvert tall å sammenligne med over flere år, og har fått mye god tilbakemelding fra pasientsikkerhetsprogrammet nasjonalt for dette arbeidet. Bruk av GTT- målingene vil være en viktig del av forbedringsarbeidet og regelmessige rapporter om kvalitet og pasientsikkerhet.

Reduksjon i avvik på arbeidstidsbestemmelsene

Helse Nord-Trøndelag HF har ikke mottatt spesifikke oppdrag gjennom styringskrav og rammer eller foretaksprotokoll knyttet til reduksjon i avvik på arbeidstidsbestemmelsene. Vi velger å kommentere dette allikevel på grunn av at dette er ett av fokusområder for 2014.

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

OPPSUMMERING – 1. TERTIAL RAPPORT - FORETAKSPROTOKOLL

Nummerering	Foretaksprotokoll 2014	Antall oppgaver	Kritisk risiko	Høy/moderat risiko	Lav risiko
FP 4	Styringskrav og rammer				
FP 4.1	Styringskrav og rammer- rapportering iht vedlegg 1	1			1
FP 5	Endring i vedtektene				
FP 5.1	Endring i vedtektene - oppdatere vedtektene	1			1
	Total foretaksprotokoll	2	0	0	2
		100 %	0 %	0 %	100 %

Kommentarer til kravene i foretaksprotokoll

Helse Nord-Trøndelag HF rapporterer i forhold til vedlegg 1 Rapporteringskrav og årlig melding i foretaksmøteprotokoll av 13.02.2014.

Endringer i vedtektene er registrert i foretaksregisteret i Brønnøysundregistrene

OPPFØLGING I HELSE NORD-TRØNDELAG HF

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

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

Klinikkledere skal iverksette de tiltak som er beskrevet i budsjettopplegget for 2014. Om mulighetene for å gjennomføre tiltakene etter plan endrer seg, skal klinikkleder utarbeide forslag til alternative tiltak og etter avtale med administrerende direktør iverksette tiltak. Foretaksledelse og klinikkledelse møtes i dialogmøter for å utveksle informasjon og for å drøfte oppfølgingspunkter og tiltak.

DRØFTING

Administrerende direktør ser det som viktig at Helse Nord-Trøndelag HF har risikovurdert mål, styringsparametere og oppgaver i styringskrav og rammer for 2014 og foretaksmøteprotokoll av 13.02.2014, og at det blir satt krav om at det settes inn korrigerende tiltak for å redusere risikoen på de områdene måloppnåelse har alvorlige konsekvenser og virker minst sannsynlig å kunne oppnå. Gjennom styringsdialogen og regelmessige dialogmøter følger administrerende direktør opp overfor lederne i organisasjonen.

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

KONSEKVENSER/KONKLUSJON

Som det fremgår av denne styresaken har Helse Nord-Trøndelag HF identifisert 6 mål/oppgaver med kritisk risiko og 44 oppgaver med høy/moderat risiko i forhold til eiers samlede styringskrav gjennom styringskrav og rammer 2014 og foretaksmøteprotokoll av 13.02.2014.

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

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

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

Det etablerte gjennomgående styringssystemet i foretaket som innbefatter kravene både i styringskrav og rammer for 2014 og foretaksprotokoll, gir et godt grunnlag for administrerende direktørs oppfølging av styringskrav, mål og oppgaver for 2014.

Levanger, 10. juni 2014

Arne Flaatt
Adm.direktør
Sign.

Vedlegg 1 Samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringskrav og rammer 2014 og foretaksmøteprotokoll					
Nummerering	Styringskrav og rammer 2014	Antall oppgaver	Kritisk risiko	Høy/moderat risiko	Lav risiko
1-2	Overordnede føringer, Tildeling av midler				
2.1 - 2.2 - 2.3	Tildeling av midler - Resultatkrav	3	1		2
2.4	Tildeling av midler - Investeringer	1	1		
2.5	Tildeling av midler - Tiltaksrapportering	1		1	
3	Aktivitet				
3.1	Aktivitet - Somatikk	1		1	
3.2	Aktivitet - Psykisk helsevern	1	1		
3.3	Aktivitet - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TBS)	1	1		
4	Tilgjengelighet og brukerorientering				
4.1	Tilgjengelighet og brukerorientering - Gjenn ventetid	1	1		
4.2	Tilgjengelighet og brukerorientering - Ingen fristbrudd	1		1	
4.3 - 4.8	Tilgjengelighet og brukerorientering - Øvrige	6		4	2
5	Kvalitet og pasientsikkerhet	19		13	6
6	Personell, utdanning og kompetanse	4		4	
7	Forskning og innovasjon	1		1	
8	Krav og rammer 2014	0			
9	Øvrige styringskrav 2014				
9.1 - 9.2	Videreutvikling av nasjonalt samarbeid - bedre samordning på tvers av regionene innen eiendomsvirksomhet	2		1	1
9.3 - 9.5	Beredskap og sikkerhet	3		3	
9.7 - 9.9	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	3		3	
9.12 - 9.15	Logistikk og økonomiløsning (HMN LØ) og innkjøp	4		2	2
9.16	Integrering av ambulansetjenesten	1		1	
9.22	Innføring av ny multifunksjonsmonitor	1	1		
9 (diverse)	Øvrige	8		4	4
10	Styringsparametre 2014				
10.1	Styringsparametre 2014 - Tilgjengelighet og brukerorientering	1			1
10.2 - 10.10	Styringsparametre 2014 - Kvalitet og pasientsikkerhet	9		5	4
	Total styringskrav og rammer 2014	72	6	44	22
		100 %	8 %	61 %	31 %
Nummerering	Foretaksprotokoll 2014	Antall oppgaver	Kritisk risiko	Høy/moderat risiko	Lav risiko
FP 4	Styringskrav og rammer				
FP 4.1	Styringskrav og rammer- rapportering iht vedlegg 1	1			1
FP 5	Endring i vedtektene				
FP 5.1	Endring i vedtektene - oppdatere vedtektene	1			1
	Total foretaksprotokoll	2	0	0	2
		100 %	0 %	0 %	100 %
	Totalt styringskrav og rammer 2014 og foretaksprotokoll	74	6	44	24
		100 %	8 %	60 %	32 %

Vedlegg 1 Samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringskrav og rammer 2014 og foretaksmøteprotokoll				
Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
2.1	Tildeling av midler	Helse Nord-Trøndelag HF skal gå med minimum 48,1 mill. kroner i overskudd i 2014 (månedlig)	Igangsatt	HNTs drift og budsjett for 2014 er lagt opp slik at resultatkravet skal nås. Det er i driftsopplegget for 2014 iverksatt effektiviseringstiltak for nesten 60 mill kroner for å sikre måloppnåelse. Driften etter 3 måneder viser at foretaket er på god "kurs" til å innfri resultatkravet. Men det er noen usikre momenter knyttet til utvikling i aktivitet, bemanning og lønnsoppgjør.
2.2	Tildeling av midler	Raskere tilbake (månedlig)	Igangsatt	Det statlig finansierte tiltaket "Raskere tilbake" er etablert for å finansiere ekstraordinær aktivitet for å få pasienter som er sykmeldt, raskere tilbake i arbeid. I henhold til styringsdokument for 2014 er HNT tildelt 6,544 mill kroner til dette tiltaket i 2014. Det er lagt opp til god styring på disponering og bruk av tildelte midler. Etter 3 måneders drift er det benyttet 1,3 mill kroner av tildelt ramme.
2.3	Tildeling av midler	Kontantstrøm (tertiarvis)	Igangsatt	HNT hadde ikke behov for driftskreditt i 2013 og har heller ikke hatt behov for driftskreditt i 2014. Med god styring og kontroll på drift og investeringer forventes ikke behov for driftskreditt resten av året.
2.4	Tildeling av midler	Helse Nord-Trøndelag HF skal sikre at årsresultat og investeringer samlet ligger på et nivå som styrker foretakets egenkapital, og som tilfredsstiller eiers krav til reduksjon av driftskreditt (tertiarvis)	Igangsatt	Jf. eget punkt om krav til driftsresultat og eget punkt om krav til likviditet. Dette styringskravet berører begge disse kravene. Med et resultatkrav på 48,1 mill kroner, er det lite sannsynlig at foretaket ikke vil få et resultat som vil styrke egenkapitalen. Foretaket har heller ikke hatt behov for driftskreditt siste år.
2.5	Tildeling av midler	Helse Nord-Trøndelag HF skal rapportere på tiltak knyttet til manglende måloppnåelse/avvik på økonomi etter den til enhver tid gjeldende mal (månedlig)	Igangsatt	HNT har gode rutiner for sikker rapportering, og rapporterer i henhold til fastsatte skjema (ØBAK m.v.) og innen fastsatte frister. Dette gjelder særlig for styring av økonomi og aktivitet.
3.1	Aktivitet	(Budsjett) Aktivitet på ISF og polikliniske refusjoner er i tråd med bestillingen (månedlig)	JA	Aktivitet DRG-poeng produsert i eget foretak er 4,1% over plan ved utgangen av 1.tertiar. For polikliniske refusjoner (art 3221 og 323) er man 2,8% over planlagt nivå. Viser til rapportering i ØBAK og Statusrapport HF.
3.2	Aktivitet	Psykisk helsevern i tråd med bestillingen (tertiarvis)	JA	Den samlede PH-aktiviteten (BUP og VOP) ligger 0,6% over planen ved utgangen av tertiet. Viser til rapportering i ØBAK og statusrapport HF.
3.3	Aktivitet	TSB i tråd med bestillingen (tertiarvis)	JA	TSB PH-aktivitet pr 1.tertiar er på 97,8 %
4.1	Tilgjengelighet og brukerorientering	Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager. Styringsparameter (månedlig): Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten. o Benytte inngåtte avtaler med private leverandører for å redusere ventetidene. o Tilrettelegge for samarbeid med avtalespesialister om ventetider, pasientforløp og faglig utvikling. o Utarbeide og ha konkrete og gjennomførbare planer for å redusere ventetidene og unngå fristbrudd Rapporteres innen 1. mars 2014 Vedlegg: Utvikling styringsparameter	Igangsatt	HMN har mottatt handlingsplan fra HNT innen 1. mars 2014 og et oppfølgingsdokument 5.5.14. Det er lagt opp til møter sykehusvis og dialog med hver enkelt avdeling i forlengelsen av dette. Regelverk og rutiner gjennomgås og avklaring av muligheter for forbedring klargjøres, gode erfaringer deles. Sikre oversikt og kontroll over ventelistene. Alle arbeider for reduksjon av sine ventetider. Rutiner for kontakt med HELFO og for bruk av private alternativ skal være godt kjent i avdelingene. Oversikt over status og tiltak presenteres på styremøter, foretaksledermøter og i dialogmøter med RHF. Mars 2014: Gjennomsnittlig ventetid for alle avviklede pasienter: 73 dager.

Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
4.2	Tilgjengelighet og brukerorientering	Ingen fristbrudd. Styringsparameter (månedlig): Andel fristbrudd for rettighetspasienter (månedlig) Vedlegg: Utvikling styringsparameter	Igangsett	Jfr pkt 4.1. Tiltakene rettet mot fristbrudd og ventetid er i hovedsak de samme og bakt inn i samme handlingsplan. Mars 2014: Fristbrudd hos 3,40 % rettighetspasientene.
4.3	Tilgjengelighet og brukerorientering	Alle ventetider på frittsykehusvalg.no er oppdatert månedlig.	JA	Alle avdelinger har kontaktpersoner som jevnlig oppdaterer ventetider for sine avdelinger.
4.4	Tilgjengelighet og brukerorientering	80 % av kreftpasienter har startet behandling innen 20 dager fra mottatt henvisning. Styringsparametere (tertialvis): - Andel pasienter med tykktarmkreft som får behandling innen 20 virkedager - Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager - Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager Vedlegg: Utvikling styringsparameter	Igangsett	Tiltak rettes mot gode rutiner for mottak av og vurdering av henvisninger, god ventelistebehandling, nært samarbeid avdelingene i mellom, årvåkenhet undervegs i alle pasientforløp for å avdekke kreftfaresignaler. Kvaliteten på henvisningene er avgjørende for vurderingen initialt. Generelt korte ventetider vil også virke positivt på hvor godt en klarer 80%- målsettingen for kreftdiagnosene. Mistanke om alvorlig sykdom og avklaring av diagnose og behov for behandling, vil alltid være et prioritert område for spesialisthelsetjenesten. Fokus er også på rask og god videreformidling av pasienter som skal overføres pga funksjonsfordeling eller alvorlighetsgrad/ behandlingsbehov. HNT klarer målet på en av de tre kreftformene som inngår i de nasjonale målingene, kunngjort på Helsenorge.no 8.5.14: Tykktarmskreft HNT 50 % Lungekreft HNT 44 % Brystkreft HNT 89 %
4.5	Tilgjengelighet og brukerorientering	Det er gjennomført lokale pasienterfaringsundersøkelser på behandlingssnøvnivå, resultatene er offentliggjort på helseforetakenes nettsider og aktivt fulgt opp i tjenesten. (tertialvis)	NEI	Det er så langt i 2014 ikke gjennomført pasienterfaringsundersøkelser i HNT. Metode og gjennomføring er utprøvd ved noen enheter, og er tilgjengelig. Samarbeid mellom avdelingene og FoU.
4.6	Tilgjengelighet og brukerorientering	Det er etablert brukerstyrte plasser innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i alle helseforetak. (tertialvis)	JA	Begrepet brukerstyrte senger er ikke entydig definert I HNT har vi stor ambulant virksomhet og pasienter blir tilbudt innleggelse ved behov I tillegg finnes praksis med "rett inn liste" for pasienter med alvorlig psykisk lidelse som blir innlagt på dagen ved forverring og bruk av "åpen retur" avtaler.
4.7	Tilgjengelighet og brukerorientering	Det er etablert og implementert flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer for de ulike fagområdene og i tråd med regional metodikk. Kompetansebehov skal beskrives og en bedre oppgavedeling skal vurderes i dette arbeidet. St. Olavs Hospital HF tar en aktiv ledende rolle i utviklingen av regionale standardiserte pasientforløp. (tertialvis)	JA	Standardiserte pasientforløp i tråd med regionale retningslinjer, er metoden avdelingene skal bruke for å sikre beste praksis, god pasientsikkerhet og systematisere sine ressurser, fordele ansvar og følge opp pasienten på best mulig måte. Det skal også sikre god samhandling og gode vekslinger mot kommunehelsetjenestene og mellom ulike avdelinger, klinikker og mellom ulike HF. HNT er aktiv deltager i det regionale arbeidet og har utarbeidet og innført en rekke pasientforløp. Standardisering og strukturering får stadig sterkere fokus gjennom både Samhandlingsreform og arbeid med Regionalt IKT- prosjekt. Forløpene er tilgjengelig i vårt EQS- system og deler av dem mot publikum og samarbeidende parter gjennom våre nettsider. Forbedringsarbeidet som er startet vil også bygge mye på metoden for Standardiserte pasientforløp.
4.8	Tilgjengelighet og brukerorientering	Det er oppnevnt koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester. (tertialvis)	Igangsett	Koordinatorrollen er lovbestemt for noen pasientgrupper. Koordinerende enhet og avdelingens deltagere i arbeidsgruppen for koordinator har utarbeidet en overordnet retningslinjer, som avdelingene skal utarbeide egne tilpassede retningslinjer ut fra. I 2013 var koordinatorrollen fulgt opp mot flere avdelinger og rutinene gjennomgått. Noe usikkerhet er det fortsatt etter omgjøring fra rutinen med pasientansvarlig lege og- sykepleier og overgangen til koordinatorrollen.

Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
5. 1	Kvalitet og pasientsikkerhet	Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker inngår som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i ledelseslinjen. Herunder også videre bruk av GTT og pasientsikkerhetskulturmålinger (tertialvis)	JA	Gjennomføres og arbeidet styrkes gjennom Forbedringsarbeidet.
5. 2	Kvalitet og pasientsikkerhet	Deltakelse i utforming og gjennomføring av regionalt program for kvalitet og pasientsikkerhet. (tertialvis)	JA	HNT er aktiv deltager regionalt og i HNT er det Forbedringsprogrammet som samler de ulike delene av dette arbeidet.
5. 3	Kvalitet og pasientsikkerhet	Redusere alvorlige pasientskader med 10 pst, målt gjennom GTT resultater (alvorlighetsgrad F-I) ift. 2013. Styringsparametere (tertialvis): Antall alvorlige pasientskader GTT (alvorlighetsgrad F-I) Vedlegg: utvikling styringsparameter	Igangsett	HNT har gode tall for GTT og har etter hvert tall å sammenligne med over flere år, og har fått mye god tilbakemelding fra Pasientsikkerhetsprogrammet nasjonalt for dette arbeidet. Realismen i målsettingen med 10 % reduksjon av de alvorligste pasientskadene målt ved GTT- metoden, er diskutert og tatt opp i ulike sammenhenger og kommenters ikke videre her. Bruk av GTT- målingene vil være en viktig del av Forbedringsarbeidet og regelmessige rapporter om kvalitet og pasientsikkerhet.
5. 4	Kvalitet og pasientsikkerhet	GTT resultater, meldinger til Kunnskapssenteret (§ 3 – 3 meldinger), varsel til Helsetilsynet, medhold i NPE-saker, resultater fra egne gjennomførte hendelsesanalyser og komplikasjonsdata fra relevante kvalitetsregistre benyttes for å identifisere pasientsikkerhetsmessige problemområder, samt for å identifisere tiltak som kan hindre gjentakelser av uønskede hendelser med alvorlig	JA	Arbeidet er i ferd med å systematiseres, ansvar fordeles og presentasjon av ulike deler av dette arbeidet legges frem i styremøter, dialogmøter og Foretaksledermøter. Del av Forbedringsarbeidet i HNT.
5. 5	Kvalitet og pasientsikkerhet	Pasientsikkerhet inngår som fast punkt på agendaen i styremøter og ledermøter på alle nivå.(tertialvis)	JA	Gjennomføres.
5. 6	Kvalitet og pasientsikkerhet	Kvalitetssikring av legemiddelbruk ved økt bruk av klinisk farmasi i samarbeid med sykehusapoteket. Integrated Medicines Management (IMM) skal benyttes som metode. Sikre gode læringsløyper ved kompetanseoverføring til pasienter og samarbeidende helsepersonell. (tertialvis)	Igangsett	HNT har gjennomført bruk av klinisk farmasi og IMM som metode i noen avdelinger. Det er svært gode erfaringer med dette. Ønske fra mange avdelinger om å bli med på dette. Innføring av IMM er ikke gjennomført godt nok enda og parallelt med dette arbeidet arbeides det med å få på plass gode rutiner i tråd med legemiddelhåndteringsforskriften. Arbeidet er høgt prioritert som del av Forbedringsarbeidet og pasientsikkerhetsprogrammet. Sykehusapotekene gjør en stor innsats i arbeidet med dette og har utdannet flere kliniske farmasøyter for å kunne støtte HNT i dette arbeidet.
5. 7	Kvalitet og pasientsikkerhet	Bidra til en samordnet utvikling av kvalitetsdokumentasjons-systemet (EQS), for å styrke muligheten for informasjons-utveksling og utviklingsarbeid på tvers i regionen. (tertialvis)	JA	Viktig kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid og del av arbeidet med både pasientforløp og Forbedringsarbeid. Viktig del av Regional IKT- prosjekt. HNT er aktiv deltager i bruk av og utvikling av EQS.
5. 8	Kvalitet og pasientsikkerhet	Helseforetakene skal bidra til å lære av hverandre ved å dele erfaringer og kunnskap fra utviklings- og forbedringsarbeid. (tertialvis)	JA	Gjennom Fagledernetverk, standardiserte pasientforløp, regionalt pasientsikkerhetsprogram og aktiv deltagelse i ulike regionale samarbeidsgrupper, er HNT aktivt med i dette.
5. 9	Kvalitet og pasientsikkerhet	Kvalitetsindikatorer og ventetider som rapporteres til Helsedirektoratet, inkludert til fritt sykehusvalg, er rapportert på sykehusnivå. (tertialvis)	JA	Dette inngår som del av rapporteringen og publiseringen i hvert styremøte, Foretaksledermøte og i dialogmøte med RHF'et.
5.10	Kvalitet og pasientsikkerhet	Medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status benyttes til regelmessig evaluering av klinisk praksis, systematisk forbedringsarbeid og forskning (tertialvis)	JA	Forskningsaktiviteten i HNT er god og stor i fht sykehusstørrelsene. Nasjonale kvalitetsregistre er viktig som informasjonskilde. FoU har ansvar i kontroll og oppfølging av vår deltagelse. Noen registre krever svært mye arbeid i registrering, det er imidlertid stor vilje til å bidra i HNT.
5.11	Kvalitet og pasientsikkerhet	Leverer data til alle medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status (tertialvis)	JA	Data/ analyseavdelingen sikrer gjennomføring av dette.

Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
5.12	Kvalitet og pasientsikkerhet	Det er lagt til rette for en enhetlig og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Der det er naturlig skal det skje i samarbeid med kommunene (tertiarvis)	Igangsatt	Jfr punktene om standardiserte pasientforløp. Nye metoder og tilhørende utstyr kommer som del av forskning og innovasjon, og kost-/ nytte- vurderinger skal gjennomføres i samarbeid med RHF'et og samarbeidende helsetjenester før innføring/ anskaffelse. Personell i HNT er opplært i bruk av metoden, klinikkene har fått informasjon om krav til bruk av denne. Pr dd ingen aktiv minimetode- vurdering igangsatt. jfr pkt 10.8.
5.13	Kvalitet og pasientsikkerhet	Støtte opp om kommunenes arbeid med å etablere øyeblikkelig hjelp døgntilbud.(tertiarvis)	Igangsatt	Det er inngått avtaler med de fleste kommunene med unntak av: Namsos, Namdalseid, Flatanger, Osen, Grong, Lierne, Namsskogan, Røyrvik og Høylandet. Det er enda usikkert hvor mange kommuner som får godkjenning for oppstart i 2014. HNT er involvert i planlegging av et slikt tilbud for kommunene Namsos, Flatanger, Namdalseid og Osen.
5.14	Kvalitet og pasientsikkerhet	Det er lagt fram en styresak som belyser konsekvenser av samhandlingsreformens innvirkning på foretakets organisering og drift Rapporteres innen 1.juni 2014	Igangsatt	Det forberedes en styresak til styremøte i juni.
5.15	Kvalitet og pasientsikkerhet	Det er høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Det legges til grunn at veksten innen psykisk helsevern skjer ved DPS og innenfor psykisk helsevern for barn og unge . o DPS skal bygges ut og utrustes til å ta ansvar for gode akuttjenester gjennom døgnet, ambulante tjenester, poliklinikk og døgntilbud, slik at befolkningens behov for vanlige spesialisthelsetjenester er dekket. o Veksten måles blant annet gjennom endring i kostnader, ventetid og aktivitet. o Ved rapportering på måloppnåelse kan det tas hensyn til lokale forhold vedrørende formålstjenlig organisering av tjenestene	Igangsatt	HNT har sykehus avdelinger med DPS funksjoner i Namsos og Levanger i tillegg til DPS Kolvereid og DPS Stjørdal Det rapporteres i hht dette
5.16	Kvalitet og pasientsikkerhet	Ambulante tjenester innen rusfeltet styrkes og prosedyrer etableres for å redusere antall dropouts for rusmiddelavhengige i HMN. (tertiarvis)	Igangsatt	Ambulant virksomhet en del av poliklinikkdrift Det pågår et regionalt arbeid med å forebygge dropouts. HNT deltar i arbeidet.
5.17	Kvalitet og pasientsikkerhet	Etablere henvisningsadresse for Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB). Frist 1. tertial 2014	JA	henvisningsadresse for TSB er etablert
5.18	Kvalitet og pasientsikkerhet	Andel årsverk DPS har økt i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus. (tertiarvis) Styringsparameter (årlig): Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus. Vedlegg: utvikling styringsparameter	Igangsatt	Psykiatrisk klinikk har i løpet av 2013, i samarbeid med Data og analyse avdelingen HNT, gjennomført et arbeid med å fordele personellressurser etter fordeling 60/40. Dette arbeidet er nå fullført og det er et behov for en tid for erfaringsinnhenting. All planlagt økning av personellressurser er planlagt å legges til DPS-strukturen.
5.19	Kvalitet og pasientsikkerhet	Andel tvangsinnleggelser for helseregionen er redusert med 5 % sammenliknet med 2013. (tertiarvis) Styringsparameter (årlig): Andel tvangsinnleggelser (antall per 1000 innbyggere i helseregionen) Vedlegg: utvikling styringsparameter	JA	Pr 1.tertiar er det registrert en nedgang på bruk av tvang sammenliknet med 2013. Observasjon (§3-2): 17 tilfeller 2013, 12 tilfeller 2014Tvangsbehandling (§3-3): 34 tilfeller 2013, 36 tilfeller 2014 Tallene er så små at små endringer gjør store utslag.

Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
6.1	Personell, utdanning og kompetanse	Gjennomføre analyser og utarbeide planer for rekruttering og videreutvikling av medarbeidere i tråd med behovene på kort og lang sikt.. Særlig innsats må rettes mot behovet for spesialisert kompetanse, både individuelt og i team, for å sikre gode tjenestetilbud. (tertialvis)	Igangsatt	Klinikkene og stabsavdelingene gjennomfører egne analyser. På HF- nivå er det samarbeid mellom HR og Fagavdelingen, Samhandlingsavdelingen og kommunikasjonsavdelingen om dette. Rekrutteringsarbeidet er en viktig del av det, og analyser både på HF og på RHF- nivå utarbeides til bruk i dette.
6.2	Personell, utdanning og kompetanse	Tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, også innenfor den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin som ventes godkjent i 2014. (tertialvis)	Igangsatt	Nok LIS- stillinger i forhold til behov for snarlige og mer fremtidige behov for ulike spesialister, er viktig for våre sykehus sin evne til å sikre god rekruttering. I nevrologi, ulike subspecialiteter i medisinske klinikker, kirurgi/ ortopedi, onkologi, anestesi, radiologi, gyn/ føde, BUP og pediatri, sliter alle med tilstrekkelig antall LIS. Det er god søkning, slik at det er mulig å få nok leger. Behovet er klarlagt, vurderingene i klinikkene går på når det er riktig å prioritere dette i fht spesialistlegestillinger og behov for annet fagpersonell. For spesialiteten Rus/ Avhengighetsmedisin har HNT gitt høringsuttalelse i fht ny spesialitet og understreket nødvendigheten av tett knytning til psykiatrispesialiteten for å kunne klare å skape kvalitet og gode fagmiljø. Dette følges opp mot RHF'et og nasjonalt.
6.3	Personell, utdanning og kompetanse	Redusere omfanget av midlertidige stillinger i helseforetakene. (tertialvis)	Igangsatt	I henhold til Arbeidsmiljølovens § 14-9 er midlertidig ansettelser i hovedsak benyttet som navngitte reelle vikariater. Utviklingen i bruken av midlertidige stillinger fra 1. tertial i 2012 til 1. tertial i 2014 viser følgende: 1. tertial 2012: 18,5% av totale årsverk er midl tilsetninger 1. tertial 2013: 18,2% av totale årsverk er midl tilsetninger 1. tertial 2014: 15,5% av totale årsverk er midl tilsetninger Den positive trenden er nok ikke en konsekvens av at det er arbeidet spesielt med denne utfordringen. Årsaken ligger nok heller i at det bl.a. er jobbet med heltid/deltid, samt at det i perioden har vært 'ansettelsesstopp' på enkelte områder. Det er ikke fastsatt noe måltall for dette pkt. HR-avdelingene vil fokusere på utfordringen fremover, og ser at arbeidet med ressursenheter vil være en av innfallsvinklene. En annen innfallsvinkel kan være bruk av faste rekrutteringsstillinger (trainee) for sykepleiere. Her foreligger det bl.a. en søknad til HMN om prosjektmidler til tiltaket.
6.4	Personell, utdanning og kompetanse	Arbeidsprosesser knyttet til personalforvaltning skal standardiseres og effektiviseres. (tertialvis)	Igangsatt	Standardisering og forbedring av arbeidsprosesser innenfor HR-området er et prioritert område. Eksempler på slik standardisering er bl.a.:TilsettingsprosessenRetningslinjer for areidet med reduksjon av deltidsstillingerOmstillingsprosessenÅrlig revidering av opplæringsplanerHNT som en inkluderende arbeidsplassEtablering av seniorpolitisk plan Eksempel på standardisering som er under arbeid er bl.a.:Ressursstyring som innbefatter arbeidstidsplan, bemanningsplanlegging, ressursenheter og avvik på arbeidstidsbestemmelsene. Nye verktøy utviklet og under utvikling som ledd i forbedringsarbeide tas fortløpende i bruk, og da nevnes:FraværsmøduBierverv

Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
7.1	Forskning og innovasjon	De regionale helseforetakene har i samarbeid initiert minst 3 nye kliniske multisenterstudier på biotilsvarende legemidler, ME (rituximab) og føflekkreft (ipilimumab) gjennom NorCRIN nettverket eller Nordic Trial Alliance i 2014. Helseforetak som har relevante pasientgrupper skal delta i studiene (tertialvis)	JA	Ikke aktuelt for HNT, skal rapporteres på RHF- nivå.
9. 1	Andre styringskrav 2014 - Videreutvikling av nasjonalt samarbeid – bedre samordning på tvers av regionene innen eiendomsvirksomhet	Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i arbeidet med å etablere et felles eid helseforetak for samordning av eiendomsområdet (tertialvis)	NEI	Tore Westerheim er vår deltaker her
9. 2	Andre styringskrav 2014 - Videreutvikling av nasjonalt samarbeid – bedre samordning på tvers av regionene innen eiendomsvirksomhet	Helse Nord-Trøndelag HF skal: før etableringen av det nasjonale helseforetaket benytte den regionale kompetanseenheten Helsebygg Midt-Norge i planlegging og gjennomføring av byggetiltak større enn 30 mill. kr og ved tiltak som krever særlig spisskompetanse. Når det nasjonale helseforetaket er etablert skal dette foretaket benyttes. (tertialvis)	NEI	ok. tas til etterretning.
9. 3	Andre styringskrav 2014 - Beredskap og sikkerhet	Helse Nord-Trøndelag skal ha: Etablert beredskap for kritisk infrastruktur, bl.a. vann, strøm, IKT, legemidler (tertialvis)	JA	Kravene i tråd med Helsedirektoratets brev av 29.mai 2013 er gjennomgått og iverksatt så langt det er mulig. Nødstrøm/Reservestrøm, manuelle rutiner ved IKT-svikt. Vann mot kommuner og legemidler mot Sykehusapotekenes HF.
9. 4	Andre styringskrav 2014 - Beredskap og sikkerhet	Helse Nord-Trøndelag skal ha etablert sikringstiltak i tråd med sikkerhetsloven, bl.a. objektsikkerhetsforskriften (tertialvis)	Igangsatt	Det er ikke kjent hvilke objekter HOD har utpekt som skjermingsverdige i helseforetaket, jf.Sikkerhetsloven. Aktuelt er tilgangen til foretakets IKT systemer som er tilgangsstyrt gjennom Hemit. Når det gjelder mange av de andre objekter er disse underlagt tilsyn fra offentlige myndigheter.
9. 5	Andre styringskrav 2014 - Beredskap og sikkerhet	Helse Nord-Trøndelag skal ha ferdigstilt oppfølgingstiltak for spesialisthelsetjenesten etter 22. juli 2011 innen 31. desember 2014 (tertialvis)	Igangsatt	Helseforetaket har registrert og kartlagt helsepersonell i Helsecim. Det er etablert varslingslister og situasjonsrapportering internt i foretaket. Det er videre etablert varsling og situasjonsrapportering mellom de ulike foretak internt i HMN RHF og mellom HNT HF og HMN RHF.
9. 6	Andre styringskrav 2014 -Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven	Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i arbeidet med å utvikle bedre systemstøtte for pasientrettigheter på tvers av virksomheter og IKT-systemer, herunder elektroniske henvisninger mellom helseforetak (tertialvis)	JA	HNT bidrar aktivt i dette arbeidet.
9. 7	Andre styringskrav 2014 - Informasjonsteknologi og digitale tjenester (ehelse)	Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i arbeidet mot visjonen om én innbygger - én journal. Samtidig skal det legges vekt på å fullføre igangsatte tiltak. (tertialvis)	JA	HNT deltar aktivt med mange aktive representanter i det regionale IKT- arbeidet.

Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
9. 8	Andre styringskrav 2014 - Informasjonsteknologi og digitale tjenester (ehelse)	Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i å gjennomføre arbeidet på IKT-området som følger av vedtatt IKT-strategi (sak 82/12) og vedtatt handlingsplan (sak 53/13) (tertialvis)	JA	Regionalt har HNT utpekt tre representanter i forprosjektet for anskaffelse av ny pasientjournal, som svar på henvendelsen fra HMN vedr. «Deltagelse i regionale prosjekter og programmer knyttet til gjennomføring av IKT handlingsplan – programområde 1, Pasientbehandling og Samhandling» Lokalt i eget HF jobbes det med å forankre pågående regionale programmer og prosjekter og som skal innføres lokalt. Dette gjelder i første rekke Medlingsløftet, LØ og e-resept og som en nå jobbes med å få på plass lokale styringsgrupper for. Videre jobbes det også med å styrke bemanningen og kompetansen på EPJ siden i foretaket ved at det tilsettes 3,5 stillinger som EPJ-rådgivere i løpet av 2014. Dette skal styrke foretaket sin stilling på området også i forholdet til innføringen av den nye pasientjournalen når den kommer. Det er også utpekt tre representanter fra HNT for deltakelse i det regionale LØ-prosjektet.
9. 9	Andre styringskrav 2014 - Informasjonsteknologi og digitale tjenester (ehelse)	Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i arbeidet med nytt PAS/EPJ i regionen, bl.a. med å avgi nødvendig personell (tertialvis)	JA	Regionalt har Helse Nord-Trøndelag utpekt tre representanter til forprosjektet for anskaffelse av ny pasientjournal. Disse er: Fagsjef Paul Gerog Skogen Overlege Paul Fuglesang Avdelingsleder Åsmund Bang
9.10	Andre styringskrav 2014 - Teknologiskifte i Telenor	Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i arbeidet med risiko-og sårbarhetsanalyse for å forberede mulig standardisering av telefoni på ny plattform i Helse Midt-Norge (tertialvis)	NEI	Ok, ressurser avsettes
9.11	Andre styringskrav 2014 - Utvikling av nødmeldetjenesten	Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra til videre utbygging av Nødnett i tråd med endringene i revidert styringsdokument for innføringsprosjektet, fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 11. november 2013 (tertialvis)	Igangsatt	*Lokal prosjektorganisasjon etablert og i drift med ukentlige møter *HNT følger HDOs fremdriftsplan og rapporterer grønt på alle oppgaver pr primo mai. * ROS-analyse gjennomført primo mai. *Nytt teknisk rom er klartgjort * Ny AMK er under ombygging *Gjennomført endring i pasientflyt i akuttmottak. Samarbeid med mottagende avdelinger er etablert. * Ukentlig info.bulletin i forb. med ombygging
9.12	Andre styringskrav 2014 - Logistikk og økonomiløsning (HMN LØ) og innkjøp	Helse Nord-Trøndelag HF skal etablere lokale innføringsprosjekt med tilstrekkelige kvalifiserte ressurser. Oppgavene til de lokale innføringsprosjektene er relatert til implementering og idriftsetting av nytt LØ-system, samt realisering av gevinster som følge av dette. En konkretisering av oppgavene vil bli gitt i eget brev. (tertialvis) Frist for etablering: se eget brev	Igangsatt	Prosjektleder tilsatt + søkt etter 1,5 stilling internt til som skal bidra Styringsgruppe LØ etablert i HNT (Tormod Gilber, Kjetil Aglen, Rune MOdell (I), Jan kjøren + deltaker fra HMN Bjørn Albrigtsen)
9.13	Andre styringskrav 2014 - Logistikk og økonomiløsning (HMN LØ) og innkjøp	Helse Nord-Trøndelag HF skal bruke konkurranse gjennomføringsverktøy (KGV) i anskaffelsesprosesser (tertialvis)	JA	Vi har brukt det fler år
9.14	Andre styringskrav 2014 - Logistikk og økonomiløsning (HMN LØ) og innkjøp	Helse Nord-Trøndelag HF skal registrere avtaler i regional innkjøpsportal (tertialvis)	Igangsatt	Har lagt inn de fleste avtaler, men ikke med master data.
9.15	Andre styringskrav 2014 - Logistikk og økonomiløsning (HMN LØ) og innkjøp	Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for at innkjøp skjer i henhold til inngåtte avtaler. (tertialvis)	Igangsatt	Oppfordring til avdelinger om at Forsyning skaffer varene.

Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
9.16	Andre styringskrav 2014 - Integrering av ambulansetjenesten	Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra med nødvendige ressurser og kompetanse i forprosjektet og overføringsprosjektet for å sikre en åpen og involverende prosess som ivaretar både ansatte og ledere og som bidrar til at prosjektene når definerte mål som vil fremgå av prosjektplanene. (tertialvis)	Igangsatt	* HNT har deltatt i Forprosjektet. Forprosjektets rapport behandles i styret i HNT i mai. *HNT har besluttet organisasjonsendring ved at det etableres Prehospital klinikk som omfatter Ambulanse, AMK og Pasientreiser. * Tilsetting av klinikkleder i prosess *Prosjektleder og medlemmer i alle delprosjekter er utnevnt * HNT følger fremdriftsplan i.h.t. regional prosjektplan Tidlig fase å konkludere i forhold til risiko. HNT følger særlig med på AMN tilpasninger til budsjett i 2014 i forhold til ambulansestructur og økonomisk risiko for HNT i forhold til 2015.
9.17	Andre styringskrav 2014 - Deltakelse i nasjonale og regionale utredninger og prosjekter	Helse Nord-Trøndelag HF skal delta med fagfolk i arbeidet med nasjonale og regionale utredninger og prosjekter. Helse Midt-Norge RHF har et ansvar for at deltakelse og avgivelse av ressurser i slike tilfeller blir fordelt på de ulike helseforetak ut fra størrelse og faglig kompetanse. Frikjøp skjer iht. regional policy. (tertialvis)	JA	Så langt har Helse Nord-Trøndelag maktet å avstå de ressursene som det er bedt om til nasjonale og regionale prosjekter, men det sier seg selv at det er krevende å måtte avstå det omfanget av personellressurser som det er bedt om. Mange av de som deltar fra HNT, ivaretar sentrale roller ellers i foretaket. Selv om de "frikjøpes" langt på vei, er det utfordrende å få erstattet den kompetanse og innsikt de besitter på kort sikt.
9.18	Andre styringskrav 2014 - Kostnader på pasientnivå (KPP)	Helse Nord-Trøndelag HF skal delta i strategiprosessen og arbeidet med utvikling og implementering av KPP i eget foretak. (tertialvis)	JA	Helse Nord-Trøndelag HF deltar i strategiprosessen og skal lede prosjektet som skal etableres knyttet til Helhetlig virksomhetsstyring og KPP (kostnad pr pasient)
9.19	Andre styringskrav 2014 - Laboratoriekodeverk	Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra med nødvendige ressurser og støtte opp om dette arbeidet slik at implementeringen blir gjennomført innen fristen. (tertialvis)	Igangsatt	HNT stiller med IKT-koordinator i det regionale prosjektet som skal igangsette nytt laboratoriekodeverk
9.20	Andre styringskrav 2014 - Miljø og klima	Helse Nord-Trøndelag HF skal gjøre seg kjent med rapporten fra delprosjektet «Bygg og miljø» samt styresak 88/13 og legger til grunn de føringer og tiltak som følger av delrapporten og styresaken i arbeidet med eiendomsforvaltning. Frist 1. tertial 2014	NEI	Rapporten legges til grunn ved arbeide med eiendomsforvaltningen
9.21	Andre styringskrav 2014 - Regional utviklingsplan	Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i arbeidet med å etablere en regional utviklingsplan i Helse Midt-Norge. (tertialvis)	Igangsatt	Det er avholdt møte med representanter fra RHF den 5. mai angående arbeidet med den regionale utviklingsplanen. Videre bidrag fra HF'et vil bli avklart senere.
9.22	Andre styringskrav 2014 - Innføring av ny multifunksjonsmonitor	Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra med nødvendige ressurser og kompetanse i prosjektet for innføring av ny multifunksjonsmonitor, slik at prosjektet når definerte mål som vil fremgå av prosjektplanen. HNT er koordinerende prosjektleder og prosjektet skal gjennomføres i nært samarbeid med Ambulanse Midt-Norge HF og sykehusforetakene. (tertialvis)	NEI	Slik status er kjent for oss, har HNT til nå ikke vært involvert i prosjektet unnatt med representasjon i styringsgruppen. Det er innkallt til et møte 12 mai hvor det forventes avklaringer.
10. 1	Styringsparameter Tilgjengelighet og brukerorientering	Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus (årlig). Vedlegg: utvikling styringsparameter	JA	Resultatene av PASOPP- undersøkelsene kunngjort. Gode resultater for HNT der vi skårer over gjennomsnittet på alle parameter.
10. 2	Styringsparameter Kvalitet og pasientsikkerhet	30 dagers totaloverlevelse (årlig). Vedlegg: utvikling styringsparameter	NEI	Ikke tall tilgjengelig for 2013 pr dd.
10. 3	Styringsparameter Kvalitet og pasientsikkerhet	Sykehusinfeksjoner (2 ganger årlig) Vedlegg: utvikling styringsparameter	Igangsatt	Gjennomføring av NOIS- registrering og oppfølging av prevalensrapportering, gjøres på begge sykehus. Tall ikke tilgjengelig ved rapporteringstidspunktet.

Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
10. 4	Styringsparameter Kvalitet og pasientsikkerhet	Andel reinnleggelser innen 30 dager av eldre pasienter (årlig). Vedlegg: utvikling styringsparameter	NEI	Rapportert i årligmelding
10. 5	Styringsparameter Kvalitet og pasientsikkerhet	Andel pasienter 18-80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse (tertiær). Vedlegg: utvikling styringsparameter	NEI	HNT sine to sykehus ligger begge lavt på denne parameteren, Namsos litt høyere enn Levanger, og det har vært en positiv utvikling for 2013 med 7,8 % i 1. tertial og 9,4 % i 2. tertial 2013. For 3.tertiær er det 3,4 %. Det er et betydelig arbeid som skal gjøres for å sikre god gjennomføring av dette, og det er iverksatt ulike tiltak: Nasjonale kampanjer er iverksatt, og HNT deltar i disse. Pasientsikkerhetsprogrammet har også tiltakspakke for hjerneslag som følges opp. Rutiner gjennomgås, standardisert pasientforløp er på plass i samarbeid med kommunene.
10. 6	Styringsparameter Kvalitet og pasientsikkerhet	Antall hendelsesanalyser / årsaksanalyser utført ved alvorlige pasientskader (årlig). Vedlegg: utvikling styringsparameter	Igangsett	Hendelsesanalyser vil bli utført som del av oppfølging av varsel til Statens Helsetilsyn etter sphtl § 3-3a, etter NPE saker med utbetalingskrav og ved klagesaker der HNT eller ansatte i HNT får brudd på helseovgivningen som konklusjon. Det er også aktuelt å gjennomføre hendelsesanalyser som ledd i oppfølgingen av hovedstasjonsområdene for Pasientsikkerhetsprogrammet. Opplæring i metode og gjennomføring av analysene gjøres i samarbeid mellom klinikk og stab.
10. 7	Styringsparameter Kvalitet og pasientsikkerhet	Antall beslutninger i samarbeid mellom de regionale helseforetakene om å innføre eller ikke innføre en ny metode, jf. nasjonale metodevurderinger i system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten (årlig). Vedlegg: utvikling styringsparameter	Igangsett	Jfr 5.12. og 10.8. Rapportert årlig fra RHF.
10. 8	Styringsparameter Kvalitet og pasientsikkerhet	Antall gjennomførte mini metodevurderinger som er sendt til Kunnskapscenterets database (årlig). Vedlegg: utvikling styringsparameter	Igangsett	Mini metodevurdering er kjent som metode i organisasjonen og kravene om når denne skal brukes er kjent. Pr i dag ingen aktive prosesser i gang. Jfr også pkt 5.12.
10. 9	Styringsparameter Kvalitet og pasientsikkerhet	Fastlegers vurdering av distriktpsykiatriske sentre (årlig). Vedlegg: utvikling styringsparameter	Igangsett	Deltar i Kunnskapscenterets undersøkelser om fastlegers vurdering av DPS
10.10	Styringsparameter Kvalitet og pasientsikkerhet	Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (årlig). Vedlegg: utvikling styringsparameter	JA	Har kontinuerlig måling av brukertilfredshet i Avdeling for rus og avhengighet (ARA) døgn.
FP 4.1	Styringskrav og rammer	Helseforetaket skal rapportere i forhold til Vedlegg 1 Rapporteringskrav og årlig melding i foretaksprotokoll av 13.02.14	JA	Helseforetaket rapporterer i forhold til vedlegg 1 Rapporterings-krav og årlig melding i foretaksprotokoll av 13.02.14.
FP 5.1	Endringer i vedtektene	Helse Nord-Trøndelag HF skal oppdatere sine vedtekter og sende lovpålagt melding til Brønnøysundregistrene med kopi til Helse Midt-Norge RHF. Frist: innen 1.april 2014.	JA	Endringer i vedtektene er registrert i foretaksregisteret i Brønnøysundregistrene 7. april 2014

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 25/2014 Driftsrapport april 2014

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	16. juni 2014	25/2014
Saksbeh:	Tormod Gilberg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2014/1963	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING

Styret tar driftsrapporten for april 2014 til etterretning.

.

SAKSUTREDNING:

Sak 25/2014 Driftsrapport april 2014

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

Utrykte vedlegg i saksmappen

SAMMENDRAG

Foretakets resultat viser siste måned et positivt avvik i forhold til vedtatt budsjett på 1,1 mill kroner og hittil i år et positivt avvik på 3,7 mill kroner. Dette viser at foretaket er «i rute» i forhold til fastsatt økonomisk resultatmål for 2014, selv om det etter hvert avdekkes enkelte avvik for noen av foretakets klinikker.

Foretakets DRG-aktivitet varierer noe fra måned til måned og i forhold til det som er planlagt for den enkelte måneden. I akkumulerte aktivitetstall utjevnes disse svingningene noe.

Akkumulert (DRG-) aktivitet er hittil i år om lag 4 % over planlagt aktivitet i de somatiske avdelingene. Periodisering av årets planlagte aktivitet viser at det kan bli noe svikt mot slutten av året. Årets DRG-aktivitet prognostiseres å bli om lag på nivå med HMNs aktivitetsbestilling til HNT.

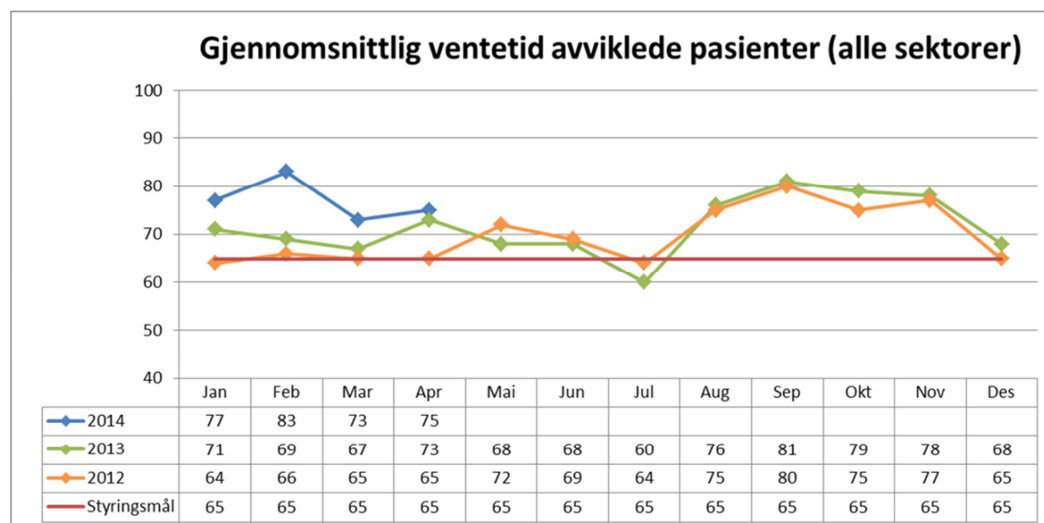
Aktiviteten i de psykiatriske avdelingene og innen rusbehandling er omtrent på nivå med som er forventet i styringsdokumentet fra HMN. I samsvar med fastsatte retningslinjer har det vært størst økning i den polikliniske aktiviteten.

For rapporterte kvalitetsindikatorer var det god måloppnåelse for gjennomsnittlig ventetid pr. 31.12.13 og tilnærmet måloppnåelse i forhold til å fjerne fristbrudd. Etter en økning i disse indikatorene i begynnelsen av året, er det siste måned små endringer i gjennomsnittlig ventetid og i andel fristbrudd.

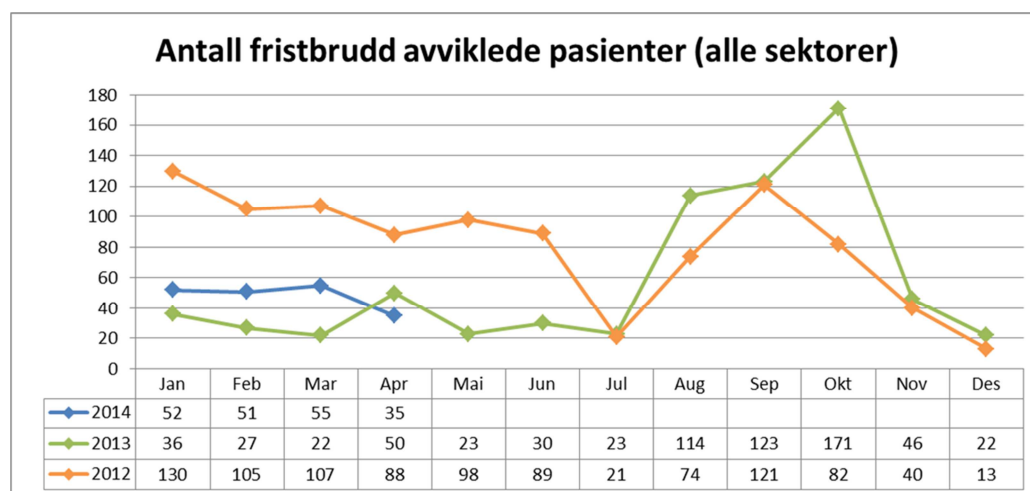
HNT prognostiserer et årsresultat for 2014 på 48,1 mill kroner, dvs. i samsvar med fastsatt resultatmål fra eier.

1. PASIENTBEHANDLING

1.1 Ventetider



1.2 Fristbrudd



Det er betydelig fokus på å redusere ventetider og å fjerne fristbrudd for rettighetspasienter. Dette har gitt resultater. Ved utgangen av 2013 nådde foretaket nesten målsettingen om gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter på 65 dager. Foretaket hadde ved årsskiftet også svært få pasienter med fristbrudd. Andel fristbrudd for avviklede pasienter var ved utgangen av 2013 på 0,7 %, mens gjennomsnittlig ventetid var 68 dager. Etter en økning i disse indikatorene i begynnelsen av året, er det siste måned små endringer i gjennomsnittlig ventetid og i andel fristbrudd.

HNT har utarbeidet egen plan for å unngå fristbrudd og å redusere ventetider. Fra planen gjengir vi følgende mål og tiltak:

Mål:

- Unngå fristbrudd
- Ventetid under 65 dager. Redusere ventetid for alle
- Oversikt over ventelistene slik at de rette pasienten venter og forsvarlig ventetid for alle

- Nå målsetting om 20 dagers frist for minst 80 % av kreftpasientene

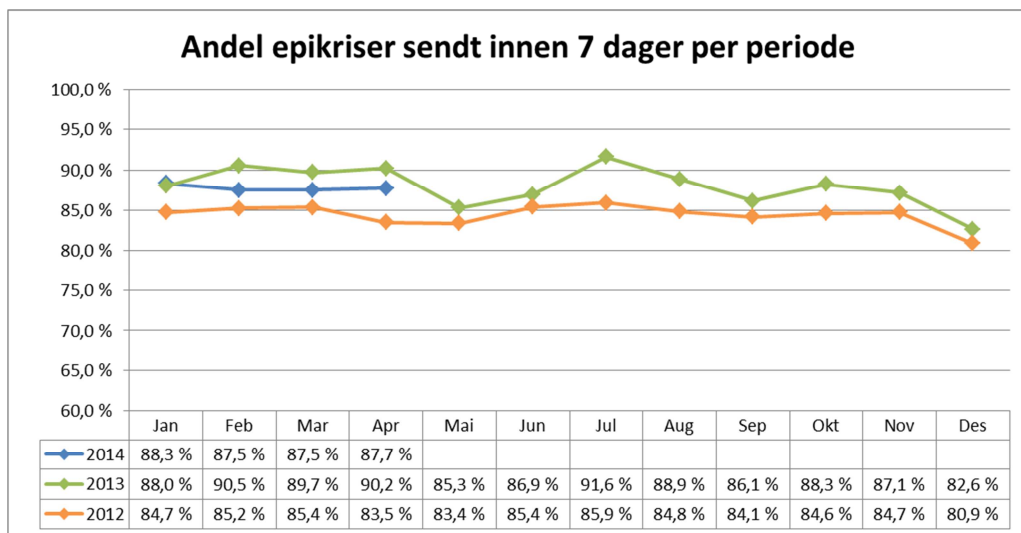
Tiltak:

- Utnytte legekapasiteten best mulig
- Riktig utstyr og hjelpepersonell tilgjengelig
- Sikre optimal bruk av IKT- system (opplæring, support/støttefunksjoner, programutvikling)
- Tett samarbeid inntakskontor, lege som prioriterer/vurderer, administrativt personell og sykepleier i poliklinikk, avdelingsoverlege og klinikkleder: Behov for endringer i rutiner og samarbeid?
- Vurdere jobbglidningstiltak
- Redusere «ikke møtt»- og kontroll- andel
- Tiltak i tråd med samhandlingsavtaler og samhandlingsreform

2. KVALITET, FAGUTVIKLING OG FORSKNING

2.1 Pasientsikkerhet

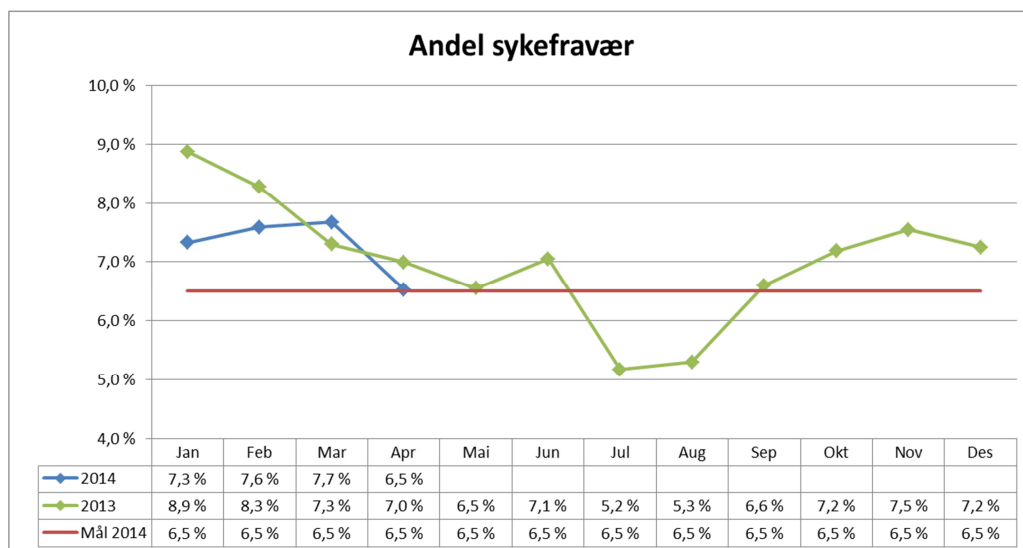
2.2 Epikrisetid



Det er et overordnet mål at andel epikriser sendt innen 7 dager skal være 100 %. De siste årene har de månedlige resultatene ligget mellom 85 og 90 %. Resultatene hittil i år ligger også på dette nivået. Det arbeides med å få opp resultatet for de avdelinger og klinikker som ligger lavest, slik at resultatet for foretaket som helhet kan komme opp mot 95 % som et delmål.

3. MEDARBEIDER

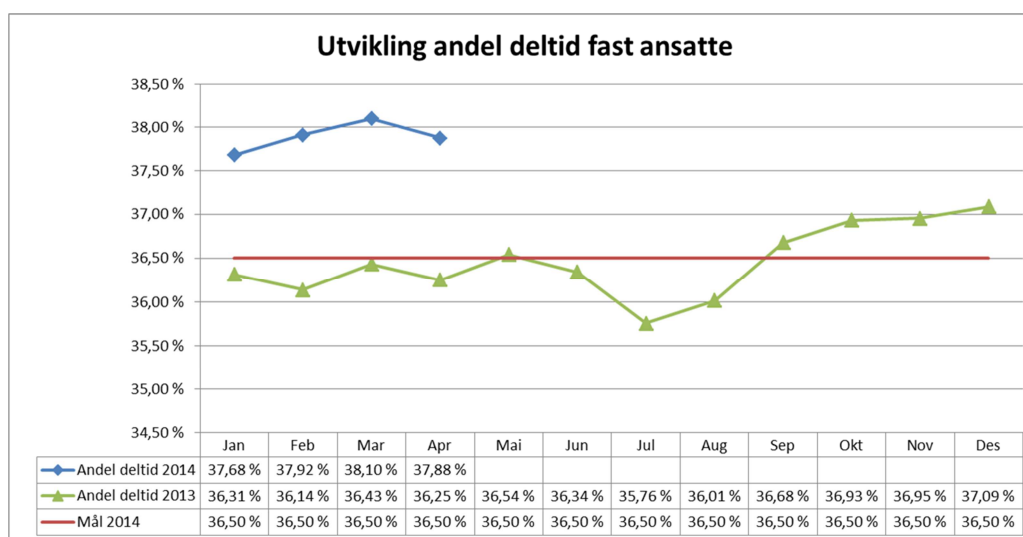
3.1 Andel sykefravær



I henhold til IA-avtalen var det et mål å redusere sykefraværet gradvis til det var nede på et langsiktig mål på 7 % i 2013, mens resultatet for fjoråret ble 7,5 %. Sykefraværet var siste måned på 6,5 %, - en reduksjon på 0,5 %-poeng i forhold til samme måned i fjor. Sykefraværet har hittil i år vært på 7,3 %, - en reduksjon på 0,6 %-poeng i forhold til samme periode i fjor.

Sykefraværet varierer betydelig mellom klinikker og yrkesgrupper. Helseforetaket arbeider systematisk og langsiktig med inkluderende arbeidsliv basert på overordnet strategi og nedfelte rutiner. Siste måned har det vært spesielt fokus på implementering av elektronisk verktøy for å forenkle ledernes arbeid med oppfølging av ansatte som er sykemeldt.

3.2 Andel deltid

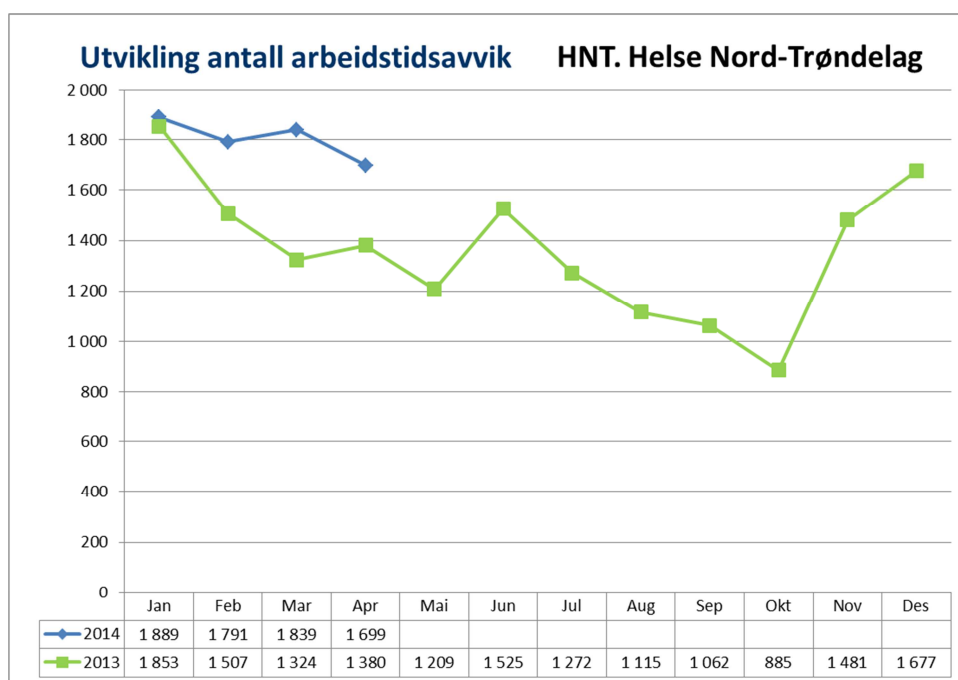


Det vises til krav fra foretaksmøte i 2011 om å redusere andel deltid med minst 20 %, alternativt øke gjennomsnittlig stillingsstørrelse med 20 %. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse desember 2010

for HNT var 82,5 %. Målet om 20 % økning i den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen ble nådd da denne kom på 85,8 %.

For 2014 er det satt et mål om en gjennomsnittlig stillingsandel på 87,0 %. Med et resultat i april på 86,1 %, er det ennå litt igjen til dette målet er nådd. På tilsvarende måte er det satt et mål for 2014 om at andel deltid bør reduseres til 36,5 %. Til tross for en liten reduksjon siste måned, er det også her litt igjen før årets mål er nådd.

3.3 Etterlevelse av arbeidstidsbestemmelser



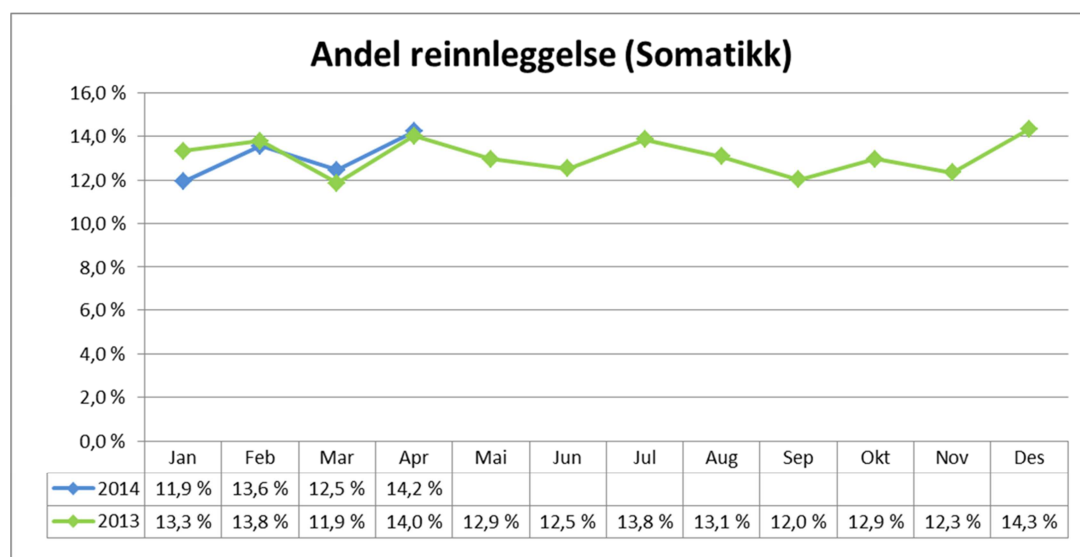
Det var siste måned registrert 1699 arbeidstidsavvik, en reduksjon på 139 fra forrige måned.

Utviklingen viser at antall arbeidstidsavvik gikk ned fra 1869 i oktober 2012 til 875 i oktober 2013. Fra og med november 2013 ble det registrert en fordobling i antall brudd. Hovedårsaken til dette er knyttet til systemfeil. Utviklingen i månedene etterpå har vist stagnasjon i antall brudd. Ny versjon av ressursstyringssystemet (RS) skal installeres i løpet av mai. Det forventes at det meste av uriktig genererte brudd da skal være rettet. Det legges opp til økt fokus på etterlevelse av arbeidstids-bestemmelsene når systemfeilene er luket bort.

I forbindelse med partssammensatt gruppe som skal se på årsplanprosessene og verktøyer knyttet til disse, er det nedsatt en gruppe som skal lage rammer for etablering av ressursenheter. Dette arbeidet vil være ferdig i august, og vil, hvis målsettingen nås, være et tiltak som vil redusere brudd knyttet til akuttinnleie ved bl.a. sykdom.

4. SAMHANDLING

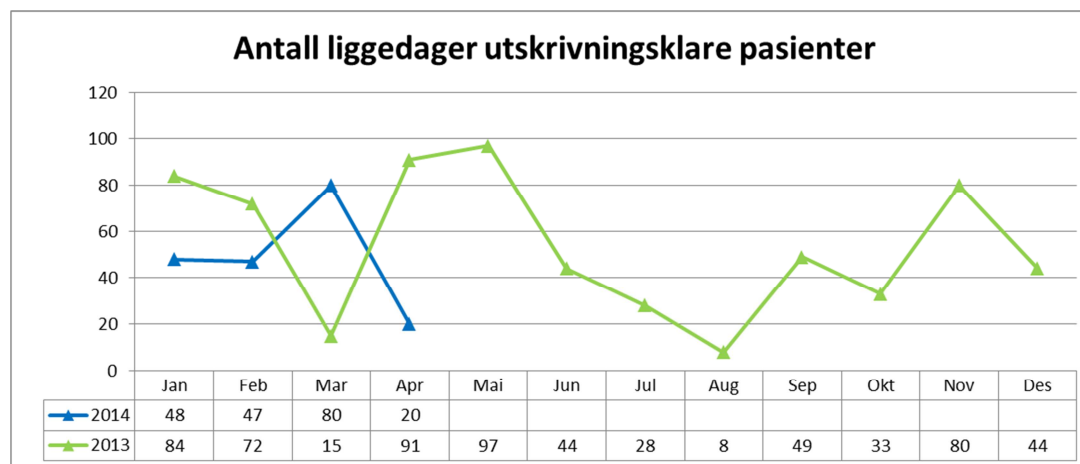
4.1 Andel reinnleggelser somatikk



Andel reinnleggelser i foretakets somatiske avdelinger har ikke endret seg mye de siste årene og ligger mellom 12 og 14 % av antall opphold.

Andel reinnleggelser i de psykiatriske avdelingene varierer noe mer og ligger mellom 5 og 15 % av antall opphold.

4.2 Liggedøgn utskrivningsklare pasienter

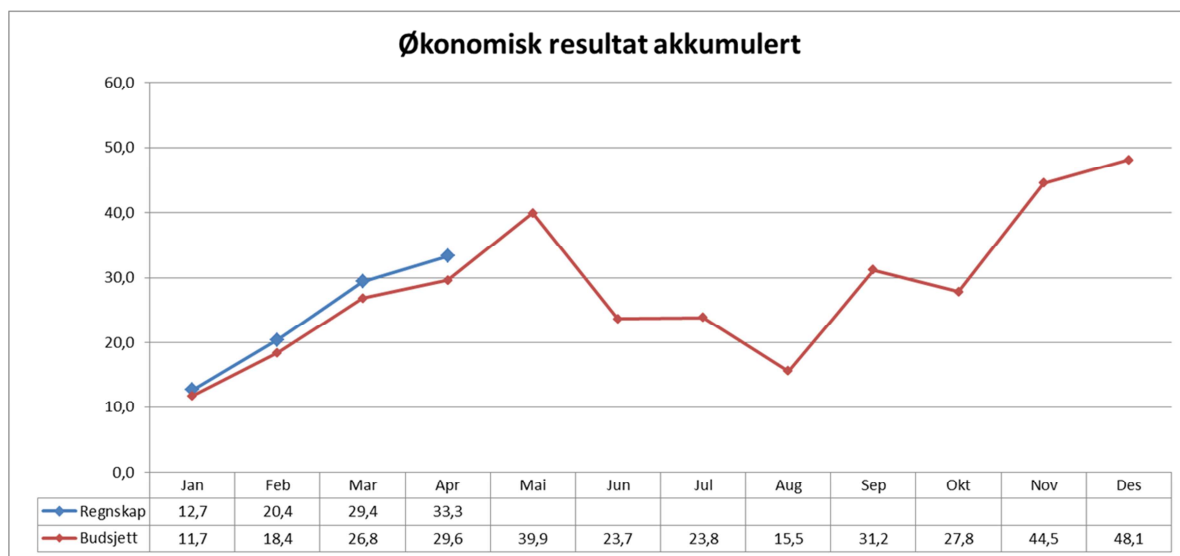


Det er siste måned registrert 5 utskrivningsklare pasienter med 14 liggedøgn i foretakets sykehus. Omfanget varierer litt fra måned til måned, men ligger omtrent på nivå med gjennomsnittet for de siste år. Kommunene betaler 4.255 kroner pr. liggedøgn for utskrivningsklare pasienter. Fakturerte liggedøgn kan variere litt fra registrerte liggedøgn p.g.a. forskjellige rapporteringsfrister, men dette blir korrigert i framtidige regninger. Hittil i år er det Namsos og Levanger kommuner som skiller seg ut med flest liggedøgn.

5. ØKONOMI OG RESSURSTYRING

5.1 Resultat

Alle ansvarssteder	Denne periode			Hittil i år		
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap	Budsjett	Avvik
Driftsinntekter	228 563	221 606	6 957	905 777	890 352	15 425
Varekostnader	-37 709	-35 780	-1 928	-145 234	-140 703	-4 531
Lønnskostnader	-148 294	-145 148	-3 145	-574 648	-566 490	-8 158
Andre driftskostnader	-39 240	-38 434	-806	-154 516	-155 700	1 184
Driftskostnader	-225 242	-219 364	-5 879	-874 398	-862 894	-11 504
Driftsresultat	3 320	2 242	1 078	31 379	27 458	3 921
Finansresultat	607	543	65	1 944	2 174	-229
Netto resultat	3 928	2 785	1 143	33 324	29 632	3 691



Vedtatt budsjett for 2014 for Helse Nord-Trøndelag HF innebærer at foretaket skal nå et resultat på 48,1 mill kroner. Budsjettert overskudd skal bl.a. bidra med likviditet til foretakets investeringer inneværende år.

Aktuarberegning fra juni 2013 ligger til grunn for budsjett og regnskapsføring av foretakets pensjonskostnader i 2014. Ny aktuarberegning fra januar 2014 viser betydelig høyere kostnader. På den annen side er det forventet at Stortinget i løpet av våren vil vedta nye retningslinjer for uføretrygd som (gjennom resultatføring av planendring) vil kunne redusere årets pensjonskostnader betydelig. Det er derfor besluttet å avvete samlet effekt av disse endringene før en vurderer å endre føringen av årets pensjonskostnader.

Foretakets resultat viser siste måned et avvik i forhold til vedtatt budsjett på 1,1 mill kroner og akkumulert hittil i år et avvik på 3,7 mill kroner.

Inntekter

Foretakets inntekter er i april 7,0 mill kroner høyere enn budsjettert og hittil i år 15,4 mill kroner høyere enn budsjettert. De høye inntektene er i hovedsak knyttet til god aktivitet og enkelte prosjekttrettede tilskudd som bl.a. «Raskere tilbake».

Varekostnader

Varekostnadene er i april 1,9 mill kroner høyere enn budsjettet og hittil i år 4,5 mill kroner høyere enn budsjettet. Merforbruket siste måned er bl.a. knyttet til høye kostnader til legemidler og til medisinske forbruksvarer.

Lønnskostnader

Regnskapet siste måned viser et negativt avvik på lønnskostnadene på 3,1 mill kroner og hittil i år et negativt avvik på 8,2 mill kroner i forhold til budsjettet. Merforbruket er knyttet til flere arter og avdelinger og gjelder i hovedsak lønn til faste ansatte i form av økte faste tillegg (knyttet til turnus), overtid og innleie av ekstrahjelp. Noe av ekstrakostnadene er knyttet til ikke budsjetterte prosjekt som innebærer både økte kostnader og økte inntekter.

Andre driftskostnader

Det er et samlet negativt avvik på disse postene på 0,8 mill kroner i april og hittil i år et positivt avvik på 1,2 mill kroner.

Foretakets buffer/reserve til uforutsette kostnader og/eller reduserte inntekter er budsjettet på denne kostnadsgruppen. Det tas hensyn til denne reserven ved utarbeiding av årsprognosen.

Finansposter

Foretakets finansposter er i april på nivå med budsjettet og hittil i år 0,2 mill kroner høyere enn budsjettet.

5.2 Prognose

Alle ansvarssteder		Hele året	
Resultat	Budsjett 2014	Prognose 2014	Avvik budsjett - prognose
Driftsinntekter	2 585 071	2 605 071	20 000
Varekostnader	-425 684	-425 684	0
Lønnskostnader	-1 635 480	-1 655 480	-20 000
Andre driftskostn (6)	-418 066	-418 066	0
Andre driftskostn (7)	-64 335	-64 335	0
Driftskostnader	-2 543 565	-2 563 565	-20 000
Driftsresultat	41 506	41 506	0
Finansresultat	6 594	6 594	0
Netto resultat	48 101	48 100	0
Avvik knyttet til ny aktuarberegning			0
Netto resultat korrigert for avvik aktuarberegning	48 101	48 100	0

HNT prognostiserer et årsresultat for 2014 på 48,1 mill kroner, dvs. i samsvar med resultatkravet fra eier.

Inntekter

Foretakets inntekter ligger litt foran budsjett og prognostiseres nå 20 mill kroner over budsjett. Økte inntekter er bl.a. knyttet til ikke budsjetterte prosjekt som gir avvik i inntekter og (lønns-)kostnader.

Varekostnader

Varekostnadene ligger så langt noe over budsjett, men prognostiseres i samsvar med budsjett.

Lønnskostnader

Foretakets lønnskostnader ligger så langt noe over budsjett, og prognostiseres nå 20 mill kroner over budsjett (jf. også økte inntekter).

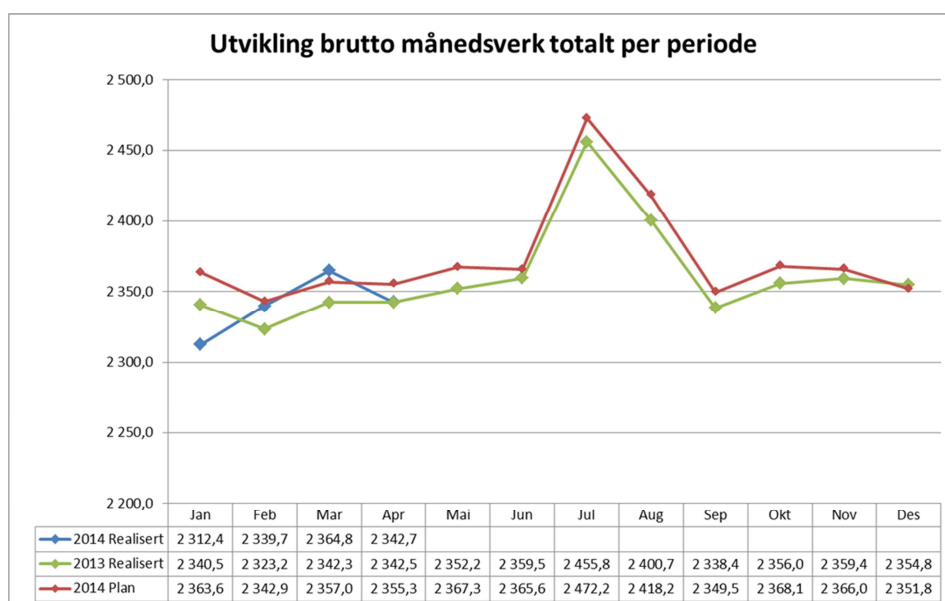
Andre driftskostnader

Andre driftskostnader ligger så langt litt lavere enn budsjettet og prognostiseres i samsvar med budsjett.

Finansposter

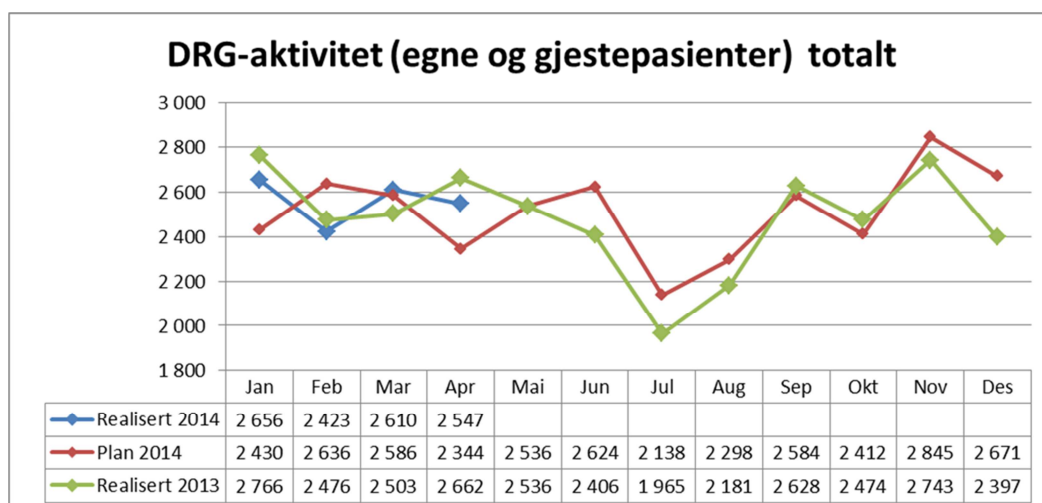
Foretakets finansposter ligger omtrent på budsjett og prognostiseres også som budsjettet.

5.3 Bemanning



Foretakets bemanning, målt i brutto månedsverk, viser i april et mindreforbruk på 13 månedsverk i forhold til periodisert bemanningsbudsjett. Hittil i år har brutto månedsverk vært noe lavere enn budsjettet. Det skyldes bl.a. lavere sykefravær og behov for færre sykevikarer enn planlagt. Innleie fra byrå er noe høyere enn budsjett både i april og hittil i år. Slik innleie er i hovedsak knyttet til nødvendig innleie av spesialister for å kunne opprettholde pasienttilbudet.

5.4 DRG-aktivitet

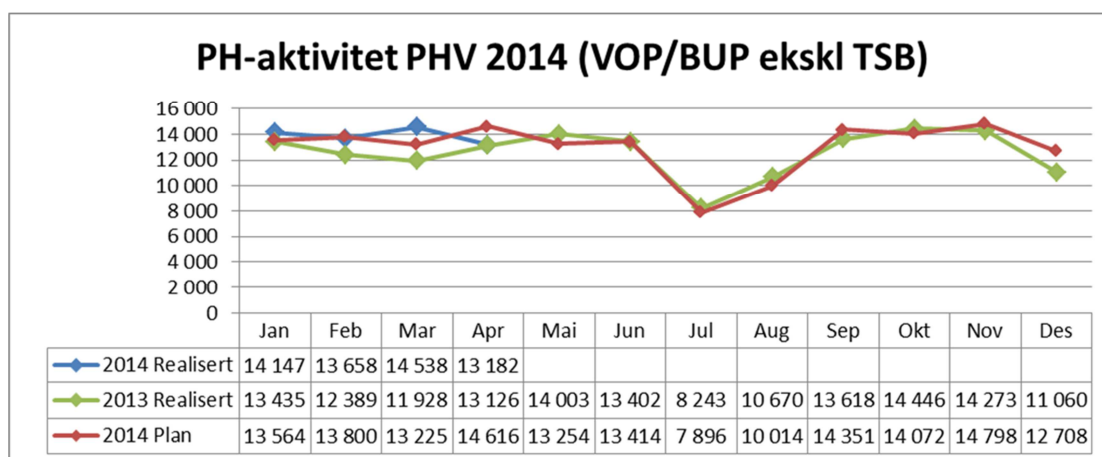


HMN har gjennom budsjett og styringsdokument for 2014 lagt opp til en "sørge for" - aktivitet for HNT om lag på nivå med realisert aktivitet i 2013. Det er denne aktivitetsforventningen som er lagt inn i foretakets budsjett og i tabellen ovenfor. For å unngå fristbrudd og for å redusere pasientenes ventetider har foretakets avdelinger (i samsvar med hovedretningslinjene i statsbudsjettet) lagt opp til en aktivitet som ligger vel 1 % over realisert aktivitet i fjor.

Foretakets DRG-aktivitet varierer noe fra måned til måned og i forhold til det som er planlagt for den enkelte måneden. I akkumulerte aktivitetstall utjevnes disse svingningene noe. Akkumulert aktivitet er hittil i år om lag 4 % over planlagt aktivitet.

Periodisering av årets planlagte aktivitet viser at det kan bli noe svikt mot slutten av året. Årets DRG-aktivitet prognostiseres å bli om lag på nivå med HMNs aktivitetsbestilling til HNT.

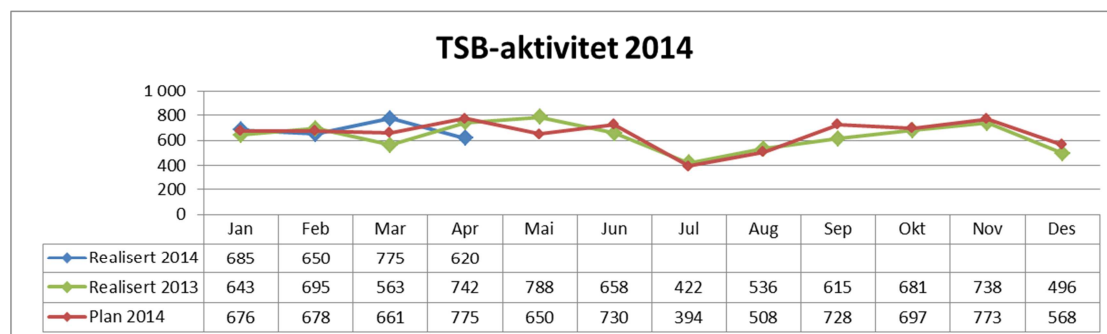
5.5 PH-aktivitet



Styringsdokument 2014 for HNT formidler forventninger om en aktivitetsvekst innen psykisk helsevern på 2,8 % samlet sett og at veksten primært skal knyttes til poliklinisk aktivitet. I **de voksenpsykiatriske avdelingene** er det lagt opp til en drift som innebærer omtrent uendret aktivitet i 2014 i forhold til aktiviteten i 2013. I **de ungdomspsykiatriske avdelingene** er det også lagt opp til omtrent samme antall utskrevne pasienter, men en økning i poliklinisk aktivitet på 17 % i forhold til 2013.

Det samlede og veide målet for aktivitet i psykisk helsevern, PH-aktivitet, viser en meraktivitet på 0,6 % hittil i år i forhold til planlagt aktivitet. Det er i hovedsak innen poliklinisk aktivitet at det har vært meraktivitet.

5.6 TSB-aktivitet



Styringsdokument 2014 for HNT formidler forventninger om en aktivitetsvekst innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) på 4,6 % samlet sett og at veksten primært skal knyttes til poliklinisk aktivitet. Hittil i år har den samlede TSB-aktiviteten vært 2,2 % lavere enn det som var planlagt, mens den polikliniske aktiviteten har vært omtrent på nivå med fastsatte planer.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 26/2014 Langtidsbudsjett 2015 – 2020, foreløpig ramme budsjett 2015

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret i Helse Nord-Trøndelag HF	16. juni 2014	26/2014
Saksbeh:	Tormod Gilberg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2014/1963	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF vedtar de innspill til langtidsbudsjett 2015 – 2020 og foreløpig ramme budsjett 2015 som følger av saksframstillingen.

SAKSUTREDNING:

Sak 26/2014 Langtidsbudsjett 2015 – 2020, foreløpig ramme budsjett 2015

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Styresak HNT 17/14, 12.05.14, Langtidsbudsjett 2015 – 2020
2. Brev av 31.10.13 til HMN om finansiering av regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF)
3. Brev av 19.05.14 til HMN om finansiering av gjestepasienter i HMN

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. GRUNNLAG

Styret for HMN vedtok i sak 20/14 prinsipper og forutsetninger for utarbeidelse av langtidsplan og -budsjett 2015 – 2020. Med brev av 24.03.14 oversendte HMN nevnte styresak og ba om HNT-styrets tilbakemelding og innspill på vedtatte prinsipper og føringer som er gitt for langtidsperioden.

Styret for HNT behandlet saken 12.05.14, sak 17/14 Langtidsbudsjett 2015 – 2020, og kom med foreløpige innspill til regionforetakets videre behandling av langtidsbudsjettet. Saken hadde hovedvekt på drøfting av generelle prinsipper og forutsetninger samtidig som vi fokuserte på prioritering av nødvendige investeringer i årene framover. I nevnte sak påpekte direktøren at det kunne være aktuelt å komme tilbake til styret med en oppdatert behandling av enkelte elementer basert på regionforetakets forslag til aktivitets- og inntektsrammer for 2015. Denne saken vil derfor fokusere på det siste.

HMN presenterte medio mai måned forslag til aktivitets- og inntektsrammer for første år i langtidsbudsjettperioden, dvs. for 2015. Det forutsettes at styret for HMN sammen med behandling av LTB 2015 – 2020 i sitt møte 19.06.14 også vil vedta foreløpige rammevilkår for HFenes videre arbeid med driftsplaner og budsjett for 2015. Direktøren vil på dette grunnlag informere styret om regionforetakets forslag til foreløpige rammevilkår for 2015

2. DRØFTING AV PROBLEMSTILLINGER

HMN bygger på følgende generelle forutsetninger for ramme for 2015 for hele regionen:

- Vekst
 - Aktivitet: + 1,5 % for HMN (+ 0,3 % for HNT)
 - Vekst i inntekter: 1,2 %
- Oppdatert behovsandel og pasientstrømmer
 - Pasientstrømmer PH og somatikk er oppdatert med 2013 tall
- Vedtatt opptrapping, investeringer og nivå effektivisering
 - Nedbetaling av driftskreditt 100 mill kroner
 - Investeringer MTU - Fra 220 til 270 mill kroner
 - Forskning – ingen opptrapping i 2015. Videreføring av opptrapping HF 10 mill kroner

- Særfinansiering og RHF
 - Særtilskudd til HMR på 52,2 mill kroner foreslås videreført i 2015
 - Uendret samlet ramme til Ambulanse
 - Økning på TSB (rus) med 15 mill kroner i 2015
- 70 % innfasing finansieringsmodell, uendret i forhold til 2014
- Fordeling av ramme til psykisk helsevern (PH)
 - 50 % av PH ramme etter behov, 50 % av PH ramme etter ressursbehovsindeks

2.1 Kommentarer til aktivitetsramme

Finansieringsmodellen er oppdatert med siste tilgjengelige tall (2013) for behovsnøkler og pasientstrømmer mellom HFene i regionen og kjøp fra private tjenesteytere. På dette grunnlag er det beregnet en økning i somatisk aktivitet (målt i DRG-poeng) for HNT med 0,3 %. Utsatt innfasing av finansieringsmodellen innebærer et trekk i aktivitetsrammen til HNT med 266 DRG-poeng. Uten dette trekket ville HNT også fått en aktivitetsvekst på 1,2 %. Det kan ikke være meningen at HNT skal trekkes i aktivitetsramme (tildelte DRG-poeng) p.g.a. en eventuell forsinket innføring av inntektsmodellen samtidig som Helse Møre og Romsdal (HMR) blir tildelt en ekstra aktivitetsvekst på 917 DRG-poeng i en periode der foretaket skal tilpasse seg ny finansieringsmodell. Dette er en effekt av den tekniske måten innfasingen av finansieringsmodellen gjennomføres på, og kommenteres mer under neste punkt om inntektsramme.

Rusbehandlingen i HMN blir fortsatt særfinansiert. Det legges opp til en økning innen TSB (rusbehandling) på 15 mill kroner. HNT har et vesentlig dårligere tilbud innen rusbehandling enn de andre HFene i regionen. Det forventes derfor at en vesentlig del av økningen innen rusbehandling tilfaller HNT.

Det er ikke beskrevet konkret forventet vekst innen psykisk helsevern, men overordnede føringer tilsier at veksten innen psykiatri og rusbehandling skal være større enn i de somatiske avdelingene.

2.2 Kommentarer til inntektsramme

2.2.1 Finansieringsmodell og særtilskudd

Foreslått utsettelse av 100 % innfasing av finansieringsmodellen innebærer at HNT får et inntektsbortfall i 2015 på om lag 11 mill kroner, mens særtilskuddet til HMR medfører en reduksjon i foretakets inntekter på vel 10 mill kroner, til sammen vel 21 mill kroner.

HMN viser til følgende setning i notat og orienteringssak til eget styre i oktober 2012 som grunnlag for å vente med 100 % innfasing av ny finansieringsmodell til 2016:

«Modellen får dermed full effekt i HMN for budsjettåret 2016».

Det er tvilsomt om en slik formulering i en orienteringssak kan oppheve et tidligere vedtak om innfasing av ny modell over 4 år f.o.m. 2012 t.o.m. 2015. Men dersom nevnte setning skal tillegges vekt, må setningen foran i samme notat også tillegges vekt:

«I praksis betyr dette at HMR mottar en omstillingsstøtte i budsjettene for årene 2012 til og med 2015 som gradvis trappes ned.»

Det kan se ut som den foreslåtte omstilling så langt har hatt liten effekt og at det ikke er lagt opp til mye nedtrapping i HMNs forslag til inntektsfordeling for 2015. Det kan se ut som at effekt av finansieringsmodell og særtilskudd til HMR innebærer at nesten hele omstillingen vil komme på ett år (fra 2015 til 2016) dersom disse elementene skal tas bort i 2016. Direktøren mener at

finansieringsmodellen (av hensyn til oversikt og ryddighet) bør fullføres i 2015 samtidig som det vedtas en plan for nedbygging av særtilskuddet til HMR.

2.2.2 Finansiering av RKSF

HNT har i flere brev til HMN tatt opp problemstillinger knyttet til finansiering av RKSF, jf. vedlagte brev av 31.10.13. HMN foreslår nå, i tillegg til dagens gjestepasientpris, å innføre et tilskudd til drift av RKSF på 4 mill kroner. Selv om det vil hjelpe noe på den manglende finansieringen, vil det ikke gi kostnadsdekning samtidig som de årlige svingningene fortsatt vil være en stor utfordring for å kunne opprettholde et stabilt regionalt tilbud.

2.2.3 Finansiering av gjestepasienter i HMN

Dagens finansieringsmodell baseres seg på korrigering av basisrammen til de enkelte helseforetak på grunnlag av (netto) pasientstrømmer mellom HF-områdene i regionen. Direktøren er enig i dette prinsippet, men har senest i brev av 19.05.14 til HMN (se vedlegg) pekt på problemstillinger knyttet til hvilke enhetspriser som benyttes ved disse korrigeringene.

Vi mener at regionsykehuspasienter skal finansieres til en pris lik 100 % DRG i somatikken og lik 100 % av liggedøgnpris i psykiatri. Ikke planlagte lokalsykehuspasienter som behandles ved et annet helseforetak, bør imidlertid kunne finansieres til en pris lik 80 % av nevnte prisgrunnlag. Dette er nærmere begrunnet i vedlagte brev av 19.05.14 til HMN.

2.3 Utfordringsbeløp for HNT for 2015

HMN har beregnet at ovennevnte forutsetninger innebærer følgende endringer i den økonomiske utfordringen i 2015 sammenlignet med 2014:

Endring i rammebetingelser 2014-2015	HMR	HNT	STO
Sum endring i inntekt	33 288	34 280	118 460
Endring resultatkrav	48 700	16 600	17 200
Endring i rammer til drift	-15 412	17 680	101 260
<i>Endring i DRG-bestilling (aktivitetsvekst)</i>	780	210	1 516
Marginalkostnad økt DRG- aktivitet (72 %)	22 909	6 154	44 501
Endring i rammebetingelser	-38 320	11 526	56 759

Det er imidlertid klart at det vil komme kostnadsøkninger som ikke er medtatt i HMNs oversikt. Det gjelder bl.a.:

- Marginalkostnad ved økt aktivitet i psykiatri og rus er ikke lagt inn
- Usikkerhet om marginalkostnad knyttet til økt aktivitet i somatikk er tilstrekkelig (72 % er lagt inn)
- Merknader i 2015 på igangsatte aktiviteter (bl.a. rus)
- Risiko for drift i ubalanse ved insourcing av ambulansevirksomheten
- Økte IKT-kostnader via HEMIT
- Økte kostnader knyttet til diverse prosjekt (bl.a. mottak av HMN LØ)

Igangsetting av større IKT-prosjekter når det gjelder kliniske pasientnære systemer vil kreve store ressurser fra klinisk personale. Dette vil medføre direkte personalkostnader og dessuten risiko for bortfall av aktivitet og inntekter.

I tillegg til slike kostnader som påløper gjennom pålegg eller allerede fattede vedtak, vil foretaket pådra seg kostnader knyttet til egne prioriteringer for å kunne oppfylle overordnede styringskrav, bl.a. knyttet til å:

- Fjerne fristbrudd
- Redusere ventetider
- Prioriterte (nye/økte) behandlingstilbud
- Tilfredsstillende pålagte kvalitetskrav, sertifisering
- Redusere arbeidstidsavvik
- Redusere deltid
- Andre personalpolitiske tiltak (kompetanseheving, videreutdanning, seniorpolitikk m.v.)
- Vedlikehold av bygninger
- Utskifting av og anskaffelse av nytt medisinsk teknisk utstyr (delvis som leasing og delvis som investering)

Det tredje momentet som påvirker omfanget av foretakets økonomiske utfordring for 2015, er resultatet av årets drift og inngangsfarten til 2015. Selv om foretakets prognose for 2015 er i samsvar med vedtatt budsjett, er det liten reserve til å fange opp uforutsette endringer i kostnader og inntekter. Enkelte klinikker har negative prognoser for sin drift i år og som inngangsfart til 2015. Det er derfor behov for å sette av midler som buffer for å fange opp disse prognosene og andre usikre elementer.

På denne bakgrunn er det grunn til å anta at foretakets behov for økonomisk resultatforbedring i 2015 vil beløpe seg til om lag 50 mill kroner. Et slikt omstillingsbehov vil være krevende, og foretaket har allerede startet på denne prosessen gjennom egne dager med fokus på forbedringsprosesser og arbeid med driftsplaner og budsjett for 2015.

3. SAMMENDRAG

Forslag til LTB for HMN for perioden 2015 – 2020 forutsettes behandlet i regionstyret 19. juni. Vedtatt langtidsbudsjett vil gi retningslinjer for prioriteringer knyttet til framtidige investeringer og vil danne grunnlag for fastsettelse av foretakenes aktivitet og økonomiske rammevilkår for første år i langtidsbudsjettperioden, dvs. for 2015.

Ut over nødvendige midler til egenkapitalinnskudd i KLP, fornyelse av medisinsk teknisk utstyr og bygningsmessig rehabilitering, prioriterte styret i sak 17/14 følgende tre tiltak basert på arbeidet med utviklingsplan for sykehusene i HNT:

1. Psykiatri ved Sykehuset Levanger, herunder nye lokaler for rusbehandling og mulig samlokalisering av RKSF (Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser).
2. Helikopterlandingsplass ved Sykehuset Levanger. I styresak 57/11 i HMN, Langtidsplan og –budsjett for HMN 2012 – 2017 er det omtalt behov for etablering av helikopterlandingsplass ved Sykehuset Levanger. Bygget forutsettes finansiert av Levanger kommune, og byggestart er planlagt til høsten 2014.
3. Ombygging og tilbygg ved Sykehuset Namsos for samlokalisering av sykehusets operasjonsvirksomhet, bedre lokaler til kommunal legevakt og evt. utleie av lokaler til kommunene for drift av intermediære kommunale senger.

Direktøren har i dette saksframlegget kommentert regionforetakets utkast til foreløpige aktivitets- og inntektsrammer for 2015. Styret for HMN skal vedta disse foreløpige rammene for 2015 i sitt møte 19.06.14. P.g.a. kort tid mellom styrebehandlingene i de to foretakene, vil direktøren oversende dette saksframlegget til HMN på forhånd og ettersende resultatet av styrebehandlingen 12.06.14.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 17/2014 Langtidsbudsjett 2015 – 2020

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	12. mai 2014	17/2014
Saksbeh:	Tormod Gilberg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2014/1492	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF støtter foreslåtte prinsipper og forutsetninger for LTB 2015 – 2020. Ved prioritering mellom investeringer og drift bør driftsrammene fastsettes slik at krav til årlig effektivisering ikke blir høyere enn 1 – 1,5 %.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF støtter foreslåtte forslag til prioritering av investeringer i foretaket i perioden 2015 – 2020. Styret anbefaler at investeringsrammen for HNT i årene framover økes for å dekke nødvendige behov på kort og lang sikt.

SAKSUTREDNING:

Sak 17/2014 Langtidsbudsjett 2015 – 2020

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. HMNs brev av 24.03.14 om prinsipper og forutsetninger for utarbeidelse av langtidsplan og -budsjett 2015 – 2020
2. Sak 20/14, Langtidsplan og -budsjett 2015 – 2020 – Prinsipper og forutsetninger, behandlet i styret for HMN 06.03.14.

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Protokoll fra styremøte i HMN 06.03.14

1. GRUNNLAG

Styret for HMN vedtok i sak 20/14 prinsipper og forutsetninger for utarbeidelse av langtidsplan og budsjett 2015 – 2020. Med brev av 24.03.14 har HMN oversendt nevnte styresak og bedt om HNT-styrets tilbakemelding og innspill på vedtatte prinsipper og føringer som er gitt for langtidsperioden. Styret for HMN fattet følgende vedtak i sak 20/14:

- 1. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at årsresultat og investeringer samlet må ligge på et nivå som styrker foretaksgruppens egenkapital og tilfredsstiller eiers krav til reduksjon av driftskreditt.*
- 2. Styret legger til grunn at Strategi 2020 skal være forende for prioriteringene i langtidsplan og – budsjett. Operasjonalisering og krav til gevinstrealisering forutsettes å skje gjennom de enkelte programmer.*
- 3. Styret har ambisiøse mål for virksomheten, og vektlegger behovet for en bærekraftig økonomi. For å sikre finansiering av planlagte investeringer og satsingsområder kreves fortsatt betydelig effektivisering minst på nivå med tidligere vedtak.*
- 4. Tidligere prioriteringer for investering i nybygg står fast og foretaksgruppens totale bygningsmasse skal utvikles og vedlikeholdes. Styret har som mål å sikre tilstrekkelige investeringer i IKT og medisinsk teknisk utstyr.*

2. DRØFTING AV PROBLEMSTILLINGER

En hovedproblemstilling i saken er fordeling av ressurser mellom investering og drift og forventninger om ytterligere effektivisering av foretakenes drift i årene framover.

Videre er foretaket invitert til å komme med innspill til prioritering av investeringer i langtidsbudsjettperioden 2015 – 2020.

2.1 Kommentarer til prinsippvedtaket

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

HNT har i egen strategiplan vurdert og fastsatt et krav/mål om årlig/løpende effektivisering av driften tilsvarende 1,5 % av samlede driftskostnader, dvs. om lag 40 mill kroner pr. år. Dette omstillingskravet er bl.a. begrunnet med ny teknologi og nye behandlingsformer som gir mulighet for mer effektive driftsformer. Samtidig vil frigjorte driftsmidler fra slike effektiviseringstiltak kunne benyttes til å forbedre og utvikle behandlingstilbudet til eksisterende og nye pasientgrupper, jf. prioriteringer i foretakets strategiplan for perioden fram til 2016.

Helse Nord-Trøndelag har gjennom flere år drevet effektiviserings- og forbedringsarbeid for å yte et best mulig tilbud til pasientene i foretakets opptaksområde innen tildelte økonomiske rammer. Utviklingen kan dokumenteres gjennom SAMDATA-tall som bl.a. viser at HNT i den somatiske driften i 2012 hadde lavest kostnadsindeks av alle foretak i regionen. Foretaket har i flere år levert økonomiske resultat som har vært til dels betydelig bedre enn fastsatte resultatkrav fra regionforetaket. Dette har tilført foretaket likviditet til nødvendige investeringer i MTU og bygninger. Således ble nybygg psykiatri ved Sykehuset Namsos til 75 mill kroner og renovering av intensivavdeling ved Sykehuset Levanger til 30 mill kroner tatt av egne tilbakeholdte midler. Videre er det lagt ned et betydelig arbeid i å forbedre kvaliteten i foretakets drift gjennom bl.a. å redusere pasientenes ventetider og å fjerne fristbrudd.

På dette grunnlag finner administrerende direktør det riktig å understreke at det blir stadig vanskeligere å finne gode tiltak for ytterligere effektivisering av den interne driften. Dersom det i årene framover blir like store reduksjoner i disponible rammer til foretaket som i de senere år, vil det måtte vurderes å gjennomføre tiltak av mer strukturell karakter. I denne forbindelse håper vi at det videre arbeidet med Trøndelagsfunksjoner vil innebære at HNT får tildelt oppgaver og økonomi som gjør det mulig å opprettholde et godt tilbud til pasientene i foretaksområdet. For HNT er det viktig at vi i tiden framover har et tilbud, en kapasitet og en kompetanse/kvalitet på våre tjenester som gjør oss attraktive når pasientene skal velge behandlingssted.

Det er viktig å ha tilgang til nødvendige investeringsmidler slik at rammevilkårene i form av bygninger og utstyr kan gi mulighet for en mest mulig effektiv drift. HNT har de senere år hatt begrensede investeringsmidler fra HMN, men har i tillegg bidratt med likviditet fra eget driftsoverskudd. Med disse relativt små investeringsmidlene har foretaket prioritert investeringer som har hatt positiv avkastning i form av lavere årlige driftskostnader. Det er imidlertid en utfordring å finne den riktige balansen mellom tilstrekkelige midler til løpende drift og midler til investeringer for å sikre en god og effektiv drift i årene framover.

I tillegg til "avskrivningsmidler" gis det etter gjeldende regler anledning til delvis lånefinansiering av større sykehusutbygginger. Dessuten kan driftsoverskudd benyttes til investeringer. Krav til årlig effektivisering bør ikke settes høyere enn 1 – 1,5 % for å bidra med ytterligere likvide midler til investeringer i sykehusbygg og MTU.

Arbeidet med LTB 2015 – 2020 er lagt opp slik at foreløpige inntektsrammer for foretakene for 2015 skal fastsettes av styret for HMN 19.06.14 i tilknytning til LTB-saken. HMN vil utarbeide utkast til inntektsrammer i første halvdel av mai. Direktøren vil komme tilbake til styret med informasjon om denne og invitere til ytterligere innspill knyttet til inntektsramme i styrets møte 16.06.14.

2.2 Prioritering av investeringer i Helse Nord-Trøndelag

HMN har bedt om innspill til bygningsmessige investeringer i LTB 2014 – 2019.

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

Basert på nasjonal veileder har HNT utarbeidet egen utviklingsplan (jf. egen styresak) for å få et bedre grunnlag for framtidig disponering og utvikling av arealer. I planen har en søkt å ta hensyn til endringer i befolkningsgrunnlag, sykdomsbilde og nasjonale og regionale strategier, herunder realisering av Strategi 2020 og strategi 2010 – 2016 for HNT.

Utviklingsplanen er en plan for bygningsmessig utvikling av sykehusbyggene i Levanger og Namsos fram til 2030. En god del av tiltakene vil innebære ombygging av eksisterende bygningsmasse, men det er også behov for noe nybygg der dette ut fra et helhetshensyn vil være mer hensiktsmessig og kostnadseffektivt.

Planen beskriver et behov for nesten 850 mill kroner til ombygging og nybygg fram til 2030 i tillegg til et behov for om lag 650 mill kroner til oppgradering av eksisterende sykehusbygg i samme periode, dvs. til sammen om lag 1,5 mrd kroner. Utviklingsplanen vil være grunnlag for prioritering av bygningsmessige tiltak i budsjettene i årene framover.

HNT 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. HNT har i mange år hatt investeringsrammer som har vært lavere enn foretakets avskrivningskostnader. Det er ikke bærekraftig i forhold til å opprettholde foretakets realkapital. Med dette som utgangspunkt foreslår foretaket i langtidsperioden å legge opp til et investeringsnivå i overkant av årlige avskrivninger og driftsoverskudd.

HNT mener 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.

Etter gjeldende retningslinjer har det enkelte foretak ansvar for å avsette midler til MTU med enhetspris inntil 5 mill kroner. Midler til MTU med enhetspris over 5 mill kroner avsettes av HMN og fordeles til de enkelte foretak på grunnlag av innmeldte behov og prioriteringer. HNT har i nær framtid behov for ny MR til Sykehuset Levanger til en kostnad på om lag 15 mill kroner. Videre er det ønskelig å anskaffe en ”da vinci-robot” for å kunne videreutvikle det kirurgiske behandlingstilbudet i foretaket.

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.

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

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

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

1. Psykiatri ved Sykehuset Levanger, herunder nye lokaler for rusbehandling og mulig samlokalisering av RKSF (enhet for spiseforstyrrelser). Dagens rusenhet drives i midlertidige lokaler, og helseforetaket har fra 2014 fått ansvar for all rusbehandling for innbyggere i eget opptaksområde. Foretaket har videre et regionalt ansvar for pasienter med spiseforstyrrelser (RKSF). Dette tilbudet driftes i dag delvis i Levanger og delvis i Stjørdal. En samlokalisering av driften vil innebære mulighet for besparelser i årlige driftskostnader.
2. Helikopterlandingsplass ved Sykehuset Levanger. I styresak 57/11 i HMN, Langtidsplan og –budsjett for HMN 2012 – 2017 er det omtalt behov for etablering av helikopterlandingsplass ved Sykehuset Levanger. Det er imidlertid ikke avsatt midler til finansiering. I forbindelse med dette hovedformålet er det, i samarbeid med Levanger kommune, arbeidet med å avklare innhold, omfang og finansiering av nytt bygg på sykehusområdet i Levanger med bl.a. følgende aktuelle arealbehov: parkeringsareal, garasje til ambulanser, mulig flytting av kommunal legevakt, intermediær kommunal sengepost, diverse kontorlokaler og med landingsplass for helikopter på taket. Bygget forutsettes finansiert av Levanger kommune, og byggestart er planlagt til høsten 2014.
3. Ombygging og tilbygg ved Sykehuset Namsos for samlokalisering av sykehusets operasjonsvirksomhet, bedre lokaler til kommunal legevakt og evt. utleie av lokaler til kommunene for drift av intermediære kommunale senger. Samlokalisering av sykehusets operasjonsvirksomhet vil innebære mulighet for besparelser i årlige driftskostnader.

Med utgangspunkt i disse prioriteringene fremmes følgende innspill til investeringsbudsjett for HNT i langtidsbudsjettperioden (tall for 2014 er vedtatt årsbudsjett for inneværende år):

Prioritet	Investeringer (i 1000 kroner)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	Finansielle anleggsmidler							
1	Egenkapitalinnskudd KLP	7 195	7 195	7 195	7 195	7 195	7 195	7 195
	Utstyr m.v.							
2	Medisinsk-teknisk og teknisk utstyr	25 000	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000	35 000
	Prosjekter og bygningsmessige investeringer							
3	Div. ombygging/rehabilitering, inkl. HMS	25 370	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000	20 000
4	Utviklingsplan HNT (ombygging og nybygg)		100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000
4.1	Psykatri Levanger; rus og samlokalisering RKSF							
4.2	Helikopterlandingsplass m.v., Levanger							
4.3	Somatikk Namsos; samlok. av operasjonsvirksomhet og utleie av lokaler til kommunal tjenester							
HNT	Sum totale investeringer	57 565	162 195	162 195	162 195	162 195	162 195	162 195

3. VIDERE PROSESS

Forslag til LTB for HMN for perioden 2015 – 2020 forutsettes behandlet i regionstyret 19. juni. Vedtatt langtidsbudsjett vil gi retningslinjer for prioriteringer knyttet til framtidige investeringer og vil danne grunnlag for fastsettelse av foretakenes aktivitet og økonomiske rammevilkår for første år i langtidsbudsjettperioden, dvs. for 2015. Direktøren vurderer å komme tilbake til styret med oppdaterte data knyttet til aktivitet og inntektsramme for 2015 i styremøtet 16. juni.

Helse Midt-Norge RHF
Postboks 464

7501 Stjørdal

Vår ref.:
2013/3080 - 28172/2013

Deres ref.:

Dato:
31.10.2013

FINANSIERING AV REGIONALT KOMPETANSESENTER FOR SPISEFORSTYRRELSE (RKSF)

I henhold til regional psykiatriplan har Helse Nord-Trøndelag ansvar for å dekke og å videreutvikle det regionale tilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser.

Historikk; - utvikling av behandlingstilbudet i Helse Nord-Trøndelag

Statens Helsetilsyns utredning "Styring av høyspesialiserte funksjoner innen psykisk helsevern for voksne" (IK-2506, 1995), ledet av Otto W. Stenfeldt-Foss, omhandler høyspesialiserte tjenester til blant annet personer med alvorlige spiseforstyrrelser.

I 1993 søkte psykiatrisk avdeling ved daværende Innherred Sykehus, Helse- og Sosialdepartementet om midler til effektiviseringstiltaket "Prosjekt spiseforstyrrelser". Målet med prosjektet var å bedre det miljøterapeutiske behandlingstilbudet til pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser. Behandlingstilbudet ble videreutviklet mot mer spesialisert behandling i samsvar med faglige retningslinjer. Fra 01.01.96 ble prosjektet integrert i allmennpostens ordinære drift.

Høsten 2001 ble **Regionalt fagteam for spiseforstyrrelser (RFTS)** opprettet i tråd med intensjonene om et regionalt kompetansenettverk med nettverkskoordinator ved Innherred Sykehus. RFTS disponerte fra 01.01.02 4 senger ved allmennposten. Det var utfordrende å ha egne senger i en allmennpost, og det ble derfor behov for en egen døgnenhet.

En regional døgnpost ble etablert på Levanger med 8 senger fra 01.01.03. Fagspesialister i RFTS hadde behandlingsansvaret i posten i tillegg til polikliniske oppgaver. Poliklinisk gruppebehandling ble fortsatt prøvd ut med ulike kombinasjoner av terapitilnærming.

Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF)

01.03.05 ble Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser formalisert og organisert som en egen avdeling. 15.02.06 ble enda en døgnavdeling åpnet og lokalisert til DPS Stjørdal. Av 8 senger ble 4 øremerket som flerregionale.

Tilbudet ved Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser består i dag av:

- Poliklinisk utredning og behandling, individuelt og i grupper
- 2 døgnseksjoner med 8 senger på hver, en på Levanger og en på Stjørdal
- Et forskningsteam

Seksjon spiseforstyrrelser Levanger har pasienter i aldersgruppen 18 – 30 år som sin primære målgruppe, men kan ta pasienter ned til 16 år. Behandlingsopplegget er frivillig, kontraktsbasert og består av prøveuke og 3 faseinndelte behandlingstilbud.

Ved seksjon spiseforstyrrelser Stjørdal gis tilbud til pasienter med langvarige, alvorlige spiseforstyrrelser og varig funksjonssvikt. Det innebærer at denne målgruppen har høyere gjennomsnittsalder og mer langvarige syke- og behandlingshistorier enn pasienter som primært legges inn ved avdelingen i Levanger.

RKSF har systematisk klinisk veiledning ved de fleste avdelinger i Helse-Midt-Norge. I tillegg koordinerer RKSF regionalt nettverk for spiseforstyrrelser. RKSF har arrangert flere spesialiserte kurs i regionen. RKSF har også koordinert nasjonalt klinisk nettverk fram til 2013.

Etablering av systematisert forskning og kompetanseutvikling innenfor RKSF

RKSF har prioritert å utvikle et klinisk differensiert behandlingstilbud i døgn, dag og poliklinikk. Der har i hele perioden foregått innsamling av data som grunnlag for forskning. En mer systematisert fagutvikling og forskning ble et naturlig satsingsområde i utviklingen av RKSF, og et eget forskningsteam ble etablert 01.01.13.

Behandling på tvang etter lov om psykisk helsevern

RKSF har hatt tett samarbeid med akuttseksjonen ved psykiatrisk klinikk i Levanger. De har gjennom flere år gitt et tilbud til svært undervektige og alvorlig syke pasienter på tvang. Målet har vært gradvis og forsvarlig vektoppgang (BMI 18-20) og overføring til frivillig behandling ved RKSF. Seksjonen har hatt gode behandlingsresultat for pasienter som har langvarige syke- og behandlingshistorier og som til dels har vært oppgitt i eget behandlingsapparat (noen har vært betegnet terminale).

Regionalt arbeid

Det pågår nå et regionalt arbeid med målsetting å tydeliggjøre ansvar- og oppgavefordeling mellom behandlingsnivåene (primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste) og internt i spesialisthelsetjenesten mellom RKSF og andre sykehus/DPS. Ett av punktene i dette arbeidet er å vurdere om RKSF skal ha all døgnbehandling i regionen.

Oppsummering status

Behandlingstilbudet til pasienter med alvorlige spiseforstyrrelser er oppbygd gradvis fra 1993. Et forløpsstudium (resultat kan fremvises) viser at de fleste pasientene fullfører behandlingen og oppnår betydelig bedring i forhold til symptom og funksjonsnivå. RKSF har i dag en høyspesialisert kompetanse, spesielt på døgnbehandling. Avdelingen har også et godt faglig omdømme regionalt og nasjonalt.

Ved oppstart av døgnsesksjonene med 8 plasser på henholdsvis Levanger og Stjørdal, var tanken at 4 av døgnplassene skulle finansieres av gjestepasienter utenfor egen helseregion. De resterende 12 plassene var tenkt fordelt med 4 til Nord-Trøndelag, 4 til Sør-Trøndelag og 4 til Møre og Romsdal.

Etterspørsel og belegg

De første årene var pågangen fra andre helseregioner stor. De 4 plassene som var tiltenkt disse pasientene, var stort sett belagt. Samtidig var også søknadene fra egen helseregion stor.

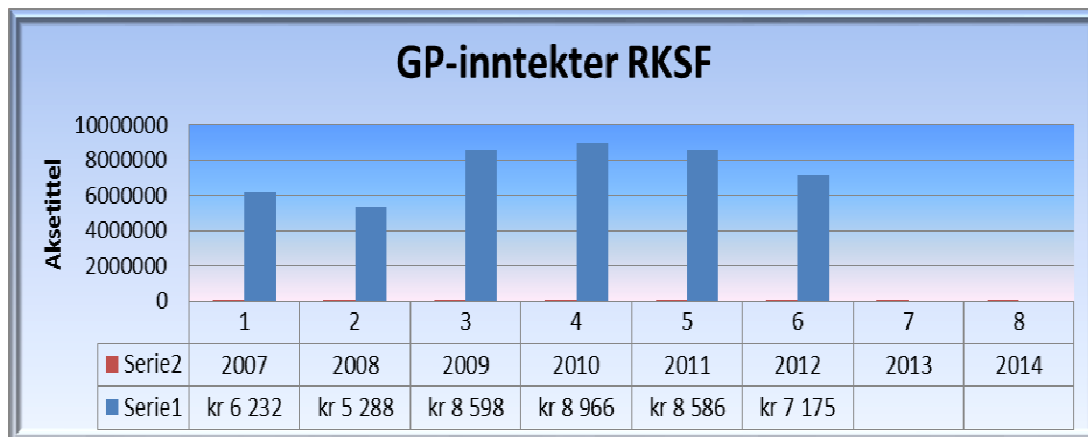
Tabellen nedenfor viser en oversikt over bruken av sengeplassene.

	Antall liggedøgn ved RKSF fra HF i regionen				Antall liggedøgn fra andre fylker utenfor HMN = GP inntekter	
ÅR	MØRE OG ROMSDAL	SØR- TRØNDELAGE	NORD- TRØNDELAGE	SUM HMN		SUM alle
2009	1147	1999	1337	4483	1151	5634
2010	1023	1897	417	3337	929	4266
2011	710	2087	728	3525	917	4442
2012	1217	912	1239	3368	686	4054
Hittil 2013	1031	1072	597	2700	251	2951
	Andel forbruk i Helse Midt- Norge					
	MØRE OG ROMSDAL	SØR- TRØNDELAGE	NORD- TRØNDELAGE			
2009	20 %	35 %	24 %		20 %	100 %
2010	24 %	44 %	10 %		22 %	100 %
2011	16 %	47 %	16 %		21 %	100 %
2012	30 %	22 %	31 %		17 %	100 %
Hittil 2013	35 %	36 %	20 %		9 %	100 %

Tabell 1

Antall liggedøgn i 2013 gjelder bare pasienter som allerede er utskrevet (hentet fra PAS).

Gjestepasientinntektene fra andre helseregioner har i disse årene variert en god del, jf. oversikten nedenfor.



Tabell 2

Finansiering av RKSF

RKSF fikk i 2012 et tilskudd over særfinansiering fra HMN på 5,1 mill kroner. F.o.m. 2013 ble det innført en etterskuddsvis korrigering av basisrammen til HF-ene basert på interne gjestepasientstrømmer i regionen to år tidligere. Denne ordningen skulle innføres med halv effekt i 2013 og full effekt i 2014. For 2013 fikk HNT på dette grunnlag et tilskudd til RKSF over særfinansiering på 3,925 mill kroner, mens resten var forutsatt kompensert gjennom korrigering av basisrammen. F.o.m. 2014 forutsettes særfinansieringen bortfalt og all kompensasjon gitt gjennom korrigering i basisrammen til HNT basert på pasientstrømmer mellom HFene i regionen.

Problemstilling:

1. Dagens finansiering dekker ikke kostnadene knyttet til drift av den regionale funksjonen RKSF
2. Dagens finansieringsmodell innebærer store svingninger i inntektene fra ett år til det neste knyttet til drift av den regionale funksjonen RKSF

Ang. pkt. 1:

Kostnader ved dagens sengepostdrift av RKSF

Kostnader til drift av RKSF (poliklinikk er holdt utenfor): ca 37 mill kroner

Prognose antall liggedøgn (herav ca 10 % fra andre regioner): 4000

Kostnad pr. liggedøgn: 9.250 kroner

Gjeldende enhetspris ved korrigering av basisramme: 7.000 kroner

Avhengig av fordeling av pasientene mellom HFene gir dette en underfinansiering for HNT på mellom 5 og 7 mill kroner.

Ang. pkt. 2:

Store svingninger i inntektene til finansiering av RKSF

Dagens finansieringsmodell innebærer at HNT får kompensasjon i basisrammen for pasientstrømmer fra de to andre HF-områdene til RKSF to år etter registrert aktivitet, dvs. at rammen for 2014 korrigeres for pasienttilstrømming til RKSF i 2012. Antall liggedøgn for pasienter fra HMR og St. Olav sine foretaksområder var imidlertid om lag 700 liggedøgn lavere i 2012 enn i 2011 og det som prognosen for 2013 viser. Dvs. at finansieringen til vår drift av RKSF går ned med om lag 6,5 mill kroner fra 2013 til 2014, for deretter å øke med samme beløp igjen fra 2014 til 2015.

Konklusjon:

Dagens finansiering av RKSF (med årlige korrigeringer i basisramme basert på registrerte pasientstrømmer og en for lav enhetspris) gir ikke kostnadsdekning for denne regionale funksjonen, i tillegg til at finansieringen varierer for mye fra år til år. Det blir på dette grunnlag svært vanskelig å opprettholde et stabilt og kvalitetsmessig godt tilbud. Regionale behandlingstilbud som RKSF må sikres en stabil finansiering gjennom særfinansiering av tilbudet i HMNs finansieringsmodell. Finansieringen må legges på et nivå som dekker foretakets netto kostnader knyttet til drift av enheten.

Vi ønsker å drøfte denne problemstillingen i et møte med representanter fra Helse Midt-Norge og viser til e-post fra Psykiatrisk klinikk der dette ønsket også er formidlet.

Med vennlig hilsen

Arne Flaatt
administrerende direktør

Gjenpart:
Klinikkleder Hilde Ranheim

Helse Midt-Norge RHF
Postboks 464

7501 Stjørdal

Vår ref.:
2013/3080 –

Deres ref.:

Dato:
19.05.2014

FINANSIERING AV GJESTEPASIENTER I HMN

Vi viser til våre brev av 31.10.13 og 16.01.14 til HMN om finansiering av regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser hvor vi avsluttet slik:

Dagens finansiering av RKSF (med årlige korrigeringer i basisramme basert på registrerte pasientstrømmer og en for lav enhetspris) gir ikke kostnadsdekning for denne regionale funksjonen, i tillegg til at finansieringen varierer for mye fra år til år. Det blir på dette grunnlag svært vanskelig å opprettholde et stabilt og kvalitetsmessig godt tilbud. Regionale behandlingstilbud som RKSF må sikres en stabil finansiering gjennom særfinansiering av tilbudet i HMNs finansieringsmodell. Finansieringen må legges på et nivå som dekker foretakets netto kostnader knyttet til drift av enheten.

Vi ønsker å drøfte denne problemstillingen i et møte med representanter fra Helse Midt-Norge og viser til e-post fra Psykiatrisk klinikk der dette ønsket også er formidlet.

I videomøte 14.05.14 mellom HMN og HNT om aktivitet og inntektsramme for 2014 etterlyste vi svar på denne problemstillingen samtidig som vi pekte på og sammenlignet med dagens nivå på regionintern pris for somatiske gjestepasienter. Vi vil utdype dette her.

Disse problemstillingene er drøftet i notat av mars 2011 av Jon Magnussen om «Gjestepasienter – punkter til diskusjon», jf. vedlagte kopi.

I notatet nevner Magnussen at det kan være hensiktsmessig at planlagt aktivitet avregnes til pris tilsvarende 100 % DRG, mens ikke planlagt aktivitet kan avregnes med 80 % av DRG. Han nevner videre i forhold til oppgjør mellom regioner at «Satsen mellom regioner er 80 %, og ... det er rimelig å anta at 80 % vil være kostnadsdekkende».

Vi er enig i at all planlagt aktivitet, dvs. alle regionale oppgaver, skal avregnes til en pris på 100 % DRG. Dette prinsippet må gjelde både for somatiske og for psykiatriske

pasienter, herunder pasienter i RKSF (Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser). De planlagte regionale tilbudene må gis full kostnadsdekning for å sikre nødvendig stabilitet i driften av det planlagte behandlingstilbudet. Forslaget om et særtilskudd på 4 mill kroner i tillegg til dagens gjestepasientpris for RKSF gir ikke kostnadsdekning for regionale pasienter, jf. tidligere brev fra HNT.

For (ikke planlagte) lokalsykehuspasienter bør gjestepasienten mellom HFene i regionen avregnes til 80 % av DRG i somatikk eller 80 % av liggedøgnspris i psykiatri. Dette er pasienter som i utgangspunktet ikke skal påvirke planlagt kapasitet og der det, ifølge Magnussen, «er rimelig å anta at 80 % vil være kostnadsdekkende». Vi ber derfor om at det anslås et omfang av lokalsykehuspasienter fra HNT og HMR som behandles ved St. Olavs Hospital og at disse pasientene avregnes til en pris tilsvarende 80 % av DRG i regionens finansieringsmodell.

Vi ber på dette grunnlag om evt. eget drøftingsmøte og svar på våre tidligere henvendelser knyttet til kostnadsdekning for regionale pasienter i RKSF i tillegg til vår problemstilling knyttet til gjestepasientpris for lokalsykehuspasienter i somatisk drift.

Med vennlig hilsen

Arne Flaatt
administrerende direktør

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 27/2014 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	16. juni 2014	27/2014

Saksbeh:

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2014/1963

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:
Sak 27/2014 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 22.05.14
2. Protokoll fra møte i Administrativt samarbeidsutvalg 05.06.14
3. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 11.06.14
4. Kvalitet og pasientsikkerhet
5. Status miljøsertifisering
6. Andre orienteringer

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 22.05.14 kl 10.30 - kl 15.35
Møtested: Quality Airport Hotell Værnes
Saksnr.: 36/14 – 41/14
Arkivsaksnr.: 2014/14

Møtende medlemmer:

Marthe Styve Holte
Ola H. Strand
Vigdis Harsvik
Paul Steinar Valle (permisjon fra kl. 1145)
Brit Tove Welde
Tore Kristiansen
Bjørge Henriksen
Tore Brudeseth
Rune Heggedal
Randulf Søberg (vara)

Forfall:

Ellen M. Wøhni

Regionalt brukerutvalg:

Steinar Waksvik
Mona Sundnes

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Trond Michael Andersen
Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)
Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås
HR direktør Sveinung Aune
Direktør for samhandling Daniel Haga
Direktør for eierstyring Torbjørge Vanvik
Direktør for stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød
Direktør for helsefag, forskning, utdanning og innovasjon Henrik A. Sandbu
Økonomidirektør Anne Marie Barane
Internrevisjonssjef Ellinor Wessel Pettersen

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 15.05.14. Samme dag ble saksdokumentene lagt ut i styreadministrasjonen.

Tirsdag 20.05.14 ble referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 19.05.14 lagt ut.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 19.05.14

I forkant av styremøtet var det seminar for styret onsdag 21. april 2014. Tema for seminaret var finansieringsmodellen.

I forkant av styremøtet var styret i Helse Midt-Norge RHF på besøk hos administrasjonen i Helse Midt-Norge RHF.

Styrets leder Marthe Styve Holte ønsket velkommen til styremøtet.

Innkalling og saksliste til møtet ble godkjent.

Sak 36/14 Referatsaker

- Referat fra møtet i Regional Brukerutvalg 19. mai 2014
- Protokoll fra møte i styrets revisjonsutvalg 9. april 2014
- Uttalelse fra Sør Trøndelag Arbeiderparti «Ikke rør lokalsykehusene våre»

Sak 37/14 Statusrapport Helse Midt-Norge pr mars 2014

Forslag til vedtak:

1 Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport per 31.3.2014 til etterretning.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1 Styret for Helse Midt-Norge RHF tar statusrapport per 31.3.2014 til etterretning.

Sak 38/14 Regional handlingsplan for avtalespesialister i Midt-Norge

Opprinnelig forslag til vedtak:

Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om at Regional handlingsplan for avtalespesialister legges til grunn i det videre arbeidet med å videreutvikle bruken av avtalespesialister som en integrert del av den samlede spesialisthelsetjeneste i Helse Midt-Norge.

Protokoll

Adm direktør fremmet nytt forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar å legge Regional handlingsplan for avtalespesialister til grunn i arbeidet med å videreutvikle bruken av avtalespesialister som en integrert del av den samlede spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge.
2. Styret legger vekt på at bruken av avtalespesialister må vurderes når det kan bidra til å øke tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester i hele regionen.

Nestleder Ola Strand fremmet følgende alternativ til pkt 2

2. Styret legger vekt på at bruken av avtalespesialister *skal* vurderes når det kan bidra til å øke tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester, *og redusere ventetid* i hele regionen.

Det ble først votert over nytt forslag til punkt 1. Dette ble enstemmig vedtatt.

Videre ble det alternativ votering over forslagene til punkt 2.

Nestleders forslag til pkt 2 ble vedtatt mot 1 stemme (Bjørge Henriksen)

Styret gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar å legge Regional handlingsplan for avtalespesialister til grunn i arbeidet med å videreutvikle bruken av avtalespesialister som en integrert del av den samlede spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge.
2. Styret legger vekt på at bruken av avtalespesialister skal vurderes når det kan bidra til å øke tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester, og redusere ventetid i hele regionen.

Sak 39/14 Orienteringssaker

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

I styremøte 22.05.14 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Nytt fra foretaksgruppen
- eHelse programmet i Helse Midt-Norge
- Regional HR handlingsplan for perioden 2014-2015
- Arbeidsmiljøundersøkelse (AMUS)
- Idefase – sjukehuset i Nordmøre og Romsdal

Sak 40/14 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 41/14 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoll ble godkjent og signert i møtet.

Stjørdal 22.05.14

Marthe Styve Holte

Ola H. Strand

Vigdis Harsvik

Paul Steinar Valle

Tore Kristiansen

Brit Tove Welde

Rune Heggedal

Tore Brudeseth

Ellen Wøhni

Björg Henriksen

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL**

Møtetid: 05.06.14 kl. 10.00 – 14.00
Møtested: Fylkes Hus, Steinkjer
Saksnr.: 20/2014 - 26/2014
Arkivsaksnr: 2014/205

Møteledere: Torunn Austheim og Jakob Br. Almlid (fra kl. 11.30)

Møtende medlemmer:

Torunn Austheim (fratrådte møtet kl. 11.30)

Jacob Br. Almlid

Gudrun Fossem

Håkon Kolstrøm

Ragnhild Holmberg Aunsmo

Runar Asp

Paul Georg Skogen

Hilde Ranheim

Olav Bremnes

Forfall:

Arne Flaatt

Øystein Sende

Wenche P. Dehli

Varamedlem: Ingen møtte

Møtende repr. med møte og talerett:

Einar J. Jakobsen, KS

Frank Grydeland, ansattrepr fra HNT

Mone Lund Veie, vara ansattrepr fra HNT, møtte for Sølvi Sæther

Sunniva Rognerud, representant for Legeforeningen i Nord-Trøndelag

Torgeir Skevik, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag

Fra administrasjonen i Helse Nord-Trøndelag møtte:

Rådgiver Marit Røvik Skjerve (referent)

Merknader til møtet:

Ingen

Merknader til innkalling og sakliste:

Ingen merknader til innkalling og sakliste.

Innkalling utsendt pr. e-post 28.05.14.



HELSE NORD-TRØNDELAG

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)

MØTEPROTOKOLL

Saksframlegg publisert på internettløsningen for styreadministrasjon:

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

Presentasjonene publiseres på styreadministrasjonen:

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

Sak 20/2014 Godkjenning av protokoll fra møte 10.04.14

Protokoll:

Møteleder viste til protokollen.

Sunniva Rognerud møter som representant for Legeforeningen i Nord-Trøndelag. Opplysningen korrigeres i protokollen.

Vedtak:

Korrigert protokoll fra møte 10.04.14 godkjennes.

Sak 21/ 2014 Temasak:

Logopeditjenesten – kommunenes ansvar for logopeditjenesten sett fra fylkesmannens ståsted

Protokoll:

Torgeir Skevik, spesialrådgiver samhandling v/Sosial-, helse- og barnevernavdelingen og Tore Haugnes, seniorrådgiver v/Oppvekst- og utdanningsavdelingen orienterte om innbyggernes rett og krav på logopedi i henhold til gjeldende lovverk.

Det ble påpekt å se dette i sammenheng med rehabilitering, og den nye rapporten om rehabilitering i Midt-Norge

Vedtak:

ASU oppfordrer kommunene å få på plass ordninger som ivaretar logopedibehovet.

Personalnettverket bes om å se på behovet for logopeder i Nord-Trøndelag, og vurdere tiltak for å styrke denne tjenesten. Dette behovet må også vurderes ut fra Rehabiliteringsrapporten for Midt-Norge.

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL****Sak 22/2014 Temasak:**

Oppfølging av tjenesteavtale 2 - Helhetlige og sammenhengende helsetjenester til pasienter og brukere med behov for koordinerte tjenester

FORSLAG TIL VEDTAK:

ASU tar orientering fra fagrådet for tjenesteavtale 2 til etterretning.

ASU tilrår at alle kommuner gir tilbud om koordinatoropplæring til ansatte som har slik funksjon for å styrke tilbudet til brukere med behov for koordinerte tjenester. Det anbefales at dette gjøres i et samarbeid med NAV og HNT.

Protokoll:

Gunn Elisabeth Røkke, ergoterapeut i Steinkjer kommune, orienterte om prosjektet koordinatorskolen i Steinkjer kommune..

Ingeborg Laugsand, helsesjef i Steinkjer kommune, la fram statusrapport fra fagrådet.

ASU foreslår følgende endring 2. avsnitt, siste setning, ordnet anbefales byttes ut med forutsettes:

Følgende setning ble foreslått som tillegg::

ASU ber om at koordinatorrollen styrkes både i kommunene og helseforetaket.

Vedtak:

ASU tar orientering fra fagrådet for tjenesteavtale 2 til etterretning.

ASU tilrår at alle kommuner og HNT gir tilbud om koordinatoropplæring til ansatte som har slik funksjon, for å styrke tilbudet til brukere med behov for koordinerte tjenester. Det forutsettes at også NAV trekkes med i dette arbeidet.

HNT og KS tar initiativ til et møte med NAV for å orientere om Samhandlingsreformen og arbeidet med å operasjonalisere avtalene. Dette for å styrke samarbeidet mellom NAV, kommunene og HNT.

Sak 23/2014 Høring – Rehabilitering i Midt-Norge**FORSLAG TIL VEDTAK:**

Saken tas til orientering og høringsuttalelsene oversendes i sin helhet Helse Midt-Norge RHF ved Svanhild Jenssen, til videre håndtering.

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL****Protokoll:**

Einar J. Jakobsen, daglig leder KS, la fram saken og fremmet nytt forslag til vedtak.
ASU støttet nytt forslag til vedtak.

Vedtak:

1. Det er positivt at HMN RHF og kommunene i fellesskap har utarbeidet rapporten «Rehabilitering i Midt-Norge».
2. Rapporten vil være et nyttig arbeidsdokument i arbeidet med kommunenes rehabiliteringsplaner og samhandlingen mellom foretak og kommune.
3. Rapporten tas til orientering med de kommentarer/anbefalinger som fremgår av saksframlegget og innspillene for kommunene.
4. Høringskommentarer fra kommunene og vedtak i ASU oversendes Helse Midt-Norge.

Sak 24/2014 Statistikkgjennomgang og behov for statistikk framover**Protokoll:**

Sveinung Aune, analysesjef HNT, gjennomgikk oppdatert statistikk knyttet til oppfølgingen av samhandlingsreformen, og viste utviklingstrekk for perioden april 2013 – april 2014.

Aune ba ASU vurdere behov for statistikk for å se utviklingen av ø-hjelpsforbruket.

Vedtak:

ASU fra saken til orientering.

Sak 25/2014 Orienteringer**Protokoll:**

1. *Status for oppfølging av saker i ASU pr. 28.05.2014*
Olav Bremnes orienterte om saken.



HELSE NORD-TRØNDELAG

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)

MØTEPROTOKOLL

2. *Samhandlingsjokerprosjektet*

Orienteringen utsettes til møte i september.

3. *Status elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger (PLO)*

Olav Bremnes orienterte generelt om status på bruk av PLO-meldinger, og viste til eksempel på utfordringer i samhandlingsrommet.

4. *Folkehelsekonferansen 2014*

Paul Georg Skogen orienterte om at Folkehelsekonferansen 2014 er avlyst, da det arrangeres samme type konferanse regionalt/nasjonalt i samme tidsrom.

5. *Orientering om internettider for samhandling*

Tone Aglen Jensen presenterte web-redaksjonskomiteens arbeid så langt med ny felles nettside for samhandling.

Vedtak:

ASU tar saken til orientering.

Sak 26/2014 Eventuelt

- Runar Asp orienterte om at ASU for St. Olavs Hospital behandlet sak om tjenesteavtale 12 i møte 22.mai 2014.
- Torgeir Skevik orienterte om at dette var hans siste møte i ASU, da han går over til ny stilling som personalsjef i Namdalseid kommune.