

Styrets medlemmer

Vår ref.:
2013/4436 - 31481/2013

Deres ref.:

Dato:
10.12.2013**Innkalling til styremøte i Helse Nord-Trøndelag 17. desember 2013**

Det kalles med dette inn til styremøte i Helse Nord-Trøndelag 17. desember 2013.
Møtet finner sted på Quality Hotel Grand, Steinkjer og starter kl. 1200.

- | | |
|--------------------|---|
| Sak 65/2013 | Endring i oppnevning av representanter og vararepresentanter for Administrativt samarbeidsutvalg for perioden 2014- 2017 |
| Sak 66/2013 | Høring – Overordna retningslinjer for samfunnsansvar i Helse Midt-Norge |
| Sak 67/2013 | Budsjett 2014 |
| Sak 68/2013 | Driftsrapport november 2013 |
| Sak 69/2013 | Orienteringssaker: <ul style="list-style-type: none">1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 12.12.132. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 25.11.133. Referat fra styret møte med Brukerutvalget 25.11.134. Referat fra styrets møte med tillitsvalgte 25.11.135. Andre orienteringer |
| Sak 70/2013 | Eventuelt |
| Sak 71/2013 | Godkjenning og signering av protokoll |

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

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

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 65/2013 Endring i oppnevning av vararepresentanter til Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) for perioden 2014 - 2017

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	17.12.13	65/2013

Saksbeh: Marit Røvik Skjerve

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2013/4436

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord-Trøndelag tar til etterretning administrerende direktørs endringer i vararepresentasjon fra Helse Nord-Trøndelag til administrativt samarbeidsutvalg (ASU) for perioden 2014 – 2017.

Følgende personer kalles inn som vararepresentant etter liste:

1. John Ivar Toft, klinikkleder, Kirurgisk klinikk Sykehuset Namsos
2. Olav Bremnes, rådgiver
3. Tor Ivar Stamnes, kvalitetssjef
4. Bernt Harald Opdal, avdelingsleder, Psykiatrisk klinikk Sykehuset Namsos
5. Randi Sudbø Brandtzæg, klinikkleder, Medisinsk klinikk Sykehuset Namsos

SAKSUTREDNING:**Sak 65/2013 Endring i oppnevning av vararepresentanter til Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) for perioden 2014 - 2017**

I møte 25.11.13, sak 64/2013 tok styret til etterretning, administrerende direktørs oppnevning av representanter og vararepresentanter fra Helse Nord-Trøndelag til Administrativt samarbeidsutvalg (ASU) for perioden 2014 – 2017.

Det har vist seg, av praktiske årsaker, å være behov for å endre oversikten over vararepresentantene fra personlig til numerisk. Ved forfall av representanter er det mest hensiktsmessig at det kalles inn vararepresentanter etter numerisk liste, noe som lettere sikrer full deltakelse fra Helse Nord-Trøndelag i møtene.

Det er samtidig foretatt endringer av vararepresentanter.

Saken legges fram for styret med de endringer som nevnt i saksutredningen.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 66/2013 Høring – Overordna retningslinjer for samfunnsansvar i Helse Midt-Norge

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	17.12.13	66/2013
 Saksbeh:	Trond G. Skillingstad	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2013/4436	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord-Trøndelag støtter framlagte forslag til overordnede retningslinjer for samfunnsansvar for Helse Nord-Trøndelag.

SAKSUTREDNING:

Sak 66/2013 Høring – Overordna retningslinjer for samfunnsansvar i Helse Midt-Norge

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Høringsnotat Samfunnsansvar i Helse Midt-Norge, datert 2. oktober 2013
2. «Høring – Overordna retningslinjer for samfunnsansvar i Helse Midt-Norge», datert 2. oktober 2013
3. Utsatt høringsfrist i mail fra Helse Midt-Norge ved Inger Mette Nilstad, datert 8. oktober 2013

HELHETLIG DRØFTING

Helse Midt-Norge RHF har utarbeidet utkast til retningslinjer for samfunnsansvar som er ment å gjelde en samlet foretaksgruppe. Retningslinjene er utviklet i samarbeid med representanter fra helseforetakene, brukere og tillitsvalgte. Helse Nord-Trøndelag har, forut for styrebehandlingen, drøftet saken i foretaksledelsen.

Helse Nord-Trøndelags *samfunnsoppdrag* er relativt godt definert og nedfelt i lov og forskrifter, både når det gjelder innhold og styringsform. Helseforetaket skal utføre pasientbehandling, utdanne helsepersonell, understøtte forskning og drive opplæring av pasienter og pårørende.

Samfunnsansvar handler om på hvilken måte du løser oppdraget, og hvordan dette igjen påvirker forhold som ligger utenfor samfunnsoppdraget. I utkast til retningslinjer er det fokusert på

- Ansvarlighet gjennom
 - *respekt for enkeltmennesker og lokalsamfunn*
 - *god samhandling med omgivelsene*
 - *å bidra til gode løsninger for mennesker og samfunn*
- Åpenhet gjennom
 - *god dialog med dem vi samhandler med*
 - *ærlig, tydelig og troverdig kommunikasjon*
 - *å synliggjøre grunnlag for våre beslutninger*
- Etisk adferd gjennom
 - *å følge vedtatte etiske retningslinjer*
- Respekt for arbeidstakerrettigheter gjennom
 - *å respektere grunnleggende arbeidstakerrettigheter*
 - *å fokusere på et arbeidsmiljø preget av mangfold, respekt og omtanke*
- Respekt for menneskerettigheter gjennom
 - *å etterleve FNs menneskerettighetserklæring og konvensjon om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne*
- Aktivt forhold til miljø- og klimautfordringer gjennom
 - *en drift som bidrar til bærekraftig utvikling og redusert miljøskade*
 - *ISO-sertifisering av helseforetaket*

Administrerende direktør mener disse punktene tar opp i seg svært vesentlige forhold som berører et samfunnsansvar for helseforetak kan og bør ta. De bidrar også til å danne en overordnet ramme av mange hensyn som allerede er fokusert på i helseforetakene. Det er nemlig en rekke retningslinjer, planer og prosjekt som fokuserer på enkeltdelene i de overordnede retningslinjene,

slik som for eksempel prosjektet som miljøsertifiserer Helse Nord-Trøndelag. Vi har også blant annet vedtatte etiske retningslinjer, retningslinjer for anskaffelser, bierverv mv.

Utfordringen er således ikke i så stor grad retningslinjer for samfunnsansvar, men handler mer om prosesser og holdningsetablering som påvirker alle enkelthandlingene som utføres hver eneste dag i organisasjonen. Administrerende direktør vil derfor bidra til ytterligere kommunikasjon av og fokus på samfunnsansvar i organisasjonen når de overordnede retningslinjene er vedtatt i Helse Midt-Norge.



Høringsnotat Samfunnsansvar i Helse Midt-Norge

Innledning

Helse Midt-Norge påvirker samfunnsutviklingen i Midt-Norge. Få samfunnssektorer engasjerer mer enn vår. Foretaksgruppa har et samfunnsansvar som går ut over å yte gode og likeverdige spesialisthelsetjenester. Retningslinjer for samfunnsansvar handler om å tydeliggjøre hva dette ansvaret består i og hvordan det best kan ivaretas.

Det vises til vedtak i sak 94/2012 i styret til HMN RHF; ”Helse Midt-Norge RHF ivaretar sitt overordna samfunnsansvar ved å sørge for at samfunnsoppdraget blir gjennomført på en slik måte at *verdiene trygghet, respekt og kvalitet blir etterlevd* i hele foretaksgruppa. Ivaretagelse av samfunnsansvaret er også knyttet til å *ivareta menneskerettigheter, ivareta arbeidstakerrettigheter, arbeide mot korrupsjon og ivareta miljø og klima.*” Innenfor denne rammen ble administrasjonen bedt om å utarbeide utkast til overordna retningslinjer for ivaretagelse av samfunnsansvaret.

Forankret i direktørmøte, møte med AU for regionalt tillitsvalgte og møte med Regionalt brukerutvalg, ble det høsten 2013 nedsatt en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å utarbeide et utkast til retningslinjer for samfunnsansvar i Helse Midt-Norge. Arbeidsgruppa har bestått av følgende:

- Trond Skillingstad; Helse Nord-Trøndelag HF
- Espen Remme; Helse Møre- og Romsdal
- Heidi Magnussen; St. Olavs Hospital HF
- Jon Olav Berdahl; AU regionalt tillitsvalg/verneombud
- Laila Helene Langerud; Regionalt brukerutvalg
- Bjørn Bratvik; Regionalt brukerutvalg
- Daniel Haga; Helse Midt-Norge RHF
- Hanne Sterten; Helse Midt-Norge RHF
- Mette Nilstad; Helse Midt-Norge RHF

Arbeidsgruppa har levert en rapport som består av to deler;

1. Overordna retningslinjer for samfunnsansvar i Helse Midt-Norge
2. Utdyping av innholdet i overordna retningslinjer

Utdypingen er ment som et bidrag til både å underbygge og fortolke hva som ligger i selve retningslinjene, i de tilfeller hvor teksten krever tolking. Denne teknikken brukes fordi arbeidsgruppa har ønsket å gjøre selve retningslinjene kortfattet og da er det hensiktsmessig med enkelte presiseringer.

Del I –

Overordna retningslinjer for samfunnsansvar i Helse Midt Norge

Innledning

Disse overordna retningslinjene gjelder for alle som er ansatt eller innehar verv i Helse Midt-Norge. Retningslinjene gjelder også for de som opptrer på oppdrag for, eller som representant for Helse Midt-Norge.

Overordna retningslinjer for samfunnsansvar grenser opp mot andre retningslinjer og dokumenter som utdyper enkelte av temaene i vårt samfunnsansvar, jf. punkt om relaterte dokumenter.

Vårt samfunnsoppdrag

Helse Midt-Norges samfunnsoppdrag er å sørge for at befolkningen i regionen får gode og likeverdige spesialisthelsetjenester når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. Våre hovedoppgaver er:

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

Samfunnsoppdraget skal løses innenfor de til enhver tid gjeldende helsepolitiske og økonomiske rammer.

Vårt samfunnsansvar

Helse Midt-Norge er også opptatt av hvordan vi, utover det å løse vårt samfunnsoppdrag, kan gi et positivt samfunnsbidrag gjennom måten vi utfører samfunnsoppdraget på. For å utføre våre tjenester på en god måte er vi avhengige av en grunnleggende tillit i befolkningen. Fokus på samfunnsansvar skal bidra til å skape tillit og et godt omdømme. Videre har utøvelsen av vårt samfunnsansvar en stor betydning for alle våre ansatte og deres arbeidsforhold.

Samfunnsansvar handler om hvordan vi løser vårt samfunnsoppdrag i samspill med andre og hvordan vår virksomhet påvirker mennesker, miljø og samfunn.

Dette betyr at Helse Midt-Norge skal preges av at:

I. Ansvarlighet

- Vi har respekt for tjenestens omfattende betydning for enkeltmennesker og lokalsamfunn.
- Vi opptrer som en aktiv samfunnsaktør, har godt kjennskap til og samhandler godt med omgivelsene.
- Vi vurderer alltid om vi kan bidra til bedre løsninger for enkeltmennesket og samfunnet.

II. Åpenhet

- Vi vektlegger åpenhet og dialog i møte med enkeltmennesker, medarbeidere og våre omgivelser.

- All kommunikasjon er ærlig, tydelig og troverdig.
- Vi er opptatt av å synliggjøre hva slags vurderinger som gjøres og hvilke hensyn som vektlegges ved beslutninger.

III. *Etisk atferd*

- Vi legger våre etiske retningslinjene til grunn, jf. etiske retningslinjer i Helse Midt-Norge vedtatt 21.06.13.

IV. *Respekt for arbeidstakerrettigheter*

- Vi respekterer grunnleggende arbeidstakerrettigheter, jf. ILOs åtte kjernekonvensjoner.
- Vårt arbeidsmiljø preges av mangfold, respekt og omtanke.

V. *Respekt for menneskerettigheter*

- Vi støtter og respekterer FN's menneskerettighetserklæring og FN's konvensjon om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

VI. *Aktivt forhold til miljø- og klimautfordringer*

- Vi bidrar i vår daglige drift til en bærekraftig utvikling, og en kontinuerlig reduksjon av vår påvirkning på det ytre miljø.
- Hele foretaksgruppen er miljøsertifisert i samsvar med ISO 14001-standard innen utgangen av 2014.

Relaterte dokument

- [Etiske retningslinjer i Helse Midt-Norge](#)
- [Etiske retningslinjer for anskaffelser i Helse Midt-Norge](#)
- [WHO's internasjonale retningslinjer for etisk rekruttering](#)
- [Helse Midt-Norges politikk vedrørende biervery](#)
- [FN's menneskerettighetserklæring](#)
- [FN's konvensjon om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne](#)
- [ILOs åtte kjernekonvensjoner](#)

Del II –

Utdyping av overordna retningslinjer for samfunnsansvar

Gjeldende forutsetninger og føringer

Helse Midt-Norge forvalter viktige samfunnsoppgaver og store ressurser på vegne av fellesskapet. Dette stiller krav til at foretakene drives profesjonelt og ansvarlig.

Dokumentet ”Regjeringens eierskapspolitikk” klargjør hvilke forventninger og krav regjeringen stiller til eier, styrer og ledelse i statlig eide virksomheter. Denne politikken er forankret i Stortinget gjennom behandlingen av eierskapsmeldingen (Meld. St. nr. 13 (2010 - 2011) Aktivt eierskap – norsk statlig eierskap i et globalt perspektiv).

I Regjeringens eierskapspolitikk er det formulert flere forventninger til virksomheter med statlig eierskap:

- Virksomhetene skal være ledende i arbeidet med samfunnsansvar på sitt felt
- Virksomhetene har utarbeidet retningslinjer for sitt arbeid med samfunnsansvar
- Alle virksomheter har ansvar for å ta samfunnsansvar og dette bør være integrert i selskapenes virksomhet og strategier
- Virksomhetene har etiske retningslinjer og disse er offentlig tilgjengelig
- Arbeidet med samfunnsansvar er forankret i virksomhetenes styrer og styrene rapporterer vesentlige områder i sin årlige beretning
- Virksomhetene ivaretar samfunnsansvar knyttet til hovedområdene menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter, arbeid mot korrupsjon, samt miljø og klima. Samfunnsansvaret innebærer et ansvar for hvordan virksomheten virker inn på disse områdene enten det gjelder kjøp av tjenester eller effekter av egen virksomhet.

Arbeidsgruppa viser også til St. meld. nr. 10 (2008 – 2009) *Næringslivets samfunnsansvar i en global økonomi*, som har lagt til grunn følgende forståelse for samfunnsansvar:

”Regjeringen legger til grunn en forståelse av samfunnsansvar som innebærer at bedrifter integrerer sosiale og miljømessige hensyn i sin daglige drift og i forhold til sine interessenter. Samfunnsansvar innebærer hva bedriftene gjør på en frivillig basis utover å overholde eksisterende lover og regler i det landet man opererer. Kjernen i begrepet omhandler hvilket ansvar selskaper forventes å påta seg for mennesker, samfunn og miljø som påvirkes av virksomheten.”

Veileder for styrearbeid i regionale helseforetak styrearbeid i regionale helseforetak – *God rolleforståelse og god rolleutøvelse*, påpeker med henvisning til regjeringens eierskapspolitikk at samfunnsansvaret er knyttet til:

- Åpenhet i forhold til alle som har legitime interesser til virksomheten
- Drive virksomheten slik at den gir positivt bidrag til samfunnet
- Ivareta menneskerettigheter
- Ivareta arbeidstakerrettigheter
- Arbeid mot korrupsjon
- Ivareta miljø og klima

Helse Midt-Norges helsetjenester er basert på visjonen; "På lag med deg for din helse" og gjenspeiler våre verdier som er: Kvalitet - Trygghet – Respekt. Verdiene skal gjenspeiles i alle møter med pasienter, pårørende, kollegaer, innbyggere, kommuner og andre samarbeidspartnere. Det vises til vedtak i sak 94/2012 i styret til HMN RHF; "Helse Midt-Norge RHF ivaretar sitt overordnede samfunnsansvar ved å sørge for at samfunnsoppdraget blir gjennomført på en slik måte at *verdiene trygghet, respekt og kvalitet blir etterlevd* i hele foretaksgruppen. Ivaretagelse av samfunnsansvaret er også knyttet til å *ivareta menneskerettigheter, ivareta arbeidstakerrettigheter, arbeide mot korrupsjon og ivareta miljø og klima.*"

Hvem gjelder retningslinjene for

I foretaksmøtene i januar 2011 er det stilt krav til at styret og administrerende direktør er kjent med kravene til samfunnsansvar, og håndterer virksomhetenes samfunnsansvar på en framtidsretta måte, som del av sin operasjonelle og strategiske virksomhetsstyring.

De overordna retningslinjene skal gjelde for alle som er ansatt eller innehar verv i Helse Midt-Norge. Retningslinjene omfatter også de som opptre på oppdrag for, eller som representant for Helse Midt-Norge.

Samfunnsoppdrag

Helse Midt-Norges spesifikke samfunnsoppdrag er å sørge for at befolkningen i regionen får gode og likeverdige spesialisthelsetjenester når de trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi og etnisk bakgrunn. I samfunnsoppdraget inngår også et ansvar for at forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas på en god måte, og at disse oppgavene underbygger god og forsvarlig pasientbehandling.

Virksomheten til Helse Midt-Norge er forankret i lovverket, blant annet helseforetaksloven, spesialisthelsetjenesteloven, pasient- og brukerrettighetsloven og arbeidsmiljøloven. Virksomheten skal drives innenfor de mål, resultatkrav og rammer som fastsettes gjennom vedtekter, beslutninger truffet i foretaksmøtet, tildelte bevilgninger og vilkår knyttet til bevilgningsvedtakene. Samfunnsoppdraget skal løses innenfor de til enhver tid gjeldende helsepolitiske og økonomiske rammer.

Samfunnsansvar

I tillegg til det spesifikke samfunnsoppdraget, har helseforetakene et mer generelt samfunnsansvar. Samfunnsansvar, med de normer og standarder som er knyttet til dette, er under stadig utvikling etter hvert som ny kunnskap erverves. På norsk brukes uttrykket *samfunnsansvar* mens man på engelsk opererer med betegnelsen *Corporate Social Responsibility (CSR)*. Kjernen i begrepet er hvilket ansvar virksomheter bør påta seg for mennesker, samfunn og miljø som påvirkes av virksomheten.

I Helse Midt-Norge har samfunnsansvaret sitt utspring i våre verdier; kvalitet – trygghet – respekt. Verdigrunnlaget er kjernen i vår virksomhet og hjelper oss til å utføre samfunnsoppdraget på riktig måte. Dette utgjør fundamentet for å skape en positiv og ansvarlig kultur i foretaksgruppen med tillit og samarbeid på alle nivå.

Samfunnsansvar i Helse Midt Norge handler om å forstå omgivelsenes forventninger, og å forholde seg til disse på en måte som skaper gjensidig respekt og tillit. Det er viktig at vi er bevisste på at samfunnet forventer noe mer av oss enn at vi kun driver helseforetakene innenfor en snever tolkning av vårt samfunnsoppdrag. Eksempelvis kan regleverket i enkelte tilfeller få urimelige og utilsiktede konsekvenser for pasientene. Da forventes det som del av vårt

samfunnsansvar å undersøke om det likevel er en mulighet for oss innenfor det samfunnsoppdrag vi har å bidra med en positiv løsning.

Helse Midt-Norges samfunnsansvar handler om hvordan vi løser vårt samfunnsoppdrag i samspill med andre og hvordan våre beslutninger og aktiviteter påvirker mennesker, miljø og samfunn. Vi har som alle virksomheter, et ansvar ikke bare for oss selv, men for hvordan samfunnet totalt utvikler seg. Det gjør at den faglig sett beste måten å løse vårt oppdrag på, blir mer robust dersom vi også har vurdert den påvirkning beslutningen eventuelt har for samfunnet rundt oss. I sum gjør dette oss også bedre. Dette betyr ikke at det er foretakens oppgave å påta seg/overta andre samfunnssektors oppgaver. Vi har imidlertid et ansvar for å se tjenestene i sammenheng og om dette kan bidra til en positiv løsning i form av lavere samla samfunnskostnader eller merverdi i form av bedre tjenester for samme kostnad.

Eksempelboks

Utgangspunktet for de eksemplene som beskrives, er et ønske om at vi i Helse Midt-Norge skal ha et samfunnsperspektiv på måten vi organiserer og/eller utfører helsetjenesten på. Det er ikke helsetjenestens oppgave å påta seg/overta andre samfunnssektors oppgaver. Vi har likevel et ansvar for å se tjenestene i sammenheng ved å vurdere om vi kan bidra til lavere samla samfunnskostnader, og/eller en merverdi i form av bedre tjenester for samme kostnad. For noen av de eksemplene som nevnes her, er begrunnelsen for å gjøre endringer at regelverket i enkelte tilfeller får urimelige og utilsiktede konsekvenser for pasienter.

Samarbeid mellom pasienttransport og såkalt ”bestilt offentlig transport?

Spesialisthelsetjenesten har ansvar for pasienttransport, og gjør dette gjennom offentlige anbud. Fylkeskommunen har ansvar for offentlig transport. I mindre kommuner og tettsteder er dette organisert gjennom bestilt offentlig transport, fordi grunnlaget for rutegående trafikk er for spinkelt. Begge har altså et samfunnsoppdrag.

Sør-Trøndelag Fylkeskommune har invitert til et samarbeid med Helse Midt-Norge RHF for å undersøke om det er mulig å samarbeide om slike tjenester, som i sum vil styrke grunnlaget for større regularitet og bedre tilgjengelighet.

Kan regelverket stenge for sunn fornuft?

I Fjellregionen har det i lang tid vært tradisjon for at pasienter fra nabokommunene til Sør-Trøndelag (Tynset og Os) benytter St. Olavs Hospital som sitt regionsykehus. Ansvarlig for ambulansetransport til sykehus, og evt. tilbake til lokalsykehuset er det foretaket pasienten er hjemmehørende i (Sykehuset innlandet) I mange år ble det derfor rekvirert bil fra Tynset for å hente pasient på St. Olavs, mens det godt kunne kjøre en tom bil fra Røros samme vei etter å ha levert pasient for innleggelse ved St. Olavs. Om bilen fra Røros ble brukt, ble det sendt regning til Sykehuset Innlandet for hele turen. Andre ganger var det omvendt: En bil fra Røros ble rekvirert for å hente ved St. Olavs, mens en Tynset-bil kjørte tilbake uten pasient etter å ha levert pasient ved St. Olavs Hospital.

I forbindelse med et samarbeidsprosjekt ble det bestemt at det ikke skal sendes faktura for såkalte returtransporter, noe begge foretak sannsynligvis har spart på.

Eksempelboks

Når regelverket gir urimelige utslag for pasientene

Det er fritt sykehusvalg, men det nasjonale regelverket fastslår at pasienter som benytter fritt sykehusvalg i en annen region enn sin egen, må betale forhøyet egenandel på reise. Egenandel ved reise innen egen region er p.t. kr 133,- hver vei, mens ved behandling i en annen region er egenandelen kr 400,- hver vei. For pasienter som har nærmeste sykehus i en annen region, kan dette virke urimelig. De regionale helseforetakene har utredet dette, og foreslår å ikke kreve forhøyet egenandel i disse tilfellene. Eksempel på hvor dette får betydning i Midt-Norge vil være: Bindal kommune (Nordland) som har Namsos som sitt nærmeste sykehus, Røros og Holtålen ved bruk av Tynset sykehus, kommunene rundt Tynset ved bruk av St. Olavs Hospital, og pasienter fra Nordfjord-kommunene som bruker Volda sykehus.

Organisering av tjenestetilbud på tvers av regionene

Helsedirektoratet utarbeidet i 2011 "Et trygt fødetilbud - kvalitetskrav til fødselsomsorgen". Slik kravene var utformet, ville det være vanskelig å opprettholde et forsvarlig fødetilbud ved sykehuset i Nordfjordeid som er en del av Helse Førde HF. Samtidig var også fødetilbudet i Volda i en krevende situasjon, både med tanke på antall fødsler og det å ha en stabil rekruttering til legestillingene. Befolkningen i "randsonen" av begge regionene opplevde at tilbudet var truet.

Gjennom en samarbeidsavtale mellom Helse Vest RHF og Helse Midt-Norge RHF ble det lagt til rette for å etablere et felles fødetilbud i Volda, organisert som en del av Helse Møre og Romsdal HF. Dermed ble antall fødsler i Volda økt, og avtalen gav et grunnlag for å skape et mer robust fagmiljø. Slik vi vurderer det i dag, er befolkningen på begge sider av regionsgrensen godt fornøyd med tilbudet.

Samfunnsansvaret i Helse Midt-Norge skal preges av seks forhold; ansvarlighet, åpenhet, etisk atferd, respekt for arbeidstakerrettigheter, respekt for menneskerettigheter og et aktivt forhold til miljø- og klimautfordringer.

Ansvarlighet

Det er ikke likegyldig på hvilken måte vi løser vårt samfunnsoppdrag. Det er viktig å erkjenne at foretaksgruppa er en integrert del av samfunnet, og at våre beslutninger og aktiviteter medfører økonomiske, miljømessige og sosiale konsekvenser som både oss selv, vår eier og resten av samfunnet må leve med virkningene av. Det kreves derfor en forståelse for hvordan vår aktivitet påvirker samfunnet vi opererer i, og hvem vi påvirker. Vi har et ansvar for å forvalte de store verdiene vi har i spesialisthelsetjenesten; personell, kompetanse, utstyr, bygg, forskning og innovasjon – på en god og framtidsretta måte.

Vi bidrar til å løse vår tids miljø- og samfunnsutfordringer gjennom ansvarlig drift, forskning, utvikling og innovasjon. Vi stiller krav til samfunnsansvar – ikke bare til oss selv, men også til våre samarbeidspartnere.

Vi skal opptre langsiktig og ansvarlig i omstillingsprosesser. Det er liten tvil om at det er nødvendig med store omstillinger også i tida framover hvis vi skal løse vårt samfunnsoppdrag. For å skape trygghet i krevende endringsprosesser er det viktig med en høy grad av åpenhet rundt behovet for omstillinger, og at eiere, ansatte og lokalsamfunnet raskt bringes inn i en konstruktiv dialog, både med hensyn til behovet, tidsperspektivet og hvilke tiltak som er aktuelle.

Vi skal ha respekt for gjeldende lovverk og styringskrav. Når noe er definert til å inngå som del av vår samfunnsoppgave, så vil det være vårt ansvar å løse på best mulig måte.

Åpenhet

Å vise samfunnsansvar innebærer å forholde seg åpent til alle som har legitime interesser til virksomheten, og å drive virksomheten slik at den gir et positivt bidrag til samfunnet. Som del av dette arbeidet skal det legges vekt på tillitskapende dialog og åpenhet mellom foretaksgruppa og interessentene. Vi skal være lydhøre i forhold til omverdens behov. Åpenhet forutsetter også innsyn i kritikkverdige forhold.

Ærlighet, tydelighet og troverdighet i kommunikasjonen er forutsetninger for tillit både internt og eksternt. God kommunikasjon er en avgjørende forutsetning for å lykkes i møtet med innbyggere, pasienter, pårørende, lokalsamfunn og andre samarbeidsparter.

Vi skal tilstrebe å synliggjøre hva slags vurderinger som gjøres underveis i ulike prosesser, og hvilke hensyn som vektlegges i beslutningsprosesser. I dette ligger også en synliggjøring av konsekvenser for pasienter, ansatte, lokalsamfunn og øvrige interessenter.

Etisk atferd

Helse Midt-Norge har i juni 2013 fastsatt etiske retningslinjer som en del av vårt samfunnsansvar. Etiske retningslinjer setter generelle normer og prinsipper for etisk ansvarlig opptreden. De etiske retningslinjene skal være til hjelp i situasjoner der lover og forskrifter ikke gir tilstrekkelig grunnlag for beslutning eller valg av handlinger. De etiske retningslinjene er av overordnet karakter og er ment å være generelle rettesnorer som krever refleksjon av den enkelte. Retningslinjene skal ivareta verdigheten til pasienter, sikre tilliten i befolkningen og bidra til at helsetjenestene utøves i samsvar med vedtak, lover og forskrifter.

I retningslinjene for samfunnsansvar legger vi våre etiske retningslinjer til grunn.

Respekt for arbeidstakerrettigheter

Gjennom gjeldende lovverk, forskrifter og styringskrav til foretaksgruppen er det allerede gitt en rekke føringer for ivaretagelse av arbeidstakerrettigheter. Eksempelvis er det i foretaksprotokollene i 2013 gitt krav om:

- Tilsettingsforhold; i form av å videreføre arbeidet med å øke andelen faste stillinger, øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og tilby flere heltidsstillinger
- Læringplasser; helseforetakene bes bidra til å sikre flere lærlingplasser i tråd med målene i "Samfunnskontrakt for flere lærlinger"
- Oppfølging av arbeidsmiljøloven; helseforetakene bes fortsette det positive arbeidet som er igangsatt med å redusere avvik fra arbeidstidsbestemmelsene
- IA-avtalen; helseforetakene forutsettes å arbeide kontinuerlig og systematisk med å etablere tiltak som sikrer at IA-avtalens mål for helseforetaket nås.

ILOs (FN's særorganisasjon for arbeidslivet) åtte kjernekonvensjoner regnes som grunnleggende på arbeidslivets område. Disse dekker de såkalte grunnleggende prinsipper og rettigheter i arbeidslivet: retten til å organisere seg og retten til kollektive forhandlinger (herunder streikeretten), eliminasjon av alle former for tvangs- og slavearbeid, avskaffelse av barnearbeid og eliminasjon av alle former for diskriminering i arbeidslivet. I Helse Midt-Norge skal det som et minimum kreves at arbeidstakerrettigheter og arbeidsvilkår er i overensstemmelse med ILO's kjernekonvensjoner.

Vårt arbeidsmiljø skal være preget av mangfold (kjønn, alder, etnisk bakgrunn mv.) gjensidig respekt og omtanke. Diskriminering eller trakassering skal ikke forekomme.

Respekt for menneskerettigheter

FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne ble ratifisert av Norge i juni 2013. Konvensjonens hovedformål er å sikre personer med nedsatt funksjonsevne like muligheter til å realisere sine menneskerettigheter, samt å bygge ned hindre som vanskeliggjør dette. Konvensjonen skal bidra til å motvirke diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. Konvensjonens artikkel 9 pålegger statene å treffe hensiktsmessige tiltak for å sikre at mennesker med nedsatt funksjonsevne på lik linje med andre får tilgang til det fysiske miljøet, til transport, til informasjon og kommunikasjon, herunder informasjons- og kommunikasjonsteknologi og informasjons- og kommunikasjonssystemer, og til andre tilbud og tjenester som er åpne for eller tilbys allmennheten. Disse tiltakene, som også skal inkludere å identifisere og fjerne det som hindrer og vanskeliggjør tilgjengeligheten, skal blant annet gjelde for helsetjenestens lokaler og arbeidsplasser. Etter diskriminerings- og tilgjengelighetsloven § 9 har virksomheter rettet mot allmennheten en plikt til universell utforming av virksomhetens alminnelige funksjon.

Vi støtter og respekterer grunnleggende menneskerettigheter i all virksomhet i samsvar med internasjonale konvensjoner som FN's menneskerettigheter og FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Aktive forhold til miljø- og klimautfordringer

Norge står foran store utfordringer når det gjelder å redusere utslipp av miljø og helseskadelige stoffer og klimagasser. Energiforbruk, avfallshåndtering og transport av ansatte, pasienter, pårørende og leverandører av varer og tjenester er faktorer som bidrar til påvirkning på miljø og klima i foretaksgruppen.

Alle helseforetak skal etablere miljøledelse og miljøstyringssystem med påfølgende sertifisering i henhold til ISO 14001-standarden innen utgangen av 2014. Miljøledelse innebærer at virksomheten styrer hvordan aktivitetene, produktene og tjenestene påvirker det ytre miljø og at det er samsvar mellom den vedtatte miljøpolitikken og de miljømål som de har satt. Det er et nasjonalt prosjekt, Grønt sykehus, som bistår foretakene å nå dette målet. Vi skal bidra i vår daglige drift til en bærekraftig utvikling, og en kontinuerlig reduksjon av vår påvirkning på det ytre miljø.

Helse Midt-Norge har fokus på etterspørsel etter varer og tjenester som oppfyller de offisielle miljømerkingskravene til Svanen. Vi overholder gjeldende lovverk for helse, miljø og sikkerhet, og arbeider kontinuerlig med å forebygge og redusere miljøpåvirkningene på det ytre miljø fra vår egen virksomhet og tjenestene vi leverer. Miljøavvik rapporteres og tiltak blir hurtig iverksatt.

Våre leverandører, kunder og samarbeidspartnere skal kjenne til, og identifisere seg med vår miljøprofil.

Mottakere i henhold til liste

Helse Nord-Trøndelag	
Saksnr. 13	3638
Mottatt:	03 OKT. 2013
Arkiv: 008	Unnt.off: *

Vår ref.
2013/357 - 6822/2013

Deres ref.

Saksbehandler
Inger Mette Nilstad

Dato
02.10.2013

Høring - Overordna retningslinjer for samfunnsansvar i Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge RHF sender med dette på høring utkast til overordna retningslinjer for samfunnsansvar i Helse Midt-Norge.

Høringsnotatet er utarbeidet av en arbeidsgruppe med representanter fra helseforetakene, Regionalt brukerutvalg, AU for regionalt tillitsvalgte/verneombud og Helse Midt-Norge RHF. Høringsnotatet består av to deler; forslag til overordna retningslinjer og en utdyping av innholdet i retningslinjene.

Vi ber spesielt om innspill til følgende:

- Hva er lokale oppfatninger om spesialisthelsetjenestens samfunnsansvar?
- Er forståelsen som høringsnotatet legger til grunn dekkende for hvordan helseforetakene forstår sitt samfunnsansvar
- Andre innspill rettet mot de overordna retningslinjene og mot utdypingen av innholdet i retningslinjene

Det bes om at innspillene behandles i de lokale hf-styrene før oversendelse til HMN. Helse Midt-Norge RHF ber helseforetakene sikre en god involvering av kommuner, tillitsvalgte og brukerrepresentanter forut for styrebehandlingen. Her kan de etablerte samarbeidsforaene mellom de enkelte helseforetakene og kommunene som Politisk Samarbeidsutvalg (PSU) og Administrativt Samarbeidsutvalg være egnede drøftingsarenaer. I tillegg forutsettes at helseforetakene sikrer en god involvering av lokalt tillitsvalgte og brukerutvalg.

Vi ber om at styrebehandlede innspill er HMN RHF i hende innen 28. november 2013. Etter høringsfristen skal innspillene vurderes og innarbeides før endelig forslag behandles i styret i Helse Midt-Norge RHF 12. desember 2013.

Spørsmål til høringsnotatet kan rettes til; inger.mette.nilstad@helse-midt.no

Med vennlig hilsen


Trond Michael Andersen
Administrerende direktør


Inger Mette Nilstad
Senior strategirådgiver

Kopi: KS Region Midt-Norge

Adresseliste (mottakere av dette brev)

St. Olavs Hospital HF	Postboks 3250 Sluppen	7006	Trondheim
Helse Nord-Trøndelag HF	Sykehuset Levanger, Postboks 333	7601	LEVANGER
Helse Møre og Romsdal HF	Postboks 1600	6026	ÅLESUND
Rusbehandling Midt-Norge HF	Strandveien 1	7500	Stjørdal
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Abels Gate 5	7030	TRONDHEIM
Ambulanse Midt-Norge HF	Strandvegen 1	7502	STJØRDAL

Fra: Nilstad, Inger Mette[Inger.Mette.Nilstad@helse-midt.no]

Dato: 08.10.2013 13:50:19

Til: Postmottak HMR; Postmottak Ambulanseforetak; Postmottak HNT; Postmottak RusAdm; Post adm dir; Postmottak, Sykehusapotekene i Midt-Norge

Tittel: Utsatt frist - Høring - Overordna retningslinjer for samfunnsansvar i Helse Midt-Norge

Til helseforetakene i Helse Midt-Norge

Det vises til utsendte høringsbrev om samfunnsansvar av 2. oktober 2013.

Helse Midt-Norge RHF utsetter høringsfristen til 31.12.2013. Endelig forslag behandles i styret i Helse Midt-Norge RHF 6. februar 2013.

Med vennlig hilsen

Helse Midt-Norge RHF

Mette Nilstad• Senior strategirådgiver•

☎ +47 917 18 308 ✉ postmottak@helse-midt.no 🌐 <http://www.helse-midt.no>

🌱 Vennligst tenk på miljøet før du skriver ut denne e-posten og vedlegg.

Innholdet i denne e-posten er kun for adressatens/adressatenes bruk. E-posten kan inneholde konfidensiell informasjon og/eller informasjon som i henhold til gjeldende lovgivning er underlagt taushetsplikt. Dersom De ikke er den tiltenkte mottaker, vennligst kontakt avsender per e-post, slett e-posten og ødelegg samtlige utskrifter og kopier av den.

Fra: Nilstad, Inger Mette

Sendt: 2. oktober 2013 12:23

Til: Postmottak HMR; Postmottak Ambulanseforetak; Postmottak HNT; Postmottak RusAdm; Post adm dir; Postmottak, Sykehusapotekene i Midt-Norge

Emne: Høring - Overordna retningslinjer for samfunnsansvar i Helse Midt-Norge

Vedlagt følger høringsbrev og høringsnotat. Sendes også per brev,

Med vennlig hilsen

Helse Midt-Norge RHF

Mette Nilstad• Senior strategirådgiver•

☎ +47 917 18 308 ✉ postmottak@helse-midt.no 🌐 <http://www.helse-midt.no>

🌱 Vennligst tenk på miljøet før du skriver ut denne e-posten og vedlegg.

Innholdet i denne e-posten er kun for adressatens/adressatenes bruk. E-posten kan inneholde konfidensiell informasjon og/eller informasjon som i henhold til gjeldende lovgivning er underlagt taushetsplikt. Dersom De ikke er den tiltenkte mottaker, vennligst kontakt avsender per e-post, slett e-posten og ødelegg samtlige utskrifter og kopier av den.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 67/2013 Budsjett 2014

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	17.12.13	67/2013
Saksbeh:	Tormod Gilberg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2013/4436	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret vedtar framlagte budsjett for 2014 med tilhørende driftsopplegg. Budsjettet er basert på fastsatte rammer og styringssignal fra eier.

Administrerende direktør gis fullmakt til å gjøre mindre endringer i budsjett 2014.

SAKSUTREDNING:
Sak 67/2013 Budsjett 2014

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken:

1. Forslag til budsjett 2014 for Helse Nord-Trøndelag HF (budsjettoppstilling basert på rapportmal)
2. Brev av 31.10.13 fra HNT til HMN vedrørende finansiering av Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF)

Utrykte vedlegg i saksmappen:

1. Saksframlegg til styret i HMN 12.12.13, sak 96/13; Endringer i inntektsfordeling og aktivitet 2014
2. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 12.12.13

1. GRUNNLAG

Budsjettforslaget bygger på økonomiske rammer, aktivitetsforventninger og mottatte retningslinjer fra HMN. I styrets behandling 25.11.13 av sak 58/13, Budsjett 2014; - utkast til driftsplan og effektiviseringstiltak, er det redegjort nærmere for dette. Vi vil i denne saken oppdatere oversikter over budsjett, aktivitet, driftsopplegg og effektiviseringstiltak samtidig som vi vil søke å utdype enkelte forhold som ble drøftet i sak 58/13.

2. SAMMENDRAG RESULTAT, AKTIVITET OG RISIKO

2.1. Årsresultat

Vedlagte talloppstilling over forslag til budsjett 2014 viser en inntektsside på om lag 2,6 mrd kroner og **et budsjettert årsresultat på 48,1 mill kroner**. I budsjettet er det innarbeidet en basisramme fra eier på knapt 1,7 mrd kroner. Øvrige inntekter er i hovedsak aktivitetsbaserte.

I sak 96/13 i det regionale styret følger HMN opp statsbudsjettets endring i finansiering av somatisk aktivitet ved at den aktivitetsbaserte ISF-andelen økes fra 40 til 50 %. Foretakets samlede ramme for 2014 er noenlunde uendret av denne omleggingen. Eventuell endring i aktivitet i forhold til vedtatt budsjett innebærer imidlertid større økonomiske konsekvenser for foretaket når ISF-satsen økes.

Styret for HMN har fastsatt et resultatkrav for HNT på 48,1 mill kroner eller bedre i 2014. Innenfor dette resultatkravet vil foretaket kunne framskaffe likviditet til investeringer i medisinsk teknisk utstyr, bygningsmessige investeringer og egenkapitalinnskudd i KLP for til sammen om lag 45 mill kroner. Annen likviditetstilførsel (gjennom salg av anleggsmidler og disponering av ubenyttet overskudd fra tidligere år) vil kunne øke investeringsrammen for 2014 tilsvarende.

2.2. Aktivitet

Foretakets aktivitetsmål for somatisk aktivitet i 2014 bygger på bestilling fra HMN i sak 96/13 og innebærer en reduksjon på vel 1 % i forhold til prognose aktivitet inneværende år. Samlet aktivitetsforslag fra avdelingene ligger litt over denne bestillingen, men dette er avstemt i foretakets budsjett. For **de somatiske avdelingene** innebærer det en økning (målt i DRG-poeng) på 1 % i

forhold til prognose aktivitet inneværende år. Mye av denne aktivitetsveksten er imidlertid av teknisk karakter knyttet til bedre koding / registrering av foretakets aktivitet. Oversikt over klinikkvis aktivitetsvekst er tatt inn i kapittel 5.

Innen psykisk helsevern har HMN formidlet føringer om en forventet aktivitetsvekst på 2,8 % samlet sett og at denne veksten primært skal skje i poliklinisk drift og ambulante tjenester. I **de voksenpsykiatriske avdelingene** legges det opp til en drift som innebærer samme aktivitet i antall utskrevne pasienter og i poliklinisk drift som prognostisert aktivitet inneværende år. I **de ungdomspsykiatriske avdelingene** legges det opp til omtrent uendret omfang i antall utskrevne pasienter og en økning i poliklinisk aktivitet på 17 % i forhold til inneværende år. I hele foretakets drift foregår det en vridning av aktivitet slik at en større andel gjennomføres som dagbehandling eller poliklinisk og en relativt mindre andel foregår i form av innleggelse.

2.3. Satsingsområder

HNT er forpliktet til enkelte satsingsområder basert på prioriteringer og krav fra vår eier (Helse- og omsorgsdepartementet og Helse Midt-Norge RHF), jf. tabellen nedenfor.

Obligatoriske satsingsområder prioritert av eier	Mill kr
Samhandling; etablering av kommunale ø-hjelpsplasser	4
IKT/nye system, jf. leveranseavtale med HEMIT	14
Regionale prosjekt, nytt økonomi- og logistikksystem, nytt nødnett	2
Nytt finansieringsansvar kreftlegemidler	8
Sum pålagte satsingsområder	28

Med unntak av nytt finansieringsansvar for kreftlegemidler, er ikke disse økte kostnadene kompensert i rammen til HNT. Foretaket har derfor selv satt av midler til disse satsingsområdene innen tildelt basisramme.

Foretaket er pålagt å bidra økonomisk til etablering av kommunale døgnplasser for øyeblikkelig hjelp i samsvar med vedtatte gradvise oppbygging av dette tilbudet fram til 2016. Videre forutsetter leveranseavtalen med HEMIT at HFene tar i bruk oppgraderte og nye IKT-løsninger basert på vedtatte regionale IKT-plan. Nye avtaler og systemløsninger innebærer en betydelig økning i disse kostnadene neste år. Det er også startet et regionalt prosjekt for å anskaffe nytt økonomi- og logistikksystem for Helse Midt-Norge. Avtale med leverandør forventes inngått inneværende år med implementering av nytt system om to år. Noe av kostnadene til dette prosjektet finansieres av regionforetaket, men HNT må bidra med egne ressurser til planlegging og implementering av nytt system i eget foretak.

Med utgangspunkt i foretakets strategiplan og vedtatte utviklingsområder har HNT prioritert følgende egne satsingsområder i budsjettprosessen:

Helse Nord-Trøndelag HF's egne prioriterte satsingsområder	Mill kr
Kompetanse, økt utdanning av spesialsykepleiere	5
Rekruttering, boliger	1
Sum egne prioriterte satsingsområder	6

I den økonomiske situasjonen vi står foran, har foretaket bare prioritert økte ressurser til kompetanse og rekruttering i 2014. Det er i dag mangel på spesialsykepleiere, og vi står foran et generasjonsskifte med betydelig naturlig avgang. For å sikre nødvendig faglig kompetanse som grunnlag for foretakets basisfunksjoner i årene framover, er det nødvendig med en betydelig økt innsats på egenutdanning av spesialsykepleiere. Nytt kull starter på nyåret i 2014.

2.4. Kritiske faktorer/risikoområder

Det er i hovedsak lagt opp til en videreføring av årets aktivitet i 2014 samtidig som tilgjengelige økonomiske ressurser til denne driften er redusert. I praksis betyr dette at foretaket må øke produktiviteten i pasientbehandlingen. Det forutsettes fortsatt forbedret pasientlogistikk gjennom omlegging av driften fra døgn- til dag- og poliklinisk behandling, streng kostnadskontroll og nødvendig tilgang og disponering av behandlingspersonalet.

Budsjett og driftsplan for 2014 er søkt lagt opp med sikte på å begrense risikoen for ikke å nå fastsatte resultatmål for økonomi, aktivitet og kvalitet. For å begrense den økonomiske usikkerheten er det i budsjettet for 2014 satt av en buffer på om lag 20 mill kroner for å kunne dekke opp for usikkerhet knyttet til enkelte inntekts- eller kostnadselement.

Slik det er gjort de senere år, vil vi også søke å begrense usikkerheten gjennom tett oppfølging av klinikkens effektiviseringstiltak og drift for å sikre at vi oppnår fastsatte resultat for økonomi, aktivitet og kvalitet.

3. ØKONOMISK UTFORDRING

Med utgangspunkt i endring i inntektsrammer fra eier, endring i oppgaver/kostnader, prioriterte satsingsområder og endring i resultatkrav fra 2013, har vi beregnet den økonomiske utfordringen i 2014-budsjettet til om lag 60 mill kroner, jf. styresak 58/13.

Etter at foretakets klinikker på dette grunnlag har arbeidet med å tilpasse driften til fastsatte rammer, har klinikkene beskrevet tiltak for om lag 58 mill kroner. To klinikker (Kirurgisk klinikk Namsos, og Barne- og familieklinikken) mangler fortsatt tiltak for til sammen 2 mill kroner og arbeider med de siste tilpasningene til gitte rammer.

To andre klinikker (Medisinsk klinikk Namsos og Psykiatrisk klinikk) arbeider med utviklingsprosjekt som ennå ikke er ferdigstilt. Budsjettet bygger på forutsetninger om at disse prosjektene skal gi økonomiske effekter i 2014 på henholdsvis 4 og 6 mill kroner, jf. nærmere beskrivelse i neste avsnitt.

4. DRIFTSOPPLEGG OG TILTAK

Driftsopplegget for 2014 er basert på aktivitetsforventninger fra HMN, hensynet til ventelistesituasjonen og føringer som ellers er gitt for klinikkens arbeid med driftsplaner og budsjett for 2014.

Ved behandling av sak om utkast til driftsplan og effektiviseringstiltak i forrige styremøte manglet klinikkene konkretisering av tiltak for 10 – 15 mill kroner. Klinikken har nå ferdigstilt sine budsjett, men noen klinikker må arbeide videre med konkretisering av effektiviseringstiltak.

Vi har i tabellen nedenfor forsøkt å gruppere de klinikkvise tiltakene i hovedgrupper med beregnet økonomisk effekt. Beskrevne og foreslåtte tiltak for å tilpasse driften til tilgjengelige budsjetterammer fordeler seg på følgende hovedgrupper:

Type tiltak	Beskrivelse	Planlagt økonomisk effekt av tiltaket
Reduksjon i lønnskostnader knyttet til stab/støtte/servicefunksjoner	Redusert bemanning i sekretærfunksjoner, skrivetjeneste, renhold og ledelse	Ca. 7 mill kroner
Reduksjon i lønnskostnader knyttet til pleietjenesten	Redusert bemanning knyttet til sengeposter, redusert sengetall, redusert innleie/overtid og økt antall vakanser.	Ca. 11 mill kroner
Reduksjon i lønnskostnader knyttet til legevirksomhet	Redusert innleie og noe økning i vakanser	Ca. 5 mill kroner
Reduksjon i varer og tjenester	Reduserte medikamentutgifter (p.g.a. nye innkjøpsavtaler), reduserte varekostnader, reduksjon i innleie av personell fra utleiefirma, reduksjon i bruk av konsulenter.	Ca. 13 mill kroner
Økte inntekter knyttet til økt aktivitet og mer fullstendig koding	Økt aktivitet i noen somatiske enheter. Dessuten økte inntekter p.g.a. riktigere og mer fullstendig koding.	Ca. 9 mill kroner
Analyse drift Medisinsk klinikk Namsos	Jf. tidligere analyse av Medisinsk klinikk Levanger. Det skal gjennomføres en tilsvarende analyse av driften ved Medisinsk klinikk Namsos. Formålet er effektivisere driften gjennom bl.a. analyse av pasientstrømmer, driftsformer og bemanning. Det forventes en økonomisk effekt fra våren 2014.	Ca. 4 mill kroner
Samlokalisering av RKSF i Levanger, alternativt andre driftstiltak med tilsvarende økonomiske effekt	Dagens tilbud er delt mellom Stjørdal og Levanger. Det er faglig ønskelig å samlokalisere tilbudet, og det er ønskelig med nye lokaler i Levanger. Det utredes samlokalisering i Levanger fra våren 2014, alternativt andre driftstiltak med tilsvarende økonomiske effekt.	Ca. 4 mill kroner
DPS Kolvereid; framtidig drift etter utløp av prøveprosjekt	Dagens omstillingsprosjekt i samarbeid med berørte kommuner varer til høsten 2014. Dersom forutsatt økonomisk effekt (6 mill kroner på årsbasis) ikke oppnås gjennom videreføring av dagens prosjekt, utredes alternative driftsopplegg fra høsten 2014 for å oppnå forutsatt effekt.	Ca. 2 mill kroner
Diverse		Ca. 3 mill kroner
Sum effekt av nye tiltak		Ca. 58 mill kroner

Medisinsk klinikk Namsos har lagt inn en forutsetning om å spare 4 mill kroner i driften i 2014 knyttet til en nærmere analyse av klinikkens drift. Tilsvarende analyse ble gjennomført av Medisinsk klinikk Levanger tidligere i år. Prosjektet har en åpen tilnærming, og formålet er å effektivisere driften ved å vurdere pasientstrømmer, driftsformer og bemanning gjennom analyser og sammenligning av drift.

Psykiatrisk klinikk har lagt inn en forutsetning om å spare til sammen 6 mill kroner i driften i 2014 knyttet til følgende to områder:

1. Samlokalisering av RKSF i Levanger, alternativt andre driftstiltak med tilsvarende økonomiske effekt. Økonomisk effekt i 2014: 4 mill kroner.
2. DPS Kolvereid; framtidig drift etter utløp av prøveprosjekt. Økonomisk effekt i 2014: 2 mill kroner.

Klinikken har ennå ikke trukket konkrete konklusjoner for de nevnte tiltakene. Det er derfor nødvendig å intensivere arbeidet med å finne fram til løsninger med en samlet økonomisk effekt i 2014 på 6 mill kroner. I dette arbeidet skal det bl.a. fokuseres på:

- en drift og et tilbud innen RKSF som er mer i samsvar med regionens finansieringsbidrag til RKSF
- en framskyndet økonomisk og driftsmessig evaluering av dagens prosjekt knyttet til DPS Kolvereid slik at løsning for denne driftsenheten kan integreres i en samlet plan for drift av klinikkens sengeposter
- ytterligere vridning i aktivitet fra døgn- til dag- og poliklinisk behandling
- reduksjon i kapasitet og bemanning knyttet til klinikkens sengeposter
- en større grad av samhandling av driften i klinikkens enheter for å utnytte felles ressurser og for å redusere kapasitetsbehovet og behovet for vaktpersonell
- felles utnyttelse av og reduksjon i bruk av stabspersonell uten direkte pasientkontakt

4.1 Det psykiatriske behandlingstilbudet

Som det framgår av beskrivelsene ovenfor, er det flere områder innen det psykiatriske behandlingstilbudet som er under utredning.

Det er faglig ønskelig å samlokalisere tilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser. Videre mangler driften av det regionale behandlingstilbudet RKSF i dagens finansiering om lag 6 mill kroner fra å være fullfinansiert. Samtidig innebærer dagens modell en uheldig variasjon i finansieringen fra ett år til det neste basert på svingninger i etterspørselen av disse tjenestene fra de øvrige helseforetakene i regionen. HNT har henvendt seg til HMN om finansiering av RKSF flere ganger og er beskrevet fylldig i vedlagte brev av 31.10.13 til HMN.

Vi mener at RKSF, som et regionalt behandlingstilbud, bør finansieres med en fast ramme uavhengig av svingninger i etterspørselen fra de andre helseforetakene. Med dagens finansiering står vi i fare for å måtte bygge ned tilbudet ett år for deretter å bygge det opp igjen neste år. Det sier seg selv at dette blir vanskelig både i forhold til rekruttering, kompetanse og kvalitet. I påvente av en eventuell endring i finansieringen ser vi ingen annen løsning enn å søke å tilpasse tilbudet til de økonomiske rammene regionen gir oss for å yte denne tjenesten.

Det samlede tilbudet innen voksenpsykiatrien vil i 2014 bli opprettholdt på omtrent samme nivå som inneværende år, mens det innen barne- og ungdomspsykiatrien legges opp til en økning i forhold til inneværende år. Det er i samsvar med sentrale føringer at økningen i det psykiatriske tilbudet skjer innen barne- og ungdomspsykiatrien.

4.2 Det somatiske behandlingstilbudet

Klinikkenes forslag til driftsopplegg for 2014 innebærer i store trekk en videreføring av årets drift. Avhengig av utvikling i etterspørsel av spesialisthelsetjenester forventes det at en med en slik aktivitet skal kunne redusere gjennomsnittlig ventetid ned mot det fastsatte måltallet på 65 dager og unngå fristbrudd for pasienter som har fått fastsatt egne behandlingsfrister.

For å effektivisere driften og tilpasse den til tilgjengelige ressurser, foreslås det å redusere bemanning og disponible senger med til sammen om lag 6 senger (veid ukesgjennomsnitt), fordelt med 4 senger på Medisinsk avdeling (inkl. nevrologi) Namsos, 1 seng på Gyn./fødeavd. Namsos og 1 seng på Barneavdelingen Levanger. Justering av sengetall og bemanning på sengepostene er også et resultat av pågående driftsomlegginger i retning av mer dagbehandling og poliklinikk og relativt færre innleggelser.

4.3 Samhandlingsreformen, herunder drift av DMS-ene

DMS Stjørdal ble etablert i 2007, mens DMS Inn-Trøndelag i Steinkjer ble etablert vinteren 2011. Etablering av disse distriktsmedisinske sentrene har skjedd i et samarbeid mellom berørte kommuner, Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord-Trøndelag HF. Driftskostnadene av tilhørende intermediære sengeposter blir finansiert ved at hver av disse partene dekker 1/3 av samlede driftskostnader knyttet til sengepostdriften. I tillegg har kommunene hatt egne kommunale sengeplasser, og HNT har drevet desentralisert dialyse- og poliklinikkvirksomhet i tilknyttede lokaler.

Dagens drift av de intermediære sengepostene ved DMS-ene kom i stand i forkant av samhandlingsreformen. Avtalene, knyttet til drift av DMS-ene, er, som en konsekvens av samhandlingsreformen, under reforhandling. Dagens drift innebærer en kostnad for HNT på om lag 11 mill kroner.

Ett av tiltakene i samhandlingsreformen er at kommunene skal etablere et øyeblikkelig-hjelp-tilbud innen 01.01.2016. Innfasingen av det kommunale tilbudet skal skje gradvis over 4 år til og med 2015. Helseforetakene skal bidra med delfinansiering av tilbudet i denne opptrappingsperioden. For 2014 har HNT derfor satt av om lag 12 mill kroner som foretakets bidrag til å etablere slike kommunale tilbud.

5. AKTIVITETSMÅL

Med utgangspunkt i vedtatte finansieringsmodell har HMN bestilt en aktivitet i foretakets somatiske avdelinger som ligger litt lavere enn prognosen for årets aktivitet.

I de psykiatriske enhetene er det bestilt en aktivitetsvekst på knapt 3 %, og med forventning om størst vekst i poliklinisk virksomhet.

På dette grunnlag legges det opp til følgende aktivitetsmål for 2014:

Aktivitet	Plan 2013	Prognose 2013	Plan 2014	Endr. 2013 – 2014
DRG-poeng totalt, somatikk ¹⁾	30 043	29 820	30 105	1,0 %
Utskrevne døgnpasienter, voksenpsykiatri	1 300	1 370	1 370	0,0 %
Liggedøgn, voksenpsykiatri	25 600	27 000	27 000	0,0 %
Polikliniske v-konsultasjoner, voksenpsyk.	55 929	54 120	54 024	- 0,2 %
Utskrevne døgnpasienter, BUP	133	140	135	- 3,6 %
Liggedøgn, BUP	2 300	2 000	2 200	10,0 %
Polikliniske v-konsultasjoner, BUP	25 821	23 000	26 900	17,0 %

1) Tallene gjelder sum DRG-poeng behandlede pasienter i HNT.

Måltall for DRG-aktivitet i somatiske klinikker:

Klinikk	Prognose 2013 DRG-poeng	Plan 2014 DRG-poeng	Endr. 2013 – 2014 ¹⁾
Kirurgisk klinikk, Levanger	8 049	8 365	3,9 %
Kirurgisk klinikk, Namsos	5 516	5 516	0,0 %
Medisinsk klinikk, Levanger	7 489	7 200	-3,9 %
Medisinsk klinikk, Namsos	3 380	3 380	0,0 %
Barne- og familieklinikken	4 284	4 469	4,3 %
Rehabiliteringsklinikken	1 102	1 175	6,6 %
Sum HNT	29 820	30 105	1,0 %

1) Endringen er inkludert evt. kodeforbedring fra 2013 til 2014.

Basert på styrets vedtak i sak 58/13 legges det opp til en aktivitet i foretakets **somatiske avdelinger** omtrent på nivå med årets aktivitet. En vesentlig del av den beregnede økningen på 1,0 %, jf. tabellen ovenfor, er av teknisk karakter knyttet til bedre koding/registrering av foretakets aktivitet. Ulik aktivitetsvekst i de enkelte klinikkene inneværende år, sammenholdt med utvikling i etterspørsel og registrering av behov, er hovedårsakene til foreslåtte endringer i klinikkenes aktivitet fra 2013 til 2014. Det er videre lagt opp til at barn 16 – 18 år fra neste år skal legges inn i barneavdelingen mens de hittil har vært innlagt i de medisinske og kirurgiske avdelingene. Det forklarer noe av reduksjonen ved Medisinsk avdeling Levanger og økningen i Barne- og familieklinikken.

Innen psykisk helsevern har HMN formidlet føringer om en samlet aktivitetsvekst på 2,8 % og at denne veksten primært skal skje i poliklinisk aktivitet og i ambulante tjenester. I **de voksenpsykiatriske avdelingene** er det lagt opp til en aktivitet neste år som er svært lik årets aktivitet. I **de ungdomspsykiatriske avdelingene** legges det opp til noenlunde samme aktivitet for innlagte pasienter, men en økning i poliklinisk aktivitet på 17 % i forhold til inneværende år.

I hele foretakets drift foregår det en vridning av aktivitet slik at en større andel gjennomføres poliklinisk eller som dagbehandling og en relativt mindre andel foregår i form av innleggelse.

I tillegg til nevnte økonomiske resultatkrav og resultatmål for aktivitet, vil det gjennom oppdrags- og styringsdokument for 2014 bli fastsatt resultatmål innenfor områder som gjenspeiler krav til kvalitet og andre aktivitetsmål. Vi vil komme tilbake til disse områdene senere ved behandling av styringsdokumentet for foretaket.

6. ØKT PRODUKTIVITET OG RISIKO

HNTs basisramme til drift i 2014 innebærer et behov for effektivisering av driften med vel 2 % i forhold til inneværende år. I denne forbindelse har foretaket bl.a. hatt fokus på og utredet mulige tiltak innen følgende områder:

1. Standarder og kriterier knyttet til drift av foretakets avdelinger
2. Samhandling og lokalisering av diverse pasienttilbud i foretaket
3. Samhandling med primærhelsetjenesten
4. Tilbud om sommeren og evt. i andre lavaktivitetsperioder
5. Vurdering av «marginale» tilbud
6. Vurdering av «små» fag
7. Diverse/generelt, herunder fokus på kvalitetskostnader, varekostnader og medikamenter

Disse utredningene har, sammen med klinikkenes egne analyser, vært førende i arbeidet med planlegging av driftsopplegg og budsjett for 2014. Det er i hovedsak lagt opp til en videreføring av årets aktivitet i 2014 samtidig som tilgjengelige økonomiske ressurser er redusert. I praksis betyr dette at foretaket må øke produktiviteten i pasientbehandlingen. Det forutsettes fortsatt forbedret pasientlogistikk gjennom omlegging av driften fra døgn- til dag- og poliklinisk behandling, streng kostnadskontroll og nødvendig tilgang og disponering av behandlingspersonalet.

Effekten av samhandlingsreformen er ennå usikker. Det er påpekt at samhandlingsreformen er en endringsreform, og at det vil ta noe tid før det blir vesentlige omlegginger i pasientbehandling og samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Det er likevel grunn til å tro at kommunene over tid vil tilpasse seg de økonomiske virkemidlene. Betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter viser seg å ha effekt. Etablering av kommunale øyeblikkelig-hjelp-senger er ennå i sin spede begynnelse. Usikkerhet knyttet til den videre effekt av reformen innebærer at foretaket må være forberedt på driftstilpasninger i forhold til erfarte effekter.

Det er alltid knyttet en viss risiko til driftsendringer og effektiviseringstiltak, noe som også er tilfelle i budsjett og driftsopplegg for 2014. Administrerende direktør legger til grunn at Helse Nord-Trøndelags budsjett og driftsplaner for 2014 vil innebære at kvaliteten på tilbudet vil bli opprettholdt.

For å begrense den økonomiske usikkerheten og risikoen er det i budsjettet for 2014 satt av en buffer på om lag 20 mill kroner for å kunne dekke opp for usikker effekt av enkelte tiltak og eventuelle nye uforutsette kostnadselement.

Slik det er gjort de senere år, vil vi søke å begrense usikkerheten gjennom tett oppfølging av klinikkenes effektiviseringstiltak og drift for å sikre at vi oppnår planlagt resultat for økonomi, aktivitet og kvalitet.

7. INVESTERINGER

Vi viser til nærmere omtale av investeringsramme og –behov i sak 58/13. På dette grunnlag har vi satt opp følgende oversikt over mulig disponering av investeringsrammen for 2014:

Utkast til disponering av investeringsramme 2014	Mill kr
Egenkapitalinnskudd i KLP	7,2
Medisinsk teknisk utstyr (MTU), ekskl. leasing	27,0
Rehabilitering/vedlikehold bygg inkl. HMS	20,0
Sum investeringsramme (ekskl. leasing)	54,2

Vi vil komme tilbake med egen sak til styret om investeringer i 2014 når foretakets rammer på dette området er nærmere avklart.

8. PROSESS

Foretakets arbeid med budsjett 2014 har pågått som en sammenhengende prosess etter arbeidet med langtidsbudsjettet i mai/juni i år. I denne tiden har det vært jevnlig kontakt med regionforetaket på Stjørdal, og det har vært fortløpende informasjon og drøftinger i eget styre.

Internt har driftsplaner og effektiviseringstiltak vært gjenstand for informasjon og drøftinger i foretakets ledelse, i arbeidsmiljøutvalget og i forum for foretakstillitsvalgte. Det er lagt vekt på informasjon og drøftinger under veis og før endelige konklusjoner er fattet. Den vesentligste del av drøftingene har skjedd ved at tillitsvalgte har blitt invitert med og har deltatt i klinikkens møter vedrørende budsjett og driftsopplegg for 2014. Felles drøftingsmøte med tillitsvalgte er avholdt 21.11.13. I forbindelse med ferdigstilling av budsjettet for 2014 gjennomføres nytt drøftingsmøte 12.12.13.

9. AVSLUTNING

Helse Nord-Trøndelag har i flere år drevet effektiviserings- og forbedringsarbeid for å yte et best mulig tilbud til pasientene i foretakets opptaksområde innen tildelte økonomiske rammer. Utviklingen kan dokumenteres gjennom SAMDATA-tall som bl.a. viser at HNT i den somatiske driften i 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. Samtidig er det lagt ned et betydelig arbeid i å forbedre kvaliteten i foretakets drift gjennom bl.a. å redusere pasientenes ventetider og å fjerne fristbrudd.

På dette grunnlag finner administrerende direktør det riktig å understreke at det blir stadig vanskeligere å finne gode tiltak for ytterligere effektivisering av den interne driften. Det er derfor i forslaget til budsjett for 2014 lagt opp til omfattende analyse og omlegging av driften i bl.a. Medisinsk klinikk Namsos og i Psykiatrisk klinikk. Dette viser at det ikke er mulig å finne tilstrekkelige tiltak gjennom «hverdagsrasjonalisering», men at det er nødvendig med relativt omfattende driftsomlegginger. Dette øker også usikkerheten i budsjettet og understreker behovet for reserver til dekning av uforutsette forhold.

For HNT er det viktig at vi i tiden framover har et tilbud, en kompetanse og en kvalitet på våre tjenester som gjør oss attraktive når pasientene skal velge behandlingssted. Derfor har foretaket, som det eneste internt prioriterte satsingsområdet i budsjett 2014, valgt å sette av økte midler til sikring av kompetansen for nødvendig nøkkelpersonell.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF RESULTATBUDSJETT 2014	Budsjett 2013 HNT	Prognose 2013 HNT	Budsjett 2014 HNT pr 10.12.2013
Basisramme	1 701 415	1 698 511	1 661 442
ISF egne pasienter	458 612	489 512	629 279
ISF-inntekt kostnadskrevende legemidler utenfor sykehus	12 090	12 657	7 311
Gjestepasienter	38 514	37 930	38 866
Polikliniske inntekter	62 887	62 295	64 392
Utskrivningsklare pasienter	1 950	2 408	2 257
Øremerket tilskudd	0	6 114	0
Andre øremerkede tilskudd	1 075	11 511	1 391
Andre driftsinntekter	206 902	170 508	179 543
Sum driftsinntekter	2 483 445	2 491 446	2 584 481
Kjøp av offentlige helsetjenester	110 013	110 587	123 168
Kjøp av private helsetjenester	3 910	8 993	7 819
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	260 501	270 411	284 670
Innleid arbeidskraft	8 265	12 697	9 522
Lønn til fast ansatte	1 156 911	1 182 123	1 213 710
Overtid og ekstrahjelp	46 885	60 972	50 256
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	299 638	287 546	278 105
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-54 306	-68 611	-58 965
Annen lønn	143 942	156 947	143 391
Avskrivninger	88 182	87 439	88 767
Nedskrivninger	0	2 650	0
Andre driftskostnader	379 226	352 320	402 533
Sum driftskostnader	2 443 167	2 464 074	2 542 976
Driftsresultat	40 278	27 372	41 506
Finansinntekter	7 950	8 105	8 758
Finanskostnader	2 228	2 383	2 164
Finansresultat	5 722	5 722	6 594
Ordinært resultat	46 000	33 094	48 100

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 SPISEFORSTRYRRELSER (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.

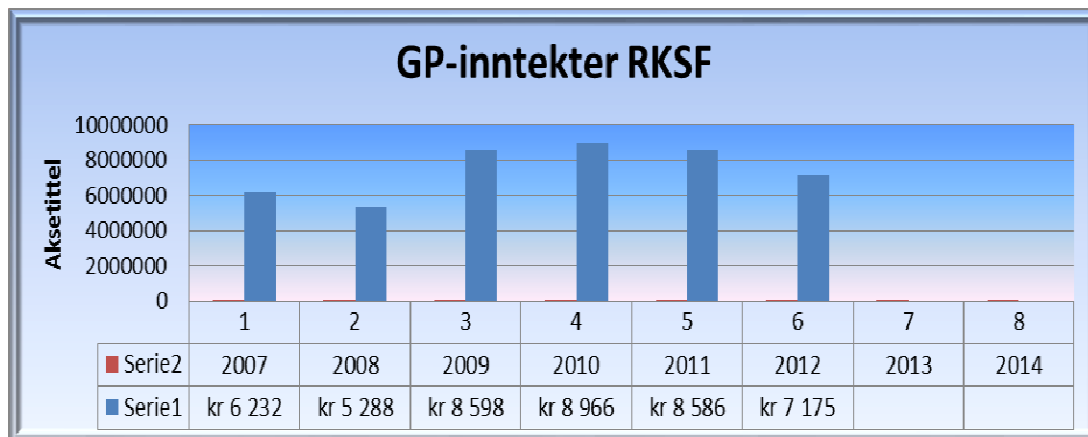
Tabellen nedenfor viser en oversikt over bruken av sengeplassene.

	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 Flaas
administrerende direktør

Gjenpart:
Klinikkleder Hilde Ranheim

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 68/2013 Driftsrapport november 2013

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	17. desember 2013	68/2013
Saksbeh:	Tormod Gilberg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2013/4436	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar driftsrapporten for november til etterretning.

SAKSUTREDNING:

Sak 68/2013 Driftsrapport november 2013

VEDLEGG

Vedlegg driftsrapport november 2013.

BAKGRUNN

Denne saken omfatter en samlet rapportering av status ved Helse Nord-Trøndelag HF ved utgangen av november 2013, både med hensyn til helsefag, personell og økonomi.

SAMMENDRAG

Etter tilnærmet balanse mellom budsjett og regnskap i årets to første måneder, viste foretakets regnskap betydelige negative avvik i forhold til vedtatt budsjett i mars og april. Fra mai har det vært mindre avvik, delvis på pluss-siden og delvis på minus-siden. Foretakets resultat viser siste måned et avvik i forhold til vedtatt budsjett på – 2,5 mill kroner, mens det akkumulerte resultatet pr. november viser et avvik i forhold til vedtatt budsjett på – 18,3 mill kroner.

Regjeringen har i forbindelse med behandling av saldert budsjett nå i desember lagt opp til at foretakene skal få beholde det meste av besparelsen ved lavere pensjonskostnad. HMN har på dette grunnlag beregnet at HNT vil få redusert basisrammen for 2013 med 2,7 mill kroner. Denne korrigeringen vil ikke bli tatt inn i regnskapet før i forbindelse med årsoppgjøret for 2013.

Den største økonomiske utfordringen har vært knyttet til å begrense bemanning og lønnskostnader til fastsatt budsjett. Regnskapet de siste månedene viser at det er bra kontroll med lønnskostnadene, men at det er et relativt stort merforbruk på varekostnader. Dette er knyttet til kostbare medikamenter, innleie av (lege-)personell fra byrå og kjøp av behandlingsplasser i andre regioner. De andre foretakene i regionen viser tilsvarende merforbruk på varekostnader. Det er derfor et felles fokus på å analysere årsaker og mulige tiltak for å begrense disse kostnadene. HNT vil bl.a. gjennom egen legemiddelkomité sette søkelyset på denne kostnadsgruppen.

Aktivitetstall hittil i år viser at foretaket ligger betydelig over bestilt (DRG-) aktivitet i de somatiske avdelingene. Årets DRG-aktivitet prognostiseres å bli om lag 4,5 % over HMNs aktivitetsbestilling til HNT, dvs. om lag 1,5 % lavere enn vedtatte driftsplaner for foretakets avdelinger.

Aktiviteten i de psykiatriske avdelingene er lavere enn det som er forventet i styringsdokumentet fra HMN, og med enda større avvik i forhold til egne plantall. Det er først og fremst innen poliklinisk aktivitet at nivået har vært lavere enn planlagt.

For rapporterte kvalitetsindikatorer var det god måloppnåelse for gjennomsnittlig ventetid pr. 31.12.12 og tilnærmet måloppnåelse i forhold til å fjerne fristbrudd. Andel fristbrudd og gjennomsnittlig ventetid har økt noe hittil i år og ligger litt over fastsatte måltall. Andel fristbrudd og ventetid for ventende pasienter viser siste måned en positiv utvikling.

HNT prognostiserer et årsresultat for 2013 på 33,1 mill kroner. Prognosen er 12,9 mill kroner dårligere enn opprinnelig resultatkrav på 46,0 mill kroner og skyldes reduserte pensjonskostnader på 12,1 mill kroner, økte lønnskostnader på 38 mill kroner, økte inntekter på 8 mill kroner, økte

varekostnader på 20 mill kroner og oppløsning av reserve/avsetning på 25 mill kroner. Prognostisert resultat er uendret fra forrige rapport.

Det er iverksatt tiltak med bl.a. begrenset tilsetningsstopp og redusert bruk av overtid og innleie for å redusere budsjettavviket resten av året. Disse tiltakene er vedtatt videreført første halvår 2014. Resultatet siste måneder indikerer at tiltakene har effekt og at dagens drift i hovedsak er i samsvar med vedtatte driftsplaner og budsjett.

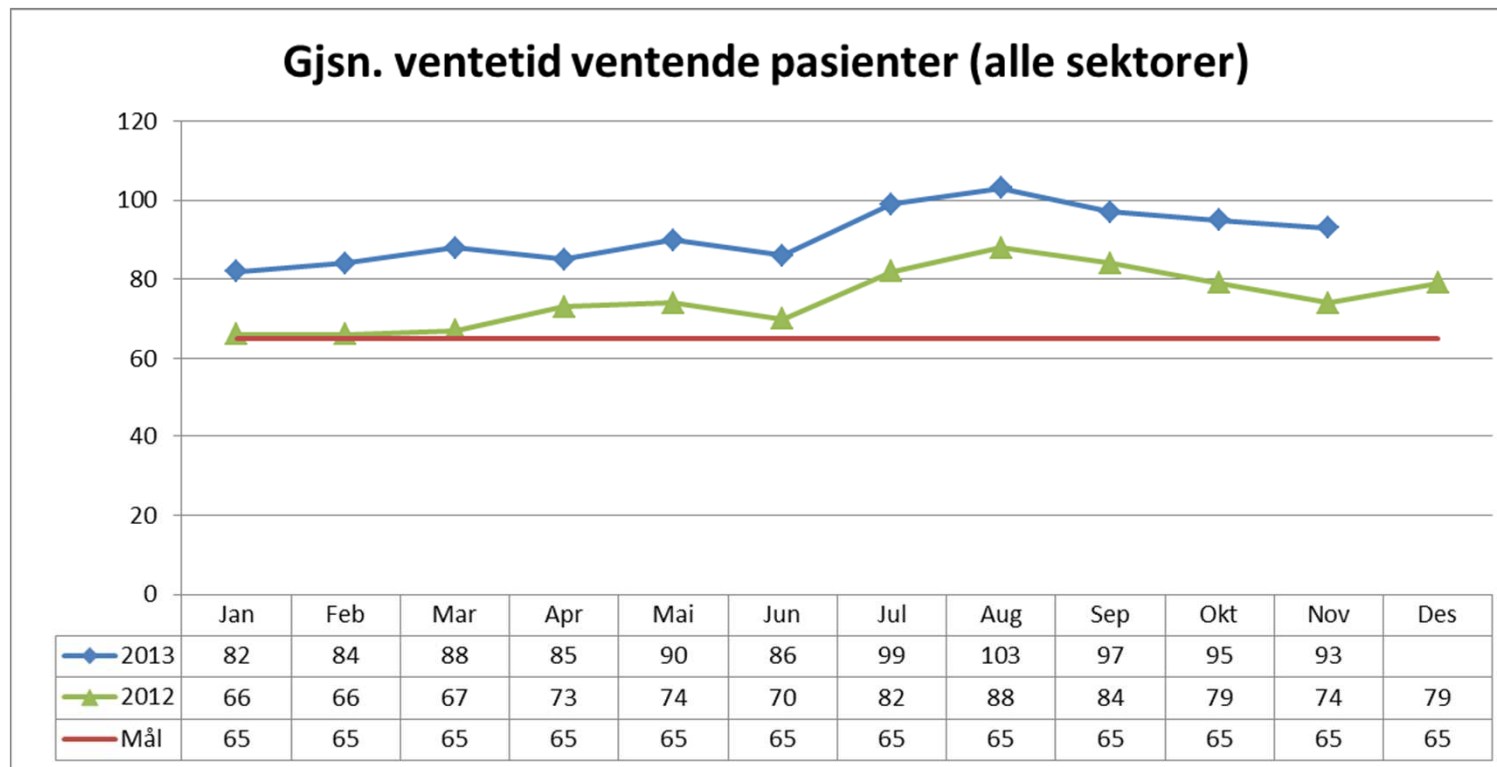


Helse Nord-Trøndelag

Vedlegg driftsrapport

November 2013

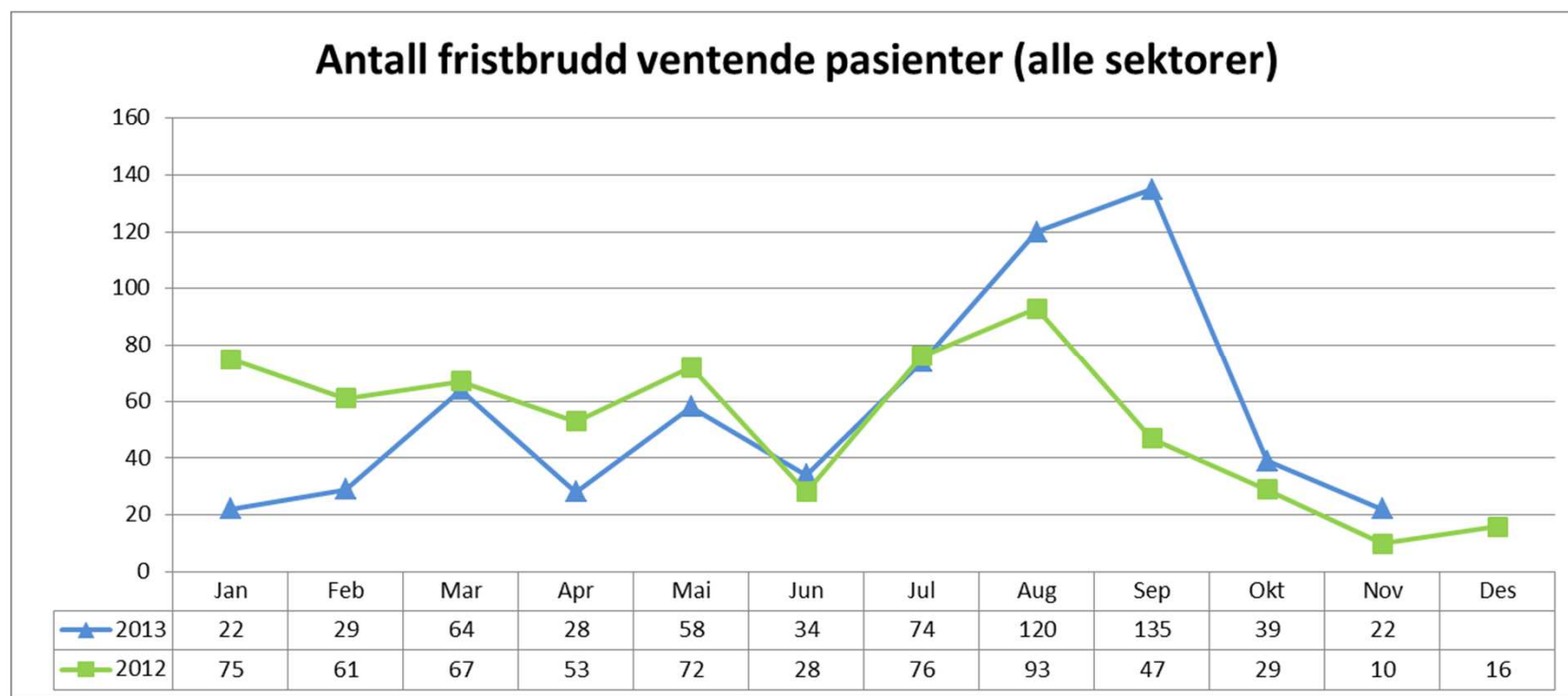
Gjennomsnittlig ventetid ventende pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp



Mål: < 65 dager

Kilde: NPR ventelistekube

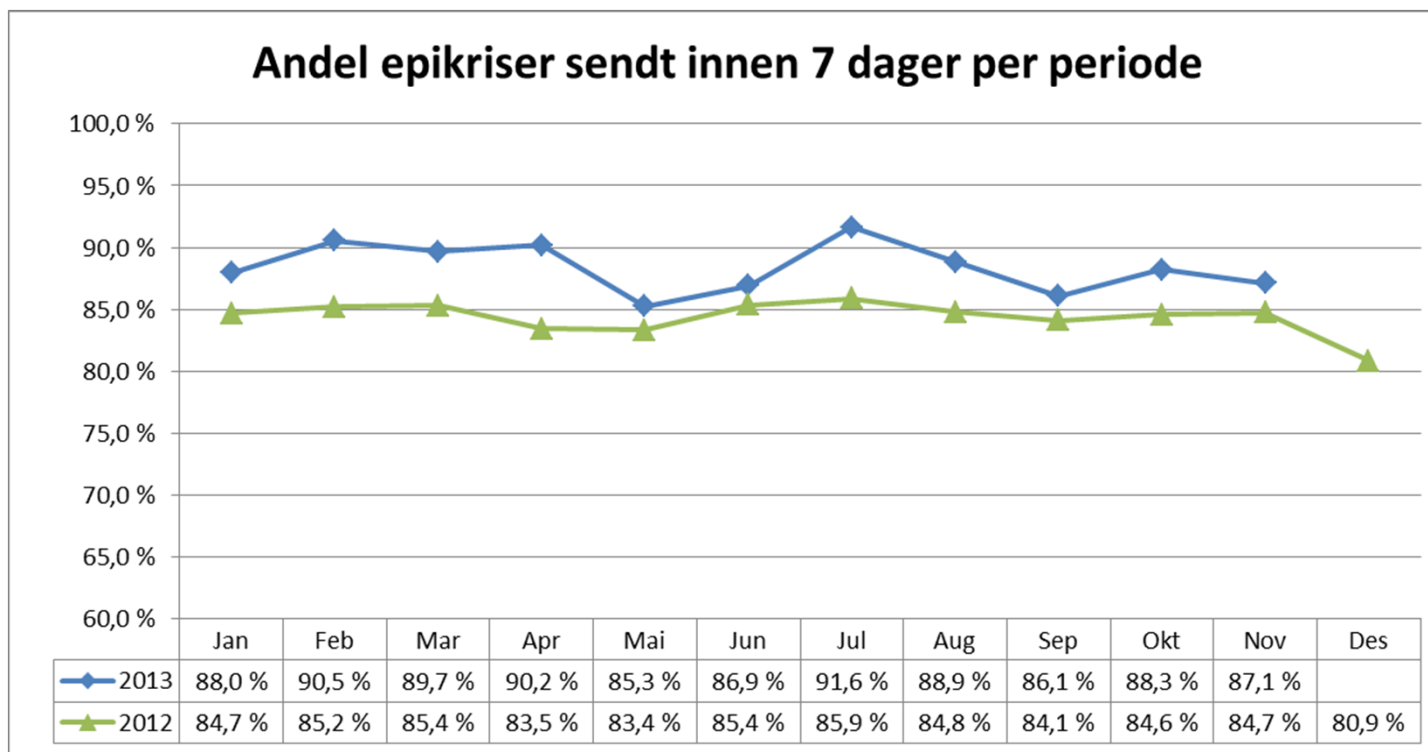
Antall fristbrudd ventende pasienter med rett til helsehjelp



Mål: Ingen fristbrudd

Kilde: NPR ventelistekube

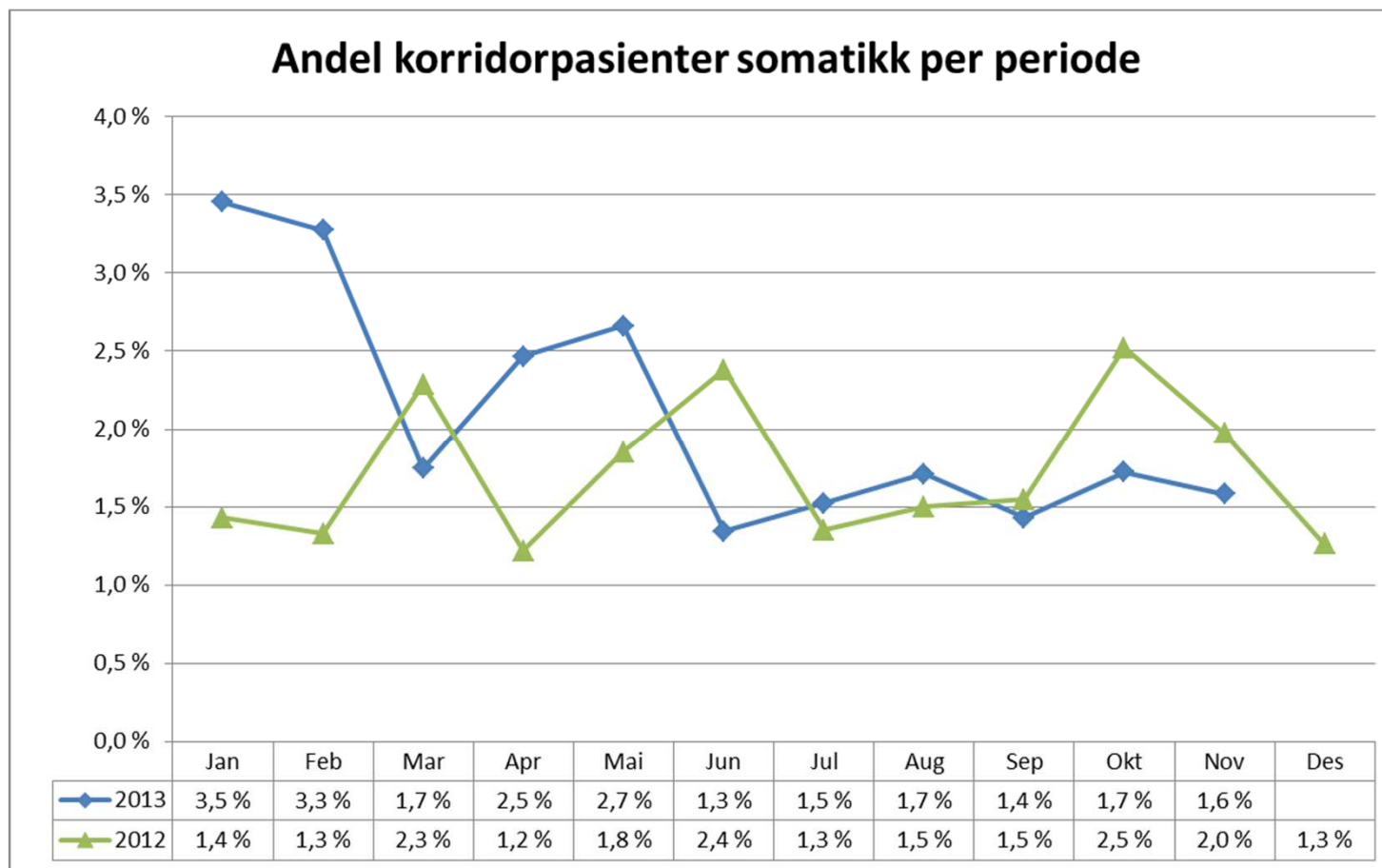
Andel epikriser sendt innen en uke



Akkumulert per november	2013	2012
Antall epikriser sendt innen 7 dager	18 385	17 382
Antall utskrevene	20 815	20 523
Andel epikriser sendt innen 7 dager	88,3 %	84,7 %

Mål: 100 %

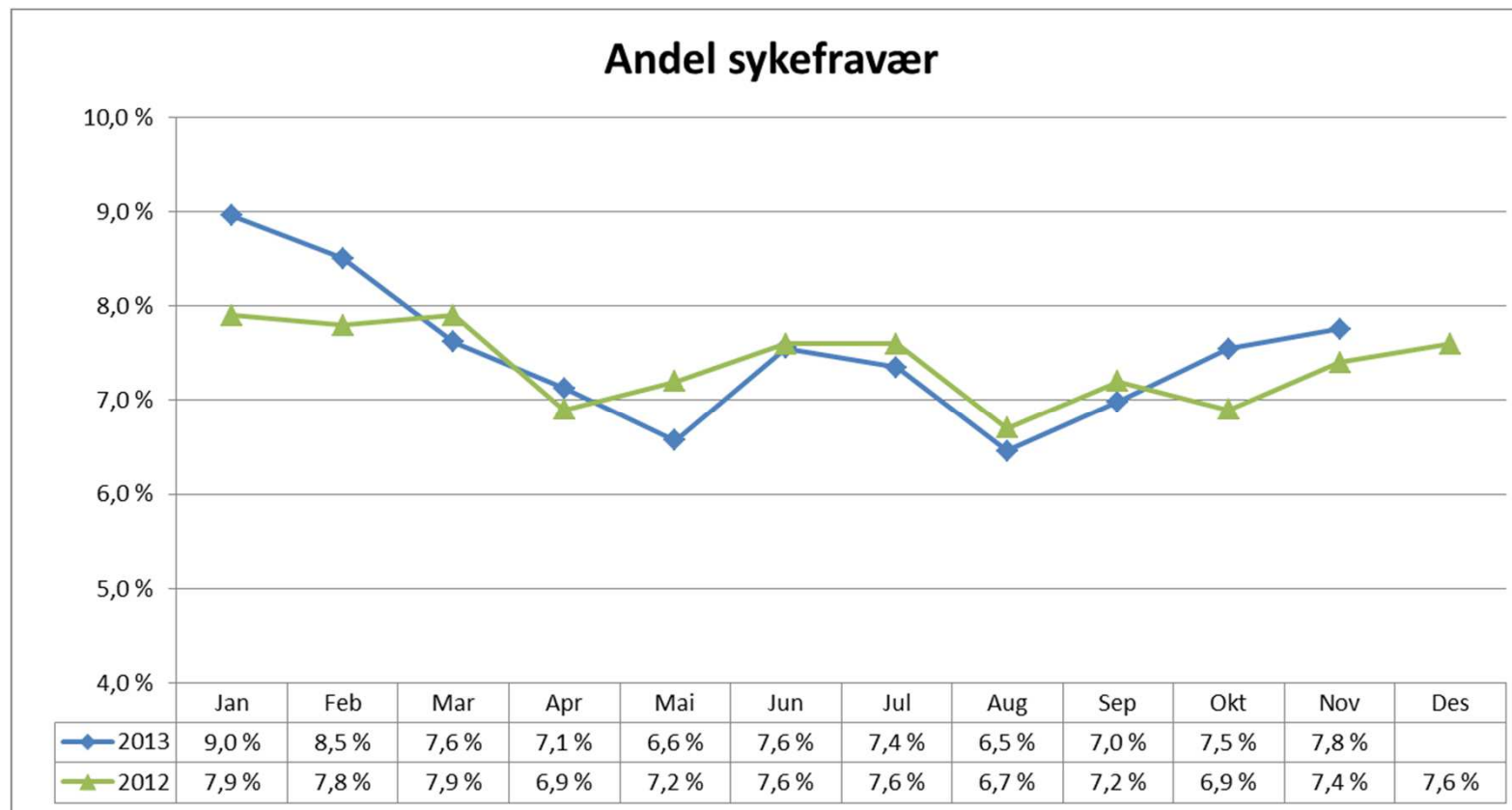
Andel korridorpasienter



Akkumulert pr november	2013	2012
Antall korridorpasienter	1 473	1 269
Antall liggedøgn	69 367	71 367
Andel korridorpasienter	2,1 %	1,8 %

Mål: Ingen korridorpasienter

Andel sykefravær

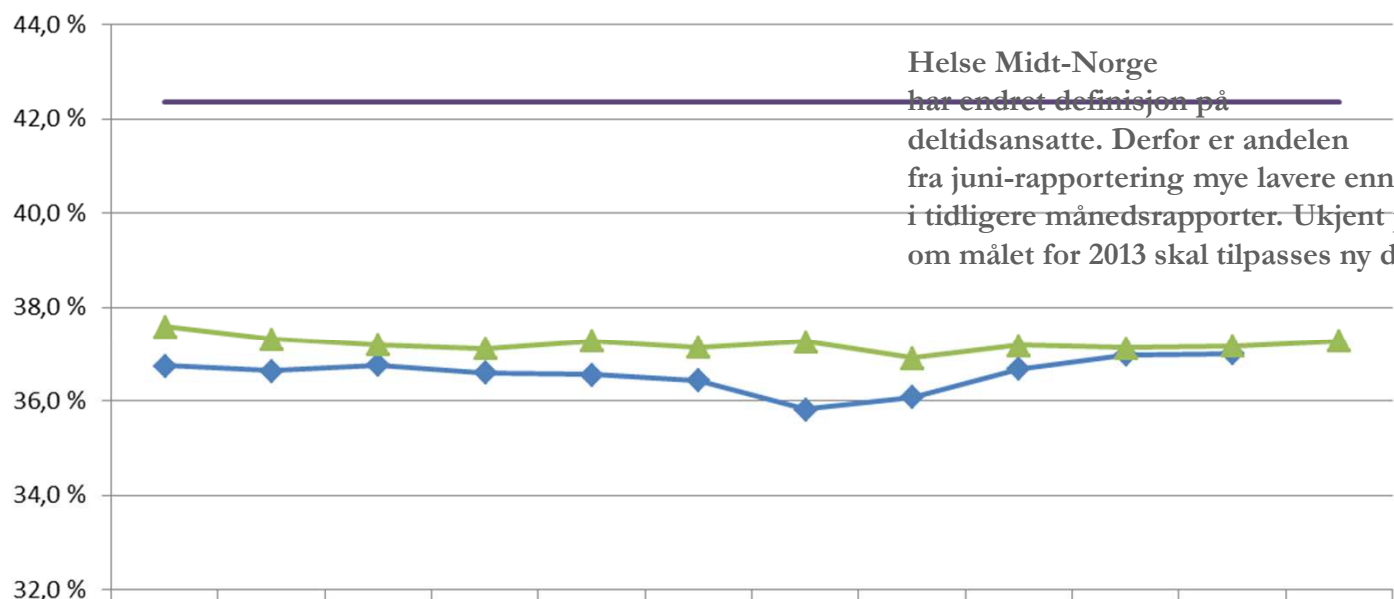


Akkumulert/gjennomsnitt per november	2013	2012
Sykefraværdagsverk	37 131	36 412
Mulige dagsverk	494 852	494 372
Andel sykefravær	7,50 %	7,37 %

Mål (akkumulert/gjennomsnitt) Helse Nord-Trøndelag: < 7,00 %

Andel deltid faste ansatte

Utvikling andel deltid fast ansatte

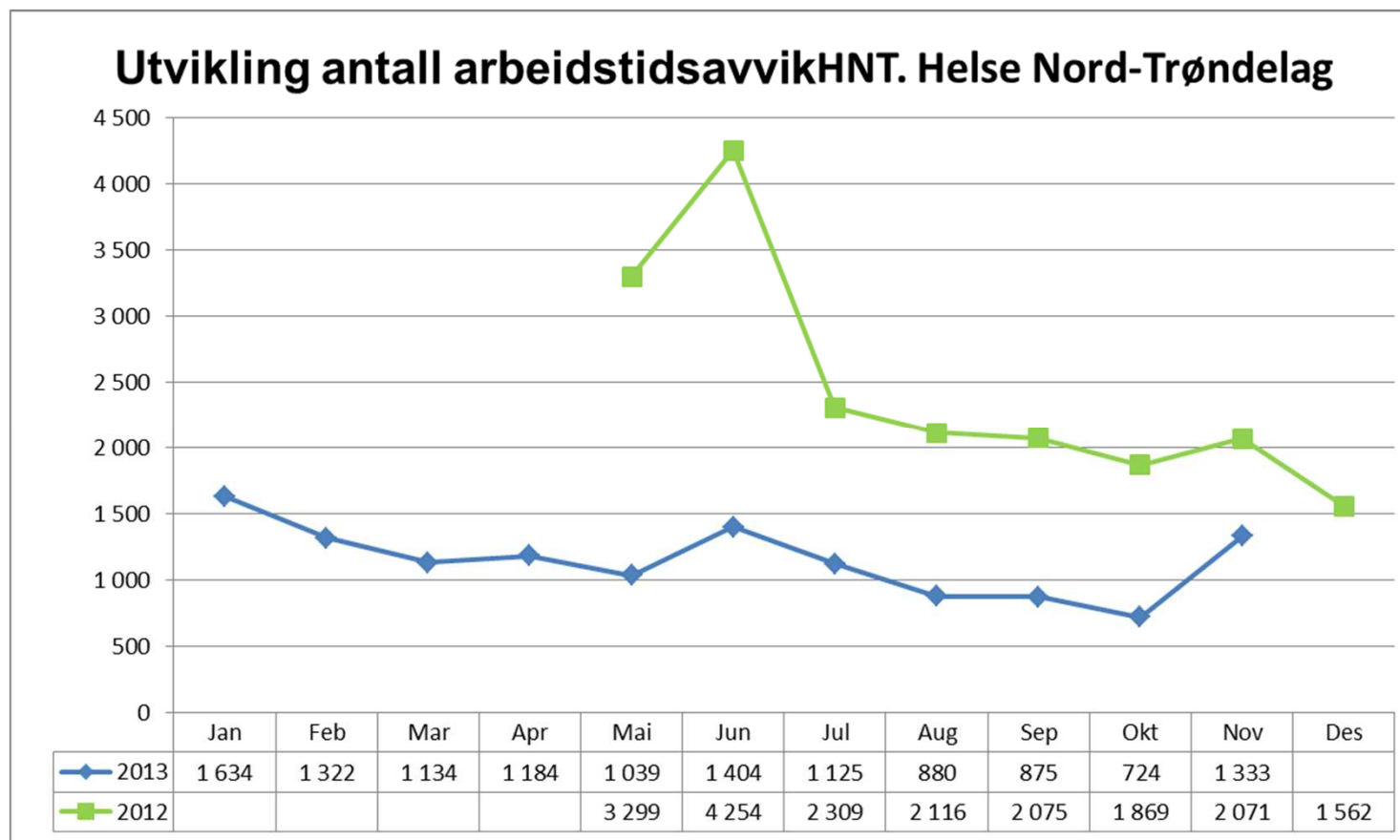


	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
Andel deltid 2013	36,8 %	36,6 %	36,8 %	36,6 %	36,6 %	36,4 %	35,8 %	36,1 %	36,7 %	37,0 %	37,0 %	
Andel deltid 2012	37,6 %	37,3 %	37,2 %	37,1 %	37,3 %	37,1 %	37,3 %	36,9 %	37,2 %	37,1 %	37,2 %	37,3 %
Andel deltid Mål 2013	42,4 %	42,4 %	42,4 %	42,4 %	42,4 %	42,4 %	42,4 %	42,4 %	42,4 %	42,4 %	42,4 %	42,4 %

2013	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov
Antall fast deltidsansatte	799	793	797	789	789	785	772	775	795	798	795
Antall fast ansatte	2 174	2 164	2 168	2 156	2 158	2 154	2 155	2 148	2 167	2 158	2 148
Andel deltidsansatte	36,8 %	36,6 %	36,8 %	36,6 %	36,6 %	36,4 %	35,8 %	36,1 %	36,7 %	37,0 %	37,0 %

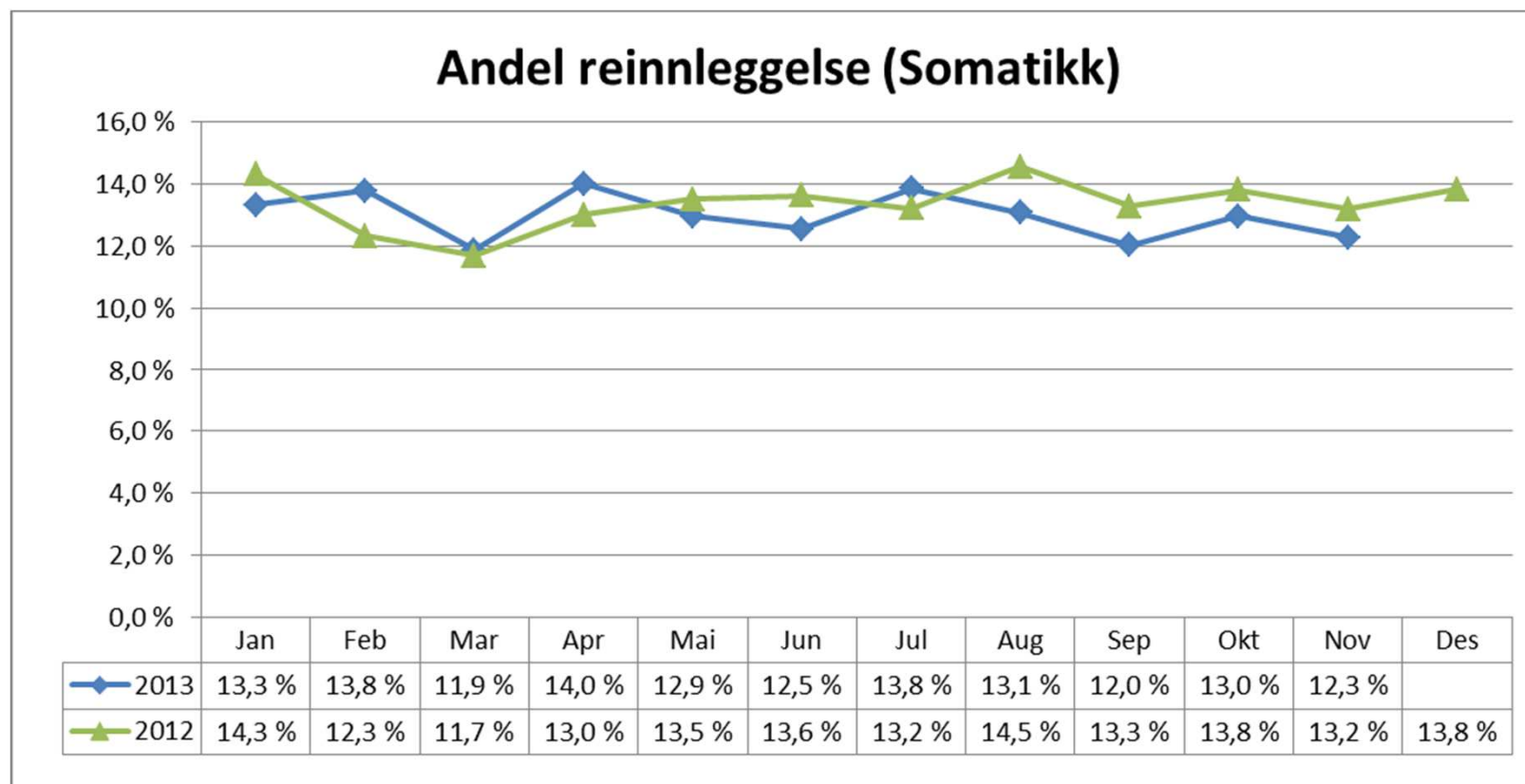
Mål 2013: 42,4 % (= halvparten av gjenstående per 1.1.2013 av 20 % reduksjon av utgangsverdi 2010)

Utvikling antall arbeidstidsavvik



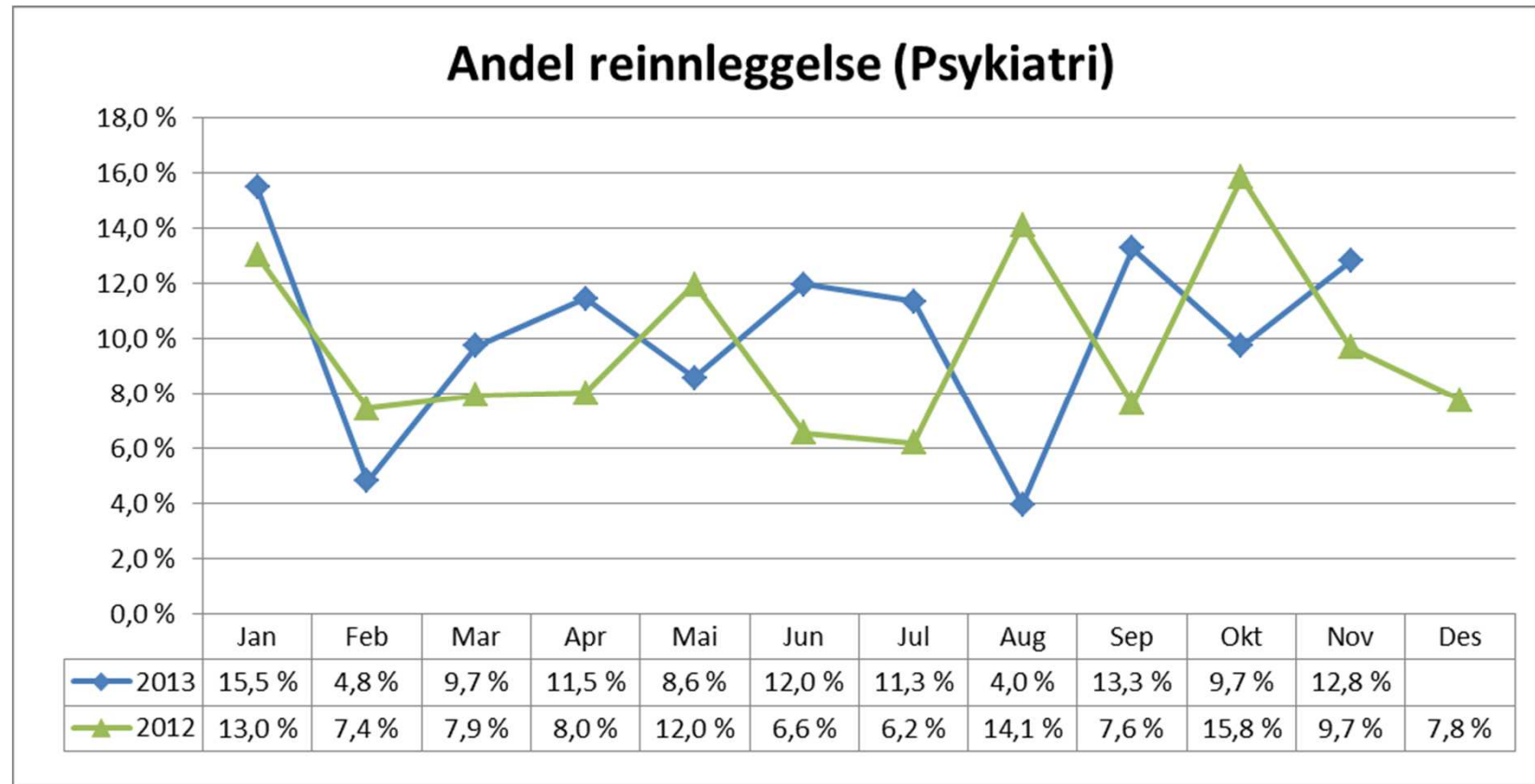
Januar tom april 2012 hadde ikke riktig datagrunnlag

Andel reinnleggelser (Somatikk)



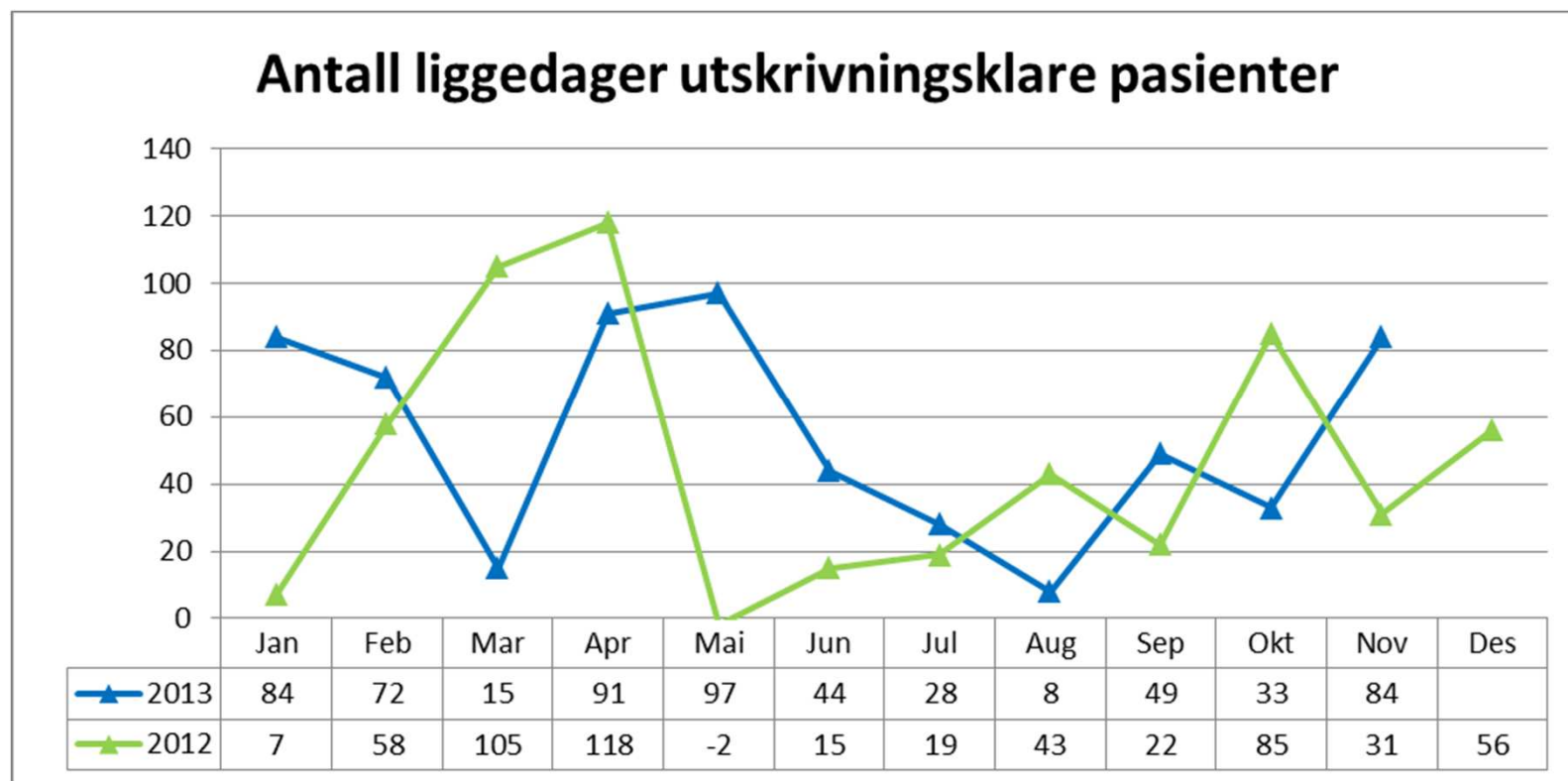
Mål: Nedgang i forhold til 2012

Andel reinnleggelser (Psykiatri)



Mål: Nedgang i forhold til 2012

Utskrivningsklare pasienter

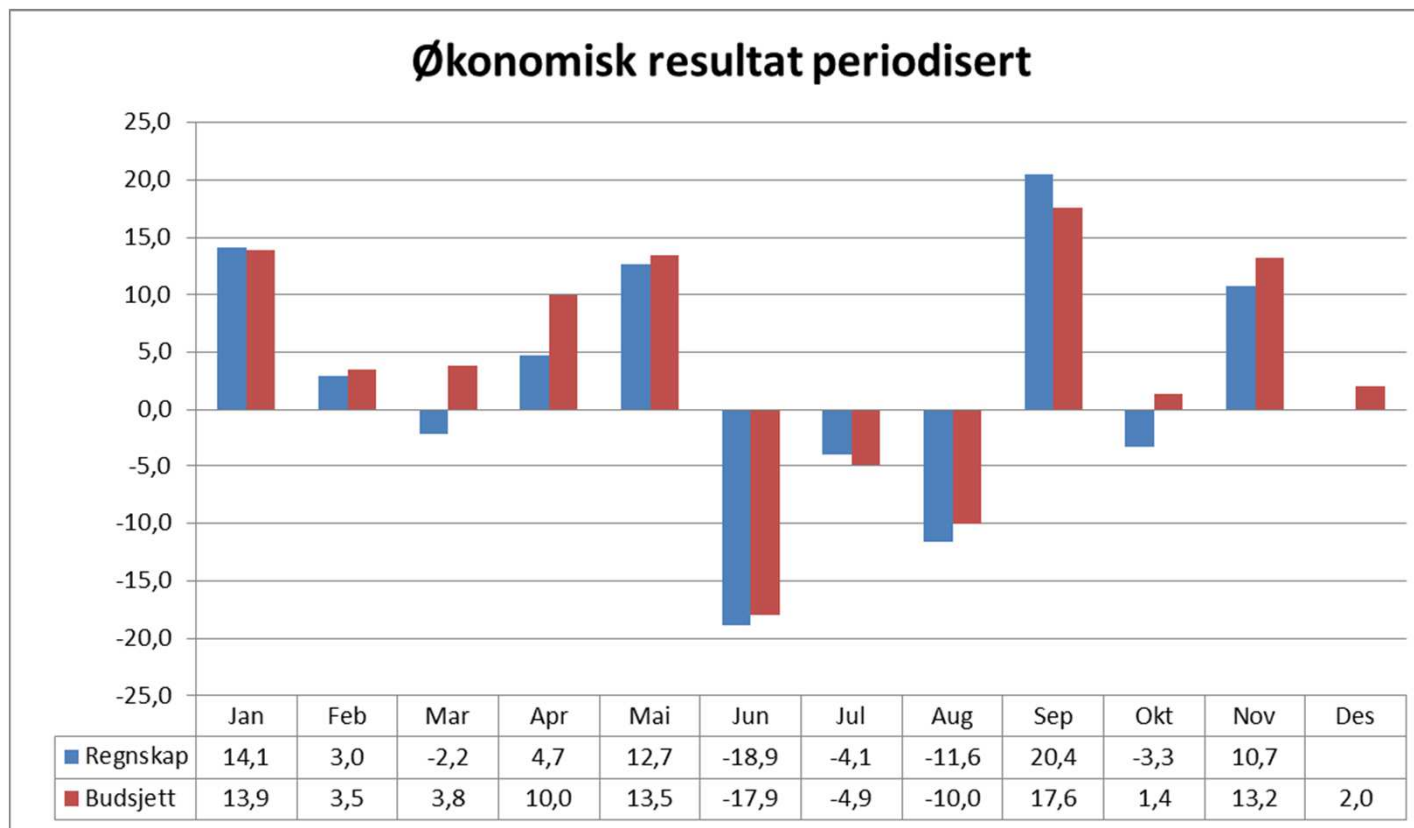


Akkumulert per november	2013		2012
Antall liggedager		605	501
Antall pasienter		111	106

Økonomisk resultat

Resultat 2013 (Tall i tusen)		Denne periode			Hittil i år		
		Resultat	Budsjett	Avvik	Resultat	Budsjett	Avvik
3	Inntekter	226 098	226 395	-297	2 278 226	2 270 611	7 615
4	Varekostnader	-36 329	-34 184	-2 145	-368 831	-348 024	-20 807
5	Lønnskostnader	-139 918	-138 188	-1 729	-1 481 555	-1 458 401	-23 153
6,7,9	Andre driftskostnader	-39 545	-41 274	1 729	-407 771	-425 465	17 694
8	Finansposter	402	468	-67	5 564	5 254	310
Sum		10 708	13 217	-2 509	25 634	43 976	-18 342

Økonomisk resultat (2)



Resultat krav: 46,0 mill. kr i positiv årsresultat (overskudd)

Årsprognose

Alle ansvarsteder		Hele året	
Resultat	Budsjett 2013	Prognose 2013	Avvik budsjett - prognose
Driftsinntekter	2 483 446	2 491 446	8 000
Varekostnader	-382 689	-402 689	-20 000
Lønnskostnader	-1 593 069	-1 618 977	-25 908
Andre driftskostn (6)	-405 260	-405 261	0
Andre driftskostn (7)	-62 149	-37 148	25 000
Driftskostnader	-2 443 167	-2 464 074	-20 909
Driftsresultat	40 278	27 372	-12 908
Finansresultat	5 722	5 722	0
Netto resultat	46 000	33 093	-12 908
Awik knyttet til ny aktuarberegning		-12 092	-12 092
Netto resultat korrigert for avvik aktuarberegning	46 000	21 001	-25 000

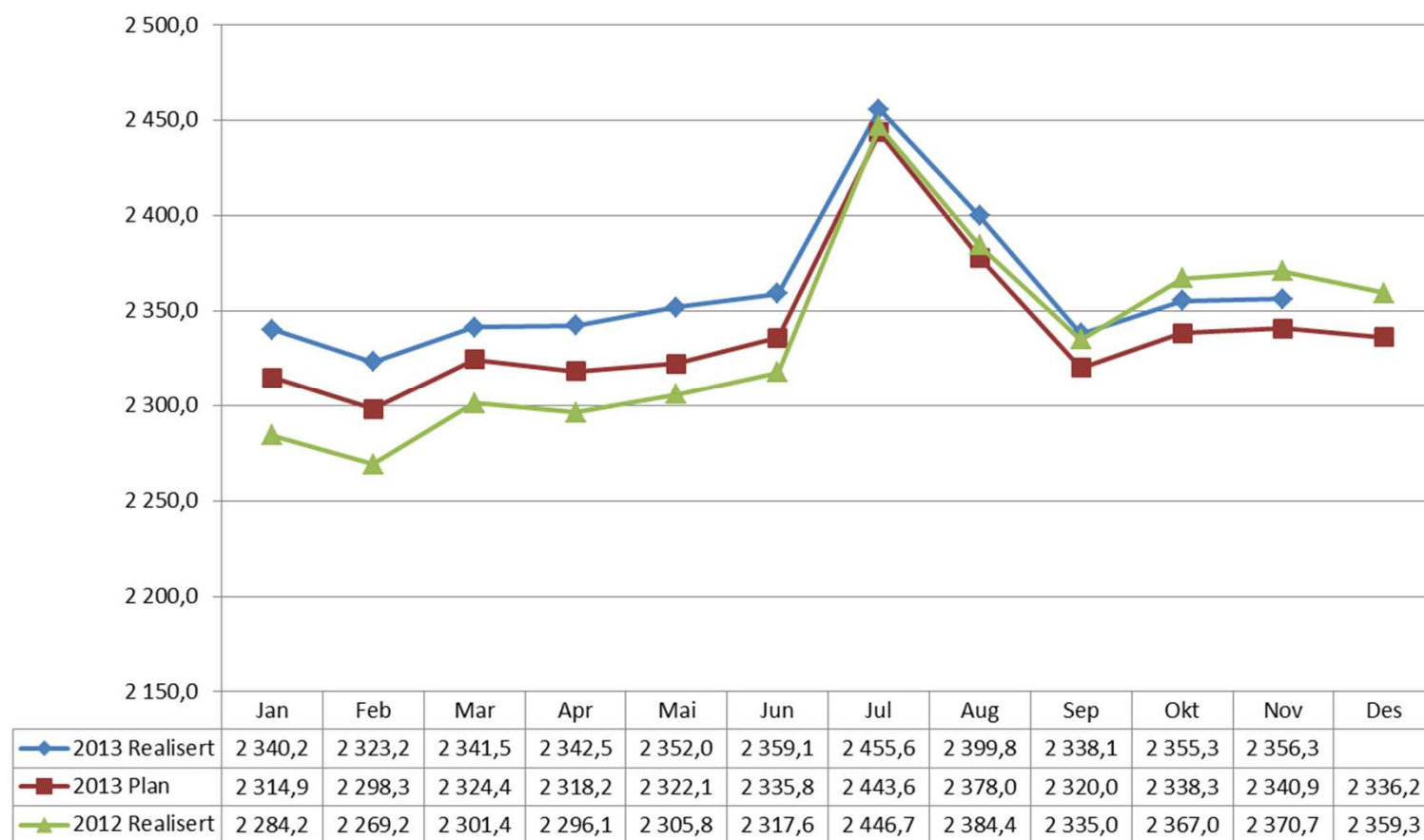
Aktuarberegningen fra KLP primo februar 2013 viser for Helse Nord-Trøndelag en pensjonskostnad som er 12,1 mill. kr lavere enn den som la til grunn da budsjett 2013 ble laget og som var forutsett i statsbudsjett (St.prp.nr. 1 2012-2013).

Det er p.d. ikke gjort noe vurderingen om den lavere pensjonskostnad vil medføre et økt resultatkrav.

Årsprognosen for 2013 på vanlig drift forutsettes å være i tråd med budsjett 2013. Lavere pensjonskostnader forutsettes dermed å gi en tilsvarende forbedring i netto resultat

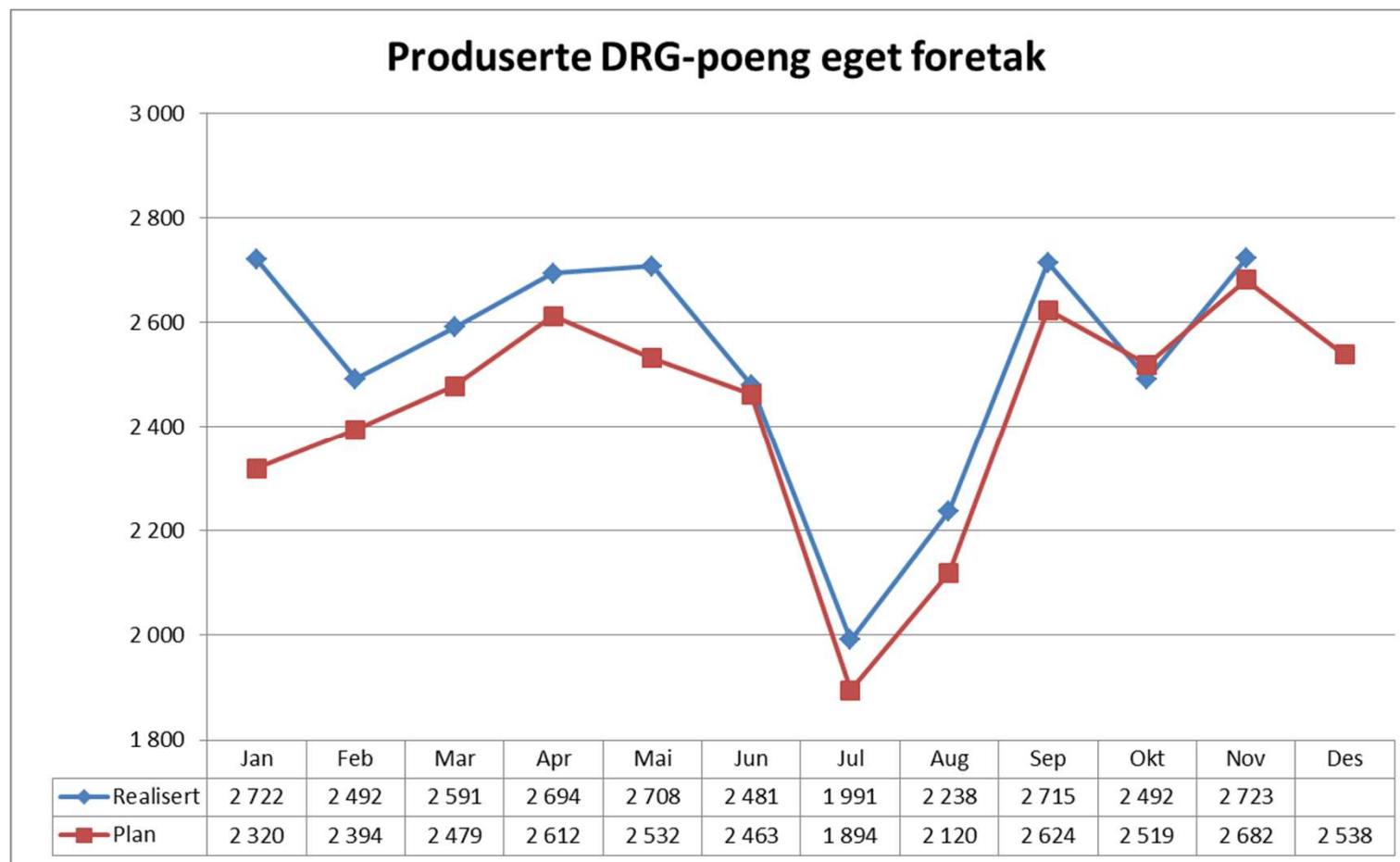
Brutto månedsverk utbetalt

Utvikling brutto månedsverk totalt per periode



Akkumulert per oktober	2013 Faktisk	2013 Plan	2012 Faktisk
Brutto mnd verk fast lønn	25 116,6	24 700,9	24 749,1
Brutto mnd verk variabel lønn	847,1	1 033,5	929,0
Brutto mnd verk totalt	25 963,7	25 734,3	25 678,1

Aktivitet somatikk (DRG-poeng eget foretak)

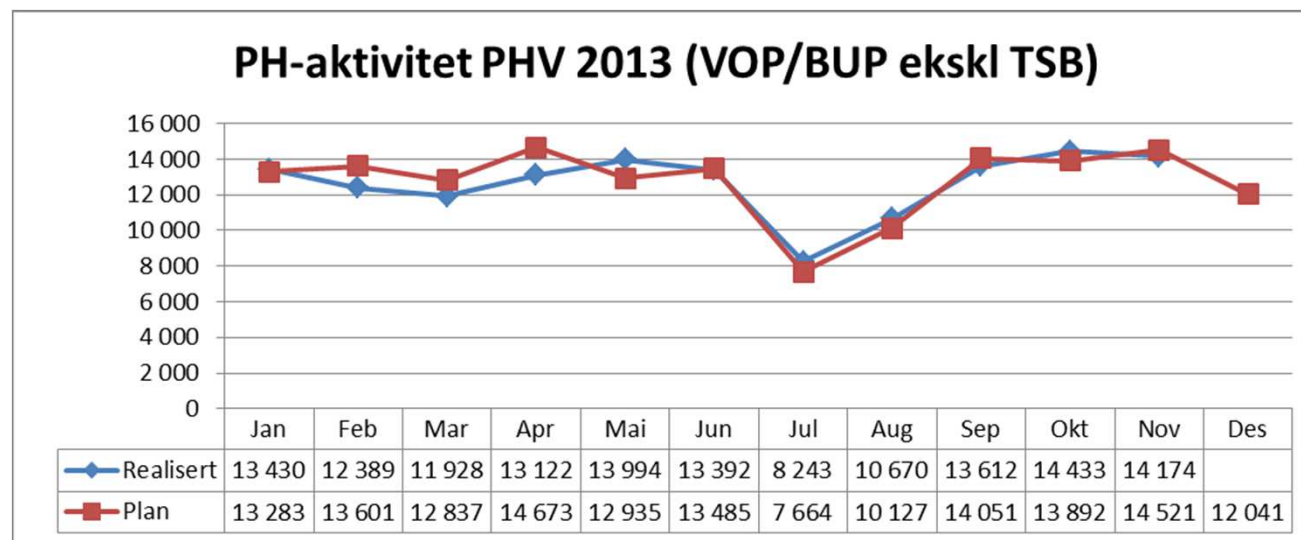


Per november	Denne periode			Hittil i år		
	Realisert	Plan	Oppnåelse	Realisert	Plan	Oppnåelse
DRG-aktivitet (totalt)	2 723	2 682	101,5 %	27 847	26 640	104,5 %

Aktivitet somatikk (DRG-poeng eget foretak)

Aktivitet somatikk 2013	Hittil i år			Totalt for året			
Antall DRG-poeng	Realisert	Budsjett	Avvik %	Prognose	Budsjett	Avvik	Avvik %
Egne pasienter behandlet i egen region	27 044	25 916	4,4 %	0	28 390		
Kjøp fra andre regioner	1 450	1 296	11,9 %	0	1 413		
Antall produserte DRG-poeng "Sørge for"	28 494	27 212	4,7 %	31 144	29 803	1 341	4,5 %
Gjestepasienter fra andre regioner	804	724	11,0 %	0	789		
Antall produserte DRG-poeng i eget foretak	27 847	26 640	4,5 %	30 492	29 179	1 313	4,5 %

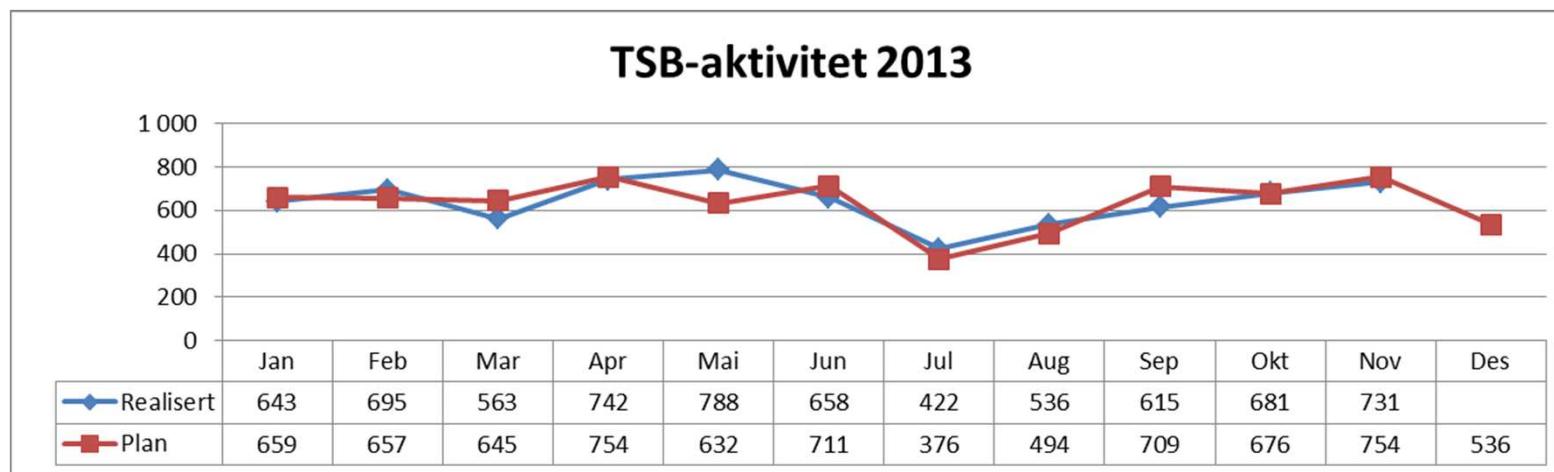
PH-aktivitet VOP og BUP (ekskl. TSB)



Akkumulert pr november	Denne periode			Hittil i år		
	Realisert	Plan	Oppnåelse	Realisert	Plan	Oppnåelse
PH-aktivitet PHV	14 174	14 521	97,6 %	139 386	141 070	98,8 %

PH-aktivitet er et aktivitetsbegrep innenfor psykiatrien som vi blir målt på av Helse Midt-Norge RHF i 2013. PH-aktivitet består av (vektede) antall v-konsultasjoner, oppholdsdøgn og utskrevne pasienter

TSB-aktivitet



Akkumulert per november	Denne periode			Hittil i år		
	Realisert	Plan	Oppnåelse	Realisert	Plan	Oppnåelse
TSB-aktivitet	731	754	96,9 %	7 072	7 067	100,1 %

TSB-aktivitet er et aktivitetsbegrep innenfor rusbehandlingen som vi blir målt på av Helse Midt-Norge RHF i 2013. TSB-aktivitet består av (vektede) antall v-konsultasjoner, oppholdsdøgn og utskrevne pasienter

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 69/2013 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	17.12.13	69/2013
Saksbeh:	Marit Røvik Skjerve	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2013/4436	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:
Sak 69/2013 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 12.12.13
2. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 25.11.13
3. Referat fra styret møte med Brukerutvalget 25.11.13
4. Referat fra styrets møte med tillitsvalgte 25.11.13
5. Andre orienteringer

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 12.12.13 kl 08.30 kl 15.20
Møtested: Quality Airport Hotell Værnes
Saksnr.: 94/13 – 104/13
Arkivsaksnr.: 2012/565

Møtende medlemmer:

Kåre Gjønnnes
Ottar B. Guttelvik
Tore Kristiansen
Gunn Iversen Stokke
Rune Heggedal
Björg Henriksen (permisjon fra kl. 13.00 under sak 98/13)
Tore Brudeseth
Eva Vinje Aurdal
Kjersti Tommelstad
Trond Prytz
Randulf Søberg (varamedlem)
John Olav Berdahl (varamedlem fom kl. 13.00 under sak 98/13)

Forfall:

Marthe Styve Holte
Ellen Marie Wøhni
Vigdis Harsvik

Regionalt brukerutvalg:

Snorre Ness
Arthur Mandal

Fra administrasjonen møtte:

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

Økonomisjef Reidun Martine Rømo (tom sak 97/13)

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 05.12.13. Samme dag ble saksdokumentene lagt ut i styreadministrasjonen.

10. desember 2013 ble drøftingsprotokoller til sakene 96/13, 98/13, 99/13 og 101/13 lagt ut i styreadministrasjonen.

Samme dag ble også referatsak fra ordførere i Namdal – Bevar AMK i Helse Nord- Trøndelag lagt ut.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 09.12.13

Styrets nestleder Kåre Gjønnnes ønsket velkommen til styremøtet.

Innkalling og saksliste til møtet ble godkjent.

Sak 94/13 Referatsaker

- Møte i regionalt brukerutvalg 09.12.13
- Brev fra Kristiansund kommune «Oppretthold barneavdelingen ved Kristiansund sykehus»
- Brev fra advokatene Maurset, Knardal og Heggen «Varselmelding om brot på regjeringsplattforma Volda sjukehus – fjerning av akuttkirurgi»
- Svar til på brev fra Fagforbundet Møre og Romsdal datert 4. november 2013 vedr. Helse Møre og Romsdal sin økonomiske situasjon
- «Region Namdal – Bevar AMK i Helse Nord-Trøndelag»

Sak 95/13 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 31.10.13

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar den rapporterte utviklingen for aktivitet, økonomi, kvalitet og bemanning til etterretning.
2. Styret viser til vedtak i sak 03/11 og vedtar endring av inntektsramme med bakgrunn i

tilbakeholdt basisramme til investeringer på til sammen 113 mill kr for 2013. Dette medfører en reduksjon i resultat til Helse Midt-Norge RHF på 113 mill kr og en tilsvarende økning av resultat til sykehusforetakene.

3. Styret viser til Prop. 12 S (2013-2014) og vedtar, med forbehold om Stortingets behandling, en reduksjon i basisrammen til sykehusforetakene i 2013 på 14 mill kr. Trekket fordeles mellom sykehusforetakene i henhold til ressursbehovsindeksen for 2013.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar den rapporterte utviklingen for aktivitet, økonomi, kvalitet og bemanning til etterretning.

2. Styret viser til vedtak i sak 03/11 og vedtar endring av inntektsramme med bakgrunn i tilbakeholdt basisramme til investeringer på til sammen 113 mill kr for 2013. Dette medfører en reduksjon i resultat til Helse Midt-Norge RHF på 113 mill kr og en tilsvarende økning av resultat til sykehusforetakene.

3. Styret viser til Prop. 12 S (2013-2014) og vedtar, med forbehold om Stortingets behandling, en reduksjon i basisrammen til sykehusforetakene i 2013 på 14 mill kr. Trekket fordeles mellom sykehusforetakene i henhold til ressursbehovsindeksen for 2013.

Sak 96/13 Endringer i Inntektsfordeling og aktivitet 2014

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF viser til Prop. 1 S (2013-2014) og Prop. 1 S Tillegg 1 (2013-2014) og vedtar inntektsfordeling for 2014 i henhold til tabell under:

Fordeling 2014 (1 000 kr)	HMR ³⁾	HNT	STO	APO	AMN	RHF	Sum HMN
Særfinansiering ¹⁾	293 133	108 923	486 440	1 098	675 990	1 192 098	2 757 682
Særfinansiering TSB	126 997	15 358	292 460			1 480	436 296
Basisramme somatikk og PH	2 840 828	1 522 035	4 646 972			443 212	9 453 048
Kvalitetsbasert finansiering (KBF)	24 928	14 058	32 714			23 380	95 080
Sum basis, særfinansiering og KBF	3 285 886	1 660 374	5 458 587	1 098	675 990	1 660 170	12 742 106
Poliklinikk HF	167 805	89 530	211 652				468 987
ISF-inntekt	1 351 064	636 590	2 080 112			107 049	4 174 814
Sum polikl og ISF	1 518 869	726 119	2 291 764	-	-	107 049	4 643 801
Sum ramme, KBF og aktivitetsbasert finansiering	4 804 755	2 386 493	7 750 351	1 098	675 990	1 767 219	17 385 907
Fagenheten tvungen omsorg			74 400				74 400
Prostatacenter			3 100				3 100
Dropouts ²⁾						2 000	2 000
Tilskudd til turnustjeneste ²⁾						5 645	5 645
Forsøksordning tannhelsetjenesten			2 663				2 663
Raskere tilbake ²⁾						114 397	114 397
Sum bevilgning, jfr Prop 1 S. Tillegg	4 804 755	2 386 493	7 830 513	1 098	675 990	1 889 261	17 588 111

1) Inkl øremerkede midler i Prop 1 S. til FoU og differensiert arbeidsgiveravgift.

2) Ikke fordelt pr foretak i inntektsfordelingen

3) Inkl i særfinansieringen er et særtilskudd til HMR på 52 mill kr videreført fra 2013

2. Styret for Helse Midt-Norge RHF viser til Prop. 1 S (2013-2014) og
og vedtar følgende fordeling av Sørge-for-aktivitet i somatisk sektor for 2014:

	HMR	HNT	STO	Private RHF/ andre RHF	SUM
Sørge-for DRG-poeng 2014 (ny)	66 147	31 167	101 840	5 241	204 395

3. Administrerende direktør gis fullmakt til å gjøre mindre endringer i budsjett 2014

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF viser til Prop. 1 S (2013-2014) og
Prop. 1 S Tillegg 1 (2013-2014) og vedtar inntektsfordeling for 2014 i henhold til tabell under:

Fordeling 2014 (1 000 kr)	HMR ³⁾	HNT	STO	APO	AMN	RHF	Sum HMN
Særfinansiering ¹⁾	293 133	108 923	486 440	1 098	675 990	1 192 098	2 757 682
Særfinansiering TSB	126 997	15 358	292 460			1 480	436 296
Basisramme somatikk og PH	2 840 828	1 522 035	4 646 972			443 212	9 453 048
Kvalitetsbasert finansiering (KBF)	24 928	14 058	32 714			23 380	95 080
Sum basis, særfinansiering og KBF	3 285 886	1 660 374	5 458 587	1 098	675 990	1 660 170	12 742 106
Poliklinikk HF	167 805	89 530	211 652				468 987
ISF-inntekt	1 351 064	636 590	2 080 112			107 049	4 174 814
Sum polikl og ISF	1 518 869	726 119	2 291 764	-	-	107 049	4 643 801
Sum ramme, KBF og aktivitetsbasert finansiering	4 804 755	2 386 493	7 750 351	1 098	675 990	1 767 219	17 385 907
Fagenheten tvungen omsorg			74 400				74 400
Prostatacenter			3 100				3 100
Dropouts ²⁾						2 000	2 000
Tilskudd til turnustjeneste ²⁾						5 645	5 645
Forsøksordning tannhelsetjenesten			2 663				2 663
Raskere tilbake ²⁾						114 397	114 397
Sum bevilgning, jfr Prop 1 S. Tillegg	4 804 755	2 386 493	7 830 513	1 098	675 990	1 889 261	17 588 111

1) Inkl øremerkede midler i Prop 1 S. til FoU og differensiert arbeidsgiveravgift.

2) Ikke fordelt pr foretak i inntektsfordelingen

3) Inkl i særfinansieringen er et særtilskudd til HMR på 52 mill kr videreført fra 2013

2. Styret for Helse Midt-Norge RHF viser til Prop. 1 S (2013-2014) og
og vedtar følgende fordeling av Sørge-for-aktivitet i somatisk sektor for 2014:

	HMR	HNT	STO	Private RHF/ andre RHF	SUM
Sørge-for DRG-poeng 2014 (ny)	66 147	31 167	101 840	5 241	204 395

3. Administrerende direktør gis fullmakt til å gjøre mindre endringer i budsjett 2014

Sak 97/13 Rullering Strategi 2020

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge tar rapportering på status på operasjonaliseringen av de strategiske grepene til orientering.

2. Styret i Helse Midt-Norge legger til grunn at arbeidet for å nå hovedmålene i Strategi 2020 konsentreres om strategiene «*Bedre pasientsikkerhet og kvalitet*» og «*Effektivisere driften for å sikre økonomisk handlingsrom*». Begge strategiene realiseres gjennom:

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

3. Styret legger til grunn at strategiene vil bli operasjonalisert gjennom etablering av programmer. Det er allerede etablert et eget program for gjennomføring av IKT Strategi og IKT Handlingsplan i Helse Midt-Norge. Styret viser til at foretaksgruppen er i gang med en rekke tiltak som har som formål å bedre pasientsikkerhet og kvalitet. For å sikre at foretaksgruppen arbeider systematisk og helhetlig ber styret om at det igangsettes et program for pasientsikkerhet og kvalitet i regionen. Programmet skal ta utgangspunkt i Kvalitetsstrategi for Helse Midt-Norge, pasientsikkerhetskampanjen og -programmet og andre aktuelle nasjonale og regionale satsinger.

4. Styret ber administrerende direktør komme tilbake til styret med forslag til hvilke øvrige programmer som skal etableres som ledd i gjennomføringen av strategien.

5. Styret ber om at revidert Strategi 2020 legges til grunn i styringsdokumentene til helseforetakene for 2014.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge tar rapportering på status på operasjonaliseringen av de strategiske grepene til orientering.

2. Styret i Helse Midt-Norge legger til grunn at arbeidet for å nå hovedmålene i Strategi 2020 konsentreres om strategiene «*Bedre pasientsikkerhet og kvalitet*» og «*Effektivisere driften for å sikre økonomisk handlingsrom*». Begge strategiene realiseres gjennom:

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

3. Styret legger til grunn at strategiene vil bli operasjonalisert gjennom etablering av programmer. Det er allerede etablert et eget program for gjennomføring av IKT Strategi og IKT Handlingsplan i Helse Midt-Norge. Styret viser til at foretaksgruppen er i gang med en rekke tiltak som har som formål å bedre pasientsikkerhet og kvalitet. For å sikre at foretaksgruppen arbeider systematisk og helhetlig ber styret om at det igangsettes et program for pasientsikkerhet og kvalitet i regionen. Programmet skal ta utgangspunkt i Kvalitetsstrategi for Helse Midt-Norge, pasientsikkerhetskampanjen og -programmet og andre aktuelle nasjonale og regionale satsinger.

4. Styret ber administrerende direktør komme tilbake til styret med forslag til hvilke øvrige programmer som skal etableres som ledd i gjennomføringen av strategien.

5. Styret ber om at revidert Strategi 2020 legges til grunn i styringsdokumentene til helseforetakene for 2014.

Sak 98/13 AMK-struktur i Helse Midt-Norge

Forslag til vedtak:

1. Etter hendelsene 22. juli 2011 har det blitt økt oppmerksomhet om vår samla nasjonale beredskap for større hendelser. For helsetjenesten er AMK-sentralene et svært viktig knutepunkt for medisinsk beredskap og i flere rapporter etter 22. juli er det påpekt betydningen av faglig og kapasitetsmessig robusthet i AMK-sentralene. Nytt nasjonalt nødnett skal være i drift i Helse Midt-Norge fra 2014 - 2015. Styret for Helse Midt-Norge RHF finner det derfor nødvendig å vurdere regionens AMK-struktur.

2. Styret vil understreke at AMK-sentralene også har en svært viktig rolle som kontaktpunkt for befolkningen og som ressurskoordinator for de prehospitale tjenestene. En endret AMK-struktur må ha som mål å styrke AMK-sentralenes funksjon på alle områder.

3. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar at det skal være to AMK-sentraller i regionen, geografisk lokalisert hhv. ved St. Olavs Hospital og Ålesund sjukehus. AMK-sentralen ved St. Olavs Hospital vil være en felles sentral for Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF. Styret har i sin vurdering spesielt lagt vekt på å sikre en struktur som best mulig kan ivareta varsling og koordinering av større hendelser og krisesituasjoner.

4. Styret i Helse Midt-Norge forutsetter at St. Olavs Hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF sammen finner fram til de nødvendige avtaler som regulerer forhold knyttet til ansvar og oppgaveløsning.

5. Styret i Helse Midt-Norge RHF forutsetter at arbeidet med å forberede strukturendringen igangsettes umiddelbart i helseforetakene og at tidspunkt for sammenslåingen av sentralene ses i sammenheng med tidsplan for innfasingen av nødnettet.

6. Styret legger til grunn at eventuelle konsekvenser for ansatte håndteres gjennom gode

lokale prosesser og i tråd med vedtatte prinsipper for omstilling i Helse Midt-Norge.

Protokoll

Styremedlemmene Trond Prytz, Tore Kristiansen, Gunn I Stokke og Kjersti Tommelstad fremmet alternativt forslag til vedtak:

1. *Styret i Helse Midt-Norge RHF ønsker en AMK-struktur som viderefører hovedlinjen i prehospital plan med en AMK sentral i hvert helseforetak. Dette krever en harmonisering av strukturen etter sammenslåingen av Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Sunnmøre.*
2. *Styret legger samtidig vekt på samarbeid på tvers av foretaksgrensene, slik at de prehospitaltjenestene kan møte enhver utfordring på best mulig måte og at sentralene berunder legger vekt på å utnytte og forsterke hverandre i organisasjonen*
3. *Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar at det skal være tre AMK-sentraler i regionen, geografisk lokalisert hhv ved Ålesund sjukehus, St. Olavs Hospital og Sykehuset Namsos.*
4. *Styret i Helse Midt-Norge RHF forutsetter at arbeidet med å forberede strukturendringen i Møre og Romsdal og forsterking av samarbeid og koordinering og på tvers av foretaksgrenser i hele regionen igangsettes umiddelbart. Styret i Helse Midt-Norge RHF er åpne for at tjenester som er levert fra sentralen i Molde etter en konsekvensvurdering kan ha en innpasning under AMK-sentralen i Ålesund – også etter at nødnett er innført*

Styremedlemmene Bjørg Henriksen, Eva V. Aurdal, Rune Heggedal og Ottar Brage Guttelvik fremmet forslag til nytt pkt 2 og nytt pkt 4 i opprinnelig forslag.

Nytt pkt 2

Styret vil understreke at AMK-sentralene også har en svært viktig rolle som kontaktpunkt for befolkningen og som ressurskoordinator for de prehospitaltjenestene. Styret har i sin vurdering spesielt lagt vekt på å sikre en struktur som best mulig kan ivareta varsling og koordinering av større hendelser og krisesituasjoner.

Nytt pkt 4

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar at det skal være 4 AMK sentraler i regionen som i dag.

Styremedlemmene Trond Prytz, Tore Kristiansen, Gunn I Stokke og Kjersti Tommelstad ba om at pkt 4 i deres forslag ble omgjort til oversendelsesforslag og oversendt administrasjonen.

Votering

Det ble først stemt over forslaget fra styremedlemmene Bjørg Henriksen, Eva V. Aurdal, Rune Heggedal og Ottar Brage Guttelvik. Dette fikk 3 stemmer (Ottar Brage Guttelvik, Rune Heggedal og Eva V. Aurdal) og falt dermed. Bjørg Henriks hadde permisjon under voteringen.

Det ble videre stemt over opprinnelig forslag fra administrasjonen. Dette fikk 4 stemmer (Kåre Gjønnes, Eva V. Aurdal, Rune Heggedal og Ottar Brage Guttelvik) og falt dermed.

Det ble tilslutt stemt over Trond Prytz, Tore Kristiansen, Gunn I Stokke og Kjersti Tommelstad sitt forslag (med unntak av pkt 4) Dette forslaget fikk 8 stemmer (Kåre Gjønnes, Trond Prytz, Tore Kristiansen, Gunn I Stokke, Kjersti Tommelstad, Randulf Søberg, Tore Brudeseth og John Olav Berdahl), og ble vedtatt mot 3 stemmer (Eva V. Aurdal, Ottar Brage Guttelvik og Rune Heggedal)

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF ønsker en AMK-struktur som viderefører hovedlinjen i prehospitale plan med en AMK sentral i hvert helseforetak. Dette krever en harmonisering av strukturen etter sammenslåingen av Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Sunnmøre.
2. Styret legger samtidig vekt på samarbeid på tvers av foretaksgrensene, slik at de prehospitale tjenestene kan møte enhver utfordring på best mulig måte og at sentralene herunder legger vekt på å utnytte og forsterke hverandre i organisasjonen
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar at det skal være tre AMK-sentraler i regionen, geografisk lokalisert hhv ved Ålesund sjukehus, St. Olavs Hospital og Sykehuset Namsos.

Oversendelse til administrasjonen:

Styret i Helse Midt-Norge RHF forutsetter at arbeidet med å forberede strukturendringen i Møre og Romsdal og forsterking av samarbeid og koordinering og på tvers av foretaksgrenser i hele regionen igangsettes umiddelbart. Styret i Helse Midt-Norge RHF er åpne for at tjenester som er levert fra sentralen i Molde etter en konsekvensvurdering kan ha en innpassning under AMK-sentralen i Ålesund – også etter at nødnettet er innført

Sak 99/13 Integrering av ambulansetjenesten i sykehusforetakene i Helse Midt-Norge

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF viser til vedtak i sak 50/2011 der det understrekes at de prehospitale tjenestene i Midt-Norge skal være en integrert del av spesialisthelsetjenesten, da høy kvalitet og god tilgjengelighet i disse tjenestene er nødvendige for å kunne møte utfordringene som er beskrevet i Strategi 2020. Videre vises til vedtak i sak 93/2011 der det ble besluttet å organisere ambulansetjenesten i Helse Midt-Norge i et eget helseforetak fram til utgangen av 2014.
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF er godt fornøyd med de resultater en har oppnådd gjennom midlertidig å organisere ambulansetjenesten i et eget helseforetak. Ambulanse Midt-Norge HF har lagt et godt grunnlag for overføring til sykehusforetakene.
3. Styret viser til at de mottakende helseforetakene entydig har tilrådd at ambulansetjenesten integreres i den samlede prehospitale kjeden i samsvar med gjeldende tidsplan. Styret forutsetter at Ambulanse Midt-Norge HF etter gjeldende plan blir overført til Helse Nord-Trøndelag HF, St. Olavs Hospital HF og Helse Møre- og Romsdal HF fra 1. januar 2015.
4. Styrets vedtak bes forelagt Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte etter helseforetakslovens § 30, 2. ledd punkt 5.
5. Styret viser til at det i det videre integreringsarbeidet er vesentlig med et tett samarbeid mellom Ambulanse Midt-Norge HF og de mottakende sykehusforetakene. Styret ber om

at det igangsettes et forprosjekt som har som mål å avklare hvilke formelle prosesser som må gjennomføres og hvilke øvrige rammebetingelser som må være på plass for å få til en vellykket overføring til sykehusforetakene.

6. Styret legger til grunn at arbeidsmiljølovens bestemmelser om ansattes rettigheter ved virksomhetsoverdragelse, jf. arbeidsmiljølovens kapittel 16, anvendes. Helse Midt-Norges omstillingsavtale legges til grunn ved overføringen av ansatte.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF viser til vedtak i sak 50/2011 der det understrekes at de prehospitale tjenestene i Midt-Norge skal være en integrert del av spesialisthelsetjenesten, da høy kvalitet og god tilgjengelighet i disse tjenestene er nødvendige for å kunne møte utfordringene som er beskrevet i Strategi 2020. Videre vises til vedtak i sak 93/2011 der det ble besluttet å organisere ambulansetjenesten i Helse Midt-Norge i et eget helseforetak fram til utgangen av 2014.
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF er godt fornøyd med de resultater en har oppnådd gjennom midlertidig å organisere ambulansetjenesten i et eget helseforetak. Ambulanse Midt-Norge HF har lagt et godt grunnlag for overføring til sykehusforetakene.
3. Styret viser til at de mottakende helseforetakene entydig har tilrådd at ambulansetjenesten integreres i den samlede prehospitale kjeden i samsvar med gjeldende tidsplan. Styret forutsetter at Ambulanse Midt-Norge HF etter gjeldende plan blir overført til Helse Nord-Trøndelag HF, St. Olavs Hospital HF og Helse Møre- og Romsdal HF fra 1. januar 2015.
4. Styrets vedtak bes forelagt Helse- og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte etter helseforetakslovens § 30, 2. ledd punkt 5.
5. Styret viser til at det i det videre integreringsarbeidet er vesentlig med et tett samarbeid mellom Ambulanse Midt-Norge HF og de mottakende sykehusforetakene. Styret ber om at det igangsettes et forprosjekt som har som mål å avklare hvilke formelle prosesser som må gjennomføres og hvilke øvrige rammebetingelser som må være på plass for å få til en vellykket overføring til sykehusforetakene.
6. Styret legger til grunn at arbeidsmiljølovens bestemmelser om ansattes rettigheter ved virksomhetsoverdragelse, jf. arbeidsmiljølovens kapittel 16, anvendes. Helse Midt-Norges omstillingsavtale legges til grunn ved overføringen av ansatte.

Sak 100/13 Deling og omdanning av Rusbehandling Midt-Norge HF

Forslag til vedtak:

1. Fra 01.01.2014 overføres ansvaret for tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra

Rusbehandling Midt-Norge HF til St Olavs Hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal HF

2. Styret gir sin tilslutning til prinsipper for deling av virksomheten i Rusbehandling Midt-Norge HF med tilhørende eiendeler og forpliktelser mellom St. Olavs Hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF som beskrevet i vedlegg, med virkning fra 01 Januar 2014. Endelig deling av verdier og forpliktelser vil fastsettes sammen med avviklingsregnskapet.

3. Styret for helse Midt-Norge RHF gir fullmakt til Styrets leder til å avholde de nødvendige foretaksmøter slik at avtaler mellom partene kan inngås og vedtak om avvikling av Rusbehandling Midt-Norge HF kan gjennomføres.

4. Styret foreslår et avviklingsstyre for RMN HF fra 01.01.14 bestående av 5 medlemmer:

- Sveinung Aune (leder) HMN RHF
- Tone Sofie Aglen
- En representant etter forslag fra St. Olavs Hospital HF
- En representant etter forslag fra Helse Møre og Romsdal HF
- En representant etter forslag fra Helse Nord-Trøndelag HF

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Fra 01.01.2014 overføres ansvaret for tverrfaglig spesialisert rusbehandling fra Rusbehandling Midt-Norge HF til St Olavs Hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal HF

2. Styret gir sin tilslutning til prinsipper for deling av virksomheten i Rusbehandling Midt-Norge HF med tilhørende eiendeler og forpliktelser mellom St. Olavs Hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF som beskrevet i vedlegg, med virkning fra 01 Januar 2014. Endelig deling av verdier og forpliktelser vil fastsettes sammen med avviklingsregnskapet.

3. Styret for helse Midt-Norge RHF gir fullmakt til Styrets leder til å avholde de nødvendige foretaksmøter slik at avtaler mellom partene kan inngås og vedtak om avvikling av Rusbehandling Midt-Norge HF kan gjennomføres.

4. Styret foreslår et avviklingsstyre for RMN HF fra 01.01.14 bestående av 5 medlemmer:

- Sveinung Aune (leder) HMN RHF
- Tone Sofie Aglen
- En representant etter forslag fra St. Olavs Hospital HF
- En representant etter forslag fra Helse Møre og Romsdal HF
- En representant etter forslag fra Helse Nord-Trøndelag HF

Sak 101/13 Nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging - utredning

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar rapporten om etablering av et eget helseforetak for sykehusplanlegging til orientering, og godkjenner at den oversendes Helse- og omsorgsdepartementet som svar på oppdrag gitt i foretaksmøtet i januar 2013.

Styret støtter adm. direktørs anbefaling mht helseforetakets omfang og ansvar.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar rapporten om etablering av et eget helseforetak for sykehusplanlegging til orientering, og godkjenner at den oversendes Helse- og omsorgsdepartementet som svar på oppdrag gitt i foretaksmøtet i januar 2013.

Styret støtter adm. direktørs anbefaling mht helseforetakets omfang og ansvar.

Ansatterepresentant Tore Brudeseth ba om følgende protokolltilførsel:

Ansatterepresentant Tore Brudeseth mener primært at nødvendig overføring av kompetanse og erfaring i forbindelse med sykehusplanlegging best kan gjøres gjennom etablering av prosjektprogram/ kompetansesenter i samarbeid mellom helseregionene.

Sekundært støttes opprettelse av et HF med oppgaver innen analyse, systematisering, rådgivning og formidling av kompetanse og erfaring, men uten byggherrefunksjon og med en mer nøktern bemanning enn skissert i utredningen. Et slikt HF må ha et begrenset omfang og ikke ha ansvar for forvaltning og drift.

Sak 102/13 Orienteringssaker

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

I styremøte 12.12.13 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Nytt fra foretaksgruppen
- HMN LØ
- Avvik arbeidstidsbestemmelser – status og videre arbeid (gitt under gjennomgang

- statusrapport)
- Samarbeid fjellregionen
- Mandat prosjektstyrer (Helsebygg)
- Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus

Sak 103/13 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 104/13 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoll ble godkjent og signert i møtet.

Stjørdal 12.12.13

Marthe Styve Holte

Kåre Gjønnnes

Vigdís Harsvik

Ottar B. Guttelvik

Tore Kristiansen

Gunn Iversen Stokke

Trond Prytz

Kjersti Tommelstad

Eva Vinje Aurdal

Rune Heggedal

Tore Brudeseth

Ellen Wøbni

Björg Henriksen

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 25.11. 2013 kl. 11.15 – 13.15
Møtested: Quality Hotel Grand, Steinkjer
Saksnr.: 44/2013 – 51/2013
Arkivsaksnr: 2013/456

Møteleder: Hildur Fallmyr

Møtende medlemmer:

Hildur Fallmyr
Grete Aspaas
Ola Larsen
Ole Flakken
Laila Roel
Hilde Tyldum Stordahl

Forfall:

Øystein Bjørnes
Lillian Svedjan Blæstervold

Fra administrasjonen:

Informasjonssjef	Trond G. Skillingstad
Økonomisjef	Tormod Gilberg
Ass.informasjonssjef	Svein H. Karlsen (referent)

Merknad til innkalling, møte og sakliste:

Ingen merknader

I forkant av møtet ble det gjennomført Brukerutvalgets time med styret i Helse Nord-Trøndelag. I møtet ble i hovedsak tre temasaker drøftet, bl.a.: AMK-organisering i Helse Midt-Norge, Psykiatri og rus, og Ambulansesaken.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET

MØTEPROTOKOLL

Sak 44/2013 Godkjenning av protokoll fra møte 21.10.13

Protokoll

Møteleder viste til protokollen.

Vedtak

Protokoll fra møtet 21.10.2013 godkjennes.

Sak 45/2013 Styremøte i Helse Nord-Trøndelag 25. november 2013

Protokoll

Møteleder viste til formøtet og til drøftingene i Brukerutvalgets time med styret i Helse Nord-Trøndelag, og fant det ikke formålstjenlig å bruke mer tid på saken i brukerutvalgsmøtet.

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

Sak 46/2013 AMK-struktur i Helse Midt-Norge - høringsuttalelse

Protokoll

Informasjonssjef Trond G. Skillingstad gjennomgikk bakgrunn for saken, og la fram administrerende direktørs innstilling. Ledelsen i Helse Nord-Trøndelag legger vedtatt Prehospital plan til grunn, og anbefaler at hvert helseforetak skal ha egen AMK. Det innebærer opprettholdelse av en sentral i Nord-Trøndelag.

Vedtak

Brukerutvalget støtter adm. direktørs innstilling i harmoniseringen av AMK-struktur, slik at den blir i tråd med vedtatt Prehospital plan. Brukerutvalget vil spesielt bemerke viktigheten av lokalkunnskap i forbindelse med AMK i hvert foretak.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Sak 47/2013 Integrasjon av bil- og båtambulansetjenesten i sykehusforetaket i Helse Midt-Norge

Protokoll

Informasjonssjef Trond G. Skillingstad gjennomgikk bakgrunn for saken, og la fram administrerende direktørs innstilling. Ledelsen i Helse Nord-Trøndelag legger vekt på tidligere vedtak i Helse Midt-Norge og at ambulansetjenesten er en viktig del av pasientløpet. Helse Nord-Trøndelag anbefaler at tidsplan for integrering av ambulansetjenesten følges, og at tjenesten blir integrert ved årsskiftet 2014/2015.

Vedtak

Brukerutvalget har fått orientering om integrasjon av bil- og båtambulansetjenesten i Helse Midt-Norge. Brukerutvalget er godt tilfreds og støtter innstillingen fra administrerende direktør. Arbeidet som er gjennomført av Ambulanse Midt-Norge HF har dannet grunnlag for overføring av en god og særdeles viktig tjeneste.

Sak 48/2013 Budsjett 2014; - utkast til driftsplan og effektiviseringstiltak

Protokoll

Økonomisjef Tormod Gilberg gjennomgikk budsjettforslaget som er lagt fram for styret i Helse Nord-Trøndelag. Samlet har foretaket en utfordring på rundt 55 mill.kr. Pr. nå mangler det tiltak tilsvarende 12 mill.kr., og vil være gjenstand for ytterligere vurderinger fram mot endelig budsjettbehandling i styret. I framlegget vurderes det samordning og samling av ulike tilbud i forbindelse med sommeravvikling og andre lavaktivitetsperioder.

Vedtak

Brukerutvalget er orientert om forslag til budsjett for 2014. Etter inntektsrammer og resultatkrav innebærer det betydelige innsparinger og endringer. Samhandling mellom helseforetak og kommuner er en utfordring. Dette gjelder bl.a. etablering av kommunale ø-hjelpsplasser, samhandling med primærhelsetjenesten og tilbud i sommeren og eventuelt i andre lavaktivitetsperioder. Avstand til behandling er en viktig faktor. Pasientsikkerhet og kvalitet må fortsatt ha fokus.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET

MØTEPROTOKOLL

Sak 49/2013 Oppnevning av brukerrepresentant i råd, utvalg, arbeidsgrupper m.v.

Protokoll

Brukerutvalget drøftet saken og skal oppnevne brukerrepresentant til Fagråd for kvalitet og pasientsikkerhet, samt representant til samarbeidsprosjektet «Akutten i Nord-Trøndelag» - samordning av et akutt- og utredningsarbeid for barn og unge i Nord-Trøndelag.

Vedtak

Brukerutvalget vedtar at leder Hildur Fallmyrs representerer Brukerutvalget i det første møtet i Fagråd for kvalitet og pasientsikkerhet. Fast representant vil bli oppnevnt i Brukerutvalgets februarmøte (2014). Når det gjelder representant til prosjektet «Akutten i Nord-Trøndelag» beslutter Brukerutvalget å be FFO om å oppnevne representant. Brukerutvalget vedtar å støtte FFOs utnevning av representant.

Sak 50/2013 Orienteringer

- Publisering av avviksmeldinger

Protokoll

Informasjonssjef informerte om at det er etablert rutiner i forhold til publisering av avviksmeldinger.

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

Sak 51/2013 Eventuelt

Brukerutvalget har fått signal om at trykksaker og brosjyrer ved begge sykehus i noen tilfeller er utdatert. Brukerutvalget ber om at brosjyrer må oppdateres og videreutvikles slik at informasjon som gis til brukere bygger på oppdatert informasjon og kvalitet.

Vedtak

Brukerutvalget ber administrasjon kvalitetssikre ulike brosjyrer, og oppdaterer trykksakene med gjeldene informasjon og kvalitet.

Styrets møte med Brukerutvalget

Grand hotell Steinkjer, 25. november 2013.

Til stede fra styret:

Alf Daniel Moen

Margrethe Mære Husby

Rolf G. Larsen

Siw Bleikvassli

Sølvi Sæther

Elinor Kjørseth

Peter Himo

Inger Marit Eira Åhren

Til stede fra Brukerutvalget:

Hildur Fallmyr

Laila Roel

Hilde Tyldum Stordal

Grethe Aspaas

Ole Flakken

Til stede fra administrasjonen:

Arne Flaatt (administrerende direktør)

Paul Georg Skogen (fagsjef)

Trond G. Skillingstad (informasjonssjef, referent)

BRUKERUTVALGET REISTE DISKUSJONER BLANT ANNET RUNDT FØLGENDE FORHOLD:

- *AMK-struktur i Helse Midt-Norge*
 - o Brukerutvalget fremhevet viktigheten av å opprettholde AMK Nord-Trøndelag, og vil derfor støtte direktørens innstilling om en AMK i hvert sykehusforetak
- *Foreldre/foresattes involvering ved behandling av unge med problemer knyttet til rus og psykiatri*
 - o Brukerutvalget ønsket sterkere fokus på å utnytte foreldre/foresatte som ressurser i behandlingsskjeden for unge mennesker med lidelser innen psykiatri og rus
- *Ambulansetjenesten*
 - o Brukerutvalget ønsket en nærmere redegjørelse av hvordan ambulansetjenesten er utviklet og forbedret etter at tjenesten ble overtatt av Helse Midt-Norge
- *Industrialisert ordbruk*
 - o Brukerutvalget merker seg at språk rundt sykehus får stadig sterkere industrielt preg, og ber Helse Nord-Trøndelag i størst mulig grad kommunisere at det drives sykehustjenester av mennesker og for mennesker.

Styrets møte med tillitsvalgte

Grand hotell Steinkjer, 25. november 2013.

Til stede fra styret:

Alf Daniel Moen

Margrethe Mære Husby

Rolf G. Larsen

Siw Bleikvassli

Sølvi Sæther

Elinor Kjølseth

Peter Himo

Inger Marit Eira Åhren

Til stede fra tillitsvalgte:

Eldbjørg Berg (Nito)

Jostein Lein (Psykologforeningen)

Martin Ording Helgesen (Yngre Legers Forening)

Jørund Eidsaunet (El & It)

Rune Blikø (NRF)

Rønnaug Modell Viken (Ergoterapeutene)

Til stede fra administrasjonen:

Arne Flaatt (administrerende direktør)

Paul Georg Skogen (fagsjef)

Trond G. Skillingstad (informasjonssjef, referent)

TILLITSVALGTE REISTE DISKUSJONER BLANT ANNET RUNDT FØLGENDE FORHOLD:

- Nødvendig utstyrsinvesteringer for rasjonell drift
- Betrachtinger rundt personellbruk ved endring i skylleromsfunksjoner
- Overgang fra strategier til faktisk handling innen IKT
- Kursbegrensningenes betydning for rekrutteringsevnen
- Deltakelse for tillitsvalgte i klinikkråd
- Økning innen psykisk helsevern kontra somatisk virksomhet
- ENØK-investeringer for ytterligere reduksjon av energikostnader
- Utslag av ansettelsesbegrensningene
- Økonomisk effektivitetspress i forhold til sykefraværsutvikling
- Fagarbeiderens rolle i sykehuset, jamfør ulike jobbglidningstiltak
- Ønske om å etterstrebe faste stillinger for yngre leger
- Sterkere profilering av fagmiljøet utad – jamfør profilering etter katastrofeøvelse

Administrerende direktør redegjorde for status på de ulike forholdene som ble tatt opp, og tillitsvalgte drøftet de enkelte forholdene med styret.