

Styrets medlemmer

Vår ref.:	Deres ref.:	Arkiv:	Dato :
2011/2608 - 17526/2011		012	11.8.2011

Innkalling til styremøte 180811**Møtedato:** Torsdag 18. august 2011 kl 1000**Møtested:** Sykehuset Namsos – Biblioteket – Psykiatrisk klinikk

- | | |
|--------------------|---|
| Sak 30/2011 | Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 16.06.11 |
| Sak 31/2011 | Strategi 2020 – Oppfølging i Helse Nord-Trøndelag |
| Sak 32/2011 | Orienteringssaker: <ul style="list-style-type: none">1. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 15.08.112. Protokoll fra foretaksmøte 30.06.11 mellom Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF3. Driftsrapport for juni/juli 20114. Tilsyn med behandling av eldre pasienter med hjerneslag – Rapport fra Helsetilsynet5. Helse Nord-Trøndelags oppfølging etter hendelsene i Oslo og på Utøya6. Andre orienteringer |

Med hilsen
Steinar Aspli
Styreleder
Sign.

Kopi:
Styrets varamedlemmer

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 16.06 2011 kl. 13.00 – 16.00
Møtested: Sykehuset Levanger
Saksnr.: 27/2011 - 29/2011
Arkivsaksnr.: 2011/2046

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende medlemmer:

Steinar Aspli

Inger Marit Eira-Åhrén

Ragnhild Torun Skjerve

Torbjørge Vanvik (permittert under behandling av sak 28/2011)

Rolf Gunnar Larsen

Torgeir Schmidt-Melbye

Peter Himo

Elinor Kjølsest

Sølvi Sæther

Forfall:

Siw Bleikvassli

Margrete Mære Husby

Fra Brukerutvalget møte: Øystein Bjørnes

Fra Samarbeidsutvalget møte: Ingen

Fra administrasjonen møte:

Adm. direktør Arne Flaatt

Ass. direktør Mads E. Berg

Kst fagsjef Dagfinn Thorsvik

Informasjonssjef Trond G. Skillingstad (referent)

Merknader til møtet: Ingen merknader.

Merknader til innkalling og sakliste: Ingen merknader

Innkalling utsendt pr. e-post 10.06 2011. Saksframlegg publisert på internettløsningen for styresaker.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

MØTEPROTOKOLL

Sak 27/2011 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 19.05.11

Protokoll

Steinar Aspli viste til protokollen.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Møteprotokoll fra styremøtet 19.05.11 godkjennes.

Sak 28/2011 Ny finansieringsmodell i Helse Midt-Norge

Protokoll

Administrerende direktør innledet om bakgrunn for finansieringsmodellene. I tråd med ”Magnussen-modellen” ble inntektsfordelingen mellom helseregionene justert, blant annet med resultat at Helse Midt-Norge fikk økte inntekter basert på innbyggernes behov for helsetjenester. Modellen internt i Helse Midt-Norge har fram til nå ikke basert seg på behovsanalyser, men på helseforetakenes kostnadsfaktorer.

Mads E. Berg gjorde konkret rede for utkast til høringsuttalelse fra Helse Nord-Trøndelag til Helse Midt-Norge.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag støtter at Magnussen-modellen tas i bruk ved fastsetting av basisramme til helseforetakene i regionen fra 2012.
 2. Ved fastsetting av kostnadsindekser i modellen anbefales lik vekt og 75 % på de omdiskuterte kostnadsdriverne; antall forskningspoeng, andel langtidsliggedager og reisetid.
 3. Styret forutsetter at modellen utformes slik at det gis full kostnadsdekning for regionale funksjoner som for eksempel Regionalt kompetansesenter for spiseforstyrrelser (RKSF) og for HNTs behandling av psykiatriske pasienter fra Sør-Trøndelag.
 4. Ved korrigering for interne somatiske gjestepasientstrømmer i regionen anbefales en DRG-pris på 100 % av nasjonal pris for regionsykehuspasienter og 80 % av nasjonal pris for lokalsykehuspasienter.
 5. Styret anbefaler at modellen iverksettes fra 2012, men slik at omfordelingseffektene fordeles med en lik andel over maksimalt 3 år.
-

Sak 29/2011 Orienteringssaker

Protokoll

1. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 09.06.11

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

MØTEPROTOKOLL

- Øystein Bjørnes viste spesielt til Brukerutvalgets evaluering av sin form og funksjon.
- 2. Protokoll fra møte i Samarbeidsutvalget 09.06.11
 - Administrerende direktør gikk gjennom de enkelte saker som var til behandling i Samarbeidsutvalgets møte. Det ble informert om skifte av representant i utvalget; Tone Haugan har gått ut av utvalget. Laila Steinmo er kommet inn som ny representant oppnevnt av KS.
- 3. Driftsrapport for mai 2011
 - Assisterende direktør Mads E. Berg gjennomgikk resultater og utviklingstrender for sentrale drifts- og kvalitetsindikatorer for mai 2011. Berg viste til tiltak som iverksettes for ytterligere å styrke måloppnåelsen.
Trond G. Skillingstad viste hvordan foretakets omdømme er påvirket i positiv retning av mediebildet i første tertial.
Administrerende direktør viste til lønnsoppgjørets effekt i forhold til plan, og gikk spesielt inn på hvordan epikrisetiden holdes på nivå over 80 prosent innen sju dager.
- 4. Andre orienteringer
 - *Årets IA-virksomhet*: Administrerende direktør orienterte om at Barneavdelingen i Helse Nord-Trøndelag er kåret til årets IA-virksomhet av NAV.
 - *Langtidsbudsjett*: Administrerende direktør viste utfordringsbilde for Helse Midt-Norge i kommende langtidsbudsjettperiode.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Styret tar sakene til orientering

Steinar Aspli

Inger Marit Eira-Åhrén

Ragnhild Torun Skjerve

Torbjørgh Vanvik

Elinor Kjølseth

Torgeir Schmidt-Melbye

Peter Himo

Sølvi Sæther

Rolf Gunnar Larsen

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 31/2011 Strategi 2020 – Oppfølging i Helse Nord-Trøndelag

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	17.08.11	31/2011

Saksbeh: Trond G. Skillingstad

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2011/2608

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar administrerende direktørs oppfølgingsplan til etterretning.

SAKSUTREDNING:

Sak 31/2011 Strategi 2020 – Oppfølging i Helse Nord-Trøndelag

VEDLEGG

Nummererte vedlegg som følger saken:

1. Strategi 2020 – vedtak i styret for Helse Midt-Norge RHF
2. Strategi 2020 – regional gjennomføringsplan
3. Styresak i Helse Nord-Trøndelag, 24/2011 Oppfølging i Helse Nord-Trøndelag
4. Protokoll fra foretaksmøte mellom Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag 30. juni 2011

BAKGRUNN

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

Styret i Helse Nord-Trøndelag hadde oppfølgingssaken til behandling i april 2011 (sak 19/2011) og mai 2011 (24/2011).

FAKTISKE OPPLYSNINGER

I Helse Nord-Trøndelags oppfølging av Helse Midt-Norge 2020, har administrerende direktør i tidligere utredninger (se sak 24/2011) skilt punktene basert på ansvar og gjennomføring. En del strategipunkter er tillagt det regionale helseforetaket. Andre er lagt i regionale prosjekt. Disse oppgavene vil i neste omgang få en lokal oppfølging, men administrerende direktør avventer de prosesser som er lagt.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I 30. juni 2011 ble det avholdt foretaksmøte mellom Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag. I foretaksmøtet blir det gitt en rekke konkrete oppgaver som spesifiserer det videre arbeidet med oppfølging av Helse Midt-Norge Strategi 2020. Det skal utvikles en tiltaksplan som omfatter:

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

Alle tiltak skal konsekvensutredes og den økonomiske gevinsten skal kvantifiseres.

DRØFTING

Oppstillingen av krav til tiltak i foretaksprotokollen overensstemmer med Helse Nord-Trøndelags oppfølging av Strategi 2020. Administrerende direktør har anvist hva som anses som kvittert ut, hva som krever egne styrebehandlinger og saker som omhandler vakt og beredskap.

Å hente ut effekter av samhandlingsreformen representerer imidlertid et nytt punkt, som administrerende direktør vil komme tilbake til. Det understrekes også at strategivedtak og foretaksprotokoll peker på ytterligere desentralisering av tilbud, mens administrasjonen har vurdert desentraliseringsprosessen som i stor grad gjennomført i Nord-Trøndelag (jf styresak 24/2011).

Helse Nord-Trøndelag har styrebehandlet et opplegg for oppfølging av Strategi 2020, først gjennom styresak 19/2011, deretter sak 24/2011. Der ble det organisert et oppfølgingsregime som avklarte hva som ligger fast i de videre vurderingene, samt en tidsplan for tilbakemelding på oppdragene til lokalt styre.

Som vist i gjennomgangen, bygger også foretaksprotokollen på Strategi 2020. Derfor stemmer også påleggene i protokollen godt med angrepsmåten som er lagt til grunn i Nord-Trøndelag.

Den vesentligste endringen med foretaksprotokollen er således ikke innholdet i pålagte aktiviteter, men den uttalte og sterke koblingen mellom aktiviteter og økonomisk utfordring. Helse Nord-

Trøndelags økonomiske utfordring for 2012 var om lag 40 millioner kroner. For å finansiere overtakelse av ambulansetjenesten, økes utfordringen med ytterligere 25 millioner kroner. Total utfordring for Helse Nord-Trøndelag er da 65 millioner kroner, under forutsetningene vi ser i dag. Foretaksmøtet kobler kravet om tiltak for å realisere strategi 2020 direkte med de kostnadsreduksjonene som er forutsatt i budsjettet. Koblingen er gjort spesielt knyttet til økt utfordring på 25 millioner kroner.

En annen vesentlig endring er at konkretiserte tiltak med konsekvensutredning og kvantifisert gevinst skal være oversendt Helse Midt-Norge innen 1. november 2011. Dette krever at sakene er ferdig utredet i god tid før styremøtet i oktober.

Administrerende direktør vil understreke tre vesentlige faktorer:

1. Så langt har Helse Nord-Trøndelag ansett Strategi 2020 som en anvisning for å skape en kvalitativt god og robust spesialisthelsetjeneste lokalt og regionalt. Foretaksmøtets kobling mellom Strategi 2020 og kortsiktig økonomisk tilleggsutfordring på 25 millioner er ikke i tråd med logikken som Helse Nord-Trøndelag har lagt til grunn i arbeidet, og avviker fra måten vi så langt har kommunisert rundt våre langsiktige strategier.
2. Styret i Helse Nord-Trøndelag har satt vesentlige forutsetninger for strukturelle løsninger i forhold til vakt- og beredskap. Med basis i tidligere vedtak, legger administrasjonen utredning til grunn fødeavdelinger og planlagt kirurgi ved begge sykehus, samt barneavdeling i helseforetaket. Dette er også i vakt- og beredskapssammenheng helt sentrale avdelinger, og krever i stor grad dagens beredskapsnivå. En videre utredning av vakt- og beredskap, herunder akutt kirurgi, vil derfor kunne omhandle en mulig endring i pasienttilbudet ved akutte tilfeller, for eksempel ved å styre all ”ekstern” akutt kirurgi til ett mottak. Dette vil imidlertid kun åpne for mindre justeringer av det interne beredskapsnivået. De økonomiske effektene som utredningen vil peke på, vil således være begrenset sett i forhold til en ekstra utfordring på 25 millioner kroner.
3. Å utrede endringer i vakt- og beredskap uten nødvendig forankring og deltakelse fra de kliniske miljøene og omverden, har en tendens til å ende som papirøvelser. Man kan nå konklusjoner relativt raskt, men konklusjonene har svært vanskelig for å bli satt ut i livet. Akutte tjenester er sentrum av interessesfæren for kliniske miljø, politikk og befolkning, og krever nødvendig tid i prosess for å avdekke gode løsninger og for å oppnå tillit. Å gjennomføre dette i løpet av halvannen måned blir knapt.

KONKLUSJON

Administrerende direktør legger følgende løp for den videre oppfølging av strategi 2020:

1. Administrerende direktør har iverksatt en prosess under ledelse av fagsjef for å gjennomgå vakt og beredskap i Helse Nord-Trøndelag, herunder også akutt kirurgi. I tillegg til foretakets samlede ledelse, innlemmes avdelingsoverlegene for å sikre høy faglig kvalitet og god forankring i prosessen. Grunnforutsetningene i arbeidet ligger fortsatt fast. Utredningen vil bygge på fødeavdeling ved begge sykehus, samt tilbud til syke barn som i dag. I strategiarbeidet ble det også fastslått at det skal drives planlagt kirurgi ved alle sykehus.
2. Når det gjelder styrking av kapasitet og kompetanse i tilbudet til de store pasientgruppene, vil administrerende direktør komme tilbake til dette særskilt i forbindelse med behandling av budsjett 2012.

3. Når det gjelder helhetlige pasientforløp rus, psykiatri og somatikk, vil administrerende direktør i løpet av året legge fram en sak som omfatter disse temaene, sammen med erfaringer fra oppstarten av rusenhet i Helse Nord-Trøndelag.

4. Tilsvarende vil administrerende direktør i inneværende år gi en større orientering om samhandlingsaktivitetene nå i forkant av Samhandlingsreformens ikrafttredelse. Eventuelle kostnadsreduksjoner og –økninger vil være en naturlig del av Helse Nord-Trøndelags ordinære budsjett. Det utelukkes ikke at helseforetaket må revurdere desentraliserte tilbud som foretaket aktivt har bidratt til å etablere.

5. Foretaksprotokollens punkt om ”Konkrete tiltak for å samle virksomheten innen andre fagområder der dette sikrer bedre utnyttelse av ressursene” er en naturlig del av helseforetakets budsjettprosess.

Sak 31/2011 Vedlegg 1:

Strategi 2020 – Vedtak i styret for Helse Midt-Norge RHF, sak 62/10

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Helse Midt-Norge RHF skal sørge for likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet. En av de viktigste oppgavene styret for Helse Midt-Norge RHF har, er derfor å vedta en strategi som er retningsgivende for hvordan dette skal oppnås.
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn følgende fire hovedutfordringer for helsetjenesten de neste 10 år:
 - a. Befolkningens sammensetning og behov endres
 - b. Tydeligere krav til dokumentert kvalitet
 - c. Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor
 - d. Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten
3. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar følgende strategiske mål for perioden:
 - a. Styrket innsats for de store pasientgruppene
 - b. Kunnskapsbasert pasientbehandling
 - c. En organisering som underbygger gode pasientforløp
 - d. Rett kompetanse på rett sted til rett tid
 - e. Økonomisk bærekraft
4. Styret for Helse Midt-Norge RHF forutsetter at foretakene i regionen bidrar aktivt til å gjennomføre samhandlingsreformen i tett dialog og parallellitet med kommunene.
5. Styret for Helse Midt-Norge RHF ser det som nødvendig å styrke kapasitet og kompetanse i tilbudet til de store pasientgruppene. Dette innebærer en omfordeling mellom fagområder, og vil ha som konsekvens at ressursene til forskning prioriteres i samme retning.
6. Styret vedtar at tilgjengelig kompetanse i størst mulig grad benyttes til aktiv pasientbehandling. Bruken av passiv vakt og beredskap må gjennomgås i alle foretak og skal reduseres i alle sykehus.
7. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar å tilrettelegge for et bredt desentralisert helsetjenestetilbud til de store pasientgruppene. Alle sykehus skal ha døgnerberedskap for indremedisin og et bredt desentralisert poliklinisk tilbud. Sykehusene skal ha et særlig fokus på tilbudet til kronisk syke, og skal være hovedarena for samhandling med kommunehelsetjenesten.
8. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at samling av kirurgisk akuttberedskap på ett sykehus i hvert helseforetak skal utredes og konsekvensvurderes før vedtak fattes.
9. Helse Midt-Norge skal tilby en helhetlig svangerskaps-, føde- og barselomsorg i tråd med nasjonale anbefalinger. Helse Midt-Norge RHF er ansvarlig for å utarbeide en helhetlig plan for tilbudet sammen med kommunene.

God og forutsigbar kvalitet forutsetter robuste vaktordninger. Dette tilsier at antall fødeavdelinger i regionen må vurderes. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at hovedregelen skal være en fødeavdeling i hvert foretak. Geografiske forhold må imidlertid vektlegges i utformingen av det helhetlige tilbudet til de fødende.

Fødestue som tilbud ved normale fødsler kan inngå som en del av fødselsomsorgen.

Fødestuer må vurderes som et alternativ, også ved store sykehus. Fødestuer kan ikke inngå i fødetilbudet før avtaler om forsvarlige følgetjenester er inngått med kommunene.

Det skal ikke gjennomføres endringer i fødetilbudet før den regionale planen for fødselsomsorg er vedtatt og godkjent av Helse og omsorgsdepartementet.

10. Styret for Helse Midt-Norge RHF vil videreutvikle sitt tilbud for syke barn i alle helseforetak. Behovet for stabile fagmiljø og robuste vaktordninger gjør at styret i Helse Midt-Norge RHF i strategiperioden ønsker å samle døgnberedskap for syke barn til færre avdelinger. Barneavdelingene på St Olavs Hospital og Ålesund sjukehus skal ha et særskilt ansvar for kompetansestøtte til de andre helseforetakene.
11. Helse Midt-Norge skal gjennomføre tiltakene i spesialisthelsetjenesten i tråd med utviklingen av nasjonal helsepolitikk.
12. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at de prehospitale tjenester skal tilpasses nye behandlingsmetoder og endret oppgavedeling. Revisjon av plan for prehospitale tjenester er igangsatt, og vil bli lagt fram for styret som egen sak.
13. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør utvikle helhetlige pasientforløp for de som har behov for sammensatte tjenester fra rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk. Styret ber administrerende direktør iverksette en prosess for å øke integrering og samhandling mellom rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk.
14. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak som viser hvordan kvalitetsmål skal nås. Helseforetakene skal ha særlig fokus på kvalitetskravene som er satt for epikrisetid, gjennomsnittlig ventetid, fristbrudd og antall korridorpasienter. Helse Midt-Norge skal ta i bruk indikatorer for behandlingskvalitet og pasienttilfredshet. Brukerne inviteres med i arbeidet.
15. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak om hvordan den samlede intensivkapasiteten skal sikres med bakgrunn i den oppgavedelingen som vedtas.
16. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak om behovet for kompetanse og rekruttering av personell. Styret ber om at HFene og utdanningsinstitusjonene involveres i dette arbeidet.
17. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at virksomheten legger til rette for aktiv brukermedvirkning i behandling og på systemnivå.
18. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak med forslag til organisering av de mindre spesialitetene. Det skal utarbeides en plan for hvordan avtalespesialister kan innpasses som en del av en samlet spesialisthelsetjeneste.

19. Styret for Helse Midt-Norge ber administrerende direktør igangsette arbeidet med en strategi for universitetssykehusfunksjonen, der en fokuserer på universitetssykehusets regionale rolle i pasientbehandling, utdanning og forskning. Styret ber om at de andre helseforetakene og NTNU involveres i arbeidet.
20. Tiltak skal vedtas og gjennomføres på HF-nivå etter en bred konsekvensvurdering.
21. Styret ber seg forelagt en gjennomføringsplan for de foretaksovergripende omstillingene som vedtas.
22. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber adm dir. innlede drøftinger med Helse Nord, Helse Sør-Øst, og Helse Vest for å sikre likeverdige tjenester i skjæringspunktet mellom regionene.
23. Styret i Helse Midt- Norge ber seg forelagt en plan for fordeling av planlagt kirurgi i Midt Norge, som bidrar til å styrke fagmiljøene i lokalsykehusene.
24. Spesialisthelsetjenesten må ta medansvar for forebyggende helsearbeid samt habilitering/rehabilitering i et gjensidig forpliktende samarbeid med kommunene, fylkeskommunene og brukerne.
25. Styret ber om å få seg forelagt en dokumentasjon som viser kvaliteten i behandlingen ved regionens forskjellige sykehus.
26. Styret vil understreke betydningen av god kommunikasjon og forankring av strategien og man forutsetter at det vil bli brukt tid og ressurser på dette arbeidet

Stemmeforklaring:

Styremedlem Ingegjerd Sandberg ba om følgende stemmeforklaring:

Fra å være konkret i høringsutkast er nå Strategi 2020 blitt retningsgivende. Dette kan være både positivt og negativt.

Pkt. 9 Ang. tilbud til fødende sier at antall fødeavdelinger må vurderes. Hovedregel 1 fødeavdeling i hvert HF, geografi må vektlegges.

Pkt. 20 Tiltak skal vedtas og gjennomføres på HF-nivå etter en bred konsekvensutredning. Etter min mening: RHF styrets sørge-for-ansvar vil med dette være vanskelig å ivareta og å ha oversikt over det totale tilbudet til befolkningen, og det er bekymringsfullt.

Styremedlem Bjørg Henriksen ba om følgende stemmeforklaring til pkt. 8:

Det er problematisk og jeg er urolig over at intensjonen med utredning og konsekvensanalyser er at kirurgisk akuttberedskap skal samles på ett sykehus i hvert foretak.

Et bilde av fordelingen av oppdrag etter arbeidsform og fremdriftsgruppe er vist under:

vedtaks- punkt	Stikkord fra vedtaket	ansv dir RHF	Oppfølg. dir RHF	okt	nov	des	1.kv	2.kv	3.kv	4.kv	1.kv	2.kv	3.kv
RHF-oppgaver													
9	Regional plan fødselsomsorg	NHE											
22	Avklaring av samarbeid i RHF-grenseområder	DAH											
21	Fremdriftsplan 2020	BHH											
12	Følge opp tilpasning av prehospitale tjenester til faktisk funksjonsdeling	NHE											
T	Gjennomgang regionale handlingsplaner	BHH											
T	Revidere regionale planverk	linjedir											
14, 25	Utvikle og ta i bruk kvalitetsindikatorer	NHE											
26	Utvikle kommunikasjonsstrategi for foretaksgruppen	THH											
T	utvikle system for styrende dokumenter og styringsdialog i foretaksgruppen	BHH											
T	utvikle indikatorer for oppfølging av gjennomføring strategi 2020	ABA											
Regionale prosjekter													
12	Prehospitale tjenester, a)avtaleforhold deretter eieforhold, deretter avklaring av drift	Bjørn E	BHH										
13	Utvikle helhetlige pasientforløp for sammensatte tjenester rus, psyk, soma	Dag H											
18	Organisering mindre fag, HF og avtalespesialister	AE	BHH										
16	behov for Kompetanse og kapasitet	SA	BHH										
14, 25	Kvalitetskultur ; regional handlingsplan kvalitet	Dag H	BHH										
19	universitetssykehusfunksjon; kliniske, utdannings og forskningsfunksjon	NK	BHH										
10	syke barn	AE	BHH										
8, 15, 23	elektiv kirurgi	AF	BHH										
HF-oppdrag													
17	aktiv brukermedvirkning	AD HF	NHE		varslings- brev		styringsd ok				styringsd ok		
4	gjennomføre samhandlingsreformen	AD HF	DAH		X		X				X		
7	bredt desentralisert helsetjenester	AD HF	DAH		X		X				X		
6	aktiv pasbeh og passiv vakt	AD HF	NHE (SA)		X		X				X		
13	alle: gode pasientforløp	AD HF	NHE		X		X				X		
24	forebyggende helsearbeid	AD HF	DAH		X		X				X		
5	omfordeling til de store pasientgruppene	AD HF	NHE		X		X				X		
9	organisering av fødetilbudet	AD HF	NHE		X		X				X		
8	akutt kirurgi	AD HF	NHE		X		X				X		

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 24/2011 Strategi 2020 – Oppfølging i Helse Nord-Trøndelag

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	19.05.11	24/2011
Saksbeh:	Trond G. Skillingstad	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	1706/2011	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar saken til orientering, og ber administrerende direktør jevnlig orientere styret om arbeidet fram mot endelige saksframlegg innen utløpet av 2011.

SAKSUTREDNING:

Sak 24/2011 Strategi 2020 – Oppfølging i Helse Nord-Trøndelag

VEDLEGG

Nummererte vedlegg som følger saken:

1. Strategi 2020 – vedtak i styret for Helse Midt-Norge RHF
2. Strategi 2020 – regional gjennomføringsplan

BAKGRUNN

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

Styret i Helse Nord-Trøndelag hadde oppfølgingssaken til behandling i april 2011 (sak 19/2011).

FAKTISKE OPPLYSNINGER

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

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

Oppfølging av alle oppdragene i Strategi 2020 krever oppfølging også av det lokale helseforetaket. I forhold til styret i Helse Nord-Trøndelag, vil imidlertid nivåene være forskjellige:

1. Oppdrag tillagt det regionale helseforetaket, RHF-oppdrag
 - *Punktene har stor betydning for helseforetakenes drift og innretning. Informasjon til styret vil komme løpende som orienteringer fra administrerende, orienteringer ved prosjekteiere/prosjektledere eller som informasjon fra det regionale foretaket direkte.*
2. Oppdrag lagt til de lokale helseforetakene, HF-oppdrag
 - *I alt ni punkter er direkte lagt til helseforetakene for oppfølging. Disse vil presenteres i foreliggende sak, samt at enkelte punkter samles i en egen sak mot slutten av inneværende år.*
3. Oppdrag som er organisert inn i egne prosjekt, Prosjektoppdrag
 - *Administrerende direktør vil søke å informere styret underveis i prosjektene og når prosjekt avlegger sluttrapporter. Dersom prosjektene legger grunnlag for vesentlige endringer i foretakenes tilbud og drift, legger administrerende direktør til grunn at det regionale styret rådfører seg med de lokale styrene før vedtak fattes.*

Følgende oppdrag fra vedtatt Strategi 2020 krever særskilt oppfølging av Helse Nord-Trøndelag:

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

5. Styret for Helse Midt-Norge RHF ser det som nødvendig å styrke kapasitet og kompetanse i tilbudet til de store pasientgruppene. Dette innebærer en omfordeling mellom fagområder, og vil ha som konsekvens at ressursene til forskning prioriteres i samme retning.
6. Styret vedtar at tilgjengelig kompetanse i størst mulig grad benyttes til aktiv pasientbehandling. Bruken av passiv vakt og beredskap må gjennomgås i alle foretak og skal reduseres i alle sykehus.
7. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar å tilrettelegge for et bredt desentralisert helsetjenestetilbud til de store pasientgruppene. Alle sykehus skal ha døgnberedskap for indremedisin og et bredt desentralisert poliklinisk tilbud. Sykehusene skal ha et særlig fokus på tilbudet til kronisk syke, og skal være hovedarena for samhandling med kommunehelsetjenesten.
8. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at samling av kirurgisk akuttberedskap på ett sykehus i hvert helseforetak skal utredes og konsekvensvurderes før vedtak fattes.
9. Helse Midt-Norge skal tilby en helhetlig svangerskaps-, føde- og barselomsorg i tråd med nasjonale anbefalinger. Helse Midt-Norge RHF er ansvarlig for å utarbeide en helhetlig plan for tilbudet sammen med kommunene.

God og forutsigbar kvalitet forutsetter robuste vaktordninger. Dette tilsier at antall fødeavdelinger i regionen må vurderes. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at hovedregelen skal være en fødeavdeling i hvert foretak. Geografiske forhold må imidlertid vektlegges i utformingen av det helhetlige tilbudet til de fødende. Fødestue som tilbud ved normale fødsler kan inngå som en del av fødselsomsorgen. Fødestuer må vurderes som et alternativ, også ved store sykehus. Fødestuer kan ikke inngå i fødetilbudet før avtaler om forsvarlige følgetjenester er inngått med kommunene. Det skal ikke gjennomføres endringer i fødetilbudet før den regionale planen for fødselsomsorg er vedtatt og godkjent av Helse og omsorgsdepartementet.

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

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

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

DRØFTING

Punktene som er vist ovenfor, er svært ulike. De omhandler både direkte pasientbehandling, overordnet organisering av spesialisthelsetjenesten i fylket, samarbeid med kommuner og brukere osv. Punktene er dels prinsipielle, dels spesifikke.

I den videre redegjørelsen er det hensiktsmessig å dele punktene inn i tre kategorier som får ulik oppfølging i forhold til styret.

A Realiserte oppgaver

Oppgavepunkter hvor Helse Nord-Trøndelag har høy aktivitet, og hvor det videre arbeidet er planlagt i tråd med strategivedtakets intensjoner. Redegjørelsen i foreliggende sak utgjør rapportering til styret i Helse Nord-Trøndelag.

B Oppgaver som krever sterkere innsats enn i dag

Oppgavepunkter hvor Helse Nord-Trøndelag har aktivitet, men at videre oppfølging krever høyere innsats for å være i tråd med strategivedtakets intensjoner. Egne saker eller orienteringer blir gjort løpende til styret i Helse Nord-Trøndelag i forhold til disse punktene.

C Organisering av det akutt-tilbudet

Tre punkter i strategivedtaket settes i en egen kategori, siden disse går spesifikt og direkte inn på akutt-tilbudet i Helse Nord-Trøndelag (føde, akuttkirurgi og vaktberedskap). Egen sak om disse presenteres for styret innen utløpet av 2011.

A Realiserte oppgaver

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

Kommentar:

Helse Nord-Trøndelag har satt av egen stabsressurs for å styrke koordinering og utvikling innen samhandling. I løpet av høsten styrkes området med trainee-stilling.

Det er utviklet en felles samhandlingsstrategi mellom kommunene og helseforetaket, med en egen handlingsdel. Handlingsdelen realiseres løpende.

Arbeidet med samhandling, både på administrativt og klinisk nivå, er svært krevende og helseforetaket merker høy aktivitet blant kommunene i forberedelsene til Samhandlingsreformens ikrafttredelse i 2012. Med egne samhandlingsressurser, felles samhandlingsstrategi med handlingsplan, felles arena i form av Samarbeidsutvalget og etter hvert interne og eksterne samhandlingsnettverk anser administrerende direktør Helse Nord-Trøndelags arbeid for å være i tråd med oppdraget i vedtakspunkt 4.

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

Kommentar:

Helse Nord-Trøndelag har desentralisert psykiatrivirksomhet i Kolvereid (DPS), Steinkjer (poliklinikker) og Stjørdal (DPS). Foretaket har vært med på å utvikle distriktsmedisinske senter i Stjørdal og Steinkjer. I tilknytning til begge senter er det spesialistpolikliniske tjenester. Nivået på disse er under kontinuerlig vurdering, særlig med tanke på DMS Inn-Trøndelag. For øvrig er foretakets dialysevirksomhet sterkt desentralisert. Administrerende direktør mener at Helse Nord-Trøndelag har desentralisert sitt tilbud i svært stor grad. Det vil gjøres særskilte vurderinger knyttet til DMS Inn-Trøndelag. Ut over dette anbefaler ikke administrerende direktør vesentlig ytterligere desentralisering, da det kan bidra til å svekke fagmiljøene i sykehusene.

Begge sykehus har døgneredskap i indremedisin. I forhold til samhandling – se kommentarer til punkt 4.

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

Kommentar:

Helse Nord-Trøndelag har doblett antall brukerutvalgsmøter. Fra og med 2011 gjennomføres Brukerutvalgsmøte i forkant av hvert styremøte. Brukere involveres i en rekke pasientprosjekt. Handlingsplan for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge følges. Administrerende direktør mener at mulighetene for brukermedvirkning er betydelig styrket fra og med 2011, og at vedtakspunktet således innfris i det løpende arbeidet i Helse Nord-Trøndelag.

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

Kommentar:

Samhandlingsreformen med ny lov om kommunehelsetjeneste og ny lov om folkehelse legger et klart hovedansvar for helsefremmende og forbyggende arbeid på kommunene.

Spesialisthelsetjenesten skal likevel fortsatt spille en aktiv rolle gjennom

- sin oversikt og kunnskap om helsetilstand og sykdomsutbredelse i befolkningen
- faglig veiledning og opplæring
- sekundærforebygging til bestemte pasientgrupper.

Helse Nord-Trøndelag har hatt helsefremmende og forbyggende arbeid som et mål gjennom det siste tiåret og har arbeidet både gjennom planlegging, opplæring og har også etablert flere praktiske tiltak og behandlingstilbud. Arbeidet har skjedd i nært samarbeid med kommunene, fylkeskommunen, fylkesmannen og forsknings-/utdanningsinstitusjonene. Foretaket deltar i Kompetansenettverket for forebyggende og helsefremmende arbeid i fylket, bl.a. gjennom den årlige forebyggingskonferansen. Foretaket deltar også aktivt nasjonalt gjennom nettverket for helsefremmende sykehus. (Health Promoting Hospitals)

Helseforetaket har etablert et forpliktende strukturert samarbeid med kommunene, vedrørende habilitering/rehabilitering. Dette samarbeidet omfatter kompetanseutvikling, veiledning og konkrete opplegg for bestemte brukergrupper. Arbeidet samordnes gjennom Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering.

Det vises for øvrig til kommentarene til punkt 4.

B Oppgaver som krever sterkere innsats enn i dag

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

Kommentar:

Punktet er svært gjennomgripende. Administrerende direktør vil sette i gang et eget utredningsoppdrag knyttet til oppfølgingen, med sikte på å gi styret et beslutningsgrunnlag for behandling av budsjett 2012.

Utredningen må vurdere hva som menes med ”store pasientgrupper”, og analysere dette opp mot blant annet dagens behandlingstilbud, behandlingseffekt, innslag av kroniske tilstander, lærings- og mestringsaktiviteter, behandlingsstillinger og –steder, samarbeid om behandling med førstelinjetjenesten mv. Styrets beslutning knyttet til dette ses i neste omgang i sammenheng med budsjett, samt fordeling av legehjemler og forskningsmidler.

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

Kommentar:

Spesialisthelsetjenesten er tradisjonelt inndelt og spesialisert ut fra diagnoser og enkeltsykdommer. Mange brukere har sammensatte lidelser. For å kunne hjelpe disse, må diagnostikk, behandling og oppfølging skje i en helhetlig sammenheng, hvor flere fagfolk må arbeide tverrfaglig og på tvers av tradisjonelle avdelingsgrenser. Det kreves også et nært samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene.

Noen aktuelle områder er:

- Rus (Psykiatri/Rusbehandling/medisin)
- Barnevern og BUP
- Alderspsykiatri og geriatri
- Langvarige smertetilstander
- Kronisk utmattelsessyndrom
- Psykosomatiske lidelser

For disse gruppene må foretaket arbeide for å utvikle gode sammenhengende og helhetlige tilbud, bl.a gjennom kompetanse økning og utvikling av helhetlige pasientforløp.

Administrerende direktør vil foreberede en egen sak til styret om den spesifikke bestillingen som er gjort i strategivedtakets punkt 13.

C Organisering av akutt-tilbudet

9. Helse Midt-Norge skal tilby en helhetlig svangerskaps-, føde- og barselomsorg i tråd med nasjonale anbefalinger. Helse Midt-Norge RHF er ansvarlig for å utarbeide en helhetlig plan for tilbudet sammen med kommunene.

God og forutsigbar kvalitet forutsetter robuste vaktordninger. Dette tilsier at antall fødeavdelinger i regionen må vurderes. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at hovedregelen skal være en fødeavdeling i hvert foretak. Geografiske forhold må imidlertid vektlegges i utformingen av det helhetlige tilbudet til de fødende. Fødestue som tilbud ved normale fødsler kan inngå som en del av fødselsomsorgen. Fødestuer må vurderes som et alternativ, også ved store sykehus. Fødestuer kan ikke inngå i fødetilbudet før avtaler om forsvarlige følgetjenester er inngått med kommunene. Det skal ikke gjennomføres endringer i fødetilbudet før den regionale planen for fødselsomsorg er vedtatt og godkjent av Helse og omsorgsdepartementet.

Kommentar:

Vedtakspunktet viser til en struktur med en fødeavdeling per helseforetak. Samtidig skal geografiske hensyn legges vekt på. De klareste geografiske hensyn i Helse Midt-Norge er knyttet til Helse Nord-Trøndelag.

Styret i Helse Nord-Trøndelag har gjentatte ganger behandlet spørsmålet om fødestruktur, dels også annen akuttberedskap. Sakene har omhandlet Helse Nord-Trøndelags egen strategiplan, sammenbinding av lokal og regional strategiprosess og Helse Nord-Trøndelags standpunkt i regionens strategiutvikling. I to vedtak er styrets intensjoner direkte formulert:

- Sak 40/2009. Vedtak i flere punkter. Punkt tre lyder:
Mål om at Helse Nord-Trøndelag beholder fødeavdelinger og akuttfunksjoner ved begge sykehus.

- Sak 23/2010. Vedtak i flere punkter. Punkt to lyder:
Styret mener det er grunnleggende for et likeverdig helsetilbud for fødende at det er to fødeavdelinger i HNT.
- Sak 19/2011. Utdrag fra vedtak:
Foruten de områder det allerede er prosesser på, legges det fram forslag til utredningsprogram for akuttkirurgi og reduksjon av vakt der det legges til grunn at en opprettholder to fødeavdelinger i Helse Nord-Trøndelag. Det utarbeides ROS-analyser eller tilsvarende for fødetilbudet i foretaket.[...]

Administrerende direktør viser til føringene som er lagt fra styret i denne saken om opprettholdelse av to fødeavdelinger i Helse Nord-Trøndelag, samt unntaksbestemmelsen i det regionale strategivedtaket knyttet til geografiske hensyn.

Administrerende direktør forutsetter at Helse Nord-Trøndelag involveres i kontakten mellom Helse Midt-Norge og Helse Nord for å sikre gode tjenester uavhengig av regiongrenser.

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

Kommentar:

I dagens virksomhet har Helse Nord-Trøndelag kirurgisk akuttberedskap ved begge sykehus. Administrerende direktør vil utrede ulike modeller knyttet til redusert kirurgisk akuttberedskap, med særlig vekt på konsekvenser for pasienttilbud, økonomi, rekruttering/utdanning mv. Utredningen legger til grunn to fødeavdelinger i Helse Nord-Trøndelag. Egen sak fremmes for styret innen utløpet av 2011.

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

Kommentar:

Administrerende direktør vil sette i gang utredning av dagens vaktsystemer, og konsekvensvurdere endringer i disse med særlig vekt på pasienttilbud, økonomi, rekruttering/utdanning mv. Utredningen legger til grunn to fødeavdelinger i Helse Nord-Trøndelag. Organisering av vakt generelt vil dessuten henge sammen med organisering av akuttkirurgisk tilbud. Egen sak fremmes for styret innen utløpet av 2011.

Konklusjon

Oppfølging av punktene i Strategi 2020 med ansvar på foretaksnivå varierer i tråd med punktenes innhold.

Når det gjelder fire av punktene (pkt 4, 7, 17 og 24), mener administrerende direktør at pågående arbeid og resultater er i tråd med oppdraget som er gitt. Punktene blir således ikke underlagt ytterligere styrebehandling i forbindelse med oppfølging av Strategi 2020 ut over denne redegjørelsen.

To av punktene (pkt5 og 13) krever ytterligere utredning for å avklare strategier og tiltak som imøtekommer intensjonen i vedtaket. Utredningene vil legge grunnlag for egne saker til styret. Konklusjoner vil påvirke budsjettinnretningen. Administrerende direktør tar derfor sikte på å legge fram disse til styret før behandling av budsjett for 2011.

Tre punkter (pkt 6, 8 og 9) er av flere årsaker i en særstilling, først og fremst fordi de potensielt berører den overordnede profilen i helseforetakets og sykehusenes tilbud. De er også helt sentrale elementer i den offentlige debatten om sykehusutvikling, og er vesentlige fundament i rekrutteringssammenheng. Når det gjelder fødestruktur, anser administrerende direktør denne til å ligge fast som i dag. Med dette i bunn vurderes akuttkirurgisk beredskap spesielt, og all annen beredskap generelt. Administrerende direktør ønsker å informere styret underveis i arbeidet fram mot endelig styrebehandling innen utløpet av 2011.

**Protokoll fra foretaksmøte i
Helse Nord-Trøndelag HF
30.juni 2011**

**PROTOKOLL FRA
FORETAKSMØTE I
Helse Nord-Trøndelag HF**

Torsdag 30.juni kl. 13:30 ble det avholdt foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag HF. Møtet ble holdt som et telefonmøte.

Dagsorden

Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres

Sak 2 Dagsorden

Sak 3 Arbeid for å tilpasse driften i langtidsbudsjettperioden 2012 – 2017

Fra Helse-Midt-Norge RHF møtte

Styreleder Kolbjørn Almlid

Administrerende direktør Gunnar Bovim

Økonomisjef Reidun Rømo

Fra styret i Helse Nord-Trøndelag HF møtte

Styreleder Steinar Aspli

Fra administrasjonen i Helse Nord-Trøndelag HF møtte

Administrerende direktør Arne Flaatt

Også til stede

Rådgiver Venke Reiten, Helse Midt-Norge RHF

Seniorrådgiver Kjell Solstad, Helse Midt-Norge RHF

Valgt revisor var varslet i samsvar med lov om helseforetak m.m § 18.

Med bakgrunn i Riksrevisjonslovens § 13 Deltakelse i generalforsamling mv, som fastslår Riksrevisjonens rett til å delta i møter som nevnt i deleide selskaper sammen med den som representerer de statlige eierinteressene, er Riksrevisjonen varslet om foretaksmøtet.

Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres

Styreleder Kolbjørn Almlid ønsket velkommen. Han spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Styreleder Kolbjørn Almlid foreslo at styreleder Steinar Aspli og administrerende direktør Gunnar Bovim ble valgt til å underskrive protokollen. Foretaksmøtet sa seg enig i dette.

Styreleder Kolbjørn Almlid overlot møteledelsen til styreleder Steinar Aspli.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen er godkjent. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2 Dagsorden

Møteleder spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden. Det var ingen som hadde merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden er godkjent.

Sak 3 Arbeid for å tilpasse driften i langtidsbudsjettperioden 2012 – 2017

Det vises til sak 57/11 i styret for Helse Midt-Norge RHF (Langtidsplan/langtidsbudsjett 2012 – 2017).

Helse Midt-Norge RHF har ambisiøse mål for videreutviklingen av spesialisthelsetjenesten i langtidsbudsjettperioden. Det vises til behov for å avsette tilstrekkelige ressurser til å gjennomføre og forsvare de vedtatte investeringer, samt å bygge opp et nivå på gjenanskaffelse av kapital (MTU, IKT og bygningsmessig vedlikehold) som sikrer bærekraft for fremtiden. I tillegg er det et mål å øke kapasiteten innen psykisk helsevern, rusbehandling og forskning.

For å kunne realisere denne målsettingen er det behov for en betydelig effektivisering og omstilling i hele foretaksgruppen.

I forbindelse med forarbeidet til langtidsbudsjett 2012 – 2017, er helseforetakene forespurt om effektiviseringsmuligheter ut over ca 1 %. Det er gitt tilbakemelding om at dette ikke er mulig gjennom generell effektivisering.

Det samlede utfordringsbildet for 2012 for helseforetakene tilsvarer en samlet kostnadsreduksjon på ca 2,5 %, som utgjør ca 365 mill kroner. Dette fordeles som følger i tabell 1 (alle tall er i ca mill kroner):

Tabell 1

Samlet utfordringsbilde per juni 2011	<u>365 mill kr</u>
Generell effektivisering 1 %	145 mill kr
Samhandlingsreformen	40 mill kr
Utsatt effektiviseringskrav St. Olavs Hospital HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF fra 2011 til 2012	25 mill kr
Restutfordring (funksjonsfordeling)	155 mill kr

Hvis effektiviseringen skal økes for å gi det nødvendige handlingsrommet for å realisere målsettingene for investeringer og bærekraftig drift, krever dette at arbeidet med gjennomføring av Strategi 2020 fremskyndes.

Strategi 2020 skal sikre god og effektiv ressursutnyttelse og tjenester med god kvalitet. Det er nødvendig å sikre økonomisk bærekraft gjennom å øke innsatsen for å konkretisere og gjennomføre de tiltak som er skissert i høringsutkastet og styret i Helse Midt-Norge RHF sitt vedtak av 25.6.2010- sak 62/10 "Strategi 2020 – strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge 2010 – 2020".

Dette innebærer en konkretisering av tiltak som bidrar til å redusere kostnadene og samtidig ivareta god kvalitet. Forslag til tiltak vil omfatte:

Effektiv fordeling av oppgaver mellom sykehusene:

- I Helse Midt-Norge må færre sykehus utføre de samme funksjoner. Dette vil gjelde alle funksjonsområder.

Reduksjon av tjenestetilbud i ubekvem arbeidstid

- Styrke dag- og polikliniske tilbud i stedet for døgntilbud
- Etablere 5-døgnsposter
- Redusere antall vaktordninger

Det vises i denne forbindelse til Foretaksmøteprotokoll av 8. februar 2011, Sak 3, Styringsdokument for 2011 pkt 1.3. samt sak 80/10 (RHF-styret 07.10.10).

Helseforetakene er forespurt om planer for gjennomføring av HF-oppgavene jf RHF-styrets vedtak om HF-enes rolle. Foretaksmøtet konstaterer at disse planene ikke inneholder tilstrekkelige tiltak for å oppnå økonomisk bærekraft i forhold til de utfordringer som er skissert i langtidsplan/ langtidsbudsjett. Dette innebærer at administrasjonen ved RHF og helseforetakene må intensivere en dialog for å konkretisere tiltak også innenfor områder som opprinnelig var lagt til HF-ene.

På denne bakgrunn bes styret for Helse Nord-Trøndelag HF om å utarbeide en konkret tiltaksplan for gjennomføring av tiltak som både skal gi et kvalitativt bedre og mer robust tjenestetilbud i et langsiktig perspektiv og gi tilstrekkelig økonomisk effekt til å sikre bærekraft.

Denne tiltaksplanen skal omfatte:

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

Foretaksmøtet forutsetter at alle tiltak konsekvensutredes og at den økonomiske gevinsten kvantifiseres.

Disse tiltakene må i henhold til tabell 1 gi en økonomisk effekt på ca 155 mill. kr for 2012 for hele foretaksgruppen. Dersom tiltakene ikke kan realiseres slik at det gir helårseffekt i 2012, må den samlede effekten av tiltakene økes tilsvarende. I forbindelse med budsjettarbeidet for 2012, vil det økonomiske kravet til det enkelte helseforetak bli nærmere konkretisert.

Foretaksmøtet ber om at planene fremlegges innen 01.11.11.

Foretaksmøtet forutsetter at samling av funksjoner skal skje ved både små og store sykehus. Foretaksmøtet forutsetter at en aktivt går inn for å styre pasientstrømmen fra deler av Værnesregionen til Helse Nord-Trøndelag HF.

Noen av tiltakene vil være foretaksovergripende, og administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF er bedt om å koordinere dette arbeidet.

Administrerende direktør vil kunne bidra med analyseresurser for helseforetakene.

Utfordringsbildet for 2012 tilsvarer en samlet kostnadsreduksjon på ca 2,5 %. Foretaksmøtet forutsetter at Helse Nord-Trøndelag HF foretar en årlig og varig produktivitetsforbedring tilsvarende minimum 1 %. Foretaksmøtet forutsetter videre at Helse Nord-Trøndelag HF planlegger og forbereder tiltak knyttet til Strategi 2020 som skissert over. Endelig krav til samlet effektivisering vil bli fastsatt i budsjettprosessen for 2012.

Foretaksmøtet fattet på denne bakgrunn følgende vedtak:

1. Utfordringsbildet for 2012 tilsvarer en samlet kostnadsreduksjon på ca 2,5 %. Foretaksmøtet forutsetter at Helse Nord-Trøndelag HF foretar en årlig og varig produktivitetsforbedring tilsvarende minimum 1 %. Endelig krav til samlet effektivisering vil bli fastsatt i budsjettprosessen for 2012.

Foretaksmøtet forutsetter at Helse Nord-Trøndelag HF innen 01.11.11 utarbeider:

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

2. Foretaksmøtet forutsetter at Helse Nord-Trøndelag HF bidrar til at tiltak også utenfor eget helseforetak blir realisert.

3. Foretaksmøtet forutsetter at alle tiltak tidfestes og konsekvensutredes. Den økonomiske gevinsten kvantifiseres for hvert enkelt tiltak.

4. Disse tiltakene må gi en økonomisk effekt på minimum 25 mill. kr for 2012 for Helse Nord-Trøndelag HF (ref. tabell 1, Helse Nord-Trøndelag HF's andel av "Restutfordring (funksjonsfordeling)"). Dersom tiltakene ikke kan realiseres slik at det gir helårseffekt i 2012, må den samlede effekten av tiltakene økes tilsvarende. I forbindelse med budsjettarbeidet for 2012, vil det økonomiske kravet til det enkelte helseforetak bli nærmere konkretisert.

5. Foretaksmøtet forutsetter at oppgaver i spesialisthelsetjenesten i større grad skal desentraliseres og at samling av funksjoner skal skje ved både små og store sykehus. Foretaksmøtet ber om at Helse Nord-Trøndelag HF i samarbeid med de andre helseforetakene i Midt-Norge utreder dette og kommer med forslag til løsninger. Helse Midt-Norge RHF vil bistå i dette arbeidet.

6. Foretaksmøtet forutsetter at Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF aktivt går inn for å styre pasientstrømmen i deler av Værnesregionen til Helse Nord-Trøndelag HF.

7. Foretaksmøtet ber om at planene fremlegges innen 01.11.11.

Møtet ble hevet kl. 13:55

Stjørdal 30.juni 2011


Steinar Aspli


Gunnar Bovim

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 32/2011 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	18.08.11	32/2011

Saksbeh:

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2011/2608

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:
Sak 32/2011 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 15.08.11
2. Protokoll fra foretaksmøte 30.06.11 mellom Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF
3. Driftsrapport for juni/juli 2011
4. Tilsynsrapport fra Helsetilsynet - Behandling av eldre pasienter med hjerneslag
5. Helse Nord-Trøndelags oppfølging etter hendelsene i Oslo og på Utøya
6. Andre orienteringer

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 15.08 2011 kl. 10.00 – 11.00
Møtested: Telefonkonferanse
Saksnr.: 31/2011 – 35/2011
Arkivsaksnr: 2011/56

Møteleder: Øystein Bjørnes

Møtende medlemmer:

Øystein Bjørnes
Hildur Fallmyr
Ola Larsen
Lillian Svedjan Blæstervold
Ole Flakken

Forfall:

Astrid Marie Bakken
Grete Aspaas

Fra administrasjonen møtte:

Administrerende direktør	Arne Flaot
Informasjonssjef	Trond G. Skillingstad (referent)

Merknad til møte og sakliste:

Møte omgjort til telefonkonferanse grunnet tre forfall ved ordinært møte, samtidig som ingen vararepresentanter hadde anledning til å møte.

For øvrig ingen merknader

Sak 31/2011 Godkjenning av protokoll fra møte 09.06 2011

Protokoll

Øystein Bjørnes viste til protokollen.

Vedtak

Protokoll fra møte 09.06 2011 godkjennes.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Sak 32/2011 Oppnevning av brukerrepresentanter

Protokoll

Øystein Bjørnes viste til søknader om brukerrepresentanter.

Trond G. Skillingstad orienterte om den enkelte søknad for oppnevning av representant.

Vedtak

Brukerutvalget oppnevner følgende brukerrepresentanter i prosjekt/arbeidsgrupper:

- ICD-skole. Gruppeopplæring for personer med hjertestarter

Marit Klefstad Vikan

- Gruppeopplæring for personer med cøliaki og deres pårørende

Vigdís Skårdal

- Gruppeopplæring for personer med diabetes type 1, Sykehuset Namsos

Margrete Lyngstad

- Brukerrepresentant for den sørsamiske befolkningen som anbefalt av Samisk Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsevern; SANKS, 2011 - 2012

Sigfred Hilmar Jåma

- For tidlig fødte barns oppfølging i Nord-Trøndelag, formidle erfaringer fra foreldreperspektivet inn i utarbeidelsen av opplæringstilbudet og bidrag på fagdager i kommunene

Øystein Bjørnes gis myndighet til å utnevne representant etter møtet. Navn innrapporteres til administrasjonen.

Sak 33/2011 Revisjon av prosedyre for oppnevning av brukerrepresentanter

Protokoll

Trond G. Skillingstad gjennomgikk revidert prosedyre, revidert skjema og informasjonsskriv til oppnevnte brukerrepresentanter. Saken følger opp sak 27/2011.

Brukerutvalget mener at det justerte opplegget overensstemmer med den ordningen som utvalget ønsker å ha rundt oppnevninger.

Vedtak

Brukerutvalget godkjenner ny prosedyre for oppnevning av brukerrepresentanter, med tilhørende dokumenter.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF BRUKERUTVALGET

MØTEPROTOKOLL

Sak 34/2011 Styremøte i Helse Nord-Trøndelag 18. august 2011

Protokoll

Administrerende direktør gjorde rede for hovedsaken på kommende styremøte om oppfølging av Strategi 2020. Det ble vist til strategiske vedtak og utgangspunkt for budsjett 2012. Dette er nå endret gjennom overtakelse av ambulansene, noe som skjerper utfordringsbildet for Helse Nord-Trøndelag med ytterligere 25 millioner. Administrerende direktør viste mulige retninger for den ekstraordinære kostnadsreduksjonen dette krever.

Vedtak

Brukerutvalget støttet administrasjonens syn i styresak 18/2011 om å utsette en eventuell overtakelse av ambulansetjenesten. Styret i Helse Nord-Trøndelag og Helse Midt-Norge tok ikke dette til følge.

Helse Nord-Trøndelag har nå fått et tilleggskrav på 25 millioner i 2012 på grunn av kjøp av ambulanser.

Brukerutvalget er sterkt bekymret for hvordan dette vil svekke pasienttilbudet, og krever at Helse Midt-Norge finner andre løsninger i ambulansesaken.

Sak 35/2011 Orienteringer

Protokoll

- Tolketjeneste
 - o *Orientering utsettes til neste møte*
- Kommunikasjon med helsepersonell med fremmedspråklig bakgrunn
 - o *Orientering utsettes til neste møte*
- Helse Nord-Trøndelags oppfølging etter hendelsene i Oslo og på Utøya
 - o Administrerende direktør gjorde rede for Helse Nord-Trøndelags rolle i det lokale oppfølgingsarbeidet etter hendelsene i Oslo og Utøya.
- Temamøte i Brukerutvalget september 2011
 - o Brukerutvalget ønsker en orientering om virksomheten ved de distriktpsikiatriske sentrene, samt orienteringer utsatt fra dagens møte.
- Deltakelse på Pasientsikkerhetskonferansen 2011
 - o Hildur Fallmyr deltar fra Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag
- Andre orienteringer
 - o *Ingen andre orienteringer*
- Eventuelt
 - o Neste møte flyttes til 15. september med møtestart kl. 16.00

**Protokoll fra foretaksmøte i
Helse Nord-Trøndelag HF
30.juni 2011**

**PROTOKOLL FRA
FORETAKSMØTE I
Helse Nord-Trøndelag HF**

Torsdag 30.juni kl. 13:30 ble det avholdt foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag HF. Møtet ble holdt som et telefonmøte.

Dagsorden

Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres

Sak 2 Dagsorden

Sak 3 Arbeid for å tilpasse driften i langtidsbudsjettperioden 2012 – 2017

Fra Helse-Midt-Norge RHF møtte

Styreleder Kolbjørn Almlid

Administrerende direktør Gunnar Bovim

Økonomisjef Reidun Rømo

Fra styret i Helse Nord-Trøndelag HF møtte

Styreleder Steinar Aspli

Fra administrasjonen i Helse Nord-Trøndelag HF møtte

Administrerende direktør Arne Flaatt

Også til stede

Rådgiver Venke Reiten, Helse Midt-Norge RHF

Seniorrådgiver Kjell Solstad, Helse Midt-Norge RHF

Valgt revisor var varslet i samsvar med lov om helseforetak m.m § 18.

Med bakgrunn i Riksrevisjonslovens § 13 Deltakelse i generalforsamling mv, som fastslår Riksrevisjonens rett til å delta i møter som nevnt i deleide selskaper sammen med den som representerer de statlige eierinteressene, er Riksrevisjonen varslet om foretaksmøtet.

Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres

Styreleder Kolbjørn Almlid ønsket velkommen. Han spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Styreleder Kolbjørn Almlid foreslo at styreleder Steinar Aspli og administrerende direktør Gunnar Bovim ble valgt til å underskrive protokollen. Foretaksmøtet sa seg enig i dette.

Styreleder Kolbjørn Almlid overlot møteledelsen til styreleder Steinar Aspli.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen er godkjent. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2 Dagsorden

Møteleder spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden. Det var ingen som hadde merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden er godkjent.

Sak 3 Arbeid for å tilpasse driften i langtidsbudsjettperioden 2012 – 2017

Det vises til sak 57/11 i styret for Helse Midt-Norge RHF (Langtidsplan/langtidsbudsjett 2012 – 2017).

Helse Midt-Norge RHF har ambisiøse mål for videreutviklingen av spesialisthelsetjenesten i langtidsbudsjettperioden. Det vises til behov for å avsette tilstrekkelige ressurser til å gjennomføre og forsvare de vedtatte investeringer, samt å bygge opp et nivå på gjenanskaffelse av kapital (MTU, IKT og bygningsmessig vedlikehold) som sikrer bærekraft for fremtiden. I tillegg er det et mål å øke kapasiteten innen psykisk helsevern, rusbehandling og forskning.

For å kunne realisere denne målsettingen er det behov for en betydelig effektivisering og omstilling i hele foretaksgruppen.

I forbindelse med forarbeidet til langtidsbudsjett 2012 – 2017, er helseforetakene forespurt om effektiviseringsmuligheter ut over ca 1 %. Det er gitt tilbakemelding om at dette ikke er mulig gjennom generell effektivisering.

Det samlede utfordringsbildet for 2012 for helseforetakene tilsvarer en samlet kostnadsreduksjon på ca 2,5 %, som utgjør ca 365 mill kroner. Dette fordeles som følger i tabell 1 (alle tall er i ca mill kroner):

Tabell 1

Samlet utfordringsbilde per juni 2011	<u>365 mill kr</u>
Generell effektivisering 1 %	145 mill kr
Samhandlingsreformen	40 mill kr
Utsatt effektiviseringskrav St. Olavs Hospital HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF fra 2011 til 2012	25 mill kr
Restutfordring (funksjonsfordeling)	155 mill kr

Hvis effektiviseringen skal økes for å gi det nødvendige handlingsrommet for å realisere målsettingene for investeringer og bærekraftig drift, krever dette at arbeidet med gjennomføring av Strategi 2020 fremskyndes.

Strategi 2020 skal sikre god og effektiv ressursutnyttelse og tjenester med god kvalitet. Det er nødvendig å sikre økonomisk bærekraft gjennom å øke innsatsen for å konkretisere og gjennomføre de tiltak som er skissert i høringsutkastet og styret i Helse Midt-Norge RHF sitt vedtak av 25.6.2010- sak 62/10 "Strategi 2020 – strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge 2010 – 2020".

Dette innebærer en konkretisering av tiltak som bidrar til å redusere kostnadene og samtidig ivareta god kvalitet. Forslag til tiltak vil omfatte:

Effektiv fordeling av oppgaver mellom sykehusene:

- I Helse Midt-Norge må færre sykehus utføre de samme funksjoner. Dette vil gjelde alle funksjonsområder.

Reduksjon av tjenestetilbud i ubekvem arbeidstid

- Styrke dag- og polikliniske tilbud i stedet for døgntilbud
- Etablere 5-døgnsposter
- Redusere antall vaktordninger

Det vises i denne forbindelse til Foretaksmøteprotokoll av 8. februar 2011, Sak 3, Styringsdokument for 2011 pkt 1.3. samt sak 80/10 (RHF-styret 07.10.10).

Helseforetakene er forespurt om planer for gjennomføring av HF-oppgavene jf RHF-styrets vedtak om HF-enes rolle. Foretaksmøtet konstaterer at disse planene ikke inneholder tilstrekkelige tiltak for å oppnå økonomisk bærekraft i forhold til de utfordringer som er skissert i langtidsplan/ langtidsbudsjett. Dette innebærer at administrasjonen ved RHF og helseforetakene må intensivere en dialog for å konkretisere tiltak også innenfor områder som opprinnelig var lagt til HF-ene.

På denne bakgrunn bes styret for Helse Nord-Trøndelag HF om å utarbeide en konkret tiltaksplan for gjennomføring av tiltak som både skal gi et kvalitativt bedre og mer robust tjenestetilbud i et langsiktig perspektiv og gi tilstrekkelig økonomisk effekt til å sikre bærekraft.

Denne tiltaksplanen skal omfatte:

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

Foretaksmøtet forutsetter at alle tiltak konsekvensutredes og at den økonomiske gevinsten kvantifiseres.

Disse tiltakene må i henhold til tabell 1 gi en økonomisk effekt på ca 155 mill. kr for 2012 for hele foretaksgruppen. Dersom tiltakene ikke kan realiseres slik at det gir helårseffekt i 2012, må den samlede effekten av tiltakene økes tilsvarende. I forbindelse med budsjettarbeidet for 2012, vil det økonomiske kravet til det enkelte helseforetak bli nærmere konkretisert.

Foretaksmøtet ber om at planene fremlegges innen 01.11.11.

Foretaksmøtet forutsetter at samling av funksjoner skal skje ved både små og store sykehus. Foretaksmøtet forutsetter at en aktivt går inn for å styre pasientstrømmen fra deler av Værnesregionen til Helse Nord-Trøndelag HF.

Noen av tiltakene vil være foretaksovergrepene, og administrerende direktør i Helse Midt-Norge RHF er bedt om å koordinere dette arbeidet.

Administrerende direktør vil kunne bidra med analyseresurser for helseforetakene.

Utfordringsbildet for 2012 tilsvarer en samlet kostnadsreduksjon på ca 2,5 %. Foretaksmøtet forutsetter at Helse Nord-Trøndelag HF foretar en årlig og varig produktivitetsforbedring tilsvarende minimum 1 %. Foretaksmøtet forutsetter videre at Helse Nord-Trøndelag HF planlegger og forbereder tiltak knyttet til Strategi 2020 som skissert over. Endelig krav til samlet effektivisering vil bli fastsatt i budsjettprosessen for 2012.

Foretaksmøtet fattet på denne bakgrunn følgende vedtak:

1. Utfordringsbildet for 2012 tilsvarer en samlet kostnadsreduksjon på ca 2,5 %. Foretaksmøtet forutsetter at Helse Nord-Trøndelag HF foretar en årlig og varig produktivitetsforbedring tilsvarende minimum 1 %. Endelig krav til samlet effektivisering vil bli fastsatt i budsjettprosessen for 2012.

Foretaksmøtet forutsetter at Helse Nord-Trøndelag HF innen 01.11.11 utarbeider:

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

2. Foretaksmøtet forutsetter at Helse Nord-Trøndelag HF bidrar til at tiltak også utenfor eget helseforetak blir realisert.

3. Foretaksmøtet forutsetter at alle tiltak tidfestes og konsekvensutredes. Den økonomiske gevinsten kvantifiseres for hvert enkelt tiltak.

4. Disse tiltakene må gi en økonomisk effekt på minimum 25 mill. kr for 2012 for Helse Nord-Trøndelag HF (ref. tabell 1, Helse Nord-Trøndelag HF's andel av "Restutfordring (funksjonsfordeling)"). Dersom tiltakene ikke kan realiseres slik at det gir helårseffekt i 2012, må den samlede effekten av tiltakene økes tilsvarende. I forbindelse med budsjettarbeidet for 2012, vil det økonomiske kravet til det enkelte helseforetak bli nærmere konkretisert.

5. Foretaksmøtet forutsetter at oppgaver i spesialisthelsetjenesten i større grad skal desentraliseres og at samling av funksjoner skal skje ved både små og store sykehus. Foretaksmøtet ber om at Helse Nord-Trøndelag HF i samarbeid med de andre helseforetakene i Midt-Norge utreder dette og kommer med forslag til løsninger. Helse Midt-Norge RHF vil bistå i dette arbeidet.

6. Foretaksmøtet forutsetter at Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF aktivt går inn for å styre pasientstrømmen i deler av Værnesregionen til Helse Nord-Trøndelag HF.

7. Foretaksmøtet ber om at planene fremlegges innen 01.11.11.

Møtet ble hevet kl. 13:55

Stjørdal 30.juni 2011


Steinar Aspli


Gunnar Bovim

Administrerende direktørs rapport**1. Helsefag****1.1 Aktivitet****1.1.1 Somatikk**

Tabell nr 1: Aktivitet somatikk pr juni 2011

DRG-aktivitet (poeng)		Avvik tom forrige periode	Avvik denne periode	Avvik tom denne periode	Avvik % tom denne periode	Avvik % prognose mot budsjett
3200	Kostnadskreven legemidler utenfor sykehus	0	0	0		
3201	Heldøgnpasienter	-51	-70	-122		
3202	Dagpasienter (eks dagkirurgi)	0	0	0		
3204	Poliklinikk (inkl dagkirurgi)	-211	-50	-261		
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	-263	-120	-383		
3205	DRG-produksjon - kjøp fra andre regioner	0	0	0		
	Sum DRG-poeng "Sørge for"	-263	-120	-383	-3 %	-1,5 %
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	-263	-120	-383		
321	Gjestepasienter - salg til andre regioner	-95	-21	-116		
	Sum DRG-poeng produsert i egen region	-357	-141	-498	-3 %	-1,5 %

Det er lagt opp til en økning på 2,4 % i DRG-produksjonen knyttet til foretakets "sørge for" - aktivitet i 2011. Ut over dette kommer evt. endring knyttet til omfang av pasienter fra andre regioner som blir behandlet i HNT. Registrert DRG-aktivitet i juni viser negativt avvik i forhold til plantallene for måneden. Akkumulert er det en svikt på om lag 3 % i forhold til akkumulerte plantall. Det er sammensatte årsaker til aktivitetssvikten, og det blir på dette grunnlag iverksatt tiltak. Det forventes at foretaket i sum skal oppnå planlagt aktivitet resten av året, men at det neppe er mulig å ta igjen hele svikten. På dette grunnlag prognostiseres en aktivitetssvikt på om lag 1,5 % på årsbasis.

1.1.2 Psykisk helsevern – pr tertial

Tabell nr 2: Aktivitet psykisk helsevern pr april 2011

Aktivitet psykisk helsevern	Fre- kvens	Samme periode forrige år	Forrige periode	Denne periode	Endring siste periode	Endring siste periode i prosent	Refe- ranse
Voksne: Antall utskrivninger - døgn - sykehus	Tertial	319	351	334	-17	-4,8 %	1
Voksne: Antall utskrivninger - døgn - DPS	Tertial	104	104	91	-13	-12,5 %	2
Voksne: Antall oppholdsdøgn for døgnpasienter -	Tertial	6537	6117	5876	-241	-3,9 %	10

sykehus							
Voksne: Antall oppholdsdøgn for døgnpasienter - DPS	Tertial	2213	2437	2493	56	2,3 %	11
Voksne: Antall refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner (sum takster eksklusiv P15 og P16)	Tertial	14356	13866	14780	914	6,6 %	12
Voksne: Antall <u>innleggelser</u> til døgnbehandling ved psykiatriske sykehusavdelinger (fra bosted)	Tertial	336	441	350	-91	-20,6 %	14a
Voksne: Antall <u>innleggelser med tvang</u> til døgnbehandling ved psykiatriske sykehusavdelinger (fra bosted, §3.2 eller §3.3)	Tertial	54	53	49	-4	-7,5 %	16a
Voksne: Antall <u>innleggelser</u> til døgnbehandling ved DPS (fra bosted)	Tertial	77	78	78	0	0,0 %	14b
Voksne: Antall <u>innleggelser med tvang</u> til døgnbehandling ved DPS (fra bosted, §3.2 eller §3.3)	Tertial	11	9	9	0	0,0 %	16b
BUP: Antall utskrivninger (døgnpasient, eventuelt dagpasient)	Tertial	66	56	38	-18	-32,1 %	21
BUP: Antall oppholdsdøgn for døgnpasienter	Tertial	896	860	917	57	6,6 %	25
BUP: Antall refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner (sum takster eksklusiv P25 og P26)	Tertial	5185	4741	5026	285	6,0 %	26

Det er lagt opp til en økning på om lag 10 % i antall polikliniske konsultasjoner i foretakets psykiatriske avdelinger i 2011, med størst vekst innen BUP. For innlagte pasienter forventes en begrenset økning i tidligere etablerte avdelinger. 14. februar 2011 åpnet avdeling for rusrelatert psykiatri (ARP) tilknyttet Psykiatrisk klinikk med 6 behandlingsplasser. Denne enheten vil bidra til ny aktivitet på dette området.

Tabellen ovenfor viser aktivitetstall for psykisk helsevern for første tertial 2011. Statistikken bekrefter vridning fra innleggelse til poliklinikk, men økningen i poliklinikk er mindre enn forutsatt.

1.2 Produktivitet

Tabell nr 3: Produktivitet pr april 2011

Produktivitet	Fre- kvens	Samme periode forrige år	Forrige periode	Denne periode	Endring siste periode	Endring siste periode i prosent	Refe- ranse
DRG-poeng per brutto månedsverk somatikk (jf. egen spesifikasjon/uttaksrutine for månedsverk)	Mnd				0	#DIV/0!	
Poliklinikker PH voksne: Voksne: Antall takstkorrigerte konsultasjoner per månedsverk. Konsultasjoner (dvs. takster) vektet med takstbeløp, månedsverk basert på takst P11 - timerverk.	Tertial	39,45	34,63	39,11	4,48	12,9 %	12.22
Poliklinikker BUP: Antall takstkorrigerte konsultasjoner per månedsverk. Konsultasjoner (dvs takster) vektet med takstbeløp, månedsverk basert på takst P21 - timerverk.	Tertial	38,67	34,7	36,9	2,2	6,3 %	28.3

Tabellen ovenfor viser produktivitetstall for psykisk helsevern for første tertial 2011. Tall for somatisk virksomhet (DRG-poeng pr brutto månedsverk) utarbeides etter avtale av RHF-et.

1.3 Ventetider (Oppdaterte tall for juni og juli er ennå ikke tilgjengelige)

Tabell nr 4: Ventetider pr mai 2011

Ventetider	Fre- kvens	Mål	Forrige periode	Teller denne periode	Nevner denne periode	Denne periode	Endring fra forrige periode
Gj.snittlig ventetid for ventende pasienter innen somatikk	Mnd	65	99			93	-6
Median ventetid for ventende pasienter innen somatikk	Mnd		61			60	-1
Gj.snittlig ventetid for ventende pasienter innen PHV for BUP	Mnd	65	57			61	4
Median ventetid for ventende pasienter innen PHV for BUP	Mnd		47			60	13
Gj.snittlig ventetid for ventende pasienter innen PHV for VOP	Mnd	65	53			56	3
Median ventetid for ventende pasienter innen PHV for VOP	Mnd		43			49	6
Gj.snittlig ventetid for ventende pasienter innen TSB	Mnd	65	35			35	0
Median ventetid for ventende pasienter innen TSB	Mnd		35			21	-14
Andel fristbrudd for rettighetspasienter - for ventende pasienter	Mnd	0,0 %	2,7 %	82	3433	2,4 %	-0,3 %
Antall pasienter med rett til nødvendig helsehjelp som har ventet over 1 år	Mnd		6			3	-3

I tillegg til gjennomsnittlige ventetider fokuseres det nå også på mediane ventetider. Det har vært små endringer i registrerte ventetider siste måned. Det vil fortsatt bli arbeidet med å redusere ventetidene slik at en ved utgangen av 2011 kan oppfylle målsettingen om en gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter i spesialisthelsetjenesten ned mot 65 dager.

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

1.4 Kvalitetsindikatorer

Tabell nr 5: Kvalitetsindikatorer pr juni 2011

Kvalitetsindikatorer	Fre- kvens	Mål	Forrige periode	Teller denne periode	Nevner denne periode	Denne periode	Endring fra forrige periode
Andel epikriser sendt ut innen en uke	Mnd	100 %	82,3 %	1533	1823	84,1 %	1,8 %
Andel korridorpasienter	Mnd	0 %	1,6 %	67	6358	1,1 %	-0,5 %

HNT nådde siste tertial 2010 målsettingen om at 80 % av alle epikriser skulle være sendt innen en uke etter avsluttet sykehusopphold. Denne målsettingen er for 2011 økt til 100 % innen en uke. HNT nådde 84,1 % i juni (+ 1,8 % - poeng i forhold til forrige måned) og vil arbeide for å øke denne andelen til fastsatte målkrav.

Det er et mål at foretaket ikke skal ha pasienter på korridor. Basert på målinger hver morgen lå 1,1 % av alle pasienter (egentlig liggedøgn) i juni på korridor. Dette er en reduksjon på 0,5 % -poeng i forhold til forrige måned. Foretaket vil vurdere økt samhandling mellom avdelingene i foretaket for å unngå at pasienter ligger på korridor i en avdeling hvis det er ledige senger i andre enheter.

2 Økonomi

2.1 Resultat

Tabell nr 6: Resultat pr juni 2011

Resultatavvik		Avvik tom forrige periode	Avvik denne periode	Avvik tom denne periode
3	Inntekter	- 3 415	2 053	- 1 362
4	Varekostnader	1 837	- 1 755	82
5	Lønnskostnader	- 24 600	- 7 321	- 31 921
6,7,9	Andre driftskostnader	10 435	2 194	12 629
8	Finansposter	978	126	1 104
Årsresultat jf budsjett:		- 14 765	- 4 704	- 19 469
Avvik knyttet til ny aktuarberegning		16 410	3 265	19 675
Avvik korrigert for ny aktuarberegning		1 646	- 1 439	206

Protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag HF 08.02.11 fastslår at HNT skal et resultat lik 0 eller bedre i 2011. Samtidig er det påpekt at regnskapsførte pensjonskostnader for 2011 er økt etter at det økonomiske opplegget for foretaket ble fastsatt. For HNT utgjør dette en økt kostnad på 39,4 mill kroner. Dette fordeler seg med om lag 3,3 mill kroner i økte pensjonskostnader pr. måned i 2011.

Foretakets resultat viser i juni måned et avvik i forhold til budsjettet på – 4,7 mill kroner. Fratrullet økte pensjonskostnader på 3,3 mill kroner gir dette et korrigert avvik for juni på – 1,4 mill kroner og akkumulert på + 0,2 mill kroner.

2.1.1 Inntekter

Foretakets inntekter er siste måned litt høyere enn vedtatt budsjett.

2.1.2 Varekostnader

Varekostnadene er noe høyere enn budsjettet siste måned.

2.1.3 Lønnskostnader

Noe under halvparten av merforbruk på lønn på 7,3 mill kroner i forhold til budsjett kan relateres til økte pensjonskostnader (3,3 mill kroner). Resten av merforbruket er fordelt på flere arter og steder.

2.1.4 Andre driftskostnader

Under denne kostnadsgruppen er det (på art 7799) satt av en buffer på knapt 28 mill kroner for å sikre måloppnåelse hvis det skulle påløpe uforutsette kostnader eller bli svikt i inntektene. Ut over avvik på nevnte art er det siste måned noe lavere kostnader knyttet til pasienttransport enn budsjettert.

2.1.5 Finansposter

Foretakets finanskostnader er litt lavere enn budsjettert siste måned.

2.2 Prognose

Tabell nr 7: Prognose pr juni 2011

Prognose - endring fra budsjett		Endring tom forrige periode	Endring denne periode	Endring tom denne periode
3	Inntekter	- 10 000		- 10 000
4	Varekostnader			0
5	Lønnskostnader	- 49 416		- 49 416
6,7	Andre driftskostnader	20 000		20 000
8	Finansposter			0
Årsprognose jf budsjett:		- 39 416	-	- 39 416
Knyttet til ny aktuarberegning		39 416		39 416
Korrigert for ny aktuarberegning		0	0	0

Som påpekt tidligere, vil foretakets pensjonskostnader i 2011 øke med 39,4 mill kroner i forhold til forutsetninger for årets budsjett. Prognose for årsresultatet settes på dette grunnlag til – 39,4 mill kroner.

2.2.1 Inntekter

Inntektene prognostiseres med en svikt på 10 mill kroner. Det har sammenheng med prognostisert aktivitetssvikt på 1,5 %.

2.2.2 Varekostnader

Varekostnadene prognostiseres som budsjettert.

2.2.3 Lønnskostnader

Lønnskostnadene prognostiseres med et avvik på – 39,4 mill kroner knyttet til økte pensjonskostnader. I tillegg er effekten av lønnsoppgjøret beregnet til å gi en merkostnad på om lag 12 mill kroner.

2.2.4 Andre driftskostnader

Andre driftskostnader prognostiseres med en mindrekostnad på 20 mill kroner knyttet til avsatt buffer.

2.2.5 Finansposter

Finanspostene prognostiseres som budsjettert.

2.3 Likviditet

Ved utarbeidelse av foretakets likviditetsbudsjett for 2011 hadde HMN ennå ikke fastsatt likviditetsmessige konsekvenser av reduserte pensjonskostnader i 2010 (108,2 mill kroner) og økt basistilskudd i 2010 (41,7 mill kroner). HMN har på dette grunnlag redusert driftstilskuddet til foretaket for april med knapt 90 mill kroner. Dette forholdet var ikke lagt inn i foretakets likviditetsbudsjett for 2011, men er nå hensyntatt ved utarbeiding av oppdatert likviditetsprognose for 2011.

HNT er for 2011 tildelt en driftskredittramme i Fokus Bank på 200 mill kroner. Driften hittil viser at vi med god margin skal holde oss innen denne rammen (inkl. effekt av ovennevnte momenter).

2.4 Investeringer – pr tertial

Oppfølging av årets investeringer skal rapporteres hvert tertial. HMN har vedtatt at 50 % av overskudd i foretakets drift i 2010 kan benyttes til investeringer i 2011. Overskudd ut over resultatkrav for HNT i 2010 ble 51,7 mill kroner.

Foretakets investeringsbudsjett for 2011:

Økt egenkapitalinnskudd KLP	6,0 mill kr
Psykiatribygg, Namsos (ekskl. overf. fra 2010)	19,0 mill kr
Diverse investeringer i bygg/HMS	3,7 mill kr
Medisinsk-teknisk og teknisk utstyr (HMN-ramme)	23,5 mill kr
50 % av overskudd fra drift 2010 til bygningstiltak (inkl. oppstart HOV/Int. Lev.) og MTU	25,8 mill kr
<u>Sum investeringer i 2011</u>	<u>78,0 mill kr</u>

Nytt psykiatribygg i Namsos er ferdig i samsvar med vedtatt tidsplan og kostnadsoverslag. Ferdigstillingen ble markert fredag 20. mai. For de øvrige investeringsområdene prognostiseres et årsforbruk innen vedtatte rammer.

2.5 Raskere tilbake

HNT er tildelt en ramme på 6,7 mill kroner for arbeid innenfor tiltaket "Raskere tilbake" i 2011. Det er utført arbeid innen dette tiltaket for 3,7 mill kroner t.o.m. juni.

3 HR

3.1 Bemanning/innleie

Tabell nr 8: Bemanning pr juni 2011

Bemanning		Samme periode forrige år	Denne periode	Endring samme periode forrige år	Budsjett denne periode	Avvik ift budsjett
Brutto månedsverk utbetalt	Totalt	2 266	2 295	30	2 292	4
	Psykisk helsevern	481	506	25	499	8
- Fravær		378	317	- 61		
Netto månedsverk utbetalt		1 888	1 979	91		

Foretakets bemanning, målt i brutto månedsverk, viser i juni et avvik på + 4, herav et avvik i psykisk helsevern på + 8.

3.2 Sykefravær

Tabell nr 9: Sykefravær pr juni 2011

Sykefravær snitt (%)	Samme periode forrige år	Denne periode	Endring samme periode forrige år	Mål denne periode	Avvik ift mål
Egenmelding	0,9 %	0,8 %	-0,1 %		
Sykemelding	7,4 %	5,9 %	-1,5 %		
Samlet for foretaket:	8,3 %	6,7 %	-1,6 %	7,5 %	-0,8 %

I henhold til IA-avtalen er det et mål å redusere sykefraværet med 20 % til det er nede på et langsiktig mål på 7 % i 2013. HNT har for 2011 satt et mål på 7,5 %, noe som er en reduksjon på knapt 10 % i forhold til 2010. Faktisk sykefravær for HNT var i juni 2011 på 6,7 %.

3.3 Deltid

Tabell nr 10: Andel deltid pr juni 2011

Bemanning	Samme periode forrige år	Denne periode	Endring samme periode forrige år	Mål (Snitt 2010-20%)	Avvik i forhold til mål
Totalt antall ansatte	3 368	3 547	179		
Antall ansatte i deltid	1 255	1 251	- 4		
Antall ansatte stillpst 0	815	927	112		
% andel deltid	37,3 %	35,3 %	-2,0 %	30,0 %	-5,3 %

Det er krav om at HF-ene, i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, skal redusere andel uønsket deltid med minst 20 prosent i løpet av 2011. For 2011 er det på dette grunnlag fastsatt et mål for andel deltid på 30,0 % av totalt antall ansatte. Juni-tallene viser en deltidsandel på 35,3 %.

4 Generell vurdering

Foretakets drift i juni er i all hovedsak i godt samsvar med de planer og vedtak som er gjort for driften i 2011. Dette gjelder i særlig grad overordnede målsettinger for økonomi. Det er en svikt i den DRG-baserte aktiviteten, noe som vil bli fulgt opp med tiltak i tiden framover. For de fleste kvalitetsmålene er det også god måloppnåelse, mens det for andre indikatorer fortsatt er nødvendig med tiltak for å øke graden av måloppnåelse.

Økte pensjonskostnader på 39,4 mill kroner i forhold til fastsatte rammevilkår tilsier at foretaket p.t. prognostiserer et økonomisk resultat for 2011 på – 39,4 mill kroner.

Levanger, 12.08.11

Arne Flaath
adm. dir.
sign.

Administrerende direktørs rapport**1. Helsefag****1.1 Aktivitet****1.1.1 Somatikk***Tabell nr 1: Aktivitet somatikk pr juli 2011*

DRG-aktivitet (poeng)		Avvik tom forrige periode	Avvik denne periode	Avvik tom denne periode	Avvik % -tom denne periode	Avvik % prognose mot budsjett
3200	Kostnadskrevende legemidler utenfor sykehus	0	0	0		
3201	Heldøgnpasienter	-122	-46	-168		
3202	Dagpasienter (eks dagkirurgi)	0	-9	-9		
3204	Poliklinikk (inkl dagkirurgi)	-261	-45	-306		
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	-383	-100	-483		
3205	DRG-produksjon - kjøp fra andre regioner	0	0	0		
	Sum DRG-poeng "Sørge for"	-383	-100	-483	-3 %	-1,5 %
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	-383	-100	-483		
321	Gjestepasienter - salg til andre regioner	-116	44	-72		
	Sum DRG-poeng produsert i egen region	-498	-56	-555	-3 %	-1,5 %

Det er lagt opp til en økning på 2,4 % i DRG-produksjonen knyttet til foretakets "sørge for" - aktivitet i 2011. Ut over dette kommer evt. endring knyttet til omfang av pasienter fra andre regioner som blir behandlet i HNT. Registrert DRG-aktivitet i juli viser et lite negativt avvik i forhold til plantallene for måneden. Akkumulert er det en svikt på om lag 3 % i forhold til akkumulerte plantall. Det er sammensatte årsaker til aktivitetssvikten, og det blir på dette grunnlag iverksatt tiltak. Det forventes at foretaket i sum skal oppnå planlagt aktivitet resten av året, men at det neppe er mulig å ta igjen hele svikten. På dette grunnlag prognostiseres en aktivitetssvikt på om lag 1,5 % på årsbasis.

1.1.2 Psykisk helsevern – pr tertial*Tabell nr 2: Aktivitet psykisk helsevern pr april 2011*

Aktivitet psykisk helsevern	Fre- kvens	Samme periode forrige år	Forrige periode	Denne periode	Endring siste periode	Endring siste periode i prosent	Refe- ranse
Voksne: Antall utskrivninger - døgn - sykehus	Tertial	319	351	334	-17	-4,8 %	1
Voksne: Antall utskrivninger - døgn - DPS	Tertial	104	104	91	-13	-12,5 %	2
Voksne: Antall oppholdsdøgn for døgnpasienter -	Tertial	6537	6117	5876	-241	-3,9 %	10

sykehus							
Voksne: Antall oppholdsdøgn for døgnpasienter - DPS	Tertial	2213	2437	2493	56	2,3 %	11
Voksne: Antall refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner (sum takster eksklusiv P15 og P16)	Tertial	14356	13866	14780	914	6,6 %	12
Voksne: Antall <u>innleggelser</u> til døgnbehandling ved psykiatriske sykehusavdelinger (fra bosted)	Tertial	336	441	350	-91	-20,6 %	14a
Voksne: Antall <u>innleggelser med tvang</u> til døgnbehandling ved psykiatriske sykehusavdelinger (fra bosted, §3.2 eller §3.3)	Tertial	54	53	49	-4	-7,5 %	16a
Voksne: Antall <u>innleggelser</u> til døgnbehandling ved DPS (fra bosted)	Tertial	77	78	78	0	0,0 %	14b
Voksne: Antall <u>innleggelser med tvang</u> til døgnbehandling ved DPS (fra bosted, §3.2 eller §3.3)	Tertial	11	9	9	0	0,0 %	16b
BUP: Antall utskrivninger (døgnpasient, eventuelt dagpasient)	Tertial	66	56	38	-18	-32,1 %	21
BUP: Antall oppholdsdøgn for døgnpasienter	Tertial	896	860	917	57	6,6 %	25
BUP: Antall refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner (sum takster eksklusiv P25 og P26)	Tertial	5185	4741	5026	285	6,0 %	26

Det er lagt opp til en økning på om lag 10 % i antall polikliniske konsultasjoner i foretakets psykiatriske avdelinger i 2011, med størst vekst innen BUP. For innlagte pasienter forventes en begrenset økning i tidligere etablerte avdelinger. 14. februar 2011 åpnet avdeling for rusrelatert psykiatri (ARP) tilknyttet Psykiatrisk klinikk med 6 behandlingsplasser. Denne enheten vil bidra til ny aktivitet på dette området.

Tabellen ovenfor viser aktivitetstall for psykisk helsevern for første tertial 2011. Statistikken bekrefter vridning fra innleggelse til poliklinikk, men økningen i poliklinikk er mindre enn forutsatt.

1.2 Produktivitet

Tabell nr 3: Produktivitet pr april 2011

Produktivitet	Fre- kvens	Samme periode forrige år	Forrige periode	Denne periode	Endring siste periode	Endring siste periode i prosent	Refe- ranse
DRG-poeng per brutto månedsverk somatikk (jf. egen spesifikasjon/uttaksrutine for månedsverk)	Mnd				0	#DIV/0!	
Poliklinikker PH voksne: Voksne: Antall takstkorrigerte konsultasjoner per månedsverk. Konsultasjoner (dvs. takster) vektet med takstbeløp, månedsverk basert på takst P11 - timerverk.	Tertial	39,45	34,63	39,11	4,48	12,9 %	12.22
Poliklinikker BUP: Antall takstkorrigerte konsultasjoner per månedsverk. Konsultasjoner (dvs takster) vektet med takstbeløp, månedsverk basert på takst P21 - timerverk.	Tertial	38,67	34,7	36,9	2,2	6,3 %	28.3

Tabellen ovenfor viser produktivitetstall for psykisk helsevern for første tertial 2011. Tall for somatisk virksomhet (DRG-poeng pr brutto månedsverk) utarbeides etter avtale av RHF-et.

1.3 Ventetider (Oppdaterte tall for juni og juli er ennå ikke tilgjengelige)

Tabell nr 4: Ventetider pr mai 2011

Ventetider	Fre- kvens	Mål	Forrige periode	Teller denne periode	Nevner denne periode	Denne periode	Endring fra forrige periode
Gj.snittlig ventetid for ventende pasienter innen somatikk	Mnd	65	99			93	-6
Median ventetid for ventende pasienter innen somatikk	Mnd		61			60	-1
Gj.snittlig ventetid for ventende pasienter innen PHV for BUP	Mnd	65	57			61	4
Median ventetid for ventende pasienter innen PHV for BUP	Mnd		47			60	13
Gj.snittlig ventetid for ventende pasienter innen PHV for VOP	Mnd	65	53			56	3
Median ventetid for ventende pasienter innen PHV for VOP	Mnd		43			49	6
Gj.snittlig ventetid for ventende pasienter innen TSB	Mnd	65	35			35	0
Median ventetid for ventende pasienter innen TSB	Mnd		35			21	-14
Andel fristbrudd for rettighetspasienter - for ventende pasienter	Mnd	0,0 %	2,7 %	82	3433	2,4 %	-0,3 %
Antall pasienter med rett til nødvendig helsehjelp som har ventet over 1 år	Mnd		6			3	-3

I tillegg til gjennomsnittlige ventetider fokuseres det nå også på mediane ventetider. Det har vært små endringer i registrerte ventetider siste måned. Det vil fortsatt bli arbeidet med å redusere ventetidene slik at en ved utgangen av 2011 kan oppfylle målsettingen om en gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter i spesialisthelsetjenesten ned mot 65 dager.

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

1.4 Kvalitetsindikatorer

Tabell nr 5: Kvalitetsindikatorer pr juli 2011

Kvalitetsindikatorer	Fre- kvens	Mål	Forrige periode	Teller denne periode	Nevner denne periode	Denne periode	Endring fra forrige periode
Andel epikriser sendt ut innen en uke	Mnd	100 %	84,1 %	1322	1488	88,8 %	4,8 %
Andel korridorpasienter	Mnd	0 %	1,1 %	71	5482	1,3 %	0,2 %

HNT nådde siste tertial 2010 målsettingen om at 80 % av alle epikriser skulle være sendt innen en uke etter avsluttet sykehusopphold. Denne målsettingen er for 2011 økt til 100 % innen en uke. HNT nådde 88,8 % i juli (+ 4,8 % - poeng i forhold til forrige måned) og vil arbeide for å øke denne andelen til fastsatte målkrav.

Det er et mål at foretaket ikke skal ha pasienter på korridor. Basert på målinger hver morgen lå 1,3 % av alle pasienter (egentlig liggedøgn) i juli på korridor. Dette er en økning på 0,2 % -poeng i forhold til forrige måned. Foretaket vil vurdere økt samhandling mellom avdelingene i foretaket for å unngå at pasienter ligger på korridor i en avdeling hvis det er ledige senger i andre enheter.

2 Økonomi

2.1 Resultat

Tabell nr 6: Resultat pr juli 2011

Resultatavvik		Avvik tom forrige periode	Avvik denne periode	Avvik tom denne periode
3	Inntekter	- 1 362	748	- 614
4	Varekostnader	82	3 713	3 795
5	Lønnskostnader	- 31 921	- 9 406	- 41 327
6,7,9	Andre driftskostnader	12 629	3 905	16 534
8	Finansposter	1 104	170	1 274
Årsresultat jf budsjett:		- 19 469	- 870	- 20 338
Avvik knyttet til ny aktuarberegning		19 675	3 285	22 960
Avvik korrigert for ny aktuarberegning		206	2 416	2 622

Protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag HF 08.02.11 fastslår at HNT skal et resultat lik 0 eller bedre i 2011. Samtidig er det påpekt at regnskapsførte pensjonskostnader for 2011 er økt etter at det økonomiske opplegget for foretaket ble fastsatt. For HNT utgjør dette en økt kostnad på 39,4 mill kroner. Dette fordeler seg med om lag 3,3 mill kroner i økte pensjonskostnader pr. måned i 2011.

Foretakets resultat viser i juli måned et avvik i forhold til budsjettet på – 0,9 mill kroner. Fratrullet økte pensjonskostnader på 3,3 mill kroner gir dette et korrigert avvik for juni på + 2,4 mill kroner og akkumulert på + 2,6 mill kroner.

2.1.1 Inntekter

Foretakets inntekter er siste måned litt høyere enn vedtatt budsjett.

2.1.2 Varekostnader

Varekostnadene er noe lavere enn budsjettet siste måned.

2.1.3 Lønnskostnader

3,3 mill kroner av merforbruket på lønn på 9,4 mill kroner i forhold til budsjett kan relateres til økte pensjonskostnader. Resten av merforbruket er fordelt på flere arter og steder.

Årets lønnsoppgjør er nå i hovedsak ferdigforhandlet, men ennå i liten grad effektuert. Resultatet av forhandlingene innebærer en beregnet økt lønnskostnad på årsbasis på om lag 12 mill kroner ut over budsjett. Det er foretatt avsetning for ennå ikke effektuert virkning av lønnsoppgjøret.

2.1.4 Andre driftskostnader

Under denne kostnadsgruppen er det (på art 7799) satt av en buffer på knapt 28 mill kroner for å sikre måloppnåelse hvis det skulle påløpe uforutsette kostnader eller bli svikt i inntektene. Ut over avvik på nevnte art er det siste måned også litt lavere kostnader enn budsjettet på enkelte andre poster.

2.1.5 Finansposter

Foretakets finanskostnader er litt lavere enn budsjettet siste måned.

2.2 Prognose

Tabell nr 7: Prognose pr juli 2011

Prognose - endring fra budsjett		Endring tom forrige periode	Endring denne periode	Endring tom denne periode
3	Inntekter	- 10 000		- 10 000
4	Varekostnader			0
5	Lønnskostnader	- 49 416	- 5 000	- 54 416
6,7	Andre driftskostnader	20 000	5 000	25 000
8	Finansposter			0
Årsprognose jf budsjett:		- 39 416	-	- 39 416
Knyttet til ny aktuarberegning		39 416		39 416
Korrigert for ny aktuarberegning		0	0	0

Som påpekt tidligere, vil foretakets pensjonskostnader i 2011 øke med 39,4 mill kroner i forhold til forutsetninger for årets budsjett. Prognose for årsresultatet settes på dette grunnlag til – 39,4 mill kroner.

2.2.1 Inntekter

Inntektene prognostiseres med en svikt på 10 mill kroner. Det har sammenheng med prognostisert aktivitetssvikt på 1,5 %.

2.2.2 Varekostnader

Varekostnadene prognostiseres som budsjettet.

2.2.3 Lønnskostnader

Lønnskostnadene prognostiseres med et avvik på – 39,4 mill kroner knyttet til økte pensjonskostnader. I tillegg er effekten av lønnsoppgjøret beregnet til å gi en merkostnad på om lag 12 mill kroner. Prognose avvik på årsbasis er derfor økt med 5 mill kroner til et samlet avvik på – 54,416 mill kroner (dvs. 15 mill kroner ut over økte pensjonskostnader).

2.2.4 Andre driftskostnader

Andre driftskostnader prognostiseres med en mindrekostnad på 25 mill kroner knyttet til avsatt buffer. Det er en økning for denne kostnadsgruppen på 5 mill kroner i forhold til forrige prognose.

2.2.5 Finansposter

Finanspostene prognostiseres som budsjettet.

2.3 Likviditet

Ved utarbeidelse av foretakets likviditetsbudsjett for 2011 hadde HMN ennå ikke fastsatt likviditetsmessige konsekvenser av reduserte pensjonskostnader i 2010 (108,2 mill kroner) og økt basistilskudd i 2010 (41,7 mill kroner). HMN har på dette grunnlag redusert driftstilskuddet til foretaket for april med knapt 90 mill kroner. Dette forholdet var ikke lagt inn i foretakets likviditetsbudsjett for 2011, men er nå hensyntatt ved utarbeiding av oppdatert likviditetsprognose for 2011.

Som en effekt av årets lønnsoppgjør har KLP varslet en økning i årets reguleringspremie på om lag 23 mill kroner. Dette er også hensyntatt i foretakets likviditetsprognose.

HNT er for 2011 tildelt en driftskredittramme i Fokus Bank på 200 mill kroner. Driften hittil viser at vi med god margin skal holde oss innen denne rammen (inkl. effekt av ovennevnte momenter).

2.4 Investeringer – pr tertial

Oppfølging av årets investeringer skal rapporteres hvert tertial. HMN har vedtatt at 50 % av overskudd i foretakets drift i 2010 kan benyttes til investeringer i 2011. Overskudd ut over resultatkrav for HNT i 2010 ble 51,7 mill kroner.

Foretakets investeringsbudsjett for 2011:

Økt egenkapitalinnskudd KLP	6,0 mill kr
Psykatribygg, Namsos (ekskl. overf. fra 2010)	19,0 mill kr
Diverse investeringer i bygg/HMS	3,7 mill kr
Medisinsk-teknisk og teknisk utstyr (HMN-ramme)	23,5 mill kr
50 % av overskudd fra drift 2010 til bygningstiltak (inkl. oppstart HOV/Int. Lev.) og MTU	25,8 mill kr
<u>Sum investeringer i 2011</u>	<u>78,0 mill kr</u>

Nytt psykiatribygg i Namsos er ferdig i samsvar med vedtatt tidsplan og kostnadsoverslag. Ferdigstillingen ble markert fredag 20. mai. For de øvrige investeringsområdene prognostiseres et årsforbruk innen vedtatte rammer.

2.5 Raskere tilbake

HNT er tildelt en ramme på 6,7 mill kroner for arbeid innenfor tiltaket "Raskere tilbake" i 2011. Det er utført arbeid innen dette tiltaket for 3,7 mill kroner t.o.m. juli. Det er ikke meldt aktivitet på dette tiltaket i juli måned.

3 HR

3.1 Bemanning/innleie

Tabell nr 8: Bemanning pr juli 2011

Bemanning		Samme periode forrige år	Denne periode	Endring samme periode forrige år	Budsjett denne periode	Avvik ift budsjett
Brutto månedsverk utbetalt	Totalt	2 353	2 403	51	2 373	30
	Psykisk helsevern	501	528	27	510	18
- Fravær		838	827	- 12		
Netto månedsverk utbetalt		1 515	1 577	62		

Foretakets bemanning, målt i brutto månedsverk, viser i juli et avvik på + 30, herav et avvik i psykisk helsevern på + 18. Tallene for juli representerer et større avvik enn tidligere måneder og vil bli fulgt opp med nærmere analyser og evt. tiltak. Akkumulerte tall t.o.m. juli måned viser 17 færre brutto utbetalte månedsverk i forhold til budsjettet.

3.2 Sykefravær

Tabell nr 9: Sykefravær pr juli 2011

Sykefravær snitt (%)	Samme periode forrige år	Denne periode	Endring samme periode forrige år	Mål denne periode	Avvik ift mål
Egenmelding	0,4 %	0,5 %	0,1 %		
Sykemelding	7,5 %	6,1 %	-1,4 %		
Samlet for foretaket:	7,9 %	6,6 %	-1,3 %	7,5 %	-0,9 %

I henhold til IA-avtalen er det et mål å redusere sykefraværet med 20 % til det er nede på et langsiktig mål på 7 % i 2013. HNT har for 2011 satt et mål på 7,5 %, noe som er en reduksjon på knapt 10 % i forhold til 2010. Faktisk sykefravær for HNT var i juli 2011 på 6,6 % og hittil i år på 7,8 %.

3.3 Deltid

Tabell nr 10: Andel deltid pr juli 2011

Bemanning	Samme periode forrige år	Denne periode	Endring samme periode forrige år	Mål (Snitt 2010-20%)	Avvik i forhold til mål
Totalt antall ansatte	3 372	3 460	88		
Antall ansatte i deltid	1 294	1 296	2		
Antall ansatte stillpst 0	708	728	20		
% andel deltid	38,4 %	37,5 %	-0,9 %	30,0 %	-7,4 %

Det er krav om at HF-ene, i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, skal redusere andel uønsket deltid med minst 20 prosent i løpet av 2011. For 2011 er det på dette grunnlag fastsatt et mål for andel deltid på 30,0 % av totalt antall ansatte. Juli-tallene viser en deltidsandel på 37,5 %.

4 Generell vurdering

Foretakets drift i juli er i all hovedsak i godt samsvar med de planer og vedtak som er gjort for driften i 2011. Dette gjelder i særlig grad overordnede målsettinger for økonomi. Det er fortsatt noe svikt i den DRG-baserte aktiviteten, noe som vil bli fulgt opp med tiltak i tiden framover. For de fleste kvalitetsmålene er det også god måloppnåelse, mens det for andre indikatorer fortsatt er nødvendig med tiltak for å øke graden av måloppnåelse.

Økte pensjonskostnader på 39,4 mill kroner i forhold til fastsatte rammevilkår tilsier at foretaket p.t. prognostiserer et økonomisk resultat for 2011 på – 39,4 mill kroner.

Levanger, 12.08.11

Arne Flaatt
adm. dir.
sign.



HELSETILSYNET

I NORD-TRØNDELAG

Rapport fra tilsyn med behandling av eldre pasienter med hjerneslag

ved

Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger

Virksomhetens adresse: Helse Nord-Trøndelag HF, 7600 Levanger
Tidsrom for tilsynet: 25. januar – 13. mai 2011
Kontaktperson i virksomheten: Avdelingssykepleier Karin Auran Sjølyst

Sammendrag

Pasientgruppen tilsynet omhandler er skrøpelige eldre som trenger bredere tilnærming enn yngre og sprekere pasientgrupper. For å avgrense tilsynets omfang er det valgt ut følgende områder hvor det kan være fare for svikt som kan få stor negativ betydning for den enkelte pasient:

- Observasjon, utredning og behandling de første 24 timene etter innleggelse på sykehuset
- Tidlig rehabilitering
- Forebygging av komplikasjoner og nye hjerneslag

Statens helsetilsyn har valgt tjenester til eldre som satsingsområde fra 2009 til 2012. Som en del av planleggingen av tilsynene i 2011, gjennomførte Statens helsetilsyn en risikovurdering for å identifisere inntil 15 av de viktigste risikoområdene innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre. Resultatene fra denne risikovurderingen er at behandlingen av eldre pasienter med hjerneslag er valgt som tema for landsomfattende tilsyn i spesialisthelsetjenesten i 2011. Tilsynet ble gjennomført som systemrevisjon.

Tjenestetilbudet til eldre pasienter med hjerneslag i Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger er organisert i medisinsk klinikk. Slagenheten består av 6 senger. Sykehuset Levanger har nylig gjennomført risiko- eller sårbarhetsvurdering i.f.t. slagbehandling. Ved tidspunkt for tilsynet var det ikke iverksatt tiltak i forhold til risikovurderingene.

Tilsyn med behandling av eldre pasienter med hjerneslag 2011
Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger

Bemanningen på sengeposten er ikke i samsvar med anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer. Under tilsynet kom det frem at det er ofte overbelegg ved slagenheten. Intervju og avviksmeldinger viser at det har forekommet uønskede hendelser som enheten begrunner i overbelegget.

Behandlingen av slagpasienter foregår tverrfaglig med lege, sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut. Disse har flere faste møter og jevnlig uformell kontakt. Tjenester fra fysioterapi er redusert utenom hverdager og lørdager. Ergoterapeut er kun til stede på hverdager. Sykehuset har logoped.

Sykehuset Levanger har kompetanseplaner og undervisningsplaner hvor opplæring i behandling av slagpasienter inngår.

Tilsynet viser at eldre slagpasienter er en prioritert pasientgruppe og at vurdering av behandlingsforløp skjer på bakgrunn av status for pasienten. De nasjonale faglige retningslinjene er kjent. Det er etablert prosedyrer for behandlingen og disse finnes i sykehusets elektroniske kvalitetssystem.

Enheten drives etter prinsippet for primærsykepleier. Flere sykepleiere har tatt "slagskolen" ved St. Olavs Hospital. En av sykepleierne har en rolle som slagsykepleier. Slagsykepleiers oppgave er beskrevet.

Sykehuset Levanger har faste prosedyrer for observasjon, utredning og medisinsk behandling de første 24 timene. Intervju viser at disse er kjent og at praksis i stor grad samsvarer med disse.

Verifikasjon viser at alle faggrupper dokumentasjon dekker vurderinger og tiltak. Tverrfaglighet fremkommer særlig i skjema for førstedagsvurdering. Av dokumentasjon fremkommer at pasienter og pårørende får informasjon. Det er rutine for at pasienter får med et utskrivningsnotat ved utreise. Sykehuset Levanger gjennomfører jevnlig en slagskole som er et tilbud for slagpasienter og deres pårørende. For å sikre kvaliteten av dokumentasjonen har helseforetaket iverksatt et system for journalgranskning basert på stikkprøver.

Forebygging av komplikasjoner og nye hjerneslag synes godt ivaretatt.

Verifikasjon viser at det tidlig tas kontakt med hjemkommune for å planlegge utskrivelse.

Sykehuset Levanger har et avvikssystem. Det er en høy bevissthet på avviksregistrering. Gjennom intervju sier alle faggrupper at de kan bruke systemet mer aktivt. Det er ikke etablert system for å gjennomgå trender.

Det ble ikke avdekket avvik under tilsynet. Det ble gitt en merknad.

Merknad

Sykehuset Levanger har et forbedringspotensial i å legge til rette for og evaluere sin virksomhet av behandlingen til eldre pasienter med hjerneslag.

Dato:

Ingrid Karin Hegvold
Ingrid Karin Hegvold
revisjonsleder

Toril Skjørholm
Toril Skjørholm
revisor

Innhold

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

1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter systemrevisjon ved Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger i perioden 25.01.2011 – 13.05.2011. Revisjonen inngår som en del av den planlagte tilsynsvirksomhet Helsetilsynet i Nord-Trøndelag gjennomfører i inneværende år. Dette er et landsomfattende tilsyn som gjennomføres regionalt med felles team fra Helsetilsynene i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal.

Helsetilsynet i fylket er gitt myndighet til å føre tilsyn med helsetjenesten etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 2.

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

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

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

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

2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold

Slagbehandlingen ved Helse Nord-Trøndelag HF er organisert i egne slagenheter; fire senger ved Sykehuset Namsos og seks senger ved Sykehuset Levanger.

Ved sykehuset Levanger er slagenheten organisert i Medisinsk klinikk. Slagenheten disponerer seks senger, samt to senger til geriatri.

Oversikt over aktiviteten:

	Innbyggere i nedslagsfeltet	Innlagt med diagnosen I 61, I 63 og I 64	Antall over 80 år	Antall som ikke lå på slagenheten
Sykehuset Namsos	39651	197	77	
Sykehuset Levanger	94711	373	125	

Sykepleietjenesten ved slagenheten er organisert i Medisinsk klinikk. Bemanningen for sykepleietjenesten i slagenheten følger ikke anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer. Enheten har en slagsykepleier.

Fysio- og ergoterapi- og logopeditjenesten er organisert i Rehabiliterings-klinikken. Denne tjenesten er tilnærmet lik anbefalingene i den nasjonale veilederen.

Begge sykehusene har en tverrfaglig behandling, med lege, sykepleier, fysio- og ergoterapeut. Ved Sykehuset Levanger gjennomføres en tverrfaglig førstedags-vurdering, samt en et ukentlig onsdagsmøte hvor de enkelte pasientforløpene gjennomgås. I tillegg er det flere uformelle tverrfaglige møter. Det gjennomføres også jevnlig møte i slagforum hvor systemene rundt slagbehandlingen gjennomgås.

Sykehuset Levanger har en slagskole. Her blir pasienter som har vært innlagt for slag, og som kan ha nytte av tilbudet, og deres pårørende invitert til å delta.

3. Gjennomføring

Systemrevisjonen omfattet følgende aktiviteter:

- **Revisjonsvarsel** ble utsendt 25. januar 2011.
- **Åpningsmøte** ble avholdt 11. mai 2011.
- **Intervjuer:** 11 personer ble intervjuet.
- **Oppsummeringsmøte** ble avholdt 12. mai 2011
- **Sluttmøte** ble avholdt 13. mai 2011.

Oversikt over dokumenter virksomheten har oversendt i forbindelse med tilsynet, samt oversikt over dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

4. Hva tilsynet omfattet

Tilsynet har som hovedmål å undersøke om spesialisthelsetjenesten gjennomsystematisk styring og forbedring sikrer forsvarlig behandling av eldre med diagnosen hjerneslag, uavhengig av om årsaken til hjerneslaget er infarkt eller blødning.

Med eldre menes i dette tilsynet personer over 80 år.

Pasientgruppen tilsynet omhandler er skrøpelige eldre som trenger bredere tilnærming enn yngre og sprekere pasientgrupper.

For å avgrense tilsynets omfang er det valgt ut følgende områder hvor det kan være fare for svikt som kan få stor negativ betydning for den enkelte pasient:

- Observasjon, utredning og behandling de første 24 timene etter innleggelse på sykehuset
- Tidlig rehabilitering
- Forebygging av komplikasjoner og nye hjerneslag

Det er valgt å se på observasjon, utredning og behandling i hovedsak de første 24 timene etter innleggelse fordi det er den mest kritiske fasen.

For et par av tilsynets temaer strekker den kritiske fasen seg utover 24 timer, og følgelig gjør også tilsynets fokus det.

5. Funn

Det ble ikke avdekket avvik under tilsynet. Det ble gitt en merknad.

Merknad

Sykehuset Levanger har et forbedringspotensial i å legge til rette for og evaluere sin virksomhet av behandlingen til eldre pasienter med hjerneslag

Merknaden bygger på følgende:

- Gjennom intervju og dokumentasjon som vi mottok under tilsynet kom det frem at det har forekommet uønskede hendelser som begrunnes i overbelegg.
- Bemanningsnormen i slagenheten, slik denne er definert, følger ikke anbefalinger i Nasjonale faglige retningslinjer.
- Turnuslege har ikke systematisert opplæring i rutiner for tverrfaglig slagbehandling og under intervju fremkommer at det ikke alltid blir sendt henvisning til fysio- og ergoterapi i henhold til interne rutiner.
- Det varierer hvorvidt ledelsen ved avdelingen gjennomgår kvaliteten på dokumentasjon fra de ulike faggrupper.
- Under intervju kom det frem at det ikke alltid er tilgjengelig telemetri. Det ble angitt at dette i noen tilfeller kunne medføre at enkelte pasienter ikke fikk anbefalt overvåkning.
- Intervju viser at tidlig rehabilitering er godt implementert, men ikke alltid mulig å gjennomføre som planlagt i helg og høytid.
- Det er en høy bevissthet på avviksregistrering, men gjennom intervju kom det frem at alle faggrupper mente at systemet kan benyttes mer aktivt.
- Enkeltavvik blir håndtert, men det er ikke system for å se på trender i avdeling/klinikk.

Tilsynsmyndigheten har for øvrig merket seg

- Slagpasienter behandles ved slagenheten
- Slagbehandlingen er tverrfaglig og det gjennomføres god 1. dags vurdering. Enheten har flere faste tverrfaglige møter
- Nasjonale faglige retningslinjer er kjent
- Det er utarbeidet lokale prosedyrer
- Intervju tilsier at prosedyrene som hovedregel følges
- Forebygging av komplikasjoner og nye hjerneslag synes godt ivaretatt
- Sykehuset Levanger har i forkant av tilsynet gjennomført en Risiko og sårbarhetsanalyse vedrørende behandlingsopplegg for pasienter med hjerneslag.

6. Regelverk

- Lov om spesialisthelsetjeneste
- Lov om pasientrettigheter
- Lov om helsepersonell
- Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten
- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- Forskrift om pasientjournal

7. Dokumentunderlag

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

- Standard for slagpasienter ved slagenheten, sykehuset Levanger
- Lysark – status for behandling av hjerneslag ved sykehus i Midt-Norge 2009
- Organisasjonskart Rehabiliteringsklinikken
- Organisasjonskart Medisinsk klinikk, Sykehuset Namsos
- Oversikt over avviksmeldinger 2009 og 2010
- Handlingsplan for IK- og HMS-arbeid i 2011
- Kompetanseplan for Fellesposten H 4
- Undervisningsprogram for nevrologisk avdeling 2010/2011
- Internundervisning medisinsk klinikk 2011
- Referat fra møter i slagforum
- Avviksmeldinger i 2010
- kompetanseplan
- Prosedyrer:
 - Rutiner for test av svelgfunksjon, inkl. sjekklister
 - Rutiner for 1.dagskartlegging – ergoterapi
 - Rutiner for identifisering av slagpasienter som kan få behandling med trombolyse
 - Rutine for behandling og observasjon
 - Hjerneinfarkt /malignt ødem. Akuttbehandling
 - Rutiner for behandling av glucosenivå
 - NHI stroke scale
 - Rutiner for behandling av delir
 - Trombolytisk behandling ved akutt hjerneinfarkt/Trombolystudie
 - Overvåkningsskjema ved trombolysbehandling
 - Glasgow coma scale
 - Observasjonsskjema i slagenheten
 - Rutine for spinalpunksjon
 - Rutiner for fysioterapiundersøkelse og behandling
 - Rutiner for pasientansvarlig lege
 - Rutiner av pasientansvarlig sykepleier
 - Oversikt over slagsykepleiers oppgaver

Dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket:

- Gjennomgang av 20 pasientjournaler
- Gjennomgang av et utvalg avvik fra 2010 og 2011
- Gjennomgang av elektronisk kvalitetssystemet

Korrespondanse mellom virksomheten og Helsetilsynet i Møre og Romsdal/ Sør-Trøndelag:

- Varselbrev fra Helsetilsynet i Nord-Trøndelag, 25. januar 2011
- Brev med program for formøte, datert 07.02.2011
- E-post fra Helse Nord-Trøndelag, datert 28. april 2011, med diverse dokumentasjon
- E-post fra Helse Nord-Trøndelag, datert 1. mars 2011, med diverse dokumentasjon
- Diverse e-poster om program for tilsynsdagene.

8. Deltakere ved tilsynet

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

Navn	Funksjon	Åpningsmøte	Inter-vju	Oppsum. møte
Tor Ivar Stamnes	Kvalitetssjef	X		X
Jens Horn	Overlege Slagenheten	X	X	X
Erik Hegbom	Ass.lege	X	X	
Randi G Balgård	Spes. fysioterapeut	X	X	X
Liv Solveig Nilsen	Ergoterapeut	X	X	
Margaret Melå Buran	Fagutviklingssykepleier	X	X	X
Solfrid Vinje	Slagsykepleier	X	X	
Anita Sagen Bakken	Sykepleier slagenheten	X	X	
Øystein Sende	Klinikkleder Medisin	X	X	X
Hilde Fosslund	Leder Sykepleiertjenesten	X	X	
Kari Auran Sjølyst	Avdelingssykepleier Med H		X	
Arne Flaata	Adm. Direktør		X	X
Jon Hjalmar Sørbø	Avd.overlege Med. klinikk	X	X	X

Fra tilsynsmyndighetene deltok:

Revisjonsleder: Seniorrådgiver Ingrid Karin Hegvold

Revisor: Rådgiver Toril Skjørholm

Revisor: Ass. fylkeslege Inger Williams

Revisor: Rådgiver Bente Kne Haugdahl

Observatør: Seniorrådgiver Wenche Skjær

Sluttmøte 13.05.2011 for Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger.

Navn	Stilling	Sykehus
Arne Flaata	Adm. Dir.	Helse Nord-Trøndelag HF
Lene Røttesmo	Fysioterapeut	Sykehuset Namsos
Kari S. Larsen	Avd.sykepl med avd.	Sykehuset Namsos
Arnhild Jacobsen	Spesial rådgiver	Sykehuset Namsos
Randi Sudbø Brandtzæg	Klinikkleder medisin	Sykehuset Namsos
Ole Petter Dahl	Nevrolog	Sykehuset Namsos
Norunn Hestvik	Avd.leder fysioterapi	Sykehuset Namsos
Marton Könyves		Sykehuset Namsos
Vera Krügel	Nevrolog	Sykehuset Namsos
Nils Grande	Sykepleier H 4	Sykehuset Namsos
Stephan Shüler	Overlege nevrologi	Sykehuset Namsos
Tor Ivar Stamnes	Kvalitetssjef	Helse Nord-Trøndelag HF
Jens Horn	Overlege Slagenheten	Sykehuset Levanger
Randi G Balgård	Spes.fysioterapeut	Sykehuset Levanger
Liv Solveig Nilsen	Ergoterapeut	Sykehuset Levanger
Margaret Melå Buran	Fagutvikl.sykepl	Sykehuset Levanger
Solfrid JS Vinje	Slagsykepleier	Sykehuset Levanger
Anita Sagen Bakken	Sykepleier	Sykehuset Levanger
Øystein Sende	Klinikkleder Medisin	Sykehuset Levanger
Hilde Fosslund	Leder sykepl.tjenesten	Sykehuset Levanger
Kari Auran Sjølyst	Avd.sykepleier	Sykehuset Levanger
Tore Andersen	Klinikkleder Rehab.kl.	Sykehuset Levanger
Jon Hjalmar Sørbø	Avd.overlege Med. klinikk	Sykehuset Levanger



HELSETILSYNET

I NORD-TRØNDELAG

Rapport fra tilsyn med behandling av eldre pasienter med hjerneslag

ved

Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos

Virksomhetens adresse: Helse Nord-Trøndelag HF, 7600 Levanger
Tidsrom for tilsynet: 25. januar – 13. mai 2011
Kontaktperson i virksomheten: Spesialrådgiver Arnhild Jacobsen

Sammendrag

Pasientgruppen tilsynet omhandler er skrøpelige eldre som trenger bredere tilnærming enn yngre og sprekere pasientgrupper. For å avgrense tilsynets omfang er det valgt ut følgende områder hvor det kan være fare for svikt som kan få stor negativ betydning for den enkelte pasient:

- Observasjon, utredning og behandling de første 24 timene etter innleggelse på sykehuset
- Tidlig rehabilitering
- Forebygging av komplikasjoner og nye hjerneslag

Statens helsetilsyn har valgt tjenester til eldre som satsingsområde fra 2009 til 2012. Som en del av planleggingen av tilsynene i 2011, gjennomførte Statens helsetilsyn en risikovurdering for å identifisere inntil 15 av de viktigste risikoområdene innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre. Resultatene fra denne risikovurderingen er at behandlingen av eldre pasienter med hjerneslag er valgt som tema for landsomfattende tilsyn i spesialisthelsetjenesten i 2011. Tilsynet ble gjennomført som systemrevisjon.

Tjenestetilbudet til eldre slagpasienter i Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos er organisert slik at alle pasienter med diagnosen hjerneslag behandles i nevrologisk avdeling, der 4 senger er øremerket slagbehandling. Personalet er organisert i to klinikker. Samarbeidet/samhandlingen ble påpekt å være god mellom de ulike faggruppene.

Bemanningen på sengeposten er ikke i samsvar med anbefalingen i nasjonale faglige retningslinjer. Gjennom intervju fremkommer det at dette kan medføre at pasienter på helg/høytid ikke alltid får den planlagte mobilisering/rehabilitering. Det er ikke gjennomført noen risikovurdering for tjenesten til slagpasienter.

Behandlingen av slagpasienter foregår tverrfaglig med lege, sykepleier, fysioterapeut og ergoterapeut. Disse har fast ukentlig møte og jevnlig uformell kontakt. Tjenester fra fysioterapi er redusert utenom hverdager og lørdager. Ergoterapeut er kun til stede på hverdager. Sykehuset har logopeditjeneste en dag annenhver uke. Ergoterapeut har i mangel av logoped fått opplæring og ivaretar noen av logopedoppgavene.

Sykehuset Namsos har kompetanseplaner og undervisningsplaner hvor opplæring i behandling av slagpasienter inngår.

Tilsynet viser at eldre slagpasienter er en prioritert pasientgruppe og at vurdering av behandlingsforløp skjer på bakgrunn av status for pasienten. De nasjonale faglige retningslinjene er kjent. Det er etablert prosedyrer for behandlingen og disse finnes i sykehusets elektroniske kvalitetssystem.

Enheten drives etter prinsippet for primærsykepleier. Flere sykepleiere har tatt "slagskolen" ved St. Olavs Hospital. En av sykepleierne har en rolle som fagutviklingssykepleier/slagsykepleier. Slagsykepleiers oppgave er ikke klart definert.

Sykehuset Namsos har faste prosedyrer for observasjon, utredning og medisinsk behandling de første 24 timene. Intervju viser at disse er kjent og at praksis i stor grad samsvarer med disse. Verifikasjon viser at dokumentasjonen er god fra alle faggruppene som er involvert i behandling/pleie.

Intervju viser at mobilisering/ tidlig rehabilitering er godt implementert i slagenheten. Gjennom intervju kom det frem at det i helg/høytid ikke alltid er mulig å følge det programmet som er satt opp.

Verifikasjon viser at alle faggrupper dokumenterer godt sine vurderinger og tiltak. Tverrfaglighet er i liten grad dokumentert, men fremkommer når en leser alle faggruppens notater.

Forebygging av komplikasjoner og nye hjerneslag synes godt ivaretatt.

Verifikasjon viser at det tidlig tas kontakt med hjemkommune for å planlegge utskrivelse.

Sykehuset Namsos har et avvikssystem. Alle faggruppene beskriver at dette ikke benyttes i tilstrekkelig grad og det er ikke etablert system for å gjennomgå trender.

Det ble ikke avdekket avvik under tilsynet. Det ble gitt en merknad.

Merknad

Sykehuset Namsos har et forbedringspotensial i å organisere, planlegge og evaluere sin virksomhet av behandlingen til eldre pasienter med hjerneslag.

Dato: 28. juni 2011

Ingrid Karin Hegvold
Ingrid Karin Hegvold
revisjonsleder

Toril Skjærholm
Toril Skjærholm
revisor

Innhold

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

1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter systemrevisjon ved Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Namsos i perioden 25.01.2011 – 13.05.2011. Revisjonen inngår som en del av den planlagte tilsynsvirksomhet Helsetilsynet Nord-Trøndelag gjennomfører i inneværende år. Dette er et landsomfattende tilsyn som gjennomføres regionalt med felles team fra Helsetilsynene i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal.

Helsetilsynet i fylket er gitt myndighet til å føre tilsyn med helsetjenesten etter lov om statlig tilsyn med helsetjenesten § 2.

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

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

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

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

2. Beskrivelse av virksomheten – spesielle forhold

Slagbehandlingen ved Helse Nord-Trøndelag HF er organisert i egne slagenheter; fire senger ved Sykehuset Namsos og seks senger ved Sykehuset Levanger.

Ved sykehuset Namsos er slagenheten organisert i en felles sengepost som administrativt ligger i Medisinsk klinikk. Nevrologisk disponerer 10 senger hvorav fire er forbeholdt slagbehandling.

Oversikt over aktiviteten:

	Innbyggere i nedslagsfeltet	Innlagt med diagnosen I 61, I 63 og I 64	Antall over 80 år	Antall som ikke lå på slagenheten
Sykehuset Namsos	39651	197	77	
Sykehuset Levanger	94711	373	125	

Nevrologisk enhet, som er organisert i Rehabiliteringsklinikken, har medisinsk faglig ansvar på systemnivå. Slagpasientene blir i akuttmodtaket tatt imot av medisinske turnusleger. Disse konsulterer nevrologiske leger på hverdager/dagtid og medisinske leger i vakttid.

Sykepleietjenesten ved slagenheten er organisert i Medisinsk klinikk. Bemanningsnormen for sykepleietjenesten i slagenheten følger ikke anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer.

Fysio- og ergoterapitjenesten er organisert i Rehabiliteringsklinikken. Denne tjenesten er tilnærmet lik anbefalingene i den nasjonale veilederen.

Begge sykehusene har en tverrfaglig behandling, med lege, sykepleier, fysio- og ergoterapeut. Ved Sykehuset Namsos er det tverrfaglig møte hver tirsdag, hvor de enkelte pasientforløpene gjennomgås. I tillegg er det flere uformelle tverrfaglige møter. Sykehuset Namsos har tilgang til logoped en dag hver andre uke.

3. Gjennomføring

Systemrevisjonen omfattet følgende aktiviteter:

- **Revisjonsvarsel** ble utsendt 25. januar 2011.
- **Åpningsmøte** ble avholdt 9. mai 2011.
- **Intervjuer:** 10 personer ble intervjuet.
- **Oppsummeringsmøte** ble avholdt 10. mai 2011
- **Sluttmøte** ble avholdt 13. mai 2011.

Oversikt over dokumenter virksomheten har oversendt i forbindelse med tilsynet, samt oversikt over dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

4. Hva tilsynet omfattet

Tilsynet har som hovedmål å undersøke om spesialisthelsetjenesten gjennomsystematisk styring og forbedring sikrer forsvarlig behandling av eldre med diagnosen hjerneslag, uavhengig av om årsaken til hjerneslaget er infarkt eller blødning.

Med eldre menes i dette tilsynet personer over 80 år.

Pasientgruppen tilsynet omhandler er skrøpelige eldre som trenger bredere tilnærming enn yngre og sprekere pasientgrupper.

For å avgrense tilsynets omfang er det valgt ut følgende områder hvor det kan være fare for svikt som kan få stor negativ betydning for den enkelte pasient:

- Observasjon, utredning og behandling de første 24 timene etter innleggelse på sykehuset
- Tidlig rehabilitering
- Forebygging av komplikasjoner og nye hjerneslag

Det er valgt å se på observasjon, utredning og behandling i hovedsak de første 24 timene etter innleggelse fordi det er den mest kritiske fasen.

For et par av tilsynets temaer strekker den kritiske fasen seg utover 24 timer, og følgelig gjør også tilsynets fokus det.

5. Funn

Det ble ikke avdekket avvik under tilsynet. Det ble gitt en merknad.

Merknad

Sykehuset Namsos har et forbedringspotensial i å organisere, planlegge og evaluere sin virksomhet av behandlingen til eldre pasienter med hjerneslag.

Merknaden bygger på følgende:

- Dokumentasjon og intervju viser at organiseringen av slagbehandlingen kan innebære en fare for svikt.
- Bemanningen er lavere en anbefalt av nasjonale faglige retningslinjer. Gjennom intervju fremkommer det at dette kan medføre at pasienter på helg/høytid ikke alltid får den planlagte mobilisering/rehabilitering.
- Det er ikke gjennomført risiko- eller sårbarhetsvurdering i.f.t. slagbehandling
- Gjennom intervju fremkom det at avvik i større grad kan benyttes. Enkeltavvik blir håndtert i ledelsen, men avdeling/klinikk har ikke system for å se på trender.
- Henvisning til fysio- og ergoterapeut blir ikke alltid foretatt i akuttinntak som beskrevet i prosedyre.

Tilsynsmyndigheten har for øvrig merket seg

- Alle slagpasienter behandles ved slagenheten
- Slagbehandlingen er tverrfaglig
- Nasjonale faglige retningslinjer er kjent
- Det er utarbeidet lokale prosedyrer
- Intervju tilsier at prosedyrene som hovedregel følges
- God dokumentasjon fra alle faggrupper
- Forebygging av komplikasjoner og nye hjerneslag synes godt ivaretatt

6. Regelverk

- Lov om spesialisthelsetjeneste
- Lov om pasientrettigheter
- Lov om helsepersonell
- Lov om statlig tilsyn med helsetjenesten
- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten
- Forskrift om pasientjournal

7. Dokumentunderlag

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

- Organisering av slagbehandling ved Sykehuset Namsos
- Organisasjonskart Rehabiliteringsklinikken
- Organisasjonskart Medisinsk klinikk, Sykehuset Namsos
- Oversikt over avviksmeldinger 2009 og 2010
- Handlingsplan for IK- og HMS-arbeid i 2011

- Kompetanseplan for Fellesposten H 4
- Undervisningsprogram for nevrologisk avdeling 2010/2011
- Internundervisning medisinsk klinikk 2011
- Prosedyrer:
 - Rekvisisjon for blod-, urin- og spinalvæskeundersøkelser
 - Mottak av pasienter med spørsmål om hjerneslag
 - Akuttbehandling ved hjerneinfarkt
 - Trombolyse ved hjerneinfarkt, inkl. flytskjema
 - Score ved Trombolysebehandling
 - Overvåkningsskjema
 - Svelgtest

Dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket:

- Gjennomgang av 20 pasientjournaler
- Gjennomgang av et utvalg avvik for 2010 og 2011
- Gjennomgang av kvalitetssystemet

Korrespondanse mellom virksomheten og Helsetilsynet i Møre og Romsdal/ Sør-Trøndelag:

- Varselbrev fra Helsetilsynet i Nord-Trøndelag, 25. januar 2011
- Brev med program for formøte, datert 07.02.2011
- E-post fra Helse Nord-Trøndelag, datert 24. februar 2011, med diverse dokumentasjon
- E-post fra Helse Nord-Trøndelag, datert 6. april 2011, med diverse dokumentasjon
- Tilsendt dokumentasjon fra Helse Nord-Trøndelag HF,
- Diverse e-poster om program for tilsynsdagene.

8. Deltakere ved tilsynet

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

Navn	Funksjon	Åpningsmøte	Intervju	Oppsum.-møte
Tore Andersen	Klinikkleder rehab.kl.	X	X	X
Randi S Brandtzæg	Klinikkleder medisin	X	X	X
Heidi Kjelbotn	Sekretær med.avd	X		
Håvard Solhaug	Ass.lege	X	X	X
Arne Flaatt	Direktør	X		
Lene Røttesmo	Fysioterapeut	X	X	X
Arnhild Jakobsen	Spesial rådgiver	X		
Thomas Guldvik	Ergoterapeut	X	X	
Kari S Larsen	Avd.sykepl med avd.	X	X	X
Vera Krügel	Nevrolog			X
Wenche Jønum Skaret	Slagsykepleier H4		X	X
Nils Grande	Sykepleier H 4		X	X
Ole Petter Dahl	Nevrolg		X	X
Norunn M Hestvik	Avd.leder fysioterapi			X
Stephan Schöler	Avd.overlege Nevrologi	X	X	X

Fra tilsynsmyndighetene deltok:

Revisjonsleder: Seniorrådgiver Ingrid Karin Hegvold

Revisor: Rådgiver Toril Skjørholm

Revisor: Ass. fylkeslege Inger Williams

Revisor: Rådgiver Bente Kne Haugdahl

Sluttmøte 13.05.2011 for Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger.

Navn	Stilling	Sykehus
Arne Flaatt	Adm. Dir.	Helse Nord-Trøndelag HF
Lene Røttesmo	Fysioterapeut	Sykehuset Namsos
Kari S. Larsen	Avd.sykepl med avd.	Sykehuset Namsos
Arnhild Jacobsen	Spesial rådgiver	Sykehuset Namsos
Randi Sudbø Brandtzæg	Klinikkleder medisin	Sykehuset Namsos
Ole Petter Dahl	Nevrolg	Sykehuset Namsos
Norunn Hestvik	Avd.leder fysioterapi	Sykehuset Namsos
Marton Könyves		Sykehuset Namsos
Vera Krügel	Nevrolog	Sykehuset Namsos
Nils Grande	Sykepleier H 4	Sykehuset Namsos
Stephan Shöler	Overlege nevrologi	Sykehuset Namsos
Tor Ivar Stamnes	Kvalitessjef	Helse Nord-Trøndelag HF
Jens Horn	Overlege Slagenheten	Sykehuset Levanger
Randi G Balgård	Spes.fysioterapeut	Sykehuset Levanger
Liv Solveig Nilsen	Ergoterapeut	Sykehuset Levanger
Margaret Melå Buran	Fagutvikl.sykepl	Sykehuset Levanger
Solfrid JS Vinje	Slagsykepleier	Sykehuset Levanger
Anita Sagen Bakken	Sykepleier	Sykehuset Levanger
Øystein Sende	Klinikkleder Medisin	Sykehuset Levanger
Hilde Fosslund	Leder Sykepl.tjenesten	Sykehuset Levanger
Kari Auran Sjølyst	Avd.sykepleier	Sykehuset Levanger
Tore Andersen	Klinikkleder Rehab.	Sykehuset Levanger
Jon Hjalmar Sørbø	Avd. overlege Med. klinikk	Sykehuset Levanger