

Styrets medlemmer

Vår ref.:	Deres ref.:	Arkiv:	Dato :
2011/1706 - 11475/2011		012	13.05.2011

Innkalling til styremøte**Møtedato:** Torsdag 19. mai 2011 kl. 1600 - 2000**Møtested:** Sykehuset Namsos – Biblioteket - Psykiatrisk klinikk

- | | |
|--------------------|--|
| Sak 22/2011 | Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 14.04.11 |
| Sak 23/2011 | Eiers styringskrav 2011 Helse Nord-Trøndelag HF, 1.tertialrapport |
| Sak 24/2011 | Strategi 2020 – Oppfølging i Helse Nord-Trøndelag |
| Sak 25/2011 | Langtidsbudsjett 2012 - 2017 |
| Sak 26/2011 | Orienteringssaker: <ul style="list-style-type: none">1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 04. og 05.05.112. Protokoll fra foretaksmøte 11.05.11 mellom Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF3. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 16.05.114. Ny finansieringsmodell5. Samhandlingsreformen
<i>Orientering av Daniel Haga, dir. i Helse Midt-Norge</i>6. Elektiv kirurgi7. Almlid-utvalget
<i>Orientering av Kolbjørn Almlid, utvalgsleder</i>8. Andre orienteringer |

Med hilsen
Steinar Aspli
Styreleder
Sign.Kopi:
Styrets varamedlemmer

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 14.04 2011 kl. 10.00 – 15.00
Møtested: Sykehuset Namsos
Saksnr.: 17/2011 - 21/2011
Arkivsaksnr.: 2011/1253

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende medlemmer:
Steinar Aspli
Ragnhild Torun Skjerve
Siw Bleikvassli
Torbjørge Vanvik
Peter Himo
Jørgen Selmer
Rolf Gunnar Larsen
Torgeir Schmidt-Melbye
Inger Anne Holm
Margrete Mære Husby

Forfall:
Inger Marit Eira-Åhrén

Fra Brukerutvalget møte: Øystein Bjørnes

Fra Samarbeidsutvalget møte: Hege Sørlic

Fra administrasjonen møte:

Adm. direktør	Arne Flaatt
Ass. direktør	Mads E. Berg
Kst fagsjef	Dagfinn Thorsvik
Personalsjef	Aud-Mai Sandberg
Personalrådgiver	Atle Busch
Informasjonssjef	Trond G. Skillingstad (referent)

Merknader til møtet: Ingen merknader.

Merknader til innkalling og sakliste:

Steinar Aspli orienterte om mottatte høringsuttalelser til sak 18/2011 som ble delt ut i tilknytning til saken.

Innkalling utsendt pr. e-post 08.04 2011. Saksframlegg publisert på internettløsningen for styresaker.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Sak 17/2011 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 17.03.11

Protokoll

Steinar Aspli viste til protokollen og opplyste om at orientering om Almlid-utvalget flyttes til neste møte.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Møteprotokoll fra styremøtet 17.03.11 godkjennes.

Sak 18/2011 Revisjon av prehospital plan for Helse Midt-Norge

Protokoll

Torbjørgh Vanvik ønsket å melde seg inhabil i behandling av saken, på grunn av videre regional behandling av prehospital plan etter behandling i styrene for de lokale helseforetakene. Styret erklærte Vanvik inhabil i saken.

Høringsuttalelser fra Legegruppen ved Sykehuset Namsos (datert 14.04 2011) NHO Service (datert 13.04 2011) ble delt ut i møtet. Styreleder satte av tid i møtet til gjennomlesing av høringsuttalelsene.

Administrerende direktør gjennomgikk utredningen og vesentlige punkt som legges til grunn for innstilling til vedtak.

Leder av Brukerutvalget, Øystein Bjørnes, viste til Brukerutvalgets vedtak om prehospitale tjenester som understøtter direktørens innstilling.

Jørgen Selmer fremmet følgende alternativ til direktørens innstilling punkt 1 og 2:

1. *Ambulansedrift er en del av spesialisthelsetjenesten og en integrert del av foretakenes kjernevirksomhet. Styret i Helse Nord-Trøndelag anbefaler derfor at Helse Midt-Norge vedtar å drive ambulansetjenesten i egen regi.*
2. *Forutsatt at AMK i Nord-Trøndelag i fremtiden rekrutterer nok kvalifisert personell og leverer tjenester av høy kvalitet, vil styret i Helse Nord-Trøndelag anbefale en AMK-sentral i hvert foretak.*

Siw Bleikvassli fremmet følgende alternativ til direktørens innstilling punkt 1:

Styret i Helse Nord-Trøndelag anbefaler at dagens ordning med konkurransesetting av ambulansedrift videreføres for en ny periode på inntil sju år.

Administrerende direktør endret sin innstilling i punkt 4 til følgende ordlyd:

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

MØTEPROTOKOLL

*Ansvar for stasjonering av ambulanser bør tilligge det lokale helseforetaket.
Helse Nord-Trøndelag ønsker å opprettholde dagens stasjonsstruktur for ambulanser, og jevnlig
drøfte en forsvarlig struktur med kommunene.*

Steinar Aspli fremmet følgende tilleggsforslag til direktørens innstilling punkt 2:

*Det forutsettes at AMK i Nord-Trøndelag i fremtiden rekrutterer nok kvalifisert personell og leverer
tjenester av høy kvalitet.*

Jørgen Selmer trakk sitt alternative forslag til vedtakspunkt 2.

Styrets avstemning punktvis i vedtaket:

Punkt 1:

Styret stemte først over forslag fra Siw Bleikvassli

Forslag til nytt punkt 1 fra Siw Bleikvassli falt mot en stemme.

Administrerende direktørs innstilling ble deretter satt opp mot alternativt vedtak fra Jørgen Selmer.

Forslag fra Jørgen Selmer fikk sju stemmer. Administrerende direktørs innstilling fikk to stemmer. Administrerende direktørs innstilling falt.

Punkt 2:

Punkt 2 i administrerende direktørs innstilling ble enstemmig vedtatt.

Tilleggsforslag fra Steinar Aspli ble enstemmig vedtatt.

Punkt 3:

Punkt 3 i administrerende direktørs innstilling ble enstemmig vedtatt.

Punkt 4:

Ny innstilling fra administrerende direktør ble enstemmig vedtatt.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak

1. Ambulansedrift er en del av spesialisthelsetjenesten og en integrert del av foretakenes kjernevirksomhet. Styret i Helse Nord-Trøndelag anbefaler derfor at Helse Midt-Norge vedtar å drive ambulansetjenesten i egen regi.
2. AMK utgjør et praktisk og strategisk kommunikasjonsknutepunkt internt i helseforetak. Styret i Helse Nord-Trøndelag anbefaler en AMK-sentral i hvert foretak. Det forutsettes at AMK i Nord-Trøndelag i fremtiden rekrutterer nok kvalifisert personell og leverer tjenester av høy kvalitet.
3. Helse Nord-Trøndelag har til enhver tid ansvar for drift innenfor forsvarlige rammer på alle områder. Dette gjelder også ambulansetjenesten. Utfordringer i tjenesten vil drøftes med kommunene og vurderes i lys av intensjoner og muligheter som Samhandlingsreformen skaper.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

MØTEPROTOKOLL

4. Ansvar for stasjonering av ambulanser bør tilligge det lokale helseforetaket. Helse Nord-Trøndelag ønsker å opprettholde dagens stasjonsstrukturer for ambulanser, og jevnlig drøfte en forsvarlig struktur med kommunene.

Sak 19/2011 Oppfølging av Strategi 2020

Protokoll

Administrerende direktør viste til de 26 punktene i Helse Midt-Norges strategi 2020. Oppfølging av punktene er tredelt: Oppfølging av Helse Midt-Norge RHF, oppfølging gjennom regionale prosjekt og oppfølging av lokale helseforetak.

Administrerende direktør viste punktene hvor oppfølgingsansvaret tilligger Helse Nord-Trøndelag. Områdene tilknyttet fødetilbud, akuttkirurgisk tilbud og bruk av vakt er berørt i tidligere saker i styret for Helse Nord-Trøndelag. Administrerende direktør ba derfor om føringer for den administrative oppfølgingen av disse punktene i strategivedtaket.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Styret tar saken til orientering, og gir følgende føringer for det videre arbeidet:

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.

Framdrift i utredningen sammenholdes med øvrige felter i Strategi 2020.

Sak 20/2011 Sykefravær – arbeidet med inkluderende arbeidsliv (IA) i Helse Nord-Trøndelag

Protokoll

Personlrådgiver Atle Busch gikk gjennom Helse Nord-Trøndelags arbeid knyttet til Inkluderende Arbeidsliv, og retning i arbeidet knyttet til økt nærvær. Busch viste til spesifikke tiltak rettet mot enkeltpersoner, og en generell satsing på arbeidsmiljø.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Vedtak

Styret tar saken til orientering

Sak 21/2011 Orienteringer

Protokoll

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 07.04.11
 - Steinar Aspli viste til protokollen.
 - Torbjörg Vanvik viste til enkeltpunkter i styrets protokoll og orienterte spesielt om sammenslåingsprosessen i Møre og Romsdal
2. Protokoll fra møte i Samarbeidsutvalget 31.03.11
 - Steinar Aspli viste til protokollen.
 - Hege Sørli viste spesielt til arbeidet med ny avtale mellom kommunene og helseforetaket
3. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 11.04.11
 - Steinar Aspli viste til protokollen.
4. Driftsrapport for mars 2011
 - Assisterende direktør Mads Berg gikk gjennom hovedindikatorer for drift og kvalitet i mars. Økonomisk resultat er foran budsjett. Aktivitet er noe etter plan. Resultater for de fleste kvalitetsindikatorer viser en positiv utviklingsretning.
5. Arbeidsmiljøundersøkelsen 2011
 - Personalsjef Aud-Mai Sandberg gjennomgikk resultatene fra arbeidsmiljøundersøkelsen i Helse Midt-Norge 2011. Svarprosent regionalt var 78 prosent, i Helse Nord-Trøndelag 84 prosent. Høy svarprosent gir solide tall for videre oppfølging av resultatene.
 - Resultatene viser at Helse Nord-Trøndelag skårer høyest på alle områder av sykehusforetakene i Helse Midt-Norge.
6. Helseforetakenes gjennomgang mht overholdelse av arbeidstidsbestemmelser med mer i egen virksomhet
 - Personalsjef Aud-Mai Sandberg viste til oppfølging av brudd på arbeidstidsbestemmelser, slik det er gjort rede for i rapport til Helse Midt-Norge. Helse Nord-Trøndelag har vist til nærmere 1000 brudd på bestemmelsene gjennom 2010. Målt mot andre foretak, er antallet brudd lavt. Sandberg viste til tiltak som er iverksatt for å unngå tilsvarende regelbrudd framover.
7. Organisering av PCI behandling i Midt-Norge
 - Kst. fagsjef Dagfinn Thorsvik gjorde rede for en regional utredningsprosess knyttet til PCI-behandling i Midt-Norge. Spørsmålet er om PCI-behandling skal bygges opp i Ålesund i tillegg til St. Olavs Hospital. En regional faggruppe for kardiologi har enstemmig tilrådt fortsatt samling av all PCI-behandling i Helse Midt-Norge ved St. Olavs Hospital.
8. Styrets årsberetning 2010, endelig godkjenning av styreleder jf vedtak i sak 14/2011

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

- Steinar Aspli viste til endringer gjort i årsberetningen før endelig oversendelse til Helse Midt-Norge
- 9. Andre orienteringer
 - Neste møte forberedes orientering om ventetid og nye helselover.
 - Neste styremøte endres på grunn av åpning av nytt psykiatribygg 20. mai. Styremøte startes derfor kl. 16.00 19. mai og avsluttes med middag på kvelden. Styret deltar på åpningen påfølgende dag.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Styret tar sakene til orientering

Steinar Aspli

Ragnhild Torun Skjerve

Siw Bleikvassli

Torbjørge Vanvik

Torgeir Schmidt-Melbye

Inger Anne Holm

Rolf Gunnar Larsen

Peter Himo

Jørgen Selmer

Margrete Mære Husby

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 23/2011 Eiers styringskrav 2011 Helse Nord-Trøndelag HF, 1.tertialrapport

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	19.05.11	23/2011

Saksbeh: Sveinung Aune

Arkivkode: 012

Saksmappe: 1706/2011

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar status, pr. 1.tertial, for oppfølging av styringskrav 2011 gitt av eier gjennom styringsdokument og foretaksmøteprotokoller til etterretning.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar administrerende direktørs vurderinger av risikoområder til etterretning og ber om at områdene med kritisk og høy risiko blir fulgt opp med korrigerende tiltak, slik at mål kan nåes og oppgaver blir løst.

SAKSUTREDNING:

Sak 23/2011 Eiers styringskrav 2011 Helse Nord-Trøndelag HF, 1.tertialrapport

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. AD-rapport av 12.mai 2011.
2. Samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument 2011 og foretaksmøteprotokoller.

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Styringsdokument 2011 for Helse Nord-Trøndelag HF.
2. Oppdragsdokument 2011 Helse Midt-Norge RHF.
3. Foretaksmøteprotokoll for HNT av 08.02.2011.

BAKGRUNN

Gjennom styresak 02/2011 Årlig melding ble status for 2010 og planer for de nærmeste årene behandlet.

Den 15.februar 2011 ble styresak 07/2011: Styringsdokument 2011 for Helse Nord-Trøndelag HF og Foretaksmøteprotokoll av 08.02.2011. Oppfølging fra administrerende direktør, behandlet. Her ble styret orientert om hvordan administrerende direktør vil følge opp eiers samlede styringskrav.

Gjennom AD-rapportene er styret for Helse Nord-Trøndelag HF orientert om status i forhold til hovedelementer i styringsdokument og foretaksmøteprotokoll.
(O-saker i styremøtene 15/2, 17/3 og 14/4)

I AD rapportene er det gjennom mal gitt av HMN RHF fokus på:

- Helsefag
 - Aktivitet
 - Produktivitet
 - Ventetider
 - Kvalitetsindikatorer
 - Epikrisetid
 - Korridorpasienter
- Økonomi
 - Resultat
 - Prognoser
 - Likviditet
 - Investeringer
 - Raskere tilbake
- HR
 - Bemanning/innleie
 - Sykefravær
 - Deltid

- Generell vurdering av status i HF

Nå presenteres styret for AD-rapport pr. 30.04.2011 (Vedlegg 1) og liste med samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument 2011 og foretaksmøteprotokoller av 30.04.2011 (Vedlegg 2).

Dette danner til sammen grunnlag for tertialrapport nr. 1, der eiers samlede styringskrav for 2011 besvares.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Styringsdokumentet 2011 og foretaksmøteprotokollen av 08.02.2011 består av 159 styringsparametere, små og store oppgaver. Målsettinger og oppgaver er risikovurdert etter en mal fra Helse Midt-Norge RHF. Vi har forut for 1.tertial rapporteringen gjennomført workshop i risikostyring med ansvarlige ledere og saksbehandlere, og satset på å styrke denne delen av vår styringsmodell.

Oppgavene vurderes ut fra sannsynlighet for og konsekvens av å ikke nå målet/løse oppgaven. For områder med kritisk risiko (rød) og høy/middels risiko (gul) vil det kreves at tiltak settes inn for å redusere risikoen og realisere mål/forventa resultat.

Kravet fra Helse Midt-Norge RHF er at ved 1.tertialrapportering skal tiltak knyttet til oppgavene være registrert i matrisen.

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

	Kritisk risiko (rød)	Høy/moderat risiko (gul)	Lav risiko (grønn)
Antall mål og oppgaver	4	45	108

I vedlegg 2: Matrise virksomhetsportal finnes en full oversikt, som også er elektronisk tilgjengelig for ansatte i Helse Midt-Norge. 35 av kravene vurderes allerede som oppfylt. 2 av oppgavene er ikke risikovurdert enda. Enten fordi disse skal besvares i årlig melding eller det mangler grunnleggende avklaringer og forutsetninger for å gjennomføre risikovurderinger.

4 oppgaver vurderes å ha kritisk risiko og de omtales nedenfor: (Rød)

A: Behandling av sykelig overvekt: Helse Nord-Trøndelag HF skal etablere og videreføre samarbeid med kommuner om behandlingstilbud og kompetanseutvikling (7.5.3)

Helse Nord-Trøndelag har et godt tilbud i forhold til kirurgisk behandling av voksne med sykelig overvekt. All behandling skjer utfra et tverrfaglig perspektiv ut fra et fastsatt pasientforløp. Kapasiteten er i de siste to årene fordoblet. Utfordringen er å utvikle et godt tilbud i tillegg til kirurgisk behandling i samarbeid med kommuner og andre aktører.

B: Behandling av sykelig overvekt : Helse Nord-Trøndelag HF skal videreføre arbeid i tverrfaglig overvektspoliklinikk (7.5.4)

Det er utarbeidet planer og prosjektbeskrivelser for en tverrfaglig overvektspoliklinikk for barn, ungdom og voksne. Det er søkt om prosjektmidler fra Helse Midt-Norge, men hoveddelen av finansieringen må komme fra foretaket selv. Intern organisering og ansvar for tilbudet er ennå ikke

avklart. Man ønsker å bygge på erfaringer fra igangsatte tiltak og prosjekt. Det er foreløpig usikkert om tiltaket vil være mulig å prioritere inneværende år.

C: Aktivitetsmål - psykisk helsevern BUP (3.2)

Måltall: Antall polikliniske kons: 18.850, Antall utskrivinger: 130 og Antall oppholdsdøgn: 2.260.

Per april	Faktisk	Plantall	Avvik
Konsultasjoner	5026	6953	-1927
Utskrivninger	38	48	-10
Oppholdsdøgn	917	834	83

Rapportering per april viser at man er betydelig bak plan mht antall konsultasjoner. Antall utskrivinger er også svakere enn plan, mens antall oppholdsdøgn viser et positivt avvik.

Man har ikke fått foretatt de planlagte ansettelse i begynnelsen av året, men per mai er situasjonen bedret, og man har så godt som alle planlagte ansettelse på plass i løpet av inneværende måned. Det har også vært mange sykemeldinger hittil i år. Produktivitet per ansatt hittil i år er i henhold til plan. Når nå alle nyansatte er på plass, vil man ved god introduksjon sørge for at de kommer raskt i produksjon. I tillegg arbeider man kontinuerlig for å redusere sykefravær. Samlet sett vil man ikke klare aktivitetsmålet på årsbasis, da man ikke vil klare å ta igjen det akkumulerte avviket hittil i år.

E: Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning: Helseforetaket skal gjennomføre minst 1 lokal brukerundersøkelse. Det skal blant annet rettes oppmerksomhet mot forbedringsområdene som er avdekket i den nasjonale brukerundersøkelsen "Kreftpasienters erfaringer med somatiske sykehus i 2009" PasOpp-rapport nr 2 2010. (6.2.2.5)

Helseforetaket har per i dag ikke utviklet apparat, metodikk eller kompetanse til å gjennomføre systematiske brukerundersøkelser. Vi vil ta opp saken med Helse Midt-Norge for å avklare deres rolle i forhold til felles standardiserte brukerundersøkelser i regionen (jfr. pkt. 14 i Strategi 2020).

ØVRIGE OMRÅDER SOM HAR SÆRSKILT FOKUS:

Gjennom inngåtte lederavtaler vil det i oppfølgingen fra administrerende direktør være fokus på: (Dialogmøter m.v)

- Aktivitet og kostnadskontroll
- Ventetider og fristbrudd
- Medarbeiderutvikling
 - Sykefravær
 - Deltid

Aktivitet og kostnadskontroll:

For somatikken så ligger DRG aktiviteten etter planen i 1.tertial, og man har et samlet negativt avvik på 512 DRG poeng (-5,1%). Økt legekapasitet i resten av året gjør at prognosen ved årets slutt er et avvik på ca. 1,5%. Innenfor voksenpsykiatrien ligger også aktiviteten etter planen med et avvik på ca. 10%. Svikten i barne- og ungdomspsykiatrien er tidligere omtalt under pkt C. ovenfor.

Pr. 1.tertial er det et akkumulert resultat hittil i år på 18,9 mill kroner mot et budsjett på 14,0 mill kroner . Dette gir så langt et positivt avvik på 4,9 mill kroner ift budsjett.

Prognosen for 2011 på ordinær drift er i henhold til budsjett (årsresultat lik 0). Det er fortsatt noe uklart om foretaket skal dekke økte pensjonskostnader innen gitte rammer

Ventetider og fristbrudd

Ventetider

Gjennom handlingsplan for reduksjon av den totale ventetid ned mot 65 dager er det satt målsetninger om kraftige reduksjoner i ventetid i løpet av 2011. Pr. utgangen av 1.tertial er samlet ventetid for foretaket 96 dager. Fordelt på fagområder har somatikk 99 dager, psykisk helsevern 55 dager og rus 35 dager. Det er satt i verk en rekke tiltak i somatikken for å redusere ventetiden. Hovedtiltakene er rettet mot å frigjøre kapasitet innenfor de polikliniske tjenestene, skaffe alternative somatiske spesialisttjenester innen "private" tjenester og ha en kontinuerlig ryddighet i ventelistene.

Fristbrudd

Målsettingen er at fristbrudd ikke skal forekomme Andel fristbrudd for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp ligger ved utgangen av 1.tertial på 2,7%. I somatikken er andelen 2,1%, voksenpsykiatrien 1,3% og barne- og ungdomspsykiatrien 18,3%. Videre arbeid med å hindre at fristbrudd oppstår sees i sammenheng med handlingsplan for reduksjon av total ventetid ned mot 65 dager. Man fortsetter arbeidet med månedlige rydderutiner og opplæring i bruk av PAS.

Sykefravær

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 april 2011 på 7,5 %.

Deltid

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. April-tallene viser en deltidsandel på 36,1 %.

DRØFTING

Administrerende direktør ser det som viktig at Helse Nord-Trøndelag HF har risikovurdert mål, styringsparametre og de aller fleste oppgavene i styringsdokumentet og at det blir satt krav om at det settes inn korrigerende tiltak for å redusere risikoen på de områdene måloppnåelse har alvorlige konsekvenser og virker minst sannsynlig.

Gjennom styringsdialogen og regelmessige dialogmøter følger administrerende direktør opp overfor lederne i organisasjonen.

Det jobbes kontinuerlig for å finne gode løsninger på de viktigste mål og oppgaver innenfor dagens rammer. Kan ikke oppgavene løses innenfor dagens rammer må ressurser vurderes omfordelt. Helse Nord-Trøndelag HF`s arbeidsform i forhold til eiers samlede styringskrav utvikler seg dermed forhåpentlig fra risikorapportering til risikostyring

KONSEKVENSER/KONKLUSJON

Som det fremgår av denne styresaken har Helse Nord-Trøndelag HF identifisert 4 mål/oppgaver med kritisk risiko og 45 mål/oppgaver med høy/moderat risiko i forhold til eiers samlede styringskrav gjennom styringsdokument 2011 og foretaksmøteprotokoll av 08.02.2011.

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

Administrerende direktør mener at det er meget krevende å skulle følge opp og rapportere på så mange store og små oppgaver slik det legges opp til. Likevel mener direktøren at statusrapporten etter 1.tertial viser at Helse Nord-Trøndelag HF er i rute i forhold til økonomisk resultat, herunder planlagte effektiviseringstiltak.

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

Levanger, 13.mai 2011

Arne Flaatt
Adm.direktør

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

Tabell nr 1: Aktivitet somatikk pr april 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		-1,5 %
3201	Heldøgnpasienter	-65	-119	-184		-1,5 %
3202	Dagpasienter (eks dagkirurgi)	-5	7	2		-1,5 %
3204	Poliklinikk (inkl dagkirurgi)	-176	-82	-258		-1,5 %
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	-247	-194	-441		-1,5 %
3205	DRG-produksjon - kjøp fra andre regioner	0	0	0		-1,5 %
	Sum DRG-poeng "Sørge for"	-247	-194	-441	-4 %	-1,5 %
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	-247	-194	-441		-1,5 %
321	Gjestepasienter - salg til andre regioner	-54	-18	-71		-1,5 %
	Sum DRG-poeng produsert i egen region	-301	-212	-512	-5 %	-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 april viser en svikt i forhold til plantallene for måneden. Akkumulert er det en svikt på om lag 5 % 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 svikten i 1. tertial. 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

Aktivitet psykisk helsevern	Fre-kvens	Samme periode forrige år	Forrige periode	Denne periode	Endring siste periode	Endring siste periode i prosent	Referanse
Voksne: Antall utskrivninger - døgn - sykehus	Tertial						1
Voksne: Antall utskrivninger - døgn - DPS	Tertial						2
Voksne: Antall oppholdsdøgn for døgnpasienter - sykehus	Tertial						10

Voksne: Antall oppholdsdøgn for døgnpasienter - DPS	Tertial						11
Voksne: Antall refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner (sum takster eksklusiv P15 og P16)	Tertial						12
Voksne: Antall <u>innleggelser</u> til døgnbehandling ved psykiatriske sykehusavdelinger (fra bosted)	Tertial						14a
Voksne: Antall <u>innleggelser med tvang</u> til døgnbehandling ved psykiatriske sykehusavdelinger (fra bosted, §3.2 eller §3.3)	Tertial						16a
Voksne: Antall <u>innleggelser</u> til døgnbehandling ved DPS (fra bosted)	Tertial						14b
Voksne: Antall <u>innleggelser med tvang</u> til døgnbehandling ved DPS (fra bosted, §3.2 eller §3.3)	Tertial						16b
BUP: Antall utskrivninger (døgnpasient, eventuelt dagpasient)	Tertial						21
BUP: Antall oppholdsdøgn for døgnpasienter	Tertial						25
BUP: Antall refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner (sum takster eksklusiv P25 og P26)	Tertial						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.

Aktivitetstallene i psykiatri oppdateres hvert tertial og skal rapporteres innen 25. mai.

1.2 Produktivitet

Tabell nr 3: Produktivitet pr

Produktivitet	Fre-kvens	Samme periode forrige år	Forrige periode	Denne periode	Endring siste periode	Endring siste periode i prosent	Referanse
DRG-poeng per brutto månedsverk somatikk (jf. egen spesifikasjon/uttaksrutine for månedsverk)	Mnd						
Poliklinikker PH voksne: Voksne: Antall takstkorrigerte konsultasjoner per månedsverk. Konsultasjoner (dvs. takster) vektet med takstbeløp, månedsverk basert på takst P11 - timerverk.	Tertial						12.22
Poliklinikker BUP: Antall takstkorrigerte konsultasjoner per månedsverk. Konsultasjoner (dvs takster) vektet med takstbeløp, månedsverk basert på takst P21 - timerverk.	Tertial						28.3

Det er ennå ikke tilgjengelige produktivitetstall for somatisk virksomhet for april måned. Tall for psykisk helsevern rapporteres tertialvis.

1.3 Ventetider

Tabell nr 4: Ventetider pr april 2011

Ventetider	Fre- kvens	Mål	Forrige periode	Teller denne periode	Nevner denne periode	Denne periode	Endring fra forrige periode
Gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter innen somatikk	Mnd	65	97			99	2
Median ventetid for ventende pasienter innen somatikk	Mnd		57			61	4
Gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter innen PHV for BUP	Mnd	65	53			57	4
Median ventetid for ventende pasienter innen PHV for BUP	Mnd		41			47	6
Gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter innen PHV for VOP	Mnd	65	46			53	7
Median ventetid for ventende pasienter innen PHV for VOP	Mnd		35			43	8
Gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter innen TSB	Mnd	65	27			35	8
Median ventetid for ventende pasienter innen TSB	Mnd		22			35	13
Andel fristbrudd for rettighetspasienter - for ventende pasienter	Mnd	0,0 %	3,4 %	95	3508	2,7 %	-0,7 %
Antall pasienter med rett til nødvendig helsehjelp som har ventet over 1 år	Mnd		13			6	-7

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 april 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 %	85,0 %	1473	1822	80,8 %	-4,2 %
Andel korridorpasienter	Mnd	0 %	1,5 %	145	6246	2,3 %	0,9 %

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 80,8 % i april (- 4,2 % 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 2,3 % av alle pasienter (egentlig liggedøgn) i april på korridor. Dette er en økning på 0,9 % 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 april 2011

Resultatavvik		Avvik tom forrige periode	Avvik denne periode	Avvik tom denne periode
3	Inntekter	-2 596	-3 615	-6 210
4	Varekostnader	124	2 256	2 380
5	Lønnskostnader	-10 772	-6 251	-17 022
6,7,9	Andre driftskostnader	6 826	4 966	11 793
8	Finansposter	703	161	864
Årsresultat jf budsjett:		-5 714	-2 482	-8 196
Avvik knyttet til ny aktuarberegning		9 819	3 326	13 146
Avvik korrigert for ny aktuarberegning		4 105	844	4 949

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 regnskapsmessige 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 april måned et avvik i forhold til budsjettet på – 2,5 mill kroner. Fratrullet økte pensjonskostnader på 3,3 mill kroner gir dette et korrigert avvik for april på 0,8 mill kroner og akkumulert på 4,9 mill kroner.

2.1.1 Inntekter

Foretakets inntekter er i april litt lavere enn vedtatt budsjett. En stor del av inntektene er knyttet til foretakets aktivitet som denne måneden er lavere enn planlagt.

2.1.2 Varekostnader

Varekostnadene er litt lavere enn budsjettet siste måned.

2.1.3 Lønnskostnader

Noe over halvparten av merforbruk på lønn på 6,3 mill kroner i forhold til budsjett kan relateres til økte pensjonskostnader (3,3 mill kroner). Faste lønnskostnader er siste måned omtrent som budsjettet, men det er betydelig merforbruk knyttet til overtid og ekstrahjelp i enkelte klinikker.

For disse klinikkene skyldes dette stort omfang av kritisk syke pasienter med behov for kontinuerlig vakt.

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 budsjettet.

2.1.5 Finansposter

Foretakets finanskostnader er litt lavere enn budsjettet siste måned.

2.2 Prognose

Tabell nr 7: Prognose pr april 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	- 39 416		- 39 416
6,7	Andre driftskostnader		10 000	10 000
8	Finansposter			0
Årsprognose jf budsjett:		- 39 416	-	- 39 416
Knyttet til ny aktuarberegning		39 416		39 416
Korrigert for ny aktuarberegning		-	-	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.

2.2.4 Andre driftskostnader

Andre driftskostnader prognostiseres med en mindrekostnad på 10 mill kroner knyttet til avsatt buffer.

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.

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 vil bli markert fredag 20. mai. For de øvrige investeringsområdene prognostiseres også 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 2,6 mill kroner t.o.m. april.

3 HR

3.1 Bemanning/innleie

Tabell nr 8: Bemanning pr april 2011

Bemanning		Samme periode forrige år	Denne periode	Endring samme periode forrige år	Budsjett denne periode	Avvik ift budsjett
Brutto månedsverk utbetalt	Totalt	2 245	2 266	21	2 279	-12
	Psykisk helsevern	481	502	21	502	0
- Fravær		267	258	- 9		
Netto månedsverk utbetalt		1 978	2 008	30		

Foretakets bemanning, målt i brutto månedsverk, viser i april et avvik på – 12. I psykisk helsevern er antall månedsverk i samsvar med budsjett.

3.2 Sykefravær

Tabell nr 9: Sykefravær pr april 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 %	-0,2 %		
Sykemelding	7,1 %	6,8 %	-0,4 %		
Samlet for foretaket:	8,1 %	7,5 %	-0,6 %	7,5 %	0,0 %

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 april 2011 på 7,5 %.

3.3 Deltid

Tabell nr 10: Andel deltid pr april 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	3 340	3 514	174		
Antall ansatte i deltid	1 276	1 269	- 7		
Antall ansatte stillpst 0	777	914	137		
% andel deltid	38,2 %	36,1 %	-2,1 %	30,0 %	-6,1 %

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. April-tallene viser en deltidsandel på 36,1 %.

4 Generell vurdering

Foretakets drift i april 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 enkelte kvalitetsmål er det fortsatt 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, 12.05.11

Arne Flaatt
adm. dir.
sign.

Vedlegg 2 Matrise Virksomhetsportalen				
Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
1.1	Hovedprioriteringer 2011	Det er i Prop. 1 S (2010-2011) identifisert noen særskilte satsingsområder i 2011 for helseforetakene. Disse områdene er: Ventetider og fristbrudd, kvalitet og pasientsikkerhet, samhandlingsreformen, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern, kreftbehandling og innovasjon. Styring og kontroll med pasientsikkerhet og kvalitet må ikke stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken. En likeverdig vektlegging av disse områdene er en forutsetning for riktige faglige prioriteringer og høy kvalitet på pasientbehandlingen. I Strategi 2020 legges til grunn at midler omprioriteres til de store og voksende pasientgruppene. Styringsdokument 2011 Helse Nord-Trøndelag Protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag	Igangsatt	
1.3.1	Gjennomføring av Strategi 2020	- Utarbeide plan for gjennomføring av Strategi 2020 jfr. brev fra 20.10.2010, og med de spesifikasjoner som er gitt over. Frist for ferdigstillelse av plan er 1.5.2011	Igangsatt	Plan utarbeides og fremlegges for styret 19.mai
1.3.2	Gjennomføring av Strategi 2020	Prioritere deltagelse i de prosjektene og aktivitetene som forankres i Koordineringsgruppen for Strategi 2020	Igangsatt	Avgitt etterspurt personell til deltakelse i de regionale prosjektene.
11.1	Oppfølging og rapportering Rapportering på styringsparametre	Det fremgår av vedlegg 2 hvilke styringsparametre det skal rapporteres på i 2011 samt rapporteringsfrekvens- og tidspunkt. Samtlige styringsparametre skal rapporteres i henhold til rapporteringsmal som vil bli overlevert helseforetaket i foretaksmøtet i februar 2011. Det legges til grunn at helseforetaket bruker de datakilder som er angitt i vedlegg 3 som grunnlag for rapporteringen. HMN kan be om ytterligere informasjon dersom det er uklarheter rundt enkelte styringsparametre. Oppfølging av at tiltak utarbeides og måloppnåelsen av disse gjøres gjennom året via egen matrise i virksomhetsportalen. Pr 1. tertial skal tiltak knyttet til oppgavene være registrert i matrisen og risiko være vurdert og styrebehandlet. Pr 2. tertial skal en rapportere hvorvidt tiltakene fører til måloppnåelse og ev. om ikke hvilke nye tiltak som iverksettes.	Igangsatt	Behandling i styremøte 19.5.
11.2	Særskilt rapportering	Det bes om statusrapportering på helseforetakenes medvirkning i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen innen utgangen av 2. tertial 2011.	Igangsatt	Følgende tiltak er etablert. - Fagavdelingen har tatt et koordineringsansvar. Ansvarlig i HNT: Kolbjørnt Thun - Etablert og opplært GTT-team begge sykehus. Ignagsatt baselinemåling - Infeksjonsforebygging. Utvidelse av NOIS-registrering umder forberedelse.
11.3	Rapportering i årlig melding	I årlig melding skal det rapporteres på hvordan helseforetaket har fulgt opp oppgaver og styringsparametre i styringsdokumentet for 2011. Videre er det i vedlegg 3 en tabell som skal brukes som grunnlag for rapportering på spesifiserte områder. Frist for innsendelse av styrets årlige melding er januar 2012. Helseforetaket har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametre meldes Helse Midt-Norge RHF når slike avvik blir kjent. Årlig melding. Vedlegg 3 i styringsdokumentet; rapportering på særskilte områder	Igangsatt	
2.1	Resultatkrav og likviditetskrav	Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2011 levere et regnskapsmessig resultat i 0 eller bedre. Helse Nord-Trøndelag HF må ha kontinuerlig fokus på styring av egen likviditet og sørge for at behovet for kassekreditt til enhver tid blir så lite som mulig.	Igangsatt	Resultatet etter årets 3 første måneder er positivt i forhold til periodisert budsjett. Med utgangspunkt i avsatt buffer og periodisering av budsjettet er det stor sannsynlighet for at målet vil nås. Intern styringsdialog skal bidra til det samme. Det er fortsatt noe uklart om foretaket skal dekke økte pensjonskostnader på 39,4 mill kroner innen gitte ramme. HNT forutsetter i vår analyse og rapportering at disse kostnadene dekkes særskilt eller holdes utenfor resultatkravet. Lidviditetskravet er en maksimal driftskreditt på 200 mill kroner. Foretaket ligger godt under dette kravet i årets fire første måneder. Prognostisert resultat indikerer også at foretaket vil nå målet med god margin.
2.2.1	Fordeling av inntekter - nukleærmedisin	Nukleærmedisin: Helseforetaket rapporterer tertialvis på hvordan tilbudet fungerer.	Igangsatt	Rapportering ihht avtale: - godkjenne prosedyrer - ikke satt i gang - vurdere og prioritere henvisninger - OK - besvare undersøkelser - OK - bistå faglig i nukleærmedisinske problemstillinger - OK - svare på spørsmål på rekvirenter -OK - gjennomføre besøk - ikke OK - vurdere og godkjenne behandlingsdose5r - OK - faglig rådgivning ved anskaffelse av utstyr - ikke aktuelt ennå - tilgang til aktuelle datasystemer - OK - felles kompetanseplaner for teknisk personell - ikke OK

2.2.2	Fordeling av inntekter - psykisk helsevern	Psykisk helsevern - produktivitetsvekst Det er på regionnivå holdt av 36 mill kroner til psykisk helsevern til senere fordeling. Disse midlene kan utløses gjennom en dokumentasjon av at aktivitetsutviklingen er større enn kostnadsutviklingen. Helse Midt-Norge RHF vil ta initiativ til den konkrete utformingen og definisjon av hva som skal inngå i aktivitetsberegningen som skal ligge til grunn, samt på hvilket tidspunkt i 2011 denne fordelingen skal skje.	Igangsatt	Kunne dokumentere produktivitsvekst slik at ekstramidlene kan hentes ut. I 2010 fikk HNT vel 7 mill.kr. av avsatte midler.
2.2.3	Fordeling av inntekter - radiologi	Poliklinisk radiologi Basisrammen er styrket for å øke kapasiteten innenfor poliklinisk radiologiske undersøkelser, særlig innenfor CT og MR. Dette gjelder for pasienter hvor det er mistanke om svært alvorlig eller livstruende sykdom. <u>Ventetiden bør ikke være over 5 uker.</u>	JA	Kravet pr. 01.05 er oppfylt. Ved avvik, kan kveldspoliklinikk/ lørdagspoliklinikk redusere ventetid.
2.2.4	Fordeling av inntekter - regionalt henvissningsmottak for private rehab.institusjoner	Regionalt henvissningsmottak for private rehab. institusj Helse Midt-Norge RHF har etablert regionalt henvissningsmottak for private rehabiliteringsinstitusjoner lokalisert til sykehuset Levanger. Henvissningsmottaket skal motta henvissning fra alle private rehabiliteringsinstitusjoner regionen har avtale med og skal samtidig være info telefon for habilitering og rehabilitering. Mottaket blir særfinansiert med kr. 3,5 mill i 2011.	JA	F.o.m 9.mai 2011 går henvisninger fra fastleger og avtalespesialister til alle de private rehabiliteringsinstitusjonene i Midt-Norge via ReHR. Godt samarbeid mellom ReHR, HMN og de private rehabiliteringsinstitusjonene. Økt pågang på informasjonstelefonen. Drift registreres via PAS og egen excell-statisikk.
2.2.5	Fordeling av inntekter - Stjørdal DPS	Stjørdal DPS Helse Midt-Norge viser til styresak 87/10 fra 05.11.10 vedrørende finansiering av aktivitet i DPS Stjørdal. I styresaken vedtok styret i punkt 1 at befolkningen i kommunene Selbu, Tydal, og deler av Malvik fortsatt skal få sitt tilbud ved Stjørdal DPS. Inntektsrammen for disse kommunenes opptaksområde er gitt til St. Olavs Hospital HF. St. Olavs Hospital HF har finansieringsansvaret for døgnplassene og poliklinikk i DPS Stjørdal for pasienter fra de nevnte kommunene. St. Olavs Hospital HF skal i 2011 betale for 3 plasser. Kostnadene skal beregnes i henhold til nøkkelen i avtalen som er signert mars 2007. Helse Midt-Norge gir i tillegg 6,258 mill kr i særskilt bevilgning for 2011 for å sikre drift og utvikling av tjenestetilbudet ved DPS Stjørdal. Helse Nord-Trøndelag HF skal i utforming av tjenestetilbudet ha særskilt fokus på samarbeidet med St. Olavs Hospital HF.	Igangsatt	Det arbeides med utforming av alternativ bruk av full kapasitet. Plan i juni.
2.2.6	Fordeling av inntekter - Stjørdal DMS	Helseforetaket skal videreføre driften av Stjørdal DMS	JA	Fullfinansiert i budsjett 2011
2.2.7	Fordeling av inntekter - forskning og utdanning	HMN regionale forskningsstrategi styrer mot 3,0 % av rammen avsatt til forskning. For å nå denne rammen har HMN påbegynt en opptrapping frem mot 2014 som synliggjøres i særfinansieringen. Midlene stilles til disposisjon gjennom årlig opptrapping og det forventes at foretakene innretter seg slik at forskningsaktiviteten er på forventet nivå i 2014. Helse Nord-Trøndelag HF har fått tildelt følgende til forskning og utdanning: • 6,806 mill kroner HNT HF skal innenfor økning av FoU-midler ivareta forskningsprosjekter som gjenspeiler prioriteringene i Strategi 2020. Ev inntekter fra andre finansieringskilder som skal brukes til FoU skal komme i tillegg til dette. Det er videre satt av forskningsmidler under Helse Midt-Norge RHF, som vil bli fordelt av Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og universitetet etter søknad.	Igangsatt	Midlene er avsatt og i varetas ihht føringene i strategi 2020. Midlene fordeles til prosjekter via vårt forskningsutvalg og FoU-avdelingen
2.2.8	Fordeling av inntekter - omfordeling av rentekostnader	Det er lagt til grunn en omfordeling av 31% av budsjettert rentekostnad på langsiktige lån, totalt 130,7 mill kr. Dette medfører en reduksjon av rammen til Helse Nord-Trøndelag HF på totalt 8,86 mill kr.	JA	Kravet er oppfylt ved tildeling av basisramme fra HMN i 2011.
2.3	Raskere tilbake	Helse Midt-Norge har i 2011 fått tildelt 104,258 mill kroner knyttet til ordningen "Raskere tilbake", (herav 3,8 mill kr til videreføring av utdanningskapasiteten ved arbeidsmedisinsk avdeling og 37,258 mill kr til drift av Hysnes Helsefort). Aktivitet som kommer inn under ordningen dekkes særskilt og skal ikke finansieres av inntektsfordelingen beskrevet i pkt 2.2. Helse Nord-Trøndelag har i 2011 fått tildelt en ramme på 6,740 mill kr	Igangsatt	Plan for bruk er vedtatt.
2.4	Investeringsramme 2011	Ramme for 2011 (1000 kroner) Bygg/HMS 24700 MTU 27513 EK-innskudd KLP 5993 Psykiatribygg NA 19000 HOV/Intensin LE 6000 Investeringer knyttet til overskudd forrige år for tils. 25800 er inkludert i tallene ovenfor <u>SUM INVESTERINGER 83206</u> I tillegg kan helseforetaket få tildelt investeringsmidler til særskilte ENØK-tiltak.	Igangsatt	Det er god styring på bruk av foretakets investeringsmidler og liten sannsynlighet for at kravet ikke vil bli oppfylt. Forbruket etter årets 1. tertial ligger noe lavere enn et jevnt forbruk skulle tilsi.
3.1	Aktivitetsmål - psykisk helsevern for voksne	Måltall: (Forventet aktivitet) Antall polikliniske kons.: 43.000 Antall utskrivinger: 1.500 Antall oppholdsdøgn: 26.510	Igangsatt	Vedlegg: Styringsparametre 1.tertiar

3.2	Aktivitetstsmål - psykisk helsevern BUP	Måltall: (Forventet aktivitet) Antall polikliniske kons: 18.850 Antall utskrivinger: 130 Antall oppholdsdøgn: 2.260	NEI	Vedlegg: styringsparametre 1.tertail Per april Faktisk Plantall Avvik Konsultasjoner 5026 6953 -1927 Utskrivinger 38 48 -10 Oppholdsdøgn 917 834 83 Rapportering per april viser at man er betydelig bak plan mht antall Konsultasjoner. Antall Utskrivinger er også svakere enn plan, mens antall Oppholdsdøgn viser et positivt avvik. Man har ikke foretatt de budsjetterte ansettelses i begynnelsen av året, men per mai er situasjonen bedret, og man har så godt som alle planlagte ansettelses på plass i løpet av inneværende måned. Det har også vært mange sykemeldinger hittil i år. Produktivitet per ansatt hittil i år er ca. iht plan. Tiltak: Nyansettelser:sørge for god intro, slik at nyansatte kommer raskt i produksjon. Arbeide for å redusere sykefravær.
3.3	Aktivitetstsmål somatikk	Antall produserte DRG- poeng i HNT: 28.563	NEI	Vedlegg: styringsparametre 1.tertail Tiltak: Økt legekapasitet i 2.tertail i flere klinikker vil føre til høyere aktivitet. I tillegg arbeides det med å øke produktivitet. Prognose ved årets slutt er et avvik på minus 1-2%.
3.4	Aktivitetstsmål somatikk	Refunderte polikliniske inntekter	NEI	Vedlegg: styringsparametre 1.tertail
4.	Nye forskrifter	Forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land Ny refusjonsordning for dekning av utgifter til helsehjelp utenfor sykehus i andre EU/EØS- land trer i kraft 1.1.2011. Refusjonsordningen vil gi pasientene større valgfrihet. HELFO skal administrere ordningen. De regionale helseforetakene skal dekke refusjonsutgiftene for de tjenestetypene de har "sørge for"-ansvaret for etter nærmere bestemte regler.	Igangsatt	Krevet forventes å ha begrenset økonomisk omfang og vil bli innfridd i henhold til sentralt vedtatte retningslinjer.
5.1	Nasjonale og regionale strategier og handlingsplaner	Det forutsettes at helseforetaket er kjent med innholdet i strategiene og at de legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet på de ulike områder Viser til side 12 og 13 i styringsdokument 2011 for Helse Nord-Trøndelag, kapittel 5	Igangsatt	HNT arbeider med å gjøre strategiene kjent for medarbeiderne. Ansvar for dette er lagt til linjeledelsen. Strategiene skal legges til grunn ved utøvelsen og utviklingen av tilbudene Det er lagt direkte linker til strategiene i styringsmatrisen
5.2	Nasjonale og regionale strategier og handlingsplaner	Samhandlingsreformens intensjoner er vedtatt. Fra 2012 vil det bli vedtatt nye økonomiske virkemidler, ny nasjonal helseplan og nye helselover. Helseforetakene skal i 2011 sammen med kommunene lage avtaler for samarbeid om forberedelser for å realisere samhandlingsreformen. Se også momenter i foretaksprotokollen punkt FP 6.1.1 tom FP 6.1.5 i denne styringsmatrisen	Igangsatt	Helse Nord-Trøndelag har vedtatt felles samhandlingsstrategi med kommunene, inkludert en handlingsdel i strategien. Dette utgjør fundamentet for jevnlig møter i Samarbeidsutvalget for felles utvikling av samhandling og forberedelse til samhandlingsreformen.
6.1.1	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: • Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker (Mål:100%)	NEI	Vedlegg: styringsparametre 1.tertail
6.1.11	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	• Helse Nord-Trøndelag HF skal gjennomgå alle vaktordningene for å redusere passiv vakt	Igangsatt	Framdriftsplan 2020 i HNT behandles i styret den 19.5. som også behandler dette punktet.
6.1.12	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	• Helse Nord-Trøndelag HF skal registrere, kvalitetssikre og rapportere data om henvisninger til Norsk Pasientregister	Igangsatt	Helse Nord-Trøndelag HF rapporterer NPR-melding månedlig.
6.1.13	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	• Helseforetaket skal systematisk gjennomgå prosessene for tildeling av prioritert helsehjelp, identifisere svakheter og iverksette forbedringstiltak.	Igangsatt	Det arbeides systematisk med oppgaven. Flere forbedringstiltak er under planlegging. På flere områder er det iverksatt tiltak for systematisk rydding av fristbrudd og langtidsventende. På noen områder foreligger reell underkapasitet, som nødvendiggjør kapasitetsforbedrende tiltak eller viderehenvisning av pasienter. Kravet forventes å bli oppfylt innen utgangen av 2011
6.1.2	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen somatikk	NEI	Vedlegg: styringsparametre 1.tertail
6.1.2.1	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: Median ventetid for pasienter innen somatikk	NEI	Vedlegg: styringsparametre 1.tertail
6.1.3	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: • Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP)	NEI	Vedlegg: styringsparametre 1.tertail
6.1.3.1	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: Median ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP)	NEI	Vedlegg: styringsparametre 1.tertail
6.1.4	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: • Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP)	Igangsatt	Vedlegg: styringsparametre 1.tertail
6.1.4.1	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: Median ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP)	NEI	Vedlegg: styringsparametre 1.tertail
6.1.5	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere (TSB)	Igangsatt	Vedlegg: styringsparametre 1.tertail
6.1.5.1	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: Median ventetid for pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengig(e) (TSB)	NEI	Vedlegg: styringsparametre 1.tertail

6.1.6	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	<i>Styringsparameter:</i> Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten (styringsmål: ned mot 65 løpedager ved utgangen av 2011).	Igangsatt	Vedlegg: styringsparametre 1.tertial Tiltak: - Frigjøre kapasitet innenfor de polikliniske somatiske tjenestene - Øke kapasiteten eller effektivisere virksomheten i de polikliniske somatiske tjenestene - Skaffe alternative somatiske spesialisttjenester innen "private" tjenester - Holde ryddighet i ventelistene, slik at ikke langtidsventende pasienter unødvendig trekker opp gjennomsnittlig ventetid I tillegg fokusere på - Fortløpende vurdering av etterspørsel i forhold til kapasitet (avvikling av nyhenviste pasienter) - Praktisering av gjeldende regelverk for prioritering, tilbakemelding og viderehenvissning - Dialog og tilbakemeldingsrutiner i forhold til primærlegene for å formalisere krav til utredning og henvisningsstandard - Forsterke dialogen med regionalt helseforetak på områder med reell underkapasitet – dette følges opp av direktøren i eget møte med RHF'et. - Vurdere grunnlaget for en "dugnadsinnsats" for å komme à jour, og parallelt med dette avklare hva som må gjøres for å holde "steady state"
6.1.7	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	<i>Styringsparameter:</i> Andel pasienter innen BUP som er vurdert innen 10 dager (mål: 100 %)	JA	Vedlegg: styringsparametre 1.tertial Pr. utgangen av april er kravet på 100% oppnådd.
6.1.8	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	<i>Styringsparameter:</i> Andel rettighetspasienter som gis utredning eller behandling innen 65 dager i psykisk helsevern og/eller TSB for personer under 23 år (mål: 100 %)	Igangsatt	Vedlegg: styringsparametre 1.tertial
6.1.9	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	<i>Styringsparameter:</i> Andel fristbrudd for rettighetspasienter (mål: 0 %)	NEI	Vedlegg: styringsparametre 1.tertial
6.2.1	Kvalitet og pasientsikkerhet - Kvalitetsforbedring	Det er et mål å ha mest mulig lik og kunnskapsbasert behandlingspraksis som understøtter gode pasientforløp. Målet kan nås blant annet ved å implementere nasjonale faglige retningslinjer og bruk av mini-HTA skjema (systematisk sjekkliste; se Kunnskapscenteret). Helseforetaket skal følge opp arbeidet med å bygge en god kvalitetskultur i henhold til strategi 2020. Foretakene skal som et ledd i dette bidra til utvikling og implementering av ny kvalitetsstrategi. Helseforetaket skal følge opp arbeidet fra prosjektet Elektiv kirurgi jfr. strategi 2020. Det skal ikke planlegges etablering av elektiv kirurgi uten at dette er koordinert med prosjektet.	Igangsatt	HNT anvender nasjonale faglige retningslinjer som en vesentlig del av kunnskapsgrunnlaget i utviklingen av pasientforløp. HNT arbeider mot å oppnå en kvalitetskultur i bedriften. HNT har en egen kvalitetstrategi (2016) som sammenfaller med 2020-strategien. Reorganisert fagavdeling. Etablert nettverk for Kvalitetskoordinatorer i klinikkene. Det er utviklet en god meldekultur. Elektronisk avikksystem under bredding i alle klinikker. Flere avdelinger/klinikker er ISO-sertifisert. HNT har som målsetting at foretaket skal være sertifisert innen 2016. Prosjektet elektiv kirurgi er ikke fullført
6.2.1.1	Kvalitet og pasientsikkerhet - kvalitetsforbedring	<i>Styringsparameter:</i> Andel epikriser sendt ut innen sju dager (mål: 100 %). Det er et langsiktig mål at epikrisen følger pasienten.	Igangsatt	Vedlegg: styringsparametre 1.tertial HNT nådde målet om 80% av epikrisene innen 7 dager i 2010. Det arbeides med endring av kontorrutiner (signering/ekspedering) med tanket målet om 100% innen 7 dager. Det forventes at målet kan nåes innen utgangen av året.
6.2.1.2	Kvalitet og pasientsikkerhet - Kvalitetsforbedring	<i>Styringsparameter:</i> Andel korridorpasienter. (Mål: Det skal normalt ikke være korridorpasienter.)	Igangsatt	Vedlegg: styringsparametre 1.tertial Antall korridorpasienter har vært synkende, pga at flere utskrivningsklare pasienter kan overføres til kommunene. Her har DMS Sjørdal og Inn-Trøndelag bidratt positivt. Medisinsk avdelinger har korridorpasienter i perioder. Årsaken er store svingninger i antall ø.hjelp innleggelser.
6.2.1.3	Kvalitet og pasientsikkerhet - kvalitetsforbedring	<i>Styringsparameter:</i> Andel pasienter med hjerneinfarkt som får trombolyse.	NEI	Vedlegg: styringsparametre 1.tertial Tall utarbeides av NPR og sendes ut til foretakene medio juni 2011.
6.2.1.4	Kvalitet og pasientsikkerhet - kvalitetsforbedring	<i>Styringsparameter:</i> Andel pasienter med sfinkterruptur (fødselsrifter) grad 3 og 4.	NEI	Vedlegg: styringsparametre 1.tertial Tall utarbeides av NPR og sendes ut til foretakene (årlig publisering).
6.2.1.5	Kvalitet og pasientsikkerhet - kvalitetsforbedring	<i>Styringsparameter:</i> Diabetes - Ben/fotamputasjoner pr 100.000 innbyggere.	NEI	Vedlegg: styringsparametre 1.tertial Tall utarbeides av NPR og sendes ut til foretakene (årlig publisering). Foreløpig kun tall på regionnivå.
6.2.1.6	Kvalitet og pasientsikkerhet - kvalitetsforbedring	<i>Styringsparameter:</i> Helse Nord-Trøndelag HF skal fortløpende registrere gode og komplette datasett i de aktuelle kvalitetsregistre.	JA	Dette blir gjort

6.2.2.1	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning	<i>Styringsparameter:</i> • Brukererfaringer kreftpasienter, justert for case-mix	JA	Vedlegg: styringsparametre 1.tertial Pas-opp undersøkelsen 2010 vedr kreftpasienters erfaringer, viste positive resultater for HNT. Undersøkelsen er gjennomgått i foretaks- og klinikkedelse og spesielt i begge kreftpoliklinikkene. Erfaringene fra undersøkelsen legges inn i utviklingen av tilbudet til kreftpasienter. I 2011 blir kreftomsorgen i foretaket styrket ved at vi ansetter egne onkologer i nyopprettede stillinger
6.2.2.2	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning	<i>Styringsparameter:</i> • Fastlegers erfaringer med distriktpsikiatriske sentre	NEI	Vedlegg: styringsparametre 1.tertial
6.2.2.3	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning	• Helseforetaket skal følge Regional plan for brukervedvirkning i Helse Midt-Norge (2010-2015)www.hmn.no	JA	Handlingsplanen realiseres fortløpende. Tema på hvert ordinære møte i Brukerutvalget.
6.2.2.4	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning	• Helseforetaket skal styrke informasjon om tjenestetilbud og rettigheter, og spesielt legge til rette for pasienter og pårørende med annen språklig og kulturell bakgrunn.	Igangsatt	Brosjyren pasienter får ved innkalling til sykehuset inneholder praktisk informasjon samt viktig rettighetsinformasjon. Brosjyren er nå trykket opp i engelsk og samisk utgave, noe som kan bidra til å styrke sentral informasjon vesentlig. Forøvrig pågår arbeid med renovering av foretakets hjemmesider.
6.2.2.5	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning	Helseforetaket skal gjennomføre minst 1 lokal brukerundersøkelse. Det skal blant annet rettes oppmerksomhet mot forbedringsområdene som er avdekket i den nasjonale brukerundersøkelsen "Kreftpasienters erfaringer med somatiske sykehus i 2009" PasOpp-rapport nr 2 2010	NEI	Helseforetaket har ikke utviklet apparat/metodikk/kompetanse til å gjennomføre systematiske brukerundersøkelser.
6.2.3	Pasientsikkerhet	Antall uønskede hendelser skal reduseres. I januar 2011 starter den tre-årige nasjonale pasientsikkerhetskampanjen - i trygge hender (www.pasientsikkerhetskampanjen.no). Kampanjen skal legge grunnlaget for varige systemer, strukturer og kompetanse om pasientsikkerhet og bidra til bedre pasientsikkerhetskultur. Nasjonale innsatsområder i kampanjen er postoperative sårinfeksjoner, riktig legemiddelbruk, behandling av hjerneslag og psykisk helsevern. Kampanjen starter med en basismåling av omfang av pasientskader ved hjelp av Global Trigger Tool. Innsatsområdene innføres gradvis.	Igangsatt	Pasientsikkerhetskampanjen er organisert og i gang i HNT
6.2.3.1	Pasientsikkerhet	• Helse Nord-Trøndelag HF skal sikre at kvalitetsdokumentasjonssystemet gjennomgår de nødvendige revisjoner både i struktur og innhold, og at tilgjengelig funksjonalitet tas i bruk.	JA	HNT har utviklet en god meldekultur. Elektronisk avviksmødel i EQS er tatt i bruk Kvalitetsutvalgets sammensetning og funksjon er under revisjon. HNT gjennomfører internrevisjoner etter en plan
6.2.3.2	Pasientsikkerhet	• Ved revisjoner av kvalitetsdokumentasjonssystemet i det enkelte HF skal dette skje i samspill med de øvrige HF. Det skal for alle HF arbeides for å oppnå en harmonisering av struktur og innhold i kvalitetsdokumentasjonssystemet.	JA	Våre EQS-ansvarlige deltar i det regionale brukerforum for EQS. Harmonisering og struktur er arbeidsområde for dette forum.
6.2.3.3	Pasientsikkerhet	• Helse Nord-Trøndelag HF skal delta i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen på de nasjonale innsatsområdene som styringsgruppen har besluttet, og rapporterer data til kampanjens sekretariat. <i>I tillegg til rapportering i årlig melding, bes det om en statusrapportering for helseforetakenes medvirkning i og resultater fra pasientsikkerhetskampanjen etter utgangen av 2. tertial 2011.</i>	Igangsatt	HNT har organisert og startet Pasientsikkerhetskampanjen lokalt. Det syns å være en svak forankring for kampanjen i ledelsen i HMN. Det har vært noen datatekniske problemer med datarapporteringen. HNT vil gi status rapportering etter utgangen av 2. tertial
6.2.4	Helhetlige pasientforløp og samhandling	Helse Nord-Trøndelag HF skal tilby pasienter og brukere en helhetlig tjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjer og pasientforløp som ivaretar god behandlingsskvalitet. Pasientforløp skal planlegges sammen med kommunene i tråd med prinsippene i Strategi 2020. Pasientforløpene skal ha en desentralisert profil der dette er mulig. Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for at pasientperspektivet, gjennom utvikling av forløpsstøtten, ligger til grunn for utvikling av tjenester og for utarbeidelse av egne strategier og planer. Erfaringer fra prosjekter som Pilotsykehusprosjektet (partssamarbeidet), Samhandlingskjeden kronisk syke og andre samhandlingsprosjekter skal vektlegges der dette er hensiktsmessig.	JA	Felles prosjekt om pasientforløp knyttet til hofteproteser er gjennomført og avsluttes i sommer. Nytt pasientforløp i fellesskap med kommunene settes i gang fra høsten 2011 knyttet til KOLS.
6.2.4.1	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Helse Nord-Trøndelag HF skal gjennomføre tiltak for desentralisering av spesialisthelsetjenester i tråd med det regionale styrets vedtak punkt 7 i Strategi 2020	JA	HNT følger opp 2020 tiltak 7. HNT har desentralisert spesialisthelsetjeneste i en rekke kommuner; DMS Stjørdal og Inntrøndelag, DPS Stjørdal og Kolvareid. Psyk pol i Steinkjer. Satelittidialyse i Leksvik, Røyrvik, Vikna. Desentralisert poliklinikk i DMS (Gyn, ortopedi) Rtg i DMS Stjørdal HNT har gjennom Sarbeidsutvalget utarbeidet en samhandlingsstrategi med en konkret handlingsplan for 2011
6.2.4.2	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Helse Nord-Trøndelag HF skal samarbeide med sykehusapoteket om å redusere forekomsten av uriktig legemiddelbruk. <i>Plan for dette arbeidet skal inngå i årlig melding 2011.</i>	JA	Det er etablert nært samarbeid med sykehusapoteket. Prosjektet "Riktig legemiddel ved skifte av omsorgsnivå" er nylig gjennomført i samarbeid med Verdal kommune. Det er innført en orning med farmasøyt i kliniske avdelinger. Nye forskrifter for legemiddelbehandling er under implementering. Det er utarbeidet en handlingsplan for legemidler i foretaket. Handlingsplanen vil inngå i årlig melding

6.2.4.3	6.2.4 Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Helse Nord-Trøndelag HF skal samarbeide med kommunene om å redusere antall innleggelse, finne alternativer til innleggelse og oppfølging av pasienter etter innleggelse.	Igangsatt	Kfr handlingsplanen i Samhandlingsstrategien. Målsettingen er å utvikle et helhetlig pasientforløp samarbeid med kommunene for store pasientgrupper hvert år. Protesekirurgi avsluttes i 2011, og KOLS starter opp i 2011.
6.2.4.4	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Helseforetaket skal inngå avtaler med kommuner om å innføre felles innleggelses- og utskrivningsrutiner for pasienter uavhengig av diagnose. Se f.eks. rutiner utarbeidet i prosjektet Samhandlingskjeden kronisk syke. http://nexeshealth.eu/egroupware/sitemgr/sitemgr-site/	JA	Dette er ivare tatt gjennom samarbeidsavtalen som er inngått med samtlige kommuner. Til avtalen er knyttet en avviksmeldeordning. Det påregnes revisjon av avtalene i forbindelse med iverksetting av økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen som trer i kraft fra 2012
6.2.4.5	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Helse Nord-Trøndelag HF skal sette av midler til nye omstillingstiltak eller prosjekt sammen med kommunene	JA	Helse Nord-Trøndelag har satt av midler til utvikling av kompetanse (traineestilling), samt noe midler til bruk i prosjekt. Det tas sikte på ytterligere avsetning av midler i 2012, jf pågående arbeid om langtidsbudsjett og satsinger i dette.
6.2.4.6	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Regionens andel av finansiering av etablerte samhandlingstiltak overføres til helseforetakene som øremerkede midler. Helseforetakene skal benytte midlene til øremerket formål.	NEI	Øremerkede midler fra det regionale helseforetaket bevilges til konkrete prosjekt. Midlene Helse Nord-Trøndelag mottar, brukes i disse prosjektene.
6.2.4.7	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Helse Nord-Trøndelag HF skal utarbeide konkrete rutiner for samhandling mellom barneavdeling, barnehabilitering og barne- og ungdomspsykiatri	Igangsatt	Det er etablert konkrete samarbeidsrutiner på en rekke områder. Noen områder gjenstår.
6.2.4.8	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Det skal inngås samarbeidsavtaler mellom helseforetak og politidistrikt i saker vedrørende mottak, undersøkelse og bistand til barn utsatt for vold og seksuelle overgrep (jfr. helse- og omsorgsministerens svar på interpellasjon i Stortinget 27. april 2010). St. Olavs Hospital HF skal koordinere dette arbeidet.	NEI	avventer koordinering ved St Olav
6.3	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	Effekten av samhandling bør måles ved om pasientene får et godt tilbud eller ikke. Samhandlingen på mange områder er god, likevel er det nødvendig med ekstra fokus på å forbedre ansvarsdelingen og kompetanseutvekslingen. Implementering av ny nasjonal retningslinje fra HD for vurdering av henvisning, utarbeidelse av konkrete rutiner for samhandling og etablering av ruspolikliniske tilbud vil bidra i riktig retning For samiske pasienter må tiltakene ta utgangspunkt i samiske pasienters rett til tilrettelagte tjenester med utgangspunkt i samisk språk og kultur.	Igangsatt	
6.3.1	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	• Helse Nord-Trøndelag HF skal øke kapasiteten innen TSB	Igangsatt	
6.3.2	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	• Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak for å øke andelen pasienter som fullfører TSB	Igangsatt	
6.4.1	Psykisk helsevern	<i>Styringsparameter:</i> • Andel tvangsinnleggelse, ratejustert for befolkning i opptaksområdet.	Igangsatt	Vedlegg: styringsparametre 1.tertial Ikke avklart om denne indikatoren publiseres av NPR.
6.4.2	Psykisk helsevern	<i>Styringsparameter:</i> • Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge.	JA	Vedlegg: styringsparametre 1.tertial Det rapporteres data til NPR som forventet. NPR arbeider med kvalitetssikring/evaluering av datakvalitet.
6.4.3	Psykisk helsevern	<i>Styringsparameter:</i> • Datakvalitet lovgrunnlag psykisk helsevern voksne.	Igangsatt	Vedlegg: styringsparametre 1.tertial Tall utarbeides av NPR og sendes ut til foretakene (årlig publisering).
6.4.4	Psykisk helsevern	<i>Styringsparameter:</i> • Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern voksne.	NEI	Vedlegg: styringsparametre 1.tertial Tall utarbeides av NPR og sendes ut til foretakene (årlig publisering).
6.4.5	Psykisk helsevern	• Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak for at nødvendige akuttfunksjoner kan etableres ved DPSene.	Igangsatt	
6.4.6	Psykisk helsevern	• Helse Nord-Trøndelag HF skal rapportere utskrivningsklare pasienter fra sykehus til DPS og kommuner til Norsk Pasientregister	JA	
6.4.7	Psykisk helsevern	• I samarbeid med Helse Midt-Norge RHF skal Helse Nord-Trøndelag HF gjennomgå funksjons- og arbeidsfordeling innen psykisk helsevern jf tilrådning fra Nasjonal strategigruppe II.	Igangsatt	
6.5.	Kreftbehandling	Det er viktig at det finnes gode tilbud når det gjelder palliativ pleie og hospice. Tilbudene skal inngå som en integrert og naturlig del av spesialisthelsetjenesten og kommunenes samlede helse- og omsorgstilbud. Helseforetaket skal i sitt arbeid med å bedre kvaliteten i tjenesten følge opp Helseilsynets rapport om risikobildet i norsk kreftbehandling (4/2010), med spesiell vekt på de tre viktigste risikoområdene i rapporten: utredningslogistikk (sen diagnostikk), informasjonsflyt og komplikasjonsovervåkning.	JA	Kreftomsorgen utøves av flere klinikker men samordnes gjennom kreftpoliklinikkene ved begge sykehus. Ved begge sykehus er det etablert palliative team. Det arbeides kontinuerlig med kompetanseheving internt men også i samarbeid med kommunene. Som ledd i dette er det under etablering et "Nettverk for ressurspersoner i kreftomsorg" i samarbeid med kommunene, krtfforeningen, HINT, og St.Olav. HNT har ledelsen av styringsgruppen.(Liv Kjønsstad) HNT deltar i utarbeidelsen av en ny regional plan for kreftomsorgen

6.5.1	Kreftbehandling	Styringsparametre: • Tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft.	NEI	Vedlegg: styringsparametre 1.tertial Tall utarbeides av NPR og sendes ut til foretakene 18.mai 2011.
6.5.2	Kreftbehandling	• Tid fra henvisning til første behandling brystkreft.	NEI	Vedlegg: styringsparametre 1.tertial Tall utarbeides av NPR og sendes ut til foretakene 18.mai 2011.
6.5.3	Kreftbehandling	• Tid fra henvisning til første behandling lungekreft.	NEI	Vedlegg: styringsparametre 1.tertial Tall utarbeides av NPR og sendes ut til foretakene 18.mai 2011.
6.6	Innovasjon	Innovasjon dreier seg både om å utvikle og innføre nye og bedre produkter og tjenester, men også virksomhetsforbedringer i form av bedre og mer kostnadseffektive prosesser, organisatoriske løsninger og pasientforløp. I henhold til St. meld. nr. 7 (2008-2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge ble det besluttet å forlenge den pågående satsingen på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren til ti år, forutsatt en positiv halvveisevaluering, og å utvide denne til også å omfatte forskningsbasert innovasjon.	Igangsatt	Nedsatt intern arbeidsgruppe ledet av FOU avdelingen
6.6.1	Innovasjon	• Helse Nord-Trøndelag HF skal i samarbeid med øvrige helseforetak iverksette tiltak for å ivareta innovasjonspotensialet knyttet til offentlige innkjøp blant annet gjennom før-kommersielle avtaler.	NEI	Avventer avklaring vedr. samarbeid med andre helseforetak
6.6.2	Innovasjon	• Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra til å identifisere prosjekter egnet for innovasjons- og næringsutvikling i helsesektoren	Igangsatt	HNT har oppnevnt en innovasjonsansvarlig gruppe (Grete Bratberg, Tor Ivar Stamnes og Torstein Rønningen) som skal følge opp styringskravet. Foretaksledelse og styre er orientert.
7.10	Diabetes	Regional handlingsplan for diabetes blir ferdigstilt i 2011. Helseforetakene skal følge opp denne.	NEI	Den regionale hndlingsplanen er ikke ferdigstilt på rapporteringstidspunktet
7.11	Spesialisthelsetjenestetilbudet for eldre	Helse Nord-Trøndelag HF skal i sitt arbeid med å bedre kvaliteten i tjenesten følge opp Helsetilsynets rapport om identifisering av risikoområder innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre (15/2010)	Igangsatt	Rapporten (H-dir 15/2010) er skaffet tilveie og oversendt psykiatrisk klinikk samt begge medsiske klinikker. Klinikklene er bedt om å følge opp rapporten i relasjon til de fagområder de har ansvar for (alderspsykiatri/geriatri)
7.12.1	Opplæring av pasienter og pårørende	For personer med kronisk sykdom er god opplæring og mestring av sykdommen like viktig som medisinsk behandling. Foretaket skal påse at pasienter og pårørende som har behov for opplæring får et kvalitativt godt tilbud om dette. Slik opplæring kan ivaretas i et lærings- og mestringssenter eller i andre deler av spesialisthelsetjenesten. Pasientopplæringen skal bidra til å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Lærings- og mestringstiltak forutsettes å være et likeverdig samarbeid mellom brukere og fagfolk i kunnskapsformidling og Videreføre evaluering av opplæringstiltak for pasienter og pårørende.	Igangsatt	Lærings- og mestringssenteret bistår kliniske avdelinger (som har ansvaret for pasient- og pårørendeopplæringen) med tilrettelegging for bruk og videreføring av PAM (Patient Activation Measure). Overgang fra papirversjon til elektronisksystem høst 2011.
7.12.2	Opplæring av pasienter og pårørende	Integrere lærings- og mestringstiltak i pasientforløp.	Igangsatt	Overordnet retningslinje for pasient- og pårørendeopplæring i pasientforløp, utarbeides av fagnettverket for pasient- og pårørendeopplæring Helse Midt-Norge. Retningslinjene skal sikre at opplæring av pasienter og pårørende blir en integrert del i standardiserte pasientforløp
7.12.3	Opplæring av pasienter og pårørende	Rutiner som utvikles i prosjektet "Kursdatabase for opplæring av pasienter og pårørende" skal implementeres i helseforetaket.	Igangsatt	Helse Midt-Norge har oppnevnt en representant for deltagelse i nasjonal prosjektgruppe som skal jobbe frem forslag til nasjonal kursdatabase.
7.2	Habilitering og rehabilitering	Gjennom samhandlingsreformen skal det vurderes om kommunene skal få større ansvar for rehabilitering og habilitering. Det er et mål å systematisere barne- og voksenhabiliteringsarbeidet og sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet. Tjenester som tilbys fra koordinerende enheter i spesialisthelsetjenesten skal være synlige og lett tilgjengelige. Pasienter skal få nødvendige behandlingshjelpemidler som del av medisinsk behandling, og tildeling av behandlingshjelpemidler skal skje ut fra en individuell vurdering i det enkelte tilfelle.	JA	HNT har en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Det er etablert gode samarbeidsrutiner mellom hab-/rehab tjenestene i foretaket, NAV (hjelpemiddelsentral) og kommunene
7.2.1	Habilitering og rehabilitering	• Helse Nord-Trøndelag HF skal følge prioriteringsveilederene Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten og Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten og samarbeide med de andre HF'ene i regionen om en lik forståelse og praksis.	JA	Prioriteringsveilederne brukes aktivt i de repektive enheter. Samarbeidet/harmonisering mot de øvrige foretak i regionen ivaretas gjennom regionale faglig nettverk for habilitering og rehabilitering
7.2.2	Habilitering og rehabilitering	• Helse Nord-Trøndelag HF skal delta i arbeidet med å revidere regional plan (Handlingsprogram for fysikalsk medisin, rehabilitering og habilitering)	JA	Revidering av regional plan er under arbeid via regionalt fagnettverk for rehabilitering, hvor også HNT er representert.
7.3	Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus	Det skal fortsatt legges vekt på kompetanseoppbygging i de prehospitaltjenestene som blir viktig for gjennomføring av strategi 2020 i Helse Midt-Norge. Nødmedle- og ambulansetjenesten skal ha god kompetanse og rask respons. Det skal være likeverdig tilgang til nødmeldetjenesten for funksjonshemmede, minoritetspråklig og den samiske befolkningen. Det er et mål å bedre samarbeid og kommunikasjon mellom akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og de frivillige organisasjonene.	JA	Vedlegg: Pkt. 7.3 Vedlagt ligger en kort oppsummering i forhold til prehospitaltjenester. Både på systemnivå og tiltak som gjennomføres som en del av løpende drift mener vi å oppfylle de krav som hovedpunkt 7 lister opp.

7.3.1	Akuttmedisinske tjenester (utenfor sykehus)	Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak for å sikre nødvendig språk- og kulturkompetanse i AMK- sentralene.	NEI	AMK har hatt strukturert fokus på disse problemstillingene ut fra hendelser som har skjedd i Oslo. Kommunikasjonferdigheter i slike situasjoner vektlegges i forhold til sertifisering og resertifisering av den enkelte operatør. Dette utfordres ekstra i forhold til andre språk og fremmede kulturer. Temaet er sterkt fokusert av ledelse og faglige ansvarlige og er jevnlig tema på felles fagdager.
7.3.2	Akuttmedisinske tjenester (utenfor sykehus)	Helse Nord-Trøndelag HF skal sammen med de andre helseforetakene og RHF medvirke til at Helse Midt-Norges plan for prehospitale tjenester blir implementert i sitt område	Igangsatt	Vedtak om struktur i AMK og ambulansetjeneste er avklart. Kir.NA og Prehospital klinikk er klar for å ta ansvar for nødvendige prosesser i forhold til gjennomføring vedtaket slik ambulansetjenesten blir en del av Helse Nord-Trøndelag fra 2013.
7.5	Behandling av sykelig overvekt	En gjennomgang viser at ventetiden for utredning og behandling av sykelig overvekt er ulik og noen steder for lang jf. Helsedirektoratets prioriteringsveileder for sykelig overvekt, IS-1702. For å møte utviklingen av overvekt og fedme i befolkningen må behandlingstilbudet til pasienter med sykelig overvekt gradvis trappes opp. Det skal utvikles pasientforløp som ivaretar et godt behandlingstilbud samt unngå unødig ventetid for utredning og behandling, herunder kirurgi, plastikkirurgi og tilbud i psykisk helsevern. Regionalt senter for sykelig overvekt, St. Olavs Hospital skal videreføre koordineringen av forsknings- og utviklingsarbeidet i regionen.	NEI	I forhold til operasjonkapasitet har klinikken fra 2009 til 2010 økt fra 70 til 133 operasjoner. I 2011 planlegges 120 operasjoner. Klinikken har kapasitet til å operere et sted mellom 150 og 160 pasienter. På grunn av svak DRG-vekting er en slik utvidelse av kapasitet ikke finansiert i 2011. Når det gjelder utredningskapasitet er det utfordringer på grunn av økning i antall henvisninger. Det arbeides med ulike løsninger bl.a i forhold til utredningskapasitet og pasientforløp forøvrig forut for operasjon. Dette inkluderer de ulike yrkesgruppene som deltar i pasientforløpet. Veiledere ligger til grunn. Oppsummert har klinikken valgt markere gul farge i forhold til utredningskapasitet samt manglende finansiering.
7.5.1	Behandling av sykelig overvekt	Helse Nord-Trøndelag HF skal gjennomgå og øke kapasiteten for utredning og behandling av sykelig overvekt	Igangsatt	Klinikken har gjennomgått utrednings- og behandlingsskapasitet. Begrensende faktor finansiering av operasjoner ut over 120 gastric bypass i 2010. Det arbeides med ulike tiltak for å øke utredningskapasitet.
7.5.2	Behandling av sykelig overvekt	Helse Nord-Trøndelag HF skal rapportere på ventetid. Det vil sendes eget brev på dette	NEI	Klinikken har ikke motatt noe eget brev som varslet fra RHF men har systemer på plass for nødvendige rapportering. Forøvrig rapporteres ventetid for denne pasientgruppen via etablerte rapporteringskanaler for ventetid.
7.5.3	Behandling av sykelig overvekt	Helse Nord-Trøndelag HF skal etablere og videreføre samarbeid med kommuner om behandlingstilbud og kompetanseutvikling	Igangsatt	Det er utarbeidet planer og prosjektbeskrivelser. Avventer finansiering/ressurser (bl a kompetanse). Ønsker å bygge på erfaringer fra igangsatte tiltak og prosjekt.
7.5.4	Behandling av sykelig overvekt	Helse Nord-Trøndelag HF skal videreføre arbeid i tverrfaglig overvektspoliklinikk	Igangsatt	Det er utarbeidet planer og prosjektsøknad. Avventer beslutning om organisering og finansiering.
7.8	Ernæring og mattrygghet	Gode rutiner og kompetanse skal sikre at ernæring er en integrert del av behandlingstilbudet. Veiledningsoppgaven ovenfor kommunene skal ivaretas på ernæringsområdet. Eldres ernærings situasjon skal ha spesiell oppmerksomhet.	Igangsatt	Dette er hittil ivarettatt ved at rehabiliteringsavdelingen har dette som et av fokusområdene i kompetanseplan for 2011. Fagdag i 3.januar 2011 ble brukt på temaet " Fysisk aktivitet og ernæring – utfordringer i rehabiliteringsprosessen". Det er videre tatt i bruk god ernæringspraksis i EPJ, skjemaet legges inn på alle pasienter i sengeposten hvor det registreres vekt og høyde og gjøres en vurdering av om den enkelte er i risikosonen, en gradering av dette sier noe om videre tiltak. Når det gjelder veiledningsoppgaven ovenfor kommunene har vi økt fokus på overføring av informasjon til kommunehelsetjenesten på individnivå når det gjelder vekt og ernæringsstatus. Utover dette har vi ikke hatt forespørsel og heller ikke hatt ressurser til å gi et bredere og mer generelt tilbud

7.8.1	Ernæring og mattrygghet	Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak for å sikre at kompetanse og rutiner innen hygiene og mattrygghet ivaretas jf. Mattilsynets rapport: Nasjonalt tilsynsprosjekt (2008-2009) Institusjonsskjøkken.	Igangsatt	Mattilsynet har ved tilsyn i 2009 hatt fokus spesielt på post- og avdelingskjøkkenene og det foreligger tilsynsrapport fra tilsynet i alle helseforetak – Mattilsynets rapport: Nasjonalt tilsynsprosjekt (2008-2009) Institusjonsskjøkken . Tilsynet pekte spesielt på håndhygiene, oppvask og temperatur ikjøle- og fryse skap i forbindelse med mathåndtering på avdeling og poster. Alle avvik ble fulgt opp av den enkelte klinikk/avdeling, jfr korrespondanse mellom HNT og Mattilsynet fra vår/høst 2009. I EQS er det lagt inn prosedyre for Post- og avdelingskjøkken – håndtering av næringsmidler. Den enkelte avdelingsleder har ansvar for tilrettelegging og den enkelte ansatte skal gjøre seg kjent med prosedyren. Dette innebærer at kravet om å sikre kompetanse og rutiner innen hygiene og mattrygghet ivaretas må skje i de kliniske avdelinger når det gjelder post-/avdelings kjøkken og rutiner for å følge opp prosedyren må skje avdelingsvis. I virksomhetsportalen for styringsdokumentet, jfr gjennomgangen 29.04.11 er oppfølgningen av pkt. 7.8 – Sikre at kompetanse og rutiner innen mathygiene og mattrygghet ivaretas, så langt lagt til Serviceklinikken og Kjøkkenavdelingen – dette gjelder, slik jeg oppfatter det pkt. følges opp ved Hovedkjøkkenene og Kjøkkenet på DPS
7.9	Beredskap og smittevern	Det er et mål at det finnes oppdaterte og øvede beredskapsplaner med rutiner for å oppdage og varsle hendelser, og for effektiv, koordinert ressursdisponering ved kriser. Sektorens beredskaps- og smittevernarbeid forutsetter samarbeid mellom regionale helseforetak, kommuner, fylkesmenn, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Strålevernet og andre aktører. Kommunale og private institusjoner og øvrige samarbeidspartnere skal få nødvendig smittevern bistand. Det skal arbeides målrettet for å forebygge sykehusinfeksjoner og antibiotikaresistens, antibiotikabruk skal overvåkes, og det må sikres at smittevernpersonell i regionen har nødvendig kompetanse. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen skal bidra til økt fokus på infeksjonskontroll i helseforetakene og bedre kvalitet på rapportering til Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehustjenesten (NOIS).	NEI	Beredskapsplanen er revidert og oppdatert. Øvelse planlagt november 2011. Smittevernarbeidet drives etter forespørsel fra det kliniske miljø og lovpålagte oppgaver. Pasientsikkerhetskampanjen er i oppstartfasen. Innføringen av utvidet NOIS registrering er tenkt lagt til de kirurgiske avdelinger.
7.9.1	Beredskap og smittevern	Helseforetaket skal følge opp erfaringene fra håndteringen av influensa A (H1N1) og bidra i arbeidet med utarbeidelsen av ny Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa.	Igangsatt	Arbeidet med revidering er startet som en regional prosess.
7.9.2	Beredskap og smittevern	Helseforetaket skal sørge for, med utgangspunkt i erfaringene fra håndteringen av ny influensa A (H1N1) og vulkanutbruddet på Island, oppdaterer og foretar nødvendige tilpasninger i sine beredskapsplaner.	Igangsatt	Arbeidet med revidering av planverk er startet som en regional prosess.
8	Utdanning av helsepersonell	I tråd med Strategi 2020 og Oppdragsdokumentet 2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet, har HMN iverksatt prosjektet "Kompetanse og kapasitet i Helse Midt-Norge". Analysene og videre fremdriftsplan vil bli lagt frem for regionalt styre i mars, mens en konkret handlingsplan vil bli styrebehandlet før sommeren. Vedtakene i regionalt foretaksstyret, vil følges opp av RHF'et med brev til det enkelte helseforetak.	NEI	Avventer brev RHF.
8.1	Utdanning av helsepersonell	Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser og praksisplasser innenfor helsefagarbeiderutdanningen, ambulansearbeiderutdanningen og for annet personell som spesialisthelsetjenesten har bruk for.	JA	Kontinuerlig under arbeid i samarbeid med utdanningsinstitusjonene og HMN
8.2	Utdanning av helsepersonell	Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for at habiliteringstjenestene tar ansvar som praksisarena for å sikre gode læringsmuligheter innen fagfeltet.	Igangsatt	
8.3	Utdanning av helsepersonell	God kompetanse i bruk av strålekilder i diagnostikk og behandling skal sikres, både når det gjelder strålebiologiske forhold generelt og strålehygiene i forhold til pasienter og helsepersonell. Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for gode rutiner for internundervisning av relevant personell i strålehygieniske forhold og tilstrekkelig kompetanse i medisinsk fysikk.	Igangsatt	Ansatt medisinsk strålefysiker i HNT. Prosedyre for intern undervisning er utarbeidet og implementert. Ansvar for oppfølging av prosedyren ligger hos aktuelle avdelingsledere. Risiko ligger i oppfølging av prosedyren. Som kvalitetssikring følger strålefysiker også opp prosedyren.
9.1	Forskning	En felles nasjonal database for registrering av vitenskapelige publikasjoner (Norsk vitenskapsindeks) i helse, institutt og universitets-, høyskolesektoren etableres fra 1.1.2011. Databasen skal benyttes som grunnlag for nasjonal måling av vitenskapelig publisering i helseforetakene. Dette innebærer en vesentlig omlegging av dagens rutiner for rapportering av vitenskapelige publikasjoner. Det vises til revidert oppdragsdokument for 2010. I 2011 skal det rapporteres til NIFU etter dagens system innen 15. mai 2011 samtidig som helseforetakene skal sikre egenrapportering gjennom Norsk vitenskapsindeks senest innen 1. september 2011.	Igangsatt	Vi rapporterer til NIFU ihht frist. Rutiner for rapportering til Norsk vitenskapsindeks er under utarbeiding. Rapporteringen skal foregå samlet i regi av vårt fagbibliotek i FoU
9.2	Forskning	Det skal innføres et felles klassifikasjonssystem for medisinsk og helsefaglig forskning etter fagområde og type forskning i nasjonale rapporteringssystemer for forskning ved bruk av Health Research Classification System (http://www.hrcsonline.net/pages/front.). I 2011 skal det rapporteres til NIFU STEP etter dagens system etter fastsatt frist samtidig som helseforetakene skal sikre egenrapportering gjennom Norsk vitenskapsindeks senest innen 1. september 2011. Det er ønskelig at det tilrettelegges for størst mulig åpenhet og tilgjengeliggjøring av forskningsresultater. Det vises til at forskningsarkivet HeRa er åpent tilgjengelig for alle helseforetak. http://hera.helsebiblioteket.no/hera/pages/	Igangsatt	HNT rapporterer til NIFU Step etter reglene og innen angitte frister

9.3	Forskning	• Helse Nord-Trøndelag HF skal bruke Norsk vitenskapsindeks som rapporteringsverktøy for vitenskapelige publikasjoner fra 2011.	Igangsatt	Rutiner for rapportering til Norsk Vitenskapsindeks er under utarbeidelse
FP 5.1	Økonomiske krav og rammebetingelser	Foretaksmøtet ber om at det blir foretatt en regelmessig gjennomgang av bygningsmassens tekniske tilstand hvert annen år, første gang ultimo 2011	JA	Gjennom det regionale samarbeid om eiendomsforvaltning ble det i 2009 gjennomført en vurdering av bygningenes tekniske tilstand. På eksisterende areal er det ikke gjort vesentlige endringer slik at rapporten fra 2009 fortsatt gjelder. Det legges opp til en revidering av rapporten i 2013.
FP 5.2	Styring og oppfølging i 2011	Foretaksmøte forutsatte at helseforetaket i samsvar med tidsplanen forbereder og implementerer nytt system for økonomi og logistikk	Igangsatt	Intern prosjektplan for implementering er under arbeid.
FP 6.1.1	Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonale helse- og omsorgsplan	Foretaksmøtet la til grunn at Helse Nord-Trøndelag HF forbereder seg på implementering av samhandlingsreformen fra 1.januar 2012, herunder legger til rette for å følge opp forslaget om å lovfeste plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner	NEI	Samarbeidsutvalget drøfter kontinuerlig forberedelser til samhandlingsreformen, inkludert fornyelse av dagens Basisavtale slik at denne blir konsistent med endringer reformen bringer inn.
FP 6.1.2	Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonale helse- og omsorgsplan	For å kunne møte de utfordringer som ligger i samhandlingsreformen, må helseforetaket arbeide videre med planer og piloter i samarbeid med kommunene om utvikling av tjenestetilbud til befolkningen	NEI	Samhandlingsreformen er først og fremst innrettet mot kommunene, med konsekvenser som vil berøre helseforetakene. Finansieringskilder er så langt også rettet hovedsakelig inn mot kommunene. Helse Nord-Trøndelag bidrar til å koordinere dette gjennom Samhandlingsstrategi og Samarbeidsutvalg, og søker så langt som mulig å delta i piloter og prosjekter som initieres i kommunene. Dette er imidlertid krevende, fordi aktivitetsnivået er høyt og økende i kommunene, mens helseforetaket har - og mottar - begrensede ressurser til samhandling.
FP 6.1.3	Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonale helse- og omsorgsplan	Når vedtak om finansieringsordninger i forbindelse med samhandlingsreformen er fattet, må Helse Nord-Trøndelag HF inngå avtaler med kommunene som sikrer at det er sammenheng mellom oppbygging av tilbud i kommunene og disponering av lediggjort kapasitet i helseforetaket	NEI	Helse Nord-Trøndelag er avventende til slike vedtak. Når det gjelder overføringsklare pasienter som blir liggende i sykehus, er dette ikke et problem i Helse Nord-Trøndelag. Det vil således ikke kunne trekkes vesentlige summer fra Helse Nord-Trøndelag til kommunene ved at betalingsordning blir innført. Det vil heller ikke lediggjøre kapasitet av noe omfang. Samhandlingsreformens intensjon om styrking av kommunale tjenester generelt kan imidlertid bidra til å endre pasientflyt, og dermed påvirke kapasitetsbehov i spesialisthelsetjenesten.
FP 6.1.4	Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonale helse- og omsorgsplan	Foretaksmøte la til grunn at berørte kommuner og fylkeskommuner informeres om alle planlagte salg av eiendom, uavhengig av vurdering i forhold til samhandlingstiltak på et så tidlig tidspunkt som mulig.	JA	Når det gjelder salg av post 2 Bjørum Sykehuset Namsos og salg av provisorier ved Sykehuset Levanger, er/vil kommuner og fylkeskommune bli orientert.
FP 6.1.5	Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonale helse- og omsorgsplan	Ved planlegging av større investeringsprosjekter skal det legges vekt på å tilpasse planene til samhandlingsreformen	NEI	HNT har p.t. ikke større investeringsprosjekt under planlegging og fremtidige planer vil bli tilpasset samhandlingsreformen som vil gjelde fra 2012. De arealmessige investeringsprosjekter som vil komme med basis i Evalueringsrapporten vedr. arealmessig teknisk standard og "ompakkingsprosjektet" vil bli hamonisert samhandlingsreformen.
FP 6.2.1	Veileder for styrearbeid og fastsetting av instruks	Foretaksmøtet forutsatte at styret for Helse Nord-Trøndelag HF har fastsatt instruks for styret og instruks for daglig leder.	NEI	
FP 6.2.2	Veileder for styrearbeid og fastsetting av instruks	Foretaksmøtet ber om at den regionale veilederen blir lagt til grunn for styrearbeidet så snart den foreligger	NEI	Avventer veileder
FP 6.3.1	Regjeringens eierskapspolitikk	Foretaksmøtet forutsatte at styret for Helse Nord-Trøndelag HF årlig evaluerer egen virksomhet. En oppsummering av evalueringen skal videreformidles til eier	Igangsatt	Avtaler med styret om tidspunkt for evaluering, preliminært i november møte.
FP 6.3.2	Regjeringens eierskapspolitikk	Foretaksmøtet forutsatte at helseforetaket forholder seg til retningslinjene for lederlønn. Retningslinjene slår fast at lederlønnene skal være konkurransedyktige, men ikke lønnledende (se brev fra eier 14.9.2007). Foretaksmøtet forutsatte videre at styret og ledelsen er kjent med Riksrevisjonens lederlønnundersøkelsen (Dokument 3:2 (2010-2011)).	JA	
FP 6.4.1	Tiltak på personalområdet	Helse Nord-Trøndelag HF styrker sin kunnskap om hvilken kompetanse som trengs for å møte utfordringene beskrevet i Strategi 2020	Igangsatt	Arbeidet er igangsatt i nært samarbeid med HMN, jfr regional orienteringssak om kompetanse og kapasitet.
FP 6.4.2	Tiltak på personalområdet	Helse Nord-Trøndelag HF bidrar aktivt i å ta i bruk system for løpende kompetanseplanlegging som vil bli anskaffet som regional applikasjon høsten 2011 (Dossier)	NEI	HNT vil aktivt følge opp implementering av denne anskaffelsen i samarbeid med HMN
FP 6.4.3	Tiltak på personalområdet	Helse Nord-Trøndelag HF som et ledd i innføringen, iverksetter opplæringstiltak for ledere og staber knyttet til systematisk kompetanse og personalplanlegging	Igangsatt	Foretakets klinikker har frist 1.9. 2011 med å revidere kompetanseplanen.

FP 6.4.4	Tiltak på personalområdet	I 2011 skal Helse Nord-Trøndelag videreutvikle arbeidet med aktivitets- og bemanningsplanlegging (årsplaner) og styrke kompetansen til ledere og staber innen dette området. Foretaksmøte understreker betydningen av at dette arbeidet må prioriteres også for å kunne lykkes med å nå målet om redusert ventetid	JA	HNT har innført aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging for alle yrkesgrupper. Som ledd i kvalitetsforbedring er det nå under planlegging internt kurs i generell turnusplanlegging høsten 2011.
FP 6.4.4.1	Utdanning, etisk rekruttering og gode tilsettingsrutiner	Helseforetakene har ansvar for at utdanning og rekruttering av helsepersonell gjøres slik at det bidrar til å sikre tilstrekkelig kapasitet og en kvalitativ god helsetjeneste. Foretaksmøte forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF: Legger til rette for å øke antall læreplasser for elever i videregående opplæring i helseforetaket i samarbeid med utdanningsinstitusjonene og kommunene. Dette er presisert i styringsdokumentet og eier vil konkretisere måltall og krav til opptrappingsplan i et eget brev til foretaket.	Igangsatt	Oppdraget vil fortløpende bli fulgt opp. Jfr også pkt. 8.1.
FP 6.4.4.2	Utdanning, etisk rekruttering og gode tilsettingsrutiner	Foretaksmøte forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF: Sørger for at WHO's internasjonale retningslinjer for etisk rekruttering av helsepersonell etterleves. Retningslinjene tilgjengeliggjøres i felles Personalweb.	NEI	Arbeidet er ikke igangsatt enda.
FP 6.4.4.3	Utdanning, etisk rekruttering og gode tilsettingsrutiner	Foretaksmøte forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF: Sørger for at helseforetaket har gode rutiner ved tilsetning av helsepersonell, jf. Personalweb og Helsedirektoratets veileder "Gode rutiner - Gode tilsettinger".	JA	Som oppfølging av internrevisjon i 2010 har HNT etablert ny prosedyre og et tilsettingsråd i HNT. Prosedyren og intensjonen blir fortløpende evaluert i forhold til måloppnåelse.
FP 6.4.5.1	Faste stillinger og deltid	Helseforetaket skal føre en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk for alle helsepersonellgrupper og øvrige ansatte gjennom å ta i bruk arbeidskraftreserve på deltid og redusere innleie. Foretaksmøtet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF sørger for at de som hovedregel bruker faste stillinger og begrenser bruken av midlertidige stillinger og vikariatet til et nødvendig minimum (jf. Arbeidsmiljøloven § 14-9).	JA	Følges fortløpende opp via tilsettingsprosedyren.
FP 6.4.5.2	Faste stillinger og deltid	Foretaksmøte ba om at Helse Nord-Trøndelag HF i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, reduserer deltid med minst 20 prosent i løpet av 2011. For å nå målsetningen må bruken av midlertidige stillinger gjennomgås og handlingsrommet knyttet til turnover og opprettelse av nye stillinger brukes aktivt for å øke heltidsandelen Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2011 rapportere andelen deltid månedlig gjennom ØBAK, og dette vil bli fulgt opp i dialogmøtene. Helseforetaket skal i årlig melding rapportere om utvikling av andelen deltid og hvilke tiltak som er iverksatt for å redusere andelen deltid.	Igangsatt	Arbeidet er igangsatt og det er foretatt kartlegging av deltid. Det er etablert partsammensatt arbeidsgruppe som skal foreslå tiltak for det videre arbeidet.
FP 6.4.6.1	Inkluderende Arbeidsliv (IA) og sykefravær m.m.	Foretaksmøtet viste til Regjeringens og partenes arbeid med en ny og mer målrettet IA-avtale for perioden 1. mars 2010 til 31. desember 2013 for å redusere sykefraværet, hindre utstøting og frafall, øke sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne, og stimulere til forlenget yrkesaktivitet etter fylte 50 år. Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF setter aktivitets- og resultatmål i arbeidet med å nå IA-avtalens mål frem til 31.12.2013. For foretaket betyr dette å etablere plan med periodisert måltall frem til IA-målet på maks 7 % sykefravær i 2013	NEI	Det jobbes nå mer systematisk og helhetlig med IA-arbeidet i HNT enn det vi har gjort tidligere. HNTs handlingsplan for IA-arbeidet 2010-2016 ligger til grunn for arbeidet. HNTs IA-oppfølgingsgruppe gjennomfører sammen med IA-kontakt møter med alle klinikkens IA-aktører (ledere, VO og TV) første halvår. Vår kontaktperson hos NAV Arbeidslivssenteret NT, HVO, FTV og BHT deltar i møtene hvis mulig. Klinikken får i møtet i oppdrag å sette egne resultatmål med konkretiseringer innen hvert av delmålene i HNTs samarbeidsavtale NAV Arbeidslivssenteret NT. Delmål 1 Sykefravær - snarest, delmål 2 og 3 i løpet av august 2011. Dette mener vi vil gi et mer realistisk grunnlag for HNTs måloppnåelse. HNTs mål er at sykefraværet ikke skal overstige 7,5 % i 2011. Vi har redusert det fra 8,8 % i januar til 8,1 % i mars (akkumulert 8,5 %). Tendensen er positiv, men det er en forholdsvis stor utfordring å nå målet 7,5 % akkumulert for 2011. Sykefraværsarbeidet skal i henhold til HNTs IA-policy dreies i retning av nærværarbeid. Vi antar at dette vil gi effekt på fraværsprosenten og de øvrige IA-delmålene.
FP 6.4.7.1	Konsulentbruk	Foretaksmøte presiserte at bruken av eksterne konsulenter bør avgrenses til områder der det er nødvendig med kompetanse eller kapasitet utover det som er tilgjengelig i egen organisasjon og for en tidsbegrenset periode. Bruk av eksterne konsulenter skal vurderes opp mot å rekruttere aktuell kompetanse. Foretaksmøte la til grunn at Helse Nord-Trøndelag HF skal ha et bevisst forhold til å begrense bruken av eksterne konsulenter	NEI	Arbeidet er ikke igangsatt.

FP 6.4.8.1	Nasjonal lederplattform - styrket ledelse og bedre ledelsesstøtte	Nasjonalt og regionalt ledelsesutviklingsprogram vil videreføres, basert på de nasjonale kravene til lederadferd i helseforetakene. Programmene skal tilpasses de krav og utfordringer lederne i helseforetaket står overfor. Lederutvikling på alle nivåer i spesialisthelsetjenesten skal derfor spesielt legge vekt på krav til ledernes rolleforståelse (horisontalt og vertikalt), krav til kvalitet og pasientsikkerhet og samhandlingsreformens krav til samhandling med kommunehelsetjenesten. For Helse Midt-Norge vil dette skje innen rammene av realisering av Strategi 2020 Foretaksmøte på Helse Nord-Trøndelag HF: Å lage en tiltaksplan for å sikre rekrutteringsgrunnlaget for ledende stillinger i foretaket og i foretaksgruppen, herunder også hvordan arbeidet med lederutvikling og karriereutvikling ivaretas.	NEI	HNT har en egen arbeidsgruppe som har ansvaret for internt lederutviklingsprogram og utvikling av dette. HNT LUP skal utvikles i samsvar med nasjonalt topplederprogram og HMNs regionale lederutviklingsprogram. Årets grunnkurs LUP ble avviklet med 4 månedlige dagssamlinger første tertial samt en kollegahospitering 1x1 dag. Sammen med kursene vi har kjørt 2009-2010 er det nå kun unntaksvis at ledere på nivå 3 og 4 i HNT ikke har gjennomført kurset. Arbeidsgruppen skal framlegge evaluering av årets kurs for foretaksledelsen i juni. Da vil også videre anbefalte tiltak for å utvikle HNT LUP foreslås. Tiltakene skal bidra til at HNT tilfredsstiller fortaksprotokollens krav og forventninger.
FP 6.4.8.2	Nasjonal lederplattform - styrket ledelse og bedre ledelsesstøtte	Foretaksmøte på Helse Nord-Trøndelag HF: Å vektlegge Strategi 2020 i foretakets lederutviklingsprogrammer	NEI	Som for pkt FP 6.4.8.1
FP 6.4.9.1	Permisjonspraksis	Det er et nasjonalt ansvar å sørge for kvalifisert helsepersonell på Svalbard. Videre viste foretaksmøtet til at deltakelse i internasjonalt solidaritetsarbeid blant helseforetakenes ansatte er positivt og viktig. Foretaksmøte på Helse Nord-Trøndelag HF om å legge til rette for permisjoner til ansatte som får tilbud om stilling ved UNN, Longyearbyen sykehus.	NEI	Vil bli fulgt opp med revisjon av permisjonsreglementet
FP 6.4.9.2	Permisjonspraksis	Foretaksmøtet på Helse Nord-Trøndelag HF om å sørge for en hensiktsmessig permisjonspraksis når det gjelder ansattes deltakelse i internasjonalt solidaritetsarbeid	NEI	Vil bli fulgt opp med revisjon av permisjonsreglementet.
FP 6.5.1	Intern kontroll og risikostyring	Det er avdekket flere tilfeller av uheldige hendelser og avvik i tjenestene. De regionale helseforetakene må sørge for at det arbeides systematisk med å lære av avdekkede avvik på tvers i organisasjonen. Foretaksmøtet viste til tidligere gitt føringer på området, herunder: Styret skal påse at Helse Nord-Trøndelag HF har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke nås, skal identifiseres og korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse skal iverksettes. Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsetninger og ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen.	JA	Det er iverksatt system for å sikre risikostyring. Prosedyre, avklaring av kvantifisering av sannsynlighet og konsekvens.
FP 6.5.2	Intern kontroll og risikostyring	Styret skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaket med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontroll og tiltak for å følge opp avvik. Det skal redegjøres for styrets arbeid i årlig melding.	Igang satt	Legger fram resultatet av ledelsens gjennomgang. Dette må videreutvikles
FP 6.5.3	Intern kontroll og risikostyring	Foretaksmøtet la til grunn at det ved omstilling av virksomheten må foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser omstillingen vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene	NEI	Metodikk utvikles
FP 6.5.4	Intern kontroll og risikostyring	Foretaksmøtet la til grunn at Helse Nord-Trøndelag HF sikrer en systematisk oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn	JA	Iverksatt
FP 6.6.1	Kvalitet i anskaffelsesprosesser	Foretaksmøtet legger til grunn at helseforetakene kontinuerlig lærer av erfaringer ved gjennomføring av anskaffelser av helsetjenester, for å hindre uheldige konsekvenser ved fremtidige anskaffelser. For å sikre god kvalitet i disse prosessene er et nødvendig med tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å gjennomføre regionale og nasjonale prosjekter. Foretaksmøte på Helse Nord-Trøndelag HF følger anbefalinger fra de regionale helseforetakenes fellesprosjekt knyttet til miljø og samfunnsansvar, delprosjekt innkjøp.	Igang satt	Vi er aktivt med i Innkjøpsnettverket i HMN og jobber nå med kvalitetssystemet. Likeså er det aktiviteter i nettverket for å tilføre oss mer kompetanse. Ved konkurranser bruker vi konkurranseverktøyet Visma, KGV
FP 6.6.2	Kvalitet i anskaffelsesprosesser	Foretaksmøtet på Helse Nord-Trøndelag HF styrker sin innkjøpsfunksjon med ressurser som muliggjør realisering av felles nasjonale og regionale prosjekter	JA	Anskaffelsesfunksjonen i HNT er i budsjettet for 2011 økt med ett årsverk for innkjøpsrådgiver. Tilsettingsprosessen er gjennomført og innkjøpskapasiteten vil øke til 2,3 årsverk høsten 2011.
FP 6.7.1	Utvikling på IKT-området	Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at helseforetakene bidrar aktivt til en framtidsrettet utvikling på IKT-området. Foretaksmøtet på Helse Nord-Trøndelag HF: I henhold til felles mandat for styringsgruppe innenfor IKT skal Helse Nord-Trøndelag HF sine representanter i styringsgruppe være et kontaktpunkt for det regionale prosjektet inn i det enkelte helseforetak, og bidra til at det etableres nødvendig lokal styring og forankring og at nødvendige lokale ressurser gjøres tilgjengelig	JA	Helse Nord-Trøndelag sine representanter i regionale styringsgrupper, er alle medlemmer av den lokale styringsgruppa for innføring av IKT-løsninger i foretaket Lokal styringsgruppe er ledet av Ass.dir. og ansvar for forankring og lokal oppfølging bli i tillegg ivarettatt av fagsjef og IT-sjef. Helse Midt-Norge sin kvartalsvise prosjektportefølgerapport blir lagt frem for foretaksledelsen og fulgt opp i lokale styringsgrupper

FP 6.7.2	Utvikling på IKT-området	Foretaksmøtet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF: Skal prioritere kliniske ressurser til prosjekter som er regionalt prioriterte	NEI	Helse Nord-Trøndelag har mottatt brev fra HEMIT, datert 18.03.2011, der en blir bedt om å avstå ressurser til bl.a. KMF-prosjektet og Program for Legemiddelhandtering. Vi har allerede avstått en kliniker til referansegruppen for prosjektet og en jobber nå med å få på plass den andre legeressursen, slik det er bedt om i brevet. Per Arne Oppegaard og Paul Fuglesang er det som vil representere HNT i arbeidgruppen for prosjektet.
FP 6.7.3	Utvikling på IKT-området	På regionalt plan arbeides det med utviklingsprosjekter innen EPJ, ANIN, Lab, Økonomi og logistikk, Rapportering og styring, HR, Samhandling, Teknologi og integrasjon. Flere av prosjektene innenfor disse styringsgruppene kommer til pilotering og innføring i 2011. Det er viktig at helseforetakene følger opp og forbereder egen organisasjon til dette, slik at de nye verktøyene snarest kan gi forventet gevinst: I 2011 skal Helse Nord-Trøndelag HF forberede seg på følgende innføringsprosjekter: * klinisk arbeidsflate skal innføres i alle psykiatriske avdelinger * Ny versjon av Opplan skal innføres i alle avdelinger som er brukere av Opplan	NEI	Klinisk arbeidsflate: Helse Nord-Trøndelag er pilot på "Kliniks arbeidsflate" og "MyWay2PAS" (for rapportering av MBDS) og kjøres ved psykiatrisk klinikk i Namsos. Programvaren som er levert av det regionale prosjektet er derimot ikke av en slik kvalitet at den vil bli videre breddet i den nåværende form. Dessuten er det betydelige responstidsproblemer med løsningen i bruk og som heller ikke gjør det forsvarlig å bredde løsningen i den nåværende form. Prosjektet er derfor avhengig av at HEMIT og det regionale prosjektet gjør nødvendige forbedringstiltak før løsningen kan taes i bruk. Ny versjon av Opplan: Helse Nord-Trøndelag er rede til å ta i bruk den nye versjonen så fort den er utviklet og kvalitetssikret for bruk. HEMIT er forsinket i leveransen og vi vil neppe få denne i produksjon i år. Som foretak har en liten innvirkning på leveransene fra de to nevnte regionale prosjektene, men ser at vi neppe får innført noen av de to løsningene i innværende år.
FP 6.7.4	Utvikling på IKT-området	Foretaksmøte forutsatte at økte kostnader/realisering av gevinster etter innføring av ny teknologi, så tidlig som mulig tas inn i langsiktige planer og budsjett	NEI	Det langt inn tall for investeringer og økte driftskostnader i langtidsbudsjettet for perioden 2011 - 2017. Når det gjelder innføringen av ANIN er det kun forutsett kvalitetsmessige gevinster og ingen økonomiske. Dessuten er dette prosjektet fremdeles avhengig av at det investeres mer i MTU som kan kommunisere med løsningen før vi kan ta i bruk løsningen. For utskiftninger av PC-parken i nevnte tidsrom er det avtalt med HEMIT at en skal øke utskiftingsraten av PC'er f.o.m. 2011-12. Dette tiltaket skal bidra til at våres brukere skal oppleve mindre "plunder og heft" og heng i systemet, slik en ofte opplever det når PC'en er av eldre årgang.
FP 6.7.5.1	Spesielt om elektronisk meldingsutveksling - meldingsløftet	Nasjonalt meldingsløft har som mål at informasjonsutveksling mellom nivåene i helsetjenesten skal baseres på sikker elektronisk meldingsutveksling og at parallelle forsendelser av papir skal avvikles Foretaksmøtet ba om at Helse Nord-Trøndelag etablerer oppfølgingsrutiner for å sikre sikker elektronisk meldingsutveksling. I tillegg skal det etableres planer for avvikling av papirløsninger, jf. Handlingsplan for Regionalt meldingsløft.	Igangsatt	Planer er vedtatt og fremdrift følges
FP 6.7.5.2	Spesielt om elektronisk meldingsutveksling - meldingsløftet	Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2011 bidra til å oppnå målene i nasjonalt meldingsløft, og å oppnå visjonen for Meldingsløftet i Helse Midt-Norge som er: "Helhetlige pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid."	Igangsatt	Prosjekt etablert og følger fremdriftsplan
FP 6.7.5.3	Spesielt om elektronisk meldingsutveksling - meldingsløftet	Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2011 ivareta mottak av elektroniske henvisninger fra, og sending av elektroniske epikriser til, alle fastleger og avtalespesialister som har etablert løsninger for dette. Helseforetaket har et utvidet ansvar for dialog med legekantor og avtalespesialister i sin region, spesielt i forbindelse med avvikling av parallelle papirforsendelser. Det samme skal gjelde for røntgen-henvisninger og -svar, samt laboratoriesvar. Helseforetaket skal også tilrettelegge grunnlag for korrekt adressering av meldingene.	Igangsatt	To legekantor er oppe og 8 får tilbud i løpet av mai.
FP 6.7.5.4	Spesielt om elektronisk meldingsutveksling - meldingsløftet	Helse Nord-Trøndelag HF skal videre i 2011 tilrettelegge for elektronisk meldingsutveksling med kommunehelsetjenesten (basert på samme meldingene som med fastlege), samt iverksette mulighet for å motta laboratorierekvirering fra primærhelsetjenesten i tråd med regionale planer som utarbeides basert på erfaringer fra Helse Sør-Øst	Igangsatt	Løsningen er på plass. Planen er ferdig bredding 2011. HMN har opsjon på løsning på lab.løsning fra Helse Sør- Øst, men dette er forsinket fra Sør- Øst. Kan forventes 2012/2013
FP 6.9.1	Pasientreiser	Pasientreiser skal organiseres og drives slik at den enkelte pasients behov for hensiktsmessig transport ivaretas. Pasienter med rekvisisjon for spesialtilpasset transport skal sikres et differensiert og tilrettelagt tilbud. Behandling og transport skal ses i sammenheng. Helse Nord-Trøndelag skal: Rapportere egenandeler for pasientreiser elektronisk til HELFO i tråd med krav som stilles til kvalitet, hyppighet og kompleksitet slik at pasientene mottar frikort automatisk.	Igangsatt	Dette er allerede igangsatt og fungerer.

FP 6.9.2	Pasientreiser	Helse Nord-Trøndelag skal: Sikre og følge opp tiltak for å opprettholde en saksbehandlingstid som normalt ikke skal overstige 10 virkedager på reiseoppgjør for pasienter	JA	Det jobbes kontinuerlig med dette. Lean prosjekt etc. Vi har pr. i dag landets korteste saksbehandlingstid på ca. 6 dager.
FP 7.1.1	Miljø- og klimatiltak	Foretaksmøtet viste til arbeidet med nasjonale miljø- og klimaprojektet i helseforetakene og til sluttrapport om miljø- og klimatiltak i spesialisthelsetjenesten. Foretaksmøtet viste videre til tidligere krav om oppfølging av nasjonale klimapolitikk, og understreket at sektoren gjennom energiøkonomisering og klimavennlig oppvarming må bidra til å realisere de nasjonale klimaforpliktelsene. Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å etablere miljøledelse og miljøstyringen i helseforetakene og påfølgende sertifisering av styringssystemet i henhold til ISO 14001-standarden. Dette arbeidet skal ta sikte på å innføre slike systemer innen utgangen av 2014	Igangsatt	Foretaket deltar i nasjonalt "Klimaforum" Det er utarbeidet oversikt over mål og innarbeidet som en del av ledelsens gjennomgang
FP 7.1.2.1	Miljø- og klimatiltak	Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag HF om å følge opp og iverksette de øvrige målene med anbefalte tiltak som er omhandlet i sluttrapporten på områdene innkjøp	Igangsatt	I innkjøpsnettverket som vi aktivt er med i jobber vi med miljøprofil og etikk. Det jobbes kontinuerlig med kvalitets forbedringer. Dette vil også inngå i kvalitetssystemet som vi jobber med.
FP 7.1.2.2	Miljø- og klimatiltak	Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag HF om å følge opp og iverksette de øvrige målene med anbefalte tiltak som er omhandlet i sluttrapporten på områdene bygg/eiendom	Igangsatt	Når det gjelder energi, følges de tiltak opp som er prioritert gjennom de enøk midler som tildeles fra HMN. Ved rehabilitering og nybygging av psykiatrien i Namsos er de anbefalte tiltak som er nevnt for områdene bygg/eiendom lagt inn i planlegging og gjennomføring av prosjektet.
FP 7.1.2.3	Miljø- og klimatiltak	Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag HF om å følge opp og iverksette de øvrige målene med anbefalte tiltak som er omhandlet i sluttrapporten på områdene transport	Igangsatt	Når det gjelder pasientreiser har vi kontinuerlig fokus på samkjøring og mest mulig bruk av kollektivtilbud med tanke på å redusere utslipp til luft. Har ikke startet noen ISO 14001 sertifisering.
FP 7.1.3	Miljø- og klimatiltak	Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF legge til rette for klimavennlige løsninger og oppvarming, og gå i dialog med kommunene for å se på mulighetene for å etablere fjernvarmeløsninger der det ikke finnes i dag.	Igangsatt	Det er nær kontakt med Biovarme som har fått konsesjon for fjernvarmeløsninger for de kommuner hvor foretaket har aktivitet. Gjennom denne kontakten har kommunene kunnskap om foretakets planer for fjernvarmeløsninger. Ved rehabilitering og nybygging av psykiatrien ved Sykehuset Namsos er det lagt til rette for tilgang til fjernvarmeløsninger.
FP 7.2.1	Nasjonalt profileringsprogram	Foretaksmøtet forutsatte at helseforetaket forholder seg til revidert nasjonalt profilprogram når det foreligger	NEI	Helse Nord-Trøndelag vil forholde seg til det hvis det kommer, evt med økonomisk vurdering. Pågående revidering av foretakets hjemmesider tar opp i seg gjeldende profilbestemmelser for nett.
FP 7.5.1	Parkering	Foretaksmøtet la til grunn at helseforetakene begrenser betaling for parkering til å dekke kostnadene ved parkeringstilbudet og at de rutiner man har for parkering skal begrense risikoen for gebyr. Alle nye parkeringssystemer skal bygge på prinsippet om etterskuddsbetaling	JA	HNT har avtale med vertskommunene om drift av parkeringsarealet ved sykehusene. Betalingsnivå for parkering er lagt på samme nivå som ved parkeringsareal forøvrig. Det er lagt til rette for bruk av betalingskort slik at ved usikkerhet om avsluttet besøk ved sykehusene kan dette reguleres ved kortbruk. Foretakets inntekt gjennom samarbeidet med kommunene er på ca 870,- kr pr plass pr år - dette skal dekke kapitalkostnader og drift og vedlikehold og ligger på et moderat nivå.

Helse Nord-Trøndelag HF				Mål		Datakilde		Periodetall 2011				Tertialtall 2010			
Nr.	Styringsparametere (if AD-rapport)							Rapp. Frekv.	Jan 2011	Febr 2011	Mars 2011	April 2011	1. tert 2010	2. tert 2010	3. tert 2010
Aktivitetsmål somatik:															
	- Antall produserte DRG-poeng (opnåelses andel (if plan)	Planall	HF	Månedlig	99,6 %	92,7 %	95,8 %	94,9 %							
3.1	Aktivitetsmål psykisk helsevern for voksne:														
	- Polikliniske konsultasjoner (opnåelses andel (if plan)	Planall	HF	Månedlig	96,9 %	93,5 %	95,0 %	73,6 %							
	- Utskrivninger (avvik fra plan)	Planall	HF	Månedlig	16	-44	-34	4							
	- Oppholdsdegn (avvik fra plan)	Planall	HF	Månedlig	-279	-478	-128	-11							
3.2	Aktivitetsmål psykisk helsevern for barn og unge:														
	- Polikliniske tiltak (opnåelses andel (if plan)	Planall	HF	Månedlig	74,4 %	71,8 %	81,3 %	60,7 %							
	- Utskrivninger (avvik fra plan)	Planall	HF	Månedlig	-4	-1	0	-3							
	- Oppholdsdegn (avvik fra plan)	Planall	HF	Månedlig	-35	13	72	14							
Ventetider og fristbrudd:															
6.1.1	Andel ventetider på nettsiden (fritt sykehusvalg) som er oppdatert siste 4 uker	100,0 %	Fritt sykehusvalg.no	Tertial	100 %	100 %	99 %	94 %	98 %	100 %	97 %				
6.1.2	Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen somatik	≤ 65 dg	NPR	Månedlig	101	100	97	99	102	119	96				
6.1.2.1	Median ventetid for pasienter innen somatik	≤ 65 dg	NPR	Månedlig	68	67	57	61							
6.1.3	Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP)	≤ 65 dg	NPR	Månedlig	56	55	53	57	77	98	50				
6.1.3.1	Median ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP)	≤ 65 dg	NPR	Månedlig	47	40	41	47							
6.1.4	Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP)	≤ 65 dg	NPR	Månedlig	47	48	46	53	62	58	49				
6.1.4.1	Median ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP)		NPR	Månedlig	38	34	35	43							
6.1.5	Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere (TSB)	≤ 65 dg	NPR	Månedlig	36	38	27	35	33	40	33				
6.1.5.1	Median ventetid for pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere (TSB)		NPR	Månedlig	26	33	22	35							
6.1.6	Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten	≤ 65 dg	NPR	Månedlig	98	97	94	96	101	118	94				
6.1.7	Andel pasienter innen BUP som er vurdert innen 10 dager	100,0 %	NPR	Tertial	97 %	100 %	97 %	100 %	89 %	94 %	98 %				
6.1.8	Andel rettighetspasienter som gis utredning eller behandling innen 65 dager i psykisk helsevern og/eller TSB for personer under 23 år	100,0 %	NPR	Tertial	97 %	95 %	95 %	89 %	85 %	80 %	90 %				
6.1.9	Andel fristudd for rettighetspasienter	0,0 %	NPR	Tertial	2,6 %	3,3 %	3,4 %	2,7 %	12,5 %	14,3 %	10,1 %				
Kvalitetsindikatorer:															
6.2.1.1	- Andel epikriser sendt ut innen slu dager	100,0 %	NPR	Tertial	84 %	86 %	85 %	81 %	71 %	76 %	83 %				
6.2.1.2	- Andel korridorpasienter	0,0 %	NPR	Tertial	2,0 %	1,4 %	1,5 %	2,3 %	2,5 %	1,6 %	1,8 %				
	- Andel reileggelser				4,4 %	8,6 %	7,3 %	10,8 %							
Økonomi:															
2.1	- Økonomiskresultat (avvik (if budsjett) i mill kr	Budsjett			-1,6	-2,8	-1,3	-2,5							
	- Økonomiskresultat (avvik (if budsjett) (korrigert for merkostnader pensjon) i mill kr				1,7	0,5	1,9	0,8							
HR:															
	- Brutto mnd verk utbetalt (avvik (if plan)				-11,7	-27,4	-7,7	-12,3							
FP 6.4.6.1	- Andel sykefravær	< 7,5 %			9,0 %	8,5 %	8,2 %	7,5 %							
FP 6.4.5.2	- Andel deltid	30,0 %			35,8 %	35,9 %	36,0 %	36,1 %							
Øvrige styringsparametere (if styringsdokument/foretaksprotokoll)															
6.2.1.3	Andel pasienter med hjemmeinntak som får trombolyse		NPR	Tertial											
6.2.1.4	Andel pasienter med slinketrumput (fødestilfett) grad 3 og 4.		NPR	Tertial											
6.2.1.5	Diabetes - Berøringspasienter pr 100 000 innbyggere		NPR	Årlig											
6.2.2.1	Brukerfaringer kreftpasienter, justert for case-mix		Kunnskapsenteret	Årlig											
6.2.2.2	Fastelegers erfaringer med distriktspsykiatriske sentre		NPR	Årlig											
6.4.1	Andel tvangsinleggelse, ratjustert for belasting i oppkassområdet		NPR	Tertial											
6.4.2	Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge		NPR	Tertial											
6.4.3	Datakvalitet lovgrunnlag psykisk helsevern voksne		NPR	Tertial											
6.4.4	Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern voksne		NPR	Tertial											
6.5.1	Tid fra henvisning til første behandling sykdomskreft		NPR	Tertial											
6.5.2	Tid fra henvisning til første behandling brystkreft		NPR	Tertial											
6.5.3	Tid fra henvisning til første behandling lungekreft		NPR	Tertial											

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 doblet 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.

Sak 24/2011 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 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.

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 prehospitaltjenester 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	Prehospitaltjenester, 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-oppgaver													
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 25/2011 Langtidsplan og langtidsbudsjett for HNT 2012 – 2017

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret i Helse Nord-Trøndelag HF	19.05.11	25/2011
Saksbeh:	Tormod Gilberg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	1706 /2011	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret støtter foreslåtte prioriterte forslag til styrking av pasienttilbudet i HNT og administrerende direktørs vurdering av realistisk omstillingsnivå for foretaket.
2. Styret støtter foreslåtte prioriterte forslag til investeringer i foretaket. Styret anbefaler at investeringsrammen for HNT i årene framover legges på et nivå som tilsvarer foretakets avskrivninger tillagt inntekter ved salg av egne bygg. Investeringene kan da finansieres uten lån eller annen ekstern tilførsel av likviditet.

SAKSUTREDNING:

Sak 25/2011 Langtidsplan og langtidsbudsjett for HNT 2012 – 2017

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. HMNs brev av 13.04.11 om forutsetninger og prinsipper for utarbeidelse av budsjett 2012 – 2017
2. HNTs brev av 11.05.11 til HMN om HNT – langtidsbudsjett 2012 - 2017

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Sak 43/11 til styret for HMN 07.04.11; Langtidsplan og budsjett 2012 – 2017, – prinsipper og forutsetninger
2. Protokoll fra styremøte i HMN 07.04.11

1. GRUNNLAG

Styret for HMN vedtok i sak 43/11 prinsipper og forutsetninger for utarbeidelse av langtidsbudsjett 2012 – 2017. I brev av 13.04.11 har HMN utdypet styrets vedtak som grunnlag for helseforetakenes utarbeidelse av forslag til langtidsbudsjett for perioden 2012 – 2017.

2. FORSLAG

HNT har på dette grunnlag utarbeidet forslag til LTB 2012 – 2017. Forslaget til langtidsbudsjett, som ble oversendt HMN innen svarfristen 11.05.11, følger vedlagt.

HNTs forslag til langtidsbudsjett bygger på tidligere langtidsbudsjett og vedtatt strategiplan for HNT for perioden 2011 – 2016 og HMNs strategi 2020. Vi har på dette grunnlag innarbeidet forslag til nye aktiviteter og pasienttilbud over driftsbudsjettet og forslag til videreføring og nye investeringer over investeringsbudsjettet.

Styret vedtok i sak 40/09 om LTB 2010 – 2016 en henstilling om å utarbeide egne utviklingsplaner for sykehusanleggene i Namsos og Levanger. Oppgaven er gjentatt i strategiplanen som ble vedtatt i mars i fjor. Dette arbeidet forutsettes bygget på HMNs strategi for perioden fram til 2020. Som et ledd i arbeidet med utviklingsplaner, har foretaket den senere tid arbeidet med planer for bedre utnyttelse av sykehusets areal knyttet til sengeposter, det såkalte ”ompakkingsprosjektet”. I tillegg til bedre arealutnyttelse er det også en målsetting å etablere optimale sengepoststørrelser med utgangspunkt i bemanning og driftsøkonomi. ”Ompakkingsprosjektet” forventes ferdig våren 2011.

HMN har bedt HNT beskrive eventuelle konsekvenser av en effektivisering/omstilling på 1,5 % i 2012. Evt. egne prioriterte områder for økt innsats vil øke omstillingsbeløpet tilsvarende. Med utgangspunkt i strategiplaner og pasientbehov foreslår direktøren økt innsats på prioriterte områder for om lag 10 mill kroner i 2012, tilsvarende 0,5 % av foretakets inntekter. Samlet omstilling vil da ligge på om lag 2,0 % eller 40 mill kroner. Med henvisning til foretakets strategiplan mener vi realistisk omstillingsnivå ligger på 1,5 – 2,0 % av foretakets driftskostnader (dvs. 30 – 40 mill kroner pr. år). Større omstillingsbehov p.g.a. redusert inntektsramme og/eller økte kostnader vil kunne innebære behov for å redusere eller fjerne aktiviteter og tilbud med uheldig virkning for foretakets pasienter.

Konkrete forslag til prioriterte områder for økt innsats og/eller økt pasienttilbud framgår av vedlagte brev til HMN. Av samme dokument framgår også direktørens forslag til prioriterte investeringer i årene framover. Det arbeides med utforming av tiltak for å svare på omstillingskravet for 2012. Det er skissert områder for ytterligere effektivisering uten at en på dette tidspunkt har hatt mulighet for å konkretisere dette i særlig grad.

3. VIDERE PROSESS

Langtidsbudsjett 2012 – 2017 for HMN skal behandles i regionstyret 24.06.11. Behandlingen i regionstyret vil gi premisser for fastsetting av aktivitetskrav, basisramme og resultatkrav for HF-ene for 2012.

Styrets behandling av innspill til LTB 2012 – 2017 for HNT vil bli ettersendt til HMN.

Levanger, 12.05.11

Arne Flaot
Adm. dir.
(sign.)

Mottakere i henhold til liste

Vår ref.
2011/253 - 2310/2011

Deres ref.

Saksbehandler
Reidun Martine Rømo, 74 83 99 17Dato
13.04.2011

Grunnlag langtidsbudsjett 2012-2017 - forutsetninger og prinsipper

Styret i Helse Midt-Norge RHF behandlet den 7. april 2011 sak 43/11 *Langtidsplan og budsjett 2012-2017 – prinsipper og forutsetninger*. Styret gjorde følgende vedtak i saken:

1. Styret ber om at en i det videre arbeid med langtidsbudsjett for 2012-2017 vurderer om det økonomiske handlingsrommet er robust nok til at HMN kan bygge opp nødvendig egenfinansiering som muliggjør en byggestart av nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal enten i 2016 eller i 2018.
2. Styret ber om at behovet for oppgradering av Lundavang planlegges på et minimumsnivå. Som grunnlag for langtidsbudsjett 2012-2017 må dette vurderes utfra en byggestart i 2016 og i 2018. I tillegg bes det om at årlig likviditetsbehov i prosjektperioden oppdateres for begge alternativ. Styret ber om at dette legges frem som egen sak.
3. Det bør legges til grunn en opptrapping innen forskning, IKT, MTU og vedlikehold til bærekraftig drift i løpet av langtidsperioden. Dersom bygging av et nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal i 2016 eller 2018 tilsier at dette må skyves ut i tid, ber styret om at evt konsekvenser beskrives i langtidsbudsjett 2012-2017.
4. Foretaksgruppens krav til effektivisering holdes på samme nivå som forutsatt i LTB 2011-2016.

Den 24. juni skal styret behandle langtidsplan og budsjett for perioden 2012-2017. Basert på vedtatte prinsipper og forutsetninger bes alle helseforetak og Hemit om å beskrive eget utfordringsbilde og konsekvenser for langtidsperioden. Egen excel-mal hvor foretakene bes utarbeide grunnlag for eget og regionens budsjett legges ut på virksomhetsportalens arbeidsområde for økonomidirektørene.

1. Utfordringsbildet

Samhandlingsreformen og andre forhold tilsier at det er grunn til å forvente en lavere vekst i spesialisthelsetjenesten i fremtiden enn det som har vært tilfelle de siste årene. I forbindelse med overføring til kommunene oppgaver som i dag ivaretas av spesialisthelsetjenesten, skal det også skje en overføring av budsjettmidler fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. I lov om kommunale helse- og omsorgstjenester er dette først og fremst knyttet til utskrivingsklare

pasienter og en plikt for kommunene til å etablere et øyeblikkelig hjelp-døgntilbud. Det etableres en incentivordning fra 2012 og ordningen vil ha konsekvenser for utfordringsbildet i langtidsperioden. Det er usikkerhet knyttet til hvor stor utfordring regionen får allerede i 2012. Dette vil ikke være klart før ved fremleggelse av Statsbudsjett 2012.

Fremskrivninger gjennomført av SSB viser at befolkningen øker totalt sett, og at gruppen av eldre innbyggere vokser mer enn yngre. Dersom ny vekst skal bidra til økt handlingsrom er det etter vår vurdering ikke vesentlig rom for bemanningsøkning i langtidsperioden.

Regionens planer for investeringer og vedtatte satsingsområder medfører at det fortsatt er behov for relativt omfattende effektivisering. I utgangspunktet skal det legges til grunn en effektivisering som gir en årlig kostnadsreduksjon på 1% frem til 2016 og 0,5% i 2017 jf vedtak i sak 43/11. Det er imidlertid usikkerhet knyttet til flere områder og det er en mulighet for at behovet for effektivisering kan bli større. Foretakene bes beskrive konsekvensene hvis effektiviseringsnivået i 2012 blir på 1,5%.

- St. Olavs Hospital og Helse Nordmøre og Romsdal bes beskrive eventuelle konsekvenser ved effektivisering på 1,8% i 2012, jf sak 37/11 Endringer budsjett 2011
- Øvrige foretak bes beskrive eventuelle konsekvenser ved en effektivisering på 1,5 % i 2012

2. Investeringer i IKT og Medisinteknisk utstyr (MTU)

Styret har vedtatt at det bør legges til grunn en opptrapping innen forskning, IKT, MTU til bærekraftig drift i løpet av langtidsperioden. Gjeldende plan fra LTB 2011-2016 tilsier at bærekraftig nivå for MTU og IKT nås i 2015. Foretakene bes beskrive konsekvensene dersom bygging av et nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal tilsier at dette må skyves 5-6 år ut i tid.

- Foretaket bes beskrive eventuelle konsekvenser hvis tidspunkt for bærekraftig nivå på forskning, MTU og IKT skyves ut i tid til etter år 2020.

Bærekraftig nivå – årlig investering/ drift (2011-kr)

MTU 300 mill kr

IKT 250 mill kr

Forskning 400 mill kr (estimat for 3% av ramme)

3. Vedlikehold

Styret har vedtatt at det bør legges til grunn en opptrapping innen vedlikehold til bærekraftig drift i løpet av langtidsperioden. Dette innebærer at en i løpet av langtidsperioden trapper opp midler til vedlikehold til i størrelsesorden 200 kr/kvm i gjennomsnitt for regionen. For nye bygg er normtallet høyere.

Regionen har opparbeidet et stort etterslep knyttet til manglende vedlikehold av bygningsmassen. Dette er planlagt tatt igjen i løpet av en 10-årsperiode med start i 2017. Budsjett for å ta igjen estimert etterslep foreslås budsjettet i tillegg med kr 278 fra og med år 2017

- Foretaket bes beskrive eventuelle konsekvenser hvis tidspunkt for bærekraftig nivå skyves ut i tid til etter 2020; herunder i hvilket omfang kostnadene forbundet med sikring av

realkapitalen øker på sikt/konsekvensene for etterslepet, om dette innebære fare for driftsavbrudd, økt behov for ikke planlagte og kostbare ekstraordinære vedlikeholdstiltak.

4. Strategi 2020

Strategi 2020 er i utgangspunktet laget for å håndtere den økende belastningen regionen vil bli stilt overfor knyttet til endringer i demografi og forventet knapphet på ressurser. Ansvar for gjennomføringen av styrets vedtak i Strategi 2020, skjer gjennom regionale prosjekter og prosjekter som foretakene er ansvarlige for.

Det er en rekke tiltak i Strategi 2020 som grovt kan sorteres i strukturendringer og forbedringer av pasientforløp. Flere av disse vil bedre de økonomiske rammevilkårene. Foretakene er bedt om å lage en egen plan for oppfølging av vedtakene i Strategi 2020 i eget foretak. Tiltakene i Strategi 2020 vil bidra til effektivisering i foretakene. Strategi 2020 vil også føre til at det på mange områder blir behov for store IKT-investeringer. Dette må vektlegges ved prioritering av IKT-investeringer i langtidssperioden.

5. Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal

Styret ber om at behovet for oppgradering av Lundavang planlegges på et minimumsnivå. Plan for oppgradering av Lundavang legges frem i egen rapport primo mai. Styret ber om at dette vurderes ut fra en byggestart i 2016 og 2018.

I tillegg bes Helse Nordmøre og Romsdal oppdatere årlig likviditetsbehov i prosjektperioden knyttet til byggestart i 2016 og 2018. Likviditetsbehovet bes spesifisert i henhold til salg, lån og egenfinansiering.

6. Helse Møre og Romsdal

Det forventes at Helse Sunnmøre og Helse Nordmøre og Romsdal leverer separate leveranser i henhold til grunnlag for langtidsplan og budsjett 2012-2017. Helse Møre og Romsdal bes beskrive effekter av fusjonen som kan forventes i langtidsperioden ut fra de signaler som i dag foreligger. Dette omfatter også områdene IKT og MTU.

7. Forutsetninger

Generelt

- Alle tall skal oppgis i 2011-kroner og skal ikke prisjusteres
- Foretakets samlede aktivitet skal forutsettes å ligge på samme nivå som i 2011
- Inntekter knyttet til fordeling av rammer og tilskudd skal holdes på samme nivå som inntektsfordeling 2011
- Kostnader det enkelte år skal vise endringstall og resultatet vil vise faktisk nivå
- Finansposter – se excel-mal
- Det skal ikke legges inn investeringer fram i tid. Nivå på avskrivninger og inntektsført investeringstilskudd knyttet til balanse pr 31.12.11 skal justeres
- Forhold som bør tas hensyn til i kommende års budsjett skal fremgå særskilt i henhold til excel-mal og kommenteres.

Investeringer MTU og IKT

Det skal ikke budsjetteres med avskrivningskostnader knyttet til reinvestering. Dette vil bli gjort regionalt. Konsekvenser for det enkelte foretak, som følge av styrets vedtak, vil bli distribuert i etterkant slik at hvert foretak får et fullstendig bilde av eget utfordringsbilde.

Salg av eiendom

Mulige salgsobjekter skal legges inn i excel-malen og kommenteres.

9. Fremdrift og frister

Frist for levering er 11. mai. Det legges opp til en løpende dialog og oppfølgingsmøter med alle foretak både før og etter fristen. Uklarheter og endringer bes derfor meldes tilbake fortløpende. Tidspunkt vil bli avtalt direkte med det enkelte foretak.

Aktiviteter:	Tidspunkt	Oppfølging
Telefonmøte økonomidirektører Tlf nr 800 88 860 kode 60405#	15. april Kl 1130	RMR
Telefonmøte økonomidirektører	28. april kl 1300	
Frist for levering av budsjett med kommentarer	11. mai	Sendes elektronisk til postmottak og kopi til Rigmor Mollan
Direktørmøte	11. mai	
Avklaring og oppfølgingsmøter:	Uke 20 og 21	RMR
Telefonmøte økonomidirektører	20. mai kl 0900	
Drøfting AU	1. juni	
Økonomidirektørmøte	6. Juni	
Direktørmøte	15. juni	
Drøfting AU	Før styremøtet 24. juni	
Styrebehandles	24. juni	

Med vennlig hilsen

Anne-Marie Barane
Økonomidirektør

Reidun Martine Rømo
økonomisjef

Adresseliste (mottakere av dette brev)

St. Olavs Hospital HF	Olav Kyrres gt. 17	7006	Trondheim
Helse Nordmøre og Romsdal HF		6407	Molde
Helse Sunnmøre HF		6026	Ålesund
Helse Nord-Trøndelag HF	Sykehuset Levanger, Postboks 333	7601	LEVANGER
Rusbehandling Midt-Norge HF	Strandveien 1	7500	Stjørdal
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Prof. Brochs gt. 6	7488	TRONDHEIM
HEMIT	Postboks 2833 Elgeseter	7432	Trondheim
Helse Møre og Romsdal HF	v/Lars Magnussen		

Helse Midt-Norge RHF
Postboks 464

7501 STJØRDAL

Vår ref.:

Deres ref.:

Arkiv:

Dato :

112

11.05.2011

HNT – LANGTIDSBUDSJETT 2012 - 2017

1. GRUNNLAG OG TIDSPLAN

Vi viser til sak 43/11 i styret for HMN 07.04.11; Langtidsplan og budsjett 2012 – 2017, prinsipper og forutsetninger, og til HMNs brev av 13.04.11 med ytterligere konkretisering.

Vi har ved utarbeidelse av langtidsbudsjettet for HNT basert oss på retningslinjene slik de framkommer av tilsendte grunnlagsmateriale fra HMN. Talloppstillinger over LTB 2012 – 2017 bygger på tilsendte maler.

Dette innspillet til HMN om langtidsbudsjettet legges fram til informasjon og drøfting i foretaksstyrets møte 19.05.11. Resultatet av styrets behandling oversendes regionforetaket i etterkant. Forslag til LTB for HMN for perioden 2012 – 2017 forutsettes behandlet i regionstyret 24.06.11. Vedtatt langtidsbudsjett vil gi retningslinjer for prioriteringer knyttet til framtidige investeringer og vil danne grunnlag for fastsettelse av foretakenes aktivitet og økonomiske rammevilkår for 2012.

2. FORUTSETNINGER

HNTs langtidsbudsjett er basert på tilsendt grunnlagsmateriale og er satt opp med utgangspunkt i følgende forutsetninger/prinsipp:

- Langtidsbudsjettet bygger på vedtatt budsjett for 2011.
- Krav om effektivisering på 1,5 % i 2012 i tillegg til evt. behov for effektivisering for å gi rom for egne prioriterte innsatsområder.
- Bestilt aktivitet i langtidsperioden er uendret i forhold til budsjett 2011.
- Opptrapping innen forskning, IKT og MTU til bærekraftig drift i løpet av langtidsperioden.
- Opptrapping innen vedlikehold til bærekraftig drift i løpet av langtidsperioden.

- Oppfølging av vedtakene i strategi 2020.
- Økonomisk effekt av vedtatte og foreslåtte nye aktiviteter og tiltak er innarbeidet.
- Investeringsbudsjettet i innsendte regneark inneholder (i henhold til retningslinjer) bare igangsatte og vedtatte byggeprosjekt. I dette dokumentet har vi (som i tidligere langtidsplaner) oppdatert forslag til framtidige investeringer. Investeringsforlaget er tilpasset nivået på foretakets avskrivninger tillagt inntekter ved salg av egne bygg. Disse forslagene forutsetter derfor ingen tilførsel av annen likviditet for å kunne gjennomføre investeringene.
- De enkelte års resultat er en effekt av ovennevnte elementer og viser foretakets utfordringsbilde i forhold til budsjett 2011 forutsatt uendrede inntektsrammer.

LTB 2012 – 2017 er oppgitt i faste 2011-priser. Rentekostnadene er beregnet ut fra forutsatte prognose om en gradvis økning fra dagens nivå til 5,0 % fra 01.01.16.

3. PRIORITERINGER DRIFT

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

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

For 2012 prioriteres å styrke tilbudet til pasientgrupper der det i dag er for dårlig kapasitet og for lange ventetider. Dette gjelder bl.a. innen ortopedi og revmatologi.

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

Alle disse tiltakene vil påføre foretaket økte driftskostnader. Styret inviteres i sitt møte 19.05.11 til å vurdere prioritering av aktuelle nye tilbud, jf. tabellen nedenfor som viser oversikt for årene 2012 og 2013 (alle tall er endring i forhold til foregående år):

Mill kroner

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

Den økonomiske effekten av vedtatte og foreslåtte nye driftstilbud innebærer at årsresultatet vil bli redusert med 10 mill kroner i 2011 og med ytterligere 20 mill kroner i 2012. En eventuell reduksjon i foretakets inntektsramme vil øke den økonomiske utfordringen for foretaket ytterligere.

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

4. PRIORITERINGER INVESTERINGER

HMN har ikke gitt økonomiske rammer for investeringer i LTB 2012 – 2017. Styret for HMN har imidlertid i sak 43/11 gitt føringer for prioritering av enkelte grupper av

investeringer. HNT støtter den opp-prioritering av MTU og bygningsmessige vedlikeholdsinvesteringer som vedtaket innebærer. Driftsrelaterte investeringer knyttet til medisinsk teknisk og teknisk utstyr og bygningsmessige vedlikeholdsinvesteringer er nødvendige for foretakets løpende basisvirksomhet og er derfor ikke egnet til å problematiseres ved saldering av budsjettet.

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

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

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

Med utgangspunkt i denne prioriteringen foreslås følgende investeringsbudsjett for HNT for de nærmeste årene:

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

5. EFFEKTIVISERINGS- OG OMSTILLINGSTILTAK KONSEKVENSER AV REDUKSJONER I INNTEKTSRAMMEN

HNTs budsjett for 2011 er vedtatt med et årsresultat i balanse (0 mill kroner). Foretakets prognose for årsresultat 2011 er pr. 30.04.11 et resultat i samsvar med budsjettet. Vi forutsetter at resultatkravet i langtidsbudsjettperioden også vil være balanse.

HNT er bedt om å vurdere og beskrive

- eventuelle konsekvenser ved en effektivisering på 1,5 % i 2012. Evt. egne prioriterte områder for økt innsats vil øke utfordringsbeløpet tilsvarende.

5.1 Realistisk omstillingsnivå

HNT har i mange år arbeidet med effektivisering av foretakets drift. Fra 2001 til 2009 har HNT forbedret den relative kostnadsindeksen i SAMDATA med 11 % -poeng, mens Møre-foretakene har hatt en reduksjon på om lag 5 % -poeng i samme periode. Beregning av kostnadsindeksen for regionsykehusene ble lagt om f.o.m. 2004, noe som gjør det vanskelig å sammenligne over samme periode. St. Olav har om lag samme kostnadsindeks i 2009 som i 2004 (etter en betydelig økning i 2005 og 2006).

Pågående arbeid med utforming av ny finansieringsmodell i HMN basert på Magnussen-utvalgets modell, indikerer også at HNT har et effektivitetsnivå fullt på høyde med de andre foretakene i regionen når en tar hensyn til fastsatte kostnadskomponenter.

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

Selv om vi ikke til enhver tid ser hvordan vi skal hente ut nye effektiviseringsgevinster, viser erfaringene at dette er mulig. Vi mener derfor at det er mulig med en årlig/løpende effektivisering av driften tilsvarende 1,5 % av samlede driftskostnader, dvs. om lag 30 mill kroner pr. år. Med utgangspunkt i det effektivitetsnivået HNT nå ligger på, mener vi at det er urealistisk med vesentlig større årlige effektiviseringsomfang. Dersom foretaket skulle få økonomiske rammevilkår som tilsier større årlige utfordringer enn 1,5 – 2 %, vil dette mest sannsynlig få konsekvenser for omfang og innhold i foretakets pasienttilbud.

5.2 Tilpasning til et effektiviseringsnivå på 2 % (= 1,5 % + 0,5 %)

I henhold til egen strategiplan (vedtatt av styret 18.03.10) er frigjorte midler gjennom effektivisering tenkt benyttet til å videreutvikle pasienttilbudet i eget foretak. HMN har imidlertid fastsatt at dette effektiviseringskravet skal benyttes til felles omstilling i regionen og for å frigjøre midler til prioriterte investeringer.

Med utgangspunkt i HNTs strategi 2016 og regionforetakets strategi 2020 ønsker foretaket å prioritere økt innsats/pasienttilbud på enkelte områder, jf. oversikt foran under kap. 3. Disse områdene beløper seg til om lag 10 mill kroner i 2012. Det tilsvarer om lag 0,5 % av samlede driftsinntekter. Direktøren vil på dette grunnlag legge opp til en samlet omstilling i 2012 på 2,0 % eller om lag 40 mill kroner.

En omstilling og effektivisering av driften i 2012 tilsvarende 2 % (40 mill kroner) er på grensen til det som er mulig uten at pasienttilbudet blir påvirket negativt, men vi tror at det er mulig uten uakseptable negative konsekvenser for pasienttilbudet.

Vi arbeider med mulige effektiviseringstiltak, men har ikke hatt mulighet til å prioritere eller kostnadsberegne slike tiltak nærmere innen fastsatte frister. Vi vurderer i denne forbindelse tiltak i samarbeid med primærhelsetjenesten (jf. samhandlingsreformen fra 2012) og interne effektiviseringstiltak i foretaket. Vi vil videreutvikle de produktivitetsmodellene vi har for å avdekke forskjeller i intern produktivitet. Videre vil vi arbeide med forbedring av pasientløp og arbeidsprosesser og samordne og begrense omfanget av vakt- og beredskap. Pågående ”ompakkings-prosjekt” forventes også å få positiv effekt på driftskostnadene fra 2012 forutsatt at nødvendige investeringsmidler blir tilgjengelige.

5.3 Kommentarer til nivå på MTU/IKT og bygningsmessig vedlikehold

Foretaket er bedt om å kommentere eventuelle konsekvenser hvis bærekraftig nivå på forskning, IKT, MTU og vedlikehold skyves ut til etter langtidsperioden.

Foretaket har allerede et omfang på forskning som svarer til vedtatt forskningsstrategi i regionen.

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

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

HNT har utnyttet muligheten til å benytte 50 % av fjorårets overskudd til investeringer i MTU og bygningsmessig rehabilitering. På dette grunnlag har vi inneværende år et

bærekraftig nivå på disse investeringene. Foretaket vil prioritere dette nivået på MTU og rehabilitering/vedlikehold av bygninger også for årene framover.

6. VIDERE PROSESS

HNT vil invitere eget styre til å drøfte dette innspillet til LTB 2012 – 2017 i sitt møte 19.05.11. Resultatet av styrets drøftinger vil bli ettersendt til HMN.

HNT vil med sitt innspill til LTB 2012 – 2017 vise at foretaket fortsatt har stort fokus på effektivisering av driften og at dette også ligger til grunn for prioritering av investeringstiltakene. Forutsatt tilstrekkelige driftsrammer og likviditet for å kunne gjennomføre disse tiltakene vil derfor foretaket være i en situasjon der vi skal kunne opprettholde kvaliteten i behandlingen og kunne gi et forbedret tilbud til enkelte pasientgrupper i årene som kommer.

Med hilsen

Arne Flaata adm. dir.

Saksbehandler: Tormod Gilberg

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 26/2011 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	19.05.11	26/2011

Saksbeh:

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2011/1706

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:
Sak 26/2011 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 04. og 05.05.11
2. Protokoll fra foretaksmøte 11.05.11 mellom Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF
3. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 16.05.11
4. Ny finansieringsmodell
5. Samhandlingsreformen
Orientering av Daniel Haga, dir. i Helse Midt-Norge
6. Elektiv kirurgi
7. Almlid-utvalget
Orientering av Kolbjørn Almlid, utvalgsleder
8. Andre orienteringer

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 04.05.11 kl.16.00 – 18.50

05.05.11 kl. 08.30 – 12.00

Møtested: Rica Hell Hotell

Saksnr.: 48/11-55/11

Arkivsaksnr.: 2011/14

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid

Toril Hovdenak

Bjørge Henriksen

Tore Brudeseth

Jan Magne Dahle

Merethe Storødegård

Perny-Ann Nilsen

Asmund S. Kristoffersen

Ellen Marie Wøhni

Nils Håvard Dahl

Kirsti Leitrø

Olav Huseby

Joar Olav Grøtting (050511)

Forfall:

Joar Olav Grøtting (040511)

Regionalt brukerutvalg:

Asbjørn Gausdal

Snorre Ness

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Gunnar Bovim

Rådgiver Rita Bjørgan Holand (referent)

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Direktør for eierstyring Torbjørge Vanvik

Økonomidirektør Anne Marie Barane

Direktør for samhandling Daniel Haga

HR direktør Sveinung Aune

Kst. Direktør for Helsefag, forskning og utdanning Henrik A. Sandbu

Kst. Direktør for Stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød

Revisor Per Hansen, PWC (sak 51/11)

Rådgiver Steinar Bjørås (sak 50/11)

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 28.04.11. Sakspapirer, med unntak av sak 51/11 Styrets årsberetning og årsregnskap for Helse Midt-Norge RHF og vedlegg til sak 49/11 Statusrapport Helse

Midt-Norge pr. 31.03.11 ble lagt ut i styreadministrasjonen samme dag. Sak 51/11 og vedlegg til sak 49/11 ble lagt ut 29.04.11.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Innkalling
- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 02.05.11
- Sak 49/11 vedlegg 1-3
- Sak 50/11 Drøftingsprotokoll
- Mail mottatt fra Tydal kommune vedr. Ambulansetjenesten i Helse Midt-Norge
- Mail mottatt fra Nord-Trøndelag Fylkeskommune "Revisjon av Prehospital plan for Helse Midt-Norge"
- Mail mottatt fra Midtre Namdal samkommune "AMK sentral Nord-Trøndelag"

Styreleder Kolbjørn Almlid ønsket velkommen, - og introduserte to nye styremedlemmer Tore Brudeseth og Nils Håvard Dahl.

Det ble innledningsvis orientert om at sak 50/11 Prehospital plan behandles til slutt i styremøtet, dvs. torsdag 5. mai 2011.

Styremedlem og leder av revisjonskomiteen Olav Huseby viste til på grunn av at tidligere medlem Ingegjerd Sandberg har gått ut er det behov for å velge erstatter.

Sak 48/11 Referatsaker

- Møte i Regionalt brukerutvalg 02.05.11
 - Protokoll fra møte i Revisjonskomiteen 12.04.11
-

Sak 49/11 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 31.03.2011

Forslag til vedtak:

1. Styret er svært tilfreds med utviklingen av den totale ventetiden hvor helseregionen har en reduksjon på 11 dager siden januar. Styret ber imidlertid om at det rettes spesiell oppmerksomhet mot ytterligere tiltak for at alle fristbrudd skal være fjernet ved utgangen av april. På samme måte må det rettes oppmerksomhet for å bedre resultat når det gjelder utsending av epikriser.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar rapporteringen av resultat og prognose pr mars til etterretning.

3. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar rapportering av bemanningsutvikling og andel deltid til etterretning.
4. Styret i Helse Midt-Norge RHF merker seg det er noe bedring i sykefraværet, og forutsetter at administrerende direktør fortsatt påser at foretakene etablerer og følger opp sine handlingsplaner på dette området.
5. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar statusrapportering om Strategi 2020 til etterretning.
6. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar statusrapportering om NPSS til etterretning.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret er svært tilfreds med utviklingen av den totale ventetiden hvor helseregionen har en reduksjon på 11 dager siden januar. Styret ber imidlertid om at det rettes spesiell oppmerksomhet mot ytterligere tiltak for at alle fristbrudd skal være fjernet ved utgangen av april. På samme måte må det rettes oppmerksomhet for å bedre resultat når det gjelder utsending av epikriser.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar rapporteringen av resultat og prognose pr mars til etterretning.
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar rapportering av bemanningsutvikling og andel deltid til etterretning.
4. Styret i Helse Midt-Norge RHF merker seg det er noe bedring i sykefraværet, og forutsetter at administrerende direktør fortsatt påser at foretakene etablerer og følger opp sine handlingsplaner på dette området.
5. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar statusrapportering om Strategi 2020 til etterretning.
6. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar statusrapportering om NPSS til etterretning.

Sak 50/11 Revisjon av Prehospital plan for Helse Midt-Norge (behandlet til slutt i møtet – 05.05.11)

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF slår fast at de prehopitale tjenestene i Midt-Norge i tråd med strategi 2020 og samhandlingsreformen i økende grad vil være en integrert del av spesialisthelsetjenesten. Høy kvalitet og god tilgjengelighet i disse tjenestene er nødvendig for å kunne møte de utfordringer som er beskrevet i Strategi 2020.
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF mener det er et mål at ambulansetjenesten i framtiden blir en del av helseforetakenes egen virksomhet.

Styret finner imidlertid ikke rom for å prioritere nødvendige investeringer til dette foran andre planlagte investeringer i 2012. Styret ønsker derfor ikke å realisere overtakelse av hele ambulansetjenesten fra 2013, men ønsker i iverksette dette når investeringssituasjonen tillater det.

3. Som et ledd i utviklingen mot den overordnede målsetningen over gjennomføres følgende fra 2013:

- a) De tjenester som drives i egen regi i dag fortsetter etter 2013
- b) Ett ambulansområde i Nord-Trøndelag driftes av Helse Nord-Trøndelag, HF fra 2013.

4. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar at den øvrige delen av ambulansetjenesten konkurranseutsettes videre fra 2013.

5. Styret for Helse Midt Norge vedtar at det ikke gjøres forandringer i ambulansestasjonsstrukturen i denne omgang. Styret godkjenner den kvalitetsheving og styrking av beredskapen ved enkelte stasjoner som fremgår av saken.

6. Styret i HMN vedtar at det i Helse Midt-Norge skal være to AMK sentraler plassert ved henholdsvis St. Olavs Hospital og ved Ålesund. Sjukehus.

7. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber adm. dir legge vedlagte utkast til plan til grunn i sitt videre arbeid med utvikling av den prehospitale tjeneste i Midt-Norge.

Protokoll

Styremedlem Olav Huseby fremmet følgende alternative forslag til pkt. 1-5:

1. *Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar at de prehospitale tjenestene i Midt-Norge skal være en integrert del av spesialisthelsetjenesten. Høy kvalitet og god tilgjengelighet i disse tjenestene er nødvendig for å kunne møte de utfordringer som er beskrevet i Strategi 2020.*
2. *Overtakelse av de områder som ikke har vært drevet i egen regi skjer ved utløp av nåværende avtaler, dvs. fra og med 2013.*
3. *Ved overtakelse av de områder som ikke har vært drevet i egen regi forutsettes lov om virksomhetsoverdragelse lagt til grunn.*
4. *Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar at det ikke gjøres endringer i ambulansestasjonsstrukturen i denne omgang. Styret godkjenner den kvalitetsheving og styrking av beredskapen ved den enkelte stasjon som fremgår av saken.*
5. *Styret forutsettes at det fremmes egen sak om finansiering av de nødvendige investeringer, herunder vurdering av operasjonell leasing mv.*

I tillegg fremmet Olav Huseby følgende alternative forslag til pkt. 6 og 7:

6. *Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar at AMK-sentralene i Helse Nord-Trøndelag HF (Namsos), i St. Olavs Hospital HF (Trondheim), i Helse Nord-Møre og Romsdal HF (Molde) og Helse Sunnmøre HF (Ålesund) videreføres.*

7. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber adm. Direktør legge vedlagte utkast til plan korrigert for foranstående vedtak til grunn for sitt videre arbeid med utvikling av den prehospitale tjeneste i Midt-Norge.

Styremedlem Merethe Storødegård fremmet nytt forslag:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF slår fast at de prehospitale tjenestene i Midt-Norge i tråd med strategi 2020 og samhandlingsreformen i økende grad vil være en integrert del av spesialisthelsetjenesten. Høy kvalitet og god tilgjengelighet i disse tjenestene er nødvendig for å kunne møte de utfordringer som er beskrevet i Strategi 2020.
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar at ambulansetjenesten konkurranseutsettes videre fra 2013.
3. Styret for Helse Midt Norge vedtar at det ikke gjøres forandringer i ambulansestasjons - strukturen i denne omgang. Styret godkjenner den kvalitetshevning og styrking av beredskapen ved enkelte stasjoner som fremgår av saken.
4. Styret i HMN vedtar at det i Helse Midt-Norge skal være tre AMK sentraler plassert en i hvert foretak.
5. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber adm .dir legge vedlagte utkast til plan til grunn i sitt videre arbeid av den prehospitale tjeneste i Midt-Norge. Dog med forutsetning om at ambulansetjenesten konkurranseutsettes i sin helhet videre fra 2013

Styremedlem Joar Olav Grøtting fremmet endringsforslag:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF slår fast at de prehospitale tjenestene i Midt-Norge i tråd med strategi 2020 og samhandlingsreformen i økende grad vil være en integrert del av spesialisthelsetjenesten. Høy kvalitet og god tilgjengelighet i disse tjenestene er nødvendig for å kunne møte de utfordringer som er beskrevet i Strategi 2020.
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF mener det er et mål at ambulansetjenesten i framtiden blir en del av helseforetakenes egen virksomhet. Styret finner imidlertid ikke rom for å prioritere nødvendige investeringer til dette foran andre planlagte investeringer i 2012. Styret ønsker derfor ikke å realisere overtakelse av hele ambulansetjenesten fra 2013, men ønsker i iverksette dette når investeringssituasjonen tillater det.

Endringsforslag pkt 2.

Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at dagen ambulansetjeneste, både de som er konkurranseutsatt og de som drives i egen regi, tilfredsstiller de krav som tjenestene skal imøtekomme. Styret ser derfor ingen grunn til å endre dagens praksis.

3. Som et ledd i utviklingen mot den overordnede målsetningen over gjennomføres følgende fra 2013:

a) De tjenester som drives i egen regi i dag fortsetter etter 2013

b) Ett ambulanseområde i Nord-Trøndelag driftes av Helse Nord-Trøndelag, HF fra 2013.

Endringsforslag pkt b).

Punkt b) strykes

4. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar at den øvrige delen av ambulansetjenesten konkurranseutsettes videre fra 2013.

5. Styret for Helse Midt Norge vedtar at det ikke gjøres forandringer i ambulansestasjons - strukturen i denne omgang. Styret godkjenner den kvalitetsheving og styrking av beredskapen ved enkelte stasjoner som fremgår av saken.

6. Styret i HMN vedtar at det i Helse Midt-Norge skal være to AMK sentraler plassert ved henholdsvis St. Olavs Hospital og ved Ålesund. Sjukehus.

Endringsforslag pkt 6

Styret i HMN vedtar at dagens ordning med fire AMK sentraler opprettholdes

Styreleder Kolbjørn Almlid fremmet følgende forslag:

1. Antall AMK sentraler opprettholdes der de er etablert i dag.
2. Resten av saken utsettes i det styret ber administrasjonen legge fram en likviditetsanalyse som grunnlag for finansieringen for alternativene
 - a) fullstendig innsourcing f.o.m 2013
 - b) delvis innsourcing som foreslått av administrasjonen
 - c) full outsoourcing av ambulansedrifta

Det ble votert over pkt. 2 (utsettelsesforslag). Dette falt med 7 stemmer (Olav Huseby, Bjørg Henriksen, Kirsti Leirtrø, Nils Håvard Dahl, Tore Brudeseth, Ellen Marie Wøhni, Asmund Kristoffersen).

Debatten fortsatte.

Votering:

Styremedlem Joar Olav Grøtting trakk sitt forslag til fordel for styremedlem Merethe Storødegård sitt forslag.

Det ble først votert over punkt vedr. Ambulansedrift.

Det ble votert alternativt over Olav Husebys forslag og Merethe Storødegårds forslag.

Merethe Storødegårds forslag fikk 5 stemmer (Merethe Storødegård, Joar Olav Grøtting, Perny-Ann Nilsen, Toril Hovdenak og Kolbjørn Almlid)

Olav Husebys forslag fikk 8 stemmer (Olav Huseby, Bjørg Henriksen, Asmund Kristoffersen, Nils Håvard Dahl, Ellen Wøhni, Jan Magne Dahle, Tore Brudeseth, Kirsti Leirtrø)

Det ble videre stemt alternativt mellom adm.dir innstilling og Olav Husebys forslag.

Olav Husebys forslag ble vedtatt med 8 stemmer (Olav Huseby, Bjørg Henriksen, Asmund Kristoffersen, Nils Håvard Dahl, Ellen Wøhni, Jan Magne Dahle, Tore Brudeseth, Kirsti Leirtrø)

Det ble videre votert over pkt 6. vedr. AMK sentraler.

Adm direktørs forslag fikk ingen stemmer og falt.

Det ble votert alternativt mellom Merethe Storødegårds forslag og Olav Husebys forslag.

Merethe Storødegårds forslag fikk 3 stemmer (Merethe Storødegård, Kirsti Leirtrø og Nils Håvard Dahl)

Olav Husebys forslag ble vedtatt med 10 stemmer (Olav Huseby, Bjørg Henriksen, Asmund Kristoffersen, Ellen Wøhni, Jan Magne Dahle, Tore Brudeseth, Joar Olav Grøtting, Perny-Ann Nilsen, Toril Hovdenak og Kolbjørn Almlid)

Punkt 7 i innstillingen ble trukket.

Olav Husebys forslag til punkt 7 ble vedtatt mot 1 stemme (Merethe Storødegård)

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar at de prehospitale tjenestene i Midt-Norge skal være en integrert del av spesialisthelsetjenesten. Høy kvalitet og god tilgjengelighet i disse tjenestene er nødvendig for å kunne møte de utfordringer som er beskrevet i Strategi 2020.
2. Overtakelse av de områder som ikke har vært drevet i egen regi skjer ved utløp av nåværende avtaler, dvs. fra og med 2013.
3. Ved overtakelse av de områder som ikke har vært drevet i egen regi forutsettes lov om virksomhetsoverdragelse lagt til grunn.
4. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar at det ikke gjøres endringer i ambulansestasjons - strukturen i denne omgang. Styret godkjenner den kvalitetsheving og styrking av beredskapen ved den enkelte stasjon som fremgår av saken.
5. Styret forutsettes at det fremmes egen sak om finansiering av de nødvendige investeringer, herunder vurdering av operasjonell leasing mv.
6. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar at AMK-sentralene i Helse Nord-Trøndelag HF (Namsos), i St. Olavs Hospital HF (Trondheim) , i Helse Nord-Møre og Romsdal HF (Molde) og Helse Sunnmøre HF (Ålesund) videreføres.
7. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber adm. Direktør legge vedlagte utkast til plan korrigert for foranstående vedtak til grunn for sitt videre arbeid med utvikling av den prehospitale tjeneste i Midt-Norge.

Sak 51/11 Styrets årsberetning og årsregnskap for 2010 for Helse Midt-Norge RHF

Forslag til vedtak:

Styret godkjenner styrets årsberetning og årsregnskap for 2010, med de anmerkninger og kommentarer som framkom under møtet.

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å foreta eventuelle mindre justeringer i årsregnskapet og i årsberetningen

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret godkjenner styrets årsberetning og årsregnskap for 2010, med de anmerkninger og kommentarer som framkom under møtet.

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å foreta eventuelle mindre justeringer i årsregnskapet og i årsberetningen

Sak 52/11 Årsoppsummering Nasjonal IKT (felles sak alle RHF)

Forslag til vedtak:

Nasjonal IKTs årsoppsummering for 2010 tas til orientering.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Nasjonal IKTs årsoppsummering for 2010 tas til orientering.

Sak 53/11 Orienteringssaker

Forslag til vedtak:

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

I styremøte 04.05.11 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Aktuelt fra foretaksgruppen
- Evaluerings av anskaffelser helsetjenester
- Samhandlingsreformen – virkemidler og konsekvenser

Vedtak

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

Sak 54/11 Eventuelt

Åpning av DMS Inntrøndelag og Nytt psykiatribygg Helse Nord-Trøndelag 21.05.11

Åpning av ny barneavdeling Sjukehuset Ålesund 07.06.11

Foretaksmøtet er planlagt 08.06.11. Det kan hende at dette blir justert.

Som nytt medlem i Revisjonskomiteen ble Tore Brudeseth oppnevnt.

Sak 55/11 Godkjenning og signering av protokoll

Foreløpig protokoll ble skrevet og blir sendt ut til styremedlemmene. Foreløpig protokoll legges ut i styreadministrasjon.

Endelig protokoll godkjennes og signeres i neste styremøte

Stjørdal 05.05.11

Kolbjørn Almlid

Toril Hovdenak

Merethe Storødegård

Asmund S. Kristoffersen

Olav Huseby

Perny-Ann Nilsen

Jan Magne Dable

Joar Olav Grøtting

Kirsti Leirtrø

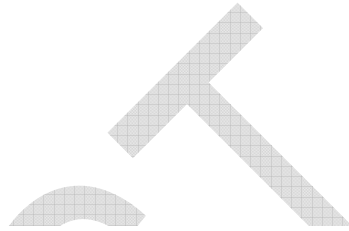
Nils Håvard Dahl

Tore Brudeseth

Ellen Wøhni

Björg Henriksen

FORELØP



**Protokoll fra foretaksmøte i
Helse Nord-Trøndelag HF
11.mai 2011**

**Godkjenning av årsregnskap
og årsberetning, behandling
av årlig melding**

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

Onsdag 11. mai kl. 15:30 ble det avholdt foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag HF i Helse Midt-Norge RHF's lokaler i Strandveien 1 i Stjørdal

Dagsorden

Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres

Sak 2 Dagsorden

Sak 3 Godkjenning av årsregnskap og årsberetning, jf. helseforetaksloven § 43 og foretakets vedtekter

Sak 4 Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf. helseforetaksloven § 44

Sak 5 Årlig melding, jf. helseforetaksloven § 34 og foretakets vedtekter

Fra Helse-Midt-Norge møte

Styreleder Kolbjørn Almlid

Administrerende direktør Gunnar Bovim

Fra styret møte

Styreleder Steinar Aspli

Fra administrasjonen møte

Administrerende direktør Arne Flaatt

Også til stede

Direktør for eierstyring Torbjørge Vanvik, Helse Midt-Norge RHF

Rådgiver Venke Reiten, Helse Midt-Norge RHF

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

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 Godkjenning av årsregnskap og årsberetning, jf. helseforetaksloven § 43 og foretakets vedtekter

I samsvar med vedtektene § 6 ble styrets årsregnskap og årsberetning for 2010 fremlagt av styret i Helse Nord-Trøndelag HF til godkjenning i foretaksmøtet.

Helseforetaket ga en kort orientering om økonomiske resultater i 2010 og styrets videre arbeid på dette området.

I styringsdokumentet for 2010 ble det fastsatt resultatkrav for helseforetaket for 2010 på kr 0 eller bedre. Senere ble dette kravet satt til tkr 146 400 jf styresak 3/11 og 4/11 i Helse Midt-Norge RHF.

Regnskapsmessig årsresultat for 2010 for helseforetaket viser et overskudd på tkr 198 156. Dette er tkr 51 756 bedre enn krav.

Foretaksmøtet forutsatte at arbeidet med kostnadskontroll og omstilling videreføres slik at helseforetaket blir i stand til å håndtere de økonomiske utfordringer helseregionen samlet står overfor.

Foretaksmøtet minnet om det ansvaret styret i helseforetaket er gitt for drift og investeringer.

Foretaksmøtet la til grunn at helseforetaket sin bruk av midler til drift og investeringer i 2011 blir prioritert innenfor de rammebetingelser som nå er gitt og at helseforetaket har stor oppmerksomhet på likviditetsutviklingen resten av året.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Styrets fremlagte årsregnskap og årsberetning for 2010 godkjennes.

Sak 4 Godkjenning av revisors godtgjørelse, jf helseforetaksloven § 44

Lovpålagt revisjonshonorar omfatter honorar for nødvendig arbeid i forbindelse med avgivelse av revisjonsberetning for 2010.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Godtgjørelse til eksterne revisorer for lovpålagt revisjon for 2010 på tkr 116 inkl. mva. godkjennes.

Sak 5 Årlig melding, jf helseforetaksloven § 34 og foretakets vedtekter

I vedtektene § 6 og § 13 fremgår det at man skal behandle årlig melding på foretaksmøtet som skal avholdes innen utgangen av juni hvert år. Styret for helseforetaket skal hvert år sende en

melding til Helse Midt-Norge RHF som omfatter styrets plandokument for virksomheten og styrets rapport for foregående år

Det skal fremgå av den årlige meldingen hvorvidt vilkår knyttet til styringsdokumentene er oppfylt. Vilkår knyttet til bevilgningen fremgår av styringsdokumentet og protokoller fra avholdte foretaksmøter for 2010.

Helseforetaket ga en orientering om årlig melding for 2010 og styrets videre arbeid på utvalgte områder.

Foretaksmøtet registrerer med tilfredshet at resultatkravet for 2010 overstiger konsernets krav. Det uttrykkes videre tilfredshet med bedring av kvalitetsindikatoren epikrisetid og arbeidet som gjøres med å fjerne fristbrudd.

Foretaksmøtet merker seg at helseforetaket arbeider godt med samhandling med kommunene og den felles strategi det er lagt opp til her.

Foretaksmøtet konstaterer at på enkelte områder nås ikke kravene. Foretaksmøtet ba helseforetaket spesielt følge opp styringskrav knyttet til habilitering og rehabilitering.

Sentrale kvalitetsindikatorer for oppfølging i 2011 vil være ventetid, fristbrudd, korridorpasienter og epikrisetid.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Foretaksmøtet tar rapportdelen av årlig melding til etterretning og tar til orientering de utfordringsbilder som er beskrevet i plandelen og de strategiske planer for å møte disse.

Møtet ble hevet kl. 15:55

Stjørdal 11.mai 2011

Steinar Aspli

Gunnar Bovim

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 16.05 2011 kl. 10.30 – 12.00
Møtested: Telefonmøte
Saksnr.: 23/2011 – 25/2011
Arkivsaksnr: 2011/56

Møteleder: Øystein Bjørnes

Møtende medlemmer:

Øystein Bjørnes

Hildur Fallmyr

Lillian Svedjan Blæstervold

Astrid Marie Bakken

Forfall:

Ola Larsen

Ole Flakken

Grete Aspaas

Møtende vararepresentant:

Hauk Paulsen

Fra administrasjonen møtte:

Administrerende direktør

Informasjonssjef

Arne Flaot

Trond G. Skillingstad (referent)

Merknad til møte og sakliste:

Ingen merknader

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Sak 23/2011 Godkjenning av protokoll fra møte 11.04 2011

Protokoll

Øystein Bjørnes viste til protokollen.

Trond G. Skillingstad gjorde rede for videre utvikling i prehospital plan etter behandlingen i Brukerutvalget.

Vedtak

Protokoll fra møte 11.04 2011 godkjennes.

Sak 24/2011 Oppnevning av brukerrepresentanter

Protokoll

Trond G. Skillingstad viste til søknad om oppnevning av brukerrepresentant i prosjekt om pasientforløp for langtidsoksygenterapi (LTOT) ved Sykehuset Namsos.

Vedtak

Brukerutvalget oppnevner Gerd Haukø som brukerrepresentant i LTOT-prosjektet.

Sak 25/2011 Orienteringer

Protokoll

Administrerende direktør gjorde rede for saker til behandling i kommende styremøte. Det ble ikke gitt andre orienteringer.

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

Eventuelt:

- Neste møte flyttes fra 10. juni til 9. juni. Formøte for brukerrepresentantene 14.00 – 15.00, ordinært møte 15.00 – 18.00. Møtested: Quality Hotel Grand Steinkjer.
- Evaluering av Brukerutvalgets form og funksjon settes opp som sak i neste møte
- Styremøter settes opp med eget saksnummer i framtidige innkallinger.