

Styrets medlemmer

Vår ref.:

2010/1890 - 14509/2010

Deres ref.:**Arkiv:**

012

Dato :

12.08.2010

Innkalling til styremøte 190810**Møtedato:** Torsdag 19. august 2010 kl. 1000**Møtested:** Sykehuset Levanger – Møterom i Arken

- | | |
|--------------------|--|
| Sak 28/2010 | Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 17.06.10 |
| Sak 29/2010 | Oppnevning av brukerrepresentant til Samarbeidsutvalget, perioden 2010 - 2011 |
| Sak 30/2010 | Oppfølging av Helse Midt-Norges strategi 2020 |
| Sak 31/2010 | Budsjett 2011 |
| Sak 32/2010 | Orienteringssaker: <ul style="list-style-type: none">1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 24.06.102. Driftsrapport juni/juli 20103. DMS Inn-Trøndelag4. Tilsyn 1. halvår 20105. Oppfølging av indikatorer6. Oppsigelse av avtale om plasser ved DPS Stjørdal7. Andre orienteringer |

Med hilsen

Steinar Aspli
Styreleder
Sign.

Kopi:
Styrets varamedlemmer

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 17.06 2010 kl. 09.00 – 14.30
Møtested: Quality Hotel Grand, Steinkjer
Saksnr.: 24/2010 – 27/2010
Arkivsaksnr.: 2010/1774

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende medlemmer:
Steinar Aspli
Inger Marit Eira-Åhrén
Margrethe Mære Husby
Siw Bleikvassli
Asbjørn Hofslø
Ragnhild Torun Skjerve
Torgeir Schmidt-Melbye
Inger Anne Holm
Peter Himo
Jørgen Selmer
Rolf Gunnar Larsen

Forfall: Ingen

Fra Brukerutvalget møte: Hildur Fallmyr

Fra Samarbeidsutvalget møte: Hege Sørlic

Fra administrasjonen møte:

Adm. direktør	Arne Flaar
Assisterende direktør	Mads E. Berg
Samhandlingssjef	Kari Bratland Totsås
Informasjonssjef	Trond G. Skillingstad

Merknader til møtet: Ingen merknader.

Merknader til innkalling og sakliste:
Ingen merknader.

Innkalling utsendt pr. e-post 11.06 2010 og 14.06 2010. Saksframlegg publisert på internettløsningen for styresaker.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

MØTEPROTOKOLL

Sak 24/2010 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 20.05.10

Protokoll

Steinar Aspli viste til protokollen og gjorde rede for status i enkeltpunkter.
Administrerende direktør varslet at sak om DMS Inn-Trøndelag ble utsatt til senere møte.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Møteprotokoll fra styremøtet 20.05.10 godkjennes

Sak 25/2010 Strategi 2020 - strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge 2010-2020

Protokoll

Steinar Aspli gjorde rede for beslutningsprosessen i strategi Helse Midt-Norge 2020 og styret i Helse Nord-Trøndelag sin oppgave i prosessen.
Administrerende direktør orienterte om det administrative arbeidet som er gjort i forkant av innstilling til vedtak som nå er forelagt styrene.
Leder for strategiarbeidet i Helse Midt-Norge, samhandlingsdirektør Daniel Haga, gikk gjennom utfordringsbilde, strategiske mål, høringsuttalelser og konkrete forslag til vedtak.
Styret drøftet de strategiske valgene som er skissert i innstilling til vedtak, og la til grunn lokal handlefrihet innenfor en retning som strategien peker ut.

Steinar Aspli fremmet følgende tilleggsforslag:

Nytt punkt 21

Styret for Helse Midt-Norge RHF vurderer Strategi 2020 som retningsgivende for foretaksgruppen, der de lokale helseforetakene skal komme tilbake med en konkretisering av hvordan tjenestetilbudet skal organiseres. Dette gjelder spesielt tilbudet til de store og økende pasientgrupper, fødetilbudet, det akuttkirurgiske tilbudet og tilbudet til syke barn.

Bruken av beredskap og passiv vakt må gjennomgås ved alle sykehus og skal reduseres i alle foretak.

Styret peker på at Strategi 2020 legger til grunn at geografiske forhold skal vektlegges ved utforming av tjenestetilbudet.

Nytt punkt 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.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

MØTEPROTOKOLL

Nytt punkt 23

Styret i Helse Midt-Norge ber seg forelagt en plan innen oktober 2010 for fordeling av planlagt kirurgi i Midt-Norge, som bidrar til å styrke fagmiljøene i lokalsykehusene.

Innstilling til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Tilleggsforslag fra Steinar Aspli ble enstemmig vedtatt.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF anbefaler Helse Midt-Norge RHF å fatte følgende 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 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 dialog 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.
6. Styret vedtar at tilgjengelig kompetanse i størst mulig grad benyttes til aktiv pasientbehandling. Bruken av passiv beredskap må gjennomgå ved alle sykehus og skal reduseres.
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

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

MØTEPROTOKOLL

fokus på tilbudet til kronisk syke, og skal være hovedarena for samhandling med kommunehelsetjenesten.

8. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn samling av kirurgisk akuttberedskap på ett sykehus i hvert helseforetak.
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 reduseres. 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 er et kvalitativt godt tilbud ved normale fødsler og kan inngå som en del av fødselsomsorgen.

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

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

MØTEPROTOKOLL

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 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. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram en gjennomføringsplan for de omstillingene som er vedtatt.
 21. Styret for Helse Midt-Norge RHF vurderer Strategi 2020 som retningsgivende for foretaksgruppen, der de lokale helseforetakene skal komme tilbake med en konkretisering av hvordan tjenestetilbudet skal organiseres. Dette gjelder spesielt tilbudet til de store og økende pasientgrupper, fødetilbudet, det akuttkirurgiske tilbudet og tilbudet til syke barn.

Bruken av beredskap og passiv vakt må gjennomgås ved alle sykehus og skal reduseres i alle foretak.

Styret peker på at Strategi 2020 legger til grunn at geografiske forhold skal vektlegges ved utforming av tjenestetilbudet.
 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 innen oktober 2010 for fordeling av planlagt kirurgi i Midt Norge, som bidrar til å styrke fagmiljøene i lokalsykehusene.
-

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

MØTEPROTOKOLL

Sak 26/2010 Helhetlige helsetjenester – felles ansvar.
En felles strategi for samhandling mellom kommunene i Nord Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag HF

Protokoll

Administrerende direktør henviste til vedtatt strategi for Helse Nord-Trøndelag, og om at punktet om utvikling av samhandlingsstrategi sammen med kommunene nå er innfridd. Kari Bratland Totsås orienterte om prosessen fram mot og innholdet i samhandlingsstrategien vedtatt av Samarbeidsutvalget 10. juni 2010. Samhandlingsdirektør Daniel Haga understøttet det aktive arbeidet som Helse Nord-Trøndelag har opp mot kommunene.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF slutter seg til felles strategi for samhandling mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag HF.

Sak 27/2010 Orienteringssaker

Protokoll

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 03.06.10
 - Steinar Aspli viste til protokollen.
2. Protokoll fra møte i samarbeidsutvalget 10.06.10
 - Steinar Aspli viste til protokollen.
3. Protokoll fra møte i brukerutvalget 14.06.10
 - Steinar Aspli viste til protokollen.
4. Driftsrapport for mai 2010
 - Assisterende direktør Mads Berg gikk gjennom sentrale drifts- og kvalitetsindikatorer for mai. Foretaket har en svikt i aktivitet i forhold til plan, og ligger etter budsjett for mai måned isolert. Økonomisk resultat hittil i år er om lag tre millioner bedre enn budsjett. Berg gikk gjennom den enkelte indikator. Informasjonssjef Trond G. Skillingstad viste analyseresultat av mediedekning av midtnorske helseforetak gjennomført av Opoint. Analysen viser at Helse Nord-Trøndelags mediedekning er den mest positive av alle helseforetak i regionen i første kvartal.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

5. Rapport i forbindelse med krav fra styret om korrigerende drift:

- Brudd på frist for vurdering av henvisninger.
Rapport fra arbeidsgruppe
- Minst 80 % epikriser innen sju dager.
Rapport fra arbeidsgruppe
- Maksimalt 5 % strykninger fra operasjon.
Rapport fra arbeidsgruppe

Administrerende direktør gjorde rede for hvordan styrets oppdrag (jf. styresak 18/2010 i Helse Nord-Trøndelag) på enkeltindikatorer følges opp administrativt. Administrerende direktør understrekte at det er stor oppmerksomhet på disse indikatorene i organisasjonen og direktøren vil komme tilbake til styret i saken.

6. Andre orienteringer

- *Ingen andre orienteringer*

Steinkjer, 17.06 2010

Steinar Aspli

Inger Marit Eira-Åhrén

Margrethe Mære Husby

Siw Bleikvassli

Ragnhild Torun Skjerve

Asbjørn Hofslie

Torgeir Schmidt-Melbye

Rolf Gunnar Larsen

Jørgen Selmer

Inger Anne Holm

Petter Himo

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 29/2010 Oppnevning av brukerrepresentant til Samarbeidsutvalget, perioden 2010 - 2011

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret	190810	29/2010

Saksbeh: Kristian Eldnes

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2010/1890

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF slutter seg til forslaget om oppnevning av leder i Brukerutvalget, Øystein Bjørnes, som brukerrepresentant i Samarbeidsutvalget for perioden 2010 - 2011
2. Styret i Helse Nord-Trøndelag HF slutter seg til forslaget om oppnevning av nestleder i Brukerutvalget, Hildur Fallmyr, som vara brukerrepresentant i Samarbeidsutvalget for perioden 2010 - 2011

SAKSUTREDNING:

Sak 29/2010 Oppnevning av brukerrepresentant til Samarbeidsutvalget, perioden 2010 - 2011

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Helhetlige helsetjenester – felles ansvar.
En felles strategi for samhandling mellom kommunene i Nord-Trøndelag og
Helse Nord-Trøndelag HF

GJELDENDE FORUTSETNINGER OG BAKGRUNN

For å berede grunnen for sterkere samarbeid, er det utformet en felles samhandlingsstrategi mellom Helse Nord-Trøndelag HF og Kommunenes Sentralforbund (KS) i Nord-Trøndelag. I den vedtatte samhandlingsstrategien er det foreslått under punkt 5.1.5 Brukermedvirkning: ”Brukerutvalget oppnevner en fast representant til Samarbeidsutvalget.”

FAKTISKE OPPLYSNINGER OG DRØFTING

I Helse Nord-Trøndelag er det styret som oppnevner representanter til Samarbeidsutvalget. Derfor fremlegges denne saken for styret. Brukerutvalget har foreslått at lederen for utvalget, Øystein Bjørnes går inn som fast representant med nestlederen Hildur Fallmyr som vararepresentant.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Representasjonen dekkes innenfor administrerende direktørs budsjettkonto i Helse Nord-Trøndelag HF.

Levanger, 12.08.2010

Arne Flaata, sign
Administrerende direktør

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 30/2010 Oppfølging av Helse Midt-Norges strategi 2020

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret	190810	30/2010
Saksbeh:	Kristian Eldnes	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2010/1890	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar saken til orientering
2. Styret i Helse Nord-Trøndelag HF ber om at det legges fram en skisse til prosess og fremdriftsplan for det videre strategiarbeidet så snart som mulig.

SAKSUTREDNING:

Sak 30/2010 Oppfølging av Helse Midt-Norges strategi 2020

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Strategi 2016 for Helse Nord-Trøndelag HF
2. Saksforelegg sak 62/2010 til styret for Helse Midt-Norge RHF
3. Særutskrift protokoll styresak 62/2010 fra styret i Helse Midt-Norge RHF

GJELDENDE FORUTSETNINGER OG BAKGRUNN

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde i sak 62/2010 følgende vedtak:

Vedtak

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

Fødeavdelinger i regionen må vurderes. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at hovedregelen skal være en fødeavdeling i hvert foretak. Geografiske forhold må imidlertid vektlegges i utformingen av det helhetlige tilbudet til de fødende.

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

fødselsomsorgen. Fødestuer må vurderes som et alternativ, også ved store sykehus.

Fødestuer kan ikke inngå i fødetilbudet før avtaler om forsvarlige følgetjenester er inngått med kommunene.

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

10. Styret for Helse Midt-Norge RHF vil videreutvikle sitt tilbud for syke barn i alle helseforetak. Behovet for stabile fagmiljø og robuste vaktordninger gjør at styret i Helse Midt-Norge RHF i strategiperioden ønsker å samle døgnerberedskap 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 brukarmedvirkning 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.

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF vedtok 18.03.2010 sin egen strategiplan som går frem til 2016. I tillegg vedtok styret i Helse Nord-Trøndelag HF egen samhandlingsstrategi 17.06.2010.

Strategivedtak i Helse Midt-Norge i sak 62/2010 legges til grunn for videre arbeid samt vedtatt strategiplan for Helse Nord-Trøndelag HF mot 2016 av 18.03.2010

Videre vil "Samhandlingsstrategien" for Helse Nord-Trøndelag, vedtatt av styret 17.06.2010, være et viktig grunnlagsdokument for arbeidet.

Langtidsplan og budsjett 2011-2016, som ble vedtatt i sak 61/2010 i styret for Helse Midt-Norge RHF skal danne grunnlag for konsekvensvurderinger og analyser.

FAKTISKE OPPLYSNINGER OG DRØFTING

Helse Midt-Norge RHF vil sannsynligvis organisere det videre arbeidet med strategi 2020 som ett prosjekt for blant annet å ivareta behovet for koordinering på foretaksovergripende saker og saker som de enkelte foretak selv skal ta ansvaret for.

I punkt 20. i styret for Helse Midt-Norge RHF sitt strategivedtak står det: "Tiltak skal vedtas og gjennomføres på HF-nivå etter en bred konsekvensvurdering."

Vedtaket i sak 62/2010 innebærer at det lokale helseforetaket skal initiere og gjennomføre konsekvensutredningene, og til slutt treffe vedtak. Samtidig er det av flere årsaker naturlig at arbeidet koordineres i foretaksgruppen Helse Midt-Norge.

Helse Midt-Norge RHF vil innkalle til styreledersamling 3.september 2010 der det videre arbeidet med strategi 2020 vil bli drøftet. Dette vil så danne grunnlag for saker med konkret beskrivelse av videre prosesser og organisering av arbeidet, i RHF og de lokale HF.

Dette betyr at det vil bli lagt frem en egen sak for styret i Helse Nord-Trøndelag HF om oppfølging av strategi 2020 etter at Helse Midt-Norge RHF har avklart de regionale prosesser.

Med bakgrunn i strategivedtaket i styret for Helse Midt-Norge RHF, er det flere problemstillinger som peker seg ut for snarlig avklaring i Helse Nord-Trøndelag HF. Strategiprosessen har skapt usikkerhet på vesentlige punkter, både i befolkningen og i egen organisasjon. Det som skapte størst debatt var vurderingene knyttet til fødetilbud, tilbudet til syke barn og tilbudet innen akutt kirurgi.

I forbindelse med konsekvensvurdering av fødetilbudet vil en tro at det er riktig at det i Helse Nord-Trøndelag HF opprettes en lokal arbeidsgruppe som får i oppdrag å tilrå hvilket fødetilbud en bør satse på mot 2020. Medisinskfaglige ansvarlige ved begge fødeavdelingene bør trekkes med i dette arbeidet. Videre bør en sørge for at relevante interessenter, blant annet brukere og tillitsvalgte, blir representert i arbeidet. Saken bør fremlegges for styret i Helse Nord-Trøndelag HF. Dette vil så kunne danne grunnlag for den regionale planen for fødselsomsorg som skal utarbeides.

Administrerende direktør har allerede invitert ledelsen for Barneavdelingen ved St. Olav Hospital til møte for gjennomgang av hvordan vi bør legge opp tilbudet til syke barn fremover i nært samarbeid mellom St. Olav Hospital og Helse Nord-Trøndelag HF.

Dette i tråd med strategivedtaket fra Helse Midt-Norge RHF i sak 62/2010, punkt 10 som lyder:

” 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.”

På bakgrunn av drøftelsene med St.Olav Hospital vil administrerende direktør komme tilbake til styret for Helse Nord-Trøndelag HF med egen sak angående tilbudet til syke barn i Nord-Trøndelag i de nærmeste årene fremover.

Det taes sikte på at saken fremmes for styret i Helse Nord-Trøndelag HF etter at Helse Midt-Norge RHF har avklart hvordan de regionale prosesser skal gjennomføres.

I punkt 8 i strategivedtaket til Helse Midt-Norge RHF i sak 62/2010 er følgende vedtatt:

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.

Videre er det i punkt 23 i strategivedtaket til Helse Midt-Norge RHF i sak 62/2010 vedtatt følgende: 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.

I forhold til organisering og drift av kirurgien i Helse Nord-Trøndelag foreslås at det fremlegges egen sak for styret i Helse Nord-Trøndelag HF som blant annet kan danne grunnlag for plan for fordeling av planlagt kirurgi i Midt-Norge. Samtidig må en få konsekvensvurdert samling av akuttkirurgi på ett sykehus og fremlegge dette for styret i Helse Nord-Trøndelag

I forbindelse med konsekvensvurdering av kirurgien i Helse Nord-Trøndelag HF vil det være aktuelt å trekke inn ekstern kompetanse.

I strategivedtaket som styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde i sak 62/2010 er det besluttet at det skal utredes og fremlegges planer og egne saker på en rekke områder ut over de som er omtalt i denne saken så langt. Blant annet gjelder dette:

- Plan for prehospitale tjenester skal revideres.
- Egen sak for hvordan kvalitetsmål skal nåes.
- Egen sak for hvordan den samlede intensivkapasiteten skal sikres med bakgrunn i den oppgavedeling som vedtas.
- Egen sak om behovet for kompetanse og rekruttering av personell.
- Egen sak med forslag til organisering av de mindre spesialitetene.
- Plan for hvordan avtalespesialistene kan innpasses som en del av den samlede spesialisthelsetjenesten.
- Strategiplan for universitetssykehusfunksjonen. Fokus på regional rolle i pasientbehandling, utdanning og forskning.
- En gjennomføringsplan for de foretaksovergripende omstillingene som vedtas

I tillegg er det i sak 62/2010 bedt om at adm.direktør for Helse Midt-Norge RHF iverksetter en prosess for å øke integrering og samhandling mellom rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk samt at styret ber adm.direktør innlede drøftinger med Helse Nord, Helse Sør-Øst og Helse Vest for å sikre likeverdige tjenester i skjæringspunktet mellom regionene.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Arbeidet med oppfølging av strategi 2020 vil dekkes innafor budsjettet til Helse Nord-Trøndelag HF.

Det forutsettes at økonomiske konsekvenser av de alternativ som foreslås i forbindelse med utredningene er en del av konsekvensvurderingene som blir foretatt.

KONKLUSJON

I denne saken er det forsøkt pekt på de områdene i forbindelse med strategiarbeidet som har vakt størst usikkerhet og debatt i Nord-Trøndelag og som det er behov for å få avklart relativt raskt. Videre har en prøvd å vise hvilke utredninger, planer og egne saker som skal gjennomføres etter vedtak i sak 62/2010 i styret i Helse Midt-Norge RHF.

Det er en forutsetning i det videre strategiarbeidet at fremdriften må koordineres og sammkjøres med Helse Midt-Norge RHF.

I Nord-Trøndelag må egen strategi 2016 legges til grunn for det videre arbeidet sammen med strategivedtak i sak 62/2010 i styret for Helse Midt-Norge RHF.

Når Helse Midt-Norge RHF har avklart videre prosess med fremdriftsplan for det regionale strategiarbeidet vil det bli fremlagt en egen sak for styret i Helse Nord-Trøndelag som skisserer prosess med organisering og fremdrift av oppfølgingsarbeidet ifm strategi 2020. Her vil styret for Helse Nord-Trøndelag HF gi sin bestilling på oppdrag med videre strategiarbeid i vårt foretak.

Levanger, 12.08.2010

Arne Flaata, sign
Administrerende direktør

Kristian Eldnes
Spesialrådgiver strategi

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 31/2010 Budsjett 2011 – Oppfølging av vedtak i sak 61/10 – Styret i Helse Midt-Norge

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret	190810	31/2010
 Saksbeh:	Tormod Gilberg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2010/1890	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret slutter seg til vurderingene rundt budsjettutfordringene for 2011.

SAKSUTREDNING:

Sak 31/2010 Budsjett 2011 – Oppfølging av vedtak i sak 61/10 – Styret i Helse Midt-Norge

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

Brev av 2.7.2010 fra Helse Midt- Norge

Utrykte vedlegg i saksmappen

Sak 61/10 – Styret i Helse Midt- Norge

Sak 22/10 - LTB 2011 – 2016 - HNT's styre 20.05.10

1. GRUNNLAG

HMN har i sitt brev av 02.07.10 utformet konkrete problemstillinger som vi i fortsettelsen vil forsøke å besvare.

2. KONSEKVENSER FOR PASIENTBEHANDLINGEN AV REDUSERT INNTEKTSRAMME

HNT har i egen strategiplan (vedtatt av styret 18.03.10) 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 (i avsnitt 4) 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 tilsvarende om lag 30 mill kroner pr. år. Med utgangspunkt i det effektivitetsnivået HNT nå ligger på, mener vi at det er urealistisk med større årlige effektiviseringsgevinster uten at det vil påvirke pasienttilbudet negativt.

En reduksjon i inntektsrammen med 2 % eller mer vil få konsekvenser for omfang og innhold i pasienttilbudet. Det er på dette tidspunkt ikke mulig å være konkret på hvilke konsekvenser en slik rammereduksjon vil gi. For å kunne vært mer konkret burde vi hatt en avklart ramme og brukt mer tid på intern prosess og involvering av berørte enheter for å avklare aktuelle konsekvenser. På generelt grunnlag kan vi antyde at vi ved en rammereduksjon på 2 % eller mer vil måtte redusere eller fjerne noen av følgende aktiviteter eller tilbud:

- Ikke direkte pasientrettet eller DRG-finansiert aktivitet
 - i. FoU
 - ii. Utdanning/kompetanseheving av ansatte
 - iii. Samhandling
 - iv. Forebygging
- Elektive tilbud
 - i. Opplæring av pasienter og pårørende
 - ii. Elektive tilbud innen kirurgi, medisin, rehabilitering, psykiatri
- Desentraliserte og ambulante tilbud
 - i. DMS og desentralisert poliklinisk drift
 - ii. DPS

Vi har ikke hatt mulighet til å prioritere eller kostnadsberegne mulige tiltak under pågående avvikling av sommerferie.

3. AKTIVITET 2011

HNT er enig i at en, ved fastsetting av aktivitet, skal ta utgangspunkt i foretaksområdenes behov for spesialisthelsetjenester basert på Magnussen-utvalgets behovskriterier. Ved fordeling av dette behovet på foretak i og utenom egen region, kan en ta utgangspunkt i registrert fordeling (empiriske data). Den ulikhet i behovsdekning mellom foretaksområdene som er registrert, er ikke større enn at den bør utjevnes umiddelbart (og ikke tas over tre år).

Vi har i utgangspunktet forståelse for HMNs behov for å holde igjen en aktivitetsramme som handlingsrom for håndtering av ventelister og fristbrudd. På den annen side vil det svekke foretakenes mulighet til selv å kunne følge opp og dekke "egen" befolknings behov for spesialisthelsetjenester. Vi anbefaler derfor at foretakene tildeles en aktivitets- og økonomiramme som ansvarliggjør foretakene til selv å kunne håndtere ventelister og fristbrudd. Ved å holde tilbake en betydelig aktivitetsramme i RHF-et, vil det være vanskelig å ansvarliggjøre HF-ene for en negativ utvikling i ventelister og fristbrudd.

3.1 Somatikk

I vedtaket i sak 61/10 er det påpekt at *"tydelige og varige endringer i pasientstrømmene i langtidsbudsjettperioden vil kunne få betydning for fordeling av aktivitet mellom foretakene"*. Vi mener at HMN bør ta en mer aktiv rolle i fordeling av oppgaver og aktivitet mellom HF-ene og ikke bare fordele aktiviteten ut fra historiske data.

HNT har ved flere anledninger kommet med innspill til hvordan en på en effektiv måte kan omfordele og utnytte kapasiteten i regionen på en bedre måte. I sak 15/08, Oppgavedeling i Helse Midt-Norge, fattet styret for HNT 28.04.08 slikt vedtak:

Styret i Helse Nord-Trøndelag tar "Sluttrapport – Oppgavedeling i Helse Midt-Norge RHF" til orientering.

Det regionale styret bes beslutte at St. Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag gjennomgår forslagene fra Helse Nord-Trøndelag med sikte på konkret oppgavedeling. Konklusjoner og løsninger rapporteres tilbake til styret i Helse Midt-Norge.

Helse Nord-Trøndelag ber om følgende tilleggsoppgaver:

- 400 flere fødsler enn i dag, understøttet av et regionalt inntakssystem for fødende.*
- 200 inngrep innen gastroenterologisk kirurgi, samt oppgaver innen kreftkirurgi og kroniske inflammatoriske tarmsykdommer.*
- 250 urologiske inngrep*
- 200 dagkirurgiske inngrep innen gynekologi*
- 950 ortopediske inngrep*

Styret i Helse Midt-Norge bes understreke støtte til modellen som etableres mellom øyeavdelingene i Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital for å sikre gode tjenester i Trøndelagsfylkene.

Styret i Helse Midt-Norge bes sikre tilrettelegging for rotasjonsordninger mellom lokale helseforetak.

Styret i Helse Midt-Norge bes tilføre Helse Nord-Trøndelag økonomisk grunnlag og nødvendige legehjemler til å utføre tilleggsoppgavene.

I HMNs vedtak av 25.06.10 om strategi 2020 er det flere forhold som skal utredes nærmere og som vil påvirke aktivitetsfordelingen mellom HF-ene i regionen. Vi viser bl.a. til pkt. 23 i vedtaket; *"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."*

Med utgangspunkt i HNTs styrevedtak fra 28.04.08 og HMNs styrevedtak om strategi 2020 fra 25.06.10, bør HMN kunne medvirke til ønskede endringer i aktiviteten mellom HF-ene i Midt-Norge.

3.2 Psykiatri

Ny modell for finansiering av psykisk helsevern skal fra 2011 baseres på tre aktivitetskriterier (antall utskrivninger, oppholdsdøgn og polikliniske konsultasjoner) innenfor h.h.v. voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri.

I disse aktivitetskriteriene inngår ikke aktivitet knyttet til ambulant virksomhet og dagbehandling som ikke er refusjonsberettiget. Så langt det er mulig bør også disse forhold vektlegges når aktivitetskravene til de enkelte foretakene skal fastsettes. For å sikre et mest mulig likt tilbud til befolkningen i de forskjellige foretaksområdene må en sørge for at ulike behandlingsformer i dag ikke fører til ulikt tilbud "i morgen". Av denne grunn bør det vurderes om en del av rammen til psykisk helsevern kan fordeles til foretakene med utgangspunkt i den andel av befolkningen i regionen som foretaket skal betjene.

3.3 Rus

Vi ser at det er behov for en samlet og bedre oversikt over "rus-aktivitet" innenfor det somatiske området (ISF) og innenfor psykisk helsevern. Vi har så langt ingen god oversikt over dette, men vil arbeide for å framskaffe bedre aktivitetsdata.

4. PRIORITERING NYE OG ENDREDE PASIENTTILBUD

Med utgangspunkt i gitte retningslinjer er HNTs innspill til LTB 2011 – 2016 basert på samme basisaktivitet som i budsjett 2010.

Det arbeides imidlertid med styrking av aktiviteten innen enkelte fagområder. HMN har, i samarbeid med Rusbehandling Midt-Norge HF, vedtatt at det skal etableres ny enhet for

behandling av ruspasienter i HNT. HNT er forutsatt å dekke investeringskostnader og en ½-part av løpende driftskostnader. Videre er det, sammen med kommunene omkring Steinkjer, vedtatt etablering av DMS Inn-Trøndelag.

Gjennom foretakstyrets vedtak i sak om strategi 2016 er det prioritert konkrete tiltak knyttet til pasienttilbud, forskning og fagutvikling. 3 av disse tiltakene er lagt inn i foretakets forslag til LTB.

Alle disse tiltakene vil påføre foretaket økte driftskostnader. Styret har i sitt møte 20.05.10 sluttet seg til prioritering av aktuelle nye tilbud, jf. tabellen nedenfor som viser oversikt for 2011:

Prioritet	HELSE Nord-Trøndelag HF – Drift (i 1000 kroner)	2011
1	Ny allmennrusavdeling i HNT i samarbeid med Rusbehandling Midt-Norge HF, jf. foretakets strategiplan, anslag andel for HNT	8 000
2	Etablering av DMS Inn-Trøndelag, anslag andel for HNT	6 000
3	Styrking av tilbudet (kapasitet og kvalitet) til pasienter med kreftsykdom og til pasienter med langvarige smertetilstander, jf. foretakets strategiplan	3 000
4	Styrking av kvalitet (sertifisering) og fagutvikling/kompetanseheving, jf. foretakets strategiplan	1 000
5	Styrking av samhandling og forebygging, jf. foretakets strategiplan	2 000
	Økte kostnader som følge av ny aktivitet	20 000

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, bør derfor også disse kostnadene tas med.

Den økonomiske effekten av vedtatte og foreslåtte nye driftstilbud innebærer at årsresultatet for HNT vil bli redusert med om lag 20 mill kroner i 2011. En eventuell reduksjon i foretakets inntektsramme med 2 %, tilsvarende 40 mill kroner, vil øke den økonomiske utfordringen for foretaket ytterligere og gi en samlet utfordring på om lag 60 mill kroner.

5. PRIORITERING INVESTERINGER

HMN har ikke bedt oss komme med nye vurderinger av investeringer for 2011. Vi viser derfor til vårt innspill av 10.05.10 (tilknyttet LTB 2011 – 2016) for en samlet oversikt over foretakets prioriteringer.

6. AVSLUTNING

En eventuell reduksjon i foretakets inntektsramme med 2 %, tilsvarende 40 mill kroner, vil sammen med foreslåtte nye og økte pasienttilbud, tilsvarende 20 mill kroner; innebære en samlet økonomiske utfordring for foretaket på om lag 60 mill kroner.

HNT mener at det er mulig å effektivisere driften med 1,5 %, tilsvarende 30 mill kroner, uten at det vil få konsekvenser for pasienttilbudet. En ytterligere kostnadsreduksjon tilsvarende 30 mill kroner, vil innebære reduksjoner i pasienttilbudet i forhold til dagens drift og foreslåtte nye og økte

pasienttilbud. Det er vanskelig å være på dette nå, men vi har i avsnitt 2 ovenfor pekt på områder som mest sannsynlig vil bli berørt.

Styret for HMN har i pkt. 3 i sitt vedtak i sak 61/10 pekt på behovet for effektivisering av driften og nødvendigheten av individuell vurdering av effektiviseringskrav for det enkelte helseforetak. Vi viser i den forbindelse til vårt innspill/notat til HMN av 08.07.10 om forhold som bør vurderes og korrigeres ved bruk av dagens finansieringsmodell som analysemodell for fjorårets drift og som budsjettmodell for fastsetting av basisramme for neste år.

HNT har med sitt innspill til LTB 2011 – 2016 vist 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.

Org.nr.983 658 776 www.helse-midt.no
●●● HELSE NORD-TRØNDELAG
Saksnr: 10/1199
Reg.dat: 050710
Unnt.off: Arkiv: 112

Mottakere i henhold til liste

Vår ref.
2010/246 -
4748/2010

Deres ref.

Arkivkode
119

Saksbehandler
Reidun Martine Rømo, 74 83 99 17

Dato
02.07.2010

Oppfølging av vedtak i sak 61/10 - Styret i Helse Midt-Norge RHF

Bakgrunn

Det vises til behandling av sak 39/10 *Langtidsplan og budsjett 2011-2016 – Prinsipper og forutsetninger* og sak 61/10 *Langtidsplan og budsjett 2011-2016* i styret i Helse Midt-Norge RHF den 24. og 25. juni 2010. I sak 61/10 ble det fattet følgende vedtak.

1. *Styret i Helse Midt-Norge legger til grunn at nivå på årsresultat og investeringer samlet må ligge på et nivå som ikke forverrer foretaksgruppens samlede likviditet og som tilfredsstiller eiers krav til reduksjon av driftskreditt.*
2. *Styret legger til grunn at på sikt skal investering i medisinteknisk utstyr og IKT samt vedlikehold beves til et nivå som minst opprettholder dagens nivå. Det vises til utredningen som pågår knyttet til nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal. Når tilbakemelding fra eier er mottatt vil styret eventuelt justere fremdrift i utbyggingsprosjektet*

Investering av medisinteknisk utstyr og IKT. Handlingsplan for strategisk bruk av IKT 2008-2010 evalueres og rulleres for perioden 2011-2016

3. *Styret legger til grunn at det er behov for betydelig effektivisering i langtidsbudsjettperioden. I forbindelse med fastsettelse av inntektsfordeling 2011 må effektiviseringskravet i det enkelte foretak vurderes.*

Helse Midt-Norge RHF skal på lik linje med de andre HF'ene i regionen effektivisere/ omstille i langtidsplan- og budsjettperioden

4. *Styret vedtar blant annet følgende prinsipper for aktivitet i helseforetakene:*
 - a. *Helse Midt-Norge RHF sitt ansvar for likeverdige tjenester tilsier at skjevheter i behovsdekningen mellom de ulike bostedsområder i regionen skal utjevnes over en tre års periode*
 - b. *Det må skapes handlingsrom til Helse Midt-Norge RHF for håndtering av ventelister og fristbrudd. Dette må tas ved en reduksjon i aktivitetsramme fra foretakene. Det gjelder alle hovedområdene, somatikk, psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)*
 - c. *Tydelige og varige endringer i pasientstrømmene i langtidsbudsjettperioden vil kunne få betydning for fordeling av aktivitet mellom foretakene*
5. *Tilgjengelige rammer gir ikke rom for å ta inn opparbeidet etterslep på vedlikehold i langtidsperioden. Styret for Helse Midt-Norge vil i foretaksmøte be om at helseforetakene utarbeider systematiske, langsiktige vedlikeholdsplaner for å ta igjen etterslepet på vedlikehold av bygg i løpet av en 10-årsperiode.*

Styret for Helse Midt-Norge RHF ber om at det blir foretatt en regelmessig gjennomgang av bygningsmassens tekniske tilstand.

6. *Styret vil vedta endelig investeringsramme for det enkelte år i forbindelse med ordinær budsjettbehandling.*
7. *Ved krav om store tilpasninger vil det kunne inngås avtale med det enkelte foretak om tilpasning over flere budsjettår*
8. *Det fremmes en egen sak om utfordringene innen rus-sektoren*

I sin behandling av langtidsbudsjettet har styret, i tråd med tidligere vedtak, lagt til grunn at byggstart for nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal vil skje i 2012. På bakgrunn av den utredningen som pågår knyttet til nytt sykehus vil administrasjonen til høsten legge frem en sak for styret som belyser sannsynlighet og mulighet for at dette gjennomføres.

Det vil til høsten tas stilling til om det er mulig å gjennomføre denne fremdrift

Budsjett 2011

Foretaksgruppens utfordringsbilde tilsier at foretakene må påregne og tilpasse driften til et lavere inntektsnivå. Vi ber om at konsekvenser for pasientbehandlingen beskrives hvis inntektsnivået reduseres med 1 %, 2 % eller 3 % og at dette legges frem for eget styre til behandling i løpet av august. Det regionale styret vil bli orientert i sitt møte 2. september.

Vedtak i sak 61/10 legger sentrale føringer og prinsipper for videre arbeid med budsjett 2011. Som utgangspunkt for foretakenes arbeid med nødvendige omstillingstiltak for 2011 skal følgende legges til grunn inntil videre:

- Videreføring av resultatkrav 2010. For å sikre nødvendig handlingsrom i det videre arbeid med budsjett 2011 må det planlegges med en omstilling tilsvarende et redusert inntektsnivå på 2 %. Interne omstillingsbehov vil øke kravet til omstilling.

Aktivitet 2011

Prinsippene for aktivitetsbestillingen er fastsatt i vedtakets punkt 4.

Når det gjelder det somatiske området bygger bestillingen på forbruket i de ulike bostedsområder, justert etter Magnussen utvalgets behovsnøkkel. Den totale produksjonen, i det enkelte helseforetak, blir en sum av befolkningens valg av de ulike behandlingssteder.

Forbruket i de ulike bostedsområder er i tabellen i saken summen av all aktivitet innenfor ISF området, aktivitet i de private sykehus og volumet av konsultasjoner hos avtalespesialistene konvertert til DRG poeng.

Det er nødvendig at helseforetakene gir tilbakemelding på:

- 1) I henhold til styrets vedtak skal forbruket i de ulike bostedsområder, justert etter Magnussen utvalgets behovsnøkkel, legges til grunn for bestillingen til de ulike helseforetak. Har helseforetakene innspill til måten vi har vurdert totalforbruket?
- 2) Prosent som er benyttet til å fordele bostedsområdets forbruk mellom de ulike behandlingsstedet er i saksframlegget basert på 2009 tall (empiri). Om de ulike helseforetak har andre prosentfordelinger (annen empiri) som kan være grunnlag for denne fordelingen, vil det være nyttig at dette blir dokumentert.

Når det gjelder psykisk helsevern ønsker vi eventuelle tilbakemeldinger på det som er skissert i saken.

For rus området legges det opp til et helt nytt prinsipp. En ønsker en oversikt over rusbehandlingen totalt i regionen

- 1) Vil det være mulig å gi tilbakemelding på "rus aktivitet" innenfor det somatiske området (ISF) og innenfor psykisk helsevern?
- 2) Aktiviteten i selve rusforetaket vil være den enkleste å kartlegge, men bildet vil ikke være fullstendig uten at punkt 1 blir innfridd.

Budsjettprosessen høsten 2010 vil ha følgende sentrale milepæler:

Dato	Aktivitet
16. august	Omstillingsevne og konsekvenser for tilbudet samt spørsmål knyttet til aktivitet sendes til RHF. (Basert på HF styresak i august. Resultat av styrebehandling bes sendt snarest mulig etter styremøtene i august)
2. september	Orientering i RHF styret om omstillingsevne 2011
Primo september	Foreløpig aktivitetsbestilling for 2011 foreligger fra RHF
Uke 40	Fremleggelse av Statsbudsjett 2011 (tentativt tidspunkt)
Uke 44	Presentasjon for forslag til inntektsfordeling for 2010 med påfølgende omstillings-, effektiviserings- og resultatkrav for styreledere og administrerende direktører
11. november	Inntektsfordeling (forbehold om endringer siden statsbudsjettet ikke er vedtatt av Stortinget på dette tidspunkt) og resultatkrav legges frem for Styret i HMN RHF
januar 2011	Endelig inntektsfordeling og resultatbudsjett legges frem for Styret i HMN RHF

Leveranse

Vi ber at konsekvenser av redusert inntektsnivå og tilbakemelding på spørsmål knyttet til aktivitet sendes HMN RHF ved postmottak og kopi til Reidun Rømo innen 16. august. Resultat av styrebehandlingen sendes snarest mulig etter respektive styremøter i august.

Detaljert budsjettkalender for budsjett 2011 vil bli sendt ut medio august.

Vi ber om at dere tar kontakt hvis noe er uklart.

Med vennlig hilsen


Gunnar Bovim
Administrerende direktør


Anne-Marie Barane
Økonomidirektør

Adresseliste (mottakere av dette brev)

St. Olavs Hospital HF	Olav Kyrres gt. 17	7006	Trondheim
Helse Nord-Trøndelag HF		7600	Levanger
Helse Nordmøre og Romsdal HF		6407	Molde
Helse Sunnmøre HF		6026	Ålesund
Rusbehandling Midt-Norge HF	Strandveien 1	7500	Stjørdal
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	MTFS, Vest	7489	Trondheim

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 32/2010 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret	190810	32/2010

Saksbeh: Arne Flaata

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2010/1890

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:
32/2010 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 24.06.10
2. Driftsrapport juni/juli 2010
3. DMS Inn-Trøndelag
4. Tilsyn 1. halvår 2010
5. Oppfølging av indikatorer
6. Oppsigelse av avtale om plasser ved DPS Stjørdal
7. Andre orienteringer

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 24.06.10 kl. 12.30 – 18.10 og 25.06.10 kl. 08.30 – 12.30

Møtested: Radisson Blu, Værnes

Saksnr.: 58/10 – 66/10

Arkivsaksnr.: 2009/462

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid

Toril Hovdenak

Asmund S. Kristoffersen

Björg Henriksen

Ingegjerd Sandberg

Jan Magne Dahle

Perny-Ann Nilsen

Joar Olav Grøtting

Ellen Marie Wøhni

Merethe Storødegård

Kirsti Leitrø

Olav Huseby

Ivar Gotaas

Forfall:

Ingen

Regionalt brukerutvalg:

Michael Momyr

Elin K. Gullvåg

Asbjørn Gausdal

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Gunnar Bovim

Rådgiver Rita Bjørgan Holand (referent)

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Direktør for eierstyring Asbjørn Hofslie (24.06.10)

Direktør for stab og prosjektstyring Bård Helge Hofstad

Økonomidirektør Anne Marie Barane

Direktør for samhandling Daniel Haga (24.06.10 fra kl. 11.00 25.06.10)

HR direktør Sveinung Aune

Direktør for helsefag, forskning og utdanning Nils Hermann Eriksson

Prosjektleder Lars Magnussen

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt pr. e-post 17.06.05.10. Sakspapirer, med unntak av sak 59/10 Statusrapport Helse Midt-Norge pr. 31.05.10, ble samme dag lagt ut i styreadministrasjonen. Sak 59/10 ble lagt ut i styreadministrasjonen 22.06.10.

Følgende dokumenter omdelt i møtet:

- Møtereferat fra det regionale brukerutvalgets møte 22.06.10.

- Åpent brev til styret i HMN fra tillitsvalgte ved Kristiansund Sykehus
- Vedlegg til sak 61/10 Drøftingsprotokoll
- Vedlegg til sak 62/10 Drøftingsprotokoll
- Vedlegg til sak 62/10 Høringsuttalelser mottatt i perioden fra 02.06.10 tom 23.06.10
- Vedlegg til sak 62/10 Samling foreløpige protokoller vedr. sak 62/10

Det var ingen kommentarer til innkallingen.

Styreleder Kolbjørn Almlid ønsket velkommen og foreslo at sak 61/10 og sak 62/10 drøftes 24.06.10. Vedtak i disse sakene fattes fredag 25.06.10. Dette var det ingen innvendinger mot.

Sak 58/10 Referatsaker

Referatsaker:

- Regionalt brukerutvalgs møte den 22.06.10

Sak 59/10 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 31.05.2010

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar til orientering at aktivitetsutviklingen innenfor somatikk er noe svakere i mai enn planlagt, men at rapporter viser at de aktuelle helseforetak iverksetter tiltak for å korrigere det negative avviket. Samtidig sier styret seg fornøyd med at antall langtidsventende, med rett til nødvendig helsehjelp, er halvert siden november 2009 og at administrerende direktør opprettholder fokus for fortsatt reduksjon.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar til etterretning at Helse Midt-Norge i mai leverer et resultat på 3 mill kr bak budsjett og ligger samlet om lag 10 mill kr foran budsjett.
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar rapporteringen av bemanning og sykefravær til etterretning.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar til orientering at aktivitetsutviklingen innenfor somatikk er noe svakere i mai enn planlagt, men at rapporter viser at de aktuelle helseforetak iverksetter tiltak for å korrigere det negative avviket. Samtidig sier styret seg fornøyd med at antall langtidsventende, med rett til nødvendig helsehjelp, er halvert siden november 2009 og at administrerende direktør opprettholder fokus for fortsatt reduksjon.

2. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar til etterretning at Helse Midt-Norge i mai leverer et resultat på 3 mill kr bak budsjett og ligger samlet om lag 10 mill kr foran budsjett.
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar rapporteringen av bemanning og sykefravær til etterretning.

Sak 60/10 Helsebygg Midt-Norge – tertialrapport 1.tertial 2010

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar Tertialrapport 1.tertial 2010 – Helsebygg Midt-Norge til etterretning.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar Tertialrapport 1.tertial 2010 – Helsebygg Midt-Norge til etterretning.

Sak 61/10 Langtidsplan- og budsjett 2011-2016 (vedtatt etter sak 62/10)

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge legger til grunn at nivå på årsresultat og investeringer samlet må ligge på et nivå som ikke forverrer foretaksgruppens samlede likviditet og som tilfredsstiller eiers krav til reduksjon av driftskreditt.
2. Styret legger til grunn at i løpet av langtidsperioden skal investering i medisinteknisk utstyr og IKT samt vedlikehold heves til et nivå som minst opprettholder dagens nivå. Det vises til utredningen som pågår knyttet til nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal. Når tilbakemelding fra eier er mottatt vil styret ta stilling til fremdrift i utbyggingsprosjektet.
3. Styret legger til grunn at det er behov for betydelig effektivisering i langtidsbudsjettperioden. I forbindelse med fastsettelse av inntektsfordeling 2011 må effektiviseringskravet i det enkelte foretak vurderes.
4. Styret vedtar blant annet følgende prinsipper for aktivitet i helseforetakene:
 - a. Helse Midt-Norge RHF sitt ansvar for likeverdige tjenester tilsier at skjevheter i behovsdekningen mellom de ulike bostedsområder i regionen skal utjevnes over en tre års periode
 - b. Det må skapes handlingsrom til Helse Midt-Norge RHF for håndtering av ventelister og fristbrudd. Dette må tas ved en reduksjon i aktivitetsramme fra foretakene. Det gjelder alle hovedområdene, somatikk, psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

- c. Tydelige og varige endringer i pasientstrømmene i langtidsbudsjettperioden vil kunne få betydning for fordeling av aktivitet mellom foretakene
5. Tilgjengelige rammer gir ikke rom for å ta inn opparbeidet etterslep på vedlikehold i langtidsperioden. Styret for Helse Midt-Norge vil i foretaksmøte be om at helseforetakene utarbeider systematiske, langsiktige vedlikeholdsplaner for å ta igjen etterslepet på vedlikehold av bygg i løpet av en 10-årsperiode.
Styret for Helse Midt-Norge RHF ber om at det blir foretatt en regelmessig gjennomgang av bygningsmassens tekniske tilstand.
 6. Styret vil vedta endelig investeringsramme for det enkelte år i forbindelse med ordinær budsjettbehandling.

Protokoll

Saken ble drøftet i møtet 24.06.10. Enighet i styret om at det stemmes over saken etter at det er fattet vedtak i "Sak 62/10 Strategi 2020 – strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge 2010-2020".

Styremedlem Perny-Ann Nilsen fremmet følgende forslag:

"Helse Midt-Norge RHF skal på lik linje med de andre HF'ene i regionen effektivisere/ omstille i langtidsplan- og budsjettperioden"

Nestleder Toril Hovdenak fremmet følgende forslag til endring i siste setning pkt. 2:

"Når tilbakemelding fra eier er mottatt vil styret eventuelt justere fremdrift i utbyggingsprosjektet"

Styremedlem Kirsti Leirtrø fremmet følgende forslag til tillegg pkt 2:

"Investeringsplan for medisinske utstyr og IKT. Handlingsplan for strategisk bruk av IKT 2008-2010 evalueres og rulleres for perioden 2011-2016"

Styremedlem Olav Huseby fremmet følgende forslag:

Pkt 2 1. setning:

Styret legger til grunn at på sikt skal investeringer.....

Nytt punkt:

Ved krav om store tilpasninger vil det kunne inngås avtale med det enkelte foretak om tilpasning over flere budsjettår

Nytt punkt:

Det fremmes en egen sak om utfordringene innen rus-sektoren.

Det ble votert på følgende måte:

Det ble først stemt på innstillingens forslag til pkt 1. Dette ble enstemmig vedtatt.

Pkt. 2. :

Det ble først stemt over styremedlem Olav Husebys forslag til endringer i 1. setning. Dette ble vedtatt mot 4 stemmer (Perny-Ann Nilsen, Joar Grøtting, Ingegjerd Sandberg og Merethe Storødegård)

Nestleder Toril Hovdenaks forslag til endring i siste setning ble vedtatt mot en stemme (Merethe Storødegård)

Det ble videre stemt over styremedlem Kirsti Leirtrø sitt forslag. Dette fikk enstemmig tilslutning.

Pkt 3:

Perny-Ann Nilsens tilleggsforslag ble enstemmig vedtatt.

Pkt 4, 5 og 6 ble enstemmig vedtatt

Begge tilleggspunkt fra Olav Huseby ble enstemmig vedtatt

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge legger til grunn at nivå på årsresultat og investeringer samlet må ligge på et nivå som ikke forverrer foretaksgruppens samlede likviditet og som tilfredsstiller eiers krav til reduksjon av driftskreditt.
2. Styret legger til grunn at på sikt skal investering i medisinteknisk utstyr og IKT samt vedlikehold heves til et nivå som minst opprettholder dagens nivå. Det vises til utredningen som pågår knyttet til nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal. Når tilbakemelding fra eier er mottatt vil styret eventuelt justere fremdrift i utbyggingsprosjektet

Investering av medisinskteknisk utstyr og IKT. Handlingsplan for strategisk bruk av IKT 2008-2010 evalueres og rulleres for perioden 2011-2016

3. Styret legger til grunn at det er behov for betydelig effektivisering i langtidsbudsjettperioden. I forbindelse med fastsettelse av inntektsfordeling 2011 må effektiviseringskravet i det enkelte foretak vurderes.

Helse Midt-Norge RHF skal på lik linje med de andre HF'ene i regionen effektivisere/omstille i langtidsplan- og budsjettperioden

4. Styret vedtar blant annet følgende prinsipper for aktivitet i helseforetakene:
 - a. Helse Midt-Norge RHF sitt ansvar for likeverdige tjenester tilsier at skjevheter i behovsdekningen mellom de ulike bostedsområder i regionen skal utjevnes over en tre års periode
 - b. Det må skapes handlingsrom til Helse Midt-Norge RHF for håndtering av ventelister og fristbrudd. Dette må tas ved en reduksjon i aktivitetsramme fra foretakene. Det gjelder alle hovedområdene, somatikk, psykisk helsevern og Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
 - c. Tydelige og varige endringer i pasientstrømmene i langtidsbudsjettperioden vil kunne få betydning for fordeling av aktivitet mellom foretakene
5. Tilgjengelige rammer gir ikke rom for å ta inn opparbeidet etterslep på vedlikehold i langtidsperioden. Styret for Helse Midt-Norge vil i foretaksmøte be om at helseforetakene utarbeider systematiske, langsiktige vedlikeholdsplaner for å ta igjen etterslepet på vedlikehold av bygg i løpet av en 10-årsperiode.
Styret for Helse Midt-Norge RHF ber om at det blir foretatt en regelmessig gjennomgang av bygningsmassens tekniske tilstand.
6. Styret vil vedta endelig investeringsramme for det enkelte år i forbindelse med ordinær budsjettbehandling.
7. Ved krav om store tilpasninger vil det kunne inngås avtale med det enkelte foretak om tilpasning over flere budsjettår

8. Det fremmes en egen sak om utfordringene innen rus-sektoren

Sak 62/10 Strategi 2020 - strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge 2010-2020 (vedtatt før sak 61/10)

Forslag til 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 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 dialog 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.
6. Styret vedtar at tilgjengelig kompetanse i størst mulig grad benyttes til aktiv pasientbehandling. Bruken av passiv beredskap må gjennomgås ved alle sykehus og skal reduseres.
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 samling av kirurgisk akuttberedskap på ett sykehus i hvert helseforetak.
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 reduseres. 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 er et kvalitativt godt tilbud ved normale fødsler og kan inngå som en del av fødselsomsorgen.

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 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. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram en gjennomføringsplan for de omstillingene som er vedtatt.

Protokoll

Saken ble drøftet etter at sak 61/10 ble drøftet 24.06.10.

Det ble fremmet flere alternative forslag:

Forslag fra styremedlem Joar Grøtting:

Tillegg:

En må avklare hvilke tiltak og på hvilket tiltaksnivå en skal styrebehandle enkelttiltak knyttet opp mot "Strategi 2020". Dette for at arbeidet videre med "strategi 2020" skal ha en god forankring i styret i HMN RHF og HF-ene.

I forkant skal tiltakene ha vært drøftet med de HF-ene tiltakene berører, og de skal ha mulighet for styrebehandling før vedtak i HMN RHF..

Det skal gjennomføres grundige konsekvensanalyser av alle tiltak. HF-ene skal være kjent med disse før behandling i sine styrer.

Forslag fra styremedlem Perny-Ann Nilsen

Nytt pkt 1

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 for hvordan dette skal oppnås.

På den bakgrunn vedtas følgende strategiske mål i 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*

Nytt pkt 7 (adm sitt pkt 8)

Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn samling av kirurgisk akuttberedskap på ett sykehus i hvert foretak, - der dette er forsvarlig, også med utgangspunkt i geografiske forhold

For Helse Nordmøre og Romsdal HF vert kirurgisk akuttberedskap å kome tilbake til i oktober når utbygging av nytt sjukehus vedtas.

Nytt pkt 8 (adm punkt 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 er et kvalitativt godt tilbud ved normale fødsler og kan inngå som en del av fødselsomsorgen.

Det må vurderes å opprette jordmorstyrte fødestuer ved de største sykehusene for å unngå at fødende uten risikosvangerskap skal føde i en avdeling for gravide med risikosvangerskap.

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

Fødestue kan ikke innføres ved lokalsjukehus før fullstendig avtale er klar for følgetjeneste, også med kommunane.

På bakgrunn av vedtak i Helse Førde vedtek Helse Midt-Norge RHF å oppretthalde fødeavd. i Volda.

For Helse Nordmøre og Romsdal HF vert fødetilbud å kome tilbake til i oktober når utbygging av nytt sjukehus vedtas.

Nytt pkt. 19 (adm punkt 20)

Styret i Helse Midt-Norge RHF ber adm. dir legge fram en gjennomføringsplan som også viser konsekvenser, så vel byggningsmessige som bemanningsmessige.

Forslag fra styremedlem Asmund Kristoffersen

Pkt 3 nytt punkt f)

Parallellitet og samordning av omorganiseringen av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Pkt 4 – ny tekst

Styret i Helse Midt-Norge RHF forutsetter at Strategi 2020 og Samhandlingsreformen vektlegges og iverksettes i nært samspill med kommunene slik at helsetilbudet blir endret mest mulig parallelt i tid og innhold

Pkt 6 (som vedtak i HNR)

Styret vedtar at tilgjengelig kompetanse i størst mulig grad benyttes til aktiv pasientbehandling.

Bruken av passiv beredskap må gjennomgås ved alle sykehus og skal reduseres der det er forsvarlig.

Pkt 7 – Tillegg

For Helse Nordmøre og Romsdal HF sitt vedkommende vil styret i Helse Midt-Norge RHF vente på utredningen helseministeren har bedt om om framtidig sykehusstruktur før en eventuelt fattet beslutning om endring i akuttberedskap

Pkt 9

(Siden det skal utarbeides en helhetlig plan, så bør 2. og 3. avsnitt primært gå ut. Siden en slik plan verken er utarbeidet eller vedtatt)

Alternativ til avsnitt 2 og 3

”Robuste vaktordninger kan kreve at antallet fødeavdelinger kan bli redusert. Kvalitet og geografiske forhold må vektlegges i utformingen av det helhetlige fødetilbudet”

Pkt 10 (samme som HNR)

Styret for Helse Midt-Norge RHF vil videreutvikle sitt tilbud for syke barn og legge til rette for likeverdige tilbud til syke barn i alle helseforetakene. De lokale helseforetakene skal involveres i denne prosessen. Barneavdelingene på St. Olavs Hospital og Ålesund sjukehus skal ha et særskilt ansvar for kompetansestøtte til de andre helseforetakene.

Forslag fra styremedlem Kirsti Leirtrø

- *Spesialisthelsetjenesten må ta ansvar for forebyggende helsearbeid i et gjensidig forpliktende samarbeid med kommunene, fylkeskommunene og brukerne.*
- *Habilitering/rehabilitering skal ha et stort fokus i strategien*

Forslag fra styremedlem Ivar Gotaas

Alt. Forslag pkt 9:

”reduseres” erstattes med ”vurderes”.

Setn. "Fødestue....." strykes og erstattes med:

"Fødestue kan etableres som tilbud i enkelttilfelle der det innenfor et helhetlig tilbud vurderes som faglig forsvarlig" (Ellers uforandret med forslag til vedtak)

DVS:

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 kan etableres som tilbud i enkelttilfelle der det innenfor et helhetlig tilbud vurderes som faglig forsvarlig.

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

Alt. Forslag pkt 8:

Styret i Helse Midt-Norge RHF vil legge til rette for samling av kirurgiske akuttberedskap gjennom ulike tiltak:

- slå sammen lokale sykebustilbud, evt. i nybygg
- etablere samarbeid med nabo HF i tilgrensende RHF
- gjennomføre funksjonsfordeling av akutfunksjoner mellom nabosykehus innenfor HFet

Forslag fra styremedlem Bjørg Henriksen

Nytt punkt 9

Helse Midt-Norge skal tilby en helhetlig svangerskaps-, føde- og barselomsorg i tråd med nasjonale anbefalinger. Helse Midt-Norge er ansvarlig for å utarbeide en helhetlig plan for tilbudet sammen med kommunene. God og forutsigbar kvalitet forutsetter robuste vaktordninger. Styret for HMN 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 kan være et kvalitativt godt tilbud ved normale fødsler, og kan inngå som en del av fødselsomsorgen. Det må vurderes å opprette jordmorstyrte fødestuer ved de største sykehusene for å unngå at fødende uten risikosvangerskap må føde i en avdeling med gravide med risikosvangerskap.

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

Forslag fra styreleder Kolbjørn Almlid

1. *Styret viser til at nåværende strategiplan går ut ved årets slutt. Styret ivaretar en av sine viktigste oppgaver ved å utarbeide en ny strategi 2020 som skal stake ut retning og rammer for drift og investeringer samt mål for utviklingen av helsetjenestene i regionen. Dette er særlig viktig når en tar inn over seg de store demografiske, sykdomsrelaterte og rekrutteringsmessige utfordringer sektoren står fremfor i strategiperioden.*
2. *I strategiperioden vil det særlig bli lagt vekt på god kvalitet i pasientbehandlingen. Styret ber om å få seg forelagt en dokumentasjon som viser kvaliteten i behandlingen ved regionens forskjellige sykehus. Dette er grunnleggende når tiltak skal utformes og settes inn for å øke kvaliteten.*
3. *Som en konsekvens av retning og rammer i strategi 2020, vil det skje endringer til ulike tider i HMN i kommende tiårsperiode. Virkningen av større endringer skal synliggjøres og drøftes gjennom saksbehandling med*

konsekvensanalyser for det fattes vedtak i HF- ene slik at pasienter blir kjent med tilbudssiden i leveransen av helsetjenesten både ved institusjoner som avgir - og de som blir tillagt oppgaver. Det er grunnleggende for godt resultat at befolkningen i regionen generelt er inneforstått med behovet for endringer og omstilling. Saksbehandling og vedtak skal skje innenfor strategiplanens intensjon og i samsvar med en vedtatt tempoplan som skal utarbeides høsten 2010.

4. *Realiseringa av strategien skal skje i koordinert samhandling mellom HF og RHF – og om nødvendig etter kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet.*
5. *Operasjonaliseringa av strategi 2020 må innføres på en hensiktsmessig måte i forhold til samhandling med kommunene hvor det legges vekt på parallellitet og samordning av organiseringen av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Her må en legge til grunn behovet for rekruttering av medarbeidere, en bærekraftig driftsøkonomi, optimal logistikk og ikke minst at implementeringa skal reflektere lover og målsettinger som er - og vil bli vedtatt på sentralt plan i strategiperioden. Styret ber om at det fremmes en egen sak om samarbeid med kommunene hvor det særlig legges vekt på kvalitet i et sømløst pasientforløp behandlingskjeden.*
6. *Styret er inneforstått med at det generelt vil bli krevende å rekruttere tilstrekkelig kvalifisert personell til HMN, og ber i denne sammenheng om en konkret oversikt over rekrutteringsutfordringene ved de ulike HFene på kort og lengre sikt. Styret ber om at implementeringen av strategien innrettes slik at man på best mulig måte kan sikre god rekruttering. Styret legger til grunn at utdanningen av personell må revideres, og at dette skal skje gjennom ytterligere samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og HF- ene og at HMN RHF må tettere inn i koordineringen av dette arbeidet.*
7. *Styret vil peke på behovet for styrking av samfunnsmedisinen og forebyggende helsearbeid. Rehabilitering er et annet viktig område. Styret vil etablere et samarbeid med kommunesektoren for å finne gode løsninger.*
8. *Aldersrelaterte sykdommer, diabetes 2, kols, kreft, psykiske lidelser, rus, kroniske sykdommer og typiske livsstilssykdommer, vil øke i årene som kommer. Styret vil ta dette utfordringsbildet på alvor ved å rette fokus mot disse store sykdomsgruppene og de krevende helsemessige tilstander svært mange mennesker befinner seg i hver dag. Styret vil som en konsekvens også dreie ressursene til forskningen i samme retning.*
9. *Styret vil ta kontakt med andre RHF – styrer for eventuelt å inngå et samarbeid om tilbud til pasienter i grensesonene mellom de regionale foretakene.*
10. *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.*

Ved styremøtes start 25.06.10 ble det lagt fram et omforent forslag fra styret:

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 gjennomgå i alle foretak og skal reduseres i alle sykehus.

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

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

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

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

Fødestue som tilbud ved normale fødsler kan inngå som en del av fødselsomsorgen. Fødestuer må vurderes som et alternativ, også ved store sykehus. Fødestuer kan ikke inngå i fødetilbudet for avtaler om forsvarlige følgetjenester er inngått med kommunene.

Det skal ikke gjennomføres endringer i fødetilbudet for 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 døgnerberedskap 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 prehospitaltjenester skal tilpasses nye behandlingsmetoder og endret oppgavedeling. Revisjon av plan for prehospitaltjenester 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 foretaksomfattende 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*

Adm. dir. trakk da sitt forslag.

Det ble stemt over framlagte forslag samlet. Forslaget ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

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

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

Fødestue som tilbud ved normale fødsler kan inngå som en del av fødselsomsorgen. Fødestuer må vurderes som et alternativ, også ved store sykehus. Fødestuer kan ikke inngå i fødetilbudet før avtaler om forsvarlige følgetjenester er inngått med kommunene.

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

10. Styret for Helse Midt-Norge RHF vil videreutvikle sitt tilbud for syke barn i alle helseforetak. Behovet for stabile fagmiljø og robuste vaktordninger gjør at styret i Helse Midt-Norge RHF i strategiperioden ønsker å samle døgnberedskap for syke barn til færre avdelinger. Barneavdelingene på St Olavs Hospital og Ålesund sjukehus skal ha et særskilt ansvar for kompetansestøtte til de andre helseforetakene.

11. Helse Midt-Norge skal gjennomføre tiltakene i spesialisthelsetjenesten i tråd med utviklingen av nasjonal helsepolitikk.

12. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at de prehospitale tjenester skal tilpasses nye behandlingsmetoder og endret oppgavedeling. Revisjon av plan for prehospitale tjenester er igangsatt, og vil bli lagt fram for styret som egen sak.

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

14. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak som viser hvordan kvalitetsmål skal nås. Helseforetakene skal ha særlig fokus på kvalitetskravene som er satt for epikrisetid, gjennomsnittlig ventetid, fristbrudd og antall korridorpasienter. Helse Midt-Norge skal ta i bruk indikatorer for behandlingskvalitet og pasienttilfredshet. Brukerne inviteres med i arbeidet.

15. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak om hvordan den samlede intensivkapasiteten skal sikres med bakgrunn i den oppgavedelingen som vedtas.

16. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak om behovet for kompetanse og rekruttering av personell. Styret ber om at HFene og utdanningsinstitusjonene involveres i dette arbeidet.

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

18. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak med forslag til organisering av de mindre spesialitetene. Det skal utarbeides en plan for hvordan avtalespesialister kan innpasses som en del av en samlet spesialisthelsetjeneste.

19. Styret for Helse Midt-Norge ber administrerende direktør igangsette arbeidet med en strategi for universitetssykehusfunksjonen, der en fokuserer på universitetssykehusets regionale rolle i pasientbehandling, utdanning og forskning. Styret ber om at de andre helseforetakene og NTNU involveres i arbeidet.

20. Tiltak skal vedtas og gjennomføres på HF-nivå etter en bred konsekvensvurdering.

21. Styret ber seg forelagt en gjennomføringsplan for de foretaksovergripende omstillingene som vedtas.

22. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber adm dir. innlede drøftinger med Helse Nord, Helse Sør-Øst, og Helse Vest for å sikre likeverdige tjenester i skjæringspunktet mellom regionene.

23. Styret i Helse Midt-Norge ber seg forelagt en plan for fordeling av planlagt kirurgi i Midt Norge, som bidrar til å styrke fagmiljøene i lokalsykehusene.

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

25. Styret ber om å få seg forelagt en dokumentasjon som viser kvaliteten i behandlingen ved regionens forskjellige sykehus.

26. Styret vil understreke betydningen av god kommunikasjon og forankring av strategien og man forutsetter at det vil bli brukt tid og ressurser på dette arbeidet

Stemmeforklaring:

Styremedlem Ingegjerd Sandberg ba om følgende stemmeforklaring:

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

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

Pkt. 20 Tiltak skal vedtas og gjennomføres på HF-nivå etter en bred konsekvensutredning.

Etter min mening: RHF styrets sørge-for-ansvar vil med dette være vanskelig å ivareta og å ha oversikt over det totale tilbudet til befolkningen, og det er bekymringsfullt.

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

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

Sak 63/10 Oppfølging av tilsynssaker

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF er tilfreds med at administrasjonen vil legge økt vekt på oppfølging av tilsyn og avvikshåndtering i kvalitetsforbedringsarbeidet i helseforetakene i Midt-Norge.
2. Styret ønsker at administrasjonen gir styret regelmessig orientering om aktuelle tilsyn, resultat og oppfølging.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF er tilfreds med at administrasjonen vil legge økt vekt på

oppfølging av tilsyn og avvikshåndtering i kvalitetsforbedringsarbeidet i helseforetakene i Midt-Norge.

2. Styret ønsker at administrasjonen gir styret regelmessig orientering om aktuelle tilsyn, resultat og oppfølging.

Sak 64/10 Orienteringssaker

I styremøte 24.06.10 og 25.06.2010 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Status i utredning av nytt sykehus i Helse Nordmøre og Romsdal
- Revisjon av kommunikasjonsstrategi
- Oppfølging av ”God Vakt”
- Lønnsoppgjør 2010

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF tok sakene til orientering.

Sak 65/10 Eventuelt

Perny – Ann Nilsen ba om at det utredes om det er mulig å innføre en type kredittkort til bruk av pasientreiser.

Adm.. kommer tilbake til dette.

Sak 66/10 Signering av protokoll

Protokoll for møtet ble godkjent og undertegnet i møtet.

Stjørdal 25.06.10

Kolbjørn Almlid

Toril Hovdenak

Merethe Storødegård

Asmund S. Kristoffersen

Olav Huseby

Perny-Ann Nilsen

Jan Magne Dable

Joar Olav Grotting

Kirsti Leirtro

Ivar Gotaas

Ingegjerd Sandberg

Ellen Wøhni

Björg Henriksen

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

DRG-aktivitet (poeng) - 2010		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	0,0	0,0	0,0 %	0,0 %
3201	Heldøgnpasienter	-598,8	31,1	-567,7	-4,9 %	0,0 %
3202	Dagpasienter (eks dagkirurgi)	36,8	7,0	43,8	17,2 %	0,0 %
3204	Poliklinikk (inkl dagkirurgi)	-86,9	2,2	-84,7	-3,1 %	0,0 %
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	-648,8	40,2	-608,6	-4,2 %	0,0 %
3205	DRG-produksjon - kjøp fra andre regioner	-21,1	0,0	-21,1	-2,6 %	0,0 %
	Sum DRG-poeng "Sørge for"	-669,9	40,2	-629,7	-4,1 %	0,0 %
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	-648,8	40,2	-608,6	-4,2 %	0,0 %
321	Gjestepasienter - salg til andre regioner	-74,7	61,7	-13,0	-3,1 %	0,0 %
	Sum DRG-poeng produsert i egen region	-723,6	101,9	-621,6	-4,1 %	0,0 %

DRG-rapporten for mai inneholdt feil. For å få korrekte tall i fortsettelsen har en valgt å holde på mai-tallene, og så korrigere juni-tallene. Isolerte periodetall for juni vil da bli feil, men korrekt for akkumulerte tall pr juni.

DRG-aktiviteten i juni er 102 DRG-poeng foran plantallene for måneden. Akkumulert aktivitet t.o.m. juni viser et negativt avvik på 622 DRG poeng (-4,1 %). Alle klinikker med unntak av kirurgisk klinikk Namsos og rehabiliteringsklinikken har negative avvik hittil i år. Det er størst absolutt avvik for innlagte heldøgnsopphold, mens dagbehandling og poliklinikk viser noe mindre avvik.

Vi har sett på noen av årsakene til de negative avvikene i den somatiske aktiviteten og ser at om lag 1/3 av avviket skyldes lavere aktivitet i år enn i fjor. Resten av avviket skyldes at planlagt aktivitetsvekst på 1,9 % ikke har slått til, og at årets aktivitet er periodisert slik at hele aktivitetsveksten skulle skjedd i årets 5 første måneder. Med en periodisering mer i samsvar med fjorårets aktivitet ville ikke avviket hittil i år blitt så stort. Det er likevel nødvendig å se nærmere på årsakene til aktivitetssvikten og å iverksette tiltak for å komme ut i samsvar med planlagt aktivitet. Klinikker og avdelinger er i gang med å vurdere slike aktivitetsfremmende tiltak, alternativt å utarbeide kostnadsreducerende tiltak.

1.1.2 Psykisk helsevern (rapporteres tertialvis)

Antall utskrevne pasienter i de psykiatriske avdelingene var litt over plantallene i 1. tertial. Antall polikliniske konsultasjoner var også litt over plantallene i voksenpsykiatrien, men noe under plantallene i barne- og ungdomspsykiatrien.

1.2 Ventetider (mai-tall - NPR publiserer ikke data for juni)

1.2.1 Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp

- av antall ventende som har fått behandling

Av 2 289 nyhenviste er 69,5 % (1 591) innvilget prioritert rett til helsehjelp. Dette er en liten reduksjon i praksis fra foregående måned (72,2 %). Det er grunn til å gjøre oppmerksom på at det innenfor de enkelte tjenesteområdene kan være betydelige forskjeller i tildelingspraksis.

1.2.2 Gjennomsnittlig ventetid – somatikk

Gjennomsnittlig ventetid for pasientgruppen er på 84 dager og er økt fra foregående måned (79 dager).

1.2.3 Fristbrudd for rettighetspasienter

Av 1 564 **avviklede pasienter** er det registrert fristbrudd hos 17,6 % (276 pasienter); det er en økning fra forrige periode. Andel fristbrudd omfatter i hovedsak somatiske tjenester og ligger på et uakseptabelt nivå i forhold til en nullvisjon. Det gjennomføres månedlige rydderutiner for å unngå fristbrudd.

Av 3 981 **ventende pasienter** er det registrert fristbrudd hos 8,2 % (328 pasienter); - en nedgang i forhold til foregående måned. Disse fristbruddene omfatter i all hovedsak somatiske tjenester. Nivået er uakseptabelt høyt i forhold til en nullvisjon. Det viser seg ved de månedlige rydderutinene at en viktig årsak til slike fristbrudd er feilregistrering i PAS. Antall reelle fristbrudd er vesentlig lavere. Det er behov for å gjennomføre systematisk opplæring i bruken av PAS-systemet for å unngå dette problemet.

1.2.4 Ventetid på over 1 år for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp

Det er registrert 55 pasienter med prioritert rett til helsehjelp som har ventet mer enn 1 år; - en liten økning fra foregående måned (42). Noen av disse pasientene er ikke reelle ventende.

Ventetider - 2010	Fre- kvens	Forrige periode	Teller denne periode	Nevner denne periode	Denne periode	Endring fra forrige periode
Andel nyhenviste pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp	Mnd	73,3 %	1 591	2 289	69,5 %	-3,8 %
Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede rettighetspasienter innen somatikk	Mnd	79			84	5
Andel fristbrudd for rettighetspasienter (avviklede)	Mnd	17,6 %			#DIV/0!	#DIV/0!
Andel fristbrudd for rettighetspasienter (ventede)	Mnd	8,2 %			#DIV/0!	#DIV/0!
Antall pasienter med rett til nødvendig helsehjelp som har ventet over 1 år	Mnd	42			55	13

1.3 Kvalitetsindikatorer

1.3.1 Epikrisetid

Det er en målsetting at minst 80 % av alle epikriser skal være utsendt innen 7 dager etter at pasienten er utskrevet fra sykehuset. I juni måned var denne andelen 80,1 %. Det er en økning i forhold til forrige måned (72,4 %). Gjennom prosjektet tategjenkjenning og andre tiltak arbeides det fortsatt med effektivisering av prosessene rundt ferdigstilling av epikrisene slik at vedtatt mål kan nås. Direktøren har nedsatt egen gruppe for å utarbeide tiltak for å sikre måloppnåelse på denne indikatoren.

1.3.2 Korridorpasienter

Det er en målsetting at vi i hovedsak ikke skal ha korridorpasienter. I juni måned var andelen korridorpasienter 1,8 %. Det er en reduksjon fra resultatet i forrige måned (2,1 %). Direktøren har nedsatt egen gruppe for å utarbeide tiltak for å sikre måloppnåelse på denne indikatoren.

1.3.3 Strykninger

Det er et mål at andel strykninger av elektive operasjoner skal være mindre enn 5 %. I juni måned var andelen strykninger 9,9 %. Det er noe høyere enn resultatet i forrige måned (9,4 %). Det er økt fokus på de forskjellige årsakene til at pasienter strykes fra operasjonsprogrammet for gjennom det å innrette tiltak for å redusere omfanget. Direktøren har nedsatt egen gruppe for å utarbeide tiltak for å sikre måloppnåelse på denne indikatoren, men foreløpig har dette ikke gitt den ønskede effekt.

Kvalitetsindikatorer - 2010	Fre- kvens	Forrige periode	Teller denne periode	Nevner denne periode	Denne periode	Endring fra forrige periode
Andel sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning (minst 80%)	Mnd	72,4 %	1 418	1 771	80,1 %	7,7 %
Andel korridorpasienter	Mnd	2,1 %	124	6 781	1,8 %	-0,3 %
Andel strykninger av planlagte operasjoner	Mnd	9,4 %	64	649	9,9 %	0,5 %
Antall pasienter med individuell plan						0
Antall tvangsinneleggelser pr 10 000 innbyggere		1,8			2,3	0,5
Andel tvangsinneleggelser av det samlede antall innleggelser i psykisk helsevern		13,2 %	12	83	14,5 %	1,3 %

N.B. Antall pasienter med IP rapporteres kun tertialvis

2

Økonomi

2.1 Resultat

Foretakets drift i juni viser et resultat på -15,1 mill kroner. Det er 1,8 mill kroner bedre enn budsjett. Akkumulert er resultatet hittil i år 20,7 mill kroner mot et budsjett på 15,6 mill kroner, dvs. et positivt avvik på 5,1 mill kroner.

Foretaket har under kostnadsgruppen andre driftskostnader lagt inn en buffer på om lag 30 mill kroner som sikkerhet for måloppnåelse i forhold til eventuell inntektssvikt eller økte kostnader. Bufferen er budsjettet med en økende andel mot slutten av året.

2.1.1 Inntekter

Høyere inntekter enn budsjettet denne måned er knyttet til en noe høyere aktivitet enn budsjettet. I tillegg kommer merinntekter knyttet til "Raskere tilbake" – behandling.

2.1.2 Varekostnader

Det er et noe høyere forbruk på varekostnader enn budsjett denne måneden.

2.1.3 Lønnskostnader

Lønnskostnadene er denne måned litt i overkant av budsjett, mens brutto månedsverk er på samme nivå som budsjett. Det er foretatt avsetning i regnskapet for en beregnet effekt av lønnsoppgjøret omtrent på nivå med budsjettet. Samlet sett ser det så langt ut til at det er god styring på bruk av personellressursene.

2.1.4 Andre driftskostnader

Under denne kostnadsgruppen er det satt av en buffer for å sikre måloppnåelse hvis det skulle påløpe uforutsette kostnader eller bli svikt i inntektene. Denne måneden er det en del økte kostnader på enkelte områder, men dette oppveies av nevnte buffer. Kostnadsgruppen balanserer slik sett med budsjett.

2.1.5 Finansposter

Foretakets likviditet er bl.a. bedret gjennom et godt resultat i fjor. Sammen med fortsatt lavt rentenivå har dette bidratt til lavere finanskostnader enn budsjettert.

Resultatavvik - 2010		Avvik tom forrige periode	Avvik denne periode	Avvik tom denne periode
3	Inntekter	-0,6	3,9	3,3
4	Varekostnader	-1,7	-2,5	-4,2
5	Lønnskostnader	-1,9	-0,5	-2,4
6,7	Andre driftskostnader	3,8	0,1	3,9
8	Finansposter	3,7	0,9	4,6
Årsresultat jf budsjett:		3,3	1,8	5,1

2.2 Prognose

Prognose årsresultat er lik budsjett, dvs. 0 mill kroner. Prognosen er uendret fra forrige periode. Vi mener at det er stor (> 50 %) sannsynlighet for at foretaket vil nå prognostisert resultat. Dette bygger på resultat hittil i år, periodisering av budsjettet generelt og spesielt periodisering av buffer på om lag 30 mill kroner.

2.2.1 Inntekter

Inntektene prognostiseres likt budsjett.

2.2.2 Varekostnader

Varekostnadene prognostiseres likt budsjett.

2.2.3 Lønnskostnader

Lønnskostnadene prognostiseres likt budsjett.

2.2.4 Andre driftskostnader

Andre driftskostnader prognostiseres likt budsjett.

2.2.5 Finansposter

Finanspostene prognostiseres likt budsjett.

Prognose endring - 2010		Endring tom forrige mnd	Endring denne mnd	Endring tom denne mnd
3	Inntekter	0	0	0
4	Varekostnader	0	0	0
5	Lønnskostnader	0	0	0
6,7	Andre driftskostnader	0	0	0
8	Finansposter	0	0	0
Årsprognose jf budsjett		0	0	0

2.3 Omstilling

I forbindelse med utarbeiding av budsjett og driftsplaner for 2010 har foretakets klinikk beskrevet omstillingstiltak tilsvarende 58,4 mill kroner. Tiltak tilsvarende 21,3 mill kroner er gjennomført t.o.m. juni. Prognose for økonomisk effekt av gjennomførte budsjetterte tiltak i 2010 er 52,8 mill kroner.

2.4 Likviditet

Foretakets likviditet er noe bedre enn budsjettet og prognostiseres også å bli omtrent som eller bedre enn budsjettet ved årets utgang.

2.5 Investeringer (rapporteres tertialvis)

Foretakets investeringsbudsjett for 2010:

Økt egenkapitalinnskudd KLP	5,0 mill kr
Psykiatriprosjekt, Namsos	50,0 mill kr
Div. invest. HMS, enøk, vedl.h.invest.	7,0 mill kr
Medisinsk-teknisk og teknisk utstyr	18,0 mill kr
<u>Sum investeringer i 2010</u>	<u>80,0 mill kr</u>

Det er så langt ingen store avvik i forhold til framdrift og kostnad for vedtatte investeringsprosjekt. HNT er nettopp tildelt en ramme til MTU på 18,0 mill kroner. Det forventes at årlig ramme for leasing på 10 mill kroner blir videreført. Det utarbeides nå klinikkvise planer for anskaffelser innen fastsatte rammer.

2.6 Raskere tilbake

Det er så langt i år godt samsvar mellom tildelte rammer og utført aktivitet.

2.7 Tiltak for arbeid

Det aller meste av midler til "Tiltak for arbeid" ble oppbrukt i fjor. Om lag 700.000 kroner til ferdigstilling av ny rundkjøring med tilhørende uteareal ved Sykehuset Namsos gjenstår og vil bli gjennomført sommeren 2010.

3 HR

3.1 Bemanning/innleie

	Samme periode forrige år	Forrige periode	Denne periode	Endring samme periode forrige år	Endring siste periode	Budsjett denne periode	Avvik ift budsjett
Bemanning – 2010							
Fast lønn	2 187,3	2 167,1	2 180,2	-7,1	13,1	2 191,7	-11,5
Variabel lønn	87,2	75,2	80,1	-7,1	4,9	68,6	11,5
Sum innleie helsepersonell (i 1.000 kr)	373,0	750,0	1 305,0	932,0	555,0	662,0	643,0
• Innleie leger							
• Innleie sykepleiere							
• Innleie annet helsepersonell							
Psykiatri	471,5	475,3	480,6	9,1	5,3	491,3	-10,7
Øvrig virksomhet	1 803,0	1 767,0	1 779,7	-23,3	12,7	1 769,0	10,7
Samlet for foretaket:	2 274,5	2 242,3	2 260,3	-14,2	18,0	2 260,3	0,0

Tallene i tabellen ovenfor er basert på budsjett og lønnskube for juni. Tabellen viser at brutto månedsverk i juni lå likt med budsjett; 12 færre faste månedsverk og 12 flere variable månedsverk enn budsjettet.

Det var i juni 11 færre månedsverk i psykiatrien og 11 flere i somatikken enn budsjettet. Avviket i psykiatrien skyldes at flere nytilsatte medarbeidere tiltrer senere enn planlagt.

3.2 Sykefravær

Sykefravær snitt (%) – 2010	Samme periode forrige år	Forrige periode	Denne periode	Endring samme periode forrige år	Endring siste periode	Mål denne periode	Avvik ift mål
HNT HF	7,9	7,7	8,0	0,1	0,3	8,2	-0,2
Samlet for foretaket:	7,9	7,7	8,0	0,1	0,3	8,2	-0,2

Sykefraværet for HNT var i juni 8,0 %. Det er en liten økning i forhold til forrige måned, og også en liten økning i forhold til samme måned i fjor. Sykefraværet har hittil i år vært 8,2 % mot 8,1 % for samme periode i fjor. Det arbeides kontinuerlig med tiltak for å redusere sykefraværet.

4 Generell vurdering

Etter 6 måneders drift har vi fått et godt bilde av årets drift og økonomi sammenholdt med vedtatte planer og budsjett. Aktiviteten i januar, februar og mai viste betydelig svikt i forhold til planlagt (periodisert) DRG-aktivitet, mens aktiviteten i mars og april var litt i overkant av planene. Med en relativt hard periodisering av aktiviteten til årets første måneder forventes det så langt at årets planlagte aktivitet skal nås. Det arbeides med tiltak for at det skal skje.

Foretaket har framvist gode økonomiske resultat hver måned hittil i år. Planlagte effektiviseringstiltak rapporteres også å være i god rute i forhold til vedtatte planer. Foretaket prognostiserer derfor et økonomisk resultat i samsvar med budsjett, men noe ujevn aktivitet hittil i år og budsjettavvik på enkelte kostnadsarter viser at det blir nødvendig med tett oppfølging og stram økonomistyring av driften.

Levanger, 13.08.10

Arne Flaatt
adm. dir.
sign.

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

DRG-aktivitet (poeng) - 2010		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	0,0	0,0	0,0 %	0,0 %
3201	Heldøgnpasienter	-567,7	95,3	-472,4	-3,6 %	0,0 %
3202	Dagpasienter (eks dagkirurgi)	43,8	4,4	48,2	16,0 %	0,0 %
3204	Poliklinikk (inkl dagkirurgi)	-84,7	35,7	-49,0	-1,6 %	0,0 %
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	-608,6	135,4	-473,2	-2,9 %	0,0 %
3205	DRG-produksjon - kjøp fra andre regioner	-21,1	0,0	-21,1	-2,4 %	0,0 %
	Sum DRG-poeng "Sørge for"	-629,7	135,4	-494,2	-2,9 %	0,0 %
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	-608,6	135,4	-473,2	-2,9 %	0,0 %
321	Gjestepasienter - salg til andre regioner	-13,0	59,9	46,9	10,1 %	0,0 %
	Sum DRG-poeng produsert i egen region	-621,6	195,3	-426,3	-2,6 %	0,0 %

DRG-aktiviteten i juli er 195 DRG-poeng foran plantallene for måneden. Akkumulert aktivitet t.o.m. juli viser et negativt avvik på 426 DRG poeng (-2,6 %). Alle klinikker med unntak av kirurgisk klinikk Namsos og rehabiliteringsklinikken har negative avvik hittil i år. Det er størst absolutt avvik for innlagte heldøgnsopphold, mens dagbehandling og poliklinikk viser noe mindre avvik.

Vi har sett på noen av årsakene til de negative avvikene i den somatiske aktiviteten og ser at om lag 1/3 av avviket skyldes lavere aktivitet i år enn i fjor. Resten av avviket skyldes at planlagt aktivitetsvekst på 1,9 % ikke har slått til, og at årets aktivitet er periodisert slik at hele aktivitetsveksten skulle skjedd i årets 5 første måneder. Med en periodisering mer i samsvar med fjorårets aktivitet ville ikke avviket hittil i år blitt så stort. Det er likevel nødvendig å se nærmere på årsakene til aktivitetssvikten og å iverksette tiltak for å komme ut i samsvar med planlagt aktivitet. Klinikker og avdelinger er i gang med å vurdere slike aktivitetsfremmende tiltak, alternativt å utarbeide kostnadsreducerende tiltak.

1.1.2 Psykisk helsevern (rapporteres tertialvis)

Antall utskrevne pasienter i de psykiatriske avdelingene var litt over plantallene i 1. tertial. Antall polikliniske konsultasjoner var også litt over plantallene i voksenpsykiatrien, men noe under plantallene i barne- og ungdomspsykiatrien.

1.2 Ventetider (mai – tall - NPR publiserer ikke data for juni, og tallene for juli er ennå ikke publisert)

1.2.1 Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp

- av antall ventende som har fått behandling

Av 2 289 nyhenviste er 69,5 % (1 591) innvilget prioritert rett til helsehjelp. Dette er en liten reduksjon i praksis fra foregående måned (72,2 %). Det er grunn til å gjøre oppmerksom på at det innenfor de enkelte tjenesteområdene kan være betydelige forskjeller i tildelingspraksis.

1.2.2 Gjennomsnittlig ventetid – somatikk

Gjennomsnittlig ventetid for pasientgruppen er på 84 dager og er økt fra foregående måned (79 dager).

1.2.3 Fristbrudd for rettighetspasienter

Av 1 564 **avviklede pasienter** er det registrert fristbrudd hos 17,6 % (276 pasienter); det er en økning fra forrige periode. Andel fristbrudd omfatter i hovedsak somatiske tjenester og ligger på et uakseptabelt nivå i forhold til en nullvisjon. Det gjennomføres månedlige rydderutiner for å unngå fristbrudd.

Av 3 981 **ventende pasienter** er det registrert fristbrudd hos 8,2 % (328 pasienter); - en nedgang i forhold til foregående måned. Disse fristbruddene omfatter i all hovedsak somatiske tjenester. Nivået er uakseptabelt høyt i forhold til en nullvisjon. Det viser seg ved de månedlige rydderutinene at en viktig årsak til slike fristbrudd er feilregistrering i PAS. Antall reelle fristbrudd er vesentlig lavere. Det er behov for å gjennomføre systematisk opplæring i bruken av PAS-systemet for å unngå dette problemet.

1.2.4 Ventetid på over 1 år for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp

Det er registrert 55 pasienter med prioritert rett til helsehjelp som har ventet mer enn 1 år; - en liten økning fra foregående måned (42). Noen av disse pasientene er ikke reelle ventende.

Ventetider - 2010	Fre- kvens	Forrige periode	Teller denne periode	Nevner denne periode	Denne periode	Endring fra forrige periode
Andel nyhenviste pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp	Mnd	73,3 %	1 591	2 289	69,5 %	-3,8 %
Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede rettighetspasienter innen somatikk	Mnd	79			84	5
Andel fristbrudd for rettighetspasienter (avviklede)	Mnd	17,6 %			#DIV/0!	#DIV/0!
Andel fristbrudd for rettighetspasienter (ventede)	Mnd	8,2 %			#DIV/0!	#DIV/0!
Antall pasienter med rett til nødvendig helsehjelp som har ventet over 1 år	Mnd	42			55	13

1.3 Kvalitetsindikatorer

1.3.1 Epikrisetid

Det er en målsetting at minst 80 % av alle epikriser skal være utsendt innen 7 dager etter at pasienten er utskrevet fra sykehuset. I juli måned var denne andelen 72,2 %. Det er en nedgang i forhold til forrige måned (80,1 %). Gjennom prosjektet talegjennomføring og andre tiltak arbeides det fortsatt med effektivisering av prosessene rundt ferdigstilling av epikrisene slik at vedtatt mål kan nås. Direktøren har nedsatt egen gruppe for å utarbeide tiltak for å sikre måloppnåelse på denne indikatoren.

1.3.2 Korridorpasienter

Det er en målsetting at vi i hovedsak ikke skal ha korridorpasienter. I juli måned var andelen korridorpasienter 1,0 %. Det er en reduksjon fra resultatet i forrige måned (1,8 %). Direktøren har nedsatt egen gruppe for å utarbeide tiltak for å sikre måloppnåelse på denne indikatoren.

1.3.3 Strykninger

Det er et mål at andel strykninger av elektive operasjoner skal være mindre enn 5 %. I juli måned var andelen strykninger 6,4 %. Det er betydelig lavere enn resultatet i forrige måned (9,9 %), men fortsatt et stykke bak måltallet. Det er økt fokus på de forskjellige årsakene til at pasienter strykes fra operasjonsprogrammet for gjennom det å innrette tiltak for å redusere omfanget. Direktøren har nedsatt egen gruppe for å utarbeide tiltak for å sikre måloppnåelse på denne indikatoren.

Kvalitetsindikatorer - 2010	Fre- kvens	Forrige periode	Teller denne periode	Nevner denne periode	Denne periode	Endring fra forrige periode
Andel sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning (minst 80%)	Mnd	80,1 %	1 291	1 787	72,2 %	-7,8 %
Andel korridorpasienter	Mnd	1,8 %	57	5 676	1,0 %	-0,8 %
Andel strykninger av planlagte operasjoner	Mnd	9,9 %	12	188	6,4 %	-3,5 %
Antall pasienter med individuell plan						0
Antall tvangsinnleggelser pr 10 000 innbyggere		2,3				-2,3
Andel tvangsinnleggelser av det samlede antall innleggelser i psykisk helsevern		14,5 %			#DIV/0!	#DIV/0!

N.B. Antall pasienter med IP rapporteres kun tertialvis

2 Økonomi

2.1 Resultat

Foretakets drift i juli viser et resultat på 0,2 mill kroner. Det er 7,7 mill kroner bedre enn budsjett. Akkumulert er resultatet hittil i år 20,9 mill kroner mot et budsjett på 8,2 mill kroner, dvs. et positivt avvik på 12,7 mill kroner.

Foretaket har under kostnadsgruppen andre driftskostnader lagt inn en buffer på om lag 30 mill kroner som sikkerhet for måloppnåelse i forhold til eventuell inntektssvikt eller økte kostnader. Bufferen er budsjettet med en økende andel mot slutten av året.

2.1.1 Inntekter

Høyere inntekter enn budsjettet denne måned er knyttet til en noe høyere aktivitet enn budsjettet.

2.1.2 Varekostnader

Det er et noe lavere forbruk på varekostnader enn budsjett denne måneden.

2.1.3 Lønnskostnader

Lønnskostnadene er denne måned litt i overkant av budsjett, mens brutto månedsverk er 10 færre enn budsjettet. Det er foretatt avsetning i regnskapet for en beregnet effekt av lønnsoppgjøret omtrent på nivå med budsjettet. Samlet sett ser det så langt ut til at det er god styring på bruk av personellressursene.

2.1.4 Andre driftskostnader

Under denne kostnadsgruppen er det satt av en buffer for å sikre måloppnåelse hvis det skulle påløpe uforutsette kostnader eller bli svikt i inntektene. Avviket for kostnadsgruppen siste måned er knyttet til aktuelle buffer.

2.1.5 Finansposter

Foretakets likviditet er bl.a. bedret gjennom et godt resultat i fjor. Sammen med fortsatt lavt rentenivå har dette bidratt til lavere finanskostnader enn budsjettet.

Resultatavvik - 2010		Avvik tom forrige periode	Avvik denne periode	Avvik tom denne periode
3	Inntekter	3,3	3,5	6,8
4	Varekostnader	-4,2	1,4	-2,8
5	Lønnskostnader	-2,4	-1,0	-3,4
6,7	Andre driftskostnader	3,9	2,8	6,7
8	Finansposter	4,6	0,9	5,5
Årsresultat jf budsjett:		5,1	7,7	12,7

2.2 Prognose

Prognose årsresultat er lik budsjett, dvs. 0 mill kroner. Prognosen er uendret fra forrige periode. Vi mener at det er stor (> 50 %) sannsynlighet for at foretaket vil nå prognostisert resultat. Dette bygger på resultat hittil i år, periodisering av budsjettet generelt og spesielt periodisering av buffer på om lag 30 mill kroner.

2.2.1 Inntekter

Inntektene prognostiseres likt budsjett.

2.2.2 Varekostnader

Varekostnadene prognostiseres likt budsjett.

2.2.3 Lønnskostnader

Lønnskostnadene prognostiseres likt budsjett.

2.2.4 Andre driftskostnader

Andre driftskostnader prognostiseres likt budsjett.

2.2.5 Finansposter

Finanspostene prognostiseres likt budsjett.

Prognose endring - 2010		Endring tom forrige mnd	Endring denne mnd	Endring tom denne mnd
3	Inntekter	0	0	0
4	Varekostnader	0	0	0
5	Lønnskostnader	0	0	0
6,7	Andre driftskostnader	0	0	0
8	Finansposter	0	0	0
Årsprognose jf budsjett		0	0	0

2.3 Omstilling

I forbindelse med utarbeiding av budsjett og driftsplaner for 2010 har foretakets klinikker beskrevet omstillingstiltak tilsvarende 58,4 mill kroner. Tiltak tilsvarende 25,3 mill kroner er gjennomført t.o.m. juli. Prognose for økonomisk effekt av gjennomførte budsjetterte tiltak i 2010 er 51,4 mill kroner.

2.4 Likviditet

Foretakets likviditet er noe bedre enn budsjettet og prognostiseres også å bli omtrent som eller bedre enn budsjettet ved årets utgang.

2.5 Investeringer (rapporteres tertialvis)

Foretakets investeringsbudsjett for 2010:

Økt egenkapitalinnskudd KLP	5,0 mill kr
Psykiatriprosjekt, Namsos	50,0 mill kr
Div. invest. HMS, enøk, vedl.h.invest.	7,0 mill kr
Medisinsk-teknisk og teknisk utstyr	18,0 mill kr
<u>Sum investeringer i 2010</u>	<u>80,0 mill kr</u>

Det er så langt ingen store avvik i forhold til framdrift og kostnad for vedtatte investeringsprosjekt. HNT er nettopp tildelt en ramme til MTU på 18,0 mill kroner. Det forventes at årlig ramme for leasing på 10 mill kroner blir videreført. Det utarbeides nå klinikkvisse planer for anskaffelser innen fastsatte rammer.

2.6 Raskere tilbake

Det er så langt i år godt samsvar mellom tildelte rammer og utført aktivitet. I juli har det ikke vært aktivitet på dette området.

2.7 Tiltak for arbeid

Det aller meste av midler til "Tiltak for arbeid" ble oppbrukt i fjor. Om lag 700.000 kroner til ferdigstilling av ny rundkjøring med tilhørende uteareal ved Sykehuset Namsos gjenstår og vil bli gjennomført sommeren 2010.

3 HR

3.1 Bemanning/innleie

	Samme periode forrige år	Forrige periode	Denne periode	Endring samme periode forrige år	Endring siste periode	Budsjett denne periode	Avvik ift budsjett
Bemanning – 2010							
<i>Fast lønn</i>	2 312,8	2 182,3	2 294,6	-18,2	112,3	2 305,0	-10,4
<i>Variabel lønn</i>	55,0	81,7	55,7	0,7	-26,0	54,8	0,9
<i>Sum innleie helsepersonell (i 1.000 kr)</i>	902,0	1 305,0	1 026,0	124,0	-279,0	1 383,0	357,0
• <i>Innleie leger</i>							
• <i>Innleie sykepleiere</i>							
• <i>Innleie annet helsepersonell</i>							
<i>Psykiatri</i>	484,3	481,2	500,9	16,6	19,7	495,8	5,1
<i>Øvrig virksomhet</i>	1 883,5	1 782,8	1 849,4	-34,1	66,6	1 864,0	-14,6
Samlet for foretaket:	2 367,8	2 264,0	2 350,3	-17,5	86,3	2 359,8	-9,5

Tallene i tabellen ovenfor er basert på budsjett og lønnskube for juli. Tabellen viser at brutto månedsverk i juli er 10 månedsverk lavere enn budsjett; 11 færre faste månedsverk og 1 mere variable månedsverk enn budsjettet.

Det var i juli 5 flere månedsverk i psykiatrien og 15 færre i somatikken enn budsjettet. Avviket i psykiatrien skyldes at flere nytilsatte medarbeidere tiltrer senere enn planlagt.

3.2 Sykefravær

Sykefravær snitt (%) – 2010	Samme periode forrige år	Forrige periode	Denne periode	Endring samme periode forrige år	Endring siste periode	Mål denne periode	Avvik ift mål
HNT HF	7,5	8,2	7,3	-0,2	-0,9	8,2	-0,9
Samlet for foretaket:	7,5	8,2	7,3	-0,2	-0,9	8,2	-0,9

Sykefraværet for HNT var i juli 7,3 %. Det er en nedgang i forhold til forrige måned, og også en liten nedgang i forhold til samme måned i fjor. Sykefraværet har hittil i år vært 8,1 % mot 8,0 % for samme periode i fjor. Det arbeides kontinuerlig med tiltak for å redusere sykefraværet.

4 Generell vurdering

Etter 7 måneders drift har vi fått et godt bilde av årets drift og økonomi sammenholdt med vedtatte planer og budsjett. Aktiviteten i januar, februar og mai viste betydelig svikt i forhold til planlagt (periodisert) DRG-aktivitet, mens aktiviteten i mars, april, juni og juli var i overkant av planene. Med en relativt hard periodisering av aktiviteten til årets første måneder forventes det så langt at årets planlagte aktivitet skal nås. Det arbeides med tiltak for at det skal skje.

Foretaket har framvist gode økonomiske resultat hver måned hittil i år. Planlagte effektiviseringstiltak rapporteres også å være i god rute i forhold til vedtatte planer. Foretaket prognostiserer derfor et økonomisk resultat i samsvar med budsjett, men noe ujevn aktivitet hittil i år og budsjettavvik på enkelte kostnadsarter viser at det blir nødvendig med tett oppfølging og stram økonomistyring av driften.

Levanger, 13.08.10

Arne Flaatt
adm. dir.
sign.

Helse Midt-Norge RHF

Postboks 464
7501 Stjørdal

Vår ref:
2006/679 - 17933/2010

Deres ref:

Arkiv:
152

Dato:
02.08.2010

DPS Stjørdal 2009/2010 - oppsigelse av avtale mellom St. Olavs hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF

Viser til brev av 24.06.10, angående bruken av DPS Stjørdal. Helse Midt-Norge viser til styresak 14/10, behandlet av styret ved St. Olavs Hospital HF vedrørende oppsigelse av avtalen mellom St. Olavs Hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF. Helse Nord-Trøndelag bes legge fram data for utvikling av liggedøgn og beleggsprosent, samt antall ventende og ventetid i tillegg til andre forhold som kan belyse saken.

Dimensjonering og finansiering

Dimensjoneringen av DPS Stjørdal ble gjort med tanke på at det skulle dekke behovet for DPS- plasser for søndre del av Nord-Trøndelag og kommunene Selbu, Tydal og halve Malvik i Sør Trøndelag (Værnes regionen). Sentralt i DPS-tanken var nærhet til tjenestene, og derfor krysser opptaksområdet fylkesgrensene i Trøndelag. I forarbeidene til byggingen av DPS Stjørdal ble det beregnet at Sør-Trøndelag hadde behov for 6-8 sengeplasser. DPS Stjørdal ble derfor besluttet bygd større enn det Nord-Trøndelag hadde bruk for. Bygningen ble utformet med tanke på at det skulle være 20 sengeplasser i 2 fløyer i 1.etg. Dette for at en kunne differensiere tilbudet i 2 forskjellige enheter. I 2. etg., over den ene sengefløyen, har Regionalt Kompetansesenter for Spiseforstyrrelser, RKSF, 8 sengeplasser.

Da DPS Stjørdal skulle gi tjenester på tvers av fylkesgrensene og 2 opptaksområder, måtte en finne en hensiktsmessig finansiering og oppgjørsordning (se brev av 01.02.2006 ref. 2006/108-472/2006). En så for seg ulike alternativ for en slik oppgjørsmodell:

1. *Omfordeling av basisbevilgning i Helse Midt-Norge*
2. *Finansiering etter forbruk/avtale*
 - a. *Løpende pasientoppgjør*
 - b. *Abonnement/kontrakt over lengre tid på et gitt antall plasser*
 - c. *Etterskuddsvis korrigering basisbasert på faktisk pasientstrøm*

Helse Midt Norge besluttet å gå for en avtale om oppgjør basert på årlig forbruk av 6 plasser (modell 2.b.).

Besøksadresser Psykiatrisk klinikk

Sykehuset Levanger
Kirkegata 1
7600 LEVANGER

DPS Stjørdal
Remyrveien 37
7500 STJØRDAL

Høvdinggården
Høvdingvegen 10
7725 STEINKJER

Sykehuset Namsos
Overhallsveien
7800 NAMSOS

DPS Kolvereid
Halsanvn
7970 KOLVEREID

Avtalen mellom Helse Nord-Trøndelag HF og St.Olavs Hospital HF

Det økonomiske oppgjøret for bruk av plasser ved DPS Stjørdal er regulert i avtalen mellom Helse Nord-Trøndelag HF og St.Olavs Hospital HF om behandling av pasienter ved DPS Stjørdal datert 12.03.07, gjeldende fra 01.02.06 (se arkivsak 06/1099-9 arkivkode 121 løpenr: 5756/07).

Det medfører riktighet at St. Olav Hospital har sendt oppsigelse av avtalen med DPS Stjørdal til Helse Nord-Trøndelag 01.07.09 og det har vært avholdt møte mellom St. Olav og Helse Nord-Trøndelag i september 2009. Her la St. Olav fram sine synspunkt (jfr Styresak 14/10) og ba om å få redusert antall plasser fra 6 til 4. Helse Nord-Trøndelag viste til intensjonen ved dimensjonering, lokalisering og bygging av DPS Stjørdal, samt oppgjørsordningen som er en ordning for oppgjøret mellom 2 foretak som gir tjenester til delvis samme befolkning. Det vises tilslutt til avtalens punkt 7.og RHFet ved Daniel Haga som ble bedt om å ta saken videre.

Det ble ikke gitt noen skriftlig konklusjon før vi nå mottar brevet fra RHFet vedrørende St. Olavs styresak.

Utvikling av liggedøgn og belegg innen døgnbehandling

Vi vil først vise en oversikt over bruken av sengeplasser på DPS Stjørdal siden 2008:

DPS Stjørdal - allmennpsykiatrisk

2008	Gj.sn.liggetid	Utnytt. senger
Januar	24,5	76,5
Februar	18,9	77,4
Mars	26,4	82,7
April	34,2	76,2
Mai	14,9	76,0
Juni	22,9	72,5
Juli	21,3	59,2
August	15,4	75,9
September	43,0	74,7
Oktober	25,8	85,6
November	18,6	87,7
Desember	20,7	79,8
Total		
Hittil i år	24,2	79,3
2009	Gj.sn.liggetid	Utnytt. senger
Januar	14,8	90,2
Februar	27,5	85,2
Mars	33,5	90,5
April	36,3	78,0
Mai	44,4	79,8
Juni	18,7	73,0
Juli	29,8	92,3
August	23,8	69,6
September	20,8	81,2
Oktober	49,7	70,2
November	18,3	70,3
Desember	21,8	57,3
Total		
Hittil i år	28,5	77,9

St.Olav`s bruk av sine plasser

68,3 %
63,8 %
98,4 %
82,2 %
85,5 %
90,4 %
184,9 %
74,8 %
68,3 %
95,7 %
129,4 %
79,0 %

2008 **89,9 %**

96,2 %
64,3 %
100,5 %
69,4 %
71,0 %
82,0 %
102,2 %
84,6 %
29,4 %
20,4 %
28,3 %
4,3 %

2009 **60,2 %**

2010	Gj.sn.liggetid	Utnytt. senger	
Januar	12,3	76,8	14,0 %
Februar	22,9	74,1	52,4 %
Mars	24,5	82,1	46,2 %
April	21,7	66,2	32,2 %
Mai	21,9	82,1	29,6 %
Juni	20,0	69,6	40,7 %
Total			
Hittil i år	20,8	75,3	2010

Tabellen viser en markant nedgang i belegg i St. Olav sine senger fra september 2009. Dette er sammenfallende med tidspunktet St. Olav signaliserte at de ønsket å redusere antall sengeplasser, september 2009. Det kan jo være flere årsaker til det. St. Olav kan ha fått bedre kapasitet og har adekvat sengetilbud til alle sørtrøndere som har behov for innleggelse eller det kan være en styrt og villet mindre bruk av sengene.

Uavhengig av om St. Olavs Hospital bruker de avtalte plassene ved DPS Stjørdal eller ikke, så må HNT bære kostnadene knyttet til forvaltning, drift og vedlikehold av bygget. DPS Stjørdal har en bemanning i henhold til 20 plasser totalt. Bygningens utforming med 2 sengefløyer med 10 sengeplasser i hver, gjør at det driftsmessig vil være lite å hente ved å redusere sengekapasiteten fra 20 til 14 senger. Dersom antall plasser skal reduseres må Helse Nord-Trøndelag HF få den tid til omstilling som er nødvendig i slike prosesser.

Kapasiteten ved DPS Stjørdal er god. Det har ikke vært overbelegg ved sengeposten. Det er ikke ventetid for innleggelser til ø-hjelp. For elektive innleggelser er ventetiden 1-3 uker.

Henvisninger, antall ventende og ventetid og konsultasjoner i poliklinikk

I poliklinikken på DPS Stjørdal behandles alle henvisninger ukentlig av inntaksansvarlig og fordeles til de ulike pasientansvarlige behandlere. Prioriteringsveilederen følges her. Alle som har rett til nødvendig helsehjelp får timer iht denne og de som ikke har rett får samtlige time innen 6 måneder.

Statistikk fra 2008, 2009 (tall fra 2010 kan ettersendes) viser antall henvisninger fra Tydal, Selbu og Malvik pr 10.000 innbyggere sammenlignet med andre kommuner i Nord-Trøndelag. I Nord-Trøndelag varierer henvisningsfrekvens i % av innbyggere over 16 år fra ca. 0.7- 3.0, med noen variasjoner. De minste fjellkommunene som Snåsa, Lierne og Røyrvik, hvor det er lang vei til behandlingssted, ligger på 1.0 og i underkant. Ellers varierer det noe og med høyest tall i kommunene nær sykehus og DPS. Kommunen i Sør-Trøndelag skiller seg ikke ut i så tilfelle. Når en tenker på at HNT har ansvaret for halve befolkningen i Malvik, så tilsvarer det ca 2.0 % av befolkningen over 16 år. Se vedlegg.

Antall ventende og ventetid i poliklinikk

Vedlagt er tabell som viser gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter, antall ventende og andel nyhenviste med rett til nødvendig helsehjelp. Dette gjelder både Sykehuset Levanger og DPS Stjørdal. Tall for kun DPS Stjørdal må evt ettersendes. Tabellen viser at avviklede pasienter har i gjennomsnitt ventet mellom 60 og 70 dager i 2009 og 2010. I overkant av 200 pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp venter på behandling. Tabellen viser også at en stor andel pasienter får "rett til nødvendig helsehjelp" i Nord-Trøndelag og det er en problemstilling vi kan ta fatt i. Se vedlegg.

DPS Stjørdal

DPS Stjørdal har etter oppstart i 2006 hatt en rivende utvikling. Sengeposten er differensiert i en gruppe for akutt/allmenn og en gruppe for psykose/rehabilitering. Det er et stabilt og velkvalifisert miljøpersonale. Poliklinikken har siden oppstart vært den mest effektive poliklinikk i HNT psykiatrisk klinikk. Den har mange henvisninger og konsultasjoner, men kort ventetid og flest antall pasienter pr behandlingsårsverk. Klinikken har siden 2006 hatt et stort fokus på å bygge ny kompetanse. Vi har pr i dag 5 overleger, 1 LIS lege og 7 psykologer tilknyttet DPS Stjørdal. Flere av psykologene er snart ferdige spesialister.

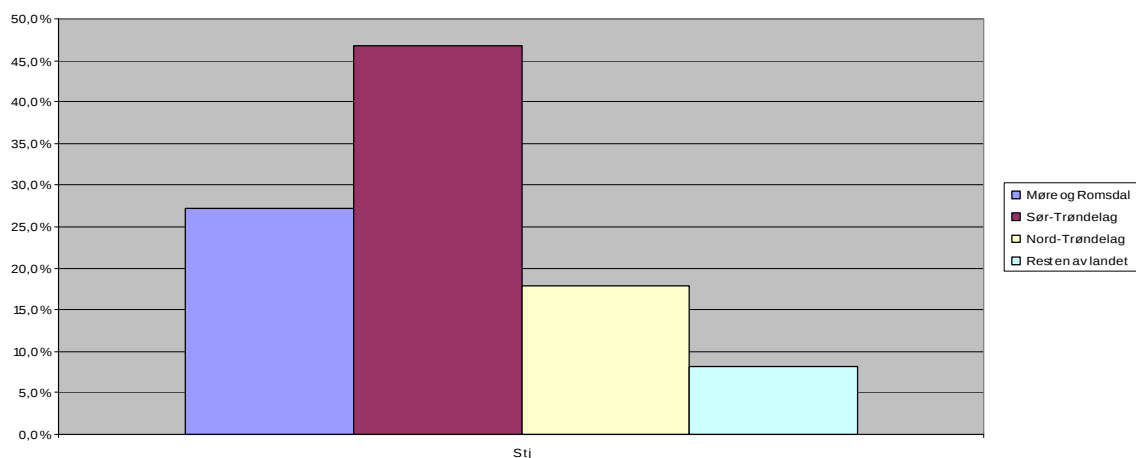
Avdeling DPS Stjørdal er ISO sertifisert som psykiatrisk klinikk. Ved Helsetilsynets landsomfattende tilsyn med distriktpsikiatriske sentre i 2008 og 2009, fikk DPS Stjørdal ingen avvik. DPS Stjørdal har hatt flere samarbeidsprosjekt og et konstruktivt samarbeid med Mental Helse.

Fastlegene i Malvik, Tydal og Selbu har faste samarbeidsmøter med fast overlege og psykolog fra DPS Stjørdal månedlig. Tilbakemeldingene fra fastlegene i Selbu, Tydal og Malvik er at de er svært godt fornøyd med tilbudet de får ved DPS Stjørdal, både i poliklinikken og i sengeposten.

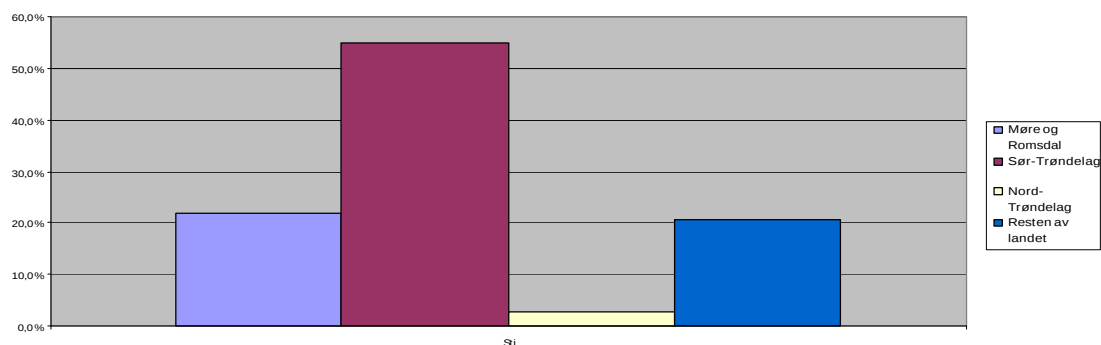
Regionalt Kompetansesenter for Spiseforstyrrelser (RKSF)

Bygningsmassen ved DPS Stjørdal huser også Regionalt Kompetansesenter for Spiseforstyrrelser (RKSF) med både poliklinikk og sengepost (8 sengeplasser). Viser til bruken av RKSF som behandler mange pasienter henvist fra Sør-Trøndelag.

Fordeling av liggedøgn ved RKSF i 2008



Fordeling av liggedøgn ved RKSF i 2009



I 2008 var 46,7 % av liggedøgnene ved RKSF belagt med sørtrøndere, mens det i 2009 var økt til 54,9 %. Dette viser at Sør-Trøndelag benytter i overkant av "sine plasser" spesielt i forhold til Nord-Trøndelag. Slik dette tilbudet er organisert i dag betaler St. Olav ingen ting for disse sengene.

Helse Nord-Trøndelag har budsjetterte utgifter for RKSF med 28 855 000,- for 2010. HNT har budsjetterte inntekter med 10 000 000,- (herav gjestepasientinntekter med 8 500 000,-), slik at totalbudsjettet er 18 855 000,-.

For RKSF mottar HNT et øremerket tilskudd fra RHF på ca 5.4 millioner for 2010. Helse Nord-Trøndelag står derfor for mesteparten av det økonomiske ansvar for det regionale tilbudet og må prioritere mellom dette tilbudet og andre lokalsykehusfunksjoner.

RKSF er også lokalisert i DPS Stjørdal, og betraktningene over må også veie tungt når en ser på forholdet mellom St. Olav og Helse Nord-Trøndelag når det gjelder psykiatri.

Uenighet om avtalens intensjon

St. Olav ser på avtalen som et resultat av behov for tilleggskapasitet og kjøp av sengeplasser. Dette behovet har i dag endret seg og bruken av døgnplasser ved DPS Stjørdal er "ineffektivt bruk av økonomiske ressurser".

Helse Nord-Trøndelag ser på avtalen som en oppgjørsordning mellom 2 helseforetak som gir tjenester til delvis samme befolkning og for å kunne drifte DPS Stjørdal. Hadde dette blitt gjort ved en flytting av basisbevilgning ville vi ikke hatt denne diskusjonen.

Vi ser også utfordringen med å ha delt DPS og sykehus tilbud til samme befolkning mellom to foretak. Vi forstår også argumentasjonen i styresaken ut i fra St. Olavs perspektiv; likt antall DPS senger og lik kostnad til hele befolkningen. Sammenligningen av priser kommer i disfavør DPS Stjørdal pga at det er lagt overheadkostnader for HNT i prisen.

Det tas i styresaken utgangspunkt i senger og poliklinikktilbudet blir lite fokusert. Det koster også å drive en effektiv og kvalitativ god poliklinikk. Hvis avtalen omgjøres vil intensjonen med DPS Stjørdal for Værnes regionen falle bort. Hele befolkningen i Selbu, Tydal og Malvik vil bli berørt. Fastlegene må henvise til St. Olav i stedet for DPS Stjørdal. Det gode samarbeidet som er utviklet siden 2006 må avsluttes.

Fritt sykehusvalg

Vi vil også minne om pasientens rett til fritt sykehusvalg, jfr. Pasientrettighetslovens § 2-4. Hele hensikten med oppbygging av DPS er at pasientene skal få hjelp så nære sitt bosted som mulig. Det vil derfor være i tråd med internasjonale og nasjonale retningslinjer at pasienter som naturlig sokner til DPS Stjørdal' opptaksområde velger seg dit, og man må anta at også andre pasienter benytter sin pasientrettighet til å velge. Vi antar RHF er kjent med at det innenfor psykiatri ikke er noen pasientflukt fra HNT til St. Olav, men heller tvert imot. Det er intet som tilsier at dette skulle endre seg i nærmeste framtid. Etter vår mening tilsier også da rimelighetsbetraktninger at DPS Stjørdal må forventes å håndtere pasienter fra Sør-Trøndelag fylke – og DPS Stjørdal er forpliktet til å ta dem imot uavhengig av hvordan RHFet definerer opptaksgrensene.

Konklusjon

Det økonomiske oppgjøret for bruk av plasser ved DPS Stjørdal er regulert i avtalen mellom Helse Nord-Trøndelag HF og St.Olavs Hospital HF om behandling av pasienter ved DPS Stjørdal datert 12.03.07, gjeldende fra 01.02.06.

Styresaken ved St. Olavs Hospital HF berører to sider ved denne avtalen.

Det ene forholdet er oppsigelse av avtalen, og det andre forholdet er redusert betaling i inneværende år. Begge disse forhold er regulert i avtalen mellom partene. Avtalens substans kan ikke endres uten etter vedtak i styret for HMN. Så har ikke skjedd.

Den avtalte økonomiske kompensasjonen kan endres etter drøftinger mellom partene, og med koordinering fra HMN, dersom;

- 1. den grunnleggende finansieringsmodellen for psykiatrien i regionen endres til å omfatte det forholdet denne avtalen regulerer, eller*
- 2. dokumenterte driftskostnader ved DPS-et viser vesentlige endringer, eller*
- 3. belegget av sørtrøndere øker vesentlig, dvs 1 døgnplass eller mer ut over det omfang/sengetall som er lagt til grunn i avtalen.*

Ingen av disse punktene jfr avtalen er oppfylt, og styrevedtaket ved St.Olavs Hospital HF oppfattes således i strid med gjeldende avtale.

Helse Nord-Trøndelag ser fram til at debatten rundt avtalen med St. Olavs Hospital kan avsluttes. St. Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag har nær og delvis overlappende geografi. Vi har mye og hente på å kunne få til et tettere samarbeid rundt flere pasientgrupper på tvers av fylkesgrensene og ser fram til å starte den prosessen.

Med hilsen

Arne Flaot
Administrerende direktør
Helse Nord-Trøndelag HF

Saksbehandler: Hilde Ranheim, klinikkleder Psykiatrisk klinikk

Vedlegg

Tabell som viser antall henvisninger pr kommune i 2008 og 2009.

Tabell med gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter, antall ventende og antall nyhenviste med rett til nødvendig helsehjelp for Sykehuset Levanger og DPS Stjørdal i 2009 og 2010.

Tabell som viser antall konsultasjoner ved DPS Stjørdal, spesifisert på kommuner for de sørtrønderske pasientene. Data fra 2008 - 2010.

Henvisninger kommuner 2008 – Sykehuset Levanger og Stjørdal

Kommuner	Ant. innb. over 16 år	Tot. Ant. Innb.	Jan	Feb	Mar	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept.	Okt.	Nov.	Des.	Totalt	% av innb. over 16 år
Snåsa	1779	2251	2	2	3	3	1	1	0	0	3	3	2	3	23	1,3
Steinkjer	16309	20471	41	37	34	35	38	33	30	30	27	44	40	40	429	2,6
Inderøy	4568	5819	8	5	7	7	2	10	4	4	7	4	3	7	68	1,5
Leksvik	2767	3496	5	4	4	6	5	3	3	3	2	4	9	5	53	1,9
Mosvik	712	893	0	1	1	0	4	2	0	0	0	0	1	0	9	1,3
Verdal	10800	13900	32	26	20	29	25	21	27	17	32	40	30	23	322	3,0
Levanger	14031	18080	45	20	23	41	26	25	24	25	43	43	23	23	361	2,6
Frosta	1927	2467	3	1	3	2	4	6	2	6	9	2	6	2	46	2,4
Stjørdal	15351	19892	38	24	39	31	44	46	20	23	51	53	26	31	426	2,8
Meråker	2035	2531	9	7	5	7	5	4	2	5	5	8	4	3	64	3,1
Tydal	707	874	0	1	1	1	0	0	0	0	0	2	0	0	5	0,7
Selbu	3174	3940	7	2	8	2	6	9	2	2	3	5	6	3	55	1,7
Malvik	9152	12213	4	13	13	14	7	8	9	5	14	11	7	6	111	1,2
Andre			20	16	14	12	14	23	14	19	29	29	27	24	241	
TOTALT			214	159	175	190	181	191	137	139	225	248	184	170	2213	

Henvisninger kommuner 2009 – Sykehuset Levanger og DPS Stjørdal

Kommuner	Ant. innb. over 16 år	Tot. Ant. Innb.	Jan	Feb	Mar	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept.	Okt.	Nov.	Des.	Totalt	% av innb. over 16 år
Snåsa	1779	2176	0	0	2	1	3	1	1	2	1	4	4	1	20	1,1
Steinkjer	16309	20672	27	37	38	27	25	31	15	25	35	32	38	37	367	2,3
Inderøy	4568	5836	5	4	7	8	3	7	6	3	6	7	9	5	70	1,5
Leksvik	2767	3484	2	2	6	7	7	3	4	2	6	2	1	2	44	1,6
Mosvik	712	893	0	1	1	2	1	1	2	0	1	1	2	0	12	1,7
Verdal	10800	14094	35	23	22	23	29	27	25	20	38	30	25	25	322	3,0
Levanger	14031	18355	34	37	37	28	35	30	26	31	37	33	26	29	383	2,7
Frosta	1927	2466	3	3	7	4	6	1	3	3	7	8	9	2	56	2,9
Stjørdal	15351	20616	37	46	48	33	34	33	29	18	52	39	37	50	456	3,0
Meråker	2035	2506	5	7	6	3	2	4	3	2	3	6	6	2	49	2,4
Tydal	707	874	0	0	2	0	0	1	0	0	0	1	0	2	6	0,8
Selbu	3174	3940	5	4	2	4	2	2	0	3	2	1	2	5	32	1,0
Malvik	9152	12213	6	9	12	8	9	10	6	2	5	5	9	7	88	1,0
Andre			26	19	17	17	21	18	12	24	18	28	18	24	242	
TOTALT			185	192	207	165	177	169	132	135	211	197	186	191	2147	

Besøksadresser Psykiatrisk klinikk

 Sykehuset Levanger
 Kirkegata 1
 7600 LEVANGER

 DPS Stjørdal
 Remyrveien 37
 7500 STJØRDAL

 Høvdinggården
 Høvdingvegen 10
 7725 STEINKJER

 Sykehuset Namsos
 Overhallsveien
 7800 NAMSOS

 DPS Kolvereid
 Halsanvn
 7970 KOLVEREID

Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter, antall ventende og andel nyhenviste med rett til nødvendig helsehjelp.

Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp	
Mai 2010	60
1. tertial 2010	57
3. tertial 2009	62
2. tertial 2009	73
1. tertial 2009	66

Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter med <u>og uten</u> rett til nødvendig helsehjelp	
Mai 2010	62
1. tertial 2010	58
3. tertial 2009	62
2. tertial 2009	73
1. tertial 2009	67

Antall ventede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp	
Mai 2010	192
1. tertial 2010	187
3. tertial 2009	202
2. tertial 2009	188
1. tertial 2009	232

Antall ventede pasienter med <u>og uten</u> rett til nødvendig helsehjelp	
Mai 2010	216
1. tertial 2010	214
3. tertial 2009	230
2. tertial 2009	193
1. tertial 2009	246

Andel nyhenviste med rett til nødvendig helsehjelp	
Mai 2010	90,8 %
1. tertial 2010	94,8 %
3. tertial 2009	96,5 %
2. tertial 2009	98,5 %
1. tertial 2009	94,8 %

Antall konsultasjoner pr kommune

Antall refusjonsberettigede polikliniske konsultasjoner (sum takster eksklusiv P15 og P16)	Jan-jun 2010	2009	2008
(Jfr definisjon Helse Midt-Norge RHF)	3229	5 865	5 627
- Herav Sør-Trøndelag	790	1 539	1 469
Sør-Trøndelag:			
- Malvik	385	806	902
- Selbu	233	390	328
- Tydal	46	59	14
- Trondheim	123	273	197
- Øvrige kommuner	3	11	28
	790	1 539	1 469
Antall ikke refusjonsberettigede konsultasjoner	Jan-jun 2010	2009	2008
(Jfr definisjon Helse Midt-Norge RHF)	918	946	711
- Herav Sør-Trøndelag	317	278	161
Sør-Trøndelag:			
- Malvik	146	152	135
- Selbu	84	77	20
- Tydal	1	2	1
- Trondheim	85	47	5
- Øvrige kommuner	0	0	0
	316	278	161
Totalt antall konsultasjoner	Jan-jun 2010	2009	2008
Total	4147	6811	6338
- Herav Sør-Trøndelag	1107	1817	1630
Sør-Trøndelag:			
- Malvik	531	958	1037
- Selbu	317	467	348
- Tydal	47	61	15
- Trondheim	208	320	202
- Øvrige kommuner	3	11	28
	1 106	1 817	1 630
Antall unike individer (antall pasienter med poliklinisk tilbud)	Jan-jun 2010	2009	2008
(Jfr definisjon Helse Midt-Norge RHF)	533	722	787
- Herav Sør-Trøndelag	138	174	230
Sør-Trøndelag:			
- Malvik	65	97	123
- Selbu	46	43	59
- Tydal	6	6	3
- Trondheim	20	27	39
- Øvrige kommuner	1	1	6
	138	174	230

SAKSFREMLEGG

Sak 14/10 Oppsigelse av avtale med Stjørdal DPS

Utvalg:	Styret ved St. Olavs Hospital HF
Saksbehandler:	Liv Sjøvold
Arkivsak:	09/3119-10
Arkiv:	121

Innstilling

1. Styret ved St. Olavs Hospital HF gir sin tilslutning til at avtalen mellom St. Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag om kjøp av plasser ved Stjørdal DPS sies opp.
2. Styret ved St. Olavs Hospital HF ber om at saken oversendes Helse Midt-Norge for godkjenning, jfr. avtalens punkt 7.

VEDLEGG

- Avtale mellom Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital om behandling av pasienter ved Stjørdal DPS
- RHF-styresak 50/2003 DPS-strukturen for Trondheim øst og Stjørdal
- RHF-styresak 51/2003 DPS Stjørdal – skisseprosjekt
- Brev datert 1.2.2006 fra Helse Midt-Norge med forslag til økonomisk oppgjør mellom Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital
- Drøftingsprotokoll

BAKGRUNN

I 2003 ble Stjørdal DPS vedtatt bygget som et ledd i Opptrappingsplanen for Psykisk Helsevern i Nord-Trøndelag. I tillegg til de aktuelle kommunene i Nord-Trøndelag ble det besluttet at Stjørdal DPS skulle yte DPS- tjenester til kommunene Selbu, Tydal og den østre delen av Malvik, en befolkning på om lag 8000 innbyggere over 18 år. I St. Olavs Hospital, Psykisk Helsevern var nye DPS- er på det tidspunktet under etablering, med et dimensjoneringsgrunnlag på 0,64 døgnplass pr.1000 innbyggere. Dette var anbefalt normtall. Sør-Trøndelags behov for døgnplasser var i henhold til dette 5 plasser.

Styret for Helse Midt-Norge godkjente DPS-strukturen for Stjørdal DPS i 2003 (sak 50/2003) og fattet senere vedtak om bygging (sak 51/2003). Stjørdal DPS ble åpnet i februar 2006 med i alt 20 plasser, derav 12 døgnplasser for Nord-Trøndelag og 6 døgnplasser for Sør-Trøndelag og 2 døgnplasser som bufferkapasitet for mulig økt belegg av sørtrøndere. Avtalen mellom St. Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag om kjøp av plasser til en pris av 10,6 mkr /år ble gjort gjeldende fra 01.02.2006 og finansiert ved bruk av opptrappingsmidler.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

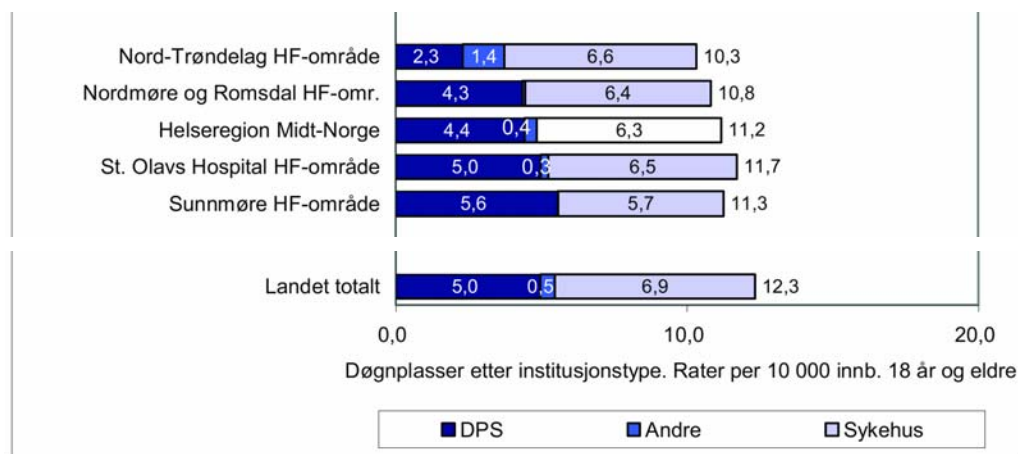
I opptrappingen av Psykisk Helsevern var tilgjengelighet og likeverd styrende prinsipper. Tjenestene ble dimensjonert i henhold til befolkningsgrunnlag i opptaksområdene. St. Olavs Hospital har gjennomført omstillinger etter at DPS-ene ble tatt i bruk. En sykehusavdeling (Haukåsen) er avviklet og funksjonene slått sammen med Østmarka. Tallet på døgnplasser i sykehus og to av DPS- ene er redusert. Ambulante funksjoner er etablert. Polikliniske konsultasjoner for voksne er firedoblet i opptrappingsperioden. Til tross for lavere døgnkapasitet og betydelig økt henvisningsmengde, behandles i dag langt flere pasienter enn tidligere.

I Sør-Trøndelag har endring i bruk av døgnplasser i Psykisk Helsevern fulgt den samme utvikling som resten av landet og ligger ca. på landsgjennomsnittet. Nord- Trøndelag har et lavt forbruk av døgnplasser. Stjørdal DPS har en betydelig høyere døgnplassdekning for sørtrøndere enn for nordtrøndere og betydelig høyere enn Nidaros DPS og Tiller DPS .

Tabellen nedenfor viser døgnkapasiteten ved DPS i St. Olavs Hospital pr. 1.1.10.

Fordeling DPS - døgnplasser (pr. 1.1.2010)	Antall senger	Senger pr 1.000 innb	Andel senger i PH	Befolknings- grunnlag
Nidaros DPS	51	0,53	41,5 %	96 135
Orkdal DPS	30	0,64	24,4 %	46 830
Tiller DPS	36	0,49	29,3 %	73 706
Stjørdal DPS	6	0,71	4,9 %	8 410
Samlet DPS St. Olav	123	0,55	100,0 %	225 081

Samdatarapport 2008 viser variasjonene i døgnplasser per 10.000 innb i Helse Midt-Norge sammenlignet med landsgjennomsnittet:



Datakilde: SSB og NPR

Figur 6.12 Døgnplasser etter institusjonstype. Rater per 10 000 innbyggere 18 år og eldre. Det psykiske helsevernet for voksne. Etter helseforetaksområde. 2008

PH mottar månedlig oversikt fra Helse Nord-Trøndelag om bruken av sengene på Stjørdal DPS. Følgende oversikt viser utviklingen fra oktober 2007 til og med mars 2010:

St.Olavs bruk av senger på DPS Stjørdal						
	Disponible senger	Dager	Mulige liggedøgn	Reelle liggedøgn	Beleggsprosent	Kommentar
okt.07	6	31	186	44	23,7 %	
nov.07	6	30	180	69	38,3 %	
des.07	6	31	186	148	79,6 %	
jan.08	6	31	186	127	68,3 %	
feb.08	6	29	174	111	63,8 %	
mar.08	6	31	186	183	98,4 %	
apr.08	6	30	180	148	82,2 %	
mai.08	6	31	186	159	85,5 %	
jun.08	6	30	156	141	90,4 %	Ferie fom 22.06.08 (3 senger)
jul.08	3	31	93	172	184,9 %	Ferie
aug.08	6	31	135	101	74,8 %	Ferie tom 17.08.08 (3 senger)
sep.08	6	30	180	123	68,3 %	
okt.08	6	31	186	178	95,7 %	
nov.08	6	30	180	233	129,4 %	
des.08	6	31	186	147	79,0 %	
Totalt 2008			2028	1823	89,9 %	
jan.09	6	31	186	179	96,2 %	
feb.09	6	28	168	108	64,3 %	
mar.09	6	31	186	187	100,5 %	
apr.09	6	30	180	125	69,4 %	
mai.09	6	31	186	132	71,0 %	
jun.09	5	30	150	123	82,0 %	Ferie fom 22.06.09 (3 senger)
jul.09	3	31	93	95	102,2 %	Ferie (3 senger)
aug.09	4,5	31	139,5	118	84,6 %	Ferie tom 16.08.09 (3 senger)
sep.09	6	30	180	53	29,4 %	
okt.09	6	31	186	38	20,4 %	
nov.09	6	30	180	51	28,3 %	
des.09	6	31	186	8	4,3 %	
Totalt 2009			2 020,5	1 217	60,2 %	
jan.10	6	31	186	26	14,0 %	
feb.10	6	28	168	88	52,4 %	
mar.10	6	31	186	86	46,2 %	
Totalt 2010			540	200	37,0 %	

Oversikten viser at PH's faktiske bruk av døgnplasser ved Stjørdal DPS har gått ned. Beleggsprosenten varierer mye og det gjennomsnittlige belegget i 2009 var rundt 60 %. I 2010 er tendensen med redusert utnyttelse ytterligere forsterket. Psykisk Helsevern vil i årene som kommer møte utfordringer med å tilpasse sine tjenester til en raskt økende befolkning i Trondheim kommune.

Tabellen nedenfor viser befolkningsutvikling Sør- Trøndelag 2000 – 2010

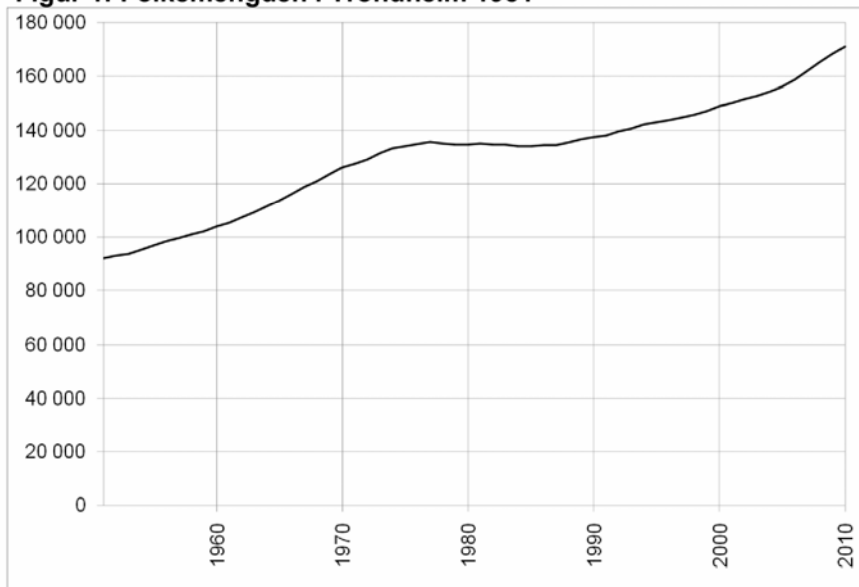
Kilde: SSB

Kommuner	2000 Personer	2003 Personer	2006 Personer	2008 Personer	2010 Personer
1601 Trondheim	148859	152699	158613	165191	170936
1663 Malvik	11132	11735	12213	12388	12550
1664 Selbu	3926	3973	3940	4006	4004
1665 Tydal	949	907	874	856	859
Sør-Trøndelag (alle aldre)	262852	268188	275403	282993	290547
Sør-Trøndelag (0-17år)	62139	63713	64727	65078	65466
Sør-Trøndelag (18+)	200713	204475	210676	217915	225081

Trondheim kommune har siden 2000 hatt en befolkningsvekst på vel 22.000 personer over 18 år. Prognosen viser at veksten vil fortsette. Denne utviklingen understreker at

tilgjengelige ressurser må disponeres på en måte som understøtter en likeverdig fordeling mellom opptaksområdene:

Figur 1: Folkemengden i Trondheim 1951-



Folkemengden i Trondheim har økt hvert år siden 1984. Aldri før har folketallstilveksten vært større enn de siste 4 årene.

Med bakgrunn i foranstående utviklingstrekk, tok divisjonssjefen høsten 2008 initiativ til at avtalen mellom Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital NT skulle sies opp og reforhandles med henblikk på et redusert antall døgnplasser. Oppsigelsen ble sendt innen angitt tidsfrist og er bekreftet mottatt av Helse Nord-Trøndelag. Behovet ble vurdert til å være 4 plasser. I ettertid har situasjonen blitt endret, bla med utbygging av ambulante tjenester. Den faktiske bruken av døgnplasser ved Stjørdal DPS har gått ytterligere ned, og Psykisk Helsevern ser ikke lenger behov for å benytte døgnplasser ved Stjørdal DPS som tilleggskapasitet for eget fylkes pasienter.

Det er viktig for Psykisk Helsevern å foreta nødvendige tilpasninger i driften for å kunne gi et likeverdig tjenestetilbud til befolkningen i Sør-Trøndelag. Dette er ikke mulig uten at avtalen sies opp. Psykisk Helsevern har til nå ikke lyktes med å realisere oppsigelsen. I avtaleteksten kan det se ut som om St. Olavs Hospital ikke framstår som en likeverdig partner, noe som fører til at St Olavs Hospital ikke har de vanlige driftsrelaterte virkemidler for å tilpasse god effektiv drift.

DRØFTING

Effektiv ressursutnyttelse og likeverdighet i tilbud er styrende for Psykisk Helseverns arbeid med utvikling og omstilling. Det er viktig og nødvendig å styre ressurser mot områder der behovet er stort og som har lav dekning. På samme måte som Psykisk Helsevern kan omfordele ressurser internt, eksempelvis nedleggingen av avdeling Haukåsen, bør det være anledning til å revurdere bruken av døgnplasser som kjøpes fra et annet helseforetak. Erfaring viser dessuten at forbruket av døgnplasser er høyere i Trondheim by enn i mindre

kommuner. Dette gjelder alle mindre kommuner i Sør – Trøndelag og er i tråd med utviklingstrekk i resten av landet.

Det pågår et arbeid for å utvide PART- funksjonen (psykiatrisk ambulant rehabiliteringsteam) til Malvik kommune. PARTs oppgave er å sikre kontinuitet og forsterke tjenestene i perioder med lavere funksjonsnivå. Målet er å hindre psykotiske tilbakefall som ofte fører til langvarig hospitalisering hvis de ikke blir oppdaget og avhjulpet på et tidlig tidspunkt. Det er gjennomført møter med Malvik kommune og avtaleutkastet er utformet. Malvik kommune ønsker at tilbudet skal gjelde hele opptaksområdet. Det er fritt sykehusvalg, og Stjørdal DPS har ikke utviklet et lignende tilbud. Det er sannsynlig at denne tjenesten vil kunne bidra til å redusere etterspørselen etter døgnplasser ved Stjørdal DPS ytterligere. Det er søkt Helsedirektoratet om samhandlingsmidler til dette tiltaket.

Polikliniske tjenester gis i stort omfang og bidrar til å redusere behovet for døgnplasser. Den totale kapasiteten er forbedret i opptrappingsperioden og det er behov for justeringer som et resultat av det.

Den markerte nedgangen i bruken av døgnplasser ved Stjørdal DPS i 2010 er årsaken til at Psykisk Helsevern mener det er riktig å avvikle ordningen med kjøp av døgnplasser.

RISIKOVURDERING

Beleggsversikten viser at det ikke er full utnyttelse av de plassene det betales for. På grunnlag av beleggsstatistikken kan en derfor ikke se at oppsigelse av avtalen med Nord-Trøndelag innebærer risiko for underdekning av døgnplasser i Psykisk Helsevern i Sør-Trøndelag.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

I 2009 har St. Olavs Hospital betalt 11,773 mill kr til HNT for de 6 avtalefestede plassene. St. Olavs Hospital tok i budsjettarbeidet for 2010 konsekvensen av at avtalen er oppsagt og budsjetterte med 8,021 mill kr for 4 plasser. Dette var i samsvar med den intensjonen som ble formidlet til Helse Nord-Trøndelag. Finansieringen av avtalen med Stjørdal DPS ble gjort med opptrappingsmidler. En har forutsatt at frigjorte midler kanaliseres til pasientrettet virksomhet i tråd med intensjonene for denne bevilgningen. I budsjettet for 2010 er derfor ambulant og polikliniske virksomhet ved Tiller DPS ble styrket.

Hittil i 2010 har Psykisk Helsevern mottatt fakturaer basert på et årsbeløp 12,138 mill kr. I brev av 6.5.10 er Helse Nord-Trøndelag informert om at en i påvente av behandling av denne saken i styret, har anvist til utbetaling kun 4/6 av månedsbeløpene.

Til orientering kan opplyses at – basert på forbrukte døgn – tilsvare enhetskostnaden for sør-trøndere ved Stjørdal DPS i 2008 og 2009 hhv kr 6.200 og kr 9.000 pr døgn. Kostnaden for bruk av plassene hittil i 2010 tilsvare en døgnpris på i overkant av kr. 10.000. Til sammenlikning er gjestepasientprisene St. Olavs Hospital benytter for opphold i DPS kr. 3.500/døgn og for spesialpostene i sykehus kr. 7.000.

KONKLUSJON

Behovet for kjøp av tilleggskapasitet ved Stjørdal DPS har endret seg. Den strukturelle utviklingen av pasientbehandlingen tilsier - i tråd med statlige føringer - at ambulant og poliklinisk virksomhet skal være prioriterte satsningsområder, mer enn utbygging av døgnkapasitet.

Det er gjort vurderinger av kapasitetsbehovet og fordeling av ressursene, basert på tilgjengelighet og likeverd.

Bruken av døgnplasser for sørtrøndere ved Stjørdal DPS er ineffektiv bruk av økonomiske ressurser.

Det konstanteres at avtalen om kjøp av senger ved Stjørdal DPS er sagt opp pr 1.1.2010 innenfor avtaletekstens oppsigelsesfrister.

Frigjorte økonomiske midler (opptrappingsmidler) utover det som er lagt inn i budsjettet for 2010, omdisponeres til pasientrettet aktivitet som understøtter en effektiv ressursutnyttelse og likeverdighet i tilbud.

AVTALE
mellom
Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF
om
behandling av pasienter ved DPS Stjørdal

Arkivkode: 121

Objektkode:

1. Avtaleparter

Selger av helsetjenester: Helse Nord-Trøndelag HF (HNT)

Kjøper av helsetjenester: St. Olavs Hospital HF (St.O.)

2. Avtalegrunnlag

Styret for Helse Midt-Norge RHF (HMN) vedtok høsten 2003 DPS-struktur for området mellom Trondheim øst og Stjørdal. Vedtaket innebar at det skulle bygges nytt DPS på Stjørdal for befolkningen i Selbu, Tydal og deler av Malvik, i tillegg til sørlige deler av Nord-Trøndelag. Av 20 sengeplasser skulle 6 senger avsettes for sør-trøndere og 12 for nord-trøndere. 2 senger skulle være en buffer for mulig økt belegg av sør-trøndere.

På dette grunnlag er DPS Stjørdal tatt i bruk fra 1. februar 2006. Det er ikke kompensert for salg av DPS-plasser fra HNT til St.O. i gjeldende finansieringsmodell for psykiatrien i regionen.

HMN har på dette grunnlag bidratt til å avklare forutsetningene for en avtale mellom partene for å regulere omfang og økonomi.

3. Avtaleinnhold og omfang

Innbyggerne i kommunene Selbu, Tydal og halve Malvik skal i utgangspunktet benytte DPS Stjørdal ved behov for DPS-tjenester. Det avsettes 6 senger for å dekke dette behovet i tillegg til nødvendige polikliniske ressurser.

4. Økonomisk kompensasjon

Basert på kostnader for drift av ordinære sengeplasser og poliklinikk ved DPS Stjørdal skal St.O. betale 10,6 mill kroner pr. år for de tjenester som stilles til disposisjon etter avtalens punkt 3. Kostnader til drift av regional enhet for spiseforstyrrelser holdes utenfor. Jf. punkt 7 om regulering.

5. Oppgjørsordning

Månedlig oppgjør etter faktura fra HNT.

6. Rapportering

Innen 30 dager etter utløpet av hvert halvår skal det sendes rapport til St.O. over siste periodes belegg av sør-trøndere ved DPS-et, med diagnoser og liggetid pr. pasient.

2/ 6₁

7. Varighet og regulering

Avtalen gjelder fra 01.02.06.

Avtalens substans, jf. punkt 2 og 3, kan ikke endres uten etter vedtak i styret for HMN.

Den avtalte økonomiske kompensasjon, jf. punkt 4 og 5, kan endres etter drøftinger mellom partene, og med koordinering fra HMN, dersom

1. den grunnleggende finansieringsmodellen for psykiatrien i regionen endres til å omfatte det forholdet denne avtalen regulerer, eller
2. dokumenterte driftskostnader ved DPS-et viser vesentlige endringer, eller
3. belegget av sør-trøndere øker vesentlig, dvs. 1 døgnplass eller mer ut over det omfang/sengetall som er lagt til grunn i punkt 3.

Eventuelle krav om endringer i økonomisk kompensasjon må være framsatt innen 1. oktober og være ferdigforhandlet og avtalt innen 1. desember for å gjelde for kommende år.

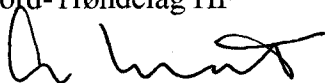
Hvis ikke annet avtales, justeres den økonomiske kompensasjonen hvert år (første gang for 2007) med siste 12-månedes endring i konsumprisindeksen.

8. Diverse

Avtalen utstedes i to eksemplarer, ett til hver av partene. HMN skal ha gjenpart av avtalen.

Levanger/Trondheim, 12.03.2007

Helse Nord-Trøndelag HF



St. Olavs Hospital HF



Arkivsak: 06/1099-1

Løpenr.: 4322/06

23 FEB. 2006

Saksbehandler:

Arkivkode: 121

Kopi:

St. Olavs Hospital HF
Olav Kyrres gt. 17
7006 Trondheim

Vår ref.
2006/108
-
472/2006

Deres ref.

Arkivkode

Saksbehandler

Mads Einar Berg, 74 83 99 02

Dato

01.02.2006

Stjørdal DPS - forslag til økonomisk oppgjør mellom Helse Nord- Trøndelag og St. Olavs Hospital

Vi viser til møte her på Stjørdal mandag 30.1. der Helse Midt- Norge ble bedt om å komme med forslag til en ordning for økonomisk oppgjør knyttet til drift av Stjørdal DPS.

Stjørdal DPS åpner i februar 2006. I henhold til vedtak om DPS struktur for Trondheim øst og Stjørdal er senteret bygd med henblikk på også å betjene de Sør- Trønderske kommunene Selbu, Tydal og deler av Malvik. Det er enighet om at 6 senger skal ivareta disse geografiske enheters behov.

I den nye finansieringsmodellen for Helse Midt- Norge RHF er foretakenes psykiatri delvis finansiert i forhold til behovskriterier(korrigert befolkningsnøkkel) i det enkelte foretaks opptaksområde og delvis i forhold til historisk kostnadsnivå. I tillegg finansieres tiltak i henhold til opptrappingsplanen etter særskilt fordeling. Dette betyr at St. Olav, som mottar finansiering for å ivareta sitt totalansvar for psykiatritjenester til befolkningen i sitt opptaksområde, som er Sør- Trøndelag, må yte en økonomisk kompensasjon til Helse Nord- Trøndelag som har ansvar for driften av Stjørdal DPS.

I utgangspunktet ser en for seg slike alternativer for oppgjørsmødeli:

1. Omfordeling av basisbevilgning i Helse Midt-Norges finansieringsmodell. Der en legger inn en omfordeling basert på en overføring av kommunenes befolkningsgrunnlag fra St. Olav til Helse Nord- Trøndelag
2. Finansiering etter forbruk/avtale
En kan her se for seg 3 alternativer:
 - a. Løpende gjestepasientoppgjør basert på omforent døgnpris
 - b. Abonnement/kontrakt over lengre tid på et gitt antall plasser
 - c. Etterskuddsvis korrigering i basis basert på faktisk pasientstrøm og gitt enhetspris.(Denne forutsetter et bedre datagrunnlag om pasientstrømmer enn det som er tilgjengelig i dag)

Den økonomiske oppgjørsmødelingen må støtte opp under en effektiv bruk av Stjørdal DPS og hindre spillsituasjoner som går ut over pasientbehandlingen.

Helse Midt Norge RHF ønsker i utgangspunktet en løsning som ikke rokker ved de grunnleggende prinsippene som er lagt i finansieringsmodellen. Dette betyr at en ikke ønsker å

gjøre en omfordeling på RHF- nivå. Samtidig ønsker vi å bidra til sikre finansiering av de driftsøkonomiske merkostnader som Helse Nord- Trøndelag har ansvaret for ved oppstart av Stjørdal DPS.

Vi har sett på ulike alternativ for en tilnærming når det gjelder økonomisk oppgjør. Utgangspunkt er helårlig bruk av 6 plasser:

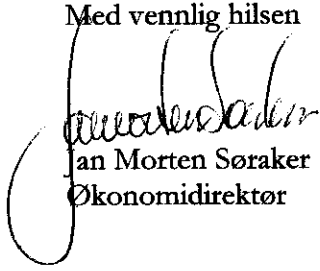
- Omfordeling i forhold til befolkning (med de forutsetninger som Helse Nord-trøndelag har gjort) : Om lag 9,3 Mkr.
- Døgnpris, prisen for DPS plass varierer i regionene fra kr. 4.100 til 5.513, med utgangspunkt kr. 5000 pr døgn (HNT sin døgnpris) Om lag 10,9 Mkr
- Refusjon reelle kostnader ut fra budsjett 2006 for Stjørdal DPS Om lag 10,6 Mkr

Vi foreslår derfor at Helse Nord- Trøndelag og St. Olavs hospital inngår en avtale om oppgjør basert på årlig bruk av 6 plasser og en pris som er beregnet ut fra en samlet årlig driftskostnad ved DPS'et eks. enhet for spiseforstyrrelser, om lag 10,6 mkr. .

Vi foreslår samtidig at avtalen som inngås inneholder et punkt om hyppig evaluering (halvårlig) slik at eventuelle uheldige utslag blir rettet opp så hurtig som mulig. Bl.a. vil det være nødvendig å se på bruken av plassene, inkl. de 2 plassene som er satt av som buffer.

Vi håper dette kan bidra til en oppstart og drift av Stjørdal DPS som er til pasientens beste.

Med vennlig hilsen


Jan Morten Søraker
Økonomidirektør


Mads Einar Berg
sjeføkonom

Kopi: Fagdirektør

HELSE MIDT-NORGE RHF

STYRET

DPS Stjørdal - skisseprosjekt

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Midt-Norge RHF	03.09.03	51/03
Saksbeh: Nils Arne Bjordal		
Arkivkode:		
Saksmappe: 03/795		

ADM. DIREKTØRS FORSLAG TIL VEDTAK:

Styret for Helse Midt-Norge RHF gir, med de merknader som er angitt i saksfremstillingen, sin tilslutning til at foreliggende skisseprosjekt for DPS Stjørdal legges til grunn for utarbeidelse av forprosjekt innenfor en samlet ramme på 72,94 mill kr. og at det blir gjennomført erverv av tomt på Husby Søndre for 3,2 mill. kr.

SAKSUTREDNING:
DPS Stjørdal - skisseprosjekt

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Skisseprosjekt DPS Stjørdal dat. 20.05.03
2. Notat fra prosjektleder (udatert)

Utrykte vedlegg i saksmappen

- 1 Sak 21/02 Psykisk helsevern – opptrappingsplan – investeringstiltak
- 2 Sak 109/02 Budsjett 2003
- 3 Brev av 09.05.03 fra Helsedepartementet vedr. investeringsprosjekter i regionale helseforetak
- 4 Brev av 17.03.03 fra Helsedepartementet vedr. investeringer i tilknytning til gjennomføring av opptrappingsplanen for psykisk helse og videre styring av investeringsprosjekter tilknyttet planperioden
- 5 Brev av 30.05.02 fra Sosial og Helsedirektoratet vedr. vurdering av søknad fra Helse Midt-Norge RHF om tilskudd til styrking av tilbudet i psykisk helsevern over statsbudsjettets kapittel 743.76 for 2002
- 6 Styringsdokument for Helse Midt-Norge RHF 2002
- 7 Brev av 22.01.02 fra Helsedepartementet vedr. fordeling av investeringsmidler i det psykiske helsevernet gjennom Opptrappingsplanen for psykisk helse for perioden 2002 – 2006.
- 8 Brev av 19.10.01 fra Sosial og Helsedepartementet vedr. tildeling av tilskudd til styrking av tilbudet i psykisk helsevern i fylkeskommunene over statsbudsjettets kapittel 743.64.
- 9 St.prp.nr. 63 (1997-1998) Opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006

GJELDENDE FORUTSETNINGER

- 1 Sak 109/02 Budsjett 2003
- 2 Brev av 09.05.03 fra Helsedepartementet vedr. investeringsprosjekter i regionale helseforetak

BAKGRUNN

Nytt distriktpsykiatrisk senter i Stjørdal (DPS Stjørdal) er under planlegging. Foreliggende sak omhandler skisseprosjektet.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

DPS Stjørdal skal erstatte nåværende Halsen Psykiatriske Senter i Stjørdal og Psykiatrisk poliklinikk, som begge p.t. har tilhold i leide lokaler.

Foreliggende skisseprosjekt erstatter tidligere skisseprosjekt godkjent av Nord-Trøndelag fylkeskommune 11.06.01 og gitt tilsagn fra Sosial og helsedepartementet 19.10.01. Skisseprosjektet er utvidet til å omfatte enhet for spiseforstyrrelser.

Tidligere behandling

Tidligere skisseprosjekt er omtalt og gitt prioritet av Helsedepartementet i brev av 19.10.01, 22.01.02 og 09.05.03, og Styringsdokument for Helse Midt-Norge RHF for 2002.

Styret for Helse Midt-Norge RHF har behandlet DPS Stjørdal i forbindelse med sak 21/02 og 109/02. DPS Stjørdal er også omtalt i Regional psykiatriplan for Helse Midt-Norge RHF som vil bli forelagt styret som egen sak.

Tomtevalg

Tidligere tomt, Fosslåsen, er ikke tilstrekkelig stor til å ivareta utvidelsen av byggeprosjektet og er også ansett å være for perifert lokalisert. For øvrig er det nødvendig å foreta elveforbygging for å unngå utrasing av tomten.

Foreliggende prosjekt er planlagt på ny og mer sentralt beliggende tomt, Husby Søndre.

Tomten er regulert til formålet.

Den aktuelle tomten er på 12,7 daa og anses velegnet til formålet. Det er fremforhandlet kjøpsavtale som vil bli inngått forutsatt positiv behandling av foreliggende skisseprosjekt.

Kjøpesummen er satt til ca. 3,2 mill. kr. Pris pr. kvm råtomt er 240 kr. som er markedspris i området.

Dimensjonering

- DPS

DPS Stjørdal skal betjene kommunene Levanger, Frosta, Meråker og Stjørdal med en samlet befolkning (2002) på 41.300. I St.prp. 63 (1997-1998) er det satt et måltall på 0,6 døgnplasser pr. 1000 innbyggere. Dette tilsier 25 senger.

Fylkestinget i Sør-Trøndelag har tidligere vedtatt at Selbu og Tydal med en samlet befolkning på ca. 4.900 skal knyttes til DPS Stjørdal. Dette tilsier ytterligere 3 senger.

Dersom DPS Stjørdal også skal betjene de ”indre” deler av Malvik kommune (fra Midtsandan og østover) som med ca. 5000 innbyggere må senteret økes med 3 senger.

I foreliggende skisseprosjekt er avsatt 20 senger for døgnopphold. Det er lagt til rette for en utvidelse på 8 senger.

- Regional spesialenhet for spiseforstyrrelser

I Sosialdepartementet strategiplan mot spiseforstyrrelser påpekes behovet for utvikling av høyspesialiserte kliniske tjenester på regionalt nivå. I Regional Psykiatriplan for Helse Midt-Norge, som er under behandling, foreslår det at det opprettes en enhet for pasienter med alvorlig og varig funksjonshemming under den regionale spesialenheten ved Sykehuset Levanger og lokalisert til DPS Stjørdal.

Med utgangspunkt i registrert behov foreslås 8 senger til enheten.

- Stjørdal kommunes fagteam i psykiatri

Det er i samsvar med ønske fra kommunes representant i plan- og byggekomiteen avsatt 3 kontorer a 17-20 kvm til kommunes fagteam. For øvrig er det forutsatt at fagteamet har tilgang til fellesfasiliteter; bibliotek, møterom med mer. Leieavtale er p.t. ikke inngått.

Bygg

Totalt brutto areal er 3.550 kvm. Fratrullet fagteamets lokaler blir antall kvm pr. døgnplass 125 hvilket ligger under Helsedepartementets normtall (130 kvm pr. døgnplass), jfr. Helsedepartementets brev av 22.01.02.

- kostnader

Opprinnelig kostnadsramme (ekskl. avd. for spiseforstyrrelse) var 50 mill. kr., jfr. bl.a. Styringsdokument for Helse Midt-Norge RHF 2002.

Kostnadsrammen for enhet for spiseforstyrrelser er satt til 18 mill. kr., jfr bl.a. sak 109/03.

Sosial og helsedirektoratet har i brev av 30.05.02 påpekt at tiltaket ikke er medtatt på listen over prioriterte tiltak på Opptrappingsplanen.

Samlet vedtatt kostnadsramme er m.a.o. 68 mill. kr. hvorav 30 mill. kr. antas vil komme som tilskudd over Opptrappingsplanen og det resterende må lånefinansieres.

Foreliggende prosjekt er kostnadsberegnet til 72,94 mill. kr. Kostnadsøkningen er dels en følge av prisstigning fra 2001 til 2003 og økte kostnader ved tomtekjøpet.

Det er ikke gjennomført usikkerhetsanalyse av prosjektet som forutsatt i de vedtatte retningslinjene for behandling av byggesaker. Det er imidlertid avsatt en usikkerhetsmargin på 6,2 mill kr. som utgjør 15% i tillegg til entreprisekostnadene.

Drift

- DPS

Det er i skisseprosjektet og vedlagte notat gjort rede for de driftsmessige konsekvenser ved DPS Stjørdal. Som her fremgår forutsettes det antall årsverk i sengeposten blir uforandret (forutsatt 20 døgnplasser/senger) og at poliklinikken øker med 8 stillinger fra dagens 7 stillinger.

3 stillinger ved sykehuset Levanger omberammes til DPS Stjørdal. Merkostnadene forbundet med de 5 stillingene samsvarer med de beregnede merinntektene.

- Regional spesialenhet for spiseforstyrrelser

Den regionale enheten for spiseforstyrrelser forutsettes opprettet med 14 nye stillinger.

Lønnskostnadene er anslått til 6.500.000 kr.

INNKOMNE UTTALELSER

Revidert skisseprosjektet er behandlet og godkjent av styret for Nord-Trøndelag HF i møte 28.05.03, sak 29/2003.

HELHETLIG DRØFTING

DPS Stjørdal er gitt prioritet i Opptrappingsplan psykiatri av Nord-Trøndelag HF, Helse Midt-Norge RHF og Helsedepartementet.

I henhold til foreliggende program skal DPS Stjørdal ha 20 senger for døgnopphold samt 8 senger for en avdeling for spiseforstyrrelser. For øvrig skal det legges til rette for en utvidelse av DPSen med 8 senger.

Planene viser 26 senger/rom for døgnopphold. Planene lar seg imidlertid enkelt tilpasse programmet.

Dersom DPS Stjørdal skal betjene kommunene Levanger, Frosta, Meråker, Stjørdal, Tydal, Selbu og deler av Malvik er det behov for 31 senger for døgnopphold eller m.a.o. en utvidelse av foreliggende prosjekt med 11 senger. Tomten har tilstrekkelig kapasitet for en slik utvidelse. Likeledes er plankonseptet tilpasningsdyktig en slik utvidelse.

Det er behov for en nærmere gjennomgang av de dimensjonerende forutsetningene for DPS Stjørdal. Det bør imidlertid planmessig legges til rette for en evt. utvidelse av prosjektet med 11 senger for døgnopphold.

Lånebehovet for foreliggende prosjekt med 16 + 10 senger er 42,94 mill. kr. Gitt et annuitetslån på med 6,5 % rente og 20 års avdragstid vil årlige kapitalbehov være ca. 3,8 mill kr.

Hertil kommer kostnader forbundet med forvaltning, drift og vedlikehold anslått til ca. 2,2 mill. kr. Samlede årlige kapitalbehov forbundet med bygningen blir m.a.o. ca. 6,0 mill kr. Dagens leieutgifter utgjør ca 3.200.000 kr.

Ved beregning av kostnader legges til grunn avskrivning av bygg over 60 år og rentekostnader på lån. Hertil kommer lønns- og driftskostnader. Netto kostnader/finansieringsbehov forbundet med DPS og den regionale spesialenheten for spiseforstyrrelser blir som følger:

DPS Stjørdal

Økte kostnader ny drift	mill. kr
Lønnskostnad DPS (7 stillinger a 450` kr)	3,2
Lønnsk Reg.spiseenhet (14 stillinger a 465)	6,5
Sum økte lønnskostnad	9,7
FDV	2,2
Terminbeløp (lån 43 mill kr, 6,5 %)	3,8
Avskrivning (Bygg 73 mill. kr, 60 år)	1,2
Sum kap. kostnad	4,0
Sum økte kostnader ny drift	16,9
Finansiering	
Ombemannings fra Levanger, 3 stillinger a 450` kr	1,35
Gjestepasientinntekter andre regioner, 6000 kr. seng pr døgn	8,6
Reduserte leiekostnader	3,2
Sum finansiering	13,15
Årlig netto kostnadsøkning	3,75

Spesialenheten for spiseforstyrrelser er regional. Finansieringen av regionale tiltak vil bli utredet nærmere.

Årlige merkostnader (inkl. kostnaden forbundet med spiseforstyrrelsesenheten) blir m.a.o. ca. 3,75 mill kr., jfr. tabellen ovenfor.

Det forutsettes at merkostnadene inndeckes over det driftsbudsjettet og at en gjør nærmere rede for på hvilken måte dette kan skje i forprosjektet.

Det påpekes i skisseprosjektet at et samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP) i form av samlokalisering kan ha mange faglige fordeler. Det antas at en her har i tankene en samlokalisering av barne- og ungdomspsykiatrisk og voksenpsykiatrisk poliklinikk. Det er ikke tatt høyde for dette i foreliggende planer ut over at det er avsatt et kontor som kan leies/brukes av BUP på dagbasis.

Det bør vurderes nærmere om en bør/skal legge barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk på Stjørdal, som i dag holder til i leide lokaler, til DPS Stjørdal.

Konklusjon:

Administrerende direktør vil tilrå at prosjekt for DPS Stjørdal videreføres frem til forprosjekt og at det blir gjennomført erverv av tomt på Husby Søndre.

Administrerende direktør forutsetter at ovennevnte merknader blir hensyntatt i det videre arbeide.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Det forutsettes at DPS Stjørdal finansieres gjennom bruk av midler på Opptrappingsplanen og innenfor basisrammen.

Dette innebærer at merkostnader forbundet med utvidelse av virksomhet, herunder også den regionale spesialenheten for spiseforstyrrelser, og endringer i driftlokaler må inndeckes gjennom merinntekter og omdisponeringer innenfor rammen. Det forutsettes gjort nærmere rede for inndeckningen i forbindelse med forprosjektet.

Arkivsak: 06/1099-1

Løpenr.: 4322/06

23 FEB. 2006

Saksbehandler:

Arkivkode: 121

Kopi:

St. Olavs Hospital HF
Olav Kyrres gt. 17
7006 Trondheim

Vår ref.
2006/108
-
472/2006

Deres ref.

Arkivkode

Saksbehandler

Mads Einar Berg, 74 83 99 02

Dato

01.02.2006

Stjørdal DPS - forslag til økonomisk oppgjør mellom Helse Nord- Trøndelag og St. Olavs Hospital

Vi viser til møte her på Stjørdal mandag 30.1. der Helse Midt- Norge ble bedt om å komme med forslag til en ordning for økonomisk oppgjør knyttet til drift av Stjørdal DPS.

Stjørdal DPS åpner i februar 2006. I henhold til vedtak om DPS struktur for Trondheim øst og Stjørdal er senteret bygd med henblikk på også å betjene de Sør- Trønderske kommunene Selbu, Tydal og deler av Malvik. Det er enighet om at 6 senger skal ivareta disse geografiske enheters behov.

I den nye finansieringsmodellen for Helse Midt- Norge RHF er foretakenes psykiatri delvis finansiert i forhold til behovskriterier(korrigeret befolkningsnøkkel) i det enkelte foretaks opptaksområde og delvis i forhold til historisk kostnadsnivå. I tillegg finansieres tiltak i henhold til opptrappingsplanen etter særskilt fordeling. Dette betyr at St. Olav, som mottar finansiering for å ivareta sitt totalansvar for psykiatritjenester til befolkningen i sitt opptaksområde, som er Sør- Trøndelag, må yte en økonomisk kompensasjon til Helse Nord- Trøndelag som har ansvar for driften av Stjørdal DPS.

I utgangspunktet ser en for seg slike alternativer for oppgjørsmødel:

1. Omfordeling av basisbevilgning i Helse Midt-Norges finansieringsmodell. Der en legger inn en omfordeling basert på en overføring av kommunenes befolkningsgrunnlag fra St. Olav til Helse Nord- Trøndelag
2. Finansiering etter forbruk/avtale
En kan her se for seg 3 alternativer:
 - a. Løpende gjestepasientoppgjør basert på omforent døgnpris
 - b. Abonnement/kontrakt over lengre tid på et gitt antall plasser
 - c. Etterskuddsvis korrigering i basis basert på faktisk pasientstrøm og gitt enhetspris.(Denne forutsetter et bedre datagrunnlag om pasientstrømmer enn det som er tilgjengelig i dag)

Den økonomiske oppgjørsmødelingen må støtte opp under en effektiv bruk av Stjørdal DPS og hindre spillsituasjoner som går ut over pasientbehandlingen.

Helse Midt Norge RHF ønsker i utgangspunktet en løsning som ikke rokker ved de grunnleggende prinsippene som er lagt i finansieringsmodellen. Dette betyr at en ikke ønsker å

gjøre en omfordeling på RHF- nivå. Samtidig ønsker vi å bidra til sikre finansiering av de driftsøkonomiske merkostnader som Helse Nord- Trøndelag har ansvaret for ved oppstart av Stjørdal DPS.

Vi har sett på ulike alternativ for en tilnærming når det gjelder økonomisk oppgjør. Utgangspunkt er helårlig bruk av 6 plasser:

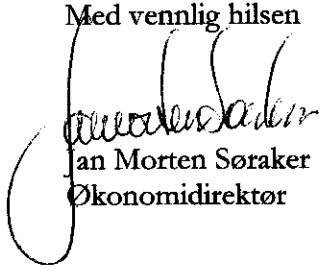
- Omfordeling i forhold til befolkning (med de forutsetninger som Helse Nord-trøndelag har gjort) : Om lag 9,3 Mkr.
- Døgnpris, prisen for DPS plass varierer i regionene fra kr. 4.100 til 5.513, med utgangspunkt kr. 5000 pr døgn (HNT sin døgnpris) Om lag 10,9 Mkr
- Refusjon reelle kostnader ut fra budsjett 2006 for Stjørdal DPS Om lag 10,6 Mkr

Vi foreslår derfor at Helse Nord- Trøndelag og St. Olavs hospital inngår en avtale om oppgjør basert på årlig bruk av 6 plasser og en pris som er beregnet ut fra en samlet årlig driftskostnad ved DPS'et eks. enhet for spiseforstyrrelser, om lag 10,6 mkr. .

Vi foreslår samtidig at avtalen som inngås inneholder et punkt om hyppig evaluering (halvårlig) slik at eventuelle uheldige utslag blir rettet opp så hurtig som mulig. Bl.a. vil det være nødvendig å se på bruken av plassene, inkl. de 2 plassene som er satt av som buffer.

Vi håper dette kan bidra til en oppstart og drift av Stjørdal DPS som er til pasientens beste.

Med vennlig hilsen


Jan Morten Søraker
Økonomidirektør


Mads Einar Berg
sjeføkonom

Kopi: Fagdirektør