

Styrets medlemmer

Vår ref.:

2011/77 - 565/2011

Deres ref.:**Arkiv:**

012

Dato :

13.01.2011

Innkalling til styremøte 200111**Møtedato:** Torsdag 20. januar 2011 kl. 1000**Møtested:** Sykehuset Levanger – Arken

- | | |
|-------------|--|
| Sak 01/2011 | Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 14.12.10 |
| Sak 02/2011 | Årlig melding 2010 for Helse Nord-Trøndelag HF |
| Sak 03/2011 | Systemtilsyn med spesialisthelsetjenesten 2. halvår 2010, fra Helsetilsynet |
| Sak 04/2011 | Ny finansieringsmodell |
| Sak 05/2011 | Orienteringssaker: <ol style="list-style-type: none">1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 13.01.112. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 17.01.113. Protokoll fra foretaksmøte 19.01.11 mellom Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF4. Orientering om drift desember 20105. IT-tjenester og kostnadsutvikling6. Styringsdokument 2011 for Helse Nord-Trøndelag HF7. Pasient- og pårørendeopplæring
Lærings- og mestringssenteret. Status i Nord-Trøndelag8. Korrigert møteplan for styret 20119. Status DMS Inn-Trøndelag10. Andre orienteringer |

Med hilsen
Steinar Aspli
Styreleder
Sign.

Kopi:
Styrets varamedlemmer

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 14.12 2010 kl. 10.00 – 15.00
Møtested: Sykehuset Namsos
Saksnr.: 47/2010 – 50/2010
Arkivsaksnr.: 2010/3833

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende medlemmer:
Steinar Aspli
Inger Marit Eira-Åhrén
Margrete Mære Husby
Siw Bleikvassli
Asbjørn Hofslie
Ragnhild Torun Skjerve
Inger Anne Holm
Peter Himo
Jørgen Selmer
Rolf Gunnar Larsen

Forfall:
Torgeir Schmidt-Melbye

Fra Brukerutvalget møte: Ingen

Fra Samarbeidsutvalget møte: Ingen

Fra administrasjonen møte:

Adm. direktør	Arne Flaatt
Assisterende direktør	Mads Berg
Økonomisjef	Tormod Gilberg
Fagsjef	Dagfinn Thorsvik
Spesialrådgiver	Kristian Eldnes
Samhandlingssjef	Kari Bratland Totsås
Utbyggingsleder	Trond Hustad
Informasjonssjef	Trond G. Skillingstad (referent)

Merknader til møtet: Ingen merknader.

Merknader til innkalling og sakliste: Ingen merknader

Innkalling utsendt pr. e-post 07.12 2010. Saksframlegg publisert på internettløsningen for styresaker.

Siw Bleikvassli ble permittert og forlot møtet kl. 12.30 under sak 50/2010.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

MØTEPROTOKOLL

Sak 47/2010 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 18.11.10

Protokoll

Styreleder viste til protokollen.

Administrerende direktør orienterte om at det arbeides fram en orientering om Hemit, og det tas sikte på orientering i styrets januarmøte.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Møteprotokoll fra styremøtet 18.11.10 godkjennes.

Sak 48/2010 Samlokalisering psykiatri Sykehuset Namsos – bruk av reserver

Protokoll

Utbyggingsleder Trond Hustad orienterte om status i prosjektet, og gjorde rede for behovet for å disponere inntil 2,5 millioner kroner av avsatt reserve.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF gir adm. direktør anledning til å disponere inntil 2.5 mill. kr. (3,4 % av totalrammen) av avsatt reserve. Dette til dekning av uforutsette tiltak i forbindelse med samlokalisering av psykiatri ved Sykehuset Namsos.

Sak 49/2010 Budsjett 2011

Protokoll

Administrerende direktør orienterte om hovedtrekkene i budsjett for 2011. Budsjettet legger opp til høyere pasientbehandlingsaktivitet, nye investeringer og opprettelse av nye tilbud. Det er også satt av midler til å forberede Samhandlingsreformen.

Økonomisjef Tormod Gilberg gikk igjennom de enkelte delene i budsjettet.

Styret drøftet budsjettet, og ber om ytterligere informasjon om utvikling innen kommunikasjon med pasienter og pårørende, samt pasient- og pårørendeopplæring.

Jørgen Selmer fremmet følgende tilleggsforslag:

Helse Nord-Trøndelag skal i løpet av 2011 utvikle og ta i bruk nye kvalitetsindikatorer som fanger opp større deler av den pasientnære kvaliteten.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

MØTEPROTOKOLL

Administrerende direktørs innstilling ble enstemmig vedtatt.
Tilleggsforslag fra Jørgen Selmer ble enstemmig vedtatt.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Styret vedtar framlagte budsjett for 2011 med tilhørende driftsopplegg. Budsjettet er basert på fastsatte rammer og styringssignal fra eier.

Helse Nord-Trøndelag skal i løpet av 2011 utvikle og ta i bruk nye kvalitetsindikatorer som fanger opp større deler av den pasientnære kvaliteten.

Sak 50/2010 Orienteringssaker:

1. *Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 25.11.10 og 02.12.10*
 - Asbjørn Hofslie gjennomgikk enkelte punkter i protokollen.
2. *Protokoll fra møte i Brukerutvalget 18.11.10*
 - Steinar Aspli viste til protokollen.
3. *Protokoll fra møte mellom styret og tillitsvalgte 18.11.10*
 - Steinar Aspli viste til protokollen.
4. *Protokoll fra møte mellom styret og Brukerutvalget 18.11.10*
 - Steinar Aspli viste til protokollen.
5. *Protokoll fra møte i Samarbeidsutvalget 09.12.10*
 - Steinar Aspli viste til protokollen. Administrerende direktør gjorde rede for saker som ble behandlet i møtet.
6. *Årlig melding 2010. Del I Innledning og del III Styrets plandokument*
 - Spesialrådgiver Kristian Eldnes gikk gjennom utkast til Årlig melding del 1 og 3. Styret drøftet framlagte utkast og meldte tilbake forhold som bør innarbeides i Årlig melding, herunder om deltid, seniorpolitikk, sykefravær og endringer innen bruk av private rehabiliteringsinstitusjoner.
7. *Driftsrapport november 2010*
 - Assisterende direktør Mads Berg gikk gjennom driftsrapport for november med resultater på kvalitets- og driftsindikatorer. Administrerende direktør gjorde spesielt rede for utviklingen innen fristbrudd. Antallet fristbrudd er redusert sterkt, og det er satt mål om å fjerne alle fristbrudd innen årsskiftet.
8. *Helse Midt-Norge Strategi 2020*
 - Asbjørn Hofslie gikk gjennom bakgrunn og status for situasjonen i Helse Nordmøre og Romsdal.
9. *Kommunikasjonsstrategi Helse Midt-Norge*
 - Informasjonssjef Trond G. Skillingstad viste til lokal og påfølgende regional behandling av revidert kommunikasjonsstrategi for Helse Midt-Norge, samt konkrete handlingsplaner for foretakene.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

MØTEPROTOKOLL

10. Følgetjeneste føde

- Leder av Barne- og familieklinikken, Wenche P. Dehli, gikk gjennom utredningen *Regional helhetlig plan for svangerskap, fødsel og barselomsorg*. Helse Nord-Trøndelag har hatt det regionale ansvaret for utvikling av planen. Dehli viste til systemet som legges til grunn og hvilke endringer dette vil kunne gi i forhold til fødetjenesten i sykehusenes nedslagsfelt.

11. Status etablering rusenhet

- Assisterende direktør Mads Berg orienterte om utsatt oppstart av ny rusenhet i Helse Nord-Trøndelag. Planlagt oppstart 1. desember 2010 er forskjøvet til februar 2011.

12. Organisering av legetjenesten i akuttmottaket

- Orienteringen hviler på spørsmål reist i møte med Brukerutvalget, samt medieoppslag knyttet til legeorganiseringen i Helse Nord-Trøndelag. Avdelingsoverlege ved kirurgisk avdeling, Robin Gaupset, viste hvordan legetjenesten i sykehuset er organisert ift sengepost, poliklinikk og akuttmottak, samt best mulig utnyttelse av turnusleger, leger i spesialisering (LIS-leger) og legespesialister. Gaupset understreket at dette er en organisering som er gjennomgående for sykehus i Norge, og at turnusleger alltid har mer erfarne leger i vaktssystemet som er tilgjengelig for konferering og tilkalling døgnet rundt.

13. Andre orienteringer

- *Prehospitale tjenester:*
Administrerende direktør Arne Flaatt viste til utredningsarbeid i Helse Midt-Norge knyttet til prehospitale tjenester. Utredningene er nær slutført og vil legges fram til behandling av styret.
Styret i Helse Nord-Trøndelag ber om nærmere orientering om saken i neste møte.
- *Nye helselover:*
Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås orienterte om at det foreligger utkast til nye helselover, og hvordan Helse Nord-Trøndelag arbeider med sine innspill. Foretaket vil samordne sine uttalelser og oversende disse til Helse Midt-Norge RHF.
Før oversendelse vil uttalelsen bli distribuert til styrets representanter. Helse Midt-Norge vil til slutt styrebehandle regionens felles uttalelse.
- *Ny personalsjef:*
Administrerende direktør orienterte om at Aud-Mai Sandberg er tilsatt som personalsjef i Helse Nord-Trøndelag
- *Besøkt av biskopen i Nidaros:*
Administrerende direktør orienterte om besøk av biskopen i januar 2011.
- *Flytting av møtetidspunkt:*
Styret vurderer flytting av følgende møtetidspunkt:
Februarmøtet fra 17. til 16. februar.
Juni-møtet fra 16. til 15. juni.
Administrerende direktør vil sende ut forespørsel om dette til styrets representanter.
- *Anslutning for Asbjørn Hofslis:*
Steinar Aspli takket av Asbjørn Hofslis som styrerepresentant i Helse Nord-Trøndelag HF. Hofslis etterfølges av ny eierdirektør i Helse Midt-Norge.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Jørgen Selmer fremmet følgende tilleggsforslag:

Styret ber om å få til behandling spørsmålet om organisering av ambulansetjenesten i Nord-Trøndelag, herunder vurdering om offentlig eller privat drift.

Administrerende direktørs innstilling ble enstemmig vedtatt.

Tilleggsforslag fra Jørgen Selmer ble enstemmig vedtatt.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Styret tar sakene til orientering.

Styret ber om å få til behandling spørsmålet om organisering av ambulansetjenesten i Nord-Trøndelag, herunder vurdering om offentlig eller privat drift.

Namsos, 14.12. 2010

Steinar Aspli

Inger Marit Eira-Åhrén

Margrete Mære Husby

Siw Bleikvassli

Asbjørn Hofslø

Ragnhild Torun Skjerve

Jørgen Selmer

Rolf Gunnar Larsen

Peter Himø

Inger Anne Holm

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 02/2011 Årlig melding 2010 for Helse Nord-Trøndelag HF

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	20.01.11	02/2011
Saksbeh:	Kristian Eldnes	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2011/77	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF vedtar Årlig melding 2010. Årlig melding 2010 oversendes Helse Midt-Norge RHF.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF forutsetter at oppfølging og gjennomføring av strategi 2016 vil gi ytterligere forbedringer i forhold til faglige og økonomiske utfordringer framover i tid i Helse Nord-Trøndelag HF.

SAKSUTREDNING:

Sak 02/2011 Årlig melding 2010 for Helse Nord-Trøndelag HF

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Årlig melding 2010 for Helse Nord-Trøndelag HF, hoveddokument
2. Styringsdokument 2010, årsrapport pr.31.12.10 og årsrapport på foretaksmøteprotokoller pr.31.12.10. ("Lista i Virksomhetsportalen")
3. Strategi 2016, vedtatt av styret i HNT 18.03.10
4. Samhandlingsstrategien, vedtatt av styret 17.06.10

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Styringsdokument 2010 for Helse Nord-Trøndelag HF
2. Protokoller fra foretaksmøte med Helse Nord-Trøndelag HF (fire protokoller)

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Helse Nord-Trøndelag HF fikk overlevert Styringsdokument for 2010 i foretaksmøte 10.02.2010.

Styringsdokumentet bygger på

- Oppdragsdokument 2010 fra HOD til HMN
- Strategier og handlingsplaner vedtatt av styret for HMN RHF

I tillegg skal Helse Nord-Trøndelag HF følge opp krav fra foretaksmøter og tidligere styringskrav.

Årlig melding 2010 er styrets årsrapportering på styringskravene i styringsdokumentet 2010 og protokoll fra Foretaksmøtene med Helse Nord-Trøndelag HF av 10.02.2010, 19.04.2010, 12.05.2010 og 02.06.2010.

I tråd med Helseforetaksloven § 34 og "Vedtekter for Helse Nord-Trøndelag HF", består årlig melding av:

- Styrets rapport – rapportering på styringskravene hvor det gjøres rede for oppgaveløsning og resultater knyttet til bevilgningen for 2010
- Styrets planer – av strategisk og overordnet karakter som viser hovedtrekkene i framtidig virksomhet i samsvar med vedtatte strategier (2-3 års perspektiv).
- En oppsummering med vurdering av ressursbehov og forslag til finansiering.

Årlig melding er styrets viktigste formelle tilbakemelding til eier i forhold til å gjøre rede for hvordan bevilgningen er brukt i inneværende år, og i forhold til å beskrive og begrunne ressursbehovene de neste 2-3 årene. Slik kan man påvirke helsepolitikken, neste års statsbudsjett og påfølgende styringsdokument 2012.

FAKTISKE OPPLYSNINGER OG DRØFTING

Administrerende direktør har i sin oppfølging av eiers samlede styringsbudskap for 2010 lagt til rette for at budskapet skal forankres i helseforetaket.

Operasjonalisering og ansvarsavklaring som er foretatt av alle tiltak i styringsdokumentet og protokoller fra foretaksmøtene skal sørge for at tiltakene blir fulgt opp og vurdert for iverksetting og gjennomføring samt at nødvendige rapporteringsdata blir levert til rett tid. Ansvarlige skal også sørge for å gjøre risikovurderinger og ha risikostyring på sine områder.

En enkel form for risikovurdering av hvert enkelt oppfølgingspunkt i oppdraget fra Helse og omsorgsdepartementet er brukt av Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord-Trøndelag HF har brukt samme modell.

HELHETLIG GJENNOMGÅENDE STYRINGSSYSTEM I HELSE NORD-TRØNDELAG HF.

Helse Nord-Trøndelag HF har nå et gjennomgående styringssystem som består av felles liste med RHF over alle mål, oppgaver og tilhørende styringsparametere. Alle disse punktene risikovurderes.

Risikostyring og internkontroll skal bli en integrert del av den samlede mål- og resultatstyringen i foretaket.

Etter 1. - og 2. tertial i 2010 er undervegsrapporteringen fremlagt for styret i Helse Nord-Trøndelag HF og HMN RHF. Ved årsavslutning rapporteres det i ÅRLIG MELDING på alle 117 mål, oppgaver og tilhørende styringsparametere.

I tillegg har Helse Nord-Trøndelag HF samlet grunnlagsdata og utviklet egne styringskort for HF og Klinikker. (Nettbasert)

Her rapporteres det i forhold til fem områder: (Brukes i egen strategiplan)

- Pasientbehandling
- Kvalitet, fagutvikling og forskning
- Medarbeiderutvikling
- Samhandling
- Økonomi og ressursstyring

Dette gir oss et sammenhengende system fra strategisk til operativt nivå. Vi bruker de samme hovedområdene både i strategi 2016 og i styringskortene.

Helse Nord-Trøndelag har i tillegg gjennomført ledelsens gjennomgang i mars og april i år der saken ble fremlagt for eget styre og oversendt HMN RHF. Saken er redegjort for i hoveddokumentet Årlig melding 2010.

For oppfølging i "linjen" av mål, oppgaver og tiltak inngås det lederavtalen mellom direktøren og klinikklederne. Disse lederavtalene bygger på styringskortene og følges opp gjennom jevnlig dialogmøter mellom adm.direktør/ass.dir./fagsjef og klinikkleder med "Rådgivere".

HMN RHF gjennomfører lignende dialogmøter jevnlig med adm.direktør i RHF og adm.dir. i HF som hovedaktører. (Varierende antall ledere/rådgivere deltar sammen med AD ene)

For øvrig rapporteres det månedlig gjennom ØBAK (Ø=Økonomi, B= Bemanning, A=Aktivitet, K=Kvalitet) Rapportene sendes fra HF til RHF. Sluttliges legges det også frem AD-rapporter (Adm.direktør) i hvert styremøte i HNT.

Modell for mål- og resultatstyring



Hoveddokumentet ifm ÅRLIG MELDING 2010 er delt inn i tre deler:

Del 1: Innledning med hovedoppgaver, verdigrunnlag og visjon samt sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2010.

Del 2: Styrets rapport for resultatoppnåelse i 2010

Del 3: Styrets planer for de neste 2-3 år

Del 1 Innledning

Hovedoppgaver, verdigrunnlag og visjon

Helse Nord-Trøndelag HF er et helseforetak (HF) i Helse Midt-Norge RHF, og følger de overordna planer, strategier og vedtak som ”konsernet” beslutter.

Helse Nord-Trøndelag HF eies av Helse Midt-Norge RHF.

Hovedoppgaver

De fire første oppgavene er de lovpålagte oppgavene sykehusene har:

- Pasientbehandling
- Utdanning av helsepersonell

- Forskning
- Opplæring av pasienter og pårørende
- Helsefremmende og forebyggende virksomhet
- Ambulansetjenester og pasienttransport

Verdigrunnlag

Respekt – Kvalitet – Trygghet

Gjennom respekt for den enkelte pasient og høye krav til kvalitet på tjenestene, bidrar vi til trygghet for liv og helse for befolkningen.

Verdigrunnlaget utdyper visjonen og er vesentlig for bygging og vedlikehold av foretakets omdømme. Verdiene skal tydeliggjøre og kjennetegne virksomheten og være grunnleggende verktøy for prioriteringer og valg i foretaket.

Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2010

Oppnådde positive resultater i 2010

- Kontroll på økonomien, med overskudd ut over konsernets krav. (+ 43 mill.kr.)
- Ny ”RUS enhet” utbygd og åpnes årsskiftet 2010/2011.
Tar imot pasienter fra 01.02.2011.
- Bygging av nytt psykiatribygg på Namsos i slutfasen.
- Epikrisetid på over 80 % i årets fire siste måneder
- Betydelig forskningsaktivitet i forhold til sammenlignbare helseforetak
- Samhandlingen gir resultater
Samhandlingsreformens ”vugge”: Stortingets reform for økt samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten er sterkt inspirert av løsninger i Nord-Trøndelag

Uløste hovedutfordringer i 2010

- Foretaket har et investeringsbehov både i forhold til medisinsk teknisk utstyr og bygninger med etterslep som betinger behov på over 90 mill.kroner årlig. Realkapitalen forvitres over tid.
- Rekruttering av spesialister. (Psykologspesialister og radiologer.)
- Overgang fra døgnbehandling til dag- og poliklinikk og vridning av aktivitet
- Fristbrudd og reduksjon av ventetider
- Opprettholde og bedre kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten
- Opprettholde og øke kompetansen samt bedre arbeidsmiljøet

Del 2 Styrets rapport

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF har hatt som sak oppfølging av eiers samlede styringsbudskap i mai og i september. (Tertialrapporter) Begge ganger foretok styret en samlet gjennomgang og risikovurdering av alle styringskrav i forhold til måloppnåelse og det ble vist til tiltak for oppfølging og områder som krever særskilt oppmerksomhet.

Styrets rapport ved årets slutt viser at Helse Nord-Trøndelag HF oppfyller mange viktige resultatkrav og målområder i 2010, men det er også tiltak og resultatmål der nivåsatte krav ikke er innfridd.

Matrise for status risiko og måloppnåelse ved årets slutt 2010. (2.tertialtall benyttet på en del styringsparametere) * Styringsmatrise i virksomhetsportalen. ** Foretaksprotokoller

	RØD	GUL	GRØNN	Krav oppfylt JA	Andel % JA
A SM*	4	27	59	59	65
B FP**	0	8	19	22	82
SUM	4	35	78	81	69

Også dette året har omstillinger og effektiviseringstiltak som ble satt i verk i 2010 gitt effekt slik at en kan innfri kravet om økonomisk balanse. Ja, ikke bare det; Helse Nord-Trøndelag HF har hatt god styring på økonomien i 2010 og prognostiserer et overskudd på ordinær drift med 43 mill. kroner.

Det prognostiseres en aktivitet på årsbasis som vil ligge ca 10 % lavere enn plantallene for Voksenpsykiatrien og Barne- og ungdomspsykiatrien i foretaket.

Avviket skyldes hovedsaklig mangel på fagpersonell. Med pågående tilsetting av personell forventes aktiviteten å øke i tiden framover.

Aktiviteten i psykiatrien har hatt en liten økning fra 2009 til 2010 og kostnadsveksten har vært lavere enn budsjettet. Dette ga en produktivitetsvekst i psykiatrien for 2010 som blant annet utløste de øremerkede midlene som Helse Midt-Norge RHF hadde holdt tilbake. (Om lag 35 mill.kr. for hele Helse Midt-Norge RHF)

Fortsatt er ventetiden for lang innafor noen områder i Helse Nord-Trøndelag og vi har enda noen fristbrudd. Det er også utfordringer knytta til å rekruttere spesialister innafor et par fagområder. Disse områdene er diskutert og tatt med i planer for 2011.

Det vises for øvrig til begrunnelser gitt i hoveddokumentet, Årlig melding 2010.

Del 3 Styrets planer

Styrets plandokument viser at Helse Nord-Trøndelag HF står overfor tøffe omstillingskrav i 2011 og i årene framover på i størrelsesorden 40-60 mill.kr. årlig.

Styret for Helse Nord-Trøndelag igangsatte i 2009 et arbeid med å utforme en strategisk plan mot 2016 for foretaket. Dette ble gjort før Helse Midt-Norge igangsatte sitt strategiarbeid med strategi 2020.

Strategi 2016 i Helse Nord-Trøndelag HF ble vedtatt i styret for foretaket 18.03.2010 og gir rammene for løsning av framtidens utfordringer. Strategi 2016 er lagt til grunn i styrets planer i denne årlige meldingen og følger meldingen som vedlegg.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

I 2010 hadde Helse Nord-Trøndelag vedtatt et budsjett med behov for omstillingstiltak på 58,4 mill.kr. for å komme i balanse og i budsjettet for 2011 er del lagt inn behov for omstillingstiltak på vel 40 mill.kroner.

Videre er det i strategi 2016 slått fast et behov for å effektivisere driften med om lag 1,5 % av brutto driftsutgifter årlig. (Om lag 30 mill.kr. årlig.) Disse kravene er relatert til nye utfordringer knyttet til endret pasientsammensetning, sykdomsbilde og nye tilbud.

For å kunne gjennomføre nevnte årlige effektivisering vil det være nødvendig med noen bygningsmessige investeringer. Behovet for investeringsmidler vil kunne dekkes innen rammen av foretakets avskrivningsmidler (om lag 90 mill kroner pr. år), og det er derfor ikke behov for lånefinansiering av investeringene.

KONKLUSJON

Oppfølging av eiers samlede styringsbudskap anses som svært omfattende og krevende innenfor de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon.

Det er en del gode resultater innen pasientbehandling, opplæring, utdanning og forskning i 2010. De uløste utfordringene er forsøkt skissert i forbindelse med budsjett for 2011 og i strategi 2016.

Administrerende direktør vil peke på følgende:

De største truslene mot et likeverdig spesialisthelsetjenestetilbud i region Midt-Norge er knyttet til hvorvidt en blir i stand til å løse de utfordringene som er relatert til store investeringer, med påfølgende avskrivninger og et høyere rentenivå enn vi har i dag.

Skal kvaliteten på tilbudene i spesialisthelsetjenesten kunne opprettholdes må tilstrekkelig antall helsepersonell utdannes og kritisk kompetanse tilføres.

Levanger, 12. januar 2011

Arne Flaas
Adm.direktør
Sign.



Årlig melding 2010
Helse Nord-Trøndelag -
utkast til hoveddokument
Del I Innledning
Del II Styrets rapport for 2010
Del III Styrets plandokument



Innhold

Del I Innledning

- 1 Visjon, hovedoppgaver og verdigrunnlag
- 2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2010
 - 2.1 Oppnådde resultater i 2010
 - 2.2 Uløste utfordringer i 2010
 - 2.3 Andre forhold

Del II Styrets rapport for 2010

- 3.1 Sammendrag styrets rapport 2010
- 3.2 Ledelsens gjennomgang i 2010

Del III Styrets plandokument

- 4 Utviklingstrender og rammebetingelser
 - 4.1 Utviklingstrender
 - 4.2 Økonomiske rammeforutsetninger
 - 4.3 Personell og kompetanse
 - 4.4 Andre utfordringsområder
- 5 Helseforetakets strategier og planer
 - 5.1 Bakgrunn
 - 5.2 Strategier og planer
 - 5.3 Fra strategi 2020 og 2016 – til konkrete planer for 2011 og videre framover



DEL I – INNLEDNING

1 Hovedoppgaver, verdigrunnlag og visjon

Helse Nord-Trøndelag HF er et helseforetak (HF) i Helse Midt-Norge RHF, og følger de overordna planer, strategier og vedtak som ”konsernet” bestemmer.

Helse Nord-Trøndelag HF eies av Helse Midt-Norge RHF.

Hovedoppgaver

De fire første oppgavene er de lovpålagte oppgavene sykehusene har:

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

I tillegg har foretaket følgende hovedoppgaver:

- Helsefremmende og forebyggende virksomhet
- Ambulansetjenester og pasienttransport

Verdigrunnlag

- Respekt – Kvalitet – Trygghet

Gjennom respekt for den enkelte pasient og høye krav til kvalitet på tjenestene, bidrar vi til **trygghet for liv og helse for befolkningen.**

Verdigrunnlaget utdyper visjonen og er vesentlig for bygging og vedlikehold av foretakets omdømme. Verdiene skal tydeliggjøre og kjennetegne virksomheten og være grunnleggende verktøy for prioriteringer og valg i foretaket.

1. Respekt

Respekt for at pasienten/brukeren kjenner seg selv og sitt liv best, skal være grunnleggende for alle helsearbeidere og betyr at vi gjennom god kommunikasjon bidrar til at pasientene opplever å bli reelle medaktører i egen behandling.

Respekt i ulike relasjoner:



- Respekt i møtet med pasient og pårørende
- Respekt for medarbeidere
- Respekt for samarbeidspartnere
- Respekt for beslutninger
- Respekt for samfunnets prioriteringer og tildelte rammer

2. Trygghet

Det regionale helseforetaket skal sørge for at befolkningen har tilgang til likeverdige og trygge helsetjenester. Våre pasienter skal være trygge på at avgjørelsene som blir tatt er riktige, uansett ytre rammer. Pasientene skal være trygge på behandleren, behandlingen og behandlingsstedet.

Vissheten om at jeg får den hjelp jeg trenger - når jeg trenger den.

3. Kvalitet

Fremtidig utvikling og omstilling handler først og fremst om å styrke tjenestenes kvalitet og sikre riktig prioritering. Kvalitet skal være et overbyggende prinsipp for hele strategiutviklingen i Helse Nord-Trøndelag HF.

Tjenester av god kvalitet:

- Er trygge, forutsigbare og sikre
- Opplevs som trygge, forutsigbare og sikre
- Er virkningsfulle
- Involverer brukere og åpner for medvirkning
- Er samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytter ressursene på en god måte
- Er fremtidsrettet
- Er tilgjengelige og rettferdig fordelt
- Er i tråd med samfunnets prioriteringer og tildelte rammer

Visjon

Helse Midt-Norge RHF har utarbeidet følgende visjon (ledestjerne) for foretaksgruppen:

***PÅ LAG MED DEG FOR DIN
HELSE***

I Nord-Trøndelag bor det vel 130 000 mennesker. Alle er vi potensielle pasienter og brukere av spesialisthelsetjenester, og hver enkelt skal vite at han blir sett og tatt vare på når behovet melder seg. Visjonen gir også tydelig signal om at den enkelte har et selvstendig ansvar for å ivareta egen helse. Våre pasienter skal møtes med likeverdige, forutsigbare og trygge helsetjenester, uansett pasient- eller sykdomsgrupper. Dette viser vi gjennom vår visjon: - ***På lag med deg for din helse.***



Regionale funksjoner

Helse Nord-Trøndelag har regionale oppgaver i Midt-Norge på "Spiseforstyrrelser for barn- og unge."

Lokalsykehus for Nord-Trøndelag samt Roan og Osen kommuner i Sør-Trøndelag

Helse Nord-Trøndelag skal ivareta lokalsykehusfunksjonen for innbyggerne i Nord-Trøndelag og har som mål å ha et likeverdig tilbud til befolkningen.

2. Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2010

2.1 Oppnådde resultater i 2010

- **Kontroll på økonomien, med overskudd ut over konsernets krav.**
Prognose pr. andre tertial på + 43 mill.kr. som gir grunnlag for investeringer i samme størrelsesorden i 2011.
- **Ny "RUS enhet" utbygd og åpnes omkring årsskiftet 2010/2011.**
Tar imot pasienter fra 01.02.2011.
- **Bygging av nytt psykiatribygg på Namsos i slutfasen.**
Nybygget er ferdigstilt og foreløpig tatt i bruk. Nå pågår rehabilitering av gammelt bygg som skal være ferdig 02.05.2011
- **Epikrisetid på over 80 %**
Akkumulert er epikrisetiden på 74 % etter 2.tertial. I 2. halvår har epikrisetiden vært over 80 % i foretaket.
- **Betydelig forskningsaktivitet i forhold til sammenlignbare helseforetak**
 - 33 vitenskapelige artikler er produsert pr. november 2010.
- **Samhandlingen gir resultater**
 - Vedtatt egen strategiplan for samhandling i juni 2010. "Helhetlige helsetjenester – FELLES ANSVAR. En felles strategi for samhandling mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag HF." 21 tiltak i handlingsplanen for 2010 er på god veg til å bli realisert og planlegging for gjennomføring av handlingsplanens 19 tiltak i 2011 er i god gjenge.
 - DMS Stjørdal videreføres med gode resultater og det planlegges nye tilbud for pasienter "på tur inn til sykehus".
 - DMS Inn-Trøndelag på Steinkjer er vedtatt igangsatt av styret i Helse Nord-Trøndelag HF og de samarbeidende kommuner. Planlagt oppstart 01.01.2011.
 - Samhandlingsreformens "vugge": Stortingets reform for økt samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten er sterkt inspirert av løsninger i Nord-Trøndelag



2.2 Utfordringer i 2010

A: Foretaket har et investeringsbehov både i forhold til medisinsk teknisk utstyr og bygninger.

Medisinsk teknisk utstyr

Årlige avskrivninger på eksisterende utstyr ligger på om lag 35 mill kroner. I noen år har investeringsbudsjettet vært saldert på bekostning av midler til nødvendig utstyrsfornyelse. Det har en negativ innvirkning på foretakets øvrige drift og kan ikke fortsette. På dette grunnlag vedtok styret i Helse Nord-Trøndelag HF 18.03.2010 i strategiplanen at det skal avsettes 35 mill kroner årlig til investeringer i medisinsk teknisk utstyr i årene framover.

b. Bygninger

I strategiplanen for Helse Nord-Trøndelag HF er det vedtatt avskrivninger årlig på 55 mill.kr. som skal dekke vedlikehold av bygninger. Dette for å dekke et etterslep på området. Gjennomføres dette vil avskrivninger til bygninger kunne reduseres noe i neste strategiperiode, dvs etter 2016. Imidlertid er det i 2010 brukt langt mindre til vedlikehold av bygninger enn de foreslåtte 55 mill.kr., noe som er en stor utfordring for Helse Nord-Trøndelag HF. På denne måten forvitres realkapitalen over tid.

Helse Midt-Norge RHF har bestemt at midler til utskifting av medisinsk teknisk utstyr skal overlates til HF ene å beslutte fra 2012. RHF styret har også bestemt at overskudd på driften ett år kan brukes til investeringer påfølgende år. Med hensyn til å bruke overskudd på driften til investeringer neste år er det to forutsetninger. Den ene forutsetningen er at administrerende direktør i RHF skal godkjenne investeringen og den andre er at det finnes likviditet i foretaksgruppen (RHF).

B: Rekruttering av spesialister

Innafor de aller fleste områder rekrutterer Helse Nord-Trøndelag i dag bra. Foretaket sliter imidlertid med å få tilsatt nok psykologspesialister og radiologer.

Innafor flere områder er en meget sårbar i og med at det bare er en eller to spesialister som betjener en pasientgruppe. I fremtiden vil det være en kritisk faktor å klare tilførsel av god nok kompetanse innafor flere spesialiteter og fagområder.

C: Overgang fra døgnbehandling til dag- og poliklinikk og vridning av aktivitet

Fra sentralt hold er det klare føringer på at aktiviteten i spesialisthelsetjenesten skal dreies fra døgnopphold til mer dag- og poliklinikkbehandling. Videre er det forutsatt at aktivitetsveksten skal være større innenfor psykisk helsevern og rus enn innenfor somatikk. Det er igangsatt et arbeid for å kartlegge legehjemler som kan flyttes/omprioriteres. Med dagens finansieringsordning er det en utfordring å få til denne dreiningen.

D: Fristbrudd og reduksjon av ventetider



I styringsdokumentet for 2010 er det satt som krav at andel fristbrudd for rettighetspasienter skal reduseres. Dette kravet har Helse Nord-Trøndelag så langt i 2010 oppfylt, men ventetidene er ikke redusert vesentlig, med unntak av innenfor rusbehandling. I løpet av året er det satt et sterkt fokus fra Helse Midt-Norge RHF på at fristbrudd ikke skal forekomme. Helse Midt-Norge RHF har også foreslått at det skal knyttes økonomiske sanksjoner til blant annet denne kvalitetsindikatoren. Samtidig er det krav om at ventetidene skal reduseres.

E: Opprettholde og bedre kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess som må forankres hos ledelsen på alle nivå i tjenesten. Helse Nord-Trøndelag HF har vedtatt en egen kvalitetsstrategi i forbindelse med strategi 2016. Denne følges opp gjennom konkrete tiltak samt at det skal satses på den statlige pasientsikkerhetskampanjen som er igangsatt.

F: Opprettholde og øke kompetansen samt bedre arbeidsmiljøet

Helse Nord-Trøndelag har utarbeidet kompetanseplaner i alle klinikker og jobber nå med å ferdigstille disse planene som skal danne grunnlag for arbeidet på området i årene fremover.

2.3 Andre forhold

Om omdømme

Helse Nord-Trøndelags omdømme er på mange måter en speiling av hvordan foretaket oppfattes i alle møter med omverdenen. Dette gjelder først og fremst flere hundre tusen pasientkontakter årlig, men omdømmet påvirkes også av all kommunikasjon mellom foretaket og andre, inkludert det bildet som tydeliggjøres gjennom mediene.

Det er ikke mulig å opprettholde et godt omdømme over tid, dersom dette ikke harmonerer med organisasjonens indre forhold. En grunnstein i omdømmebygging er derfor en organisasjon som er i stand til å skape et godt arbeidsmiljø og stolthet i organisasjonen.

En rekke andre målinger som berører omdømme gjøres jevnlig. Målingene viser blant annet at

- Helse Nord-Trøndelag har forbedret mediebildet (selv om det er periodevis variasjoner)
- Befolkningen har høyere tillit til offentlige sykehus enn i de aller fleste andre fylker, og kommer lavest på opplevd utrygghet i møte med helsevesenet (Pfizer)
- Helse Nord-Trøndelag skårer høyest i regionen på opplevd totalinntrykk av de fire foretakene med sykehus (Helse Midt-Norge/Sentio)
- Helse Nord-Trøndelag skårer relativt høyt på kvalitets- og driftsindikatorer som rapporteres til eier

Alle målingene brukes på to måter. Helse Nord-Trøndelag skårer høyt i sammenligninger mellom foretak, og synliggjøring av dette bidrar til økt stolthet og selvfølelse i organisasjonen. Samtidig viser alle undersøkelsene rom for forbedring, og kan legges til grunn for forbedringsprosesser i organisasjonen.



DEL II – STYRETS RAPPORT FOR 2010

3.1 Sammendrag styrets rapport 2010

Mål

Styret i Helse Nord-Trøndelag skal utføre pålagte oppgaver og påse at styringskravene blir gjennomført innenfor de rammer og mål som er gitt og de ressurser som blir stilt til rådighet i styringsdokumentet for 2010.

Helhetlig gjennomgående styringssystem i HELSE NORD-TRØNDELAG HF.

Helse Nord-Trøndelag HF har nå et gjennomgående styringssystem som består av felles liste ("matrise") med RHF over alle mål, oppgaver og tilhørende styringsparametere. Alle punktene i matrisen risikovurderes.

Risikostyring og internkontroll skal bli en integrert del av den samlede mål- og resultatstyringen i foretaket. Foreløpig er det et stykke fra at risikovurderinger blir gjennomført til at det utøves helhetlig risikostyring på alle plan i Helse Nord-Trøndelag HF.

Etter 1. - og 2. tertial i 2010 er undervegsrapporteringen fremlagt for styret i Helse Nord-Trøndelag HF og HMN RHF. Ved årsavslutning rapporteres det i ÅRLIG MELDING på alle 117 mål, oppgaver og tilhørende styringsparametere.

I tillegg har Helse Nord-Trøndelag HF samlet grunnlagsdata og utviklet egne styringskort for HF og Klinikker. (Nettbasert)

Systemet er bygd opp med følgende fem områder: (Brukes i egen strategiplan)

- Pasientbehandling
- Kvalitet, fagutvikling og forskning
- Medarbeiderutvikling
- Samhandling
- Økonomi og ressursstyring

Dette gir oss et sammenhengende system fra strategisk til operativt nivå i helseforetaket. Vi bruker de samme hovedområdene både i strategi 2016 og i styringskortene.



Modell for mål- og resultatstyring



Styrets rapport ved årets slutt viser at Helse Nord-Trøndelag HF oppfyller mange viktige resultatkrav og målområder i 2010, men det er også tiltak og resultatmål der nivåsatte krav ikke er innfridd.

Matrise for status risiko og måloppnåelse ved årets slutt 2010 for hele foretaket. (2.tertialtall benyttet på en del styringsparametere. * =Styringsmatrise i virksomhetsportalen.
** =Foretaksprotokoller)

	RØD	GUL	GRØNN	Krav oppfylt JA	Andel % JA
A SM*	4	27	59	59	65
B FP**	0	8	19	22	82
SUM	4	35	78	81	69

Noen generelle kommentarer basert på ”matrisen:”

Også dette året har omstillinger og effektiviseringstiltak som ble satt i verk i 2010 gitt effekt slik at en kan innfri kravet om økonomisk balanse. Ja, ikke bare det; Helse Nord-Trøndelag HF har hatt god styring på økonomien i 2010 og prognostiserer et overskudd på ordinær drift med 43 mill. kroner.



Det prognostiseres en aktivitet på årsbasis som vil ligge ca 10 % lavere enn plantallene for Voksenpsykiatrien og Barne- og ungdomspsykiatrien i foretaket. Avviket skyldes hovedsaklig mangel på fagpersonell. Med pågående tilsetting av personell forventes aktiviteten å øke i tiden framover.

Aktiviteten i psykiatrien har hatt en liten økning fra 2009 til 2010 og kostnadsveksten har vært lavere enn budsjettet. Dette ga en produktivitetsvekst i psykiatrien for 2010 som blant annet utløste de øremerkede midlene som Helse Midt-Norge RHF hadde holdt tilbake. (Om lag 35 mill.kr. for hele Helse Midt-Norge RHF)

Aktiviteten i somatikken blir om lag på nivå med budsjett. Avvik på - 1%.

Fortsatt er ventetiden lang innafor noen områder i Helse Nord-Trøndelag. Det er også utfordringer knytta til å rekruttere spesialister innafor et par fagområder.

Oppgaver/styringskrav som fortsatt er røde:

Punkt 4.1.6 i styringsdokumentet: Andel strykninger av planlagte operasjoner.

Res. 2009 : 8,6 %

Res. akk. pr. 2. tertial 2010 : 7,9 %

Det er gjennomført et utvalgsarbeid for å finne tiltak for å redusere strykninger. Flere tiltak er iverksatt og det er oppnådd en forbedring men målet er ikke nådd. Tiltakene fortsetter i 2011 og vi forventer en effekt og måloppnåelse i løpet av 2011.

Punkt 5.3.4 i styringsdokumentet: Antall årsverk for leger, legespesialister og psykologer i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (mål: skal økes).

I forbindelse med ny rusenhet prioriterer psykiatrisk klinikk flere ressurser i form av LIS lege og psykiater til ARP. Ny psykolog er også tilsatt.

Det kreves imidlertid nye legehjemler til Psykiatrien. Alle LIS leger og spesialisthjemler er besatt. Krever at Ruslidelser blir en del av utdanningskravet til psykiater eller egen spesialitet.

Adm.direktør har igangsatt et arbeid for å få kartlagt alle legehjemler i foretaket med hensyn på vakanser, overførte og lånte hjemler, samt hjemler som ikke er i bruk. Dette vil danne grunnlag for omprioritering av ressurser.

Punkt 5.4.1 i styringsdokumentet: Realisere regional plan for helhetlig habiliterings-/rehabiliteringstilbud til hørselshemmede, noe som blant annet vil kreve avtale mellom de ulike helseforetak og alle kommuner i aktuelle geografiske område

Vi må dessverre rapportere at oppdraget ikke vil bli fullført i 2010, men ambisjonen er fullføring i løpet av 2011.

Punkt 5.4.2 i styringsdokumentet: Avdelinger som ivaretar rehabilitering skal som en del av driften utføre ambulerende tjenester.



Som beskrevet i eget vedlegg til oppdraget så er det ressurskrevende både økonomisk og personellmessig å opprette ambulerende team. Dagens finansiering av ambulerende team tar ikke høyde for utgiftene. For å opprette ambulerende team er det en forutsetning at finansieringen av dette tilbudet styrkes og at det må tilføres personellressurs. Uten økte ressurser må noen av dagens tilbud legges ned. Dette vil bli vurdert i 2011.

Kommentarer i forhold til månedlig rapportering:

Styret har satt seg som mål å arbeide systematisk gjennom året for å innfri styringskravene, med fokus og rapportering på 4 hovedområder: (Månedlig rapportering)

Hovedområder	Styringsindikatorer det er rapportert på
Drift	Økonomisk resultat, Aktivitet, Utvikling månedsverk
Kvalitet	Korridorpasienter, Strykninger fra operasjonsplan, Gjennomsnittlig ventetid, Andel fristbrudd, Ventetid vurdering BUP
Medarbeider	Sykefravær, Andel ventetid
Samhandling	Epikriser sendt ut innen 7 dager, Poliklinikknotat sendt ut innen 7 dager, Liggedøgn utskrivningsklare pasienter, Andel utskrevne pasienter før kl.13.00

Områder med særskilt fokus

- *Psykisk helsevern*

For å samle fagmiljø og videreutvikle pasientbehandlingen ble det i 2009 igangsatt utbygging ved Sykehuset Namsos. Psykiatriutbyggingen går etter planen og nybygget ble tatt i bruk på slutten av 2010. Det pågår nå oppussing av gamle lokaler ved psykiatrisk klinikk i Namsos.

Det er også behov for en ombygging på Levanger for å kunne møte kravet om enerom til alle.

- *Tverrfaglig spesialisert Rusbehandling*

I løpet av 2010 er det istandsatt nye lokaler for en ruspost ved Sykehuset Levanger. Dette i et samarbeid med Rusbehandling Midt-Norge. Enheten har ansatt nye fagfolk og vil være klar til å ta i mot pasienter tidlig i 2011.

- *Rehabilitering*

I Helse Nord-Trøndelag har en opprettet ett felles inntakskontor for rehabilitering. Målet er at rehabilitering starter første dag etter innleggelse. Slagbehandlingsskjeden er ett av flere eksempler som kan nevnes.

Etter Helse Midt-Norges nye avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner har en i Nord-Trøndelag fått færre plasser i de private institusjonene.

- *Samhandling med kommunene*

En rekke samhandlingstiltak er satt i verk de siste årene og flere planlegges

- DMS Stjørdal ble opprettet som et samarbeidsprosjekt med Stjørdal kommune og har tidvis fungert som et "Nasjonalt referanseprosjekt". Nå vil en vurdere ytterligere muligheter blant annet i forhold til pasienter som er på veg inn til sykehus. Det pågår evaluering av tilbudet gjennom et eget doktorgradsprosjekt.



- Et tverrfaglig utdanningsopplegg i samarbeid med kommunene i Namdalen og HINT, EINA har fungert i flere år. Nå arbeides det for å få til en tilsvarende ordning i sørdelen av fylket gjennom et eget prosjekt.
- Innafor flere områder er det opprettet ambulante team som samarbeider med kommunene. Eksempelvis innafor både voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien.
- DMS Inn-Trøndelag med 16 intermediære senger åpnes ved begynnelsen av 2011.
- Midtre Namdal Samkommune planlegges med utgangspunkt i Namsos, Overhalla, Namdalseid og Fosnes kommuner. Her foreslås en rekke samhandlingstiltak og helseforetaket forutsettes å være samarbeidspartner.
- Helse Nord-Trøndelag har utviklet en egen samhandlingsstrategi i samarbeid med kommunene gjennom Samarbeidsutvalget. Planen med handlingsretta tiltaksforslag ble vedtatt i juni 2010.

Brukermedvirkning

Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag har hatt regelmessige møter og gitt innspill. En representant for brukerutvalget har møtt i styremøtene i Helse Nord-Trøndelag HF. Psykiatrisk klinikk har prøvd ut og har opprettet et permanent brukerforum.

Brukerrepresentanter har bidratt med sin kompetanse i ulike utvalg og komiteer.

3.2 Intern kontroll og ledelsens gjennomgang i 2010

Ledelsen skal, minst årlig, gjennomgå systemet for kvalitetsstyring for å sørge for at det fortsatt er hensiktsmessig, tilstrekkelig og virker effektivt. I dette inngår også en ledelsens gjennomgang av styringssystemet for informasjonssikkerhet i helseforetaket. Det forutsettes at det gjennomføres et seminar for foretaksledelsen i oktober.

Gjennomgangen omfatter ikke økonomisystemene.

Administrerende direktør holdt "Ledelsens gjennomgang" 06.04.2010. (Forberedende møte i mars)

Gjeldende forutsetninger og bakgrunn

Vurderingene bygger på myndighetskrav, bla.: Spesialisthelsetjenesteloven, Helsepersonelloven, Pasientrettighetsloven, Journalforskriften, Personopplysningsloven, Arbeidsmiljøloven med tilhørende internkontrollforskrift, samt Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten.

Det følger bla. av gjeldene lover, forskrifter og interne krav at kvalitets-/internkontrollsystemet skal gjennomgå med faste mellomrom, for å se om det er hensiktsmessig og om de mål foretaket har satt, blir innfridd. Videre forsterkes dette kravet gjennom ISO-sertifisert enheter og akkreditert enhet.

Ledelsens gjennomgang tar først og fremst utgangspunkt i:



- Gjennomførte interne og eksterne revisjoner
- Gjennomførte ROS-vurderinger
- Prosessytelse og produktoverensstemmelse
- Referat fra Kvalitetsutvalget
- Tilbakemeldinger eksternt og internt
- Gjennomført avvikshåndtering
- Referat fra Arbeidsmiljøutvalgsmøtene

I tillegg inngår overordnede styrende dokumenter så som Styringsdokument 2010, Strategi 2016, herunder Kvalitetstrategi 2010 - 2016 og interne krav, resultater av eksterne tilsyn, samt interne revisjoner og revisjoner hos leverandører. Avviksmeldinger, kvalitetsutvalgets årsrapport og klager er også en del av grunnlaget

Ledelsens gjennomgang skal vurdere blant annet følgende:

- Er målene nådd?
- Er målene hensiktsmessige for å belyse kvaliteten på tjenestene?
- Tiltak som skal gjennomføres, ansvar og tidsfrister for gjennomføring og evaluering
- Tiltak for oppfølging fra ledelsens tidligere gjennomganger
- Ledelsen skal også foreta vurdering av eventuelle endringer i offentlige sikkerhetskrav som gjelder for helseforetaket, og vurdering av eventuelle behov for endring i informasjonssystemets organisering.

Kvalitetsrevisjoner som er gjennomført i henhold til planer:

Internrevisjoner

Det er i 2010 utført revisjoner i henhold til krav i lover og forskrifter, samt interne krav.:

- Foretaksnivå 4 revisjoner
- Psyk. klinikk 8 revisjoner
- Avd. for lab.med. 4 revisjoner
- Ressursstyring – oppgaver, Eiendom, Sykehuset Namsos (SHN)
- Samsvar mellom ressurser – oppgaver, Kjøkken Sykehuset Levanger (SHL)
- Sertifiseringsrevisjon Sterilsentralen
- Ledelsesprosessen, bruk av kvalitetssystemet. For kompetanse og opplæring (10 revisjoner)
- Avd. for laboratoriemedisin (8 revisjoner)

ROS-vurderinger

- Strømforsyning M- og B-bygget, Sykehuset Levanger
- Ephorte (saksbehandlersystem)
- Avdelingssykepleiers ansvar, Med.avd. SHL
- Kirurgisk mottak SHN – sykepleierbemanning
- Gynekologisk og Kreftpolikl. SHN



- Syketransport – Lenes bussreiser
- Post/Arkiv – implementering
- Ambulansetjenesten i norddelen av fylket
- Makulering av papir

Eksterne revisjoner/systemtilsyn

En rekke eksterne myndighetsutøvere fører omfattende tilsyn med ulike områder av helseforetakets virksomheter. I løpet av 2010 har en rekke instanser gjennomført revisjoner/system-tilsyn:

- Norsk akkreditering: Avd. for laboratoriemedisin (NS-EN/ISO 17025)
- Statens Helsetilsyn:
 - o Blodbank: Gjennomgang av dokumenter og prosedyrer
 - o Fødeavd.: Mottak, oppfølging, akuttsituasjoner
 - o Akuttmottakene: Oppfølgingstilsyn av mål- og aktivitetsstyring
 - o Psyk. klinikk: Akuttpsykiatritilbudet
- Statens legemiddelverk: Blodbank – system
- Helse Midt-Norge: Styring/kontroll med stillinger og bemanning
- Mattilsynet: Kjøkken (Kir.SHL, Med SHL, Gyn/Føde SHN, DPS Kolvereid)
- Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap: El.anlegg og elektromed.utstyr
- Branntilsyn:
 - o SHN
 - o Juledekor med lys
- Det Norske Veritas:
 - o Psyk. klinikk: ISO-sertifisering
 - o Sterilsentral: ISO-sertifisering
- Baxter AS: Blodbank: Godkjenning som plasmaleverandør
- Arbeidstilsynet: Psyk. avd. post 1 SHL: Inneklima
- Riksrevisjonen: Økonomistyring

Det fremkommer gjennom avviksmeldinger, tilsyn fra myndighetene, interne revisjoner at kunnskapen om internkontrollkravene og etterlevelse av gjeldene prosedyrer ikke alltid er gode nok.

Videre oppfølging er inndelt i følgende tema; målsatt og med tiltak.

A HMS

- 1 HMS-arbeidet skal brukes aktivt for å øke arbeidsgleden og sikre HNTs leveringsevne fortløpende
- 2 Linjeledelsen skal ha aktiv og målrettet bruk av BHT i HMS-arbeidet og risiko- og sårbarhetsanalyser, fortløpende
- 3 Vurdere verneombudsområdene, 3. kvartal 2010
- 4 Sikre at opplæring i bruk av medisinsk utstyr er dokumentert for alle yrkesgrupper, 2. kvartal 2010



- 5 Utarbeide plan for gjennomgang av forhold som påvirker foretakets leveringsevne 3. kvartal 2010
- 6 Redusere sykefravær som følge av skader/forhold på arbeidsplassen, fortløpende

B Pasientrelatert kvalitet

- 1 Kvalitetssikre internkontrollsystemet for legemiddelhåndtering, 4. kvartal 2010
- 2 Forbedre registreringen og oppfølgingen av behandlingskomplikasjoner, 3. kvartal 2010
- 3 Oppnevne kvalitetsveiledere på klinikkene, 2. kvartal 2010
- 4 Bruke registreringer aktivt i kvalitetsforbedring, 3. kvartal 2010
- 5 Systematisk journalanalyse, 3 kvartal 2010
- 6 Bruke "Triage" aktivt for prioritering av pasienter i mottakelsene, 4. kvartal 2010

C Informasjonssikkerhet

- 1 Nødvendige rutiner må utarbeides og ressurser avsettes til å ta i bruk loggsystem for DocuLive, samt sikring av overholdelse av Helsepersonellovens 21a og Helseregisterlovens 13a, fra det tidspunkt systemet er tilgjengelig
- 2 Systemer/løsninger må ikke tas i bruk før risikovurderinger er gjennomført og, som en følge av dette, eventuelle nødvendige risikoreducerende tiltak er iverksatt, fra dags dato

D Avviksbehandling

- 1 Kriterier for melding av avvik må gjennomgås med de ansatte, fortløpende
- 2 Avvikshendelser siden forrige møte bør være fast tema på avdelingsmøter, 3. kvartal 2010
- 3 Etablere rutiner for elektronisk avviksbehandling innen 31.12. 2010

Det ble utarbeidet handlingsplan som ble fremlagt ifm ledelsens gjennomgang. Denne er fulgt opp for å lukke avvik og få til erfaringsoverføring og læring i organisasjonen.

Revisjons- og tilsynsrapporter vil nå fremlegges løpende for styret i Helse Nord-Trøndelag HF som saker.

Det er en klar erkjennelse av at metode for risikostyring gjør at en kommer i forkant av utfordringene. Metoden er også brukt som et verktøy for å bedre samhandlingen med en del av våre leverandører.

DEL III – STYRETS PLANDOKUMENT

I denne delen redegjøres på mer generelt grunnlag for de utviklingstrekkene en ser og de forventede ressursmessige konsekvensene av dette i form av økonomi, personell og spesialkompetanse. Kapittel 4 redegjør for styrets planer for å møte utviklingen.



4 Utviklingstrender og rammebetingelser

4.1 Utviklingstrender

Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn følgende fire hovedutfordringer for helsetjenesten de neste 10 år: (Vedtatt i styret for Helse Midt-Norge RHF sak 62/2010)

- 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

Folketallsutvikling 1.1.2010 – 1.10.2010 <http://www.ssb.no/folkendrkv/>

Folketall pr 1.1.2010 og pr 1.10.2010 og endringer i perioden.

	Folketall 1.1.2010	Fødsels- overskud	Innflytting Utlandet	Netto flytting	Folke- tilvekst	Folketall 1.10.2010
Møre og Romsdal	251 262	505	2907	1567	2072	253 334
Sør-Trøndelag	290 547	1192	3013	1767	2959	293 506
Nord-Trøndelag	131 555	154	852	133	387	131 842

Sør-Trøndelag har størst befolkningsvekst i regionen i perioden. Snart 3000 (1,02 %) Nord-Trøndelag har en økning på knapt 400 (0,29 %). Sør-Trøndelag har også størst nettoinnflytting (flere flytter inn enn ut) og størst innflytting fra utlandet.

I forbindelse med strategiarbeidet i Helse Nord-Trøndelag er det pekt på følgende utviklingstrender

Befolkningens sammensetning og behov endres

- Fra 2008 til 2020 vil antall personer fra 67-79 år øke med 50% og personer over 80 år med 1.8%
- Fra 2008 til 2030 vil økningen for tilsvarende grupper være henholdsvis 72% og 48%
- I Nord-Trøndelag er det i perioden frem til 2020 beregnet en total befolkningsvekst på 5.7%, med en vekst i sentrale bykommuner og nedgang i distriktskommuner med relativ økning av eldre mennesker
- Vi vil få flere mennesker med ikke-europeisk kulturbakgrunn
- Vi vil få et økende antall mennesker med kroniske sykdommer (kreft, diabetes, demens, overvekt, hjerneslag, KOLS, leddsykdommer,
- Vi vil ha flere eldre pasienter som har flere sykdommer og sammensatte og langvarige behov for helse og omsorgstjenester
- Vi vil få en økning av barn og unge med psykiske og adferdsmessige problemer



- Vi vil få flere mennesker med rusmiddelmisbruk og flere med psykiske, psykososiale og sammensatte lidelser
- Vi vil ha en sannsynlig etterspørselsvekst på 1,5% årlig pga nye medisinske muligheter og økte forventninger

Pasientrollen endres

- Ansvar for egen helse og egenomsorg vil bli vektlagt
- Innbyggerne vil ha større tilgang på informasjon om helse og sykdom
- Pasientene vil ha større brukermedvirkning
- Pasientene vil stille større krav til kompetanse, tilgjengelighet, informasjon, service og valgfrihet
- Pasientene vil få større mulighet for elektronisk kommunikasjon med helsetjenesten
- Vi vil ha aktive brukerorganisasjoner

Den faglige og teknologiske utvikling vil fortsette

- Vi vil fortsatt ha en utvikling innen genteknologi, farmakologi, diagnostiske hjelpemidler og behandlingsmetoder
- Det vil bli krav til standardisering av pasientforløp/behandlingslinjer
- Det kan forventes en ytterligere faglig spesialisering
- Det vil bli større integrasjon mellom klinikk og elektroniske journal- og informasjonssystemer
- Det vil bli større krav til logistikk og informasjonsflyt
- Det vil utvikles nettverkssamarbeid mellom sykehus om spesialfunksjoner basert på telekommunikasjon
- En større grad av pasientdokumentasjonen blir digitalisert og kan overføres elektronisk mellom kommunchelsetjeneste og sykehus

Forskning, kompetanse og kvalitetsutvikling

- Det vil bli større krav til dokumentert kvalitet i enhetene i helsetjenesten
- Flere nasjonale faglige retningslinjer vil bli utarbeidet
- Forskning og fagutvikling forventes å være en integrert del av avdelingenes virksomhet
- Avdelingene forventes å ha kvalitetssystemer/ være sertifisert
- Det vil bli større krav til forskning og kompetanse innen fagområder som psykiatri, rus, rehabilitering, helsepedagogikk, pasient- og pårørende opplæring
- Det vil bli mer forskning og samfunnsmedisinsk kompetanse i primærhelsetjenesten

Medarbeidere i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor

- Befolkningsendringen fører til en generell mangel på arbeidskraft
- Tilgangen på sykepleiere, fysioterapeuter og bioingeniører blir liten
- Flere kvinner enn menn blir leger. Kvinnelige leger velger andre spesialiteter enn menn
- Det vil bli krav om minst 6 legespesialister i en døgkontinuerlig vakt
- Det vil bli en økende internasjonalisering av arbeidskraften i helsetjenesten

Struktur og organisering av helsetjenesten virker inn



- Samhandlingsreformen vil føre til større grad av samhandling mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste
- Flere pasienter vil bli behandlet i distriktsmedisinske sentra og andre kommunale institusjoner
- Flere pasienter vil bli behandlet i poliklinikk og dagavdeling som alternativ til innleggelse
- Nytt av multidisiplinært samarbeid mellom flere spesialiteter, samt positiv sammenheng mellom volum og kvalitet vil kreve en samling av en del medisinske funksjoner på færre enheter.
- Det vil bli færre avdelinger med døgnvakt med legespesialister
- Psykiatri og rus vil bli prioritert foran somatikk
- Den prehospitale akuttmedisin (ambulans/helikopter) vil bli styrket
- Kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten vil bli utfordret på å samarbeide med andre samfunnsområder om helsefremmende og forebyggende arbeid

4.2 Økonomiske rammeforutsetninger

Helse Nord-Trøndelag har fått bevilget om lag 2200 mill.kr for 2010. Foretaket fikk et krav om økonomisk balanse i 2010. Pr. 2. tertial er det prognostisert et overskudd på 43 mill.kroner.

I 2010 har Helse Nord-Trøndelag styrt etter et budsjett med behov for omstillingstiltak på 58,4 mill.kr. for å komme i balanse. Pr. andre tertial ser det ut som en vil kunne klare om lag 50 mill.kr. Videre er det vedtatt i strategi 2016 at det vil være behov for å effektivisere driften med 1,5 % av brutto driftsutgifter årlig. (Om lag 30 mill.kr. årlig.) I henhold til egen strategiplan (vedtatt av styret 18.03.10) er frigjorte midler gjennom slik effektivisering tenkt benyttet til å videreutvikle pasienttilbudet i eget foretak.

For å kunne gjennomføre nevnte årlige effektivisering vil det være nødvendig med noen bygningsmessige investeringer. Behovet for investeringsmidler skal kunne dekkes innen rammen for foretakets avskrivningsmidler (om lag 90 mill kroner pr. år), og det vil derfor ikke være behov for lånefinansiering av investeringene.

I tillegg har Helse Midt-Norge RHF stilt krav om en årlig effektivisering på to prosent. HMN skal ivareta "sørge for"-ansvaret for innbyggerne i regionen innen tildelte økonomiske rammer. Basert på erfaringstall for dagens behovsdekning og prognoser for utvikling i befolkningsstørrelse og sykkelighet er det forventet en aktivitetsvekst på 2 – 3 % pr. år i langtidsbudsjettperioden i Midt-Norge.

Det arbeides 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 med 16 intermediærseenger og polikliniske tilbud.

Gjennom foretakstyrets vedtak i sak om strategi 2016 er det prioritert konkrete tiltak knyttet til pasienttilbud, forskning og fagutvikling.



Tabellen nedenfor viser oversikt for årene 2011 og 2012 (alle tall er endring i forhold til foregående år): som ble oversendt HMN RHF i forbindelse med LTB 2011-2016.

Tabellen viser noe av prioritert behov og er ikke vedtatt av styret i Helse Nord-Trøndelag HF.

Prioritet	HELSE Nord-Trøndelag HF – Drift (i 1000 kroner)	2011	2012
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	- 1 000
5	Styrking av samhandling og forebygging, jf. foretakets strategiplan	- 2 000	
6	Overgang fra prosjekt til ordinær drift for familieambulatoriet (BUP)	- 3 000	
7	Økt vedlikehold av bygninger til 200 kr pr. kvm, andel over drift er anslått til 25 %	- 1 000	
8	Dekke etterslep vedlikehold bygninger med 278 kr pr. kvm i tillegg, andel over drift er anslått til 25 %	- 7 000	
9	Styrking av nevrologitjenesten i foretaket		- 3 000
	Endring i årsresultat som følge av ny aktivitet	- 31 000	- 4 000

Den økonomiske effekten av vedtatte og foreslåtte nye driftstilbud innebærer at årsresultatet vil bli redusert med 31 mill kroner i 2011 og med ytterligere 4 mill kroner i 2012.

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.

INVESTERINGER

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

Følgende investeringsbudsjett er foreslått i LTB 2011-2016 for HNT de nærmeste årene:



Prioritet	HELSE Nord-Trøndelag HF – Investeringer (i 1000 kroner)	2010	2011	2012	2013
	Finansielle anleggsmidler				
1	Egenkapitalinnskudd KLP	5 000	6 000	6 000	6 000
	Utstyr m.v.				
2	Medisinsk-teknisk og teknisk utstyr	18 000	35 000	35 000	35 000
	Prosjekter og bygningsmessige investeringer				
3	Div. vedlikehold/rehabilitering, inkl. HMS, andel inv. 75 %	5 100	15 000	15 000	15 000
4	Samlokalisering psykiatri, Namsos	50 000	19 000		
6	Hjerteovervåking/intensiv, Levanger			25 000	
5	Vedlikehold bygninger, innhente etterslep, andel inv. 75 %		21 000	21 000	21 000
7	Diverse psykiatri (nybygg rus, flytte Betania-pas.)				30 000
8	Utviklingsplan Namsos (operasjon/intensiv m.v.)				
9	Utbyggingsplan Levanger (fys.med., rehab., hab., BUP m.v.)				
	Sum totale investeringer	78 100	96 000	102 000	107 000

EFFEKTIVISERINGS- OG OMSTILLINGSTILTAK

Realistisk omstillingsnivå

HNT har i mange år arbeidet med effektivisering av foretakets drift. Fra 2001 til 2008 har HNT forbedret den relative kostnadsindeksen i SAMDATA med 15 % -poeng.

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

Ytterligere kommentarer til nivå på medisin teknisk utstyr (MTU), IKT og bygningsmessig vedlikehold

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



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

Personell og kompetanse

Helse Nord-Trøndelag HF er den klart største bedriften i fylket med om lag 2500 medarbeidere. Totalt er det pr.oktober d.å. 2257 årsverk.

Tabell over årsverktutvikling fire siste årene:

Måned/år	Oktober 2007	Oktober 2008	Oktober 2009	Oktober 2010
Årsverk	2209	2223	2257	2257

Pr. oktober var det planlagt brukt: 22578 månedsværk

Resultatet viste: 22582 månedsværk

Overforbruk på: 4 månedsværk

Oppgavefordeling, arbeidsprosesser og samarbeidsrelasjoner er i stadig endring. Dette gjelder både på tvers av fag, enheter og nivåer. En realisering av intensjonene i samhandlingsreformen vil innebære en fortsatt omstilling i samme retning.

Det er utarbeidet egne kompetanseplaner med veiledere som skal brukes i alle enheter i Helse Nord-Trøndelag HF.

I forbindelse med strategiarbeidet i Helse Nord-Trøndelag HF ble det arbeidet med seniorpolitikk, ufrivillig deltid og sykefraværproblematikken.

Ufrivillig deltid i foretaket skal reduseres og det vil bli fremmet forslag på tiltak for å redusere andelen med ufrivillig deltid. Tiltaksplanen for å redusere uønsket deltid skal være et ledd i arbeidet med bemanningsplanlegging. Helse Nord-Trøndelag vil i strategiplanoppfølgingen utarbeide handlingsplan for seniorpolitikken i foretaket med utgangspunkt i Helse Midt-Norges HR strategi. Sykefraværproblematikken og IA-arbeidet taes videre gjennom eget IA-prosjekt.

FoU-strategien for Helse Nord-Trøndelag er revidert i forbindelse med strategiarbeidet i 2010.



4.3 Andre utfordringsområder

Andre utfordringsområder som er beskrevet i styrets rapport er at flere pasientgrupper venter for lenge på behandling og at det er for mange pasienter som opplever fristbrudd.

5 Helseforetakets strategier og planer

Denne delen beskriver helseforetakets arbeid med omstilling, organisatoriske grep m.v. for å oppfylle vedtatte regionale strategier.

5.2 Bakgrunn

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok i sitt møte 24.06.2010 strategi 2020.

Følgende 5 strategiske mål for perioden ble vedtatt:

- 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

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF vedtok sin strategiplan, STRATEGI 2016, i sitt styremøte 18.03.2010.

I tillegg vedtok styret i Helse Nord-Trøndelag HF egen samhandlingsstrategi 17.06.2010.

./.. Begge strategiplanene vedlegges årlig melding 2010 som viktig premiss for planarbeidet i Helse Nord-Trøndelag HF.

5.3 Strategier og planer

9 av 26 vedtakspunkt fra styrevedtaket i forbindelse med strategi 2020 i Helse Midt-Norge RHF skal gjennomføres av de enkelte HF:

Det gjelder følgende punkter i vedtaket:

4. Styret for Helse Midt-Norge RHF forutsetter at foretakene i regionen bidrar aktivt til å gjennomføre samhandlingsreformen i tett dialog og parallellitet med kommunene.
5. Styret for Helse Midt-Norge RHF ser det som nødvendig å styrke kapasitet og kompetanse i tilbudet til de store pasientgruppene. Dette innebærer en omfordeling mellom fagområder, og vil ha som konsekvens at ressursene til forskning prioriteres i samme retning.
6. Styret vedtar at tilgjengelig kompetanse i størst mulig grad benyttes til aktiv pasientbehandling. Bruken av passiv vakt og beredskap må gjennomgås i alle foretak og skal reduseres i alle sykehus.
7. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar å tilrettelegge for et bredt desentralisert helsetjenestetilbud til de store pasientgruppene. Alle sykehus skal ha døgnberedskap for



indremedisin og et bredt desentralisert poliklinisk tilbud. Sykehusene skal ha en særlig fokus på tilbudet til kronisk syke, og skal være hovedarena for samhandling med kommunene.

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 helhetlig svangerskaps-, føde- og barselomsorg i tråd med nasjonale anbefalinger. HMN RHF er ansvarlig for å utarbeide en helhetlig plan for tilbudet sammen med kommunene.

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

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

Fødestuer må vurderes som et alternativ, også ved store sykehus. Fødestuer kan ikke inngå i fødetilbudet før avtaler om forsvarlige følgetjenester er inngått med kommunene. Det skal ikke gjennomføres endringer i fødetilbudet før den regionale planen for fødselsomsorg er vedtatt og godkjent av Helse- og omsorgsdepartementet.

13. Styret for HMN RHF ber adm. dir. utvikle helhetlige pasientforløp for de som har behov for sammensatte tjenester fra rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk. Styret ber adm.dir. iverksette en prosess for å øke integrering og samhandling mellom rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk.
17. Styret for HMN RHF legger til grunn at virksomheten legger til rette for aktiv brukermedvirkning i behandling og på systemnivå.
24. Spesialisthelsetjenesten må ta medansvar for forebyggende helsearbeid samt habilitering/rehabilitering i et gjensidig forpliktende samarbeid med kommunene, fylkeskommunene og brukerne.



Det er også vedtatt åtte regionale prosjekter i forbindelse med strategi 2020:

De åtte prosjektene er:

- Organisering av prehospitale tjenester
- Utvikling av helhetlige pasientforløp for sammensatte tjenester
- Kompetanse og kapasitet
- Etablering av kvalitetskultur i Helse Midt-Norge RHF
- Strategi for universitetssykehusfunksjonen
- Tilbudet til syke barn
- Organisering av mindre fag (HF + private)
- Organisering av elektiv kirurgi i Helse Midt-Norge

Sju av prosjektene har en HF - direktør som prosjekteier.

Sluttlig er det definert ni/ti oppgaver som rene RHF oppdrag med bakgrunn i styrevedtaket på strategi 2020.

Alle disse prosjektene vil kunne få betydning for utviklingen av spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag og må hensyntas i videre planlegging.

I strategi 2016 har styret i Helse Nord-Trøndelag HF foretatt en statusbeskrivelse. Videre er hovedoppgaver, visjon og verdier beskrevet.

Helse Nord-Trøndelag har valgt følgende fem målområder:

- 1. Pasientbehandling**
- 2. Kvalitet, fagutvikling og forskning**
- 3. Medarbeiderutvikling**
- 4. Samhandling**
- 5. Økonomi og ressursstyring**

Innenfor hvert av de fem målområdene er det formulert ett overordna mål.

Det er så skissert strategier som formuleres som satsingsområder for Helse Nord-Trøndelag. Mulige styringsindikatorer er også lista opp innafor hvert av de fem målområdene.

Gjennom mål, strategier og tiltak synliggjøres hvordan Helse Nord-Trøndelag HF vil møte de grunnleggende og store utfordringene gjennom konkret handling i hverdagen. Strategiplanen omfatter derfor både langsiktige tiltaksområder og avgrensa konkrete tiltak med beskrevet aktivitet, ansvar og tid for gjennomføring.



Her gjengis de mål og strategier som er vedtatt av styret i Helse Nord-Trøndelag HF 18.03.2010: (Strategiplanen er vedlagt Årlig melding. Her fremgår også hvilke konkrete tiltak som er foreslått iverksatt.)

Målområde 1 : Pasientbehandling

Mål:

- Våre tjenester skal være tilgjengelige, punktlige og preges av kvalitet, trygghet og respekt

Strategi 1.1:

All pasientbehandling skal være basert på kunnskapsbasert praksis; dvs forskning, klinisk erfaring og brukerkunnskap.

Strategi 1.2:

Sikre pasienter i Helse Nord-Trøndelags opptaksområdet nødvendig akuttberedskap og likeverdig spesialisthelsetjeneste for samme type lidelse

Nr.	Delstrategi
1.2 A	Akuttberedskapen i Helse Nord-Trøndelag skal revideres i perioden og samordnes med øvrige sykehus i Helse Midt-Norge.
1.2 B	Prehospitale tjenester (ambulansetjenesten) videreutvikles og det bør vurderes overtakelse av ambulansetjenesten.
1.2 C	Små fagmiljøer samles for å gi et bedre kvalitativt tilbud til flere pasienter, samt sikre kontinuitet i vaktberedskap. (Sees i lys av den regionale oppgave- og funksjonsfordelingen.)

Strategi 1.3:

Pasienter og pårørende skal tilbys informasjon, veiledning og opplæring slik at de kan delta i valg av behandlingstilbud og ivareta sine interesser og mestre sin livssituasjon.

Strategi 1.4:

Pasienten skal sikres god flyt og punktlighet i utrednings- og behandlingsprosessen

Mulige styringsindikatorer for oppfølging av målområdet:

• Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter og nasjonale ventetidskrav
• Fristbrudd (Brudd på behandlingsfrist og brudd på vurderingsfrist)
• Brudd på timeavtaler (Timeavtaler skal holdes)
• Andel pasienter som er vurdert innen 30 virkedager
• Nasjonale og regionale kvalitetsregistre (Kreftregister, infeksjonsregister)



• Strykninger fra det elektive operasjonsprogrammet
• Korridorpasienter
• Preoperativ liggetid
• Andel pasienter som gis rett til nødvendig helseshjelp
• Brukerundersøkelser (se også kvalitetsstrategien)
• Avviksmeldinger og klager
• Andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan
• Prevalens av sykehusinfeksjoner
• Andel tvangsinnlagte i psykisk helsevern

Målområde 2 : Kvalitet, fagutvikling og forskning

Mål: Kvalitet i alle ledd

Kvalitet, fagutvikling og forskning i Helse Nord-Trøndelag HF er å levere tjenester til våre pasienter og andre samarbeidspartnere som:

- Tilfredsstiller lovverket
- Er vitenskapelig baserte
- Er virkningsfulle
- Oppleves som trygge

Strategi 2.1:

Styrking av kvalitetskultur og gjennomføringsevne på kvalitetshevende tiltak.

Strategi 2.2:

ISO 9001 sertifisere Helse Nord-Trøndelag HF med underliggende enheter innen 2016.

Strategi 2.3:

Vedlikeholde, sikre og heve kompetansen til alle ansatte i tråd med vedtatte mål og strategier

Strategi 2.4:

Implementering av Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag sine gjeldende FoU strategiplaner.

Mulige styringsindikatorer for oppfølging på målområdet: (Flere av styringsindikatorerne på pasientbehandlingsområdet er også relevant på kvalitetsområdet.)

• Andel ledere som har utarbeidet kompetanseplaner
--



• Antall vitenskapelige artikler/publikasjonspoeng godkjent av NIFU-STEP
• Brukerundersøkelser med handlingsplaner for oppfølging av resultat.
• Bruksfrekvens kvalitetssystem.
• Andel ledere som har gjennomført lederutviklingsprogram

Målområde 3 : Medarbeiderutvikling

Mål:

- Kompetente medarbeidere som er engasjert i jobben

Strategi 3.1:

Kompetanseutvikling i henhold til våre satsingsområder

Strategi 3.2:

Rekruttere, utvikle og beholde ansatte

Strategi 3.3:

Medarbeidere som deltar aktivt i forbedringsarbeid

Strategi 3.4:

Kontinuerlig lederutvikling

Strategi 3.5:

Bruke HMS-arbeidet aktivt for å øke arbeidsgleden.

Mulige styringsindikatorer for oppfølging av målområdet:

• Medarbeidersamtaler
• Forbedringsprosjekter
• Svarprosent Arbeidsmiljøundersøkelsen
• Sykefravær

Målområde 4 : Samhandling

Mål:

- Befolkningen opplever en god og sammenhengende helsetjeneste



Strategi 4.1:

Utvikle felles samhandlingsstrategi med kommunene innen 1. juni 2010 gjennom Samarbeidsutvalget

NB: Samhandlingsstrategi ble vedtatt av styret i Helse Nord-Trøndelag HF 17 juni d.å. og vedlegges årlig melding 2010.

Strategi 4.2:

Vi skal være koordinert internt og i samhandlingen opp mot andre i helsetjenesten

Strategi 4.3:

Vi skal ta en aktiv rolle i videre utvikling av samhandling med kommunene, rehabiliteringsinstitusjonene og andre aktører i helsetjenesten

Strategi 4.4:

Vi skal arbeide for systematisk, gjensidig kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunchelsetjenesten

Styringsindikatorer utvikles i samarbeid med kommunene i det videre strategiarbeidet.

Mulige styringsindikatorer for oppfølging av målområdet kan for eksempel være:

• Innleggelsesrate
• Epikriser
• Utskrivningsklare pasienter
• Reinnleggelser som øyeblikkelig hjelp innen 30 døgn (unntatt ”åpen retur”)
• Prosentandel henvisninger besvart med time/dato innen 14 dager
• Andel utskrevne pasienter før kl.13.00

Målområde 5: Økonomi og ressursstyring

Mål:

- Økonomi- og ressursstyring som gir kvalitet og effektivitet i tjenestene, innen disponible økonomiske rammer. Helsepolitiske prioriteringer ligger til grunn.

Strategi 5.1:

Det utarbeides langsiktige investeringsstrategier som sikrer at bygg og utstyr opprettholdes og tilpasses nye oppgaver og behov.



Delstrategier 5.1.:

Nr	Aktivitet	Kostnad	År
5.1.1	Nytt Psykiatribygg, Sykehuset Namsos	70 mill.kr.	2010 og 2011
5.1.2	Sammenslåing Intensiv/Hjerteovervåking Sykehuset Levanger (inklusive større utstyr)	30 mill.kr.	2011 og 2012
5.1.3	Avskrivninger årlig på 55 mill.kr. som dekker vedlikehold av bygg	55 mill.kr. årlig	2011-2016
5.1.4	Avskrivninger årlig på 35 mill.kr. som dekker utstyrsutskiftinger	35 mill.kr. årlig	2011-2016
5.1.5	Utarbeide en 10-års investeringsplan for bygg og nivå på utstyr. Overskudd gir grunnlag for nybygg/nye investeringer.		2010 og 2011
5.1.6	På kort sikt: Arealmessig utviklingsplan (generalplan) HNT. Gjennomgang av eksisterende planer og foreslag til arealfordeling basert på funksjonell og effektiv arealutnyttelse, moderne behandlingsprinsipper (prinsipp mer dagbehandling/poliklinikk) og minimale bygningsmessige endringer. • Skisse utviklingsområder nåværende virksomhetsområde • Legge fram generalplan med utgangspunkt i 2020		2010 Vår 2011

Strategi 5.2:

Foretakets driftsresultat skal sikre handlefrihet i forhold til nye og endrede oppgaver og derigjennom bidra til produktiv og effektiv drift

Delstrategi 5.2:

5.2.A Helse Nord-Trøndelag skal effektivisere driften med 1,5 % av brutto driftsutgifter årlig.

Strategi 5.3:

Standardiserte modeller som øker økonomiforståelsen

Mulige styringsindikatorer for oppfølging av målområdet:

• Økonomisk resultat
• DRG-oppnåelse somatikk
• Innleggelser/polikliniske konsultasjoner psykiatri
• Bemanningsutvikling (brutto månedsverk)



- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Nivå på vedlikeholdsinvesteringer i forhold til avskrivninger |
| <ul style="list-style-type: none">• Status på aktuelle produktivits- og effektivitetsindikatorer |

5.4 Fra strategi 2020 og 2016 – til konkrete planer for 2011 og videre framover

Helse Midt-Norge har vedtatt sin strategi 2020. En rekke prosjekter og oppdrag er generert i det videre arbeidet som vil få betydning for planleggingen i Helse Nord-Trøndelag HF.

For øvrig følger Helse Nord-Trøndelag de planer som er lagt av overordna myndighet blant annet gjennom årlig styringsdokument fra Helse Midt-Norge RHF og langtidsbudsjett 2011-2016 samt egen strategi 2016 som ble vedtatt i styret for HNT, 18032010.

Med utgangspunkt i endring i basisramme fra Helse Midt-Norge, endring i øvrige aktivitetsbaserte inntekter, endring i oppgaver/kostnader og endring i resultatkrav fra 2009 beregnet Helse Nord-Trøndelag den økonomiske utfordringen i 2010-budsjettet til mellom 40 og 50 mill kroner. Omtrent det samme beløpet, 50 mill.kr., er beregnet som økonomisk utfordring i 2011.

Med utgangspunkt i strategiarbeidet ble tiltaksarbeidet for 2010 og 2011 delt i følgende tre hovedgrupper:

1. Utjevne ulik produktivitet
2. Endringer i funksjoner og volum
3. Andre effektiviseringstiltak

De områder det er arbeidet med innen de forskjellige gruppene, er først og fremst:

Type tiltak	Beskrivelse
Utjevne ulik produktivitet	Korrigerer for ulik kapasitetsutnyttelse og ulik personalproduktivitet. Det er satt krav til kapasitetsutnyttelse for forskjellige avdelinger og krav til delvis utjevning av forskjeller i personalproduktivitet for sammenlignbare avdelinger.
Endringer i funksjoner og volum i somatiske klinikker	Reduksjon i senger/bemanninger p.g.a. mer effektiv pasientlogistikk gjennom bl.a. omlegging til mer dagbehandling og poliklinikk.
Andre effektiviseringstiltak	Denne gruppen inneholder flere store prosjekter som talegjenkjenning, inntaksprosjektet, samordning av (sommer-)drift og sikring av inntekter (kodeforbedring).

Klinikkene i Helse Nord-Trøndelag HF foreslo tiltak for 58,4 mill kroner for å tilpasse driften til fastsatte økonomiske rammer i 2010 og i forbindelse med budsjettet for 2011 er det foreslått tiltak for omlag 45-50 mill.kroner.

Følgende hovedproblemstillinger i arbeidet med budsjett 2011 er belyst gjennom analyse og drøftinger i tilknytning til dem:

1. Avklare prioritering og omfang (dimensjonering) av oppgaver/aktivitet
2. Avklare endringer i driftsformer
3. Beregne og fastsette krav til produktivitet i avdelinger og poliklinikker



4. Beregne og fastsette krav til kapasitetsutnyttelse i avdelinger og poliklinikker

Når en opplever tilpasninger i den størrelsen vi snakker om for 2010 og 2011 kan det ikke utstedes garantier for at pasienttilbudet ikke vil bli påvirket i negativ retning i forhold til kvantitet og kvalitet. Det er derfor en viktig oppgave for foretaksledelsen å kartlegge risiko og sette i verk adekvate risikoreduserende tiltak for å unngå negative hendelser.

Overordnet er det risiko for tre uønskede effekter av omstillingene:

1. Helse Nord-Trøndelag får ikke behandlet det antallet pasienter som budsjettet legger opp til, fordi kapasiteten er satt for lavt. Dette kan medføre økt ventetid på behandling og svikt i inntekter til helseforetaket
2. Kvaliteten i pasientbehandlingen svekkes
3. Kommunene må ta i mot dårligere pasienter, fordi omstillingen krever raskere utskrivning fra sykehus

Lavere aktivitet enn planlagt er en risiko fordi kapasiteten er satt for lavt.

Lavere kvalitet er en risiko fordi økt pasientbehandling skal gjøres av færre personer. Lavere kapasitet tilsier også redusert fleksibilitet når tilfanget av pasienter svinger.

Dårligere pasienter til kommunene er en logisk konsekvens av redusert liggetid på sykehus, så fremt det ikke skjer endringer i behandlingsregimet på sykehuset med høyere behandlingsaktivitet i den tiden pasienten er innlagt.

Generelt kan en si at når helseforetaket får reduksjoner i basisrammen, må dette møtes med

- bedre utnyttelse av kapasiteten vi har
- kvalitetsforbedrende tiltak (reduserer kvalitetskostnader)
- forenklingstiltak
- bedre samhandling med andre aktører i helsetjenestene
- organisatoriske/strukturelle tiltak

I tilknytning til strategiarbeidet ble det laget rapporter knyttet til kapasitets- og bemanningsutfordringene i foretaket. Rapportene angir retninger for hvordan en kan effektivisere og kvalitetsforbedre driften i Helse Nord-Trøndelag. Det er tatt utgangspunkt i dette når budsjett 2010 og 2011 er utarbeidet. Det er utarbeidet analysemodeller for produktivitet og effektivitet i foretaket.

Arbeidet med budsjett, driftsplaner og tiltak for 2011 har avdekket behov for oppfølging av flere områder som ikke er fullført i forbindelse med arbeidet med budsjettet for 2011. Det er ønskelig at dette arbeidet videreføres i et arbeid for kontinuerlig forbedring av foretakets drift (jf. vedtatt målsetting i foretakets strategiplan om 1,5 % årlig produktivitetsvekst).

Mye av dette kontinuerlige forbedringsarbeidet bør foregå som løpende effektivisering i den enkelte klinikk. Noe arbeid kan imidlertid med fordel organiseres under en felles "paraply" og tilrettelegges av adm.direktør stab.



For å forbedre prosessen rundt budsjettarbeidet foreslås det at en neste år setter av tilstrekkelig tid tidlig i budsjettprosessen til bedre forankring av foretakets prioriteringer (drift, tiltak og rammer). Det foreslås også at det legges opp til klinikkvis dialogmøter tidligere i budsjettprosessen.

Konklusjon

Helse Midt-Norge RHF har i gjeldende langtidsbudsjett 2011-2016 bedt helseforetakene legge inn årlige krav til effektivisering av driften. Disse kravene er delvis relatert til pågående og forestående investeringer i nybygg i tillegg til å gi rom for nye utfordringer knyttet til endret pasientsammensetning, sykdomsbilde og reduserte økonomiske rammer til drift.

I strategisk plan for Helse Nord-Trøndelag HF for perioden 2010 – 2016 er det vedtatt å legge opp til en årlig effektivisering på om lag 1,5 % (tilsvarende om lag 30 mill kroner). Disse kravene er relatert til nye utfordringer knyttet til endret pasientsammensetning, sykdomsbilde og nye tilbud. Helse Nord-Trøndelag HF har som mål å kunne bidra til trygghet for liv og helse i befolkningen.

I den videre utviklingen av sykehusene i Nord-Trøndelag vil styret få seg forelagt balansert styringsinformasjon i tråd med de målområder som er valgt i strategi 2016. Dette for å overvåke kvalitet og arbeidsmiljø, sammenligne Helse Nord-Trøndelag med andre foretak og sykehus og for å få enda bedre grunnlag for beslutninger.

I Helse Nord-Trøndelag er det forventninger om økning i aktivitet, opprettholdelse av kvalitet, reduksjon i ventetider og fristbrudd samtidig som færre ”hender” skal innfri forventningene. Mye tyder på at økonomi og ressurstilgang vil bli avdempet de nærmeste årene.

Administrerende direktør vurderer at de største mulighetene for et likeverdig spesialisthelsetjenestetilbud i regionen er knyttet til at en løser de utfordringene som er relatert til store investeringer, med påfølgende avskrivninger og et høyere rentenivå enn vi har i dag. Kvaliteten på tilbudene i spesialisthelsetjenesten vil kunne opprettholdes gjennom at tilstrekkelig antall helsepersonell utdannes og kritisk kompetanse tilføres.

Levanger, 12.01.2011

Arne Flaatt
Administrerende direktør

Saksbehandler: Spesialrådgiver Kristian Eldnes

VEDLEGG 2: MATRISE VIRKSOMHETSPORTALEN - ÅRLIG MELDING 2010

Nummere ring	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Tekst til Årlig melding
2.1	Resultatkrav	<i>Månedlig rapportering:</i> Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2010 levere et regnskapsmessig resultat i 0 eller bedre. Helse Nord-Trøndelag HF har en betydelig omstillingsutfordring i 2010, men har også et potensiale for å forbedre sin produktivitet sammenlignet med andre helseforetak. Helse Nord-Trøndelag HF forutsettes derfor å arbeide videre med intern produktivetsforbedring, omlegging av tjenesten til dag og poliklinisk virksomhet, bedre og mer standardiserte pasientforløp mv.	JA	Resultat for 2009 : + 49,9 mill. kr (overskudd ift budsjett) Resultat pr. 2. tertial 2010: + 20,6 mill kr (overskudd ift budsjett) Resultat pr. oktober 2010: + 43,7 mill kr (overskudd ift budsjett) Prognose for 2010: + 43,0 mill. kr (overskudd ift budsjett)
3.1	Aktivitetsmål somatikk	<i>Månedlig rapportering:</i> 27939 DRG - poeng totalt	NEI	Res. for 2009 (Somatikk målt i DRG-poeng): 97,0 % måloppnåelse Res. pr 2. tertial 2010 (Somatikk målt i DRG-poeng): 97,8 % måloppnåelse DRG-aktivitet i desember ligger høyere enn planlagt (ca 12% over plan). Måloppnåelse har steget til 98,8%, og på årsbasis forventer man en aktivitet som er ca 1% bak planen. Det er stort fokus på å øke aktivitet, og ha kontroll på fristbrudd og ventetider. Dette vil fortsette i 2011.
3.2	Aktivitetsmål psykisk helsevern	<i>Månedlig rapportering:</i>	JA	Res. 2009 : VOP : Antall pol.konsultasjoner : 38.237 (90,0 % måloppnåelse) BUP : Antall pol.tiltak : 12.119 (74,6 % måloppnåelse) Res. pr 2.tertial 2010: VOP : Antall pol.konsultasjoner : 25.699 (90,1 % måloppnåelse) BUP : Antall pol.tiltak : 8.911 (89,0 % måloppnåelse) Avviket skyldes hovedsaklig mangel på fagpersonell. Med pågående tilsetting av personell forventes aktiviteten å øke i tiden framover. Det prognostiseres en aktivitet på årsbasis som vil ligge ca 10 % lavere enn plantallene for VOP og BUP.
4.1.1	Kvalitetsforbedring	Sikre at barn som pårørende får god oppfølging når foreldre er innlagt i sykehus ved å oppnevne barneansvarlig personell	JA	Som et av sju helseforetak har Helse Nord-trøndelag vært pilot i prosjekt med Barns Beste. Som et resultat av samarbeidet har barneansvarlig helsepersonell fått tilbud om et fire dagers opplæringskurs i regi av Barns Beste. Samt en felles samling for kontaktpersonene i de sju helseforetakene, for felles informasjon og rådgivning. Det er opprettet barneansvarlig helsepersonell ved alle klinikker i hnt, og prosedyrer for barneansvarlig er godkjent EQS. I vår halvåret ble det avholdt møter ved begge Sykehusene en gang pr.mnd. felles møter for somatikk og psykiatri. To møter i høst halv året med fag, veiledning og erfaringsutveksling. Det er gjennomført undervisning og informasjon til leger, sykepleieråd og internt i avdelingene.
4.1.2	Kvalitetsforbedring	Helseforetakene skal verifisere samsvar mellom praksis og retningslinje gjennom internrevisjoner. I 2010 skal bruk av TNF-hemmere revideres	NEI	Revisjonen er utsatt til 2011. HNT har etablert en egen arbeidsgruppe som har nye retningslinjer under utarbeidelse
4.1.3	Kvalitetsforbedring	Helseforetakene skal iverksette tiltak for å redusere sykehusinfeksjoner fra foregående år. Måleindikatoren er den nasjonale kvalitetsindikatoren for prevalens av sykehusinfeksjoner	JA	Prevalensundersøkelser er gjennomført etter plan og resultatene er gjennomgått i respektive avdelinger for implementering i daglig praksis. Prevalensen er redusert sammenlignet med foregående år.
4.1.4	Kvalitetsforbedring	<i>Månedlig rapportering:</i> Andel epikriser sendt innen syv dager etter utskrivning (mål: minst 80 %).	JA	Res. 2009 : 71,8 % Res. akk. pr 2.tertial 2010 : 73,7 % I hele 3. tertial (aug - des) har HNT vært over 80%.
4.1.5	Kvalitetsforbedring	<i>Månedlig rapportering:</i> Andel korridorpasienter (mål: ~ 0).	NEI	Res. 2009 : 1,7 % Res. akk. pr. 2. tertial 2010 : 2,0 %
4.1.6	Kvalitetsforbedring	<i>Månedlig rapportering:</i> Andel strykninger av planlagte operasjoner (mål: <5 %).	NEI	Res. 2009 : 8,6 % Res. akk. pr. 2. tertial 2010 : 7,9 % Det er gjennomført et utvalgsarbeid for å finne tiltak for å redusere strykninger. Flere tiltak er iverksatt og det er oppnådd en forbedring men målet er ikke nådd. Tiltakene fortsetter i 2011 og vi forventer en effekt og måloppnåelse i løpet av 2011
4.1.7	Kvalitetsforbedring	<i>Rapporteres i Årlig melding:</i> Prevalens av sykehusinfeksjoner (mål: skal reduseres).	JA	Res. 2009 : 4,2 % (akk hele året) Res. 2010 : 3,0 % (akk hele året)
4.1.8	Kvalitetsforbedring	<i>Rapporteres i Årlig melding:</i> Antall helseinstitusjoner (somatiske sykehus, institusjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige) som har barneansvarlig personell.	JA	Alle institusjonene har barneansvarlig personell.
4.2.1	Prioritering	Helseforetaket skal etablere en praksis hvor tildeling av rett til nødvendig helsehjelp, i løpet av året, nærmer seg nasjonalt nivå.	NEI	Landsgjennomsnitt i slutten av 2009 var 62,9%, mens HNT hadde en et gjennomsnitt på 76,2%. Vår utvikling i 2010 har vist at vi nå nærmer oss en andel på ca 70%. Våre tiltak ser dermed ut til å føre oss riktig vei, og vi fortsetter dette arbeidet i 2011.

4.2.2	Prioritering	<i>Rapporteres tertialvis:</i> • Andel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp.	JA	3.tertial 2009 (NPR-data): 72,5 % 2.tertial 2010 (NPR-data): 72,9 % I 3. tertial 2010 har sept. 66,2%, okt. 71,4% og nov. 71,6%.
4.3.1	Pasientsikkerhet - trygge og sikre tjenester	• Helseforetaket skal aktivt bruke avvikshendelser i kvalitetsforbedringsarbeidet (inkl NPE- meldinger, tilsynsrapporter mm).	JA	Kvalitetsnettverksetablering er noe forsinket. Etablering pågår. Helse Nord-Trøndelag har allerede en høy aktivitet i forhold til registrering og bruk av avvikshendelser med sikte på forbedring. Innsatsen vil i løpet av 2011 bli styrket ved opprettelse av kvalitetsrådgivere på alle kliniske enheter, samt innføring av systematisk journalanalyse, og etablering av et kvalitetsnettverk
4.3.2	Pasientsikkerhet - trygge og sikre tjenester	• Helseforetaket skal etablere ordninger som gir sikker legemiddelbruk i pasientforløpene	JA	Pr.01.09.2010: Prosjekt "Riktig legemiddelhåndtering ved skifte av omsorgsnivå" er gjennomført.
4.3.3	Pasientsikkerhet - trygge og sikre tjenester	• Helseforetakene skal implementere Håndbok i legemiddelhåndtering i samarbeid med sykehusapoteket.	JA	Foretaksledelsen har i nov.2010 vedtatt en Handlingsplan for legemiddelhåndtering som også omfatter implementering av de nye legemiddelforskriftene. Det praktiske arbeidet med dette er i gang men ikke slutt ført ved årsskiftet. Blir gjennomført i 2011
4.3.4	Pasientsikkerhet - trygge og sikre tjenester	• Helseforetaket skal sammen med sykehusapotekene etablere systemer som sikrer kontinuitet i legemiddelbehandlingen ved utskriving. Dette innebærer informasjon, nødvendige legemidler og utstyr ved utreise	JA	Pr.01.09.2010: Prosjekt "Riktig legemiddelhåndtering ved skifte av omsorgsnivå" er gjennomført.
4.3.5	Pasientsikkerhet - trygge og sikre tjenester	• Helseforetaket skal, når endelig rapport fra tilsyn foreligger, legge frem for HF-styret oversikt over eventuelle avvik, korrigerende tiltak og hva en har lært av det.	JA	Styret fikk i august-møte gjennomgang av tilsyn gjennomført i 1. halvår 2010. Styret ga tilbakemelding på at det er tilfreds med rapporteringen. Rapport til styret når tilsynsrapport foreligger gjennomføres i tråd med styrets ønsker.
4.4.1	Tilgjengelighet og brukervedvirkning	• Helse Nord-Trøndelag HF skal sikre at pasienter og pårørende informeres om klageadgang	NEI	HNT har prosedyre for manglende samtykkekompetanse. Prosedyre for vedtak om tvungen helsehjelp etter Pasientrettighetslovens kap. 4a er revidert. Klagerett fremgår av begge prosedyrer. En mal for vedtak om manglende samtykkekompetanse er utarbeidet. Der vil klageretten og til hvem det kan klages fremgå. Forslag til mal for avgjørelse om manglende samtykkekompetanse er behandlet i foretakets klinisk-etiske komite og oversendt regionalt fagsjefforum.
4.4.2	Tilgjengelighet og brukervedvirkning	• Helse Nord-Trøndelag HF skal sikre at publikum får god informasjon om de mest vanlige behandlingstilbudene	NEI	Helse Nord-Trøndelag arbeider med endring av sine hjemmesider for å imøtekomme sentrale krav i nettløsningen, samt å gjøre sidene mer pasientvennlig. Det har gjennom året vært satt av utilstrekkelige ressurser og fokus til arbeidet, og endringene er ikke gjort som forutsatt. En del endringer er gjort i "bakgrunnen" i nettløsningen, men dette er ikke tilstrekkelig gjennomarbeidet for restrukturering og publisering. Det arbeides med revitalisering av arbeidet. Stabskapasitet økes i 2011.
4.4.3	Tilgjengelighet og brukervedvirkning	• Helseforetakene skal følge opp og rapportere på Handlingsplan for brukervedvirkning i Helse Midt-Norge (2010-2015)	JA	Brakerutvalget og administrasjonen har i gjentatte møter behandlet handlingsplan for brukervedvirkning. Alle punkter relatert til 2010 er gjennomført, samt enkelte punkt som var fastsatt gjennomført senere. Rapport om oppfølging av handlingsplan ble behandlet i Brakerutvalgets november-møte og rapporten er sendt over til Helse Midt-Norge.
4.4.4	Tilgjengelighet og brukervedvirkning	<i>Tertialvis rapportering:</i> • Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker (mål: 100 %).	JA	Res. 2009 : 96,4 % Res. pr. 2. tertial 2010 : 100,0 %
4.4.5	Tilgjengelighet og brukervedvirkning	<i>Tertialvis rapportering:</i> • Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen somatikk (mål: skal reduseres).	NEI	3.tertial 2009 (NPR-data): 84 dg 2.tertial 2010 (NPR-data): 80 dg
4.4.6	Tilgjengelighet og brukervedvirkning	<i>Tertialvis rapportering:</i> • Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP) (mål: skal reduseres).	JA	3.tertial 2009 (NPR-data) : 96 dg 2.tertial 2010 (NPR-data) : 91 dg
4.4.7	Tilgjengelighet og brukervedvirkning	<i>Tertialvis rapportering:</i> • Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP) (mål: skal reduseres).	JA	3.tertial 2009 (NPR-data): 58 dg 2.tertial 2010 (NPR-data): 58 dg Totalt har ventetiden blitt redusert fra 2009 til 2010. Rapporten fra 3. tertial 2009 viser imidlertid den samme som 2. tertial 2010. Generelt er ventetiden er lav og prioriteringsveilederen følges.
4.4.8	Tilgjengelighet og brukervedvirkning	<i>Tertialvis rapportering:</i> • Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere (TSB) (mål: skal reduseres).	JA	3.tertial 2009 (NPR-data): 45 dg 2.tertial 2010 (NPR-data): 40 dg Ventetiden for ordinært avviklede pasienter er redusert. ARP vil ha kontinuerlig fokus på å redusere ventetid. Ny rusenhet fra 01.01.12 vil gi mulighet for et alternativt behandlingstilbud som igjen kan ha innvirkning på ventetid.

4.4.9	Tilgjengelighet og brukarmedvirkning	<i>Tertialvis rapportering:</i> • Andel pasienter som er vurdert innen 30 dager (mål: 100 %).	NEI	Res. 2009 : 70,3 % Res. akk. pr 2. tertial 2010: 88,2 % NPR sine tall for vurderingsfristbrudd viser for 2009: 4,6%. 2010 1.tertia: 4,0% 2010 2.tertia: 3,4% Tiltak fortsetter i 2011.
4.4.9.1	Tilgjengelighet og brukarmedvirkning	<i>Månedlig rapportering:</i> • Andel pasienter innen BUP som er vurdert innen 10 dager (mål: 100 %).	NEI	Res. 2009 : 89,5 % Res. akk. pr. 2. tertial 2010: 94,3 % BUP har kontinuerlig fokus på vurdering av henviste pasienter innen 10 dager. Utviklingen viser at vi kommer i mål de siste måneder i 2010 (fra november), men ikke akkumulert for 2010.
4.4.9.2	Tilgjengelighet og brukarmedvirkning	<i>Tertialvis rapportering:</i> • Andel rettighetspasienter som gis behandling innen 65 dager i psykisk helsevern og/ eller TSB for personer under 23 år (mål: 100 %).	NEI	3.tertia 2009 (NPR-data): VOP og RUS: 83,6 % BUP: 68,5 % Total: 71,8 % 2.tertia 2010 (NPR-data): VOP og RUS: 82,7 % BUP: 78,5 % Total: 79,9 % BUP har økt andelen av rettighetspasienter under 23 år som blir prioritert, mens VOP og RUS er stabilt på ca 80% VOP og RUS skal mot 2011 se på andelen som får rett til nødvendig helsehjelp og iverksette tiltak slik at andelen som blir prioritert blir 100%
4.4.9.3	Tilgjengelighet og brukarmedvirkning	<i>Tertialvis rapportering:</i> • Antall pasienter som har fått tildelt individuell plan (mål: skal økes).	NEI	Res. 2009: 607 pasienter (34,9 %) Res. akk. pr. 2. tertial 2010 : 375 pasienter (44,3 %) Det har kommet presisering fra HOD om at indikatoren kun gjelder individuell plan innenfor hhv.barnehabilitering, schizofreni og ADHD. For disse pasientgruppene har vi en økning fra 2009 til 2010.
4.4.9.4	Tilgjengelighet og brukarmedvirkning	<i>Tertialvis rapportering:</i> • Andel fristbrudd for rettighetspasienter (mål: skal reduseres).	JA	3.tertia 2009 (NPR-data): 12,3 % 2.tertia 2010 (NPR-data): 14,3 % Fristbruddene for behandling av rettighetspasienter er betydelig redusert i september, oktober og november. HNT forventer at antall fristbrudd pr 31.12. skal være tilnærmet null.
5.1.1	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Helseforetaket skal ha rutiner og kompetanse som sikrer at ernæring er en integrert del av behandlingstilbudet og at veiledningsoppgaven ovenfor kommunene ivaretas på ernæringsområdet.	JA	Pr.1.tertia:(april) Ansatt ernæringsfysiolog, har rutiner internt. Må utarbeide tiltak i forhold til veiledning i kommunene. Pr.2.tertia:(august) -Gjennomført prosjekt ved Sykehuset Levanger. "Ernæringsstatus og vektendring hos pasienter med akutt forverring av KOLS innlagt i sykehus. - Konf. egen samhandlingsstrategi for kommunene.
5.1.2	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Helseforetaket skal samarbeide med andre HF for å redusere negative konsekvenser av ev sommerstegning av fødetilbud.	JA	Ikke aktuelt for oss.
5.1.3	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Helseforetakene får ansvar for følgetjeneste for gravide til fødestasjon fra 1.1.2010. Helseforetaket skal delta i regionalt arbeid med å definere krav til overtakelsen.	JA	Helhetlig plan for svangerskap, fødsel og barselomsorg inkl følgetjeneste er vedtatt i RHFet og oversendt HD. Tiltakene iverksettes fra 2011. Inntil videre finansierer HNT de etablerte følgetjenestene i fylket.
5.1.4	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Helseforetaket skal videreutvikle perinatalkomiteens rolle som ledd i å styrke kvalitetsarbeidet.	NEI	Plan for reetablering av perinatalkomitee effektueres som ledd i den regionale planen 2011.
5.1.5	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak på systemnivå for at veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten ivaretas. Dette innebærer f. eks å etablere systemer som sikrer god tilgjengelighet til kompetent faglig rådgiving for fastleger og leger i vakt, og systemer som sikrer at kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten er en integrert del av all ambulant virksomhet.	JA	Som ledd i samhandlingsstrategien arbeider HNT med å opprette og finansiere stillinger for praksiskonsulenter. Det vil være en oppgave for praksiskonsulenter å medvirke til forbedring av kommunikasjon/veiledning til kommunehelsetjenesten.
5.1.6	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Helseforetaket skal være i dialog med kommunene i arbeidet med å utvikle tjenestetilbudet til pasientene.	JA	Det er utarbeidet egen strategiplan for samhandling med kommunene.
5.1.7	Helhetlige pasientforløp og samhandling	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Andel pasienter med hjerneslag som får trombolyse ved de enkelte helseforetak.	JA	Andel slagpasienter som har fått trombolysebehandling er 2,9%.
5.2.1	Psykisk helsevern	• Helseforetaket skal sørge for å følge opp lovendring som krever at det for alle helseinstitusjoner innen spesialisthelsetjenesten fra 01.01.10 skal oppnevnes "barneansvarlig personell".	JA	Psykiatrisk klinikk har gått gjennom og implementert nytt lovverk. Barneansvarlig er oppnevnt i hver avdeling/seksjon

5.2.2	Psykisk helsevern	Helseforetaket skal følge opp de retningslinjer som kommer i forbindelse med ny Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang. Helseforetaket skal i samarbeid med kommunehelsetjenesten redusere bruk av tvang og sørge for at praksis samsvarer med gjeldende helselovgivning.	JA	Arbeidsgruppe nedsatt med leder Ann Inger Leirtrø. Mandat ; lag plan for redusert og riktigere bruk av tvang. frist 01.03.2011
5.2.3	Psykisk helsevern	Helseforetaket skal sørge for at rusproblemer hos pasienter som henvises til psykisk helsevern skal undersøkes, og det skal iverksettes tiltak for å sikre at disse pasientene får et helhetlig behandlingstilbud for sin rusmiddelavhengighet.	JA	I forbindelse med ny rusenhet planlegges nå en utredningspakke som skal gjennomføres på alle pasienter. Klinikken skal ha et fokus på diagnostikk/differensialdiagnostikk i 2011 og se spesielt på rusdiagnostikk i alle enheter.
5.2.4	Psykisk helsevern	Helseforetaket skal arbeide aktivt for at gode erfaringer fra brukerstyrte tiltak blir tatt i bruk ved alle DPS (Jfr. "Brukerorienterte alternativer til tvang" (SINTEF 2008) og "Brukerstyrte plasser" (Jæren DPS)).	JA	Ved alle DPS er det innført modeller for lavterskel innleggelse/poliklinikk. i form av "ringeavtale", "kriseplan" og amulant virksomhet Lavterskel innleggelser ved vurdert behov fra fastlege eller forspørsel fra pasient/pårørende i alle DPS. TIPS telefon innført ved Sykehuset Namsos.
5.2.5	Psykisk helsevern	Helseforetaket skal arbeide aktivt for å etablere og realisere ambulante tilbud overfor både voksne og barn og unge enten ved etablering av egne ambulante team eller ved integrering av utvidet ambulant aktivitet innen eksisterende virksomhet.	JA	Sykehuset Levanger har opprettet ett ambulant team i forhold til psykosepasienter og ett utvidet team for alderspsykiatri. Sykehuset Namsos har ambulant virksomhet innen alderspsykiatri og psykosebehandling Ambulant virksomhet er ellers integrert i alle geografiske enheter.
5.2.6	Psykisk helsevern	Helseforetaket skal øke aktiviteten i 2010 i forhold til 2008 og 2009. Det er et krav at produktiviteten også skal øke. Dette betyr at aktivitetsøkningen skal være større enn kostnadsøkningen. Det er et mål at den generelle aktivitetsutvikling skal være større på poliklinikk, ambulant virksomhet og dagbehandling enn på døgnbehandling. Helseforetaket forpliktet i stor grad til å prioritere utviklingen innen psykisk helsevern i forhold til både ressursgrunnlag og produktivitet.	JA	Psykiatrisk klinikk har hatt høyere aktivitet i 2010 enn i 2009. Økningen her vært innen poliklinikk og ambulant virksomhet.
5.2.7	Psykisk helsevern	Helseforetaket skal videreføre arbeidet med "Familieambulatoriet" i regi av BUP. Tiltaket finansieres særskilt. 2.500.000,-kr. gitt som særskilt tilskudd i tilleggssoppdrag	JA	Prosjektet forløpet i henhold til plan. Klinisk virksomhet implementeres i ordinær drift fra januar 2011, utviklingsprosjektet fortsetter som planlagt.
5.2.8	Psykisk helsevern	<i>Rapporteres tertialvis:</i> Antall tvangsinnleggelser per 10 000 innbyggere og prosentandel av tvangsinnleggelser per institusjon (mål: skal reduseres).	JA	Antall tvangsinnleggelser pr 10.000 innbyggere: Res. 2009: 19,3 Res. akk. pr. 2.tertial 2010: 11,5 Andel tvangsinnleggelser av det samlede antall innleggelser i psykisk helsevern: Res. 2009: 20,0 % Res. akk. pr. 2.tertial 2010: 18,3 % Psyk klinikk har lav andel tvang pr. idag og det er usikkert om vi vil få en lavere andel tvang i 2010. Måltallene viser at klinikken har lavere andel tvang i 2010 enn i 2009. Klinikken arbeider for å redusere tvang så mye det lar seg gjøre, men med så lave tall, kan en enkelt pasient som legges inn flere ganger føre til at andelen tvangsinnleggelser øker.
5.2.9.1	Psykisk helsevern	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> Andel ikke planlagte reinnleggelser i akuttpsykiatriske avdelinger innen 30 dager per 10 000 innbyggere (mål: skal reduseres).	JA	Andel ikke planlagte reinnleggelser pr 10 000 innbyggere over 18 år er pr oktober 2009: 8,1 2010: 5,9
5.2.9.2	Psykisk helsevern	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> Andel og antall pasienter over 18 år behandlet i sykehus og DPS per 10 000 innbygger fordelt på døgninnleggelser, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste innen psykisk helsevern.	JA	Andel og antall pasienter over 18 år behandlet i sykehus og DPS per 10 000 innbygger fordelt på døgninnleggelser, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste innen psykisk helsevern. Antall i sykehus døgn; 657, andel 65.7 dag; 0 Pol; 4639, andel 463,9 ambulant; 0 (finnes ikke måleverktøy) Antall i DPS døgn; 159 andel 15.9 pol; 928, andel 92.8 dag og ambulant; 0 Ettersom sykehus også har DPS funksjoner i NT, kan disse tallene sees under ett.
5.2.9.3	Psykisk helsevern	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> Antall og andel pasienter over 18 år behandlet i dagtilbud og poliklinisk virksomhet (mål: skal økes).	JA	Antall og andel pasienter over 18 år behandlet i dagtilbud og poliklinisk virksomhet Dag og poliklinikk 5567 pasienter pr 10.000, andel 556,7 Gjelder unike pasienter

5.2.9.4	Psykisk helsevern	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Antall konsultasjoner innen ambulant virksomhet for barn og voksne (mål: skal økes med 10 %).	NEI	Det er økt antall stillinger i Voksenpsykiatri knyttet til ambulant virksomhet, og man forventer økning ut fra dette. Det er fremdeles et problem knyttet til måling av ambulant virksomhet, og dette har man enda ikke fått enløsning på.
5.2.9.5	Psykisk helsevern	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Prosentvis fordeling av årsverk mellom sykehus og DPS - tjenester innen psykisk helsevern (mål: andel årsverk innen DPS skal øke).	NEI	Helse Nord-Trøndelag har organisert psykiatrisk klinikk i sykehus og DPS. Sykehusene i Helse Nord-Trøndelag har også DPS funksjoner for spesifikke kommuner. Dette kommer ikke til syne i statistikk. Gjennom nasjonal strategigruppe for psykiatri og sentrale styringskrav blir vi utfordret til å endre på dette innen 2013. Vi har satt tema på dagsorden høst 2010, og vil planlegge å arbeide med dette i klinikkledelsen i 2011.
5.2.9.6	Psykisk helsevern	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS per 10 000 innbyggere innen psykisk helsevern.	JA	Antall årsverk i DPS pr 10 000 innbyggere over 18 år: Psykiatere: 0,52 Psykologer: 0,92
5.3.1	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (TSB)	• Helseforetaket skal fokusere på å styrke kvaliteten og kapasiteten innen rusbehandling for å redusere ventetider og sørge for et sammenhengende behandlingsforløp, bl.a. slik at det ikke oppstår unødvendig ventetid mellom ulike deler av rusbehandlingen (f. eks. avrusning og videre behandling).	JA	Helse Nord-Trøndelag vil ved å realisere en rusehet fra 2011, forbedre sammenheng og kontinuitet i behandlingstilbudet
5.3.2	TSB	• Helseforetaket skal fokusere på å videreutvikle samarbeids- og samhandlingsaktivitetene mellom psykisk helsevern og rusforetaket.	JA	HFet deltar på jevnlig ledermøter med rusforetaket. Realisering av ny rusehet i HNT er et samarbeidsprosjekt med rusforetaket og rusforetaket er deltaker i prosjektgruppe og styringsgruppe. Det planlegges en tett dialog under realisering og i overgangen til drift. Avdelingsleder vil delta i ledermøter på Rusforetaket
5.3.3	TSB	• Helseforetaket skal i løpet av 2010 etablere en allmennrusavdeling i samarbeid med Rusbehandling Midt-Norge HF. Fra og med 2011 skal Helse Nord-Trøndelag HF dele driftskostnadene med Rusbehandling Midt-Norge HF i samsvar med tidligere gitte forutsetninger.	JA	Planlegging og oppstart av en rusehet i HNT er i rute. Bygningsmasse er under oppgradering, seksjonsleder er tilsatt og oppstart planlegges til 01.02.11. Første pasient 14.02.11.
5.3.4	TSB	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Antall årsverk for leger, legespesialister og psykologer i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (mål: skal økes).	NEI	I forbindelse med ny rusehet prioriterer psykiatrisk klinikk flere ressurser i form av LIS lege og psykiater til ARP. Ny psykolog er også tilsatt. Det krever imidlertid nye legehjemler til Psykiatrien. Alle LIS leger og spesialisthjemler er besatt. Krever at Ruslidelser blir en del av utdanningskravet til psykiater eller egen spesialitet.
5.3.5	TSB	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Antall barn som fødes av kvinner i LAR-behandling og hva slags tilbud disse pasientene mottar.	NEI	Pågår utredning nasjonalt. HNT er representert i dette arbeidet.
5.4.1	Habilitering og rehabilitering	• Realisere regional plan for helhetlig habiliterings-/rehabiliteringstilbud til hørselshemmede, noe som blant annet vil kreve avtale mellom de ulike helseforetak og alle kommuner i aktuelle geografiske område	NEI	Klinikken har fått overført oppdraget fra rehabiliteringsklinikken primo september 2010. Klinikken har dessverre ikke maktet å gå aktivt inn i oppdraget i 2010.
5.4.2	Habilitering og rehabilitering	• Avdelinger som ivaretar rehabilitering skal som en del av driften utføre ambulerende tjenester	NEI	Som beskrevet (se vedlegget) så er det ressurskrevende både økonomisk og personellmessig å opprette ambulerende team. Dagens finansiering av ambulerende team tar ikke høyde for utgiftene. For å opprette ambulerende team er det en forutsetning at finansieringen av dette tilbudet styrkes og at det må tilføres personellressurs. Uten økte ressurser må noen av dagens tilbud legges ned.
5.5.8.1	Smittevern	• Helseforetaket skal bruke data fra infeksjonsregistrene i sitt arbeid for å forbedre kvaliteten på pasienttilbudet.	JA	Smittevern registrerer prevalens og insidens av sykehusinfeksjoner. Tallene stilles disponibel for de kliniske miljøer.
5.5.8.2	Smittevern	• Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for å rapportere forekomst av postoperative infeksjoner i samsvar med NOIS-veilederen.	NEI	Begge sykehus registrerer insidens av postoperative sårinfeksjoner etter keisersnitt (MCA 10). Sykehuset Namsos overvåker insidens av postoperative sårinfeksjoner etter hofteoperasjoner utført i 2009 (1-års oppfølging). Rapportperioden til Folkehelseinstituttet er 1.september til 30.november 2010. Brev til pasientene sendes ut 30 dager etter inngrepet. Rapporten vil derfor ikke være klar før i siste halvdel av januar 2011.
5.5.9.1	Beredskap	• Helse Nord-Trøndelag HF skal håndtere og følge opp erfaringer fra ny influensa A (H1N1)	JA	Helse Nord-Trøndelag avventer nasjonal evaluering i regi av DSB med tanke på endringer i vårt planverk ut over den tilpasning som ble gjort underveis i pandemien.
5.5.9.2	Beredskap	• Helse Nord-Trøndelag HF skal oppdatere og øve relevante deler av sine planverk i løpet av året	JA	Ny Beredskapsplan utarbeidet og godkjent pr.01.05.2010. Planen er blitt øvd gjennom fullskalaøvelse, table-topøvelse og varslingsøvelser høsten 2010. Dette er gjort gjennom et samarbeid i Lokal Rednings Sentral.
5.5.9.3	Sykelig overvekt	• Tverrfaglig overvektspoliklinikk skal være etablert i 2010	JA	Forslag til felles tverrfaglig overvektspoliklinikk for voksne, barn og unge er utredet og overlevert adm.dir til beslutning. Inntil videre har voksne et tverrfaglig tilbud ved hhv kir klinikk Namsos og rehabiliteringsklinikken. Barn og unge har et tilbud ved pediatrik poliklinikk i samarbeid med BUP ved behov. Kravet er derfor oppfylt i den forstand at henviste får et tilbud.

5.5.9.4	Sykelig overvekt	Helseforetaket skal iverksette tiltak for å redusere ventetiden for kirurgisk behandling av sykelig overvekt	JA	Klinikken vil ved utløpet av året ikke ha fristbrudd hverken for vurdering eller behandling. 130 pasienter er gitt kirurgisk behandling i 2010
5.5.9.5	Sykelig overvekt	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> Det skal rapporteres på antall opererte og ventetid på kirurgisk behandling	JA	Klinikken vil ved utløpet av året ikke ha fristbrudd hverken for vurdering eller behandling. 130 pasienter er gitt kirurgisk behandling i 2010.
6.1	Utdanning	Helseforetaket skal videreutvikle helseforetaket som en attraktiv læringsarena for ansatte.	JA	HNT har gjennomført prosess for kompetanseplanlegging på klinikk og foretaksnivå. Se forøvrig svar på ledelsens gjennomgang og internkontroll.
6.2	Utdanning	Gjennom arbeidet i Samarbeidsorganene skal helseforetakene bidra til at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsefagarbeider- og ambulansefagutdanningen.	JA	HNT har representant som deltar i etablerte samarbeidsorganer.
6.3	Utdanning	Helseforetaket skal sørge for at ansatte får innsikt i kulturforståelse og ferdigheter i kommunikasjon med mennesker fra ulike kulturer.	JA	HNT har deltatt i arbeidsgruppe som i samarbeid med NTNU har gjennomført dialogbasert regional fagdag/konferanse. Konferansen har vært inspirasjonsdag forut for det videre arbeidet i det enkelte HF. HNT vil i oppfølgelsen av denne inspirasjonsdagen begynne å jobbe med egen handlingsplan - det er innkalt til første møte. Stillingsannonser: I tråd med beslutning gjort av personalsjefnettverket i RHF'et er det innført at en ved ledighet i stilling tar en med følgende tekst: Det er en målsetting at arbeidsstyrken i størst mulig grad gjenspeiler mangfoldet i befolkningen. Det skal derfor arbeides for å oppnå best mulig alders- og kjønnsbalanse i arbeidsstokken og rekrutterer personer med innvandrerbakgrunn.
6.4.1	Utdanning	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> Antall praksisplasser	JA	HNT har i samarbeidsavtale med HINT avtale om å ta imot 111 sykepleierstudenter i praksis. HNT har via regional rammeavtaler med alle høyskoler plikt til å ta imot andel studenter fra HIST ut fra aktivitetstall satt av HOD. HNT tar i tillegg imot hospitenter og studenter fra regionale, nasjonale og internasjonale skoler om praksisplass. I samarbeid med NTNU tas det imot medisinstudenter ved begge sykehusene i HNT.
6.4.2	Utdanning	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> Antall læreplasser innefor helsefagarbeider- og ambulanseutdanningen	JA	Helsefagarbeiderlæringer: HNT har tatt imot 16 helsefagarbeiderlæringer a 8 ukers varighet. HNT har plass til større antall læringer innenfor denne modell, som bygger på at det er i kommunene læringene har sin arbeidsavtale/sitt ansettelsesforhold. HNT har inngått samarbeidsavtale med OKS (Opplæringskontoret kommunal sektor) og Inderøy kommune (de står utenom OKS) om denne praksisen. Ambulanselæringer: HNT har 12 ansatte ambulanselæringer.
6.4.3	Utdanning	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> Status på arbeidet med etablering av nasjonalt system for måling av ressursbruk til utdanning	NEI	
7.1.1	Forskning	På bakgrunn av den regionale strategiplanen, skal Helse Nord-Trøndelag HF utarbeide en lokal handlingsplan	NEI	FoU HNT har en egen Strategiplan for forskning (2008-2011), den er under revidering (2012-2016). Handlingsplan er definert under Kap 3 Mål (vedlegg). Overordnet mål om å avsette midler til internt stillingsbank for 3 forskerstillinger knyttet til klinikkene i HNT er ikke nådd.
7.1.2	Forskning	Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i et regionalt forskningsnettverk, blant annet gjennom deltakelse i Regionalt forskningsutvalg (RFU)	JA	FoU leder Bjerkeset er fast representant i RFU, vara er Grete Bratberg, FoU.
7.1.3	Forskning	Helseforetak Nord-Trøndelag HF skal ha eget forskningsutvalg og en forskningsenhet som ivaretar forskningen i foretaket. Forskningsaktiviteten skal være ledelsesforanket	JA	HNT har egen FoU avdeling direkte underlagt Adm Dir. Forskningsutvalg er oppnevnt, HINT og NTNU også representert.
7.1.4	Forskning	Helse Nord-Trøndelag HF skal delta aktivt i innsamling av forskningsrelevante opplysninger i samarbeid med det nasjonale rapporteringssystemet (NIFU-STEP)	JA	Ressursbruk til FoU og vitensk produksjon er rapportert NIFU Step. Økt ressursbruk til FoU 2008-2009 skyldes hovedsaklig endret utrengningsmodell og mer ekstern finansiering.
7.1.5	Forskning	Det skal årlig utarbeides en oversikt over foretakets forskningsaktivitet som rapporteres opp til styret. Årlig melding og som egen sak til styret i HNT.	JA	2010-tallene oppsummeres rett over nyåret og meldes til styret
7.2.1	Forskning - innovasjon	Helseforetaket skal utnevne innovasjonsansvarlig innen 1.4.2010.	JA	Innovasjonsansvarlig er forskningsrådgiver Grete Bratberg, FoU

7.2.2	Forskning - innovasjon	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Antall OFU (evt. IFU) kontrakter og tildelte midler fra Innovasjon Norge.	NEI	Gjelder alle punkter under 7.2 Forskning og innovasjon Koordinering i forbindelse med rapportering av de ulike styringsparametre (årlig melding) som gjelder innovasjon er lagt til FoU avdelingen. Per i dag er det ikke etablert et system for rapportering verken i det regionale helseforetaket eller lokalt i HNT. For å kunne følge opp styringskravet om innovasjon og rapportering, vil FoU i løpet av 2011 arbeide for å få på plass nødvendige rutiner lokalt.
7.2.3	Forskning - innovasjon	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Antall FORNY (kommersialisering av FoU-resultater), BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter) og KBM (kompetanseprosjekter med brukermedvirkning) prosjekter samt tildelte midler fra Norges forskningsråd til innovasjonsprosjekter.	NEI	Se kommentar under punkt 7.2.2
7.2.4	Forskning - innovasjon	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Antall registrerte oppfinnelser (DOFI).	NEI	Se kommentar under punkt 7.2.2
7.2.5	Forskning - innovasjon	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Antall patentsøknader og registrerte patenter.	NEI	Se kommentar under punkt 7.2.2
7.2.6	Forskning - innovasjon	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Antall lisensavtaler.	NEI	Se kommentar under punkt 7.2.2
7.2.7	Forskning - innovasjon	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Antall bedriftsetableringer.	NEI	Se kommentar under punkt 7.2.2.
7.2.8	Forskning - innovasjon	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Antall forprosjekter finansiert av InnoMed.	NEI	Se kommentar under punkt 7.2.2
8.1	Pasientopplæring	• Helseforetaket skal påse at tilbud om lærings- og mestringsaktiviteter er tilpasset pasientenes språklige og kulturelle bakgrunn, herunder pasienter med samisk bakgrunn. Tilbudene skal være tilpasset pasienter med ulike funksjonshemninger, f. eks. pasienter med syns- og hørselshemming.	NEI	Dagens informasjonsbrosjyrer oversettes til samisk og engelsk og vil være ferdigstilt januar 2011 Ansatte i Helse Nord-Trøndelag har deltatt på fagdag - ansattes språk og kulturkompetanse i regi av HMN. Arbeidet vil bli videreført i HNT.
8.2	Pasientopplæring	• Helseforetaket skal delta i pågående regionalt kvalitetsutviklingsprosjekt vedrørende beskrivelse av innhold og evaluering av effekt av opplæringstiltak	JA	Systemet er implementert og er i bruk.
8.3	Pasientopplæring	• Helseforetaket skal samarbeide med kommuner for å bygge opp kompetanse og lærings- og mestringsstilbud i kommunene	JA	I tillegg til aktiviteter beskrevet i underveirapporten så er det utviklet et faglig samarbeid mellom LMS og Værnesregionen(4 kommuner) Samarbeidet går på og opprette en Frisklivssentral v/DMS Stjørdal. Frisklivssentral tilbudet er et Lærings og mestringsstilbud. Det er også på trappene og utvikle et samarbeid ved en mulig etablering av Frisklivssentral i Midtre Namdal samkommune(4 kommuner) Det er også etablert et samarbeid om et folkehelseprosjekt som er et samarbeid mellom sykehuset og Innherred samkommune om etablering av en frisklivssentral i samkommunen.
9.10.1	Oppfølging og rapportering	<i>Rapportering som egne styresaker tertialvis:</i> Oppfølging av at tiltak utarbeides og måloppnåelsen av disse gjøres gjennom året via egen matrise i virksomhetsportalen. Pr 1. tertial skal tiltak knyttet til oppgavene være registrert i matrisen. Pr 2. tertial skal en rapportere hvorvidt tiltakene fører til måloppnåelse og ev. om ikke hvilke nye tiltak som iverksettes. Helseforetaket har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametre meldes til HMN når slike avvik blir kjent.	JA	Tertialrapporter er levert i henhold til opplegg. Årlig melding blir utarbeidet og levert iht plan. Del 1 og del 3 framlagt i styremøte 14.desember. Sluttbehandling i styret 20.januar 2011.
9.10.2	Oppfølging og rapportering	- I årlig melding skal det rapporteres på hvordan helseforetaket har fulgt opp oppgaver og styringsparametre i styringsdokumentet for 2010 og oppgaver som gis gjennom foretaksmøter. Rapporteringen skal følge rapporteringsmalen som departementet har fastsatt. Det skal fremgå av årlig melding at brukerutvalget har vært med i utformingen og har behandlet den. <u>Frist for innsendelse av styrets årlige melding er 20.1.2011.</u>	NEI	Malen vil bli fulgt og rapport fremlagt for brukerutvalget i deres møte i januar og i styret for HNT 20.januar d.å.
FP 3.1	Helse Midt-Norge RHF's overordnede styringsbudskap for 2010.	Samfunnsansvar Helseforetaket forvalter betydelige verdier på vegne av samfunnet. Det er viktig at samfunnsansvaret ivaretas i all planlegging og utvikling for å sikre fremtidig bærekraft og godt omdømme. Foretaksmøtet forventer at ledelse på alle nivå tar del i dette ansvaret.	JA	

FP 3.2	Helse Midt-Norge RHF's overordnede styrbudskap for 2010.	Kostnadskontroll God økonomisk styring er viktig for å frigjøre ressurser til investeringer, forskning, og mer og kvalitativt bedre pasientbehandling. Samtidig skal Helse Midt-Norge RHF (HMN) gjennomføre et vedtatt investeringsprogram som er nødvendig for å sikre spesialisthelsetjenestetilbudet i fremtiden. Det er avgjørende viktig at helseforetaket har kontroll på økonomien og leverer et resultat i 2010 i samsvar med styringsdokumentets krav.	JA	Regnskapsresultatet pr. oktober 2010 viser svært god kostnadskontroll og kontroll på forbruk av personellressurser. God kostnadskontroll er et vesentlige bidrag til oppnåelse av overordnet resultatmål for foretaket.
FP 3.3	Helse Midt-Norge RHF's overordnede styrbudskap for 2010.	Aktivitet På bakgrunn av aktivitetsutviklingen i 2009, er det spesielt viktig at aktiviteten planlegges og gjennomføres slik at aktivitetsmålsettingene nås. Foretaksmøtet konstaterer at den polikliniske aktiviteten i 2009 var betydelig bak plan og ber om spesiell fokus på dette i 2010. Det er en forutsetning at prioriteringer skjer i samsvar med prioriteringsforskriften og at brudd på avtalt tidspunkt for vurdering/behandling unngås. Særlig bør man ha fokus på områder med lang ventetid. Det ble vist til saken ved Sykehuset i Asker og Bærum (januar 2010) hvor det kan ha bli gjort endringer for enkeltpasienter i journalsystemet. Hvis dette er tilfelle er dette helt uakseptabelt. • Foretaksmøtet ba om at helseforetaket sørger for at systemer og rutiner blir gjennomgått for å forhindre svikt i dette.	JA	
FP 3.4	Helse Midt-Norge RHF's overordnede styrbudskap for 2010.	Tjenesteinnhold i sykehusene Det forutsettes at helseforetaket arbeider med strategiske prosesser for å utvikle spesialisthelsetjenestetilbudet med hensyn til institusjonsstruktur og innhold slik at det blir bærekraftig i forhold til fremtidige utfordringer. Foretaksmøtet henviser til Helse Midt-Norges arbeid med Strategi 2020 og ber om at de lokale prosesser blir lagt opp slik at det understøtter dette arbeidet. Foretaksmøtet konstaterer at dette vil kreve betydelige omstillinger de nærmeste årene.	JA	HNT har vedtatt egen strategiplan i mars 2010. På grunnlag av denne er det også vedtatt egen staretg for samhandling med kommunene. Strategi 2020 har vært tema i hvert eneste styremøte i 2010 etter at arbeidet startet opp. Det er utarbeidet plan for videre oppfølging som er vedtatt av styret i HNT.
FP 3.5	Helse Midt-Norge RHF's overordnede styrbudskap for 2010.	Samhandlingsreformen For å kunne møte de utfordringer som ligger i samhandlingsreformen, må helseforetaket arbeide videre med planer, og piloter i samarbeid med kommunene.	JA	Egen strategiplan for samhandling.
FP 3.6	Helse Midt-Norge RHF's overordnede styrbudskap for 2010.	Sykefravær Personell med riktig kompetanse er den viktigste ressursen for helseforetaket. Det er derfor viktig å legge til rette for et stort arbeidsnærvær og å redusere sykefraværet.	JA	Sykefraværsprosenten etter 2. kvartal 2010 var for HNT 8,0 %, kravet var 8,2 %.
FP 4.0	Økonomiske krav og rammebetingelser	Resultatkravet i 2010 kan bli justert med bakgrunn i endring i pensjonskostnader som følge av endring i økonomiske forutsetninger. Helse Nord-Trøndelag HF skal i løpet av 2010 ikke ha en driftskreditt som overstiger 150 mill kroner. Administrasjonen i Helse Midt-Norge RHF kan i deler av året, av hensyn til foretaksgruppens totale ramme, fastsette en lavere ramme for driftskreditten til helseforetaket. Foretaksmøtet forutsatte at helseforetaket må budsjettere drift og investeringer innen tilgjengelig likviditet.	JA	P.g.a. positivt økonomisk resultat er foretakets bruk av driftskreditt redusert i 2010. Kravet om en driftskreditt på maksimalt 150 mill kroner innfris med god margin.
FP 4.1	Investeringer og kapitalforvaltning	• Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF registrere sine sykehusbygg i tråd med klassifikasjonssystemet.	JA	Eiendomsavdelingen har foretatt registreringer i hht ny mal og nye koder for areal legges inn i Plania. Sykehusbyggene er nå registrert i tråd med klassifikasjonssystemet.
FP 4.1.1	Investeringer og kapitalforvaltning	Landingsplasser for helikoptre • Foretaksmøtet presiserte at behovet for utbedring og nybygg av landingsplasser må vurderes i forbindelse med planlegging av byggeprosjekter	JA	Det vises til rapportering pr 2. tertial 2010. Det er nå etablert nasjonalt prosjekt for utvikling og etablering av landingsplasser for helikopter ved sykehus. Helse Nord-Trøndelags representant i regionalt forum er klinikkleder Runde Modell.

FP 5.1	Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2010. Tiltak på personalområdet.	5.1.1 Helsepersonell – et godt arbeidsmiljø • Foretaksmøtet ber om at handlingsplanen omfatter kartlegging av årsaker til sykefravær, hvilke tiltak som iverksettes og hvordan disse tiltakene skal evalueres. Handlingsplanen bør også beskrive særskilte tiltak overfor seniorer for å hindre utstøting. Disse tiltakene skal legge vedtatt regional seniorpolitikk til grunn. Handlingsplanen med tiltaksbeskrivelse og resultater skal beskrives i årlig melding.	JA	HNT har implementert en ny IA-policy for foretaket i 2010. HNTs IA-oppfølgingsgruppe ble opprettet februar 2010. IA HNT - Handlingsplan for perioden 2010-2016 er implementert 3. tertial 2010. 1. sep ansatt HNT en trainee som har som en av sine hovedoppgaver å evaluere effekten av IA-arbeidet som gjøres i HNT. 28. sep inngikk HNT ny samarbeidsavtale med arbeidstakerorganisasjonene og NAV Arbeidslivssenter Nord-trøndelag. 8. nov ansatt HNT en frisklivskonsulent i 50% stilling som sammen med Velferdskonsulenten skal bidra til økt fysisk og sosial aktivitet i HNT, og da sett opp i mot det organiserte IA-arbeidet slik det framgår av HFets handlingsplan. HNT er IA-oppfølgingsgruppen har i 3. tertial startet et fortløpende oppfølgingsarbeid med hver klinikk. Personalavdelingen er fast representert i Spekters IA-nettverk. HNT har nå en IA-policy og et planmessig IA-arbeid som bygger på forskningsmessig kunnskap om årsaker til sykefravær og økt nærvær. Vår nye IA-visjon er Helse Nord-Trøndelag HF – en helsefremmende arbeidsplass med fokus på forebyggende arbeid og nærvær. Vi evaluer nå fortløpende effekten av det langsiktige IA-arbeidet vi gjør.
FP 5.1.2	Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2010. Tiltak på personalområdet	5.1.2 Reduksjon i uønskede deltidsstillinger • Foretaket skal legge til rette for økte stillingsandeler og redusert uønsket deltid. Tiltak og resultater skal beskrives i årlig melding.	NEI	HNT jobber med å utvikle en tertialvis kartlegging som viser ufrivillig deltid i tillegg til faktisk deltidsandel. Denne oversikten vil gi oss et oversiktsbilde som vi vil jobbe ut fra. HNT jobber aktivt mot vår arbeidsgiverforeningen Spekter for å få etablert en forpliktene handlingsplan for å tilnærme oss denne problemstillingen på en mer konkret måte. I 2010 har det vært arbeidet med holdningsarbeid i klinikker for å finne lokale løsninger på den enkelte enhet/arbeidsplass.
FP 5.1.3	Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2010. Tiltak på personalområdet	5.1.3 Oppfølging av regional handlingsplan HR For å sikre helhetlige, forutsigbare og effektive forløp for våre pasienter og gode og forutsigbare arbeidsforhold for våre medarbeidere, skal HMN til enhver tid ha en riktig ressursbruk og riktig kompetanse i forhold til planlagte aktiviteter. Dette innebærer at antall medarbeidere og deres kompetanseprofil skal stå i forhold til planlagte aktiviteter og arbeidsprosesser.	JA	HNT har innført aktivitetsstyrt bemaningsplaner for hele foretaket, hvor hensikten med langsiktige aktivitets- og bemanningsplaner er: • Faglig forsvarlig bemanning til enhver tid • Dimensjonere bemanning i forhold til driftssituasjonen • Samordne bemanningsplaner for samarbeidende personellgrupper • Mer forutsigbare arbeidsplaner for ansatte • Redusere merarbeid og overtidsforbruk • God kostnadskontroll • Sikre hensiktsmessig fordeling av ubekvem arbeidstid Gi bedre mulighet for kompetanseplanlegging • Gi bedre mulighet for å skjerme arbeidstid til FoU HNT har utarbeidet veileder knyttet til årsplanleggingen. Forsommer og tidlig høst 2010 har personalavdelingen gjennomført oppfriskningskurs i forbindelse med hvordan prosessen kan/bør gjennomføres. Videre har det vært arrangert tekniske kurs. Det er også utarbeidet klinikkvise kompetanseplaner som sees i sammenheng med det aktivitetsnivået som planlegges.
FP 5.2	Oppfølging av juridisk rammeverk. Intern kontroll og risikostyring	Foretaksmøtet viste til tidligere føringer angående styrets ansvar for at Helse Nord-Trøndelag HF har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Ved omstilling av virksomheten må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene. • Foretaksmøtet ba om at rapport fra styrets gjennomgang av intern kontroll og risikostyring forelegges Helse Midt-Norge RHF ved rapportering for 2. tertial 2010. I tillegg skal det redegjøres for dette arbeidet i årlig melding.	JA	Helse Nord-Trøndelag HF har nå et gjennomgående styringssystem som består av felles liste med RHF over alle mål, oppgaver og tilhørende styringsparametre. Alle disse punktene risikovurderes. Risikostyring og internkontroll skal bli en integrert del av den samlede mål- og resultatstyringen i foretaket. Etter 1.tertial og 2. tertial er undervegsrapporteringen fremlagt for styret i Helse Nord-Trøndelag HF og HMN RHF. Ved årsavslutning rapporteres det i ÅRLIG MELDING på alle 117 mål, oppgaver og tilhørende styringsparametre. I tillegg har Helse Nord-Trøndelag HF samlet grunnlagsdata og utviklet egne styringskort for HF og klinikker (nettbasert). Her rapporteres det i forhold til fem områder: Pasientbehandling, Kvalitet, fagutvikling og forskning, Medarbeiderutvikling, Samhandling, Økonomi og ressursstyring. Dette gir oss et sammenhengende system fra strategisk til operativt nivå. Vi bruker de samme hovedområdene både i strategi 2016 og i styringskortene. HNT har i tillegg gjennomført ledelsens gjennomgang i mars og april i år der saken ble fremlagt for eget styre og oversendt HMN RHF. Sak
FP 5.2.1	Oppfølging av juridisk rammeverk. Internkontroll og risikostyring	Foretaksmøtet konstaterte at det fortsatt er behov for større systematikk i helseforetakenes oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av de gjennomførte tiltakene. Foretaksmøtet la til grunn at dette følges opp.	JA	Tiltakene er iferd med å bli etablert. Dette må ses i sammenheng med gjennomgang av Kvalitetsutvalgets sammensetning og mandat som skal være avklart innen 1. mars.
FP 5.2.2	Oppfølging av juridisk rammeverk.	Tiltak for å bedre kvaliteten i anskaffelsesprosessene • Foretaksmøtet legger til grunn at Helse Nord-Trøndelag HF bidrar med tilstrekkelig kompetanse og ressurser til handlingsplanen for innkjøp og logistikk, jfr. Sak 123/09 i styret for Helse Midt-Norge RHF blir realisert.	JA	Jfr statusrapport 2. tertial 2010 HNT deltakelse i Handlingsplan for Innkjøp og logistikk har skjedd i tråd med forutsetningene. For 2011 er det foreslått å øke innkjøpskapasiteten i foretaket med ett årsverk fra 2. kvartal.

FP 5.3	Utvikling på IKT	5.3.1 Elektronisk meldingsutveksling – Meldingsløftet • Foretaksmøtet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF etablerer oppfølgingsrutiner for å sikre sikker elektronisk meldingsutveksling, i tillegg skal det etableres planer for utvikling av papirløsninger, jf. handlingsplan for Regionalt meldingsløft.	NEI	Helse Nord-Trøndelag sender i dag elektroniske medlinger på epikriser, laboratoriesvar og røntgenbeskrivelser parallelt med papirforsendelse per brev. I løpet av 2011 skal Helse Nord-Trøndelag være i stand til å håndtere sikkert mottak av elektroniske henvisninger til alle våre spesialistområder. Kutt i papirforsendelser per post vil bli gjennomført i løpet av 2011, men forsetter at det er inngått en forpliktende avtale om dette mellom legekantoret og Helse Nord-Trøndelag.
FP 5.3.2	Utvikling på IKT	5.3.2 Elektroniske resepter • Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å planlegge for etablering av elektronisk resept med sikte på at elektroniske resepter kan sendes og mottas i 2011. Tidsplan vil bli avklart innen 1. mai 2010 i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet.	NEI	Siden e-reseptprogrammet for en kortsiktig løsning er stoppet av Nasjonalt IKT- NIKT, har Helse Midt-Norge valgt å samarbeide med Helse Sør-Øst om en langsiktig løsning. En løsning for e-resept vil tidligst foreligge i 2011-12 når KMF-prosjektet får levert "KMF-deltaløsningen". Inntil videre anbefales det å videreføre bruken av reseptmodulen i DocuLive.
FP 5.3.3	Automatisk frikort – rapportering av egenandelsopplysninger	Bør splittes i 2 deler: sykefrakort og poliklinisk behandling • Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF sørge for at egenandeler for poliklinisk behandling og sykefrakort rapporteres elektronisk til HELFO.	JA	Vi er pr. 20.august i rute iht. fremdriftsplan, og skal være i boks til 1. oktober. Risiko som før.
FP 5.3.3	Automatisk frikort – rapportering av egenandelsopplysninger	• Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF fase ut oppgjørssystemet POLK innen 1. januar 2011 etter nærmere angivelse fra Helselederkantoret.	JA	Følger plan
FP 5.3.3	Automatisk frikort – rapportering av egenandelsopplysninger	• Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å iverksette nødvendige tiltak i 2010, slik at innrapportering fra pasienten selv ikke lenger er nødvendig for å sikre komplett innrapportering av egenandeler for direkteoppgjør fra og med 1. januar 2011.	JA	Vi er pr. 20.august i rute iht. fremdriftsplan, og skal være i boks til 1. oktober. Risiko som før.
FP 5.3.3	Automatisk frikort – rapportering av egenandelsopplysninger	• Helse Sør-Øst RHF er nasjonal prosjekteier for pasientreiser i 2010. Foretaksmøtet bad Helse Nord-Trøndelag HF om å følge opp elektronisk rekvirering av pasientreiser gjennom etablerte fylkesvise kantorer.	JA	Vi er pr. 20.august i rute iht. fremdriftsplan, og skal være i boks til 1. oktober. Risiko som før.
FP 5.3.4	Nytt nødnett	• Foretaksmøtet la til grunn at Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra med nødvendig kompetanse til Helse Sør-Øst RHF for utbygging av nødnett fase 0 etter avtale.	NEI	Status uendret - saken ligger fortsatt hos RHF.
FP 5.4.1	Prosedyrekode knyttet til psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk	• Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å sørge for at alle enheter innen psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk registrerer og rapporterer prosedyrekode fra 1. september 2010	JA	Prosedyrekode er innført fra 01.11.10. i det meste av klinikken. Resten kommer 01.01.2011 Ny gullapp er utformet og rutiner for personell i sengeposter laget.
FP 6.1	Landsverneplan for helsesektoren	• Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF iverksette arbeidet med forvaltningsplaner slik at en i 2010 utarbeider en plan for gjennomføring av arbeidet med sikte på å slutføre arbeidet med forvaltningsplanene innen utgangen av 2011.	NEI	Plan for utarbeidelse av forvaltningsplan for bygg vernet i Landsverneplan for helsebygg vil foreligge ihht frist. Det er antatt at utarbeidelse av planen i løpet av 2011 vil ha en ramme på kr 500 000,-. HMN vil inngå rammeavtale om rådgivningskapasitet i forbindelse med utarbeidelsen av forvaltningsplanen. Det legges opp til en pilot pr region for å fremskaffe kompetanse. Kontaktperson for dette arbeid i regionen er Olav Tyldum St. Olav Eiendom som sammen med en representant fra hvert foretak vil utgjøre en ressursgruppe for arbeidet.
FP 6.2	Evalueringsav parkeringstilbudet ved sykehusene.	• Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF innen 1.sept. 2010 evaluere organiseringen av parkeringstilbudet og oversende en rapport om resultatene fra evalueringen.	JA	Jfr statusmelding fra 2. tertial 2010 - oppdraget er utført.
FP 6.3	Røykfrie inngangspartier ved helseinstitusjoner.	• Foretaksmøtet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF innen utgangen av 2010 legger til rette for at inngangspartiene ved egneide helseinstitusjoner, blir røykfrie.	JA	Det vises statusrapport 2. tertial 2010. Røykepaviljongen ved Sykehuset Namsos er nå på plass, lokalisert i nær tilknytning til hovedinngangen.

FP 7	Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av St.prp.nr 67 (2008-2009)	Tiltak for oppfølging: • Helse Midt - Norge RHF skal sørge for at helseforetakene grundig følger opp helsepersonnellets opplysningsplikter ved mulig mistanke om at barn er utsatt for straffbare handlinger. Det vises forøvrig til helsepersonelloven § 32 og 33 om opplysningsplikt til henholdsvis sosialtjenesten og barnevernet. • Ved plutselig og uventet barnedød skal helseforetakene informere foreldrene om helsetjenestens tilbud om dødsstedsundersøkelse. Dersom foreldrene samtykker skal helseforetaket informere/kontakte Folkehelseinstituttet, som ansvarlig for ordningen. Det skal nedtegnes i barnets journal at foreldrene er informert og om de ønsker å ta imot tilbudet. Det vises til Budsjett-innst S nr. 11 (2008-2009) og St.prp. nr. 67 (2008-2009) kap. 700 post 01 hvor dette er omtalt nærmere.	JA	Informasjon om helsepersonnellets opplysningsplikter ved mulig mistanke om at barn er utsatt for straffbare handlinger: Informasjon er gitt til alle klinikker. tilbud om dødsstedsundersøkelse: RHFet må først forberede tilbud om dødsstedsundersøkelse, deretter kan HFene følge opp med informasjon om tilbudet.
--------------------	---	--	-----------	---

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 03 /2011 Systemtilsyn med spesialisthelsetjenesten 2. halvår 2010, fra Helsetilsynet

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	20.01.11	03/2011

Saksbeh: Tor Ivar Stamnes, Kvalitetssjef

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2011/77

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar saken til orientering.

SAKSUTREDNING:

Sak 03 /2011 Systemtilsyn med spesialisthelsetjenesten 2. halvår 2010, fra Helsetilsynet

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Utrykte vedlegg i saksmappen

Rapport - Tilsyn med små fødeavdelinger Helse Nord-Trøndelag HF Sykehuset Namsos, datert 20.07.10.

Tilsyn med spesialisthelsetjenester til barn og unge med psykiske problem ved Helse Nord-Trøndelag HF, BUP Namsos – rapport, datert 26.11.10.

Tilbakemelding vedrørende tilsyn med spesialisthelsetjenester til barn og unge med psykiske problemer ved HNT HF, BUP Namsos, datert 17.12.10.

Helsetilsynet i Nord-Trøndelag fører jevnlig tilsyn med blant annet spesialisthelsetjenesten. I hovedsak er det to kategorier tilsyn.

Den ene typen er hendelsesbaserte tilsyn, utløst eksempelvis på grunn av avviksmeldinger og/eller klager.

Det andre er systemtilsyn som legges opp ut fra nasjonale føringer eller som et resultat av samarbeid mellom helsetilsynene i Midt-Norge.

Denne saken omhandler 2 systemtilsyn, som er gjennomført 2. halvår 2010, og hvor det foreligger endelige rapporter.

A Tilsyn med små fødeavdelinger Helse Nord-Trøndelag HF Sykehuset Namsos

B Tilsyn med spesialisthelsetjenester til barn og unge med psykiske problem ved Helse Nord-Trøndelag HF, BUP Namsos

GJELDENDE FORUTSETNINGER

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

DEFINISJONER

Avvik: Mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift.

Merknad: Et forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring.

I det videre omtales tilsynene hver for seg.

Tilsyn med små fødeavdelinger Helse Nord-Trøndelag HF Sykehuset Namsos

SAMMENDRAG

Helsetilsynene i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag, gjennomførte systemtilsynet i perioden 15.02 – 20.05.10. Rapport fra tilsynet er datert 20.07.10.

Revisjonen omfattet organisering av fødeavdelingen, kompetanse, håndtering av seleksjonskriterier, håndtering av prosedyrer, samt læring og forbedring.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Det ble ikke gitt avvik. Det ble gitt en merknad.

Merknad: Barne- og familieklubben, fødeavdelingen Namsos har ikke i tilstrekkelig grad avklart eller fulgt opp etablerte styringstiltak.

- Tilsynet har ikke avdekket forhold som tilsier at faglig forsvarlig ikke ivaretas.
- Det er satt i gang arbeid med ISO-sertifisering, planlagt etablert 30.04.11.
- Seleksjonskriteriene er nylig revidert og disse følges
- Nødvendig utstyr er tilgjengelig
- Avdelingen er bemannet med kompetent personale
- Det er etablert en rekke kompetansearenaer
- Det er regelmessig gjennomgang av og opplæring av håndtering av akutte situasjoner
- Det foretas tverrfaglig undervisning spesielt i gjenoppliving av nyfødte
- Det er enkelte svikt i dokumentasjonsplikten
- Det er etablert fast kontroll med pasientjournaler, stikkprøver hver måned
- Avdelingen har et helhetlig avvikssystem

HELHETLIG DRØFTING

Merknaden: "Barne- og familieklubben, fødeavdelingen Namsos har ikke i tilstrekkelig grad avklart eller fulgt opp etablerte styringstiltak", bygger på følgende:

1. Nytilsatt seksjonsleder er ikke jordmor – og det er pr i dag under avklaring på klinikknivå hvordan jordmorfaglig ansvar skal sikres. Dette er ikke avklart i fremlagt stillingsbeskrivelse for seksjonsleder.
2. For jordmor barnepleier/hjelpepleier foreligger egen sjekkliste for tema som skal repeteres årlig, også mht. hvor ofte det skal repeteres. Sjekklisten følges ikke opp av ledelsen.
3. Perinatalmedisinske data hentes fra pasientadministrativt system, elektronisk pasientjournal og fødeprogrammet Natus. Det er uklart i hvilken grad slike data brukes i gjennomgangen av virksomheten.

Kommentarer til de enkelte punktene:

- 1: Det arbeides med en avklaring. Denne ses i sammenheng med ansvarsavklaringene i forbindelse med ISO-sertifisering.
- 2: Det følges nå opp av ledelsen.
- 3: Det forventes en delleveranse i forbindelse med fødeprogrammet Natus. Dette er også et av kravelementene, 8.1, i NS-ISO 9001 som avdelingen skal sertifiseres etter.

Tilsyn med spesialisthelsetjenester til barn og unge med psykiske problem ved Helse Nord-Trøndelag HF, BUP Namsos

SAMMENDRAG

Helsetilsynene i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag, gjennomførte systemtilsynet i perioden 26.10 – 27.10.10. Rapport fra tilsynet er datert 26.11.10.

Revisjonen mottak og individuell vurdering av nye pasienter, utredning, samt behandling oppfølging og utskrivelse. Tilsynet retter oppmerksomheten spesielt mot brukermedvirkning, samarbeid og samhandling, samt kompetanse.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Det ble gitt ett avvik. Det ble ikke gitt merknad.

Avvik: Deler av utredning og behandling er ikke forsvarlig.

Tilsynsmyndigheten har bla. merket seg:

- Det er innført krav til framdrift og struktur i forhold til utredning og behandling
- Det gjenstår arbeid med å implementere dette
- Det skal som hovedregel snarest mulig lages en utredningsplan
- Planen lages sammen med barnet/ungdommen og foreldre og drøftes i tverrfaglig team når det er hensiktsmessig resultat fra utredning inklusive diagnose skal som hovedregel gjennomgås med pasient/foreldre som grunnlag for drøfting av videre tiltak og eventuelt utarbeidelse av behandlingsplan. Det skal alltid gis forståelig tilbakemelding til pasient/foreldre. Pasient/foreldre har også rett til en second opinion.

HELHETLIG DRØFTING

Avvik: Deler av utredning og behandling er ikke forsvarlig,

Følgende myndighetskrav ligger til grunn:

Spesialisthelsetjenesteloven § 2 – 2.

Forskrift om internkontroll i helse- og sosialtjenesten § 4.

Avviket bygger avviket bla. på følgende:

1. På tidspunktet for tilsynet var det marginal lege og psykologressurs ved BUP.
2. Det er opp til den enkelte behandlingsansvarlige å vurdere om pasienten skal tilses av lege. Dette innebærer at det er en risiko for at pasientene ikke vurderes i forhold til somatiske og andre medisinskfaglige forhold
3. Journalgjennomgang viser i enkelte journaler manglende beskrivelse av suicidalvurdering – der grunnlaget for henvisningen bla. er suicidalfare.
4. Det fremstår på tidspunktet for tilsynet som uklart hvem som er medisinskfaglig rådgiver
5. Individuell plan er normalt utarbeidet i primærhelsetjenesten. Disse er i liten grad lagt inn i journalen – kun informasjon i BUP-data om at det er utarbeidet plan.
6. Ved journalgjennomgang ble det avdekket med noen unntak mangel på struktur i journalen. Dette gjorde det vanskelig å gjenfinne relevant informasjon.
7. Ved flere anledninger var det ikke sendt ut epikrise selv om behandlingen var avsluttet for noe tid tilbake
8. Virksomheten har ikke en kultur for å nytte avviksmeldinger i sitt forbedringsarbeid.

Kommentarer til de enkelte punktene:

- 1: Enheten har pr. 17.12.10 tilsatt 3,5 psykologer av i alt 6 budsjetterte årsverk. Det er nå 3 søker og tilsettingsprosessen forventes snart å være avklart
- 2: Det iverksettes rutiner som tilsier at pasientene skal tilses av lege. Unntak skal begrunnes og dokumenteres. Igangsettes i februar 2011.
- 3: Alle behandlere skal ha dokumentert opplæring i suicidalvurdering innen februar 2011. Enheten har utarbeidet mal for journalføring av kartlegging og vurdering.
- 4: Avdelingen har i prosedyren: "Ledelse og fagansvar" beskrevet medisinskfaglig rådgiverfunksjonen. Avdelingen mener at det er etablert en forsvarlig praksis. Dersom tilsynsmyndigheten er av annen oppfatning bes det om en presisering av forventningene.
- 5: Avdelingen er av den oppfatning at individuell plan som helhet ikke skal ligge i journalen. Det bes om presisering av tilsynets forventning.
- 6: Det er etablert internkontroll av journaler som skal danne grunnlag for tiltaksplan. Det forventes en prosess på ca. 6 mnd.
- 7: Avdelingen viser til retningslinjer for "kommunikasjon om pasient". Gjennom månedlige kontroll og statistikkgjennomgang på andel sendte epikriser innen 7 dager, vil avdelingen følge opp at retningslinjene følges.
- 8: Avdelingen vil gjennom systematisk fokus på dette, gradvis utvikle en avvikskultur med tanke på kontinuerlig forbedring.

De ovenstående punktene er delvis gjengivelse av svaret til tilsynsmyndigheten. Svaret er datert 17.12.2010 og svarfristen var 20.12.2010.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 04/2011 Ny finansieringsmodell

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	20.01.11	04/2011
Saksbeh:	Tormod Gilberg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2011/77	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret for Helse Nord-Trøndelag anbefaler at Magnussen-modellen tas i bruk ved fastsetting av basisramme til helseforetakene i regionen i framtidige budsjett.

SAKSUTREDNING:

Sak 04/2011 Ny finansieringsmodell

Trykte vedlegg:

1. HMNs brev av 03.11.10 til HF-ene om skifte av finansieringsmodell med forespørsel om kommentarer fra administrativt nivå til konkrete problemstillinger.
2. HNTs svarbrev av 22.11.10 til HMN med kommentarer til valg av finansieringsmodell.
3. HMNs utkast til sak til styret i HMN om ny finansieringsmodell.

Utrykt vedlegg:

1. Finansieringsmodell for Helse Midt-Norge – en prinsipiell sammenligning av dagens modell og en modell basert på NOU 2008:2 ”Magnussen-modellen”. Jon Magnussen oktober 2010.

1. BAKGRUNN

Alle inntekter (faste og variable) henføres i prinsippet til de regionale helseforetakene som selv fastsetter modell/prinsipp for finansiering av sine helseforetak.

I perioden 2002 – 2005 ble HF-ene i Midt-Norge finansiert ved en basisramme basert på historiske kostnader i de enkelte HF-ene i tillegg til at foretakene fikk beholde egne aktivitetsbaserte inntekter (ISF og poliklinikk). I 2006 og 2007 ble en del av basisrammen beregnet ut fra nye kriterier der befolkningens behov/befolkningsstørrelse var et hovedkriterium.

Fra 2008 har HMN hatt en finansieringsmodell for den somatiske virksomheten basert på følgende kriterier:

- Planlagt kapasitet eller ønsket volum på pasientbehandlingen for HF-ene
- Krav til kostnadsnivå målt ved modellens kostnadsindeks for HF-ene
- Krav til økonomisk resultat ved HF-ene

Det har vært en målsetting og arbeidet med å innføre modellen også i psykisk helsevern. Det har imidlertid vist seg vanskelig bl.a. fordi det ikke er like entydige aktivitetsmål i psykisk helsevern (og rus) som i somatisk virksomhet.

Erfaringene med bruk av dagens modell og vanskeligheter med å ta den i bruk i psykisk helsevern har ført til at styret for Helse Midt-Norge RHF har bedt administrasjonen sammenligne dagens modell med ”Magnussen-modellen”. Magnussen-modellen ble utviklet til bruk ved statens finansiering av de regionale helseforetakene. Modellen benyttes også i større eller mindre grad i de øvrige helseregionene når disse regionene skal finansiere egne helseforetak.

2. PROSESS

Som det framgår av vedlagte dokumenter, har HMN engasjert SINTEF v/ Jon Magnussen til i første omgang å sammenligne dagens modell med Magnussen-modellen. Jon Magnussen utarbeidet på dette grunnlag et prinsippnotat i oktober 2010. Helseforetakenes administrasjoner ble bedt om å kommentere konkrete problemstillinger knyttet til dette notatet, jf. HNTs svarbrev av 22.11.10.

HMN ber nå om uttalelser fra helseforetakenes styrer til forslaget om ny finansieringsmodell før de fremmer saken på nytt for eget styre.

Dersom styret for HMN vedtar å ta Magnussen-modellen i bruk i en eller annen form ved finansiering av helseforetakene i regionen, må det gjøres et detaljarbeid i løpet av vinteren/våren 2011. Det legges opp til at endelig vedtak kan fattes i juni og at modellen deretter kan tas i bruk f.o.m. 2012.

3. FORSLAG TIL NY MODELL

Magnussen-modellen forutsetter at finansieringen av de enkelte helseforetakene skal baseres på befolkningens behov for helsetjenester i de enkelte foretakenes befolkningsområder og at det skal kompenseres for objektive ulikheter i kostnadsnivå mellom de enkelte foretaksområdene. En konsekvens av dette er at det må etableres en oppgjørsordning ("gjestepasient-oppgjør") for pasienter som blir behandlet i andre helseforetak enn det de ut fra bosted sokner til. En finansiering basert på Magnussen-modeller forutsettes å dekke alle foretakets oppgaver. Dagens særfinansiering av enkelte utvalgte oppgaver og funksjoner vil derfor i hovedsak opphøre.

4. DRØFTING

Hvordan ønsker vi å utforme instrumentene for styring av HF-ene? Hva bør styres gjennom finansieringsmodellen (finansieringsincentiv), og hva bør styres gjennom andre "instrument" i konsernstyringen (foretaksmøte, oppdrags-/styringsdokument, krav til resultat innen økonomi, aktivitet, kvalitet m.v.)?

Sykehusene har i tidligere perioder vært finansiert på grunnlag av kurdøgn (før 1980), fast ramme (1980-1997) og (i somatikken) en kombinasjon av ramme og varierende andel stykkpris fra 1997. Alle modeller virker, men de har forskjellige konsekvenser. Hva ønsker vi å oppnå? Hva ønsker vi å stimulere?

Det er ønskelig med en modell som er objektiv og generell og enkel å administrere og kommunisere. Modellen bør bygge på objektive kriterier for å dekke befolkningens samlede behov for spesialisthelsetjenester. Modellen bør være generell slik at den ikke virker konserverende i forhold til behandlingsformer eller slik at den stimulerer til å prioritere bestemte oppgaver på bekostning av helhetlige løsninger. Finansieringsmodellen bør stimulere til effektive helsepolitiske løsninger.

Direktøren mener at Magnussen-modellen er best egnet til å dekke disse overordnede kravene til en finansieringsmodell, jf. HNTs svarbrev av 22.11.10 til HMN. Styringskrav som ikke dekkes gjennom en slik finansieringsmodell, må dekkes gjennom andre "instrument" i konsernstyringen (foretaksmøte, oppdrags-/styringsdokument, krav til resultat innen økonomi, aktivitet, kvalitet m.v.).

5. KONKLUSJON

Med et fortsatt videreført ansvar til HF-ene for befolkningens helse og helsetilbud bør mest mulig av basisrammen fordeles etter sosioøkonomiske kriterier basert på befolkningens behov. Dette

vil også stimulere til et best mulig og helhetlig helsetilbud for befolkningen, jf. forestående samhandlingsreform. Direktøren anbefaler derfor at Magnussen-modellen tas i bruk ved fastsetting av basisramme til helseforetakene i regionen i framtidige budsjett.

Levanger, 14. januar 2011

Arne Flaatt
adm. dir.
sign.

Mottakere i henhold til liste

Vår ref.
2010/429 - 6837/2010

Deres ref.

Saksbehandler
Kjell Solstad, 74 83 99 58Dato
03.11.2010

Skifte av finansieringsmodell- kommentar fra HF-ene

Vi viser til felles direktør- og økonomidirektørmøte den 1.november 2010 der det ble orientert om arbeidet knyttet til en eventuell overgang til å bruke Magnussen-modellen for fordeling av basisrammer til HF-ene i HMN i stedet for dagens finansieringsmodell. HMN har leid inn SINTEF og Jon Magnussen for å hjelpe oss å vurdere de to modellene mot hverandre i forhold til noen kriterier knyttet til styringsmuligheter og andre forhold som vi ønsker å belyse. Del 1 av dette arbeidet er ferdig og inneholder et prinsippnotat som vurderer modellene ut fra ovennevnte kriterier. Dette prinsippnotatet vil være et av flere grunnlag for å fremstille en anbefaling for styret i HMN om Magnussen-modellen skal erstatte nåværende modell. Prinsippnotatet og foilene som oppsummerer notatet og prosessen ved et eventuelt skifte, er vedlagt.

Vår vurdering er at vi ønsker å anbefale for vårt styre at Magnussen-modellen tas i bruk for budsjettåret 2012. Dette krever at implementeringsarbeidet blir gjort første halvår 2011. Implementeringsarbeidet blir gjort i nært samarbeid med HF-ene og med støtte fra SINTEF og Jon Magnussen som begge har erfaring fra en slik implementering i Helse Vest.

Som drøftet i ovennevnte møte ønsker vi synspunkter på vår vurdering fra administrativt nivå i HF-ene. Spesielt ønsker vi en vurdering fra HF-ene på følgende tema:

1. Dagens modell bygger på en aktivitetsbestilling til HF-ene basert på mål for aktivitet (DRG-poeng i somatisk sektor). Aktivitetsbestillingen har direkte effekt på basisrammenes størrelse. Magnussen-modellen fordeler inntektene hovedsakelig etter HF-områdenes andel av regionens samlede behov. Dette krever et "gjestepasientoppgjør" mellom HF-ene i regionen. Dersom det i dag ikke er samsvar mellom HF-områdenes behov og forbruk vil Magnussen-modellen gi en omfordeling i favør av de HF-ene som har lavest forbruk i forhold til beregnet behov (behovskriteriene fra Magnussen-utredningen). Vi ber om følgende vurdering i denne situasjonen (velg a eller b):
 - a. Vil HF-et foretrekke at dagens modell videreføres i denne situasjonen og hvorfor?
 - b. Vil HF-et foretrekke at Magnussen-modellen videreføres i denne situasjonen og hvorfor?
2. HF-ene skal kompenseres for kostnadsulempen i forhold til forskning, utdanning, beredskap, langtidspasienter etc. Dette må gjøres samtidig som man ikke ønsker å kompensere for effektivitetsforskjeller. Dagens modell håndterer dette gjennom en kostnadsindeks som justeres i forhold til sin egne empiriske indeks foregående år og en sammenligning av effektivitetsnivå med andre HF i andre regioner (SAMDATA). Kjente kostnadsulempen særfinansieres i dagens modell. Målet i dagens modell er at alle HF skal ha samme indeks i

budsjettet når kjente kostnadsulempes særfinansieres. I Magnussen-modellen er målet å innarbeide så mange kostnadsulempes som mulig i en kostnadsindeks for hvert enkelt HF. Denne indeksen vil bestemme hvor stor andel av kostnadsforskjellene mellom HF-ene som det skal kompenseres for. Eksempelvis betyr dette at kostnader knyttet til universitetsfunksjonen ved StOlav ikke særfinansieres, men knyttes til et høyere nivå på indeksen enn ved de HF-ene som ikke har denne kostnadsulempen. Vi ber om følgende vurdering fra HF-ene (velg a eller b):

- a. Vil HF-et at dagens modell med egne kostnadsindekser og en stor andel særfinansiering videreføres og hvorfor?
- b. Vil HF-et at Magnussen-modellen med en indeks basert på kostnadsanalyser som ivaretar kostnadsulempes i indeksen videreføres og hvorfor?

3. Andre forhold omkring modellene som HF-et ønsker å fremheve

I sine svar ønsker vi at HF-ene særlig legger vekt på:

- Styringsmuligheter
- Insentiver til god ressursutnyttelse og effektiv drift
- Administrativ og formidlingsmessig enkelhet
- Legitimitet

Vi ønsker svar fra dere så fort som mulig og senest innen mandag 22. november 2010.

Med vennlig hilsen

Anne-Marie Barane
Økonomidirektør

Kjell Solstad
seniorrådgiver

Vedlegg:

- Finansieringsmodell for Helse Midt-Norge – en prinsipiell sammenlikning av dagens modell og en modell basert på NOU 2008:2 ("Magnussen-modellen").
- Powerpoint presentasjon med oppsummering av notatet

Adresseliste (mottakere av dette brev)

St. Olavs Hospital HF v/adm. dir	Olav Kyrres gt. 17	7006	Trondheim
Helse Nord-Trøndelag HF v/adm. dir		7600	Levanger
Helse Nordmøre og Romsdal HF v/adm. dir		6407	Molde
Helse Sunnmøre HF v/adm. dir		6026	Ålesund
Rusbehandling Midt-Norge HF v/adm. dir	Strandveien 1	7500	Stjørdal
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF v/adm. dir	Prof. Brochs gt. 6	7488	TRONDHEIM

Helse Midt-Norge RHF

Postboks 464
7501 STJØRDAL

Vår ref.:	Deres ref.:	Arkiv:	Dato :
2010/2145 - 28466/2010	2010/429	121	22.11.2010

SKIFTE AV FINANSIERINGSMODELL – KOMMENTARER FRA HNT

Vi viser til tidligere informasjon i denne saken, senest HMNs brev av 03.11.10. I nevnte brev er helseforetakene invitert til å komme med kommentarer til konkrete problemstillinger knyttet til forslag om skifte av finansieringsmodell.

Helse Nord-Trøndelag har følgende kommentarer:

1. Oppgaver, aktivitet og ”gjestepasientoppgjør”

HNT foretrekker alternativ b) Magnussen-modellen (med en befolkningsbasert/behovsbasert basisramme) i forhold til nevnte problemstilling.

Det formelle ”sørge for”-ansvaret er lagt til RHF-et. HF-ene er i dagens modell pålagt et ”leveringsansvar” for å dekke deler av dette ”sørge for”-ansvaret knyttet til konkrete aktivitetsmål for DRG-poeng m.v., mens andre oppgaver ikke har samme fokus.

Bruk av Magnussen-modellen vil gi HF-ene relativt stort ansvar for å dekke innbyggernes behov for spesialisthelsetjenester, herunder prioritering av pasientbehandlingen. En slik modell fokuserer mer på mål enn virkemiddel. Det blir da også mer sammenheng med at HF-ene ikke bare skal rapportere, men også ha ansvar for å håndtere ventelister og unngå garantibrudd. Forslaget til ny modell vil øke dette helhetsansvaret for HF-ene.

Spesialisthelsetjenestelovene pålegger helseforetakene å ivareta oppgaver som ikke finansieres særskilt i dagens finansieringsmodell, slike som forebygging, mestring, opplæring av pasienter og helsepersonell, forskning og samhandling. I forhold til dagens modell stimulerer Magnussen-modellen HF-ene til i større grad å foreta helhetsvurderinger av tiltak for å gi best mulige bidrag til innbyggernes helse innenfor fastsatt økonomiske ramme. Magnussen-modellen bidrar til å fokusere på **effektivitet** (å gjøre ”de riktige tingene”) i forhold til måloppnåelse for innbyggerne i HF-ets område.

Det er skissert enkle måter å håndtere ”gjestepasientoppgjør” på innen en slik styrings- og finansieringsmodell.

2. Kompensasjon for kostnadsulemper

HNT foretrekker alternativ b) Magnussen-modellen (med en indeks basert på kostnadsanalyser som ivaretar kostnadsulemper i indeksen) i forhold til nevnte problemstilling.

Dagens særfinansiering er delvis bevilgningsbasert og delvis kostnadsbasert. Den er derfor ikke entydig og hensiktsmessig i forhold til å kompensere for særlige kostnader. Kostnadskompensasjon gjennom en indeks basert på kostnadsanalyser som ivaretar kostnadsulemper i indeksen vil være mer entydig og ”robust”. Kostnadsanalysene forutsettes å bygge på de samme elementene som det kompenseres for ved bruk av Magnussen-modellen til finansiering av de regionale helseforetakene.

3. Andre forhold

3.1 Styringsmuligheter

Utfordringen er å finne den rette kombinasjon av styring gjennom finansiering og krav til økonomisk resultat på den ene side og øvrig konsernstyring på den annen side. Dagens finansieringsmodell legger opp til at mye av styringen skal skje via elementer i finansieringsmodellen. Etter vårt syn er det uhensiktsmessig og umulig for RHF-et å legge mange styringsmål inn i en finansieringsmodell. RHF-et når sine mål bedre gjennom fokus på indikatorer som aktivitet, kvalitet og produktivitet gjennom styringsmål og krav til resultat i den øvrige konsernstyringen.

RHF-et bør gjennom sin konsernstyring bidra til effektive strukturelle løsninger gjennom samordning og fordeling av oppgaver av regional karakter. Denne styringsmuligheten kan utnyttes i like stor grad i ny modell som i dagens modell.

3.2 Insentiver til god ressursutnyttelse og effektiv drift

Dagens finansieringsmodell fokuserer på **aktivitet og produktivitet** (at det som gjøres, gjøres ”på riktig måte”). Dagens modell legger opp til at HF-ene får et begrenset ”leveringsansvar” for x antall DRG-poeng i somatikken, y antall liggedøgn i psykiatrien og z antall polikliniske konsultasjoner i somatikk og psykiatri. Finansieringsmodellen stimulerer ikke til helhetsvurdering av pasienttilbudet i en integrert behandlingskjede. Magnussen-modell gir større mulighet for å fokusere på **effektivitet** (å gjøre ”de riktige tingene”) i forhold til måloppnåelse for innbyggerne i HF-ets område.

Insentiver til god ressursutnyttelse og effektiv drift må ivaretas gjennom egne styringsmål knyttet til produktivitet, effektivitet og kvalitet. Regler for håndtering av avvik (ved disponering av positivt økonomisk resultat) vil også bidra til å øke motivasjonen for å oppnå ønskede resultatmål.

3.3 Administrativ og formidlingsmessig enkelhet og legitimitet

Vi mener Magnussen-modellen både vil være enklere å administrere, enklere å formidle, og at den gir større legitimitet i styrer og opinion. Magnussen-modellen benyttes ved statens fordeling av ressurser til regionene og bør også kunne benyttes internt i de enkelte regionene. Det faktum at de fleste øvrige helseregioner også benytter Magnussen-modellen i en eller annen form ved interne rammefordelinger i sine regioner, gir også legitimitet til vår bruk av en slik modell.

Med hilsen

Arne Flaatt
adm. dir.

Saksbehandler: Tormod Gilberg

HELSE MIDT-NORGE RHF

STYRET

Sak ??/11 Ny finansieringsmodell

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber om at Magnussen-modellen tas i bruk i inntektsfordelingen mellom HF-ene i HMN i budsjettet for 2012
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber om at alle kriteriene i indeksene i Magnussen-modellen implementeres i budsjettmodellen.

Gunnar Bovim
Adm. dir

SAKSUTREDNING:

Ny finansieringsmodell i Helse Midt-Norge

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Finansieringsmodell for Helse Midt Norge – en prinsipiell sammenlikning av dagens modell og en modell basert på NOU 2008:2 ”Magnussen-modellen”. Jon Magnussen oktober 2010
2. Brev om kommentar fra administrativt nivå ved HF-ene
3. Kommentar fra administrativt nivå Rusbehandling Midt-Norge HF
4. Kommentar fra administrativt nivå Helse Sunnmøre HF
5. Kommentar fra administrativt nivå Helse Nordmøre og Romsdal HF
6. Kommentar fra administrativt nivå St. Olavs Hospital HF
7. Kommentar fra administrativt nivå Helse Nord-Trøndelag HF

Utrykte vedlegg i saksmappen

NOU 2008:2 Magnussen-modellen

SAMMENDRAG

Styret for Helse Midt-Norge RHF (HMN) har bedt administrasjonen om å sammenligne Magnussen-modellen med vår egen finansieringsmodell (HMN-modellen), og med basis i sammenligningen anbefale hvilken modell som skal benyttes i fremtidige tildelinger av midler til HF-ene. Dersom anbefalingen resulterer i et skifte av modell, er det ønskelig fra styrets side at ny modell tas i bruk for tildeling av midler i budsjettet for 2012.

Ut fra en helhetsvurdering (se helhetlig drøfting) anbefaler vi at Magnussen-modellen for inntektsfordeling mellom HF-ene i HMN tas i bruk og implementeres i budsjettarbeidet for 2012. Alle kriteriene i indeksene i Magnussen-modellen i NOU 2008:2 skal inngå i budsjettmodellen. Dette betyr at vår finansieringsmodell blir mer lik modellene i de andre RHF-ene som alle har en variant av en behovsbasert modell.

Forslaget til denne anbefalingen ble sendt til rådspørring fra administrativt nivå ved HF-ene. Tre av HF-ene ga sin tilslutning til anbefalingen, ett HF tok ikke stilling til anbefalingen og ett HF ville videreføre HMN-modellen.

Det legges opp til en strukturert og konsensusbasert prosess for en eventuell implementering av Magnussen-modellen for inntektsfordelingen for 2012. Det etableres en arbeidsgruppe som består av økonomidirektørene ved HF-ene, representanter fra RHF-et og tillitsvalgte. Det legges opp til konsensus i arbeidsgruppen omkring alle elementer underlagt skjønn i modellen. En endelig versjon av modellen blir sendt på ny kommentarrunde fra administrativt nivå ved HF-ene for å sikre at konsensus omkring elementene i modellen er forstått.

INNKOMNE UTTALELSER

Her vises til helhetlig drøfting og vedlegg til saken.

HELHETLIG DRØFTING

Styret for Helse Midt-Norge RHF har bedt administrasjonen om å sammenligne Magnussen-modellen med vår egen finansieringsmodell, og med basis i sammenligningen anbefale hvilken modell som skal benyttes i fremtidige tildelinger av midler til HF-ene. Dersom anbefalingen resulterer

i et skifte av modell, ønsket styret at ny modell tas i bruk for tildeling av midler i budsjettet for 2012.

Administrasjonen valgte å foreta denne sammenligningen, og en eventuell implementering av ny modell, ved hjelp av et eksternt fagmiljø. Del 1 av oppdraget var å foreta en sammenligning av Magnussen-modellen og vår egen modell etter følgende kriterier:

- Styringsmuligheter
- Egenskaper i forhold til målsettinger om effektivitet og tilgjengelighet
- Håndtering av akseptable kostnadsforskjeller
- Mulighetene og behovet for aktivitetsbestilling
- Administrative kostnader ved drift av modellene
- Pedagogisk enkelhet

Arbeidet skulle presenteres i et prinsippnotat som drøftet disse problemstillingene og dermed bli et viktig beslutningsgrunnlag for anbefaling om et eventuelt skifte av modell.

Del 2 av oppdraget var knyttet til implementering av Magnussen-modellen dersom dette ble anbefalingen. I tillegg til prosessuell hjelp i implementeringen innebar del 2 følgende oppgaver knyttet til HF-områdene i HMN:

- Beregne HF-områdenes behovsindekser for somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
- Håndtering av prehospitale tjenester
- Fastsette kostnadsindekser for HF-ene
 - Basert på analyse om hvilke forhold som påvirker kostnadsnivå i sykehus (kostnadsdrivere)
 - Skissere ulike alternativer til en kostnadsindeks for HF-ene i HMN basert på analyse
 - Skape konsensus om kostnadsindekser basert på felles forståelse for ulike kostnadsdriveres relative betydning

I den nasjonale modellen (NOU 2008:2) inngår det ulike kriterier for de spesifikke behovs- og kostnadsindeksene. Når modellen skal anvendes på HF-områdene i HMN skal kriteriene som er anvendt i den nasjonale modellen benyttes for alle behovs- og kostnadsindekser i inntektsfordelingen mellom HF-områdene i HMN.

Etter en begrenset konkurranse gikk oppdraget til SINTEF med Jon Magnussen som samarbeidspartner.

Hovedpunkter fra prinsippnotatet

SINTEF leverte prinsippnotatet som sammenligner de to modellene i oktober inneværende år. For en detaljert diskusjon vises til prinsippnotatet (vedlegg nr 1). Her gjengis noen hovedkonklusjoner.

Tabell 1 viser notatets vurdering av viktige forskjeller mellom modellene:

Tabell 1. Fundamentale forskjeller mellom modellene

Type forhold	HMN-modellen	Magnussen-modellen
Kriterium for fordeling	Aktivitetsvolum	Behovet til befolkningen
Fastsettelse av kostnadsindeks	Basert på korreksjon av observerert kostnad i forhold til ønsket eller forventet kostnad	Basert på en analyse av sammenhengen mellom kostnadsdrivere og faktiske kostnader
Særfinansiering	Utstrakt bruk	Minimal bruk

Dersom aktivitetsbestillingen i HMN-modellen baseres på å utjevne forskjeller i behovsdekning, vil dagens modell indirekte bidra til at inntektsrammene fordeles etter behov.

I tillegg til å påpeke disse forskjellene gjøres det i notatet vurderinger av de to modellene i forhold til noen avgrensede problemstillinger. Her gis et utdrag fra denne diskusjonen.

Håndtering av kostnadsindekser

I notatet fremheves tre forhold som har betydning for kostnadsforskjeller mellom HF:

- Strukturelle forhold (størrelse, beredskap, pasientsammensetning etc)
- Andre aktiviteter enn pasientbehandling (forskning, undervisning, pasientopplæring etc)
- Forskjeller i effektivitet

Videre fremheves at formålet med å benytte en kostnadsindeks i budsjettssammenheng er:

- Å ta høyde for kostnadsdrivere eller forhold som HF-ene ikke kan kontrollere
- Å ikke ta høyde for effektivitetsforskjeller

I praksis betyr dette at HF-ene må få rammer for å dekke nivået på kostnader som ikke kan unngås, men ikke få kompensert kostnader som skyldes lav produktivitet eller effektivitet. Den faglige utfordringen i å lage denne typen indekser er å skille disse komponentene fra hverandre.

I notatet fremheves at kostnadsindeksene i de to modellene håndteres faglig-metodisk forskjellig. HMN-modellen forutsetter at kostnader knyttet til andre forhold enn pasientsammensetning særfinansieres, men ikke nødvendigvis i forhold til beregning av faktisk ressursbehov. Universitetsfunksjonen finansieres for eksempel etter historisk tilskudd og ikke etter en beregning av ressursbehov for dette. Videre kritiseres HMN-modellen for at det ikke foretas en systematisk diskusjon av mulige årsaker til kostnadsforskjellene, og man begrunner budsjettindeksene dels ut fra historiske forhold, dels ut fra SAMDATA-tall og dels fra sammenligning av de regionale indeksene i NOU 2008:2. Vurderingen i notatet er at indeksen i HMN-modellen blir vanskelig å forstå, motivasjonen for indeksen uklar og den endres fra år til år uten klare faglige begrunnelser. Notatet konkluderer ikke med hvilken indeks som bør velges, men presiserer at grunnlaget og innholdet for indeksen må beskrives, og indeksen bør holdes stabil over en lengre tidsperiode enn et år.

Aktivitetsstyring

I tabell 2 oppsummeres hvordan modellenes forskjeller i forhold til aktivitetsstyring eller bestilling fremstilles i prinsippnotatet.

Tabell 2 *Forskjeller i muligheter for aktivitetsstyring*

HMN - modell	Magnussen modell
Fordeling til HF gjennom bestilling av aktivitet og kostnadsindeks i forhold til enhetspris som i sum gir samlet ressursramme.	Utgangspunkt i samlet ressursramme som fordeles til HF etter behov. Aktivitetsbestilling blir dermed implisitt og mulig aktivitet fremkommer som rammen dividert på enhetskostnad fra HF-enes kostnadsindeks

Begge modellene har kontroll på samlet ressursramme og er derfor likeverdige med hensyn til en målsetting om kontroll eller styring på samlet ressursbruk.

Funksjonsfordeling

Tabell 3 viser en oppsummering av notatets beskrivelse av forskjell på modellene når det gjelder funksjonsfordeling mellom HF-ene.

Tabell 3 *Forskjeller i muligheter for funksjonsfordeling*

HMN-modellen	Magnussen-modellen
Gir mulighet til funksjonsfordeling mellom HF-ene gjennom en klar aktivitetsbestilling som reflekterer hva de faktisk kan gjøre	Reflekterer ikke funksjonsfordeling mellom HF-ene da den er basert på behov til befolkningen i HF-området. Krever derfor en korreksjon i rammene for interne pasientstrømmer for å ivareta funksjonsfordeling.

Behovsbasert finansiering er ikke det samme som at HF-ene skal være ”selvforsynte”, og RHF-et må drive med funksjonsfordeling i Magnussen-modellen også. Justering for intern gjestepasienttrafikk foretas gjennom tilpasning av rammen slik at administrasjonskostnadene reduseres mest mulig. Modellene vurderes derfor som likeverdige i forhold til funksjonsfordeling.

Produktivitet og økonomisk resultat

Det er ingen prinsipiell forskjell på modellene da produktiviteten fanges opp i kostnadsindeksene. Det er imidlertid klare forskjeller i metodisk tilnærming av disse indeksene. Som vist ovenfor kritiseres fastsettelsen av kostnadsindeks i HMN-modellen, og det settes et spørsmålstegn ved om indeksen fanger opp de reelle kostnadsforskjellene godt nok.

Når det gjelder motivasjon eller stimulans til effektiv drift gir modellene i prinsippet samme signaler.

Geografisk fordeling

Her vil modellene virke noe forskjellig. Dersom målet er at det innenfor HF-områdene skal være likeverdig tilgjengelighet, forutsetter HMN-modellen at styringen av pasientstrømmer skjer gjennom andre virkemidler enn rammen. I Magnussen-modellen fordeles inntektene etter behov til HF-ene og hvert HF-område får dermed mulighet til å dekke behovet for egen befolkning.

Administrative kostnader og kompleksitet

Notatet drøfter ikke kompleksiteten ved HMN-modellen, men beskriver Magnussen-modellen i forhold til administrative kostnader og kompleksitet. Magnussen-modellen har ingen andre årlige administrative kostnader enn oppdatering av kriterievariablene. I tillegg kommer oppdatering av kostnadsindekser, men dette bør ikke skje årlig.

Modellen er enkel å formidle. Hvert HF får en inntektsramme som bestemmes ut fra behovet hos befolkningen i området, kostnadsindeks i modellen og eventuell særfinansiering. Alle elementene formidles åpent, og er lette å forholde seg til for beslutningstakere og mottakere.

Vår vurdering av valg av modell

En vurdering av prinsippnotatet sammen med egne erfaringer med bruk av HMN-modellen, førte til en konklusjon om at vi vil anbefale for styret å gå over til Magnussen-modellen fra og med budsjettet for 2012. Grunnen til en slik anbefaling er sammensatt. En viktig faktor er troen på at Magnussen-modellen håndterer kostnadsindekser og særfinansiering på en måte som er mer i tråd med hva vi ønsker i forbindelse med inntektsfordelingen i HMN. I praksis betyr dette at en større andel av inntektsfordelingen vil omfattes av krav om effektivisering i form av fastsettelse av kostnadsindeks som inkluderer flere oppgaver enn pasientbehandling. I dagens modell er kostnadsindeksen kun knyttet til pasientbehandling og alle andre aktiviteter ved HF-ene er særfinansiert uten kostnadsindeksvurdering. Særfinansieringen utgjør en stor andel av rammene til HF-ene og dermed blir en stor andel av rammene fastsatt uten vurdering av krav om nivå på kostnadsindeks.

Videre sikres sørge for perspektivet bedre i Magnussen-modellen enn hva vi har evnet å få til gjennom dagens modell. Dette betyr ikke at RHF-et ønsker å gi opp aktivitetsstyringen i forhold til sørge for perspektivet, men bestillingen må innrettes på en litt annen måte. Selv om HF-ene tildeles midler etter behovsindikatorer, er det ingen garanti for at dette omsettes i en aktivitet som sikrer likeverdighet i tilbudet mellom HF-områdene. Analyser omkring forbruk og behov vil derfor fortsatt være viktig som grunnlag for denne bestillingen.

Begge modellene gir samme prinsipielle styringssignaler i forhold til å oppnå effektiv drift, da begge modellene i prinsippet håndterer produktivitetsforskjeller mellom HF-ene gjennom kostnadsindeksene. Begge modellene er derfor i tråd med de behovene man har for omstilling fremover.

Et viktig argument er nivået på kompleksiteten og administrasjonskostnadene ved drift av den modellen som skal benyttes. Vår erfaring med bruk av HMN-modellen er at både mottaker av rammer (HF-ene) og de som fordeler rammene (styret for HMN) signaliserer at det er vanskelig å forstå mekanismene i modellen og de valgene som gjøres i forbindelse med kostnadsindekser og aktivitetsbestilling. Det brukes en ikke ubetydelig ressursinnsats fra RHF-et for både å beregne empiriske kostnadsindekser og å formidle valg av budsjettindekser. Når Magnussen-modellen har lave driftskostnader og er enkel å formidle, veier dette tungt i beslutningen om å anbefale Magnussen-modellen.

Vi har arbeidet med å implementere HMN-modellen for psykisk helsevern. Erfaringene fra dette arbeidet viser at det er utfordringer med å benytte denne typen modell når det ikke er like klare aktivitetsmål for psykisk helsevern som i somatisk sektor. I rusbehandling er problemet omkring aktivitetsmål enda større da arbeidet med å definere gode aktivitetsmål er helt i startfasen. Det er derfor større risiko forbundet med å lage "riktige" aktivitetsbestillinger innenfor disse to sektorene enn det er i somatisk sektor. I Magnussen-modellen fordeles rammene til HF-ene etter egne behovsindikatorer og her er ikke denne problemstillingen aktuell på samme måte.

Rådspørring til administrativt nivå i HF-ene

Prinsippnotatet og vårt forslag til anbefaling ble sendt administrativt nivå ved HF-ene der vi stilte tre konkrete spørsmål (se vedlegg nr 2). Alle svarene fra HF-ene finnes som vedlegg til saken (vedlegg nr 3 - 7). Rusbehandling Midt-Norge HF, St. Olavs Hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF ga sin tilslutning til vårt forslag til anbefaling for styret. Helse Nordmøre og Romsdal HF valgte å ikke ta stilling til modell, men påpekte noen elementer som det var viktig å ta hensyn til uansett valg av modell. Helse Sunnmøre HF ønsket å videreføre HMN-modellen.

Implementering av ny modell

En eventuell implementering av ny modell for budsjettarbeidet 2012 krever en strukturert og målrettet prosess. Dette krever at det nedsettes en arbeidsgruppe bestående av økonomidirektørene, representanter fra RHF-et og tillitsvalgte. Arbeidsgruppen ledes av økonomidirektør ved RHF-et.

Del 2 av oppdraget til SINTEF var å bidra både prosessuelt og faglig i en eventuell implementering. SINTEF har i den forbindelse i samarbeid med RHF-et laget et forslag til forløp for en implementeringsprosess der SINTEF er aktør sammen med arbeidsgruppen. Ved siden av beregning av behovskriterier og kostnadsindekser kreves utøvelse av noe skjønn før modellen tas i bruk. Et eksempel på dette er hvor stor betydning ulike kostnadsdrivere skal ha i fastsettelsen av kostnadsindeksen. Det legges opp til at det skal være konsensus om skjønnsbetraktningene mellom HF-ene, slik at konsensusmøter i arbeidsgruppen blir en viktig del av implementeringen.

Det legges opp til at en endelig versjon av modellen kan ferdigstilles til primo mai 2011. For å sikre at elementene i modellen og konsensusbeslutningene er forstått, legges det opp til en kommentarrunde på administrativt nivå ved HF-ene. Her gis en kort frist for tilbakemelding og det vil være mulig å presentere løsning i forbindelse med behandling av langtidsbudsjett i styremøtet i juni 2011.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Overgang til ny modell vil ha omfordelingseffekter på tildelte rammer mellom HF-ene. Det er derfor viktig å understreke at dersom overgangen gir for store omstillingsbehov for HF-ene, må det vurderes om det er behov for at omstillingene tas over lengre tid enn et budsjettår.

Overgangen vil redusere administrative kostnader ved RHF-et ved drift av ny modell.

Overgangen har ingen andre økonomiske konsekvenser.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 05/2011 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	20.01.11	05/2011

Saksbeh:

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2011/77

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:
Sak 05/2011 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 13.01.11
2. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 17.01.11
3. Protokoll fra foretaksmøte 19.01.11 mellom Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF
4. Orientering om drift desember 2010
5. IT-tjenester og kostnadsutvikling
6. Styringsdokument 2011 for Helse Nord-Trøndelag HF
7. Pasient- og pårørendeopplæring. Lærings- og mestringssenteret. Status i Nord-Trøndelag
8. Korrigert møteplan for styret 2011
9. Status DMS Inn-Trøndelag
10. Andre orienteringer

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 13.01.11 kl. 09.00 – 16.00

Møtested: Kirkestallen, Værnes

Saksnr.: 01/11-17/11

Arkivsaksnr.: 2010/546

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid

Toril Hovdenak

Asmund S. Kristoffersen

Bjørge Henriksen

Ingegjerd Sandberg

Jan Magne Dahle

Ellen Marie Wøhni

Kirsti Leirtrø

Olav Huseby

Ivar Gotaas

Joar Olav Grøtting (tom sak 12/11)

Forfall:

Merethe Storødegård (deltok i lukket del av sak 02/11 pr. telefon)

Perny-Ann Nilsen

Regionalt brukerutvalg:

Elin Gulvåg

Brit Haugdal

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Gunnar Bovim

Rådgiver Rita Bjørgan Holand (referent)

Direktør for stab og prosjektstyring Bård Helge Hofstad

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Direktør for eierstyring Torbjørge Vanvik

Økonomidirektør Anne Marie Barane

Direktør for samhandling Daniel Haga

HR direktør Sveinung Aune

Seniorrådgiver Reidar Tessem

Internrevisjonssjef Ellinor Wessel Pettersen

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt pr. e-post 06.01.11. Sakspapirer med unntak av sak 02/11, 05/11, 10/11, vedlegg 3 til sak 12/11 og vedlegg til sak 15/11 NPSS ble samme dag lagt ut i styreadministrasjonen.

Fredag 07.01.11 ble følgende saker lagt ut i styreadministrasjonen:

- Sak 05/11 Helse Midt-Norge - Investeringsbudsjett 2011
- Sak 10/11 Styringsdokumenter til helseforetakene i Midt-Norge 2011 (inkl. 6 vedlegg)
- sak 12/11 vedlegg 3 Høringsuttalelse fra Rusbehandling Midt-Norge (mottatt 07.01.11)

- sak 15/11 vedlegg Nasjonalt program for stab og støttetjenester logistikk og økonomi.

Sak 02/11 Situasjonen for styret i Helse Nordmøre og Romsdal ble i sakliste 06.01.11 angitt med ”utsatt offentlighet”. Etter at styreleder i Helse Nordmøre og Romsdal HF trakk seg 10.01.11 endret saken karakter og begrunnelsen for ”utsatt offentlighet” falt bort. Sakspapirer til denne sak ble lagt ut i styreadministrasjonen 12.01.11.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Ny møteinnkalling med sakliste av 12.01.11
- Møtereferat fra det regionale brukerutvalgets møte 04.10.11
- Sak 02/11 Situasjonen for styret i Helse Nordmøre og Romsdal
- sak 02/11 vedlegg brev fra Helge Aarseth
- sak 03/11 Vedlegg Drøftingsprotokoll
- sak 05/11 Vedlegg Drøftingsprotokoll
- sak 06/11 Vedlegg Drøftingsprotokoll
- sak 15/11 vedlegg Årsplan 2011 – datert 12.01.11
- Brev fra Helse Nordmøre og Romsdal ved Styreleder vedr. Byggestart Nye Molde sykehus
- Oversendelse av signert avisinnlegg angående rekruttering fra leger i spesialisering i Molde
- Rapport – ”Kreftpasienters erfaringer med somatiske sykehus i 2009”

Det var ingen kommentarer til innkallingen.

Styreleder Kolbjørn Almlid ønsket velkommen.

Adm. dir opplyste innledningsvis at sak 06/11 Ny finansieringsmodell trekkes fra dagens møte og vil bli behandlet i HF styrer før den kommer tilbake til styret i Helse Midt-Norge RHF.

Sak 01/11 Referatsaker

- Møte i Regionalt brukerutvalg 10.01.11
- Protokoll fra møte i Revisjonskomiteens møte 17.12.10
- Brev fra Helse- og omsorgsdepartementet vedr. Konseptplaner Nye Molde Sjukehus

Protokoll

Vedr. brev fra Helse- og omsorgsdepartementet vedr. Konseptplaner Nye Molde sjukehus så forventes konkretisering i foretaksmøtet med departementet i januar.

Sak 02/11 Situasjonen for styret i Helse Nordmøre og Romsdal

Forslag til vedtak:

1. Etter at styreleder i Helse Nordmøre og Romsdal HF har varslet at han ønsker å fratre sin stilling, ber styret ber valgkomiteen oppnevnt i sak 14/2010, starte sitt arbeid med å finne egnet kandidat for styreledervervet.

Protokoll 1 av 2 til sak 02/11

Etter at styreleder i Helse Nordmøre og Romsdal HF trakk seg endret saken karakter og begrunnelsen for "utsatt offentlighet" falt bort. Adm. dir la sakspapirer til saken ut i styreadministrasjonen 12.01.11 med forslag til vedtak.

I møtet opplyste adm. dir at det er avklart at Helge Aarseth heller ikke ønsker å delta som styremedlem i Styret i Helse Nordmøre og Romsdal HF.

Det ble ikke fremmet alternative forslag til adm. direktørs forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Etter at styreleder i Helse Nordmøre og Romsdal HF har varslet at han ønsker å fratre sin stilling, ber styret valgkomiteen oppnevnt i sak 14/2010, starte sitt arbeid med å finne egnet kandidat for styreledervervet.

Protokoll 2 av 2 til sak 02/11

Etter at vedtak ble fattet opplyste styreleder Kolbjørn Almlid at hele styret ønsker å drøfte ønskede kvalifikasjoner til ny styreleder. Møtet ble deretter lukket i hht Lov om Off.het § 14.

Etter at styremøtet igjen ble åpnet orienterte styreleder Kolbjørn Almlid om at valgnemda har fått i oppdrag å finne en egnet person til vervet som styreleder i Helse Nordmøre og Romsdal HF som i tillegg til erfaring og kunnskap fra styrearbeid også må ha forståelse for samfunnsaspektet. Denne personen eieroppnevnes. Styreleder vil ikke bli oppnevnt før etter foretaksmøtet i januar.

Sak 03/11 Prinsipper for endring av inntektsrammer

Forslag til vedtak:

1. Styret vedtar følgende prinsipper som skal legges til grunn for endring i årlige inntektsrammer

- a. Styrking av egenkapital i helseforetakene skal, som hovedregel, prioriteres foran styrking av egenkapital ved RHF'et*
- b. Inntekt tilsvarende overskudd som i budsjettåret er budsjettert på RHF til finansiering av investeringer, fordeles ut på foretak for resultatforbedring og derved styrking av egenkapital*
- c. Fordeling av dette følger samme nøkkel som basisrammer somatikk og psykisk helsevern for budsjettåret*

2. Administrerende direktør gis fullmakt til å foreta endringer i årlige inntektsrammer etter ovenstående vedtak

Protokoll

Saken ble lagt frem med feil saksnummer 03/10 som endres til 03/11

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret vedtar følgende prinsipper som skal legges til grunn for endring i årlige inntektsrammer

a. Styrking av egenkapital i helseforetakene skal, som hovedregel, prioriteres foran styrking av egenkapital ved RHF'et

b. Inntekt tilsvarende overskudd som i budsjettåret er budsjettert på RHF til finansiering av investeringer, fordeles ut på foretak for resultatforbedring og derved styrking av egenkapital

c. Fordeling av dette følger samme nøkkel som basisrammer somatikk og psykisk helsevern for budsjettåret

2. Administrerende direktør gis fullmakt til å foreta endringer i årlige inntektsrammer etter ovenstående vedtak

Sak 04/11 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 30.11.2010

Forslag til vedtak:

1. Styret er tilfreds med de resultater administrerende direktør viser når det gjelder de prioriterte kvalitetsindikatorene fristbrudd, ventetider og epikrisetid. Styret ber imidlertid om en spesiell oppmerksomhet når det gjelder indikatoren korridorpasienter, som viser en svakt økende tendens.

2. Styret tar til etterretning at Helse Midt-Norge for november leverer et resultat på 49 mill kr foran budsjett og ligger samlet 170 mill kr foran budsjett.

3. Styret i Helse Midt-Norge vedtar endring av inntektsramme med bakgrunn i tilbakeholdt basisramme til investeringer på til sammen 234 mill kr for 2010. Dette fordeles fra Helse Midt-Norge RHF til helseforetakene etter andel av basisramme til somatikk og psykisk helsevern og medfører en reduksjon i resultatkravet til Helse Midt-Norge RHF på 234 mill kr og en tilsvarende økning av resultatkravet til helseforetakene.

4. Basisrammen til helseforetakene reduseres med 640 mill kr i 2010 som følge av endret pensjonskostnad i 2010. Nytt samlet resultatkrav i 2010 blir 998 mill kr inkludert endring jf vedtak pkt 3.

5. Styret i Helse Midt-Norge tar rapporteringen av bemanning pr november 2010 til etterretning.

Protokoll

Saken ble lagt frem med feil saksnummer 04/10 som endres til 04/11

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret er tilfreds med de resultater administrerende direktør viser når det gjelder de prioriterte kvalitetsindikatorene fristbrudd, ventetider og epikrisetid. Styret ber imidlertid om en spesiell oppmerksomhet når det gjelder indikatoren korridorpasienter, som viser en svakt økende tendens.
2. Styret tar til etterretning at Helse Midt-Norge for november leverer et resultat på 49 mill kr foran budsjett og ligger samlet 170 mill kr foran budsjett.
3. Styret i Helse Midt-Norge vedtar endring av inntektsramme med bakgrunn i tilbakeholdt basisramme til investeringer på til sammen 234 mill kr for 2010. Dette fordeles fra Helse Midt-Norge RHF til helseforetakene etter andel av basisramme til somatikk og psykisk helsevern og medfører en reduksjon i resultatkravet til Helse Midt-Norge RHF på 234 mill kr og en tilsvarende økning av resultatkravet til helseforetakene.
4. Basisrammen til helseforetakene reduseres med 640 mill kr i 2010 som følge av endret pensjonskostnad i 2010. Nytt samlet resultatkrav i 2010 blir 998 mill kr inkludert endring jf vedtak pkt 3.
5. Styret i Helse Midt-Norge tar rapporteringen av bemanning pr november 2010 til etterretning.

Sak 05/11 Helse Midt-Norge – Investeringsbudsjett 2011

Forslag til vedtak:

1. Styret legger til grunn at overskudd utover resultatkrav prinsipielt bør anvendes av det foretaket som genererer overskuddet. Avhengig av foretaksgruppens samlede likviditet kan dette benyttes til egne investeringer. På sikt bør dette gjelde hele overskuddet og for 2011 legger styret til grunn at dette gjelder 50%.
2. Styret i Helse Midt-Norge vedtar foreløpig investeringsbudsjett for 2011 på 1,096 mill kr med følgende fordeling:

Planlagte investeringer	2011
Nye St Olavs Hospital	404 875
Bygg / HMS	34 000
IKT	246 200
MTU	109 900
Ombygging produksjonslokaler Sykehusapotekene	9 600
EK-innskudd KLP	37 000
Psykiatribygg Namsos	19 000
Barneavd Ålesund	114 180
Oppgradering Ålesund Sjukehus	34 000
Tiltak ved Molde sykehus	50 000
Investeringer knyttet til overskudd forrige år	34 275
Sum investeringsplaner	1 095 630

Det tas forbehold om at endelig resultat for 2010 kan medføre avvik i beregnet tilgjengelig likviditet.

3. Styret vedtar at 50 millioner kr av investeringsrammen for 2011 benyttes til tiltak i Helse Nordmøre og Romsdal HF. Foretaket må senest i forbindelse med Langtidsbudsjettet legge frem en prioritert investeringsoversikt for midlertidige tiltak.
4. Styret i Helse Midt-Norge gir administrerende direktør fullmakt til å fordele investeringsmidler til ENØK-tiltak etter råd fra ENØK-utvalget
5. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å signere tildelingsavtale HMN for nytt økonomi- og logistikksystem med valgt leverandør
6. Administrerende direktør gis fullmakt til å foreta mindre endringer i investeringsbudsjettet.

Protokoll

Styremedlem Toril Hovdenak fremmet forslag til oversendelsesvedtak:

Styret i Helse Midt-Norge RHF har gjort vedtak om bygging av Nye Molde sykehus på Eikrem i Molde. Styret ber administrasjonen foreta en ny gjennomgang av langtidsbudsjettet for Helse Midt-Norge for å bringe full klarhet i Helse Midt-Norges egne til egenfinansiering av Nye Molde sykehus. Styret understreker betydningen av at det i størst mulig grad unngås store investeringer ved lokalene på Lundavang i påvente av byggestart for Nye Molde sykehus.

Styremedlem Asmund Kristoffersen fremmet forslag til oversendelsesvedtak:

Styret i Helse Midt-Norge RHF ber adm. dir legge fram sak for styret i neste møte med opplegg for finansiering av gjenåpning av helikopterlandingsplass ved Kristiansund sykehus i 2011.

Styreleder Kolbjørn Almlid fremmet alternativ til ny siste setning i pkt. 1

Styret ber administrerende direktør legge opp til en avklaring av disponering av årlige overskudd i foretakene. Saken legges deretter fram for styret.

For 2010 legger styret til grunn at HFene beholder 50 % av overskuddet

Adm. dir trakk sin siste setning av pkt. 1.

Det ble votert punktvis.

Styreleders forslag til pkt. 1 ble enstemmig vedtatt.

Pkt 2, 3, 4 og 5 ble enstemmig vedtatt.

Det ble enstemmig vedtatt at styremedlem Toril Hovdenaks forslag oversendes adm. dir uten realitetsbehandling.

Det ble enstemmig vedtatt at styremedlem Asmund Kristoffersens forslag oversendes adm. dir uten realitetsbehandling.

Pkt. 6 ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret legger til grunn at overskudd utover resultatkrav prinsipielt bør anvendes av det foretaket som genererer overskuddet. Avhengig av foretaksgruppens samlede likviditet kan dette benyttes til egne investeringer. Styret ber administrerende direktør legge opp til en avklaring av

disponering av årlige overskudd i foretakene. Saken legges deretter fram for styret. For 2010 legger styret til grunn at HFene beholder 50 % av overskuddet

2. Styret i Helse Midt-Norge vedtar foreløpig investeringsbudsjett for 2011 på 1.096 mill kr med følgende fordeling:

Planlagte investeringer	2011
Nye St Olavs Hospital	404 875
Bygg / HMS	34 000
IKT	246 200
MTU	109 900
Ombygging produksjonslokaler Sykehusapotekene	9 600
EK-innskudd KLP	37 000
Psykatribygg Namsos	19 000
Barneavd Ålesund	114 180
Oppgradering Ålesund Sjukehus	34 000
Tiltak ved Molde sykehus	50 000
Investeringer knyttet til overskudd forrige år	34 275
Sum investeringsplaner	1 095 630

Det tas forbehold om at endelig resultat for 2010 kan medføre avvik i beregnet tilgjengelig likviditet.

3. Styret vedtar at 50 millioner kr av investeringsrammen for 2011 benyttes til tiltak i Helse Nordmøre og Romsdal HF. Foretaket må senest i forbindelse med Langtidsbudsjettet legge frem en prioritert investeringsoversikt for midlertidige tiltak.
4. Styret i Helse Midt-Norge gir administrerende direktør fullmakt til å fordele investeringsmidler til ENØK-tiltak etter råd fra ENØK-utvalget
5. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å signere tildelingsavtale HMN for nytt økonomi- og logistikksystem med valgt leverandør

Oversendelsesvedtak:

Styret i Helse Midt-Norge RHF har gjort vedtak om bygging av Nye Molde sykehus på Eikrem i Molde. Styret ber administrasjonen foreta en ny gjennomgang av langtidsbudsjettet for Helse Midt-Norge for å bringe full klarhet i Helse Midt-Norges evne til egenfinansiering av Nye Molde sykehus. Styret understreker betydningen av at det i størst mulig grad unngås store investeringer ved lokalene på Lundavang i påvente av byggestart for Nye Molde sykehus.

Oversendelsesvedtak:

Styret i Helse Midt-Norge RHF ber adm. dir legge fram sak for styret i neste møte med opplegg for finansiering av gjenåpning av helikopterlandingsplass ved Kristiansund sykehus i 2011.

6. Administrerende direktør gis fullmakt til å foreta mindre endringer i investeringsbudsjettet.

Sak 06/11 Ny finansieringsmodell

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber om at Magnussen-modellen tas i bruk i inntektsfordelingen mellom HF-ene i HMN i budsjettet for 2012

2. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber om at alle kriteriene i indeksene i Magnussen-modellen implementeres i budsjettmodellen.

Protokoll

Adm. dir trakk saken fra møtet, og vil komme tilbake i et senere møte.

Sak 07/11 Revidert instruks for revisjonskomiteen

REVISJONSKOMITEENS FORSLAG TIL VEDTAK

Styret vedtar vedlagte reviderte instruks for revisjonskomiteen i Helse Midt-Norge RHF.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret vedtar vedlagte reviderte instruks for revisjonskomiteen i Helse Midt-Norge RHF.

Sak 08/11 Budsjett 2011 for internrevisjonen

REVISJONSKOMITEENS FORSLAG TIL VEDTAK

Styret godkjenner fremlagte forslag til budsjett for 2011 for internrevisjonen i Helse Midt-Norge.

Protokoll

Styreleder Kolbjørn Almlid fremmet alternativt forslag:

Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner rammen for internrevisjonen, men det skal ikke tilsettes flere personer enn i dag.

Det ble foretatt alternativ votering over disse to punktene.

Revisjonskomiteens forslag fikk 5 stemmer (Olav Huseby, Ingegjerd Sandberg, Toril Hovdenak, Kirsti Leirtrø og Asmund Kristoffersen)

Styreleders forslag ble vedtatt med 6 stemmer (Kolbjørn Almlid, Jan Magne Dahle, Ellen Wøhni, Bjørg Henriksen, Ivar Gotaas og Joar O. Grøtting)

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner rammen for internrevisjonen, men det skal ikke tilsettes flere personer enn i dag.

Sak 09/11 Oppdragsdokumentet til Helse Midt-Norge RHF 2011

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge for 2011 til etterretning.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge for 2011 til etterretning.

Sak 10/11 Styringsdokument til helseforetakene i 2011

Forslag til vedtak:

1. Styret godkjenner styringsdokument for Helse Sunnmøre HF for 2011 i hht vedlegg 1 .
2. Styret godkjenner styringsdokument for Helse Nordmøre og Romsdal HF for 2011 i hht vedlegg 2.
3. Styret godkjenner styringsdokument for St. Olavs Hospital HF for 2011 i hht vedlegg 3.
4. Styret godkjenner styringsdokument for Helse Nord-Trøndelag HF for 2011 i hht Vedlegg 4.
5. Styret godkjenner styringsdokument for Rusbehandling Midt-Norge HF for 2011 i hht vedlegg 5.
6. Styret godkjenner styringsdokument for Sykehusapotekene i Midt-Norge HF for 2011 i hht vedlegg 6.

7. Administrerende direktør gis anledning til å foreta mindre korreksjoner i styringsdokumentene.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret godkjenner styringsdokument for Helse Sunnmøre HF for 2011 i hht vedlegg 1 .
2. Styret godkjenner styringsdokument for Helse Nordmøre og Romsdal HF for 2011 i hht vedlegg 2.
3. Styret godkjenner styringsdokument for St. Olavs Hospital HF for 2011 i hht vedlegg 3.
4. Styret godkjenner styringsdokument for Helse Nord-Trøndelag HF for 2011 i hht Vedlegg 4.
5. Styret godkjenner styringsdokument for Rusbehandling Midt-Norge HF for 2011 i hht vedlegg 5.
6. Styret godkjenner styringsdokument for Sykehusapotekene i Midt-Norge HF for 2011 i hht vedlegg 6.
7. Administrerende direktør gis anledning til å foreta mindre korreksjoner i styringsdokumentene.

Sak 11/11

Revidert kommunikasjonsstrategi for Helse Midt-Norge 2011-2020

Forslag til vedtak:

1. Styret vedtar revidert felles kommunikasjonsstrategi for Helse Midt-Norge 2011-2020.
2. Styret tar til orientering handlingsplan for kommunikasjonstiltak i 2011.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret vedtar revidert felles kommunikasjonsstrategi for Helse Midt-Norge 2011-2020.
2. Styret tar til orientering handlingsplan for kommunikasjonstiltak i 2011.

Sak 12/11 Høringsuttalelse – Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Lov om folkehelsearbeid

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF vurderer de to nye lovene som viktige premisser for gjennomføringen av Samhandlingsreformen.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF vil understreke betydningen av at de foreslåtte virkemidlene i sum gir oss muligheten til å iverksette deler av reformen raskt etter 01.01.12. For spesialisthelsetjenesten vil dette særlig gjelde finansieringsløsninger som kan understøtte oppgave og kompetanseoverføring mellom nivåene.
3. Etter styrets vurdering vil innholdet i de to lovene understøtte gjennomføringen av Strategi 2020.
4. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar å avgi høringsuttalelse i tråd med adm. direktørs vedlegg 1, ”Høringsuttalelse ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny Lov om folkehelsearbeid”.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF vurderer de to nye lovene som viktige premisser for gjennomføringen av Samhandlingsreformen.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF vil understreke betydningen av at de foreslåtte virkemidlene i sum gir oss muligheten til å iverksette deler av reformen raskt etter 01.01.12. For spesialisthelsetjenesten vil dette særlig gjelde finansieringsløsninger som kan understøtte oppgave og kompetanseoverføring mellom nivåene.
3. Etter styrets vurdering vil innholdet i de to lovene understøtte gjennomføringen av Strategi 2020.
4. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar å avgi høringsuttalelse i tråd med adm. direktørs vedlegg 1, ”Høringsuttalelse ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny Lov om folkehelsearbeid”.

Sak 13/11 Høringsuttalelse – Grunnlag for ny Nasjonal helseplan (2011-2015)

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF vurderer Nasjonal Helseplan som et nødvendig strategisk redskap for helsetjenesten i planperioden.
2. Selv om Nasjonal helseplan skal ha en virketid på 5 år (2011 – 2015), er det avgjørende at dokumentet også peker på de mer langsiktige utviklingstrekkene, og at det gis styringssignaler også i et lengre perspektiv.
3. Styret for Helse Midt-Norge RHF registrerer at de føringene som ligger i grunnlaget for Nasjonal helseplan i hovedtrekk er sammenfallende med vår Strategi 2020.
4. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar å avgi høringsuttalelse i tråd med adm. direktørs vedlegg 1 sak 13/11 ”Høringsuttalelse til Grunnlag for Nasjonal Helseplan 2011-2015”.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF vurderer Nasjonal Helseplan som et nødvendig strategisk redskap for helsetjenesten i planperioden.
2. Selv om Nasjonal helseplan skal ha en virketid på 5 år (2011 – 2015), er det avgjørende at dokumentet også peker på de mer langsiktige utviklingstrekkene, og at det gis styringssignaler også i et lengre perspektiv.
3. Styret for Helse Midt-Norge RHF registrerer at de føringene som ligger i grunnlaget for Nasjonal helseplan i hovedtrekk er sammenfallende med vår Strategi 2020.
4. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar å avgi høringsuttalelse i tråd med adm. direktørs vedlegg 1 sak 13/11 ”Høringsuttalelse til Grunnlag for Nasjonal Helseplan 2011-2015”.

Sak 14/11 Saker behandlet i styret i Helse Midt-Norge RHF 2010

Forslag til vedtak:

Styret i Helse Midt-Norge RHF tar status på oppfølging av saker behandlet i styret Helse Midt-

Norge RHF til orientering

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret i Helse Midt-Norge RHF tar status på oppfølging av saker behandlet i styret Helse Midt-Norge RHF til orientering

Sak 15/11 Orienteringssaker

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar saken til orientering

I styremøte 13.01.11 blir styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Brukererfaringsundersøkelse – kreft
- Pasientreiser Oppdatert rekvisisjonspraksis innen området direkteoppgjør
- Årsplan 2011
- Framdrift Prehospital plan
- NPSS
- Videomøte med Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen vedr. Regional plan for svangerskaps, fødsels og barselomsorgen 2011-2014

Vedtak

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

Sak 16/11 Eventuelt

Leder for revisjonskomiteen Olav Huseby orienterte om spørsmål om nasjonale forventninger til de regionale internrevisjonene

Sak 15/11 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoller fra møte 09.12.10 og 13.01.11 ble godkjent og signert i møtet.

Stjørdal 13.01.11

Kolbjørn Almlid

Toril Hovdenak

Merethe Storødegård

Asmund S. Kristoffersen

Olav Huseby

Perny-Ann Nilsen

Jan Magne Dable

Joar Olav Grøtting

Kirsti Leirtro

Ivar Gotaas

Ingegjerd Sandberg

Ellen Wobni

Björg Henriksen

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 17.01 2011 kl. 10.30 – 14.15
Møtested: Quality Hotel Grand Steinkjer
Saksnr.: 01/2011 – 04/2011
Arkivsaksnr: 2011/56

Møteleder: Øystein Bjørnes

Møtende medlemmer:

Øystein Bjørnes

Hildur Fallmyr

Astrid Marie Bakken

Ola Larsen

Ole Flakken

Lillian Svedjan Blæstervold

Grete Aspaas

Forfall: Ingen

Fra administrasjonen møtte:

Administrerende direktør

Informasjonssjef

Arne Flaatt

Trond G. Skillingstad (referent)

Merknad til møte og sakliste:

Ingen merknader

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Sak 01/2011 Godkjenning av protokoll fra møte 18.11.10

Protokoll

Øystein Bjørnes viste til protokollen.

Vedtak

Brukerutvalget godkjenner protokoll fra møtet 18.11.10.

Sak 02/2011 Oppnevning av brukerrepresentanter

Protokoll

Trond G. Skillingstad gikk gjennom fem utfylte skjema for oppnevning av brukerrepresentant. Øystein Bjørnes velges som representant i *Programkomite for Koordinatorforum for habilitering og rehabilitering* inntil Bjørnes eventuelt avklarer annen representant.

Vedtak

Brukerutvalget oppnevner følgende brukerrepresentanter i prosjekt/arbeidsgrupper:

Pasientforløp for LTOT (langtidsoksygenterapi) pasienten: Alf Sigfred Olsen

Programkomite for Koordinatorforum for habilitering og rehabilitering: Øystein Bjørnes

Investeringsprosjektet Samlokalisering Intensiv/HOV Sykehuset Levanger: Ola Larsen

Gruppeopplæring overvekt, Sykehuset Namsos: Hanne Fagerstrand

Sjøgrens syndrom, gruppeopplæring: Liv Åse Valstad Solhaug

Sak 03/2011 Handlingsplan for brukermedvirkning

Protokoll

Trond G. Skillingstad viste til handlingsplan for brukermedvirkning. Tiltak til gjennomføring i 2011 er gjennomført i 2010.

Skillingstad viste til punkt om Brukerutvalgets samarbeid med brukerorganisasjoner.

Brukerutvalgets medlemmer kontakter sine organisasjoner før neste møte for å få innspill til videre samarbeidsordninger.

Vedtak

Brukerutvalget ber om at handlingsplan for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge behandles på alle ordinære møter i 2011.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF BRUKERUTVALGET

MØTEPROTOKOLL

Sak 04/2011 Orienteringer

Protokoll

- *Innherredsmodellen*
 - Prosjektleder Arne Okkenhaug gikk gjennom forprosjektet for Innherredsmodellen. Informasjon om prosjektet sendes ut til Brukerutvalgets medlemmer.
- *Årlig melding 2010 for Helse Nord-Trøndelag HF: Helse Nord-Trøndelags svar på oppdrag*
 - Administrerende direktør Arne Flaata gikk gjennom Årlig melding, og viste til høy grad av måloppnåelse, samt punkter hvor helseforetaket ikke har innfridd styringskravene.
Brukerutvalget ber om at Årlig melding legges fram i sin helhet ved neste års behandling.
- *Styremøte i Helse Nord-Trøndelag 20. januar 2011*
 - Administrerende direktør Arne Flaata gjennomgikk sakene til behandling på førstkommande styremøte.
- *Protokoll fra møte mellom Styret i Helse Nord-Trøndelag og Brukerutvalget 18.11 2010*
 - Øystein Bjørnes viste til protokollen.
- *Ventetider og antall ventende for fagområdene hjerte- og lungesykdommer ved HNT*
 - Informasjonssjef Trond G. Skillingstad viste til brevveksling mellom LHL og Helse Nord-Trøndelag hvor Brukerutvalget er kopimottaker. Endelig svarbrev fra Helse Nord-Trøndelag framlegges for Brukerutvalget når dette foreligger.
- *Temamøte i februar*
 - Informasjonssjef Trond G. Skillingstad antydte følgende tema for neste Brukerutvalgsmøte: Organisering av legetjenesten ved sykehusene, herunder turnustjenesten.
- *Eventuelt*
 - Prehospital plan
 - Administrerende direktør Arne Flaata gjorde rede for det regionale arbeidet knyttet til AMK-sentraler og eierskap og struktur på ambulansetjenesten. Flaata understreker at Helse Nord-Trøndelag ennå ikke har fått noe oppdrag fra Helse Midt-Norge knyttet til struktur på ambulansetjenesten. Dersom oppdraget blir gitt, vil Helse Nord-Trøndelag drøfte videre prosess med de berørte kommunene.
 - Syketransport
 - Øystein Bjørnes ber helseforetaket vurdere økt bruk av Namdalsekspressen, samt sikre gode rutiner ved rekvirering av transport.
 - Sjøgrens syndrom
 - Brukerutvalget ber om statistikk på diagnosen Sjøgrens syndrom, sammenlignet med landet forøvrig.
 - Eldre og vold
 - Øystein Bjørnes opplyste om at han og Hildur Fallmyr forfatter et brev om eldre og vold som oversendes Nord-Trøndelag Fylkeskommune.
 - Pasientombudets årsrapport

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

- Brukerutvalget ber om at Pasient- og brukerombudet inviteres til Brukerutvalget for gjennomgang av sin årsrapport, herunder vurderinger knyttet til eldre og vold.

Vedtak

Brukerutvalget tar sakene til orientering.

Brukerutvalget ber Helse Nord-Trøndelag styrke Lærings- og mestringssenteret som en koordinerende kompetansebase for lærings- og mestringsaktivitet i fylkets helsetjeneste.

Brukerutvalget er tilfreds med administrerende direktørs redegjørelse om utviklingen av DMS Inn-Trøndelag, herunder vurderingene rundt etablering av dialyseplasser.



Styringsdokument 2011 for Helse Nord-Trøndelag HF



Innhold

1	Innledning	4
1.1	Hovedprioriteringer 2011	5
1.2	Samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan	5
1.3	Gjennomføring av Strategi 2020	6
2	Tildeling av midler	7
2.1	Resultatkrav	7
2.2	Fordeling av inntekter 2011	7
2.3	Raskere tilbake	10
2.4	Investeringsramme 2011	10
2.5	Likviditet	11
3	Aktivitet	11
4	Nye forskrifter	12
5	Nasjonale og regionale strategier og handlingsplaner	12
6	Særskilte satsingsområder 2011	13
6.1	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	13
6.2	Kvalitet og pasientsikkerhet	13
6.2.1	Kvalitetsforbedring	14
6.2.2	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning	14
6.2.3	Pasientsikkerhet	15
6.2.4	Helhetlige pasientforløp og samhandling	15
6.3	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	16
6.4	Psykisk helsevern	16
6.5	Kreftbehandling	17
6.6	Innovasjon	17
7	Andre områder	18
7.1	Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten	18
7.2	Habilitering og rehabilitering	18
7.3	Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus	19
7.4	Hjerteflimmerbehandling	19
7.5	Behandling av sykkelig overvekt	19
7.6	Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)	20
7.7	Tilbudet til pasienter med astma og allergiske lidelser	20
7.8	Ernæring og mattrygghet	20
7.9	Beredskap og smittevern	20
7.10	Diabetes	21
7.11	Spesialisthelsetjenestetilbudet for eldre	21

7.12	Opplæring av pasienter og pårørende	21
8	Utdanning av helsepersonell.....	21
9	Forskning.....	22
10	Forholdet til Helsedirektoratet	23
11	Oppfølging og rapportering.....	24
12	Vedlegg 1: Utdanning av helsepersonell – dimensjonering.....	Feil! Bokmerke er ikke definert.



1 Innledning

Helse Midt-Norge RHF (HMN) stiller gjennom styringsdokumentet de midlene som styret i HMN har bevilget til disposisjon for Helse Nord-Trøndelag HF. Helse Nord-Trøndelag HF skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor de rammer og mål som er gitt og de ressurser som blir stilt til rådighet i dokumentet. Videre skal oppgavene utføres i henhold til våre grunnleggende verdier: Trygghet, respekt og kvalitet og i samsvar med nasjonale prioriteringer. Organisasjonen skal på alle nivå kjennetegnes ved en synlig og ansvarlig ledelse.

HMN er gitt et samlet ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter.

Helse Nord-Trøndelag HF skal levere spesialiserte helsetjenester til befolkningen i henhold til rammer og krav som stilles i lover og forskrifter av myndighetsorgan og Helse Midt-Norge RHF.

Helse Nord-Trøndelag HF skal ha dokumenterte systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivningen.

Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for at forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas på en god måte, og at disse oppgavene underbygger god og forsvarlig pasientbehandling. Det skal legges vekt på likeverdige helsetjenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, herunder innvandrergupper. Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt. Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas.

Midlene tildelt i styringsdokumentet er forutsatt å sette Helse Nord-Trøndelag HF i stand til å realisere dette oppdraget. Helse Nord-Trøndelag HF må innenfor sine økonomiske rammer sørge for at virksomheten innrettes slik at ventetider til utredning/diagnostikk og behandling reduseres. Det forutsettes at det rettes særskilt oppmerksomhet til den polikliniske virksomheten. Fristbrudd skal ikke forekomme. Ressurser skal prioriteres til de store og voksende pasientgrupper.

For å sikre en kontinuerlig kvalitetsforbedring i Helse Nord-Trøndelag HF, skal det etableres en systematisk oppfølging av avviksmeldinger og funn fra tilsynsmyndigheter og internrevisjoner som sikrer at hele organisasjonen lærer kollektivt av feil og systemsvikt. For 2011 gjøres det spesielt oppmerksom på Helseilsynets rapporter om risikobildet i norsk kreftbehandling og risikobildet innen spesialisthelsetjenesten for eldre.

Det er en forutsetning at Helse Nord-Trøndelag HF i 2011 leverer et økonomisk resultat som angitt i kapittel 2 i dette dokumentet. Dette kravet, sammen med krav om aktivitetsvekst og kvalitetsforbedring, medfører en forventning om produktivitetsforbedring i samsvar med forutsetningene i sak 89/10 (Inntektsfordelingssaken).

Helse Nord-Trøndelag HF har fått 1000 DRG ekstra til bruk for å forebygge fristbrudd.

For å møte de store utfordringene vi står overfor med en større andel eldre innbyggere og flere pasienter med kroniske sykdommer og livsstilssykdommer, skal arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus videreføres. Dette kan bety at enkelte sykehus skal gjøre andre oppgaver enn i dag, blant annet sett i sammenheng med samhandlingsreformen. Ulikheter i oppgaveomfang og størrelse mellom sykehus skal ikke føre til ulike krav til kvalitet.

Strategi 2020 skal være førende for denne utviklingen.

Lokalt utviklings- og omstillingsarbeid skal ivareta kravet om gode og bredt involverende prosesser. Arbeidet skal baseres på prinsippet om å sentralisere det man må og desentralisere det man kan. Omstillinger av tjenestetilbudet som berører kommunene skal ikke gjennomføres før kommunene er i stand til å håndtere de nye oppgavene. Samarbeid mellom helseforetak og kommuner, og mellom ledelse, tillitsvalgte, ansatte og brukere skal legges til grunn i slike prosesser.

Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak for å begrense bruk av ufrivillig deltid og midlertidige ansettelser i helseforetakene.

HMN vil arbeide for at ventetiden til PET/CT blir mer lik resten av landet.

HMN forutsetter at Helse Nord-Trøndelag HF til enhver tid setter seg inn i og forholder seg til de vedtak som fattes av styret for HMN.

HMN forutsetter videre at Helse Nord-Trøndelag HF orienterer seg om Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til RHF'et.

Vi ber om at Helse Nord-Trøndelag HF legger til rette for et godt samarbeid med avtalespesialistene i sitt nedslagsområde, blant annet med målsetning om redusert ventetid for pasientbehandling.

Helse Midt-Norge RHF har avtaler med private sykehus og private røntgeninstitutt. For å nå målsetningen om redusert ventetid for pasientbehandling er det viktig at disse avtaler blir benyttet der det er nødvendig.

Styringsdokumentet har en oppbygning der mål og føringer på de ulike områder blir beskrevet innledningsvis for hvert tema. Deretter følger styringsparametre og oppgaver for 2011 som skal bidra til å oppfylle målene. Oppgaver og styringskrav for 2011 er valgt ut fra en risikovurdering og med bakgrunn i aktuelle satsingsområder. Relevante målsettinger og krav gitt i tidligere oppdragsdokument er gjeldende.

1.1 Hovedprioriteringer 2011

Det er i Prop. 1 S (2010-2011) identifisert noen særskilte satsingsområder i 2011 for helseforetakene. Disse områdene er ventetider og fristbrudd, kvalitet og pasientsikkerhet, samhandlingsreformen, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern, kreftbehandling og innovasjon.

Styring og kontroll med pasientsikkerhet og kvalitet må ikke stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken. En likeverdig vektlegging av disse områdene er en forutsetning for riktige faglige prioriteringer og høy kvalitet på pasientbehandlingen. I Strategi 2020 legges til grunn at midler omprioriteres til de store og voksende pasientgruppene.

1.2 Samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan

Som ledd i oppfølgingen av samhandlingsreformen har regjeringen sendt ut forslag til ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og ny folkehelselov på høring. Samtidig er det sendt ut et dokument om Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015): *Fremtidens helsetjeneste: trygghet for alle*, som skal danne grunnlaget for en stortingsmelding om planen. Det tas sikte på at dokumentene skal fremmes for Stortinget våren 2011, og at lovendringene skal tre i kraft fra 1.1.2012. Helse Nord-Trøndelag HF bør forberede seg på oppfølging av samhandlingsreformen fra 1.1.2012.

HMN vil komme tilbake til eventuelle nye oppdrag når Stortinget har behandlet lovforslagene og stortingsmeldingen.

I 2011 må helseforetakene på ulike områder forberede seg på reformens gjennomføring i dialog med kommunene. Aktuelle områder for forberedelser kan være gjennomgang av pasientforløp for store pasientgrupper, inngå avtaler med kommunene, videre utvikling av samhandlingstiltak, samarbeidsprosjekter med kommunene om lokale tilbud og samarbeid om utdanning, kompetanseutvikling og forskning. Helseforetaket skal i samarbeid med kommuner kartlegge muligheter for kostnadseffektive samarbeidsprosjekter som erstatter dagens behandling i sykehus, og vurdere etablering av lokalmedisinske sentra.

1.3 Gjennomføring av Strategi 2020

Strategi 2020 skal være retningsgivende i spørsmål knyttet til prioritering og førende for den utvikling som skal skje i alle deler av vår foretaksgruppe framover.

Helt sentralt i vedtaket om Strategi 2020 står vedtakspunkt 2 og 3 i sak 80/10:

(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

Disse utfordringene og målene krever bevisst omlegging av innhold og utøvelse av helsetjenester på alle nivåer i sykehus og avdelinger. Det påhviler helseforetakene et stort ledelsesansvar ved å sørge for å forankre Strategi 2020 i sine organisasjoner slik at en omlegging faktisk vil skje.

Strategi 2020 er en langsiktig strategi som det vil bli arbeidet med i årene fram mot 2020. I 2011 skal Helse Nord-Trøndelag HF ha særlig fokus på prioritering av de store pasientgruppene, desentralisering av spesialisthelsetjenestene og reduksjon av passiv vakt.

Helse Nord-Trøndelag HF er i brev fra 20.10.2010 varslet om sin rolle i gjennomføringen av Strategi 2020. Av de til sammen 26 vedtakspunktene i sak 80-10, har styret i Helse Midt-Norge lagt gjennomføringene av ni av disse direkte til helseforetakene. Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2011 utarbeide en plan for hvordan helseforetaket tenker å gjennomføre hvert av disse punktene. Planen skal ha tydelige årlige fremdrifts- og innholdsmål, og ev budsjettkonsekvenser av planen skal innarbeides i helseforetakets budsjetter i tråd med fremdriften i arbeidet. Planen skal underbygge gode pasientforløp internt i helseforetaket og mellom øvrige helseforetak, samt ivareta intensjonene i Samhandlingsreformen. I henhold til vedtakspunkt 20 i Strategi 2020 skal planen synliggjøre at det vil bli utført konsekvensanalyser og ROS-analyser av omstillingsprosessene, og det skal etableres løpende evaluering av de risikomomentene som identifiseres.

Gjennomføringsplanen vil inngå i en langtidsplan for foretaksgruppen som også skal koordineres med langtidsbudsjettet.

Øvrige aktiviteter knyttet til gjennomføring av Strategi 2020 krever også bred involvering fra Helse Nord-Trøndelag HF. Helse Nord-Trøndelag HF skal prioritere deltagelse i de prosjektene og aktivitetene som forankres i Koordineringsgruppen for Strategi 2020.

Oppgaver

- Utarbeide plan for gjennomføring av Strategi 2020 jfr. brev fra 20.10.2010, og med de spesifikasjoner som er gitt over. Frist for ferdigstilling av plan er 1.5.2011
- Prioritere deltagelse i de prosjektene og aktivitetene som forankres i Koordineringsgruppen for Strategi 2020

2 Tildeling av midler

Grunnlaget for Helse Nord-Trøndelag HF's inntekter fremgår av styresak 89/10 i HMN. Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2011 basere sin virksomhet på tildelte midler som følger av tabell 1.

2.1 Resultatkrav

Styret i Helse Midt-Norge RHF har vedtatt et budsjett (sak 89/10) med krav om resultatmessig overskudd på 281 mill kroner i 2011. Det er fortsatt behov for at omstillingsprosesser og tiltak for å redusere kostnader fortsetter. Regionen har betydelige utfordringer knyttet til kapitalkostnader og likviditeten er presset som følge av tidligere års underskudd. Helse Nord-Trøndelag HF må ha kontinuerlig fokus på styring av egen likviditet og sørge for at behovet for kassekreditt til enhver tid blir så lite som mulig.

Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2011 levere et regnskapsmessig resultat i 0 eller bedre.

2.2 Fordeling av inntekter 2011

Tildelingen som er angitt nedenfor gir rammer for den virksomheten foretaket skal gjennomføre i 2011. Det forutsettes at beløpet skal ta høyde for samlet lønns- og prisvekst i 2011.

Nukleærmedisin

Nukleærmedisin organiseres inntil videre og bemannes som en regional enhet/funksjon ved St. Olavs Hospital HF. Enheten skal gjennom ambulant tjeneste og IKT ivareta den nukleærmedisinske spesialisttjeneste ved de øvrige foretak i regionen på en forsvarlig måte. Enheten viderefører arbeidet for dette i samarbeid med de respektive ansvarlige avdelinger i de øvrige foretak.

St. Olavs vil ha det medisinske ansvaret for nukleærmedisin ved sykehusene i Ålesund og Levanger, ved siden av eget sykehus.

Kostnadsfordelingen fordeles på St. Olavs Hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF i henhold til følgende tabell:

	Assistentlege	Overlege	Kostnad pr. HF
Grunnlag inkl overhead	1095	1 450	
Stolav	274	483	757

HSM	274	483	757
HNT	274	483	757
HNR	274	0	274

Helse Nordmøre og Romsdal bidrar inn til fremtidig kompetanse ved dekking av utgifter til assistentlege. St. Olavs fakturerer faktiske utgifter til hver av de 3 andre helseforetak, men aldri høyere enn angitt beløp. St. Olavs Hospital HF fakturerer halvårlig pr 30.06.11 og 31.12.11.

Oppgave:

- Helseforetaket rapporterer tertialvis på hvordan tilbudet fungerer.

Psykisk helsevern

Det er på regionnivå holdt av 36 mill kroner til psykisk helsevern til senere fordeling. Disse midlene kan utløses gjennom en dokumentasjon av at aktivitetsutviklingen er større enn kostnadsutviklingen. Helse Midt-Norge RHF vil ta initiativ til den konkrete utformingen og definisjon av hva som skal inngå i aktivitetsberegningen som skal ligge til grunn, samt på hvilket tidspunkt i 2011 denne fordelingen skal skje.

Poliklinisk radiologi

Basisrammen er styrket for å øke kapasiteten innenfor poliklinisk radiologiske undersøkelser, særlig innenfor CT og MR. Dette gjelder for pasienter hvor det er mistanke om svært alvorlig eller livstruende sykdom. Ventetiden bør ikke være over 5 uker.

Tabell 1

Inntektsramme budsjett 2011

(beløp i 1 000 kr)	HNT
Somatikk	718 405
Psykisk helsevern	376 822
Særfinansiering	499 681
Resultatkrav	
Sum ramme	1 594 908
ISF inntekt	440 057
Posedialyse	2 553
Polikliniske refusjoner	55 685
Sum ramme og estimert ISF og poliklinikk	2 093 203
Tilskudd barn som pårørende (Familieambulatoriet)	2 500
Tilskudd til raskere tilbake*	
Sum bevilgning, jf Prop 1 S (2010-2011)	2 095 703
Gjestepasientinntekt	16 266

* Fordeling i eget brev

I 2011 har Helse Nord-Trøndelag HF fått følgende elementer finansiert særskilt over basisrammen:

Tabell 2

Fordeling 2011 (1 000 kr)	Helse Nord-Trøndelag HF
Pasienttransport	87 602
Regionalt kjørekontor/Pasientreiser ANS	6 252
Ambulanser	114 719
Diverse befolkningsrelaterte og spesielle komponenter	49 452
HMN satsing FoU	6 806
Inntekt til økte pensjonskostnader	94 010
Tilskudd differensiert arbeidsgiveravgift	5 074
Stjørdal DMS	4 085
Samhandlingskoordinator HNT	100
Re. henvisningsmottak priv. Rehab.inst.	3 500
Finansiering spesielle forhold 2011, jf LTB	-6 000
Omfordeling lånerente	-8 864
Avskrivningsmidler	131 002
Stjørdal DPS	6 258
Sum	493 996
Psykisk helse:	
Nettverk for spiseforstyrrelser	738
Regionale funksjoner, psykisk helsevern (spiseforst)	4 947
Sum	5 685
Totalt	499 681

Regionalt henvisningsmottak for private rehabiliteringsinstitusjoner

Helse Midt-Norge RHF har etablert regionalt henvisningsmottak for private rehabiliteringsinstitusjoner lokalisert til sykehuset Levanger. Henvisningsmottaket skal motta henvisning fra alle private rehabiliteringsinstitusjoner regionen har avtale med og skal samtidig være info telefon for habilitering og rehabilitering. Mottaket blir særfinansiert med kr. 3,5 mill i 2011.

Stjørdal DPS

Helse Midt-Norge viser til styresak 87/10 fra 05.11.10 vedrørende finansiering av aktivitet i DPS Stjørdal. I styresaken vedtok styret i punkt 1 at befolkningen i kommunene Selbu, Tydal, og deler av Malvik fortsatt skal få sitt tilbud ved Stjørdal DPS. Inntektsrammen for disse kommunenes opptaksområde er gitt til St. Olavs Hospital HF. St. Olavs Hospital HF har finansieringsansvaret for døgnplassene og poliklinikk i DPS Stjørdal for pasienter fra de nevnte kommunene. St. Olavs Hospital HF skal i 2011 betale for 3 plasser. Kostnadene skal beregnes i henhold til nøkkelen i avtalen som er signert mars 2007.

Helse Midt-Norge gir i tillegg 6,258 mill kr i særskilt bevilgning for 2011 for å sikre drift og utvikling av tjenestetilbudet ved DPS Stjørdal. Helse Nord-Trøndelag HF skal i utforming av tjenestetilbudet ha særskilt fokus på samarbeidet med St. Olavs Hospital HF.

Stjørdal DMS

Helseforetaket skal videreføre driften av Stjørdal DMS

Felles samhandlingsressurs

Helseforetaket fikk i 2010 innvilget midler til traineestilling for 2 år. Helseforetaket skal videreføre dette tiltaket i 2011. Beløpet for 2011 er 100 000,- kroner.

Pasientreiser

Gjennom særfinansiering er helseforetaket tildelt midler for utbetaling til transportører og pasienter i hht forskrift og gjeldende kontrakter

Drift av pasientreisekontor

Helseforetaket er for 2011 tildelt særfinansiering for ny aktivitet knyttet til drift av pasientreisekontoret

Ambulansedrift

Gjennom særfinansiering er helseforetaket tildelt midler for utbetaling til kontraktører/egen drift etter gjeldende kontrakter

Diverse befolkningsrelaterte og spesielle komponenter

Det fordeles totalt 249 mill kr til diverse befolkningsrelaterte og spesielle komponenter. Beløpet for Helse Nord-Trøndelag HF for 2011 er 49,452 mill kroner.

Forskning og utdanning

Helse Midt-Norges vedtatte regionale forskningsstrategi styrer mot 3,0 % av rammen avsatt til forskning. For å nå denne rammen er Helse Midt-Norge påbegynt en opptrapping frem mot 2014 som synliggjøres i særfinansieringen. Midlene stilles til disposisjon gjennom årlig opptrapping og det forventes at foretakene innretter seg lik at forskningsaktiviteten er på forventet nivå i 2014.

Helse Nord-Trøndelag HF har fått tildelt følgende til forskning og utdanning:

- 6,806 mill kroner

Helse Nord-Trøndelag HF skal innenfor økning av FoU-midler ivareta forskningsprosjekter som gjenspeiler prioriteringene i Strategi 2020.

Ev inntekter fra andre finansieringskilder som skal brukes til FoU skal komme i tillegg til dette.

Det er videre satt av forskningsmidler under Helse Midt-Norge RHF, som vil bli fordelt av Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og universitetet etter søknad.

Omfordeling rentekostnader langsiktig lån

Det er lagt til grunn en omfordeling av 31% av budsjettert rentekostnad på langsiktige lån, totalt 130,7 mill kr.

Dette medfører en reduksjon av rammen til Helse Nord-Trøndelag HF på totalt 8,86 mill kr.

2.3 Raskere tilbake

Helse Midt-Norge har i 2011 fått tildelt 104,258 mill kroner knyttet til ordningen "Raskere tilbake", (herav 3,8 mill kr til videreføring av utdanningskapasiteten ved arbeidsmedisinsk avdeling og 37,258 mill kr til drift av Hysnes Helsefort). Aktivitet som kommer inn under ordningen dekkes særskilt og skal ikke finansieres av inntektsfordelingen beskrevet i pkt 2.2. Tildelingen av ramme for "Raskere Tilbake" og Hysnes Helsefort blir kommunisert i eget brev.

2.4 Investeringsramme 2011

For tildeling av investeringsramme for 2011 vises det til sak 5/11 Helse Midt-Norge – Investeringsbudsjett 2011

(Tabell settes inn etter at styret har vedtatt investeringsbudsjett 13.1.11)

I tillegg kan helseforetaket få tildelt investeringsmidler til særskilte ENØK-tiltak.

2.5 Likviditet

Helse Nord-Trøndelag HF kan ikke ta opp lån eller driftskreditter ut over det som gis av eller fastsettes av Helse Midt-Norge RHF. I tillegg til regelmessig rapportering av likviditetsprognose må eier varsles i god tid, og senest 8 uker før ved eventuelt behov for utvidet driftskreditramme. Administrasjonen i Helse Midt-Norge RHF kan i deler av året, av hensyn til foretaksgruppens totale ramme, fastsette en lavere ramme for driftskreditten.

3 Aktivitet

Den ressursrammen som samlet blir stilt til rådighet i dette dokumentet legger til rette for den aktivitet i pasientbehandlingen i Helse Nord-Trøndelag HF som er bestilt jfr. tabell 4 og 5.

Gjennom de aktivitetsbaserte finansieringssystemene gjøres deler av budsjettet avhengig av antall pasientbehandlinger og kompleksiteten i behandlingen. Prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som skal behandles og hva slags behandling den enkelte pasient skal gis, skal være uavhengige av de aktivitetsbaserte tilskuddene. Det er ikke ment at finansieringen gjennom de aktivitetsbaserte finansieringssystemene skal dekke hele kostnaden ved undersøkelse eller behandling. Derimot skal de aktivitetsbaserte tilskuddene sammen med basisbevilgningen legge grunnlag for gjennomføring av kravet til aktivitet. Det er avgjørende at helseforetaket er seg dette bevisst for å kunne oppnå tilfredsstillende kostnadskontroll.

Det forutsettes at Helse Nord-Trøndelag HF planlegger sin virksomhet slik at en større andel av aktiviteten skjer ved dag og poliklinisk behandling enn gjennom behandling ved innleggelse, og at aktivitetsveksten er større innenfor psykisk helsevern enn innenfor somatikk.

Videre forutsettes det at Helse Nord-Trøndelag HF innretter aktiviteten slik at ventetiden reduseres for de pasienter som har ventet lengst og slik at avtalte behandlingsfrister blir overholdt. Fristbrudd skal ikke forekomme. Aktiviteten i foretaket skal gjenspeile prioriteringen i Strategi 2020 av de store og voksende pasientgruppene.

HMN vil kunne ta opp spørsmålet om mulig avkortning av basisinntekten dersom avvik fra aktivitetsmålsettingen blir for stort.

Aktivitetsmål 2011

Psykisk helsevern

For 2011 blir midlene fordelt på samme måte som foregående år, etter befolkningsstørrelse, men det er satt opp aktivitetsmål innenfor de ulike områder (referanse styresak 89/10)

Tabell 4

	Psykisk helsevern for voksne			Psykisk helsevern for barn og unge		
	Polikl. Kons.	Utskrivninger	Oppholdsdøgn	Polikl. Kons.	Utskrivninger	Oppholdsdøgn
	forventet	forventet	forventet	forventet	forventet	forventet
	2011	2011	2011	2011	2011	2011
HNT	43 000	1 500	30 000	16 000	130	2 100

Somatikk

Helseforetakets aktivitetsmål knyttet til somatikk settes for 2011 til følgende; ref styresak 89/10

Tabell 5

Aktivitetskrav somatisk 2011	
DRG poeng sørge for, inkludert fristbrudd	27 879
DRG poeng fra pasienter i andre regioner	550
Samlede DRG poeng	28 429

Styringsparametre:

- Antall produserte DRG- poeng
- Refunderte polikliniske inntekter

4 Nye forskrifter

Endret forskrift 18. desember 2001 nr 1539 om godkjenning av sykehus, bruk av betegnelsen universitetssykehus og nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten trer i kraft 1.januar 2011. For nasjonale tjenester vises det til kap. 7.1.

Forskrift om stønad til helsetjenester mottatt i et annet EØS-land

Ny refusjonsordning for dekning av utgifter til helsehjelp utenfor sykehus i andre EU/EØS- land trer i kraft 1.1.2011. Refusjonsordningen vil gi pasientene større valgfrihet. HELFO skal administrere ordningen. De regionale helseforetakene skal dekke refusjonsutgiftene for de tjenestetyper de har ”sørge for”-ansvaret for etter nærmere bestemte regler.

5 Nasjonale og regionale strategier og handlingsplaner

For 2011 gjelder følgende strategier for spesialisthelsetjenesten:

- Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre (2008-2012)
- Nasjonal strategi for kreftområdet (2006-2011)
- Nasjonal strategi for diabetesområdet (2006-2011)
- Nasjonal strategi for KOLS-området (2006-2011)
- Strategi for kvinners helse (2003-2013)
- Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011)
- Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008-2012)
- Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012)
- Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen (2007-2011)
- Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskade (2009-2014).
- Aksept og mestring – nasjonal hivstrategi (2009 -2014)
- Opptappingsplanen for rusfeltet (2007-2012)
- Strategi 2020 (2010-2020)
- Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge (2009-2014)
- Handlingsplan for avtalespesialistene
- Handlingsplan for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge (2010-2015)

Det forutsettes at helseforetaket er kjent med innholdet i strategiene og at de legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet på de ulike områder.

Samhandlingsreformens intensjoner er vedtatt. Fra 2012 vil det bli vedtatt nye økonomiske virkemidler, ny nasjonal helseplan og nye helselover. Helseforetakene skal i 2011 sammen med kommunene lage avtaler for samarbeid om forberedelser for å realisere samhandlingsreformen.

6 Særskilte satsingsområder 2011

6.1 Ventetider, pasientforløp og fristbrudd

Ventetidene i spesialisthelsetjenesten skal reduseres. Tiltak for å nå målet skal iverksettes innenfor de vedtatte økonomiske rammer. Tiltak skal være økt utredningskapasitet og bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetidene på en kostnadseffektiv måte. Helseforetaket skal legge til rette for økt utredningskapasitet gjennom effektive og faglig gode pasientforløp i tråd med målsettingen i Strategi 2020. Helse Nord-Trøndelag HF skal gjennomgå alle vaktordningene for å redusere passiv vakt for å frigjøre ressurser til økt kapasitet, særlig for de voksende pasientgruppene. Helse Nord-Trøndelag HF skal planlegge omstilling av tjenester slik at mest mulig kan utføres på dagtid og virkedager.

Det er på sikt en målsetting at alle rettighetspasienter skal få timeavtale sammen med bekreftelse på mottatt henvisning.

Det er et mål å få bedre oversikt over pasientenes bevegelser mellom institusjoner og nivå i helsetjenesten. Det bør framgå av pasientadministrative system og Norsk pasientregister hvilken instans, institusjon eller enkeltlege som har henvist pasienten til sykehus, og til hvilken instans eller institusjon pasienten skrives ut/overføres.

Styringsparametre:

- Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker
- Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen somatikk
- Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP)
- Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP)
- Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere (TSB)
- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten (styringsmål: ned mot 65 løpedager ved utgangen av 2011).
- Andel pasienter innen BUP som er vurdert innen 10 dager (mål: 100 %)
- Andel rettighetspasienter som gis utredning eller behandling innen 65 dager i psykisk helsevern og/eller TSB for personer under 23 år (mål: 100 %)
- Andel fristbrudd for rettighetspasienter (mål: 0 %)

Det vil i tillegg bli bedt om rapportering på median ventetid.

Oppgaver:

- Helse Nord-Trøndelag HF skal gjennomgå alle vaktordningene for å redusere passiv vakt
- Helse Nord-Trøndelag HF skal registrere, kvalitetssikre og rapportere data om henvisninger til Norsk Pasientregister

6.2 Kvalitet og pasientsikkerhet

Tjenestene som tilbys skal være av god kvalitet, trygge og sikre. Det er et ledelsesansvar å ha oversikt over status på kvalitet og pasientsikkerhet i tjenesten. Mangelfull kommunikasjon og språkforståelse er en risikofaktor og en viktig kilde til feilbehandling.

6.2.1 Kvalitetsforbedring

Det er et mål at helseforetakene har mest mulig lik og kunnskapsbasert behandlingspraksis som understøtter gode pasientforløp. Dette er i tråd med de strategiske målene i Strategi 2020. Dette målet kan nås blant annet ved å implementere nasjonale faglige retningslinjer og bruk av mini-HTA skjema (systematisk sjekklister; se Kunnskapssenteret). Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er et viktig verktøy for å dokumentere behandlingseffekt over tid, og gir grunnlag for kvalitetsforbedringsarbeid og forskning. Det er et mål å etablere slike registre innen viktige fagområder. Videreutviklingen av kvalitetsregisterområdet skal være i tråd med handlingsplanen for Nasjonalt helseregisterprosjekt. I alt 19 medisinske kvalitetsregistre har status som nasjonale registre, og det er et mål å gjøre disse registrene landsdekkende og operative i kontinuerlig kvalitetsforbedringsarbeid i 2011. Helse Nord-Trøndelag HF skal registrere data i de aktuelle registre.

Helseforetaket skal følge opp arbeidet med å bygge en god kvalitetskultur i henhold til strategi 2020. Foretakene skal som et ledd i dette bidra til utvikling og implementering av ny kvalitetsstrategi.

Helseforetaket skal følge opp arbeidet fra prosjektet Elektiv kirurgi jfr. strategi 2020. Det skal ikke planlegges etablering av elektiv kirurgi uten at dette er koordinert med prosjektet.

Det er et langsiktig mål at epikrisen følger pasienten.
Det skal normalt ikke være korridorpasienter.

Styringsparametre:

- Andel epikriser sendt ut innen sju dager (mål: 100%).
- Andel korridorpasienter.
- Andel pasienter med hjerneinfarkt som får trombolyse.
- Andel pasienter med sfinkterruptur (fødselsrifter) grad 3 og 4.
- Diabetes - Ben/fotamputasjoner pr 100.000 innbyggere.

Oppgaver:

- Helse Nord-Trøndelag HF skal fortløpende registrere gode og komplette datasett i de aktuelle kvalitetsregistre.

6.2.2 Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning

Det skal legges til rette for aktiv brukermedvirkning i behandling og på systemnivå og i lokalt utviklings- og omstillingsarbeid i tråd med vedtaket i Strategi 2020. Det bør sees hen til erfaringene fra Nasjonalt pilotsykehusprosjekt.

Tjenestene må være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Det innebærer både fysisk tilgjengelighet og tilgjengelighet knyttet til kulturell og språklig forståelse. Det bør tilstrebes at lokale brukerundersøkelser fokuserer på betydningen av kommunikasjon og språkforståelse for behandlingskvalitet.

Styringsparametre:

- Brukererfaringer kreftpasienter, justert for case-mix
- Fastlegers erfaringer med distriktspsykiatriske sentre

Oppgaver

- Helseforetaket skal følge Regional plan for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge (2010-2015)
- Helseforetaket skal styrke informasjon om tjenestetilbud og rettigheter, og spesielt legge til rette for pasienter og pårørende med annen språklig og kulturell bakgrunn.

6.2.3 Pasientsikkerhet

Det er et ledelsesansvar på alle nivå å sikre velfungerende systemer for melding av uønskede hendelser. Ansatte skal oppleve det trygt å melde, og meldingene skal følges opp ut fra et system- og læringsperspektiv.

Antall uønskede hendelser skal reduseres. I januar 2011 starter den tre-årige nasjonale pasientsikkerhetskampanjen - i trygge hender (www.pasientsikkerhetskampanjen.no). Kampanjen skal legge grunnlaget for varige systemer, strukturer og kompetanse om pasientsikkerhet og bidra til bedre pasientsikkerhetskultur. Nasjonale innsatsområder i kampanjen er postoperative sårinfeksjoner, riktig legemiddelbruk, behandling av hjerneslag og psykisk helsevern. Kampanjen starter med en basismåling av omfang av pasientskader ved hjelp av Global Trigger Tool. Innsatsområdene innføres gradvis.

Oppgaver:

- Helse Nord-Trøndelag HF skal sikre at kvalitetsdokumentasjonssystemet gjennomgår de nødvendige revisjoner både i struktur og innhold, og at tilgjengelig funksjonalitet tas i bruk.
- Ved revisjoner av kvalitetsdokumentasjonssystemet i det enkelt HF skal dette skje i samspill med de øvrige HF. Det skal for alle HF arbeides for å oppnå en harmonisering av struktur og innhold i kvalitetsdokumentasjonssystemet.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal delta i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen på de nasjonale innsatsområdene som styringsgruppen har besluttet, og rapporterer data til kampanjens sekretariat. I tillegg til rapportering i årlig melding, bes det om en statusrapportering for helseforetakenes medvirkning i og resultater fra pasientsikkerhetskampanjen etter utgangen av 2. tertial 2011.

6.2.4 Helhetlige pasientforløp og samhandling

Helse Nord-Trøndelag HF skal tilby pasienter og brukere en helhetlig tjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingskjeder og pasientforløp som ivaretar god behandlingskvalitet. Pasientforløp skal planlegges sammen med kommunene i tråd med prinsippene i Strategi 2020. Pasientforløpene skal ha en desentralisert profil der dette er mulig. Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for at pasientperspektivet, gjennom utvikling av forløpstenkningen, ligger til grunn for utvikling av tjenester og for utarbeidelse av egne strategier og planer. Erfaringer fra prosjekter som *Pilotsykehusprosjektet* (partssamarbeidet), *Samhandlingskjeden kronisk syke* og andre samhandlingsprosjekter skal vektlegges der dette er hensiktsmessig.

Oppgaver:

- Helse Nord-Trøndelag HF skal gjennomføre tiltak for desentralisering av spesialisthelsetjenester i tråd med det regionale styrets vedtak punkt 7 i Strategi 2020

- Helse Nord-Trøndelag HF skal samarbeide med sykehusapoteket om å redusere forekomsten av uriktig legemiddelbruk. Plan for dette arbeidet skal inngå i årlig melding 2011.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal samarbeide med kommunene om å redusere antall innleggelser, finne alternativer til innleggelse og oppfølging av pasienter etter innleggelse.
- Helseforetaket skal inngå avtaler med kommuner om å innføre felles innleggings- og utskrivningsrutiner for pasienter uavhengig av diagnose. Se f.eks. rutiner utarbeidet i prosjektet Samhandlingskjeden kronisk syke.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal sette av midler til nye omstillingstiltak eller prosjekt sammen med kommunene
- Regionens andel av finansiering av etablerte samhandlingstiltak overføres til helseforetakene som øremerkede midler. Helseforetakene skal benytte midlene til øremerket formål.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal utarbeide konkrete rutiner for samhandling mellom barneavdeling, barnehabilitering og barne- og ungdomspsykiatri
- Det skal inngås samarbeidsavtaler mellom helseforetak og politidistrikt i saker vedrørende mottak, undersøkelse og bistand til barn utsatt for vold og seksuelle overgrep (jfr. helse- og omsorgsministerens svar på interpellasjon i Stortinget 27. april 2010. St. Olavs Hospital HF skal koordinere dette arbeidet.

6.3 Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Tjenestene innen TSB skal være samordnet, tilpasset pasienter med sammensatte lidelser og sikre et sammenhengende behandlingsforløp, også ved øyeblikkelig hjelp og der behandling startes av ambulansetjenesten ved overdoser. Samordning med tjenestene innen psykisk helsevern er særskilt viktig jfr. Strategi 2020. Tjenestene bør fortrinnsvis tilbys nær pasientenes bosted og i samarbeid med kommunale tjenester.

Det er et mål å ha gode rutiner for samarbeid med kommunen under behandling, ved endt behandling og ved behandlingsavbrudd, samt rutiner for hurtig reinnntak i TSB ved behandlingsavbrudd dersom pasienten ønsker dette.

Effekten av samhandling bør måles ved om pasientene får et godt tilbud eller ikke.

Samhandlingen på mange områder er god, likevel er det nødvendig med ekstra fokus på å forbedre ansvarsdelingen og kompetanseutvekslingen.

Implementering av ny nasjonal retningslinje fra HD for vurdering av henvisning, utarbeidelse av konkrete rutiner for samhandling og etablering av ruspolikliniske tilbud vil bidra i riktig retning

For samiske pasienter må tiltakene ta utgangspunkt i samiske pasienters rett til tilrettelagte tjenester med utgangspunkt i samisk språk og kultur.

Oppgaver:

- Helse Nord-Trøndelag HF skal øke kapasiteten innen TSB
- Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak for å øke andelen pasienter som fullfører TSB

6.4 Psykisk helsevern

Pasienter/brukere skal få tilbud på et nivå som best mulig kan tilrettelegge for mestring og et normalt liv. Tilbudet skal gis på kommune- eller DPS- nivå der dette er forsvarlig. Det er et mål at DPS skal ha nødvendige akutfunksjoner slik at alle henvendelser kan rettes dit uavhengig av

tid på døgnet. DPS forutsettes å være veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten. Sykehusene skal ivareta oppgaver som bare kan utføres på sykehusnivå. Akuttnettverket forutsettes videreført med sikte på en videre utvikling av akutfunksjonene.

Antall tvangsinnleggelser og omfanget av tvangsbruk i psykisk helsevern skal reduseres og kvalitetssikres. Det må legges til rette for at rettighetene til fengselsinnsatte med psykiske og rusrelaterte lidelser ivaretas.

Helse Nord-Trøndelag HF skal prioritere utvikling av gode psykiatritjenester for den voksende gruppen med eldre i tråd med Strategi 2020

Datakvaliteten innen psykisk helsevern skal bedres.

Styringsparameter:

- Andel tvangsinnleggelser, ratejustert for befolkning i opptaksområdet.
- Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge.
- Datakvalitet lovgrunnlag psykisk helsevern voksne.
- Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern voksne.

Oppgaver:

- Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak for at nødvendige akutfunksjoner kan etableres ved DPSene.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal rapportere utskrivningsklare pasienter til DPS og kommuner til Norsk Pasientregister

6.5 Kreftbehandling

Pasienter med kreft er en voksende pasientgruppe og skal gis prioritet i henhold til Strategi 2020. Helseforetaket skal tilby tjenester med høy kvalitet og kompetanse, tilstrekkelig kapasitet, likeverdig tilgjengelighet, hensiktsmessig organisering og bedre samhandling i og mellom alle ledd på kreftområdet i henhold til regional plan for arbeidsdeling innenfor kreftbehandling. Pasientforløpene skal ivareta god behandlingskvalitet som sikrer at kreftpasientene unngår unødig ventetid på utredning og behandling. Det er viktig at det finnes gode tilbud når det gjelder palliativ pleie og hospice. Tilbudene skal inngå som en integrert og naturlig del av spesialisthelsetjenesten og kommunenes samlede helse- og omsorgstilbud.

Helseforetaket skal i sitt arbeid med å bedre kvaliteten i tjenesten følge opp Helsetilsynets rapport om risikobildet i norsk kreftbehandling (4/2010), med spesiell vekt på de tre viktigste risikoområdene i rapporten: utredningslogistikk (sen diagnostikk), informasjonsflyt og komplikasjonsovervåking.

Styringsparametre:

- Tid fra henvisning til første behandling tykktarmskreft.
- Tid fra henvisning til første behandling brystkreft.
- Tid fra henvisning til første behandling lungekreft.

6.6 Innovasjon

Innovasjon dreier seg både om å utvikle og innføre nye og bedre produkter og tjenester, men også virksomhetsforbedringer i form av bedre og mer kostnadseffektive prosesser, organisatoriske løsninger og pasientforløp. I henhold til St. meld. nr. 7 (2008-2009) *Et nyskapende*

og bærekraftig Norge ble det besluttet å forlenge den pågående satsingen på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren til ti år, forutsatt en positiv halvveisevaluering, og å utvide denne til også å omfatte forskningsbasert innovasjon. Halvveisevalueringen sluttføres våren 2011. De regionale helseforetakene er sentrale aktører i satsingen og er bidragsytere i arbeidet med å implementere nasjonal satsing på innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2017).

Det er et potensial for å utnytte den samlede nasjonale kommersialiseringskompetansen bedre, bl.a. gjennom økt samarbeid med universitets- og høyskolesektoren. Det er videre et potensial for å øke innovasjonsaktiviteten gjennom bruk av offentlige innkjøp og før-kommersielle avtaler.

Det er behov for å vurdere og videreutvikle dagens sett med indikatorer for innovasjon i helsesektoren. Målinger av innovasjonsaktivitet i helseforetakene bør fange opp alle sider ved innovasjon – også endringer som resultat av prosess- og tjenesteinnovasjoner slik at indikatorene på en adekvat måte fanger opp både kommersiell og ikke-kommersiell innovasjonsaktivitet. Dagens indikatorsett må gjennomgå med tanke på at rapportering hovedsaklig skal skje basert på etablerte datakilder.

Oppgaver:

- Helse Nord-Trøndelag HF skal i samarbeid med øvrige helseforetak iverksette tiltak for å ivareta innovasjonspotensialet knyttet til offentlige innkjøp blant annet gjennom før-kommersielle avtaler.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra til å identifisere prosjekter egnet for innovasjons- og næringsutvikling i helsesektoren

7 Andre områder

7.1 Nasjonale tjenester i spesialisthelsetjenesten

Betegnelsen nasjonale tjenester omfatter nasjonale kompetansetjenester (tidligere nasjonale kompetansesentre) og nasjonale og flerregionale behandlingstjenester (tidligere lands- og flerregionale funksjoner). Den foreliggende gjennomgangen av nasjonale tjenester fra de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet og de vedtatte forskriftsendingene vil ligge til grunn for endringer i nasjonale tjenester i 2011.

7.2 Habilitering og rehabilitering

Rehabiliterings- og habiliteringstiltak skal være en integrert del av pasientforløpet hos barn og voksne med ulike sykdommer og skader. Samhandlingsreformens mål om mer helhetlige og sammenhengende tjenester uten unødige brudd og forsinkelser gjelder i stor grad for habiliterings- og rehabiliteringsfeltet. Gjennom samhandlingsreformen skal det vurderes om kommunene skal få større ansvar for rehabilitering og habilitering.

Det er et mål å systematisere barne- og voksenhabiliteringsarbeidet og sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet.

Tjenester som tilbys fra koordinerende enheter i spesialisthelsetjenesten skal være synlige og lett tilgjengelige.

Pasienter skal få nødvendige behandlingshjelpemidler som del av medisinsk behandling, og tildeling av behandlingshjelpemidler skal skje ut fra en individuell vurdering i det enkelte tilfelle.

Oppgaver:

- Helse Nord-Trøndelag HF skal følge prioriteringsveilederene Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten og Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten og samarbeide med de andre HF'ene i regionen om en lik forståelse og praksis.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal delta i arbeidet med å revidere regional plan (Handlingsprogram for fysikalsk medisin, rehabilitering og habilitering)

7.3 Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

De prehospitaltjenestene i Midt-Norge er viktige for den akuttmedisinske beredskapen i regionen og utgjør for mange pasienter en viktig start i et behandlingsforløp. Det skal fortsatt legges vekt på kompetanseoppbygging i de prehospitaltjenestene som blir viktig for gjennomføring av strategi 2020 i Helse Midt-Norge.

Nødmedle- og ambulansetjenesten skal ha god kompetanse og rask respons. Det skal være likeverdig tilgang til nødmeldetjenesten for funksjonshemmede, minoritetsspråklige og den samiske befolkningen. Det er et mål å bedre samarbeid og kommunikasjon mellom akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, øvrig kommunal helse- og omsorgstjeneste og de frivillige organisasjonene.

Oppgaver:

- Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak for å sikre nødvendig språk- og kulturkompetanse i AMK- sentralene.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal medvirke til at Helse Midt-Norges plan for prehospitaltjenester blir implementert i sitt område.

7.4 Hjertereflimmerbehandling

Pasienter med hjertereflimmer skal tilbys behandling i henhold til nasjonale faglige anbefalinger. På bakgrunn av de nye anbefalingene fra Helsedirektoratet for behandling av pasienter med atrieflimmer og av hensyn til likebehandling av pasientene, finner departementet det riktig at alle pasienter med behov for ablasjon vurderes i forhold til prioriteringsforskriften eller forsvarlighetskravet, jf. brev fra departementet til de regionale helseforetakene 27.10.2010. Tilbudet til hjertereflimmerpasienter er lagt til St. Olavs Hospital HF for regionen.

7.5 Behandling av sykkelig overvekt

En gjennomgang viser at ventetiden for utredning og behandling av sykkelig overvekt er ulik og noen steder for lang jf. Helsedirektoratets prioriteringsveileder for sykkelig overvekt, IS-1702. For å møte utviklingen av overvekt og fedme i befolkningen må behandlingstilbudet til pasienter med sykkelig overvekt gradvis trappes opp. Det skal utvikles pasientforløp som ivaretar et godt behandlingstilbud samt unngå unødig ventetid for utredning og behandling, herunder kirurgi, plastikkirurgi og tilbud i psykisk helsevern.

Regionalt senter for sykkelig overvekt, St. Olavs Hospital skal videreføre koordineringen av forsknings- og utviklingsarbeidet i regionen.

Oppgaver:

- Helse Nord-Trøndelag HF skal gjennomgå og øke kapasiteten for utredning og behandling av sykkelig overvekt
- Helse Nord-Trøndelag HF skal rapportere på ventetid. Det vil sendes eget brev på dette
- Helse Nord-Trøndelag HF skal videreføre arbeid i tverrfaglig overvektspoliklinikk
- Helse Nord-Trøndelag HF skal etablere og videreføre samarbeid med kommuner om behandlingstilbud og kompetanseutvikling

7.6 Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)

Tilbudet om diagnostikk, behandling, og rehabilitering, herunder lærings- og mestringstilbud til pasienter CFS/ME skal være adekvat og i henhold til oppdatert kunnskap. Helsedirektoratet skal innen utgangen av 2. tertial 2011 ha gjennomført en oppsummering av relevant forskning om oppfølging av pasienter med CFS/ME. På oppdrag fra Helsedirektoratet foretar SINTEF Teknologi og samfunn en gjennomgang av tilbudet til pasienter med CFS/ME i Norge. Departementet vil, på bakgrunn av råd fra Helsedirektoratet komme tilbake med oppdrag for å sikre denne pasientgruppen et best mulig tilbud om diagnostisering og oppfølging.

7.7 Tilbudet til pasienter med astma og allergiske lidelser

Det er et mål å styrke den nasjonale kompetansen innenfor astma, allergi og overfølsomhetssykdommer og utvikle gode rutiner for utredning, diagnostisering og behandling av astma og allergisk sykdom/ overfølsomhet hos barn og voksne

7.8 Ernæring og mattrygghet

Gode rutiner og kompetanse skal sikre at ernæring er en integrert del av behandlingstilbudet. Veiledningsoppgaven ovenfor kommunene skal ivaretas på ernæringsområdet. Eldres ernærings situasjon skal ha spesiell oppmerksomhet.

Oppgave:

- Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak for å sikre at kompetanse og rutiner innen hygiene og mattrygghet ivaretas jf. Mattilsynets rapport: Nasjonalt tilsynsprosjekt (2008-2009) Institusjonsskjøkken.

7.9 Beredskap og smittevern

Det er et mål at det finnes oppdaterte og øvede beredskapsplaner med rutiner for å oppdage og varsle hendelser, og for effektiv, koordinert ressursdisponering ved kriser. Sektorens beredskaps- og smittevernarbeid forutsetter samarbeid mellom regionale helseforetak, kommuner, fylkesmenn, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Strålevernet og andre aktører. Kommunale og private institusjoner og øvrige samarbeidspartnere skal få nødvendig smittevern bistand. Det skal arbeides målrettet for å forebygge sykehusinfeksjoner og antibiotikaresistens, antibiotikabruk skal overvåkes, og det må sikres at smittevernpersonell i regionen har nødvendig kompetanse. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen skal bidra til økt fokus på infeksjonskontroll i helseforetakene og bedre kvalitet på rapportering til Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehustjenesten (NOIS).

Oppgaver:

- Helseforetaket skal følge opp erfaringene fra håndteringen av influensa A (H1N1) og bidra i arbeidet med utarbeidelsen av ny Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa.

- Helseforetaket skal sørge for, med utgangspunkt i erfaringene fra håndteringene av ny influensa A (H1N1) og vulkanutbruddet på Island, oppdaterer og foretar nødvendige tilpasninger i sine beredskapsplaner.

7.10 Diabetes

Regional handlingsplan for diabetes blir ferdigstilt i 2011. Helseforetakene skal følge opp denne.

7.11 Spesialisthelsetjenestetilbudet for eldre

Helse Nord-Trøndelag HF skal i tråd med Strategi 2020 prioritere de store og voksende pasientgruppene. Økt sykkelighet er blant annet en følge av økt alder. Fram mot 2020 vil mye av økningen i spesialisthelsetjenesten være knyttet til sykdommer for eldre. Helseforetakene skal bygge kompetanse for å tilpasse tilbudet til eldre pasienter. Mange av pasientene vil ha sammensatte lidelser med samtidige behov fra ulike deler av helsetjenesten. Dette gir særlige utfordringer knyttet til sammenheng og koordinering i pasientforløpene.

Helse Nord-Trøndelag HF skal i sitt arbeid med å bedre kvaliteten i tjenesten følge opp Helsetilsynets rapport om identifiseringer av risikoområder innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre (15/2010).

7.12 Opplæring av pasienter og pårørende

For personer med kronisk sykdom er god opplæring og mestring av sykdommen like viktig som medisinsk behandling. Foretaket skal påse at pasienter og pårørende som har behov for opplæring får et kvalitativt godt tilbud om dette. Slik opplæring kan ivaretas i et lærings- og mestringssenter eller i andre deler av spesialisthelsetjenesten. Pasientopplæringen skal bidra til å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Lærings- og mestringstiltak forutsettes å være et likeverdig samarbeid mellom brukere og fagfolk i kunnskapsformidling og kunnskapsdialog. Det er en målsetting å integrere helsepedagogiske prinsipper og brukermedvirkning i pasientforløp.

Oppgaver:

- Videreføre evaluering av opplæringstiltak for pasienter og pårørende.
- Integrere lærings- og mestringstiltak i pasientforløp.
- Rutiner som utvikles i prosjektet "Kursdatabase for opplæring av pasienter og pårørende" skal implementeres i helseforetaket.
- Samarbeide med kommuner for å starte desentralisering av tilbud til de store pasientgruppene.

8 Utdanning av helsepersonell

Utdanning av helsepersonell er et viktig virkemiddel for å sikre riktig kompetanse og tilstrekkelig helsepersonell. Utdanning, kompetanseutvikling og kompetanseoverføring blir svært viktig for å lykkes med samhandlingsreformen.

Ledelsesforankring og god organisering og veiledning av praksis- og turnusordningene bidrar til at helseforetakene framstår som gode og attraktive læringsarenaer. I 2011 hvor samhandlingsreformen forberedes blir det svært viktig å utnytte etablerte samarbeidsorganer med utdanningsinstitusjoner på en god og kraftfull måte. Arenaer for samarbeid med kommunene om utdanningsbehov og praksis bør vurderes. Regionale helseforetak har et felles ansvar for

tilrettelegging av praksisplasser for desentraliserte utdanninger og utdanninger som ikke er etablert i alle helseregioner. Vedlegg 1 viser blant annet aktivitetskravene Kunnskapsdepartementet har satt til universiteter og høyskoler.

Gjennom fordeling av legestillinger og tilrettelegging av effektive utdanningsløp har regionale helseforetak ansvar for at det utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene. Det må legges til rette for å sikre breddekompetanse, særlig på mindre sykehus. De regionale helseforetakene skal ha særskilt oppmerksomhet på legestillinger som kan styrke utvikling av lokalsykehus og samhandling med kommunene.

På spesialistområdet skjer det i 2011 flere omlegginger og arbeider. Helsedirektoratet overtar fra høsten 2011 offentlig spesialistgodkjenning. Helsedirektoratet har flere sentrale oppgaver på spesialistområdet og skal bl.a. vurdere struktur og innhold i legenes spesialistutdanning av samt hvorvidt andre personellgrupper skal få offentlig spesialistgodkjenning. Regionale helseforetak vil bli involvert på egnet måte. De regionale helseforetakene skal etterleve kravene i det lovbaserte legefordelingssystemet og bidra til implementering og drifting av det nye systemet for forvaltning av legehjemler.

Helseforetak har ansvar for å sikre tilstrekkelig kompetanse i samisk språk og kultur

Oppgaver:

- I tråd med 2020-strategien og Oppdragsdokumentet 2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet, har HMN iverksatt prosjektet "Kompetanse og kapasitet i Helse Midt-Norge". Analysene og videre fremdriftsplan vil bli lagt frem for regionalt styre i mars, mens en konkret handlingsplan vil bli styrebehandlet før sommeren. Vedtakene i regionalt foretaksstyret, vil følges opp av RHF'et med brev til det enkelte helseforetak.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser og praksisplasser innenfor helsefagarbeiderutdanningen, ambulansearbeiderutdanningen og for øvrig helsepersonell.
- Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for at habiliteringstjenestene tar ansvar som praksisarena for å sikre gode læringsmuligheter innen fagfeltet.
- God kompetanse i bruk av strålekilder i diagnostikk og behandling skal sikres, både når det gjelder strålebiologiske forhold generelt og strålehygiene i forhold til pasienter og helsepersonell. Helse Midt-Norge RHF skal sørge for gode rutiner for internundervisning av relevant personell i strålehygieniske forhold og tilstrekkelig kompetanse i medisinsk fysikk.

9 Forskning

Forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater og innovative løsninger i tjenesten er viktig for å styrke kunnskapsbasert praksis og sikre at tjenestetilbudet som gis er trygt, kostnadseffektivt og gir en helsegevinst. Dette er et av de hovedmålene i Strategi 2020.

Det er et mål å styrke pasientrettet klinisk forskning, herunder forskerinitierte, kliniske intervensjonsstudier av høy kvalitet og forskning av høy relevans i helseforetakene. Pasientenes rett til nødvendig informasjon må sikres i utprøvende behandling og ved bruk av legemidler utenfor godkjent indikasjon. I tråd med Strategi 2020 er det et mål å sikre oppbygning av forskningskompetanse innen forskningssvake fagområder særlig innenfor rusbehandling og

psykisk helsevern, og knyttet til samhandling i overgangene mellom fagområder. Forskning på områder med relevans for de store pasientgruppene skal prioriteres.

Samtidig er det viktig å stimulere forskningsmiljøer av høy kvalitet slik at disse miljøene kommer i posisjon til å få eksterne midler nasjonalt og internasjonalt, f. eks gjennom EUs 7. rammeprogram. Det er fremdeles et potensiale for økt nasjonalt forskningssamarbeid. Det er nødvendig å sikre god infrastruktur for gjennomføring av kliniske studier og for forskningsbasert utvikling og utprøving av ny teknologi i Norge, herunder det pågående arbeidet med å etablere en nasjonal oversikt over pågående og slutførte kliniske studier i helseforetakene. Det er ønskelig med norsk deltakelse i det europeiske nettverket for forskningsinfrastruktur for kliniske studier European Clinical Research Infrastructure Network (ECRIN), <http://www.ecrin.org/>.

Øremerkingen av midler i basisbevilgningen til samhandlingsforskning videreføres. Med samhandlingsforskning menes forskning der en skal etablere ny kunnskap om hvordan faglige, organisatoriske, kulturelle, økonomiske og teknologiske forhold i tjenestene bidrar til å identifisere barrierer eller understøtte samhandlingsreformens målsettinger.

En felles nasjonal database for registrering av vitenskapelige publikasjoner (Norsk vitenskapsindeks) i helse, institutt og universitets-, høyskolesektoren etableres fra 1.1.2011. Databasen skal benyttes som grunnlag for nasjonal måling av vitenskapelig publisering i helseforetakene. Dette innebærer en vesentlig omlegging av dagens rutiner for rapportering av vitenskapelige publikasjoner. Det vises til revidert oppdragsdokument for 2010. I 2011 skal det rapporteres til NIFU etter dagens system innen 15. mai 2011 samtidig som helseforetakene skal sikre egenrapportering gjennom Norsk vitenskapsindeks senest innen 1. september 2011.

Det skal innføres et felles klassifikasjonssystem for medisinsk og helsefaglig forskning etter fagområde og type forskning i nasjonale rapporteringssystemer for forskning ved bruk av Health Research Classification System (<http://www.hrcsonline.net/pages/front>). I 2011 skal det rapporteres til NIFU STEP etter dagens system etter fastsatt frist samtidig som helseforetakene skal sikre egenrapportering gjennom Norsk vitenskapsindeks senest innen 1. september 2011. Det er ønskelig at det tilrettelegges for størst mulig åpenhet og tilgjengeliggjøring av forskningsresultater. Det vises til at forskningsarkivet HeRa er åpent tilgjengelig for alle helseforetak. <http://hera.helsebiblioteket.no/hera/pages/>

Oppgave:

- Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette nødvendige prosesser og sikre at det avsettes ressurser og kompetanse slik at Norsk vitenskapsindeks kan benyttes som rapporteringsverktøy for vitenskapelige publikasjoner i helseforetakene fra 2011.

10 Forholdet til Helsedirektoratet

Departementet har i tildelingsbrevet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å bidra til å håndtere sentrale innsatsområder i spesialisthelsetjenesten. Dette kan være innspill som brukes som underlag for departementets politikkutforming eller tiltak som retter seg mot de regionale helseforetakene.

Det er av stor viktighet for gjennomføringen av Helsedirektoratets pålagte oppgaver at direktoratet og de regionale helseforetakene finner egnede samarbeidsformer. Helsedirektoratet konkretiserer i fellesrundskriv IS-1/2011 hvilke oppgaver direktoratet vil søke samarbeid med de regionale helseforetakene om.

Helse- og omsorgsdepartementet forutsetter at de regionale helseforetakene bidrar til finansiering av Helsebiblioteket slik at tilskuddet i 2011 blir på samme nivå som i 2010.

11 Oppfølging og rapportering

Oppfølging gjennom plan- og meldingssystemet skal gi HMN informasjon om måloppnåelse av helsepolitiske mål.

Rapportering på styringsparametre

Det fremgår av vedlegg 2 hvilke styringsparametre det skal rapporteres på i 2011 samt rapporteringsfrekvens- og tidspunkt. Samtlige styringsparametre skal rapporteres i henhold til rapporteringsmal som vil bli overlevert helseforetaket i foretaksmøtet i februar 2011. Det legges til grunn at helseforetaket bruker de datakilder som er angitt i vedlegg 3 som grunnlag for rapporteringen. HMN kan be om ytterligere informasjon dersom det er uklarheter rundt enkelte styringsparametre.

Oppfølging av at tiltak utarbeides og måloppnåelsen av disse gjøres gjennom året via egen matrise i virksomhetsportalen.

Pr 1. tertial skal tiltak knyttet til oppgavene være registrert i matrisen og risiko være vurdert og styrebehandlet.

Pr 2. tertial skal en rapportere hvorvidt tiltakene fører til måloppnåelse og ev. om ikke hvilke nye tiltak som iverksettes.

Særskilt rapportering

Det bes om statusrapportering på helseforetakenes medvirkning i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen innen utgangen av 2. tertial 2011.

Rapportering i årlig melding

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan helseforetaket har fulgt opp oppgaver og styringsparametre i styringsdokumentet for 2011. Videre er det i vedlegg 3 en tabell som skal brukes som grunnlag for rapportering på spesifiserte områder. Frist for innsendelse av styrets årlige melding er januar 2012.

Helseforetaket har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametre meldes Helse Midt-Norge RHF når slike avvik blir kjent.

12 Vedlegg 1: Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

GRUNNUTDANNING omfatter studier ved videregående skoler, høyskoler og universiteter hvor elevene/lærlingene/studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommunene har ansvar for de videregående skolene og for å sikre den enkeltes rett til slik utdanning. I de fleste fylker er det et opplæringskontor som i samarbeid med praksisarenaene skal sikre læreplasser i de yrkesfaglige utdanningene.

VIDEREUTDANNING omfatter legespesialistutdanningen og studier ved fagskoler, høyskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena (og arbeidsplass). Høyskoler som tilbyr videreutdanning, skal i forkant inngå avtaler med helseforetakene om praksisplasser. Eventuell uenighet skal søkes løst i samarbeidsorganet.

Kunnskapsdepartementet fastsetter årlige aktivitetskrav for enkelte studier ved utdanningsinstitusjonene (jf. Helsemod/ www.ssb.no). Følgende aktivitetskrav er fastsatt for 2011/2012 for Helse Midt-Norge:

Høgskole Universitet	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK- sykepleie	Jordmor **
	Sykepleie	Radiografi	Bioingeniør	Fysioterapi	Ergoterapi	Vernepleie		
Molde	99					23		
Nord-Trøndelag	211					26		
Sør-Trøndelag	217	34	39	57	48	59	75	0
Ålesund	130		30				39	

De fleste ABIOK-utdanningene har ikke årlige opptak, og aktivitetskravene for disse gjelder gjennomsnittlig studiepoengproduksjon. Audiografutdanningen ved Høgskolen i Sør-Trøndelag har aktivitetskrav 31.

Høgskolen i Sør-Trøndelag og Høgskolen i Vestfold har opptak annet hvert år på jordmorutdanningen. For disse institusjonene blir derfor aktivitetskravet lik 0 for jordmorutdanningen for 2011/2012. For 2012/2013 blir aktivitetskravet lik 21 for Høgskolen i Sør-Trøndelag og 14 for Høgskolen i Vestfold.

Behovet for praksisplasser er høyere enn aktivitetskravet fordi utdanningsinstitusjonene som følge av forventet frafall må ta opp et høyere antall personer enn det aktivitetskravet viser. Det gjøres oppmerksom på at KD for 2011, i tillegg til ovenstående aktivitetskrav, også tildeler nye studieplasser som utdanningsinstitusjonene kan fordele fritt på fagområder. Fordelingen blir kjent 1. mars 2011. Noen studieplasser forventes å gå til fag som trenger praksisutdanning i helseforetakene. Samarbeidsorganet må komme frem til hvor mange praksisplasser det skal legges til rette for (jf Instruks om de regionale helseforetakenes forhold til universiteter og høyskoler, revidert 20.januar 2004).

Følgende aktivitetskrav er fastsatt for hhv medisin, psykologi og farmasi ved universitetene:

Universitet	Medisin	Psykologi
NTNU	116	55

TURNUSTJENESTE kompletterer grunnutdanningen og er for noen yrkesgrupper et vilkår for å få autorisasjon. Turnuskandidatene har helseforetakene som tjenestested. Helsedirektoratet (SAFH) fastsetter hvor mange turnusplasser for leger og fysioterapeuter det skal legges til rette for og formidler dette i brev til hvert av de regionale helseforetakene (www.safh.no/lenker/turnus). Fordelingen over antall kandidater som begynner i turnustjeneste vår og høst 2011 framgår av tabellen nedenfor.

Helseregion		Vår 2011	Høst 2011
Helse Midt-Norge	Leger	83	87
	Fysioterapeuter	26	26

FORDELING AV NYE LEGESTILLINGER

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 4-2 kan departementet årlig fastsette antall nye legestillinger og fordele disse på de ulike spesialitetene. Innenfor denne rammetildelingen har de regionale helseforetakene et ansvar i å bidra til at det utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene. God lokal, regional og nasjonal fordeling av leger og mellom spesialiteter skal legges til grunn.

For 2011 er Helse Midt-Norge tildelt følgende:

	Helse Midt-Norge
Overlegestillinger (overlege/avtalespesialist)	20
Utdanningsstillinger (herunder fordypningsstillinger)	5
"til RHFets disposisjon"	
SUM	25

Stillinger til psykisk helsevern, rusbehandling, rehabilitering, behandling av kroniske sykdommer og kreftbehandling skal spesielt vurderes.

De 12 utdanningsstillinger i geriatri som ble tildelt som ekstra kvote i 2009 skal fortsatt øremerkes samme formål. RHFene anmodes om å prioritere bruk av ledige overlegestillinger til hjemler i geriatri der dette er nødvendig for å oppnå tilstrekkelig utdanningskapasitet.

RHFet skal vurdere omdisponering av ubesatte stillinger, før det tildeles nye stillinger til HFene. For ikke å svekke utdanningskapasiteten i regionen, gjelder dette også for utdanningsstillinger.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR) skal på basis av innrapporterte tall fra RHFene ha oversikt over stillingsstrukturen for leger i helseforetakene. RHFene skal på forespørsel innrapportere hvordan fordelte stillinger er benyttet og gi en oversikt over ubesatte og "ikke fordelte" stillinger.