

Styrets medlemmer

Vår ref.:	Deres ref.:	Arkiv:	Dato :
2010/1359 - 10757/2010		012	14.05.2010

Innkalling til styremøte 200510**Møtedato: Torsdag 20. mai 2010 kl. 1000****Møtested: Sykehuset Levanger – møterom i Arken**

- | | |
|--------------------|---|
| Sak 19/2010 | Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 22.04.10 |
| Sak 20/2010 | Pasient- og brukerombudet |
| Sak 21/2010 | Eiers styringskrav 2010 Helse Nord-Trøndelag HF,
1. tertialrapport |
| Sak 22/2010 | Langtidsplan og langtidsbudsjett for Helse Nord-Trøndelag
2011 – 2016 |
| Sak 23/2010 | Orienteringssaker <ul style="list-style-type: none">1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 06.05.102. Protokoll fra foretaksmøte 12.05.103. Helse Midt-Norge Strategi 20204. Status etablering rusenhet5. Andre orienteringer |

Med hilsen

Steinar Aspli
Styreleder
Sign.

Kopi:
Styrets varamedlemmer

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 22.04 2010 kl. 10.00 – 15.00
Møtested: Sykehuset Levanger
Saksnr.: 15/2010 – 14/2010
Arkivsaksnr.: 2010/885

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende medlemmer:

Steinar Aspli
Inger Marit Eira-Åhrén
Asbjørn Hofslø
Reidar Viken
Torgeir Schmidt-Melbye
Margrethe Mære Husby
Inger Anne Holm
Peter Himo
Jørgen Selmer
Rolf Gunnar Larsen

Forfall:
Siw Bleikvassli

Fra Brukerutvalget møtte: Øystein Bjørnes

Fra Samarbeidsutvalget møtte: Hege Sørli

Fra administrasjonen møtte:

Adm. direktør	Arne Flaatt
Assisterende direktør	Mads Berg
Helsefaglig rådgiver	Dagfinn Thorsvik
Økonomisjef	Tormod Gilberg
Beredskapsansvarlig	Kolbjørn Thun
Kst. personalsjef	Aud-Mai Sandberg
Informasjonssjef	Trond G. Skillingstad (referent)

Merknader til møtet: Ingen merknader.

Merknader til innkalling og sakliste:

Margrethe Mære Husby etterlyste orientering om aktuelle mediesaker. Det ble avklart at dette tas under administrerende direktørs orientering om hendelser siden siste møte under behandling av protokoll.

For øvrig ingen merknader.

Innkalling utsendt pr. e-post 16.04 2010. Saksframlegg publisert på internettløsningen for styresaker.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Sak 15/2010 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 18.03.10

Protokoll:

Steinar Aspli viste til protokollen og gikk spesielt inn på punkt 9a, henvendelse fra Riksrevisjonen. Administrasjonen laget forslag til svar, og dette ble oversendt riksrevisjonen direkte etter godkjenning av styreleder.

Administrerende direktør gjorde rede for vesentlige hendelser siden siste møte:

- Revmatologisk tilbud har fått gjentatt medieomtale. Administrerende direktør gjorde rede for de ulike problemstillingene som ligger i saken, og hvordan Helse Nord-Trøndelag har arbeidet med forholdene.
- Askesky-beredskap – vulkanutbrudd på Island: Administrerende direktør og beredskapsansvarlig Kolbjørn Thun gjorde rede for beredskapsorganisering, sårbarhetsvurderinger og tiltak som er gjort under perioden med stengt luftrom og manglende luftambulansse. Asbjørn Hofslie gjorde rede for beredskapsorganiseringen sett fra regionalt nivå. Rapporteringssystemene har fungert, helseforetakene har fungert godt og raskt og helseregionen har opptrådt koordinert.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak:

Møteprotokoll fra styremøtet 18.03.10 godkjennes

Sak 16/2010 Oppfølging av internrevisjonsrapport for kontroll med bemanningsutvikling

Protokoll

Konstituert personalsjef Aud-Mai Sandberg gjorde rede for bakgrunn for saken og Helse Nord-Trøndelags oppfølging av rapportens påpekninger. Enkelte forhold er ennå ikke ivaretatt, og Sandberg skisserte hvordan helseforetaket tar fatt i disse. Administrerende direktør vil orientere styret om den videre oppfølgingen i styrets septembermøte 2010.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak

Styret tar saken til foreløpig orientering.

Sak 17/2010 Honorering av brukermedvirkning i Helse Nord-Trøndelag

Protokoll

Arne Flaatt gjorde rede for saken.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

MØTEPROTOKOLL

Vedtak

Styret vedtar for 2010 følgende honorar og møtegodtgjørelse for 2010 for brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag:

Godtgjørelse fra 1.1.10 – Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag

- Årlig honorar til leder: kr 7.300
- Årlig honorar til nestleder kr 5.475
- Møtegodtgjørelse, alle medlemmer kr 1.000 pr. møte over 4 timers varighet kr 650,- inntil 4 timers varighet

Årlig honorar til leder og nestleder skal være kompensasjon for ekstra arbeid mellom møter, merutgifter til kontorarbeid som telefon, pc og lignende. Arbeidet omfatter samordning i utvalget, holde seg orientert om aktuelle saker, møte media og forberedelser til aktiviteter i Helse Nord-Trøndelag. Dersom medlemmer har lang reisevei for å delta på halvdagsmøte, kan det benyttes skjønn slik at møtet blir honorert som et heldagsmøte.

Godtgjørelse for deltakelse i andre møter, brukerrepresentanter mv.

For deltakelse i andre møter for brukarmedlemmer og brukerrepresentanter gjelder følgende satser:

- Heldagsmøter m/oppmøte kr 1.000 pr. møte
- Halvdagsmøter m/oppmøte kr 650 pr. møte
- Telefonmøter kr 650,- pr. møte

I den grad det er mulig skal møter gjennomføres via telefon eller som videokonferanse.

Tapt arbeidsfortjeneste og næringsinntekt fra 1.1.10

- Dekning av tapt arbeidsfortjeneste i henhold til dokumentert tap, dog maksimalt kr 2.725 pr. dag, inkludert feriepenger (evt. overtid og andre variable tillegg dekkes ikke)
- Dekning av tapt næringsinntekt i henhold til dokumentasjon, dog maksimalt kr 575 pr. time (inntil 7,5 timer pr. dag)

Sak 18/2010 Orienteringssaker

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 12.04.10
 - Steinar Aspli viste til protokollen. Det ble henvist til egen orientering om arbeidet med ny inntektsmodell i Helse Midt-Norge
2. Protokoll fra Brukerutvalgets møte 12.04.10
 - Øystein Bjørnes gjorde rede for møtet og fremhevet spesielt sak 10/2010 om at det vurderes hyppigere møter i Brukerutvalget. Det ønskes også brukerrepresentasjon i Samarbeidsutvalget.
3. Protokoll fra Samarbeidsutvalgets møte 15.04.10
 - Hege Sørli gjorde rede for møtet og framhevet spesielt revidering av Basisavtalen (sak 12/2010) og forberedelsene til Samhandlingsreformen (sak 14/2010).
4. DMS Inn-Trøndelag - status

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

MØTEPROTOKOLL

- Helsefaglig rådgiver Dagfinn Thorsvik ga en statusrapport på arbeidet med distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag. Styret ga innspill til det videre arbeidet.
- 5. Svar til Riksrevisjonen på spørsmål om det regionale helseforetakets styring av underliggende helseforetak.
 - Steinar Aspli viste til brev oversendt til Helse Midt-Norge. Styret tok brevet til orientering uten kommentarer.
- 6. Driftsrapport for mars 2010
 - Assisterende direktør Mads Berg gikk gjennom resultat etter første kvartal. Helseforetakets drift viser økonomisk overskudd i forhold til budsjett. Aktiviteten er noe lavere enn budsjettmålene. Prognose for året er resultat i tråd med budsjett. Berg gikk gjennom mer spesifikke driftstall, samt resultat på kvalitetsindikatorer.
Administrerende direktør minnet om hovedpunktene i dialogmøte med Helse Midt-Norge; aktivitet og ventetid BUP. Resultatene så langt viser at aktivitetsunderskuddet har flatet ut og er om lag i tråd med budsjett for mars. Ventetid innen BUP er redusert vesentlig de siste to månedene.
Styret drøftet måloppnåelse, spesielt i forhold til manglende måloppnåelse innenfor epikrisetid og strykningsandel fra operasjon.
- 7. Forslag til ny inntektsmodell i Helse Midt-Norge
 - Styret i Helse Midt-Norge har initiert utredning av ny inntektsmodell for foretakene i Midt-Norge. Økonomisjef Tormod Gilberg gjorde rede for arbeidet og hovedtrekkene som er kommet fram så langt.
Ett av forholdene som legges til grunn, er ønsket om å jevne ut kostnadsforskjeller per DRG-poeng (jf HMN sak 39/2010). Helse Nord-Trøndelag er beregnet å ha høyere kostnader per DRG-poeng enn de andre foretakene i Midt-Norge.
Helse Nord-Trøndelag har i prosessen meldt tilbake forhold som kan gjøre at foretaket har høyere kostnadsfaktor (struktur, forebygging, samhandling, lavere DRG-produksjon ift befolkningsandel i Midt-Norge mv.).
- 8. Helse Midt-Norge 2020
 - Asbjørn Hofslie redegjorde for status og videre arbeid i strategiprosessen Helse Midt-Norge 2020. Hofslie gikk spesielt inn på organiseringen på Helgeland.
Administrerende direktør Arne Flaatt orienterte fra møte med St. Olavs Hospital i forhold til Barneavdeling.
Steinar Aspli refererte fra sin kontakt med ordførere på Helgeland.
- 9. Følgetjeneste for gravide
 - Leder av Barne- og familieklinikken, Wenche P. Dehli, orienterte om følgetjenesten for gravide. Ansvaret for tjenesten er overført til helseforetakene. NAV vil fortsatt dekke selve følgetjenesten, mens helseforetakene må dekke beredskapskostnadene. Det er ikke tilknyttet ekstrasfinansiering til ordningen for helseforetakene.
Dehli gikk gjennom forutsetningene for ordningen. Helse Nord-Trøndelag har fått i oppdrag fra Helse Midt-Norge å utrede ordningen. Det tas sikte på felles regionale retningslinjer for tjenesten.
Dagens ordning opprettholdes inntil ny ordning er utredet.
- 10. Samlokalisering av psykiatri ved Sykehuset Namsos
 - Utbyggingsleder Trond Hustad orienterte om prosjektet med tilbygg og renovering av psykiatrisk klinikk sine lokaler ved Sykehuset Namsos.
- 11. Andre orienteringer

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

- Administrerende direktør orienterte om
 - i. samarbeid med Rusforetaket HF om etablering av rustilbud i Nord-Trøndelag. Det vurderes sykehuslokaler som i dag er i bruk til annet formål.
 - ii. oppslag i Trønder-Avisa om oppsigelser fra spesialister. Oppsigelsene har ulike årsaker, og det synes tilfeldig at disse skjer samtidig. Rekrutteringssituasjonen anses som god.
 - iii. at Helse Nord-Trøndelags administrasjon ikke arbeider med strukturforslag for framlegging til lokalt styre. Situasjonen er oppfattet slik at prosessene er samordnet med Helse Midt-Norge 2020.
- Steinar Aspli orienterte om oppnevning av styrerepresentanter og justering av styrehonorering, slik det framkommer i protokoll fra foretaksmøte. Aspli takket av Reidar Viken for sin innsats i styret for Helse Nord-Trøndelag.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak

Styret tar sakene til orientering.

Styret er i hovedsak godt fornøyd med resultatene i driftsrapporten for mars. Styret ber administrerende direktør utvide rapporten med tall for overbelegg til kommende møter.

Styret ber samtidig om at det i forbindelse med tertialrapportering gis en nærmere beskrivelse av tiltak for å nå krav innenfor

- Strykninger
- Vurderingsfrister
- Epikriser
- Omlegging fra innleggelse til dag- og poliklinisk behandling

Namsos, 22.04 2010

Steinar Aspli

Inger Marit Eira-Åhrén

Reidar Viken

Torgeir Schmidt-Melbye

Margrethe Mære Husby

Asbjørn Hofslø

Inger Anne Holm

Petter Himo

Jørgen Selmer

Rolf Gunnar Larsen

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 21/2010 Eiers styringskrav 2010 Helse Nord-Trøndelag HF, 1.tertialrapport

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	200510	21/2010

Saksbeh: Kristian Eldnes

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2010/1359

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar status, pr. 1.tertial, for oppfølging av styringskrav 2010 gitt av eier gjennom styringsdokument og foretaksmøteprotokoller til etterretning.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar administrerende direktørs vurderinger av risikoområder til etterretning og ber om at områdene med kritisk og høy risiko blir fulgt opp med korrigerende tiltak, slik at mål kan nåes og oppgaver blir løst.

SAKSUTREDNING:

Sak 21/2010 Eiers styringskrav 2010 Helse Nord-Trøndelag HF, 1.tertialrapport

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. AD rapport av 14.mai 2010.
2. Samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument 2010 og foretaksmøteprotokoller.

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Styringsdokument 2010 for Helse Nord-Trøndelag HF.
2. Oppdragsdokument 2010 Helse Midt-Norge RHF.
3. Foretaksmøteprotokoll for HNT av 10.02.2010.

BAKGRUNN

Gjennom styresak 02/2010 Årlig melding ble status for 2009 og planer for de nærmeste årene behandlet. I styringsdokumentet for 2010 er det påpekt at krav som ikke er oppfylt iht årlig melding fortsatt står ved lag og at disse kravene skal innfris.

Den 22.februar 2010 ble styresak 06/2010: Styringsdokument 2010 og foretaksmøteprotokoll av 10.02.2010. Oppfølging, behandlet. Her ble styret orientert om hvordan administrerende direktør vil følge opp eiers samlede styringskrav.

Gjennom AD-rapportene er styret for Helse Nord-Trøndelag HF orientert om status i forhold til hovedelementer i styringsdokument og foretaksmøteprotokoll.

(O-saker i styremøtene 22/2, 18/3 og 22/4)

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

- Helsefag
 - Aktivitet
 - Ventetider
 - Kvalitetsindikatorer
 - Epikrisetid
 - Korridorpasienter
 - Andel strykninger
- Økonomi
 - Inntekter
 - Kostnader
 - Finans
 - Prognoser
 - Omstilling
 - Likviditet
 - Investeringer
- HR
 - Bemanning/innleie
 - Sykefravær

- Generell vurdering av status i HF

Nå presenteres styret for AD-rapport pr. 30.04.2010 (Vedlegg 1) og liste med samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument 2010 og foretaksmøteprotokoller av 30.04.2010. (Vedlegg 2)

Dette danner til sammen grunnlag for tertialrapport nr. 1, der eiers samlede styringskrav for 2010 besvares.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Styringsdokumentet 2010 og foretaksmøteprotokollen av 10.02.2010 består av 118 styringsparametre, små og store oppgaver. Målsettinger og oppgaver er risikovurdert etter en mal fra Helse Midt-Norge RHF som bygger på metodedokument fra Senter for statlig økonomistyring. Oppgavene vurderes ut fra sannsynlighet for og konsekvens av å ikke nå målet/løse oppgaven. For områder med kritisk risiko (rød) og høy/middels risiko (gul) vil det kreves at tiltak settes inn for å redusere risikoen og realisere mål/forventa resultat.

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

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

	Kritisk risiko (rød)	Høy/moderat risiko (gul)	Lav risiko (grønn)
Antall mål og oppgaver	4	39	58

I vedlegg 2: Matrise virksomhetsportal finnes en full oversikt, som også er elektronisk tilgjengelig for ansatte i Helse Midt-Norge. 19 av kravene vurderes allerede som oppfylt. 17 av oppgavene er ikke risikovurdert enda. Enten fordi disse skal besvares i årlig melding eller det mangler grunnleggende avklaringer og forutsetninger for å gjennomføre risikovurderinger.

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

A: Andel strykninger av planlagte operasjoner.

Akkumulert pr. 1.tertial 2010 er andelen redusert noe både sammenlignet med forrige måned og samme periode i fjor.

	1.tertial 2009	1.tertial 2010	Mål 2010
Andel strykninger	9,2 %	7,5 %	< 5 %

Adm.direktør har opprettet en egen arbeidsgruppe som skal analysere årsakene til avvik og hvorfor tiltak ikke har virket. De skal også foreslå tiltak for å sikre måloppnåelsen på denne indikatoren. Eget notat vil bli framlagt for styret i Helse Nord-Trøndelag HF i et senere møte.

B: Antall pasienter som har fått tildelt individuell plan (Mål: Skal økes)

	1.tertial 2009	1.tertial 2010	Mål 2010
Andel pasienter	31,9 %	54,4 %	Skal økes

som har fått tildelt individuell plan			
---------------------------------------	--	--	--

Problemstillingen bør revurderes: Utgangspunktet bør være at alle pasienter som fyller vilkårene for å få utarbeidet individuell plan blir informert om denne rettigheten, og at dette dokumenteres. Det er pasienten som bestemmer hvorvidt individuell plan skal utarbeides. I tillegg: De fleste pasienter får utarbeidet individuell plan i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Helseforetaket har ingen måling/registrering av hvor mange pasienter som får utarbeidet individuell plan, med unntak av områder innen habiliteringstjenesten og psykiatri. Derfor er ikke dette resultatet dekkende. Slik kravet er formulert vil vi ikke kunne nå det i år.

C: Antall årsverk for leger, legespesialister og psykologer i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige skal økes.

Dette krever nye legehjemler til psykiatrien. Alle LIS leger og spesialisthjemler er besatt. Krever at Ruslidelser blir en del av utdanningskravet til psykiater. En kan vanskelig se at helseforetaket kan oppfylle dette kravet i år.

D: Helseforetaket skal sørge for at ansatte får innsikt i kulturforståelse og ferdigheter i kommunikasjon med mennesker fra ulike kulturer.

St.Olav Hospital har gjort følgende risikovurdering:

”Veien til innsikt og kulturforståelse går gjennom informasjon og opplæring. Dette krever en aktiv innsats, og risikoen for ikke å nå målet oppleves som moderat. Manglende kulturforståelse vurderes som alvorlig i forhold til å gi en likeverdig pasientbehandling.”

Tiltak: Helse Nord-Trøndelag HF vil komme tilbake med en handlingsplan for aktiv innsats på dette området.

ØVRIGE OMRÅDER SOM HAR SÆRSKILT FOKUS:

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

- Aktivitet og kostnadskontroll
- Kvalitet
 - Ventetider
 - Fristbrudd
 - Epikriser
 - Korridorpasienter
- Sykefravær

Aktivitet og kostnadskontroll:

Selv om DRG aktiviteten har økt i april innafor somatikken er det fortsatt et negativt avvik på 175 DRG poeng etter 1.tertial i somatikken. Innafor psykiatrien er det ikke så store avvik etter 1.tertial.

Pr.1.tertial er det et akkumulert resultat hittil i år på 27,9 mill kroner mot et budsjett på 22,4 mill kroner. Så langt et positivt avvik på 5,5 mill kroner ift budsjett. (Overskudd)

Prognosen for året opprettholdes på lik budsjett dvs 0 mill.kr.

Kvalitet

Fristbrudd

Andel fristbrudd ligger på et uakseptabelt nivå i forhold til en nullvisjon. Det viser seg ved de månedlige rydderutinene at en viktig årsak til fristbrudd er feilregistrering i PAS. Antall reelle fristbrudd er lavere. Fortsatt rydding i lister og opplæring i bruken av PAS er det behov for.

Epikriser

Målet er at minst 80 % av alle epikriser skal være utsendt innen 7 dager etter at pasienten er utskrevet fra sykehuset. I april måned var denne andelen 71, 7 %. Det er en liten økning fra forrige måned.

Korridorpasienter

Det er en målsetting at vi i hovedsak ikke skal ha korridorpasienter. I april måned var andelen 2,8 %. Det er en økning fra andelen i forrige måned som var på 1,9 %.

Sykefravær

Samlet for foretaket var sykefraværet etter 1.tertial på 8,3 %. Resultatet for samme periode i fjor var på 8,2 %. I april i år var sykefraværet på 7,9 %.

En egen arbeidsgruppe ledet av ass.direktør vil legge fram forslag på tiltak for å redusere sykefraværet og øke nærværet ved arbeidsplassene.

DRØFTING

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

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

Videre har styret i Helse Nord-Trøndelag bedt administrerende direktør korrigere foretakets drift slik at det kommer i tråd med pasientrettigheter og nasjonale krav. Styret ber om en vurdering av status, samt frist for når foretaket innfrir kravene. Det er spesielt pekt på følgende:

- 1. Minst 80 prosent epikriser innen sju dager**
 - 2. Maksimalt fem prosent strykninger fra operasjon**
 - 3. Ikke brudd på vurderingsfrist**
 - 4. Tiltak for aktivitetsøkning på dag / poliklinikk**
- **Styret ber administrerende direktør gi styret notat til neste møte som inneholder**
 - Vurdering av hvorfor kravene ikke innfris
 - Vurdering av tiltak som er brukt for å innfri kravet
 - Nye tiltak som settes inn
 - Frist for når foretaket er i takt med kravene

Administrerende direktør har oppnevnt fire arbeidsgrupper som har fått i oppdrag å utarbeide notat som kan svare på de spørsmål styret har reist. Notatene vil bli fremlagt for styret i junimøtet.

Det jobbes kontinuerlig for å finne gode løsninger på de viktigste mål og oppgaver innenfor dagens rammer. Kan ikke oppgavene løses innenfor dagens rammer må ressurser vurderes

omfordelt. Helse Nord-Trøndelag HF`s arbeidsform i forhold til eiers samlede styringskrav utvikler seg dermed forhåpentlig fra risikorapportering til risikostyring.

KONSEKVENSER/KONKLUSJON

Som det fremgår av denne styresaken har Helse Nord-Trøndelag HF identifisert 4 mål/oppgaver med kritisk risiko og 39 mål/oppgaver med høy/moderat risiko i forhold til eiers samlede styringskrav gjennom styringsdokument 2010 og foretaksmøteprotokoll av 10.02.2010.

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

Administrerende direktør mener at det er meget krevende å skulle følge opp og rapportere på så mange store og små oppgaver slik det legges opp til.

Likevel mener direktøren at statusrapporten etter 1.tertial viser at Helse Nord-Trøndelag HF er i rute i forhold til økonomisk resultat, herunder planlagte effektiviseringstiltak. Det forventes også at årets planlagte aktivitet skal nås.

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

Levanger, 14.mai 2010

Arne Flaatt
Adm.direktør

Mads E. Berg
Assisterende direktør

Saksbehandler: Kristian Eldnes

Helseforetak: Helse Nord-Trøndelag HF

Periode: April 2010

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

DRG-aktivitet (poeng) - 2010		Avvik tom forrige periode	Avvik denne periode	Avvik tom denne periode	Avvik- % tom denne periode	Avvik-% prognose mot budsjett
3201	Heldøgnpasienter	-280,6	79,2	-201,3	-2,6 %	0,0 %
3202	Dagpasienter (eks dagkirurgi)	22,0	13,3	35,3	20,8 %	0,0 %
3204	Poliklinikk (inkl dagkirurgi)	-29,3	20,6	-8,7	-0,5 %	0,0 %
3200	Kostnadskrevende legemidler utenfor sykehus	0	0	0	0,0 %	0,0 %
SUM DRG-poeng:		-287,9	113,2	-174,7	-1,8 %	0,0 %

DRG-aktiviteten i april er 113 DRG-poeng over plantallene for måneden. Akkumulert aktivitet t.o.m. april viser et negativt avvik på 175 DRG poeng (1,8 %). De medisinske klinikkene og BFK har negative avvik, mens de kirurgiske klinikkene og rehabiliteringsklinikken har positive avvik. Hoveddelen av avvikene er på innlagte heldøgnsopphold, mens den polikliniske aktiviteten også har negative avvik. Innlagte dagpasienter viser en økning.

1.1.2 Psykisk helsevern

Antall utskrevne pasienter i de psykiatriske avdelingene er litt over plantallene hittil i år. Antall polikliniske konsultasjoner er som planlagt i voksenpsykiatrien, men noe under plantallene i barne- og ungdomspsykiatrien.

1.2 Ventetider**1.2.1 Pasienter med rett til nødvendig helsehjelp****- av antall ventende som har fått behandling**

Av 2 850 nyhenviste er 72,2 % (2 058) innvilget prioritert rett til helsehjelp. Dette viser at det ikke er noen endring i praksis fra foregående måned. Det er grunn til å gjøre oppmerksom på at det innenfor de enkelte tjenesteområdene kan være betydelige forskjeller i tildelingspraksis.

1.2.2 Gjennomsnittlig ventetid – somatikk

Gjennomsnittlig ventetid for pasientgruppen er uendret fra foregående måned; 74 dager.

1.2.3 Fristbrudd for rettighetspasienter

Av 1 618 **avviklede pasienter** er det registrert fristbrudd hos 17,2 % (278 pasienter); det er tilnærmet uendret fra forrige periode. Andel fristbrudd omfatter i hovedsak somatiske tjenester og ligger på et uakseptabelt nivå i forhold til en nullvisjon. Det gjennomføres månedlige rydderutiner for å unngå fristbrudd.

Av 4 113 **ventende pasienter** er det registrert fristbrudd hos 9,0 % (370 pasienter); - en liten nedgang i forhold til foregående måned. Disse fristbruddene omfatter i all hovedsak somatiske tjenester. Nivået er uakseptabelt høyt i forhold til en nullvisjon. Det viser seg ved de månedlige rydderutinene at en viktig årsak til slike fristbrudd er feilregistrering i PAS. Antall reelle fristbrudd er vesentlig lavere. Det er behov for å gjennomføre systematisk opplæring i bruken av PAS-systemet for å unngå dette problemet.

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

Det er registrert 39 pasienter med prioritert rett til helsehjelp som har ventet mer enn 1 år; - en liten nedgang fra foregående måned (44). Noen av disse pasientene er ikke reelle ventende, - jf. pkt. 4.

Ventetider - 2010	Fre- kvens	Forrige periode	Teller denne periode	Nevner denne periode	Denne periode	Endring fra forrige periode
Andel nyhenviste pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp	Mnd	72,0 %	2058	2850	72,2 %	0,2 %
Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede rettighetspasienter innen somatikk	Mnd	74			74	0
Andel fristbrudd for rettighetspasienter (avviklede)	Mnd	17,6 %	278	1618	17,2 %	-0,4 %
Andel fristbrudd for rettighetspasienter (ventede)	Mnd	9,6 %	370	4113	9,0 %	-0,6 %
Antall pasienter med rett til nødvendig helsehjelp som har ventet over 1 år	Mnd	44			39	-5

1.3 Kvalitetsindikatorer

1.3.1 Epikrisetid

Det er en målsetting at minst 80 % av alle epikriser skal være utsendt innen 7 dager etter at pasienten er utskrevet fra sykehuset. I april måned var denne andelen 71,7 %. Det er en liten økning i forhold til forrige måned (69,5 %). Gjennom prosjektet tategjenkjenning og andre tiltak arbeides det fortsatt med effektivisering av prosessene rundt ferdigstilling av epikrisene slik at vedtatt mål kan nås. Direktøren har nedsatt egen gruppe for å utarbeide tiltak for å sikre måloppnåelse på denne indikatoren.

1.3.2 Korridorpasienter

Det er en målsetting at vi i hovedsak ikke skal ha korridorpasienter. I april måned var andelen korridorpasienter 2,8 %. Det er en økning fra resultatet i forrige måned (1,9 %). Direktøren har nedsatt egen gruppe for å utarbeide tiltak for å sikre måloppnåelse på denne indikatoren.

1.3.3 Strykninger

Det er et mål at andel strykninger av elektive operasjoner skal være mindre enn 5 %. I april måned var andelen strykninger 5,4 %. Det er betydelig lavere enn resultatet i forrige måned (8,3 %). Det er økt fokus på de forskjellige årsakene til at pasienter strykes fra operasjonsprogrammet for gjennom det å innrette tiltak for å redusere omfanget. Direktøren har nedsatt egen gruppe for å utarbeide tiltak for å sikre måloppnåelse på denne indikatoren.

Kvalitetsindikatorer - 2010	Fre-kvens	Forrige periode	Teller denne periode	Nevner denne periode	Denne periode	Endring fra forrige periode
Andel sendte epikriser innen 7 dager etter utskriving (minst 80 %)	Mnd	69,5 %	1349	1882	71,7 %	+ 2,2 %-p.
Andel korridorpasienter	Mnd	1,9 %	242	8672	2,8 %	0,9 %-p.
Andel strykninger av planlagte operasjoner	Mnd	8,3 %	38	704	5,4 %	- 2,9 %-p.

2 Økonomi

2.1 Resultat

Foretakets drift i april viser et resultat på 3,2 mill kroner. Det er 0,9 mill kroner foran budsjett. Akkumulert er resultatet hittil i år 27,9 mill kroner mot et budsjett på 22,4 mill kroner.

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

2.1.1 Inntekter

Høyere inntekter enn budsjettert denne måned er knyttet til høy aktivitet i tillegg til noen prosjekterelaterte inntekter.

2.1.2 Varekostnader

Høyere varekostnader enn budsjettert denne måned er særlig knyttet til medisinske forbruksvarer. Noe av dette har sammenheng med den høye aktiviteten.

2.1.3 Lønnskostnader

Lønnskostnadene er denne måned litt i overkant av budsjett, mens brutto månedsverk er 3 færre enn budsjettert. Noe høyere sykefravær enn planlagt har ført til innleie til høyere timepriser enn budsjettert. Samlet sett ser det så langt ut til at det er god styring på bruk av personellressursene.

2.1.4 Andre driftskostnader

Under denne kostnadsgruppen er det satt av en buffer for å sikre måloppnåelse hvis det skulle påløpe uforutsette kostnader eller bli svikt i inntektene. Til tross for dette viser kostnadsgruppen siste måned noe høyere kostnader enn budsjettet. Dette er i hovedsak knyttet til økte energikostnader.

2.1.5 Finansposter

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

Resultatavvik - 2010 (mill kroner)		Avvik tom forrige mnd	Avvik denne mnd	Avvik tom denne mnd
3	Inntekter	0,2	4,4	4,6
4	Varekostnader	- 1,3	- 1,3	- 2,5
5	Lønnskostnader	0,3	- 1,1	- 0,8
6,7	Andre driftskostnader	3,3	- 1,9	1,4
8	Finansposter	2,0	0,8	2,9
Årsresultat jf budsjett		4,6	0,9	5,5

2.2 Prognose

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

2.2.1 Inntekter

Inntektene prognostiseres likt budsjett.

2.2.2 Varekostnader

Varekostnadene prognostiseres likt budsjett.

2.2.3 Lønnskostnader

Lønnskostnadene prognostiseres likt budsjett.

2.2.4 Andre driftskostnader

Andre driftskostnader prognostiseres likt budsjett.

2.2.5 Finansposter

Finanspostene prognostiseres likt budsjett.

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

2.3 Omstilling

I forbindelse med utarbeiding av budsjett og driftsplaner for 2010 har foretakets klinikker beskrevet omstillingstiltak tilsvarende 58,4 mill kroner. Tiltak tilsvarende 10,2 mill kroner er gjennomført t.o.m. mars. Prognose for økonomisk effekt av gjennomførte budsjetterte tiltak i 2010 er 55,3 mill kroner.

I forhold til den betydelige aktivitetssvikten i januar og februar ble det iverksatt nye tiltak for å øke aktiviteten og derigjennom bedre tilbudet til pasientene og redusere ventelistene. Resultatet for mars og april viser at disse tiltakene har virket.

2.4 Likviditet

Foretakets likviditet er omtrent som budsjettert og prognostiseres også å bli omtrent som budsjettert ved årets utgang.

2.5 Investeringer

Foretakets investeringsbudsjett for 2010:

Økt egenkapitalinnskudd KLP	5,0 mill kr
Psykiatriprosjekt, Namsos	50,0 mill kr
Div. invest. HMS, enøk, vedl.h.invest.	5,1 mill kr
<u>Medisinsk-teknisk og teknisk utstyr</u>	<u>18,0 mill kr</u>
<u>Sum investeringer i 2010</u>	<u>78,1 mill kr</u>

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

2.6 Raskere tilbake

Det er ingen avvik så langt i år i forhold til tildelte rammer og planlagt aktivitet.

2.7 Tiltak for arbeid

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

3 HR

3.1 Bemanning/innleie

Bemanning – 2010 (Brutto månedssverk)	Samme mnd forrige år	Forrige mnd	Resultat denne måned	Endring samme måned forrige år	Endring siste mnd	Budsjett denne mnd	Avvik ift budsjett
<i>Fast lønn</i>	2.149	2.179	2.169	+ 20	- 10	2.165	+ 4
<i>Variabel lønn</i>	77	68	76	- 1	+ 8	67	+ 9
<i>Innleie helsepersonell</i>	253	684	1.010	757	+ 326	799	+ 211

(1000 kroner)							
Psykiatri	471	478	481	+ 10	+ 3	490	- 9
Øvrig virksomhet	1.755	1.769	1.764	+ 9	- 5	1.742	+ 22
Samlet for foretaket:	2.226	2.247	2.245	+ 19	- 2	2.232	+ 13

Tallene i tabellen ovenfor er basert på budsjett og lønnskube for april. Tabellen viser at brutto månedsverk i april lå 13 over budsjett; 4 flere faste månedsverk og 9 flere variable månedsverk enn budsjettet. Det var i april 9 færre månedsverk i psykiatrien og 22 flere i somatikken enn budsjettet. Avviket i psykiatrien skyldes at flere nytilsatte medarbeidere tiltrer senere enn planlagt.

Akkumulerte brutto månedsverk t.o.m. april var 4 flere enn budsjettet og 19 flere enn for samme periode i fjor.

3.2 Sykefravær

Sykefravær snitt (%) - 2010	Samme mnd forrige år	Forrige mnd	Resultat denne måned	Endring samme mnd forrige år	Endring siste mnd	Mål denne mnd	Avvik ift mål
Enhet: HNT	7,5	8,4	7,9	+ 0,4	- 0,5		
Samlet for foretaket:	7,5	8,4	7,9	+ 0,4	- 0,5		

Sykefraværet for HNT var i april 7,9 %. Det er en liten reduksjon i forhold til forrige måned, men en liten økning i forhold til samme måned i fjor. Sykefraværet har hittil i år vært 8,3 % mot 8,2 % for samme periode i fjor. Vi vil komme tilbake med nærmere beskrivelse av tiltak for å redusere sykefraværet.

4 Generell vurdering

Etter 4 måneders drift begynner vi å få et bilde av årets drift og økonomi sammenholdt med vedtatte planer og budsjett. Driften i januar og februar viste en betydelig svikt i forhold til planlagt (periodisert) DRG-aktivitet, mens aktiviteten i mars og april er litt i overkant av planene. Med en relativt hard periodisering av aktiviteten til årets første måneder forventes det så langt at årets planlagte aktivitet skal nås.

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

Levanger, 14.05.10

Arne Flaatt
adm. dir.
sign.

Vedlegg 2 Matrise Virksomhetsportalen

Nummerering/ Risiko	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
2.1	Resultatkrav	Månedlig rapportering: 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 produktivitetsforbedring, omlegging av tjenesten til dag og poliklinisk virksomhet, bedre og mer standardiserte pasientforløp mv.	NEI	Res.pr.1.tertiar: + 5,5 mill.kr. (overskudd ift budsjett) Prognose 2010 = 0 som budsjett Lagt inn buffer på 30 mkr. som sikkerhet for at målet nås.
3.1	Aktivitetsmål somatikk	Månedlig rapportering: 27939 DRG - poeng totalt	NEI	Pr.31.04.2010: Somatikk: 97,8 % Adm.direktør har igangsatt en gruppe etter anmodning fra styret som skal: analysere hvorfor den planlagte økningen ikke nås • formulere tiltak som sikrer at aktivitet på dag / poliklinikk nås • sette opp en tidsplan for gjennomføring, og frist for innfrielse av kravet (ikke senere enn sep. 2010) • følge opp gjennomføringsplanen og sette inn nye tiltak dersom dette er nødvendig for å innfri kravet innen fristen Gruppen bes innen onsdag 26. mai 2010 levere et notat til administrerende direktør med analyse, tiltak og tidsplan for gjennomføring. Notatet vil bli lagt fram for styret i juni.
3.2	Aktivitetsmål psykisk helsevern	Månedlig rapportering:	NEI	Pr.31.04.2010 Voksen psykiatri: - 578 liggedøgn ift fjoråret 102 % polikliniske konsultasjoner BUP: + 35 liggedøgn ift fjoråret 88,3 % antall polikliniske tiltak Adm.direktør har nedsatt en gruppe med mandat å analysere problematikken og komme med forslag på tiltak. Se pkt. 3.1
4.1.1	Kvalitetsforbedring	• Sikre at barn som pårørende får god oppfølging når foreldre er innlagt i sykehus ved å oppnevne barneansvarlig personell	NEI	Det er utarbeidet en prosedyre som skal godkjennes i mai.
4.1.2	Kvalitetsforbedring	• Helseforetakene skal verifisere samsvar mellom praksis og retningslinje gjennom internrevisjoner. I 2010 skal bruk av TNF-hemmere revideres	NEI	Planlegge internrevisjon innen 1.10.
4.1.3	Kvalitetsforbedring	• Helseforetakene skal iverksette tiltak for å redusere sykehusinfeksjoner fra foregående år. Måleindikatoren er den nasjonale kvalitetsindikatoren for prevalens av sykehusinfeksjoner	NEI	Tertialvis styresak Utarbeide handlingsplan innen 1.7
4.1.4	Kvalitetsforbedring	Månedlig rapportering: • Andel epikriser sendt innen syv dager etter utskrivning (mål: minst 80 %).	NEI	Res. 1.tertiar: 71,2 % Prosjekt talegjenkjenning avsluttes 1.7. Opprettelse av arbeidsgruppe Styret i HNT ber adm. dir. korrigere foretakets drift slik at det kommer i tråd med pasientrettigheter og nasjonale krav. Styret ber om en vurdering av status, samt frist for når foretaket innfrir kravene. Det er spesielt pekt på følgende: Minst 80 % epikriser innen sju dager Adm.dir. oppnevner en gruppe som skal: • analysere hvorfor kravet ikke nås for HNT • formulere tiltak som gjør at HNT innfrir kravet på kort og lang sikt • sette opp en tidsplan for gjennomføring, og frist for innfrielse av kravet (ikke senere enn sep. 2010) • følge opp gjennomføringsplanen og sette inn nye tiltak dersom dette er nødvendig for å innfri kravet innen fristen Gruppen bes innen onsdag 26. mai 2010 levere et notat til adm. dir. med analyse, tiltak og tidsplan for gjennomføring. Notatet vil bli lagt fram for styret i juni.
4.1.5	Kvalitetsforbedring	Månedlig rapportering: • Andel korridorpasienter (mål: ~ 0).	NEI	Res. 31.mars 2010: 1,9 % Res. 30.april 2010 : 2,2 % res.1.tertiar 2009: 2,7 %

4.1.6	Kvalitetsforbedring	Månedlig rapportering: • Andel strykninger av planlagte operasjoner (mål: <5 %).	NEI	Res. 31.mars 2010: 8,3 % Res. 30.april 2010: 7,5 % Res. 1.tertial 2009: 9,2 % Opprettelse av arbeidsgruppe Styret i HNT ber adm. dir. korrigere foretakets drift slik at det kommer i tråd med pasientrettigheter og nasjonale krav. Styret ber om en vurdering av status, samt frist for når foretaket innfrir kravet. Maksimalt fem prosent strykninger fra operasjon I dag er HNT's resultat at nesten dobbelt så mange strykes. Adm.dir oppnevner en gruppe som skal: • analysere hvorfor pasientene strykes • formulere tiltak som reduserer strykningsandel til maks 5 %. Tiltakene skal ikke innebære aktivitetsreduksjon • sette opp en tidsplan for gjennomføring, og frist for innfrielse av kravet (ikke senere enn sep. 2010) • følge opp gjennomføringsplanen og sette inn nye tiltak dersom dette er nødvendig for å innfri kravet innen fristen Gruppen bes innen onsdag 26. mai 2010 levere et notat til adm. dir. med analyse, tiltak og tidsplan for gjennomføring. Notatet vil bli lagt fram for styret i juni.
4.1.7	Kvalitetsforbedring	Rapporteres i Årlig melding: • Prevalens av sykehusinfeksjoner (mål: skal reduseres).	NEI	Res.30.april 2010: 4,2 %
4.1.8	Kvalitetsforbedring	Rapporteres i Årlig melding: • Antall helseinstitusjoner (somatiske sykehus, institusjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige) som har barneansvarlig personell.	NEI	
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	Fagspesifikke prioriteringskriterier er gjort kjent og blir praktisert i varierende grad. Andel pasienter med rett til prioritert helsehjelp er redusert i løpet av 2009. Utviklingen vil bli overvåket. Tiltak: Gjenta oppfordringen til klinikk- og avdelingsledelsen om å holde kunnskapen om de nasjonale retningslinjene kjent blant medarbeidere
4.2.2	Prioritering	Rapporteres tertialvis: • Andel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp.	NEI	30.04.2010: 71,3 % 1.tertial 2009: 85,1 %
4.3.1	Pasientsikkerhet - trygge og sikre tjenester	• Helseforetaket skal aktivt bruke avvikshendelser i kvalitetsforbedringsarbeidet (inkl NPE- meldinger, tilsynsrapporter mm).	NEI	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 2010 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	NEI	Prosjekt "Riktige legemiddelhåndtering"
4.3.3	Pasientsikkerhet - trygge og sikre tjenester	• Helseforetakene skal implementere Håndbok i legemiddelhåndtering i samarbeid med sykehusapoteket.	NEI	Samarbeid med sykehusapoteket
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	NEI	
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.	NEI	Rapport til styret når tilsynsrapport foreligger
4.4.1	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	• Helse Nord-Trøndelag HF skal sikre at pasienter og pårørende informeres om klageadgang	NEI	Oppgaven er løpende ivarettatt gjennom de informasjonsrutiner som gjelder både ved innkalling av pasienter og ved behandling av avvikshendelser
4.4.1	Kartlegging av kompetansebehov	Helse Nord-Trøndelag skal bidra til kartlegging av kompetansebehov i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og legge til rette for arenaer for kompetanseoverføring	NEI	

4.4.2	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	• Helse Nord-Trøndelag HF skal sikre at publikum får god informasjon om de mest vanlige behandlingstilbudene	NEI	Primært tiltak: Oppgradering av HNT sine nettsider. Prosess er satt igang. Ferdig: Høsten 2010.
4.4.3	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	• Helseforetakene skal følge opp og rapportere på Handlingsplan for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge (2010-2015)	NEI	Handlingsplan delt ut i brukerutvalg 12.april. Behandling i neste møte. Satser for brukermedvirkning styrebehandles 22.april d.å. Prosedyre for utnevning av brukerrepresentanter behandles i neste møte i brukerutvalget.
4.4.4	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	Tertialvis rapportering: • Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker (mål: 100 %).	NEI	Res. 30.april 2010: 98,2 %
4.4.5	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	Tertialvis rapportering: • Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen somatikk (mål: skal reduseres).	NEI	Res. pr.31 mars 2010: 74 dg Res. pr.30.april 2010: 74 dg Res. 1.tertial 2009: 74 dg (Ventetiden er redusert fra 85 dg i januar 2010)
4.4.6	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	Tertialvis rapportering: • Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP) (mål: skal reduseres).	NEI	Res.pr 31 april 2010: 68 dg Res. 1.tertial 2009: 78 dg (Redusert fra 127 dg i januar 2010)
4.4.7	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	Tertialvis rapportering: • Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP) (mål: skal reduseres).	JA	Res pr. 31 april 2010: 45 dg res. 1.tertial 2009: 65 dg (I jan 2010 var det 62 dg.) Har arbeidet med felles inntaksprosess i hele klinikken hvor prioriteringsveilederen er implementert. Har fokus på at antall nye skal økes og det har vært en økning siden 2007 jfr GSS
4.4.8	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	Tertialvis rapportering: • Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere (TSB) (mål: skal reduseres).	NEI	Res. pr. 30.april 2010: 57 dg Res. 1.tertial 2009: 64 dg (63 dg i jan. 2010) Stort fokus på inntaksprosessen i ARP. Øke andel nye for å korte ventetider
4.4.9	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	Tertialvis rapportering: • Andel pasienter som er vurdert innen 30 dager (mål: 100 %).	NEI	Res. pr. 30. april 2010: 87,8 % Res.1.tertial 2009: 78,8 % (I jan. 2010 var det 84 %)
4.4.9.1	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	Månedlig rapportering: • Andel pasienter innen BUP som er vurdert innen 10 dager (mål: 100 %).	NEI	Res. pr. 30 april 2010: 92,4 % Res. 1.tertial 2009: 88,6 % (91,3 % i jan 2010)
4.4.9.2	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	Tertialvis rapportering: • Andel rettighetspasienter som gis behandling innen 65 dager i psykisk helsevern og/ eller TSB for personer under 23 år (mål: 100 %).	JA	Res. 1.tertial 2010: 15 % Res. 1.tertial 2009: 68,4 % Inntaksmøter i henhold til prioriteringsveileder ukentlig fører til at 100% får tilbud
4.4.9.3	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	Tertialvis rapportering: • Antall pasienter som har fått tildelt individuell plan (mål: skal økes).	NEI	Res. 30.april 2010: 54,4 % Res. 1.tertial 2009: 31,9 % Problemstillingen bør revurderes: Utgangspunktet bør være at alle pasienter som fyller vilkårene for å få utarbeidet individuell plan blir informert om denne rettigheten, og at dette dokumenteres. Det er pasienten som bestemmer hvorvidt individuell plan skal utarbeides. I tillegg: De fleste pasienter får utarbeidet individuell plan i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Helseforetaket har ingen måling/registrering av hvor mange pasienter som får utarbeidet individuell plan, med unntak av områder innen habiliteringstjenesten og psykiatri.

4.4.9.4	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	Tertialvis rapportering: • Andel fristbrudd for rettighetspasienter (mål: skal reduseres).	NEI	Res.pr 31 mars 2010: Ventende pasienter: 9,6 % (6,9 % i januar) Avvikla pasienter: 17,6 % (13,2 % i januar) Res. 1.tertial 2010: 11,2 % Res. 1.tertial 2009: 14,5 % Opprettelse av arbeidsgruppe Styret i HNT HF ber adm. dir. korrigere foretakets drift slik at det kommer i tråd med pasientrettigheter og nasjonale krav. Styret ber om en vurdering av status, samt frist for når foretaket innfrir kravet. Ikke brudd på vurderingsfrist Adm. dir. oppnevner en gruppe som skal: • analysere hvorfor henvisninger ikke vurderes innen 30 dager • formulere tiltak som sikrer at alle henvisninger vurderes innen fristen • sette opp en tidsplan for gjennomføring, og frist for innfrielse av kravet (ikke senere enn sep. 2010) • følge opp gjennomføringsplanen og sette inn nye tiltak dersom dette er nødvendig for å innfri kravet innen fristen Gruppen bes innen onsdag 26. mai 2010 levere et notat til adm. dir. med analyse, tiltak og tidsplan for gjennomføring. Notatet vil bli lagt fram for styret i juni.
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 overfor kommunene ivaretas på ernæringsområdet.	NEI	Ansatt ernæringsfysiolog, har rutiner internt. Må utarbeide tiltak i forhold til veiledning i 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 fødeinstitusjon fra 1.1.2010. Helseforetaket skal delta i regionalt arbeide med å definere krav til overtakelsen.	NEI	Saken ble fremlagt for styret i HNT 18.mars. Avventer mandat fra HMN RHF.
5.1.4	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Helseforetaket skal videreutvikle perinataalkomiteens rolle som ledd i å styrke kvalitetsarbeidet.	NEI	St.Olav er ledende i dette arbeidet og skriver følgende: "Perinataalkomiteen har ikke vært fungerende i Sør-Trøndelag på flere år. Det er et ønske fra både fødselsleger og neonatologer at dette viktige kvalitetsarbeidet gjenopptas. Urealistisk å få startet opp dette arbeidet før tidligst til høsten." Dette vil vi delta aktivt i når initiativet kommer fra St.Olav.
5.1.4	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	Lavterskel innleggelser ved vurdert behov fra fastlege eller forespørsel fra pasient/pårørende i alle DPS Kontakttelefon til spesialist innført som prøve prosjekt på Levanger
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.	NEI	Praksiskonsulentordning etableres i voksenpsykiatrien i løpet av 2010. Telefonkonsultasjonsordning er etablert
5.1.6	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Helseforetaket skal være i dialog med kommunene i arbeidet med å utvikle tjenestetilbudet til pasientene.	NEI	Det utarbeides 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 trombolysedose ved de enkelte helseforetak.	NEI	
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	Har gått gjennom og implementert nytt lovverk. Barneansvarlig 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	Klinikken starter et arbeid medio juni med å implementere og lage en plan for redusert og riktig bruk av tvang i det psykiske helsevernet.

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	Alle pasienter screenes jfr MINI og tilbys et helhetlig tilbud for sin ruslidelse ved behov
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 inført modeller for lavterskel innleggelse/poliklinikk i form av "ringeavtale", "kriseplan" og amulant virksomhet
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. Ambulant virksomhet er 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 forpliktes i stor grad til å prioritere utviklingen innen psykisk helsevern i forhold til både ressursgrunnlag og produktivitet.	NEI	Psyk klinikk har nedsatt en prosjektgruppe sammensatt at fagspesialister, merkanitil, ledere og repr fra analyseavdelinge i HF. Gruppen arbeider tett på RHF og vil snarlig gi tilbakemelding på måter å bedre datakvalitet, måleindikatorer og derav bedre produktivitet. Det er utfordringer i forhold til uklar baseline.
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 tilleggsoppdrag	JA	Prosjektet forløper iht plan.
5.2.8	Psykisk helsevern	Rapporteres tertialvis: Antall tvangsinnleggelser per 10 000 innbyggere og prosentandel av tvangsinnleggelser per institusjon (mål: skal reduseres).	NEI	Antall tvangsinnleggelser pr. 10000 innbyggere: Res. 1.tertial 2010: 5,9 % Andel tvangsinnleggelser av det samlede antall innleggelser i psykisk helsevern: Res. 1.tertial 2010: 17,9 % Psyk klinikk har lav andel tvang pr. idag og det er usikkert om vi vil få en lavere andel tvang i 2010.
5.2.9.1	Psykisk helsevern	Rapporteres i årlig melding: Andel ikke planlagte reinnleggelser i akuttpsykiatriske avdelinger innen 30 dager per 10 000 innbyggere (mål: skal reduseres).	NEI	
5.2.9.2	Psykisk helsevern	Rapporteres i årlig melding: 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.	NEI	
5.2.9.3	Psykisk helsevern	Rapporteres i årlig melding: Antall og andel pasienter over 18 år behandlet i dagtilbud og poliklinisk virksomhet (mål: skal økes).	NEI	
5.2.9.4	Psykisk helsevern	Rapporteres i årlig melding: Antall konsultasjoner innen ambulant virksomhet for barn og voksne (mål: skal økes med 10 %).	NEI	
5.2.9.5	Psykisk helsevern	Rapporteres i årlig melding: Prosentvis fordeling av årsverk mellom sykehus og DPS - tjenester innen psykisk helsevern (mål: andel årsverk innen DPS skal øke).	NEI	
5.2.9.6	Psykisk helsevern	Rapporteres i årlig melding: Antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS per 10 000 innbyggere innen psykisk helsevern.	NEI	
5.3.1	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (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).	NEI	Helse Nordtrøndelag håper å kunne bedre dette behandlingstilbudet og kontinuiteten i det ved å realisere en rusehet i 2010

5.3.2	TSB	Helseforetaket skal fokusere på å videreutvikle samarbeids- og samhandlingsaktivitetene mellom psykisk helsevern og rusforetaket.	JA	HFet deltar på jevnlige ledermøter med rusforetaket. En ny ruenhet 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
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	Mandat for arbeidsgruppe og styringsgruppe utsendes 4. mai 2010. En del av mandatet skal svares ut før 01.06.10. oppstart 01.12.10
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	Krever nye legehjemler til Psykiatrien. alle LIS leger og spesialisthjemler er besatt. krever at Ruslidelser vlr en del av utdanningskravet til psykiater
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	Vi kartlegger omfanget for HNT. Pågå utredning om hvor kvinnene og barn skal få behandling og oppfølging i Midt-Norge.
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	
5.4.2	Habilitering og rehabilitering	Avdelinger som ivaretar rehabilitering skal som en del av driften utføre ambulerende tjenester	NEI	
5.5.8.1	Smittevern	Helseforetaket skal bruke data fra infeksjonsregistrene i sitt arbeid for å forbedre kvaliteten på pasienttilbudet.	NEI	
5.5.8.2	Smittevern	Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for å rapportere forekomst av postoperative infeksjoner i samsvar med NOIS-veilederen.	NEI	
5.5.9.1	Beredskap	Helse Nord-Trøndelag HF skal håndtere og følge opp erfaringer fra ny influensa A (H1N1)	NEI	Gjennomføre evaluering innen 1.10.2010
5.5.9.2	Beredskap	Helse Nord-Trøndelag HF skal oppdatere og øve relevante deler av sine planverk i løpet av året	NEI	Strategisk katastrofeplan oppdateres 1.5.2010
5.5.9.3	Sykelig overvekt	Tverrfaglig overvektspoliklinikk skal være etablert i 2010	NEI	Etablere prosjekt innen 1.4.
5.5.9.4	Sykelig overvekt	Helseforetaket skal iverksette tiltak for å redusere ventetiden for kirurgisk behandling av sykelig overvekt	NEI	Klinikken har kapasitet til å redusere ventetid i 2010 - kritisk faktor er økonomi - p.t. opereres i forhold kapasitet. I 2009 måtte aktiviteten innstilles på høsten. Forutsatt at økonomi og bemanning videreføres som nå, vurderer klinikken at nåværende aktivitet kan opprettholdes i 2010. Dette vil i så fall innebære reduksjon i ventetid.
5.5.9.5	Sykelig overvekt	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> Det skal rapporteres på antall opererte og ventetid på kirurgisk behandling	NEI	
6.1	Utdanning	Helseforetaket skal videreutvikle helseforetaket som en attraktiv læringsarena for ansatte.	NEI	
6.2	Utdanning	Gjennom arbeidet i Samarbeidsorganene skal helseforetakene bidra til at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsefagarbeider- og ambulanssefagutdanningen.	NEI	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.	NEI	
6.4.1	Utdanning	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> Antall praksisplasser	NEI	
6.4.2	Utdanning	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> Antall læreplasser innefor helsefagarbeider- og ambulansseutdanningen	NEI	
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 utreningsmodell 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	Forskningsaktivitet i HNT har økt årlig ihht mål i Strategiplan. Over 40 vit. artikler i 2009, 29 godkjent NIFU-STEP (se vedlegg). Presentert i Styremøte HNT 21.01.10.
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	
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	
7.2.4	Forskning - innovasjon	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Antall registrerte oppfinnelser (DOFI).	NEI	
7.2.5	Forskning - innovasjon	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Antall patentsøknader og registrerte patenter.	NEI	
7.2.6	Forskning - innovasjon	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Antall lisensavtaler.	NEI	
7.2.7	Forskning - innovasjon	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Antall bedriftsetableringer.	NEI	
7.2.8	Forskning - innovasjon	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Antall forprosjekter finansiert av InnoMed.	NEI	
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 hørselshemning.	NEI	
8.2	Pasientopplæring	• Helseforetaket skal delta i pågående regionalt kvalitetsutviklingsprosjekt vedrørende beskrivelse av innhold og evaluering av effekt av opplæringstiltak	NEI	
8.3	Pasientopplæring	• Helseforetaket skal samarbeide med kommuner for å bygge opp kompetanse og lærings- og mestringstilbud i kommunene	NEI	
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.	NEI	Styresak 20.mai. Frist for rapportering internt: 10.mai.

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. Frist for innsendelse av styrets årlige melding er 20.1.2011.	NEI	
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.	NEI	
FP 3.2	Helse Midt-Norge RHF's overordnede styringsbudskap 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.	NEI	
FP 3.3	Helse Midt-Norge RHF's overordnede styringsbudskap 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.	NEI	
FP 3.4	Helse Midt-Norge RHF's overordnede styringsbudskap 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.	NEI	Strategi 2016, strategisk del og handlingsprogram vedtatt i styret for Helse Nord-Trøndelag HF 18.mars. Strategiplanen oversendt Helse Midt-Norge RHF som del av høring ifm HMN sin strategi 2020.
FP 3.5	Helse Midt-Norge RHF's overordnede styringsbudskap 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.	NEI	Egen strategiplan for samhandling.
FP 3.6	Helse Midt-Norge RHF's overordnede styringsbudskap for 2010.	Sykefravær Personell med riktig kompetanse er den viktigste ressursen for helseforetaket. Det er derfor viktig å legge til rette for et stort arbeidsnærver og å redusere sykefraværet.	NEI	

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.	NEI	
FP 4.1	Investeringer og kapitalforvaltning	• Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF registrere sine sykehusbygg i tråd med klassifikasjonssystemet.	NEI	Tiltaket skal gjennomføres som et samarbeid mellom sykehusene i HMN og RHF'et. Det planlegges at tiltaket skal være på plass innen utgangen av 2010.
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	Ved Sykehuset Namsos er det etablert landingsplass hvor helseforetaket har konsesjon. Landingsplassen er godkjent for de helikopter som benyttes i dag av Luftambulansen og SEa King. Når det gjelder kommende redningshelikopter er det usikkert om plassen er egnet pga "down wash" (parkerte biler 15 meter unna plassen) og andre miljøutfordringer. Ved Sykehuset Levanger benyttes helikopterplass som eies og driftes av Levanger kommune. Kommunen har konsesjon. Det er prosjektert landingsplass for luftambulanse kombinert med parkeringshus på sykehusområdet. Landingsplassen vil ikke være stor nok for Sea King og nye redningshelikopter.
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.	NEI	Handlingsplan sykefravær legges fram i mai.
FP 5.1.2	Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2010. Tiltak på personalområdet	5.1.2 Reduksjon i uønskede deltidstillinger • Foretaket skal legge til rette for økte stillingsandeler og redusert uønsket deltid. Tiltak og resultater skal beskrives i årlig melding.	NEI	Sannsynligheten for at HNTi løpet av 2010 har et system som legger til rette for økt stillingsandeler for å redusere uønsket deltid er vurdert til 3(moderat). Vurderingen er gjort på bakgrunn av at HNT i mange år hatt en høy andel deltid for noen yrkesgrupper. Det er ikke gjort noen ny kartlegging av andel uønsket deltid siden 2008. HNT har den siste tiden hatt en arbeidsgruppe som nå er i slutfasen på en rapport vedrørende ufrivillig deltid. Denne rapporten vil konkludere med forslag til tiltak iløpet av forsommeren 2010. Det tas sikte på å etablere tertialvise spørreundersøkelser for fortløpende å måle om tiltak som iverksettes påvirker andelen ufrivillig deltid.
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.	NEI	HNT har innført aktivitetsstyrt bemaningsplaner for hele foretaket. Et av målene med denne innføringen har vært å sikre optimal ressursbruk ut fra planlagt aktivitet. HNT har utarbeidet veileder knyttet til årsplanlegging.
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.	NEI	

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 tilsynene. Foretaksmøtet la til grunn at dette følges opp.	NEI	Implementering av foretakets kvalitetsstrategi.
FP 5.2.2	Oppfølging av juridisk rammeverk.	<i>Tiltak for å bedre kvaliteten i anskaffelsesprosessene</i> • 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	Helse Nord-Trøndelag har avtalt med HMN om å avgi personell og kompetanse for gjennomføring av handlingsplan for Innkjøp og logistikk.
FP 5.3	Utvikling på IKT	<i>5.3.1 Elektronisk meldingsutveksling – Meldingsløftet</i> • Foretaksmøtet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF etablerer oppfølgingsrutiner for å sikre sikker elektronisk meldingsutveksling, I tillegg skal det etableres planer for avvikling av papirløsninger, jf. handlingsplan for Regionalt meldingsløft.	NEI	
FP 5.3.2	Utvikling på IKT	<i>5.3.2 Elektroniske resepter</i> • 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	Ikke motatt ytterligere info fra RHF'et. Dette vil bli etterspurt fra HNT's side.
FP 5.3.3	Automatisk frikort – rapportering av egenandelsopplysninger	Bør splittes i 2 deler: syketransport og poliklinisk behandling • Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF sørge for at egenandeler for poliklinisk behandling og syketransport rapporteres elektronisk til HELFO.	NEI	Gjelder syketransport: Det er laget en fremdriftsplan, som tilsier at vi skal ha 50% av befolkning oppe å gå innen 1. juni på e-rekvirering rekvisisjonsbasert transport. Siste 50% innen 1. oktober. Dette er et nasjonalt prosjekt, og følges også opp nasjonalt og regionalt Det kritiske er om løsningene vil fungere 100%, også en nasjonal risiko.
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 Helsedirektoratet.	NEI	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.	NEI	Det er laget en fremdriftsplan, som tilsier at vi skal ha 50% av befolkning oppe å gå innen 1. juni på e-rekvirering rekvisisjonsbasert transport. Siste 50% innen 1. oktober. Dette er et nasjonalt prosjekt, og følges også opp nasjonalt og regionalt Det kritiske er om løsningene vil fungere 100%, også en nasjonal risiko.
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 fylkesvisse kontorer.	NEI	Gjelder syketransport: Det er laget en fremdriftsplan, som tilsier at vi skal ha 50% av befolkning oppe å gå innen 1. juni på e-rekvirering rekvisisjonsbasert transport. Siste 50% innen 1. oktober. Dette er et nasjonalt prosjekt, og følges også opp nasjonalt og regionalt Det kritiske er om løsningene vil fungere 100%, også en nasjonal risiko.
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	Vi har ikke hørt noe om dette enda. HMN (v/Steinar Bjørås) vil utstede forespørsel når aktuelt. Kan bli aktuelt med å bidra med 1 person fra AMK (eks. Per Arne Lynum som aktuell person).

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 prosedyrekoder fra 1. september 2010	NEI	Innføring av prosedyrekoder fra 01.09.10 virker noe prematurt. Kodene er ikke gjennomarbeidede og har store mangler. Det forutsetter at datafangst fra PAS og MBDS ved hjelp av NIMES er oppe å gå slik at datafilene kan overføres NPR. Det forutsetter en ny gullapp som kan avkrysses i og fylles ut av merkantilt personell. Dette arbeides det med
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	Helse Nord-Trøndelag ved Eiendomsavdelingen vil utarbeide forvaltningsplan i hht de frister som fremgår av tiltaksbeskrivelsen.
FP 6.2	Evalueringsplan for 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.	NEI	Tiltaket gjennomføres i samarbeid mellom sykehusene i regionen og RHF'et. Rapport til HMN RHF pr. 1.09.10.
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 egne helseinstitusjoner, blir røykfrie.	JA	Det er bygd røykepaviljonger (røykeplasser utendørs under tak) ved begge sykehus samt DPS Stjørdal, et stykke fra hovedinngangene. Her er det eneste stedet det er tillatt å røyke for pasienter og pårørende på sykehusområdene. Det er satt opp skilt om at sykehusområdene er røykfrie. Ved DSP Kolvereid, som er en liten institusjon, følges dette opp lokalt.
SP 1.1.1	Nasjonale, regionale og interne faglige retningslinjer skal være kjent for og tatt i bruk av medarbeiderne i aktuelle klinikker og avdelinger	Klinikkledere og avdelingsledere skal besørge at faglige retningslinjer er kjent for alle ansatte og blir brukt i henhold til prosedyrer og aktuelle beskrevne retningslinjer. Klinikkledere og avdelingsledere skal om nødvendig besørge at ansatte får opplæring slik at faglige retningslinjer blir fulgt.	NEI	
SP 1.5.4	Øke kapasitet og kvalitet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Helseforetaket skal i løpet av 2010 etablere en allmennrusavdeling i samarbeid med Rusbehandling Midt-Norge HF.	JA	se punkt i oppdragsdokument
SP 1.5.5	Barn med alvorlige lidelser og funksjonshemminger skal gies et helhetlig, sammenhengende og koordinert tilbud som tilfredsstiller deres behov.	BFK utarbeider konkret tiltaksplan i løpet av 2010.	NEI	Saken er på planstadiet.
SP 2.1.2	Kvalitetsrådgivere.	Alle klinikker skal ha minst en resursperson med oppgitt stillingsandel, funksjonsbeskrivelse og uttalt ansvar for å arbeide med system for kvalitetsstyring (kvalitetsrådgiver-kvalitetsveileder). Kvalitetsavdelingen får ansvaret for opplæring og nettverk for disse.	NEI	Som en følge av "Ledelsens gjennomgang" og lederavtaler med klinikklederne skal dette være på plass 01.07.2010
SP 2.1.3	"Global trigger tool".	Innføre "Global trigger tool". Alle enheter hvor det er relevant skal ha et system for kvalitetssikring av pasientjournaler basert på systematiske stikkprøver av et gitt antall journaler pr måned etter en kjent metode/beskrivelse.	NEI	
SP 2.1.4	Kvalitetsgrupper.	Opprette kvalitetsgrupper i alle klinikker som skal arbeide både proaktivt og behandle ikke meldepliktige avvik. I den sammenheng er det naturlig å revurdere kvalitetsutvalgets mandat og sammensetning.	NEI	
SP 2.2.1	Utarbeide overordnet plan, inkludert valg av felles metodikk for gjennomføring av ISO sertifiseringen i Helse Nord-Trøndelag	Utarbeide planforslag som kan danne grunnlag for beslutning av hvordan gjennomføring av ISO sertifisering av hele foretaket skal foregå.	NEI	
SP 2.4.2	Strategiplan FoU i HNT mot 2016	Rullere HNT's strategiplan for FOU mot 2016 og gjennomføre FoU-tiltak	NEI	Se pkt 7.1.1. Kritisk mål for videre økning av veilednings- og forskningsaktivitet, samt rekruttering av viktig klinisk personell.

SP 3.1.2	Kompetanse- og opplæringsplaner	- Felles gjennomgående system for overordnet langsiktig kompetanseplanlegging. Se også tiltak 2.3.1 - Alle enheter skal utarbeide kompetanse- og opplæringsplaner etter felles mal. Disse tiltakene må synliggjøres i budsjett. Kartlegging leges til grunn for planene.	NEI	
SP 3.2.6	Reduksjon av uønsket deltid	Utvikling av tiltak for reduksjon av uønsket deltid.	NEI	
SP 3.3.1	Standardiserte pasientforløp	Gj.føre min. 3 "Standardiserte pasientforløpsprosjekt" årlig	NEI	
SP 3.4.1	Lederutvikling	Dagens lokale lederutviklingstilbud skal videreføres og videreutvikles. (Se også strategi 2.1.)	NEI	
SP 3.5.5	Tilgjengelighet og tilstedeværelse.	- Utvikling og gjennomføring av nye tiltak for forebygging av uførhet og førtidspensjonering - Utvikling og gjennomføring av nye tiltak for reduksjon av sykefravær. Målsetning om 6% sykefravær opprettholdes.	NEI	
SP 4.1.1	Samhandlingsstrategi	Ta initiativ i Samarbeidsutvalget for å lage en strategiprosess som munner ut i vedtak innen 1. juni 2010	NEI	
SP 4.1.3	Kartlegging samhandlingsaktiviteter	Kartlegge og stimulere samhandlingsaktiviteter som avdelinger og klinikker er involvert i – og som er under planlegging	NEI	
SP 4.2.2	Kartlegge og stimulere samhandlingsaktiviteter	Kartlegge og stimulere samhandlingsaktiviteter som avdelinger og klinikker er involvert i – og som er under planlegging	NEI	
SP 4.5.3	Øke kunnskap og forståelse for betydningen av forebyggende og helsefremmende arbeid blant egne ansatte		NEI	

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 22 /2010 Langtidsplan og langtidsbudsjett for HNT 2011 – 2016

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret i Helse Nord-Trøndelag HF	200510	22/2010

Saksbeh: Tormod Gilberg

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2010/1359

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

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

SAKSUTREDNING:

Sak 22/2010 Langtidsplan og langtidsbudsjett for HNT 2011 – 2016

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. HMNs brev av 21.04.10 om forutsetninger og prinsipper for utarbeidelse av budsjett 2011 – 2016
2. HNTs brev av 10.05.10 om HNT – langtidsbudsjett 2011 - 2016

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Sak 39/10 til styret for HMN 12.04.10; Langtidsplan og budsjett 2011 – 2016, – prinsipper og forutsetninger
2. Protokoll fra styremøte i HMN 12.04.10

1. GRUNNLAG

Styret for HMN vedtok i sak 39/10 prinsipper og forutsetninger for utarbeidelse av langtidsbudsjett 2011 – 2016. I brev av 21.04.10 har HMN utdypet styrets vedtak som grunnlag for helseforetakenes utarbeidelse av forslag til langtidsbudsjett for perioden 2011 – 2016.

2. FORSLAG

HNT har på dette grunnlag utarbeidet forslag til LTB 2011 – 2016. Forslaget til langtidsbudsjett, som ble oversendt HMN innen svarfristen 10.05.10, følger vedlagt.

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

Styret vedtok i sak 40/09 om LTB 2010 – 2016 en henstilling om å utarbeide egne utviklingsplaner for sykehusanleggene i Namsos og Levanger. Oppgaven er gjort i strategiplanen som ble vedtatt i mars i år. Dette arbeidet forutsettes bygget på HMNs strategi for perioden fram til 2020. Arbeidet med utviklingsplaner for sykehusene kan derfor ikke starte før HMNs strategiplan er vedtatt høsten 2010. Foretakets utviklingsplaner forventes ferdig våren 2011.

HMN har bedt alle foretak beskrive realistisk omstillingsnivå og foreslå tiltak ved en reduksjon i inntektsrammen på hhv. 1 %, 2 %, 3 % eller 4 %. Med henvisning til foretakets strategiplan mener vi realistisk omstillingsnivå ligger på om lag 1,5 % av foretakets driftskostnader (dvs. om lag 30 mill kroner pr. år). Større omstillingsbehov p.g.a. redusert inntektsramme og/eller økte kostnader vil innebære behov for å redusere eller fjerne aktiviteter og tilbud med virkning for foretakets pasienter.

3. VIDERE PROSESS

Langtidsbudsjett 2011 – 2016 for HMN skal behandles i regionstyret 24.06.10. Behandlingen i regionstyret vil gi premisser for fastsetting av aktivitetskrav, basisramme og resultatkrav for HF-ene for 2011.

Styrets behandling av innspill til LTB 2011 – 2016 for HNT vil bli ettersendt til HMN.

Levanger, 11.05.10

Arne Flaatt
Adm. dir.
(sign.)

10/1199
260410

Helse Nord-Trøndelag HF
7600 Levanger

Vår ref.
2010/246 -
2872/2010

Deres ref.

Arkivkode

Saksbehandler
Reidun Martine Rømo, 74 83 99 17

112 Dato
21.04.2010

Forutsetninger og prinsipper for utarbeidelse av budsjett 2011-2016

Helse Midt-Norge har krevende utfordringer knyttet til økonomi og investeringer i årene fremover. På bakgrunn av dette er det viktig for regionen å ha forutsigbarhet og verktøy for å innrette sin virksomhet på en slik måte at utfordringer kan planlegges og håndteres på beste måte. Rullerende langtidsbudsjett er et viktig verktøy i denne sammenhengen. Ved å gjennomføre en prosess knyttet til langtidsplan og langtidsbudsjett tidlig på året gir det også et bedre grunnlag for utarbeidelse av neste års budsjett.

For å kunne ha et best mulig utgangspunkt for prioritering av aktivitet og investeringer knyttet til fremtidige utfordringer og planer skal det utarbeides et langtidsbudsjett for de nærmeste seks år. Dette vil samtidig gi et bedre grunnlag for fordeling av kommende års inntektsrammer og økt forutsigbarhet for det enkelte foretak ved kommende års budsjettprosess. Samtidig gir det et bedre utgangspunkt for vurdering av behov for omstilling og tiltak i den enkelte virksomhet.

1. Sak 39/10 Langtidsplan og budsjett 2011-2016 – Prinsipper og forutsetninger

I sak 39/10 har styret i Helse Midt-Norge vedtatt følgende prinsipper og forutsetninger for utarbeidelsen av langtidsbudsjett som legges frem for styret i juni:

1. Det legges til grunn at alle foretak skal ha en grunnleggende drift som sikrer at nivå på medisinteknisk utstyr, investeringer i IKT og standard på bygninger blir ivarettatt. Administrasjonen bes jobbe videre ut fra prinsippene nevnt under og analyse av økonomiske konsekvenser av Strategi 2020 i et langtidsperspektiv. Administrasjonen bes komme tilbake i juni med en prioritering og herunder en vurdering av helseforetakenes omstillingsevne.
2. Alle helseforetak som mottar basisrammer gjennom finansieringsmodellen skal ha likt og lavest mulig nivå på kostnadsindeksene i langtidsbudsjettperioden. For å sette helseforetakene i stand til dette vil eventuell omstillingsstøtte gjennom særfinansieringen bli vurdert. Fram til juni 2010 arbeides det videre med å kvalitetssikre kostnadsindeksene for å sikre at disse fanger opp alle vesentlige kostnader, alternativt at kostnader som ikke fanges opp av kostnadsindeksene dekkes gjennom særfinansiering.
3. Økonomisk effekt av vedtatte handlingsplaner tas inn i langtidsbudsjett 2011-2016
4. Nivå for reinvestering i IKT i LTB-perioden settes slik at det ikke genereres etterslep og at regionen vedlikeholder IKT på et nivå som minst tilfredsstiller føringer gitt fra sentrale myndigheter og som understøtter strategi 2020.

5. Nivå for reinvestering i medisinteknisk utstyr i LTB-perioden settes lik avskrivningskostnaden for å opprettholde dagens nivå på utstyret og at ytterligere etterslep unngås.
6. Det bør utarbeides systematiske, langsiktige vedlikeholdsplaner for å ta igjen etterslepet på vedlikehold av bygg i løpet av en 10-årsperiode. Dette forutsettes gjort innenfor rammen til det enkelte helseforetak og bestillingen vil bli kommunisert i foretaksmøtet.
7. Det regionale foretaket vil styre aktiviteten gjennom tildeling av totale aktivitetskrav for hvert HF og gjennom generelle retningslinjer for prioritering og innretning av virksomheten. En vil i tillegg åpne for mer spesifikk styring innenfor områder med tydelige skjevheter i prioriteringer eller innretning i virksomheten.
8. Behovet for investeringer i regionen, gjennomføring av vedtatte handlingsplaner og prioritering av vedlikehold, nødvendiggjør en fortsatt omfattende effektivisering/omstilling for alle foretak i Helse Midt-Norge. Det skal være dialog med foretakene hvor det enkelte foretak sin evne til omstilling blir gjennomgått før styret vedtar foreløpig effektiviseringskrav og aktivitetsbestilling for 2011 per helseforetak i forbindelse med langtidsplan/langtidsbudsjett i juni 2010.

2. Utfordringsbildet og omstillingsevne

På bakgrunn av vedtatte investeringer stilles det store krav til overskudd samlet for regionen de nærmeste årene, jf styresak 39/10. Det kan ikke forventes økning i basisrammen for Helse Midt-Norge i de nærmeste årene. Dette betyr at det fortsatt vil stilles krav til effektiviserings- og omstillingstiltak for å komme i mål.

Styret i Helse Midt-Norge har i tidligere langtidsbudsjett lagt til grunn et prinsipp for reinvestering på 75% knyttet til IKT og MTU. I sak 39/10, pkt 4 og 5, har imidlertid styret vedtatt at dette bør økes til 100 %. Vi ber helseforetaket beskrive konsekvenser/muligheter ved de to ulike nivå på reinvestering..

Vedtatte budsjetter i HMN har hatt et nivå på midler til vedlikehold som i de siste årene har generert et stort etterslep. I langtidsbudsjett 2009-2014 er opparbeidet etterslep for vedlikehold og behovet for årlig vedlikehold omtalt. Nivået for årlig vedlikehold er beskrevet til om lag samme nivå, og på bakgrunn av utført tilstandsvurdering er det nå fremlagt en strategi for å ta igjen opparbeidet etterslep. Styret vedtok i sak 39/10, pkt 6, følgende endring knyttet til vedlikehold:

Det bør utarbeides systematiske, langsiktige vedlikeholdsplaner for å ta igjen etterslepet på vedlikehold av bygg i løpet av en 10-årsperiode. Dette forutsettes gjort innenfor rammen til det enkelte helseforetak og bestillingen vil bli kommunisert i foretaksmøtet.

Vi ber helseforetaket beskrive konsekvenser/muligheter ved de to ulike nivå for vedlikehold.

Som en forberedelse til fremleggelse av langtidsbudsjett 2011-2016 i juni ber vi foretakene beskrive hvordan de vil tilpasse seg en reduksjon av inntektsrammen på 1%, 2%, 3% og 4%. Vi ber om at foretakene beskriver konsekvenser for pasientbehandlingen og gi en vurdering av hva som er realistisk omstillingsnivå og begrunnelser for dette også mht fremtidig kostnadsnivå i nasjonal sammenheng.

Foretaket bes fremlegge et budsjett som viser foretakets utfordringsbilde knyttet til drift og investeringer.

3. Forutsetninger

Generelt

- Alle tall skal oppgis i 2010-kroner og skal ikke prisjusteres.
- Kostnader det enkelte år skal vise faktisk nivå og ikke isolerte endringstall fra foregående år.
- Effekt av omstillingstiltak som er iverksatt i 2010 og som kommer til uttrykk i 2011, skal spesifiseres og inngå i budsjettet. Det skal ikke legges inn effekt av uspesifiserte omstillingstiltak.
- Igangsatte prosjekt og tiltak skal fremskrives.
- Konsekvensjustering av uunngåelige forhold utover det som er spesifikt nevnt knyttet til investeringer og vedlikehold skal kommenteres og fremgå særskilt i henhold til excel-mal.
- Forhold som bør tas hensyn til i kommende års budsjett skal fremgå særskilt i henhold til excel-mal og kommenteres.

Omstilling knyttet til Strategi 2020

Dersom det tas med omstillingstiltak som forutsetter vedtak i Strategi 2020, må disse merkes tydelig. Særlig vil dette gjelde strukturendringer eller større driftsomlegginger som er beskrevet som den del av Strategi 2020.

Aktivitet

Samlet aktivitet for foretaket forutsettes i denne sammenheng å ligge på samme nivå som i 2010.

Inntekter

Inntekter knyttet til fordeling av rammer og tilskudd skal holdes på samme nivå som inntektsfordelingen i 2010.

Vedlikehold

Det skal budsjetteres med to separate beløp knyttet til ordinært vedlikehold og lukking av etterslep. Det skal budsjetteres bruk av midler til ordinært vedlikehold tilsvarende kr 200 pr kvm. Det skal i tillegg budsjetteres med kr 278 pr kvm for å ta igjen estimert etterslep på vedlikehold. Jf sak 39/10 vedlegg 3: Strategi for vedlikehold og investering i MTU og IKT i perioden 2011-2016, *Tilråding* side 3.

Konsekvenser av eventuelt lavere nivå på vedlikehold og manglende lukking av etterslep skal beskrives.

Finansposter

Flytende rente beregnes ut fra rentebane vist i tabell under.

Forventet rentebane	01.01.2011	01.07.2011	01.01.2012	01.07.2012	01.01.2013	01.07.2013
Flytende	3,17 %	3,64 %	4,10 %	4,50 %	4,90 %	4,90 %
Forventet rentebane	01.01.2014	01.07.2014	01.01.2015	01.07.2015	01.01.2016	01.07.2016
Flytende	4,90 %	4,90 %	4,90 %	4,90 %	4,90 %	4,90 %

Rente for forvaltningslån (serielån) vil bli sendt ut i egen ekspedisjon.

Investeringer MTU og IKT

Det skal ikke budsjetteres med avskrivningskostnader knyttet til reinvestering. Foretaket må imidlertid særskilt redegjøre for konsekvenser knyttet til pasientbehandlingen gitt dagens investeringsnivå (2010).

Salg av eiendom

Helse Midt-Norges manglende likviditet påvirker muligheten for gjennomføring av ønskede investeringer og fremdrift i aktuelle byggesaker. Det er derfor av stor viktighet at en intensiverer salg av eiendom. Dette vil også kunne redusere omfang av omstilling og effektivisering krav til overskudd i driften.

Mulige salgsobjekter skal ikke legges inn i budsjettet, men spesifiseres i kommentarene.

4. Fremdrift og frister

Det vil legges opp til en løpende dialog og oppfølgingsmøter med alle foretak både før og etter frist for levering den 10. mai. Uklarheter og endringer bes derfor meldes tilbake fortløpende. Tidspunkt vil bli avtalt direkte med det enkelte foretak.

Aktiviteter:	Tidspunkt	Ansvarlig:
Telefonmøte økonomidirektører Tlf nr 800 88 860 kode 60405#	22. april Kl 1200	RMR
Frist for levering av budsjett	10. mai	Sendes elektronisk til postmottak og kopi til Rigmor Mollan
Avklaring og oppfølgingsmøter:	Uke 18, 19 og 20	RMR
Direktørmøte	12. mai	
Felles dir. og øk.dir.møte	8. juni	
Drøfting AU	11. juni	
Styrebehandles	24. juni	RMR

Med vennlig hilsen



Gunnar Bovim
adm.dir



Anne-Marie Barane
Økonomidirektør

Helse Midt-Norge RHF
Postboks 464

7501 STJØRDAL

Vår ref.:	Deres ref.:	Arkiv:	Dato :
2010/1199 - 11011/2010	10/246	112	10.05.2010

HNT – LANGTIDSBUDSJETT 2011 - 2016

1. GRUNNLAG OG TIDSPLAN

Vi viser til sak 39/10 i styret for HMN 12.04.10; Langtidsplan og budsjett 2011 – 2016, prinsipper og forutsetninger, og til HMNs brev av 21.04.10 med ytterligere konkretisering.

Vi har ved utarbeidelse av langtidsbudsjettet for HNT basert oss på retningslinjene slik de framkommer av tilsendte grunnlagsmateriale fra HMN. Talloppstillinger over LTB 2011 – 2016 bygger på tilsendte maler.

Vi informerte foretakets styre 22.04.10 om HMNs prinsipper og forutsetninger for LTB 2011 - 2016. Dette innspillet til HMN om langtidsbudsjettet legges fram til informasjon og drøfting i foretaksstyrets møte 20.05.10. Forslag til LTB for HMN for perioden 2011 – 2016 skal behandles i regionstyret 24.06.10. Vedtatt langtidsbudsjett vil gi retningslinjer for prioriteringer knyttet til framtidige investeringer og vil danne grunnlag for fastsettelse av foretakenes aktivitet og økonomiske rammevilkår for 2011.

2. ØKONOMISKE FORUTSETNINGER

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

- Basisrammen er uendret i forhold til budsjett 2010.
- Bestilt aktivitet er uendret i forhold til budsjett 2010.
- MTU forutsettes fornyet tilsvarende 100 % av årlige avskrivninger, dvs. om lag 35 mill kroner pr. år. I det videre arbeidet med langtidsbudsjettet følger HMN opp dette punkt og konsekvenser av vedtatte byggeprosjekt.
- Omfang av bygningsmessig vedlikehold (fordelt på drift og investeringer) er i alternativ 1 økt fra dagens nivå på om lag 9 mill kroner til 20 mill kroner pr. år og i alternativ 2 økt med ytterligere 28 mill kroner pr. år.

- Økonomisk effekt av vedtatte og foreslåtte nye aktiviteter og tiltak er innarbeidet.
- Investeringsbudsjettet i innsendte regneark inneholder (i henhold til retningslinjer) bare igangsatte og vedtatte byggeprosjekt. I dette dokumentet har vi (som i tidligere langtidsplaner) oppdatert forslag til framtidige investeringer. Investeringsforlaget er tilpasset nivået på foretakets avskrivninger tillagt inntekter ved salg av egne bygg. Disse forslagene forutsetter derfor ingen tilførsel av annen likviditet for å kunne gjennomføre investeringene.
- De enkelte års resultat er en effekt av ovennevnte elementer og viser foretakets utfordringsbilde i forhold til budsjett 2010 forutsatt uendrede inntektsrammer.

LTB 2011 – 2016 er oppgitt i faste 2010-priser. Rentekostnadene er beregnet ut fra forutsatte prognose om en gradvis økning fra dagens nivå til 4,9 % fra 01.01.13.

3. PRIORITERINGER DRIFT

HMN skal ivareta ”sørge for”-ansvaret for innbyggerne i regionen innen tildelte økonomiske rammer. Basert på erfaringstall for dagens behovsdekning og prognoser for utvikling i befolkningsstørrelse og sykkelighet er det forventet en aktivitetsvekst på 2 – 3 % pr. år i langtidsbudsjettperioden. I henhold til gitte retningslinjer er LTB 2011 – 2016 for HNT likevel basert på samme basisaktivitet som i budsjett 2010.

Det arbeides imidlertid med styrking av aktiviteten innen enkelte fagområder. HMN har, i samarbeid med Rusbehandling Midt-Norge HF, vedtatt at det skal etableres ny enhet for behandling av ruspasienter i HNT. HNT er forutsatt å dekke investeringskostnader og en ½-part av løpende driftskostnader. Videre er det, sammen med kommunene omkring Steinkjer, vedtatt etablering av DMS Inn-Trøndelag.

Gjennom foretakstyrets vedtak i sak om strategi 2016 er det prioritert konkrete tiltak knyttet til pasienttilbud, forskning og fagutvikling. 3 av disse tiltakene er lagt inn i forslaget til LTB. Videre har vi lagt inn forslag om overføring av enkelte prosjektfinsierte tiltak til ordinær drift.

Alle disse tiltakene vil påføre foretaket økte driftskostnader. Styret inviteres i sitt møte 20.05.10 til å vurdere prioritering av aktuelle nye tilbud, jf. tabellen nedenfor som viser oversikt for årene 2011 og 2012 (alle tall er endring i forhold til foregående år):

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. En eventuell reduksjon i foretakets inntektsramme vil øke den økonomiske utfordringen for foretaket ytterligere.

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

4. PRIORITERINGER INVESTERINGER

HMN har ikke gitt økonomiske rammer for investeringer i LTB 2011 – 2016. Styret for HMN har imidlertid i sak 39/10 gitt klare føringer for prioritering av enkelte grupper av investeringer og for prioritering innen gruppen nye større sykehusbygg. HNT støtter den opp-prioritering av MTU og bygningsmessige vedlikeholdsinvesteringer som vedtaket innebærer. Driftsrelaterte investeringer knyttet til medisinsk teknisk og teknisk utstyr og bygningsmessige vedlikeholdsinvesteringer er nødvendige for foretakets løpende basisvirksomhet og er derfor ikke egnet til å problematiseres ved saldering av budsjettet.

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

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

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

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

Prioritet	HELSE Nord-Trøndelag HF – Investeringer (i 1000 kroner)	2010	2011	2012	2013
1	Finansielle anleggsmidler				
	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

5. EFFEKTIVISERINGS- OG OMSTILLINGSTILTAK KONSEKVENSER AV ALTERNATIVE REDUKSJONER I INNTEKTSRAMMEN

HNTs budsjett for 2010 er vedtatt med et årsresultat i balanse (0 mill kroner). Foretakets prognose for årsresultat 2010 er pr. 31.03.10 et resultat i samsvar med budsjettet. Vi forutsetter at resultatkravet i langtidsbudsjettperioden også vil være balanse.

HNT er (sammen med øvrige helseforetak i regionen) bedt om å vurdere

- realistisk omstillingsnivå, og
- hvordan helseforetaket vil tilpasse seg en reduksjon i inntektsrammen på hhv 1 %, 2 %, 3 %, eller 4 %.

5.1 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, mens Møre-foretakene har hatt en reduksjon på om lag 10 % -poeng i samme periode. Beregning av kostnadsindeksen for regionsykehusene ble lagt om f.o.m. 2004 som gjør det vanskelig å sammenligne over samme periode. St. Olav har samme kostnadsindeks (1,10) i 2008 som i 2004 (etter en betydelig økning i 2005 og 2006).

HNT hadde i 2008 en kostnadsindeks (SAMDATA) på 0,98 og var for første gang under landsgjennomsnittet, men ligger ennå om lag 5 % -poeng over Møre-foretakene.

Med HNTs resultat i 2009 er det grunn til å tro at foretakets indeks for dette året er ytterligere redusert.

Magnussenutvalget påpekte for et par år siden ulikheter i kostnadsnivået mellom landets regioner. Dette er i dag en av flere faktorer som tas med ved fastsetting av inntektsrammer til de enkelte regionforetakene. HMN har i dette beregningsgrunnlaget en indeks som er 2 % over landsgjennomsnittet, mens de to sørligste regionene har et beregnet kostnadsnivå som er om lag 2 % lavere enn landsgjennomsnittet. Basert på tilsvarende grunnlag har Jon Magnussen beregnet at HNT vil ha en kostnadsindeks som er 3,6 % over HNRs indeks (laveste indeks i HMN).

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

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

5.2 Tilpasning til rammereduksjoner på hhv 1 %, 2 %, 3 % eller 4 %

Som nevnt i forrige avsnitt, mener vi det er mulig å effektivisere driften årlig med anslagsvis 1,5 %. 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.

Hvis vi ser bort fra formålet med bruk av frigjorte midler, kan vi på generelt grunnlag si at det vil være mulig med årlig effektivisering av driften med inntil 1,5 % uten at det vil påvirke pasienttilbudet negativt.

En reduksjon i inntektsrammen med 2 % eller mer vil få konsekvenser for omfang og innhold i pasienttilbudet. Det er ikke mulig å være særlig konkret på hvilke konsekvenser en rammereduksjon vil gi uten at det hadde vært mer tid for å kunne gjennomføre en bredere prosess og involvering for å utrede mulige konsekvenser. På generelt grunnlag kan vi antyde at vi ved en rammereduksjon på 2 % eller mer vil måtte redusere eller fjerne noen av følgende aktiviteter eller tilbud:

- Ikke direkte pasientrettet eller DRG-finansiert aktivitet
 - i. FoU
 - ii. Utdanning/kompetanseheving av ansatte

- iii. Samhandling
- iv. Forebygging

- Elektive tilbud
 - i. Opplæring av pasienter og pårørende
 - ii. Elektive tilbud innen kirurgi, medisin, rehabilitering, psykiatri
- Desentraliserte og ambulante tilbud
 - i. DMS og desentralisert poliklinisk drift
 - ii. DPS

Vi har ikke hatt mulighet til å prioritere eller kostnadsberegne slike mulige tiltak nærmere innen de frister som er gitt.

5.3 Kommentarer til forskjellige nivå på MTU/IKT og bygningsmessig vedlikehold

Foretaket er bedt om å kommentere alternative nivå på gjenanskaffelse av 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. HNT har vurdert at om lag 25 % (5 mill kroner pr. år) av ordinært vedlikeholdsbehov er av ordinær driftsmessig karakter som må budsjetteres over driftsbudsjettet, mens den øvrige delen (15 mill kroner pr. år) er av investeringsmessig karakter som må prioriteres over investeringsbudsjettet.

6. VIDERE PROSESS

HNT vil invitere eget styre til å drøfte dette innspillet til LTB 2011 – 2016 i sitt møte 20.05.10. Resultatet av styrets drøftinger vil bli ettersendt til HMN.

I regionstyrets vedtak 08.04.10 om prinsipper og forutsetninger for langtidsbudsjettet er administrasjonen i HMN bedt om å

”jobbe videre ut fra prinsippene nevnt under og analyse av økonomiske konsekvenser av Strategi 2020 i et langtidsperspektiv. Administrasjonen bes komme tilbake i juni med en prioritering og herunder en vurdering av helseforetakenes omstillingsevne.”

og videre

”Fram til juni 2010 arbeides det videre med å kvalitetssikre kostnadsindeksene for å sikre at disse fanger opp alle vesentlige kostnader, alternativt at kostnader som ikke fanges opp av kostnadsindeksene dekkes gjennom særfinansiering.”

Vi er kjent med at dette utredningsarbeidet vil ta noe tid. Ut fra det vi har skrevet ovenfor om realistisk omstillingsnivå, mener vi at det er svært viktig at det ikke fattes beslutninger på sviktende grunnlag. Disse utredningene må derfor være på plass før inntektsrammer og økonomiske utfordringer for kommende år blir fastsatt.

HNT vil med sitt innspill til LTB 2011 – 2016 vise at foretaket fortsatt har stort fokus på effektivisering av driften og at dette også ligger til grunn for prioritering av investeringstiltakene. Forutsatt tilstrekkelige driftsrammer og likviditet for å kunne gjennomføre disse tiltakene vil derfor foretaket være i en situasjon der vi skal kunne opprettholde kvaliteten i behandlingen og kunne gi et forbedret tilbud til enkelte pasientgrupper i årene som kommer.

Med hilsen

Arne Flaata
adm. dir.

Saksbehandler: Tormod Gilberg

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 23/2010 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret	200510	23/2010

Saksbeh: Arne Flaata

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2010/1359

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:
23/2010 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 06.05.10
2. Protokoll fra foretaksmøte 12.05.10
3. Helse Midt-Norge Strategi 2020
4. Status etablering rusenhet
5. Andre orienteringer

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 06.05.10 kl. 09.00 – kl.

Møtested: Helse Midt-Norge RHF's lokaler Strandvegen 1, Stjørdal

Saksnr.: 45/10 – 50/10

Arkivsaksnr.: 2009/460

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid

Toril Hovdenak

Asmund S. Kristoffersen

Björg Henriksen

Ingegjerd Sandberg

Kirsti Leirtrø

Ivar Gotaas

Jan Magne Dahle

Olav Huseby

Perny-Ann Nilsen

Joar Olav Grøtting (permisjon fra kl. 11.00)

Ellen Marie Wøhni

Forfall:

Merethe Storødegård

Regionalt brukerutvalg:

Elin K. Gullvåg

Arthur Mandal

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Gunnar Bovim

Rådgiver Rita Bjørgan Holand (referent)

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Direktør for eierstyring Asbjørn Hofslie (fom sak 47/10)

Direktør for stab og prosjektstyring Bård Helge Hofstad

Økonomidirektør Anne Marie Barane

Direktør for samhandling Daniel Haga

HR direktør Sveinung Aune

Direktør for helsefag, forskning og utdanning Nils Hermann Eriksson

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt pr. e-post 29.04.10.

Vedlegg til sak 48/10 Orienteringssaker ”Sentrale tema til utkastet Strategi 2020” ble sendt med e-post 02.05.10

Nytt saksframlegg til sak 47/10 Desentraliserte spesialisthelsetjenester ble sendt med e-post 03.05.10

Følgende dokumenter omdelt i møtet:

- Møtereferat fra det regionale brukerutvalgets møte 03.05.10

- Sak 47/10 vedlegg Drøftingsprotokoll

Det var ingen kommentarer til innkallingen.

Styremedlem Ellen Wøhni opplyste at etter drøfting av ”Sak 47/10 Desentraliserte spesialisthelsetjenester” har det blitt lagt fram nytt saksframlegg. Drøftingsprotokoll er fortsatt gyldig etter endring av saksframlegg.

Styreleder Kolbjørn Almlid ba om en orientering vedr. pediatrinettverkets konklusjoner vedr. barneavdeling Sykehuset Levanger. Denne orientering ble gitt under ”Sak 48/10 Orienteringssaker – Strategi 2020”.

Styreleder Kolbjørn Almlid orienterte om avholdt møte mellom lokale tillitsvalgte ved Kristiansund sjukehus og styreleder og adm. dir i Helse Midt-Norge. I møtet var også følgende tilstede: tillitsvalgte fra Molde sykehus, konserntillitsvalgte, direktør og styreleder Helse Nordmøre og Romsdal.

Styremedlem Kirsti Leirtrø ba om egen styresak over temaet: Et helhetlig fødetilbud.

Sak 45/10 Referatsaker

Referatsaker:

- Protokoll fra møte i revisjonskomiteen 12.04.10
- Regionalt brukerutvalgs møte den 03.05.10

Elin K. Gullvåg orienterte om vedlegg til referat fra brukerutvalgets møte 030510, - ”Strategi 2020 – Strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge. Høringsuttalelse fra Regionalt brukerutvalg”.

Sak 46/10 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 31.03.2010

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF uttrykker tilfredshet med at Helse Midt-Norge har forbedret aktiviteten fra forrige rapportering, men er fortsatt opptatt av at det oppståtte negative avviket blir lukket.

Styret merker seg videre at administrerende direktør vil sørge for en særskilt aktivitet for å bringe ventetiden nedover og få resultat, når det gjelder kvalitetsindikatorer, som er i samsvar med krav.

2. Helse Midt-Norge leverer i mars et resultat på 5 mill kr foran budsjett og ligger samlet om lag 15 mill kr foran budsjett. Administrerende direktør ber styret ta regnskapet til etterretning.

3. Styret i Helse Midt-Norge tar rapporteringen av økonomisk status, bemanning og sykefravær til etterretning.

Protokoll

Adm. dir. Gunnar Bovim opplyste at punkt 2 er en inkurie, og trakk dette punktet i forslaget.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF uttrykker tilfredshet med at Helse Midt-Norge har forbedret aktiviteten fra forrige rapportering, men er fortsatt opptatt av at det oppståtte negative avviket blir lukket.

Styret merker seg videre at administrerende direktør vil sørge for en særskilt aktivitet for å bringe ventetiden nedover og få resultat, når det gjelder kvalitetsindikatorer, som er i samsvar med krav.

2. Styret i Helse Midt-Norge tar rapporteringen av økonomisk status, bemanning og sykefravær til etterretning.

Sak 47/10 Desentraliserte spesialisthelsetjenester

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF har som mål å tilrettelegge for et likeverdig helsetilbud av høy kvalitet til befolkningen i Midt-Norge. Skal befolkningen få en god helsetjeneste, må noen oppgaver sentraliseres og andre desentraliseres
2. En desentralisert spesialisthelsetjeneste har en verdi ut over tilbudet til den enkelte. Styret for Helse Midt-Norge RHF ser det derfor som viktig å tilrettelegge for at befolkningen kan tilbys spesialisthelsetjenester nært der de bor, der dette er mulig ut fra en samlet kvalitetsmessig vurdering.
3. Styret for Helse Midt-Norge RHF viser til at det er rom for å utføre flere av oppgavene i behandlingskjeden i lokalsykehusene og i desentraliserte poliklinikker.
4. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrasjonen komme tilbake med en konkretisering av oppgaver som kan desentraliseres etter at en framtidig struktur og oppgavedeling er vedtatt juni 2010.

Protokoll

Styremedlem Perny-Ann Nilsen fremmet et forslag til tillegg til punkt 4

” Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrasjonen komme tilbake med en konkretisering av oppgaver som kan desentraliseres/ sentraliseres og de konsekvenser dette har for de respektive sykehus, etter at en framtidig struktur og oppgavedeling er vedtatt juni 2010”

Det ble stemt over de 3 første punktene samlet. Disse ble enstemmig vedtatt.

Videre ble det stemt over pkt. 4 fra adm. dir. Dette ble enstemmig vedtatt. Til sist ble det stemt over styremedlem Perny-Ann Nilsens tillegg. Dette ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF har som mål å tilrettelegge for et likeverdig helsetilbud av høy kvalitet til befolkningen i Midt-Norge. Skal befolkningen få en god helsetjeneste, må noen oppgaver sentraliseres og andre desentraliseres
2. En desentralisert spesialisthelsetjeneste har en verdi ut over tilbudet til den enkelte. Styret for Helse Midt-Norge RHF ser det derfor som viktig å tilrettelegge for at befolkningen kan tilbys spesialisthelsetjenester nært der de bor, der dette er mulig ut fra en samlet kvalitetsmessig vurdering.
3. Styret for Helse Midt-Norge RHF viser til at det er rom for å utføre flere av oppgavene i behandlingskjeden i lokalsykehusene og i desentraliserte poliklinikker.
4. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrasjonen komme tilbake med en konkretisering av oppgaver som kan desentraliseres/sentraliseres og de konsekvenser dette har for de respektive sykehus, etter at en framtidig struktur og oppgavedeling er vedtatt juni 2010.

Sak 48/10 Orienteringssaker

I styremøte 06.05.10 blir styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Strategi 2020
- Effektivitets og produktivitetsanalyser
- Prosjekt Sykehus Nordmøre og Romsdal
- Kjøp av vikartjenester helsepersonell
- HMS rapport Helse Midt-Norge RHF
- Medieanalyse
- Lønnsoppgjør (uten ansatterepresentanter)

Vedtak

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

Sak 49/10 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 50/10 Signering av protokoll

Protokoller for møtene 12.04.10 og 06.05.10 ble godkjent og undertegnet i møtet.

Stjørdal 06.05.10

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 Wøbni

Björg Henriksen

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 23/2010 Orienteringssaker **Strategi 2020 Helse Midt-Norge RHF**

Vedlegg som følger saken

1. Strategi 2020: Opplegg for HF-styremøtene i mai. Prosess for utarbeidelse av felles styresak.
2. Styresak 47/2010 fra Helse Midt-Norge RHF: Desentraliserte spesialisthelsetjenester
3. Del av styresak 48/2010 fra Helse Midt-Norge RHF: : Orienteringssak : "Utdyping av sentrale tema i utkast til Strategi 2020".
4. En oppsummering av innspill fra klinikkssjef Vigleik Jessen, St. Olavs Hospital i styremøtet for HMN RHF 06.05.2010. (Mottatt fra samhandlingsdirektør Daniel Haga)
5. Strategi 2020: Høringsdokument
6. Strategi 2020: Høringsbrev

Bakgrunn

Den 04.03.2010 sendte styret for Helse Midt-Norge RHF ut høringsutkast til strategi for spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge mot 2020, med høringsfrist 20.mai 2010. Endelig beslutning skal etter planen taes i styremøtet 24.juni 2010.

Høringsdokumentet og høringsbrevet er vedlagt denne saken.

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF og Administrerende direktør er ikke høringsinstanser, men det er lagt opp til at styret i HF og organisasjonen i helseforetaket skal delta i prosessen for utarbeidelse av en felles styresak i RHF.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF inviteres nå fra Helse Midt-Norge RHF til å starte diskusjonen på (uten å fatte vedtak):

- Er det enighet i styret om de 4 hovedutfordringene?
- Er det enighet om de 5 strategiske målene?
Her sier Helse Midt-Norge RHF at det vil være naturlig å ta forbehold om innspill som måtte komme i høringsprosessen.
- På hvilket nivå bør de konkrete strukturvedtak fattes, jamfør eksempler på 2 alternativ.
(Vedlegg 1: Strategi 2020: Opplegg for HF-styremøtene i mai. Prosess for utarbeidelse av felles styresak.)
I begge alternativene er det lagt opp til vedtak på 3 nivå:
 1. Vedtak om den overordnede strategien for HMN, og hvilke omstillingstiltak som er nødvendig for å realisere strategien.
 2. Konkretisering av struktur og oppgavedeling på HF-nivå
 3. Håndtering av gjennomføringsfasen

Etter høringsfristens utløp 20.mai vil styrelederne og direktørene i de respektive HF i Helse Midt-Norge møtes 2.juni for å drøfte oppsummering av høringsuttalelser og foreløpig saksframlegg for strategi 2020.

- 11.juni vil saksfremlegg og forslag til Strategi 2020 bli utsendt fra adm.dir. i Helse Midt-Norge
- 11-18 juni er avsatt til lokale drøftinger med tillitsvalgte i helseforetakene
- 17.juni Strategi 2020 behandling i styremøte i Helse Nord-Trøndelag HF
- 21.juni Regionalt brukerutvalg behandler strategi 2020
- 23.juni AU(Regionalt tillitsvalgte) Strategi 2020-drøfting basert på drøftingsprotokoller fra helseforetakene.
- 24.juni Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar Strategi 2020

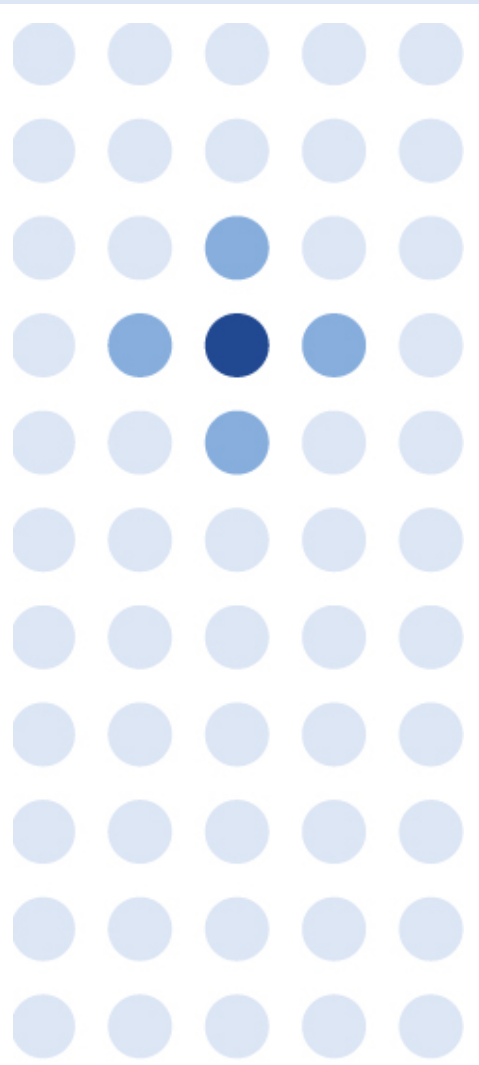
Det vil bli en innledning fra Helse Midt-Norge RHF på styremøtet 20.april d.å.

Levanger, 14.mai 2010

Arne Flaata(sign)
Adm.direktør

Mads Berg (sign)
Ass.direktør

Saksbehandler: Kristian Eldnes



Strategi 2020

Opplegg for HF-styremøtene i mai

Prosess for utarbeidelse av felles styresak

Gjennomføring av høringsfase – Strategi 2020

4. mars	Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok å sende utkast til Strategi 2020 på høring
5. Mai	Seminar for alle HF-styrene og RHF-styret – Strategi 2020/LTP/innføring i styrearbeidet Framleggelse av diskusjonsnotat 2020 for HF-styrene
18.-27. Mai	Tema-diskusjon (basert på notat) i HF-styrene 18. Mai - Rusbehandling Midt-Norge HF 19. Mai - Sykehusapotekene i Midt-Norge HF 20. Mai - Helse Nord-Trøndelag HF 25. Mai - Helse Sunnmøre HF 26. Mai - Helse Nordmøre og Romsdal HF 27. Mai - St. Olavs Hospital HF
20. Mai	HØRINGSFRIST for eksterne instanser
21.Mai – 27. Mai	Sammenstilling og vurdering av innkomne høringsuttalelser

Gjennomføring av drøfting og vedtak av Strategi 2020

2. Juni	Direktør- og styreledermøte for å drøfte oppsummering av høringsuttalelser og foreløpig saksframlegg 2020
3. Juni	Styret for Helse Midt-Norge RHF behandler oppsummering av høringsuttalelser
4. Juni	AU-møte med adm.dir. om utkast til saksframlegg
8.-9. juni	Direktørmøte drøfter forslag til saksframlegg Strategi 2020
10. Juni	AU (Regionalt tillitsvalgte) Drøfting av saksframlegg Strategi 2020 før utsendelse
11. Juni	Utsendelse av saksframlegg og forslag til Strategi 2020
11.-18. juni	Lokale drøftinger med tillitsvalgte i helseforetakene
14-23. juni	Strategi 2020-behandling i helseforetakenes styremøter: 14. Juni - Rusbehandling Midt-Norge HF 15. Juni - Sykehusapotekene i Midt-Norge HF 17. Juni - Helse Nord-Trøndelag HF 21. Juni - St. Olavs Hospital HF 22. Juni - Helse Sunnmøre HF 23. Juni - Helse Nordmøre og Romsdal HF
21. Juni	Regionalt brukerutvalg
23. juni	AU (Regionalt tillitsvalgte) Strategi 2020-drøfting basert på drøftingsprotokoller fra helseforetakene
24. Juni	Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar Strategi 2020

Opplegg for styremøtene i mai

Dokument som HF-dir kan sende ut i forkant

- **St.sak 47/10 på RHF: Desentraliserte spesialisthelsetjenester**
- **Dokument: ”Utdyping av sentrale tema i utkast til Strategi 2020”**
- **Oppsummering av orientering om elektiv kirurgi i 5-døgnspost**

Tema som HF-styret kan starte diskusjonen på (uten å fatte vedtak):

- **Er det enighet i styret om de 4 hovedutfordringene?**
- **Er det enighet om de 5 strategiske målene?**

Her vil det være naturlig å ta forbehold om innspill som måtte komme i høringsprosessen

Opplegg for styremøtene i mai (2)

- På hvilket nivå bør de konkrete strukturvedtak fattes, jamfør eksempler på 2 alternativ.

I begge alternativene er det lagt opp til vedtak på 3 nivå:

1. Vedtak om den overordnede strategien for HMN, og hvilke omstillingstiltak som er nødvendig for å realisere strategien
2. Konkretisering av struktur og oppgavedeling på HF-nivå
3. Håndtering av gjennomføringsfasen

Hvilke vedtak skal fattes i juni?

Alt. 1:

1. **Styret for RHF vedtar de prinsipielle omstillingene**
Eks.: Samle akuttkirurgi
Redusere antall fødeavdelinger
2. **Styret ber HF-ene utforme hvordan pkt 1 skal gjennomføres i det enkelte HF.**
3. **Styret ber adm.dir legge fram en samlet framdriftsplan i egen sak til høsten**

Hvilke vedtak skal fattes i juni?

Alt. 2:

1. Styret for RHF vedtar de prinsipielle omstillingene
Eks.: Samle akuttkirurgi
Redusere antall fødeavdelinger
2. Styret for RHF vedtar hvordan dette skal gjennomføres i det enkelte HF, etter at det har vært forelagt det enkelte lokale styret som del av ”fullført saksbehandling”.
3. Styret ber adm.dir legge fram en samlet framdriftsplan i egen sak til høsten

Hvilke vedtak skal fattes i juni?

Styret vil ta endelig stilling 3. juni, etter at dette er diskutert på direktør- og styreledermøte 2. juni

HELSE MIDT-NORGE RHF

STYRET

Sak 47/10 Desentraliserte spesialisthelsetjenester

Saksbeh: Daniel Haga

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2009/458

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF har som mål å tilrettelegge for et likeverdig helsetilbud av høy kvalitet til befolkningen i Midt-Norge. Skal befolkningen få en god helsetjeneste, må noen oppgaver sentraliseres og andre desentraliseres
2. En desentralisert spesialisthelsetjeneste har en verdi ut over tilbudet til den enkelte. Styret for Helse Midt-Norge RHF ser det derfor som viktig å tilrettelegge for at befolkningen kan tilbys spesialisthelsetjenester nært der de bor, der dette er mulig ut fra en samlet kvalitetsmessig vurdering.
3. Styret for Helse Midt-Norge RHF viser til at det er rom for å utføre flere av oppgavene i behandlingskjeden i lokalsykehusene og i desentraliserte poliklinikker.
4. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrasjonen komme tilbake med en konkretisering av oppgaver som kan desentraliseres etter at en framtidig struktur og oppgavedeling er vedtatt juni 2010.

Stjørdal 03.05.10

Gunnar Bovim
Adm. dir

SAKSUTREDNING:

Sak 47/10 Desentraliserte spesialisthelsetjenester

BAKGRUNN

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok 4. mars 2010 å sende på høring et utkast til strategi for spesialisthelsetjenesten fram mot 2020. Høringsfrist er 20. mai 2010. Adm. Dir i RHF HMN vil i samarbeid med de lokale helseforetakene i Midt-Norge fremme en felles styresak med endelig behandling i RHF-styret 24. juni 2010.

I utkast til strategi er det pekt på behovet for at deler av spesialisthelsetjenesten må samles (sentraliseres), mens andre deler kan desentraliseres. Styret har vært opptatt av å bygge opp under det lokale helsetjenestetilbudet. Styret legger stor vekt på kvalitet i helsetjenesten. Kvalitetsbegrepet skal ha et innhold som bygger på et helhetlig samfunnsmessig perspektiv, lovverket og de medisinskfaglige krav som sikrer brukerne best mulig helsetjeneste. Styret har ved flere anledninger gitt uttrykk for at *"vi skal desentralisere det vi kan, men sentralisere det vi må"*.

Behovet for å ha gode desentraliserte tilbud er også omtalt i Samhandlingsreformen som ble vedtatt i Stortinget 27. april 2010.

Som en del av prosessen med utarbeidelse av Strategi 2020 ønsker styret derfor en egen sak om desentralisering av spesialisthelsetjenester.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Sammenlignet med våre naboland Sverige og Finland, har vi i Norge en langt mer desentralisert struktur. Dette henger bl.a. sammen med ønsket om en desentralisert bosetting. I Midt-Norge har vi i dag 8 lokalsykehus, mens deler av spesialisthelsetjenesten er organisert i distriktsmedisinske sentra (DMS) og distriktspsykiatriske sentra (DPS). I noen grad bidrar også avtalespesialister til et desentralisert tilbud. Bil- og båtambulansetjenesten er den mest desentraliserte delen av spesialisthelsetjenesten.

Det er en betydelig samlet aktivitet i spesialisthelsetjenesten, og stadig flere får tilbud. I 2009 ble det i hele Helse Midt-Norge utført:

911.654 polikliniske konsultasjoner

78.893 dagbehandlinger

125.000 døgnopphold (dvs. at pasienten var innlagt i ett døgn eller mer)

Oversikten inkluderer både somatikk og psykisk helsevern.

Dette viser at vi hadde ca 8 ganger så mange polikliniske konsultasjoner og dagopphold sammenlignet med behandling som krever innleggelser.

I forhold til 2008 har det vært en økning innenfor alle de tre områdene, men klart størst vekst i polikliniske konsultasjoner og dagbehandling. Dette er en trend som vil fortsette, og som for en stor del er drevet fram av den medisinske utviklingen.

Oversikten viser også at volummessig er potensialet for desentralisering størst innenfor poliklinikk og dagbehandling.

HELHETLIG DRØFTING

Helsetjenesten i Norge er tuftet på en helsepolitisk målsetting om at befolkningen skal tilbys likeverdige helsetjenester uavhengig av bosted, sosial status, etnisitet, alder og kjønn. Likeverdighet blir som oftest sett på som retten til et kvalitativt likeverdig helsetilbud, og kan i noen sammenhenger bety tilgjengelighet til et desentralisert tilbud, i andre sammenhenger likeverdig tilgang til høyspesialiserte nasjonale tjenester eller utenlandsbehandling.

En god helsetjeneste er med å skape trygghet, og et desentralisert helsetilbud kan ha betydning for målet om å opprettholde en desentralisert bosetting. I et samfunnsperspektiv har derfor en betydning ut over de behandlingstilbudene som gis.

Den medisinskfaglige utviklingen er en av de viktigste premissene for hvorvidt oppgaver sentraliseres eller desentraliseres. Da de første MR-maskinene ble installert, var dette en svært kompetanse- og ressurskrevende tjeneste som bare var tilgjengelig ved våre største sykehus. Tilbudet var da sentraliserende, og *likeverdighet* betydde retten til å bli undersøkt ved disse sentrale institusjonene. I dag har alle våre lokalsykehus MR-maskiner, noe som bidrar til at tilsvarende diagnostikk og behandling kan tilbys der. Et tjenestetilbud som i utgangspunktet virket sentraliserende, har etter få år blitt et virkemiddel for å kunne opprettholde et desentralisert tilbud.

Et annet eksempel er behandling av hjerteinfarkt med PCI (avansert kateterbehandling vha et stikk i lysken). Dette er på samme måte en svært ressurskrevende tjeneste som krever høy kompetanse i døgnberedskap. I Midt-Norge er dette tilbudet samlet ved St. Olavs Hospital, og likeverdigheten ivaretas av de prehospitale tjenestene ved bl.a. bruk av fly og helikopter. Det er utenkelig at dette skal kunne tilbys ved lokalsykehusene våre. Før PCI ble innført og revolusjonerte behandlingen av akutt hjerteinfarkt (langt flere overlever sykdommen), ble akutte hjerteinfarkt behandlet på alle sykehusene i regionen, mens man nå altså har sentralisert behandlingen for mange.

Utviklingen i ambulansetjenesten er et eksempel på det motsatte. Gjennom de siste 10 år har det skjedd en betydelig kvalitetsheving, dels ved formelle krav om kompetanse, dels ved at det er innført krav til 2-mannsbetjening. I tillegg er responstiden blitt kortere ved at de fleste har vakt på base. Sammen med nytt utstyr som kan kommunisere med AMK-sentralene, er bilambulansetjenesten i dag i stand til både å diagnostisere og starte behandling av en rekke tilstander der rask behandling er viktig. Som en illustrasjon ble det i 2007 installert utstyr i alle bilambulanse i hele regionen for å kunne sende inn EKG til vurdering av en hjertemedisiner. Første året mottok AMK sentralen ved St. Olavs Hospital 635 EKG til tolkning (Gjelder pasienter fra Sør-Trøndelag). I 2009 var det tilsvarende antallet 2153. Dette, sammen med andre opplysninger gjør at det kan gis råd om oppstart av behandling, og om hvor pasienten skal transporteres.

En viktig premiss for organisering av spesialisthelsetjenesten er at kvaliteten på tilbudet må være tilfredsstillende, og kunne måles opp mot nasjonale og internasjonale standarder der dette finnes. Dette kravet vil tydeliggjøres fremover, og gjennom Strategi 2020 forbereder vi oss på å legge til rette for en slik utvikling. Kvalitet vil i denne sammenheng inkludere både faglig-, organisatorisk- og pasientopplevd kvalitet.

Erfaringene viser imidlertid at medisinskfaglige og organisatoriske argumenter særlig vektlegges når det er ønske om *sentralisering*, og at det kreves en bevisst strategi for å

identifisere og legge til rette for å *desentralisere* spesialisthelsetjenesten. I tillegg er det forhold i dagens avtaleverk som kan være begrensende for å få til gode og forutsigbare ambuleringsordninger for helsepersonell. En ambuleringsordning vil for eksempel si at en lege har arbeidssted på et sykehus, men at vedkommende samtidig har fast arbeid en dag per uke ved en poliklinikk på et distriktsmedisinsk senter.

Oppgaver som er egnet for desentralisering

Desentralisering kan dels være at oppgaver flyttes og utføres på et annet nivå i helsetjenesten, dels ved at kompetansen flyttes for at pasientene skal slippe å reise. Desentralisering kan gjennomføres både ved faste stillinger og ambuleringsordninger.

Erfaringene viser at det ofte ikke er ønskelig å desentralisere hele fagområder "en bloc", men det er svært aktuelt å kunne desentralisere deler av behandlingsforløp. Et eksempel er kreftbehandling, et område der nye tilfeller vil ifølge prognosene øke med 30 % fram mot 2020. En stor del av diagnostikk og behandling (både operativ og medisinsk behandling) vil foregå i større sentra og dette kan oppleves som sentralisering. Det store volumet av medisinsk behandling, og ikke minst kontroll og oppfølging både kan og bør skje ved lokalsykehusene. I forhold til dagens pasientforløp, kommer både faglige og organisatoriske hensyn til å endre fordelingen mellom hva som må skje sentralt og hva som kan desentraliseres fremover. Både sentralisering og desentralisering vil være resultatet.

Desentraliseringen av oppgaver kan skje mellom ulike nivå i tjenesten.

Dersom en velger desentralisering ved å flytte kompetanse (ambuleringsordninger) kan volumet tilpasses behovene ved å regulere hyppigheten av ambulering.

Nedenfor er det gitt eksempler på desentralisering mellom ulike deler av helsetjenesten.

a) Desentralisering av oppgaver til kommunehelsetjenesten:

- Kompetansestøtte til tjenester som alternativt kan gis i pasientens hjem.
 - Eksempel på dette er ambulante team, der effekten er godt dokumentert i psykisk helsevern, i rusomsorgen, i behandling av kols, og i rehabilitering av slagpasienter. Slik desentralisering kan ifølge nye studier være godt egnet for barn med langvarig sykdom.
 - Andre eksempler er hjemmedialyse og hjemmerespiratorbehandling. Dette gjelder få, men svært ressurskrevende oppgaver, og her er det snakk om å lage "skreddersøm" i forhold til det aktuelle behovet. Behandlingen er både teknologisk og medisinsk krevende, men pasientbelastningen ved lange reiseveier mange ganger i uken, evt behov for permanent institusjonalisering, gjør at utviklingen for desentraliserte (hjemme-)løsninger skyter fart.
- Kompetansestøtte til hjemmetjenesten for krevende prosedyrer ved utskrivning
 - Eksempel er veiledning av sykepleietjenesten i kommunen
- Overføring av kontrolloppgaver til fastlegene
 - Dette krever at kontrollbehovet beskrives i epikrisen fra sykehuset, og at det gis tilbud om kurs. Her er praksiskonsulentordningen og gode IKT-løsninger helt sentrale.

b) Desentralisering av oppgaver til DMS (Distriktsmedisinske sentra)

Det mest utbredte desentraliserte polikliniske tilbudet utenom sykehus finnes i dag ved Fosen DMS, men også på Røros vil det nå bli etablert en rekke polikliniske tilbud. Per i dag er det et begrenset antall spesialister som ambulerer til Stjørdal DMS.

- Desentralisering av polikliniske tjenester
 - Her er ulike ambuleringsordninger mest brukt, men her finnes det også gode eksempler på bruk av avtalespesialister. Eksempler i Midt-Norge er Fosen, Stjørdal, Røros og Oppdal
- Desentralisere oppgaver

Distriktsmedisinske sentra har vist seg å kunne ta oppgaver som normalt dekkes i sykehus:

 - Tidligutskrivning for etterbehandling (Gjelder både DMS og de rene intermediære enhetene i Trondheim og Ålesund)
 - Opptrening etter ortopediske inngrep, med svært kort liggetid på sykehus (Fosen)
 - Observasjon/behandling for å unngå innleggelse (Fosen)
 - Hemodialyse (Fosen, Stjørdal)
 - Blodtransfusjoner
 - Terminal behandling der pasienten av ulike grunner ikke kan bo hjemme, og dermed alternativt ville ligget på sykehus.

c) Desentralisering fra akuttisykehus til lokalsykehus i samme foretak

Som hovedregel bør en legge opp til at der døgntilbudet er lokalisert til ett sykehus i foretaket, bør det være et poliklinisk tilbud ved det andre sykehuset, enten som fast poliklinisk tilbud med stedlige ressurser, eller som ambuleringsordning fra det sykehuset som har døgntilbudet.

- Oppgaver
 - Her bør modellen med elektiv kirurgi ved noen av lokalsykehusene føre til at sykehuset har ett eller flere spesialområder der de dekker et geografisk område som kan være større enn sykehusets normale opptaksområde.
- Kompetanse (ambulering)
 - Det finnes mange eksempler på at det ene sykehuset innen et HF har døgntilbud, mens det andre har et motsvarende poliklinisk tilbud. Dette gjelder både innen somatikk og psykisk helsevern.
 - Det finnes også eksempler på at det polikliniske tilbudet dekkes ved ambulering fra et annet sykehus (Eks.: barnepoliklinikk i Volda)

d) Fra universitetssykehuset til andre sykehus.

- Oppgaver
 - Konkrete operative inngrep som legges til definerte institusjoner/avdelinger. Et eksempel er fedmekirurgi. Prognosene tilsier et økende behov for behandling av sykelig overvekt. Et annet eksempel er laparoskopisk galle-kirurgi (kikkhullsoperasjoner) som er lagt til St. Olavs Hospital, avd. Orkdal
 - Kontroller hos pasienter som kan få resten av oppfølgingen ved eget lokalsykehus. Dette vil særlig gjelde pasienter fra andre foretak som er henvist for nødvendig spesialistvurdering/behandling på universitetssykehuset.
- Kompetanse (ambulering til et annet sykehus i regionen)

- Dette kan gjelde pasientrettede tilbud som kan supplere det tilbudet foretaket selv har, eller støttefunksjoner til det tilbudet foretaket har. Eksempel på det siste er samarbeid om nucleærmedisin.

Avtalemessige begrensninger for ambuleringsordninger

I henhold til dagens avtaleverk skal tjenester utenfor avtalt tjenestested baseres på frivillighet, og dette begrenser mulighetene for å legge ambulerende tjenester inn som en del av tjenesteplanen hos den enkelte. For å lykkes med ambisjonene om mer desentralisering av tjenestene, er det derfor viktig at en sammen med arbeidstakerorganisasjonene finner fram til robuste ordninger som gir rom for større fleksibilitet når det gjelder hvor tjenestene skal utføres.

Administrerende direktørs vurdering:

Spesialisthelsetjenesten har gjennom sitt "sørge for ansvar" en viktig oppgave i å tilrettelegge for et likeverdig helsetilbud til befolkningen i Midt-Norge, og sikre at kvaliteten på spesialisthelsetjenesten holder høy nasjonal standard. Dette forutsetter en god prioritering mellom ulike pasientgrupper og en effektiv tjenesteproduksjon. Skal befolkningen få en god helsetjeneste, må noen oppgaver sentraliseres og andre desentraliseres. Den medisinske utviklingen viser at verken struktur eller oppgavedeling kan være statisk.

En desentralisert spesialisthelsetjeneste har en verdi ut over tilbudet til den enkelte. Framtidens lokalsykehus vil være en viktig samhandlingsarena overfor helse- og omsorgstjenesten i kommunene, og kunne bidra til den kompetansestøtten som Samhandlingsreformen beskriver.

Det er fortsatt et stort potensial for å korte ned liggetid/behandlingstid i de mest spesialiserte sykehusene. Dette forutsetter at en legger opp til desentraliserte pasientforløp som tydeliggjør ansvaret for utredning, behandling, kontroll og annen oppfølging.

Gjennom et tettere faglig og organisatorisk samarbeid i regionen vil det være mulig å desentralisere betydelig mer av spesialisthelsetjenesten enn det som gjøres i dag. Sammen med organisatorisk tilrettelegging vil arbeidet med standardiserte pasientforløp og aktiv bruk av fagnettverkene utgjøre de viktigste virkemidlene. En desentralisering av deler av behandling og oppfølging til lokalsykehusene krever at det er laget utrednings- og behandlingsplaner som tydeliggjør de praktiske prosedyrene slik at det skapes trygghet for både pasienter og behandlere.

Det utfordringsbilde som er synliggjort både i Samhandlingsreformen og i Strategi 2020 viser at helsepersonell blir en knapphetsfaktor, og at kompetanse må utnyttes på en fleksibel måte. I et slikt perspektiv må også avtaleverket gjennomgås og innrettes til beste for god pasientbehandling.

Etter administrerende direktørs vurdering er det et behov for å ha et særlig fokus på oppgaver som kan desentraliseres. Administrasjonen vil komme tilbake med en konkretisering av oppgavedelingen etter at styret i juni har vedtatt en tydeligere struktur og oppgavedeling. Dette arbeidet må knyttes tett til arbeidet med pasientforløp.

Utdypning av sentrale tema i utkastet til strategi 2020

1. Bakgrunn

Styret i Helse Midt-Norge sendte i mars i 2010 utkastet til strategi 2020 på en omfattende høring. Samtidig har styret i Helse Midt-Norge ønsket en utdypning og konsekvensvurdering av en del sentrale tema som er omhandlet i strategi 2020. Gjennom denne styresaken svarer administrasjonen ut denne bestillingen.

2. Nærmere om kvalitetskrav i fødeinstitusjoner

Helsedirektoratet kom i begynnelsen av april med forslag til kvalitetskrav til fødeinstitusjoner (IS-1803). Rapporten skal ligge til grunn for helseregionenes flerårige planer for svangerskaps-, fødsels og barselsomsorgen sammen med kommunene.

Helsedirektoratet vektlegger i rapporten tre nivåer innen fødetilbudet; fødeklinikk, fødeavdeling og fødestue. Nåværende fødeavdelinger kan omgjøres til fødestue, og gi et kvalitativt godt fødetilbud for selekterte fødende. Det skal også etableres et tilbud tilsvarende fødestue på sykehus med fødeavdeling/fødeklinikk. Differensierte fødetilbud stiller strenge krav til seleksjonsprosesser for at den fødende får tilbud på riktig kvalifikasjonsnivå.

Rapporten vektlegger kvalitet, der kvalitet er beskrevet som et helhetlig begrep omfattende organisasjon, ledelse, kompetanse, bemanning og omsorg.

- Fødeavdeling og fødeklinikk har krav om minimum 4-delt vakt for spesialist i gynekolog, og det skal tilstrebes minimum 6 spesialister i avdelingen. Staben av leger skal være fast ansatte spesialister, og vikarstafetter skal unngås.
- Katastrofekeisersnitt i fødeavdeling skal kunne gjøres innen 15 minutter. Det bemerkes at tilkallingstiden for gynekolog i hjemmevakt likevel er satt til 20 minutter. Det betyr mer tilstedeværelse enn i dag.
- Fødeavdeling skal ha anestesipersonale med tilstedevakt

Videre vektlegger rapporten krav til internkontroll i henhold til forskrift.

Helse Midt-Norge oppfyller i dag ikke krav om 6-delt vakt på alle fødeavdelingene. Det vil være en utfordring å klare å rekruttere nok spesialister til å fylle alle 8 fødeavdelingene med gynekologspesialister. Videre vil så mange spesialister føre til en overkapasitet innenfor gynekologi. I tillegg til de økte kravene til tilstedeværelse og økt antall gynekologer, vil det være behov for mer tilstedeværelse av støttepersonell (operasjonsteam mm). Dette vil gi en betydelig merkostnad dersom antall fødeavdelinger oppgraderes i henhold til kvalitetskravene.

Strategi 2020 fokuserer på kvalitet, rekruttering, mer robuste fagmiljø og 4-6 delt vakt i fødeavdelingene. Tiltakene som er beskrevet i Strategi 2020 ivaretar for en stor del kravene som er stilt i rapporten. Strategi 2020 legger vekt på de samme utfordringene som ligger til grunn for Helsedirektoratets rapport, nemlig rekruttering og faglig kvalitet. Rapporten gir støtte til omgjøring av flere av de eksisterende fødeavdelingene til fødestuer.

3. Nærmere om tilbud innenfor kirurgi og ortopedi i sykehus med og uten akuttberedskap

Strategi 2020 bygger på at ett av sykehusene skal kunne ta imot akuttinnleggelser fra hele HF-området. Dette krever omstilling av pasientforløpene.

3.1. Akuttsykehuset

Ambulanse

Overføring av akuttpasienter fra elektivsykehusområde til akuttsykehusområdet medfører ekstra kjørte kilometer med ambulanse. Samtidig svekkes beredskapen på ambulansestasjoner når ambulanserbiler er på lengre transportoppdrag. Dette kan kompenseres med økt antall biler i de mindre ambulanseområdene der nabostasjon ikke kan være reservekapasitet på grunn av lang avstand mellom dem. Ut fra dette vil en samling av akuttberedskapen medføre økte kostnader til ambulanse.

Ambulansehelikopter

Antall ambulansehelikopteroppdrag har hatt en jevn økning de siste årene. Omlegging til ett akuttsykehus forventes ikke å påvirke transport av de alvorligste syke. Det er forventet noe høyere antall helikoptertransporterte pasienter i tvilsspørsmål om grad av alvorlighet for pasienter som blir syke i elektivsykehusområde. Terskelen for bruk av helikopter kan reduseres noe pga av lengre avstander til akuttsykehuset. En økning i antall helikoptertransporter vil kunne øke risikoen for samtidighetskonflikter. (Om økt helikopterbruk ved interkommunale legevaktsamarbeid, se under).

Kapasitet i sykehuset med akuttberedskap

Tallgrunnlaget fra Helse Midt-Norge viser at det er relativt få pasienter som legges inn akutt til kirurgi og ortopedi pr døgn. Strategien forutsetter at ett av sykehusene, fortrinnsvis det største, skal kunne ta imot akuttinnleggelser fra hele HF-området.

Økt antall akuttinnleggelser vil øke belastningen i akuttsykehuset. Samtidig vil det være flere kompenserende faktorer:

- Det forventes redusert behov for innleggelser til elektiv døgnbehandling pga av omstilling til dag og poliklinikk. Dette vil frigjøre kapasitet til akuttbehandling
- Det skal fortsatt arbeides aktivt med å forhindre unødige oppholdsdøgn (unødige innleggelser, og unødig forlengelse av opphold ("*ferdigbehandlete*")). Dette vil frigjøre kapasitet.

- Elektivkapasitet i sykehuset uten akuttberedskap skal være tilbud for begge sykehusene. En del elektivpasienter fra akuttsykehuset kan overføres til elektivsykehuset

Kartlegging i regionen viser at flaskehalsene i akuttsykehuset er knyttet til bemanning i akuttmottak og bemanning av intensivsenger.

Bemanning i akuttmottak

Økt antall pasienter i akuttmottak gir to utfordringer. Selve mottaket er mer arbeidskrevende for akuttpasienter enn elektive pasienter og antall pasienter som skal observeres inntil 24 timer øker. Merbelastningen kan medføre behov for noe økt bemanning.

Bemanning av intensivsenger

Ved økt antall akuttpasienter øker behov for intensivkapasitet. Den høye bemanningsfaktoren pr intensivseng gjør at kostnadene øker relativt mye når behovet for sengetallet øker.

Det ser ikke ut til at antall intensivsenger kan reduseres i de minste elektivsykehusene, primært fordi sengetallet allerede er nært kosteffektivitetsgrensen (reduksjon fra 4 senger til 3 senger krever om lag samme bemanning pga av 24/7-drift med spesialutdannet personell).

3.2. Elektivsykehuset

Grunnlag for drift i elektivsykehusene

Sykehus uten akuttberedskap skal kunne ha elektiv kirurgi og ortopedi. Elektivsykehusene vil ikke ha behov for vaktberedskap for akuttpasienter. Sammen med omstilling til 5-dagers drift vil kostnadene reduseres i disse sykehusene. Når det ikke lenger er akuttpasienter er det viktig at tilbudet kan gies i avdelinger som er store nok til å kunne opprettholde volumkompetanse og at tilbudet kan gies i driftseffektiv enheter. Tallgrunnlaget i Helse Midt-Norge viser at med dagens volum av elektive pasienter vil alle sykehusene kunne opprettholde hensiktsmessig minstestørrelse uten akuttkirurgi (fra 18-20 sengers post eller større). Noen spesialiteter vil måtte dele sengepost.

Pasientreiser

Samling av elektive tjenester fører til økt antall km pasientreiser (ikke ambulanse) sammenlignet med dublering av elektivfunksjoner i par-sykehusene. Det er mye lavere kostnader til pasientreiser pr pasient enn med ambulanse. Det er allerede en del pasientreiser på tvers av sykehusområdene pga fritt sykehusvalg og funksjonsfordelte spesialiteter. Det er forventet relativt nedgang i kostnad pr pasientreise ved mindre bruk av rekvisisjonsbaserte transport og mer bruk av helsebuss og privat bil. Merkostnadene til pasientreiser til elektivsykehus anses som lave.

Rekruttering, utdanning og spesialisering

Dagens utdannings- og spesialiseringssystem krever tjeneste i enheter med akuttpasienter. Personalet i elektive tjenester har behov for å vedlikeholde

akuttkunnskap. I tillegg uttrykker fagmiljøene at akuttvirksomhet er viktig som rekrutteringsfortrinn.

Helseforetaket kan organisere virksomheten slik at personell får nødvendig tjenestetid i akutte behandlingsforløp. Helseforetaket må tilby tjenesteavtaler og tjenesteplaner som kan imøtekomme disse behovene. Dette må løses på tvers av sykehusgrenser i og mellom helseforetak. Slike rullerende tjenester medfører noe økte transport og oppholdskostnader for personell. Samtidig vil en slik organisering bidra til utdanning og rekruttering.

For øvrig er utdannings- og spesialiseringssystemene under revisjon i nasjonale prosesser.

Skadepoliklinikk i elektivsykehuset

Pasienter som har behov for akutt hjelp for mindre kompliserte kirurgiske tilstander, der innleggelse ikke er aktuelt, skal i størst mulig grad tilbys dette i tilknytning til elektivsykehuset for å unngå unødvendig lange transporter. Elektivsykehuset skal kunne etablere skadepoliklinikk på generell-kirurgisk nivå deler av døgnet på hverdager. Dette vil redusere behovet for å flytte akuttpasienter fra elektivsykehuset til akuttsykehuset.

3.3. Samarbeidsløsninger mellom allmennlegevakt i kommunene og sykehus

Interkommunal legevaktsamarbeid

Stadig flere kommuner etablerer interkommunale legevaktordninger eller felles legevaktdistrikter i de store byene (ref Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin). Dette gir styrking av fagmiljø, rekrutterbar vaktbelastning for leger, stabile støttetjenester (sykepleier, legesekretær) og tilgang til avansert utstyr.

For pasientene kan legevaktsamarbeid medføre lange avstander til vaktlege. For spesialisthelsetjenesten vil de lange avstandene mellom bosted og legevakt føre til noe økt antall kjørte kilometer med ambulanse for å transportere pasient til legevakt, evt lege til pasient.

Legevaktsamarbeid med store avstander kan føre til økt bruk av helikopter, ikke bare for inntransportering av pasient, men også for å bringe lege ut. Problemstillingen er beskrevet av Norsk Luftambulanse i brev vedr legevaktsamarbeid i Orkdal-Surnadalsområde.

Helseforetakene har ikke styringsmulighet på utviklingen av interkommunal legevaktsamarbeid

Legevakt samlokalisert med sykehus

Kommunene kan tilstrebe å legge legevaktene sykehusnært, enten bare på kveld / natt eller hele døgnet. Sykehusnær legevakt gir grunnlag for lettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten gjennom

- Tilgang til medisinske støttetjenester i sykehus (røntgen, lab mm)
- Tilgang til medisinsk faglig rådgivning fra spesialist

- Kort vei til ø-hjelp poliklinisk konsultasjon hos spesialist

Hensikten med etablering av sykehusnær legevakt er å støtte førstelinjes beslutningsprosess for videre forløp. For pasienten reduserer dette unødvendige forflytninger. For sykehusene vil opphold i "feil" pasientforløp kunne forebygges.

Kommuner og sykehus kan samarbeide om støttefunksjoner i legevakt-/akuttmottak, for eksempel sekretær, sykepleier mm. Erfaring fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin viser at felles faglig organisering av kommunal legevakt og leger i sykehus gir uklare ansvarsgrenser, og anbefales ikke.

Det kan etableres observasjonssenger i legevakt/ mottak. Observasjonssengene kan være basert på en samarbeidsløsning, etablert for kommunal legevakt eller bare for sykehuset.

Det er viktig å poengtere at samarbeid legevakt og sykehus for å sikre trygge, gode og sammenhengende pasientforløp ikke kan baseres på samlokalisering alene. En rekke kommuner har legevakt eller interkommunal legevakt i stor avstand til sykehus. Den sykehusnære legevakt skal ikke være et mellomledd mellom andre legevakter og sykehus.

Status for samlokalisering i Helse Midt-Norge viser at det kommuner og spesialisthelsetjenesten i stor grad allerede har etablert samlokaliserte tjenester:

Helse Nord-Trøndelag HF:

- Sykehuset Namsos har samlokalisert akuttmottak og interkommunal legevakt (7 kommuner på dagtid, og 14 på natt). Lokalene er tilfredsstillende (planlagt oppjustering i 2010). Det er etablert faglig samarbeid
- Sykehuset Levanger har samlokalisert akuttmottak og interkommunal legevakt for 5 sykehusnære kommuner. Dette samarbeidet dekker ikke hele opptaksområdet til sykehuset. Det er etablert faglig samarbeid

St.Olavs hospital HF:

- Sykehuset på Øya har akuttmottak og interkommunal legevakt i nye lokaler
- Sykehuset i Orkdal har samlokalisert akuttmottak og interkommunal legevakt.

Helse Nordmøre og Romsdal HF:

- Molde sjukehus har akuttmottak geografisk nær legevakt for Molde. Samlokalisering på Lundavang krever nybygg. Samlokalisering er planlagt i nytt sykehus.
- Sykehuset i Kristiansund har samlokalisert akuttmottak og interkommunal legevakt for 4 kommuner. Ombygde lokaler fra 2009 er allerede for små pga av utvidet legevaktsamarbeid. Løsning med utvidet legevakt/mottak med observasjonssenger er planlagt, men ikke finansiert

Helse Sunnmøre HF:

- Ålesund sjukehus har akuttmottak og interkommunal legevakt i sykehuset, men ikke samlokalisert med akuttmottak. Kommunen bygger ut legevaktslokaler i tilknytning til sykehuset.
- Volda sjukehus har samlokalisert akuttmottak og interkommunal legevakt for noen kommuner.

4. Økonomiske konsekvenser

4.1. Økonomiske konsekvenser av endret akuttberedskap

Helseforetakene har sammen med RHF foretatt en overordnet vurdering av økonomiske konsekvenser av Strategi 2020. Mens HNR og HSM allerede har gjort tilsvarende beregninger som en del av egne styrers behandling av lokale strategiprosesser, har St Olav og HNT ikke styrebehandlet sine beregninger.

Beregningene har tatt utgangspunkt i følgende endringer:

- Innføring av økte krav til bemanning
 - o En fødeavdeling skal ha minimum 6 leger
 - o Det skal være adskilte vaktssystem for leger innenfor ortopedi og bløtdelskirurgi. Begge skal minst være 4-delt vakt
- Endringer i struktur:
 - o Fødetilbudet samles på sykehusene på HNT Levanger, StOlav hospital Øya, HNR Molde eller Kristiansund og Helse Sunnmøre Ålesund. I Namsos er det forutsatt etablert fødestue.
 - o Akuttberedskap innenfor kirurgi og ortopedi samles på sykehusene på HNT Levanger, StOlav hospital Øya, HNR Molde eller Kristiansund og Helse Sunnmøre Ålesund.
 - o Overgang til 5-døgns elektiv virksomhet i kirurgi og ortopedi for sykehus uten akuttberedskap
- Legeårsverk følger aktiviteten
 - o Ved overføring av aktivitet mellom sykehus beregnes i denne modellen ikke besparelser av legeårsverk.

Samtlige foretak har beregnet at en samling av fødeavdelingene i helseforetaket vil innebære økonomiske gevinster. HNT har i tillegg beregnet effekten av å opprette fødestue i sykehuset Namsos. Dette reduserer innsparingen i betydelig grad. Gevinstene forklares hovedsaklig med redusert behov for vaktberedskap og redusert behov for medisinsk støttepersonell (operasjonssykepleiere, anestesi, ect.). Kun Helse Sunnmøre har i dette arbeidet påpekt behov for større investeringer for å kunne ivareta kapasiteten ved en evt. samling av fødetilbudet ved sjukehuset i Ålesund.

Det er forskjeller mellom foretakene i vurderinger av økonomiske konsekvenser knyttet til samling av akuttberedskap. Forskjellene er knyttet til vurderinger av hvor mye kapasitet akutt-sykehusene har til å motta flere pasienter, og hvor stor mulighet de elektive sykehusene har til å nedbemanne som følge av at de mister akuttinnleggelser.

En samling av kirurgisk og ortopedisk akutt-tilbud og føde vil medføre økte transportkostnader. Alle foretakene unntatt HNT har vurdert at økningen i transport i stor grad vil kunne gjennomføres innenfor dagens ambulanseavtaler og dermed med en relativt liten økning i transportkostnadene. HNT har større avstander enn de andre foretakene, og beregningene derfra gjenspeiler dette. I tillegg til en betydelig økning av antall kilometer og vurderer HNT behov for ny ambulanse for å opprettholde beredskap.

Dette fører til at HNT har beregnet en betydelig økning av transportkostnadene som følge av forslagene i Strategi 2020.

Alle foretakene er bedt om å vurdere bygningsmessige konsekvenser av Strategi 2020. Bare HSM har vurdert at en samling av fødetilbudet vil medføre behov for økte investeringer. I tillegg utfordrer en samling av akuttpasienter fra Orkdal sengekapasiteten på StOlav.

De beregningene som er gjort viser at det i regionen samlet sett er et innsparingspotensiale ved omstilling i tråd med Strategi 2020. Det er samtidig vanskelig å angi eksakt størrelse på dette potensialet pga av ulikhet i forutsetningene for beregningene.

Det er behov for å gå grundigere inn i analyser av behovene for å styrke akuttmottakene i enkelte foretak.

4.2. Økonomiske konsekvenser av økt samlokalisering mellom kommunal legevakt og sykehus

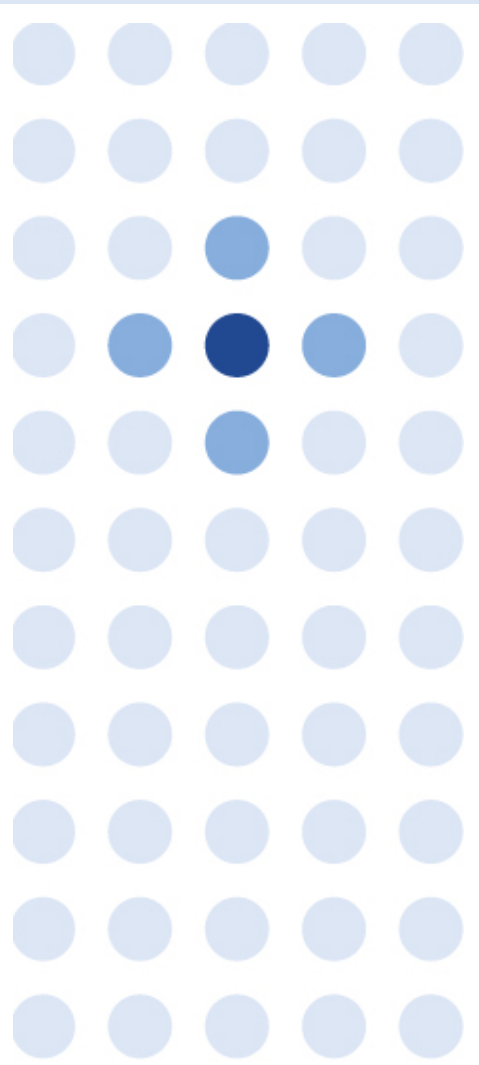
Ulike modeller for legevakter er et kommunalt ansvar. Ved samlokalisering av legevakt og sykehusenes akuttmottak vil det imidlertid være hensiktsmessig at HFet eier bygningsmassen og leier ut til kommunen. Det innebærer at for Helse Midt-Norge er det kun likviditetshensyn som påvirkes av investeringsbehovet i samlokaliserte legevakter. Hvis sykehuset skal ha egne observasjonssenger som en del av mottaket kommer dette som egen investering.

HNR Samlokalisering av legevakt og akuttmottak i Molde (Lundavang) krever nybygg. Et eventuelt nytt sykehus vil ha en slik løsning inkludert. I Kristiansund kreves noe utvidelse av eksisterende areal.

HSM Volda har tilfredsstillende arealer. Ålesund har ikke felles lokalisert mottak pr i dag. Samlokalisering krever nybygg.

StOlav Tar i bruk nye lokaler på Øya, mens Orkanger har tilfredsstillende lokaler i dag.

HNT Har tilfredsstillende løsninger i begge sykehus



5-døgnspost for elektiv kirurgi

- Forutsetninger for forsvarlig drift
- Er dette effektiv pasientbehandling

En oppsummering av innspill fra klinikkssjef
Vigleik Jessen, St. Olavs Hospital i styremøtet
for HMN RHF 06.05.2010

5-døgnspost for elektiv kirurgi (1)

Til styremøtet i HMN RHF 6. mai møtte klinikkssjef Vagleik Jessen, St. Olavs Hospital for å orientere om sine erfaringer med elektiv ortopedi (Røros) og planleggingen av 5-døgnspost etter innflytting i bevegelsessenteret ved St. Olav.

- Han understreket at drift av 5-døgnspost for elektiv kirurgi ikke er noe nytt, men har mest vært brukt i større sykehus
- Det utføres til dels tung ortopedisk kirurgi i private sykehus, basert på 5-døgnspost
- Relativt vanlig i andre land, for eksempel i Danmark

5-døgnspost for elektiv kirurgi (2)

Hans hovedpoeng var følgende:

- En omlegging fra blandet (akutt + elektiv) post til elektiv drift i 5-døgnspost krever en full omorganisering av driften
- Det krever nøye planlegging av
 - hvilke type operasjoner
 - hvilke pasienter
 - fordeling av inngrep på ukedagene ut fra forventet postoperativ liggetid

5-døgnspost for elektiv kirurgi (3)

- **Det er nødvendig med en ”ventil” for de som ikke kan skrives ut på fredag**
 1. Enten en 7-døgnspost på samme sykehuset
 2. En fellespost (7-døgnspost), for eksempel en indremedisinsk post.
 3. Hvis en velger det siste, er det vesentlig at personellet fra 5-døgnsposten deltar i helgevakt på 7-døgnsposten, for da vil en sikre tilgjengelig kompetanse på spesifikke prosedyrer som av og til er nødvendig.
 4. Kopling av 5-døgnspost og en 7-døgnspost er gunstig for sammensetningen av personellstaben. Helgebemanningen er det kritiske for enhver turnus. Det vil sikre større stillingsandel til flere.

5-døgnspost for elektiv kirurgi (4)

- Røros sykehus har de siste årene vært drevet som en ren elektiv enhet med til dels tung protesekirurgi. Her har de drevet 7-døgnspost fordi det muliggjør tyngre ortopedi alle ukedager.
- Den gynekologiske praksisen har vært drevet slik en 5-døgnspost bør drives: Inngrep som krever døgnopphold tas tidlig i uka, mens gynekologen har dagkirurgi og poliklinikk siste dagen
- Det har vært kirurg i beredskap, men ikke operasjonsberedskap i helgene. Det har gått uten problem. Reisetid til St. Olav er 2 ½ time.



Høringsdokument

Strategi 2020

Strategi for utvikling av tjenestetilbudet
i Helse Midt-Norge

Innholdsfortegnelse

Sammendrag og punkter til diskusjon.....	3
1 Bakgrunn	5
1.1 Strategi 2020 – oppdrag og prosess	5
1.2 Om Helse Midt-Norge.....	7
2 Utfordringsbildet mot 2020	10
2.1 Helsetjenesten i et samfunnsperspektiv	10
2.2 Viktigste utfordringer og muligheter	10
2.3 Oppsummering.....	12
3 Mål	14
3.1 Fem strategiske mål	14
3.2 Styrket innsats for de store pasientgruppene	14
3.3 Kunnskapsbasert pasientbehandling	16
3.4 En organisering som underbygger trygge pasientforløp.....	18
3.5 Rett kompetanse på rett sted til rett tid.....	20
3.6 Økonomisk bærekraft.....	22
4 Tjenesteorganisering mot 2020	24
4.1 Godt utbygde og kompetente prehospitale tjenester	24
4.2 Det gode lokalsykehuset	25
4.3 Psykisk helsevern og rusbehandling	26
4.4 Fremtidig akuttkirurgi.....	26
4.5 Fødselsomsorgen er en sammenhengende tjeneste	29
4.6 Tilpasning av akutt-tilbudet for barn	31
4.7 Tjenester i samhandling med kommunene.....	31
4.8 Til vurdering:	32
Ordforklaringer.....	34

Sammendrag og punkter til diskusjon

Dokumentet er delt inn i fire deler.

Del 1: Innledning og bakgrunn for arbeidet

Styret i Helse Midt-Norge vedtok i oktober 2009 (sak 96/09) å iverksette utarbeidelse av strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge mot 2020. Vedtaket er gjort med bakgrunn i evaluering av Strategi 2010 og fremtidig utfordringsbilde for helseregionen. Strategiarbeidet er forankret i Overordnet strategi 2008-2020, vedtatt av styret i Helse Midt-Norge i februar 2008 (sak 57/08), med visjonen *"På lag med deg for din helse"* og Helse Midt-Norges verdier *trygghet, respekt og kvalitet*

Del 2: Utfordringsbildet

Helse Midt-Norge legger de store nasjonale utfordringene til grunn for sitt arbeid med Strategi 2020. Den vestlige verden står overfor en varig demografisk endring som innebærer at den yrkesaktive delen av befolkningen reduseres. Spesialisthelsetjenesten må vise samfunnsansvar gjennom å ikke legge beslag på en unødig stor andel av de samlede samfunnsressursene, herunder særlig arbeidskraft og spesialisthelsetjenestens andel av de offentlige utgiftene.

Endringer i demografi gjør at behovene for spesialisthelsetjenester vil vokse fram mot 2020. Dette innebærer at kompetanse vil bli en knapphetsressurs og at den økonomiske veksten i spesialisthelsetjenesten bremses opp.

Utfordringene knyttet til ressursbruk kan bare løses gjennom effektiv organisering og oppgavefordeling mellom ulike deler av spesialisthelsetjenesten, og i et nært samarbeid med kommunehelsetjenesten. Det vil være av avgjørende betydning for helsetilbudet til befolkningen at spesialisthelsetjenesten og kommunene sammen lykkes med å løse de nye oppgavene.

Del 3: Helse Midt-Norges mål for Strategi 2020

Helse Midt-Norge har definert fem strategiske mål som redskap for å gjennomføre nødvendige prioriteringer:

- Styrket innsats for de store pasientgruppene
- Kunnskapsbasert pasientbehandling
- En organisering som underbygger trygge pasientforløp
- Rett kompetanse på rett sted til rett tid
- Økonomisk bærekraft

Målene skal være veiledende for de valg Helse Midt-Norge skal gjøre frem mot 2020.

Del 4: Til diskusjon vedrørende fremtidig tjenesteorganisering i Helse Midt-Norge

Tjenester rettet mot de store sykdomsgruppene skal desentraliseres, med lokalsykehusene som hovedarena. Lokalsykehusene vil være bindeleddet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Lokalsykehusene skal som minimum ha døgnberedskap for indremedisin. I tillegg kan virksomheten omfatte planlagt behandling i kirurgi. Rusbehandlingen skal integreres tettere med både psykisk helsevern og de somatiske tjenestene.

I strategiperioden skal det skje en evaluering av de prehospitale tjenestene, og spørsmålet om videreføring av dagens organisering av ambulansetjenesten må vurderes.

Akuttkirurgisk beredskap samles til ett sykehus i hvert foretak. Dette sykehuset får status som akuttsykehus i tråd med anbefalingene i ”Traumerapporten”.

Antall fødeavdelinger bør vurderes redusert for å skape større enheter med mulighet for rekruttering av gynekologer i et godt fagmiljø. Transport til fødeavdelingen skal tas med i vurderingene. De geografiske utfordringene er ulike i de fire sykehusforetakene, og løsningene vil derfor ikke nødvendigvis bli de samme.

Antall barneavdelinger med døgnbasert akuttberedskap reduseres til to. I de øvrige helseforetakene skal det etableres akuttberedskap i 5-dagersposter.

Lokalsykehusene skal i strategiperioden invitere aktuelle kommuner og ambulansetjenesten til å samarbeide om etablering av FAM. I strategiperioden skal helseforetakene etablere desentraliserte poliklinikk- og dagtilbud frittstående eller i tilknytning til intermediæravdelinger

Ordliste: se siste side

1 Bakgrunn

1.1 Strategi 2020 – oppdrag og prosess

Bakgrunn for Strategi 2020

Styret i Helse Midt-Norge vedtok i oktober 2009 (sak 96/09) å iverksette utarbeidelse av strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge mot 2020.

Vedtaket er gjort med bakgrunn i evaluering av Strategi 2010 og fremtidig utfordringsbilde for helseregionen. Strategiarbeidet er forankret i Overordnet strategi 2008-2020, vedtatt av styret i Helse Midt-Norge i februar 2008 (sak 57/08), med visjonen *”På lag med deg for din helse”* og Helse Midt-Norges verdier *trygghet, respekt og kvalitet*.

Styret har særlig bedt om at strategier som foreslås utformes innenfor en overordnet samfunnsforståelse og i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner, og at følgende temaer er blitt vurdert:

- Helsetilbudet i et samfunnsperspektiv
- Det akuttmedisinske tilbudet
- Overordnet institusjonsstruktur
- Forholdet mellom somatikk og psykisk helsevern/ rus
- Framtidig kompetanse

Strategidokumentet skal kommunisere Helse Midt-Norges omforente syn på utfordringsbildet Helse Midt-Norge står overfor fram mot 2020, og hvilke strategier Helse Midt-Norge skal velge for å møte dette.

Gjennomføring og involvering

Arbeidet med Strategi 2020 har vært organisert som et prosjekt i Helse Midt-Norge RHF. Direktør for samhandling Daniel Haga har vært prosjekteier. Styringsgruppe for prosjektet har vært:

Adm dir RHF
 Dir org og HR RHF
 Dir Kommunikasjon RHF
 Dir stab og prosjekt RHF
 Dir Helsefag, utdanning og forskning RHF

Dir Økonomi RHF
 Dir Eierstyring RHF
 Dir Samhandling RHF
 Adm dir Sykehusapotekene HF
 Adm dir Helse Sunnmøre HF

Gunnar Bovim
 Sveinung Aune
 Tor Harald Haukaas
 Bård Helge Hofstad
 Henrik Sandbu
 Nils Eriksson, fra 1.2.2010
 Anne Marie Barane
 Asbjørn Hofslie
 Daniel Haga
 Gunn Fredriksen
 Astrid Eidsvik

Adm dir Helse Nord-Trøndelag	Arne Flaata
Adm dir St. Olavs Hospital	Nils Kvernmo
Adm dir Helse Nordmøre og Romsdal	Bjørn Engum
Adm dir Rusbehandling Midt-Norge	Dag Haarstad
Konsernverneombud	John Olav Berdahl
Konserntillitsvalgt	Sigmund Eidem
Konserntillitsvalgt	Ellen Wøhni
Konserntillitsvalgt	Jon Helle
Konserntillitsvalgt	Ole Stokke
Konserntillitsvalgt	Trude Marsteen
Representant regionalt brukerutvalg	Elin Gullvåg
Representant regionalt brukerutvalg	Michael Momyr

Prosjektgruppa har bestått av:

Ingerid Gunnerød, prosjektleder
 Arild Vassenden
 Berit Røflo Indgul
 Paul Hellandsvik
 Trond Håvard Eidet

Samarbeidsutvalget i Kommunenes Sentralforbund KS for de tre fylkene i Midt-Norge har vært referansegruppe for prosjektet.

Strategi 2020 har vært tema i alle møter i Regionalt brukerutvalg og arbeidsutvalget for tillitsvalgte i løpet av prosjektperioden.

Prosjektet har lagt vekt på åpenhet og bred involvering i det arbeidet som har vært gjort. Det har vært avholdt en rekke interne og eksterne møter og samlinger med ulike grupper ansatte, brukere og styrer der Strategi 2020 har vært hovedtema. Videre har alle fagnettverkene i Helse Midt-Norge vært involvert. I tillegg til slike mer formelle fora har det vært anledning til å komme med innspill til prosjektet i form av brev eller e-post. En rekke medarbeidere i Helse Midt-Norge har benyttet seg av denne muligheten og slik tilført prosjektet nyttige innspill og bidratt til å sikre bredde i drøftingen og kunnskapsgrunnlaget.

Styret i Helse Midt-Norge har deltatt i arbeidet med utforming av Strategi 2020 gjennom fem temamessige drøftinger underveis. Temaene som har vært drøftet har vært:

- Helsetjenesten i et samfunnsperspektiv
- Forholdet mellom psykisk helsevern/rusbehandling og somatikk
- Organisering av akuttberedskap
- Framtidig kompetanse
- Overordnet institusjonsstruktur

Gjennom disse diskusjonene har styret i Helse Midt-Norge gitt signaler tilbake til prosjektet om utformingen av Strategi 2020 på sentrale områder.

Forankring og oppfølging

Strategi 2020 skal bygge på allerede vedtatte visjoner, verdier og overordnet strategi 2008-2020, og være i samsvar med til en hver tid gjeldende oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Strategi 2020 er primært en endringsstrategi. Dette betyr at strategien skal vise de prioriterte retningene og viktigste satsningsområdene.

Strategi 2020 er førende for delstrategier og handlingsplaner. Eksisterende delstrategier og handlingsplaner skal justeres i henhold til Strategi 2020, i tillegg vil det bli utarbeidet handlingsplaner på nye områder. Oppfølging av Strategi 2020 skal skje ved at målene fra strategien konkretiseres og omsettes til tiltak i styrende dokumenter som langtidsbudsjett, langtidsplan og årlige styringsdokument til HFene.

1.2 Om Helse Midt-Norge

Statlig oppdrag

RHF-virksomheten er regulert i helselovgivningen gitt av Stortinget. RHFets eier og oppdragsgiver er Staten ved Helse- og omsorgsdepartementet. Oppdraget gies i årlig oppdragsdokument og gjennom foretaksmøter. Her blir oppgaver, prioriteringer og økonomiske rammer klargjort. Oppdraget omfatter forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende.

Helse Midt-Norge har totalansvaret ("sørge-for-ansvaret") for å tilby spesialisthelsetjenester til i underkant av 700.000 innbyggere i de tre fylkene Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal. Helse Midt-Norge skal løse oppdraget gjennom drift av egne tjenester, avtaler med private, i samarbeid med de tre andre RHFene og, i spesielle tilfeller, ved kjøp av tjenester i utlandet.

Helse Midt-Norge har eieransvar for de offentlige sykehusene (somatikk, psykisk helsevern og rus), nødmeldetjenesten og sykehusapotekene. Helse Midt-Norge har totalt 16.000 medarbeidere fordelt på helseforetakene Helse Nord-Trøndelag HF, St Olavs Hospital HF, Helse Nordmøre og Romsdal HF, Helse Sunnmøre HF, Rusbehandling Midt-Norge HF og Sykehusapotekene HF. I tillegg omfatter Helse Midt-Norge RHF utbyggingsselskapet Helsebygg Midt-Norge og Helse Midt-Norge IT (HEMIT) som organiserer felles IKT-tjenester.



Helse Midt-Norge har avtaler med flere leverandører av private helsetjenester. Tjenester fra private aktører tilbys på områder hvor dette er nødvendig for å oppfylle et sørge-for-ansvar for prioriterte grupper. Helse Midt-Norge har per februar 2010 160 avtalespesialister fordelt på 99 legespesialister og 61 psykologspesialister. Dette utgjør 25 % av all poliklinisk virksomhet i regionen. I 2008 ble det gjennomført 220 838 både direkte og indirekte konsultasjoner av våre avtalespesialister. Videre har Helse Midt-Norge RHF avtale med private rehabiliteringsinstitusjoner, private tjenesteytere som gir døgnbehandling i psykisk helsevern, samt leverandører i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Ambulansetjenesten eies og drives i hovedsak av private.

Visjon og verdier

Helse Midt-Norge har i sin overordnede strategi nedfelt følgende visjon:

- På lag med deg for din helse

Helse Midt-Norge har videreført de nasjonale verdiformuleringene som ble vedtatt i etableringen av helsereformen i 2002. De tre verdiene respekt, trygghet og kvalitet danner et triangel, ingen verdi kan stå for seg selv uten de øvrige to.

Respekt

Befolkningen skal oppleve at tjenestene er til for dem. Møtet med helsetjenesten skal være preget av forutsigbarhet, velvilje og forståelse. Respekt for at pasienten/brukeren kjenner seg selv og sitt liv best, skal være grunnleggende. Gjennom god kommunikasjon skal vi bidra til at pasientene opplever å bli hørt og få innflytelse på egen behandling.

Det regionale helseforetaket har ansvar for at befolkningen har likeverdig tilgang til spesialisthelsetjenester og skal administrere spesialisthelsetjenesten innenfor gitte rammebetingelser, i tråd med lover, avtaler og interne retningslinjer. Respekt skal prege vårt forhold til samarbeidspartnere og overordnede myndigheter. Det innebærer at vi skal ha respekt for samfunnets prioriteringer og tildelte rammer, inkludert de beslutninger som gjøres av overordnede myndigheter.

Trygghet

Befolkningen skal ha trygghet for at de får den helsehjelpen de trenger, når de trenger den. Behovet for helsehjelp kan variere i ulike tilfeller. God legevaktteneste, kriseteam i kommunen, nærhet til lokalsykehuset og en sikker transport med ambulanse, helikopter eller fly til akuttsykehus eller traumesykehuset i Trondheim er alle eksempler på viktige elementer i tilbudet.

Det regionale helseforetaket har ansvar for å organisere en tjeneste som evner å tilpasse seg behovet hos den enkelte og gi likeverdige og tilfredsstillende helsetjenester uavhengig av bosted. 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, og oppleve en helsetjeneste som er opptatt av kvalitet og evner å lære av feil.

Kvalitet

Befolkningen forventer at våre tjenester er av god kvalitet. Intervjuer av store befolkningsgrupper (bla Picker institute) viser de samme typer forventninger. Disse samsvarer med det helsepersonell, eiere og myndighetsorgan peker på som sentrale mål for helsetjenesten, og som er nedfelt i Helsedirektoratets nasjonale kvalitetsstrategi:

Tjenestene skal:

- Være virkningsfulle og føre til helsegevinst
- Være trygge og sikre, unngå utilsiktede hendelser
- Involvere brukerne og gi dem innflytelse
- Være samordnet og preget av kontinuitet
- Utnytte ressursene på en god måte
- Være tilgjengelig og rettferdig fordelt

2 Utfordringsbildet mot 2020

2.1 Helsetjenesten i et samfunnsperspektiv

En god helsetjeneste er et viktig samfunnsgode, og den tryggheten som et velfungerende helsetilbud kan skape, er viktig for lokalsamfunnet. Utfordringene vi står overfor i årene framover kan bare løses ved samarbeid mellom alle nivå i helsetjenesten.

Den vestlige verden står foran en varig demografisk endring der andelen eldre øker. Når balansen mellom antallet yrkesaktive og antallet eldre endres, trues grunnlaget for velferdsstaten. Helsetjenesten har et samfunnsansvar for å bruke arbeidskraft på en effektiv måte. Dersom forholdet mellom antall ansatte og antall pasienter skal holdes på samme nivå som i dag, vil helse- og omsorgstjenesten ha behov for å rekruttere hver 4. ungdom i 2025. For samfunnet er et slikt ressursbehov ikke bærekraftig.

Spesialisthelsetjenesten har hatt stor vekst i etterspørsel og tilbud. Kunnskap og teknologiutvikling gjør at flere mennesker kan bli diagnostisert og behandlet for flere sykdommer. Norge har hatt en stor økning i bruk av ressurser på helse, og bare USA og Luxemburg bruker i dag mer ressurser per innbygger enn vi gjør. Vi har likevel vært, og er fremdeles, i en utvikling der muligheter, forventninger og etterspørsel øker mer enn tilgangen på ressurser. Denne tendensen vil forsterkes i årene framover, og helsetjenesten står derfor overfor store utfordringer med å gi befolkningen tjenester som oppleves gode, trygge og respektfulle.

2.2 Viktigste utfordringer og muligheter

Fram mot 2020 vil Helse Midt-Norge møte fire sentrale utfordringer. Disse utfordringene er nasjonale, i betydningen at helsetjenesten i alle deler av landet vil måtte forholde seg til dem.

Befolkningens sammensetning og behov endres

Andelen eldre vil øke i forhold til den yrkesaktive delen av befolkningen som skal utøve og finansiere helsetjenestene. Dette krever store endringer i måten vi leverer helsetjenester på, jamfør forslagene i Samhandlingsreformen.

Økningen i behov stiller store krav til prioritering. Sammenliknet med resten av landet bruker Helse Midt-Norge relativt sett mer ressurser på somatikk (målt i DRG-aktivitet) enn resten av landet, men ligger under landsgjennomsnittet i både psykisk helsevern og rusbehandling. (Samdata 2008) Dette er ikke i tråd med nasjonale prioriteringer.

Helse Midt-Norge har i dag lengst gjennomsnittlig ventetid i landet for poliklinikk/dagbehandling. Det må vurderes om fordelingen mellom beredskap for øyeblikkelig hjelp og kapasitet til planlagt pasientbehandling er riktig. Videre får en langt større andel av henviste pasienter rettighetsstatus i Helse Midt-Norge enn tilfellet er i andre regioner. For å kunne møte de økte behovene i befolkningen må vi bli dyktigere til å prioritere i tråd med de nasjonale prioriteringsforskriftene.

Fram til 2020 vil befolkningen i aldersgruppen 67-79 år øke med 50 %. Denne endringen i alderssammensetning vil føre til økt forekomst av aldersrelaterte sykdommer som kreft og diabetes. I tillegg vil det komme en økning i livsstilsrelaterte sykdommer som rusmisbruk, kols og fedme. Bedre behandlingsmetoder gjør at flere vil leve lenger med sykdom.

Økte krav til dokumenterbar kvalitet og standardisering

Helsevesenet vil i økende grad stå overfor pasienter som vet mer, kan mer og forventer mer, og som har svært lav toleranse for at det gjøres feil i behandlingsprosesser. Pasientene vil kreve at kvalitet synliggjøres på en måte som er forståelig og lettfattelig også for folk uten medisinsk kompetanse. Pasientene vil i større grad velge sykehus som kan dokumentere behandlingsmetoder og resultater. På sikt kan vi få en utvikling der sykehus som ikke kan dokumentere kvalitet ikke godkjennes som behandlingsinstitusjon.

Ansatte i helsesektoren blir en knapphetsfaktor

Tilgang på kompetanse er den største endringsdriveren i Strategi 2020.

Helse Midt-Norge har allerede i dag lokal mangel på kompetanse knyttet til enkelte faggrupper. Det er ventet krav om mindre arbeidstid på ubekvem tid framover mot 2020. Dette kommer til å øke behovet for antall personer som inngår i vaktordningene.

Endring i demografi gjør at vi relativt sett blir færre til å hjelpe flere. Hver 6. elev fra ungdomsskolen må i dag rekrutteres til helse- og omsorgssektoren. Om vi ikke gjør endringer i måten vi produserer helsetjenester på, vil sektoren i 2025 ha bruk for hver 4. elev. Gjennom samhandlingsreformen vil kommunen ha behov for betydelig styrking av kapasitet og kompetanse. En vellykket gjennomføring av samhandlingsreformen vil kreve at en stor andel av nyutdannede helsearbeidere og sykepleiere rekrutteres til kommunen i stedet for spesialisthelsetjenesten.

I tillegg til utfordringene knyttet til rekruttering, har Helse Midt-Norge betydelige utfordringer i å beholde sine ansatte i arbeid. Sykefraværet har vært høyt de siste årene, og andelen av uføre blant de som pensjoneres vokser stadig.

Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten

Helse- og omsorgssektoren har fordoblet sine budsjetter de siste 8 årene. Innføring av samhandlingsreformen skal innebære økt utbygging av helsetilbudet i kommunen. Spesialisthelsetjenesten vil fortsatt ha en viss økning i budsjetter på grunn av økte behov. Likevel vil spesialisthelsetjenesten oppleve at rammene blir strammere.

Helse Midt-Norge har utfordringer knyttet til effektiv drift. Foretakene i Helse Midt-Norge har betydelig høyere kostnader pr DRG-poeng enn gjennomsnittet av de beste sykehusene i landet. Dette gjelder for alle foretakene. Dersom man korreterer for identifiserte kostnadsulemper utenfor foretakenes kontroll, utgjør avviket mellom dagens drift og beste praksis i underkant av 450 millioner kroner samlet for HF-ene i Helse Midt-Norge (Samdata 2008)

Helse Midt-Norge har de siste årene gjort flere tunge investeringer, og ytterligere store investeringsprosjekter er prioritert. Kapitalkostnadene knyttet til gjennomførte og planlagte

investeringer krever ansvarlig og langsiktig økonomisk planlegging. Helse Midt-Norge forvalter også store verdier knyttet til eiendom, bygningsmasse og utstyr. For å vedlikeholde denne kapitalen kreves årlige reinvesteringer.

Helse Midt-Norge står overfor nye muligheter

Fram mot 2020 vil det skje utvikling på en rekke områder som innebærer faktiske endringer og muligheter for endringer i spesialisthelsetjenesten.

Utviklingen innenfor informasjonsteknologi, medisinsk teknologi og nye behandlingsmetoder vil føre til store endringer i medisinsk praksis. Utviklingen vil trolig underbygge to hovedtrender: Bedre behandlingstilbud for stadig flere sykdommer, og behandlingsformer som innebærer mindre døgntilleggsbehandling og mer dag/poliklinikk/hjemmebehandling.

Utbygging av veier, broer og tunneler, samt utvikling av bredbåndsforbindelse i regionen gjør at personer, utstyr, kompetanse og informasjon raskere kan forflyttes og forflytte seg. Dette gjør det enklere både å flytte pasienter raskere og lengre til sykehus, og å flytte spesialister raskere og lengre ut fra sykehus. Begge deler gir mulighet til bedre utnyttelse av knappe spesialistressurser.

Regjeringen la i 2009 fram St.meld. 47 "Samhandlingsreformen". De utfordringene som beskrives kan oppsummeres i fire punkter:

1. Ingen system som understøtter pasientens samlede behov
2. Mange av pasientene håndteres på et nivå som verken gir optimal kostnadseffektivitet eller god kvalitet
3. Vi kommer for seint til i sykdomsutviklingen. Vi bruker mye på reparasjon, mindre på forebygging og mestrings
4. Den demografiske utviklingen gjør at problemet blir verre, og kan true samfunnets bæreevne

Forslagene i Samhandlingsreformen medfører større ansvar for helsetjenester i de enkelte kommunene og i samarbeid mellom kommuner. Førstelinjetjenesten skal få flere oppgaver og styrkes økonomisk og bemanningsmessig. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlig pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor *beste effektive omsorgsnivå* (BEON).

Samhandlingsreformen gir spesialisthelsetjenesten muligheter og utfordringer til å rendyrke oppgaver av spesialisert karakter. Samarbeidet mellom kommuner og lokalsykehus om helhetlige og gode behandlingsforløp og kompetanseutveksling vil være en vesentlig faktor for å lykkes med intensjonene i samhandlingsreformen.

2.3 Oppsummering

Helse Midt-Norge legger de store nasjonale utfordringene til grunn for sitt arbeid med Strategi 2020. Den vestlige verden står overfor en varig demografisk endring som innebærer at den yrkesaktive delen av befolkningen reduseres. Spesialisthelsetjenesten må vise samfunnsansvar gjennom å ikke legge beslag på en unødig stor andel av de samlede samfunnsressursene, herunder særlig arbeidskraft og spesialisthelsetjenestens andel av de offentlige utgiftene.

Endringer i demografi gjør at behovene for spesialisthelsetjenester vil vokse fram mot 2020. Dette innebærer at kompetanse vil bli en knapphetsressurs og at den økonomiske veksten i spesialisthelsetjenesten bremses opp.

Utfordringene knyttet til ressursbruk kan bare løses gjennom effektiv organisering og oppgavefordeling mellom ulike deler av spesialisthelsetjenesten, og i et nært samarbeid med kommunehelsetjenesten. Det vil være av avgjørende betydning for helsetilbudet til befolkningen at spesialisthelsetjenesten og kommunene sammen lykkes med å løse de nye oppgavene.

3 Mål

3.1 Fem strategiske mål

For å møte de utfordringene Helse Midt-Norge vil stå overfor fram mot 2020, er det nødvendig å foreta nye veivalg og prioriteringer, både i tjenestetilbudet og i måten tjenestene organiseres på.

Helse Midt-Norge har derfor definert fem strategiske mål som redskap for å gjennomføre nødvendige prioriteringer. Disse skal være veiledende for de valg Helse Midt-Norge skal gjøre frem mot 2020.

Fem strategiske mål mot 2020:

- I Styrket innsats for de store pasientgruppene
- II Kunnskapsbasert pasientbehandling
- III En organisering som underbygger trygge pasientforløp
- IV Rett kompetanse på rett sted til rett tid
- V Økonomisk bærekraft

3.2 Styrket innsats for de store pasientgruppene

Helse Midt-Norge skal styrke tilbudet til de store og voksende pasientgruppene, særlig innenfor rusbehandling og psykisk helsevern.

- Ressurser skal flyttes fra akuttberedskap til økt kapasitet på planlagt virksomhet
- Ressursene skal omfordes fra somatikk til psykisk helsevern og rus
- Ressursene skal omdisponeres fra døgnetil dag og poliklinikk. Der det er hensiktsmessig for pasienten skal ressurser omdisponeres fra sentraliserte til lokale løsninger

Tilbudet til personer med psykiske lidelser skal styrkes ytterligere

Etterspørsel etter helsehjelp for psykiske plager og sykdom øker, og forventes å øke ytterligere i Norge. Psykisk helsearbeid i kommunene er under utvikling for å møte en stor del av utfordringen, men det er også behov for å styrke behandlingskapasiteten innenfor psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten). Utformingen av psykisk helsevern i Helse Midt-Norge skal bygge på prinsippet om godt koordinerte, lokalbaserte tjenester så nært normallivet som mulig. Dette innebærer at polikliniske og ambulante tjenester skal øke, at færre skal legges inn, og at perioder med døgnopphold skal bli kortere. Systemer for samhandling med kommunene skal

styrkes for å understøtte den desentraliserte profilen. Psykisk helsevern skal videreutvikle samhandling med somatiske tjenester.

Behandlingskapasiteten skal økes både gjennom flere behandlere, bedre metoder og gjennom økt produktivitet.

Tilbudet til personer med rus- og rusrelaterte problemer skal styrkes

Rusproblemene i samfunnet øker. Avhengighet og de sosiale konsekvensene av rusrelaterte problemer gir store utfordringer i alle deler av samfunnet. I tillegg kommer de psykiske og somatiske tilstandene som følger rusavhengighet.

Helse Midt-Norge må styrke behandlingstilbudet som kan bidra til å redusere misbruk og avhengighet. Det er behov for økt kapasitet og styrking av kunnskapsgrunnlaget.

Mange av pasientene har samtidig rusproblemer og psykiske lidelser, og mange av pasientene har i tillegg behov for somatiske spesialisthelsetjenester. En rekke av problemstillingene kan ikke løses isolert fra hverandre. Helse Midt-Norge må styrke koordinering av tjenestene i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk for å gi pasientene et mest mulig helhetlig tilbud

Tilbudet til de store og voksende pasientgruppene skal styrkes

De neste 10-årene forventes vekst av sykdommer som følger av moderne livsstil. Med økende levealder vil også aldersrelaterte og sammensatte sykdommer øke. Innenfor kreft er det forventet en økning på minst 30 % frem til 2020. På grunn av tidlig diagnostikk og bedre behandlingsmetoder vil antallet personer som lever med kreftdiagnose øke med nesten 50% i samme periode.

Hovedvekten av pasientene vil behandles innenfor de ikke-kirurgiske fagene. Helse Midt-Norge må styrke den samlede kapasitet for å møte veksten i disse pasientgruppene. Den økte kapasiteten skal differensieres slik at flest mulig kan behandles nært bosted.

Sammensatte lidelser passer dårlig inn i en organspesialisert tjenestestruktur. God diagnostikk og behandling for pasienter med sammensatte og uavklarte lidelser krever en breddetilnærming. Helse Midt-Norge må utvikle tjenestene slik at tjenestene er bedre rustet til å løse samtidighetsproblemer av ulike sykdommer.

Mye av akuttvolumet i sykehusene i dag er knyttet til personer med kroniske lidelser i de ikke-kirurgiske fagområder. Noen opplever akutt forverring for eksempel i forbindelse med en akutt infeksjon, mens andre har hatt en tiltagende forverring av sykdomsbildet over noe tid og nådd "tålegrensen". Tilbudet må utvikles slik at unødvendige akuttinnleggelser i sykehusene forhindres.

Ressursene skal omfordeles

Tall fra Samdata 2008 viser at Helse Midt-Norge fremdeles ikke har nådd målet om raskere vekst innenfor psykisk helsevern enn innenfor somatikk. Ressursveksten i somatikk skal reduseres. Den reduserte veksten i somatikk skal bidra til å bygge opp tjenester og øke kapasiteten innenfor psykisk helsevern og rusbehandling.

Tallene for Helse Midt-Norge viser forholdsmessig stor ressursbruk til akuttberedskap i forhold til antall pasienter som behandles akutt. Samling av akutt døgnerberedskap på færre steder frigjør ressurser til høyt prioriterte utviklingsområder. Potensialet for frigjøring av ressurser er størst i de somatiske fagene.

Helse Midt-Norge har relativt høy kapasitet på døgnerbehandling i kirurgiske fag i forhold til etterspørsel (korte ventelister). Samtidig har Helse Midt-Norge en voksende etterspørsel etter dagbaserte og polikliniske tjenester. Det er med dagens kunnskap mulig å omdisponere kapasitet i døgnerbehandling til dagbasert behandling og poliklinikk. Den medisinskfaglige utviklingen forventes å styrke dette ressurspotensialet i strategiperioden.

For mange pasienter får tilbud sent i sykdomsutviklingen, for mange pasienter reinnlegges og mange pasienter i sykehus kunne fått tilbudet på mer effektivt omsorgsnivå. Dette gjelder alle fagfelt. Psykisk helsevern har kommet langt i intern omdisponering av ressurser. Det største potensialet ligger i differensierte tjenester i indremedisinske fag, jfr St.meld 47, Samhandlingsreformen.

3.3 Kunnskapsbasert pasientbehandling

Helse Midt-Norge skal utforme behandlingstilbud av høy kvalitet. Behandlingstilbudet skal være basert på forskning, systematisk innhentede erfaringer og utvikles i nært samarbeid med våre brukere. Universitetssykehuset skal ha en tydelig rolle som kompetansebase.

Helse Midt-Norge skal styrke kunnskapsbasert praksis

Graden av systematisering og mengde av dokumentert kunnskap varierer mellom ulike fagområder og fagtradisjoner. Enkelte fag har en lang tradisjon for vitenskaplig tilnærming, andre fagområder og faggrupper en mindre utviklet tradisjon for dette. Helse Midt-Norge vil prioritere utvikling av kunnskapsbasert praksis i alle fagområder. Hovedutfordringen er å implementere eksisterende kunnskap. De største løftene vil være innenfor rusbehandling og psykisk helsevern, og knyttet til samhandling i overgangene mellom fagområder.

Det fremtidige utfordringsbildet krever ny kunnskap. Vi har i dag mest kunnskap om sykdommer i den yngre del av befolkningen. Sykdom hos eldre kan ha andre symptomer og pasienter responderer på behandling annerledes (for eksempel legemidler). Kunnskapsbasert behandling utvikles ikke utelukkende gjennom tradisjonell medisinskfaglig vitenskaplig tilnærming. Også erfaringsbasert kunnskap og "taus kunnskap" skal kunne beskrives og legges til grunn som

kunnskapsgrunnlaget. Videre er brukerkunnskap vesentlig. Slik kunnskap innhentes i tett samhandling med bruker og gjennom et godt samarbeid med brukerutvalgene.

Universitetssykehuset skal ha en tydeligere og fremtredende rolle i kunnskapsutviklingen

Et godt universitetssykehus er nødvendig for å gi et fullstendig behandlingstilbud til pasienter i landsdelen. Universitetssykehuset skal være drivkraft i utvikling av ny kunnskap gjennom forskning samt grunn- og videreutdanning.

Helse Midt-Norge vil tydeliggjøre St.Olavs hospitals rolle som regional kompetansebase. St.Olavs hospital skal i større utstrekning enn i dag være proaktiv og legge til rette for samarbeid med de andre helseforetakene. Helseforetakene skal aktivt etterspørre universitetssykehusets kompetanse i utviklingsarbeid. I arbeidet med standardisering skal universitetssykehuset ha en sentral rolle i å framskaffe kunnskapsgrunnlaget.

Det skal iverksettes et eget arbeid for å utvikle en strategi for universitetssykehusets rolle og oppgaver i Helse Midt-Norge.

Helse Midt-Norge skal styrke brukerrollen

Pasientene er tjenestemottakere og medaktører. De har forventninger til at behandlingsapparatet vurderer hva som samlet sett er det beste for pasienten og at tjenesten utføres på beste måte. Gjennom Strategi 2020 skal Helse Midt-Norge styrke sin rolle som tjenesteyter og vise pasientene at pasientene kan ha tillit til oss

Samtidig har den enkelte pasient, i samarbeid med pårørende, medbestemmelsesrett i behandlingen. Dette bygger på grunnleggende menneskerettigheter som er gjennomgående i helselovgivningen. Medbestemmelse bygger på informasjon om alternativer formidlet slik at pasienten er kvalifisert for å ta valg. Dette gjelder tjenestested (fritt sykehusvalg) og i valget mellom aktuelle behandlingsformer (feks operasjon eller ikke operasjon). Helse Midt-Norge skal legge enda bedre til rette for medbestemmelse.

Pasienten skal medvirke aktivt i diagnostikk og behandling. Det er bare pasienten som kan sikre etterlevelse av de tiltak som pasientene selv må bidra til. Det kan for eksempel være egentrening, gjennomføring av medisineringsplan, blodsuktermåling med mer. Helse Midt-Norge har allerede etablert lærings- og mestringssentre som nettopp har dette som formål, men innsatsen bør styrkes i strategiperioden i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

Tjenestene skal aktivt bidra til at pasienten mestrer hverdagen bedre. Spesialisthelsetjenesten skal understøtte aktiv oppfølging og tidlig behandling der dette gir størst mulighet for gode resultater. I psykisk helsevern prøves modeller for selvstyrte døgnplasser for alvorlig og langvarige psykisk syke. Antall innleggelser og tvang går ned, og pasienten bevarer verdighet og selvstendighet.

Omlegging til moderne medisinske metoder, for eksempel dagkirurgi og poliklinikk understøtter pasientens mestringsevne. Metodene som tidligere krevde lang liggetid, med mye smerte og ubehag, satte personen ut av funksjon i arbeidsliv og familieliv. Dette kan nå reduseres til behandling i noen timer, og marginalt reduserte dagliglivsfunksjoner. Pasienter i psykisk helsevern kan nå få hjelp av ambulant team eller i poliklinikk for lidelser som tidligere krevde langvarige innleggelser.

3.4 En organisering som underbygger trygge pasientforløp

Våre pasienter skal oppleve at de tilbys helsetjenestene i forutsigbare forløp. Det skal være dokumentert kvalitet på det medisinskfaglige tilbudet, og helsetjenesten skal henge sammen på en måte som sikrer høy grad av sikkerhet, god pasientopplevelse, god pasientmedvirkning og effektiv ressursutnyttelse. Pasientforløpene skal bygges opp slik at behandlingen skjer på mest effektive omsorgsnivå.

Pasientforløpene skal knytte de ulike deltjenestene bedre sammen

Begrepet pasientforløp omfatter helsefaglige og logistiske prosesser knyttet til diagnostikk, behandling og oppfølging. Aktørene i pasientforløpene er pasienten selv, pårørende, prehospitale tjenester (ambulanse), ulike ressurser i primærhelsetjenesten og et utall ressursmiljøer i spesialisthelsetjenesten, både offentlige og private. I tillegg vil mange pasienter i forløpet ha behov for samtidige helsestøttende tjenester fra NAV og andre offentlige tjenesteutøvere.

En stor del av pasientforløpene skjer i regi av primærhelsetjenesten. Primærhelsetjenesten har breddekompetanse og god forutsetning for lokalmiljørelatert forståelse og innsats. Når problemstillingen krever mer spisset kompetanse kobles spesialisthelsetjenesten inn. Ved akutt skade og sykdom vil de prehospitale tjenestene være en del av pasientforløpet.

Spesialisthelsetjenesten skal bidra til gode, sikre og effektive overganger mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Pasientforløpene skal planlegges slik at ressursene i størst mulig grad benyttes til verdiskapning for pasienten og ikke forringes av dobbeltarbeid, mangelfull eller uklar kommunikasjon. Pasienten skal oppleve en sammenhengende, pålitelig tjeneste og skal kunne medvirke med egne ressurser.

Legemiddelterapi utgjør en stor del av alle pasientforløp. Kostnadene til legemiddelterapi forventes å øke som følge av teknologiutvikling (for eksempel nye biologiske legemidler). Den farmasøytiske kompetansen i sykehusapotekene skal bygges tettere inn i forløpene i tråd med internasjonale erfaringer. Dette vil føre til økt kvalitet og pasientsikkerhet i legemiddelterapien.

IKT inngår som et viktig element i alle pasientforløpene og er avgjørende for å sikre informasjonsoverføring i overgangene mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Helse Midt-Norge skal ta i bruk og videreutvikle teknologiske løsninger som styrker kvalitet og gir ressurseffektive pasientforløp.

Godt innarbeidede standardiserte pasientforløp skaper høyere grad av trygghet for at arbeidstakere ikke gjøre feil. I tillegg gir standardisering mulighet for god ressursplanlegging. Trygghet og god flyt styrker arbeidsmiljøet.

Helse Midt-Norge skal prioritere innsats tidlig i sykdomsforløpene

Gjennom tidlig innsats kan behovet for spesialisthelsetjenester reduseres. Dette er først og fremst en gevinst for pasienten. Spesialisthelsetjenestene skal gi primærhelsetjenesten råd og deltjenester slik at primærhelsetjenesten i størst mulig grad kan gjennomføre behandlingen i førstelinjen. Tidlig innsats omfatter også underbygging av pasientenes egeninnsats.

Helse Midt-Norge skal tilby sammenlignbare tjenester til samme kvalitet i hele regionen

Befolkningen i Helse Midt-Norge skal tilbys samme gode behandling uavhengig av sykehusområde. I Helse Midt-Norge tilbys en rekke tjenester med ulikt faglig standard og/eller ulik ressursbruk. Det tar for lang tid å bredde nye forskningsresultater eller nye forbedrede behandlingsmetoder. I Helse Midt-Norge skal tjenestene harmoniseres slik at pasientene får likeverdige tilbud, uavhengig av bosted.

Kravet til kvalitet omfatter også private. De standardiserte kravene til tjeneste skal være en del av kontraktsgrunnlaget.

Helse Midt-Norge har etablert til sammen 15 regionale helsefaglige nettverk. Formålet med disse nettverkene er blant annet å definere hva som skal være kunnskapsgrunnlaget i standardiseringsarbeidet.

Helse Midt-Norge skal standardisere kvalitetssystemene i regionen

Helse Midt-Norge skal utvikle en kvalitetskultur som gjør at organisasjonen i alle ledd har eierskap til den enkelte avdelings kvalitet. Kultur og systemer for å oppdage og lukke avvik skal utvikles.

Helse Midt-Norge har i dag et felles system for kvalitetsdokumentasjon i sykehusene. Dette systemet brukes imidlertid ulikt og er også i varierende grad tatt i bruk. Økt standardisering, sterkere fokus på pasientforløp som krysser avdelings-, sykehus- og helseforetaksgrenser tilsier at kvalitetssystemene i regionen må være regionale.

Helse Midt-Norge vil vurdere sertifiseringsprosesser for de sentrale funksjonene i foretaksstrukturen. Ved å legge felles standarder til grunn vil tjenestene i større utstrekning utvikles slik at de gir likeverdig tilbud, til omforent lik kvalitet og med harmonisert ressursbruk.

Utvikling av gode virksomhets- og kvalitetsmål skal prioriteres. God og pålitelig informasjon om kvaliteten i sykehusstilbudet i Helse Midt-Norge skal være enkel å få tak i og lettfattelig i form. Pasienter, pårørende og fastleger skal ha tilgang til informasjonen som grunnlag for vurderinger og valg av sykehus.

Helhetlige pasientforløp omfatter også tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten. Helse Midt-Norges prosedyrer bør gjøres tilgjengelige for våre samarbeidspartnere. Slik kan vi utfordre kunnskap på tvers i helsetjenesten og bidra til økt kvalitet og pasientsikkerhet i det samlede forløpet.

Pasientsikkerhet setter fokus på hvordan helsetjenesten utføres. Tjenestenes komplekse sammensetning er en potensiell risiko, og det er behov for å registrere, analysere, lære av og

forebygge feil og utilsiktede hendelser. Videre skal tjenestene bygge systemer for å redusere konsekvensen av uheldige hendelser.

3.5 Rett kompetanse på rett sted til rett tid

For å sikre helhetlige, forutsigbare og effektive pasientforløp, kreves riktig type kompetanse, på riktig sted og til rett tid. Det vil bli knapphet på arbeidskraft som kan gå inn i helsetjenesten. Utdanning må være innrettet mot de utfordringene framtidens helsetjeneste står overfor. Personell i tjenesten må finne arbeidet attraktivt slik at opparbeidet kompetanse bevares.

Helse Midt-Norge må tilby tjenester som rekrutterer og beholder ansatte

Helse Midt-Norge må sikre at fremtidens helsepersonell opplever sykehusene som attraktive arbeidsplasser. Attraktive arbeidsplasser skapes blant annet gjennom utfordrende oppgaver, et arbeidsmiljø med rom for utvikling, fleksible arbeidstidsordninger og et stabilt og dyktig fagmiljø.

Utdanning må følge endringer i behov

Helse Midt-Norge har en lovpålagt oppgave i utdannelsen av helsepersonell. Dette gjelder både i grunnutdanning og spesialisering. (videreutdanning). Spesialisthelsetjenestens utdanningsansvar strekker seg utover de behov spesialisthelsetjenesten selv har. Universitetssykehuset har et særskilt ansvar i utdanningssystemet, men alle helseforetakene er forpliktet til å drive utdanning. Systemene for utdanning av helsepersonell er viktige for utvikling av kompetanse i tjenestene

Utdanningskapasitet og utdanningsmodeller må tilpasses de tjenestene sykehusene skal tilby. Dette omfatter alle grupper, både grunnutdanning og spesialisering. Dagens godkjenningsordninger imøtekommer ikke i stor nok grad våre utfordringer. Helse Midt-Norge skal samarbeide med myndigheter for å finne løsninger som både sikrer helsepersonell gode utdanningsforløp og samtidig er tilpasset Helse Midt-Norges framtidige behov og organisering av helsetjenestene.

Endringer i organiseringen av akutte tjenester og reduksjon av døgnbasert behandling vil gi helsepersonell under utdanning endrede læringsarenaer. Helse Midt-Norge skal sørge for spesialiseringsforløp og praksisperioder som sikrer læring fra alle faser og aktiviteter i pasientforløpene.

Helse Midt-Norge skal stimulere kompetanseutvikling for å møte pasientens behov

Utvikling av kompetanse er et viktig virkemiddel for å imøtekomme utfordringene vi står overfor.

God og langsiktig planlegging av aktiviteter, kompetanse, arbeidsprosesser og arbeidsplaner gir medarbeiderne en mer forutsigbar arbeidssituasjon. Dette innebærer god ressursutnytting og styrker arbeidsmiljøet. For å sikre dette kreves synlig og ansvarlig ledelse på alle nivå. Helse Midt-Norge vil derfor satse videre på lederutvikling og ledelses-støtte.

Foretaksgruppen skal ivareta de ansattes behov

Systematisk arbeid for å beholde og utvikle de ansatte er det mest effektive tiltaket for å sikre kapasitet. I dag har Helse Midt-Norge høyt sykefravær. Andelen av uførepensjonister blant våre medarbeider øker. En for stor andel av våre ansatte arbeider deltid. Ved å vri arbeidsinnsatsen mer over på planlagt behandling, poliklinikk og dagbehandling vil andelen deltid kunne reduseres. Dette er ønskelig både for arbeidstagere og arbeidsgiver.

Reduksjon av arbeid på ubekvem tid vil videre kunne gi medarbeidere mer fleksible, faglig utviklende og mindre belastende arbeidsforhold.

Kompetansen skal brukes fleksibelt

Gjennom bedre organisering og utnyttelse av kompetanse skal Helse Midt-Norges sørge for at de samlede kompetanseressurser kommer flest mulig pasienter til gode.

Helse Midt-Norge skal prioritere å utvikle og ta i bruk samhandlingsteknologi (felles systemer, kommunikasjon og telemedisin) for slik å kunne dele kritisk og ”ledig” kompetanse på tvers av geografisk lokalisering. Eksempel på dette er vaksamarbeid innenfor enkelte fagfelt.

Jobbglidning innebærer en systematisk forskyvning av oppgaver fra en profesjonsgruppe til en annen. Helse Midt-Norge skal arbeide for at enheter blir i stand til å finne fleksible løsninger uten at dette går på bekostning av faglige kvalitetsstandarder.

Det er gjort svært gode erfaringer knyttet til kvalitet og produktivitet gjennom prosessforbedringer (lean, mikroprosesser, pasientforløp) regionalt og nasjonalt. Prosesstenkning kan bidra til å løse utfordringer knyttet til ”silotenkning” rundt avdelings- og profesjonsgrenser, som for eksempel at man reduserer dobbeltarbeid og sikrer informasjonsflyt. En endring av kultur der man er mer fokusert på oppgaver og aktiviteter som skal utføres enn profesjonssinndelinger vil gi større fleksibilitet og effektivitet i utøvelsen.

3.6 Økonomisk bærekraft

Helse Midt-Norge skal ha en sunn økonomi, og løse oppgavene innenfor de rammene vi blir tildelt. Dette innebærer at vi må sørge for rasjonell drift og prioritere oppgavene i tråd med nasjonale føringer. I tillegg må vi skape nødvendig handlingsrom for å gjennomføre ønskede prioriteringer innenfor både pasientbehandling og investeringer i MTU, IKT og bygg.

Helse Midt-Norge skal ha en bærekraftig forvaltning av kapitalen

Helse Midt-Norge forvalter store verdier knyttet til eiendommer, bygninger og utstyr. Bærekraftig økonomistyring innebærer at årsresultat og investeringer ligger på et nivå som skaper rom for vedlikehold av disse eiendelene.

Helse Midt-Norge skal prioritere vedlikehold av eiendoms- og bygningsmassen slik at denne ikke forringes i verdi. Organisering av eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge vil bli evaluert i 2010 jmf styresak 83/07. En oppdatert eiendomsmasse er viktig for å understøtte effektiv drift.

IKT har som oppgave å understøtte dagens arbeidsprosesser og legge til rette for nye arbeidsprosesser gjennom å utvikle og ta i bruk ny teknologi. Målene for økt kvalitet og bedre samhandling både internt i spesialisthelsetjenesten og med kommunene stiller store krav til IKT-støtte for kliniske prosesser, informasjonsutveksling og logistikk. Dette krever betydelige investeringer i IKT framover.

En stor del av den medisinskfaglige utviklingen skjer på området MTU. Dette understøtter god pasientbehandling gjennom mer nøyaktig diagnostikk, bedre behandling og oppfølging. MTU gir også muligheter for bedre samhandling. Helse Midt-Norge må prioritere vedlikehold av eksisterende MTU og skape rom for investeringer i nytt utstyr.

Helse Midt-Norge skal ha en prioriteringspraksis på linje med de andre RHFene

En større del av henviste pasienter i Helse Midt-Norge blir definert som rettighetspasienter enn tilfellet er i andre regioner. Den manglende prioriteringen av pasienter med rett til nødvendig helsehjelp bidrar til å bygge ventelister. Helse Midt-Norge skal fortsette arbeidet med å implementere de nasjonale prioriteringsveilederne.

Pasientbehandlingen skal effektiviseres

Den økonomiske veksten til spesialisthelsetjenesten vil bremses. Det er derfor helt sentralt at vi har fokus på produktivitetsforbedringer. Samdata-tall tyder på at Helse Midt-Norge har potensial for mer effektiv drift av sykehusene enn vi har i dag.

Overgangen fra døgn til dag- og poliklinikkbehandling går ikke raskt nok. Det er også store variasjoner mellom sykehusene i Helse Midt-Norge. Flere pasienter bør behandles poliklinisk eller ved dagbehandling. Bedre tilrettelagte pasientforløp og omlegging til

dagaktivitet/poliklinikk vil fortsette innen mange fagområder og derved redusere den gjennomsnittlige liggetiden ytterligere. Fokus på mer dag- og poliklinikkbehandling og mindre bruk av døgnbehandling er viktige tiltak for driftsøkonomien i sykehusene.

Det er indikasjoner på at vi har en dårlig produktivitetsutvikling innenfor voksenpsykiatri. Det er viktig å prioritere utvikling av mål for aktivitets- og produktivitetmåling innen psykisk helsevern og rusbehandling.

Innenfor helse utgjør personalkostnader den desidert største driftskostnaden. Helse Midt-Norge har et betydelig effektiviseringspotensiale knyttet til bedre personellstyring. Årsturnus gir bedre styring av ressurser i forhold til svingninger i aktivitet gjennom året. Standardiserte pasientforløp gir bedre oversikt over reelt kompetansebehov knyttet til ulike pasientforløp og diagnoser. Dette er informasjon som bør utnyttes i styring og planlegging.

Dagens organisering av vaktberedskap legger beslag på en stor andel av lønnskostnadene i sykehusene. St Olav har vaktordninger innenfor 40 spesialistområder. Helse Midt-Norge skal gjennomgå alle vaktordninger i foretaksgruppen med tanke på bedre utnyttelse av personalressursen.

Støttetjenestene i Helse Midt-Norge skal være helt i tet i effektivitet og kvalitet

Støttefunksjoner og fellestjenester skal understøtte og forbedre kjernevirksomhet og arbeidsprosesser. Dette vil frigjøre økonomiske ressurser til pasientbehandling og samtidig øke kvaliteten på de administrative funksjonene. I Helse Midt-Norges Eierstrategi er en av strategiene effektivisering av støttetjenester. Selv om analyser viser at HMN på sentrale områder har relativt effektive støttetjenester, er ikke måloppnåelsen i denne delen av Strategi 2010 ferdigstilt.

Helse Midt-Norge skal innføre et nytt nasjonalt logistikk- og økonomisystem i starten av strategiperioden. I tillegg arbeides det med å etablere nasjonale felles arbeidsprosesser og standarder innenfor flere av støttefunksjonene. Det er vesentlig at Helse Midt-Norge gjør grundige vurderinger av hvordan regionen skal høste gevinster av de investeringene som nå gjøres innenfor støttesystemene.

4 Tjenesteorganisering mot 2020

Utfordringer og mål i Strategi 2020 forutsetter endringer i måten Helse Midt-Norge organiserer spesialisthelsetjenesten på. Tilbudet til pasientgruppene med størst behov skal styrkes. Utbygging av ulike desentraliserte tjenester skal prioriteres slik at pasientene får hjelp nær bosted i større deler av behandlingen. Dette krever at en større del av personalressursen brukes til aktiv pasientbehandling.

Frigjøring av ressurser skal skje gjennom redusert vaktberedskap i alle fagområder der det er mulig, og gjennom å tilrettelegge for en mer kostnadseffektiv pasientbehandling. Helse Midt-Norge vil bl.a. redusere ressursbruken knyttet til vakt og sikre mer robust rekruttering gjennom å samle akuttberedskap innenfor kirurgi og ortopedi ett sted i hvert HF og redusere antall steder med fødetilbud.

En grundig gjennomgang av alle vaktordninger skal også omfatte vaktordningene på St. Olavs Hospital.

I dette kapitlet vil vi beskrive en tjenesteorganisering som innenfor disse rammene underbygger pasientenes behov for trygghet ved akutt sykdom og som samtidig legger til rette for et godt tilbud til de store pasientgruppene.

4.1 Godt utbygd og kompetente prehospitale tjenester

Befolkningens trygghet for hjelp ved akutt sykdom og skade er et viktig velferdsgode. Godt utbygd og kompetente prehospitale tjenester er avgjørende for både opplevd og reell trygghet. De senere årene har det skjedd en betydelig opprusting og kompetanseheving av de prehospitale tjenestene. Helse Midt-Norge har i dag følgende beredskap:

Helse Nord-Trøndelag	16 ambulansestasjoner
St. Olavs hospital	17 ambulansestasjoner + 1 ambulansebåt
Helse Nordmøre og Romsdal	18 ambulansestasjoner + 3 ambulansebåter
Helse Sunnmøre	13 ambulansestasjoner + 2 ambulansebåter

I tillegg er det 2 helikopterbasert og ett ambulansefly i Midt-Norge.

Økt kompetanse har ført til en endret rolle for de prehospitale tjenestene. Hovedoppgavene var tidligere i stor grad livredning og raskest mulig transport inn til nærmeste sykehus, er trenden nå at ambulanspersonell i stadig større grad starter behandling på skadested og underveis til sykehus. Pasienten blir etter vurdering på skadestedet eller i hjemmet transportert til det sykehuset som har den relevante kompetansen for det aktuelle tilfellet. De mest kritisk syke og skadde skal transporteres til universitetssykehuset St. Olavs Hospital.

Samarbeidet med lokal legevakt er sentralt i de prehospitale tjenestene.

Ambulansene er i dag hovedsaklig basert på avtaler med private drivere, men tjenestens faglige innhold er tett koblet til helseforetakssystemet. I strategiperioden skal det skje en evaluering av de prehospitale tjenestene, og spørsmålet om videreføring av dagens organisering av ambulansetjenesten må vurderes.

4.2 Det gode lokalsykehuset

De store pasientgruppene skal kunne få hoveddelen av sine behov for spesialisthelsetjenester dekket i lokalsykehuset, eller i desentraliserte poliklinikker/dagtilbud.

Lokalsykehuset skal binde sammen tjenestene innad i spesialisthelsetjenesten for pasienter som i deler av forløpet har behov for mer spesialisert behandling. Et eksempel på dette er kreftbehandling, der lokalsykehuset vil ha en sentral rolle i oppfølging etter mer spesialisert behandling.

Lokalsykehusene er den viktigste ressursbasen for primærhelsetjenesten. For å møte utfordringene med stadig flere eldre og kronisk syke er kompetanse fra lokalsykehuset nødvendig for å understøtte tjenester på lavere omsorgsnivå. Kompetansen kommer pasienten til gode i bedre pasientforløp, faglige konsultasjoner og direkte i de felles samhandlingsarenaer som etableres (Felles akuttmottak, Distriktsmedisinske senter, desentraliserte poliklinikker). Kompetansedelingen styrker spesialisthelsetjenesten gjennom færre akuttinnleggelser og en bedre styrt pasientstrøm.

Lokalsykehusene skal ha akuttberedskap innenfor indremedisin og tilhørende nødvendige medisinske støttefunksjoner. Alle sykehusene skal ha vaktordning innenfor anestesi. Lokalsykehuset skal gi livreddende og skadebegrensende behandling i kritiske indremedisinske tilstander 24 timer i døgnet (sirkulasjonssvikt, hjerneslag, nyresvikt, alvorlige infeksjoner, forgiftninger etc). Sykehusene skal også ha kompetanse for stabilisering og videretransport av akuttpasienter med behov for mer spesialiserte tjenester. Erfaringer fra tilsvarende sykehus, for eksempel Lovisenberg sykehus i Oslo, viser at utvelgelsen av pasienter som kan få tilbud på et slikt sykehus er god, og at svært få pasienter må overflyttes til kirurgisk avdeling ved et annet sykehus.

Lokalsykehusene skal gi et helhetlig tilbud til pasientene. Lokalsykehuset skal derfor tilby kirurgiske tjenester i ulike spesialiteter, men ikke ha akuttberedskap innenfor kirurgiske disipliner. Elektive døgntjenester i lokalsykehusene skal være basert på 5-døgnsdrift, og kan for enkelte typer inngrep ha større opptaksområde enn lokalsykehuset. Elektive pasienter med behov for lengre liggetid enn 5 døgn skal behandles i akuttsykehusene.

Helse Midt-Norge er opptatt av å legge til rette for at lokalsykehusene blir oppfattet som attraktive arbeidsplasser. Godt arbeidsmiljø og at disse sykehusene oppfattes som faglig sterke, stabile og oppdaterte er helt avgjørende for å rekruttere og beholde medarbeidere.

Til vurdering:

Tjenester rettet mot de store sykdomsgruppene skal desentraliseres, med lokalsykehusene som hovedarena. Lokalsykehusene vil være bindeleddet mellom spesialisthelsetjenesten og

kommunehelsetjenesten. Lokalsykehusene skal som minimum ha døgnerberedskap for indremedisin. I tillegg kan virksomheten omfatte planlagt behandling i kirurgi.

4.3 Psykisk helsevern og rusbehandling

Psykisk helsevern for barn, unge og voksne i Midt-Norge skal videreutvikles innenfor den strukturen som er bygd opp gjennom opptrappingsplanperioden (Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008)). Tjenestene skal ha hovedtyngden i de desentraliserte tjenestene, det vil si distriktpsikiatrisk senter (DPS) og desentraliserte poliklinikker. Helseforetakene skal videreutvikle de desentraliserte løsningene slik at de i størst mulig grad understøtter pasientens egenmestring, i eller nært pasientens lokalmiljø. Dette innebærer styrking av samarbeidet med kommunale helse- og sosialtjenester og andre aktører som bidrar til pasientens mestring av hverdagen. Økt bruk av ambulante tjenester vil være et viktig virkemiddel. Videre skal tjenestene styrke pasientforløp som retter ressursinnsatsen tidlig i sykdomsutviklingen. Det skal særlig legges vekt på å forebygge bruk av tvang.

De sentraliserte sykehusene/ klinikkene skal innholdsmessig styrkes slik at de støtter de desentraliserte tjenestene. Dette innebærer en spesialisering på områder som det ikke er naturlig at de desentraliserte tjenestene skal ha.

Akuttbereidskap i foretaksstrukturen skal bygge videre på dagens løsning. Ved akutthenvising skal tjenestetypen vurderes på spesialistnivå. Pasienten skal kunne få tilbud på det mest effektive omsorgsnivå. Tjenestene skal videreutvikle systemene for behandling uten pasientens samtykke slik at de holder høyest mulig etisk og rettslig standard.

Institusjonsstrukturen for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) skal i strategiperioden harmoniseres i tråd med øvrige spesialisthelsetjenester, samtidig som det beste i dagens tjenestetilbud beholdes. Dette innebærer gode og tilgjengelige polikliniske og ambulante tjenester, dag- og døgnerbehandling nært der pasientene bor. Gjelder både og akutte og elektive tilbud. Det er også behov for regionaliserte tilbud når kvalitet og innretning er viktigere enn nærhet. Dette omhandler mer forsterkede/spesialiserte tilbud på TSB-sykehusnivå og spesialiserte rehabiliteringstilbud. Tidlig i perioden skal det være etablert lokalbaserte TSB-tilbud i alle HF-områdene, utviklet i nær samhandling med aktuelle kommuner og øvrig spesialisthelsetjeneste. Rusbehandling Midt-Norge skal fortsatt ha et koordinerende ansvar for utviklingen av TSB i regionen.

Psykisk helsevern er en viktig del av gode somatiske tjenester, og omvendt. Psykisk helsevern, rusbehandling og somatiske spesialisthelsetjenester skal samhandle tettere for å gi mer helhetlig tilbud til pasientene.

4.4 Fremtidig akuttkirurgi

Ressursbruk og volum

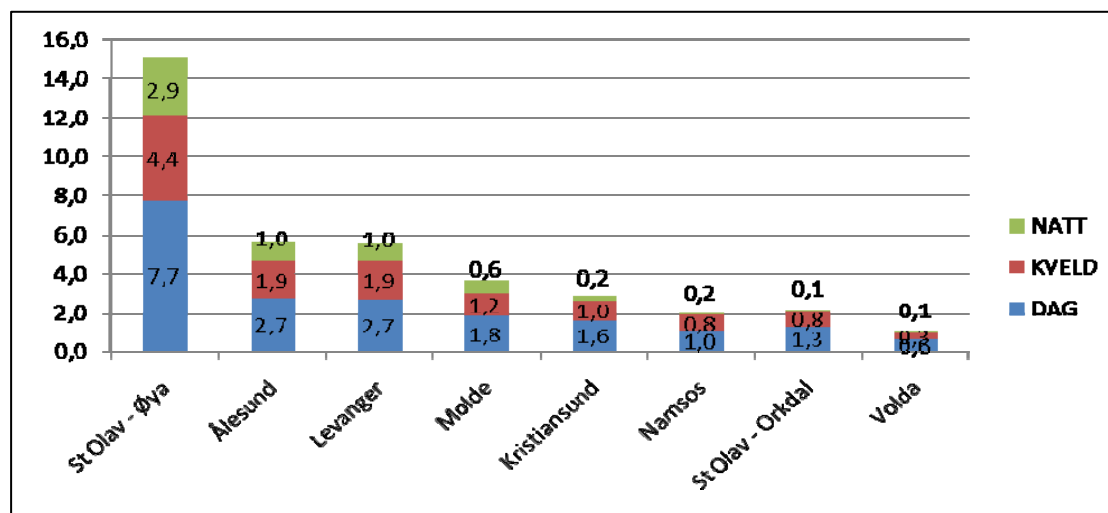
I Helse Midt-Norge er det i gjennomsnitt 224 øyeblikkelig hjelp-innleggelser pr døgn fordelt på åtte sykehus (2008-tall fra Samdata). I et gjennomsnittsdøgn kommer det ca 5-7 ø-hjelpspasienter til de minste sykehusene. De fleste av disse pasientene er indremedisinske

pasienter (ca 50 %). Resten av innleggelsene fordeler seg på bløtdelskirurgi (16%), ortopedi (11%) og gynekologi/føde (15%)

Antall øyeblikkelig hjelp-innleggelser i bløtdelskirurgiske og ortopediske avdelinger i Helse Midt-Norge i 2008 er vist under.

		Dag 08:00- 16:00	Kveld 16:00- 00:00	Natt 00:00- 08:00	Totalt
St. Olavs – Øya	Ortopedi	954	1 250	253	2 457
	Kirurgi	1 718	1 551	650	3 919
St. Olavs – Orkdal	Ortopedi	356	332	129	817
	Kirurgi	427	442	197	1 066
Levanger	Ortopedi	707	651	307	1 665
	Kirurgi	875	739	290	1 904
Namsos	Ortopedi	370	467	114	951
	Kirurgi	399	373	104	876
Kristiansund	Ortopedi	399	320	95	814
	Kirurgi	453	422	187	1 062
Molde	Ortopedi	413	348	108	869
	Kirurgi	645	537	201	1 383
Ålesund	Ortopedi	606	593	185	1 384
	Kirurgi	763	616	216	1 595
Volda	Ortopedi	709	509	145	1 363
	Kirurgi				
SUM					

Bare ca 40 % av de som legges inn for øyeblikkelig hjelp på en kirurgisk eller ortopedisk avdeling blir faktisk operert i løpet av 72 timer (hastegrad 1-3). Antallet kirurgiske ø-hjelpsinngrep er med andre ord svært lavt. I gjennomsnitt utføres det et kirurgisk inngrep hver 10. natt i Volda og på St. Olavs Hospital avd Orkdal, og hver 5. natt i Namsos og Kristiansund.



Antall ø-hjelpsoperasjoner pr døgn innen kirurgi, ortopedi og gyn/føde fordelt gjennom døgnet. Kilde: Opreg, 2008

For å opprettholde akuttberedskap innenfor en spesialitet kreves bred kompetanse og vaktteam innen flere fag. En fødeavdeling krever mulighet til å gjennomføre hastekeisersnitt. Det innebærer at i tillegg til gynekolog og jordmor, må en fødeavdeling også ha vaktteam innenfor anestesi, operasjon og postoperativ. Vaktberedskap innenfor ulike spesialiteter kan i noen grad benytte seg av samme støttepersonell. For eksempel kan det samme anestesi- og operasjonsteamet brukes både ved keisersnitt og ortopediske operasjoner. Dette viser hvordan ressursbruken for ulike typer kirurgi og føde henger sammen.

For å få et bilde av ressursbruken knyttet til akuttberedskap er det tatt utgangspunkt i en stilisert modell som belyser minimum ressursøkning i et sykehus med elektiv (planlagt) kirurgi og akuttberedskap innenfor indremedisin når sykehuset tilføres akuttberedskap innenfor kirurgi, føde og ortopedi. Beregningen viser at antall legetimer knyttet til ren vaktfunksjon er 150 timer pr uke, mens tidsbruk for spesialsykepleier/pleiepersonale er i underkant av 1000 timer pr uke.

Alternativverdien av disse ressursene kan vurderes på ulike måter. På legesiden vil man på kort sikt kunne øke omfanget av aktiv pasientbehandling og slik bidra til å redusere ventetider. På lengre sikt kan man vurdere å omfordele stillingshjemler og styrke de spesialitetene det er ønskelig å styrke, for eksempel øke antallet lege/psykologhjemler innenfor prioriterte fagområder som psykisk helsevern og rusbehandling.

Fjerning av akuttberedskap i et sykehus medfører økte transportkostnader. Siden volumet av akuttpasienter er begrenset blir også økningen i transportkostnader begrenset. Dersom alle pasienter som i dag legges inn på ortopedisk eller kirurgisk avdeling i de minste sykehusene (Namsos, St. Olavs Hospital Orkdal, Kristiansund, Volda) ble flyttet med ambulanse til nabosykehuset, vil dette for hele regionen utgjøre 3,8 mill kr pr år.

Samle for å styrke

Den samlede vaktberedskapen innenfor ortopedi og bløtdelskirurgi har langt større kapasitet enn behovet tilsier. Det er relativt få pasienter pr vaktteam pr døgn. Samtidig øker ventetidene i Helse Midt-Norge fordi kapasiteten til planlagt behandling på dagtid er lavere enn behovet. Akuttkapasitet binder altså ressurser som kan frigjøres til å møte de største utfordringene i strategiperioden.

En samling av fagmiljøene innenfor akutt kirurgi og ortopedi i hvert HF vil bidra til å styrke fagmiljøene gjennom sterkere faglighet. Dette vil bidra til å demme opp for transport av akuttpasienter til St Olav og slik underbygge viktige akuttfunksjoner i HFene.

Pasientvolumet er ikke stort nok til å rettferdiggjøre akuttfunksjon i kirurgiske disipliner i alle sykehus. Helseforetakene skal i strategiperioden omstille virksomheten slik at det blir ett sykehus i hvert HF-område som har akuttberedskap i de kirurgiske disipliner. Denne tjenesten kommer i tillegg til lokalsykehusfunksjon i indremedisin og elektive tjenester. Elektive døgntjenester som krever liggetid over 5 dager legges til akuttsykehuset.

Kvalitet i utdanning og spesialisering i kirurgiske fag skal ivaretas med samvirke mellom elektiv virksomhet i lokalsykehus og akuttsykehus.

Til vurdering:

Akuttkirurgisk beredskap samles til ett sykehus i hvert foretak. Dette sykehuset får status som akuttsykehus i tråd med anbefalingene i "Traumerapporten".

4.5 Fødselsomsorgen er en sammenhengende tjeneste

God fødselsomsorg er viktig

God fødselsomsorg er av stor betydning for samfunnet. Fødselsomsorgen skal ha en kvalitet som reduserer risiko forbundet med fødsel mest mulig. Befolkningen skal føle trygghet for at Helse Midt-Norge etablerer et tilbud som er godt tilpasset både friske gravide og de som har behov for høyspesialisert kompetanse.

Fødselsomsorgen skal være en sammenhengende tjeneste med svangerskaps-, fødsels og barselomsorg. Hovedansvaret for oppfølging under graviditet og i barsel er tillagt primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har fra 01.01.10 ansvar for følgetjenesten til fødested og selve fødetilbudet. Ambulanse skal bemannes med lege eller jordmor når transporten overstiger 1,5 time. Dette øker trygghet og sikkerhet for den fødende.

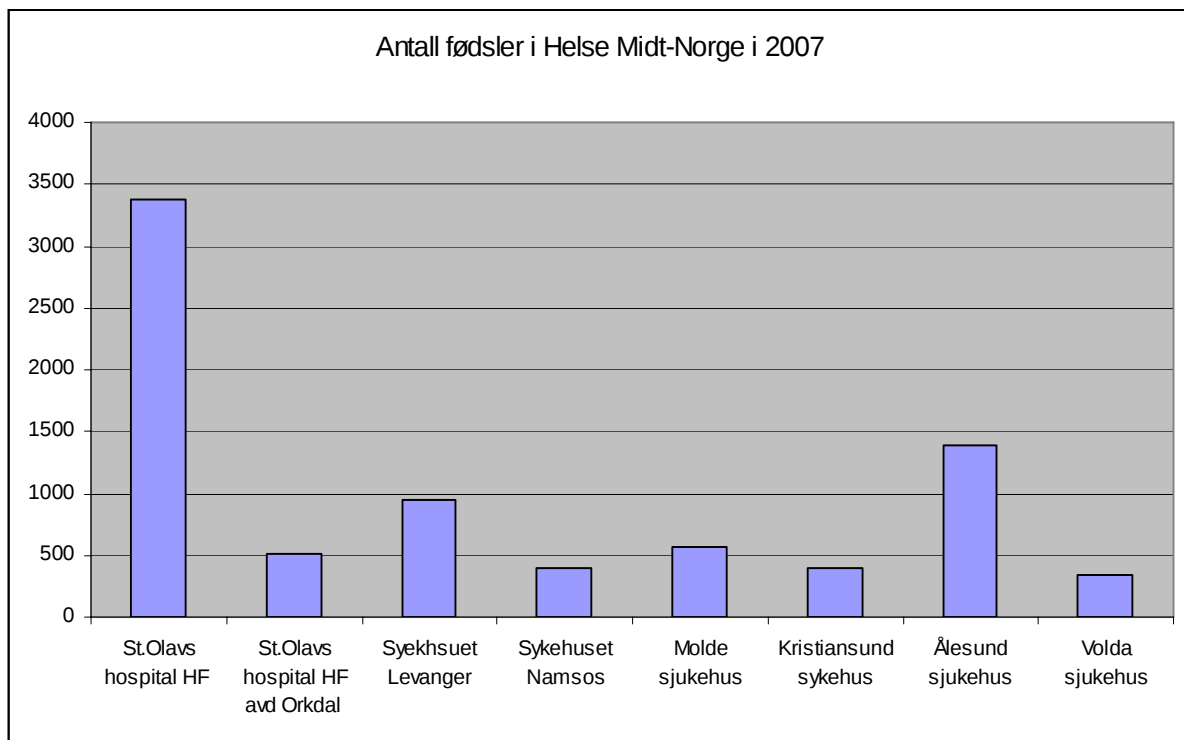
Fødselsomsorgen i Norge skal bygge på en differensiert modell. Fødestuer er jordmorstyrte og har ikke tilbud om fødselslege. Fødestue kan være et godt tilbud for de med forventet normal fødsel, men krever en god svangerskapsomsorg og en streng seleksjon. Fødeavdelinger skal ha fødselslege, operasjonsteam og beredskap for å gi sykt barn og syk mor god oppfølging. Gravide med høy risiko for komplikasjoner henvises til fødeklinikk (St Olavs hospital).

Fødselsomsorgen er basert på at den gravide følges systematisk gjennom svangerskapet. Risiko skal kartlegges og det skal tidligst mulig legges plan for oppfølging under svangerskap og fødsel, inklusive fødested (seleksjon).

Lettere rekruttering med færre avdelinger

De minste fødeavdelingene i Helse Midt-Norge har relativt lave fødselstall. Vedlikehold av tilstrekkelig kompetanse krever et minimum av fødsler, både normale og kompliserte fødsler. Selv i en situasjon med god økonomi, god tilgang til leger, jordmødre og annet støttepersonell vil antall fødsler ha betydning for kvalitet.

Gynekologer på fødeavdelinger har tung vaktbelastning. For å redusere vaktbelastningen etableres det såkalte vikarstafetter. Med ustabil tilgang legebemanning kan en ikke opprettholde team som er godt trent og samkjørte. Over tid er det en risiko for at den faglige kvaliteten svekkes. Med ustabil bemanning svekkes også kvalitet på utdanning av leger, legespesialister og annet helsepersonell. Mye innleie av vikarer er i tillegg økonomisk ressurskrevende.



De små fødeavdelinger gir ikke grunnlag for flere enn fire gynekologer ansatt for å gjøre det arbeidet som er nødvendig på dagtid. For å møte framtiden med rekrutterbare arbeidstidsordninger bør 6-8 gynekologer inngå i en vaktordning. Samtidig er meningsfulle arbeidsoppgaver på dagtid en vesentlig faktor for rekruttering. Dette trekker i retning av større fødeavdelinger.

Institusjonsstruktur med fokus på kvalitet

Sentralisering av fødetilbudene til færre sykehus medfører at transportavstanden øker for deler av befolkningen. Trygg transport med følge av jordmor blir et viktig tiltak. Ca 1% av fødslene i Norge skjer hjemme eller under transport (St.meld.nr. 12 (2008-09)). Ulempen ved dette må avveies mot den økte sikkerheten som ligger i sykehus med flere fødsler og med høyere beredskap i andre fagområder, for eksempel med barnelege.

Det må aktivt settes inn tiltak som hindrer transportfødsler. Tett oppfølging og gode sikkerhetsmarginer vil bidra til dette. Fra 1.1.10 er det innført faglige krav til kvalifisert følgetjeneste til fødested. Dette vil styrke både opplevd trygghet og faglig kvalitet på fødetilbudet.

I dag er det fødeavdeling ved alle de åtte sykehusene i Helse Midt-Norge. Grunnlaget for gode medisinskfaglige fødselstilbud vil øke dersom fødeavdelingene slås sammen til større enheter. Slike avdelinger vil ha bedre utgangspunkt for å rekruttere og beholde nødvendig fagpersonell enn miljøer med få fødsler.

For områder i regionen med lang transporttid skal Helse Midt-Norge kunne ha fødselstilbud i små enheter, enten som fødestue eller som små fødeavdelinger. Systemene for seleksjon skal brukes aktivt. Kravene til kvalitet på de tjenester som skal utføres skal være høye.

Til vurdering:

Antall fødeavdelinger bør reduseres for å skape større enheter med mulighet for rekruttering av gynekologer i et godt fagmiljø. Transport til fødeavdelingen skal tas med i vurderingene.

Det pågår for tiden et arbeid for å vurdere samarbeid over regiongrensene mellom Helse Sunnmøre og Helse Førde.

De geografiske utfordringene er ulike i de fire sykehusforetakene, og løsningene vil derfor ikke nødvendigvis bli de samme.

4.6 Tilpasning av akutt-tilbudet for barn

Befolkningen under 18 år utgjør i underkant av 20 %. De er også den friskeste delen av befolkningen. Det barnemedisinske faget har utviklet seg fra døgnbehandling til stadig mer dag- og poliklinisk behandling. Den økte mobilitet i samfunnet gjør at pasientene kan reise mellom hjem og sykehus i større omfang enn før. Når det er medisinsk faglig forsvarlig, er det ønskelig at barnet får være mest mulig hjemme.

I dag er det 4 døgnavdelinger som tar mot barn til akutte innleggelser. Fagnettverket for pediatri vurderer at det ikke er pasientgrunnlag for mer enn 2 barneavdelinger med døgnbasert akuttberedskap. St.Olavs hospital og Ålesund bør dekke disse funksjonene.

I de andre foretakene er det pasientgrunnlag for 5-dagersposter for døgndrift. Tilbudet bør kobles til akuttsykehuset. Modellen forutsetter tett faglig og forløpsmessig samarbeid mellom HFene.

Til vurdering:

Antall barneavdelinger med døgnbasert akuttberedskap reduseres til to. I de andre helseforetakene skal det etableres akuttberedskap i 5-dagersposter

4.7 Tjenester i samhandling med kommunene

Felles akuttmottak (FAM)

De siste årene har vi sett en tendens til at flere kommuner går sammen om å etablere felles legevakt. Begrunnelsen er dels for å redusere vaktbelastningen for leger, dels for å øke den faglige kvaliteten ved at det etableres fast sykepleierbemanning og muligheter for å gjennomføre enke laboratorieundersøkelser.

FAM er kommunal legevaktstjeneste samlokalisert med spesialisthelsetjenester og prehospitaltjenester. Legevaktstjenesten er samlokalisert i sykehuset, og de ansatte i FAMet har tilgang støttetjenester og kompetanse fra spesialisthelsetjenesten. Lokalsykehusene skal i

strategiperioden invitere aktuelle kommuner og ambulansetjenesten til å samarbeide om etablering av FAM.

Intermediærenheter og desentraliserte dag-/poliklinikkjenester

I strategiperioden skal helseforetakene sammen med aktuelle kommuner videreutvikle intermediærenheter (*"mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste"*). Dette er et arbeid som allerede er startet opp.

Intermediærtjenestene er kommunal tjeneste og støttes med kompetanse fra spesialisthelsetjenesten. Intermediærenheten skal sikre pasientene behandling og oppfølging i situasjoner hvor det ikke er nødvendig med innleggelse i sykehus. De intermediære enhetene har særlige fortrinn i tidlig avklaring og tidlig intervensjon for pasienter som opplever forverring av kjent kronisk sykdom. Videre er intermediærenheter godt egnet til å styrke pasientens mestringsressurser etter et sykdomsopphold.

I strategiperioden skal helseforetakene etablere desentraliserte poliklinikk- og dagtilbud frittstående eller i tilknytning til intermediæravdelinger.

4.8 Til vurdering:

Institusjonsstrukturen i spesialisthelsetjenesten har vært uendret i mange år. Dette til tross for store endringer i infrastruktur (samferdsel) og endringer i behandlingsmetoder. Sykdomspanoramaet vil de neste 10- 20 årene endres. Det er nødvendig å tilrettelegge vår behandlingsskapitet på en best mulig måte for å møte de nye utfordringene.

Tilgang på nødvendig kompetanse vil bli en kritisk faktor, og er en viktig premiss for de endringene som foreslås.

I strategiperioden skal det skje en evaluering av de prehospitale tjenestene, og spørsmålet om videreføring av dagens organisering av ambulansetjenesten må vurderes.

Tjenester rettet mot de store sykdomsgruppene skal desentraliseres, med lokalsykehusene som hovedarena. Lokalsykehusene vil være bindeleddet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Lokalsykehusene skal som minimum ha døgnerberedskap for indremedisin. I tillegg kan virksomheten omfatte planlagt behandling i kirurgi.

Rusbehandlingen skal integreres tettere med både psykisk helsevern og de somatiske tjenestene.

Akuttkirurgisk beredskap samles til ett sykehus i hvert foretak. Dette sykehuset får status som akuttisykehus i tråd med anbefalingene i "Traumerapporten".

Antall fødeavdelinger bør reduseres for å skape større enheter med mulighet for rekruttering av gynekologer i et godt fagmiljø. Transport til fødeavdelingen skal tas med i vurderingene.

Det pågår for tiden et arbeid for å vurdere samarbeid over regiongrensene mellom Helse Sunnmøre og Helse Førde.

De geografiske utfordringene er ulike i de fire sykehusforetakene, og løsningene vil derfor ikke nødvendigvis bli de samme.

Antall barneavdelinger med døgnbasert akuttberedskap reduseres til to. I de andre helseforetakene skal det etableres akuttberedskap i 5-dagersposter

Lokalsykehusene skal i strategiperioden invitere aktuelle kommuner og ambulansetjenesten til å samarbeide om etablering av FAM

I strategiperioden skal helseforetakene etablere desentraliserte poliklinikk- og dagtilbud frittstående eller i tilknytning til intermediæravdelinger

Ordforklaringer

Begrep brukt i tekst	Forklaring
AMK	Akuttmedisinsk kommunikasjonssentral (tlf 113)
BEON	Beste effektive omsorgsnivå
BUP	Psykisk helsevern for barn og unge
DMS	Distriktsmedisinsk senter
DPS	Distriktpsikiatrisk senter
DRG	Diagnoserelaterte grupper (kodevekt for pasientbehandling i somatikk)
Elektiv behandling	Planlagt behandling (forskjellig fra akutt)
FAM	Felles akuttmottak
HEMIT	Helse Midt-Norge IT
HF	Helseforetak
HNR	Helse Nordmøre og Romsdal HF
HNT	Helse Nord-Trøndelag HF
HSM	Helse Sunnmøre HF
IKT	Informasjons og kommunikasjonsteknologi
KS	Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon
MTU	Medisinskeknisk utstyr
Pasientforløp	Sammenhengende behandlingskjede
Prehospitale tjenester	Kommunal legevakt, bil-, båt- og luftambulanse, Nødmeldetjensten (AMK)
Rusbehandling	Rusbehandling Midt-Norge HF
SAMDATA	Nasjonal helsestatistikk basert på data fra Norsk pasientregister og statistisk sentralbyrå
Samhandlingsreformen	St.meld.nr, 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen, <i>Rett behandling - på rett sted - til rett tid</i>
St.meld.nr. 12 (2008-09)	St.meld.nr. 12 (2008-09) <i>En gledelig begivenhet Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg</i>
TSB	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Til høringsinstansene
Se liste over høringsinstanser

□

Vår referanse

Deres referanse

Dato 04.03.2010

Strategi 2020 - Høring

Styret for Helse Midt-Norge RHF sender med dette ut høringsutkast til strategi for spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge mot 2020, med høringsfrist 20. mai 2010. Endelig beslutning skal etter planen tas i styremøtet 24. juni 2010.

Bakgrunn for Strategi 2020

Samfunnet vil de neste 10 – 20 årene stå overfor utfordringer som vil berøre på en rekke områder. Endringer i befolkningssammensetningen gjør at vi må løse helsetjenestens oppgaver med relativt sett færre hender. Samtidig vil behovene endres betydelig, med en økning av aldersrelaterte sykdommer, og sykdommer som er en følge av livsstil. Strategi 2020 handler først og fremst om hvordan vi må omstille helsetjenesten for å møte disse utfordringene.

Helse Midt-Norge har som mål å gi befolkningen spesialisthelsetjeneste av høy kvalitet, uavhengig av bosted, sosial status og etnisk bakgrunn. Vi kan konstatere at spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge holder høy standard. Det er likevel områder vi kan forbedre når vi sammenligner oss med andre regioner. Gjennom Strategi 2020 vil vi legge til rette for å yte helsetjenester av høy kvalitet også i framtiden.

Styret for helse Midt-Norge har vurdert følgende fire utfordringer som de viktigste for perioden fram til 2020:

- Befolkningens sammensetning og behov endres
- Det vil bli tydeligere krav til dokumentert kvalitet
- Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor
- Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten

Flere av disse er sammenfallende med det utfordringsbildet som beskrives i St.meld. 47 (2008 – 2009) Samhandlingsreformen. Dette er et utfordringsbilde det synes å være bred helsepolitisk enighet om.

I høringsutkastet til Strategi 2020 skisseres forbedringsområder for å møte disse utfordringene. Disse kan oppsummeres slik:

- En effektiv tjenesteproduksjon - vi kan bli bedre
- Riktig prioritering - tilpasset endringer i behov
- Mindre ressurser til passiv beredskap og mer til aktiv pasientbehandling
- Styrking av fagmiljøene for å sikre stabil rekruttering
- Bidra aktivt til omfordeling av oppgaver i tråd med Samhandlingsreformen

Helsetjenesten har lang tradisjon for å møte nye utfordringer og nye behandlingsmetoder gjennom økt vekst. Ressursbruken i spesialisthelsetjenesten er da også mer enn fordoblet fra 2002 til 2010. Hovedstrukturen i spesialisthelsetjenesten har imidlertid vært uendret i mange år. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at vi ikke kan møte de utfordringene som er beskrevet uten også å se på sykehusstrukturen og måten vi har organisert oss på. Det høringsutkastet som nå sendes ut, peker styret på flere mulige endringer i tjenesteorganiseringen.

Tilbudet til pasientgruppene med størst behov må styrkes. Utvikling av ulike desentraliserte tjenester må prioriteres slik at pasientene får hjelp nær bosted i større deler av behandlingen. Lokalsykehusene er den viktigste ressursbasen for primærhelsetjenesten. For å møte utfordringene med stadig flere eldre og kronisk syke, er kompetanse fra lokalsykehuset nødvendig for å understøtte tjenester på lavere omsorgsnivå. Et godt tilbud i lokalsykehuset for pasienter med kroniske og/eller sammensatte sykdommer vil være et viktig tiltak for å møte behovet for de pasientgruppene som vil øke mest, og som vil ha størst problem med å reise langt.

Høringsutkastet peker på nødvendigheten av å redusere ressursbruken til passiv beredskap der det er mulig. Planlagt og tilrettelagt virksomhet på dagtid gir mer kostnadseffektiv pasientbehandling. Konkret bør akuttbereidskap innenfor kirurgi og ortopedi samles på ett sted i hvert HF. Antall steder med fødeavdeling bør reduseres. Dette vil bidra til å sikre mer robust rekruttering i fagområder der dette i dag ikke er tilfredsstillende.

Styret vil peke på at de prehospitale tjenestene (bil-, båt- og luftambulanse) utgjør en svært viktig del av akutttilbudet. Det er av stor betydning for tryggheten til befolkningen at konsekvensene av endringer i akutttilbudet ved noen av sykehusene blir håndtert på en god måte. I slike tilfeller vil det være nødvendig å gjennomgå de prehospitale tjenestene for å vurdere både kapasitet og kompetanse.

Spesialisthelsetjenesten har fra 2010 fått ansvaret for følgetjeneste for fødende som har lang reisetid til fødeinstitusjon. Helse Midt-Norge vil sammen med de lokale helseforetakene og kommunene utarbeide en plan for hvordan følgetjenesten skal organiseres. Arbeidet skal være klart i løpet av 1. halvår 2010. En følgetjeneste der jordmor kan følge den gravide vil øke tryggheten for de som har lang reisetid til fødestedet.

Behov for videre konsekvensvurderinger

Som grunnlag for de alternativene som er skissert er det bl.a. gjort beregninger av forskjellene i ressursbruk til beredskap i et sykehus som har full døgnerberedskap i både kirurgi og indremedisin, mot et sykehus der det er full beredskap i indremedisin, men uten døgnerberedskap i kirurgi (5-døgnspost for planlagte kirurgiske inngrep). Dette er modellberegninger som viser til dels betydelig redusert ressursbruk for leger og sykepleiere/pleiepersonale. Det vil være nødvendig med grundigere analyser knyttet til det enkelte sykehus for å sikre at denne effekten kan tas ut, dersom det blir aktuelt å gjennomføre slike omstillinger.

Det er også gjennomført en kostnadsanalyse over økte transportkostnader (ambulansetransporter) dersom den kirurgiske akuttberedskapen samles til ett sykehus i hver region. Analysen tar utgangspunkt i at alle som i dag legges inn ved kirurgisk avdeling ved de minste sykehusene alternativt ble transportert til det andre sykehuset i foretaket. Disse beregningene er tilgjengelige i bakgrunnsnotatet.

Fram til styremøte 24. juni vil det være nødvendig å gjøre konsekvensvurderinger for tilpasning av kapasitet både ved det sykehuset som evt. får økte oppgaver og for det som får en endret status med tanke på akuttberedskap. Konsekvensvurderingene vil gjelde både bygningsmessige og personellmessige forhold.

Forholdet til strategiprosesser i de lokale helseforetakene

Flere av helseforetakene har satt i gang egne strategiprosesser for å sikre en bedre tjenesteorganisering innad i helseforetaket. Dette er viktige prosesser for å sikre et godt tilbud innenfor tilgjengelige rammer, og for å synliggjøre de lokale mulighetene for å bedre tjenestetilbudet. De lokale prosessene bygger på de samme utfordringene som er skissert i Strategi 2020.

Helse Nordmøre og Romsdal HF har på bakgrunn av den økonomiske situasjonen i foretaket satt i gang en prosess for å utrede ytterligere funksjonsfordeling mellom de to sykehusene i Helse Nordmøre og Romsdal og samle akuttfunksjonene til ett av sykehusene. Foretaket har engasjert SINTEF i dette arbeidet. Rapporten vil bli styrebehandlet i Helse Nordmøre og Romsdal HF i mars 2010.

Adm. direktør har tatt initiativ til en dialog med Helse Vest RHF med tanke på å utrede et mulig samarbeid om tjenester til befolkningen på Søre Sunnmøre og i Nordfjord/Hornindal. Det er grunnlaget for fødeavdeling i Volda som har utløst dette arbeidet. En ny tunnel vil endre kommunikasjonen i området. Det er i dag fødeavdeling også ved Nordfjord sykehus. Helse Sunnmøre HF og Helse Førde HF vil innen april ha avklart mulighetene for samarbeid.

Styrets vurdering

En av styrets viktigste oppgaver er å legge til rette for at befolkningen i Midt-Norge også i framtiden skal tilbys spesialisthelsetjenester av høy kvalitet, og en organisering som gjør det mulig å desentralisere det vi kan, og samle det vi må.

Spesialisthelsetjenesten står overfor betydelige utfordringer i strategiperioden. Spesialisthelsetjenesten består av store og til dels komplekse organisasjoner, og omstillinger vil derfor ta tid. Dessuten har vi gjennom arbeidet med Strategi 2020 pekt på en rekke områder der vi kan bli bedre, sammenliknet med andre regioner. Styret vil derfor være tydelig på at det er ingen grunn til å vente med de omstillingene som skal gjøres.

En god helsetjeneste er av stor betydning for samfunnet, og betyr mye for den enkelte. Derfor har styret vært opptatt av en åpen prosess i forberedelsen til dette dokumentet, og ønsker gjennom en bred høring å sikre at alle sider blir belyst. Styret vil understreke at vi legger opp til en grundig gjennomgang av alle høringssvarene, og har derfor lagt opp til et eget styremøte 3. juni der høringssvarene diskuteres.

For at vi skal få vurdert alle sider ved dokumentet, har vi lagt til rette for at høringsinstansene besvarer spørsmål som er knyttet til både utfordringsbildet, de strategiske målene og de mer konkrete konsekvensene vi har skissert for tjenesteorganiseringen. Vi ber høringsinstansene så langt det er mulig å utforme høringssvaret i tråd med den malen som er gjengitt nedenfor.

Høringsfrist 20. mai 2010

Med vennlig hilsen



Kolbjørn Almlid
Styreleder Helse Midt-Norge RHF

Vi ber derfor høringsinstansene besvare følgende:

- 1. Er det enighet om de fire hovedutfordringene som beskrives i Strategi 2020**
 - Er det andre utfordringer som vurderes som like viktige?
- 2. Er det enighet om de 5 strategiske målene som Helse Midt-Norge har satt for spesialisthelsetjenesten mot 2020?**
 - Er det andre strategiske mål som vurderes som like viktige?
- 3. Er det enighet om de prinsippene for oppgavedeling som styret har vedtatt sendt ut på høring?**
 - Er det andre måter å organisere tjenestene på som vil gi rom for å møte de utfordringene som er beskrevet? (Se også pkt 4.8 i høringsdokumentet)
- 4. Har høringsinstansene konkrete forslag til oppgavedeling/tjenesteorganisering som kan bidra til å løse de målene som er satt, herunder forholdet mellom å sentralisere noen spesialiserte tjenester og desentralisere andre oppgaver?**
- 5. Andre tilbakemeldinger**