

Styrets medlemmer

Vår ref.:	Deres ref.:	Arkiv:	Dato :
2008/2232 - 23840/2008		012	10.11.2008

Innkalling til styremøte**Møtedatoer:**

- Onsdag 19. november 2008
kl. 1700 – 2000 Ordinært styremøte

- Torsdag 20. november 2008

Kl. 0900 - 1000 - Styrets møte med tillitsvalgte i Helse Nord-Trøndelag
Kl. 1000 - 1100 - Brukerutvalgets time med styret i Helse Nord-Trøndelag
Kl. 1200 Forts. Ordinært styremøte

Møtested: Quality Grand Hotell, Steinkjer

- | | |
|-------------|---|
| Sak 39/2008 | Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 27.10 2008 |
| Sak 40/2008 | Budsjett 2009 |
| Sak 41/2008 | Ambulansetilbudet Osen og Roan |
| Sak 42/2008 | DMS Inn-Trøndelag |
| Sak 43/2008 | Oppnevning av valgstyre til å lede valg av ansattrepresentanter til styret i Helse Nord-Trøndelag HF |
| Sak 44/2008 | Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none">1. Møteprotokoller styret i Helse Midt-Norge 29.10.08 og 30.10.08 og 07.11.082. Referat fra møte i brukerutvalget 13.11.083. Driftsrapport oktober 20084. Andre orienteringer |

Med hilsen
Steinar Aspli
Styreleder
Sign.

Kopi:
Styrets varamedlemmer

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 27.10 2008 kl. 10.00 – 14.30
Møtested: Sykehuset Namsos
Saksnr.: 35/2008 – 38/2008
Arkivsaksnr:

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende medlemmer:
Steinar Aspli
Inger Marit Eira-Åhren
Siw Bleikvassli
Reidar Viken
Torgeir Schmidt-Melby
Asbjørn Hofslid
Jørgen Selmer
Inger Anne Holm
Peter Himo
Skjalg Ytterstad

Forfall:
Bertha Skjelstad

Fra Brukerutvalget møte:
Fra Samarbeidsutvalget møte: Hege Sørli

Fra administrasjonen møte:

Adm. direktør	Arne Flaatt
Ass. direktør	Mads Einar Berg
Helsefaglig rådgiver	Øivind Stenvik
Personalsjef	John Ivar Toft
Økonomisjef	Tormod Gilberg
Juridisk rådgiver	Liv Kjønstad
Klinikkleder	Rune Modell
Informasjonssjef	Trond G. Skillingstad (referent)

Merknader til møtet: Ingen merknader
Innkalling utsendt pr. e-post 21.10 2008. Saksframlegg publisert på internettløsningen for styresaker.

Sak 35/2008 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 29.09 2008

Protokoll

Ingen merknader til protokollen. Protokollen ble underskrevet.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak

Møteprotokoll fra styremøte 29.09 2008 godkjennes uten anmerkninger.

Sak 36/2008 Representasjon fra private rehabiliteringsinstitusjoner i Samarbeidsutvalget

Adm. direktørs forslag til vedtak:

Styret tar saken til etterretning og ber administrerende direktør oppnevne en representant fra rehabiliteringsinstitusjonene til Samarbeidsutvalget, med virkning fra 010109. Dette innebærer at Samarbeidsutvalget utvides med ett medlem fra 2009.

Protokoll

Administrerende direktør orienterte om prosjektet for bedre samhandling innen rehabilitering som har pågått siden 1. august 2007 og som avsluttes 31. desember 2008. Prosjektet er blitt vist betydelig interesse nasjonalt. Prosjektleder gir en orientering om resultater i prosjektet i neste styremøte.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak

Styret tar saken til etterretning og ber administrerende direktør oppnevne en representant fra rehabiliteringsinstitusjonene til Samarbeidsutvalget, med virkning fra 010109. Dette innebærer at Samarbeidsutvalget utvides med ett medlem fra 2009.

Sak 37/2008 Orienteringssaker

Adm. direktørs forslag til vedtak:

Styret tar sakene til orientering.

Protokoll

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 25.09 2008

Styreleder viste til møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 25.09 2008.

Eierrepresentant Asbjørn Hofslie orienterte spesielt om forhold knyttet til risikovurdering som er omtalt i foretaksprotokollen. Dette krever at styret i Helse Nord-Trøndelag har en årlig gjennomgang over risiko

2. Driftsrapport september 2008

Administrerende direktør gikk gjennom driftsrapport for september. Økonomisk resultat i september er om lag 1 million etter budsjett. Prognose for årets drift er hevet til et positivt avvik på 14 millioner ut over budsjettets plussresultat på 15 millioner. Prognosen for driftsresultat er dermed 29 millioner kroner. Administrerende direktør gikk gjennom septemberresultat på utvalgte kvalitetsindikatorer: Andel epikriser sendt ut innen sju dager: 66,9 prosent
Andel korridorpasienter: 2,5 prosent.
Andel strykninger: 8,2 prosent
Andel sykefravær: 7,2 prosent
Bemanningsutvikling: 60 flere utbetalte månedsverk ift samme måned i 2007.
Andel henvisninger til BUP vurdert innen 10 dager: 84,4 prosent.
Administrerende direktør gjorde rede for arbeidet som pågår for å nå oppsatte krav.
Andel tvungne innleggelses rapporteres med en vesentlig økning for september.
Administrerende direktør vil redegjøre for kvalitetsindikatoren i neste styremøte.

Torgeir Schmidt-Melby forlot møtet

3. Budsjett 2009

Budsjett 2009: Økonomisjef Tormod Gilberg gjorde rede for videre prosess knyttet til 2009-budsjett for Helse Nord-Trøndelag, samt forutsetninger som ligger til grunn for Helse Midt-Norges finansiering av oppdrag som gis til lokale helseforetak. Foreløpig beregning av omstillingsbehovet i Helse Nord-Trøndelag i 2009 er om lag 30 millioner. Dette er basert på prognostisert resultat i 2008 på 29 millioner, behov for driftsreserve på 20 millioner og resultatkrav på 31 millioner kroner. Gilberg gjennomgikk også aktuelle tiltak, herunder vurdering av sengereduksjon, samt rammer for den enkelte klinikk i foretaket. Administrerende direktør gjorde rede for det langsiktige arbeidet med å gradvis forbedre kostnadseffektiviteten i Helse Nord-Trøndelag.

4. Diskriminerings- og tilgjengelighetslov

Juridisk rådgiver Liv Kjønstad gikk gjennom ny diskriminerings- og tilgjengelighetslov og krav loven stiller til Helse Nord-Trøndelag blant annet innen utforming av bygninger, ansettelse mv. Loven trer i kraft 1. januar 2009.

5. Arbeidsmiljøundersøkelser 2008

Personalsjef John Ivar Toft gikk gjennom resultater fra årets undersøkelse av arbeidsmiljøet i Helse Midt-Norge, samt tiltak for å redusere negative utslag som vises i undersøkelsen. Helse Midt-Norges resultater viser at arbeidsmiljøet er godt sammenlignet med andre bedrifter og organisasjoner. Helse Nord-Trøndelag skårer høyest i undersøkelsen av sykehusforetakene i Midt-Norge. Administrerende direktør gjorde rede for konklusjoner og videre arbeid.

6. Revisjon av pasientforløp, tilsyn fra HMN

Administrerende direktør gikk gjennom utsendt notat knyttet til revisjon av pasientforløp.

7. Organisering av prosjekt Enkeltoppgjør

Klinikkleder Rune Modell gikk gjennom ny organisering knyttet til enkeltoppgjør (ikke-rekvisisjonsbasert transport). Oppgaven overføres til helseforetakene gjennom lokal og nasjonal løsning fra og med 1. januar 2010.

8. *Andre orienteringer*

- a. Administrerende direktør orienterte om at det er 40 år siden psykiatritilbudet ble etablert i Nord-Trøndelag. Det arrangeres jubileumsseminar 21. november 2008.
- b. Neste styremøte 20. november omgjøres slik at styremøtet starter om lag kl. 17.00 19. november og fortsetter 20. november med blant annet styrets møter med Brukerutvalget og tillitsvalgte.

Møtet ble lukket

Sak 38/2008 Vurdering av administrerende direktørs lønn

Protokoll

Styret vurderte administrerende direktørs lønn i forhold til oppnådde resultat. Styret er tilfreds med resultatoppnåelsen, og vil gjennom lønnsfastsettelsen over tid bidra til et lønnsnivå på linje med tilsvarende stillinger for øvrig i Helse Midt-Norge.

Vedtak

Administrerende direktør Arne Flaot gis et lønnstillegg på kr. 92 500,- pr. år med virkning fra 01.01 2008.

Steinar Aspli

Inger Marit Eira Åhren

Asbjørn Hofslie

Jørgen Selmer

Inger Anne Holm

Siw Bleikvassli

Torgeir Schmidt-Melby

Skjalg Ytterstad

Peter Himo

Reidar Viken

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 40/2008 Budsjett 2009

Saken behandles i:	Møtedato	Saksnr.
Styret	19.11.2008	40/2008

Saksbeh: Tormod Gilberg

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2008/2232

ADM.DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret gir sin støtte til foreslåtte innretning av effektiviseringstiltak og driftsopplegg for 2009 og kommer tilbake med endelig behandling av foretakets budsjett for 2009 i neste styremøte.

SAKSUTREDNING:
Sak 40/2008 Budsjett 2009

Utrykte vedlegg:

1. Sak 109/08 til styret for HMN 30.10.08; HMN – budsjett 2009 - inntektsrammer
2. Sak 110/08 til styret for HMN 30.10.08; HMN – foreløpig investeringsbudsjett 2009
3. Brev av 31.10.08 fra HMN om Budsjett 2009 – grunnlag for videre arbeid

1. GRUNNLAG OG PRIORITERINGER

Regjeringen har i sitt forslag til statsbudsjett for 2008 gitt føringer for hva som skal prioriteres i sykehusenes drift i 2008. HMN har videreført disse retningslinjene i sine bestillinger til de enkelte HF-ene. Med utgangspunkt i vedtatte reviderte inntektsmodell for helseforetakene i Midt-Norge har HNT fått en foreløpig inntektsramme som forutsettes å sette oss i stand til å levere de tjenester som blir bestilt.

Styret for HMN fattet følgende vedtak i sak 109/08:

1. *Med bakgrunn i drøftingsprotokoll fra AU 28.10.2008 foreslås saken utsatt til styremøtet i november.*
2. *Det forutsettes imidlertid at inntektsfordeling, aktivitetsfordeling og resultatkrav for 2009, som beskrevet i saken, legges til grunn i det videre arbeid med helseforetakenes budsjettarbeid.*

Realitetsbehandling av sakene 109/08 og 110/08 er utsatt til 27.11.08. Vi har likevel basert oss på aktuelle saksframlegg i vårt interne budsjettarbeid og i det som nå legges fram for eget styre.

Når det gjelder prioritering av aktivitet i 2009, er det en generell føring om at det forutsettes en sterkere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn innen somatikk.

Forslag til statsbudsjett for 2009 signaliserer en økning i somatisk virksomhet fra 2008 til 2009 på 1,5 %. Dette gjelder både for innlagte pasienter (målt i DRG-poeng) og poliklinisk aktivitet.

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har bestemt at HMN skal levere et økonomisk resultat på 0 i 2009. Videre har regionen fått en entydig bestilling på aktivitet knyttet til DRG-poeng og polikliniske inntekter. Gjennom bestillerdokumentet for 2009 vil departementet kunne stille ytterligere krav til resultat, aktivitet og/eller kvalitet for 2009.

Det vil kunne oppstå konflikt mellom prioriterte satsingsområder og kravet om å levere et resultat i samsvar med gitte økonomiske resultatkrav for 2009. I en slik målkonflikt oppfatter vi at kravet til økonomisk resultat er det overordnede i 2009.

2. RESULTATKRAV OG BESTILTE AKTIVITETSMÅL FOR 2009

I sak 109/08 til styret for HMN, budsjett 2009 – inntektsrammer, legges det opp til å fastsette resultatkrav og aktivitetsmål for HNT for 2009.

2.1 Resultatkrav

Resultatkravet for HNT for 2009 er i nevnte saksframlegg satt til 31,0 millioner kroner.

Inneværende år var resultatkravet til sammenligning 15,0 mill kroner. Resultatkravet er begrunnet i at HNT har en kostnadsindeks (jf. SAMDATA) i sin somatiske virksomhet som er høyere enn enkelte andre HF i regionen. Kostnadsindeksen (SAMDATA) ekskl. kapitalkostnader var i 2007 for HNT 1,04, mens den var på 0,89 for HSM, 0,98 for HNR og 1,09 for St. Olav.

Resultatkrav og basisramme til HF-ene i regionen (i henhold til sak 109/08) framgår av tabellene nedenfor:

Helseforetak (beløp i 1 000 kr)	Foreløpig resultatkrav, jf sak 77/08	Endret resultatkrav	Resultatkrav 2009
St.Olavs Hospital	-79 998	1 398	-78 600
Helse Sunnmøre	11 326	198	11 524
Helse Nordmøre og Romsdal	27 018	472	27 490
Helse Nord-Trøndelag	30 465	532	30 997
Rusbehandling Midt-Norge	0		0
Sykehusapotekene i Midt-Norge	11 188	-2 600	8 588
RHF	0	124 000	124 000
Sum	0	124 000	124 000

(beløp i 1 000 kr)	HSM	HNR	HNT	St. Olav	RUS	RHF	Totalt
Basisramme somatikk	808 025	629 723	731 716	2 096 893			4 266 357
Basisramme psykisk helsevern	279 071	254 150	280 055	610 132			1 423 408
Særfinansiering	518 572	522 613	511 352	1 628 552	271 230	1 028 655	4 480 975
Inntektsomfordeling jf sak 77/08	-14 981	-11 696	-13 323	40 000			0
Sum ramme 2009	1 590 687	1 394 791	1 509 800	4 375 576	271 230	1 028 655	10 170 740

Ved fastsettelse av basisramme for 2009 er det lagt til grunn en reduksjon i kostnadsindeksen (= krav til økt effektivitet) for HNT på om lag 3 % -poeng. Dette synliggjøres både ved fastsetting av resultatkrav og ved tildeling av basisramme. Ved fastsetting av basisramme til HF-ene er det lagt opp til at i alt 40 mill kroner overføres fra HSM, HNR og HNT til St. Olav. For HNT betyr nevnte inntektsomfordeling og økt resultatkrav i alt en økt utfordring på om lag 30 mill kroner:

Inntektsomfordeling og økt resultatkrav for HNT	Mill kroner
Inntektsomfordeling mellom HF-ene	13,3
Økning i resultatkrav fra 2008 til 2009	16,0
Sum effekt av inntektsomfordeling og økt resultatkrav for HNT	29,3

For 2009 er basisrammen økt for å gi full dekning for økte pensjonskostnader basert på nye beregningskriterier. På dette grunnlag blir resultatbegrepet fra eier og foretakets offisielle regnskap (for første gang etter sykehusreformen) identiske tallstørrelser.

2.2 Aktivitetsmål somatikk

HMN har fastsatt følgende aktivitetsmål for innlagte somatiske pasienter i 2009:

Pasienter fra	Ramme DRG-poeng
Midt-Norge	24.352 DRG-poeng
Nord-Tr.lag, TNF-hemmere	746 DRG-poeng
Andre regioner (gjestepas.innt.)	529 DRG-poeng
Sum aktivitet i HNT	25.627 DRG-poeng
Nord-Trøndelag behandlet i andre regioner (gjestepas.kostnad)	1.738 DRG-poeng
Sum ”sørge for”-ansvar for nord-trøndere (25.098+1.738=)	26.836 DRG-poeng

Selv om ny inntektsmodell i prinsippet gir HNT et økonomisk ansvar begrenset til egen aktivitet, er det økonomiske (”sørge for”) ansvaret for nord-trøndere behandlet i andre regioner opprettholdt på HF-nivå. Dette ansvaret for gjestepasientkostnader er beregnet til 1.738 DRG-poeng i 2009.

Når det gjelder poliklinisk aktivitet, er vedtatte økonomiske inntektsramme å oppfatte som aktivitetsmål, jf. punkt 3.1.

HNT har for 2009 fått et øremerket tilskudd på 1,8 mill kroner for å kunne videreføre omfanget av fedmekirurgi, med beregnet tilskudd til 61 operasjoner pr. år. Det gis ikke tilskudd for de første 20 pasientene, men for de neste 41 pasientene opp til i alt 61 pasienter.

I rammen til HNT er det videre øremerket 694.000 kroner til styrking av nettverk for spiseforstyrrelser. HNT er tildelt et regionalt ansvar for pasienter med spiseforstyrrelser og har egen sengepost og kompetansesenter for aktuelle lidelser.

Regjeringen har foreslått en bevilgning på vel 60 mill kroner til HMN for videreføring av prosjektet ”Raskere tilbake” i 2009. Aktivitet knyttet til dette prosjektet skal komme i tillegg til ovennevnte ordinære aktivitet og skal bidra til at pasienter som er sykemeldte, kan behandles innen kortere frister for å komme raskere tilbake i arbeid. HNT er inne med flere delprosjekt knyttet til ”Raskere tilbake” og vil arbeide aktivt for å utnytte denne muligheten også i 2009 for å bedre pasienttilbudet og redusere ventetiden.

2.3 Aktivitet psykiatri

HMN har ikke vedtatt konkrete måltall for aktiviteten innen psykiatrien ut over det som er nevnt ovenfor, som generelle føringer. For poliklinisk aktivitet i de psykiatriske avdelingene er føringen (som i somatikken) at aktiviteten skal tilpasses vedtatte økonomiske inntektsramme.

3. INNTEKTSRAMME OG ØKONOMISK UTFORDRING FOR 2009

Saksframlegget i sak 109/08 for styret i HMN, budsjett 2009 - inntektsrammer, gir følgende økonomiske rammer for HNT's drift i 2009:

3.1 Basisramme og øremerkede tilskudd

Inntektselement (1000 kroner)	Budsjett 2008 HMN sak 102/07
Basisramme somatikk	731 716
Basisramme psykisk helsevern	280 055
Basisramme særfinansiering	511 352
Inntektsomfordeling, jf. sak 77/08 HMN	- 13 323
Sum basisramme 2008	1 509 800
ISF-inntekt innlagte pasienter ("tak")	377 465
Polikliniske refusjoner ("tak")	81 290
Sum basisramme og tak ISF / poliklinikk 2008	1 968 555

Basisramme og øremerkede tilskudd er i utgangspunktet lønns- og prisjustert med 4,4 %.

Basisrammen er fastsatt med utgangspunkt i forslaget til statsbudsjett for 2009 og vedtatte nye inntektsmodell for helseforetakene i Midt-Norge.

Basisramme særfinansiering inneholder tilskudd til bl.a. pasienttransport, ambulanse, finansiering av avskrivninger og pasienttjenester som ikke er knyttet til aktivitet (bl.a. behandlingshjelpemidler).

Av ovennevnte basisramme er det bare midlene til fedmeoperasjoner og tilskudd til nettverk for spiseforstyrrelser som er øremerket. Basisrammen til psykisk helsevern benyttes til å dekke direkte og indirekte (felles-) kostnader knyttet til drift av foretakets enheter innen voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri.

3.2 Lønns- og prisforutsetninger

Budsjett 2009 utarbeides på grunnlag av retningslinjer HMN har gitt med hensyn til anslag for lønns- og prisvekst. Aktuelle satser er basert på forslaget til statsbudsjett og innebærer et anslag for gjennomsnittlig lønns- og prisvekst på 4,4 % fra 2008 til 2009.

3.3 ISF-inntekter og poliklinikinntekter

DRG-satsen (pris for behandling av en gjennomsnittspasient) er for 2009 satt til 35.127 kroner. Med en ISF-sats på 40 % av DRG tilsier det en refusjon på 14.051 kroner pr DRG-poeng. DRG-satsen er økt med 4,4 % fra 2008 til 2009. Ved fastsettelse av DRG-satsen er det tatt høyde for en kodeforbedring på 0,5 % fra 2008 til 2009.

Fra 2008 er ISF-ordningen utvidet til også å omfatte somatisk poliklinisk behandling. Overgangen fra takstbaserte refusjonsinntekter til ISF- (diagnose-) baserte inntekter er ment å være budsjettneutryl på landsbasis, men kan føre til omfordelingseffekter mellom og innen enkelte sykehus. Vi avventer fortsatt avklaring på enkelte problemstillinger knyttet til praktisering av det nye regelverket.

ISF-inntekter knyttet til somatiske poliklinikker er prisjustert med 4,4 % og forutsettes å tilsvare om lag 40 % av gjennomsnittlige kostnader. Refusjonstakster knyttet til psykiatriske poliklinikker, laboratorier og røntgen er også prisjustert med 4,4 %.

3.4 Vurdering av økonomisk utfordring for å sikre fastsatte resultatkrav i 2009

For inneværende år prognostiseres et resultat for HNT på 29 mill kroner. Uten utsiktene til et slikt godt resultat for foretaket i år ville utfordringene for 2009 være betydelig større.

Det er ikke vedtatt endringer i HNT's ansvarsområder i 2009 i forhold til inneværende år. Innen enkelte områder er det forventet kostnadsøkninger ut over den gjennomsnittlige lønns- og prisøkningen på 4,4 %. Slike kostnadsøkninger er beregnet til om lag 18 mill kroner og gjelder bl.a. kjøp av IT-tjenester (i hovedsak fra HEMIT), økte kostnader til ambulansedrift og økte medikamentkostnader.

Med utgangspunkt i årets prognostiserte resultat, økt resultatkrav i 2009, økte kostnader på enkelte innsatsområder i 2009, og tilført basisramme fra HMN **har vi beregnet den økonomiske utfordringen til om lag 30 mill kroner** for å sikre et resultat på 31 millioner kroner i 2009. Når utfordringen er beregnet til om lag 30 mill kroner, har det også sammenheng med vurdering av mulig inntektssvikt og/eller uforutsette kostnader knyttet til planlagt aktivitet.

Selv om HNT gjennom basisrammen fra HMN er tilført økte driftsmidler, ser vi at størrelsen på foretakets utfordring for 2009 omtrent tilsvarer summen av inntektsomfordeling i regionen (13,3 mill kr) og økt resultatkrav (16,0 mill kr), - jf. oppstillingen under pkt. 2.1

4. TILTAK BUDSJETT 2009

Ved vurdering av aktuelle tiltak for å dekke utfordringen har vi bl.a. sett på muligheter for å ta ut effektiviseringsgevinster gjennom optimalisering av driften. De enkelte klinikkene er i utgangspunktet gitt en ramme for 2009 som tar utgangspunkt i en videreføring og prisjustering av budsjettstrukturen for 2008, men som også inneholder et element av justering for å kunne dekke inn foretakets utfordring for 2009.

Det arbeides med forskjellige tiltak for kontinuerlig forbedring av sykehusdriften; herunder henvisningsrutiner og samhandling med primærhelsetjenesten, pasienttransport, logistikk/pasientflyt, behandlingsformer (døgn, dag, poliklinikk, sentralt, desentralt) og bemanning. Tall fra SINTEF/SAMDATA viser at HNT relativt sett har høy bemanning av enkelte grupper pleiere og servicepersonell. Disse faktorene ligger derfor til grunn når foretaket vurderer effektiviseringstiltak for 2009.

Ved bedre pasientflyt, høyere kapasitetsutnyttelse og omlegging fra døgn- til dagbehandling og poliklinikk forventes det at sengetallet skal kunne reduseres. Etablering av DMS og observasjonssenger trekker i samme retning. En mer effektiv pasientflyt og et lavere sengetall gir mulighet for en lavere bemanning av pleiere og servicepersonell (jf. SAMDATA). Direktøren arbeider på dette grunnlag med en skisse til reduksjon i sengetallet med anslagsvis 15 senger i foretaket, fordelt på kirurgi, medisin og den somatiske delen av BFK.

Styret inviteres på dette grunnlag til å drøfte problemstillinger knyttet til driftsformer og sengetall før det konkluderes om evt. reduksjoner i klinikkens sengetall.

I tillegg til nevnte områder for effektivisering av driften vil vi også i 2009 holde et sterkt fokus på sikring av aktivitetsbaserte inntekter knyttet til innlagte pasienter og polikliniske konsultasjoner.

Skjematisk kan vi framstille de effektiviseringsområdene det arbeides med, slik:

Type tiltak	Beskrivelse	Planlagt økonomisk effekt av tiltaket i 2009
Pasienttransport	Effektivisering av pasienttransport-tjenester som foretaket har ansvar for (ambulanse og sykefrakt) med fokus på økt samordning, benytte billigere transportløsninger og vurdering av ambulansedesentralisert virksomhet.	Om lag 2 mill kroner
Aktivitets- og bemannings-optimalisering	Dette er et logistikkprosjekt med fokus på økt samordning av aktivitet og bemanning internt i den enkelte avdeling og mellom avdelinger.	Om lag 5 mill kroner
Reduksjon i fast bemanning gjennom omlegging av pasientbehandling og reduksjon i sengetall	Dette tiltaket henger sammen med ovennevnte logistikkprosjekt, men har som mål å redusere bemanningen gjennom omlegging av pasientbehandling og tilhørende reduksjon i antall senger.	Om lag 15 mill kroner
Variable lønnskostnader	Fortsatt fokus på overtid og innleie for å sikre at reduksjon i fast bemanning ikke fører til økte bruk av variabel lønn. Det vurderes i denne forbindelse også reduksjon i aktivitet og sengetall om sommeren med tilhørende redusert innleie av ferievikarer.	Om lag 5 mill kroner
Sikring av aktivitetsbaserte inntekter, herunder koding av aktivitet	Statsbudsjettet bygger på en forutsetning om 0,5 % kodeforbedring. Egne analyser tyder på at det fortsatt er mulig å forbedre kodingen, både knyttet til innlagte pasienter og i poliklinikk.	Om lag 3 mill kroner
Sum effekt av nye tiltak		Om lag 30 mill kroner

Foretakets klinikker har i noen tid arbeidet med utforming av konkrete tiltak (innen ovennevnte skisse) for å tilpasse driftsopplegget for 2009 til gitte klinikkvise budsjetterrammer. Mange klinikker er på plass med tiltak og driftsopplegg innen egne rammer, men noen store klinikker har fortsatt et godt stykke vei å gå før driftsopplegg og tiltak er tilpasset gitte budsjetterrammer. P.t. rapporterer klinikkene en resterende utfordring uten konkretiserte tiltak som summerer seg til om lag 25 mill kroner. Noen klinikker har skisser til tiltak, men rapporterer at de trenger lengre tid for å konkretisere og ferdigstille arbeidet.

5. AKTIVITET BUDSJETT 2009

5.1. Aktivitetsmål for HNT

Med utgangspunkt i vedtatte finansieringsmodell har HMN bestilt en DRG-aktivitet i HNT som innebærer en aktivitetsvekst på 4,3 % fra bestilt aktivitet i år. HNT har imidlertid inneværende år hatt en aktivitet som har vært betydelig større enn bestillingen på 1,5 % vekst fra 2007 til 2008.

Vi ligger derfor allerede nå på et nivå som tilsier at det er svært lite rom for ytterligere vekst i den DRG-baserte aktiviteten 2009.

Med utgangspunkt i bestilt aktivitet legges det så langt opp til følgende aktivitetsmål for 2009:

Aktivitet	Plan 2008	Progn. 2008	Planl. aktiv. endring	Plan 2009	Endr. 2008 – 2009
DRG-poeng totalt, somatikk ¹⁾	23 845	24 708	49	24 881	+ 0,2 %
Utskrevne døgnpasienter, voksenpsykiatri	1 310	1 335	85	1 420	+ 6,4 %
Utskrevne døgnpasienter, BUP	104	94	18	108	+ 14,9 %
Polikliniske inntekter (som. + psyk.) ²⁾	79 667	72 071	6 048	81 290	+ 8,0 %

1) Endringstallene er eksklusive forutsetningen om 0,5 % kodeforbedring fra 2008 til 2009.

2) Tall i 1000 kroner. Endringene er korrigert for 4,4 % lønns- og prisvekst fra 2008 til 2009.

Som det framgår av tabellen ovenfor, er det rom for en betydelig større vekst i poliklinisk aktivitet enn for innlagte pasienter. Dette er også et signal om en ønsket utvikling i pasientbehandlingen.

I samsvar med sentrale føringer legges det opp til en aktivitetsvekst i psykiatriske enheter som er større en planlagt vekst innen de somatiske enhetene.

I det videre arbeid med konkretisering av tiltak og aktivitet vil nevnte måltall bli kvalitetssikret og kan da bli endret noe.

I tillegg til nevnte økonomiske resultatmål og resultatkrav i tilknytning til aktivitet, arbeides det med å fastsette **resultatkrav innenfor områder som gjenspeiler kvalitet, HMS (sykefravær) m.v.** Vi vil komme tilbake til disse områdene senere i forbindelse med styringsdokumentet for foretaket.

5.2. Klinikkvise aktivitetsmål

Foreløpige måltall for DRG-aktivitet i somatiske klinikker:

Klinikk	Prognose 2008 DRG-p.	Plan 2009 DRG-p.	Endr. 2008 – 2009 ¹⁾
Kirurgisk klinikk, Levanger	6 560	6 606	0,2 %
Kirurgisk klinikk, Namsos	4 526	4 558	0,2 %
Medisinsk klinikk, Levanger	5 632	5 671	0,2 %
Medisinsk klinikk, Namsos	2 950	2 971	0,2 %
Barn- og familieklinikken	4 200	4 229	0,2 %
Rehabiliteringsklinikken	840	846	0,2 %
Sum HNT	24 708	24 881	0,2 %

1) Endringen er eksklusive forutsetningen om 0,5 % kodeforbedring fra 2008 til 2009.

Med et begrenset rom for aktivitetsvekst fra 2008 til 2009 er det ikke foreslått noen vridning i aktiviteten mellom de somatiske avdelingene, men alle er gitt en lik vekst.

Aktivitetstallene for **Kirurgisk klinikk, Namsos**, innebærer en videreføring av fedmeoperasjoner i samsvar med særskilt tilskudd og bestilling fra HMN. HNT har for 2009 fått et øremerket tilskudd på 1,8 mill kroner for å kunne videreføre omfanget av fedmekirurgi, med beregnet tilskudd til 61 operasjoner pr. år. Det gis ikke tilskudd for de første 20 pasientene, men for de neste 41 pasientene opp til i alt 61 pasienter.

5.3 Utviklingstiltak

HNT arbeider, sammen med kommunene Steinkjer, Verran og Inderøy, om etablering av et **distriktsmedisinsk senter (DMS) med spesialistpoliklinikker i Steinkjer**. Det legges opp til ytterligere utredninger i løpet av 2009. Dersom praktiske forhold og finansiering blir avklart, kan et DMS i Steinkjer tidligst være i drift fra 2010.

6. INVESTERINGER 2009

Basisramme til finansiering av avskrivninger er for HNT satt til 124,6 mill kroner i 2009. Likviditetsmessig er 22,6 mill kroner av dette beløpet forutsatt brukt til å dekke avdrag på lån. Resterende beløp på 102,0 mill kroner er i utgangspunktet tilgjengelig likviditet til nye investeringer i eget helseforetak. HMN legger imidlertid opp til en samlet vurdering av bruken av aktuelle likviditet til investeringer i hele regionen. Det meste av disse likvide midlene foreslås benyttet til andre investeringer i regionen.

I saksframlegget til styret i HMN, sak 110/08, foreløpig investeringsbudsjett 2009, er HNT foreslått tildelt 16,2 mill kroner i investeringsmidler for 2009. Dette beløpet fordeler seg på 5,0 mill kroner i egenkapitaltilskudd KLP og 11,2 mill kroner som er uspesifisert. Den uspesifiserte bevilgningen på 11,2 mill kroner er tildelt med begrunnelse i salg av boliger for et tilsvarende beløp i HNT inneværende år.

HMN har i samme saksframlegg foreslått å holde tilbake 152 mill kroner til fordeling etter søknad. Midlene er foreslått brukt til medisinsk teknisk utstyr, HMS-pålegg m.v. Direktøren støtter at en del av rammen (Magnussen-midlene) til HMN disponeres til investeringer i medisinsk teknisk utstyr m.v. Det er nødvendig med en jevn og forutsigbar takt på utskifting av slikt utstyr da dette er nødvendig "verktøy" for å kunne opprettholde sykehusenes løpende drift. Vi mener disse midlene i hovedsak bør fordeles til de tre mindre sykehusforetakene i regionen da St. Olav får dekket en vesentlig andel av sitt utstyrbehov gjennom pågående utbygging. For å få en god plan for utskifting av eksisterende utstyr i forkant av havari har vi overfor HMN anbefalt at beløpet på 152 mill kroner blir fordelt til HF-ene slik at vi vet rammen og kan planlegge ut fra den uten å måtte søke fra gang til gang.

I arbeidet med å prioritere aktuelle investeringstiltak har vi lagt vekt på å hente ut positive driftsmessige effekter av investeringene og har (når vi ser bort fra obligatorisk EK-tilskudd i KLP) prioritert investeringer som gir størst driftsmessig effekt, først. På dette grunnlag har vi i gjeldende langtidsbudsjett ført opp følgende prioriterte investeringstiltak:

1. Egenkapitaltilskudd KLP

Økt obligatorisk egenkapitaltilskudd i KLP har de siste årene ligget på om lag 5 mill kroner pr. år. Et tilsvarende beløp føres derfor også opp for årene framover.

2. Medisinsk teknisk utstyr

Medisinsk teknisk utstyr har en levetid på 8 – 10 år. Årlige avskrivninger på eksisterende utstyr ligger på om lag 35 mill kroner. For å fornye dette utstyret i takt med naturlig avhendig må vi derfor hvert år investere i nytt utstyr for et tilsvarende beløp. I noen år har investeringsbudsjettet vært saldert med midler til nødvendig utstyersfornyelse. Det har en negativ innvirkning på foretakets øvrige drift og kan ikke fortsette. Det anbefales derfor at midler til utskifting av medisinsk teknisk utstyr prioriteres foran bygningsmessige investeringer i kommende års budsjett. På dette grunnlag foreslås avsatt 35 mill kroner til investeringer i medisinsk teknisk utstyr i årene framover.

3. Diverse ombygging/rehabilitering

Ut over ordinært vedlikehold som føres over driftsregnskapet, er det behov for større bygningsmessige tiltak for å oppgradere bygningsmassen og tilpasse den til endrede driftsformer. Slike ombyggings-/rehabiliteringstiltak lå i noen år på om lag 12 mill kroner pr. år og er inneværende nede på vel 4 mill kroner. Dette er for lavt for å kunne dekke aktuelle behov og burde vært økt til mellom 20 og 30 mill kroner pr. år. For å dekke nødvendige bygningsmessige tiltak foreslås denne posten økt til 20 mill kroner pr. år. Uten bygningsmessige tiltak på dette nivå vil foretakets realkapital forvitte og få negative konsekvenser for vår ordinære drift (jf. uttalelse fra Riksrevisjonen).

4. Psykiatrisk avdeling, Namsos

Psykiatrisk avdeling, Namsos, har en enhet som ligger på Bjørum. Denne enheten er i dårlig bygningsmessig stand og må renoveres eller flyttes. Alternativet med flytting og samlokalisering med resten av psykiatrisk avdeling er vurdert som økonomisk mest hensiktsmessig. Investeringen er beregnet til om lag 70 mill kroner, hvorav en ikke uvesentlig del forutsettes finansiert ved salg av eksisterende tomt og bygninger. Investeringen er foreslått fordelt over to – tre år og er beregnet å gi en netto reduksjon i årlige driftskostnader på om lag 3,0 mill kroner.

Basert på HMN's saksframlegg i sak 110/08 foreslås følgende plan for investeringer i HNT i 2009:

Investeringsbudsjett 2009	Mill kroner	Kommentarer
KLP, egenkapitalinnskudd	5,0	Vi er medeiere i KLP. Krav til økt egenkapital i samsvar med regler for forsikringsselskap.
Medisinsk teknisk og teknisk utstyr	35,0	Nødvendig fornyelse av eksisterende utstyr i takt med at utstyret utrangeres. Det søkes om midler fra avsatt beløp i HMN.
Diverse ombygging/rehabilitering	20,0	Bygningsmessige tiltak for å oppgradere bygningsmassen og tilpasse den til endrede driftsformer. Det søkes om midler fra avsatt beløp i HMN.
Psykiatrisk avdeling, Namsos	11,2	Ferdig investering vil gi en netto reduksjon i årlige driftskostnader på om lag 3,0 mill kroner. Aktuelle beløp benyttes til oppstart av prosjektet høsten 2009.
Sum investeringer HNT	71,2	

Det planlegges å selge flere bygninger (boliger og areal) ved sykehusene i Levanger og Namsos for å få en mer effektiv struktur på bygningsmasse og drift. Det forutsettes at inntekter ved salg av eksisterende bygningsmasse øker investeringsrammen tilsvarende i forhold til den rammen som fastsettes av HMN.

7. PROSESS OG VIDERE FRAMDRIFT

7.1 Prosess

Foretakets arbeid med budsjettet for 2009 har pågått fra august 2008. I denne tiden har det vært jevnlig kontakt med regionforetaket på Stjørdal, og det har vært informasjon og drøftinger i eget styre.

Internt har det vært informasjon og drøftinger om budsjett og driftsplaner i foretakets ledelse, i arbeidsmiljøutvalget og i forum for foretakstillitsvalgte. Det er lagt vekt på informasjon og drøftinger under veis og før endelige konklusjoner er fattet. Den vesentligste del av drøftingene skjer ved at tillitsvalgte blir invitert med i og deltar i klinikkens møter vedrørende budsjett og driftsopplegg for 2009.

7.2 Videre framdrift

Direktøren har kommet til at det, på nåværende tidspunkt, ikke er mulig å legge fram et samlet forslag til budsjett for foretaket for 2009. Det er begrunnet i følgende forhold:

- Styret for HMN har ennå ikke fattet endelig vedtak om budsjetttramme m.v. for HF-ene i regionen.
- Arbeidet med å konkretisere effektiviseringstiltak for å møte foretakets utfordringsbilde for 2009 har vist seg å være svært krevende. Det gjenstår forstøtt en god del arbeid med avklaring og konkretisering av nødvendige tiltak for å komme i mål.

Direktøren vil med dette saksframlegget invitere styret til å drøfte innretning av aktuelle effektiviseringstiltak og opplegg for foretakets drift i 2009. Direktøren vil komme tilbake med

ferdigstilt budsjett basert på fastsatt resultatkrav, og bygd på vedtatt basisramme og aktivitetsmål til neste styremøte.

Levanger, 14. november 2008

Arne Flaot
adm. dir.
sign.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 41/2008 Ambulansetilbudet Osen og Roan

Saken behandles i:	Møtedato	Saksnr.
Styret	19.11.2008	41/2008

Saksbeh: Rune Modell og Trond Skillingstad

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2008/2232

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING

Helse Nord-Trøndelag endrer ambulansetjenesten i Osen og Roan fra hjemnevaksordninger i henholdsvis Osen og Roan til en samlokalisert, stasjonsbasert tjeneste. Ny organisering skal styrke tjenestens kvalitet i området gjennom etablering av sterkere kompetansemiljø og mer attraktiv ambulansetjeneste.

Stasjonen opprettes i området Bessaker, og organiseres med en dagbil og en døgnbil. Tjenestetid for dagbilen settes til kl.10 – 20, mandag til fredag.

Evaluering av endringen gjennomføres etter ett år og legges fram for styret.

SAKSUTREDNING:

Sak 41/2008 Ambulansetilbudet Osen og Roan

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

- Brev til ordførerne i Osen og Roan vedrørende ny organisering av ambulansetjenesten i Osen og Roan
- Risikovurdering i forhold til ny organisering av ambulansetjenesten i Osen og Roan.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Helse Nord-Trøndelag HF har foretatt en gjennomgang av ambulansetjenesten i Osen og Roan. I dag er en ambulans stasjonert i Osen, og en i Roan.

Status, aktivitet og utfordringer for de to kommunene kan oppsummeres slik:

Status Osen:

- 1 døgnambulans
- Hjemmevakt, 5 timer på stasjon (kl. 9-14 mandag - fredag)

Aktivitet i Osen i 2007:

- Akutt: 32
- Haster: 53
- Vanlig: 24
- Totalt antall oppdrag: 123
- Totalt antall oppdrag fra Osen: 109

Status Roan:

- 1 døgnambulans
- Hjemmevakt, 5 timer på stasjon (kl. 9-14 mandag - fredag)

Aktivitet i Roan i 2007:

- Akutt: 40
- Haster: 57
- Vanlig: 56
- Totalt antall oppdrag: 179
- Totalt antall oppdrag fra Roan: 153

DRØFTING

Den prehospital delen av helsekjeden har økt sin betydning. Ambulansetjenesten framstår i dag som en aktivt behandlende del av sykehusene, og gir i mange tilfeller behandling i ambulans under veiledning fra spesialist på sykehuset.

Denne utviklingen fører med seg økt behov for kompetanse i ambulansetjenesten, noe som blant annet kommer til syne gjennom at tjenesten organiseres med stasjonsbaserte løsninger. Dette framstår som mer attraktivt for ambulanspersonellet, og gir betydelig større mulighet for å beholde og videreutvikle nødvendig kompetanse.

Basert på organisering og aktivitet i Osen og Roan kommuner ser Helse Nord-Trøndelag følgende utfordringer:

- Mangler personell, dekkes ved overtid
- Vanskelig å rekruttere til hjemmevakt
- De ansatte ønsker stasjonsvakt.
- Liten aktivitet i begge områdene:
 - Vanskeliggjør kompetanseoppbygging
 - Vanskeliggjør kompetansevedlikehold
- Mangler faglig miljø

På denne bakgrunnen har administrasjonen innledet dialog med de aktuelle kommunene for å komme fram til løsninger som er mer framtidsrettede enn dagens organisering. I prosessen er det så langt gjennomført tre dialogmøter:

- 24. april 2008 med ordfører i Roan og ordfører og rådmann i Osen.
 - **Tema:** Dialog i forhold til status, utfordringer og aktivitet i de to kommunene, samt forslag til løsning med fordeler og ulemper.
- 01. juli 2008 med formannskap i Osen og Roan
 - **Tema:** Dialog i forhold til status, utfordringer og aktivitet i de to kommunene, samt presentasjon av mulige løsninger med fordeler og ulemper knyttet til disse.
- 05. november med ordfører i Roan og ordfører og rådmann i Osen.
 - **Tema:** Gjennomgang av vårt arbeid med saken, inkl. ROS (risiko og sårbarhetsanalyse) gjennomgang og vurdering av beredskap.

Som basis for diskusjonene har Helse Nord-Trøndelag utarbeidet faktagrunnlag på personell, kompetanse og aktivitet. Helse Nord-Trøndelag har i tillegg utarbeidet en risiko- og sårbarhetsundersøkelse (vedlagt) som underlag for å vurdere riktig dimensjonering.

Vurdering og forslag til ny organisering

Hjemmevaksordningen medfører betydelige problemer med rekruttering av kvalifisert personell. I områder som Osen og Roan hvor det er lange transporter inn til sykehus, er betydningen av kompetansen til personellet enda større enn i områder nærmere sykehus. Ambulansepersonellet skal her overvåke og behandle pasienter under transporter på inntil to timer. På bakgrunn av dette har administrasjonen startet en prosess med sikte på en stasjonsbasert løsning.

Den største ulempen ved en slik samlokalisert løsning er at avstanden til deler av befolkningen blir noe økt. Administrasjonen anbefaler at stasjonen legges i området Bessaker, men vil gjøre nærmere vurderinger før endelig stedsvalg blir gjort. Bessaker er om lag 18 kilometer fra Osen og 38 kilometer fra Roan. En del av avstandsulempen vil imidlertid dekkes inn gjennom raskere reaksjonstid. Kravet til reaksjonstid ved stasjonsvakt er:

Hverdager: To minutter i tidsperioden 08-16, fire minutter i tidsperioden 16-08.

Helger/helligdager: To minutter i tidsperioden 09-14, fire minutter i tidsperioden 14-09.

Kravet til reaksjonstid ved hjemmevakt er 10 minutter.

Anbefalt organisering med stasjonsbasert tjeneste innebærer en kostnadsøkning på inntil 500 000,- per år på grunn av økte kostnader på personellsiden. Helse Nord-Trøndelag vil imidlertid

forhandle og søke å bringe kostnadene ned så langt som mulig. Det vil også innledes forhandlinger knyttet til stasjonsfasiliteter.

Hovedmålet med organiseringen av Helse Nord-Trøndelags tjeneste er å skape trygghet for gode tjenester når man trenger det. Etter en avveining av positive og negative sider ved en felles, stasjonsbasert tjeneste i Osen og Roan, har administrasjonen falt ned på anbefaling om endret struktur. Ved sammenslåing av de to tjenestene får vi etablert et stabilt og mer attraktivt miljø med mulighet til å videreutvikle kunnskaper og ferdigheter til de ansatte. De ansatte får dessuten en arbeidstid som tilsier at de være mer opplagt og i stand til å yte en bedre jobb enn med de lange arbeidsperiodene som de i dag har. Løsningen er mer framtidsrettet og robust enn dagens løsning, og vil over tid bidra til høyere kvalitet på ambulansetjenesten i området enn ved å fastholde to stasjoner med hjemmevakt.

For å avgjøre riktig dimensjonering av tjenesten, er det foretatt en risiko- og sårbarhetsanalyse (se vedlegg). I denne er det gjort en analyse av sju potensielt uønskede hendelser, disse er:

1. Samtidighetskonflikt
2. Bil ut av drift
3. Manglende kompetent personell
4. Backup ambulanse ikke tilgjengelig
5. Helikopter ikke tilgjengelig
6. Lang ventetid sykehus
7. Mangelfull flåtestyring

Analysen viser at en løsning med døgnbil sju dager i uken, samt dagbil mandag-fredag kl. 10-20 på felles stasjon i området Bessaker, gir et akseptabelt risikobilde. Analysen viser også at det er gode backup-løsninger når det gjelder beredskapsambulanser, helikopter og lokal hjertestarter.

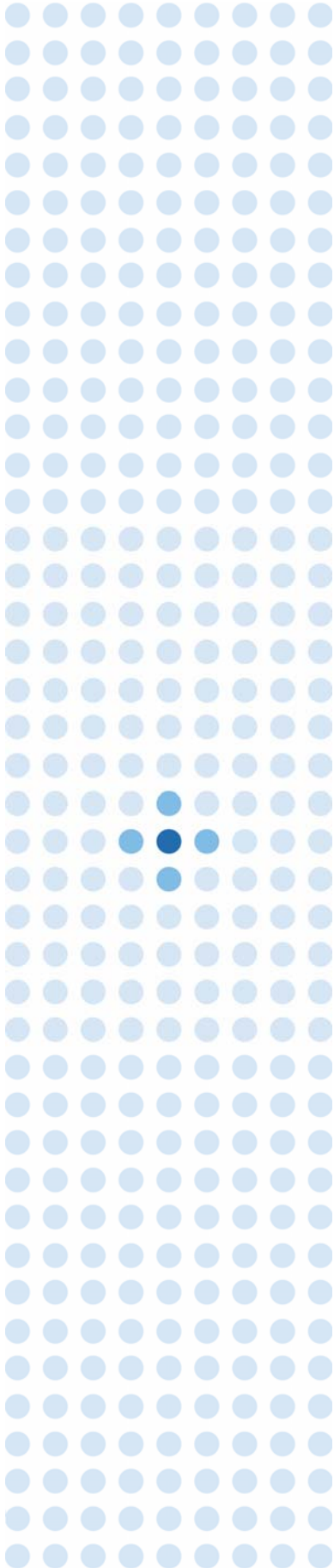
Tjenestens kvalitet vil ligge over dagens løsning i ukedagene, og vil være i tråd med dagens løsning i helgene.

Basert på denne analysen anbefaler administrerende direktør at stasjonen betjenes av en døgnbil sju dager i uka, og en dagbil med tjeneste mellom kl. 10 og 20 mandag til fredag. Kravet til reaksjonstid på hverdager blir to minutter i tidsperioden 08-16, fire minutter i tidsperioden 16-08. Kravet til reaksjonstid i helger/helligdager blir to minutter i tidsperioden 09-14, fire minutter i tidsperioden 14-09.

Konklusjon

Administrerende direktør anbefaler at ambulansetjenesten i Osen og Roan betjenes med en dagbil og en døgnbil med stasjon i området Bessaker. Tjenestetid for dagbilen settes til kl.10 – 20, mandag til fredag.

Ny organisering vil følges tett av Helse Nord-Trøndelag. Etter ett års drift i ny løsning vil foretaket gjennomføre en evaluering som forelegges de to kommunene, samt legges fram for styret til orientering.



Risikovurdering

Foreslått organisering av
ambulansetjenesten Osen/Roan

29.10.08 versjon 4

Innhold

1	INNLEDNING	3
1.1	OPPDRAKSGIVER	3
1.2	VURDERINGSOBJEKT	3
1.3	VURDERINGENS MÅL	3
1.4	DELTAKERE VURDERING:	3
1.5	TIDSPUNKT FOR VURDERINGEN.....	3
1.6	DEFINISJONER.....	3
1.6.1	<i>Uønsket hendelse:</i>	3
1.6.2	<i>Risikovurdering:</i>	3
1.6.3	<i>Risiko:</i>	3
1.6.4	<i>Sårbarhet:</i>	3
1.6.5	<i>Konsekvens:</i>	4
1.7	AKSEPTKRITERIER:	4
1.8	RISIKOMATRISJE	4
2	KONSEKVENSANALYSE:	6
2.1	RESULTAT/OPPFØLGING.....	6
3	KONKLUSJON:	7
3.1	DISTRIBUSJON AV RAPPORTEN.....	7
4	VEDLEGG	8

1 Innledning

Prehospital klinikk har ansvaret for all pasienttransport inkludert ambulanser. Øverste ansvarlig er klinikkleder og medisinsk faglig ansvar har overlege Jens Grimstad.

1.1 Oppdragsgiver

Risiko- og sårbarhetsvurderingen er en grovanalyse gjennomført med administrerende direktør som oppdragsgiver.

1.2 Vurderingsobjekt

Akseptkriterier er lagt i forhold til pasienter.

1.3 Vurderingens mål

Å kunne si noe om hvilke uønskede hendelser som kan inntreffe i forhold til ambulansedrift i Osen/Roan, konsekvenser av dette, samt sannsynlighet for at de skal inntreffe. Denne analysen vil kunne brukes som et grunnlag for beredskapsplanlegging og planlegging av tiltak for å ha et akseptabelt sikkerhetsnivå.

1.4 Deltakere vurdering:

Overlege, medisinsk ansvarlig Jens Grimstad, Klinikkleder Prehospital Klinikk Rune Modell, Brit Karlsen Seksjonsleder for AMK/ambulansetjenesten i HNT, Kvalitetssjef Tor Ivar Stamnes, Rådgiver Torstein Rønningen.

1.5 Tidspunkt for vurderingen

29. oktober 2008

1.6 Definisjoner

1.6.1 Uønsket hendelse:

Hendelse eller tilstand som kan medføre skade på mennesker, miljø eller materielle verdier.

1.6.2 Risikovurdering:

Sammenligning av resultater fra en kartlegging av mulige uønskede hendelser med akseptkriterier for risiko og andre beslutningskriterier.

1.6.3 Risiko:

Uttrykk for den fare som uønskede hendelser og påvirkninger representerer for mennesker, miljø eller materielle verdier. Risikoen uttrykkes ved sannsynligheten for og konsekvensene av de uønskede hendelsene.

1.6.4 Sårbarhet:

Uttrykker et systems evne til å fungere og oppnå sine mål når det utsettes for påkjenninger.

1.6.5 Konsekvens:

Mulig følge av en uønsket hendelse.

1.7 Akseptkriterier:

Uttrykker grensen mellom hva som er akseptabel og uakseptabel risiko. Dette fastsettes av sykehusets ledelse på bakgrunn av krav i lover og forskrifter, sykehusets rammebetingelser og interne krav.

1.8 Risikomatrise

Fargekode i risikomatrise:

- Rød: Høy risiko. Ikke akseptabelt. Mulige risikoreduserende tiltak må iverksettes.
- Gul: Middels risiko. Mulige risikobegrensende tiltak bør vurderes i forhold til de ressurser tiltakene krever.
- Grønn: Lav risiko. Aksepteres uten videre.

RISIKOMATRISSE Felles ambulansestasjon Osen/Roan (ref. kapittel 4):

		KONSEKVENNS				
SANNSYNLIGHET		1	2	3	4	5
5						
4						
3					1	
2						
1		7		2 6	3	4 5

2 Konsekvensanalyse:

Systematisk fremgangsmåte for å beskrive og/eller beregne mulig skadeomfang som følge av uønskede hendelser.

2.1 Resultat/oppfølging

Metoden som er anvendt i denne grovanalysen bygger på anbefalinger fra Direktoratet for sivil beredskap, og er gjennomført ved hjelp av dataverktøyet ”Risiko grovanalyse” fra Det Norske Veritas.

Deltagerne i gruppen som har gjennomført vurderingen, kom fram til 7 følgende uønskede hendelser:

1. Samtidighetskonflikt
2. Bil ut av drift
3. Manglende kompetent personell
4. Backup i annet oppdrag (Åfjord/Verran/)
5. Helikopter ikke tilgjengelig
6. Lang ventetid sykehus
7. Mangelfull flåtestyring

Vi ser på dette i en ordinær driftssituasjon og ser bort fra ekstraordinære tilstander.

Akseptkriterier, definisjoner av konsekvenser og sannsynlighet, risikoevaluering av uønskede hendelser inkl. risikomatrise, samt foreslåtte/gjennomførte risikoreduserende tiltak vedlegges rapporten.

I forhold til pasienter vurderes risikoen for 0 hendelser å ligge i rød del, dvs høy risiko som krever risikoreduserende tiltak. 1 hendelse vurderes til å ha akseptabel risiko, men hvor mulige risikoreduserende tiltak må vurderes (gul del). De øvrige, 6 – 7 hendelser ligger i grønn del, dvs akseptabel risiko uten behov for risikoreduserende tiltak.

Det presiseres at det ligger en begrensning i at ikke alle mulige uønskede hendelser er analysert og vurdert, men det er gjort et utvalg som av deltagerne ansees å belyse de viktigste forhold og hendelser vi så på det tidspunktet

Tallmateriale som benyttes i forhold til sannsynlighet baserer seg på tallmateriale fra første 7 mnd i 2008.

Deltakerne anser at de viktigste forhold er belyst i risikovurderingen

3 Konklusjon:

Den foreslåtte løsningen vil bringe hendelse nr 3 fra gul til grønn i forhold til nåværende løsning. Løsning med kun en døgnbil i helg vil bringe hendelse 1 fra grønt til gult, noe som tilsvarer dagens risikobilde.

Grunnen til at risikobilde kommer slik ut er gode backupløsninger når det gjelder, beredskapsambulanser, helikopter og lokal hjertestarter.

Løsningen med 1 døgnbil + 1 dagbil 5 dager i uken, ma-fre (dagbil kl 1000 til kl 2000), kan dermed anbefales.

3.1 Distribusjon av rapporten

Rapporten fra ROS-vurdering av foreslått organisering av ambulansetjenesten Osen/Roan oversendes oppdragsgiver for prioritering og videre oppfølging av risikoreducerende tiltak.

4 Vedlegg

Vurderinger av uønskede hendelser

Analyseobjekt	Felles ambulansestasjon Osen/Roan				
Beskrivelse av hendelse	1. Samtidighetskonflikt				
Konsekvenser Beskrivelse	Manglende tilgjengelighet til tjenesten medfører at pasienten får skade/smerte av tidsbegrenset varighet				
Klassifisering drift (sett ring)	1	2	3x	4	5
Klassifisering bruker. (sett ring)	1	2	3	4	5
Mulige årsaker	Bil i annet oppdrag				
Sannsynlighet Beskrivelse	Helg/natt: 4 ganger på 7 mnd hvorav 2 akutte Dag: Helg/dag: 6 ganger på 7 mnd hvorav 3 akutte. 1 tilfelle der et akuttoppdrag blir påvirket av samtidighetskonflikt				
Klassifisering (sett ring)	1	2	3x Døgnbil og dagbil i helg	4(x) Én bil i helg	5
Eksisterende forebyggende tiltak	Helikopter, annen ambulanse, møtekjøring,				
Mulige risikoreduserende tiltak	Hjertestarter lokalt med vakt				
Risikobeskrivelse					

Analyseobjekt	Felles ambulansestasjon Osen/Roan				
Beskrivelse av hendelse	2. Bil ut av drift				
Konsekvenser Beskrivelse	Manglende tilgjengelighet til tjenesten medfører at pasienten får skade/smerte av tidsbegrenset varighet				
Klassifisering drift (sett ring)	1	2	3x	4	5
Klassifisering bruker. (sett ring)	1	2	3	4	5
Mulige årsaker					
Sannsynlighet Beskrivelse	Nye biler				
Klassifisering (sett ring)	1x	2	3	4	5
Eksisterende forebyggende tiltak	Regelmessig service. Reservebil tilgjengelig				
Mulige risikoreduserende tiltak					
Risikobeskrivelse					

Analyseobjekt	Felles ambulansestasjon Osen/Roan				
Beskrivelse av hendelse	3. Manglende kompetent personell				
Konsekvenser Beskrivelse	Manglende tilgjengelighet medfører at pasienten får langvarig eller varig mèn				
Klassifisering drift (sett ring)	1	2	3	4x	5
Klassifisering bruker. (sett ring)	1	2	3	4	5
Mulige årsaker	Vaktsystem, manglende tilgang på kvalifisert personell,				
Sannsynlighet Beskrivelse					
Klassifisering (sett ring)	1x	2	3	4	5
Eksisterende forebyggende tiltak	Stasjonsvakt				
Mulige risikoreduserende tiltak					
Risikobeskrivelse					

Analyseobjekt	Felles ambulansestasjon Osen/Roan				
Beskrivelse av hendelse	4. Backup ambulanse ikke tilgjengelig				
Konsekvenser Beskrivelse	Manglende tilgjengelighet medfører betydelig funksjonstap eller død				
Klassifisering drift (sett ring)	1	2	3	4	5x
Klassifisering bruker. (sett ring)	1	2	3	4	5
Mulige årsaker	Fremkommelighet				
Sannsynlighet Beskrivelse					
Klassifisering (sett ring)	1x	2	3	4	5
Eksisterende forebyggende tiltak	Kontakt med veitrafikksentralen, bilstandard				
Mulige risikoreduserende tiltak					
Risikobeskrivelse					

Analyseobjekt	Felles ambulansestasjon Osen/Roan				
Beskrivelse av hendelse	5. Helikopter ikke tilgjengelig				
Konsekvenser Beskrivelse	Manglende tilgjengelighet medfører betydelig funksjonstap eller død				
Klassifisering drift (sett ring)	1	2	3	4	5x
Klassifisering bruker. (sett ring)	1	2	3	4	5
Mulige årsaker	Opptatt i annet oppdrag, vær				
Sannsynlighet Beskrivelse					
Klassifisering (sett ring)	1x	2	3	4	5
Eksisterende forebyggende tiltak	Ambulanseberedskap, flere helikopter				
Mulige risikoreduserende tiltak					
Risikobeskrivelse					

Analyseobjekt	Felles ambulansestasjon Osen/Roan				
Beskrivelse av hendelse	6. Lang ventetid sykehus				
Konsekvenser Beskrivelse	Manglende tilgjengelighet til tjenesten medfører at pasienten får skade/smerte av tidsbegrenset varighet				
Klassifisering drift (sett ring)	1	2	3x	4	5
Klassifisering bruker. (sett ring)	1	2	3	4	5
Mulige årsaker	Ambulansepersonell følger pasienten i sykehuset ved vanlige og hasteoppdrag				
Sannsynlighet Beskrivelse					
Klassifisering (sett ring)	1x	2	3	4	5
Eksisterende forebyggende tiltak	Flåtestyring				
Mulige risikoreducerende tiltak	Prioritering av pasienter som kommer med ambulanse				
Risikobeskrivelse					

Analyseobjekt	Felles ambulansestasjon Osen/Roan				
Beskrivelse av hendelse	7. Mangelfull flåtestyring				
Konsekvenser Beskrivelse	Hendelsen har merkbare konsekvenser for pasienten uten medisinsk konsekvens				
Klassifisering drift (sett ring)	1x	2	3	4	5
Klassifisering bruker. (sett ring)	1	2	3	4	5
Mulige årsaker	Stor aktivitet i AMK				
Sannsynlighet Beskrivelse					
Klassifisering (sett ring)	1x	2	3	4	5
Eksisterende forebyggende tiltak	Kart og flåtestyringsprogram, personellberedskap, oppløring, kompetanse				
Mulige risikoreduserende tiltak					
Risikobeskrivelse					

Def. sannsynlighet/konsekvens Helgeberedskap Osen/Roan 29.10.08
Sannsynlighet

Lite sannsynlig	Hendelsen inntreffer 1 gang pr 5 år eller sjeldnere
Mindre sannsynlig	Hendelsen inntreffer 1 gang pr år - 1 gang pr 5 år
Sannsynlig	Hendelsen inntreffer 1 gang pr halvår – 1 gang pr år
Meget sannsynlig	Hendelsen inntreffer 1 gang pr måned - 1 gang pr halvår
Svært sannsynlig	Hendelsen inntreffer oftere enn 1 gang pr måned

Konsekvens

	Drift	Pasient
1	Hendelsen har ingen merkbare konsekvenser for pasienten	
2	Hendelsen har merkbare konsekvenser for pasienten uten medisinsk konsekvens	
3	Manglende tilgjengelighet til tjenesten medfører at pasienten får skade/smerte av tidsbegrenset varighet	
4	Manglende tilgjengelighet medfører at pasienten får langvarig eller varig mèn	
5	Manglende tilgjengelighet medfører betydelig funksjonstap eller død	

Ordføreren i Roan
Ordføreren i Osen

Vår ref.: 2008/294 - 23770/2008
Deres ref.:
Arkiv:
Dato : 07.11.2008

Vedrørende ny organisering av ambulansetjenesten i Osen og Roan

Helse Nord-Trøndelags oppgave er å skape trygghet for liv og helse i befolkningen, og organisere spesialisthelsetjenesten slik at dette underbygges. Et av hovedelementene i dette er å til enhver tid ha en ambulansetjeneste som er høyt kvalifisert, tilstrekkelig dimensjonert og godt integrert i den øvrige sykehusdriften.

Vi vil innledningsvis takke for svært godt samarbeid med Osen kommune og Roan kommune i dialogen rundt ambulanseorganiseringen. På bakgrunn av denne dialogen, faglige vurderinger og egne utredninger er vi kommet fram til en anbefalt struktur på ambulansetjenesten i Osen og Roan.

Bakgrunn

Helse Nord-Trøndelag HF har foretatt en gjennomgang av ambulansetjenesten i Osen og Roan. I dag er en ambulanse stasjonert i Osen, og en i Roan.

Status, aktivitet og utfordringer for de to kommunene kan oppsummeres slik:

Status Osen:

- 1 døgnambulanse
- Hjemmevakt, 5 timer på stasjon (kl. 9-14 mandag - fredag)

Aktivitet i Osen i 2007:

- Akutt: 32
- Haster: 53
- Vanlig: 24
- Totalt antall oppdrag: 123
- Totalt antall oppdrag fra Osen: 109

Status Roan:

- 1 døgnambulanse

- Hjemmevakt, 5 timer på stasjon (kl. 9-14 mandag - fredag)

Aktivitet i Roan i 2007:

- Akutt: 40
- Haster: 57
- Vanlig: 56
- Totalt antall oppdrag: 179
- Totalt antall oppdrag fra Roan: 153

Utfordringer:

- Mangler personell, dekkes ved overtid
- Vanskelig å rekruttere til hjemmevakt
- De ansatte ønsker stasjonsvakt.
- Liten aktivitet i begge områdene:
 - Vanskeliggjør kompetanseoppbygging
 - Vanskeliggjør kompetansevedlikehold
- Mangler faglig miljø

Utredning

I forbindelse med gjennomgangen av ambulansetjenesten i Osen / Roan, har Helse Nord-Trøndelag lagt vekt på tett dialog med kommunene. Det er underveis i prosessen avholdt tre dialogmøter:

- 24. April 2008 med ordfører i Roan og ordfører og rådmann i Osen.
 - Tema: Dialog i forhold til status, utfordringer og aktivitet i de to kommunene, samt forslag til løsning med fordeler og ulemper.
- 01. Juli 2008 med formannskap i Osen og Roan
 - Tema: Dialog i forhold til status, utfordringer og aktivitet i de to kommunene, samt presentasjon av mulige løsninger med fordeler og ulemper knyttet til disse.
- 05. November med ordfører i Roan og ordfører og rådmann i Osen.
 - Tema: Gjennomgang av vårt arbeid med saken, inkl. ROS (risiko og sårbarhetsanalyse) gjennomgang og vurdering av beredskap.

Som basis for diskusjonene har Helse Nord-Trøndelag utarbeidet faktagrunnlag på personell, kompetanse og aktivitet. Helse Nord-Trøndelag har i tillegg utarbeidet en risiko- og sårbarhetsundersøkelse (vedlagt) for å ha en kvalifisert mening om riktig dimensjonering.

Vurdering og forslag til ny organisering

Hjemmevaksordningen medfører betydelige problemer med rekruttering av kvalifisert personell. I områder som Osen og Roan hvor det er lange transporter inn til sykehus, er betydningen av kompetansen til personellet enda større enn i områder nærmere sykehus. Ambulansepersonellet skal her overvåke og behandle pasienter under transporter på rundt to timer. I tillegg er kravet til reaksjonstid med stasjonsvakt ett minutt, mens den ved hjemmevakt er 10 minutter.

For å sikre at ambulansene blir bemannet av personell med de nødvendige kvalifikasjonene, det vi si at begge bilene er bemannet med to autoriserte ambulansesarbeidere, ønsker Helse Nord-Trøndelag å slå sammen de to tjenestene til en tjeneste med stasjon i området Bessaker (ca. 38 km fra Osen og 18 km fra Roan).

Basert på risiko- og sårbarhetsanalysen mener Helse Nord-Trøndelag at stasjonen bør betjenes av en døgnbil 7 dager i uka, og en dagbil med tjeneste mellom kl. 10 og 20 mandag til fredag. Begge bilene får da en reaksjonstid på dagtid ett minutt, og døgnbilen fire minutter på natt.

En stor gevinst med sammenslåing av de to tjenestene er at vi får etablert et miljø med mulighet til å videreutvikle kunnskaper og ferdigheter til de ansatte. De ansatte får dessuten en arbeidstid som tilsier at de være mer opplagt og i stand til å yte en bedre jobb enn med de lange arbeidsperiodene som de i dag har.

Fordelene med felles stasjon i området Bessaker, vil være:

- Bedre rekruttering (ansatte ønsker stasjonsvakt fremfor hjemmevakt)
- Mer stabil bemanning, mindre slitasje på personell
- Økt kompetanse
- Etablerer fagmiljø
- Makkertrening, bedre utstyrsrutiner
- Kortere reaksjonstid

Ulemper med ny løsning:

- Kun en bil på natt, og i helg
- Større avstand til enkelte områder
- Dyrere enn dagens løsning med hjemmevakt

Det er foretatt en ROS gjennomgang av foreslått løsning (se vedlegg). I denne er det gjort en analyse av sju potensielt uønskede hendelser, disse er:

1. Samtidighetskonflikt
2. Bil ut av drift
3. Manglende kompetent personell
4. Backup ambulanse ikke tilgjengelig
5. Helikopter ikke tilgjengelig
6. Lang ventetid sykehus
7. Mangelfull flåtestyring

Analysen viser at en løsning med døgnbil sju dager i uken, samt dagbil mandag-fredag kl. 10-20 på felles stasjon i området Bessaker, gir et akseptabelt risikobilde. Analysen viser også at det er gode backup-løsninger når det gjelder beredskapsambulanser, helikopter og lokal hjertestarter.

Tjenestens kvalitet vil ligge over dagens løsning i ukedagene, og vil være i tråd med dagens løsning i helgene.

Konklusjon

Helse Nord-Trøndelag organiserer ambulansetjenesten i Osen og Roan med en dagbil og en døgnbil med stasjon i området Bessaker. Tjenestetid for dagbilen settes til kl.10 – 20, mandag til fredag. Området vil med denne organiseringen få en fremtidsrettet tjeneste med muligheter til både å rekruttere og beholde kvalifisert personell. Det blir etablert et miljø som gir gode muligheter til faglig oppdatering og kompetanseheving. Den vil være i stand til å gi befolkningen i de to kommunene en kvalitetsmessig god tjeneste.

Ny organisering vil følges tett av Helse Nord-Trøndelag. Etter ett års drift i ny løsning vil foretaket gjennomføre en evaluering som forelegges de to kommunene.

Saken vil bli behandlet av styret i Helse Nord-Trøndelag, og vi tar forbehold om styrets godkjenning.

Vedlegg:

- Risiko og sårbarhetsanalyse (ROS analyse), datert 29.10.08, versjon 4.

Med hilsen

Arne Flaot

Vedlegg

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 42/2008 DMS Inn-Trøndelag - Hovedprosjekt

Saken behandles i:	Møtedato	Saksnr.
Styret	19.11.2008	42/2008

Saksbeh: Kristian Eldnes

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2008/2232

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF vedtar at det skal igangsettes et arbeid med sikte på å realisere et Distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF ber adm.direktør igangsette hovedprosjektet og skaffe finansiering for dette gjennom søknad om statlige midler og/eller finansiering mellom de aktuelle kommunene, Helse Midt Norge RHF og Helse Nord-Trøndelag HF.
3. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF forutsetter at saken blir fremmet på nytt i slutten av april 2009 med prosjektplan som inneholder nytt kostnadsoverslag og ny finansieringsplan. På bakgrunn av data fra hovedprosjektet vil styret i Helse Nord-Trøndelag HF da vurdere om helseforetaket har evne og mulighet til å realisere et DMS for Inn-Trøndelag.
4. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF forutsetter at det avklares med de aktuelle kommuner, Helse Midt-Norge RHF og Helse- og omsorgsdepartementet hvordan de stiller seg til deltakelse i finansiering og drift av DMS Inn-Trøndelag innen april 2009.

SAKSUTREDNING:

Sak 42/2008 DMS Inn-Trøndelag - Hovedprosjekt

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag. Rapport fra arbeidsgruppe 1.oktober 2008.

BAKGRUNN

Kommunene Inderøy, Steinkjer og Verran (INVEST-kommunene) henvendte seg til Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) med ønske om et samarbeid om helsetjenestene. I juni 2008 besluttet administrerende direktør Arne Flaatt at det skulle utarbeides en skisse/forprosjekt for et mulig distriktsmedisinsk senter i INVEST-kommunene. En arbeidsgruppe bestående av representanter for de tre kommunene og Helse Nord-Trøndelag fikk i oppdrag å foreta en utredning som skulle danne grunnlag for en eventuell beslutning om å planlegge og etablere et distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag.

Arbeidsgruppen overleverte sin rapport til administrerende direktør 01.10.08.

Rapporten er oversendt de tre kommunene for behandling og tilbakemelding. Den er også oversendt Helse Midt-Norge RHF til orientering.

Rapporten vedlegges saken.

FAKTISKE OPPLYSNINGER OG DRØFTING

Bakgrunn samhandling

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF vedtok allerede i 2004 i sin strategiplan for målområde 1 ; "Pasientbehandling og opplæring" - under strategi 1: "Flytte spesialisthelsetjenesten nærmere pasienten og styrke kompetansen i primærhelsetjenesten"

I forbindelse med Helse Midt-Norges strategiprojekt mot 2010 ga Helse Nord-Trøndelag HF innspill der man blant annet erkjente behovet for tettere samarbeid med kommunehelsetjenesten.

5.09.08 startet helseministeren et omfattende arbeid med en helsereform kalt

samhandlingsreformen. Forslaget til ny reform skal legges fram i april 2009. Det skal utarbeides

forslag om nytt lovverk, nye finansieringsformer og ny organisering av helsetjenesten. Statsråden

har allerede utpekt *distriktsmedisinske sentra og forsterkede sykehjem* som viktige virkemiddel i reformen.

I 2007 ble det startet et distriktsmedisinsk senter i Stjørdal. Erfaringene med distriktsmedisinske sentra og etterbehandlingsavdelinger i kommunehelsetjenesten, også kalt intermedieravdelinger, er svært gode. Forskningsresultater tilsier at kvaliteten av denne pasientbehandlingen er bedre enn i sykehus og koster langt mindre.

Desentraliserte spesialisttilbud i Steinkjerområdet i dag:

Helse Nord-Trøndelag har etablert:

- 1 psykiatrisk poliklinikk i Steinkjer. Poliklinikken er åpen hver dag og mottar ca 2500 konsultasjoner pr.år. Leier lokaler i Høvdingegården. Leieavtale frem til 2011.
- Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP). Avdelingen leier lokaler for konsultasjoner.
- Gynekologisk poliklinikk. Åpen 1 dag pr.uke. Bemannes med gynekolog og sykepleier. I 2007 ble det utført 450 konsultasjoner ved poliklinikken som betjenes fra Namsos. Poliklinikken leier lokaler i Steinkjer sykehjem.

For øvrig er følgende spesialisthelsetjenestetilbud etablert:

- Private avtalespesialister: Det er inngått 4 slike avtaler i INVEST-kommunene, alle lokalisert i Steinkjer kommune. Psykiatri (1), Hudsykdommer (40%), Psykolog (2)
- Kastvollen Rehabiliteringssenter, ligger i Inderøy kommune. Avtale med Helse Midt-Norge. De private rehabiliteringsinstitusjonene er definert som spesialisthelsetjeneste.

Senteret har 23 plasser og tar imot pasienter til rehabilitering enten etter sykehusopphold eller etter søknad fra kommunehelsetjenesten.

Målsettingen for et distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag er foreslått å være:

- *Å utforme en helhetlig behandlingsskjede for mennesker med sammensatte og kroniske sykdommer og funksjonsreduksjon (kvalitetsforbedring)*
- *Å skape en faglig god samhandlingsarena med bedre informasjonsflyt og gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten*
- *Å oppnå en bedre kostnadseffektivitet for spesialisthelsetjenesten, kommunene og samfunnet for øvrig*
- *Å gjennomføre et modellforsøk med et distriktsmedisinsk senter i samarbeid mellom flere kommuner og helseforetaket*
- *Å høyne kompetanse og styrke rekruttering til kommunehelsetjenesten*

De forventede effekter av et distriktsmedisinsk senter er knyttet til:

- a) bedre kvalitet på tjenestene gjennom
 - bedre funksjonsevne hos brukerne
 - færre re-innleggelser
 - mindre reisetid for brukerne
 - nærhet til tjenestene
- b) bedre samhandling og kompetanseoverføring mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste
- c) kostnadseffektivitet gjennom
 - lavere behandlingsskostnad
 - mindre behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester
 - kortere liggetid - frigjøre sykehussenger til andre pasienter
 - mindre utgifter til syketransport
- d) Bedre rekruttering av personell til kommunehelsetjenesten

Funksjoner i DMS Inn-Trøndelag som er foreslått av arbeidsgruppen:

- a) En sengeavdeling med ca 16 plasser, hvorav 12 plasser avsettes til etterbehandling etter sykehusopphold og 4 plasser avsettes for akutte innleggelser for pasienter som har behov for pleie, observasjon og behandling pga kjent sykdom, men som ikke fordrer innleggelse i sykehus.
- b) Dialyse/dagenhet med 5-6plasser. Enheten skal gi behandling med kunstig nyre og i tillegg brukes av pasienter som har behov for forskjellige former for dagbehandling
- c) Spesialistpoliklinikk som betjenes av spesialister fra sykehusene i Levanger og Namsos. Psykiatrisk og gynekologisk poliklinikk er allerede etablert i Steinkjer. I tillegg foreslås poliklinikk for ortopedisk kirurgi, øyesykdommer, indremedisin, samt en kreftpoliklinikk.
- d) Røntgenenhet for vanlige røntgenundersøkelser
- e) Kommunale helsetjenester som kommunene ønsker å samarbeide om, legevakt, jordmortjeneste, helsestasjon for eldre, demens/psykogeriatr, kreftsykepleier, rehabilitering, fysio- og ergoterapi, rusomsorg, miljørettet helsevern
- f) Ledelse, administrasjon, IKT og andre støttetjenester

Lokaler/lokalisering

Arealbehovet for sengepost og somatiske sykehustjenester er foreløpig beregnet til 850 kvm. I tillegg kommer arealbehovet til øvrige kommunale tjenester. Disse er ikke beregnet i forprosjektet, men forutsettes beregnet og tatt inn i hovedprosjektet.

Arbeidsgruppen foreslår at DMS Inn-Trøndelag plasseres i Steinkjer by og som alternativ 1 til plassering i byen foreslås DMS Inn-Trøndelag lagt i tilknytning til Steinkjer Sykehjem.

Økonomi

Arbeidsgruppen har i forprosjektrapporten basert seg på tall fra DMS Stjørdal når det gjelder Intermediærposten – kommunale sengeplasser (12 + 4 = 16 sengeplasser)

Driftskostnadene er stipulert til 17,3 mill.kr. årlig for en intermediæravdeling med 16 plasser.

Det er tatt som en forutsetning at Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord-Trøndelag HF og kommunene hver dekker 1/3 av driftskostnadene for intermediærenheten, 12 senger. Kostnaden for driften av de 4 helkommunale sengene dekkes i sin helhet av kommunene.

	Totalkostnad	Andel	Sum
HNT	12..975.000	1/3	4.325.000
HMN RHF	12..975.000	1/3	4.325.000
INVEST	12..975.000	1/3	4.325.000
Kommunale sengeplasser			4.325.000

Tabellarisk oppsummering av økte driftskostnader i spesialistpoliklinikken

Beskrivelse	Sum
Beregnete kostnader poliklinikkdrift iht forprosjekt	3.024.000
Redusert kostnad pasienttransport, stipulert iht forprosjekt	1.050.000
Netto drift poliklinikk	1.974.000
Andel HNT	1.729.000
Andel INVEST	245.000

Driften av øvrige kommunale tjenester er ikke beregnet.

Hovedprosjektkostnader

For å utrede et hovedprosjekt er det stipulert en kostnad på **1,2 mill.kr.**

Lønn prosjektledere og andre + kjøp av tjenester utgjør 950.000,-kr. av de 1,2 mill.kr.

Det søkes HOD (Helse- og omsorgsdepartementet) og KR D (Kommunal- og regionaldepartementet) om midler for å finansiere hovedprosjektet.

Kommunene, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF forutsettes å dekke hver sin tredjedel av kostnadene i hovedprosjektet. (Eventuelt fratrukket støttet fra departementene)

Oppsummering merkostnader Helse Nord-Trøndelag HF på grunnlag av arbeidsgruppens rapport av 1.10.08 (* Påslag i tillegg til arbeidsgruppens beregninger)

Beskrivelse	Sum
Drift intermediærpost 12 senger, 1/3 del av kostnadene	4.325.000
Merkostnader poliklinikkdrift	1.729.000
Sum økte driftskostnader HNT	6.053.000
Uforutsett 10 % *	653.000
Antatte merkostnader ved en DMS Inn-Trøndelag *	6.606.000

I tillegg til de antatte årlige driftskostnader på om lag 6.6 mill.kr. kommer Helse Nord-Trøndelag HF sin andel til kostnader utredning hovedprosjekt på ca.400.000,-kr. - gitt at en ikke skulle oppnå noe støtte fra departementalt hold. Dette er imidlertid en engangssum som forutsettes dekket av statlige midler.

Organisering, ansvar, ledelse, evaluering

Det anbefales av arbeidsgruppen at det etableres et selskap som på vegne av kommunene kan etablere og drive et DMS Inn-Trøndelag.

Hovedprosjektet skal utrede hvilken modell som bør anbefales overfor kommunene:

- Vertskommunemodellen (Kommuneloven)
- IKS (interkommunalt selskap) (IKS loven)
- Aksjeselskap (aksjeloven)

Uavhengig av hvilken alternativ organisering som anbefales, utredes vedtekter for organisasjonsmodellen som spesielt ivaretar faglighet og økonomisk kontroll.

Kommunene Snåsa og Mosvik bør inviteres til å delta i et likeverdig samarbeid om DMS Inn-Trøndelag

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er forankret i forskjellige lovverk. Organiseringen må avklare tydelig rollefordelingen mellom helseforetaket og kommunene vedr ledelse, personalansvar, økonomi, systemansvar og medisinsk faglig ansvar for hele virksomheten og for de enkelte delfunksjoner. Denne avklaringen må gjøres i hovedprosjektet.

Arbeidsgruppen mener etableringen av et DMS Inn-Trøndelag er et modellforsøk som bør evalueres. Hovedprosjektet må avklare hvordan dette skal skje.

Videre arbeid foreslått av arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen har skissert følgende fremdriftsplan i videre arbeid med et DMS Inn-Trøndelag:

- a) *Vedtak om hovedprosjekt.* Foreliggende skisse/prosjektrapport vil danne grunnlag for å fatte beslutning om å gå videre med å planlegge og realisere et DMS Inn-Trøndelag. Det må gies informasjon/innhentes høringsuttalelse til/fra politikere, faginstanser og administrative organer i kommunene og helseforetaket og Helse Midt-Norge. Saken må så legges frem for kommunestyrene i de tre INVEST-kommunene, samt for styret i Helse-Nord-Trøndelag. Slike vedtak kan foreligge tidligst i november 2008. Dersom kommunene og Helse Nord-Trøndelag fatter positive vedtak må det etableres et hovedprosjekt.
- b) *Invitasjon om deltakelse til nabokommunene Snåsa og Mosvik*
- c) *Etablere hovedprosjekt DMS Inn-Trøndelag.*
Målsettingen er todelt:
 - a. Dannelse av interkommunalt selskap for etablering og drift av DMS Inn-Trøndelag
 - b. Utarbeide detaljplaner for funksjoner, systemansvar, bemanning, organisering, lokaler, utstyr, IKT og økonomi (investeringsbehov og driftsbudsjett).

Det må etableres en prosjektorganisasjon med styringsgruppe, prosjektledere, prosjektgruppe og arbeidsgrupper. Styringsgruppe bør bestå av representanter for eierne (kommuner/foretak). Det bør vurderes å ansette to prosjektledere, en for hver av hovedmålsettingene. Prosjektgruppen bør ha relevant kompetanse fra spesialist- og

primærhelsetjenesten, byggeteknisk, IKT og økonomi. For de enkelte delområder vil det være hensiktsmessig å etablere mindre arbeidsgrupper som prosjektlederne kan trekke veksler på (sengepost, røntgen, dialyse, poliklinikker, kommunale tjenester, interkommunal organisering)

Hovedprosjektet avsluttes når det interkommunale driftsselskapet er etablert.

- d) *Kommunale vedtak om etablering av driftsselskap*
- e) *Interkommunalt selskap inngår avtaler med helseforetak, leier/ferdigstiller lokaler og utstyr, ansetter personell m.v*
- f) *Oppstart av et DMS Inntrøndelag - tidligst ved årsskiftet 2009/2010.*

Prosess etter at arbeidsgruppen leverte sin rapport

Rapporten er sendt på høring internt i alle klinikker og avdelinger samt til alle hovedtillitsvalgte i Helse Nord-Trøndelag HF. Det er informert om saken til hovedtillitsvalgte på møte 11.11.08.

Administrerende direktør har besørget at rapporten er behandlet i brukerutvalget og i samarbeidsutvalget i Helse Nord-Trøndelag HF.

Psykiatrisk klinikk ønsker at deres aktivitet på Steinkjer skal samlokaliseres med et DMS Inn-Trøndelag og de ønsker en representant med i ei arbeidsgruppe. Medisinsk klinikk på Levanger gir signaler om at de ønsker å utvide dialysevirksomheten ytterligere. De advarer også mot å opprette akutt plasser i et DMS på Steinkjer.

For øvrig tar en med at samarbeidsutvalget i sitt møte 08.10.08 ga sin tilslutning til at arbeidet videreføres. De ba om at følgende ble vektlagt i den videre prosessen:

- Psykiatrien bør innlemmes i det videre utredningsarbeidet
- Lokalisering av DMS bør vurderes i tilknytning til sykeheim
- Samhandlingsarbeidet bør unngå å skape et tredje helsetjenestenivå
- Forebyggingsarbeid bør få en viktig rolle i samhandlingsarbeidet
- Kompetansebygging bør fokuseres sterkere
- Prosesser i kommunene bør iverksettes når det gjelder hvordan sykeheimene brukes

KONKLUSJON VEIEN VIDERE

- 1) Kommunene og Helse Nord-Trøndelag HF må fatte vedtak om å delta i utredning av hovedprosjekt.
- 2) Helse Midt-Norge RHF må orienteres om prosjektet og de må avklare hvordan de kan bidra.
- 3) Det må søkes HOD og KRD om midler for å finansiere et hovedprosjekt.
- 4) Det igangsettes et hovedprosjekt for å utrede et mulig DMS Inn-Trøndelag med styringsgruppe, prosjektleder og prosjektgruppe samt arbeidsgrupper.
- 5) I første fase av hovedprosjektet skal det avklares hvilke funksjoner som skal legges inn i et mulig DMS Inn-Trøndelag og hva det vil koste å etablere og drive dette. Samt hvordan dette skal finansieres. Gjelder både investeringer og drift av senteret.

- 6) Saken legges så frem for styret i Helse Nord-Trøndelag HF i april 2009 til endelig vedtak om en skal etablere et DMS Inn-Trøndelag. (og eventuelt for kommunene samt for Helse Midt-Norge RHF)
- 7) Hvis nei avsluttes prosjektet, hvis ja fortsetter prosjektet med kommunalt vedtak om etablering av driftsselskap og videre slutføring av hovedprosjektet.
- 8) Interkommunalt selskap (IKS) viderefører arbeidet i tråd med hovedprosjektets anbefalinger og IKS inngår avtaler med partene.
- 9) DMS Inn-Trøndelag kan starte driften tidligst i 2010.



Distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag

Rapport fra arbeidsgruppe
1.oktober 2008

Innholdsfortegnelse:

1. SAMMENDRAG OG KONKLUSJONER.....	5
1.1 Innledning.....	5
1.2 Bakgrunn	5
1.3 INVEST-kommunene	5
1.4 Målsetting og forventede effekter	5
1.5 Forslag til funksjoner i DMS Inn-Trøndelag.....	6
1.6 Organisering og ansvarsdeling.....	6
1.7 Lokaler og økonomi	7
1.8 Hovedprosjekt – fremdriftsplan	7
2. MANDAT OG ARBEIDSFORM.....	8
2.1 Mandat.....	8
2.2 Arbeidsform.....	9
3. BAKGRUNN.....	10
3.1 Helsepolitiske strategier.....	10
3.2 Utdfordringene – eldrebølgen og pasienten med langvarige og sammensatte helseproblemer.	10
3.3 Distriktsmedisinske senter som virkemiddel	11
3.4 Trondheimsmodellen - intermediaærenhet.....	12
3.5 Distriktsmedisinsk senter i Stjørdal	12
3.6 Kartlegging av behov for intermediaære behandlingsplasser og akutt-plasser i Namdalsområdet	12
3.7 Samhandlingsreformen.....	12
4. INVEST-OMRÅDET	14
4.1 Bruk av spesialisthelsetjenester i INVEST området	14
4.2 Allerede desentraliserte spesialist tilbud i Steinkjer området.....	14
4.2.1 Psykiatrisk poliklinikk.....	14
4.2.2 Gynekologisk poliklinikk	15
4.2.3 Private avtalespesialister	15
4.2.4 Kastvollen Rehabiliteringssenter.....	15
4.3 Primærhelsetjeneste i INVEST-området	15
4.3.1 Legevakt.....	15
4.3.2 Institusjonsplasser	16
4.3.3 Inderøy	16

4.3.4 Verran.....	16
4.3.5 Steinkjer	17
4.4 Kreftsykepleier	17
4.5 Helsenett.....	17
5. MÅLSETTING FOR OG FORVENTNINGER TIL ET DMS I INVEST-OMRÅDET 18	
5.1 Målsetting	18
5.2 Forventede effekter	18
6. AKTUELLE FUNKSJONER I ET DMS I INVEST	20
6.1 Sengepost med intermediær enhet (etterbehandlingsenhet)	20
6.2 ”Kommunale” sengeplasser - akutt plasser	21
6.3 Dialyse/dagenhet.....	21
6.4 Spesialistpoliklinikk	21
6.4.1 Ortopedisk kirurgi	22
6.4.2 Gynekologi og svangerskap	22
6.4.3 Øyesykdommer	22
6.4.4 Psykiatri.....	22
6.4.5 Indremedisin/geriatri	22
6.4.6. Kreftpoliklinikk	22
6.5 Røntgen	23
6.6 Kommunale tjenester.....	23
6.7 Ledelse og støttefunksjoner	24
7. ØKONOMI	25
7.1 Spesialistpoliklinikk	25
7.1.1 Økte Inntekter – reduserte kostnader.....	25
7.1.2 Reduserte transportkostnader	25
7.1.3 Økte driftskostnader	26
7.2 Intermediærpost – kommunale sengeplasser.....	27
7.2.1 Driftskostnader	27
7.2.2 Kostnadsfordeling	27
7.3 Andre gevinster	27
7.3.1 Henie Onstad bo- og rehabiliteringssenter	27
7.3.2 Intermediæravdeling ved Søbstad Sykehjem	28
7.4 Hovedprosjekt – budsjettforslag.....	28
8. LOKALER	30
8.1 Arealbehov	30
8.2 Lokalisering	30

8.2.1.Alternativ 1/ prioritet 1:.....	30
8.2.2 Alternativ 2:.....	31
8.2.3 Alternativ 3:.....	31
9. ORGANISERING, ANSVAR, LEDELSE, EVALUERING.....	32
10. FREMDRIFTSPLAN.....	33

1. Sammendrag og konklusjoner

1.1 Innledning

Kommunene Inderøy, Steinkjer og Verran (INVEST-kommunene) har henvendt seg til Helse-Nord-Trøndelag (HNT) med ønske om et samarbeid om helsetjenesten. I juni 2008 besluttet adm.dir Arne Flaatt etter møte med kommunene å utarbeide en skisse/forprosjekt for et mulig distriktsmedisinsk senter i INVEST-området. En arbeidsgruppe med representanter for de tre kommunene og HNT fikk i oppdrag å foreta denne utredningen, etter et gitt mandat. Arbeidet er oppsummert i foreliggende rapport som er overlevert 1.oktober 2008. Rapporten skal danne grunnlaget for en eventuell beslutning om å planlegge og etablere et distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag.

1.2 Bakgrunn

Antall eldre i Norge øker med ca 30 % hvert tiår fra 2010. Behovet for helsetjenester er størst blant de eldre, ofte med flere sykdommer og sammensatte lidelser og nedsatt funksjonsevne med økt omsorgsbehov. Samfunnet generelt og helsetjenesten spesielt står derfor overfor store utfordringer de neste tiårene. Utfordringene kan ikke løses utelukkende med økte ressurser, men heller med omfordeling av oppgaver og bedre samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten.

Dette er allerede nedfelt i strategiene for helseforetaket gjennom å flytte spesialisthelsetjenesten nærmere lokalmiljøet og å overføre kompetanse til kommunehelsetjenesten. Det er behov for et tettere samarbeid mellom de to nivåene. Helse Nord-Trøndelag har desentralisert en rekke tjenester gjennom distriktspsykiatriske sentra og desentraliserte poliklinikker. I 2007 ble det startet et distriktsmedisinsk senter i Stjørdal.

Erfaringene med distriktsmedisinske sentra og etterbehandlingsavdelinger i kommunehelsetjenesten, også kalt intermedieravdelinger, er svært gode. Forskningsresultatene tilsier at kvaliteten av denne pasientbehandlingen er bedre enn i sykehus og koster langt mindre. En undersøkelse i Namdalsområdet viser at mange pasienter kan få et fullgodt tilbud lokalt dersom det er etablert. Kostnadene til pasienttransport kan reduseres ved at pasientene får gjort røntgenundersøkelser og spesialistkonsultasjoner nær hjemstedet.

På nasjonalt nivå har helseministeren har nylig startet et reformarbeid, den såkalte samhandlingsreformen. Målet er en bedre helsetjeneste gjennom bedre samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommuner, større resursinnsats i kommunene og større vekt på helsefremmende og forbyggende arbeid.

1.3 INVEST-kommunene

Et distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag kan gi tjenester til ca 32000 innbyggere. Kommunene i dette området samarbeider allerede om en rekke tjenester, gjennom INVEST-samarbeidet, også helsetjenester som legevakt og jordmortjeneste. Snåsa kommune er med i legevaktsamarbeidet. Kommunene har en godt utbygd infrastruktur i kommunehelsetjenesten, også institusjonsplasser. Det er allerede etablert spesialisthelsetjenester i området; desentralisert psykiatrisk og gynekologisk poliklinikk, private avtalespesialister og Kastvollen Rehabiliteringssenter. Kapittel 4 gir en oversikt over helsetjenestetilbudet i området.

1.4 Målsetting og forventede effekter

Målsettingen for et distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag er:

- *Å utforme en helhetlig behandlingsskjede for mennesker med sammensatte og kroniske sykdommer og funksjonsreduksjon (kvalitetsforbedring)*

- *Å skape en faglig god samhandlingsarena med bedre informasjonsflyt og gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten*
- *Å oppnå en bedre kostnadseffektivitet for spesialisthelsetjenesten, kommunene og samfunnet for øvrig*
- *Å gjennomføre et modellforsøk med et distriktsmedisinsk senter i samarbeid mellom flere kommuner og helseforetaket*
- *Å høyne kompetanse og styrke rekruttering til kommunehelsetjenesten*

De forventede effekter av et distriktsmedisinsk senter er knyttet til

- a) bedre kvalitet på tjenestene gjennom
 - bedre funksjonsevne hos brukerne
 - færre re-innleggelser
 - mindre reisetid for brukerne
 - nærhet til tjenestene
- b) bedre samhandling og kompetanseoverføring mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste
- c) kostnadseffektivitet gjennom
 - lavere behandlingstkostnad
 - mindre behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester
 - kortere liggetid - frigjøre sykehussenger til andre pasienter
 - mindre utgifter til syketransport
- d) Bedre rekruttering av personell til kommunehelsetjenesten

1.5 Forslag til funksjoner i DMS Inn-Trøndelag

Arbeidsgruppen mener det er et godt helsepolitisk, faglig, organisatorisk og økonomisk grunnlag for å etablere et distriktsmedisinsk senter. Senteret bør benevnes DMS Inn-Trøndelag. Det skal betjene befolkningen i de tre INVEST-kommunene, men også Snåsa og Mosvik bør inviteres inn et samarbeid om senteret. Arbeidsgruppen foreslår følgende funksjoner i senteret:

- a) En sengeavdeling med ca 16 plasser, hvorav 12 plasser avsettes til etterbehandling etter sykehusopphold og 4 plasser avsettes for akutte innleggelser for pasienter som har behov for pleie, observasjon og behandling pga kjent sykdom, men som ikke fordrer innleggelse i sykehus.
- b) Dialyse/dagenhet med 5-6plasser. Enheten skal gi behandling med kunstig nyre og i tillegg brukes av pasienter som har behov for forskjellige former for dagbehandling
- c) Spesialistpoliklinikk som betjenes av spesialister fra sykehusene i Levanger og Namsos. Psykiatrisk og gynekologisk poliklinikk er allerede etablert i Steinkjer. I tillegg forslås poliklinikk for ortopedisk kirurgi, øyesykdommer, indremedisin, samt en kreftpoliklinikk.
- d) Røntgenenhet for vanlige røntgenundersøkelser
- e) Kommunale helsetjenester som kommunene ønsker å samarbeide om, legevakt, jordmortjeneste, helsestasjon for eldre, demens/psykogeriatr, kreftsykepleier, rehabilitering, fysio- og ergoterapi, rusomsorg, miljørettet helsevern
- f) Ledelse, administrasjon, IKT og andre støttetjenester

1.6 Organisering og ansvarsdeling

Tre eller flere kommuner skal samarbeide med Helse Nord-Trøndelag om etablering og drift av DMS. Kommunene bør etablere en organisatorisk enhet, som ivaretar oppgaven på vegne av kommunene. Flere selskapsformer er aktuelle.

Helseforetaket vil stå for driften av spesialistpoliklinikken, røntgen og dialyse. Sengeposten, de øvrige funksjoner og administrasjon og ledelse legges til kommunenes ansvar. Helseforetaket vil ha et medisinsk veilednings- og tilsynsansvar i sengeposten.

1.7 Lokaler og økonomi

Arbeidsgruppen tilrår at DMS Inntrøndelag bør lokaliseres i Steinkjer by. Arealbehovet for sengeposten og sykehustjenestene er beregnet til ca 850m² i tillegg kommer arealbehovet til de øvrige kommunale tjenester. Arbeidsgruppen har skissert alternativer til lokaler.

Driften av sengeposten er stipulert til ca 17mill. Det forutsettes at Helse-Nord-Trøndelag og Helse Midt-Norge vil delta med en tredjedel hver for driftsutgiftene til de plassene som brukes til etterbehandling etter sykehusopphold.

Helseforetaket dekker i dag all pasienttransport i fylket. Et DMS vil redusere disse kostnadene. Dialyseenheten vil overflødiggjøre ellers nødvendige investeringer ved sykehusene. Driften av spesialistpoliklinikk, dialyse og røntgen ved DMS Inntrøndelag gir en beregnet merkostnad på ca 1.3 mill.

Driften av øvrige kommunale tjenester er ikke beregnet.

Prosjektkostnadene til hovedprosjektet er beregnet til ca 1.1mill

1.8 Hovedprosjekt – fremdriftsplan

Dersom kommunene og helseforetaket fatter positive vedtak bør den videre framdrift skje i et hovedprosjekt med følgende mål;

- a. Dannelse av en organisatorisk enhet/selskap for etablering og drift av DMS Inn-Trøndelag
- b. Utarbeide detaljplaner for funksjoner, systemansvar, bemanning, organisering, lokaler, utstyr, IKT og økonomi (investeringsbehov og driftsbudsjett).

Arbeidsgruppen foreslår å etablere en prosjektorganisasjon med styringsgruppe, prosjektledere, prosjektgruppe og arbeidsgrupper. Styringsgruppen bør bestå av representanter for eierne (kommuner/foretak). Det bør vurderes å ansette to prosjektledere, en for hver av hovedmålsettingene. Prosjektgruppen bør ha relevant kompetanse fra spesialist- og primærhelsetjenesten, byggeteknisk, IKT og økonomi. For de enkelte delområder vil det være hensiktsmessig å etablere mindre arbeidsgrupper som prosjektlederne kan trekke veksler på (sengepost, røntgen, dialyse, poliklinikker, kommunale tjenester, interkommunal organisering). Hovedprosjektet avsluttes når det interkommunale driftsselskapet er etablert.

Kommunene må fatte vedtak om etablering av driftsselskap

Det interkommunalt selskap inngår avtaler med helseforetak, leier/ferdigstiller lokaler og utstyr, ansetter personell m.v, og blir ansvarlig for den ordinære driften.

Oppstart av et DMS Inntrøndelag er neppe realistisk før tidligst ved årsskiftet 2009/2010

2. Mandat og arbeidsform

2.1 Mandat

Etter avtale med kommunene Steinkjer, Inderøy og Verran har Adm dir Arne Flaatt i Helse Nord-Trøndelag i brev av 1.7.08 oppnevnt en arbeidsgruppe for å utrede et eventuelt Distriktsmedisinsk senter (DMS) på Steinkjer

Arbeidsgruppen består av:

Dagfinn Thorsvik, HNT, leder
Øivind Stenvik, HNT
Frode Myrland, HNT
Marit Myrhaug, Inderøy kommune
Lisbeth Ystmark, Verran kommune
Ingeborg Laugsand, Steinkjer kommune
Ann Sissel Helgesen, DMS Stjørdal

Mandatet er formulert som følger:

”Gruppen bes utarbeide en enkel skisse for et mulig ”DMS” på Steinkjer

- *Utredde hvilke tilbud et ”DMS” på Steinkjer kan gi, både i forhold til polikliniske tjenester og en eventuell sengeavdeling (intermediærpost).*
- *Utredde hva slags effekt et slikt DMS vil ha for pasienter og pårørende.*
- *Avklare hvilke kostnader det vil innebære å bygge og/ eller leie og drive et ”DMS” for de involverte parter, - fordelt på hver enkelt interessent.*
- *Avklare så langt mulig hvordan tilbudet kan organiseres, lokaliseres og hvilken rolle de enkelte kommunene og helseforetaket kan spille.*
- *Utredde hva slags effekt et slikt DMS vil ha for HNT og kommunene, både i forhold til kompetanseallokering, pasientgrunnlag/pasientstrømmer og økonomisk.*
- *Avklare behov for støtte fra sykehusavdelinger, for eksempel ”moderavdelinger” til spesialistpoliklinikker på en DMS.*
- *Vurdere en mulig fremdrift ifm et ”DMS” på Steinkjer.*

Mandatet er ikke uttømmende. Gruppen oppfordres til å supplere mandatet hvis det er behov for det. Ta kontakt med adm.direktør hvis endringer ønskes.

Det forutsettes at gruppen kan benytte foreliggende erfaringer og rapporter (for eksempel ifm etableringen av DMS på Stjørdal) samt egne erfaringer og kunnskaper, slik at en ikke behøver å gjennomføre omfattende grunnlagsundersøkelser på nåværende stadium.

Den rapport som adm.direktør forventer å få overlevert skal danne grunnlag for beslutning om en ønsker å gå videre med dette prosjektet.

Som oppdragsgiver vil adm.direktør orientere kommunene løpende og sammen med dem beslutte om en vil fortsette arbeidet med ”DMS” Steinkjer etter at prosjektskissen er overlevert.

Tidsfrist overlevering av rapport: 1.sep.2008.”

2.2 Arbeidsform

Arbeidsgruppen har vært supplert med rådmann Jacob Br. Almlid, Verran og prosjektleder Mari Holien, begge fra INVEST-prosjektet. Helsefaglig rådgiver Dagfinn Thorsvik har ledet arbeidet.

Arbeidsgruppen har hatt 3 møter i Steinkjer. I tillegg har det vært avholdt interne møter mellom arbeidsgruppemedlemmene i INVEST kommunene.

Arbeidsgruppen har ikke foretatt nye utredninger/behovsanalyser. Gruppen har i stor grad basert sitt arbeid på de utredninger som ble gjort i forbindelse med forprosjekt og etablering av DMS Stjørdal. Videre har gruppen lagt til grunn en behovsundersøkelse foretatt mellom Sykehuset Namsos og Midtre Namdalskommunene våren 2008. Underveis i prosessen er berørte fagmiljøer i kommunene og helseforetaket konsultert.

Tidsfristen for arbeidet er underveis forlenget til 1.oktober

3. Bakgrunn

3.1 Helsepolitiske strategier

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF vedtok i juni 2004 sin strategiplan. Strategiplanen har 4 målområder. Under målområde 1; Pasientbehandling og opplæring er det uttrykt; ”*det skal rettes særlig oppmerksomhet mot pasienter med kroniske og sammensatte lidelser*”. Målområde 1 har nedfelt 5 strategier.

Strategi 1: ”*Flytte spesialisthelsetjenesten nærmere pasienten og styrke kompetansen i primærhelsetjenesten*” gjennom

- *sterkere differensiering mellom ulike typer behandlingsbehov*
- *styrke spesialistbehandlingen som kan skje nærmere pasientens bosted*
- *kompetanseoverføring til 1.linjetjenesten uten at dette svekker kompetansemiljø i helseforetaket*
- *samarbeidsprosjekt med kommuneregioner*
- *desentraliserte polikliniske tilbud*
- *bedre dialog mellom spesialisthelsetjenesten og 1.linjetjenesten*
- *økonomisk ansvar for tjenestene skal avklares gjennom delavtaler*”

I HNTs innspill til Helse Midt-Norges (HMN) strategiprojekt for utvikling av tjenestetilbudet frem mot 2010 heter det at

”Helse Nord-Trøndelag skal ha god og bred kompetanse i forholdet til vanlige lidelser og skal etter avtale samarbeide om lokalsykebusfunksjoner for universitetssykehuset og eventuelt andre sykehus.”

Dette innebærer at helseforetaket erkjenner behov for

- et tettere samarbeid med kommunehelsetjenesten
- en sterkere vektlegging av oppgaver rettet mot grupper av pasienter med langvarige og sammensatte helseproblemer
- En bedre organisering av egen virksomhet for å effektivisere tjenestene.

3.2 Utfordringene – eldrebølgen og pasienten med langvarige og sammensatte helseproblemer.

Pasienter med langvarige og sammensatte helseproblemer, spesielt eldre, havner ofte i en gråson mellom behandlingsnivåene. Dette er pasienter som vanskelig finner sin plass innenfor en spesialisert sykehusstruktur, med økende krav om reduksjon i liggetid. Mange av disse pasientene legges inn med uklare diagnoser, og med behov for tjenester fra flere sub-spesialiteter og avdelinger. Dette gjelder blant annet kronisk syke med sykdomsforverring, pasienter med uklare lidelser og sammensatte problemstillinger, uhelbredelig syke og døende.

De fleste pasienter med sammensatte og langvarige lidelser finner vi i de eldste aldersgruppene. En nasjonal undersøkelse på indremedisinske avdelinger (3) viste at pasienter over 75 år utgjorde 42 % av belegget. De hadde gjennomsnittlig 2.6 medisinske tilstander, 87 % hadde tidligere vært innlagt, 52 % bodde alene og gjennomsnittlig liggetid var 17 dager.

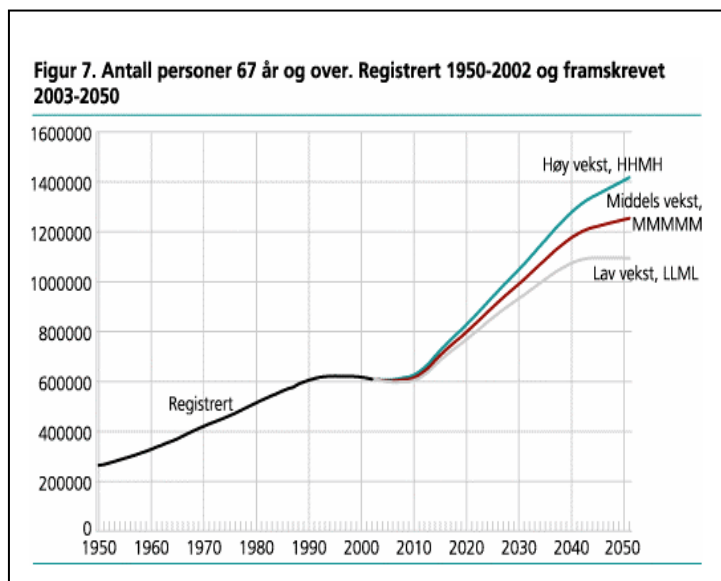
Svært mange hadde sterkt nedsatt fysisk og mental funksjon.

En undersøkelse ved St. Olavs hospital viste at 35 % av innlagte pasienter i sykehuset over 75 år hadde funksjonsnedsettelse med behov for omfattende hjelpetiltak utover medisinsk behandling.

Andre undersøkelser viser en sterk økning i antall reinnleggelser hos eldre, spesielt de eldste eldre. Hver 5.pasient over 80 år reinnlegges innen 2 måneder. Denne økningen skjer i en periode hvor andel eldre i befolkningen har vært stabil. Demografiske skjevheter gjør at vi får en sterk økning

av antall eldre fra 2010 og utover. Fra 2010 til 2020 vil antall innbyggere over 67 år øke med 30 %. Denne veksten forventes å forsette i perioden 2020 til 2030. Figur 1 illustrerer dette

Fig.1 Vekst i den eldre del av befolkningen



Kilde: NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt

Befolkningsutviklingen understreker viktigheten av foretakets målområde 1 med tilhørende strategier. Problemstillingen er i like stor grad regional og nasjonal. Vi vil få en stor økning i antallet eldre med sammensatte og langvarige lidelser. Det reises samtidig spørsmål om disse pasientgruppene får den beste behandlingen med dagens organisering av spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Befolkningsutviklingen tilsier at behovet for ”senger” vil øke. Et spørsmål blir om dette behovet skal dekkes ved flere senger i sykehus eller i kommunehelsetjenesten.

3.3 Distriktsmedisinske senter som virkemiddel

I Norge har vi valgt å dele ansvaret for helsetjenesten mellom to forvaltningsnivåer, staten og kommunen. Det er utarbeidet et omfattende lov- og forskriftverk for hvordan nivåene skal forholde seg til befolkningen og til hverandre. For brukerne av helsetjenesten kan ansvarsdelingen likevel skape problemer. Mange av pasientene, særlig de med langvarige og sammensatte helseproblemer er avhengig av bistand fra begge forvaltningsnivåene, og avhengige av at spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten samarbeider godt. Eldre pasienter med behov for lang etterbehandling blir ofte beskrevet som ”gråsonepasienter”. Så lenge spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten finansieres fra ulike forvaltningsnivåer vil det være et press fra begge sider for å unngå å ta på seg flere og kostnadskrevede oppgaver. Det har vært uttrykt stor vilje på begge sider av ”forvaltningskløften” til brobygging for å skape ”sammenhengende behandlingsskjeder” og å utvikle ”samhandlingsarenaer”, gjennom felles prosedyrer, hospiteringsordninger, praksiskonsulenter og ulike former for desentralisering av spesialisthelsetjenester.

Desentralisering av spesialisthelsetjeneste og bedre samhandling mellom helsetjenestenivåene er en uttrykt målsetting. Et virkemiddel for å oppnå dette er utvikling av *distriktsmedisinske sentra*. Fra departementet er det tatt til orde for dette, det er utført et utredningsarbeid med eksempler på hvordan tiltaket kan organiseres og gjennomføres. Erfaringene fra de forsøk som er gjort, er gode, med bedre kvalitet på tjenestene til en lavere kostnad.

3.4 Trondheimsmodellen - intermediearenhet

I Trondheim er det inngått et faglig, organisatorisk og økonomisk samarbeid mellom kommunen og St. Olavs hospital. Ved Søbstad sykeheim er det etablert en såkalt intermedieæravdeling med 20 senger. Avdelingen mottar pasienter som er ferdig utredet i sykehuset, men er i behov for fortsatt behandling og pleie. Pasientene er eldre, med kronisk sykdom, eller akutt sykdom og funksjonssvikt. Det er utarbeidet klare kriterier for hvilke pasienter som kan overføres til avdelingen. Avdelingen har en forsterket sykepleie- og legebemannning sammenlignet med vanlig sykehjem, samt fysioterapeut. Personalet er ansatt i kommunen men har fått opplæring på de respektive sykehusavdelinger. Disse avdelingene har deltatt i utarbeidelsen av behandlingsprosedyrer. Avdelingen samarbeider nært med øvrige hjelpetjenester i kommunene. Effekten av å ta i bruk en slik intermedieær avdeling er undersøkt og dokumentert gjennom Helge Garåsens doktoravhandling i april 2008. De pasienter som fikk sluttbehandling i intermedieærheten hadde færre reinnleggelses, lavere dødelighet, og hadde et mindre behov for kommunale tjenester det første året etter innleggelsen. Behandlingstilbudet i intermedieærheten var langt lavere enn i sykehus – bedre kvalitet til en lavere pris.

3.5 Distriktsmedisinsk senter i Stjørdal

DMS Stjørdal startet opp våren 2007. Senteret består av en intermedieæravdeling med 12 senger samt 4 kommunale sengeplasser, en dialyseenhet med 5 plasser, en spesialistpoliklinikk og en rekke kommunale helse- og sosialtjenester. Poliklinikken omfatter foreløpig gynekologi. I løpet av høsten 2008 utvides denne med ortopedi, ultralyd av gravide og konvensjonell røntgen. Senteret er lokalisert i gamle sykeheimslokaler som er omfattende renovert. Senteret drives av Stjørdal kommune. HNT driver røntgenenheten, dialyseenheten og spesialistpoliklinikken. Driftsutgiftene i intermedieærheten fordeles med en tredjedel hver på kommunen, HNT og Helse Midt-Norge.

Effekten av DMS Stjørdal skal evalueres gjennom et forskningsprosjekt i regi av NTNU. De foreløpige erfaringer etter 1 års drift er svært gode. Det er registrert en kraftig reduksjon av ferdigbehandlede pasienter som ligger i sykehuset Levanger fra Stjørdalsområdet.

Tilbakemeldinger fra pasienter og pårørende er svært gode. Det samme gjelder fra de kliniske avdelinger i sykehuset og fra kommunchelsetjenesten i Stjørdal.

En intensjon ved DMS Stjørdal var at også pasienter fra nabokommunene Meråker og Frosta i Nord-Trøndelag, samt Selbu, Tydal og deler av Malvik fra Sør-Trøndelag skulle nyttiggjøre seg sentret. Disse kommunene er ikke formelt delaktig i driften.

3.6 Kartlegging av behov for intermedieære behandlingsplasser og akutt plasser i Namdalsområdet

Med støtte fra Helse Midt-Norge ble det i januar-mai 2008 foretatt en kartlegging av alle innleggelses ved kirurgiske og medisinske avdelinger Namdal sykehus, fra alle kommuner i sykehusets nedslagsfelt. En betydelig andel av pasientene (16 %) kunne ha fått dekket sitt behov for helsetjeneste i kommunen, dersom egnede tilbud hadde eksistert, dvs akutt plass og/eller etterbehandlingsenhet (intermedieærhet). Det er ikke foretatt en lignende kartlegging for kommunene som sokner til Sykehuset Levanger, men det er grunn til å anta at tilsvarende behov finnes her og i INVEST-kommunene

3.7 Samhandlingsreformen

Helseminister Bjarne Håkon Hanssen varslet i juni 2008 en omfattende helsereform. Målet er å gjøre helsetjenesten bedre gjennom

- å bedre samhandlingen mellom den statlige spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i kommunene
- Redusere behovet for sykehustjenester gjennom økt satsing på helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid

Arbeidet med reformen startet 5.september 2008. Det skal utarbeides forslag om nytt lovverk, nye finansieringsformer og ny organisering av helsetjenestene. Helseministeren skal selv lede en ekspertgruppe som skal føre en omfattende dialog med aktører i Helse-Norge. En egen prosjekt organisasjon er etablert i Helse- og omsorgsdepartementet.

Forslaget til ny reform skal legges fram i april 2009. Reformen vil sannsynligvis legge opp til en økt satsning i primærhelsetjenesten og en desentralisering av spesialisthelsetjenestene. Statsråden har allerede utpekt *distriktsmedisinske sentra* og *forsterkede sykehjem* som viktige virkemiddel i reformen.

4. INVEST-området

INVEST består av kommunene Steinkjer, Inderøy og Verran. Disse tre kommunene samarbeider regionalt gjennom INVEST, og har som hovedmål fortsatt å kunne opprettholde et godt tjenestetilbud i tre selvstendige kommuner. INVEST har inngått forpliktende avtaler om samarbeid kommunene imellom, og innenfor helse og omsorgstjenestene kan det vises til følgende:

- Legevaktsamarbeid
- Jordmortjeneste
- IKT-samarbeid
- Opplæring og kompetanseheving i bruk av fagprogram Profil og IPLOS
- Rusomsorg

Det er stor vilje og interesse i INVEST for å skape flere forpliktende samarbeidsavtaler innen helse-, rehabiliterings- og omsorgstjenestene, og etablering av samarbeid med HNT er ønskelig i langt større omfang enn i dag.

Dersom en tar med Snåsa har de fire kommunene til sammen nærmere 32 000 mennesker. Dette utgjør ca 1/4 -del av befolkningen Helse Nord-Trøndelag skal dekke.

4.1 Bruk av spesialisthelsetjenester i INVEST området

Nedenfor er beskrevet bruken av spesialiserte helsetjenester INVEST- kommunene i 2007. I tabell 1 har vi også tatt med oversikt over innleggelser og poliklinikk konsultasjoner for Snåsa kommune.

Tabell 1: Befolkningsmengde, legedekning og bruk av sykehus i kommunene 2007

	Befolkning	Innleggelser	Poliklinikk	Rtg.us * ¹)	Fastleger	Spesialister
Steinkjer	20 672	3585	18469	2865	19* ²)	3.4
Verran	2623	469	2786	323	2 * ³)	
Inderøy	5920	879	4522	635	4	
Snåsa	2197	258	1622	105	2	
Sum	31632	4459	27399	3928	27	

*¹) Konvensjonell rtg.us henvist fra primærhelsetjenesten

*²) Ca.1000 av de 21 630 pasientene fastlegene i Steinkjer har, kommer fra nabokommunene, i hovedsak Inderøy, Verran og Namdalseid.

*³) 1 vikar, 3 hjemler

4.2 Allerede desentraliserte spesialist tilbud i Steinkjer området

4.2.1 Psykiatrisk poliklinikk

HNT har etablert en psykiatrisk poliklinikk i Steinkjer. Den bemannes med personell fra psykiatrisk avdeling Levanger (Tidligere team nord). Poliklinikken er tverrfaglig bemannet med spesialister i psykiatri, assistentlege, psykolog, sosionom, fysioterapeut og psykiatrisk sykepleier. Poliklinikken mottar polikliniske pasienter fra Snåsa, Steinkjer, Mosvik og Leksvik, dels også Inderøy, Verran og Osen, i alt ca 2500 konsultasjoner pr år. Poliklinikken er åpen hver dag (Mandag-fredag) Det er etablert et samarbeid med primærhelsetjenesten i Steinkjer og dels med øvrige kommunene.

Poliklinikken holder til i leide lokaler i Høvdinggården. Lokalene beskrives som gode. Det er inngått en leieavtale frem til 2011.

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP) har i flere år praktisert en ordning hvor pasienter/familier har fått tilbud om konsultasjoner lokalt i Steinkjer. Avdelingen leier lokaler for formålet.

4.2.2 Gynekologisk poliklinikk

HNT etablerte i 2005 et gynekologisk poliklinikktilbud i Steinkjer. Poliklinikken er bemannet med spesialist i gynekologi og sykepleier fra gynekologisk avdeling i Namsos 1 dag pr uke. Her mottas henviste pasienter fra Steinkjer og nabokommunene. I 2007 ble det utført 450 konsultasjoner ved poliklinikken.

Poliklinikken leier lokaler i Steinkjer sykeheim. Det er ønskelig å utvide virksomheten til også å omfatte rutineultralød av gravide.

4.2.3 Private avtalespesialister

Driftsavtaler om privat lege- og psykologspesialist praksis inngås etter dagens ordning mellom den enkelte spesialist og Helse Midt-Norge. I INVEST kommunene er det inngått 4 slike avtaler, alle lokalisert i Steinkjer kommune. Driftsavtalen fordeler seg slik:

Psykiatri	1 avtalehjemmel
Hudsykdommer	1 avtalehjemmel (40 %)
Psykolog	2 avtalehjemler

4.2.4 Kastvollen Rehabiliteringssenter

De private rehabiliteringsinstitusjonene er definert som spesialisthelsetjeneste. En av disse, Kastvollen Rehabiliteringssenter, ligger i Inderøy. Institusjonen har 23 plasser som drives etter avtale med Helse Midt-Norge. Kastvollen tar i mot pasienter som har behov for rehabilitering, enten etter sykehusopphold eller etter søknad fra kommunehelsetjenesten.

4.3 Primærhelsetjeneste i INVEST-området

4.3.1 Legevakt

Snåsa kommune har felles legevaktjeneste med Steinkjer og Verran. Legevakta har lokaler i Brannstasjonen på Steinkjer og er åpen 24 t/ døgnet. Legevaktsamarbeid er i tidsrommet 18-08 hverdager (felles telefonvakt fra 15.30), og hele døgnet lørdager, søndager og helligdager. Det er 1 vakthavende lege på vakt gjennom hele døgnet, og 1 sykepleier, mens det i tidsrommet kl 18-23 er 2 sykepleiere. Legevakta har egen leder i full stilling, samt medisinsk faglig ansvarlig lege i 10 % stilling. Legevakta har til sammen 6,7 årsverk, 12 ansatte sykepleiere i rundturnus på 3skiftsordning, og 16 leger fra Steinkjer, 1 fra Snåsa og 1 fra Verran som kjører legevakt.

Tabell 2: Bruk av legevakt i 2007

	Sum	Steinkjer	Verran	Snåsa	Inderøy
Pasienter	14295	13537	454	304	1351
Telefoner	29027	27598	841	588	1418
Sykebesøk	241	239	1	1	4
Ambulanseoppdrag	1793	1582	120	91	344

Inderøy kommune har interkommunal legevaktordning med Levanger, Verdal og Frosta kommuner, organisert som IKS.

Legevakten har lokaler ved Sykehuset Levanger og er bemannet i tidsrommet kl. 15.30 til kl. 08.00 alle hverdager og hele døgnet lørdag, helg og høytider.

Det er ansatt daglig leder i 50 % stilling, medisinsk faglig rådgiver i 20 % stilling, mens det kjøpes hjelpepersonellressurs fra sykehuset. Legene i kommunene betjener ordningen etter oppsatt plan med 2 på kveld og 1 på natt.

4.3.2 Institusjonsplasser

Tabell 3: Institusjonsplasser i INVEST-kommunene

	Befolkning	Institusjonsplasser					Tilsynsleger
		Antall	Korttid	Akutt	Langtid	Liggedøgn korttid	
Steinkjer	20 672	127 B/O 15 H /R	19 B/O 15 H/R		108 0	36 B/O 35 H/R	1 årsv. (8 leger)
Verran	2 623	30	6		24		0,2 årsv
Inderøy	5 920	40	12	4	24	50 (1800)	0,2 årsv * ⁵)
Snåsa	2 197						
Sum	31 632						

4.3.3 Inderøy

Kommunen har 40 plasser på sykeheimen, alle enerom, hvorav 12 plasser er avsatt til korttid for avlastning og rehabilitering, mens 4 er avsatt til akutt plasser.

Akutt plassene er definert benyttet til en ikke planlagt korttidsplass, men et straksbehov for personer som medisinsk faglig ikke er vurdert for innleggelse i sykehus.

For å oppnå full utnyttelse av korttid og akutt plassene må kommunen realisere utbygging av 16 omsorgsboliger for demente i henhold til eldreplan.

I 2007 benyttet kommunen gjennomsnittlig 6 av plassene til korttid/akutt plasser, og disse var opptatt 300 dager av året (1800 liggedøgn), ca 7 uker pr. pas på korttid.

Stillingstørrelse tilsynslege på sykeheimen er vedtatt utvidet til fra 0,2 til 0,4 årsverk fra 1.1.2009.

Inderøy har 42 omsorgsboliger med døgnbemanning og i tillegg 8 ”psykiatriboliger” og 11 andre omsorgsboliger

4.3.4 Verran

Kommunen har en sykeheim med 6 korttidsplasser og 24 langtidsplasser, og med tilsynslege i 20 % stilling. Korttidsplassene har avsatt en plass til døgnrehabilitering, og de fem plassene benyttes til avlastning, observasjon og lettere medisinsk behandling. Plassene har tilnærmet 100 % dekning til enhver tid.

Langtidsplassene benyttes i hovedsak til eldre med to eller flere hoveddiagnoser.

Gjennomsnittsalderne var i 2007 på 86 år, med en overvekt av kvinner. En plass i langtidsenheten er avsatt til terminalpleie / lindrende behandling

Verran kommune har lagt en stor del av demensomsorgen til tilrettelagte bofellesskap som er tilknyttet heldøgns bemanning. Botilbudene består av i alt 16 boenheter fordelt på to grupper. Beboerne har ukentlig tilgang til tilsynslege, ca 10 % stilling. Det legges vekt på aktiv og meningsfull omsorg.

Det er i alt 9 omsorgsboliger innen psykisk helse, med stasjonær bemanning på dag og kveld hele uka.

Videre har kommunen heldøgns bemanning i tre andre omsorgsboliger for personer med nedsatt funksjonsevne.

4.3.5 Steinkjer

Kommunen har til sammen 38 korttidsplasser, hvorav 15 plasser innen rehabilitering. Antall liggedøgn er i gjennomsnitt 43,5 døgn, ca. 6,2 uker pr. pasient. Innenfor rehabilitering er antall liggedøgn ca. 5 uker. (2007) Antall innskrivninger / utskrivninger: 193 (utskrevet til langtidsplass, hjem, død, sykehus, eller annen bolig.)

Kommunen har innen rehabilitering hatt 120 inn/utskrivninger, hvorav 99 til heimen.

Kommunen har til sammen 127 langtidsplasser i sykehjem.

Tilsynsleger: Til sammen 8 tilsynsleger som har avtale om 38 t arbeid, ca. 10 % stilling hver.)

Steinkjer sykehjem har 4 tilsynsleger/16 timer, Egge Helsetun 2 leger/11 timer, Stod sykehjem 6 timer, og Betania 7 tilsynslegetimer.

Videre har Steinkjer flere omsorgsboliger med heldøgns omsorg (HDO). Dette er boliger tilknyttet ett eldresenter, og kriteriet for heldøgns nattevakt / alarm og hjelp på natt innen 5 -10 minutter. Til sammen 240 fordelt på 7 eldresenter. I tillegg er det 26 omsorgsboliger for spesielle behov (16 psykiatri, 10 for demente) med heldøgnsomsorg.

Steinkjer har også til sammen 75 boliger hvor man har heldøgns tilbud for funksjonshemmede (HDU).

4.4 Kreftsykepleier

Steinkjer kommune har kreftsykepleier i 50 % stilling. Kreftsykepleier er koordinator for kreftsykepleien i kommunen, og skal være bindeledd mellom Helseforetakets kreftavdeling, opp mot fastlegene og innad mot sykepleierne i kommunen.

Det siste året har tjenesten hatt fokus på barn og unge, og det er kjørt flere opplæringsprogram for ungdomsskolene, for pårørende og for syke. Det er et godt samarbeidet med Kreftforeningen, og antall pasienter som henvender seg til kreftsykepleier er sterkt økende. Kommunen har utnyttet kreftsykepleierkompetanse både i hjemmesykepleien og i sykehjemmene.

Inderøy kommune har sykepleier med kreftsykepleie som spesialisering, men kompetansen benyttes ikke spesielt, og inngår i den ordinære bemanningen ved sykehjemmet.

Verran kommune har opprettet 40 % stilling for kreftsykepleier. Stillingen er også tillagt et ansvar ovenfor pasienter med kroniske smerter og da i nært samarbeid med fastlege og spesialisthelsetjenesten.

Samarbeidet mellom Helse NT, fastlegene og kreftsykepleierne kan og bør forbedres

4.5 Helsenet

Fastlegene i Inderøy og Steinkjer samt legevakta er knyttet til Helsenet. Dette er på langt nær godt nok hvis flyten av pasientinformasjon skal fungere i alle ledd. Utbygging av Helsennettets funksjoner til å innbefatte flere helse og omsorgstjenester er derfor nødvendig. Her kan blant andre nevnes pleie og omsorgstjenester, rehabiliteringstjenester, helsesøstertjenester, jordmortjenester og privatpraktiserende fysioterapeuter.

Samhandling ved hjelp av videokonferanser mellom spesialisthelsetjenesten og de kommunale tjenestene vil være et viktig hjelpemiddel for å sikre kvalitet i oppfølgingen og samtidig bidra til at eksempelvis turnuslegen og andre nyutdannede helsearbeidere føler trygghet i arbeidssituasjonen.

5. Målsetting for og forventninger til et DMS i INVEST-området

5.1 Målsetting

- *Å utforme en helhetlig behandlingsskjede for mennesker med sammensatte og kroniske sykdommer og funksjonsreduksjon (kvalitetsforbedring)*
- *Å skape en faglig god samhandlingsarena med bedre informasjonsflyt og gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten*
- *Å oppnå en bedre kostnadseffektivitet for spesialisthelsetjenesten, kommunene og samfunnet for øvrig*
- *Å gjennomføre et modellforsøk med et distriktsmedisinsk senter i samarbeid mellom flere kommuner og helseforetaket*
- *Å høyne kompetanse og styrke rekruttering til kommunehelsetjenesten*

5.2 Forventede effekter

De forventede effekter av et distriktsmedisinsk senter er knyttet til

- a) bedre kvalitet på tjenestene gjennom
 - bedre funksjonsevne hos brukerne
 - færre reinnleggelser
 - mindre reisetid for brukerne
- b) bedre samhandling og kompetanseoverføring mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste
- c) kostnadseffektivitet gjennom
 - mindre behov for pleie- og omsorgstjenester
 - frigjøre sykehussenger til andre pasienter
 - mindre utgifter til syketransport
- d) Bedre rekruttering av personell til kommunehelsetjenesten

Mindre tidsbruk og kortere reise er i seg selv en kvalitetsforbedring for spesielt for pasienter og pårørende som har behov for hyppige kontakter med spesialisthelsetjenesten f eks dialysepasienter. Nærhet til hjemmemiljøet og de kommunale tjeneste tilbud skaper større trygghet, med et større fokus på rehabilitering og pasientens totalsituasjon. Behandling i intermediærenhet forventes å føre til færre reinnleggelser, og å gi pasientene en bedre overlevelsessevne og funksjonsevne.

Et distriktsmedisinsk senter er en samhandlingsarena hvor aktører fra kommunene og spesialisthelsetjenesten møtes. Dette gir mulighet for gjensidig kompetanseoverføring mellom nivåene og ikke minst mulighet for å utvikle en tverrfaglig samhandlingskompetanse, særlig i forhold til pasienter med langvarige og sammensatte behov.

Internt i kommunene vil et distriktsmedisinsk senter med en intermediæravdeling kunne føre til en kompetanseoverføring til den øvrige sykehjemstjenesten og hjemmetjenestene. Det er ønskelig at sykehjemmene i fremtiden blir i stand til å gi noe mer krevende behandling for dermed å unngå innleggelser i sykehus. En hospiteringsordning knyttet til DMS vil bidra til både et tettere samhandlingsrom og øke kompetansen, samt bidra til å beholde og rekruttere ressurser internt i hver kommune.

Både helseforetak og kommuner bør kunne høste økonomiske fordeler av et distriktsmedisinsk senter. Utgiftene til syketransport utgjør en stor del av budsjettet til HNT. Et DMS i INVEST vil føre til betydelige reduksjoner i syketransport. Behandlingskostnadene i en intermediærenhet er

lavere enn i sykehus og resultatene fra Trondheim tilsier reduksjon i de kommunale utgiftene til omsorgstjenester.

Behovet for institusjons plasser i helsetjenesten forventes å øke betydelig de neste tiårene pga økt andel eldre i befolkningen. En intermediæravdeling ved DMS i INVESTområdet vil redusere presset på sengekapasiteten ved sykehusene i fylket og på langtidssykehjemsplasser i kommunene.

En mulig negativ effekt av å desentralisere spesialisthelsetjenester er en svekkelse av fra før små fagmiljøer i sykehusene.

En annen mulig negativ effekt i kommunene kan være økte oppgaver og kostnader knyttet til tidligere utskriving fra sykehuset, samt dyrere medisiner, uten at finansieringen følger pasienten.

6. Aktuelle funksjoner i et DMS i INVEST

Følgende hovedfunksjoner bør ligge i et distriktsmedisinsk senter i INVEST-området

- *Sengepost m/intermediærenhet*
- *Dialyse*
- *Spesialistpoliklinikker*
- *Røntgenenhet*
- *Kommunale tjenester*
- *Administrasjon og støttefunksjoner*

6.1 Sengepost med intermediær enhet (etterbehandlingssenhet)

Det bør etableres en sengepost med ca 16 døgnplasser, hvorav 12 senger bør inngå i intermediærenheten, de øvrige 4 er kommunale akutt plasser.

Intermediærenheten skal motta pasienter som skrives ut fra sykehusene i Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital. Pasientene skal være ferdig medisinsk utredet i sykehus, men ha behov for fortsatt medisinsk behandling/pleie/rehabilitering/oppfølging i institusjon, før de kan komme hjem til egen bolig eller kan overflyttes til en rehabiliteringsinstitusjon. Pasienter med behov for lindrende behandling/terminal pleie bør også kunne få et kvalitativt godt tilbud i en slik enhet.

En grunnleggende forutsetning er at pasientene skal ha en forventet nytte av et oppholdet, som er minst like god som fortsatt opphold i sykehusavdeling. Det skal ikke være krav til spesielle diagnoser. De mest aktuelle pasient grupper er eldre pasienter med kroniske/sammensatte lidelser hvor forverring har ført til funksjonsreduksjon. Eksempler er lungesvikt (KOLS), hjertesvikt, angina pectoris, hjerneslag, kreft, lungebetennelser, fallskader, brudd.

Intermediærenheten må ha en forsterket sykepleiebemannning, en forsterket legetjeneste og en forsterket fysio- og ergoterapitjeneste sammenlignet med vanlig sykehjemsbemannning. Enheten må ha gode rutiner for samhandling med kommunenes øvrige tjenestetilbud; fastleger, rehabilitering, hjemmesykepleie, hjemmehjelp.

En intermediærenhet er å betrakte som en desentralisert spesialisthelsetjeneste. Det må utarbeides bestemte kriterier for hvilke pasienter som kan overføres fra sykehusavdeling til intermediæravdelingen. Kriteriene må utarbeides i felleskap mellom personalet i respektive sykehusavdelinger og intermediærenheten. Personalet i DMS/intermediærenhet må få opplæring/hospitering i de respektive sykehusavdelinger for å tilegne seg nødvendig kompetanse til å ta seg av de enkelte pasientgrupper, f. eks KOLS-pasienter.

Spesialisthelsetjenesten (Moderavdelinger i Helse Nord-Trøndelag) skal ha et veiledningsansvar et faglig ansvar for å oppdatere personalet i DMS og skal også godkjenne de behandlingsprosedyrer som utarbeides.

Ambulerende spesialister kan gi råd og tilsyn vedrørende pasientene som er innlagt i intermediærenheten. Den daglige legetjenesten forøvrig skal ivaretas av allmennlege(r) og vakttjenesten på kveld og natt må dekkes av den kommunale legevakttjenesten

Enheten må ha tilgang på en del utstyr utover det som er vanlig i sykehjem..

6.2 "Kommunale" sengeplasser - akuttplasser

Faglige og driftsøkonomiske hensyn taler for at kommunale sengeplasser bør integreres i en sengepost sammen med en intermediearenhet. Dette skal ikke være ordinære og varige sykehjemsplasser, men sengeplasser for å ivareta brukere som trenger rehabilitering eller brukere som har behov for en korttidsplass f. eks i påvente av permanent sykehjemsplass, eventuelt akuttinnleggelse som alternativ til innleggelse i sykehus.

Arbeidsgruppen mener at det bør prøves ut en ordning med akuttplasser i et fremtidig DMS i INVEST-området. Slike akutt plasser skal dekke behovet for tidsavgrenset observasjon, behandling og pleie for pasienter med kjent sykdom og hvor det ikke er behov for medisinsk utredning i sykehus

Eksempler er pasienter med intermitterende eller nyoppståtte behov for

- Observasjon og pleiemessig bistand
- Intravenøs væsketilførsel
- Diureticabehandling ved kronisk hjertesvikt
- Smertelindring
- Nedleggelse av ernæringssonde
- Blodtransfusjon
- Enkle blod/urinundersøkelser

Akuttplassene bør være integrert i sengeposten sammen med etterbehandlingsenheten med forsterket sykepleie og legetjeneste. Akuttplasser forutsetter tilgang på legetilsyn på døgnbasis. En samlokalisering med legevaktjenesten er derfor hensiktsmessig. Kommunal akutt plass må ha legeressurs på døgnbasis. Arbeidsgruppen tilrår å legge 4 - 6 sengeplasser til en slik enhet.

6.3 Dialyse/dagenhet

En del pasienter har behov for langvarig eller medisinsk dagbehandling. Dette gjelder særlig pasienter med nyresvikt (dialyse), kreftpasienter (cytostatika) og revmatikere (remicade). I et DMS vil nyresviktpasienter kunne få et tilbud om dialysebehandling nær hjemstedet. Disse pasientene må ha behandling noen timer to – tre ganger ukentlig. Tilbudet betyr redusert reisetid for pasientene og store besparelser i reiseutgifter.

Det medisinsk faglige ansvaret for behandlingen må ivaretaes av medisinsk avdeling, Sykehuset Levanger. Avdelingen mener det er behov for 5-6 plasser for dialyse i INVEST-området.

Dialyseplassene vil være belagt 3 dager pr uke. De øvrige dager kan behandlingsplassene benyttes til andre pasienter som har behov for desentralisert dagbehandling, eksempelvis kreftpasienter og blodgivere.

Dialyse/dagenheten bør ligge i fysisk nærhet til sengeposten, med tanke på sambruk av personell, lokaler og utstyr

6.4 Spesialistpoliklinikk

I et DMS i INVESTområdet bør det etableres en poliklinikk hvor sykehusenes spesialister kan undersøke og behandle pasienter.

Reiseavstanden fra INVESTområdet til Sykehusene i Levanger og Namsos er overkommelige, men for en del pasientgrupper vil en spesialistpoliklinikk i lokalmiljøet likevel bety store fordeler. Det gjelder særlig eldre pasienter og pasienter med kroniske/sammensatte lideleser med behov

for mange kontakter med spesialisthelsetjenesten, og hvor selv en times reising vil bety en belastning. Eksempler på dette er pasienter med psykiske lidelser, hjertesvikt, diabetes, KOLS, kontroller etter brudd og proteseoperasjoner, kreftpasienter, mv.

For å sikre en rasjonell utnyttelse av personellressurser (spesialister) og utstyr må spesialistpoliklinikkene ha et visst volum, dvs at en spesialist som reiser ut (ambulerer) har arbeidsoppgaver nok til å fylle en arbeidsdag, samtidig må grunnlaget være så stort at det kan være en poliklinikkdag minst en gang pr mnd. Det er videre en forutsetning at spesialisten har tilgang på utstyr og medisinsk dokumentasjon som sikrer en kvalitet på konsultasjonen som er like god som i sykehuspoliklinikken.

De enkelte poliklinikker vil være bemannet enkelte dager pr uke og det kan derfor legges opp til sambruk av lokaler, utstyr og hjelpepersonell

Følgende poliklinikker er mest aktuelle og bør vurderes i planleggingen av et DMS i INVEST-regionen:

6.4.1 Ortopedisk kirurgi

Dette vil dekke et behov for en stor pasientgruppe; bl.a. kontroller etter bruddbehandling og protesekirurgi, samt vurdering av nyhenviste pasienter som har behov for undersøkelse hos spesialist med tanke på operasjon. En forutsetning for en slik poliklinikk er tilgang røntgenundersøkelse.

Poliklinikken kan betjenes av ortopeder fra avdelingene i Levanger eller Namsos.

6.4.2 Gynekologi og svangerskap

Denne poliklinikken er allerede etablert i Steinkjer, se kapitel 4. Den kan med fordel integreres i DMS. Tjenesten bør utvides til å omfatte rutine ultralyd for gravide.

Den kommunale jordmortjenesten bør lokaliseres til DMS.

6.4.3 Øyesykdommer

Dette er en svært stor pasientgruppe. Nærmeste spesialist tilbud er Levanger eller Namsos. En spesialistpoliklinikk i Steinkjerområdet vil kunne gi et fullgodt tilbud til pasientene, med store besparelser i utgiftene til syketransport. Tilbudet kan etableres gjennom en avtalehjemmel for privat praksis, eller som en desentralisert poliklinisk tilbud fra Øyeavdelingen, Sykehuset Namsos

6.4.4 Psykiatri

Tilbudet i voksenpsykiatri er allerede godt etablert gjennom psykiatrisk poliklinikk, se kap.4, samt private avtalehjemler. Det vil være aktuelt å samlokalisere psykiatrisk poliklinikk i DMS når nåværende leieavtaler utløper.

Det er også ønskelig å utvide tilbudet til også å omfatte barne- og ungdomspsykiatri.

6.4.5 Indremedisin/geriatri

Dette vil være et aktuelt tilbud til en stor gruppe (eldre) pasienter.

6.4.6. Kreftpoliklinikk

Antall kreftpasienter er stadig økende. Begge sykehus har etablerte kreftpoliklinikker. Noe av denne virksomheten kan flyttes ut til DMS, hvor det bør legges opp til et integrert samarbeid med kommunal kreftsykepleier.

6.5 Røntgen

Tilgang til de mest vanlige røntgenundersøkelser lokalt er en forutsetning (støttefunksjon) for enkelte desentraliserte poliklinikker. En del pasienter som blir henvist til røntgenundersøkelse fra primærlege kan også få gjort denne undersøkelsen lokalt. Tjenesten kan derfor også karakteriseres som en desentralisert spesialisttjeneste.

Røntgenavdelingene i Helse Nord-Trøndelag utfører i dag ca 4000 konvensjonelle røntgenundersøkelser på pasienter henvist fra INVESTområdet. Mange av disse kan få utført røntgenundersøkelsen ved DMS INVEST. For pasientene betyr dette spart reisetid og for Helse Nord-Trøndelag betyr det sparte reiseutgifter..

Arbeidsgruppen tilrår at DMS INVEST utstyres med en røntgenenhet. Det må anskaffes (kjøp eller leasing) digitalt røntgenutstyr for enkle undersøkelser (skjelett, thorax) med elektronisk tilknytning til sykehusene i Levanger og Namsos og PACS/RIS systemet i Helse Midt-Norge. Virksomheten organiseres som en filial tilknyttet Røntgenavdelingen, Helse Nord-Trøndelag. Enheten må betjenes av en radiograf tilknyttet denne avdelingen. Avdelingen får ansvar for billedtolkning og administrasjon/allokering av henvisninger.

En egen arbeidsgruppe ved medisinsk serviceklinikk har utarbeidet en vurdering av desentraliserte røntgen tilbud.

6.6 Kommunale tjenester

INVEST kommunene ønsker å etablere kommunale akutt plasser i tilknytning til etterbehandlingsenheten. (se ovenfor).

De fleste ordinære helse- og omsorgstjenester må fortsatt utgå fra den enkelt kommune, men det vil være aktuelt å samarbeide om evt. å ha enkelte tjenester felles og legge disse til et DMS Inn-Trøndelag. Hvilke dette gjelder må avklares i hovedprosjektet:

- Fysio- og ergoterapi
- Rehabilitering
- Jordmortjeneste
- Legevakt/Laboratorium
- Kreftomsorg/kreftsykepleier
- Forebyggende helse, rådgivning, mestring, kosthold etc.
- Smittevern/Miljørettet helsevern
- Tilsynslegefunksjon
- Kommunal psykiatriomsorg
- Rusomsorg
- Ressursenter for eldre

Målsetting er å forbedre samhandlingen mellom 1. og 2.linjetjenesten - det sømløse helsevesen. En eventuell organisering av enkelte og/eller alle disse tjenestene innenfor en felles organisering, skal ikke *nødvendigvis* medføre at personellet har arbeidssted ved DMS, dvs at brukerne skal få levert sine tjenester på normalt sted på linje med dagens ordning. Imidlertid er det en klar målsetting at man gjennom at flere spesialtjenester evner å etablere sterke faglige miljø/enheter (organisatorisk) som vil kunne medføre en økt kvalitet av tjenestene.

Ordningen vil også kunne være viktig element i å kunne legge til rette for god tilgang på fagfolk. En viss sentralisering av enkelte høyt spesialiserte tjenester bør vurderes, spesielt på områder hvor omfanget er lite, men kravet til tjenesten er stort (enkeltbrukere med spesielle behov).

Å opprette fagteam/interkommunale kompetanseteam på tvers av de kommunale tjenestene kan være aktuelt. Et eksempel er "Geriatrisk team" som kan gi veiledning og opplæring innenfor demens.

For å sikre en optimal pasientflyt mellom DMS, herunder de kommunale plassene og kommunens ordinære tilbud, bør det vurderes et samarbeid også mht å kunne tilby plasser, utnytte ledighet og lignende innenfor INVEST-samarbeidet

6.7 Ledelse og støttefunksjoner

Støttefunksjonene må være felles for spesialisttjenestene og de kommunale tjenestene; vaktmester, kjøkken/kantine, resepsjon/kontor, IKT. Det må legges opp til utstrakt sambruk av personale, lokaler og utstyr. Senteret må ha en felles ledelse med spesielt ansvar for koordinering og samhandling.

7. Økonomi

En etablering av et DMS Inn-Trøndelag bestående av spesialistpoliklinikk, intermediearenhet og kommunale tjenester forventes å gi flere positive økonomiske effekter. Oppsummert ventes blant annet følgende effekter

- Kortere reise for pasienter og pårørende ved innleggelse i intermediearenhet. Dette vil oppleves som positivt for pasient og pårørende.
- Reduserte transportkostnader
- Større fokus på rehabilitering enn det som gis på sykehuset vil gjøre pasientene bedre i stand til å bo i egen bolig etter oppholdet. Dette vil redusere kommunenes kostnader til kommunale omsorgstjenester
- Samfunnsøkonomiske gevinster i form av redusert tidstap for pasienter og arbeidsgivere, ved at det er kortere vei til spesialisthelsetjenesten og dermed går bort mindre tid til reiser og venting.
- En intermedieærpost vil avlaste sengepostene ved Ortopedisk og Medisinsk avdeling ved sykehusene i Levanger og Namsos i en tid da vi opplever en økning i tallet på eldre, syke pasienter. Etablering av senger i Steinkjer er derfor et rimelig alternativ til å øke sengekapasiteten på sykehuset.
- Færre reinnleggelser
- Lavere gjennomsnittlige behandlingkostnader pr pasient i en
- Redusert liggetid på våre sykehus

Under følger vurderinger og beregninger for de enkelte funksjoner som skal inngå i DMS Inn-Trøndelag.

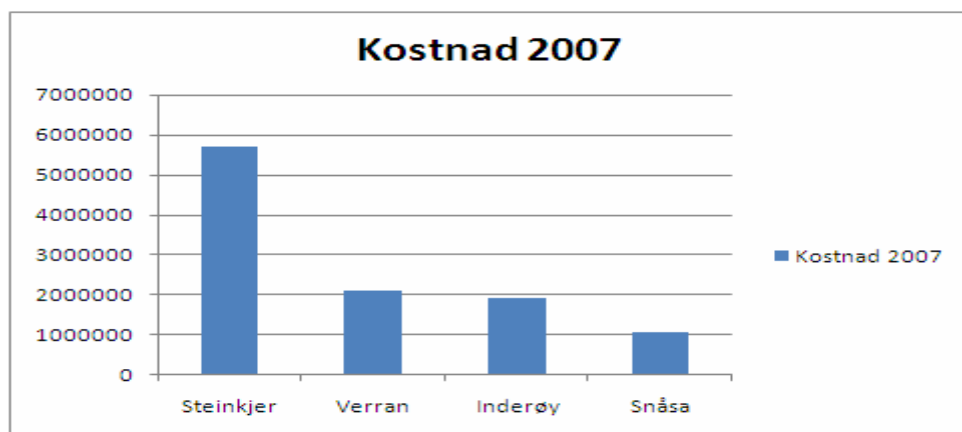
7.1 Spesialistpoliklinikk

7.1.1 Økte Inntekter – reduserte kostnader:

Det forutsettes at antallet poliklinikkonsultasjoner totalt i foretaket vil være stabilt, dette fordi man kun flytter på pasienter, og ikke får nye. Poliklinikkinntektene for foretaket er derfor anslått til å være uforandret.

7.1.2 Reduserte transportkostnader

En etablering av et DMS vil gi reduserte transportkostnader for foretaket. Denne besparelsen vil kunne finansiere deler av driften ved DMSet. Kartlegginger som er foretatt viser at 15 % av pasientene som kommer inn til våre sykehus, kommer med drosje. De resterende kommer med egen bil, buss, tog og annen transport.



Oversikt drosjekostnader i de aktuelle kommunene

Beregning reduserte transportkostnader

Reduserte transportkostnader for HNT beregnes under som summen av reduserte antall kilometer ved at pasientene hjemmehørende i disse kommunene oppsøker spesialist ved DMS INVEST i stedet for ved Sykehuset Levanger. Vi anslår at gjennomsnittlig reduserte antall kilometer utgjør 80 km tur/retur

	Pasienter pr dag	Dager pr uke	Antall uker	Andel taxi	Sats pr km	Antall km	Sum besparelse
Ortopedisk poliklinikk	15	1	44	15 %	11	80	87 120
Medisinsk poliklinikk	10	1	44	15 %	11	80	58 080
Gyn poliklinikk	Allerede igangsatt						0
Konvensjonell røntgen	Fra investeringsanalyse						439 000
Dialyse	5	3	44	80 %	11	80	464 640
Sum reduserte transportkostnader							1 048 840

7.1.3 Økte driftskostnader

Viser til vedlegg for en mer detaljerte beregninger av spesialistpoliklinikkens driftskostnader. Under følger en tabellarisk oppsummering av beregningene

Tabellarisk oppsummering

Beskrivelse	Sum
Redusert kostnad pasienttransport	-1.050.000
Husleiekostnad kr 2.300 pr m2	460.000
Årlig utstyrskostnad røntgen (leasing + serviceavtale)	490.000
Årlig utstyrskostnad dialyse (leasing + service)	485.000
Årlig utstyrskostnad med.pol (leasing)	30.000
Avskrivninger annet utstyr/inventar	49.000
Lønnskostnader	1.410.000
Andre driftskostnader	100.000
Sum kostnader	3.024.000
Netto drift	1.974.000
Andel HNT	1.729.000
Andel INVEST	245.000

Av tabellen over ser vi at drift av spesialistpoliklinikk og dialyse vil medføre en årlig merkostnad på kr 1.974.000. Medisinsk Klinikk på Levanger har varslet at de sannsynligvis vil etablere en dialysepost bestående av 5 plasser på Steinkjer uavhengig av en etablering av DMS Steinkjer. Legges dette til grunn vil etableringen av en spesialistpoliklinikk ved DMS INVEST gi en årlig merkostnad på kr 1.231.000

7.2 Intermediærpost – kommunale sengeplasser

Intermediærposten ved DMS Inn-Trøndelag planlegges å ha det samme omfanget som intermediærposten ved DMS Stjørdal. Intermediærposten ved DMS Stjørdal har 12 senger, samt at det i tillegg er 4 er helkommunale sengeplasser. Driftskostnaden for intermediærposten fordeles likt mellom HNT, HMN RHF og kommunen. Kostnaden for driften av de helkommunale sengeplassene dekkes av kommunen. Vi foreslår at kostnaden fordeles på tilsvarende måte ved etablering av en intermediærpost ved DMS Inntrøndelag.

7.2.1 Driftskostnader

Da det planlegges at intermediærposten ved DMS Inn-Trøndelag skal ha det samme omfanget som ved DMS Stjørdal, forutsetter vi at det totale kostnadsbildet for drift av disse enhetene er den samme. Intermediærposten inklusive de helkommunale sengeplassene på DMS Stjørdal har i 2007 en budsjettert kostnad på 15.180.000. Justert for et antatt høyere husleienivå ved DMS Inn-Trøndelag og lønns og prisstigning i perioden antar vi at denne enheten vil ha en årlig driftskostnad på kr 17.300.000

Det forutsettes videre at alle ansatte ved intermediærposten ansettes i kommunen(e).

7.2.2 Kostnadsfordeling

Det forutsettes at Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord-Trøndelag HF og kommune(ne) hver dekker 1/3 av driftskostnadene for intermediærenheten (12 senger). Kostnaden for driften av de 4 helkommunale sengene dekkes i sin helhet av INVEST kommunene. Kostnaden er beregnet ved å ta den totale driftskostnaden for intermediærposten fordelt på antall senger. Dette gir følgende kostnadsfordeling

	Totalkostnad	Andel	Sum
HNT	12.975.000	1/3	4.325.000
HMN RHF	12.975.000	1/3	4.325.000
INVEST	12.975.000	1/3	4.325.000
Kommunale sengeplasser			4.325.000

7.3 Andre gevinster

En etablering av en intermediærpost antas å gi en rekke positive økonomiske effekter. Da disse gevinstene er vanskelige å tallfeste uten å foreta en utvidet analyse som går utenfor forprosjektets rammer velger vi å vise til evalueringer foretatt ved hhv. Henie Onstad bo- og rehabiliteringssenter og Søbstad Sykehjem

7.3.1 Henie Onstad bo- og rehabiliteringssenter

I Bærum kommune er det ved Henie Onstad bo- og rehabiliteringssenter etablert et tilbud med 16 plasser til pasienter som er ferdig utredet i sykehus, men som fortsatt er i behov for videreføring av sykehusbehandlingen. Hensikten med tilbudet er å

- redusere antall liggedøgn i sykehus
- utnytte ressursene på en kvalitets- og kostnadseffektiv måte
- hindre reinnleggelser

- vurdere pasientens funksjonsnivå
- bidra med oppfølging og videreføring av rehabiliteringstilbud

Tiltaket er evaluert med henblikk på kvalitetsmessig nytte for pasientene, kostnadmessige effekter for sykehuset og kostnadmessige effekter for kommunen. Sintef har foretatt kost-nytte beregningene. Svakheten ved analysene er at de er gjort uten kontrollgruppe. Konklusjonene fra analysene basert på 356 pasientopphold i perioden 2003-2004 er

- pasientene er fornøyde med behandling og blir raskere i stand til å komme hjem
- redusert liggetid i sykehuset (snitt 2.8 døgn)
- reduserte reinnleggelser (8 %)
- sparte kostnader for sykehuset: størrelsesorden 1.9 – 3.8 mill
- sparte kostnader for kommunen: størrelsesorden 1.2 – 7.4 mill

7.3.2 Intermediæravdeling ved Søbstad Sykehjem

I en randomisert studie av intermediæravdelingen ved Søbstad Sykehjem har man fulgt en gruppe pasienter som har fått slutt og etterbehandling ved Søbstad Sykehjem og sammenlignet med en gruppe pasienter som har fått slutt og etterbehandling ved St. Olavs Hospital. Studien konkluderer med følgende

- Færre reinnleggelser (19,4 % reinnlagt av intermediærgruppen sammenlignet med 35,7 % av sykehusgruppen)
- Mer kostnadseffektiv behandling (lavere gjennomsnittlig behandlingstkostnad pr pasient)
- Flere klarer seg uten kommunale omsorgstjenester (25 % av intermediærgruppen klarte seg selv sammenlignet med 10 % i sykehusgruppen)

7.4 Hovedprosjekt – budsjettforslag

Hovedprosjekt fasen vil kreve en prosjektleder som ivaretar etableringen av den juridiske enheten DMS Inntrøndelag, samt en prosjektleder som ivaretar planleggingen av det medisinske tilbudet. Det vil også være kostnader knyttet til følgende områder

- Innhenting av informasjon og erfaring fra andre ”samhandlingsprosjekter”
- Kurs og konferanser
- Innhenting av informasjon fra ulike fagmiljø, brukergrupper og andre aktører
- Informasjonsutveksling internt og eksternt i kommunene og HNT

Det forutsettes at HNT og kommune stiller med prosjektdeltakere til dette arbeidet. Varighet av hovedprosjektfasen vil være fra vedtak til dannelse av den organisatoriske enheten DMS Inn-Trøndelag.

Beskrivelse	Kostnad
Lønn Prosjektledere (totalt 14 månedsverk)	750.000
Kjøp av tjenester	100.000
Frikjøp av helsepersonell	100.000
Kurs – konferanser	60.000
Hospitering	50.000
Reise og opphold	60.000
Materiell	10.000
Inventar og utstyr	15.000
Telefon	5.000
Sum	1.150.000

8. Lokaler

8.1 Arealbehov

Arealbehovet for sengeposten er anslått til 650 m² og poliklinikken inkl rtg og dialyse er anslått til 200m². Arealbehovet for de kommunale tjenestene må man komme tilbake til i hovedprosjektet ut fra hvilke tjenester som blir samlokalisert.

8.2 Lokalisering

Arbeidsgruppen mener at Steinkjer by er naturlig og funksjonelt riktig lokalisasjon for et DMS Inn-Trøndelag.

Det er ønskelig med samlokalisering eller nærhet til legevakt m/laboratorium, fysio-/ergoterapi (behandlings-/treningslokaler), brukerkontor, kommunale omsorgstjenester.

Lokalisering avhenger også av hvilke tjenester man legger inn, og hva som kan samlokaliseres.

Det er et hovedmål for INVEST-kommunene og Helse Nord-Trøndelag at noen ”nøkkeltjenester” for god samhandling skal plasseres under samme tak. Fysisk nærhet mellom tjenestene vil lette og kvalitetssikre kommunikasjonen mellom dem og gi større muligheter for å kunne yte sømløse helse og omsorgstjenester.

For å realisere disse planene, må det bygges eller omdisponeres arealer som vil være funksjonelle til dette formålet.

8.2.1. Alternativ 1/ prioritet 1:

Den best egnede plassering av disse arealene vil være i tilknytning til nåværende Steinkjer Sykehjem. Dette ut fra at det er et forholdsvis nytt bygg med tekniske løsninger, de sykehjemstjenester som er der pr i dag, og poliklinikk etablert av helseforetaket. Hjemmetjenestene i (Steinkjer) Sentrum BO er stasjonert der, og den kommunale hjelpemiddelformidlingens lokaler, Arbeidssentralen, ligger i en av nabobygningene.

Her er det muligheter for utvidelse av arealene ved nybygg, samt at institusjonen er forholdsvis sentralt plassert med tanke på transport og øvrige kommunikasjonslinjer. Området er flatt og gir muligheter for flotte naturopplevelser både ved sjøen og i ”skogsterreng”, også for de som har en eller annen form for fysisk funksjonssvikt. Det å ha muligheter for å bevege seg utendørs så tidlig som mulig etter en sykdomsperiode, er en viktig faktor i opptreningen for å komme tilbake til egen bolig.

Av andre kommunale tjenester er fysioterapi og ergoterapi viktige oppfølgingstjenester mht tilbakeføring til egen heim etter opphold i etterbehandlingsenheten (intermediærenheten). Det kan også være naturlig å vurdere flytting av Steinkjer Legevakt inn i disse arealene, da denne tjenesten knyttes til røntgenlab. og akutt plasser/observasjons plasser Fastlegene i kommunene og tilsynslegene i institusjonene innehar nøkkelfunksjoner i samhandlingen. Innlemming av et legesenter i nybygget vil dermed kunne gi et godt utgangspunkt for lettere samarbeid mellom de ulike nivåene og fagtenestene.

I tett samhandling og samlokalisering med en kreftpoliklinikk, er kommunenes kreftomsorg med sykepleiere og fysioterapeuter aktuelle bidragsytere.

Konkret hvilke tjenester som man bør være samlokalisert med, vil avklares først i hovedprosjektet.

8.2.2 Alternativ 2:

INVEST må være byggherre, eller leietaker. Dersom prioritet 1 ikke er gjennomførbart, så kan ledige kommunale lokaler vurderes, alternativt kan også det eksterne/markedet utfordres mht løsningsforslag lokaler i Steinkjer sentrum.

Imidlertid gir ikke disse alternativene tilsvarende synergieffekter som alternativ 1.

8.2.3 Alternativ 3:

Dersom man ønsker samlokalisering av tjenester og lokalisering som omtalt under alternativ 1, men at det tidsmessig ikke er gjennomførbart til ønsket oppstartstidspunkt for Inn-Trøndelag DMS, så kan midlertidige løsninger på lokalisering være aktuelle. Dette synes imidlertid ikke å være ønskelig, bl.a. i forhold til investering i tekniske løsninger.

9. Organisering, ansvar, ledelse, evaluering

Tre eller flere kommuner skal samarbeide internt, samt eksternt med Helse Nord-Trøndelag om etablering og drift av et distriktsmedisinsk senter. Arbeidsgruppen mener at de samarbeidende kommuner bør etablere en organisatorisk enhet, selskap, som ivaretar oppgaven på vegne av kommunene.

INVEST kommunene anser det som helt avgjørende at man på kommunal side velger en organisering som er tydelig, for derigjennom å sikre likeverdighet. Organisasjonsmodellen skal også hensynta at fellesenheten (DMS Inn-Trøndelag) gjøres i stand til finansiering på en for kommunene gunstig måte.

Hovedprosjektet skal utrede hvilken enhetsmodell som bør anbefales overfor kommunene:

- Vertskommunemodellen (Kommuneloven)
- IKS (interkommunalt selskap) (IKS loven)
- Aksjeselskap (aksjeloven)

Uavhengig av hvilket alternativ organisering som anbefales, utredes vedtekter for organisasjonsmodellen som spesielt ivaretar faglighet og økonomisk kontroll.

Arbeidsgruppen mener kommunene Snåsa og Mosvik bør inviteres til å delta i et likeverdig samarbeid om DMS Inn-Trøndelag

Spesialist helsetjenesten og kommunehelsetjenesten er forankret i forskjellige lovverk.

Organiseringen må avklare tydelig rollefordelingen mellom helseforetaket og kommunene vedr ledelse, personalansvar, økonomi, systemansvar og medisinsk faglig ansvar for hele virksomheten og for de enkelte delfunksjoner. Denne avklaringen må gjøres i hovedprosjektet.

Arbeidsgruppen mener etableringen av et DMS Inn-Trøndelag er et modellforsøk som bør evalueres. Hovedprosjektet må avklare hvordan dette skal skje.

10. Fremdriftsplan

I mandatet for forprosjektet/skissen er arbeidsgruppen bedt om utarbeide en mulig fremdriftsplan etablering av et distriktsmedisinsk senter. Det ligger mange utfordringer i en slik etableringsfase. Den skisserte virksomheten er kompleks. Mange instanser må involveres, mange detaljer må avklares, mange avtaleparter må bli enige om løsningene. Tidsaspektet er derfor usikkert og vil også påvirkes av hvilken løsning som blir valgt mht lokaliteter. Nedenfor er opplistet noen milepæler i en fremdriftsplan

- d) *Vedtak om hovedprosjekt.* Foreliggende skisse/prosjektrapport vil danne grunnlag for å fatte beslutning om å gå videre med å planlegge og realisere et DMS Inn-Trøndelag. Det må gies informasjon/innhentes høringsuttalelse til/fra politikere, faginstanser og administrative organer i kommunene og helseforetaket og Helse Midt-Norge. Saken må så legges frem for kommunestyrene i de tre INVEST-kommunene, samt for styret i Helse-Nord-Trøndelag. Slike vedtak kan foreligge tidligst i november 2008. Dersom kommunene og Helse Nord-Trøndelag fatter positive vedtak må det etableres et hovedprosjekt.
- e) *Invitasjon om deltakelse til nabokommunene Snåsa og Mosvik*
- f) *Etablere hovedprosjekt DMS Inn-Trøndelag.*
Målsettingen er todelt:
 - a. Dannelsen av interkommunalt selskap for etablering og drift av DMS Inn-Trøndelag
 - b. Utarbeide detaljplaner for funksjoner, systemansvar, bemanning, organisering, lokaler, utstyr, IKT og økonomi (investeringsbehov og driftsbudsjett).

Det må etableres en prosjektorganisasjon med styringsgruppe, prosjektledere, prosjektgruppe og arbeidsgrupper. Styringsgruppe bør bestå av representanter for eierne (kommuner/foretak). Det bør vurderes å ansette to prosjektledere, en for hver av hovedmålsettingene. Prosjektgruppen bør ha relevant kompetanse fra spesialist- og primærhelsetjenesten, byggeteknisk, IKT og økonomi. For de enkelte delområder vil det være hensiktsmessig å etablere mindre arbeidsgrupper som prosjektlederne kan trekke veksler på (sengepost, røntgen, dialyse, poliklinikker, kommunale tjenester, interkommunal organisering)

Hovedprosjektet avsluttes når det interkommunale driftsselskapet er etablert.

- g) *Kommunale vedtak om etablering av driftsselskap*
- h) *Interkommunalt selskap inngår avtaler med helseforetak, leier/ferdigstiller lokaler og utstyr, ansetter personell m.v*
- i) *Oppstart av et DMS Inn-Trøndelag - tidligst ved årsskiftet 2009/2010.*

Arbeidsgruppen takker for oppdraget!

Steinkjer, Inderøy, Verran, Namsos, Levanger, Stjørdal, 1.oktober 2007

Ingeborg Laugsand Marit Myrhaug Lisbeth Ystmark

Mari Holien Jacob Br. AlmlidFrode Myrland

Øivind Stenvik Ann Sissel Helgesen Dagfinn Thorsvik

Konklusjon:

- Medisinsk avd. har behov for dialyse
- Evaluering fra Stjørdal må fremskaffes
- Tilbake til FL-møtet

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 43/2008 Oppnevning av valgstyre til å lede valg av ansatterepresentanter til styret i Helse Nord-Trøndelag HF

Saken behandles i:	Møtedato	Saksnr.
Styret	19.11.2008	43/2008

Saksbeh: John Ivar Toft

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2008/2232

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret foreslår følgende personer som skal forberede valg av ansatterepresentanter til styret i Helse Nord-Trøndelag HF:

- Navn vil legges fram på styrets møte:

Som representant fra ledelsen foreslås:

- Personalrådgiver Helen Pedersen

Valgstyret konstituerer seg selv

SAKSUTREDNING:

Sak 43/2008 Oppnevning av valgstyre til å lede valg av ansatterepresentanter til styret i Helse Nord-Trøndelag HF.

VEDLEGG

- Brev fra Helse Midt-Norge RHF datert 11.11.2008 om valg av ansatterepresentanter til helseforetakenes styrer.

GJELDENDE FORUTSETNINGER

- Lov om helseforetak m.m. (Helseforetaksloven) Lov-2002-06-15-93
- 2002.11.15 nr. 1287: (HD) Forskrift til helseforetakslovens bestemmelser om de ansattes rett til representasjon i regionale helseforetaks og helseforetaks styrer.

BAKGRUNN

I henhold til ovennevnte lov og forskrift skal det velges ansatterepresentanter med to års funksjonstid til styret i Helse Nord-Trøndelag HF.
Valget skal gjennomføres tirsdag 10.03.09.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Tillitsvalgte er orientert om ansattes representasjon i helseforetakenes styrer. Tillitsvalgte er bedt om å oppnevne en arbeidsgruppe som skal starte forberedelsene til valgprosessen.

På grunn av kort tidsfrist vil tillitsvalgte legge fram forslag til hvilke personer dette er i styrets møte.

I tillegg til tillitsvalgte skal det velges en 1 representant fra ledelsen.

Som representant fra ledelsen foreslås:

- Personalrådgiver Helen Pedersen

Arbeidsgruppens mandat er følgende:

"Arbeidsgruppen skal starte forberedelsene til valgprosessen og foreslå kandidater til valgstyret. Valgstyret skal formelt oppnevnes av helseforetakets styre. Arbeidsgruppen kan foreslå seg selv som valgstyre. Medlemmer av valgstyret kan ikke selv være kandidater ved valget."

Mottakere i henhold til listeVår ref.
2008/385 -
4113/2008

Deres ref.

Arkivkode

Saksbehandler
Erik Andreas Øyen, 74 83 99 05

HELSE NORD-TRØNDELAG	
Saksnr. ...	08/2730
Reg.dat	12.10.08
Adm.enhet	
Dato	11.11.2008
Arkiv	02

Oppnevning av valgstyre - valg av ansatterepresentanter

Ved kgl. Res. Av 15. november 2002 er det gitt forskrifter om de ansettes rett til representasjon i regionale helseforetaks- og helseforetaks styrer. Forskriftene er gitt med hjemmel i Lov om helseforetak. Etter forskriftene skal det opprettes valgstyret som skal ha ansvaret for gjennomføring av valgene. Se forskriftens § 8.

Valg ble sist gjennomført i 2007. Funksjonstiden er to år og går ut i april 2009. Prosessen med å få nye ansatterepresentanter på plass må derfor starte nå. Antallet representanter og vararepresentanter til styrene er ikke endret siden sist.

Fra tidligere runder og med referanse til forskriften, er helseforetakene kjent med at det er mange formkrav som skal oppfylles for at valgene skal være gyldige.

I likhet med de tidligere valgene vil det komme innspill fra det regionale nivået til praktiske tiltak i forbindelse med gjennomføringen. Disse kanaliseres gjennom arbeidsgivers representant i de respektive valgstyrene.

Første steg i prosessen er å få oppnevnt valgstyret i alle helseforetak. Disse vil så få ansvaret for gjennomføring av de to valgene:

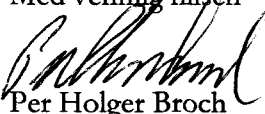
1. Lokal gjennomføring av valget av ansatterepresentanter til styret i Helse Midt-Norge RHF
2. Gjennomføring av valget til styret i eget helseforetak.

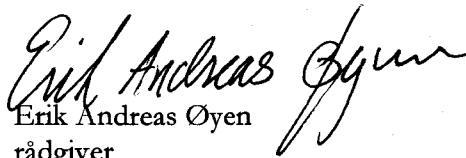
Regionalt valgstyre ble oppnevnt i RHF-styret den 30.10.08. Saken følger vedlagt.

Helseforetakene bes med dette om at styret i HF-et oppnevner valgstyret i samsvar med forskrift 2002-11-15 nr. 1287 i førstkommende styremøte.

Resultatet av valget meddeles Helse Midt-Norge RHF så snart som mulig.

Med vennlig hilsen


Per Holger Broch
stabsdirektør


Erik Andreas Øyen
rådgiver

Adresseliste (mottakere av dette brev)

Helse Sunnmøre HF		6026	Ålesund
Helse Nordmøre og Romsdal HF		6407	Molde
St. Olavs Hospital HF	Olav Kyrres gt. 17	7006	Trondheim
Helse Nord-Trøndelag HF		7600	Levanger
Rusbehandling Midt-Norge HF	Strandveien 1	7500	Stjørdal
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Prof. Brochs gt. 6	7030	Trondheim

Kopi til:

SVA, PHB, TKO, EAØ

AU/KU v/Sigmund Eidem, St. Olavs Hospital HF Olav Kyrres gt. 17 7006 Trondheim

Vedlegg: Sak 08/113

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 44/2008 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Saksnr.
Styret	19.11.2008	44/2008

Saksbeh: Arne Flaas

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2008/2232

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering

SAKSUTREDNING:
Sak 44/2008 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Møteprotokoller styret i Helse Midt-Norge 29.10.08 og 30.10.08 og 07.11.08
2. Referat fra møte i brukerutvalget 13.11.08
3. Driftsrapport oktober 2008
4. Andre orienteringer

**HELSE MIDT-NORGE RHF
STYRET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid

29.10.08 kl. 17.00 – 20.10 (saksnr 99/08 – 104/08)

30.10.08 kl. 08.30 – 13.40 (saksnr 105/08 – 114/08)

Møtested:

29.10.08 Rica Hell

30.10.08 Kirkestallen Værnes

Saksnr.: 99/08 – 114/08

Arkivsaksnr.: 2008/175

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid (møteleder)

Tove Røsstad (tom sak 108/08)

Ellen Engdahl

Kirsti Leirtrø

Olav Huseby

Merethe Storødegård

Jan Magne Dahle

Oskar J. Grimstad

Björg Henriksen

Ingegjerd Sandberg

Ellen Marie Wøhni

Joar Olav Grøtting

Jon Helle (varamedlem)

Forfall:

Karl Wesenberg

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Jan Eirik Thoresen (tom sak 104/08)

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås (konst. adm.dir fom sak 105/08)

Økonomidirektør Anne-Marie Barane

HR-direktør Sveinung Aune

Konst. medisinsk direktør Henrik A. Sandbu

Stabsdirektør Per Holger Broch (tom sak 108/08)

Konst. inrenrevisjonssjef Ellinor Wessel Pettersen (sak 105/08)

Seniorrådgiver Nils Arne Bjordal (tom sak 104/08)

Rådgiver Unni Dahl (sak 104/08 og Brukerutvalgets time)

Adm. direktør Helsebygg Midt-Norge Johan Arnt Vatnan (tom sak 105/08)

Styreleder Helsebygg Midt-Norge Olaf Melbø (29.10.08)

Kontorleder Rita Bjørgan Holand (referent)

Det regionale brukerutvalget:
Michael Momyr (29.10.08 og 30.10.08)
Annlaug Stavik (29.10.08 og 30.10.08)

Merknader til innkallingen:
Det var ingen merknader til innkallingen

Merknader til møtet:

Innkalling til møtet ble sendt pr. e-post 22.10.08. Ny innkalling ble sendt 24.10.08.

Onsdag 22.10.08 ble sakene, med unntak av sak 105/08, 109/08, 110/08 lagt ut i styreadministrasjonen for Helse Midt-Norge RHF. Sak 109/08 ble lagt ut 23.10.08, og sak 110/08 ble lagt ut 24.10.08. To nye saker 112/08 og sak 113/08 ble også lagt ut 24.10.08. Vedlegg til sak 105/09 ble lagt ut 28.10.08.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Møtereferat fra det regionale brukerutvalget 27.09.08
- Brev fra Helse- og Omsorgsdepartementet datert 22.10.08 vedr. Langtidsbudsjett
- Drøftingsprotokoll til sak 107/08 Helse Midt-Norge – Handlingsplan for strategisk HR
- Drøftingsprotokoll til sak 109/08 Helse Midt-Norge – Budsjett 2009 – inntektsrammer
- Notat ”Henstilling til Helse Midt-Norge om å sikre at psykiatrisk avdeling HNR fortsatt kan innfri forsvarlighetskravet selv om det fremkommer et sprik på ca 30 mill i forhold til opprinnelig forutsatt ramme”
- Notat fra Den norske legeforening – NSF – Fagforbundet vedr. Nye Molde sjukehus
- Notat fra Folkeaksjonen for ETT sjukehus i Nordmøre og Romsdal

Styrerepresentant Olav Huseby etterlyste orientering vedr. rusomsorg. Administrasjonen har bedt om lengre tid på dette, og vil komme tilbake til saken.

Etter styremøtet onsdag 29.10.08 var det brukerutvalgets time.

Sak 99/08 Underskrift av protokoll

Protokoll

Det var ingen merknader til protokollen.

Protokoll fra møtet den 24. – 25. sept. 2008 ble godkjent og underskrevet.

Sak 100/08 Referatsaker

Referatsaker:

- Regionalt brukerutvalgs møte den 27.10.08

Adm. direktørs innstilling:

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

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

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

Sak 101/08 Helsebygg Midt-Norge – Tertialrapport 2.tertial 2008**Adm. direktørs innstilling:**

1. Styret for Helse Midt-Norge tar Tertialrapport 2.tertial 2008 – Helsebygg Midt-Norge til etterretning.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge tar Tertialrapport 2.tertial 2008 – Helsebygg Midt-Norge til etterretning.

Sak 102/08 Helsebygg Midt-Norge - Mulig videreføring av kompetansemiljøet i prosjektorganisasjonen**Adm. direktørs innstilling:**

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF konstaterer at det i Helsebygg Midt-Norge er etablert et unikt kompetansemiljø for gjennomføring av store prosjekt generelt og sykehusprosjekt spesielt, et kompetansemiljø som bør videreføres som en ressurs for andre store byggeprosjekter i Midt-Norge og landet forøvrig.
2. Styret ber adm. dir. legge til rette for at dette kompetansemiljøet kan videreføres i eget selskap, forutsatt at dette kan gjøres på en måte som ikke svekker gjennomføringssikkerheten for gjenværende utbygging av St. Olavs Hospital.

3. I det videre arbeidet må det avklares hvorvidt det tilstrekkelig interesse blant de ansatte Helsebygg for å etablere og å ta ansettelse i et slikt selskap, til at kompetansen kan videreføres. Det må også avklares om Helse Midt-Norge RHF kan tildele oppdrag om gjenværende utbygging av St. Olavs Hospital uten konkurranse til et slikt selskap, på en måte som gjør at Helse Midt-Norge RHF sikrer gjennomføringen av dette prosjektet.
4. Dersom det er hensiktsmessig å etablere et slikt selskap, må adm. dir. vurdere om Helse Midt-Norge RHF bør være medeier i selskapet inntil utbyggingen av St. Olavs Hospital er avsluttet.

Protokoll

Styrerepresentant Joar Olav Grøtting fremmet nytt alternativ til pkt 2 og 3 og foreslo at pkt. 4 ble strøket.

” Pkt 1. opprettholdes

Nytt pkt. 2.

Styret ser viktigheten av at dette kompetansemiljøet kan opprettholdes, men har ingen formening om en videreføring av dette i eget, kommersielt selskap.

Styret er primært opptatt av at kompetansen blir godt utnyttet til gjennomføringen av pågående prosjekter.

Nytt pkt 3.

Dersom de ansatte innen dette kompetansemiljøet ønsker å gjennomføre en slik etablering, vil styret likevel stille seg positivt til dette, og bidra til at en slik etablering blir minst mulig kompliserende både mtp etableringen og for gjennomføringen av pågående prosjekter ivaretatt av dette miljøet.

Punkt 4. strykes”

Adm. direktør trakk da sitt forslag.

Det ble stemt over Joar Olav Grøttings forslag som ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF konstaterer at det i Helsebygg Midt-Norge er etablert et unikt kompetansemiljø for gjennomføring av store prosjekt generelt og sykehusprosjekt spesielt, et kompetansemiljø som bør videreføres som en ressurs for andre store byggeprosjekter i Midt-Norge og landet forøvrig.
2. Styret ser viktigheten av at dette kompetansemiljøet kan opprettholdes, men har ingen formening om en videreføring av dette i eget, kommersielt selskap. Styret er primært opptatt av at kompetansen blir godt utnyttet til gjennomføringen av pågående prosjekter.
3. Dersom de ansatte innen dette kompetansemiljøet ønsker å gjennomføre en slik etablering, vil styret likevel stille seg positivt til dette, og bidra til at en slik

etablering blir minst mulig kompliserende både mtp etableringen og for gjennomføringen av pågående prosjekter ivaretatt av dette miljøet.

Sak 103/08 Landsverneplan helse - forvaltning

Adm. direktørs innstilling:

Styret i Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til de forslag som fremgår av notat fra den interregionale arbeidsgruppen med unntak av forslaget om at

1. det på regionalt nivå avsettes en pott for til dekning av merkostnader forbundet med vedlikehold og gjennomføring av bygningsmessige tiltak på verneverdige bygg (verneklasse 1 og verneklasse 2), som fordeles etter søknad.
2. det etableres en felles faggruppe som legges til ett av RHF-ene som også har ansvar for å serve de øvrige RHF, og går inn for at en i stedet i første fase etableres en nettverksgruppe ledet av Helse Sør-Øst RHF.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag. Vedtaket ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret i Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til de forslag som fremgår av notat fra den interregionale arbeidsgruppen med unntak av forslaget om at

1. det på regionalt nivå avsettes en pott for til dekning av merkostnader forbundet med vedlikehold og gjennomføring av bygningsmessige tiltak på verneverdige bygg (verneklasse 1 og verneklasse 2), som fordeles etter søknad.
2. det etableres en felles faggruppe som legges til ett av RHF-ene som også har ansvar for å serve de øvrige RHF, og går inn for at en i stedet i første fase etableres en nettverksgruppe ledet av Helse Sør-Øst RHF.

Sak 104/08 Nye Molde sjukehus - konseptrapport

Adm. direktørs innstilling:

Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til konseptrapporten for Nye Molde sjukehus og ber om at den oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

Styret forutsetter at en i det videre arbeid

1. avklarer samhandlingen med Kristiansund sykehus og øvrige sykehus i og utenfor helseregionen samt inngår forpliktende avtaler med primærhelsetjenesten om samhandling med sikte på å unngå uønskede innleggelser og raskest mulig utskrivning av ferdigbehandlede pasienter
2. legger til grunn at sykehuset skal realiseres innenfor en kostnadsramme på 2,5 mrd. kroner (prisnivå oktober 2008) og med byggestart 2012
3. legger til grunn at kostnadene dekkes innenfor helseforetakets rammer
4. organiserer det videre arbeidet i lys av fremdriftsplanen og de tilrådninger som er gitt i notat av 19.05.2008 fra Helsebygg Midt-Norge.

Protokoll

Styrerepresentant Tove Røstads fremmet forslag om å splitte opp pkt. 1 til to nye pkt.:

1. *"avklarer samhandlingen med Kristiansund sjukehus og øvrige sykehus i og utenfor helseregionen*
2. *søker å løse utfordringene med den stadige økningen i behovet for spesialisthelsetjenester ved at Helse Nordmøre HF samarbeider med kommunehelsetjenesten, blant annet ved å utarbeide lokale, standardiserte forløpsplaner basert på faglige retningslinjer for ulike pasientgrupper"*

Adm. direktør trakk sitt pkt. 1 til fordel for Tove Røstads forslag.

Styrerepresentant Jon Helle fremmet om et tilleggspunkt:

" sikrer at sykehuset får et integrert tilbud med både psykisk helsevern og somatik, at funksjonsinnhold opprettholdes og at standard blir tilsvarende andre sykehus som er under utbygging og planlegging i Norge"

Det ble foretatt prøvevotering over Jon Helles forslag. Dette ble trukket.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til konseptrapporten for Nye Molde sjukehus og ber om at den oversendes Helse- og omsorgsdepartementet.

Styret forutsetter at en i det videre arbeid

1. avklarer samhandlingen med Kristiansund sjukehus og øvrige sykehus i og utenfor helseregionen
2. søker å løse utfordringene med den stadige økningen i behovet for spesialisthelsetjenester ved at Helse Nordmøre HF samarbeider med kommunehelsetjenesten, blant annet ved å utarbeide lokale, standardiserte forløpsplaner basert på faglige retningslinjer for ulike pasientgrupper"
3. legger til grunn at sykehuset skal realiseres innenfor en kostnadsramme på 2,5 mrd. kroner (prisenivå oktober 2008) og med byggestart 2012
4. legger til grunn at kostnadene dekkes innenfor helseforetakets rammer
5. organiserer det videre arbeidet i lys av fremdriftsplanen og de tilrådninger som er gitt i notat av 19.05.2008 fra Helsebygg Midt-Norge.

Sak 105/08 - Ambulanseanbudet - Rapport etter ekstern gjennomgang

Saken ble lagt frem uten innstilling fra adm. direktør.

Protokoll

Styreleder Kolbjørn Almlid innledet med å informere om prosedyre for gjennomgang av sak 105/08:

- Gjennomgang av rapport ved Kvale & Co Advokat ANS ved advokatene Christian Stang Våland og Camilla Telfesdal Robstad
- Saksbehandling på vanlig måte
- Pressekonferanse i forlengelse av saken.

Adm. direktør Jan Eirik Thoresen ba om å få ordet, og informerte styret om at han valgte å trekke seg. Deretter forlot han møtet.

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås ble konstituert som adm. direktør.

Etter gjennomgang av rapport fra Kvale & Co Advokat ANS lukket styreleder møtet.

Etter at møtet igjen ble åpnet fremmet styreleder Kolbjørn Almlid følgende forslag:

- 1. Styret tar konklusjonene i Kvale & Co's rapport av 28.10.08 til etterretning.*
- 2. Styret mener at flere av konklusjonene er en kraftig kritikk av Helse Midt-Norge RHF og tar kritikken til etterretning. Styret beklager at Helse Midt-Norge RHF har opptrådt kritikkverdig og slik påført det regionale helseforetaket et renométap og våre forretningsforbindelser i ambulansesaken problemer i forskjellige sammenhenger.*
- 3. Styret vil gjøre sitt ytterste for å rette opp de saksbehandlingsfeil som foreligger særlig i knyttet til lover og forskrifter og overfor ambulansedrivere og eventuelt andre. Styret skal opptre som seriøs aktør i forretningsammenheng slik at det ikke kan stilles spørsmål ved Helse Midt-Norges kompetanse og profesjonalitet internt i administrasjonen og overfor eksterne partnere.*
- 4. Styret forutsetter at det uten opphold iverksettes tiltak rettet både mot egen administrasjon og mot eksterne aktører for å sikre profesjonalitet i arbeidet generelt og i forhold til innkjøp, anskaffelser og anbudsprosesser spesielt.*

Dette forslaget ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret tar konklusjonene i Kvale & Co's rapport av 28.10.08 til etterretning.
2. Styret mener at flere av konklusjonene er en kraftig kritikk av Helse Midt-Norge RHF og tar kritikken til etterretning. Styret beklager at Helse Midt-Norge RHF har opptrådt kritikkverdig og slik påført det regionale helseforetaket et renométap og våre forretningsforbindelser i ambulansesaken problemer i forskjellige sammenhenger.
3. Styret vil gjøre sitt ytterste for å rette opp de saksbehandlingsfeil som foreligger særlig i knyttet til lover og forskrifter og overfor ambulansedrivere og eventuelt andre. Styret skal opptre som seriøs aktør i forretningsammenheng slik at det ikke kan stilles spørsmål ved Helse Midt-Norges kompetanse og profesjonalitet internt i administrasjonen og overfor eksterne partnere.
4. Styret forutsetter at det uten opphold iverksettes tiltak rettet både mot egen administrasjon og mot eksterne aktører for å sikre profesjonalitet i arbeidet generelt og i forhold til innkjøp, anskaffelser og anbudsprosesser spesielt.

Sak 106/08 Prosjekt enkeltoppgjør

Adm. direktørs innstilling:

1. Styret tar redegjørelsen om prosjekt enkeltoppgjør til etterretning.
2. Styret har sluttet seg til plasseringen av de regionale saksbehandlingsenheter som den regionale styringsgruppen har gått inn for.

Protokoll

Saken ble trukket for drøfting med tillitsvalgte og kommer opp i neste styremøte.

Sak 107/08 Regional handlingsplan for strategisk HR 2009 - 2012

Adm. direktørs innstilling:

1. Styret vedtar fremlagte forslag til regional handlingsplan for strategisk HR, datert 16.10.2008

2. Styret vedtar fremlagte forslag til revidering av personalpolitikk for Helse Midt-Norge som fremgår av vedlegg 1 til handlingsplanen
3. Styret legger handlingsplanen til grunn for budsjett 2009 og langtidsbudsjett fra 2010.
4. Styret forutsetter at handlingsplanen revideres årlig.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag, og vedtaket ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret vedtar fremlagte forslag til regional handlingsplan for strategisk HR, datert 16.10.2008
2. Styret vedtar fremlagte forslag til revidering av personalpolitikk for Helse Midt-Norge som fremgår av vedlegg 1 til handlingsplanen
3. Styret legger handlingsplanen til grunn for budsjett 2009 og langtidsbudsjett fra 2010.
4. Styret forutsetter at handlingsplanen revideres årlig.

Sak 108/08 Økonomirapportering pr 30. september 2008

Adm. direktørs innstilling:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar rapportering pr 30. september 2008 til etterretning

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag og vedtaket ble enstemmig vedtatt.

Administrasjonen ble bedt om i neste styremøte og orientere om strykninger på operasjonsprogram

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar rapportering pr 30. september 2008 til etterretning

Sak 109/08 Helse Midt-Norge - Budsjett 2009 - Inntektsrammer

Adm. direktørs innstilling:

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar følgende:

1. Budsjettert aktivitet i somatisk sektor er som følger:

Budsjettert DRG-aktivitet 2009:	HSM	HNR	HNT	St.Olav	RHF (private)	Totalt
Midtnorske pasienter DRG	30 325	22 041	24 352	78 223	5 442	160 383
TNF-hemmere	929	675	746	2 397		4 747
Midtnorske pasienter i andre regioner DRG	2 073	1 373	1 738	3 279		8 463
Sum Søрге for DRG poeng	33 327	24 089	26 836	83 899	5 442	173 593

2. Inntektsrammen for 2009 fordeles som foreslått i tabell nedenfor:

(beløp i 1 000 kr)	HSM	HNR	HNT	St. Olav	RUS	RHF	Totalt
Basisramme somatikk	808 025	629 723	731 716	2 096 893			4 266 357
Basisramme psykisk helsevern	279 071	254 150	280 055	610 132			1 423 408
Særfinansiering	518 572	522 613	511 352	1 628 552	271 230	1 028 655	4 480 975
Inntektsomfordeling jf sak 77/08	-14 981	-11 696	-13 323	40 000			0
Sum ramme 2009	1 590 687	1 394 791	1 509 800	4 375 576	271 230	1 028 655	10 170 740

3. Resultatkravet for sykehusapotekene reduseres med 2,6 mill kr i forhold til foreløpig inntektsfordeling, sak 77/08. Resultatkravet til sykehusforetakene økes tilsvarende.
4. Resultatkrav for HF-ene for 2009 blir som følger:

Helseforetak (beløp i 1 000 kr)	Foreløpig resultatkrav, jf sak 77/08	Endret resultatkrav	Resultatkrav 2009
St.Olavs Hospital	-79 998	1 398	-78 600
Helse Sunnmøre	11 326	198	11 524
Helse Nordmøre og Romsdal	27 018	472	27 490
Helse Nord-Trøndelag	30 465	532	30 997
Rusbehandling Midt-Norge	0		0
Sykehusapotekene i Midt-Norge	11 188	-2 600	8 588
RHF	0	124 000	124 000
Sum	0	124 000	124 000

Protokoll

Det ble lagt ut følgende alternative forslag fra administrasjonen:

”Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar følgende

1. *Med bakgrunn i drøftingsprotokoll fra AU 28.10.2008 foreslås saken utsatt til styremøtet i november*
2. *Det forutsettes imidlertid at inntektsfordeling, aktivitetsfordeling og resultatkrav for 2009, som beskrevet i saken, legges til grunn i det videre arbeid med helseforetakenes budsjettarbeid.”*

Dette utsettelsesforslaget ble vedtatt enstemmig.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar følgende

1. Med bakgrunn i drøftingsprotokoll fra AU 28.10.2008 foreslås saken utsatt til styremøtet i november
2. Det forutsettes imidlertid at inntektsfordeling, aktivitetsfordeling og resultatkrav for 2009, som beskrevet i saken, legges til grunn i det videre arbeid med helseforetakenes budsjettarbeid.

Sak 110/08 Helse Midt-Norge – foreløpig investeringsbudsjett 2009

Adm. direktørs innstilling:

1. Styret i Helse Midt-Norge vedtar foreløpig investeringsbudsjett 2009 på 2 027,4 mill kr med følgende fordeling:

INVESTERINGER HELSE MIDT-NORGE 2009	tall i 1000 kr
Investeringsmidler til fordeling til investeringer i Helse Midt-Norge ekskl EK-tilskudd KLP	1 995 100
Oversikt over bruk av investeringsmidler på prioriterte byggeprosjekter	
Nye St Olavs Hospital	1 702 000
Nytt Molde sjukehus	30 200
Ny barneavdeling Ålesund	29 700
Medisin teknisk utstyr, HMS - pålegg, annet ufordelt	152 000
IKT -prosjekter og utstyr	60 000
Automatisk LegemiddelForsyning	10 000
Helse Nord-Trøndelag (fra salg i eget HF)	11 200
Sum investeringer Helse Midt-Norge 2009 ekskl EK-tilskudd KLP	1 995 100
Sum investeringer Helse Midt-Norge 2009 inkl EK-tilskudd KLP	2 027 400

2. Styret forutsetter at bygging av ny barneavdeling i Ålesund startes i 2009. Det forutsettes av styringsmålet fastsettes i forbindelse med forprosjektarbeidet.

Protokoll

Det ble lagt ut følgende alternative forslag fra administrasjonen:

”1. Med bakgrunn i drøftingsprotokoll fra AU 28.10.2008 foreslås saken utsatt til styremøtet i november”

Dette utsettelsesforslaget ble vedtatt enstemmig.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Med bakgrunn i drøftingsprotokoll fra AU 28.10.2008 foreslås saken utsatt til styremøtet i november

Sak 111/08 Orienteringssaker

I møtet den 30.10.08 ble styret for Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Status Helse Midt-Norge
- Status Helsebygg Midt-Norge
- Styremøter 2009
- Løpende orientering til styret mellom styremøtene
- Arbeidsmiljøundersøkelsen 2008

Adm. dir. innstilling

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

Protokoll

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Sak 112/08 Orientering om rehabilitering

Adm. direktørs innstilling:

Styret tar framlegget om rehabilitering til orientering.

Protokoll

Forslaget ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret tar framlegget om rehabilitering til orientering.

Sak 113/08 Valg av ansattrepresentanter til RHF og HF-styrene - oppnevning av valgstyre

Adm. direktørs innstilling

Styret i Helse Midt-Norge RHF oppnevner følgende valgstyre for gjennomføring av valg av ansattrepresentanter til styret i Helse Midt-Norge RHF.

Fra LO - Ragnhild Henriksen, Helse Nordmøre og Romsdal HF

Fra UNIO - Per Fossum, Helse Nord Trøndelag HF

Fra Akademikerne - Ketil Arne Espnes, St Olavs Hospital HF

Fra administrasjonen for Helse Midt-Norge RHF

Erik Andreas Øyen og Toril Orrestad.

Valgstyret konstituerer seg selv. Leder velges blant de arbeidstakeroppnevnte representantene. Helse Midt-Norge RHF forestår sekretariatsfunksjonen.

Protokoll

Forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret i Helse Midt-Norge RHF oppnevner følgende valgstyre for gjennomføring av valg av ansattrepresentanter til styret i Helse Midt-Norge RHF.

Fra LO - Ragnhild Henriksen, Helse Nordmøre og Romsdal HF

Fra UNIO - Per Fossum, Helse Nord Trøndelag HF

Fra Akademikerne - Ketil Arne Espnes, St Olavs Hospital HF

Fra administrasjonen for Helse Midt-Norge RHF

Erik Andreas Øyen og Toril Orrestad.

Valgstyret konstituerer seg selv. Leder velges blant de arbeidstakeroppnevnte representantene. Helse Midt-Norge RHF forestår sekretariatsfunksjonen.

Sak 114/08 Eventuelt

Styrerepresentant Jon Helle viste til utlagte notat ”Henstilling til Helse Midt-Norge om å sikre at psykiatrisk avdeling HNR fortsatt kan innfri forsvarlighetskravet selv om det fremkommer et sprik på ca 30 mill i forhold til opprinnelig forutsatt ramme”, og ga en orientering om dette.

Dato: 27.11.08

Kolbjørn Almlid

Tove Røstad

Merethe Storødegård

Ellen Engdahl

Olav Huseby

Oskar J. Grimstad

Jan Magne Dable

Joar Olav Grotting

Kirsti Leitro

Jon Helle
(Karl Wesenberg)

Ingegerd Sandberg

Ellen Wøhni

Björg Henriksen

**HELSE MIDT-NORGE RHF
STYRET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid

07.11.08 kl. 11.00 – 12.20

Møtested:

Helse Midt-Norge RHF, Strandveien

Saksnr.: 115/08 – 119/08

Arkivsaksnr.: 2008/379

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid (møteleder)

Tove Røstad

Ellen Engdahl

Kirsti Leirtrø

Olav Huseby

Merethe Storødegård

Jan Magne Dahle

Oskar J. Grimstad

Ingegjerd Sandberg

Ellen Marie Wøhni

Joar Olav Grøtting

Jon Helle (varamedlem)

Forfall:

Björg Henriksen

Fra administrasjonen møtte:

Kst. adm. dir Tor Harald Haukås

HR-direktør Sveinung Aune

Konst. medisinsk direktør Henrik A. Sandbu

Kommunikasjonsrådgiver Jostein Listou (sak 116/08)

Verneombud Venke Reiten

Kontorleder Rita Bjørgan Holand (referent)

Det regionale brukerutvalget:

ingen

Merknader til innkallingen:

Det var ingen merknader til innkallingen

Merknader til møtet:

Innkalling uten saksliste til møtet ble sendt pr. e-post 03.11.08. Ny innkalling med saksliste ble sendt 06.11.08.

06.11.08 ble sak ”117/08 Orienteringssaker” med 2 vedlegg lagt ut i styreadministrasjonen.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

Ingen

Styreleder Kolbjørn Almlid varslet en ny sak 118/08; - Oppnevning av forhandlingsutvalg for ansettelse av administrerende direktør.

Sak 115/08 Underskrift av protokoll

Protokoll

Jon Helle hadde bemerkning til protokollering av sak 104/08 Nye Molde sjukehus –
Konseptrapport: - *”Etter en diskusjon rundt elementene i tilleggspunktet fremmet av Jon Helle ble forslaget trukket”.*

Protokoll fra møtet den 29. – 30. oktober 2008 ble godkjent og underskrevet.

Sak 116/08 Helse Midt-Norge RHF – Konstituering av administrerende direktør

Saken ble lagt fram uten sakspapirer.

Protokoll

Styreleder Kolbjørn Almlid fremmet følgende forslag :

”Som konst. adm. direktør Helse Midt-Norge tilsettes Bjørn Erikstein med tiltredelse mandag 10.11.08.”

Det ble ikke fremmet alternative forslag. Forslaget ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Som konst. adm. direktør Helse Midt-Norge tilsettes Bjørn Erikstein med tiltredelse mandag 10.11.08.

Sak 117/08 Orienteringssaker

I møtet den 07.11.08 ble styret for Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Ambulansesaken – oppfølging
- Intern varsling - oppfølging

Kst. adm. dir. innstilling

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

Protokoll

Saken ble behandlet i to deler.

Det ble først orientert om ”Ambulansesaken”. Det ble ikke fremmet alternative forslag til kst. adm. dir. innstilling.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

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

Deretter ble det orientert om Intern varsling. Det ble under orienteringen opplyst at administrasjonen hadde mottatt et nytt varsel like før møtet, dvs. varsel nr. 2. Det ble ikke fremmet alternativt forslag til kst. adm. direktørs forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

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

Sak 118/08 Oppnevning av forhandlingsutvalg for ansettelse av adm. direktør (ny sak)

Saken ble fremmet av styreleder Kolbjørn Almlid i begynnelsen av møtet.

Protokoll

Styremedlem Ingegjerd Sandberg fremmet følgende forslag til medlem:
Ellen Wøhni

Styremedlem Olav Huseby fremmet følgende forslag til medlem:
Kolbjørn Almlid

Styremedlem Merethe Storødegård fremmet følgende forslag til medlem:
Ellen Engdahl

Det ble stemt over følgende forslag til vedtak:

1. *Det oppnevne et forhandlingsutvalg for ansettelse av ny adm. direktør bestående av 3 personer*
2. *Følgende personer oppnevnes:*
 - *Kolbjørn Almlid*
 - *Ellen Wøhni*
 - *Ellen Engdahl*
3. *Utvalget får fullmakt til å innhente ekstern bistand*

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Det oppnevne et forhandlingsutvalg for ansettelse av ny adm. direktør bestående av 3 personer
2. Følgende personer oppnevnes:
 - Kolbjørn Almlid
 - Ellen Wøhni
 - Ellen Engdahl
3. Utvalget får fullmakt til å innhente ekstern bistand

Sak 119/08 Eventuelt

Det ble ikke fremmet sak under eventuelt.

Dato: 27.11.08

Kolbjørn Almlid

Tove Røstad

Merethe Storodegård

Ellen Engdahl

Olav Huseby

Oskar J. Grimstad

Jan Magne Dable

Joar Olav Grøtting

Kirsti Leirtrø

Karl Wesenberg

Ingegjerd Sandberg

Ellen Wøbni

*Jon Helle
(Björg Henriksen)*

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 13.11.2008 kl. 1100 – 14.00
Møtested: Sykehuset Levanger
Saksnr.: 34/2008 – 40/2008
Arkivsaksnr:

Møteleder: Svein Grindstad

Møtende medlemmer:

Svein Grindstad
Ola Larsen
Hildur Fallmyr
Astrid Marie Bakken

Forfall:

Per Sund
Tonje Almenning
Torill Elverum

Som vara møte:

Fra administrasjonen møte:

Administrerende direktør	Arne Flaot
Informasjonssjef/sekretær	Trond G. Skillingstad

Merknader til møtet: Ingen merknader

Merknader til innkalling og sakliste: Ingen merknader

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Sak 34/2008 Godkjenning av protokoll fra møtet 20.08 2008

Vedtak

Protokoll fra møtet 20.08 2008 godkjennes uten anmerkninger.

Sak 35/2008 Brukermedvirkning i sykehusene

Protokoll

Svein Grindstad innledet til debatt om Brukerutvalgets funksjon i Helse Nord-Trøndelag, spesielt med tanke på hvordan brukermedvirkning realiseres ned på avdelingsnivå. Grindstad brukte eksempler fra eget møte med sykehustjenestene i annet foretak, hvor en rekke forhold ikke var tilrettelagt for avdelingens pasienter. Ved den anledningen viste det seg svært vanskelig å gi enkle tilbakemeldinger som kunne føre til endring.

Administrasjonen gjorde rede for sine vurderinger rundt brukermedvirkning i Helse Nord-Trøndelag, og anbefalte Brukerutvalget å ha en systemisk tilnærming i tråd med mandatet.

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

Sak 36/2008 Brukerforum for voksenpsykiatri

Vedtak

Saken utsettes til senere møte.

Sak 37/2008 Rehabiliteringsprosjektet – statusrapport før avslutning av prosjekt

Protokoll

Prosjektleder Kari B. Totsås ga en statusrapport i prosjektet. Prosjektets overordnede mål er å skape bedre og mer effektiv helsetjeneste gjennom økt samhandling mellom Helse Nord-Trøndelag og de fire rehabiliteringsinstitusjonene i Nord-Trøndelag. Prosjektet er initiert og finansiert av Helse Midt-Norge. Prosjektet avsluttes ved årsskiftet.

Det er blant annet arbeidet med

- standardisering av pasientforløp (hofte, kneledd, kols, hjerneslag), hvorav standardiserte forløp for hofte og kneledd er iverksatt fra oktober 2008.
- Etablering av samhandlingsavtale og deltagelse i Samarbeidsutvalget
- IKT-løsninger som legger til rette for enklere samhandling

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

- Samordning av ferieavvikling
- Etablering av nye henvisningsrutiner med en felles henvisningsadresse

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

Sak 38/2008 Mestring på tvers

Protokoll

Prosjektleder Åse Saltvik redegjorde for prosjektet ”Mestring på tvers”. Prosjektet skal bidra til at målgruppen får ivaretatt sitt behov for opplæring over tid ved at brukere og fagpersonell samarbeider på tvers. Målgruppen er voksne bosatt i Levanger og Verdal med kronisk sykdom/funksjonsnedsettelse – eller pårørende knyttet til disse.

Prosjektet har bidratt til å koordinere de opplæringstiltakene som allerede eksisterer i kommunen, sykehuset og i private organisasjoner. Prosjektet avsluttes ved årsskiftet. Det søkes etablert en nettverksgruppe som blir fast etablert ut over prosjektperioden. Målet er at nettverksgruppen bidrar til å arrangere to årlige møter med fokus på informasjon og samhandling, samt to årlige møter med fokus på LØFT-tenkning (LøsningsFokusert Tilmærming).

Prosjektet vil avlevere prosjektrapport til Helse Midt-Norge.

Brukerutvalget drøftet videre utbredelse av tenkningen til andre kommuner i Nord-Trøndelag, og er opptatt av at det blir bygd videre på gode erfaringer fra prosjektets også etter prosjektperiodens utløp.

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

Sak 39/2008 Informasjonsutveksling mellom brukerrepresentantene

Protokoll

Trond G. Skillingstad gjorde rede for bakgrunnen for saken. Brukerutvalget skal være en koordinerende faktor rundt brukermedvirkning i Helse Nord-Trøndelag. Utvalgets representanter deltar blant annet i prosjekt og i andre utvalg i foretaket, herunder Kvalitetsutvalget og Klinisk Etisk Komite. For å sikre koordinering og erfaringsutveksling settes saken som fast punkt i møtene framover.

Hildur Falmyr orienterte fra Klinisk Etisk Komite. Veileder for livsforlengende behandling ble drøftet i siste møte. Saken ønskes presentert i Brukerutvalget.

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Sak 40/2008 Orienteringer fra Helse Nord-Trøndelag

Protokoll

- Pasienttransport
 - Arne Flaas orienterte om at det pågår forhandlinger med tilbydere innen pasienttransport. Hvilken løsning som til slutt blir valgt er ikke avklart
- Ambulanse
 - Arne Flaas orienterte om dialog med Osen og Roan kommuner rundt en felles stasjonsbasert ambulansetjeneste for de to kommunene. Arne Flaas orienterte om prosessen og hvilke løsninger som er aktuelle. Saken fremmes for styret i Helse Nord-Trøndelag
- Budsjett 2009
 - Arne Flaas gjorde rede for budsjettprosessen. Til tross for de nasjonale rammene i regjeringens forslag til statsbudsjett, er det krevende å komme i havn innenfor rammene som er gitt til Helse Nord-Trøndelag.

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

Eventuelt

- Brukerutvalgets brosjyre
 - Utvalgets medlemmer ønsker tilsendt flere brosjyrer
 - Det bes om at brosjyrene legges ut på avdelingene i Helse Nord-Trøndelag

Administrerende direktørs rapport

1. Driftsresultat for perioden

Oktober 2008 viser et regnskapsresultat på – 9,2 mill kroner mot et budsjettert resultat på – 12,9 mill kroner. Akkumulert pr. oktober viser regnskapet et resultat på 37,4 mill kroner mot et budsjettert resultat på – 50,4 mill kroner. Budsjettet for 2008 er ikke korrigert for økt bevilgning til dekning av økte pensjonskostnader. Det er bl.a. derfor at det framkommer så store avvik.

HNT er gjennom RNB tildelt 73,3 mill kroner i økt rammetilskudd til delvis dekning av økte pensjonskostnader. Av dette er 6,1 mill kroner inntektsført i oktober og 61,1 mill kroner inntektsført akkumulert pr. oktober.

Korrigert for økt rammetilskudd knyttet til økte pensjonskostnader og den delen av økte pensjonskostnader som ikke er kompensert og som skal holdes utenfor resultatkravet til HOD, hadde foretaket **et resultat i oktober på – 8,0 mill kroner eller et negativt avvik i forhold til budsjettet på 2,5 mill kroner.** Det negative avviket i forhold til budsjettet i oktober kan nesten i helhet forklares med belastning av forsikringspremie (gruppeliv og yrkesskade) som skulle være periodisert inn over årets 10 første måneder.

Akkumulert pr. oktober hadde foretaket et tilsvarende korrigert resultat på 49,6 mill kroner eller et positivt avvik i forhold til budsjettet på 26,7 mill kroner. Dersom en holder gevinst ved salg av eiendom utenfor, viser det ordinære akkumulerte resultatet et positivt avvik på 17,5 mill kroner.

HMN's opprinnelige resultatkrav for 2008 til HNT var 15,0 mill kroner. Korrigert for delvis dekning av økte pensjonskostnader er dette resultatkravet justert til 0,2 mill kroner.

2. Prognose (mill kr)

Årsprognose resultat forrige periode (måned x-1), basert på nytt resultatkrav fra HMN	14,0 mill kroner
Årsprognose resultat forrige periode basert på opprinnelig HMN (HOD)-krav	29,0 mill kroner
Endring inntekter (prognose)	+ 5,0 mill kroner
Avvik i forhold til budsjett denne periode; 9,4 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; 99,3 mill kroner.	
Forklaring:	
Sum inntekter viser siste måned et positivt avvik i forhold til budsjettet. Hovedårsaken til dette er økt rammetilskudd fra staten til delvis dekning av økte pensjonskostnader. For oktober utgjør den økte inntektsføringen 6,1 mill kroner.	
Den registrerte DRG-baserte aktiviteten var i oktober på nivå med plantallene, og var akkumulert pr. oktober 3,6 % over plantallene. Den polikliniske aktiviteten var i oktober på nivå med plantallene i somatiske	

<p>poliklinikker og litt over plantallene i de psykiatriske poliklinikkene. Akkumulert er den somatiske poliklinikkaktiviteten litt lavere enn plantallene, mens den i psykiatrien er litt høyere enn plantallene.</p> <p>Gjennom prosjektet "Raskere tilbake" er det i første halvår gjennomført en ekstraaktivitet målt i inntekter svarende til 11,6 mill kroner. De siste månedene er denne ekstraaktiviteten betydelig redusert.</p> <p>På dette grunnlag prognostiseres samlede inntekter å bli om lag 105 mill kroner over budsjettet på årsbasis. Det er en økning i prognosen på 5 mill kroner fra forrige måned.</p>	
<p>Endring varekostnader (prognose)</p>	<p>- 4,0 mill kroner</p>
<p>Avvik i forhold til budsjett denne periode; - 1,3 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; - 14,0 mill kroner.</p> <p>Forklaring:</p> <p>Merforbruket på varekostnader har siste måned økt noe og er akkumulert på 14,0 mill kroner. Avviket er todelt og skyldes økt volum av medisinske forbruksvarer knyttet til (ikke budsjettet) aktivitet gjennom prosjektet "Raskere tilbake" i tillegg til noe økte gjestepasientkostnader.</p> <p>På dette grunnlag prognostiseres samlede varekostnader å bli om lag 16 mill kroner over budsjettet på årsbasis. Det er en reduksjon i prognosen på 4 mill kroner fra forrige måned.</p>	
<p>Endring lønnskostnader (prognose)</p>	<p>+ 2,0 mill kroner</p>
<p>Avvik i forhold til budsjett denne periode; - 6,7 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; - 21,3 mill kroner.</p> <p>Forklaring:</p> <p>Merforbruket på lønn fortsetter og er akkumulert på 21,3 mill kroner. Det meste av merforbruket er knyttet til variabel lønn (overtid og ekstrahjelp), - noe gjelder ordinær drift og noe er knyttet til økt aktivitet gjennom prosjektet "Raskere tilbake". Om lag 2 mill kroner av merforbruket i oktober er knyttet til belastning av forsikringspremie (gruppeliv og yrkesskade) som skulle være periodisert inn over årets 10 første måneder.</p> <p>Den økonomisk virkningen av årets lønnsoppgjør er prognostisert til 12 mill kroner ut over budsjett.</p> <p>De samlede lønnskostnader prognostiseres nå å bli 30 mill kroner høyere enn budsjettet på årsbasis. Det er en økning i prognosen på 2 mill kroner fra forrige måned.</p>	
<p>Endring andre driftskostnader (prognose)</p>	<p>+ 9,0 mill kroner</p>
<p>Avvik i forhold til budsjett denne periode; 1,8 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; 21,6 mill kroner.</p> <p>Forklaring:</p> <p>Det akkumulerte positive avviket på andre driftskostnader skyldes i hovedsak at det på denne arten er satt av en buffer for å dekke uforutsette kostnader og mangelfull effekt av vedtatte tiltak.</p> <p>På dette grunnlag prognostiseres andre driftskostnader å bli om lag 26 mill kroner lavere enn budsjettet på årsbasis. Det er en økning i prognosen på 9 mill kroner fra forrige måned.</p>	

Endring finansposter (prognose)	- 2,0 mill kroner
Avvik i forhold til budsjett denne periode; 0,5 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; 2,3 mill kroner. Forklaring: Økt basistilskudd har lettet foretakets likviditet noe i forhold til budsjettet, slik at vi nå har et positivt avvik i forhold til budsjetterte finanskostnader. På dette grunnlag prognostiseres finanskostnadene å bli om lag 2 mill kroner lavere enn budsjettert på årsbasis. Det er en reduksjon i prognosen på 2 mill kroner fra forrige måned.	
Årsprognose resultat denne periode (måned x), basert på nytt resultatkrav fra HMN	14,0 mill kroner
Årsprognose resultat basert på opprinnelig HMN(HOD)-krav	29,0 mill kroner

3. Status realisert omstilling

Det er utarbeidet konkrete tiltak for omstilling og effektivisering av foretakets drift svarende til vel 45 mill kroner. Tiltakene fordeler seg med 18 mill kroner på reduksjon av bemanningskostnader, 3 mill kroner på reduserte varekostnader, 18 mill kroner på økte inntekter (økt aktivitet og bedre koding) og 7 mill kroner på diverse andre tiltak. Oversikt over realisert omstilling pr. oktober viser at vi ligger an til å få en effekt på 33,6 mill kroner tilsvarende 70 – 75 % av utarbeidede tiltak. Prognostisert effekt er uendret fra forrige måned.

4. Utvikling i bemanning (Oppdaterte tall for oktober er p.t. ikke tilgjengelig)

Lønnskuben for 2008 viser at vi hadde 2.233 brutto utbetalte månedsverk i september 2008. Det er 60 flere månedsverk enn samme måned i fjor. Akkumulert pr. september 2008 hadde vi 20.045 utbetalte månedsverk, mens vi pr. september 2007 hadde 19.892 månedsverk, – dvs. en økning på 153 månedsverk hittil i år.

5. Utvikling i sykefravær (Oppdaterte tall for oktober er p.t. ikke tilgjengelig)

Sykefraværet rapporteres nå etter ny nasjonal definisjon og var i 2007 på 8,4 %. Målsettingen for 2008 er at sykefraværet skal reduseres til maks. 7,7 %.

Sykefraværet var i september 2008 på 7,2 %, det samme som i september 2007. Akkumulert pr. september 2008 var sykefraværet 7,7 % mot 8,3 % akkumulert pr. samme periode i 2007.

6. Utvikling likviditet

Foretaket trekker på felles kassekredittramme til HMN. Omfanget av kassakreditten varierer noe i løpet av en måned (avhengig av tidspunkt for ut- og innbetalingsstrømmer) og ligger jevnt over mellom 100 og 250 mill kroner. Økt basistilskudd har de siste månedene lettet foretakets likviditet noe i forhold til budsjettet.

7. Generell vurdering av den økonomiske situasjonen

Den akkumulerte DRG-aktiviteten er pr. 31.10.08 3,6 % over fastsatte plantall. Den polikliniske aktiviteten er akkumulert omtrent på eller litt i overkant av plantall. HMN har gitt HNT en ramme for ”Raskere tilbake” i 2008 på 13,0 mill kroner. Med utgangspunkt i gjennomført aktivitet i første halvår, har det vært nødvendig å redusere denne ekstraaktiviteten betydelig i andre halvår.

Foruten økte inntekter og kostnader knyttet til nevnte ekstraaktivitet, viser regnskapet så langt noe høyere kostnader for enkelte klinikker knyttet til varekjøp (særlig medisinske forbruksvarer) og variabel lønn. De fleste klinikkene viser et resultat pr. oktober i balanse eller over budsjett, men flere klinikker viser negativt resultat i oktober, særlig knyttet til økte lønnskostnader etter årets lønnsoppgjør.

Når resultatet pr. oktober ligger foran budsjettet, skyldes dette i stor grad at det er satt av en buffer for å dekke uforutsette kostnader og mangelfull effekt av vedtatte tiltak. I tillegg er det solgt eiendommer med en positiv effekt på 9,2 mill kroner. Gjennom "Raskere tilbake" har foretaket netto forbedret resultatet med om lag 5 mill kroner. Korrigert for periodiseringsavvik ligger resultatet siste måned omtrent på budsjett. På dette grunnlag vil vi opprettholde prognosen for årsresultatet på samme nivå som den som ble gitt i forrige måned.

På grunnlag av opprinnelig resultatkrav fra HMN prognostiseres et HMN-resultat for 2008 på 29,0 mill kroner (14 mill kroner over budsjettkravet på 15 mill kroner). Med utgangspunkt i nytt tilskudd til delvis dekning av økte pensjonskostnader har HMN endret resultatkravet for 2008 til 0,2 mill kroner. På dette grunnlag prognostiseres et HNT-resultat for 2008 på 14,0 mill kroner.

Levanger, 14. november 2008.

Arne Flaot
adm. dir.
sign.

Foretak:	HELSE NORD-TRØNDELAG
Periode:	Oktober 2008

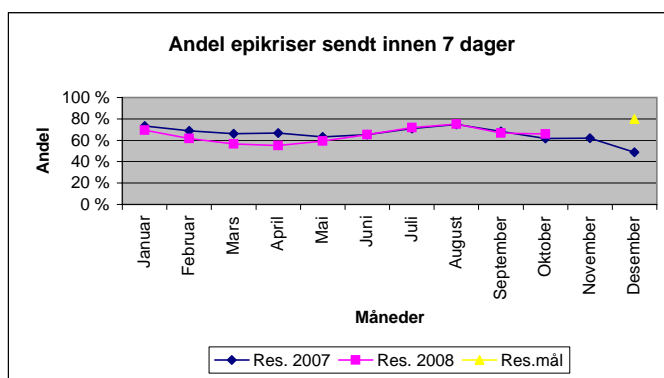
Kvalitetsindikatorer:

Kommentarer:

--	--

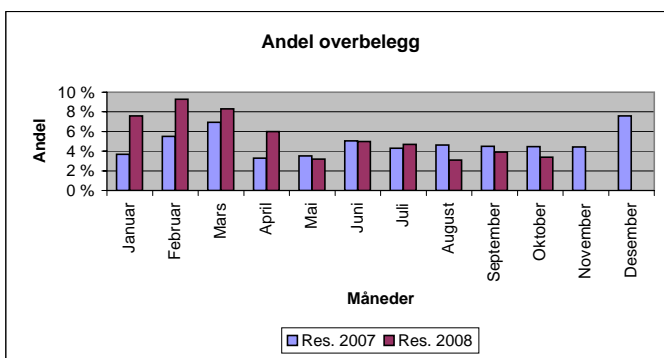
Andel epikriser sendt innen 7 dager:

	Res. 2007	Res. 2008	Res.mål
Januar	73,5 %	69,6 %	
Februar	68,8 %	61,6 %	
Mars	66,1 %	56,6 %	
April	66,9 %	55,0 %	
Mai	63,3 %	59,3 %	
Juni	65,4 %	65,4 %	
Juli	71,0 %	71,8 %	
August	74,9 %	75,2 %	
September	68,3 %	66,9 %	
Oktober	61,7 %	66,0 %	
November	62,1 %		
Desember	48,9 %		80,0 %
Total	65,7 %		



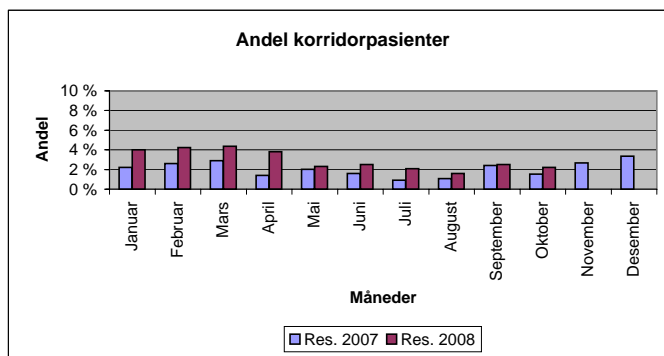
Andel overbelegg:

	Res. 2007	Res. 2008	Res.mål
Januar	3,7 %	7,6 %	
Februar	5,5 %	9,3 %	
Mars	6,9 %	8,3 %	
April	3,3 %	6,0 %	
Mai	3,5 %	3,2 %	
Juni	5,1 %	5,0 %	
Juli	4,3 %	4,7 %	
August	4,6 %	3,1 %	
September	4,5 %	3,9 %	
Oktober	4,5 %	3,4 %	
November	4,4 %		
Desember	7,6 %		
Total	4,8 %		



Herav; Andel korridorpasienter:

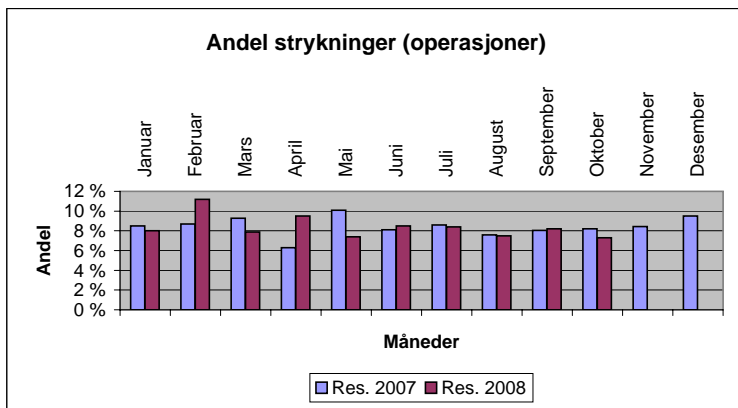
	Res. 2007	Res. 2008	Res.mål
Januar	2,2 %	4,0 %	
Februar	2,6 %	4,3 %	
Mars	2,9 %	4,4 %	
April	1,4 %	3,8 %	
Mai	2,0 %	2,3 %	
Juni	1,6 %	2,5 %	
Juli	0,9 %	2,1 %	
August	1,1 %	1,6 %	
September	2,4 %	2,5 %	
Oktober	1,5 %	2,2 %	
November	2,7 %		
Desember	3,4 %		
Total	2,1 %		



Foretak:	HELSE NORD-TRØNDELAG
Periode:	Oktober 2008

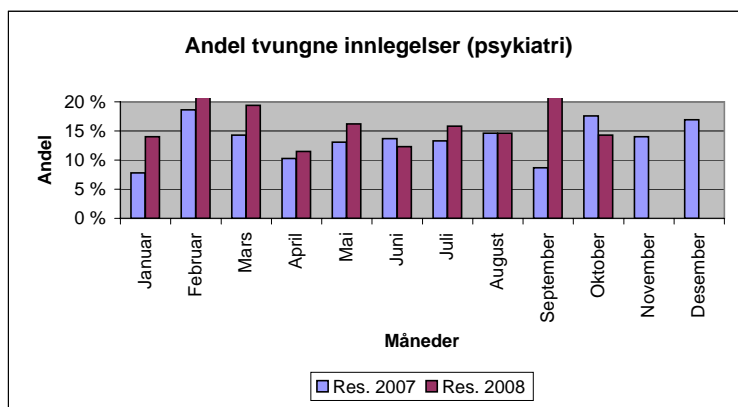
Andel strykninger (operasjoner):

	Res. 2007	Res. 2008	Res.mål
Januar	8,5 %	8,0 %	
Februar	8,7 %	11,2 %	
Mars	9,3 %	7,9 %	
April	6,3 %	9,5 %	
Mai	10,1 %	7,4 %	
Juni	8,1 %	8,5 %	
Juli	8,6 %	8,4 %	
August	7,6 %	7,5 %	
September	8,0 %	8,2 %	
Oktober	8,2 %	7,3 %	
November	8,4 %		
Desember	9,5 %		
Total	8,5 %		5,0 %



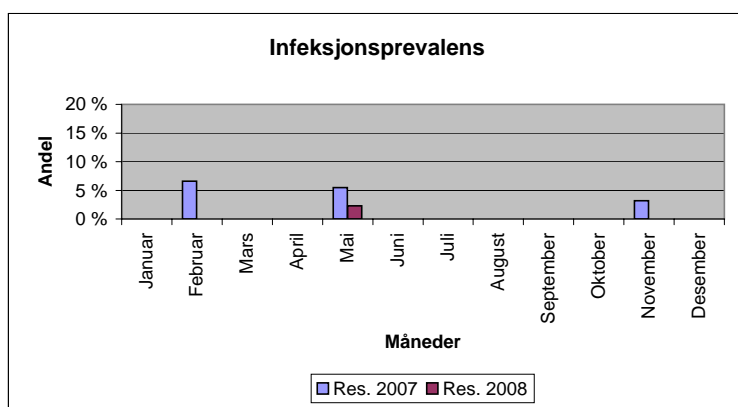
Andel tvungne innleggelser (psyk.):

	Res. 2007	Res. 2008	Res.mål
Januar	7,8 %	14,0 %	
Februar	18,6 %	24,5 %	
Mars	14,3 %	19,4 %	
April	10,3 %	11,5 %	
Mai	13,1 %	16,2 %	
Juni	13,7 %	12,3 %	
Juli	13,3 %	15,8 %	
August	14,6 %	14,6 %	
September	8,7 %	26,7 %	
Oktober	17,6 %	14,3 %	
November	14,0 %		
Desember	16,9 %		
Total	13,5 %		



Infeksjonsprevalens:

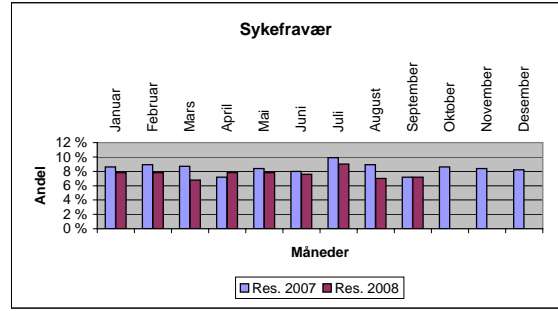
	Res. 2007	Res. 2008	Res.mål
Januar			
Februar	6,6 %		
Mars			
April			
Mai	5,5 %	2,3 %	
Juni			
Juli			
August			
September			
Oktober			
November	3,2 %		
Desember			
Total	5,2 %		



Foretak:	HELSE NORD-TRØNDELAG
Periode:	Oktober 2008

Sykefravær:

	Res. 2007	Res. 2008	Res.mål
Januar	8,6 %	7,8 %	
Februar	8,9 %	7,8 %	
Mars	8,7 %	6,8 %	
April	7,2 %	7,8 %	
Mai	8,4 %	7,8 %	
Juni	8,0 %	7,6 %	
Juli	9,9 %	9,0 %	
August	8,9 %	7,0 %	
September	7,2 %	7,2 %	
Oktober	8,6 %		
November	8,4 %		
Desember	8,2 %		
Total	8,4 %		7,7 %

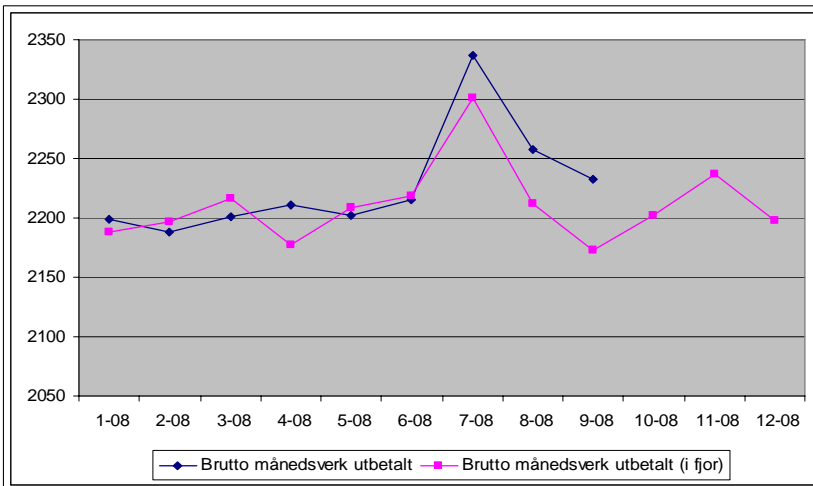


Realisert omstilling:

	HNT Gruppert (Sum HF)	SUM Tiltak	Realisert hittil (mill kr)	Prognose
1	Red. i lønnskostn. knyttet til stab/støtte/ servicefunksjoner	-2,1	-1,7	-1,9
2	Red. i lønnskostn. knyttet til pleietjenester	-10,7	-5,4	-6,6
3	Red. i lønnskostn. knyttet til vakt/ tj.planer leger	-5,1	-2,4	-2,9
4	Red. i varer og tjenester (bl.a. medikament)	-2,7	-2,1	-2,6
5	Økn. i inntekter (inkl. kodeforbedring)	-17,5	-10,7	-12,9
6	Annet enn gruppe 1-5	-7,4	-5,6	-6,7
	SUM HNT	-45,5	-27,9	-33,6

Bemanningsutvikling:

	1-08	2-08	3-08	4-08
Brutto månedsverk utbetalt	2 199,0	2 187,6	2 199,8	2 208,6
Brutto månedsverk utbetalt (i fjor)	2 187,9	2 196,8	2 216,5	2 176,6
	5-08	6-08	7-08	8-08
Brutto månedsverk utbetalt	2 202,2	2 214,7	2 333,3	2 255,8
Brutto månedsverk utbetalt (i fjor)	2 208,8	2 218,7	2 300,5	2 212,3
	9-08	10-08	11-08	12-08
Brutto månedsverk utbetalt	2 233,2			
Brutto månedsverk utbetalt (i fjor)	2 173,0	2 201,9	2 236,9	2 197,2



Foretak:	HELSE NORD-TRØNDELAG
Periode:	Oktober 2008

2008		Andel strykninger												
		Januar	Februar	Mars	April	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Okt.	Nov.	Des.	Hele 2008
Strøkne opr.	Levanger	9,3 %	13,5 %	9,0 %	10,4 %	10,4 %	9,7 %	9,4 %	5,4 %	10,5 %	7,2 %			
Strøkne opr.	Namsos	6,2 %	6,4 %	5,9 %	8,1 %	4,9 %	6,4 %	7,1 %	11,6 %	5,3 %	8,9 %			
Strøkne opr.	HNT 2008	8,0 %	11,2 %	7,9 %	9,5 %	7,4 %	8,5 %	8,4 %	7,5 %	8,2 %	7,3 %			

2008		Andel strykninger			
		1. tertial	2. tertial	3. tertial	Hele 2008
Strøkne opr.	Levanger	10,5 %	8,7 %		
Strøkne opr.	Namsos	6,8 %	7,5 %		
Strøkne opr.	HNT 2008	9,1 %	8,0 %		

2008									
Andel henvisninger i BUP vurdert innen 10 dager									
Andel henvisninger i BUP vurdert innen 10 dager	1. tertial	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Okt.	Nov.	Des.
	77,6 %	90,8 %	62,1 %	86,9 %	93,6 %	84,4 %	75,8 %		

2008				
Andel henvisninger i BUP vurdert innen 10 dager				
Andel henvisninger i BUP vurdert innen 10 dager	1. tertial	2. tertial	3. tertial	Hele 2008
	77,6 %	83,4 %		