

Styrets medlemmer

**Vår ref.:** 2011/3118 - 21416/2011  
**Deres ref.:**  
**Arkiv:** 012  
**Dato :** 08.09.2011

**Innkalling til styremøte 150911****Møtedato:** Torsdag 15. september 2011 kl 1000**Møtested:** Quality Hotel Grand Steinkjer

- Sak 33/2011 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 18.08.11
- Sak 34/2011 Eiers styringskrav 2011 Helse Nord-Trøndelag HF - 2. tertialrapport
- Sak 35/2011 Rapporter etter systemtilsyn t.o.m. 2. tertial 2011
- Sak 36/2011 Orienteringssaker:
1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 01.09.11
  2. Protokoll fra møte i Samarbeidsutvalget 01.09.11
  3. Status oppfølging av protokoll fra foretaksmøte 30. juni 2011
  4. Budsjett 2012
  5. Status sammenslåing hjerteovervåking og intensiv, Sykehuset Levanger
  6. Samlokalisering psykiatri Sykehuset Namsos – statusrapport pr. august 2011
  7. Andre orienteringer

Med hilsen  
Steinar Aspli  
Styreleder  
Sign.

Kopi:  
Styrets varamedlemmer

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF**  
**STYRET**  
**MØTEPROTOKOLL**

Møtetid: 18.08 2011 kl. 10.00 – 14.30  
Møtested: Sykehuset Namsos  
Saksnr.: 30/2011 - 32/2011  
Arkivsaksnr.: 2011/2608

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende medlemmer:

Steinar Aspli  
Inger Marit Eira-Åhrén  
Ragnhild Torun Skjerve  
Torbjørn Vanvik  
Rolf Gunnar Larsen  
Torgeir Schmidt-Melbye  
Peter Himo  
Elinor Kjøseth  
Sølvi Sæther  
Siw Bleikvassli (permisjon fram til kl. 12.00)  
Margrete Mære Husby

Forfall:

Ingen forfall

Fra Brukerutvalget møte: Øystein Bjørnes

Fra Samarbeidsutvalget møte: Hege Sørlic

Fra administrasjonen møte:

Adm. direktør	Arne Flaatt
Ass. direktør	Mads E. Berg
Fagsjef	Paul Georg Skogen
Informasjonssjef	Trond G. Skillingstad (referent)

Merknader til møtet: Ingen merknader.

Merknader til innkalling og sakliste: Ingen merknader.

Innkalling utsendt pr. e-post 12.08 2011. Saksframlegg publisert på internettløsningen for styresaker.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF**  
**STYRET**  
**MØTEPROTOKOLL**

**Sak 30/2011      Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 16.06.11**

**Protokoll**

Steinar Aspli viste til protokollen.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

**Vedtak**

Møteprotokoll fra styremøtet 16.06.11 godkjennes.

---

**Sak 31/2011    Strategi 2020 – Oppfølging i Helse Nord-Trøndelag**

**Protokoll**

Administrerende direktør viste til oppdrag i foretaksprotokollen fra 30. juni 2011, og koblet dette sammen med det tidligere anviste opplegget for Strategi 2020 i Helse Nord-Trøndelag.

Administrerende direktør gjorde rede for hvordan oppdragene i budsjett, strategi og foretaksprotokoll organiseres og følges opp.

Steinar Aspli fremmet et tillegg til vedtaksforslaget, slik at også foretaksprotokoll fra 30. juni 2011 ble innlemmet i vedtaket.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

**Vedtak**

Styret tar foretaksprotokollen fra 30.06.2011 og administrerende direktørs oppfølgingsplan til etterretning.

---

**Sak 32/2011    Orienteringssaker**

**Protokoll**

*1. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 15.08.11*

- Øystein Bjørnes viste til innhold i utvalgets møte, og gikk spesielt inn på vedtak knyttet til ekstra budsjettutfordring på 25 millioner. Bjørnes refererte vedtaket i BU sak 34/2011 som ber om en ny løsning i ambulansesaken.

*2. Protokoll fra foretaksmøte 30.06.11 mellom Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF*

- Steinar Aspli viste til protokollen. Oppdragene i protokollen knyttes til sak 31/2011 Strategi 2020 – Oppfølging i Helse Nord-Trøndelag. Aspli orienterte samtidig om felles styreleder- og direktørsamling i Helse Midt-Norge, hvor oppdragene i protokollen ble drøftet og presisert. Administrerende direktør viste til oppdrag i protokollen hvor Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital skal samarbeide for å snu pasientstrømmen i

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF**  
**STYRET**  
**MØTEPROTOKOLL**

retning Nord-Trøndelag.

3. *Driftsrapport for juni/juli 2011*

- Assisterende direktør Mads E. Berg gikk gjennom resultater på sentrale drifts- og kvalitetsindikatorer til og med juli 2011. Helse Nord-Trøndelag ligger litt foran budsjett, inkludert effekter av årets lønnsoppgjør. Pasientbehandlingsaktiviteten totalt er noe lavere enn budsjettet. I forhold til aktivitet i 2010 er innleggelser på samme nivå, mens det er en økning innen poliklinisk aktivitet i tråd med føringer som er lagt for driften.  
Andel sykefravær er under nivåene fra foregående år.  
Berg gikk gjennom sentrale kvalitetsindikatorer, som i hovedsak viser en forbedring i resultatene.

4. *Tilsyn med behandling av eldre pasienter med hjerneslag – Rapport fra Helsetilsynet*

- Administrerende direktør viste til fremlagt tilsynsrapport.

5. *Helse Nord-Trøndelags oppfølging etter hendelsene i Oslo og på Utøya*

- Administrerende direktør gjorde rede for Helse Nord-Trøndelags oppfølging av hendelsene i Oslo og på Utøya. Arbeidet ble raskt organisert internt i helseforetaket, og har vært koordinert gjennom Fylkesmannen i Nord-Trøndelag og Helse Midt-Norge/Helsedirektoratet. Helse Nord-Trøndelags tiltak har spesielt omhandlet støtte til de kommunale kriseteamene.

6. Andre orienteringer

- Ny fagsjef: Paul Georg Skogen har overtatt som fagsjef etter Dagfinn Thorsvik. Administrerende direktør orienterte om at Skogen dermed også inntretr som fast medlem i Samarbeidsutvalget, mens Thorsvik trer ut av utvalget.
- Helikopterlandingsplass Levanger: Administrerende direktør orienterte om arbeid knyttet til etablering av helikopterlandingsplass ved Sykehuset Levanger. Dagens landingsplass ligger på Moan. Plasseringen er ikke optimal grunnet avstand til sykehuset. Administrerende direktør viste til vurderinger og forespørsler knyttet til privatfinansiert parkeringshus på sykehusområdet, hvor helseforetaket kan leie tak for helikopterlandingsplass, samt eventuelt etasje for ambulansestasjon.
- Tilgang til sykehusene: Administrerende direktør vil i et senere møte orientere om tilgjengeligheten til sykehusene, med basis i tidligere utredninger.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF**  
**STYRET**  
**MØTEPROTOKOLL**

**Vedtak**

Styret tar sakene til orientering og ber administrerende direktør arbeide videre med konseptet knyttet til helikopterlandingsplass ved Sykehuset Levanger.

---

Steinar Aspli

Inger Marit Eira-Åhrén

Ragnhild Torun Skjerve

Torbjörg Vanvik

Elinor Kjølseth

Torgeir Schmidt-Melbye

Peter Himø

Rolf Gunnar Larsen

Sølvi Sæther

Siw Bleikvassli

Margrete Mære Husby

# HELSE NORD-TRØNDELAG HF

## STYRET

Sak 34/2011 Eiers styringskrav 2011 Helse Nord-Trøndelag HF, 2.tertialrapport

---

<b>Saken behandles i:</b>	<b>Møtedato</b>	<b>Møtesaksnummer</b>
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	15.09.11	34/2011
<b>Saksbeh:</b>	<b>Sveinung Aune</b>	
<b>Arkivkode:</b>	<b>012</b>	
<b>Saksmappe:</b>	<b>2011/3118</b>	

---

### ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar status for oppfølging av styringskrav 2011 gitt av eier gjennom styringsdokument og foretaksmøteprotokoller til etterretning.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar administrerende direktørs vurderinger av risikoområder til etterretning og ber om at områdene med kritisk og høy risiko blir fulgt opp med korrigerende tiltak, slik at resultater innfris i tråd med skisserte målsettinger for 2011.

## **SAKSUTREDNING:**

### **Sak 34/2011 Eiers styringskrav 2011 Helse Nord-Trøndelag HF, 2.tertialrapport**

## **VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

### **Nummererte vedlegg som følger saken**

1. AD-rapport pr. 31.08.2011 (ferdigstilles 14.september og vil derfor bli ettersendt).
2. Samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument 2011 og foretaksmøteprotokoller.

### **Utrykte vedlegg i saksmappen**

1. Styringsdokument 2011 for Helse Nord-Trøndelag HF.
2. Oppdragsdokument 2011 Helse Midt-Norge RHF.
3. Foretaksmøteprotokoll for HNT av 08.02.2011.
4. Foretaksmøteprotokoll for HNT av 30.06.2011.

## **BAKGRUNN**

I styresak 07/2011 ble styret orientert om hvordan administrerende direktør vil følge opp eiers samlede styringskrav. Gjennom de månedlige AD-rapportene og 1.tertial rapport er styret for Helse Nord-Trøndelag HF orientert om status i forhold til hovedelementer i styringsdokument og foretaksmøteprotokoll. Nye oppgaver gitt i Foretaksprotokoll 30.06.2011 vil ha en særskilt oppfølging og behandling.

Nå presenteres styret for AD-rapport pr. 31.08.2011 (vedlegg 1), og liste med samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument 2011 og foretaksprotokoller (vedlegg 2).

Dette danner sammen grunnlag for tertialrapport for 2.tertial, der eiers samlede styringskrav besvares.

## **FAKTISKE OPPLYSNINGER OG DRØFTING**

Styringsdokumentet 2011 og foretaksmøteprotokollen av 08.02.2011 består av 159 styringsparametere, små og store oppgaver. Målsettinger og oppgaver er risikovurdert etter en mal fra Helse Midt-Norge RHF. For 1.tertial var kravet at tiltak knyttet til oppgavene skulle være registrert i matrisen, mens det for 2.tertial skal rapporteres hvorvidt tiltakene fører til måloppnåelse og eventuelt hvilke nye tiltak som iverksettes.

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

Etter 2.tertial er det følgende status på mål og oppgaver:

	Kritisk risiko (rød)	Høy/moderat risiko (gul)	Lav risiko (grønn)
Antall mål og oppgaver	1.tertial: 4 2.tertial: 3	1.tertial: 45 2.tertial: 36	1.tertial: 108 2.tertial: 119

I vedlegg 2: Matrise virksomhetsportalen finnes en full oversikt over alle oppgaver (elektronisk tilgjengelig for alle ansatte), samt en oppsummering som viser status på hvert oppgaveområde. 51 av kravene vurderes allerede som oppfylt. 1 av oppgavene er ikke risikovurdert enda. Dette fordi den skal besvares i årlig melding.

### **3 oppgaver vurderes å ha kritisk risiko og de omtales nedenfor: (Rød)**

#### **A: Aktivitetsmål - psykisk helsevern BUP (3.2)**

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

Per August	Faktisk	Plantall	Avvik
Konsultasjoner	8 978	11 998	-3 020
Utskrivninger	71	83	-12
Oppholdsdøgn	1 455	1 436	19

Rapportering per august viser at man fortsatt er betydelig bak plan på antall konsultasjoner. Antall utskrivninger er også svakere enn plan, mens antall oppholdsdøgn viser et positivt avvik.

Man ligger fremdeles bak plantall for konsultasjoner og utskrivninger per august 2011, men man taper mindre til plan i 2. tertial enn i 1. tertial med henhold til konsultasjoner, og reduserer avviket med henhold til utskrivninger isolert sett for 2. tertial. Antall oppholdsdøgn er fortsatt bedre enn plan.

Tiltak er det samme som for 1. tertial, nyansettelser og rask opplæring/introduksjon for å komme i produksjon. I tillegg søkes det å jobbe mer effektivt og rasjonelt. I høst blir det ansatt en rekke nye medarbeidere, og dette vil få effekt fra september/oktober. Når det gjelder sykefraværet er dette redusert fra akk. 8,6 % til 7,1 % fra april til juli. Samlet sett vil man ikke klare aktivitetsmålet på årsbasis, da man ikke vil klare å ta igjen det akkumulerte avviket hittil i år.

#### **B: Behandling av sykkelig overvekt: Helse Nord-Trøndelag HF skal etablere og videreføre samarbeid med kommuner om behandlingstilbud og kompetanseutvikling (7.5.3)**

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

#### **C: Behandling av sykkelig overvekt : Helse Nord-Trøndelag HF skal videreføre arbeid i tverrfaglig overvektspoliklinikk (7.5.4)**

Det er utarbeidet planer og prosjektbeskrivelser for en tverrfaglig overvektspoliklinikk for barn, ungdom og voksne. Det er søkt om prosjektmidler fra Helse Midt-Norge, men hoveddelen av finansieringen må komme fra foretaket selv. Intern organisering og ansvar for tilbudet er ennå ikke avklart. Man ønsker å bygge på erfaringer fra igangsatte tiltak og prosjekt. Det er foreløpig usikkert om tiltaket vil være mulig å prioritere inneværende år.



## **ØVRIGE OMRÅDER SOM HAR SÆRSKILT FOKUS:**

Av de 159 risikovurderte mål/oppgaver er 36 vurdert å ha en høy/moderat risiko (gul). Av disse vil en del områder ha særskilt fokus. Dette gjøres gjennom de lederavtaler som er inngått og oppfølging av disse. I tillegg har vi fokus på internkontroll og har i forbindelse med ledelsens gjennomgang lagt planer om oppfølging og gjennomføring av en rekke tiltak.

Følgende områder har særskilt fokus:

- Aktivitet og kostnadskontroll
- Ventetider og fristbrudd
- Medarbeiderutvikling
  - Sykefravær
  - Deltid
- Internkontroll og ledelsens gjennomgang

### Aktivitet og kostnadskontroll

For somatikken så ligger DRG aktiviteten etter planen i 2.tertial, og man har et samlet negativt avvik på 622 DRG poeng (-3,3%). Økt legekapasitet i resten av året gjør at prognosen ved årets slutt er et avvik på ca. 1,5%. Innenfor voksenpsykiatrien ligger også aktiviteten etter planen med et avvik på ca. 8 %. Sengetall i Namsos har vært lavere i byggeperioden, men er nå tilbake på planlagt nivå. Svikten i barne- og ungdomspsykiatrien er tidligere omtalt under pkt A. ovenfor.

HNT har i 2011 økte pensjonskostnader på 39,4 mill kroner ut over det som var forutsatt dekket i opprinnelig budsjetttramme. Korrigert for disse økte pensjonskostnader hadde HNT pr. juli måned et positivt resultatavvik i forhold til budsjettet på 2,6 mill kroner. HNT har nå fått økt basisrammen fra eier med 31,8 mill kroner til delvis dekning av nevnte økte pensjonskostnader. Samtidig har eier justert resultatkravet for HNT for 2011 til – 7,6 mill kroner (tilsvarende resterende udekket pensjonskostnad).

HNT vil 14. september rapportere økonomisk resultat pr. august måned. Det er så langt ikke indikasjoner på at resultatet for august vil avvike mye fra budsjettet. Det ligger derfor an til at foretaket fortsatt vil prognostisere et årsresultat i samsvar med resultatkravet fra eier, dvs. – 7,6 mill kroner.

### Ventetider og fristbrudd

#### *Ventetider*

Gjennom handlingsplan for reduksjon av den totale ventetid ned mot 65 dager er det satt målsetninger om kraftige reduksjoner i ventetid i løpet av 2011. Pr. utgangen av juli er samlet gjennomsnittlig ventetid for foretaket 92 dager. Fordelt på fagområder har somatikk 94 dager, psykisk helsevern 64 dager og rus 46 dager. Det er satt i verk en rekke tiltak i somatikken for å redusere ventetiden, og man har sett en nedgang fra i overkant av 100 dager og ned til 94 dager ved utgangen av juli. Hovedtiltakene er rettet mot å frigjøre kapasitet innenfor de polikliniske tjenestene, skaffe alternative somatiske spesialisttjenester innen "private" tjenester og ha en kontinuerlig ryddighet i ventelistene.

### Fristbrudd

Målsettingen er at fristbrudd ikke skal forekomme. Andel fristbrudd for ventende pasienter med rett til nødvendig helsehjelp ligger ved utgangen av juli på 3,2% for foretaket. I somatikken er andelen 2,0%, voksenpsykiatrien 0,9% og barne- og ungdomspsykiatrien 32,8%. Dette betyr at det ved utgangen av juli var 68 ventende pasienter med fristbrudd i somatikken, 1 i voksenpsykiatri og 44 i barne- og ungdomspsykiatrien. Videre arbeid med å hindre at fristbrudd oppstår sees i sammenheng med handlingsplan for reduksjon av total ventetid ned mot 65 dager. Man fortsetter arbeidet med månedlige rydderutiner og opplæring i bruk av PAS.

### Sykefravær

I henhold til IA-avtalen er det et mål å redusere sykefraværet med 20 % til det er nede på et langsiktig mål på 7 % i 2013. HNT har for 2011 satt et mål på 7,5 %, noe som er en reduksjon på knapt 10 % i forhold til 2010. Faktisk sykefravær for HNT var i juli 2011 på 6,6 %.

### Deltid

Det er krav om at HF-ene, i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, skal redusere andel deltid med minst 20 prosent i løpet av 2011. For 2011 er det på dette grunnlag fastsatt et mål for andel deltid på 37,8 % av totalt antall faste ansatte. Status i januar var en andel deltid på 47%, og ved utgangen av juli hadde vi en andel deltid på 46,4%.

Det er stor variasjon mellom klinikkene og yrkesgruppen når det gjelder måloppnåelse. HNT vurderer det samlet sett for foretaket som svært krevende å nå målet. En suksessfaktor vil være å sette samme fokus på dette arbeidet som det vi har på fristbrudd med mer. I den forbindelse har vi nå iverksatt månedlig rapportering innad i HNT. Det legges også opp til større fokus på holdningsarbeidet blant ansatte og ledere i foretaket. Det iverksettes også tiltak innad i den enkelte klinikk bl.a. ved at alle ledige stillinger skal vurderes tilbudt faste deltidsansatte slik at vi oppnår større andel 100 % stillinger før vi lyser ut deltidstillinger.

### Internkontroll og ledelsens gjennomgang

I forbindelse med ledelsens gjennomgang ble det enighet om oppfølging og gjennomføring av følgende innenfor område helse, miljø og sikkerhet (HMS), pasientrelatert kvalitet, informasjonssikkerhet og avviksbehandling:

		<b>Ansvar</b>	<b>Tidsfrist</b>	<b>Evaluering</b>
<b>HMS</b>				
1	Det skal arbeides videre med planen for å få en godkjent bedriftshelsetjeneste	Leder BHT	Fortløpende	06.2012
2	Det skal gjennomføres "40-timerskurs" for verneombudene	Kvalitetssjef	10.2011	03.2012
3	Sikre at opplæring i bruk av medisinsk utstyr er dokumentert for alle yrkesgrupper	Klinikklederne	09.2011	10.2011
4	Utarbeide plan for gjennomgang av forhold som påvirker foretakets leveringsevne	Klinikklederne	11.2011	03.2012
5	Utarbeide mål og bygge opp system, samt organisasjon for å kunne bli "miljøsertifisert" innen 2015	Adm. dir/ Kval. Sjef/KI SEK	01.2012	03 2013
6	Følge opp AMUS 2011	Personalsjefen	01.2012	03.2012

		Ansvar	Tidsfrist	Evaluering
<b>Pasientrelatert kvalitet</b>				
1	Opplæring av kvalitetskoordinatorer på klinikkene	Fagsjef	10.2011	03.2012
2	Opplæring og iverksetting av Globale Trigger Tool	Fagsjef	11.2011	03.2012
3	Vurdering av Kvalitetsutvalgets rolle	Eget mandat	06.2011	01.2012
4	Følge opp de prosedyrer som er utarbeidet både for saksbehandling av henvisninger og registreringspraksis i PAS-systemet	Klinikklederne	09.2011	10.2011
5	Kartlegging av pasienters opplevelse av kvalitet	Fagsjef/Leder FoU Klinikklederne	12.2011	03.2012
6	Sikre nødvendig fremdrift i oppgavene innenfor samhandlingsområdet	Samhandlingssjef	11.2011	03.2012
7	Avklare fremdrift vedrørende ISO-sertifisering	Adm. dir.	07.2011	10.2011
8	Iverksette "Pasientsikkerhetskampanjen"	Admi. Dir./Fagsjef	01.01.2012	03.2012
9	Opplæring og iverksetting av NOIS registrering i de kirurgiske klinikkene	Fagsjef/Klinikklederne	01.09.2011	03.2012
10	Redusere forekomsten av uriktig legemiddelbruk	Fagsjef	01.01.2012	03.12
<b>Informasjonssikkerhet</b>				
1	Vurdere å etablere ordning med personvernombud	Kvalitetssjef	09.2011	10.2011
<b>Avviksbehandling</b>				
1	Innføring av elektronisk meldingsrutine for avvikshendelser	Fagsjef	02.2012	03.2012
2	Definere miljøavvik	Kvalitetssjef	09.2011	10.2011

## DRØFTING

Administrerende direktør ser det som viktig at Helse Nord-Trøndelag HF har risikovurdert mål, styringsparametre og oppgaver i styringsdokument/foretaksprotokoll og at det blir satt krav om at det settes inn korrigerende tiltak for å redusere risikoen på de områdene måloppnåelse har alvorlige konsekvenser. Ved utgangen av 2. tertial er status at 75% av oppgavene vurderes til å ha lav risiko (grønn), 23% av oppgavene høy/moderat risiko (gul) og 2% av oppgavene kritisk risiko (rød).

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

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

## KONKLUSJON

Helse Nord-Trøndelag HF har ved 2. tertialrapportering identifisert 3 mål/oppgaver med kritisk risiko og 36 mål/oppgaver med høy/moderat risiko i forhold til eiers samlede styringskrav gjennom styringsdokument 2011 og foretaksmøteprotokoll av 08.02.2011.

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

Som det er påpekt tidligere er det meget krevende å skulle følge opp og rapportere på så mange mål og oppgaver.

Administrerende direktør mener at statusrapporten etter 2.tertial viser at Helse Nord-Trøndelag HF er i rute i forhold til økonomisk resultat, herunder planlagte effektiviseringstiltak.

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

Levanger, 8.september 2011

Arne Flaot  
Adm.direktør

**VEDLEGG 2: Matrise Virksomhetsportalen**

STYRINGSdokUMENT 2011 - status 2.tertial		Antall oppgaver	Kritisk risiko	Høy/moderat risiko	Lav risiko
<b>1</b>	<b>Innledning</b>				
1.1	Hovedprioriteringer 2011 (*ikke vurdert)	1			
1.2	Samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan				
1.3	Gjennomføring av strategi 2020	2			2
<b>2</b>	<b>Tildeling av midler</b>				
2.1	Resultat- og likviditetskrav	1		1	
2.2	Fordeling av inntekter	8		2	6
2.3	Raskere tilbake	1			1
2.4	Investeringsramme	1			1
<b>3</b>	<b>Aktivitet</b>				
3.1	Aktivitetsmål - psykisk helsevern for voksne	1		1	
3.2	Aktivitetsmål - psykisk helsevern BUP	1	1		
3.3	Aktivitetsmål somatikk - DRG	1		1	
3.4	Aktivitetsmål somatikk - Polikl.inntekter	1		1	
<b>4</b>	<b>Nye forskrifter</b>	1			1
<b>5</b>	<b>Nasjonale og regionale strategier og handlingsplaner</b>	2		1	1
<b>6</b>	<b>Særskilte satsingsområder 2011</b>				
6.1	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	16		5	11
6.2	Kvalitet og pasientsikkerhet	25		2	23
6.3	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3			3
6.4	Psykisk helsevern	7		1	6
6.5	Kreftbehandling	4			4
6.6	Innovasjon	3		3	
<b>7</b>	<b>Andre områder</b>				
7.2	Habilitering og rehabilitering	3			3
7.3	Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus	3			3
7.5	Behandling av sykkelig overvekt	5	2	2	1
7.8	Ernæring og mattrygghet	2			2
7.9	Beredskap og smittevern	3		2	1
7.10	Diabetes	1		1	
7.11	Spesialisthelsetjenestetilbudet for eldre	1		1	
7.12	Opplæring av pasienter og pårørende	3		1	2
<b>8</b>	<b>Utdanning av helsepersonell</b>	4		1	3
<b>9</b>	<b>Forskning</b>	3			3
<b>11</b>	<b>Oppfølging og rapportering</b>	3			3
<b>Total Styringsdokument</b>		110	3	26	80
		100 %	3 %	24 %	73 %
<b>FORETAKSPROTOKOLL 2011</b>					
		Antall oppgaver	Kritisk risiko	Høy/moderat risiko	Lav risiko
<b>FP 5</b>	<b>Økonomiske krav og rammebetingelser</b>				
FP 5.1	Resultatkrav for 2011	1			1
FP 5.2	Styring og oppfølging i 2011	1			1
<b>FP 6</b>	<b>Organisatoriske krav og rammebetingelser</b>				
FP 6.1	Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonale helse- og omsorgsplan	5			5
FP 6.2	Veileder for styrearbeid og fastsetting av instruksjer	2			2
FP 6.3	Regjeringens eierskapspolitikk	2			2
FP 6.4	Tiltak på personalområdet	15		6	9
FP 6.5	Intern kontroll og risikostyring	4			4
FP 6.6	Kvalitet i anskaffelsesprosessene	2			2
FP 6.7	Utvikling på IKT-området	8		2	6
FP 6.9	Pasientreiser	2		1	1
<b>FP 7</b>	<b>Øvrige eierkrav</b>				
FP 7.1	Miljø- og klimatiltak	5		1	4
FP 7.2	Nasjonalt profilprogram	1			1
FP 7.5	Parkering	1			1
<b>Total Foretaksprotokoll</b>		49	0	10	39
		100 %	0 %	20 %	80 %
<b>Totalt Styringsdokument + Foretaksprotokoll</b>		<b>159</b>	<b>3</b>	<b>36</b>	<b>119</b>
		100 %	2 %	23 %	75 %

Vedlegg 2 Matrise Virksomhetsportalen				
Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
1.1	Hovedprioriteringer 2011	<p>Det er i Prop. 1 S (2010-2011) identifisert noen særskilte satsingsområder i 2011 for helseforetakene. Disse områdene er: <b>Ventetider og fristbrudd, kvalitet og pasientsikkerhet, samhandlingsreformen, tverrfaglig spesialisert rusbehandling, psykisk helsevern, kreftbehandling og innovasjon.</b></p> <p>Styring og kontroll med pasientsikkerhet og kvalitet må ikke stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken. En likeverdig vektlegging av disse områdene er en forutsetning for riktige faglige prioriteringer og høy kvalitet på pasientbehandlingen. I Strategi 2020 legges til grunn at midler omprioriteres til de store og voksende pasientgruppene.</p> <p>Styringsdokument 2011 Helse Nord-Trøndelag</p> <p>Protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag</p>	Igangsatt	
1.3.1	Gjennomføring av Strategi 2020	• Utarbeide plan for gjennomføring av Strategi 2020 jfr. brev fra 20.10.2010, og med de spesifikasjoner som er gitt over.	Igangsatt	Plan utarbeidet og styrebehandlet 18.august
1.3.2	Gjennomføring av Strategi 2020	• Prioritere deltagelse i de prosjektene og aktivitetene som framkres i Koordineringsgruppen for Strategi 2020	Igangsatt	Avgitt etterspurt personell til deltagelse i de regionale prosjektene.
11.1	Oppfølging og rapportering Rapportering på styringsparametre	<p>Det fremgår av vedlegg 2 hvilke styringsparametre det skal rapporteres på i 2011 samt rapporteringsfrekvens- og tidspunkt. Samtlige styringsparametre skal rapporteres i henhold til rapporteringsmal som vil bli overlevert helseforetaket i foretaksmøtet i februar 2011. Det legges til grunn at helseforetaket bruker de datakilder som er angitt i vedlegg 3 som grunnlag for rapporteringen. HMN kan be om ytterligere informasjon dersom det er uklarheter rundt enkelte styringsparametre.</p> <p>Oppfølging av at tiltak utarbeides og måloppnåelsen av disse gjøres gjennom året via egen matrise i virksomhetsportalen.</p> <p>Pr 1. tertial skal tiltak knyttet til oppgavene være registrert i matrisen og risiko være vurdert og styrebehandlet.</p> <p>Pr 2. tertial skal en rapportere hvorvidt tiltakene fører til måloppnåelse og ev. om ikke hvilke nye tiltak som iverksettes.</p>	Igangsatt	<p>Behandling i styremøte 19.05.2011</p> <p>Behandling i styremøte 15.9.2011</p>
11.2	Særskilt rapportering	Det bes om statusrapportering på helseforetakenes medvirkning i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen innen utgangen av 2. tertial 2011.	Igangsatt	<p>Følgende tiltak er etablert.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fagavdelingen har tatt et koordineringsansvar.</li> <li>- Ansvarlig i HNT: Kolbjørnt Thun</li> <li>- Etablert og opplært GTT-team begge sykehus.</li> <li>- Igangsatt baselinemåling</li> <li>- Infeksjonsforebygging. Utvidelse av NOIS-registrering klar fra 01.09.11.</li> </ul>
11.3	Rapportering i årlig melding	<p>I årlig melding skal det rapporteres på hvordan helseforetaket har fulgt opp oppgaver og styringsparametre i styringsdokumentet for 2011. Videre er det i vedlegg 3 en tabell som skal brukes som grunnlag for rapportering på spesifiserte områder. Frist for innmeldelse av styrets årlige melding er januar 2012.</p> <p>Helseforetaket har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametre meldes Helse Midt-Norge RHF når slike avvik blir kjent.</p> <p>Årlig melding. Vedlegg 3 i styringsdokumentet; rapportering på særskilte områder</p>	Igangsatt	
2.1	Resultatkrav og likviditetskrav	Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2011 levere et regnskapsmessig resultat i 0 eller bedre. Helse Nord-Trøndelag HF må ha kontinuerlig fokus på styring av egen likviditet og sørge for at behovet for kassekreditt til enhver tid blir så lite som mulig.	Igangsatt	<p>Resultatet etter årets 3 første måneder er positivt i forhold til periodisert budsjett. Med utgangspunkt i avsatt buffer og periodisering av budsjettet er det stor sannsynlighet for at målet vil nås. Intern styringsdialog skal bidra til det samme.</p> <p>Det er fortsatt noe uklart om foretaket skal dekke økte pensjonskostnader på 39,4 mill kroner innen gitte ramme. HNT forutsetter i vår analyse og rapportering at disse kostnadene dekkes særskilt eller holdes utenfor resultatkravet.</p> <p>Lidviditetskravet er en maksimal driftskreditt på 200 mill kroner. Foretaket ligger godt under dette kravet i årets fire første måneder. Prognostisert resultat indikerer også at foretaket vil nå målet med god margin.</p> <p>Oppdatering ultimo august: Det er nå avklart at foretaket vil få tilleggsbevilgning til dekning av økte pensjonskostnader. Prognose resultat opprettholdes på 0 eller bedre. Likviditetskravet vil bli innfridd med god margin selv om dette blir endret som følge av nevnte tilleggsbevilgning.</p>
2.2.1	Fordeling av inntekter - nukleærmedisin	Nukleærmedisin: • Helseforetaket rapporterer tertialvis på hvordan tilbudet fungerer.	Igangsatt	<p>Rapportering iht avtale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- godkjenne prosedyrer - OK</li> <li>- vurdere og prioritere henvisninger - OK</li> <li>- besvare undersøkelser - OK</li> <li>- bistå faglig i nukleærmedisinske problemstillinger - OK</li> <li>- svare på spørsmål på rekvirenter -OK</li> <li>- gjennomføre besøk - ikke OK</li> <li>- vurdere og godkjenne behandlingsdoser - OK</li> <li>- faglig rådgivning ved anskaffelse av utstyr - ikke aktuelt ennå</li> <li>- tilgang til aktuelle datasystemer - OK</li> <li>- felles kompetanseplaner for teknisk personell - ikke OK</li> </ul>
2.2.2	Fordeling av inntekter - psykisk helsevern	<b>Psykisk helsevern - produktivitetsvekst</b> Det er på regionnivå holdt av 36 mill kroner til psykisk helsevern til senere fordeling. Disse midlene kan utløses gjennom en dokumentasjon av at aktivitetstutviklingen er større enn kostnadsutviklingen. Helse Midt-Norge RHF vil ta initiativ til den konkrete utforming og definisjon av hva som skal inngå i aktivitetsberegningen som skal ligge til grunn, samt på hvilket tidspunkt i 2011 denne fordelingen skal skje.	Igangsatt	<p>Kunne dokumentere produktivitetsvekst slik at ekstramidlene kan hentes ut. I 2010 fikk HNT vel 7 mill.kr. av avsatte midler.</p> <p>Poliklinikkonsultasjoner – vekst fra 2010 til 2011, så er dette ikke helt enkelt å sammenligne. Det er ny statistikk fra 2011 (Inkl. alle typer konsultasjoner). Aventer statistikk</p>

Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
2.2.3	Fordeling av inntekter - radiologi	<b>Poliklinisk radiologi</b> Basisrammen er styrket for å øke kapasiteten innenfor poliklinisk radiologiske undersøkelser, særlig innenfor CT og MR. Dette gjelder for pasienter hvor det er mistanke om svært alvorlig eller livstruende sykdom. <u>Ventetiden bør ikke være over 5 uker.</u>	JA	Kravet pr. 01.05 er oppfylt.  Ved avvik, kan kveldspoliklinikk/ lørdagspoliklinikk redusere ventetid.
2.2.4	Fordeling av inntekter - regionalt henvisningsmottak for private rehab.institusjoner	<b>Regionalt henvisningsmottak for private rehab. institusj</b> Helse Midt-Norge RHF har etablert regionalt henvisningsmottak for private rehabiliteringsinstitusjoner lokalisert til sykehuset Levanger. Henvisningsmottaket skal motta henvisning fra alle private rehabiliteringsinstitusjoner regionen har avtale med og skal samtidig være info telefon for habilitering og rehabilitering. Mottaket blir særfinansiert med kr. 3,5 mill i 2011.	JA	F.o.m 9.mai 2011 går henvisninger fra fastleger og avtalespesialister til alle de private rehabiliteringsinstitusjonene i Midt-Norge via ReHR. Godt samarbeid mellom ReHR, HMN og de private rehabiliteringsinstitusjonene. Økt pågang på informasjonstelefonen. Drift registreres via PAS og egen excell-statistikk. 2.tert: Drift som planlagt.
2.2.5	Fordeling av inntekter - Stjørdal DPS	<b>Stjørdal DPS</b> Helse Midt-Norge viser til styresak 87/10 fra 05.11.10 vedrørende finansiering av aktivitet i DPS Stjørdal. I styresaken vedtok styret i punkt 1 at befolkningen i kommunene Selbu, Tydal, og deler av Malvik fortsatt skal få sitt tilbud ved Stjørdal DPS. Inntektsrammen for disse kommunenes opptaksområde er gitt til St. Olavs Hospital HF. St. Olavs Hospital HF har finansieringsansvaret for døgnplassene og poliklinikk i DPS Stjørdal for pasienter fra de nevnte kommunene. St. Olavs Hospital HF skal i 2011 betale for 3 plasser. Kostnadene skal beregnes i henhold til nøkkelen i avtalen som er signert mars 2007. Helse Midt-Norge gir i tillegg 6,258 mill kr i særskilt bevilling for 2011 for å sikre drift og utvikling av tjenestetilbudet ved DPS Stjørdal. Helse Nord-Trøndelag HF skal i utforming av tjenestetilbudet ha særskilt fokus på samarbeidet med St. Olavs Hospital HF.	Igangsatt	Det arbeides med utforming av alternativ bruk. Plan er utarbeidet. presenteres for Helse Midt-Norge primo september 2011.
2.2.6	Fordeling av inntekter - Stjørdal DMS	Helseforetaket skal videreføre driften av Stjørdal DMS, reforhandling før 01.03.2012. Avklare finansieringsnøkkel som del av elementene i finansieringen av Samhandlingsreformen.	JA	Fullfinansiert i budsjett for 2011
2.2.7	Fordeling av inntekter - forskning og utdannelse	HMN regionale forskningsstrategi styrer mot 3,0 % av rammen avsatt til forskning. For å nå denne rammen har HMN påbegynt en opptrapping frem mot 2014 som synliggjøres i særfinansieringen. Midlene stilles til disposisjon gjennom årlig opptrapping og det forventes at foretakene innretter seg slik at forskningsaktiviteten er på forventet nivå i 2014. Helse Nord-Trøndelag HF har fått tildelt følgende til forskning og utdanning: • 6,806 mill kroner HNT HF skal innenfor økning av FoU-midler ivareta forskningsprosjekter som gjenspeiler prioriteringene i Strategi 2020. Ev inntekter fra andre finansieringskilder som skal brukes til FoU skal komme i tillegg til dette. Det er videre satt av forskningsmidler under Helse Midt-Norge RHF, som vil bli fordelt av Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og universitetet etter søknad.	Igangsatt	Midlene er avsatt og i varetas ihht føringene i strategi 2020. Midlene fordeles til prosjekter via vårt forskningsutvalg og FoU-avdelingen
2.2.8	Fordeling av inntekter - omfordeling av rentekostnader	Det er lagt til grunn en omfordeling av 31% av budsjettert rentekostnad på langsiktige lån, totalt 130,7 mill kr. Dette medfører en reduksjon av rammen til Helse Nord-Trøndelag HF på totalt 8,86 mill kr.	JA	Kravet er oppfylt ved tildeling av basisramme fra HMN i 2011.  Ultimo august: Ingen endring fra forrige rapportering.
2.3	Raskere tilbake	Helse Midt-Norge har i 2011 fått tildelt 104,258 mill kroner knyttet til ordningen "Raskere tilbake", (herav 3,8 mill kr til videreføring av utdanningskapasiteten ved arbeidsmedisinsk avdeling og 37,258 mill kr til drift av Hysnes Helsefort). Aktivitet som kommer inn under ordningen dekkes særskilt og skal ikke finansieres av inntektsfordelingen beskrevet i pkt 2.2. Helse Nord-Trøndelag har i 2011 fått tildelt en ramme på 6,740 mill kr	Igangsatt	Plan for bruk er vedtatt.
2.4	Investeringsramme 2011	<b>Ramme for 2011 (1000 kroner)</b> Bygg/HMS 24700 MTU 27513 EK-innskudd KLP 5993 Psykatribygg NA 19000 HOV/Intensiv LE 6000 Investeringer knyttet til overskudd forrige år for tils. 25800 er inkludert i tallene ovenfor SUM INVESTERINGER 83206  I tillegg kan helseforetaket få tildelt investeringsmidler til særskilte ENØK-tiltak.	Igangsatt	Det er god styring på bruk av foretakets investeringsmidler og liten sannsynlighet for at kravet ikke vil bli oppfylt. Forbruket etter årets 1. tertial ligger noe lavere enn et jevnt forbruk skulle tilsi.  Ultimo august: Ingen endring i forhold til forrige rapportering.
3.1	Aktivitetsmål - psykisk helsevern for voksne	Måltall: (Forventet aktivitet) Antall polikliniske kons.: 43.000 Antall utskrivinger: 1.500 Antall oppholdsdøgn: 26.510	Igangsatt	Vedlegg: Styringsparametre 2. tertial Polikliniske konsultasjoner - ligger 2700 kons bak plan pr juli. Utskrivinger: avvik fra plan hittil på 106 utskrivinger – mulig å ta igjen noe her. Antall oppholdsdøgn – ligger fortsatt bak kravet, men bedring i juli – håper på å ta igjen noe her også Kommentar: Sengetallet i NA har vært lavt i byggeperioden, men er nå opp på planlagt nivå!

Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
3.2	Aktivitetsmål - psykisk helsevern BUP	Måltall: (Forventet aktivitet) Antall polikliniske kons: 18.850 Antall utskrivinger: 130 Antall oppholdsdøgn: 2.260	NEI	Vedlegg: styringsparametre 2. tertial  Per april Faktisk Plantall Avvik Konsultasjoner 5026 6953 -1927 Utskrivinger 38 48 -10 Oppholdsdøgn 917 834 83  Rapportering per april viser at man er betydelig bak plan mht antall Konsultasjoner. Antall Utskrivinger er også svakere enn plan, mens antall Oppholdsdøgn viser et positivt avvik.  Man har ikke foretatt de budsjetterte ansettelses i begynnelsen av året, men per mai er situasjonen bedret, og man har så godt som alle planlagte ansettelses på plass i løpet av inneværende måned. Det har også vært mange sykemeldinger hittil i år. Produktivitet per ansatt hittil i år er ca. 1/3 plan.  Tiltak: Nyansettelser: sørge for god intro, slik at nyansatte kommer raskt i produksjon. Arbeide for å redusere sykefravær.  Per juli Faktisk Plantall Avvik Konsultasjoner 8058 10675 -2617 Utskrivinger 65 73 -8 Oppholdsdøgn 1380 1278 102  Man ligger fremdeles bak plantall for konsultasjoner og utskrivinger per juli 2011, men man taper mindre til plan i 2. tertial enn i 1. tertial mht Konsultasjoner, og reduserer avviket
3.3	Aktivitetsmål somatikk	Antall produserte DRG- poeng i HNT: 28.563	NEI	Vedlegg: Styringsparametre 2. tertial  Tiltak: Økt legekapasitet i 2.tertial i flere klinikker vil føre til høyere aktivitet. I tillegg arbeides det med å øke produktivitet. Prognose ved årets slutt er et avvik på minus 1-2%.  2.tertial: Prognose som tidligere
3.4	Aktivitetsmål somatikk	Refunderte polikliniske inntekter	NEI	Vedlegg: Styringsparametre 2.tertial
4.	Nye forskrifter	Forskrift om stønad til helsejenester mottatt i et annet EØS-land Ny refusjonsordning for dekning av utgifter til helsehjelp utenfor sykehus i andre EU/EØS- land trer i kraft 1.1.2011. Refusjonsordningen vil gi pasientene større valgfrihet. HELFO skal administrere ordningen. De regionale helseforetakene skal dekke refusjonsutgiftene for de tjenestetypene de har "sørge for"-ansvaret for etter nærmere bestemte regler.	Igangsett	Krevet forventes å ha begrenset økonomisk omfang og vil bli innfridd i henhold til sentralt vedtatte retningslinjer.  Ultimo august: Ingen endring i forhold til forrige rapportering.
5.1	Nasjonale og regionale strategier og handlingsplaner	Det forutsettes at helseforetaket er kjent med innholdet i strategiene og at de legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet på de ulike områder  Viser til side 12 og 13 i styringsdokument 2011 for Helse Nord-Trøndelag, kapittel 5	Igangsett	HNT arbeider med å gjøre strategiene kjent for medarbeiderne. Ansvar for dette er lagt til linjeledelsen. Strategiene skal legges til grunn ved utøvelsen og utviklingen av tilbudene Det er lagt direkte linker til strategiene i styringsmatrisen
5.2	Nasjonale og regionale strategier og handlingsplaner	Samhandlingsreformens intensjoner er vedtatt. Fra 2012 vil det bli vedtatt nye økonomiske virkemidler, ny nasjonal helseplan og nye helselover. Helseforetakene skal i 2011 sammen med kommunene lage avtaler for samarbeid om forberedelser for å realisere samhandlingsreformen.  Se også momenter i foretaksprotokollen punkt FP 6.1.1 tom FP 6.1.5 i denne styringsmatrisen	Igangsett	Rapportering etter andre tertial: Samarbeidsutvalget har nedsatt et partssammensatt arbeidsutvalg som lager utkast til ny samhandlingsavtale (tidligere Basisavtale).  Rapportering etter første tertial: Helse Nord-Trøndelag har vedtatt felles samhandlingsstrategi med kommunene, inkludert en handlingsdel i strategien. Dette utgjør fundamentet for jevnlig møter i Samarbeidsutvalget for felles utvikling av samhandling og forberedelse til samhandlingsreformen.
6.1.1	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: • Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker (Mål:100%)	NEI	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial
6.1.11	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	• Helse Nord-Trøndelag HF skal gjennomgå alle vaktordningene for å redusere passiv vakt	Igangsett	Framdriftsplan 2020 i HNT behandles i styret den 19.5. som også behandler dette punktet.
6.1.12	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	• Helse Nord-Trøndelag HF skal registrere, kvalitetssikre og rapportere data om henvisninger til Norsk Pasientregister	Igangsett	Helse Nord-Trøndelag HF rapporterer NPR-melding månedlig.
6.1.13	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	• Helseforetaket skal systematisk gjennomgå prosessene for tildeling av prioritert helsehjelp, identifisere svakheter og iverksette forbedringstiltak.	Igangsett	Det arbeides systematisk med oppgaven. Flere forbedringstiltak er under planlegging. På flere områder er det iverksatt tiltak for systematisk rydding av fristbrudd og langtidsventende. På noen områder foreligger reell underkapasitet, som nødvendiggjør kapasitetsforbedrende tiltak eller viderehenvisning av pasienter.  Kravet forventes å bli oppfylt innen utgangen av 2011
6.1.2	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen somatikk	NEI	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial
6.1.2.1	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: Median ventetid for pasienter innen somatikk	JA	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial
6.1.3	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: • Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP)	NEI	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial
6.1.3.1	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: Median ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP)	JA	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial
6.1.4	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: • Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP)	JA	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial  Ventetider er stabile i klinikken  Hatt økning på Namsos. 2 ubesatte stillinger i poliklinikk tilsatt august 2011
6.1.4.1	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	Styringsparameter: Median ventetid for pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP)	JA	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial



Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
6.1.5	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	<i>Styringsparameter:</i> Gjennomsnittlig ventetid for pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere (TSB)	JA	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial Målene nås. God behandling av henvisninger, prioritering etter veileder og oppfølging av behandling
6.1.5.1	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	<i>Styringsparameter:</i> Median ventetid for pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)	NEI	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial
6.1.6	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	<i>Styringsparameter:</i> Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten (styringsmål: ned mot 65 løpedager ved utgangen av 2011).	Igangsett	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial Tiltak: - Frigjøre kapasitet innenfor de polikliniske somatiske tjenestene - Øke kapasiteten eller effektivisere virksomheten i de polikliniske somatiske tjenestene - Skaffe alternative somatiske spesialisttjenester innen "private" tjenester - Holde ryddighet i ventelistene, slik at ikke langtidsvæntende pasienter unødvendig trekker opp gjennomsnittlig ventetid  I tillegg fokusere på - Fortløpende vurdering av etterspørsel i forhold til kapasitet (avvikling av nyhenviste pasienter) - Praktisering av gjeldende regelverk for prioritering, tilbakemelding og viderehenvisning - Dialog og tilbakemeldingsrutiner i forhold til primærlagene for å formalisere krav til utredning og henvisningsstandard - Forsterke dialogen med regionalt helseforetak på områder med reell under-kapasitet – dette følges opp av direktøren i eget møte med RHF'et. - Vurdere grunnlaget for en "dugnadsinnsats" for å komme å jour, og parallellt med dette avklare hva som må gjøres for å holde "steady state"  2.tertial: Gj.sn.ventetid er redusert fra 98 dager i januar til 92 dager ved utgangen av juli.
6.1.7	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	<i>Styringsparameter:</i> • Andel pasienter innen BUP som er vurdert innen 10 dager (mål: 100 %)	JA	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial Pr. utgangen av april er kravet på 100% oppnådd.
6.1.8	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	<i>Styringsparameter:</i> • Andel rettighetspasienter som gis utredning eller behandling innen 65 dager i psykisk helsevern og/eller TSB for personer under 23 år (mål: 100 %)	JA	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial Rutinene på inntak, vurdering av henvisninger og prioritering er gode og ledere har full kontroll
6.1.9	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd	<i>Styringsparameter:</i> • Andel fristbrudd for rettighetspasienter (mål: 0 %)	NEI	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial Andel fristbrudd ved utgangen av juli var 3,2% på foretaksnivå.
6.2.1	Kvalitet og pasientsikkerhet - Kvalitetsforbedring	Det er et mål å ha mest mulig lik og kunnskapsbasert behandlingspraksis som understøtter gode pasientforløp. Målet kan nås blant annet ved å implementere nasjonale faglige retningslinjer og bruk av mini-HTA skjema (systematisk sjekkliste; se Kunnskapssenteret).  Helseforetaket skal følge opp arbeidet med å bygge en god kvalitetskultur i henhold til strategi 2020. Foretakene skal som et ledd i dette bidra til utvikling og implementering av ny kvalitetsstrategi.  Helseforetaket skal følge opp arbeidet fra prosjektet Elektiv kirurgi jfr. strategi 2020. Det skal ikke planlegges etablering av elektiv kirurgi uten at dette er koordinert med prosjektet.	Igangsett	HNT anvender nasjonale faglige retningslinjer som en vesentlig del av kunnskapsgrunnlaget i utviklingen av pasientforløp. HNT arbeider mot å oppnå en kvalitetskultur i bedriften. HNT har en egen kvalitetsstrategi (2016) som sammenfaller med 2020-strategien. Reorganisert fagavdeling. Etablert nettverk for Kvalitetskoordinatorer i klinikkene. Det er utviklet en god meldekultur. Elektronisk avvikssystem under bredning i alle klinikker. Flere avdelinger/klinikker er ISO-sertifisert. HNT har som målsetting at foretaket skal være sertifisert innen 2016. Prosjektet elektiv kirurgi er ikke fullført
6.2.1.1	Kvalitet og pasientsikkerhet - kvalitetsforbedring	<i>Styringsparameter:</i> • Andel epikriser sendt ut innen sju dager (mål: 100 %). Det er et langsiktig mål at epikrisen følger pasienten.	Igangsett	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial HNT nådde målet om 80% av epikrisene innen 7 dager i 2010. Det arbeides med endring av kontorrutiner (signering/ekspedering) med tanket målet om 100% innen 7 dager. Det forventes at målet kan nås innen utgangen av året. Det er en positiv trend med 89% i juli
6.2.1.2	Kvalitet og pasientsikkerhet - Kvalitetsforbedring	<i>Styringsparameter:</i> • Andel korridorpasienter. (Mål: Det skal normalt ikke være korridorpasienter. )	Igangsett	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial  Antall korridorpasienter har vært synkende, pga at flere utskrivningsklare pasienter kan overføres til kommunene. Her har DMS Sjørdal og Inn-Trøndelag bidratt positivt. Medisinske avdelinger har korridorpasienter i perioder. Årsaken er store svingninger i antall ø.hjelp innleggelse.  Ikke under full kontroll, varierer. Ytterligere bedring nødvendig gjør vurdering av beleggprosenten.
6.2.1.3	Kvalitet og pasientsikkerhet - kvalitetsforbedring	<i>Styringsparameter:</i> • Andel pasienter med hjerneinfarkt som får trombolyse.	NEI	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial Tall utarbeides av NPR og sendes ut til foretakene medio juni 2011. NPR har utsatt publisering av indikator til høsten. Helseilsynet har gjennomført systemilsyn med gode tilbakemeldinger innen dette fagområdet.
6.2.1.4	Kvalitet og pasientsikkerhet - kvalitetsforbedring	<i>Styringsparameter:</i> • Andel pasienter med sfinkterruptur (fødselsrifer) grad 3 og 4.	NEI	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial Tall utarbeides av NPR og sendes ut til foretakene (årlig publisering).

Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
6.2.1.5	Kvalitet og pasientsikkerhet - kvalitetsforbedring	Styringsparameter: • Diabetes - Ben/fortumtasjoner pr 100.000 innbyggere.	NEI	Vedlegg: styringsparametre 2.tertiar Tall utarbeides av NPR og sendes ut til foretakene (årlig publisering). Foreløpig kun tall på regionnivå.
6.2.1.6	Kvalitet og pasientsikkerhet - kvalitetsforbedring	Styringsparameter: • Helse Nord-Trøndelag HF skal fortløpende registrere gode og komplette datasett i de aktuelle kvalitetsregistre.	JA	Dette blir gjort
6.2.2.1	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning	Styringsparameter: • Brukererfaringer kreftpasienter, justert for case-mix	JA	Vedlegg: styringsparametre 2.tertiar Pas-opp undersøkelsen 2010 vedr kreftpasienters erfaringer, viste positive resultater for HNT. Undersøkelsen er gjennomgått i foretaks- og klinikkdel og spesielt i begge kreftpoliklinikkene. Erfaringene fra undersøkelsen legges inn i utviklingen av tilbudet til kreftpasienter. I 2011 blir kreftomsorgen i foretaket styrket ved at vi ansetter egne onkologer i nyopprettede stillinger. Positive erfaringer med egne onkologer.
6.2.2.2	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning	Styringsparameter: • Fastlegers erfaringer med distriktpsikiatriske sentre	JA	Vedlegg: styringsparametre 2.tertiar Klinikken deltar i undersøkelsen
6.2.2.3	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning	• Helseforetaket skal følge Regional plan for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge (2010-2015)www.hmn.no	JA	Rapportering etter 2. tertiar: Handlingsplanen realiseres fortløpende.
6.2.2.4	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning	• Helseforetaket skal styrke informasjon om tjenestetilbud og rettigheter, og spesielt legge til rette for pasienter og pårørende med annen språklig og kulturell bakgrunn.	Igangsett	Rapportering etter 2. tertiar: Brosjyren pasienter får ved innkalling til sykehuset inneholder praktisk informasjon samt viktig rettighetsinformasjon. Brosjyren er nå trykket opp i engelsk og samisk utgave, noe som kan bidra til å styrke sentral informasjon vesentlig. Forøvrig pågår arbeid med renovering av foretakets hjemmesider.
6.2.2.5	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning	Helseforetaket skal gjennomføre minst 1 lokal brukerundersøkelse. Det skal blant annet rettes oppmerksomhet mot forbedringsområdene som er avdekket i den nasjonale brukerundersøkelsen "Kreftpasienters erfaringer med somatiske sykehus i 2009" PasOpp-rapport nr 2 2010	Igangsett	Helseforetaket har ikke utviklet apparat/metodikk/kompetanse til å gjennomføre systematiske brukerundersøkelser. Det er igangsatt arb. med pasientforløpsprosess. I samarbeid med FoU igangsatt arbeid med brukersus.
6.2.3	Pasientsikkerhet	Antall uønskede hendelser skal reduseres. I januar 2011 starter den tre-årige nasjonale pasientsikkerhetskampanjen - i trygge hender (www.pasientsikkerhetskampanjen.no). Kampanjen skal legge grunnlaget for varige systemer, strukturer og kompetanse om pasientsikkerhet og bidra til bedre pasientsikkerhetskultur. Nasjonale innsatsområder i kampanjen er postoperative sårinfeksjoner, riktig legemiddelbruk, behandling av hjerneslag og psykisk helsevern. Kampanjen starter med en basismåling av omfang av pasientskader ved hjelp av Global Trigger Tool. Innsatsområdene innføres gradvis.	Igangsett	Pasientsikkerhetskampanjen er organisert og i gang i HNT. HNT har utviklet en god meldekultur. Elektronisk avvismodul i EQS er tatt i bruk Kvalitetsutvalgets sammensetning og funksjon er under revisjon. HNT gjennomfører interrevisjoner etter en plan
6.2.3.1	Pasientsikkerhet	• Helse Nord-Trøndelag HF skal sikre at kvalitetsdokumentasjonssystemet gjennomgår de nødvendige revisjoner både i struktur og innhold, og at tilgjengelig funksjonalitet tas i bruk.	JA	Arbeidet er startet og dokumentene skal være gjennomgått innen medio november.
6.2.3.2	Pasientsikkerhet	• Ved revisjoner av kvalitetsdokumentasjonssystemet i det enkelt HF skal dette skje i samspill med de øvrige HF. Det skal for alle HF arbeides for å oppnå en harmonisering av struktur og innhold i kvalitetsdokumentasjonssystemet.	JA	Våre EQS-ansvarlige deltar i det regionale brukerforum for EQS. Harmonisering og struktur er arbeidsområde for dette forum. Tilsvarende er gjort for områdene informasjonssikkerhet og miljøstyring.
6.2.3.3	Pasientsikkerhet	• Helse Nord-Trøndelag HF skal delta i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen på de nasjonale innsatsområdene som styringsgruppen har besluttet, og rapportere data til kampanjens sekretariat. <i>I tillegg til rapportering i årlig melding, bes det om en statusrapportering for helseforetakenes medvirkning i og resultater fra pasientsikkerhetskampanjen etter utgangen av 2. tertiar 2011.</i>	Igangsett	HNT har organisert og startet Pasientsikkerhetskampanjen lokalt. Det syns å være en svak forankring for kampanjen i ledelsen i HNM. Det har vært noen data tekniske problemer med datarapporteringen. HNT vil gi status rapportering etter utgangen av 2. tertiar
6.2.4	Helhetlige pasientforløp og samhandling	Helse Nord-Trøndelag HF skal tilby pasienter og brukere en helhetlig tjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjeder og pasientforløp som ivaretar god behandlingsskvalitet. Pasientforløp skal planlegges sammen med kommunene i tråd med prinsippene i Strategi 2020. Pasientforløpene skal ha en desentralisert profil der dette er mulig. Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for at pasientperspektivet, gjennom utvikling av forløpstenkningen, ligger til grunn for utvikling av tjenester og for utarbeidelse av egne strategier og planer. Erfaringer fra prosjekter som Pilotsykehusprosjektet (partssamarbeidet), Samhandlingskjeden kronisk syke og andre samhandlingsprosjekter skal vektlegges der dette er hensiktsmessig.	JA	Rapportering etter 2. tertiar Felles prosjekt om pasientforløp knyttet til hofteproteser er gjennomført og avsluttes i oktober 2011. Nytt pasientforløp i fellesskap med kommunene settes i gang fra høsten 2011 knyttet til KOLS. Dette er forankret i Samarbeidsutvalget og har økonomisk støtte fra Helse Midt-Norge
6.2.4.1	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Helse Nord-Trøndelag HF skal gjennomføre tiltak for desentralisering av spesialisthelsetjenester i tråd med det regionale styrets vedtak punkt 7 i Strategi 2020	JA	HNT følger opp 2020 tiltak 7. HNT har desentralisert spesialisthelsetjeneste i en rekke kommuner; DMS Stjørdal og Inntrøndelag, DPS Stjørdal og Kolvereid. Psyk pol i Steinkjer. Satellittidialyse i Leksvik, Røyrvik, Vikna. Desentralisert poliklinikk i DMS (Gyn, ortopedi) Rtg i DMS Stjørdal HNT har gjennom Sarbeidsutvalget utarbeidet en samhandlingsstrategi med en konkret handlingsplan for 2011
6.2.4.2	Helhetlige pasientforløp og samhandling	• Helse Nord-Trøndelag HF skal samarbeide med sykehusapoteket om å redusere forekomsten av uriktig legemiddelbruk. <i>Plan for dette arbeidet skal inngå i årlig melding 2011.</i>	JA	Det er etablert nært samarbeid med sykehusapoteket. Prosjektet "Riktig legemiddel ved skifte av omsorgsnivå" er nylig gjennomført i samarbeid med Verdal kommune. Det er innført en ordning med farmasøyt i kliniske avdelinger. Nye forskrifter for legemiddelhandtering er under implementering. Det er utarbeidet en handlingsplan for legemidler i foretaket. Handlingsplanen vil inngå i årlig melding

Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
6.2.4.3	Helhetlige pasientforløp og samhandling	* Helse Nord-Trøndelag HF skal samarbeide med kommunene om å redusere antall innleggelses- og utskrivningsrutiner for pasienter uavhengig av diagnose. Se f.eks. rutiner utarbeidet i prosjektet Samhandlingskjeden kronisk syke. <a href="http://nexeshealth.eu/egroupware/sitemgr/sitemgr-site/">http://nexeshealth.eu/egroupware/sitemgr/sitemgr-site/</a>	Igangsett	Kfr handlingsplanen i Samhandlingsstrategien. Målsettingen er å utvikle et helhetlig pasientforløp samarbeid med kommunene for store pasientgrupper hvert år. Protesekirurgi avsluttes i 2011, og KOLS starter opp i 2011.
6.2.4.4	Helhetlige pasientforløp og samhandling	* Helseforetaket skal inngå avtaler med kommuner om å innføre felles innleggelses- og utskrivningsrutiner for pasienter uavhengig av diagnose. Se f.eks. rutiner utarbeidet i prosjektet Samhandlingskjeden kronisk syke. <a href="http://nexeshealth.eu/egroupware/sitemgr/sitemgr-site/">http://nexeshealth.eu/egroupware/sitemgr/sitemgr-site/</a>	JA	Dette er ivare tatt gjennom samarbeidsavtalen som er inngått med samtlige kommuner. Til avtalen er knyttet en avviksmeldingsordning. Det påregnes revisjon av avtalene i forbindelse med iverksettning av økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen som trer i kraft fra 2012
6.2.4.5	Helhetlige pasientforløp og samhandling	* Helse Nord-Trøndelag HF skal sette av midler til nye omstillingstiltak eller prosjekt sammen med kommunene	JA	Rapportering etter 2. tertial Helse Nord-Trøndelag har satt av midler til utvikling av kompetanse (traineesstilling), samt noe midler til bruk i prosjekt. Høsten 2011 finansierer Helse Nord-Trøndelag to midlertidige stillinger for å planlegge kompetanseoverføring mellom sykehus og kommuner. Helse Nord-Trøndelag har etablert praksiskonsulentordning innen psykiatri og kirurgi. Det tas sikte på ytterligere avsetning av midler i 2012, jf pågående arbeid om langtidsbudsjett og satsinger i dette.
6.2.4.6	Helhetlige pasientforløp og samhandling	* Regionens andel av finansiering av etablerte samhandlingstiltak overføres til helseforetakene som øremerkede midler. Helseforetakene skal benytte midlene til øremerket formål.	NEI	Rapportering etter 2. tertial: Øremerkede midler fra det regionale helseforetaket bevilges til konkrete prosjekt. Midlene Helse Nord-Trøndelag mottar, brukes i disse prosjektene.
6.2.4.7	Helhetlige pasientforløp og samhandling	* Helse Nord-Trøndelag HF skal utarbeide konkrete rutiner for samhandling mellom barneavdeling, barnehabilitering og barne- og ungdomspsykiatri	JA	Det er etablert konkrete samarbeidsrutiner på en rekke områder. Noen områder gjenstår. 29/8 * koordinator statusinnleggelse barn med funksjonshemminger * felles inntaksmøter Bab/Bup * oppfølging barn og unge med diabetes * Jevnlige ledemøter * setter i gang med felles kvalitetssystem/ISOsertifisering sept
6.2.4.8	Helhetlige pasientforløp og samhandling	* Det skal inngås samarbeidsavtaler mellom helseforetak og politidistrikt i saker vedrørende mottak, undersøkelse og bistand til barn utsatt for vold og seksuelle overgrep (jfr. helse- og omsorgsministerens svar på interpellasjon i Stortinget 27. april 2010). St. Olavs Hospital HF skal koordinere dette arbeidet.	NEI	avventer koordinering ved St Olav 29/8: avventer koordinering ved St Olav
6.3	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	Effekten av samhandling bør måles ved om pasientene får et godt tilbud eller ikke. Samhandlingen på mange områder er god, likevel er det nødvendig med ekstra fokus på å forbedre ansvarsdelingen og kompetanseutvekslingen. Implementering av ny nasjonal retningslinje fra HD for vurdering av henvisning, utarbeidelse av konkrete rutiner for samhandling og etablering av ruspolikliniske tilbud vil bidra i riktig retning. For samiske pasienter må tiltakene ta utgangspunkt i samiske pasienters rett til tilrettelagte tjenester med utgangspunkt i samisk språk og kultur.	JA	Poliklinikkene har ett tett samarbeid med kommunene gjennom ansvarsgrupper Ny sengepost har ansatt samhandlingskoordinator som i hovedsak har ansvar for å koordinere samhandling før og etter innleggelse
6.3.1	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	* Helse Nord-Trøndelag HF skal øke kapasiteten innen TSB	JA	HNT har satt i gang utredningsenhet for rusrelaterte lidelser
6.3.2	Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	* Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak for å øke andelen pasienter som fullfører TSB	Igangsett	
6.4.1	Psykisk helsevern	Styringsparameter: * Andel tvangsinleggelse, ratejustert for befolkning i opptaksområdet.	Igangsett	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial Ikke avklart om denne indikatoren publiseres av NPR.
6.4.2	Psykisk helsevern	Styringsparameter: * Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge.	JA	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial Det rapporteres data til NPR som forventet. NPR arbeider med kvalitetsikring/evaluering av datakvalitet.
6.4.3	Psykisk helsevern	Styringsparameter: * Datakvalitet lovgrunnlag psykisk helsevern voksne.	Igangsett	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial Tall utarbeides av NPR og sendes ut til foretakene (årlig publisering).
6.4.4	Psykisk helsevern	Styringsparameter: * Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern voksne.	NEI	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial Tall utarbeides av NPR og sendes ut til foretakene (årlig publisering).
6.4.5	Psykisk helsevern	* Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak for at nødvendige akuttfunksjoner kan etableres ved DPSene.	NEI	HNT har startet en prosess for å implementere Nasjonal strategigruppe II Vi ser ikke hensikten av å utvide akuttfunksjoner i Stjørdal og Kolvereid Vi har skrevet brev til RHFet for å kunne få unntak fra kravene
6.4.6	Psykisk helsevern	* Helse Nord-Trøndelag HF skal rapportere utskrivningsklare pasienter fra sykehus til DPS og kommuner til Norsk Pasientregister	JA	HNT rapporterer etter mal. Ingen utskrivningsklare pasienter i sykehus el DPS
6.4.7	Psykisk helsevern	* I samarbeid med Helse Midt-Norge RHF skal Helse Nord-Trøndelag HF gjennomgå funksjons- og arbeidsfordeling innen psykisk helsevern jf tilrådning fra Nasjonal strategigruppe II.	Igangsett	Oppfølging av nasjonal strategigruppe II er startet i HNT Vi ser ikke hensikten av å utvide akuttfunksjoner i Stjørdal og Kolvereid Vi har skrevet brev til RHFet for å kunne få unntak fra kravene

Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
6.5.	Kreftbehandling	Det er viktig at det finnes gode tilbud når det gjelder palliativ pleie og hospice. Tilbudene skal inngå som en integrert og naturlig del av spesialisthelsetjenesten og kommunenes samlede helse- og omsorgstilbud. Helseforetaket skal i sitt arbeid med å bedre kvaliteten i tjenesten følge opp Helseilsynets rapport om risikobildet i norsk kreftbehandling (4/2010), med spesiell vekt på de tre viktigste risikoområdene i rapporten: utredningslogistikk (sen diagnostikk), informasjonsflyt og komplikasjonsovervåking.	JA	Kreftomsorgen utøves av flere klinikker men samordnes gjennom kreftpoliklinikkene ved begge sykehus. Ved begge sykehus er det etablert palliativ team. Det arbeides kontinuerlig med kompetanseheving internt men også i samarbeid med kommunene. Som ledd i dette er det under etablering et "Nettverk for ressurspersoner i kreftomsorg" i samarbeid med kommunene, kreftforeningen, HINT, og St.Olav. HNT har ledelsen av styringsgruppen.(Liv Kjønsdal)  HNT deltar i utarbeidelsen av en ny regional plan for kreftomsorgen
6.5.1	Kreftbehandling	<i>Styringsparametre:</i> • Tid fra henvisning til første behandling tyktarmskreft.	NEI	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial Tall utarbeides av NPR og sendes ut til foretakene 18.mai 2011. Publisering av indikator utsatt til høsten.
6.5.2	Kreftbehandling	• Tid fra henvisning til første behandling brystkreft.	NEI	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial Tall utarbeides av NPR og sendes ut til foretakene 18.mai 2011. Publisering av indikator utsatt til høsten.
6.5.3	Kreftbehandling	• Tid fra henvisning til første behandling lungekreft.	NEI	Vedlegg: styringsparametre 2.tertial Tall utarbeides av NPR og sendes ut til foretakene 18.mai 2011. Publisering av indikator utsatt til høsten.
6.6	Innovasjon	Innovasjon dreier seg både om å utvikle og innføre nye og bedre produkter og tjenester, men også virksomhetsforbedringer i form av bedre og mer kostnadseffektive prosesser, organisatoriske løsninger og pasientforløp. I henhold til St. meld. nr. 7 (2008-2009) Et nyskape og bærekraftig Norge ble det besluttet å forlenge den pågående satsingen på behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren til ti år, forutsatt en positiv halvveisevaluering, og å utvide denne til også å omfatte forskningsbasert innovasjon.	Igangsatt	Nedsatt intern arbeidsgruppe ledet av FOU avdelingen
6.6.1	Innovasjon	• Helse Nord-Trøndelag HF skal i samarbeid med øvrige helseforetak iverksette tiltak for å ivareta innovasjonspotensialet knyttet til offentlige innkjøp blant annet gjennom før-kommersielle avtaler.	NEI	Avventer avklaring vedr. samarbeid med andre helseforetak
6.6.2	Innovasjon	• Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra til å identifisere prosjekter egnet for innovasjons- og næringsutvikling i helsesektoren	Igangsatt	HNT har oppnevnt en innovasjonsansvarlig gruppe (Grete Bratberg, Tor Ivar Starnes og Torstein Rønningen) som skal følge opp styringskravet. Foretaksledelse og styre er orientert.
7.10	Diabetes	Regional handlingsplan for diabetes blir ferdigstilt i 2011. Helseforetakene skal følge opp denne.	NEI	Den regionale handlingsplanen er ikke ferdigstilt på rapporteringstidspunktet.  Følger nasjonale retningslinjer.
7.11	Spesialisthelsetjenestetilbudet for eldre	Helse Nord-Trøndelag HF skal i sitt arbeid med å bedre kvaliteten i tjenesten følge opp Helseilsynets rapport om identifisering av risikområder innen spesialisthelsetjenestetilbudet til eldre. (15/2010)  Det er gjennomført systemtilsyn som konkluderer med at vi driver forsvarlig, men at geriatrikapasiteten kan være kritisk.	Igangsatt	Rapporten (H-dir 15/2010) er skaffet tilveie og oversendt psykiatrisk klinikk samt begge medisinske klinikker. Klinikkladderne er bedt om å følge opp rapporten i relasjon til de fagområder de har ansvar for (alderspsykiatri/geriatri)
7.12.1	Opplæring av pasienter og pårørende	For personer med kronisk sykdom er god opplæring og mestring av sykdommen like viktig som medisinsk behandling. Foretaket skal påse at pasienter og pårørende som har behov for opplæring får et kvalitativt godt tilbud om dette. Slik opplæring kan ivaretas i et lærings- og mestringssenter eller i andre deler av spesialisthelsetjenesten. Pasientopplæringen skal bidra til å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Lærings- og mestringstiltak forutsettes å være et likeverdig samarbeid mellom brukere og fagfolk i kunnskapsformidling og  Videreføre evaluering av opplæringstiltak for pasienter og pårørende.	Igangsatt	Lærings- og mestringssenteret bistår kliniske avdelinger (som har ansvaret for pasient- og pårørendeopplæringen) med tilrettelegging for bruk og videreføring av PAM (Patient Activation Measure). Overgang fra papirversjon til elektronisk system høst 2011.  2. tert: Tilgang til PAM elektronisk delegeres av leder for Lærings- og mestringssenteret. Opplæring av ansatte i foretaket avklares nærmere med NTNU høst 2011
7.12.2	Opplæring av pasienter og pårørende	Integrere lærings- og mestringstiltak i pasientforløp.	Igangsatt	Overordnet retningslinje for pasient- og pårørendeopplæring i pasientforløp, utarbeides av fagnettverket for pasient- og pårørendeopplæring Helse Midt-Norge. Retningslinjene skal sikre at opplæring av pasienter og pårørende blir en integrert del i standardiserte pasientforløp 2.tert: Overordnede retningslinjer for pasient- og pårørendeopplæring i pasientforløp er utarbeidet av regionalt fagnettverk for pasienter og pårørende, våren 2011. Overordnede retningslinjer skal være en veiledning for ansvarlige/prosesserledere av pasientforløp, for å sikre at pasient- og pårørendeopplæring blir en integrert del i pasientforløp. Retningslinjene legges i EOS.
7.12.3	Opplæring av pasienter og pårørende	Rutiner som utvikles i prosjektet "Kursdatabase for opplæring av pasienter og pårørende" skal implementeres i helseforetaket.	Igangsatt	Helse Midt-Norge har oppnevnt en representant for deltagelse i nasjonal prosjektgruppe som skal jobbe frem forslag til nasjonal kursdatabase.  2.tert: Forprosjekt for nasjonal kursdatabase avsluttes høst 2011. Uprøving og tilbakemelding av regionalt fagnettverk for pasient- og pårørendeopplæring, for evt. opprettelse av hovedprosjekt med plan for implementering og opplæring av ansatte i foretakene.
7.2	Habilitering og rehabilitering	Gjennom samhandlingsreformen skal det vurderes om kommunene skal få større ansvar for rehabilitering og habilitering. Det er et mål å systematisere barne- og voksenhabiliteringsarbeidet og sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet. Tjenester som tilbys fra koordinerende enheter i spesialisthelsetjenesten skal være synlige og lett tilgjengelige. Pasienter skal få nødvendige behandlingshjelpemidler som del av medisinsk behandling, og tildeling av behandlingshjelpemidler skal skje ut fra en individuell vurdering i det enkelte tilfelle.	JA	HNT har en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Det er etablert gode samarbeidsrutiner mellom hab-/rehab tjenestene i foretaket, NAV (hjelpemiddelsentral) og kommunene

Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
7.2.1	Habilitering og rehabilitering	• Helse Nord-Trøndelag HF skal følge prioriteringsveilederene Habilitering av barn og unge i spesialisthelsetjenesten og Habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten og samarbeide med de andre HF'ene i regionen om en lik forståelse og praksis.	JA	Prioriteringsveilederne brukes aktivt i de repektive enheter. Samarbeidet/harmonisering mot de øvrige foretak i regionen ivaretas gjennom regionale faglig nettverk for habilitering og rehabilitering.  Meldingsløftet og innføring av elektroniske henvisninger tas i bruk.
7.2.2	Habilitering og rehabilitering	• Helse Nord-Trøndelag HF skal delta i arbeidet med å revidere regional plan (Handlingsprogram for fysikalsk medisin, rehabilitering og habilitering)	JA	Revidering av regional plan er under arbeid via regionalt fagnettverk for rehabilitering, hvor også HNT er representert.
7.3	Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus	Det skal fortsatt legges vekt på kompetanseoppbygging i de prehospitaltjenestene som blir viktig for gjennomføring av strategi 2020 i Helse Midt-Norge. Nødmedde- og ambulansetjenesten skal ha god kompetanse og rask respons. Det skal være likeverdig tilgang til nødmedde- og ambulansetjenesten for funksjonshemmede, minoritetspråklige og den samiske befolkningen. Det er et mål å bedre samarbeid og kommunikasjon mellom akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, øvrige kommunale helse- og omsorgstjenester og de frivillige organisasjonene.	JA	Vedlegg: Pkt. 7.3 Vedlagt ligger en kort oppsummering i forhold til prehospitaltjenester. Både på systemnivå og tiltak som gjennomføres som en del av løpende drift mener vi å oppfylle de krav som hovedpunkt 7 lister opp. Klinikken rapporterer at tiltak og oppfølging i forhold til drift og utvikling er videreført i 2 tertial. Tiltak som beskrevet i vedlegg videreføres og utvikles videre. Klinikken deltar aktivt i forberedende arbeid i forhold overtakelse av ambulansene fra 2013
7.3.1	Akuttmedisinske tjenester (utenfor sykehus)	• Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak for å sikre nødvendig språk- og kulturkompetanse i AMK- sentralene.	NEI	AMK har hatt strukturert fokus på disse problemstillingene ut fra hendelser som har skjedd i Oslo. Kommunikasjonferdigheter i slike situasjoner vektlegges i forhold til sertifisering og resertifisering av den enkelte operatør. Dette utfordres ekstra i forhold til andre språk og fremmede kulturer. Temaet er sterkt fokusert av ledelse og faglige ansvarlige og er jevnlig tema på felles fagdager.  Temaet likeverdige tjenester følges opp regionalt og det utvikles eget kurs/fagdager med faglig ansvar fra NTNU som våre amk-ansatte vil være deltakere på.
7.3.2	Akuttmedisinske tjenester (utenfor sykehus)	Helse Nord-Trøndelag HF skal sammen med de andre helseforetakene og RHF medvirke til at Helse Midt-Norges plan for prehospitaltjenester blir implementert i sitt område	Igangsett	Vedtatt om struktur i AMK og ambulansetjeneste er avklart. Kir.NA og Prehospitaltjeneste er klar for å ta ansvar for nødvendige prosesser i forhold til gjennomføring vedtatt slik ambulansetjenesten blir en del av Helse Nord-Trøndelag fra 2013.
7.5	Behandling av sykkelig overvekt	En gjennomgang viser at ventetiden for utredning og behandling av sykkelig overvekt er ulik og noen steder for lang jf. Helsedirektoratets prioriteringsveileder for sykkelig overvekt, IS-1702. For å møte utviklingen av overvekt og fedme i befolkningen må behandlingstilbudet til pasienter med sykkelig overvekt gradvis trappes opp. Det skal utvikles pasientforløp som ivaretar et godt behandlingstilbud samt unngå unødige ventetider for utredning og behandling, herunder kirurgi, plastikkirurgi og tilbud i psykisk helsevern. Regionalt senter for sykkelig overvekt, St. Olavs Hospital skal videreføre koordineringen av forsknings- og utviklingsarbeidet i regionen.	NEI	I forhold til operasjonkapasitet har klinikken fra 2009 til 2010 økt fra 70 til 133 operasjoner. I 2011 planlegges 120 operasjoner. Klinikken har kapasitet til å operere et sted mellom 150 og 160 pasienter. På grunn av svak DRG-vekting er en slik utvidelse av kapasitet ikke finansiert i 2011. Når det gjelder utredningskapasitet er det utfordringer på grunn av økning i antall henvisninger. Det arbeides med ulike løsninger bl.a i forhold til utredningskapasitet og pasientforløp forøvrig forut for operasjon. Dette inkluderer de ulike yrkesgruppene som deltar i pasientforløpet. Veiledere ligger til grunn. Oppsummert har klinikken valgt markere gul farge i forhold til utredningskapasitet samt manglende finansiering.
7.5.1	Behandling av sykkelig overvekt	• Helse Nord-Trøndelag HF skal gjennomgå og øke kapasiteten for utredning og behandling av sykkelig overvekt	Igangsett	Klinikken har gjennomgått utrednings- og behandlingstilbudet. Begrensende faktor finansiering av operasjoner ut over 120 gastric bypass i 2010. Det arbeides med ulike tiltak for å øke utredningskapasitet.  Klinikken har gjennomført ca 90 gastric bypass i til nå i 2011 og planlegger ut fra å gjennomføre 120 slike inngrep i 2011. Utredningskapasitet begrenses primært ut fra mangel på fagpersonell i klinisk ernæringsfysiologi. I 2011 er dette kompensert med utvidelse av sykepleierressurs på fedmepoliklinikken i Namsos.
7.5.2	Behandling av sykkelig overvekt	• Helse Nord-Trøndelag HF skal rapportere på ventetid. Det vil sendes eget brev på dette	NEI	Klinikken har ikke motatt noe eget brev som varslet fra RHF men har systemer på plass for nødvendige rapportering. Forøvrig rapporteres ventetid for denne pasientgruppen via etablerte rapporteringskanaler for ventetid.  Ingen endringer i forhold til forrige rapportering.
7.5.3	Behandling av sykkelig overvekt	• Helse Nord-Trøndelag HF skal etablere og videreføre samarbeid med kommuner om behandlingstilbud og kompetanseutvikling	Igangsett	Det er utarbeidet planer og prosjektbeskrivelser. Avventer finansiering/ressurser (bl a kompetanse) ønsker å bygge på erfaringer fra igangsatte tiltak og prosjekt. 29/8: som over
7.5.4	Behandling av sykkelig overvekt	• Helse Nord-Trøndelag HF skal videreføre arbeid i tverrfaglig overvektspoliklinikk	Igangsett	Det er utarbeidet planer og prosjektskknad. Avventer beslutning om organisering og finansiering. 29/8: som over

Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
7.8	Ernæring og mattrygghet	Gode rutiner og kompetanse skal sikre at ernæring er en integrert del av behandlingstilbudet. Veiledningsoppgaven ovenfor kommunene skal ivaretas på ernæringsområdet. Eldres ernærings situasjon skal ha spesiell oppmerksomhet.	Igangsett	<p>Det er hittil ivarett ved at rehabiliteringsavdelingen har dette som et av fokusområdene i kompetanseplan for 2011. Fagdag i 3.januar 2011 ble brukt på temaet " Fysisk aktivitet og ernæring – utfordringer i rehabiliteringsprosessen".</p> <p>Det er videre tatt i bruk god ernæringspraksis i EPJ, skjemaet legges inn på alle pasienter i sengeposten hvor det registreres vekt og høyde og gjøres en vurdering av om den enkelte er i risikosonen, en gradering av dette sier noe om videre tiltak.</p> <p>Når det gjelder veiledningsoppgaven ovenfor kommunene har vi økt fokus på overføring av informasjon til kommunehelsetjenesten på individnivå når det gjelder vekt og ernæringsstatus. Utover dette har vi ikke hatt forespørsel og heller ikke hatt ressurser til å gi et bredere og mer generelt tilbud</p>
7.8.1	Ernæring og mattrygghet	<ul style="list-style-type: none"> <li>Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak for å sikre at kompetanse og rutiner innen hygiene og mattrygghet ivaretas jf. Mattilsynets rapport: Nasjonalt tilsynsprosjekt (2008-2009) Institusjonskjøkken.</li> </ul>	Igangsett	<p>Mattilsynet har ved tilsyn i 2009 hatt fokus spesielt på post- og avdelingskjøkkene og det foreligger tilsynsrapport fra tilsynet i alle helseforetak – Mattilsynets rapport: Nasjonalt tilsynsprosjekt (2008-2009) Institusjonskjøkken . Tilsynet pekte spesielt på håndhygiene, oppvask og temperatur ikjøle- og fryse skap i forbindelse med mathåndtering på avdeling og poster. Alle avvik ble fulgt opp av den enkelte klinikk/avdeling, jfr korrespondanse mellom HNT og Mattilsynet fra vår/høst 2009. I EQS er det lagt inn prosedyre for Post- og avdelingskjøkken – håndtering av næringsmidler. Den enkelte avdelingsleder har ansvar for tilrettelegging og den enkelte ansatte skal gjøre seg kjent med prosedyren. Dette innebærer at kravet om å sikre kompetanse og rutiner innen hygiene og mattrygghet ivaretas må skje i de kliniske avdelinger når det gjelder post-/avdelings kjøkken og rutiner for å følge opp prosedyren må skje avdelingsvis.</p> <p>2. tertial rapportering</p> <p>Forslag til sjekkliste kompetasne vedr mattrygghet ved håndtering av måltider i de kliniske enhetne er oversendt</p> <p>Kvalitetsavdelingen til vurdering</p> <p>I virksomhetsportalen for styringsdokumentet, jfr gjennomgangen 29.04.11 er oppfølgingen av pkt. 7.8 – Sikre at kompetanse og rutiner innen mathygiene og mattrygghet ivaretas, så langt lagt til Serviceklinikken og Kjøkkenavdelingen – dette gjelder, slik jeg oppfatter det pkt. følges opp ved Hovedkjøkkene og Kjøkkenet på DPS Stjørdal.</p>
7.9	Beredskap og smittevern	Det er et mål at det finnes oppdaterte og øvede beredskapsplaner med rutiner for å oppdage og varsle hendelser, og for effektiv, koordinert ressursdisponering ved kriser. Sektorens beredskaps- og smittevernarbeid forutsetter samarbeid mellom regionale helseforetak, kommuner, fylkesmenn, Helseidrettskontoret, Folkehelseinstituttet, Strålevernet og andre aktører. Kommunale og private institusjoner og øvrige samarbeidspartnere skal få nødvendig smittevernbistand. Det skal arbeides målrettet for å forebygge sykehusinfeksjoner og antibiotikaresistens, antibiotikabruk skal overvåkes, og det må sikres at smittevernpersonell i regionen har nødvendig kompetanse. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen skal bidra til økt fokus på infeksjonskontroll i helseforetakene og bedre kvalitet på rapportering til Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehus (NOIS).	NEI	Beredskapsplanen er revidert og oppdatert. Øvelse planlagt november 2011. Smittevernarbeidet drives etter forespørsel fra det kliniske miljø og lovpålagte oppgaver. Pasientsikkerhetskampanjen er i oppstartfasen. Innføringen av utvidet NOIS registrering er tenkt lagt til de kirurgiske avdelinger.
7.9.1	Beredskap og smittevern	<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal følge opp erfaringene fra håndteringen av influensa A (H1N1) og bidra i arbeidet med utarbeidelsen av ny Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa.</li> </ul>	Igangsett	Arbeidet med revidering er startet som en regional prosess.
7.9.2	Beredskap og smittevern	<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal sørge for, med utgangspunkt i erfaringene fra håndteringen av ny influensa A (H1N1) og vulkanutbruddet på Island, oppdaterer og foretar nødvendige tilpasninger i sine beredskapsplaner.</li> </ul>	Igangsett	Arbeidet med revidering av planverk er startet som en regional prosess.
8	Utdanning av helsepersonell	Il tråd med Strategi 2020 og Oppdragsdokumentet 2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet, har HMN iverksatt prosjektet "Kompetanse og kapasitet i Helse Midt-Norge". Analysene og videre fremdriftsplan vil bli lagt frem for regionalt styre i mars, mens en konkret handlingsplan vil bli styrebehandlet før sommeren. Vedtakene i regionalt foretaksstyret, vil følges opp av RHF'et med brev til det enkelte helseforetak.	NEI	Avventer brev RHF.
8.1	Utdanning av helsepersonell	<ul style="list-style-type: none"> <li>Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser og praksisplasser innenfor helsefagarbeiderutdanningen, ambulansearbeiderutdanningen og for annet personell som spesialisthelsetjenesten har bruk for.</li> </ul>	JA	Kontinuerlig under arbeid i samarbeid med utdanningsinstitusjonene og HMN. Det er ikke iverksatt nye tiltak i 2.tertial.
8.2	Utdanning av helsepersonell	<ul style="list-style-type: none"> <li>Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for at habiliteringstjenestene tar ansvar som praksisarena for å sikre gode læringsmuligheter innen fagfeltet.</li> </ul>	JA	Habiliteringstjenesten for voksne tar i mot studenter etter forespørsel. Ansatt overlege i 100% stilling fra 01.09.2011 LIS fra 01.09.2011
8.3	Utdanning av helsepersonell	<ul style="list-style-type: none"> <li>God kompetanse i bruk av strålekilder i diagnostikk og behandling skal sikres, både når det gjelder strålebiologiske forhold generelt og strålehygiene i forhold til pasienter og helsepersonell. Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for gode rutiner for internundervisning av relevant personell i strålehygieniske forhold og tilstrekkelig kompetanse i medisinsk fysikk.</li> </ul>	Igangsett	Ansatt medisinsk strålefysiker i HNT. Prosedyre for intern undervisning er utarbeidet og implementert. Ansvar for oppfølging av prosedyren ligger hos aktuelle avdelingsledere. Risiko ligger i oppfølging av prosedyren. Som kvalitetssikring følger strålefysiker også opp prosedyren.

Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
9.1	Forskning	En felles nasjonal database for registrering av vitenskapelige publikasjoner (Norsk vitenskapsindeks) i helse, institutt og universitets-, høyskolesektoren etableres fra 1.1.2011. Databasen skal benyttes som grunnlag for nasjonal måling av vitenskapelig publisering i helseforetakene. Dette innebærer en vesentlig omlegging av dagens rutiner for rapportering av vitenskapelige publikasjoner. Det vises til revidert oppdragsdokument for 2010. I 2011 skal det rapporteres til NIFU etter dagens system innen 15. mai 2011 samtidig som helseforetakene skal sikre egenrapportering gjennom Norsk vitenskapsindeks senest innen 1. september 2011.	Igangsett	Vi rapporterer til NIFU iht frist. Rutiner for rapportering til Norsk vitenskapsindeks er utarbeidet. Rapporteringen foregår samlet i regi av vårt fagbibliotek i FoU.
9.2	Forskning	Det skal innføres et felles klassifikasjonssystem for medisinsk og helsefaglig forskning etter fagområde og type forskning i nasjonale rapporteringssystemer for forskning ved bruk av Health Research Classification System ( <a href="http://www.hrcsonline.net/pages/front">http://www.hrcsonline.net/pages/front</a> ). I 2011 skal det rapporteres til NIFU STEP etter dagens system etter fastsatt frist samtidig som helseforetakene skal sikre egenrapportering gjennom Norsk vitenskapsindeks senest innen 1. september 2011. Det er ønskelig at det tilrettelegges for størst mulig åpenhet og tilgjengeliggjøring av forskningsresultater. Det vises til at forskningsarkivet HeRa er åpent tilgjengelig for alle helseforetak. <a href="http://hera.helsebibliotek.no/hera/pages/">http://hera.helsebibliotek.no/hera/pages/</a>	Igangsett	HNT rapporterer til NIFU Step etter reglene og innen angitte frister
9.3	Forskning	Helse Nord-Trøndelag HF skal bruke Norsk vitenskapsindeks som rapporteringsverktøy for vitenskapelige publikasjoner fra 2011.	Igangsett	Rutiner for rapportering til Norsk Vitenskapsindeks er utarbeidet. Tester ut "Cristin"
FP 5.1	Økonomiske krav og rammebetingelser	Foretaksrådet ber om at det blir foretatt en regelmessig gjennomgang av bygningsmassens tekniske tilstand hvert annen år, første gang ultimo 2011	Igangsett	Gjennom det regionale samarbeid om eiendomsforvaltning ble det i 2009 gjennomført en vurdering av bygningenes tekniske tilstand. På eksisterende areal er det ikke gjort vesentlige endringer slik at rapporten fra 2009 fortsatt gjelder. Denne saken vil bli tatt opp i regionalt nettverk for eiendomsforvaltning.  2.tertial rapportering. HNT sender påminning til HMN
FP 5.2	Styring og oppfølging i 2011	Foretaksrådet forutsatte at helseforetaket i samsvar med tidsplanen forbereder og implementerer nytt system for økonomi og logistikk	Igangsett	Kontrakt med IBM terminert 30.8. Avventer videre fremdrift.
FP 6.1.1	Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonale helse- og omsorgsplan	Foretaksrådet la til grunn at Helse Nord-Trøndelag HF forbereder seg på implementering av samhandlingsreformen fra 1.januar 2012, herunder legger til rette for å følge opp forslaget om å lovfeste plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner	NEI	Rapportering etter 2. tertial: Samarbeidsutvalget drøfter kontinuerlig forberedelser til samhandlingsreformen, inkludert fornyelse av dagens Basisavtale slik at denne blir konsistent med endringer reformen bringer inn. Se forøvrig pkt 5.2
FP 6.1.2	Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonale helse- og omsorgsplan	For å kunne møte de utfordringer som ligger i samhandlingsreformen, må helseforetaket arbeide videre med planer og piloter i samarbeid med kommunene om utvikling av tjenestetilbud til befolkningen	NEI	Rapportering etter 2. tertial: Samhandlingsreformen er først og fremst innrettet mot kommunene, med konsekvenser som vil berøre helseforetakene. Finansieringskilder er så langt også rettet hovedsakelig inn mot kommunene. Helse Nord-Trøndelag bidrar til å koordinere dette gjennom Samhandlingsstrategi og Samarbeidsutvalg, og søker så langt som mulig å delta i piloter og prosjekter som initieres i kommunene. Dette er imidlertid krevende, fordi aktivitetsnivået er høyt og økende i kommunene, mens helseforetaket har - og mottar - begrensede ressurser til samhandling.
FP 6.1.3	Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonale helse- og omsorgsplan	Når vedtak om finansieringsordninger i forbindelse med samhandlingsreformen er fattet, må Helse Nord-Trøndelag HF inngå avtaler med kommunene som sikrer at det er sammenheng mellom oppbygging av tilbud i kommunene og disponering av lediggjort kapasitet i helseforetaket	NEI	Rapportering etter 2. tertial: Helse Nord-Trøndelag er avventende til slike vedtak. Når det gjelder overføringsklare pasienter som blir liggende i sykehus, er dette ikke et problem i Helse Nord-Trøndelag. Det vil således ikke kunne trekkes vesentlige summer fra Helse Nord-Trøndelag til kommunene ved at betalingsordning blir innført. Det vil heller ikke lediggjøre kapasitet av noe omfang. Samhandlingsreformens intensjon om styrking av kommunale tjenester generelt kan imidlertid bidra til å endre pasientflyt, og dermed påvirke kapasitetsbehov i spesialisthelsetjenesten.
FP 6.1.4	Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonale helse- og omsorgsplan	Foretaksrådet la til grunn at berørte kommuner og fylkeskommuner informeres om alle planlagte salg av eiendom, uavhengig av vurdering i forhold til samhandlingstiltak på et så tidlig tidspunkt som mulig.	JA	Når det gjelder salg av post 2 Bjørn Sykehuset Namsos og salg av provisorier ved Sykehuset Levanger, er/vil kommuner og fylkeskommune bli orientert.  2.tertial rapportering, hverken kommune eller fylkeskommune viste interesse ved varsell om salg av brakkerigg på Levanger
FP 6.1.5	Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonale helse- og omsorgsplan	Ved planlegging av større investeringsprosjekter skal det legges vekt på å tilpasse planene til samhandlingsreformen	NEI	HNT har p.t. ikke større investeringsprosjekt under planlegging og fremtidige planer vil bli tilpasset samhandlingsreformen som vil gjelde fra 2012. De arealmessige investeringsprosjekter som vil komme med basis i Evalueringsrapporten vedr. arealmessig teknisk standard og "ompakningsprosjektet" vil bli harmonisert i hht samhandlingsreformen.  2.tertial rapportering. Sluttrapport fra "ompakningsprosjektet" foreligger og er behandlet av styringsgruppen. Føringer i rapporten vil danne basis ved videre arealvurderinger.
FP 6.2.1	Veileder for styrearbeid og fastsetting av instruks	Foretaksrådet forutsatte at styret for Helse Nord-Trøndelag HF har fastsatt instruks for styret og instruks for daglig leder.	JA	Instruks for styret vedtatt i Helse Midt Norges styre 18.4.2002 og Instruks for adm.dir. vedtatt i styret HNT 19.6.2002.
FP 6.2.2	Veileder for styrearbeid og fastsetting av instruks	Foretaksrådet ber om at den regionale veilederen blir lagt til grunn for styrearbeidet så snart den foreligger	NEI	Avventer veileder
FP 6.3.1	Regjeringens eierskapspolitikk	Foretaksrådet forutsatte at styret for Helse Nord-Trøndelag HF årlig evaluerer egen virksomhet. En oppsummering av evalueringen skal viderefremmes til eier	Igangsett	Avtaler med styret om tidspunkt for evaluering, preliminært i november møte.

Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
FP 6.3.2	Regjeringens eierskapspolitikk	Foretaksrådet forutsatte at helseforetaket forholder seg til retningslinjene for lederlønn. Retningslinjene slår fast at lederlønnene skal være konkurransedyktige, men ikke lønledende (se brev fra eier 14.9.2007). Foretaksrådet forutsatte videre at styret og ledelsen er kjent med Riksrevisjonens lederlønnundersøkelsen (Dokument 3:2 (2010-2011)).	JA	
FP 6.4.1	Tiltak på personalområdet	Helse Nord-Trøndelag HF styrker sin kunnskap om hvilken kompetanse som trengs for å møte utfordringene beskrevet i Strategi 2020	Igangsatt	Arbeidet er igangsatt i nært samarbeid med HMN, jfr regional orienteringssak om kompetanse og kapasitet.  Det er ikke igangsatt nye tiltak i 2. tertial.
FP 6.4.2	Tiltak på personalområdet	Helse Nord-Trøndelag HF bidrar aktivt i å ta i bruk system for løpende kompetanseplanlegging som vil bli anskaffet som regional applikasjon høsten 2011 (Dossier)	Igangsatt	HNT vil aktivt følge opp implementering av denne anskaffelsen i samarbeid med HMN.  HNT er forespurrt om å være pilot på innføringen av Dossier. Vil bli avklart når det er gitt en demonstrasjon fra andre brukere. Blir organisert av HMN.
FP 6.4.3	Tiltak på personalområdet	Helse Nord-Trøndelag HF som et ledd i innføringen, iverksetter opplærings tiltak for ledere og staber knyttet til systematisk kompetanse og personalplanlegging	Igangsatt	Foretakets klinikker har frist 1.9. 2011 med å revidere kompetanseplanen.
FP 6.4.4	Tiltak på personalområdet	I 2011 skal Helse Nord-Trøndelag videreutvikle arbeidet med aktivitets- og bemanningsplanlegging (årsplaner) og styrke kompetansen til ledere og staber innen dette området. Foretaksrådet understreker betydningen av at dette arbeidet må prioriteres også for å kunne lykkes med å nå målet om redusert ventetid	JA	HNT har innført aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging for alle yrkesgrupper. For å sette fokus på at all bemanningsplanlegging/årsplanlegging bygger på avdelingens aktivitetsplan vil det bli gjennomført kurs med fokus på aktivitetsplanlegging i oktober. Kurset vil også ha fokus på koordinering av aktiviteten på legeavdelingen og interne avdelinger i klinikken (sengepost), samt avdelinger ved andre klinikker (rtg, lab, sterilisentral mv). Kurset vil i denne omgang avgrenses til kir kl L, med kl L og nevnte avdelinger ved Med-Sek.  Som ledd i kvalitetsforbedring er det nå under planlegging internt kurs i generell turnusplanlegging høsten 2011. Det er avsatt dager til opplæring/bistand i årsplanlegging ved begge sykehus i september. Info ompåmelding er sendt avdelingene.
FP 6.4.4.1	Utdanning, etisk rekruttering og gode tilsettingsrutiner	Helseforetakene har ansvar for at utdanning og rekruttering av helsepersonell gjøres slik at det bidrar til å sikre tilstrekkelig kapasitet og en kvalitativ god helsetjeneste. Foretaksrådet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF: Legger til rette for å øke antall læreplasser for elever i videregående opplæring i helseforetaket i samarbeid med utdanningsinstitusjonene og kommunene. Dette er presisert i styringsdokumentet og eier vil konkretisere måltall og krav til opptrappingsplan i et eget brev til foretaket.	Igangsatt	Oppdraget vil fortløpende bli fulgt opp. Jfr også pkt. 8.1.
FP 6.4.4.2	Utdanning, etisk rekruttering og gode tilsettingsrutiner	Foretaksrådet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF: Sørges for at WHO's internasjonale retningslinjer for etisk rekruttering av helsepersonell etterleves. Retningslinjene tilgjengeliggjøres i felles Personalweb.	NEI	Arbeidet er ikke igangsatt enda.
FP 6.4.4.3	Utdanning, etisk rekruttering og gode tilsettingsrutiner	Foretaksrådet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF: Sørges for at helseforetaket har gode rutiner ved tilsetning av helsepersonell, jf. Personalweb og Helsedirektoratets veileder "Gode rutiner - Gode tilsetninger".	JA	Som oppfølging av internrevisjon i 2010 har HNT etablert ny prosedyre og et tilsetningsråd i HNT. Prosedyren og intensjonen blir fortløpende evaluert i forhold til måloppnåelse.
FP 6.4.5.1	Faste stillinger og deltid	Helseforetaket skal føre en ansvarlig arbeidsgiverpolitikk for alle helsepersonellgrupper og øvrige ansatte gjennom å ta i bruk arbeidskraftreserve på deltid og redusere innleie. Foretaksrådet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF sørger for at de som hovedregel bruker faste stillinger og begrenser bruken av midlertidige stillinger og vikariater til et nødvendig minimum (jf. Arbeidsmiljøloven § 14-9).	JA	Følges fortløpende opp via tilsetningsprosedyren.
FP 6.4.5.2	Faste stillinger og deltid	Foretaksrådet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, reduserer deltid med minst 20 prosent i løpet av 2011. For å nå målsetningen må bruken av midlertidige stillinger gjennomgås og handlingsrommet knyttet til turnover og opprettelse av nye stillinger brukes aktivt for å øke heltidsandelen Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2011 rapportere andelen deltid månedlig gjennom ØBAK, og dette vil bli fulgt opp i dialogmøtene. Helseforetaket skal i årlig melding rapportere om utvikling av andelen deltid og hvilke tiltak som er iverksatt for å redusere andelen deltid.	Igangsatt	Arbeidet er igangsatt og det er foretatt kartlegging av deltid. Det er etablert partsammensatt arbeidsgruppe som skal foreslå tiltak for det videre arbeidet.  I 2. tertial er det definert tiltak som skal iverksettes utover høsten. Det er søkt om økonomisk støtte fra NAV og VOX.  Det er en liten reduksjon i andel deltid for foretaket. Det er store variasjoner mellom klinikken.



Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
FP 6.4.6.1	Inkluderende Arbeidsliv (IA) og sykefravær m.m.	Foretaksrådet viste til Regjeringens og partenes arbeid med en ny og mer målrettet IA-avtale for perioden 1. mars 2010 til 31. desember 2013 for å redusere sykefraværet, hindre utstøting og frafall, øke sysselsetting av personer med nedsatt funksjonsevne, og stimulere til forlenget yrkesaktivitet etter fylte 50 år. Foretaksrådet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF setter aktivitets- og resultatmål i arbeidet med å nå IA-avtalens mål frem til 31.12.2013. For foretaket betyr dette å etablere plan med periodisert måltall frem til IA-målet på maks 7 % sykefravær i 2013	Igangsett	Det jobbes nå mer systematisk og helhetlig med IA-arbeidet i HNT enn det vi har gjort tidligere. HNTs handlingsplan for IA-arbeidet 2010-2016 ligger til grunn for arbeidet.  HNTs IA-oppfølgingsgruppe gjennomførte sammen med IA-kontakt møter med alle klinikkens IA-aktører (ledere, VO og TV) første halvår. Vår kontaktperson hos NAV Arbeidslivssenteret NT, HVO, FTV, Frisklivskonsulenten og BHT deltok i møtene hvis mulig. Klinikkene fikk i møtet i oppdrag å sette egne resultatmål med konkretisering innen hvert av delmålene i HNTs samarbeidsavtale NAV Arbeidslivssenteret NT. Delmål 1 Sykefravær - snarest, delmål 2 og 3 i løpet av august 2011. Dette mener vi vil gi et mer realistisk grunnlag for HNTs måloppnåelse.  HNTs mål er at sykefraværet ikke skal overstige 7,5 % i 2011. Vi har redusert det fra 9,0 % i januar til 6,6 % i juli (akkumulert 7,8 %). Tendensen er positiv gjennom året, men det er en forholdsvis stor utfordring å nå målet 7,5 % akkumulert for 2011. Utfordringen er særlig stor når vi ut fra tidligere år ser på sykefraværutviklingen ut over høsten. Årets kurve for sykefravær bryter på en positiv måte med normalen (2005-2010) for HNT i sommermånedene. Dette er en spennende endring, men for tidlig å analysere og konkludere i mht hvor vi vil ende 2011.
FP 6.4.7.1	Konsulentbruk	Foretaksrådet presiserte at bruken av eksterne konsulenter bør avgrenses til områder der det er nødvendig med kompetanse eller kapasitet utover det som er tilgjengelig i egen organisasjon og for en tidsbegrenset periode. Bruk av eksterne konsulenter skal vurderes opp mot å rekruttere aktuell kompetanse. Foretaksrådet la til grunn at Helse Nord-Trøndelag HF skal ha et bevisst forhold til å begrense bruken av eksterne konsulenter	Igangsett	HNT har hatt og har fortsatt veldig liten bruk av eksterne konsulenter.
FP 6.4.8.1	Nasjonal lederplattform - styrket ledelse og bedre ledelsesstøtte	Nasjonalt og regionalt ledelsesutviklingsprogram vil videreføres, basert på de nasjonale kravene til lederadferd i helseforetakene. Programmene skal tilpasses de krav og utfordringer lederne i helseforetaket står overfor. Lederutvikling på alle nivåer i spesialisthelsetjenesten skal derfor spesielt legge vekt på krav til lederens rolleforståelse (horisontalt og vertikalt), krav til kvalitet og pasientsikkerhet og samhandlingsreformens krav til samhandling med kommunehelsetjenesten. For Helse Midt-Norge vil dette skje innen rammene av realisering av Strategi 2020 Foretaksrådet ba Helse Nord-Trøndelag HF: Å lage en tiltaksplan for å sikre rekrutteringsgrunnlaget for ledende stillinger i foretaket og i foretaksgruppen, herunder også hvordan arbeidet med lederutvikling og karriereutvikling ivaretas.	JA	HNT har en egen arbeidsgruppe som har ansvaret for internt lederutviklingsprogram og utvikling av dette. HNT LUP skal utvikles i samsvar med nasjonalt topplederprogram og HMNs regionale lederutviklingsprogram.  Årets grunnkurs LUP ble avviklet med 4 månedlige dagssamlinger første tertial samt en kollegahospitering 1x1 dag. Sammen med kursene vi har kjørt 2009-2010 er det nå kun unntaksvis at ledere på nivå 3 og 4 i HNT ikke har gjennomført kurset.  Arbeidsgruppen skal framlegge evaluering av årets kurs for foretaksledelsen i september. Da vil også videre anbefalte tiltak for å utvikle HNT LUP foreslås. Tiltakene skal bidra til at HNT tilfredsstiller foretaksprotokollens krav og forventninger.  Personalsjefen har nedsatt en arbeidsgruppe som skal fremme et forslag til rekrutteringsstrategi for HNTs foretaksledelse innen 2011.
FP 6.4.8.2	Nasjonal lederplattform - styrket ledelse og bedre ledelsesstøtte	Foretaksrådet ba Helse Nord-Trøndelag HF: Å vektlegge Strategi 2020 i foretakets lederutviklingsprogrammer	JA	Som for pkt FP 6.4.8.1
FP 6.4.9.1	Permisjonspraksis	Det er et nasjonalt ansvar å sørge for kvalifisert helsepersonell på Svalbard. Videre viste foretaksrådet til at deltakelse i internasjonalt solidaritetsarbeid blant helseforetakenes ansatte er positivt og viktig. Foretaksrådet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å legge til rette for permisjoner til ansatte som får tilbud om stilling ved UNN, Longyearbyen sykehus.	Igangsett	Vil bli fulgt opp med revisjon av permisjonsreglementet.  Revidert permisjonsreglement forventes ferdig iløpet av september.
FP 6.4.9.2	Permisjonspraksis	Foretaksrådet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å sørge for en hensiktsmessig permisjonspraksis når det gjelder ansattes deltakelse i internasjonalt solidaritetsarbeid	JA	Vil bli fulgt opp med revisjon av permisjonsreglementet.  Revidert permisjonsreglement forventes ferdig iløpet av september.
FP 6.5.1	Intern kontroll og risikostyring	Det er avdekket flere tilfeller av uheldige hendelser og avvik i tjenestene. De regionale helseforetakene må sørge for at det arbeides systematisk med å lære av avdekkede avvik på tvers i organisasjonen. Foretaksrådet viste til tidligere gitt føringer på området, herunder: Styret skal påse at Helse Nord-Trøndelag HF har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke nås, skal identifiseres og korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse skal iverksettes. Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsetninger og ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen.	JA	Det er iverksatt system for å sikre risikostyring. Prosedyre, avklaring av kvantifisering av sannsynlighet og konsekvens.
FP 6.5.2	Intern kontroll og risikostyring	Styret skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaket med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontroll og tiltak for å følge opp avvik. Det skal redegjøres for styrets arbeid i årlig melding.	Igangsett	Legger fram resultatet av ledelsens gjennomgang. Dette må videreutvikles
FP 6.5.3	Intern kontroll og risikostyring	Foretaksrådet la til grunn at det ved omstilling av virksomheten må foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser omstillingen vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene	NEI	Metodikk utvikles

Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
FP 6.5.4	Intern kontroll og risikostyring	Foretaksmøtet la til grunn at Helse Nord-Trøndelag HF sikrer en systematisk oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn	JA	Iverksatt
FP 6.6.1	Kvalitet i anskaffelsesprosesser	Foretaksmøtet legger til grunn at helseforetakene kontinuerlig lærer av erfaringer ved gjennomføring av anskaffelser av helsetjenester, for å hindre uheldige konsekvenser ved fremtidige anskaffelser. For å sikre god kvalitet i disse prosessene er et nødvendig med tilstrekkelig kompetanse og ressurser til å gjennomføre regionale og nasjonale prosjekter. Foretaksmøte ba om at Helse Nord-Trøndelag HF følger anbefalinger fra de regionale helseforetakenes fellesprosjekt knyttet til miljø og samfunnsansvar, delprosjekt innkjøp.	Igangsatt	Vi er aktivt med i Innkjøpsnettverket i HMN og jobber nå med kvalitetssystemet. Likeså er det aktiviteter i nettverket for å tilføre oss mer kompetanse. Ved konkurranser bruker vi konkurranseverktøyet Visma, KGV 2.ndre tertials rapportering I innkjøpsnettverket er vi nå ferdig med første utkast til innkjøpshåndbok
FP 6.6.2	Kvalitet i anskaffelsesprosesser	Foretaksmøtet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF styrker sin innkjøpsfunksjon med ressurser som muliggjør realisering av felles nasjonale og regionale prosjekter	JA	Anskaffelsesfunksjonen i HNT er i budsjettet for 2011 økt med ett årsverk for innkjøpsrådgiver. Tilsettingsprosessen er gjennomført og innkjøpskapasiteten vil øke til 2,3 årsverk høsten 2011. 2.ndre tertials rapportering HNT har styrket bemanningen med innkjøp ved at det er ei som begynte som innkjøpskonsulent 15. aug. 2011
FP 6.7.1	Utvikling på IKT-området	Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at helseforetakene bidrar aktivt til en framtidig utvikling på IKT-området. Foretaksmøtet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF: I henhold til felles mandat for styringsgruppe innenfor IKT skal Helse Nord-Trøndelag HF sine representanter i styringsgruppe være et kontaktpunkt for det regionale prosjektet inn i det enkelte helseforetak, og bidra til at det etableres nødvendig lokal styring og forankring og at nødvendige lokale ressurser gjøres tilgjengelig	JA	Helse Nord-Trøndelag sine representanter i regionale styringsgrupper, er alle medlemmer av den lokale styringsgruppa for innføring av IKT-løsninger i foretaket Lokal styringsgruppe er ledet av Ass.dir. og ansvar for forankring og lokal oppfølging bli i tillegg ivarettatt av fagsjef og IT-sjef. Helse Midt-Norge sin kvartalsvise prosjektportefølgerapport blir lagt frem for foretaksledelsen og fulgt opp i lokale styringsgruppe
FP 6.7.2	Utvikling på IKT-området	Foretaksmøtet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF: Skal prioritere kliniske ressurser til prosjekter som er regionalt prioriterte	NEI	Helse Nord-Trøndelag har mottatt brev fra HEMIT, datert 18.03.2011, der en blir bedt om å avstå ressurser til bl.a. KMF-prosjektet og Program for Legemiddelhandtering. Vi har allerede avstått en kliniker til referansegruppen for prosjektet og en jobber nå med å få på plass den andre legeressursen, slik det er bedt om i brevet. Per Arne Oppegaard og Paul Fuglesang er det som vil representere HNT i arbeidsgruppen for prosjektet.
FP 6.7.3	Utvikling på IKT-området	På regionalt plan arbeides det med utviklingsprosjekter innen EPJ, ANIN, Lab, Økonomi og logistikk, Rapportering og styring, HR, Samhandling, Teknologi og integrasjon. Flere av prosjektene innenfor disse styringsgruppene kommer til pilotering og innføring i 2011. Det er viktig at helseforetakene følger opp og forbereder egen organisasjon til dette, slik at de nye verktøyene snarest kan gi forventet gevinst: I 2011 skal Helse Nord-Trøndelag HF forberede seg på følgende innføringsprosjekter: * klinisk arbeidsflate skal innføres i alle psykiatriske avdelinger * Ny versjon av Opplan skal innføres i alle avdelinger som er brukere av Opplan	NEI	<b>Klinisk Arbeidsflate:</b> Helse Nord-Trøndelag er pilot på "Klinisk arbeidsflate" og "MyWay2PAS" (for rapportering av MBDS) og kjøres ved psykiatrisk klinikk i Namsos. Programvaren som er levert av det regionale prosjektet er derimot ikke av en slik kvalitet at den vil bli videre breddet i den nåværende form. Dessuten er det betydelige responstidsproblemer med løsningen i bruk og som heller ikke gjør det forsvarlig å bredde løsningen i den nåværende form. Prosjektet er derfor avhengig av at HEMIT og det regionale prosjektet gjør nødvendige forbedringstiltak før løsningen kan taes i bruk. <b>Ny versjon av Opplan:</b> Helse Nord-Trøndelag er rede til å ta i bruk den nye versjonen så fort den er utviklet og kvalitetssikret for bruk. HEMIT er forsinket i leveransen og vi vil neppe få denne i produksjon i år. Som foretak har en liten innvirkning på leveransene fra de to nevnte regionale prosjektene, men ser at vi neppe får innført noen av de to løsningene i innværende år.
FP 6.7.4	Utvikling på IKT-området	Foretaksmøte forutsatte at økte kostnader/realisering av gevinster etter innføring av ny teknologi, så tidlig som mulig tas inn i langsiktige planer og budsjett	NEI	Det langt inn tall for investeringer og økte driftskostnader i langtidbudsjettet for perioden 2011 - 2017. Når det gjelder innføringen av ANIN er det kun forutsett kvalitetsmessige gevinster og ingen økonomiske. Dessuten er dette prosjektet fremdeles avhengig av at det investeres mer i MTU som kan kommunisere med løsningen før vi kan ta i bruk løsningen. For utskiftinger av PC-parken i nevnte tidsrom er det avtalt med HEMIT at en skal øke utskiftingsraten av PC'er f.o.m. 2011-12. Dette tiltaket skal bidra til at våre brukere skal oppleve mindre "plunder og heft" og heng i systemet, slik en ofte opplever det når PC'en er av eldre årgang.
FP 6.7.5.1	Spesielt om elektronisk meldingsutveksling - meldingsløftet	Nasjonalt meldingsløft har som mål at informasjonsutveksling mellom nivåene i helsetjenesten skal baseres på sikker elektronisk meldingsutveksling og at parallelle forsendelser av papir skal avvikles. Foretaksmøtet ba om at Helse Nord-Trøndelag etablerer oppfølgingsrutiner for å sikre sikker elektronisk meldingsutveksling. I tillegg skal det etableres planer for avvikling av papirløsninger, jf. Handlingsplan for Regionalt meldingsløft.	Igangsatt	Planer er vedtatt og fremdrift følges
FP 6.7.5.2	Spesielt om elektronisk meldingsutveksling - meldingsløftet	Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2011 bidra til å oppnå målene i nasjonalt meldingsløft, og å oppnå visjonen for Meldingsløftet i Helse Midt-Norge som er: "Helhetlige pasient- og brukerforløp gjennom elektronisk samarbeid."	Igangsatt	Prosjekt etablert og følger fremdriftsplan
FP 6.7.5.3	Spesielt om elektronisk meldingsutveksling - meldingsløftet	Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2011 ivareta mottak av elektroniske henvisninger fra, og sending av elektroniske epikriser til, alle fastleger og avtalespesialister som har etablert løsninger for dette. Helseforetaket har et utvidet ansvar for dialog med legekontor og avtalespesialister i sin region, spesielt i forbindelse med avvikling av parallelle papirforsendelser. Det samme skal gjelde for røntgen-henvisninger og -svar, samt laboratoriesvar. Helseforetaket skal også tilrettelegge grunnlag for korrekt adressering av meldingene.	Igangsatt	To legekontor er oppe og 8 får tilbud i løpet av mai.

Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
FP 6.7.5.4	Spesielt om elektronisk meldingsutveksling - meldingsløftet	Helse Nord-Trøndelag HF skal videre i 2011 tilrettelegge for elektronisk meldingsutveksling med kommunehelsetjenesten (basert på samme meldingene som med fastlege), samt iverksette mulighet for å motta laboratorierekvirering fra primærhelsetjenesten i tråd med regionale planer som utarbeides basert på erfaringer fra Helse Sør-Øst	Igangsett	Løsningen er på plass. Planen er ferdig bredning 2011. HMN har opsjon på løsning på lab.løsning fra Helse Sør-Øst, men dette er forsinket fra Sør-Øst. Kan forventes 2012/2013
FP 6.9.1	Pasientreiser	Pasientreiser skal organiseres og drives slik at den enkelte pasients behov for hensiktsmessig transport ivaretas. Pasienter med revisjon for spesialtilpasset transport skal sikres et differensiert og tilrettelagt tilbud. Behandling og transport skal ses i sammenheng. Helse Nord-Trøndelag skal: Rapportere egenandeler for pasientreiser elektronisk til HELFO i tråd med krav som stilles til kvalitet, hyppighet og kompleksitet slik at pasientene mottar frikort automatisk.	JA	Dette er allerede igangsatt og fungerer.
FP 6.9.2	Pasientreiser	Helse Nord-Trøndelag skal: Sikre og følge opp tiltak for å opprettholde en saksbehandlingstid som normalt ikke skal overstige 10 virkedager på reiseoppgjør for pasienter	JA	Det jobbes kontinuerlig med dette. Lean prosjekt etc. Vi har pr. i dag landets korteste saksbehandlingstid på ca. 6 dager.
FP 7.1.1	Miljø- og klimatiltak	Foretaksrådet viste til arbeidet med nasjonale miljø- og klimaprojektet i helseforetakene og til sluttrapport om miljø- og klimatiltak i spesialisthelsetjenesten. Foretaksrådet viste videre til tidligere krav om oppfølging av nasjonale klimapolitikk, og understreket at sektoren gjennom energiøkonomisering og klimavennlig oppvarming må bidra til å realisere de nasjonale klimapliktsene. Foretaksrådet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å etablere miljøledelse og miljøstyringen i helseforetakene og påfølgende sertifisering av styringssystemet i henhold til ISO 14001-standarden. Dette arbeidet skal ta sikte på å innføre slike systemer innen utgangen av 2014	Igangsett	Foretaket deltar i nasjonalt "Klimaforum" Det er utarbeidet oversikt over mål og innarbeidet som en del av ledelsens gjennomgang
FP 7.1.2.1	Miljø- og klimatiltak	Foretaksrådet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å følge opp og iverksette de øvrige målene med anbefalte tiltak som er omhandlet i sluttrapporten på områdene innkjøp	Igangsett	I innkjøpsnettverket som vi aktivt er med i jobber vi med miljøprofil og etikk. Det jobbes kontinuerlig med kvalitets forbedringer. Dette vil også inngå i kvalitetssystemet som vi jobber med. 2.ndre tertial rapporteinge. Kontinuerlig arbeid med dette ved tilbudsprosesser. Miljøprofil og etikk er vurderingskriterier.
FP 7.1.2.2	Miljø- og klimatiltak	Foretaksrådet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å følge opp og iverksette de øvrige målene med anbefalte tiltak som er omhandlet i sluttrapporten på områdene bygg/eiendom	Igangsett	Når det gjelder energi, følges de tiltak opp som er prioritert gjennom de enøk midler som tildeles fra HMN. Ved rehabilitering og nybygging av psykiatrien i Namsos er de anbefalte tiltak som er nevnt for områdene bygg/eiendom lagt inn i planlegging og gjennomføring av prosjektet. 2.tertial rapportering, ingen endring fra 1.tertial
FP 7.1.2.3	Miljø- og klimatiltak	Foretaksrådet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å følge opp og iverksette de øvrige målene med anbefalte tiltak som er omhandlet i sluttrapporten på områdene transport	JA	Når det gjelder pasientreiser har vi kontinuerlig fokus på samkjøring og mest mulig bruk av kollektivtilbud med tanke på å redusere utslipp til luft.
FP 7.1.3	Miljø- og klimatiltak	Foretaksrådet ba Helse Nord-Trøndelag HF legge til rette for klimavennlige løsninger og oppvarming, og gå i dialog med kommunene for å se på mulighetene for å etablere fjernvarmeløsninger der det ikke finnes i dag.	Igangsett	Det er nær kontakt med Biovarme som har fått konsesjon for fjernvarmeløsninger for de kommuner hvor foretaket har aktivitet. Gjennom denne kontakten har kommunene kunnskap om foretakets planer for fjernvarmeløsninger. Ved rehabilitering og nybygging av psykiatrien ved Sykehuset Namsos er det lagt til rette for tilgang til fjernvarmeløsninger. 2.tertial rapportering, den 1.juni ble det gjennomført forhandlingsmøte med Biovarme AS med målsetting om å etablere avtale om levering av fjernvarme til Sykehuset Namsos. Det er så langt ikke mottatt tilbud fra leverandør.
FP 7.2.1	Nasjonalt profileringsprogram	Foretaksrådet forutsatte at helseforetaket forholder seg til revidert nasjonalt profileringsprogram når det foreligger	NEI	Helse Nord-Trøndelag vil forholde seg til det hvis det kommer, evt med økonomisk vurdering. Pågående revidering av foretakets hjemmesider tar opp i seg gjeldende profilbestemmelser for nett.
FP 7.5.1	Parkering	Foretaksrådet la til grunn at helseforetakene begrenser betaling for parkering til å dekke kostnadene ved parkeringstilbudet og at de rutiner man har for parkering skal begrense risikoen for gebyr. Alle nye parkeringssystemer skal bygge på prinsippet om etterskuddsbetaling	JA	HNT har avtale med vertskommunene om drift av parkeringsarealet ved sykehusene. Betalingnivå for parkering er lagt på samme nivå som ved parkeringsareal forøvrig. Det er lagt til rette for bruk av betalingskort slik at ved usikkerhet om avsluttet besøk ved sykehusene kan dette reguleres ved kortbruk. Foretakets inntekt gjennom samarbeidet med kommunene er på ca 870.- kr pr plass pr år - dette skal dekke kapitalkostnader og drift og vedlikehold og ligger på et moderat nivå. 2. tertial rapportering Tiltaket er fulgt opp i hht styringsdokumentet og tiltaket er gjennomført. Tekst til Årlig melding er allerede tatt inn i rapporteringen nedenfor.

# HELSE NORD-TRØNDELAG HF

## STYRET

### Sak 35/2011 Rapporter etter systemtilsyn tom 2. tertial 2011

---

<b>Saken behandles i:</b>	<b>Møtedato</b>	<b>Møtesaksnummer</b>
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	15.09.11	35/2011

**Saksbeh:** Tor Ivar Stamnes, Kvalitetssjef

**Arkivkode:** 012

**Saksmappe:** 2011/3118

---

### ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar saken til orientering.

## **SAKSUTREDNING:**

Det er gjennomført 4 systemtilsyn ved Helse Nord-Trøndelag HF innen utløpet av 2. tertial 2011, som det redegjøres for i denne saken.

Disse er:

A Inspeksjon ved Sykehuset Levanger 15.03.2011 fra Mattilsynet

B Hovedkjøkken, Namsos, rapport og varsel om pålegg, datert 04.05.2011, fra Arbeidstilsynet

C Tilsyn ved Helse Nord-Trøndelag HF, medio mai 2011 fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (dsb)

D Inspeksjon ved Sykehuset Namsos 09.08.2011 fra Mattilsynet

Alle pålegg er løst eller ser ut til å bli løst innenfor de tidsfrister tilsynsmyndighetene har satt.

Pr. dato utgjør ingen av de pålegg som ikke er løst en uakseptabel risiko for liv eller helse.

I det videre kommenteres tilsynene hver for seg.

## **A Inspeksjon ved Sykehuset Levanger 15.03.2011 av Mattilsynet**

### **VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

#### **Utrykte vedlegg i saksmappen**

- 1 Tilsynsrapport med varsel om vedtak om pålegg, datert 23.03.2011
- 2 Svar fra HNT HF, datert 05.04.2011, med 2 vedlegg
- 3 Referat fra møte med Mattilsynet 16.05.2011, datert 18.05.2011 og som ble sendt Mattilsynet
- 4 Tilbakemelding, fra Mattilsynet, på mottatt notat etter møtet 16.05.2011, datert 23.05.2011

### **GJELDENDE FORUTSETNINGER**

Mattilsynet fører tilsyn forskriftene om "Internkontroll for å oppfylle næringsmiddelovgivningen" og "Næringsmiddelhygieneforskriften".

Ett hovedmål er å se til at virksomhetene ivaretar matsikkerheten.

### **DEFINISJONER**

Mattilsynet benytter ikke begrepene avvik eller merknad i denne rapporten, men viser til "observasjoner" som igjen fører til at tilsynsmyndigheten "vurderer" de observerte forhold.

Denne fremgangsmåten/begrepsbruken, kan muligens forklares ut fra at dette var et oppfølgingstilsyn knyttet opp mot tidligere svar som Mattilsynet ikke anså å være tilstrekkelig for å si at tidligere vedtak var etterkommet.

Det videre saksfremlegget vil være en kortversjon av vårt svar på de enkelte punktene.

### **SAMMENDRAG**

Systemtilsynet ble gjennomført i mars 2011. Det ble behov for avklaringer som bla førte til et møte med Mattilsynet 16.05.2011.

"Mattilsynet er tilfreds med at virksomheten nå har tatt tak i avviket og har ingen innvendinger til måten avviket er tenkt lukket og plan for oppfølging videre internt".

### **FAKTISKE OPPLYSNINGER**

Mattilsynet fant forhold som ikke er i tråd med regelverket.

Følgende forhold ble observert:

- Det har ikke vært tatt utskrift av temperaturlogg i perioden november 2010 til mars 2011. Temperaturovervåkingen har en funksjon som slår ut ved passering av alarmgrensen + 8 C.
- Det har ikke vært registrert alarmer i perioden.
- Rengjøring av gulv foregår på dagtid mens kjøkkenpersonalet har pause, med rengjøringsmiddel for bruk ved lager/verksted mv.
- Rengjøring av sluk var ikke tilfredsstillende.

Det ble bla. gitt følgende vurderinger:

- Virksomheten må gjøre seg kjent med settpunkt for alarmer (temperaturgrense og tidsforsinkelse) for å kunne vurdere alarmer
- Det er behov for å evaluere svakheter i internkontrollen
- Mattilsynet er noe betenkt over løsningen som innebærer rengjøring under produksjonsdag
- Det mangler noe bevissthet rundt valg av rengjøringsløsning

## **HELHETLIG DRØFTING**

Systemtilsynet ble gjennomført i mars 2011. Rapport fra tilsynet er datert 23.03.11. Når det har tatt tid før endelige avklaringer ble gjort skyldes det 3 forhold.

**For det første** var det behov for oppklaringer av punkter i rapporten.

**For det andre** var det beskrivelser i rapporten av en slik art at det ble vurdert som nødvendig å ta et oppklarende møte med tilsynsmyndigheten. Bla var det viktig å beskrive vår oppfølgingsplan og avklare med Mattilsynet om dette var tiltak de anså som tilstrekkelige.

**For det tredje** ønsket vi en avklaring på om matsikkerheten var truet ved Sykehuset Levanger.

Dette var grunnlaget for møtet som ble avholdt med tilsynsmyndigheten i deres lokaler 16.05.2011.

### **Følgende punkter ble tatt opp og er slik beskrevet i notat til Mattilsynet:**

- Mattilsynet bekreftet, på forespørsel, at kjøkken Levanger HNT HF driftes på en forsvarlig måte, slik at mattryggheten ikke har vært truet, og at kvalitetssystemet som er utviklet i seksjonen er med på å underbygge dette.
- Det som påpekes i rapporten er at den manuelle kontrollen på det som omhandler temperaturer på kjøøl/fryselager ikke blir etterlevd slik som beskrevet i kvalitetssystemet. Dette tar vi som nevnt tidligere på alvor, og har satt inn tiltak som bidrar til at dette blir fulgt opp på en forsvarlig måte, jfr. vårt svar datert 05.04.2011.
- Det vil bli gjennomført en intern revisjon som omfatter de punktene som er synliggjort gjennom tilsynsrapporten, med hovedfokus på området som omhandler logging av temperaturer i kjøle-/fryselager. Denne revisjonen vil finne sted i starten av september 2011, og resultatet vil bli oversendt Mattilsynet.
- Stamnes tok opp spørsmål knyttet opp mot manglende tilbakemelding på svaret som ble oversendt fra kjøkken HNT HF 23.03.2011. Mattilsynet ser at det kanskje burde vært en form for tilbakemelding.

Mattilsynet ba om å få tilsendt organisasjonskartet for HNT HF. Det ble også anført fra Mattilsynet at kjøkkenet ved Sykehuset Levanger har det utstyr som er nødvendig og beskrevet rutiner som tilfredsstillende kravene.

Dersom disse følges, er det en standard som ligger over minimumskravet for slike rutiner.

Det ble bedt om skriftlig tilbakemelding fra Mattilsynet som bekreftet fremstillingen i notatet, eller en tilbakemelding med eventuelle korrigeringer.

I svar fra Mattilsynet datert 23.05.2011, blir ikke noe i ovennevnte notat korrigeret eller bestridt.

Mattilsynet konkluderte slik:

”Mattilsynet er tilfreds med at virksomheten nå har tatt tak i avviket og har ingen innvendinger til måten avviket er tenkt lukket og plan for oppfølging videre internt”.

## **B Hovedkjøkken, Namsos, varsel om pålegg, datert 04.05.2011, fra Arbeidstilsynet**

### **VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

#### **Utrykte vedlegg i saksmappen**

- 1 Hovedkjøkken, Namsos tilsynsrapport og varsel om pålegg, datert 04.05.2011
- 2 Tilsynsrapport og varsel om pålegg – hovedkjøkken, svar fra HNT HF datert 23.05.2011
- 3 Utsettelse av frist for pålegg, datert 23.08.2011 fra Arbeidstilsynet

### **GJELDENE FORUTSETNINGER**

Arbeidstilsynet fører tilsyn etter Arbeidsmiljøloven med tilhørende forskrifter. I denne rapporten legges Arbeidsmiljølovens § 18-6 første og sjette ledd, "Kjemikalieforskriftens" §§ 7 og 10, samt forskriften om arbeidsplasser og arbeidslokaler § 8.

### **DEFINISJONER**

Arbeidstilsynet benytter ikke begrepene avvik eller merknad i denne rapporten, men viser til opplysninger gitt under befaring, som igjen fører til at tilsynsmyndigheten varsler pålegg. Denne fremgangsmåten/begrepsbruken, kan muligens forklares ut fra at dette var et tilsyn foretatt pga. en henvendelse om at en ansatt har fått helseplager etter at ny oppvaskmaskin ble tatt i bruk.

Det videre saksfremlegget vil være en kortversjon av vårt svar på de enkelte punktene.

### **SAMMENDRAG**

Systemtilsynet ble gjennomført i april 2011. Det ble gitt 2 pålegg med frist for gjennomføring 01.07.2011. Fristen ble senere utsatt til 15.09.2011.

### **FAKTISKE OPPLYSNINGER**

Arbeidstilsynet fant forhold som ikke er i tråd med regelverket.

Følgende forhold var meddelt Arbeidstilsynet på forhånd:

Ansatte har fått luftveisplager og allergiske reaksjoner etter at ny vaskemaskin ble tatt i bruk. Problemene forsterker seg når det jobbes ved maskinen.

Bla. følgende forhold ble observert:

- Det dugger på vinduene når oppvaskmaskinen benyttes
- Dampen skal egentlig gjenvinnes i maskinen, men dette har aldri fungert
- Det er ikke montert avtrekkslette
- Inneklimaet på kjøkkenet er ikke tilfredsstillende

Det ble gitt følgende pålegg:

1 Sykehuset Namsos må sørge for at det monteres et prosessrettet avsug (nedsenket avtrekkslette) med tilfredsstillende kapasitet over oppvaskmaskinen.

2 Sykehuset Namsos må sørge for at ventilasjonsforholdene på hovedkjøkkenet blir bedre gjennom å iverksette regelmessig rengjøring av avtrekksfiltrene.

### **HELHETLIG DRØFTING**

Systemtilsynet ble gjennomført i april 2011. Rapport fra tilsynet er datert 04.05.2011.

Når det har tatt tid før endelige frist for lukking av pålegg ble satt, skyldes det at det ble behov for å få avklart hvor lang tid det ville kunne ta å lukke ett av påleggene, pålegg 1. Det skyldes at lukkingen av pålegget var avhengig av utbedringer fra bla.l everandør og det faktum at dette først var mulig etter ferieavviklingen.



## **C Tilsyn ved Helse Nord-Trøndelag HF, medio mai 2011 fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (dsb)**

### **VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

#### **Utrykte vedlegg i saksmappen**

1 HNT HF tilsyn 2011 – vedtak om å lukke avvik – varsel om tvangsmulkt, datert 05.08.2011 fra dsb

#### **GJELDENDE FORUTSETNINGER**

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (dsb) fører tilsyn etter følgende lov og forskrifter:

Lov om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr

Forskrift om systematisk HMS-arbeid i virksomheter

Forskrift om kvalifikasjoner for elektrofagfolk

Forskrift om sikkerhet ved arbeid i og drift av elektriske anlegg

Forskrift om elektriske lavspenningsanlegg

Forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr

#### **DEFINISJONER**

dsb benytter begrepene avvik eller anmerkning i denne rapporten.

Begrepet ”varsel om tvangsmulkt” benyttes i rapporten og er en sanksjonsmulighet dsb kan ta i bruk om ikke HNT HF lukker avvikene innen angitt frist.

Det videre saksfremlegget vil være en kortversjon av vårt svar på de enkelte punktene.

#### **SAMMENDRAG**

Systemtilsynet ble gjennomført i mai 2011.

Vanlig fremgangsmåte ved denne type tilsyn er:

- 1 Tilsyn varsles gjerne med tidspunkt for tilsynsbesøket
- 2 Praktiske forhold avklares og bla. Oversikt over hvem/hvilke funksjoner som skal intervjues
- 3 Tilsynsbesøket gjennomføres med åpningsmøte, intervju, verifikasjon og sluttmøte hvor funnene og hovedvurderingene i rapporten blir meddelt
- 4 Foreløpig rapport oversendes hvor vi kan kommentere på faktiske feil innen en tidsfrist
- 5 Det oversendes endelig rapport, med angivelse av frist for lukking av avvik
- 6 Denne besvares av oss med plan for lukking av avvik
- 7 Tilsynsmyndigheten varsler eventuell oppfølging med tvangsmulkt dersom de ikke anser planen for tilfredsstillende
- 8 Eventuell søknad om behov for utsatt frist for lukking av avvik kan forekomme
- 9 Bekreftelse på gjennomførte tiltak oversendes tilsynsmyndigheten
- 10 bekreftelse på at tilsynsmyndigheten anser avvikene oversendes oss

Denne gangen endret dsb praksis. De oversendte foreløpig rapport, punkt 4, men betraktet det som punkt 5. Dermed svart ikke vi med en plan for lukking av avvikene, men påpekte kun faktiske feil. Pga. denne misforståelsen, la dsb til grunn at vi ikke tilkjennegjorde at vi tenkte å lukke avvikene, slik at de i den endelige rapporten også tok med varsel om tvangsmulkt som tidligere ville være punkt 7.

Denne endring av praksis, som førte til misforståelse og varsel om tvangsmulkt, er tatt opp direkte med revisjonsleder Siri Aker. Hun bekreftet at de vil vurdere sin praksis i fremtiden, og at HNT HF har et godt renommé innen direktoratet for å følge opp pålegg. Det var intet ved dette tilsynet som tydet på at vi hadde endret holdning i så måte.

## FAKTISKE OPPLYSNINGER

Generelt inntrykk fra tilsynsmyndigheten:

- Elektronisk kvalitetssystem EQS benyttes
- De finnes prosedyrer som beskriver revisjoner, meldeplikt og risikovurdering
- Kompetanse for å utføre og gi opplæring i risikovurdering finnes i foretaket
- Opplæring er i varetatt og dokumentert både for sykepleier og leger
- Risikovurdering for strømforsyningen både for Namsos og Levanger foreligger

Dsb ga 6 avvik, men ingen merknader

Følgende avvik ble gitt:

- 1 Det er etterslep på vedlikehold av det elektromedisinske utstyret
- 2 Det er ikke utført risikovurdering av alle relevante områder innenfor elektro
- 3 HNT HF er eier av bygninger brukt til asylmottak samt andre boliger, men utfører ikke systematisk kontroll av de elektriske anleggene i disse enhetene
- 4 Befaring avdekker et ulåst inntaksskap med åpne knivsikringer i en bolig i Levanger
- 5 Ny UPS ved Sykehuset Namsos er ikke konstruert for å tåle dokumenterte kortslutningsstrømmer og har mangler i forhold til krav i NEK 400 – 710
- 6 Det utføres ikke ”Sikker Jobb Analyse (SJA) i forkant av arbeider i de elektriske anleggene

## HELHETLIG DRØFTING

Systemtilsynet ble gjennomført i mai 2011. Rapport fra tilsynet er datert 05.02.2011.

Tidsfrist for å lukke avvikene er satt til 31.10.2011.

Avvikene med eventuelle utdypninger fra dsbs side og våre vurderinger så langt:

### 1 Det er etterslep på vedlikehold av det elektromedisinske utstyret

Vår vurdering:

Det er satt i gang arbeid med å ta igjen etterslepet. Tidlig i år ble det avdekket at listen over ”meldte” vedlikehold var i ferd med å vokse. Det finnes i QA-Map ingen rapport som viser noen oppsummering av dette, så det ble satt i gang en manuell telling av ”meldte” jobber. Dette har blitt fulgt opp siden, og tallene viser at vi er på rett vei med listene.

Dato	06.04.11	18.04.11	18.05.11	07.07.11	08.09.11
Antall ”meldt” vedlikehold	256	249	277	236	162

Nedgangen på antall åpne jobber er betydelig, denne nedgangen skyldes kun et økt fokus og ekstra innsats på vedlikeholdsjobber. Tallene kan se store ut, og de vil aldri være null ut fra at forfall genereres samme dag.

## **2 Det er ikke utført risikovurdering av alle relevante områder innenfor elektro**

Vår vurdering:

Det setter opp en fremdriftsplan etter ferien med oversikt over de områder vi må ha en ny ROS-analyse med bedre dokumentasjon/forklaring. Må utføres i samarbeid med elektro SL og SN. Under arbeide, her må avdelingen ha bistand fra fagavdelingen for å gjøre en samlet analyse

## **3 HNT HF er eier av bygninger brukt til asylmottak samt andre boliger, men utfører ikke systematisk kontroll av de elektriske anleggene i disse enhetene**

Utdyping:

HNT HF leier ut bygninger i Namsos brukt til asylmottak. Leieforholdet er beskrevet i kontrakt. Til tross for kontrakten er HNT HF ansvarlig som eier for anleggene i disse bygningene.

Vår vurdering:

Tas inn i avtaler med ekstern kontrollør. Må de kontrolleres i år er dette en bestillingsjobb. (Har gyldig avtale ut 2011.) Ferdig, avvik lukket, kontroll bestilt utført av samme firma som kontrollerer foretakets øvrige bygg.

## **4 Befaring avdekker et ulåst inntaksskap med åpne knivsikringer i en bolig i Levanger**

Vår vurdering:

Ferdig, avvik lukket

Forslag for å unngå hendelsen. Inngår i kontrollene avvik 3.

## **5 Ny UPS ved Sykehuset Namsos er ikke konstruert for å tåle dokumenterte kortslutningsstrømmer og har mangler i forhold til krav i NEK 400 – 710**

Utdyping:

Maksimal feilstrøm i for den nye UPS-en er ca. 44 kA, men tavlen er konstruert for 25 kA. UPS-en har ikke driftstid i batterimodus ihht. Krav i NEK 400 – 710.

Vår vurdering:

Må løses av elektro SN sammen med samarbeidspartner. Elektro SL kan bistå med erfaring – har hatt samme sak. Ferdig, avvik lukket

## **6 Det utføres ikke ”Sikker Jobb Analyse (SJA) i forkant av arbeider i de elektriske anleggene**

Utdyping:

HNT HF har et skjema for SJA, men det benyttes ikke.

Vår vurdering:

Tiltak iverksettes, skjema forefinnes. Ferdig, avvik lukket

Ut fra ovennevnte vurderinger fra Serviceklinikken, ser det ut til at alle pålegg vil være lukket innen tidsfristen.

## **D Inspeksjon ved Sykehuset Namsos 09.08.2011 fra Mattilsynet**

### **VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

#### **Utrykte vedlegg i saksmappen**

- 1 Tilsynsrapport ved varsel om vedtak om pålegg, datert 12.08.2011 fra Mattilsynet
- 2 Uttalelse til varsel om vedtak, datert 24.08.2011 fra Sykehuset Namsos

### **GJELDENDE FORUTSETNINGER**

Mattilsynet fører tilsyn forskriftene om "Internkontroll for å oppfylle næringsmiddelovgivningen" og "Næringsmiddelhygieneforskriften.

Ett hovedmål er å se til at virksomhetene ivaretar matsikkerheten.

### **DEFINISJONER**

Mattilsynet benytter ikke begrepene avvik eller merknad i denne rapporten, men viser til "observasjoner" som igjen fører til at tilsynsmyndigheten "vurderer" de observerte forhold og konkluderer med "varsel om vedtak om pålegg".

Det videre saksfremlegget vil være en kortversjon av vårt svar på de enkelte punktene.

### **SAMMENDRAG**

Systemtilsynet ble gjennomført i august 2011, rapporten forelå 12.08.2011 og plan for oppfølging ble oversendt Mattilsynet 24.08.2011.

Tidsfristene for lukking av påleggene er henholdsvis 05.09, 30.09 og 31.10.

### **FAKTISKE OPPLYSNINGER**

Hovedinntrykk fra tilsynsmyndigheten:

- Rutiner rundt tillaging av mat virker å fungere bra
- Renhold og orden på lagerrom var stort sett bra
- Alle ansatte hadde tilfredsstillende arbeidsantrekk

Mattilsynet fant grunnlag for 3 varsel om vedtak om pålegg:

- 1 Virksomheten må sørge for at alle lett bederlige næringsmidler i saladisken oppbevares ved en temperatur som ikke kan medføre helsefare eller gjøre næringsmidlene uegnet til konsum.
- 2 Virksomheten må sørge for tilfredsstillende håndvaskeforhold i oppvaskavdelingen og i kjøkken/påsmøring.
- 3 Virksomheten må utbedre ventilasjonen over stekesonen slik at det ikke er fare for forurensning av næringsmidler som tilberedes i området.

Følgende forhold ble observert:

Hovedinntrykk

- Det har ikke vært tatt utskrift av temperaturlogg i perioden november 2010 til mars 2011. Temperaturovervåkingen har en funksjon som slår ut ved passering av alarmgrensen + 8 C.
- Det har ikke vært registrert alarmer i perioden.
- Rengjøring av gulv foregår på dagtid mens kjøkkenpersonalet har pause, med rengjøringsmiddel for bruk ved lager/verksted mv.
- Rengjøring av sluk var ikke tilfredsstillende.

Det ble bla. gitt følgende vurderinger:

- Virksomheten må gjøre seg kjent med settpunkt for alarmer (temperaturgrense og tidsforsinkelse) for å kunne vurdere alarmer
- Det er behov for å evaluere svakheter i internkontrollen
- Mattilsynet er noe betenkt over løsningen som innebærer rengjøring under produksjonsdag
- Det mangler noe bevissthet rundt valg av rengjøringsløsning

## **HELHETLIG DRØFTING**

Systemtilsynet ble gjennomført i august 2011. Rapport fra tilsynet er datert 12.08.2011.

Her følger de 3 påleggene med våre uttalelser som ble oversendt Mattilsynet 24.08.2011:

**1 Virksomheten må sørge for at alle lett bedervelige næringsmidler i saladisken oppbevares ved en temperatur som ikke kan medføre helsefare eller gjøre næringsmidlene uegnet til konsum.**

Frist for gjennomføring: 05.09.2011.

Vår uttalelse

Nye beholdere er bestilt og det er avtalt utbedring av skinner i saladisken. Temperaturer registreres og holdes under oppsyn.

**2 Virksomheten må sørge for tilfredsstillende håndvaskeforhold i oppvaskavdelingen og i kjøkken/påsmøring.**

Frist for gjennomføring: 30.09.2011.

Vår uttalelse:

Oppdraget er iverksatt og skal være på plass 19.09.2011.

**3 Virksomheten må utbedre ventilasjonen over stekesonen slik at det ikke er fare for forurensning av næringsmidler som tilberedes i området.**

Frist for gjennomføring: 31.10.2011.

Vår uttalelse:

Nye renholdsrutiner vil gradvis bli bakt inn i den daglige driften. Taket over området dere definerer, bærer preg av korrosjon. Vi vil se nærmere på dette.

# HELSE NORD-TRØNDELAG HF

## STYRET

Sak 36/2011 Orienteringssaker

---

<b>Saken behandles i:</b>	<b>Møtedato</b>	<b>Møtesaksnummer</b>
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	15.09.11	36/2011

**Saksbeh:**

**Arkivkode:** 012

**Saksmappe:** 2011/3118

---

### **ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:**

Styret tar sakene til orientering.

**SAKSUTREDNING:**  
**Sak 36/2011 Orienteringssaker**

**VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 01.09.11
2. Protokoll fra møte i Samarbeidsutvalget 01.09.11
3. Status oppfølging av protokoll fra foretaksmøte 30. juni 2011
4. Budsjett 2012
5. Status sammenslåing hjerteovervåking og intensiv, Sykehuset Levanger
6. Samlokalisering psykiatri Sykehuset Namsos – statusrapport pr. august 2011
7. Andre orienteringer

## HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 31.08.11 kl.18.00 – 20.20

01.09.11 kl. 08.30 – 13.40

Møtested: Quality Airport Hotell Værnes

Saksnr.: 69/11-79/11

Arkivsaksnr.: 2011/16

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid

Toril Hovdenak

Björg Henriksen

Tore Brudeseth

Jan Magne Dahle

Perny-Ann Nilsen

Asmund S. Kristoffersen

Ellen Marie Wøhni

Nils Håvard Dahl

Kirsti Leirtrø

Olav Huseby

Joar Olav Grøtting

Kirsti Leirtrø (forfall under orientering sak 70/11)

Forfall:

Merethe Storødegård (31.08.11)

Regionalt brukerutvalg:

Elin Gullvåg

Roy Aleksander Farstad

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Gunnar Bovim

Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Direktør for helsefag, forskning og utdanning Nils Hermann Eriksson

Direktør for eierstyring Torbjørg Vanvik (31.08.11)

Direktør for samhandling Daniel Haga (tom sak 75/11)

Økonomidirektør Anne Marie Barane

HR direktør Sveinung Aune

Kst. Direktør for Stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød

Instituttleder leder, institutt for Samfunnsmedisin, NTNU, Jon Magnussen (orientering sak 70/11)

Internrevisjonssjef Ellinor Wessel Pettersen (sak 72/11)

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 25.08.11. Sakspapirer ble lagt ut i styreadministrasjonen samme



dag. Drøftingsprotokoll til sak 70/11 ble lagt ut i styreadministrasjonen 29.08.11. Vedlegg 10 b til sak 70/11 ble lagt ut i styreadministrasjonen 30.08.11

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Innkalling styremøte 31.08.11 endret pga ny sak
- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 29.08.11
- Sak 70/11 ny side 16 og 17
- Sak 71/11 Statusrapport pr. 31.07.11 – ny versjon
- Sak 77/11 Nasjonalt program for stabs- og støttefunksjoner på logistikk- og økonomiområdet (NPSS-LØ) – avvikling av samarbeid med leverandør av systemløsning **Unntatt off.het Offl. § 23, 1. ledd, Offl. § 13, 1. ledd, jfr. Fvl § 13, 1. ledd 2), og off.l § 12 c)**
- Internt notat vedr. sak 77/11 **Unntatt off.het Offl. § 23, 1. ledd, Offl. § 13, 1. ledd, jfr. Fvl § 13, 1. ledd 2), og off.l. § 12 c)**
- Pressemelding ”Helseregionene legger nye IKT-planer for logistikk og økonomi
- Pressemelding ”Ny konkurranse om bildediagnostikk”
- Foreløpig Møtekalender 2012

Styreleder Kolbjørn Almlid ønsket velkommen. Han opplyste om mulighet for at sak 70/11 ble behandlet i styremøte 31.08.11 og votert over 01.09.11. Etter ønske fra styremedlem Perny Ann Nilsen ble sak 70/11 ikke åpnet 31.08.11, men det ble gitt en orientering vedr. saken.

Styremedlem Perny Ann Nilsen ba om en orientering vedr. innkjøp bildediagnostikk. Dette ble gitt under sak 76/11.

---

## **Sak 69/11 Referatsaker**

---

- Møte i Regionalt brukerutvalg 29.08.11
- Styreleders tale i arbeidsmøte for styreledere og direktører 17.08.11

---

## **Sak 70/11 Implementering av ny finansieringsmodell (Magnussen-modellen) for helseforetak i Helse Midt-Norge.**

---

### **Forslag til vedtak:**

1. I tråd med tidligere vedtak fra styret for Helse Midt-Norge tas ny finansieringsmodell for Helseforetakene i Helse Midt-Norge (Magnussen- modellen) i bruk i inntektsfordelingen for 2012 med den utformingen som er beskrevet i helhetlig drøfting

2. Modellen tas i bruk for budsjettet for 2012, men gis en gradvis innføring over en periode på 4 år der 20 prosent av omstillingen effekteres for hvert av de to første årene, med påfølgende 30 prosent for hvert av de to neste årene.

## Protokoll

Det ble gitt en orientering vedr. saken i styremøte 31.08.11.

Saken ble åpnet i styremøte 01.09.11.

Styremedlem Toril Hovdenak fremmet forslag om følgende tillegg til pkt. 1:

*Kostnadsindeksen for forskning vektet med 50 %*

Styremedlem Asmund Kristoffersen fremmet følgende 3 tilleggspunkt:

*1 Styret ber om at kostnadsindeksene er til kontinuerlig vurdering siden noen av kostnadsdriverne, eksempelvis reisetid, andel langtidsliggedager og forskning, har store fordelingsmessige effekter mellom HF-ene i regionen*

*2. Styret får seg årlig forelagt en vurdering av kostnadsindeksene og forslag til justeringer når det kan dokumenteres avvik mellom de vedtatte kostnadsindekser og de reelle kostnader for HF ene*

*3 Styret får seg årlig forelagt en vurdering av hvordan de nye behovsindeksene som fører til store omfordelingseffekter, samsvarer med summen av delkriteriene i de ulike HF-områdene*

Styremedlem Perny Ann Nilsen fremmet følgende utsettingsforslag:

*Med bakgrunn i de endringer som har skjedd i Møre og Romsdal med endring fra 2 HF til sammenslåing til 1 HF, vert saken utsatt til man har fått regnet på hvilke konsekvenser dette har for fordelingsnøkkelene*

Dette forslaget fikk 2 stemmer (Perny Ann Nilsen, Bjørg Henriksen) og falt dermed.

Styremedlem Toril Hovdenak fremmet forslag om nytt pkt. 2, forutsatt at hennes første forslag får gjennomslag:

*Modellen tas i bruk for 2012, men gis en gradvis innføring over en periode på 2 år der 50 prosent av omstillingen effektueres for hvert av årene.*

### Votering:

Det ble først stemt over pkt 1 første del av setning ”I tråd med tidligere vedtak fra styret for Helse Midt-Norge tas ny finansieringsmodell for Helseforetakene i Helse Midt-Norge (Magnussen- modellen) i bruk i inntektsfordelingen for 2012”. Dette ble vedtatt mot en stemme (Perny Ann Nilsen)

Det ble videre stemt alternativt over forslag til innstilling siste del pkt 1 og Toril Hovdenaks forslag til tillegg pkt. 1.

Toril Hovdenaks forslag fikk 6 stemmer (Toril Hovdenak, Asmund Kristoffersen, Jan Magne Dahle, Bjørg Henriksen, Tore Brudeseth, Perny Ann Nilsen) og falt. Toril Hovdenaks forslag til pkt. 2 ble da trukket.

Det ble stemt over innstillingens pkt 2. Dette ble vedtatt mot en stemme (Perny Ann Nilsen)

Det ble til slutt stemt punktvis over Asmund Kristoffersens 3 tilleggspunkt.

Tilleggspkt 1 ble vedtatt mot 5 stemmer (Nils Håvard Dahl, Kolbjørn Almlid, Kirsti Leirtrø, Joar Olav Grøtting og Merethe Storødegård)

Tilleggspkt 2 fikk 6 stemmer (Asmund Kristoffersen, Jan Magne Dahle, Toril Hovdenak, Perny Ann Nilsen, Bjørg Henriksen, Tore Brudeseth) og ble ikke vedtatt

Tilleggspkt 3 ble vedtatt mot 6 stemmer (Nils Håvard Dahl, Joar Olav Grøtting, Kolbjørn Almlid, Ellen Wøhni, Kirsti Leirtrø, Merethe Storødegård)

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

### **Vedtak**

1. I tråd med tidligere vedtak fra styret for Helse Midt-Norge tas ny finansieringsmodell for Helseforetakene i Helse Midt-Norge (Magnussen- modellen) i bruk i inntektsfordelingen for 2012 med den utformingen som er beskrevet i helhetlig drøfting

2. Modellen tas i bruk for budsjettet for 2012, men gis en gradvis innføring over en periode på 4 år der 20 prosent av omstillingen effekteures for hvert av de to første årene, med påfølgende 30 prosent for hvert av de to neste årene.

3 Styret ber om at kostnadsindeksene er til kontinuerlig vurdering siden noen av kostnadsdriverne, eksempelvis reisetid, andel langtidsliggedager og forskning, har store fordelingsmessige effekter mellom HF-ene i regionen

4 Styret får seg årlig forelagt en vurdering av hvordan de nye behovsindeksene som fører til store omfordelingseffekter, samsvarer med summen av delkriteriene i de ulike HF-områdene

---

## **Sak 71/11 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 31.07.2011**

---

### **Forslag til vedtak:**

1. Styret i Helse Midt-Norge ber administrerende direktør sørge for oppfølging av iverksatte tiltak for å fjerne samtlige fristbrudd i regionen. Styret forutsetter at helseforetakene jobber målrettet med å redusere ventetiden til behandling, og at administrerende direktør har en tett oppfølging av foretakene på dette området. Styret ber også om at man følger nøye med på utviklingen for kvalitetsindikatoren epikrisetid.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar rapporteringen av resultat for juni og juli og prognose pr juli til etterretning.
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar rapporteringen vedrørende bemannings- og sykefraværsutvikling til etterretning
4. Styret konstaterer at det, til tross for en liten reduksjon siste måned er stor risiko for manglende måloppnåelse innen reduksjon av deltid. Styret understreker betydningen av å arbeide langsiktig med denne problemstillingen

5. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar statusrapportering om Strategi 2020 til etterretning.

### **Protokoll**

Saken ble behandlet før sak 70/11.

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

### **Vedtak**

1. Styret i Helse Midt-Norge ber administrerende direktør sørge for oppfølging av iverksatte tiltak for å fjerne samtlige fristbrudd i regionen. Styret forutsetter at helseforetakene jobber målrettet med å redusere ventetiden til behandling, og at administrerende direktør har en tett oppfølging av foretakene på dette området. Styret ber også om at man følger nøye med på utviklingen for kvalitetsindikatoren epikrisetid.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar rapporteringen av resultat for juni og juli og prognose pr juli til etterretning.
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar rapporteringen vedrørende bemannings- og sykefraværsutvikling til etterretning
4. Styret konstaterer at det, til tross for en liten reduksjon siste måned er stor risiko for manglende måloppnåelse innen reduksjon av deltid. Styret understreker betydningen av å arbeide langsiktig med denne problemstillingen
5. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar statusrapportering om Strategi 2020 til etterretning.

---

## **Sak 72/11 Halvårsrapport 1. halvår 2011 for internrevisjonens og revisjonskomiteens virksomhet**

---

### **REVISJONSKOMITEENS FORSLAG TIL VEDTAK**

Styret tar halvårsrapport 1. halvår 2011 for internrevisjonen og revisjonskomiteen til orientering.

### **Protokoll**

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

### **Vedtak**

Styret tar halvårsrapport 1. halvår 2011 for internrevisjonen og revisjonskomiteen til orientering.

---

## **Sak 73/11 Kvalitetsstrategi for Helse Midt-Norge 2011 - 2015: Litt bedre i dag enn i går**

---

### **Forslag til vedtak:**

1. Styret for Helse Midt-Norge, RHF vedtar at den fremlagte "Kvalitetsstrategi for Helse Midt-Norge 2011 - 2015: "Litt bedre i dag enn i går" skal danne grunnlag for kvalitetsforbedringen i helseforetaksgruppen i Midt-Norge.
2. Styret ber adm. dir. sørge for at strategien implementeres i alle helseforetak og at konkrete kvalitetsforbedringsmål for det enkelte helseforetak fastsettes i styringsdokumentet for 2012.
3. Styret ber om at adm. dir. 1 gang pr. år rapporterer tilbake til styret om status for implementeringen av strategien og hvilke kvalitetsforbedringer som er oppnådd.

### **Protokoll**

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

### **Vedtak**

1. Styret for Helse Midt-Norge, RHF vedtar at den fremlagte "Kvalitetsstrategi for Helse Midt-Norge 2011 - 2015: "Litt bedre i dag enn i går" skal danne grunnlag for kvalitetsforbedringen i helseforetaksgruppen i Midt-Norge.
2. Styret ber adm. dir. sørge for at strategien implementeres i alle helseforetak og at konkrete kvalitetsforbedringsmål for det enkelte helseforetak fastsettes i styringsdokumentet for 2012.
3. Styret ber om at adm. dir. 1 gang pr. år rapporterer tilbake til styret om status for implementeringen av strategien og hvilke kvalitetsforbedringer som er oppnådd.

---

## **Sak 74/11 Evaluering av eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge**

---

### **Forslag til vedtak:**

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar rapporten "Evaluering av eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge" til orientering.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF forutsetter at adm. direktør kommer tilbake til organisering av eiendomsvirksomheten i foretaksgruppen sammen med sak om regional organisering av andre administrative fellesfunksjoner.

## **Protokoll**

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

## **Vedtak**

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar rapporten ”Evalueringsrapport om eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge” til orientering.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF forutsetter at adm. direktør kommer tilbake til organisering av eiendomsvirksomheten i foretaksgruppen sammen med sak om regional organisering av andre administrative fellesfunksjoner.

---

## **Sak 75/11 Implementering av samhandlingsreformen - Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner**

---

### **Forslag til vedtak:**

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF understreker samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner sin betydning for implementering av samhandlingsreformen
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber adm. dir i samarbeid med helseforetakene og KS sikre en samordnet prosess i arbeidet med avtaleinngåelse
3. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar å delegere ansvaret for å inngå avtaler med kommunene til helseforetakene

## **Protokoll**

Saken ble behandlet 01.09.11 etter sak 70/11.

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

## **Vedtak**

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF understreker samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner sin betydning for implementering av samhandlingsreformen
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber adm. dir i samarbeid med helseforetakene og KS sikre en samordnet prosess i arbeidet med avtaleinngåelse
3. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar å delegere ansvaret for å inngå avtaler med kommunene til helseforetakene

---

## Sak 76/11 Orienteringssaker

---

### Forslag til vedtak:

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

31.08.11 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Oppfølging av foretaksmøter 30.06.11
- Nytt i foretaksgruppen
- 22. juli 2011

01.09.11 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Kjøp av bildediagnostiske tjenester
- SAMDATA
- Plan for redusert og riktig bruk av tvang
- Tentativ møteplan Helse Midt-Norge 2012

### Vedtak

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

## SAK 77/11 Nasjonalt program for stabs- og støttefunksjoner på logistikk- og økonomiområdet (NPSS-LØ) - avvikling av samarbeid med leverandør av systemløsning

---

### Forslag til vedtak:

1. Styret tar til orientering at rammeavtale og tildelingsavtale med IBM for drift samt forprosjekt av felles nasjonal økonomi- og logistikk-løsning, sies opp.
2. Styret vil få seg forelagt ny sak innen utgangen av 2011 med forslag om ny organisatorisk struktur på det nasjonale samarbeidet om stabs- og støttefunksjoner, herunder eventuell etablering av et nasjonalt selskap for stabs- og støttefunksjoner, jfr foretaksmøteprotokoll fra 2010 (punkt 5.5).

Vedtaks punkt spesielt for Helse Midt-Norge:

3. Styret tar til orientering at administrerende direktør viderefører anskaffelse av nytt logistikk- og økonomisystem i en alternativ prosess.

### Protokoll

Saken ble behandlet for lukkede dører med henvisning til Offl. § 23, 1. ledd, Offl. § 13, 1. ledd, jfr Fvl § 13, 1. ledd 2), og offl. § 12 c).

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

### **Vedtak**

1. Styret tar til orientering at rammeavtale og tildelingsavtale med IBM for drift samt forprosjekt av felles nasjonal økonomi- og logistikk-løsning, sies opp.
2. Styret vil få seg forelagt ny sak innen utgangen av 2011 med forslag om ny organisatorisk struktur på det nasjonale samarbeidet om stabs- og støttefunksjoner, herunder eventuell etablering av et nasjonalt selskap for stabs- og støttefunksjoner, jfr foretaksmøteprotokoll fra 2010 (punkt 5.5).

### Vedtaks punkt spesielt for Helse Midt-Norge:

3. Styret tar til orientering at administrerende direktør viderefører anskaffelse av nytt logistikk- og økonomisystem i en alternativ prosess.

---

### **Sak 78/11 Eventuelt**

---

Joar Olav Grøtting fremmet forslag som vil bli oversendt i forbindelse med budsjettprosessen

---

### **Sak 79/11 Godkjenning og signering av protokoll**

---

Protokoll fra styremøte ble godkjent og signert.

Stjørdal 01.09.11

*Kolbjørn Almlid*

*Toril Hovdenak*

*Merethe Storødegård*

*Asmund S. Kristoffersen*

*Olav Huseby*

*Perny-Ann Nilsen*

*Jan Magne Dable*



*Joar Olav Grøtting*

*Kirsti Leirtro*

*Nils Håvard Dahl*

*Tore Brudeseth*

*Ellen Wobni*

*Björg Henriksen*

**SAMARBEIDSUTVALGET  
HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG**

**MØTEPROTOKOLL**

Møtetid: 01.09.11 kl. 10.00 – 14.00  
Møtested: Fylkets Hus, Steinkjer  
Saksnr.: 29/2011 - 36/2011  
Arkivsaksnr: 2011/206

Møteleder: Hege Sørlie

Møtende medlemmer:

Hege Sørlie, rådmann Namsos  
Arne Flaata, administrerende direktør  
Arne Ketil Auran, rådmann Frosta  
Torgeir Schmidt-Melbye, kommunelege i Leksvik  
Øystein Sende, klinikkleder  
Laila Steinmo, samhandlingskoordinator KS  
John Ivar Toft, klinikkleder  
Hilde Ranheim, klinikkleder  
Paul Georg Skogen, fagsjef  
Torgeir Skevik, repr. Fylkesmannen i Nord-Trøndelag

Forfall:

Tomas I. Hallem, styreleder KS  
Åshild Nymo, leder Namdal Rehabilitering IKS

Møtende varamedlemmer:

Ingen møtte

Fra Brukerutvalget møtte Øystein Bjørnes

Fra administrasjonen i Helse Nord-Trøndelag HF møtte:

Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås  
Rådgiver Marit Røvik Skjerve (referent)

Merknader til innkalling og sakliste:

Ingen merknader til innkalling og sakliste.

Sak 31/2011 ble behandlet før sak 30/2011

Presentasjoner fra møtet vil bli lagt ut på Samarbeidsutvalgets hjemmeside under Publikasjoner

**SAMARBEIDSUTVALGET  
HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG**

**MØTEPROTOKOLL**

**Sak 29/2011 Godkjenning av referat fra møte 09.06.11**

**Protokoll:**

Hege Sørli viste til protokollen

**Vedtak:**

Protokollen godkjennes

**Sak 30/2011 Orienteringer fra leder i samarbeidsutvalget og adm. dir. HNT**

**Protokoll:**

Leder i Samarbeidsutvalget orienterte om:

Møte mellom KS og HMN og refererte fra diskusjoner rundt temaene:

- Kommunal medfinansiering
- Medisininnkjøp i forhold til kommunene
- Intermediærenheter
- Intensjonsavtale mellom KS og RHF
- Informasjonsflyt på pasientnivå mellom nivåene i helsevesenet
- Kommunikasjonsstrategi

Samhandlingskoordinator KS, Laila Steinmo refererte fra felles samling 24. august med prosjektlederne i de 6 regionene i N-T. Tema for møtet var status for arbeidet i hver region og fremdriftsplan ut året 2011. Deltakerne vil fortsette å møtes hver måned for å utveksle informasjon, erfaring og knytte nettverk.

Administrerende direktør Arne Flaot orienterte om:

- Økonomiske utfordringer ved overtakelse av ambulansetjenesten, og hvordan dette virker inn på driften og nye investeringer
- Driftsstatus i foretaket. Helse Nord-Trøndelags har større krav enn forrige år, med bl.a. krav om økt effektivisering

Ny finansieringsmodell for Helseforetakene i Helse Midt-Norge. Modellen skal tas i bruk i inntektsfordelingen (fordelingsprinsipp). Modellen tas i bruk for budsjettet 2012. Saken behandlet av styret i Helse Midt-Norge 01.09.11.

- Helikopterlandingsplass på sykehusområdet på Levanger. Planer om privat bygging av parkeringshus med mulighet for utleie av landingsplass på taket.

**Vedtak:**

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering.

**SAMARBEIDSUTVALGET  
HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG**

**MØTEPROTOKOLL**

**Sak 31/2011 Oppfølging handlingsplanen. Status tiltak og nye utfordringer**

**Protokoll:**

Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås gjorde rede for status, utfordringer og tiltak 2. halvår 2011 i oppfølgingen av felles handlingsplan.

Totsås presiserte at det må arbeides videre med:

- Uvikling av felles kommunikasjonsstrategi
- Lage ny årsplan for Samarbeidsutvalget for 2012

**Vedtak:**

Samarbeidsutvalget tar orienteringen til etterretning med følgende tillegg:

- Samarbeidsutvalget ser hensiktsmessigheten av at Fylkesmannen er representert i personalnettverket
- Praksiskonsulent inviteres til å møte i et av Samarbeidsutvalgets møte for å orientere om ordningen
- Samarbeidsutvalget arbeider videre med å få utviklet felles kommunikasjonsstrategi
- Samarbeidsutvalget lager ny av årsplan for Samarbeidsutvalget for 2012

**Sak 32/2011 Værnesregionen – samhandlingsutfordringene i denne regionen i dag - ett år etter siste orientering i samarbeidsutvalget**

**Protokoll**

Prosjektleder Inge Falstad gjorde rede for Værnesregionens pilotprosjekt Samhandling innen helse- og omsorgstjenester, og prosjektets status pr. 31.08.11.

**Vedtak:**

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering.

**Sak 33/2011 Utviklingssenter for sykehjem i Nord-Trøndelag – rolle og funksjon i helsetjenesten**

**Protokoll:**

Utviklingskoordinator i Verdal kommune, Une Hallem orienterte om utviklingssenterets historikk, og gjorde nærmere rede for senteret rolle, funksjon og visjon i henhold til nasjonal strategi samt utfordringene i Nord-Trøndelag.

Senteret hjemmeside er: [www.utviklingssenter.no](http://www.utviklingssenter.no)

**SAMARBEIDSUTVALGET  
HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG**

**MØTEPROTOKOLL**

**Vedtak:**

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering.

**Sak 34/2011 Videokonferanse som verktøy i samhandling. Hvordan etablere, organisere og benytte dette som et hensiktsmessig og effektivt samhandlingsverktøy mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste?**

**Protokoll:**

It-sjef Helge Gundersen orienterte om organiseringen av IT i Helse Midt-Norge og hvordan den elektroniske samhandlingen skjer i dag og forutsetningen for at alle parter er tilnyttet Norsk Helsenett.

Gundersen nevnte aktuelle pågående nasjonale prosjekter i forbindelse med innføring av elektroniske meldinger mellom nivåene i helsetjenesten, og viste til status på prosjektene.

Det ble informert om Helse Nord-Trøndelags strategiske satsning på løsninger for nettmøter og videokonferanser, og viste til mål og muligheter for å benytte datakommunikasjonsverktøy til undervisning, konferanse, møter (arena for samhandling) fagmøter, pasientrettet virksomhet m.v.

Gundersen viste til utfordringer i forbindelse med å utnytte disse mulighetene, og at videre samarbeid mellom kommuner og Helse Nord-Trøndelag betinget interesse, aksept og vilje hos kommunene.

**Vedtak:**

Samarbeidsutvalget tar orienteringen til etterretning og vil følge opp saken.

Representanter i Samarbeidsutvalget tar saken opp i sine råd og utvalg og rapporterer tilbake til Samarbeidsutvalget.

**Sak 35/2011 Orienteringssaker**

Torgeir Skevik, seksjonsleder helse hos Fylkesmannen i Nord-Trøndelag orienterte om sin masterstudie med tittelen: "Er samhandling viktig for å skape bedre kvalitet i helsetjenesten?" Skevik viste til funn som kom fram i forskningsstudiet.

**Vedtak:**

Samarbeidsutvalget tar orienteringen til etterretning.

**Sak 36/2011 Eventuelt**

- Oppnevning av leder og sekretær i arbeidsgruppen for utarbeidelse av avtale mellom kommune og helseforetak

**Vedtak:**

Laila Steinmo, samhandlingskoordinator KS, oppnevnes som leder i arbeidsgruppen for utarbeidelse av avtale mellom kommune og helseforetaket. Sekretær vil bli oppnevnt av Helse Nord-Trøndelag.

## Sak 36/2011 Orienteringssaker, pkt. 6

### Samlokalisering av psykiatri Sykehuset Namsos

#### Statusrapport pr. august 2011

Prosjektet Samlokalisering av psykiatri ved Sykehuset Namsos er nå på det nærmeste gjennomført i henhold til styrevedtak HNT 13/09.

Del 1 med tilbygg til bygg G ble gjennomført i perioden oktober -09 til august -10.

Del 2 med ombyggingsarbeider og rehabilitering av bygg G og L er gjennomført i henhold til tidsplanen med overtakelse 12.05.2011.

Ferdigstilling av utomhusanlegg er utført etter avtale med entreprenøren og er ferdigstilt pr. 09.09.2011.

Tilbygget er brukt som en provisorieløsning i forbindelse med ombyggingsarbeidene i bygg G. I tillegg ble almenposten flyttet til post 2 ved Bjørum i denne perioden. Dette har vært en krevende øvelse for alle involverte, men tilbakemeldingene har vært gode hele veien. En stor honnør til alle, både ansatte og brukere, som har bidratt til at gjennomføringen av prosjektet har vært mulig med alle behandlingstilbud intakte.

Siste del av byggesaken er innflytting og komplettering av inventar og utstyr samt utsmykningsoppgaver. Her benyttes en god del eksisterende kunst som suppleres etter forslag fra brukermiljøet. Denne prosessen vil i hovedsak være avsluttet i løpet av september. Det samme gjelder skilting av byggene som utføres etter en nyutarbeidet skiltplan for HNT. Alle deler av nybygg og ombygd areal er nå tatt i bruk, men vil først fremstå som komplett levert i løpet av oktober måned.

Det vil i kommende 18 måneder gjennomføres en prøvedriftsperiode med mål å finjustere anleggene til et energiforbruk på 115 kwh/m<sup>2</sup>/år. Dette er et samarbeid mellom entreprenør, rådgivere og eiendomsavdelingen. Skulle vi oppnå et bedre resultat etter denne prøveperioden er det lovet en bonus til entreprenøren. Denne ligger innenfor den økonomiske rammen som er satt.

Byggesaken er gjennomført uten rapporterte uhell.

Endelig sluttrapportering på prosjektet er ikke mulig før om et par måneder. Dette har en sammenheng med tilmålte frister på sluttoppgjør og gjennomgang av tillegg- og fradragsoppgjør. Dette er pågående oppgaver og foreløpige tall viser at rammen for prosjektet på 74 mill vil holde.

Det tas sikte på sluttrapport byggeprosjekt i november 2011 og en tilsvarende energirapport våren 2013.

Saksbehandler: Trond Hustad