

Styrets medlemmer

Vår ref.:	Deres ref.:	Arkiv:	Dato :
2008/2636 - 26319/2008		012	09.12.2008

Innkalling til styremøte**Møtedato: Mandag 15. desember 2008 kl. 1000****Møtested: Sykehuset Namsos - Store møterom - Psykiatrisk klinikk**

- | | |
|-------------|---|
| Sak 45/2008 | Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 19. og 20.11.08 |
| Sak 46/2008 | Budsjett 2009 |
| Sak 47/2008 | Høring – Tilbudet til syke barn i Helse Midt-Norge |
| Sak 48/2008 | Orienteringssaker <ol style="list-style-type: none">1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 27.11.082. Referat fra møte i brukerutvalget 12.12.083. Referat fra møte i samarbeidsutvalget 05.12.084. Referat fra møte mellom styret i HNT og brukerutvalget5. Referat fra møte mellom styret i HNT og foretakstillitsvalgte6. Samhandlingsprosjektet mellom Helse Nord-Trøndelag og rehabiliteringsinstitusjoner7. Driftsrapport november 20088. Andre orienteringer |

Med hilsen

Steinar Aspli
Styreleder
Sign.Kopi:
Styrets varamedlemmer

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 19.11 2008 kl. 17.00 – 20.10, 20.11 2008 11.15-13.30.

Møtested: Quality Grand Hotell, Steinkjer

Saksnr.: 39/2008 – 44/2008

Arkivsaksnr:

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende medlemmer:

Steinar Aspli

Inger Marit Eira-Åhren

Reidar Viken (dag 1)

Jørgen Selmer

Inger Anne Holm

Peter Himo

Skjalg Ytterstad

Sveinung Aune (dag 1)

Torgeir Schmidt-Melbye (dag 2)

Forfall:

Bertha Skjelstad

Siw Bleikvassli

Asbjørn Hofslø

Torgeir Schmidt-Melbye (dag 1)

Reidar Viken (dag 2)

Følgende saker ble behandlet første dag: Sak 39, 41, 42, 43, 44.3 og 44.4. Sak 40 ble innledet.

Følgende saker ble behandlet andre dag: Sak 40, 44 .1 og 44.2.

Fra Brukerutvalget møte: Svein Grindstad

Fra Samarbeidsutvalget møte: Ingen

Fra administrasjonen møte:

Adm. direktør Arne Flaot

Ass. direktør Mads Einar Berg

Økonomisjef Tormod Gilberg

Medisinskfaglig rådgiver Dagfinn Thorsvik

Avdelingsoverlege Jens Grimstad

Spesialrådgiver Kristian Eldnes (referent dag 1)

Informasjonssjef Trond G. Skillingstad (referent dag 2)

Merknader til møtet: Ingen merknader

Innkalling utsendt pr. e-post 13.11 2008. Saksframlegg publisert på internettløsningen for styresaker.

Sak 39/2008 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 27.10 2008

Protokoll

Ingen merknader til protokollen. Protokollen ble underskrevet.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak

Møteprotokoll fra styremøte 27.10 2008 godkjennes uten anmerkninger.

Sak 40/2008 Budsjett 2009

Adm. direktørs forslag til vedtak:

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

Protokoll

Administrerende direktør orienterte om budsjettarbeidet og fremla en skisse til driftsopplegg for 2009. Økonomisjef Tormod Gilberg gjennomgikk skissen og pekte på de utfordringer som er gitt Helse Nord-Trøndelag av Helse Midt-Norge RHF.

Styret drøftet innretting på omstillingstiltakene i Helse Nord-Trøndelag i 2009, samt innrettingen på Helse Midt-Norges investeringsbudsjett.

Steinar Aspli fremmet følgende tilleggsforslag:

Styret vil understreke nødvendigheten av tilstrekkelige investeringsmidler for å kunne gjennomføre investeringer som innebærer reduserte driftskostnader. Helse Nord-Trøndelag har flere slike prosjekt i sitt investeringsbudsjett.

Helse Midt-Norges avsatte investeringsbeløp på 152 millioner kroner til medisinsk-teknisk utstyr m.v. må tilføres helseforetakene i regionen. I denne fordelingen bør det tas hensyn til at St. Olavs Hospital får dekket svært mye av sitt utstyrsbehov gjennom pågående utbygging. Medisinsk-teknisk utstyr må fornyes i takt med avskrivninger/utrangeringer for å kunne gjennomføre planlagt og pålagt aktivitet.

Administrerende direktørs forslag til vedtak ble enstemmig vedtatt.

Tilleggsforslaget fra Steinar Aspli ble enstemmig vedtatt.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak

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

Styret vil understreke nødvendigheten av tilstrekkelige investeringsmidler for å kunne gjennomføre investeringer som innebærer reduserte driftskostnader. Helse Nord-Trøndelag har flere slike prosjekt i sitt investeringsbudsjett.

Helse Midt-Norges avsatte investeringsbeløp på 152 millioner kroner til medisinsk-teknisk utstyr m.v. må tilføres helseforetakene i regionen. I denne fordelingen bør det tas hensyn til at St. Olavs Hospital får dekket svært mye av sitt utstørsbehov gjennom pågående utbygging. Medisinsk-teknisk utstyr må fornyes i takt med avskrivninger/utrangeringer for å kunne gjennomføre planlagt og pålagt aktivitet.

Sak 41/2008 Ambulansetilbudet Osen og Roan

Adm. direktørs forslag til vedtak:

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

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

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

Protokoll

Administrerende direktør orienterte styret om den prosess som er gjennomført i forhold til Osen og Roan kommuner. Avdelingsoverlege Jens Grimstad gjennomgikk saksmaterialet. Han utdypet prosessarbeidet og begrunnet spesielt de anbefalinger som er fremmet for styret. Grimstad besvarte spørsmål fra styrets medlemmer.

Det ble fremmet følgende utsettelsesforslag fra styremedlem Skjalg Ytterstad:

”Saken utsettes i påvente av uttalelser fra berørte kommuner og anslag over totale kostnader ved de planlagte endringer av ambulansetjenesten i Osen og Roan.”

Forslaget fikk ved votering to stemmer og falt.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

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

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

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

Sak 42/2008 DMS Inn-Trøndelag – Hovedprosjekt

Adm.direktørs forslag til vedtak:

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

Protokoll

Medisinskfaglig rådgiver Dagfinn Thorsvik gjennomgikk litt om bakgrunnen for DMS Inn-Trøndelag. Spesialrådgiver Kristian Eldnes gjennomgikk status for prosjektet inkludert økonomiske utfordringer og fremdrift i forhold til videre utredninger og beslutninger. Det legges nå opp til at styret får saken tilbake for endelig beslutning før avtaler om realisering inngås. Adm.direktør Arne Flaas understreket det prinsipielle i denne debatten og inviterte til bred drøfting i forbindelse med budsjettdebatten. Adm.direktør forutsatte at Helse Midt-Norge RHF og kommunene deltar i en langsiktig finansiering av driften av et eventuelt DMS Inn-Trøndelag.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak

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

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

Adm.direktørs forslag til vedtak:

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

- Navn legges fram på styrets møte
- Som representant fra ledelsen foreslås:
- Personlrådgiver Helen Pedersen

Valgstyret konstituerer seg selv.

Protokoll

Styremedlem Jørgen Selmer fremmet forslag på følgende kandidater:

- Olav Fikse
- Janne Sæther
- Arnfinn Jacobsen

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak

Følgende personer oppnevnes som valgstyre og skal forberede valg av ansattrepresentanter til styret i Helse Nord-Trøndelag HF:

- Helen Pedersen
- Olav Fikse
- Janne Sæther
- Arnfinn Jacobsen

Valgstyret konstituerer seg selv.

Sak 44/2008 Orienteringssaker

Adm. direktørs forslag til vedtak:

Styret tar sakene til orientering.

Protokoll

1. *Møteprotokoller styret i Helse Midt-Norge 29.10.08 og 30.10.08 og 07.11.08*

2. *Referat fra møte i brukerutvalget 13.11.08*

3. *Driftsrapport oktober 2008*

- Administrerende direktør gikk gjennom driftsrapport for oktober.
Økonomisk resultat i oktober er om lag 2,5 million etter budsjett. Prognosen for driftsresultat er fortsatt pluss 29 millioner kroner for hele året.
Administrerende direktør gikk gjennom oktoberresultat på utvalgte kvalitetsindikatorer:
Andel epikriser sendt ut innen sju dager: 64,4 prosent
Andel korridorpasienter: 2,5 prosent.

Andel strykninger: 7,3 prosent

Andel henvisninger til BUP vurdert innen 10 dager: 75,8 prosent.

Administrerende direktør redegjorde for korrektive tiltak som er på gang.

4. Andre orienteringer

- 14.nov.2006 ble avtalen med Lukas Stiftelsen Betania Sparbu sagt opp. Avtalen går nå ut ved nyttår 31.12.08. Adm.direktør orienterte om at Helse Midt-Norge RHF ivaretar eventuell inngåelse av rammeavtale med institusjonen.

Steinar Aspli

Inger Marit Eira Åhren

Sveinung Aune

Jørgen Selmer

Inger Anne Holm

Reidar Viken

Skjalg Ytterstad

Peter Himo

Torgeir Schmidt-Melbye

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 46/2008 Budsjett 2009

Saken behandles i:	Møtedato	Saksnr.
Styret	15.12.2008	46/2008
Saksbeh.:	Tormod Gilberg	
Arkivkode:	012	
Arkivsaksnr.:	2636/2008	

Adm. direktørs forslag til vedtak:

Basert på gitte styringssignaler fra eier godkjenner styret framlagt forslag til driftsbudsjett for 2009 med et årsresultat på 31,1 millioner kroner. Adm. dir. gis fullmakt til å foreta evt. tekniske justeringer av budsjettet i forbindelse med kvalitetssikring av enkelte budsjettposter.

Styret godkjenner det framlagte forslag til prioritering av investeringsbudsjett for 2009. Investeringene gjennomføres innen den finansieringsrammen som fastsettes av Helse Midt-Norge RHF. Inntekter ved salg av eksisterende bygningsmasse forutsettes å øke investeringsrammen tilsvarende.

**SAKSUTREDNING:
Sak 46/2008 Budsjett 2009**

Trykte vedlegg:

1. Forslag til budsjett 2009 for Helse Nord-Trøndelag HF (budsjettoppstilling basert på rapportmal)
2. Brev av 05.12.08 til HMN (u/vedlegg) med søknad om investeringsmidler for 2009

Utrykte vedlegg:

1. Sak 109/08 til styret for HMN 30.10.08; HMN – budsjett 2009 - inntektsrammer
2. Sak 110/08 til styret for HMN 30.10.08; HMN – foreløpig investeringsbudsjett 2009
3. Sak 127/08 til styret for HMN 27.11.08; HMN – driftsbudsjett 2009
4. Sak 128/08 til styret for HMN 27.11.08; HMN – investeringsbudsjett 2009
5. Brev av 27.11.08 fra HMN om Budsjett 2009 – fordeling av investeringsmidler og oppdaterte inntektsrammer
6. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 11.12.08

1. GRUNNLAG OG PRIORITERINGER

Regjeringen har i sitt forslag til statsbudsjett for 2009 gitt føringer for hva som skal prioriteres i sykehusenes drift i 2009. HMN har videreført disse retningslinjene i sine bestillinger til de enkelte HF-ene. Med utgangspunkt i vedtatte reviderte inntektsmodell for helseforetakene i Midt-Norge har HNT fått en inntektsramme som forutsettes å sette oss i stand til å levere de tjenester som er bestilt.

Styret for HMN fattet i sak 127/08 bl.a. følgende vedtak:

1. *Styret vil på bakgrunn av implementeringen av "Magnussenutvalgets" midler legge til grunn at 80 mill. av disse blir fordelt til driftsmiddel etter ordinær fordelingsmodell*
2. *124 mill. av "Magnussenpengene" settes av til investeringer*
3. *Effektiviseringskravene fra august 2008 legges til grunn*
4. *Styret viser til prosjekter og tiltak som er påkrevd å gjennomføre jfr. Strategi 2010 med mer, og ber om at dette tas hensyn til i de foretaksvisse tildelingsbrev for 2009*
5. *20 mill. av "Magnussenpengene" er foreløpig udisponert*

Vedtaket innebærer følgende basisrammer for foretakene i 2009:

(beløp i 1 000 kr)	HSM	HNR	HNT	St. Olav	RUS	RHF	Totalt
Basisramme somatikk	808 025	629 723	731 716	2 096 893			4 266 358
Fordeling av Magnussenmidler jf vedtak 127/08	13 949	10 800	12 586	36 665	6 000		80 000
Basisramme psykisk helsevern	276 012	260 211	278 627	608 557			1 423 407
Særfinansiering (inkl. inntektsomfordeling)	503 591	510 917	498 029	1 686 352	271 230	1 010 855	4 480 975
Sum ramme 2009	1 601 577	1 411 651	1 520 958	4 428 467	277 230	1 010 855	10 250 740

Vedtaket i sak 127/08 innebærer en økning i basisrammen til HNT på vel 11 mill kroner i forhold til framlegget i sak 109/08. Denne endringen har ikke påvirket de parametere som ellers ligger til grunn i inntektsmodellen. Det betyr at kostnadsindeks, budsjetterte DRG-poeng og resultatkrav ikke er endret i forhold til saksframlegget i sak 127/08.

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

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

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

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

2. RESULTATKRAV OG BESTILTE AKTIVITETSMÅL FOR 2009

I sak 127/08 for styret i HMN, driftsbudsjett 2009, er det fastsatt resultatkrav og aktivitetsmål for HNT for 2009.

2.1 Resultatkrav

Resultatkravet for HNT for 2009 er i nevnte sak fastsatt til 31,1 millioner kroner.

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

Resultatkrav og basisramme til HF-ene i regionen (i henhold til sak 127/08) framgår av tabellene nedenfor:

Helseforetak (beløp i 1000 kr)	Foreløpig resultatkrav, jf. sak 77/08	Resultatkrav sak 109/08	Resultatkrav sak 127/08
St. Olavs Hospital	- 80 000	- 78 600	- 76 500
Helse Sunnmøre	11 300	11 524	11 900
Helse Nordmøre og Romsdal	27 000	27 490	27 900
Helse Nord-Trøndelag	30 500	30 997	31 100
Rusbehandling Midt-Norge	0	0	0
Sykehusapotekene i Midt-Norge	11 100	8 588	5 500
RHF	0	124 000	124 000
Sum HMN	0	124 000	124 000

(beløp i 1 000 kr)	HSM	HNR	HNT	St. Olav	RUS	RHF	Totalt
Basisramme somatikk	808 025	629 723	731 716	2 096 893			4 266 358
Fordeling av Magnussenmidler jf vedtak 127/08	13 949	10 800	12 586	36 665	6 000		80 000
Basisramme psykisk helsevern	276 012	260 211	278 627	608 557			1 423 407
Særfinansiering (inkl. inntektsomfordeling)	503 591	510 917	498 029	1 686 352	271 230	1 010 855	4 480 975
Sum ramme 2009	1 601 577	1 411 651	1 520 958	4 428 467	277 230	1 010 855	10 250 740

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

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

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

2.2 Aktivitetsmål somatikk

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Aktivitet psykiatri

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

3. INNTEKTSRAMME OG ØKONOMISK UTFORDRING FOR 2009

Vedtaket i sak 127/08 for styret i HMN, driftsbudsjett 2009, gir følgende økonomiske rammer for HNT's drift i 2009:

3.1 Basisramme og øremerkede tilskudd

Inntektselement (1000 kroner)	Budsjett 2009 HMN sak 127/08
Basisramme somatikk	731 716
Fordeling av Magnussenmidler, jf. sak 127/08 HMN	12 586
Basisramme psykisk helsevern	278 627
Basisramme særfinansiering (inkl. inntektsomfordeling på 13,3 mill kr)	498 029
Sum basisramme 2009	1 520 958
ISF-inntekt innlagte pasienter ("tak")	377 465
Polikliniske refusjoner ("tak")	81 290
Sum basisramme og tak ISF / poliklinikk 2009	1 979 713

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

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

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

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

3.2 Lønns- og prisforutsetninger

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

3.3 ISF-inntekter og poliklinikkinntekter

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

Fra 2008 er ISF-ordningen utvidet til også å omfatte somatisk poliklinisk behandling. Overgangen fra takstbaserte refusjonsinntekter til ISF- (diagnose-) baserte inntekter er ment å være budsjettøytral på landsbasis, men kan føre til omfordelingseffekter mellom og innen enkelte sykehus. Vi avventer fortsatt avklaring på enkelte problemstillinger knyttet til praktisering av det nye regelverket. Signaler som er gitt de siste dagene, tyder imidlertid på at poliklinikker med annet behandlingspersonale enn leger (bl.a. sykepleierpoliklinikker) vil gi inntekter i 2009.

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

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

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

Det er ikke vedtatt endringer i HNT's ansvarsområder i 2009 i forhold til inneværende år. Innen enkelte områder er det forventet kostnadsøkninger ut over den gjennomsnittlige lønns- og prisøkningen på 4,4 %. Slike kostnadsøkninger er beregnet til vel 20 mill kroner og gjelder bl.a. kjøp av IT-tjenester (i hovedsak fra HEMIT), økte kostnader til ambulansedrift og økte medikamentkostnader.

Med utgangspunkt i årets prognostiserte resultat, økt resultatkrav i 2009, økte kostnader på enkelte innsatsområder i 2009, og tilført basisramme fra HMN **har vi beregnet den økonomiske utfordringen til om lag 25 mill kroner** for å sikre et resultat på 31 millioner kroner i 2009. Når utfordringen er beregnet til om lag 25 mill kroner, har det også sammenheng med vurdering av mulig inntektssvikt og/eller uforutsette kostnader knyttet til planlagt aktivitet.

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

4. TILTAK BUDSJETT 2009

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

Det arbeides med forskjellige tiltak for kontinuerlig forbedring av sykehusdriften; herunder henvisningsrutiner og samhandling med primærhelsetjenesten, pasienttransport, logistikk/pasientflyt, behandlingsformer (døgn, dag, poliklinikk, sentralt, desentralt) og bemanning. Tall fra SINTEF/SAMDATA viser at HNT relativt sett har høy bemanning av

enkelte grupper pleiere og servicepersonell. Disse faktorene ligger derfor til grunn når foretaket har vurdert effektiviseringstiltak for 2009.

Ved bedre pasientflyt, høyere kapasitetsutnyttelse og omlegging fra døgn- til dagbehandling og poliklinikk forventes det at sengetallet skal kunne reduseres. Etablering av DMS og observasjonssenger trekker i samme retning. En mer effektiv pasientflyt og et lavere sengetall gir mulighet for en lavere bemanning av pleiere og servicepersonell (jf. SAMDATA).

På dette grunnlag er det arbeidet med en skisse til reduksjon i sengetallet med anslagsvis 15 senger i foretaket, fordelt på kirurgi, medisin og den somatiske delen av BFK. De konkrete forslag til tiltak som nå er utarbeidet, innebærer en reduksjon på 11 senger i foretakets sykehus.

Styret drøftet problemstillinger knyttet til driftsformer og sengetall i forrige styremøte. Styret ga da sin tilslutning til den innretning av effektiviseringstiltakene som ble skissert. Direktøren har basert seg på dette i det videre arbeid med driftsopplegg og tiltak for 2009, herunder sengetallsreduksjoner.

Gjennom vedtak i sak 127/08 i styret for HMN ble HNT tildelt en basisramme som var 11 mill kroner større enn i sak 109/08, og som vi hadde basert oss på fram til 27.11.08. Med utgangspunkt i signaler som styret ga under drøftingene av budsjettet 20.11.08, er den økte rammen fordelt slik mellom klinikkene:

- Prehospital klinikk: 6 mill kroner. Med utgangspunkt i inngåtte avtaler trenger klinikken 2 - 3 år for å kunne hente ut resterende effektiviseringspotensialer. Klinikken utarbeider plan for gjennomføring av resterende effektivisering.
- Direktør m/stab: 1 mill kroner. Beløpet avsettes til styrking av forsknings- og utviklingsarbeid, herunder arbeid med forbedring/effektivisering av foretakets drift ("bedre sykehus").
- Øvrige klinikker unntatt psykiatri: Pro rata fordeling av resterende 4 mill kroner. Psykiatrisk klinikk har fortsatte effektiviseringspotensialer i etterkant av gjennomførte opptrappingsperiode og gjennom endring i bruk av eksterne tjenesteleverandører. Beløpet er fordelt forholdsmessig på øvrige klinikker for å lette klinikkenes tilpasningsutfordringer for 2009. Ved å fordele beløpet forholdsmessig (i henhold til lønnskostnader) er tildelingen gjort uavhengig av grad av måloppnåelse så langt i budsjettarbeidet.

Skjematisk kan vi framstille effektiviseringsområdene det er arbeidet med, slik:

Type tiltak	Beskrivelse	Planlagt økonomisk effekt av tiltaket i 2009
Varer og tjenester, herunder pasienttransport	Effektivisering av innkjøp av varer og pasienttransporttjenester som foretaket har ansvar for (ambulansse og sykefrakt). Økt fokus på samordning, benytte billigere transportløsninger og vurdering av ambulansse/desentralisert virksomhet.	Om lag 5 mill kroner
Reduksjon i fast bemanning gjennom omlegging av pasientbehandling og reduksjon i sengetall	Dette er et logistikkprosjekt med fokus på økt samordning av aktivitet og bemanning, økt samhandling med primærhelsetjenesten, endrede driftsformer internt i de enkelte avdelingene og mellom avdelingene. Gjennom omlegging av pasientbehandlingen har en søkt å oppnå reduksjon i antall senger med tilhørende bemanningsreduksjon.	Om lag 10 mill kroner
Variable lønnskostnader	Fortsatt fokus på overtid og innleie for å sikre at reduksjon i fast bemanning ikke fører til økt bruk av variabel lønn. Det legges i denne forbindelse også opp til reduksjon i aktivitet og sengetall om sommeren med tilhørende reduksjon i innleie av ferievikarer.	Om lag 8 mill kroner
Sikring av aktivitetsbaserte inntekter, herunder koding av aktivitet	Statsbudsjettet bygger på en forutsetning om 0,5 % kodeforbedring. Egne analyser tyder på at det fortsatt er mulig å forbedre kodingen, både knyttet til innlagte pasienter og i poliklinikk.	Om lag 2 mill kroner
Sum effekt av nye tiltak		Om lag 25 mill kroner

Foretakets klinikker har i noen tid arbeidet med utforming av konkrete tiltak (innen ovennevnte skisse) for å tilpasse driftsopplegget for 2009 til gitte klinikkvise budsjetttrammer. De fleste klinikkene er på plass med tiltak og driftsopplegg innen egne rammer, men en klinikk (kirurgisk klinikk, Namsos) har fortsatt noe utredningsarbeid igjen før driftsopplegg og tiltak er tilpasset gitt budsjetttramme. P.t. rapporterer klinikkene konkretiserte tiltak som summerer seg til om lag 24 mill kroner. De fleste tiltak er konkret beskrevet, mens noen tiltak må detaljeres og beskrives med konkret for å bli et hensiktsmessig styringsverktøy.

Av større konkrete tiltak som vil påvirke foretakets driftsopplegg for 2009, vil vi trekke fram følgende:

- **Kirurgisk klinikk, Levanger**
 - o Lettpost (11 senger) reduseres fra 7-døgnspost til 5-døgnspost + 1 måned lenger feriestenging. Netto årseffekt: 4 senger reduksjon og redusert bemanning.
- **Kirurgisk klinikk, Namsos**
 - o Lettpost (11 senger) legges ned, men noe styrking av ordinære sengeposter. Netto effekt: 4 senger reduksjon og redusert bemanning.
 - o Nedlegging av lettpost uten styrking av andre poster inkl. annen omlegging av driften utredes innen 31.01.09.
- **Medisinsk klinikk, Namsos**
 - o Økt samhandling med primærhelsetjenesten for å redusere antall innleggelser og vri aktiviteten mot dagbehandling og poliklinikk. Netto effekt: 4 færre pleieårsverk.
- **Barne- og familieklinikken**
 - o Effektivisering av driften ved å redusere bemanningen med 3,5 årsverk med uendret eller litt økt aktivitet.
- **Psykiatrisk klinikk**
 - o En sengepost på 10 senger (post 2 Namsos) reduseres fra 7- til 5-døgnsdrift. Netto effekt: 3 senger reduksjon og redusert bemanning.
 - o Avtale med Lukasstiftelsen om kjøp av behandlingsplasser ved Betania Sparbu er sagt opp med virkning fra 01.01.09. Målet er å tilby behandling til aktuelle pasienter innen egne avdelinger.
- **Serviceklinikken**
 - o Effektivisering av driften ved å redusere bemanningen i servicesenteret med 5,5 årsverk med uendret eller litt økt aktivitet.

5. AKTIVITET BUDSJETT 2009

5.1. Aktivitetsmål for HNT

Med utgangspunkt i vedtatte finansieringsmodell har HMN bestilt en DRG-aktivitet i HNT som innebærer en aktivitetsvekst på 4,3 % fra bestilt aktivitet i år. HNT har imidlertid inneværende år hatt en aktivitet som har vært betydelig større enn bestillingen på 1,5 % vekst fra 2007 til 2008. Vi ligger derfor allerede nå på et nivå som tilsier at det er svært lite rom for ytterligere vekst i den DRG-baserte aktiviteten 2009.

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2. Klinikkvise aktivitetsmål

Foreløpige måltall for DRG-aktivitet i somatiske klinikker:

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

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

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

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

5.3 Utviklingstiltak

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

6. INVESTERINGER 2009

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

I sak 128/08 til styret i HMN, investeringsbudsjett 2009, er HNT tildelt 16,2 mill kroner i investeringsmidler for 2009. Dette beløpet fordeler seg på 5,0 mill kroner i egenkapitaltilskudd KLP og på 11,2 mill kroner som er uspesifisert. Den uspesifiserte bevilgningen på 11,2 mill kroner er tildelt med begrunnelse i salg av boliger for et tilsvarende beløp i HNT inneværende år.

HMN har i samme sak avsatt 152 mill kroner til fordeling etter søknad. Midlene er foreslått brukt til medisinsk teknisk utstyr, HMS-pålegg m.v. og er forutsatt tildelt HF-ene på grunnlag av innsendte søknader. HNT har i brev av 05.12.08 til HMN sendt inn søknad om investeringsmidler for til sammen 129,9 mill kroner, fordelt med 51,3 mill kroner til investering i utstyr og 78,6 mill kroner til investering i bygninger.

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

1. Egenkapitaltilskudd KLP

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

2. Medisinsk teknisk utstyr

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

3. Diverse ombygging/rehabilitering

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

4. Psykiatrisk avdeling, Namsos

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

5. Hjerterovervåking/intensiv, Levanger

Samlokalisering av hjerterovervåking og intensiv i Levanger er beregnet å beløpe seg til om lag 20 mill kroner. Investeringen er beregnet å gi en netto reduksjon i årlige driftskostnader på om lag 1,5 mill kroner.

6. Psykiatrisk avdeling, Levanger

Psykiatrisk avdeling kjøper i dag behandlingsplasser ved Betania Sparbu for om lag 15 mill kroner pr. år. For en investering på om lag 25 mill kroner vil denne pasientbehandlingen kunne samordnes med og ivaretas av psykiatrisk avdeling i Levanger. Investeringen er beregnet å gi en netto reduksjon i årlige driftskostnader på 3,7 mill kroner.

Basert på HMN's vedtak i sak 128/08 foreslås følgende plan for disponering av tildelte investeringsmidler til HNT i 2009:

Investeringsbudsjett 2009	Mill kroner	Kommentarer
KLP, egenkapitalinnskudd	5,0	Vi er medeiere i KLP. Krav til økt egenkapital i samsvar med regler for forsikringsselskap.
Medisinsk teknisk og teknisk utstyr	?	Nødvendig fornyelse av eksisterende utstyr i takt med at utstyret utrangeres. Det er søkt om midler fra avsatt beløp i HMN.
Diverse ombygging/rehabilitering	?	Bygningsmessige tiltak for å oppgradere bygningsmassen og tilpasse den til endrede driftsformer. Det er søkt om midler fra avsatt beløp i HMN.
Psykiatrisk avdeling, Namsos	5,6	Ferdig investering vil gi en netto reduksjon i årlige driftskostnader på om lag 3,0 mill kroner. Aktuelle beløp benyttes til oppstart av prosjektet høsten 2009.
Hjerteovervåking/intensiv, Levanger	5,6	Ferdig investering vil gi en netto reduksjon i årlige driftskostnader på om lag 1,5 mill kroner. Aktuelle beløp benyttes til oppstart av prosjektet høsten 2009.
Sum investeringer HNT	16,2	(+ midler fra HMN)

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

Regjeringen legger nå opp til å bevilge betydelige beløp til ekstraordinære investeringer i offentlig sektor som konjunkturtiltak. Dette gjelder også innen helsesektoren. HNT har i den forbindelse meldt inn til HMN ønsker/behov for investeringer for vel 57 mill kroner. Vi forutsetter at vi kan få en naturlig andel av tilgjengelige midler til forsømt vedlikehold, og at vi også kan få midler til tidligere igangsetting og hurtigere framdrift i aktuelle prosjekter knyttet til psykiatrien i Namsos og hjerteovervåking/intensiv i Levanger.

7. PROSESS OG VIDERE FRAMDRIFT

7.1 Prosess

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

Internt har det vært informasjon og drøftinger om budsjett og driftsplaner i foretakets ledelse, i arbeidsmiljøutvalget og i forum for foretakstillitsvalgte. Det er lagt vekt på informasjon og drøftinger under veis og før endelige konklusjoner er fattet. Den vesentligste del av drøftingene skjer ved at tillitsvalgte blir invitert med i og deltar i klinikkens møter vedrørende budsjett og driftsopplegg for 2009. Felles drøftingsmøte med tillitsvalgte er fastsatt til 11.12.08.

7.2 Videre framdrift

En budsjettoppstilling basert på ovennevnte saksframlegg er allerede oversendt HMN til bruk i regionforetakets arbeid med å framstille et konsolidert budsjett for HMN for 2009. Regionstyret skal behandle regionbudsjettet i sitt møte 18.12.08.

Internt i HNT vil vi i tiden framover arbeide med å kvalitetssikre enkeltelementer i budsjettet. Tiltak og budsjettposter vil bli gjennomgått for å sikre at budsjettet skal bli et best mulig styringsinstrument for foretakets drift i 2009. HMN har gitt frist for å ferdigstille slike detaljer til ultimo januar 2009.

Levanger, 11. desember 2008

Arne Flaas
adm. dir.
sign.

Resultatrapport på budsjett 2009 - HNT pr 10.12.2008

RESULTAT (HOD-rapport)	Bud 2008	Prog 2008 (pr okt 08)	Bud 2009
Basisramme	1 299 706	1 374 137	1 521 158
ISF egne pasienter	331 903	344 325	377 092
ISF somatisk poliklinisk aktivitet	38 255	31 142	33 994
Gjestepasienter	36 874	34 218	29 066
Polikliniske inntekter	27 877	31 261	29 527
Laboratorie- og radiologinntekter	13 313	14 062	15 021
Øremerkede tilskudd psykisk helsevern	59 488	59 488	0
Andre øremerkede tilskudd	9 520	14 875	2 756
Andre driftsinntekter	96 487	115 182	116 671
Sum driftsinntekter	1 913 423	2 018 690	2 125 285
Kjøp av offentlige helsetjenester	67 750	69 339	74 622
Kjøp av private helsetjenester	19 007	22 171	20 717
Varekostnader knyttet til aktiviteten i foretaksgruppen	309 819	320 426	327 570
Innløyd arbeidskraft - del av kto 458	3 504	4 141	6 612
Lønn til fast ansatte	888 068	901 182	956 488
Overtid og ekstrahjelp	34 584	54 523	38 492
Pensjon inkl arbeidsgiveravgift	203 990	203 636	209 960
Offentlige tilskudd og refusjoner vedr arbeidskraft	-41 603	-52 356	-48 449
Annen lønn	118 309	126 363	123 427
Avskrivninger	87 204	85 814	86 802
Nedskrivninger	0	763	0
Andre driftskostnader	282 718	257 345	286 370
Sum driftskostnader	1 973 350	1 993 347	2 082 611
Driftsresultat	-59 927	25 343	42 674
Finansinntekter	6 568	8 971	9 006
Finanskostnader	19 715	20 118	20 580
Finansresultat	-13 147	-11 147	-11 574
Ordinært resultat	-73 074	14 196	31 100
Ekstraord inntekter	88 074	14 773	
Ekstraord kostnader			
Skattekostnad	88 074	14 773	0
Årsresultat	15 000	28 969	31 100

Helse Midt-Norge RHF
Postboks 464

7501 STJØRDAL

Vår ref.:	Deres ref.:	Arkiv:	Dato :
		112	05.12.08

BUDSJETT 2009 – FORDELING AV INVESTERINGSMIDLER OG OPPDATERTE INNTEKTSRAMMER

Vi viser til brev av 27.11.08 fra HMN der vi bl.a. inviteres til å søke om investeringsmidler for 2009.

1. Prosess

Styret for HMN har i sak 128/08 vedtatt å holde tilbake 152 mill kroner av investeringsmidlene for 2009 til fordeling etter søknad. Midlene er foreslått brukt til medisinsk teknisk utstyr, HMS-pålegg m.v.

Styret for HNT behandlet 20.11.08 i sak 40/08, Budsjett 2009, investeringsbudsjettet for foretaket for 2009 og fattet bl.a. følgende vedtak:

Styret vil understreke nødvendigheten av tilstrekkelige investeringsmidler for å kunne gjennomføre investeringer som innebærer reduserte driftskostnader. Helse Nord-Trøndelag har flere slike prosjekt i sitt investeringsbudsjett.

Helse Midt-Norges avsatte investeringsbeløp på 152 millioner kroner til medisinsk-teknisk utstyr m.v. må tilføres helseforetakene i regionen. I denne fordelingen bør det tas hensyn til at St. Olavs Hospital får dekket svært mye av sitt utstysrbehov gjennom pågående utbygging. Medisinsk-teknisk utstyr må fornyes i takt med avskrivninger/ utrangeringer for å kunne gjennomføre planlagt og pålagt aktivitet.

2. Søknad om investeringsmidler

HNT har i flere år lagt opp til en praksis der foretakets klinikker tildeles en ramme for utskifting av eksisterende medisinsk teknisk utstyr i takt med avskrivninger og utrangering av utstyret. Selv om samlede rammer til disposisjon har vært i underkant av avskrivningene, har dette gitt grunnlag for en planmessig og forutsigbar ramme for klinikkens drift med hensyn til utstysrstandard. Det blir som regel dårlig drift dersom en skal prioritere utstysrinvesteringer ut fra ”brannslukking” og/eller havari.

Med utgangspunkt i vedtatt prosess for å søke om investeringsmidler for 2009, har vi bedt foretakets klinikker prioritere aktuelle investeringer. I vedlagte regneark er det satt inn egne arkfaner for hver klinikk og egen arkfane for HNT der klinikkens behov er summert opp i en sum for foretaket. Investeringene er fordelt mellom investeringer i utstyr og investeringer i bygninger.

På dette grunnlag søkes det om midler til investering i utstyr i 2009 for 51,3 mill kroner og investeringer i bygninger for 78,6 mill kroner, til sammen 129,9 mill kroner. De mer detaljerte prioriteringer og beskrivelser framgår av de enkelte klinikkens lister/arkfaner.

Med hilsen

Arne Flaot
Adm. dir.

Saksbehandler: Tormod Gilberg

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 47/08 Høring – Tilbudet til syke barn i Helse Midt-Norge

Saken behandles i:
Styret

Møtedato
15.12.2008

Saksnr.
47/2008

Saksbeh: Kristian Eldnes og Wenche P. Dehli

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2008/2636

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret i Helse Nord-Trøndelag HF slutter seg til den regionale arbeidsgruppens forslag til løsningsalternativ nr. 1.
2. Styret i Helse Nord-Trøndelag HF ønsker at alle tjenester gies på et høyt faglig nivå. Det er da en forutsetning at de premisser som beskrives i rapporten ”Tilbudet til syke barn i Helse Midt-Norge ” må være oppfylt.

SAKSUTREDNING:

Sak 47/08 Høring – Tilbudet til syke barn i Helse Midt-Norge.

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Sluttrapport. Eierstrategi 2010. Syke barn.

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Som et ledd i Helse Midt-Norges arbeid med Eierstrategien er rapporten; Tilbudet til syke barn i Helse Midt-Norge utarbeidet. Rapporten er utarbeidet av en arbeidsgruppe som består av representanter for alle helseforetak og det regionale helseforetak (RHF). Arbeidsgruppen er enig i de forslag som er fremmet i rapporten.

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok i møte 25.09.08 at rapporten sendes på høring til:

- Alle kommuner i Midt-Norge
- Alle helseforetak i Helse Midt-Norge
- Pasientorganisasjoner
- Regionalt brukerutvalg
- Arbeidstakerorganisasjoner
- Tillitsvalgte
- Barneombudet

Helse Midt-Norge RHF ber om at høringsinstansene tar utgangspunkt i rapporten og særlig kommenterer følgende:

- Kompetanse/evne til å rekruttere riktig kompetanse. Regionen har i dag problemer med å rekruttere barneleger, særlig gjelder dette de små sykehusene.
- Samhandling med kommunehelsetjenesten/andre kommunale etater
- Samhandling med andre spesialiteter i sykehuset
- Samhandling mellom store og små sykehus
- Nærhet til tjenestetilbudet

Høringsuttalelsene vil sammen med rapporten danne grunnlag for sak til RHF styret i januar møtet

BAKGRUNN

Rapporten som Helse Nord-Trøndelag mottok 30.09.08 beskriver tilbudet til syke barn i Midt-Norge, og foreslår hvordan dette kan organiseres i fremtiden. Det legges vekt på faglig forsvarlig drift, samt en funksjonsfordeling av ulike aktiviteter mellom St. Olav Hospital som universitetssykehus og de øvrige sykehusene/barnepoliklinikkene.

Helse Nord-Trøndelag har sendt rapporten på høring i foretaket.

Rapporten fra den regionale arbeidsgruppen vedlegges saken i sin helhet.

SAKSUTREDNING/DRØFTING

Helse Nord-Trøndelag har følgende kommentarer til de enkelte punktene vi er bedt om å kommentere:

1. Kompetanse/evne til å rekruttere riktig kompetanse. Regionen har i dag problemer med å rekruttere barneleger, særlig gjelder dette de små sykehusene.

Helse Nord-Trøndelag har problemer med rekruttering innafor en del områder og dette spesielt i forhold til overleger. Arbeidsgruppen peker på at ” det dreier seg om å kunne tilby et stimulerende og godt arbeidsmiljø som byr på muligheter for å utvikle seg som fagperson, hvor det legges til rette for forskning og hvor det er mulig å se for seg en fremtid for seg og evt. familie ”. Arbeidstidsordninger, vaktbelastning og arbeidsbelastning er nok avgjørende momenter for god rekruttering. Det er viktig at Helseforetaket inngår et samarbeid med vertskommunene i forhold til leger med familie som vurderer etablering. I tillegg er lønn et middel i enhver rekrutteringsprosess.

Helse Nord-Trøndelag har avhjulpet den mest prekære mangelen ved at det fra juni 2008 er ansatt to polske overleger som nå har gått inn i vaktplanene. Utfordringen hittil har vært å tilvenne disse lokale forhold og norsk medisin. Status i Helse Nord-Trøndelag er nå 5 overleger og 3 assistentleger på Sykehuset Levanger og 2 overleger på pediatrik poliklinikk ved Sykehuset Namsos.

Arbeidsgruppen kommer med forslag til konkrete kompetansehevende tiltak som for eksempel simulatortrening og teoriundervisning av alle leger som kan komme opp i en nyfødtresusiteringssituasjon, for å sikre en god kvalitet i akutt beredskap/stabilisering. Dette er et svært positivt tiltak. Tid til faglig fordypning/utvikling er nødvendig for å vedlikeholde kompetansen også hos overlegegruppen.

2. Samhandling med kommunehelsetjenesten/andre kommunale etater

Helse Nord-Trøndelag er helt enig i arbeidsgruppens konklusjoner om at det er flere forutsetninger som er nødvendig for en vellykket tilbakeføring av pasienter til kommunehelsetjenesten. Det forutsetter både en tilstrekkelig bemanning i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Legedekningen i flere av Nord-Trøndelags 24 kommuner kan i perioder oppleves vanskelig.

Individuell plan er et nyttig verktøy i kommunikasjon mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

3. Samhandling med andre spesialiteter i sykehuset

Rapporten peker på nødvendigheten av et godt samarbeid med andre spesialiteter. Spesielt nevnes anestesi og barnekirurgi. Større prosedyrer og kirurgiske inngrep hos barn < 3 år foregår nå ved St. Olav Hospital. Det åpnes imidlertid opp for at man kan gjøre dette også på lokalsykehusene såfremt det er kompetent anestesilog tilstede som i sin virksomhet har et visst volum. Dette er et viktig moment. Det er viktig at det legges til rette for at anesthesiavdelingene på alle sykehus innehar en kjerne av leger med spesialkunnskap på området fordi :

- 1 Man kommer iblant opp i akuttsituasjoner der akutt bedøvelse og livreddende /stabiliserende behandling er nødvendig også hos barn under < 3 år.
- 2 Enklere bedøvelser til for eks barn som skal til MR i narkose bør kunne gies til barn i alle aldre på et sykehus av en viss størrelse.

Det er samtidig nødvendig å ha et nært samarbeid ikke bare med kirurger og anestesileger, men også med ØreNeseHals, øye, hud, indremedisin, habiliteringstjenesten, barne- og ungdomspsykiatrisk osv. Helse Nord-Trøndelag mener at sykehus av den størrelsen en har i vårt fylke er oversiktlige og ”passe” store med godt samarbeid mellom spesialitetene. Samtidig er det et langstrakt fylke med store avstander. Med tilbud til barn ved begge sykehus gir dette en større nærhet til pasientene.

4. Samhandling mellom store og små sykehus

Alle kan ikke og skal ikke drive med alt. Funksjonsfordeling mellom de ulike sykehusene i regionen er greit beskrevet i rapporten fra den regionale arbeidsgruppen. Samhandling er ikke bare funksjonsfordeling, men innbefatter også en felles pasientflyt, standardiserte metoder, samt krav til opplæring og kvalitet.

Dette krever et godt samarbeid mellom sykehusene.

5. Nærhet til tjenestetilbudet

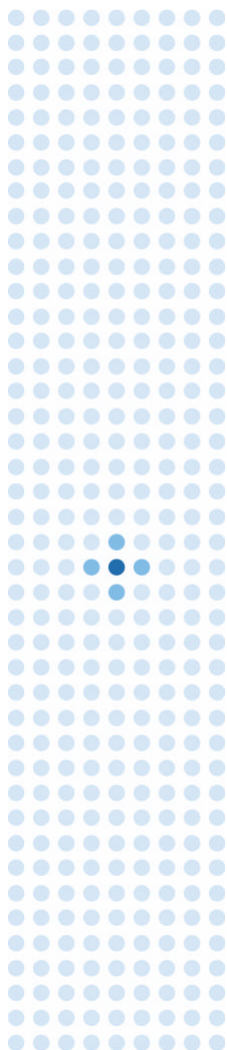
For at pasienter og pårørende i Helse Nord-Trøndelag skal oppleve nærhet til tjenestetilbudet i vårt langstrakte fylke, ser vi det som nødvendig å opprettholde et pediatrik poliklinikktilbud både ved Sykehuset Namsos og ved Sykehuset Levanger. Forskriften om barn på sykehus slår fast at poliklinisk behandling er den primære behandlingsformen.

For at pasienter, pårørende, fastleger etc. skal oppleve nærhet til tjenestetilbudet, er det nødvendig at legene i spesialisthelsetjenesten er enkle å få tak i ved henvendelser for råd og veiledning. For eksempel gjennom bruk av bærbar telefon.

6. Kommentar til løsningsalternativ

Arbeidsgruppen skisserer to løsningsalternativer, men anbefaler forslag 1 som innbefatter fortsatt drift på dagens nivå ved barneavdelingen Sykehuset Levanger. Barnelegene ved poliklinikken Sykehuset Namsos er allerede i dag organisert under barneavdelingen Helse Nord-Trøndelag. De skal fortsatt drive poliklinisk virksomhet ved Sykehuset Namsos, samt føre tilsyn med nyfødte. I henhold til arbeidsgruppens forslag vil tilsyn med nyfødte skje som i dag ved at barnelegene utfører tilsynet, eller at man inngår avtaler med gynekolog om tilsyn.

Det planlegges nå et langt tettere faglig samarbeid mellom pediaterne (barnelegene) i Namsos og på Levanger. Rent konkret vil det medføre standardisering av felles prosedyrer, samt felles faglige møter av en viss hyppighet. Det er også ønskelig å få inkludert alle legene i en vaktordning, noe det må jobbes videre med for å se om det er gjennomførbart.



Sluttrapport

Eierstrategi 2010

Syke barn

Godkjent:

Dato:

Innhold

- 1. Sammendrag**
- 2. Strategisk forankring**
- 3. Mål**
- 4. Styring, organisering og arbeidsform**
- 5. Tilbudet til barn i Helse Midt-Norge**
- 6. Løsningsalternativer**

1. Sammendrag

Målet for gruppas arbeid er å sikre god og lik kvalitet på tilbudet til syke barn i Helse Midt-Norge.

Grappa har identifisert at helsetjenestene brukes ulikt. HFene rekrutterer helsepersonell, særlig leger i ulik grad, og at sentralisering av en del oppgaver har skjedd uten at dette er basert på formelle vedtak og ressursallokering.

Grappa har også identifisert oppgaver hvor det ikke er gode nok tilbud i regionen, for eksempel rehabilitering til barn med ervervet alvorlig hjerneskade. Grappa har også identifisert pasientforløp der en i større grad bør samhandle med kommunehelsetjenesten.

2. Strategisk forankring

Helse Midt-Norges eierstrategi ble vedtatt med presiseringer av Styret 30. mai 2006 (sak 41/06). Som oppfølging av vedtaket har Helse Midt-Norges ledelse besluttet å opprette et program for gjennomføring av eierstrategien, hvorav dette prosjektet er ett.

Styringsgruppen for strategi (tidligere styringsgruppen for eierstrategi) har tidligere gjennomført følgende utredninger med betydning for tilbudet til syke barn:

- organisering av tilbudet til ekstremt tidlig fødte
- fødetilbudet ved St. Olavs hospital, avdeling Orkdal sykehus

Prosjektgruppen som arbeidet med organisering av tilbudet til ekstremt tidlig fødte, konkluderte blant annet med at det var nødvendig å foreta en samlet utredning av regionens tilbud til alle syke barn, og ikke avgrenset til syke premature barn.

Med denne bakgrunn avgrenses dette prosjektet til utredning av tilbudet til syke barn opp til 18 år. Prosjektet skal ikke utrede forhold knyttet til fødetilbud/fødselsomsorg eller barnehabilitering. Forhold knyttet til psykisk helsevern for barn og ungdom ivaretas gjennom regional psykiatriplan. I perioden fra eierstrategien ble vedtatt, har den økonomiske situasjonen i Helse Midt-Norge blitt forverret. Dette legger sterke føringer for å identifisere kostnadseffektive løsninger, og tilsvarende begrensninger i mulighetene til å gjennomføre kostnadskrevenne tiltak. Prosjektet skal derfor så langt det er mulig beskrive det fremtidige tilbud gjennom omdisponeringer innenfor dagens ressursramme for barnemedisin.

Syke barn i Midt-Norge skal sikres tjenester av god kvalitet.

Prosjektet skal kartlegge status og påvise områder hvor det er behov for endringer og forbedring

3. Mål

Mandat for arbeidsgruppen:

1. Prosjektgruppen skal gi en kort beskrivelse av innhold og organisering av tilbudet til syke barn i Helse Midt-Norge.
 - Innhente erfaringer fra forskning og utredninger fra andre regioner
 - Innhente data fra egen region om aktivitet, kostnader, kompetanse og systemkvalitet
2. Prosjektgruppen skal identifisere diagnosegrupper med særskilt behov for forbedringer. Gruppen skal komme med forslag til forbedring av pasientflyten, og beskrive krav til kompetanse innen følgende grupper:
 - reumatisme
 - astma/allergi
 - infeksjonsmedisin
 - barnekirurgi
 - kardiologi
 - kreft
 - diabetes/endokrinologi
 - intensivtilbudet til barn
 - sosialpediatri
 - barnenevrologi
 - barnegastroenterologi

I beskrivelsene av pasientflyt skal gruppen i tillegg beskrive hvordan ulike modeller for samarbeid med primærhelsetjenesten kan understøtte en god pasientflyt og en effektiv ressursutnyttelse.

3. Prosjektgruppen skal vurdere om det er hensiktsmessig å dele tilbudet til syke barn i tre nivåer:
 - a. barnestue
 - b. barneavdeling
 - c. barneklipp.

Gruppen skal beskrive krav til kompetanse og systemkvalitet og ta hensyn til nivåinndeling når gruppen kommer med forslag til organisering og pasientflyt

4. Gruppen skal peke på diagnosegrupper hvor det er behov for standardiserte pasientforløp.

Prosjektgruppa skal ta utgangspunkt i at dagens struktur (antall barneavdelinger) skal videreføres.

Prosjektgruppa skal utarbeide prosjektplan, inkludert milepælsplan for levering av delmål/rapportering til styringsgruppa.

4. Styring, organisering og arbeidsform

Prosjektleder rapporterer til Styringsgruppe strategi. Daglig kontakt med styringsgruppen vil gå gjennom prosjektkontoret, eller annen tildelt kontaktperson.

Prosjektgruppen består av:

Helse Nord-Trøndelag: Gunnar Helland, overlege, Barneavdelingen, Sykehuset Levanger

St. Olavs Hospital: Elisabet Selvaag, overlege, Barne- og ungdomsklinikken

Helse Sunnmøre HF: Ove Økland, avdelingssjef, Barneavdelinga

Helse Nordmøre og Romsdal HF: Carl Lindman, avdelingsoverlege, Avdeling for barn, Kristiansund sykehus

Informasjon: Solveig Moe Frøland, informasjonssjef, Helse Sunnmøre HF

Primærhelsetjenesten: Leif Vonen, assisterende kommuneoverlege, Trondheim kommune

Helse Midt-Norge RHF: Svanhild Jenssen, rådgiver

Helse Midt-Norge RHF: Marit Nordsjø, økonomirådgiver (sluttet sommeren 2008)

Prosjektgruppa involverer kirurger i forbindelse med arbeidet med barnekirurgi.

5. Tilbudet til syke barn i Helse Midt-Norge

5.1 Bamesykdommer i Norge

Den første barneavdeling ble etablert ved Rikshospitalet 1893. De første årene ble spesialistene utdannet i utlandet. Norsk Pediatrisk Selskap (NPS) ble stiftet 1919 etter at Lægeforeningen hadde etablert en spesialitetskomite to år tidligere. I 1928 ble NPS formelt en spesialforening under Lægeforeningen.

Barneavdelingen i Ålesund ble åpnet i 1959, i Trondheim i 1963, i Kristiansund 1968 og i Levanger 1973.

På 60-70-tallet ble det klart at barn forandrer seg psykisk under sykehusopphold uten foreldre. I § 3-6 i Lov om spesialisthelsetjenesten av 2000 har departementet gitt forskrifter om barns opphold i helseinstitusjon. Disse retningslinjene viderefører og utdyper forskrift av 7. september 1988 om barn på sykehus. Rettighetene gjelder for barn fra de er nyfødt til de blir 18 år. Rettighetene er

videreført i Lov om pasientrettigheter av 2004. Barn skal fortrinnsvis legges inn på egne barneavdelinger. De har rett til å ha minst en av foreldrene hos seg under oppholdet og rett til aktivisering og undervisning. Foreldre skal få dekket sine utgifter til reise, opphold m.v..

I 2005 gjorde Kunnskapssentret en spørreundersøkelse til foreldre med barn innlagt i barneavdeling. Det var forskjeller mellom sykehusene, og i de regionale sammenligningene var det signifikante forskjeller for hovedområdet *Standard* som var dårligst i Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF (Helse Øst 76, Helse Sør 72, Helse Vest 75, Helse Midt-Norge 71 og Helse Nord 70). Opplevelse av sykehusenes standard ble bedømt ut fra bad/dusj/toalettforhold, tilbud til de pårørende (mat, hvilerom, overnatting), roen på pasientrommene og renhold. To andre forhold med potensialer for forbedring påpekes i rapporten: Pleiepersonalet ga for liten informasjon om foreldres oppgaver som pårørende, og foreldrene opplevde i for liten grad at en lege hadde hovedansvaret for barnet.

Viser for øvrig til vedlagte notat utarbeidet av Jan Holt, Nordlandssykehuset, Bodø

5.2 Organisering av tilbudet.

Helsetjenester til barn ytes i all hovedsak av fastlegene og i regi av helsestasjonen. De henviser syke barn til sin lokale barneavdeling ved behov. Det må være et mål at den behandling som gis der er mest mulig likeverdig uavhengig av hvilket sykehus man hører til, og at det finnes gode rutiner for samhandling og/eller viderehenvisning i de tilfellene der den nødvendige kompetansen befinner seg et annet sted.

Det er i dag barneavdelinger ved 4 sykehus i Helse Midt-Norge og poliklinikk ved 7 sykehus.

Helse Sunnmøre HF:

Barneavdeling og poliklinikk ved Ålesund sjukehus
Poliklinikk ved i Volda sjukehus (to dager pr. uke fra Ålesund)

Helse Nordmøre og Romsdal HF:

Barneavdeling og poliklinikk ved Sykehuset i Kristiansund
Poliklinikk ved Sykehuset i Molde (for tiden to ubesatte overlegestillinger)

Helse Nord-Trøndelag HF:

Barneavdeling og poliklinikk ved Sykehuset Levanger
Poliklinikk ved Sykehuset Namsos

St. Olavs Hospital HF:

Barneavdeling og poliklinikk ved St. Olavs Hospital

Det er tilbud til barn innen fagområdene kirurgi, ortopedi, øre/nese/hals og øyesykdommer ved alle sykehus i regionen

Tjenestetilbudet.

For å sikre mest mulig lik helsetjeneste til barn i vår region må det stilles krav til kvalitet, tilgjengelighet, evne til rekruttering og mulighet for faglig utvikling knyttet opp mot den enkelte barneavdeling.

Kvalitetskrav:

Den enkelte overlege må være godkjent spesialist i pediatri, beherske norsk muntlig og skriftlig. Det forutsettes evne til god kommunikasjon med pasienter, kolleger og samarbeidspartnere. I tillegg må det kreves regelmessig oppdatering av kompetanse.

Kollegiet på en avdeling må til sammen dekke de viktigste fagfelt innen pediatrien.

Vaktsystemene må være robuste, dvs minimum 5-6-delt vakt, men dette vil også måtte sees i sammenheng med belastningen på vakt (antall timer aktivt/passivt). Ved stor belastning vil 5-delt vakt være rekrutteringshindrende.

Alle som går vakt må i tillegg til generell pediatriisk kompetanse ha stabiliseringskompetanse, d.v.s. kompetanse for å håndtere akutte situasjoner. Det anbefales at alle i vakt får delta på APLS-kurs og kurs i nyfødmedisinske teknikker. Avdelingen må ha et system for jevnlig trening på akuttsituasjoner.

For å ha en barneavdeling med akuttberedskap er det en forutsetning å ha anestesileger på vakt som har kompetanse på barn. Dette må også gjelde eventuelle innleide vikarer.

Laboratorietjenester på døgnbasis er en selvfølge, likeledes tjenester fra blodbank. Akutt billed-diagnostikk må kunne utføres.

Sykehus med fødeavdeling må ha stabiliseringskompetanse, også på nyfødte barn.

Tilgjengelighet

De fleste barn skal kontakte sin fastlege, evt. legevakt ved behov for hjelp. Forskriftene om barn på sykehus slår fast at poliklinisk behandling er den primære behandlingsform.

Alle avdelinger må ha fungerende systemer for tilgjengelighet:

- Primærleger må kunne få tak i kompetent barnelege for å drøfte aktuelle problemstillinger.
- Det må gjøres enkelt å få tak i kolleger på andre barneavdelinger i regionen, evt. treffe noen som kan gi melding. (Dette har vist seg å være et problem særlig i forhold til legene på St. Olavs hospital).
- Enkeltpasienter og grupper av pasienter skal likevel i perioder primært kontakte St. Olavs Hospital. Avdelingene må ha gode systemer for å sikre at disse barna får de tjenester de har behov for, også i behandlende leges fravær.
- Avdelingene må sikre kapasitet for å vurdere henvisningene innen lovbestemt frist.

Rekruttering

Alle avdelinger i regionen rekrutterer godt hva gjelder assistentleger. Ang. overlegestillinger sliter særlig de to minste avdelingene, Kristiansund og Levanger, med å få søkere til ledige stillinger.

Erfaringen på St. Olav Hospital er at det bare unntaksvis er eksterne søkere til ledige overlegestillinger. I Ålesund rekrutteres det godt.

Barneavdelingene i Helse Midt-Norge har m.a.o. en utfordring i forhold til å gjøre seg attraktive for flinke fagfolk.

Det dreier seg noe om geografi. Mange vil velge å jobbe på et større sted uansett hva de tilbys.

Det dreier seg imidlertid også om å kunne tilby et stimulerende og godt arbeidsmiljø som byr på muligheter for å utvikle seg som fagperson, hvor det legges til rette for forskning og hvor det er mulig å se for seg en fremtid for seg selv og en evt. familie. Dette krever god ledelse.

Arbeidstidsordninger, vaktbelastning, arbeidsbelastning generelt og ikke minst hvilken ryddighet som råder rundt dette vil kunne være avgjørende for en avdelings evne til å rekruttere og beholde fagfolk.

Faglig utvikling

På regionsnivå må det vurderes hvilken kompetanse som bør finnes på de ulike avdelinger, og det må gis rammer som muliggjør den ønskede utvikling. Et eksempel er ønsket om at det bygges opp kompetanse i forhold til barn med alvorlig ervervet hjerneskade. Det krever økt legeressurs og oppgradering av intensivtilbudet for barn ved St. Olavs Hospital for å kvalitetssikre både intensivbehandlingen og rehabiliteringstilbudet.

På avdelingsnivå er det en lederoppgave å legge til rette for faglig utvikling og styre den slik at avdelingen til enhver tid har den forventede kompetanse, og slik at det blir spennende å jobbe for den enkelte arbeidstaker.

Barneavdelingene i Helse Midt-Norge må regne med å være selvhjulpne både hva gjelder tilbud og kompetanse for de aller fleste pasientgrupper. Transplantasjoner, plastisk kirurgi, hjertekirurgi og enkelte andre funksjoner vil fortsatt være sentralisert til Oslo og Rikshospitalet. På en del andre felt vil det fortsatt være mulig å henvise til Rikshospitalet eller Haukeland for konkrete vurderinger eller "second opinion".

Med dagens organisering og kapasitet har sykehusene i regionen gjort seg avhengige av tilbudet fra Statens sykehus for epilepsi. Inntrykket er at en del av de sentraliserte tilbudene er blitt mindre tilgjengelige.

Denne utviklingen må helseforetakene ta innover seg slik at helsetilbudet til barn blir mest mulig likeverdig, ikke bare innad i vår region, men også helseregionene imellom.

Tjenestetilbudet i kommunen

Kommunehelsetjenesten baserer sitt behandlingstilbud på fastlegene, som med driftsavtale med kommunen tar på seg behandlings- og koordineringsansvar for et visst antall innbyggere. Kommuneoverlegen (tidl. Kommunelege 1) har en rådgivende (samfunnsmedisinsk) stilling, med et overordnet medisinskfaglig ansvar for godkjenning av kvaliteten på visse kommunale helsetjenester. I noen mindre kommuner har også kommuneoverlegen et lederansvar for legekantoret, og stillingen kombineres ofte med pasientpraksis som fastlege. Under planlegging og evaluering av kommunale helsetjenester er kommuneoverlegen en vesentlig støttespiller for kommuneledelsen.

Klinisk virksomhet

Generelt:

Detaljert oversikt over det kliniske tilbudet ved de ulike helseforetakene, se vedlegg 1.

St. Olavs Hospital:

De fleste henvisninger, både ø.hjelps- og elektive henvisninger håndteres poliklinisk eller som dagpasienter. Pasientene er fordelt på minst 6 enheter: Mottak (4 obs-senger), infeksjon (5 senger), kreft (7 senger), medisin (10 senger) og overvåking (3 pediatriske og 2 kirurgiske senger). I tillegg finnes dagpost, generell poliklinikk og tverrfaglig team.

St. Olavs Hospital har 3 vaktskikt, primærvakt (08.00-22.00), intermedieærvakt (15.00-09.00) og tertiærvakt som er 3-delt. Neonatal bakvakt og generell bakvakt har begge noe aktiv vakttid.

Kardiologisk bakvakt fungerer mer som en beredskapsvakt.

Barneklubben har 22 overleger og 12 ass.legestillinger. 5 av overlegene og 2 av ass.legene er tilknyttet neonatalenheten og 2 overleger er kun på habiliteringstjenesten. I tillegg til de 22 er det

2 personlige stillinger hvor den ene for tiden er i funksjon. St. Olavs Hospital har 4 universitetsansatte leger i ordinær 20 % bistilling og 2 universitetsansatte i midlertidige bistillinger som finansieres av ledige lønnsmidler pga sykdom og permisjoner. Bistillingene tilfører generell pediatri til sammen 40 % legestilling knyttet opp mot poliklinikk og tverrfaglig team. De 15 overlegestillingene knyttet opp mot generell pediatri fordeler seg på de ulike subspecialiteter: 3 onkologi, 2 asthma/allergi, 1 gastro, 1 infeksjon, 2,5 cardiologi, 2 nevrologi, 2 endokrinologi, 1/2 rheuma, 1 barn intensiv. St. Olavs Hospital har ingen legeressurs knyttet opp mot sosialpediatri, men benytter lønnsmidler frigjort pga at overlegen på infeksjon er i 50 % forskningspermisjon.

På alle store-barn-enheter er det 118,9 sykepleierstilling.

Helse Sunnmøre:

Poliklinisk behandling skal være den vanligste behandlingen (konf. forskriftene), poliklinikk også i Volda 2 ganger per uke i forbindelse med nyfødt-undersøkelser der. Kort liggetid (1,8-1,9 døgn) ved barnemedisinsk sengepost. Barneavdelinga har 7 ass.legestillinger og 11 overlegestillinger. Tre av overlegestillingene er lokalisert ved Seksjon for habilitering, men inngår også som barnenevrologer i vanlige vurderinger i barnemedisinsk sengepost og poliklinikk. Primærvakt lege (ass.lege) til stede og har bare aktiv tid. Generell bakvakt. Tertiærvakt i neonatologi. Beredskap i cardiologi. Også her er det god subspecialisering: 3 neonatologi, 1 endokrinologi, 2 cardiologi, 1 astma/infeksjon, gastro, 2 barnenevrologi, 1 onkologi. To av neonatologene er også utdannet i barneintensiv. 26,1 stilling pleiepersonell ved Barnemedisinsk sengepost, av disse er 1 barnepleier/hjelpepleier.

Helse Nordmøre og Romsdal:

Avdelingen er organisert som en del av storavdelingen. Avdeling for barn og unge består av barneavdelingen med barnepoliklinikkene og barnehabiliteringstjenesten sammen med enhetene innen psykisk helse barn og unge.

I utgangspunktet har barneavdelingen 6 overlegestillinger og en assistentlegestilling. 2 av overlegestillingene er lagt til poliklinikken ved Molde sjukehus, og begge står for tiden ubesatt etter flere utlysninger. En av stillingene er derfor midlertidig omgjort til assistentlegestilling ved barneavdelingen i Kristiansund. En overlege fra Kristiansund har tilsyn ved fødeavdelingen og poliklinikk i Molde 2 – 3 ganger pr uke.

En av overlegene har spesiell kompetanse innen barneneurologi og habilitering, og tjenestegjør en dag per uke ved barnehabiliteringstjenesten.

Avdelingen har hjemnevakt kveld/natt. Overlegene går i stor grad primærvakt (assistentlegene går 4-delt vakt).

Sengeposten har 12,9 stillinger for sykepleiere og 4,3 stillinger for barne/hjelpepleiere. På poliklinikkene er det til sammen 3,05 stillinger for sykepleier og 3,8 stillinger for merkantile tjenester.

Helse Nord-Trøndelag:

Barneavdelingen og barnehabiliteringen ved Sykehuset Levanger har nå felles avdelingsledelse. Avdelingen har 8 legestillinger, 5 av disse er besatt av spesialister. Overlegene har en blandet primær- og sekundærvakt. Legene har konsulentfunksjon i forhold til habiliteringstjenesten, og en av overlegene har et spesielt ansvar for barnenevrologiske pasienter. Faste møter sikrer nært samarbeid med habiliteringstjeneste og BUP, både omkring innlagte og polikliniske barn.

Avdelingen har i alle år hatt nært samarbeid med sykehusets øvrige somatiske avdelinger. Kvaliteten på tilbudet er for en stor grad avhengig av samarbeid som dels er fast organisert (som skopier, MR-undersøkelser, intensivbehandling), dels mer personavhengig (som vokscardiolog med spesiell kompetanse på barnecardiologi). Sykehuset Namsos har egen barnepoliklinikk med 2 barneleger. De har tilsyn med nyfødte og en av dem har fast ukentlig reisedag (områdepediatri).

Avtalespesialister:

I Trondheim finnes det 3,2 barnelegestillinger i privat praksis. St. Olavs Hospital samarbeider med avtalespesialistene om enkeltpasienter og enkelte pasientgrupper. Det er behov for et tettere formalisert samarbeid mellom helseforetaket og avtalespesialistene. Disse tjenestene finansieres av det offentlige og tildeles innenfor regionens økonomiske rammer. Gruppen mener at avtalespesialistene må integreres driftsmessig og ha samme kvalitetskrav som spesialisthelsetjenesten på sykehusene. For å oppnå dette må en etablere gode nok rapporteringsrutiner, både mot lokalt helseforetak og til det regionale HF. Avtalespesialistenes aktivitet kan ha betydning for ulikt forbruk av helsetjenester.

Sentraliserte tilbud

I dag er en del tilbud formelt sentralisert til St. Olavs Hospital: Nyfødtkirurgi, en del gastrokirurgi, barneurologi, nevrokirurgi, nevro-ortopedi. Kreft hos barn, bindevevssykdommer hos barn, mye revmatologi og kriminaltekniske undersøkelser av barn. Gruppen anbefaler at denne sentraliseringen formaliseres.

St. Olavs Hospital skal sammen med barneavdelingen på Ullevål bygge opp kompetanse for undersøkelser i forbindelse med plutselig uventet død hos barn fra 0-3 år. I tillegg til Helse Midt-Norge skal St. Olavs Hospital yte tjenester i Helse Nord RHF.

Barnekirurgi

Barn opereres nå ved alle helseforetak i regionen. En del tilstander er formelt sentralisert til St. Olavs Hospital. Noe opereres flere steder, men det regnes som personavhengig både hva gjelder anestesi og operatør om det er tilrådelig.

Følgende tilstander bør være sentralisert til St. Olavs Hospital:

- All nyfødtkirurgi, unntatt medfødt hjertefeil
- All barneurologi
- Elektive gastrointestinale inngrep samt visse akuttinngrep hos spe- og småbarn under 3 år
- Retentio testis der en eller begge testiklene ikke er palpable.
- Lyskebrokk hos premature.

Det anbefales at retentio testis opereres ved 9-12 mndr. alder. Operasjon ved så ung alder vil føre til at flere av disse operasjonene utføres av barnekirurg.

Det er en tendens til at mindre sykehus i større grad enn før sender fra seg barn med invaginasjon, pylorusstenose, retentio testis. Dette kan ha med anestesi-kompetanse å gjøre, men konsekvensen blir uansett at kirurgene på de mindre avdelingene får stadig mindre erfaring med barn.

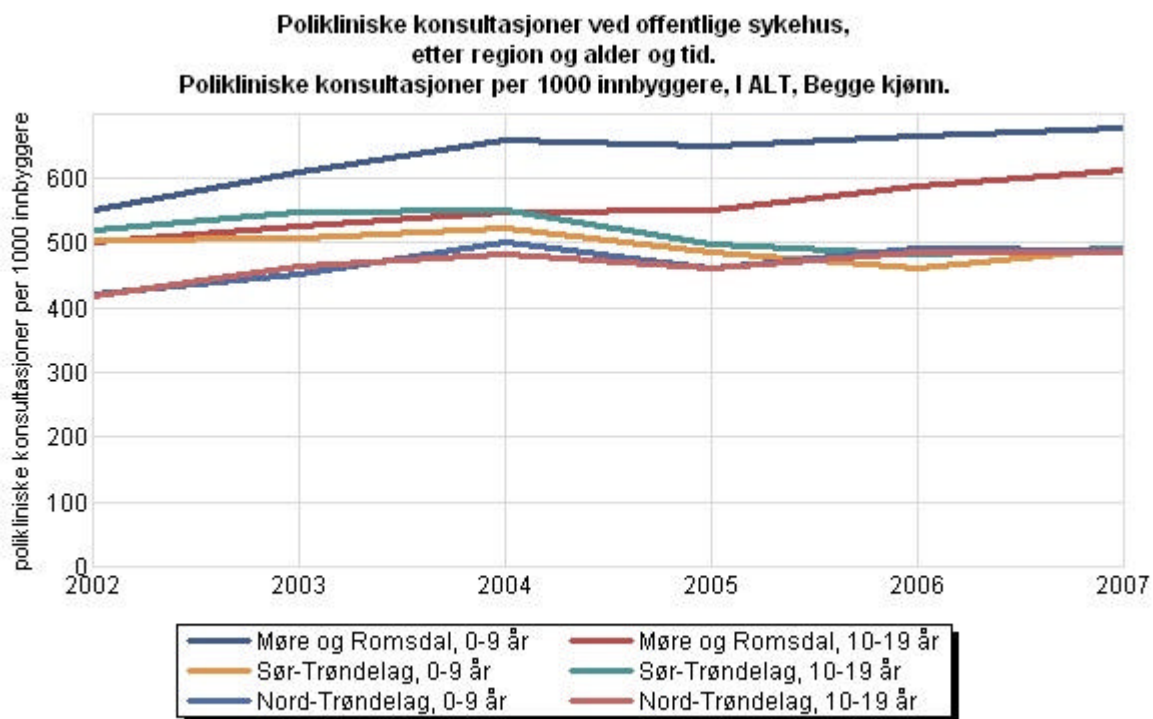
Barneanestesi

Det eksisterer ingen konsensus når det gjelder krav til kompetanse for å gi anestesi til barn. Det finnes en europeisk anbefaling fra Føderation of the European Associations of Pediatric Anesthesia (FEAPA):

“Generell anestesispesialist kan bedøve barn over 3 år for vanlige inngrep. På sykehus mindre enn universitetssykehus kan spesialist med interesse for barneanestesi bedøve mindre barn under forutsetning av:

- Minst ½ dag barneanestesi pr uke
- Kontinuerlig faglig oppdatering
- Kontakt med/hospitering ved stort sykehus

5.3 Kapasitet og behovsdekning/forbruk



Kilde: Statistisk sentralbyrå

Som tabellene viser er det ulikt forbruksmønster både når det gjelder bruk av poliklinikk og døgnopphold i de ulike fylkene. Gruppen har ikke vært i stand til å identifisere årsakene til ulikt forbruk. Det er ikke gitt hva som er det mest hensiktsmessige forbruk. En mulig forklaring er forskjellen i antall avtalespesialister, spesielt innenfor pediatri og ØNH, i regionen. Dette er årsaken til at gruppa anbefaler pasientforløpsprosjekt, se FORSLAG 1.

Det er for lange ventetider ved de fleste poliklinikker til førstegangskonsultasjon, men også til mange kontroller. Det er også et ulikt forbruksmønster, noen kommuner bruker spesielt de polikliniske tjenestene mer enn andre. Noen kommuner har stort uttak av alle typer tjenester. Eksempel på dette er innleggelse i barnemedisin i Ålesund i alderen 0-15 år i 2007, varierer innlagte i prosent av kommunenes barnepopulasjon fra 2,24 % for Rauma og 2,38 % for Volda til 6,56 % for Vanylven og 8,4 % for Sandøy. Ålesund kommune ligger her på 4,06 %. Tilsvarende

for poliklinikk er Volda lavest med 13,88 %, høyest ligger Ørskog 27,07 %, Norddal 27,88 % og Sandøy 31,9 %. Ålesund har 23,36 % av egen barnepopulasjon.

Hva som er et riktig forbruksmønster vil nok variere etter kompetansen i kommunene. Den største oppgaven for spesialisthelsetjenesten vil likevel være å gi kort vei til riktig kompetanse. For å sikre dette og redusere sekundærhenvisninger, må primærlegen ha god kunnskap også om hvor den subspecialiserte kompetansen er plassert.

5.3.1 Personellressurser og sengekapasitet

Se vedlegg 1

5.3.2 Ventetider

Grappa har identifisert at det for mange er uakseptable ventetider på poliklinisk behandling. Problemet er størst ved St. Olavs Hospital.

5.3.3 Oversikt over innleggelser og polikliniske konsultasjoner.

Se vedlegg 1

5.3.4 Endringer i pasientstrømmer

Etter innføring av foretaksreformen, går flere intensivpasienter (også intermediære) fra HNM til St. Olavs Hospital. Disse gikk tidligere til Ålesund i tråd med fylkets gamle helseplan. I tillegg har det de siste årene blitt en økning i antallet polikliniske konsultasjoner fra Helse Nordmøre og Romsdal til Helse Sunnmøre, først fra sørlige kommuner, etter hvert også fra andre og dette utgjør nå 11-1200 konsultasjoner per år. Noe av denne strømmen kan også forklares med ønske om mer subspecialisert kompetanse.

5.4 Kompetanse

St Olavs hospital:

Barne- og ungdomsklinikken må ha god generell barnemedisinsk kompetanse da den fungerer som lokalsykehus for Sør-Trøndelag og deler av Nordmøre samt at det utdannes spesialistkandidater i pediatri.

I tillegg må en ha spisskompetanse på nasjonalt nivå innen de fleste fagfelt for å kunne ivareta regionsykehusfunksjonen i Helse Midt-Norge. Behovet for regionalisering av funksjoner tror vi vil øke i tiden fremover fordi behandlingen av en del diagnoser blir stadig mer spesialisert. Nærhet til barnekirurgisk, nevrokirurgisk og barneortopedisk ekspertise vil også kunne bidra til økt regionalisering av tjenester.

Det er en stor utfordring å ivareta lokalsykehusfunksjonen og den generelle opplæringen av spesialistkandidater i et system som krever stadig mer subspecialisering.

Avdelingen har samarbeid med NTNU, og flere universitetsansatte har bistilling ved barne- og ungdomsklinikken. Avdelingen er opptatt av å oppmuntre til og legge til rette for forsknings- og utviklingsarbeid.

Helse Sunnmøre:

Barneavdelingen har som mål å ha barnemedisinsk kompetanse/subkompetanse på godt nasjonalt nivå, og ved dette kunne utrede og behandle alle vanlige og de fleste spesialiserte

problemstillingene der. Avdelinga rekrutterer godt, men opplever at 6-7 delt bakvakt med stor arbeidsinnsats teller negativt konkurransemessig, og en bør derfor arbeide for å få flere til å dele vaktene. Det er også for få sykepleiestillinger på barnemedisinsk sengepost. Denne posten tar i dag også intermediære intensiv-pasienter (resp-svikt).

Helse Nord-Trøndelag:

Barneavdelingens målsetting er å ha høy kompetanse på de vanligste sykdommer og funksjonshemninger hos barn. I tillegg godt samarbeid med mer spesialiserte fagpersoner og institusjoner omkring andre problemstillinger. Videre må det til enhver tid gis god akuttbehandling.

Helse Møre og Romsdal:

Barneavdelingens mål er å ha god generell faglig kompetanse både i forhold til akutt syke barn og nyfødte, samt til barn med mer kroniske, eventuelt progressive, tilstander. En ønsker å ha god kommunikasjon og godt samarbeid med de forskjellige nivåer innen helsevesenet og andre etater.

5.5 Samhandling med kommunehelsetjenesten

Tilbakeføring av ansvar til fastlege

Kronisk syke barn med behov for spesialistkompetanse på kontroller, oppfølging, behandling og kirurgi er ikke fritatt allmenntilstander. Foreldrene må ha en grunnkompetanse på å kunne skille allmenntilstander fra spesialisthelsetjeneste, og kan få dette stort sett ved praktisk erfaring. Tjenesteyterne på begge sider av "grensen" bør ha en forståelse av grenseoppgangen, og stadig bidra med opplæring og informasjon.

Tilleggsproblemer pga. sykdom, som for eksempel skolevansker, reaktive psykologiske prosesser, andre funksjonsnedsettelse og evt. stigmatisering, isolering eller andre sosiale ulemper vil påvirke familien i stor grad. Tjenesteytere innen kommunehelsetjenesten med lokalkunnskap i kommunen kan bidra med innsikt, informasjon og observasjoner i dette feltet, og dermed bidra positivt selv om grunnsykdommen parallelt krever spesialisthelsetjeneste. Fastlegen kan bidra med oversikt i pasientens sykehistorie bare hvis han/hun blir kontaktet. Dette kan bidra til en tidligere oppdagelse og innsats ved tilleggsproblemer.

Individuell Plan forankret i kommunen vil ofte være til stor hjelp for å orientere familie, pasient og tjenesteytere i ansvarsfordelinger. Utvikling av tjenester må innbefatte brukerkompetanse, og bl.a. styrke familienes ansvar for å bruke tjenestene riktig.

Faglig con sensus mellom sykehusspesialist og allmenntilstander er nødvendig:

- a. Avtale om tilbakeføring av rammeansvar i epikrise
- b. Notatkopier fortløpende til fastlege (forbereder samarbeid)
- c. Bruk av praksiskonsulent
- d. Dialog med kommuneoverlegene
- e. Kontakt med Allmenntilstandsvalg eller lokale allmøter (forsikre backup og tilgjengelighet, beholde fokus på pasientens (familiens) muligheter)
- f. Gode henvisninger vil bedre service til de som har rett til helsehjelp

Aktuelle grupper av pasienter for tilbakeføring/bedre samhandling med fastlege kan være:

De fleste større pasientgrupper vil i dag få et enhetlig og rimelig standardisert forløp (astma, diabetes, infeksjonsproblematikk osv), men ved behov for utvidet behandling og hos grupper med behov for subkompetanse, er det i dag forskjeller i forløp og samhandling. Gruppen anbefaler et regionalt samhandlingsprosjekt med primærhelsetjenesten. Dette vil både kunne flytte god behandling nærmere pasientene, og dels definere optimale forløp inn i spesialisthelsetjenesten. Gruppen mener dette også kan frigjøre ressurser til bruk for pasienter med spesielt sammensatte problemstillinger og alvorlige sykdommer.

Dette gjelder blant annet:

Astma/allergi

Enurese/urinveislidelser

Obstipasjon

Epilepsi

Alle barn med funksjonshemming

Psykisk utviklingshemmede

Barn med sykkelig overvekt, se regional strategi.

Diabetes. I følge nasjonale standarder skal barn med diabetes følges opp av spesialisthelsetjenesten. Gruppen anbefaler nasjonalt pasientforløpsprosjekt for denne pasientgruppen.

Endret pasientforløp og tettere samarbeid mellom fastlegen og spesialisthelsetjenesten kan medføre redusert forbruk av polikliniske tjenester. Frigjort kapasitet bør kanaliseres til bedret kvalitet til pasientgrupper med kroniske, kompliserte lidelser og tiltak for å redusere ventelistene. Konsekvenser for tildeling av økonomiske rammer til helseforetakene bør belyses i arbeidet med å utrede framtidige pasientforløp.

5.6 Forskning

Forskningsaktiviteten foregår i hovedsak ved St. Olavs Hospital. Det er et mål å øke forskningsaktiviteten også ved de andre helseforetakene. Det må da legges til rette for samarbeid med universitet og høyskoler, og det må finnes fleksibilitet i systemet slik at fagpersoner i perioder kan gå ut av klinisk virksomhet, helt eller delvis.

6. Løsningsalternativer

Gruppen har hatt følgende mål som basis for alle forslag til løsninger:

- Etablere robuste fagmiljø
- Realistiske vaktordninger
- Bedre rekruttering
- Lik kvalitet og tilgjengelighet i tilbudet til syke barn i regionen
-

Ut fra dette foreslår gruppa følgende:

Modeller for organisering:

FORSLAG 1

A. Sentralisere legestillinger:

Samle alle barnelegestillingene i helseforetaket til barneavdelingen i helseforetaket. Dette innebærer å:

- Flytte barnelegestillinger fra Molde til Kristiansund
- Flytte barnelegestillinger fra Namsos til Levanger

Alternativet innebærer ikke sentralisering av pasientbehandling utover det som er foreslått tidligere.

Konsekvenser:

Flere leger kan involveres i vaktordningene ved barneavdelingene. I tillegg vil det faglige miljøet bli styrket. Dette vil gjøre ledige stillinger mer attraktive og bedre den faglige kvaliteten på tjenestene.

Forslaget kan innebære problemer med tilsyn til nyfødte ved fødeavdelingene ved Namsos, Volda og Molde. Dette løses ved at leger som har poliklinikk på disse sykehusene også har tilsyn ved fødeavdelingene. Alternativt kan en leie inn erfarne allmennleger som lærer opp til å yte disse tjenesene. Andre sykehus har god erfaringer med å bruke allmennleger/gynekolog til slik tjeneste. Nyfødtundersøkelser skal være i tråd med Metodebok for nyfødttmedisin.

Forslaget vil medføre reduserte utgifter til vikarer.

B Etablering av regional ledelsesbasert faggruppe som skal

- utvikle og kvalitetssikre felles regionale rutiner/prosedyrer
- utvikle rutiner og prosedyrer for samhandling med kommunene
- utvikle system for rapportering og avvikshåndtering
- sørge for at rutiner/prosedyrer implementeres i barneavdelingene
- utvikle standardiserte pasientforløp, som skissert i kap. 5.5
- ha særlig fokus på kvalitet av tjenester til barn med kroniske lidelser. For denne gruppen er det vanskelig å komme fram til målbare indikatorer
- vurdere avvik, avvikshåndtering og avvikenes alvorlighet
- ha mandat til å beslutte endringer

Gruppen skal oppnevnes av HF-direktørene. Kommunehelsetjenesten bør være representert i gruppen, oppnevnes av KS. Helse Midt Norge skal være sekretariat for gruppen.

Tiltaket skal medvirke til god nok og lik kvalitet på tjenestetilbudet.

C. Kompetansehevende tiltak:

- Felles internopplæring i akutt beredskap/stabiliseringskompetanse.
 - Simulatortrening og teoriundervisning for alle leger i vakt (barneleger og anestesileger). St. Olavs Hospital får ansvaret for tiltaket i Trøndelagsfylkene, og Ålesund sjukehus får tilsvarende ansvar i Møre og Romsdal.

- I tillegg har alle HF ansvar for internundervisning og obligatoriske øvelser for alt personell som tar imot akutt syke barn.
- Tiltaket vil medføre bedre kvalitet på tilbudet ved akutt alvorlig sykdom hos barn, særlig ved de sykehus som sjeldent tar imot barn med akutt sykdom
- Tiltaket vil kreve merarbeid ved St. Olavs Hospital og Ålesund sjukehus tilsvarende ½ stilling eller mer.
- Praksiskonsulentordningen omfatter alle barneavdelinger
- Evt. etablering/videreføring av klinisk samarbeidsorgan mellom HF og kommunene ved alle HF (etter modell fra St Olavs Hospital)

Øvrige tiltak:

Sentralisering av oppgaver som tidligere skissert.

Retningslinjer for sentralisering av barnekirurgi og barneanestesi bør utarbeides.

Felles retningslinjer for prioritering i helseforetakene bør utarbeides.

Gruppen mener at avtalespesialistene må integreres driftsmessig og ha samme kvalitetskrav som spesialisthelsetjenesten på sykehusene. For å oppnå dette må en etablere gode nok rapporteringsrutiner, både mot lokalt helseforetak og til det regionale HF.

Gruppen anbefaler ikke at det skilles mellom barneavdeling og barneklinikk, heller ikke at det etableres barnestuer.

Indikatorer

Indikatorer for å overvåke om tiltakene over er tilstrekkelig for å sikre at alle barn i Helse Midt-Norge får tjenester av god og lik kvalitet er:

- Forekomst av avvik og avvikenens alvorlighet
- HFenes evne til å rekruttere personell
- Turnover blant ansatte ved barneavdelingene
- Klagesaker
- Tilsynsrapporter
- Befolkningens bruk av fritt sykehusvalg
- Pasienterfaringsundersøkelser

Gruppen anbefaler disse forslagene iverksettes umiddelbart.

Gruppen er usikker på om tiltakene over er tilstrekkelig for å utvikle gode fagmiljø og tjenester av lik kvalitet i regionen.

Dersom det viser seg at en fortsatt har problemer med rekruttering av leger eller andre indikatorer som viser for dårlig kvalitet, anbefaler gruppen at forslag 2 realiseres. Andre forhold som for eksempel endring i fødestrukturen, foretaksstrukturen eller behandlingstilbudet kan også skape behov for at forslag 2A bør iverksettes. Slike forhold kan imidlertid medføre at behov for helt andre løsninger.

Dette forslaget kan gjennomføres ved ett eller flere helseforetak.

FORSLAG 2 A

Barneavdelingen i Helse Nordmøre og Romsdal HF organiseres som satellittavdeling til barneavdelingen ved Ålesund sjukehus, evt. St. Olavs Hospital. Barneavdelingen i Helse Nord-Trøndelag HF organiseres som satellittavdeling til barneavdelingen ved St. Olavs Hospital. Dette innebærer at det totale driftsansvaret for syke barn i regionen ivaretas av henholdsvis Helse Sunnmøre og/eller St. Olavs Hospital.

For pasientbehandlingen kan to alternativer være realistiske:

- Det vil fortsatt være 4 barneavdelinger i regionen og poliklinikktilbud/dagtilbud ved alle sykehus bortsett fra i Orkdal
- Barneavdelinger med sengepost omgjøres til poliklinikker/dagbehandling med utvidet åpningstid i Kristiansund og/eller Levanger (evt supplert med sykehotell)

Tilbudet ved øvrige sykehus videreføres.

Dette forslaget forutsetter at:

- St. Olavs Hospital og Ålesund sjukehus styrkes for å ivareta ansvaret for henholdsvis Helse Nord-Trøndelag og Helse Nordmøre og Romsdal
- det etableres samarbeidsavtaler mellom partene nevnt i punktet over
- det etableres prosesser slik at ansatte sikres medvirkning dersom tiltaket skal gjennomføres

Forslagets konsekvenser:

- griper inn i foretaksstrukturen og forutsetter samarbeid på tvers av eksisterende foretak
- gir større mulighet til samordnet styring og kontroll med tjenestene til syke barn
- medfører større fagmiljøer som gir mulighet for faglig utvikling og som rekrutterer bedre. Å legge en mindre avdeling inn under en større er krevende, og det er ingen automatikk i at en slik endring vil bedre rekrutteringen på den minste avdelingen
- er en utfordring fordi det innebærer geografisk avstand mellom ledelse og ansatte
- innebærer økonomiske innsparinger i form av redusert vakt/beredskap dersom antallet barneavdelinger reduseres til to eller tre og det kun tilbys polikliniske/dagtjenester ved de andre sykehus.
- medfører lengre reiseavstand for pasientene og tilbudet om nærhet kan oppleves som svekket. Det vil også gi økte reiseutgifter etc.

Gruppen anbefaler dette forslaget dersom det viser seg at kvaliteten på en eller flere avdelinger viser seg å ikke være god nok på tross av at forslag 1 er iverksatt.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 48/2008 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Saksnr.
Styret	15.12.2008	48/2008

Saksbeh: Arne Flaas

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2008/2636

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering

SAKSUTREDNING:
Sak 48/2008 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 27.11.08
2. Referat fra møte i brukerutvalget 12.12.08
3. Referat fra møte i samarbeidsutvalget 05.12.08
4. Referat fra møte mellom styret i HNT og brukerutvalget
5. Referat fra møte mellom styret i HNT og foretakstillitsvalgte
6. Samhandlingsprosjektet mellom Helse Nord-Trøndelag og rehabiliteringsinstitusjoner
7. Driftsrapport november 2008
8. Andre orienteringer

**HELSE MIDT-NORGE RHF
STYRET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid 27.11.08 kl. 09.00 – 14.50
Møtested: Strandvegen 1, Stjørdal
Saksnr.:120/08 – 133/08
Arkivsaksnr.: 2008/176

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid (møteleder)
Tove Røstad
Ellen Engdahl
Kirsti Leirtrø
Olav Huseby
Merethe Storødegård
Jan Magne Dahle
Oskar J. Grimstad
Björg Henriksen
Ingegjerd Sandberg
Ellen Marie Wøhni
Joar Olav Grøtting
Karl Wesenberg

Forfall:

Ingen

Fra administrasjonen møtte:

Kst. adm. dir. Bjørn Erikstein
Styresekretær Rita Bjørgan Holand (referent)
Økonomidirektør Anne-Marie Barane
Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås (tom sak 122/08 og fom sak 127/08 ut møtet)
Kst. medisinsk direktør Henrik Sandbu
HR-direktør Sveinung Aune
Direktør for Eierstyring Asbjørn Hofslie
Kst. internrevisjonssjef Ellinor Wessel Pettersen (tom sak 123/08)
Seniorrådgiver Nils Arne Bjordal (fom sak 123/08 tom sak 125/08 og fom sak 130/08 tom sak 131/08)
Adm. dir. Helsebygg Midt-Norge Johan Arnt Vatnan (fom siste del av sak 127/08 tom sak 131/08)

Det regionale brukerutvalget:

Annlaug Stavik
Trond Haldberg

Det var ingen merknader til innkallingen

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Møtereferat fra brukerutvalget 24.11.08
- Uttalelse fra Fagforbundet – Feil å sette ambulansetjenestene ut på anbud
- Sak 125/08 Forprosjektrapport Hysnes Helsefort vedlegg brev fra HOD
- Sak 127/08 Helse Midt-Norge Driftsbudsjett 2009 vedlegg Uttalelse fra tillitsvalgte

Sak 120/08 Underskrift av protokoll

Protokoll

Det var ingen merknader til protokollen.

Protokoll fra møtet den 07.11.08 ble godkjent og underskrevet.

Sak 121/08 Referatsaker

Referatsaker:

- Regionalt brukerutvalgs møte den 24.11.08

Styrets enstemmige vedtak:

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

Sak 122/08 Internrevisjonsrapporter – revisjon av pasientforløp – Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF Revisjonskomiteens forslag til vedtak

Styrets enstemmige vedtak:

1. Styret tar internrevisjonens rapporter til etterretning og slutter seg til vurderingene i rapportene.
2. Styret forutsetter at Helse Nord-Trøndelag HF følger opp internrevisjonens anbefalinger i rapportens kapittel 8 med særlig vekt på følgende punkter:

- Ledelsen bør gjennomgå ordningen med pasientansvarlig lege og sørge for at denne fungerer tilfredsstillende.
 - Utskriving av pasienter er en flaskehals i pasientforløpet. Ledelsen bør foreta en kartlegging av utskrivingsprosessen for å klarlegge om organiseringen av legenes aktiviteter er optimal med tanke på muligheten for å organisere utskrivning av pasienter til en fast tidsperiode tidlig på dagen.
3. Styret forutsetter at St. Olavs Hospital HF følger opp internrevisjonens anbefalinger i rapportens kapittel 9.
 4. Styret ber om å bli orientert om oppfølgingen av revisjonene.

Sak 123/08 Helse Midt-Norge - Økonomirapportering pr. 31.10.08

Styrets enstemmige vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar rapportering pr 31. oktober 2008 til etterretning

Sak 124/08 Helsebygg Midt-Norge Baseline revisjon 18 med usikkerhetsanalyse (Behandlet etter sak 128/08)

Styrets enstemmige vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge tar Revisjon kostnad og fremdrift baseline revisjon 18 – Helsebygg Midt-Norge til etterretning.
2. Styret for Helse Midt-Norge tar Usikkerhetsanalyse revisjon 18 – Helsebygg Midt-Norge til orientering.

Sak 125/08 Forprosjektrapport Hysnes Helsefort

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF beslutter at prøveprosjektet ved Hysnes Helsefort detaljprosjekteres videre og deretter gjennomføres i tråd med de forslag som ligger i forprosjektrapporten og i det videre prosjektarbeidet.
2. Styret ber administrerende direktør ferdigstille en intensjonsavtale mellom Stiftelsen Hysnes og Helse Midt-Norge RHF om leie av lokaler med tilhørende tjenester. Intensjonsavtalen skal godkjennes av styret før den inngås. Det er en forutsetning at stiftelsen kan fullføre nødvendige ombygninger.
3. Styret vil be St. Olavs Hospital HF ta ansvar for videre prosjektering, iverksetting og gjennomføring av prøveprosjektet.
4. Styret er imidlertid skeptisk til å etablere nye tilbud som vil være kostnadsdrivende uten at det er utredet om tilbudet med fordel kan legges til allerede etablerte funksjonsområder i spesialisthelsetjenesten
5. Styret forutsetter at man i den videre detaljplanleggingen av prøveprosjektet, utarbeider og kvalitetssikrer en detaljert forskningsprotokoll slik at man etter 3,5 år har et tilstrekkelig grunnlag for å vurdere om videre drift ved Hysnes helsefort er faglig og økonomisk forsvarlig.
6. Dersom det ikke kan dokumenteres resultater som står i forhold til ressursinnsatsen vil Helse Midt-Norge vurdere sitt engasjement ved Hysnes Helsefort

Stemmeforklaring:

Adm. Direktørs innstilling pkt. 1 – 3 enstemmig vedtatt.

Tove Røsstad fremmet alternativt forslag til vedtak angitt som punktene 4, 5 og 6.

Pkt. 4 vedtatt med 10 mot 3 stemmer (Kolbjørn Almlid, Olav Huseby og Kirsti Leirtrø)

Pkt. 5 enstemmig vedtatt.

Pkt. 6 enstemmig vedtatt.

Sak 126/08 Prosjekt enkeltoppgjør

Styrets enstemmige vedtak:

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

Sak 127/08 Helse Midt-Norge - Driftsbudsjett 2009

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt vedtak:

1. Styret vil på bakgrunn av implementeringen av ”Magnussenutvalgets” midler legge til grunn at 80 mill. av disse blir fordelt til driftsmiddel etter ordinær fordelingsmodell
2. 124 mill. av ”Magnussenpengene” settes av til investeringer
3. Effektiviseringskravene fra august 2008 legges til grunn
4. Styret viser til prosjekter og tiltak som er påkrevd å gjennomføre jfr. Strategi 2010 med mer, og ber om at dette tas hensyn til i de foretaksvisе tildelingsbrev for 2009
5. 20 mill. av ”Magnussenpengene” er foreløpig udisponert

Stemmeforklaring:

Olav Huseby fremmet følgende forslag:

”Adm. direktørs forslag men pkt. 2 endres slik at økt basisbevilgning på 224 mill. kroner (Magnussen) blir innarbeidet i basisrammen og fordelt til de respektive helseforetak i henhold til vedtatt fordelingsmodell.”

Forslaget falt mot 2 stemmer (Olav Huseby og Kirsti Leirtrø)

Styrets endelige vedtak ble stemt over på punktvis

Punkt 1 fremmet av Oskar J. Grimstad vedtatt mot en stemme (Olav Huseby)

Punkt 2 – 5 fremmet av Kolbjørn Almlid enstemmig vedtatt.

Sak 128/08 Helse Midt-Norge – investeringsbudsjett 2009

Styrets enstemmige vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge vedtar foreløpig investeringsbudsjett 2009 på 2 027,4 mill kr hvorav 124 mnok fordeles fra ”Magnussenpengene”, med følgende fordeling:

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

2. Styret forutsetter at bygging av ny barneavdeling i Ålesund startes i 2009. Styringsmålet skal fastsettes i forbindelse med forprosjektarbeidet.

Sak 129/08 Intern kontroll og risikostyring – status for arbeidet og videre prosess

Styrets enstemmige vedtak

Styret tar den fremlagte redegjørelsen om arbeidet med intern kontroll og risikostyring til orientering.

Sak 130/08 Miljø- og klimarapport - uttalelse

Styrets enstemmige vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til at tiltak nevnt i miljø- og klimarapporten følges opp. Videre gir styret sin tilslutning til at Helse Midt-Norge RHF deltar i et prosjektsamarbeid med de øvrige regionale helseforetakene for å videreføre dette arbeidet.

Sak 131/08 St. Olavs Hospital - Elgeseter gt. 10 – Mulighetsstudie for salg

Styrets enstemmige vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til at Elgeseter gt. 10 med utviklingsprosjektet selges. Saken forelegges foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF for behandling.

Sak 132/08 Orienteringssaker

I møtet 27.11.08 ble Styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Status Helse Midt-Norge
- Rapportering Helsebygg Midt-Norge
- Ambulansesaken
- AMUS 2008
- Nasjonalt prosjekt for stabs- og støttefunksjoner
- Pasienttransport
- Riksrevisjonens rapport vedr. psykisk helsevern
- Medieanalyser
- Omdømmemåling
- Strykinger på operasjonsprogrammet

Sak 133/08 Eventuelt

Styremedlem Olav Huseby minnet om at det var bedt om en orientering vedr. rusomsorgen i Helse Midt-Norge. Administrasjonen kommer tilbake til dette temaet.

Styremøtet i mars 2009 flyttes til 12.03.09.

Neste styremøte på Stjørdal 18.12.08.

Styret inviterer det regionale brukerutvalget, administrasjonen og media til middag 17.12.08.

Stjørdal, den 18.12.08

Kolbjørn Almlid

Tove Røstad

Merethe Storodegård

Ellen Engdahl

Olav Huseby

Oskar J. Grimstad

Jan Magne Dable

Joar Olav Grøtting

Kirsti Leirtrø

Karl Wesenberg

Ingegjerd Sandberg

Ellen Wøhni

Bjørn Henriksen

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 12.12.2008 kl. 1100 – 14.00
Møtested: Sykehuset Namsos
Saksnr.: 50/2008 – 58/2008
Arkivsaksnr:

Møteleder: Svein Grindstad

Møtende medlemmer:

Svein Grindstad
Per Sund
Ola Larsen
Tonje Almenning
Astrid Marie Bakken

Forfall:

Hildur Fallmyr
Torill Elverum

Som vara møte:

Fra administrasjonen møte:

Administrerende direktør	Arne Flaot
Informasjonssjef	Trond G. Skillingstad (referent)
Leder i klinisk etisk komite	Eystein Stordal
Prosjektleder	Gerd Nysether

Merknader til møtet: Ingen merknader

Merknader til innkalling og sakliste: Ingen merknader

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Sak 50/2008 Godkjenning av protokoll fra møtet 13.11 2008

Vedtak

Protokoll fra møtet 13.11 2008 godkjennes uten anmerkninger.

Sak 51/2008 Skipper på egen skute

Protokoll

Prosjektleder Gerd Nysether gjorde rede for prosjektet ”Skipper på egen skute”, finansiert av Helse og rehabilitering. Utviklingen hviler på Løsningsfokusert tilnærming. Det er utviklet veiledningshefte, samt materiell som brukes i kursene. Til sammen utgjør dette et verktøy for gruppeopplæring som tidligere ikke har vært tilgjengelig. Dette vil gjøre det lettere å sette i gang kurs, og samtidig er hensikten å bidra til høyere kvalitet på gruppeopplæringen som skjer. Helse og rehabilitering har finansiert prosjektet videre i 2009, og midlene skal utnyttes til kursing.

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

Sak 52/2008 Leverandører innen pasienttransport i Nord-Trøndelag

Protokoll

Arne Flaata gjorde rede for anbudsprosessen knyttet til Pasienttransport gjennomført av Helse Midt-Norge RHF. Med bakgrunn i lov om offentlige anskaffelser er Lenes Bussreiser innstilt som leverandør for kommunene i midtre del av Nord-Trøndelag. Ut over dette er det ikke lagt opp til leverandørskifte.

Flaata gjorde rede for opplegget slik det er lagt, og hvor prosessen står per i dag.

Vedtak

Brukerutvalget gir sin generelle støtte til Helse Nord-Trøndelags arbeid for å begrense unødvendige utgifter til pasienttransport i Nord-Trøndelag.

Brukerutvalget ber Helse Nord-Trøndelag sikre nødvendig kvalitet i tjenestene ved skifte av leverandør.

Sak 53/2008 Årlig Melding fra Helse Nord-Trøndelag

Protokoll

HELSE NORD-TRØNDELAG HF BRUKERUTVALGET

MØTEPROTOKOLL

Trond G. Skillingstad gjorde rede for sammenhengene i styringssystemet med styringsdokument fra statsråd til regionale foretak, samt styringsdokument fra RHF til HF for å ivareta både "sørge-for"-ansvaret og eierrollen.

Helse Nord-Trøndelag skal rapportere på realiseringen av krav i styringsdokument, samt gi strategiske føringer for det videre arbeidet innenfor rammen av Helse Midt-Norges strategier. Utviklingen av Årlig melding fra Helse Nord-Trøndelag er i startfasen, og brukerutvalget ble invitert til å legge føringer for det videre arbeidet.

Vedtak

Brukerutvalgets leder og nestleder utarbeider svar på spørsmålene på basis av innspill som sendes inn til dem fra utvalgsmedlemmene. Utvalgsmedlemmene gir tilbakemelding til administrasjonen innen 1. januar 2009.

Sak 54/2008 Budsjet 2009

Protokoll

Arne Flaatt gikk gjennom prosessen knyttet til budsjett 2009 for Helse Nord-Trøndelag. Prognose for årets drift er et plussresultat på 29 millioner kroner. Resultatkravet for 2009 er økt med 16 millioner, og det er gjennomført en inntektsomfordeling i Helse Midt-Norge som øker Helse Nord-Trøndelags krav med drøyt 13 millioner. Summen av økte utfordringer er om lag 30 millioner kroner. På bakgrunn av disse rammeendringene, samt en vurdering av kostnadsøkninger i drift, er omstillingskrav på 30 millioner lagt til grunn i budsjettprosessen. Arne Flaatt gikk gjennom endringer i driften som er planlagt for å tilpasse seg til rammen. I arbeidet legges det også vekt på økningen av tjenestetilbud som skjer utenfor sykehusene.

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering

Sak 55/2008 Klinisk etisk komite

Protokoll

Komiteleder Eystein Stordal informerte om opprettelsen av Klinisk etisk komite i Helse Nord-Trøndelag. Komiteen er bredt representert innenfor sykehusvirksomheten, og inkluderer brukerrepresentant (Hildur Fallmyr).

Alle ansatte, pasienter og pårørende kan fremme saker overfor komiteen. Henvendelsene gjøres skriftlig, og komiteen gir skriftlige svar. Komiteen har fire møter årlig, samt ved ekstraordinære behov. Komiteen vil gjennomføre kurs knyttet til etiske problemstillinger, basert på anonymiserte pasientopplysninger.

Foretakets ordinære system for enkeltsaker, Kvalitetsutvalget, vil som før saksbehandle enkeltklager og enkelttilfeller. Klinisk etisk komite sitt område vil være mer prinsipielle etiske betraktninger knyttet til sykehusvirksomheten.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering

Sak 56/2008 Informasjonsutveksling mellom brukerrepresentantene

Protokoll

- Svein Grindstad orienterte om pilotprosjekt for økt samhandling innen rehabilitering. Grindstad mener kvalitet og koordinering styrkes gjennom prosjektet
- Svein Grindstad viste til deltakelsen i Inntaksprosjektet
- Tonje Almenning gikk gjennom deltakelsen i Kvalitetsutvalget som behandler enkeltsaker, med blick på generelle rutiner og praksis.
- Tonje Almenning orienterte om sin deltakelse i Brukerforum for voksenpsykiatri. Få møter er hittil avholdt, men forumet legger grunnlag for samhandling mellom helseforetaket og Mental Helse. Almenning mener forumet fungerer godt og skaper forbedring i tjenestetilbudet.
- Per Sund orienterte om arbeidet som gjøres i brukerutvalget knyttet til Sykehusapotekene i Midt-Norge.

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

Sak 57/2008 Orienteringer fra Helse Nord-Trøndelag

Protokoll

- Arne Flaatt gikk gjennom driftssituasjonen i Helse Nord-Trøndelag
- Møteplan utvikles av Helse Nord-Trøndelag. Forslaget sendes ut til medlemmene for tilbakemelding.
- Trond G. Skillingstad gikk gjennom utvalgsadministrasjon på web for brukerutvalget

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering

Sak 58/2008 Møte mellom styret i Helse Nord-Trøndelag og Brukerutvalget

Protokoll

Svein Grindstad gikk gjennom referatet fra møtet mellom styret og brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag, og gikk spesielt inn på temaet korridorpasient. For øvrig gjøres det til ordinær praksis at 1. vararepresentant kalles inn fast, grunnet manglende oppmøte i utvalget.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Protokoll

Brukerutvalget tar saken til orientering

Det ble gjennomført omvisning på Sykehuset Namsos etter møtet.

Forløpige saker til neste møte:

- Sykehusapoteket inviteres til neste møte.
- Valg på ny nestleder
- Pasienttransport – overføring av oppgjørsenhet fra NAV til helseforetakene

Møte mellom styret i Helse Nord-Trøndelag og Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag.

Tid: 20. november 2008, kl. 10.00 – 11.00.

Sted: Grand Hotell Steinkjer

Møtende medlemmer fra styret i Helse Nord-Trøndelag: Steinar Aspli, Inger Marit Eira Åhren, Inger Anne Holm, Peter Himø, Jørgen Selmer, Torgeir Schmidt-Melbye

Møtende medlemmer fra Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag: Svein Grindstad, Per Sund.

Fra administrasjonen:

Arne Flaata, Trond G. Skillingstad (referent)

Brukerutvalget tok opp følgende saker:

1. Utvalgets funksjon generelt
 2. Korridorpasienter
 3. Brukermedvirkning i organisasjonen
 4. Tilgjengeligheten på Brukerutvalgets sider på web
-
1. Svein Grindstad ga en generell tilbakemelding på hvordan Brukerutvalget fungerer i Helse Nord-Trøndelag. Samarbeidet med administrasjonen oppfattes som godt, og utvalget finner arbeidet interessant.
 2. Svein Grindstad ba Helse Nord-Trøndelag vurdere å bruke oppbygging av senger utenfor sykehus (DMS-etableringer) til å redusere/fjerne problemet med korridorbelegg. Dette vil øke kvaliteten på brukernes sykehustjenester.
Styreleder Steinar Aspli og administrerende direktør Arne Flaata gjorde rede for statens krav i tilknytning til korridorpasienter – dette skal normalt ikke forekomme.
Administrerende direktør understreker at det som er praktisk mulig å gjøre for å redusere korridorbelegg vil bli gjort. Styreleder understrekte at innfrielse av kravet knyttet til korridorbelegg er like viktig som andre krav i styringsdokumentet.
Styrets ansattrepresentanter gjorde rede for ulike forhold som fører til at pasienter får seng på korridor.
 3. Svein Grindstad tok opp problemstillingen om hvordan brukervennlighet kan styrkes nede på avdelingsnivå. Grindstad viste til egne erfaringer ved annet helseforetak, og stilte spørsmål om Brukerutvalget burde komme i nærmere kontakt med avdelingene.
Hensikten med det ville være å spre kunnskap om Brukerutvalget som arena for å ta opp forhold som ikke er hensiktsmessige for brukerne i sykehusene.
Styreleder og administrerende direktør viste til mandat for Brukerutvalget, og understreket viktigheten av å ha et velfungerende Brukerutvalg med godt oppmøte som kan behandle de viktige sakene.
 4. Svein Grindstad tok opp tilgjengeligheten på Brukerutvalgets sider på web, noe han mener ikke er tilstrekkelig tilrettelagt.
Informasjonssjef Trond G. Skillingstad ser nærmere på muligheter for forbedring i systemet, eventuelt at saken tas opp med systemeier som er Helse Midt-Norge.
Inger Anne Holm understreket samtidig behovet for å styrke pasientinformasjonen på www.hnt.no.
Trond G. Skillingstad informerte om at kapasiteten til videreutvikling er begrenset, men at det pågår et arbeid i regionen for å heve kvaliteten på hjemmesidene.

Referat fra møte 201108 mellom styret i Helse Nord-Trøndelag HF og Foretakstillitsvalgte.

Tilstede fra styret: Steinar Aspli (styreleder), Inger Marit Eira Åhren (nestleder), Inger Anne Holm (ansatterrepresentant i styret), Torger Schmidt-Melbye (eierrepresentant i styret), Peter Himo (ansatterrepresentant i styret og hovedtillitsvalgt NSF), Jørgen Selmer (ansatterrepresentant i styret og foretakstillitsvalgt).

Foretakstillitsvalgte NITO v/Olav Fikse, El&It v/Jørund Eidsaunet, Fagforbundet v/Annie Wennevik, Utdanningsforbundet v/Inger Lise Rasmussen

Foretakstillitsvalgt for NFF, FO og Tekna har meldt forfall.

Fra administrasjonen møtte: Arne Flaata, Mads Berg og Aud-Mai Sandberg (referent).

Styreleder ønsket velkommen.

Kort presentasjonsrunde.

Det ble vedtatt at protokollen godkjennes og signeres av styreleder og Olav Fikse fra (NITO).

Innledning fra styreleder som gjengis i stikkords form:

- Stor oppmerksomhet fra omverden – nordtrønderen er opptatt av sykehusene sine.
- Trygghet for gode sykehus og gode tjenester – sees gjennom omtalen av sykehusene og tjenestene som gis.
- Det er fred og ro rundt sykehusdriften i Nord-Trøndelag, og det er takket være det alle ansatte og tillitsvalgte bidrar med.

Siste året har det vært fokus på følgende:

- Omdømmemåling: Viser at vi står oss godt i Nord-Trøndelag.
- Arbeidsmiljøundersøkelsen: God oppslutning - 80% deltagelse.
- Mobbing 10% - hvor alvorlig er det? Vi bli tatt tak i i det videre etterarbeidet etter undersøkelsen.
- Varsling: Viktig sikkerhetsventil for å ivareta den enkeltes behov og arbeidsmiljø.
- Sykefravær: Følges nøye, og en er opptatt av årsaksforholdene.
- Deltidsproblematikk: Uønsket deltid skal reduseres mest mulig.
- Seniorpolitikk:
- Aktivitet: Stor økning.
- Overskudd
- Optimalisert bemanning.

Overgangen til nytt år:

Overskudd og økt bevilgning, hva betyr det? Fortsatt omstilling, som er en kontinuerlig prosess i forhold til rutiner og standardisering av prosedyrer for å gi mer helhetlige prosesser.

Følgende tema ble debattert i møtet:

Budsjettprosessen:

Det ble bemerket at ansatte skal delta i det som har innvirkning på ansattes arbeidsforhold. Dette fungerer fra godt til svært dårlig i foretakets klinikker.

Både styreleder og administrerende direktør bekrefter at ansattes representanter skal ha, og har medvirkningsrett i budsjettbehandlingen. Så sent som i siste foretaksledelsesmøtet ble dette temaet berørt.

Medbestemmelse er blitt et tema som dukker opp årlig i forbindelse med budsjettprosessen. Administrerende direktør bekrefter at det i forhold til de klinikker hvor dette fungerer dårlig, vil det bli lagt opp til møter sammen med klinikkledelsen og tillitsvalgte med tanke på fremtidig avtale om hvordan budsjettprosessen skal håndteres.

Styreleder er glad for at det legges opp til forbedring av budsjettprosessen.

Fred og ro:

Støynivå i HNR og HMN har den senere tiden vært høyt, men det har ikke oppnådd noe mer enn oss.

Tillitsvalgte mener en må skille på støy og det å være tydelig på det vi mener. Styret kan være mer tydelig på det de mener overfor RHF'et. Kan være tydelig uten å støye.

Investeringsmidler:

Tillitsvalgte ønsker at regionalt avsatte midler til investeringer skal fordeles slik at det enkelte HF kan gjøre sine egne prioriteringer.

Styreleder svarer at det er en balansegang på om det er hensiktsmessig at dette ligger i rammen eller slik det nå legges opp til. Det vil bli en avklaring og det legges ikke opp til en søkerprosess i hvert enkelt tilfelle.

Administrerende direktør bekrefter at det er sentralt for oss å få vår andel av de 152 mill – fordeling etter fordelingsnøkkelen vil gi St.Olavs halvparten av midlene – vi har argumentert med at St.Olavs må ha mindre behov for forholdsmessig andel av disse midlene – vi har behov for og ønsker annen fordeling etter en prioritert liste.

Media/presse:

Opplever at tillitsvalgte er svært ryddig i opptreden overfor media.

Arbeidsmiljøundersøkelsen:

Det ble kommentert at i tillegg til høy oppslutning, har organisasjonen svart positivt i de store trekkene når det gjelder arbeidsmiljøet.

Enkeltkontor og kjørekontor:

Det ble kommentert fra tillitsvalgte at det har vært liten involvering av at kjørekontorene skal samordnes.

Seniorpolitikk:

Det ble etterspurt hva som gjøres med seniorpolitikken. Tillitsvalgte forventer at det skjer noe.

HMS:

Tillitsvalgte meddeler at de er glad for at det nå er eget punkt i budsjettet knyttet til HMS-arbeid.

Ufrivillig deltid:

Ser at det gjøres noe, men det er mer igjen

Inger Lise

Ny tillitsvalgt. Ikke noe konkret i dag, men opplever at det er greit å være her. Representerer en medlemsmasse som er spredt omkring i organisasjonen.

Avslutningsvis fra tillitsvalgte: De ser at styret er opptatt av det samme som tillitsvalgte. Videre at de forventer at det skjer noe på seniorpolitikk, ufrivillig deltid, sykefravær (det eneste vi ser er aktive sykehus, men vet ikke om det er noen koblinger her når vi ser at fraværet er gått ned osv – må komme oss et skritt videre).

Styreleder takket for møtet.

Steinar Aspli
(sign)

Olav Fikse
(sign)

Administrerende direktørs rapport

1. Driftsresultat for perioden

November 2008 viser et regnskapsresultat på 6,0 mill kroner mot et budsjettert resultat på – 2,4 mill kroner. Akkumulert pr. november viser regnskapet et resultat på 43,4 mill kroner mot et budsjettert resultat på – 52,8 mill kroner. Budsjettet for 2008 er ikke korrigert for økt bevilgning til dekning av økte pensjonskostnader. Det er bl.a. derfor at det framkommer så store avvik.

HNT er gjennom RNB tildelt 73,3 mill kroner i økt rammetilskudd til delvis dekning av økte pensjonskostnader. Av dette er 6,1 mill kroner inntektsført i november og 67,2 mill kroner inntektsført akkumulert pr. november.

Korrigert for økt rammetilskudd knyttet til økte pensjonskostnader og den delen av økte pensjonskostnader som ikke er kompensert og som skal holdes utenfor resultatkravet til HOD, hadde foretaket et **resultat i november på 7,3 mill kroner og et positivt avvik i forhold til budsjettet på 2,2 mill kroner**. Det positive avviket i forhold til budsjettet i november kan i helhet forklares med korrigering av tidligere for høyt avsatt pensjonskostnad (2,6 mill kroner knyttet til AFP), som skulle vært korrigert over årets 11 første måneder.

Akkumulert pr. november hadde foretaket et tilsvarende korrigert resultat på 56,9 mill kroner eller et positivt avvik i forhold til budsjettet på 28,9 mill kroner. Dersom en holder gevinst ved salg av eiendom utenfor, viser det ordinære akkumulerte resultatet et positivt avvik på 19,7 mill kroner.

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

2. Prognose (mill kr)

Årsprognose resultat forrige periode (måned x-1), basert på nytt resultatkrav fra HMN	14,0 mill kroner
Årsprognose resultat forrige periode basert på opprinnelig HMN (HOD)-krav	29,0 mill kroner
Endring inntekter (prognose)	0 mill kroner
<p>Avvik i forhold til budsjett denne periode; 4,8 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; 104,1 mill kroner.</p> <p>Forklaring:</p> <p>Sum inntekter viser siste måned et positivt avvik i forhold til budsjettet. Hovedårsaken til dette er økt rammetilskudd fra staten til delvis dekning av økte pensjonskostnader. For november utgjør den økte inntektsføringen 6,1 mill kroner.</p> <p>Den registrerte DRG-baserte aktiviteten var i november 4,2 % lavere enn plantallene, men var akkumulert pr. november 2,8 % over plantallene. Den polikliniske aktiviteten var i november betydelig under plantallene i</p>	

<p>somatiske poliklinikker og også litt under plantallene i de psykiatriske poliklinikkene. Akkumulert er den somatiske poliklinikkaktiviteten litt lavere enn plantallene, mens den i psykiatrien er litt høyere enn plantallene.</p> <p>Gjennom prosjektet "Raskere tilbake" er det i første halvår gjennomført en ekstraaktivitet målt i inntekter svarende til 11,6 mill kroner. De siste månedene er denne ekstraaktiviteten betydelig redusert.</p> <p>På dette grunnlag prognostiseres samlede inntekter å bli om lag 105 mill kroner over budsjettet på årsbasis. Det er uendret prognose i forhold til forrige måned.</p>	
<p>Endring varekostnader (prognose)</p>	<p>0 mill kroner</p>
<p>Avvik i forhold til budsjett denne periode; 1,8 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; - 12,3 mill kroner.</p> <p>Forklaring:</p> <p>Varekostnadene viser siste måned et mindreforbruk på 1,8 mill kroner, men viser akkumulert et merforbruk på 12,3 mill kroner. Det samlede avviket er todelt og skyldes økt volum av medisinske forbruksvarer knyttet til (ikke budsjettet) aktivitet gjennom prosjektet "Raskere tilbake" i tillegg til noe økte gjestepasientkostnader.</p> <p>På dette grunnlag prognostiseres samlede varekostnader å bli om lag 16 mill kroner over budsjettet på årsbasis. Det er uendret prognose i forhold til forrige måned.</p>	
<p>Endring lønnskostnader (prognose)</p>	<p>0 mill kroner</p>
<p>Avvik i forhold til budsjett denne periode; - 4,5 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; - 25,8 mill kroner.</p> <p>Forklaring:</p> <p>Merforbruket på lønn fortsetter og er akkumulert på 25,8 mill kroner. Det meste av merforbruket er knyttet til variabel lønn (overtid og ekstrahjelp), - noe gjelder ordinær drift og noe er knyttet til økt aktivitet gjennom prosjektet "Raskere tilbake". Uten korrigering av for høyt avsatt pensjonskostnad på 2,6 mill kroner (knyttet til AFP), som skulle vært korrigert over årets 11 første måneder, ville merforbruket i november vært tilsvarende større.</p> <p>Den økonomisk virkningen av årets lønnsoppgjør er prognostisert til 12 mill kroner ut over budsjett.</p> <p>De samlede lønnskostnader prognostiseres å bli 30 mill kroner høyere enn budsjettet på årsbasis. Det er uendret prognose i forhold til forrige måned.</p>	
<p>Endring andre driftskostnader (prognose)</p>	<p>0 mill kroner</p>
<p>Avvik i forhold til budsjett denne periode; 5,8 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; 27,4 mill kroner.</p> <p>Forklaring:</p> <p>Det akkumulerte positive avviket på andre driftskostnader skyldes i hovedsak at det på denne arten er satt av en buffer for å dekke uforutsette kostnader og mangelfull effekt av vedtatte tiltak.</p> <p>På dette grunnlag prognostiseres andre driftskostnader å bli om lag 26</p>	

mill kroner lavere enn budsjettet på årsbasis. Det er uendret prognose i forhold til forrige måned.	
Endring finansposter (prognose)	0 mill kroner
Avvik i forhold til budsjett denne periode; 0,5 mill kroner. Akkumulert avvik i forhold til budsjett; 2,8 mill kroner. Forklaring: Økt basistilskudd har lettet foretakets likviditet noe i forhold til budsjettet, slik at vi nå har et positivt avvik i forhold til budsjetterte finanskostnader. På dette grunnlag prognostiseres finanskostnadene å bli om lag 2 mill kroner lavere enn budsjettet på årsbasis. Det er uendret prognose i forhold til forrige måned.	
Årsprognose resultat denne periode (måned x), basert på nytt resultatkrav fra HMN	14,0 mill kroner
Årsprognose resultat basert på opprinnelig HMN(HOD)-krav	29,0 mill kroner

3. Status realisert omstilling

Det er utarbeidet konkrete tiltak for omstilling og effektivisering av foretakets drift svarende til vel 45 mill kroner. Tiltakene fordeler seg med 18 mill kroner på reduksjon av bemanningskostnader, 3 mill kroner på reduserte varekostnader, 18 mill kroner på økte inntekter (økt aktivitet og bedre koding) og 7 mill kroner på diverse andre tiltak. Oversikt over realisert omstilling pr. november viser at vi ligger an til å få en effekt på 32,9 mill kroner tilsvarende 70 – 75 % av utarbeidede tiltak. Prognostisert effekt er omtrent som i forrige måned.

4. Utvikling i bemanning (ikke oppdatert med tall for november)

Lønnskuben for 2008 viser at vi hadde 2.202 brutto utbetalte månedsverk i oktober 2008. Det er 45 flere månedsverk enn samme måned i fjor. Akkumulert pr. oktober 2008 hadde vi 22.291 utbetalte månedsverk, mens vi pr. oktober 2007 hadde 22.094 månedsverk, – dvs. en økning på 197 månedsverk hittil i år.

5. Utvikling i sykefravær (ikke oppdatert med tall for november)

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

Sykefraværet var i oktober 2008 på 7,5 %, mot 8,6 % i oktober 2007. Akkumulert pr. oktober 2008 var sykefraværet 7,7 % mot 8,4 % akkumulert pr. samme periode i 2007.

6. Utvikling likviditet

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

7. Generell vurdering av den økonomiske situasjonen

Den akkumulerte DRG-aktiviteten er pr. 30.11.08 2,8 % over fastsatte plantall. Den polikliniske aktiviteten er akkumulert omtrent på nivå med plantallene, men er litt under plantall i somatikk og litt over plantall i psykiatri. HMN har gitt HNT en ramme for ”Raskere tilbake” i 2008 på 13,0 mill kroner. Med utgangspunkt i gjennomført aktivitet i første halvår, har det vært nødvendig å redusere denne ekstraaktiviteten betydelig i andre halvår.

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

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

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

Levanger, 12. desember 2008.

Arne Flaatt
adm. dir.
sign.

Foretak:	HELSE NORD-TRØNDELAG
Periode:	November 2008

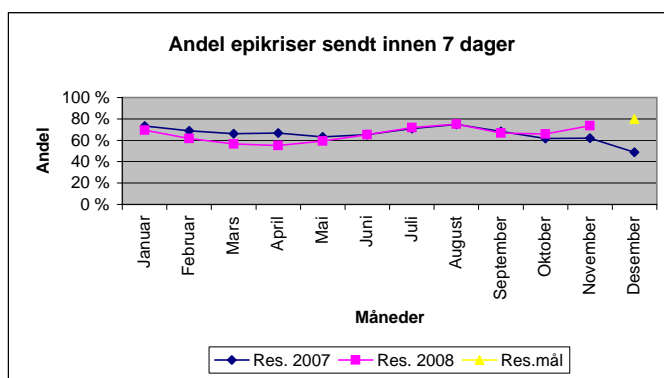
Kvalitetsindikatorer:

Kommentarer:

--	--

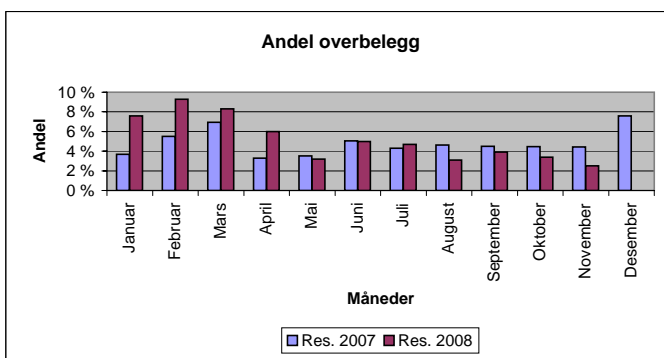
Andel epikriser sendt innen 7 dager:

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



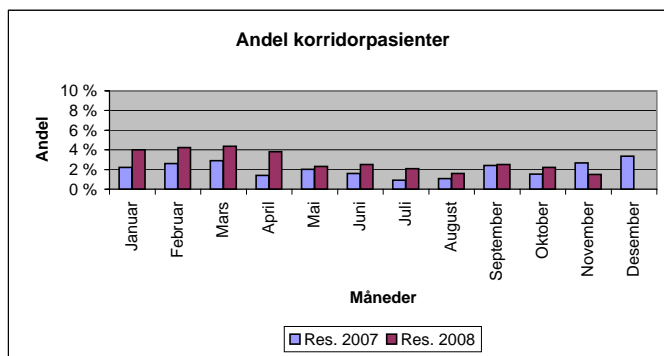
Andel overbelegg:

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



Herav; Andel korridorpasienter:

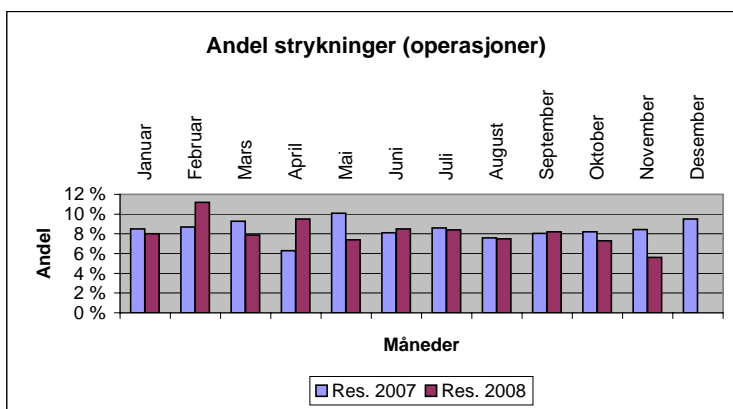
	Res. 2007	Res. 2008	Res.mål
Januar	2,2 %	4,0 %	
Februar	2,6 %	4,3 %	
Mars	2,9 %	4,4 %	
April	1,4 %	3,8 %	
Mai	2,0 %	2,3 %	
Juni	1,6 %	2,5 %	
Juli	0,9 %	2,1 %	
August	1,1 %	1,6 %	
September	2,4 %	2,5 %	
Oktober	1,5 %	2,2 %	
November	2,7 %	1,5 %	
Desember	3,4 %		
Total	2,1 %	2,8 %	



Foretak:	HELSE NORD-TRØNDELAG
Periode:	November 2008

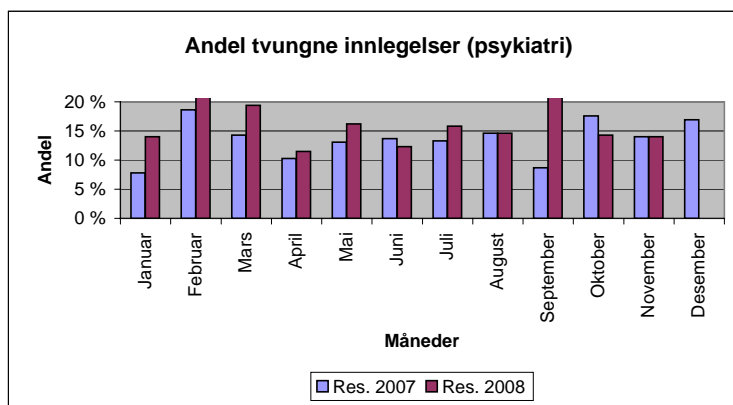
Andel strykninger (operasjoner):

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



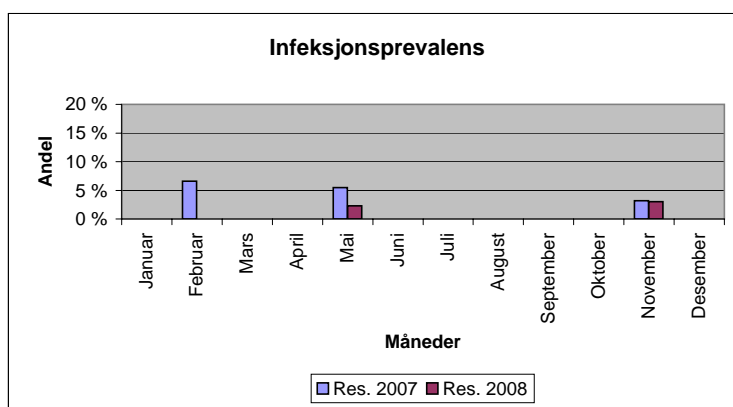
Andel tvungne innleggelser (psyk.):

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



Infeksjonsprevalens:

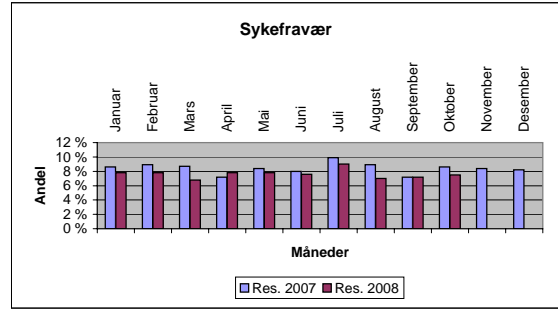
	Res. 2007	Res. 2008	Res.mål
Januar			
Februar	6,6 %		
Mars			
April			
Mai	5,5 %	2,3 %	
Juni			
Juli			
August			
September			
Oktober			
November	3,2 %	3,0 %	
Desember			
Total	5,2 %	2,6 %	



Foretak:	HELSE NORD-TRØNDELAG
Periode:	November 2008

Sykefravær:

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



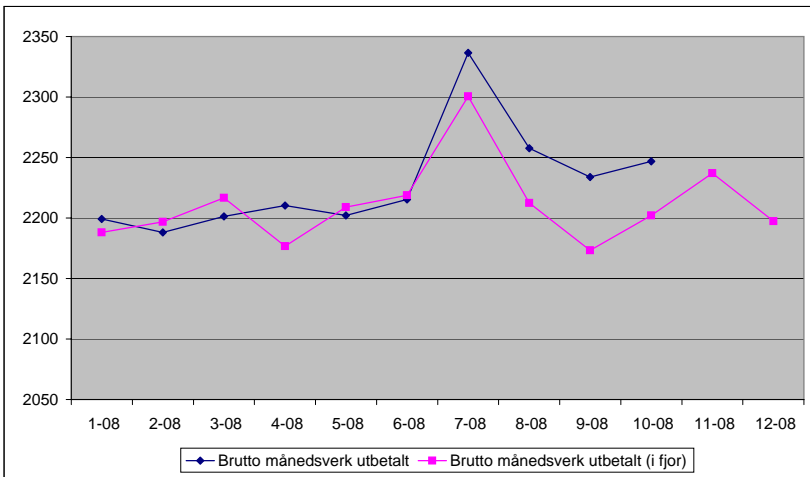
Realisert omstilling:

(Pr. november)

	HNT Gruppert (Sum HF)	SUM Tiltak	Realisert hittil (mill kr)	Prognose
1	Red. i lønnskostn. knyttet til stab/støtte/ servicefunksjoner	-2,1	-1,8	-1,9
2	Red. i lønnskostn. knyttet til pleietjenester	-10,7	-5,7	-6,2
3	Red. i lønnskostn. knyttet til vakt/ tj.planer leger	-5,1	-2,7	-2,9
4	Red. i varer og tjenester (bl.a. medikament)	-2,7	-2,3	-2,5
5	Økn. i inntekter (inkl. kodeforbedring)	-17,5	-11,6	-12,6
6	Annet enn gruppe 1-5	-7,4	-6,1	-6,6
SUM HNT		-45,5	-30,1	-32,9

Bemanningsutvikling:

	1-08	2-08	3-08	4-08
Brutto månedsverk utbetalt	2 199,3	2 188,0	2 201,4	2 210,4
Brutto månedsverk utbetalt (i fjor)	2 188,1	2 197,0	2 216,6	2 176,7
	5-08	6-08	7-08	8-08
Brutto månedsverk utbetalt	2 202,2	2 215,3	2 336,6	2 257,8
Brutto månedsverk utbetalt (i fjor)	2 208,9	2 218,8	2 300,6	2 212,4
	9-08	10-08	11-08	12-08
Brutto månedsverk utbetalt	2 233,8	2 246,9		
Brutto månedsverk utbetalt (i fjor)	2 173,2	2 202,1	2 237,0	2 197,4



Foretak:	HELSE NORD-TRØNDELAG
Periode:	November 2008

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

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

2008									
Andel henvisninger i BUP vurdert innen 10 dager									
Andel henvisninger i BUP vurdert innen 10 dager	1. tertial	Mai	Juni	Juli	August	Sept.	Okt.	Nov.	Des.
	77,6 %	90,8 %	62,1 %	86,9 %	93,6 %	84,4 %	75,8 %	83,7 %	

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