

Styrets medlemmer

Vår ref.:	Deres ref.:	Arkiv:	Dato :
2010/1774 - 13530/2010		012	11.06.2010

Innkalling til styremøte 170610**Møtedato:** Torsdag 17. juni 2010 kl. 0900
Møtested: Quality Hotel Grand, Steinkjer

- Sak 24/2010** **Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 20.05.10**
- Sak 25/2010** **Strategi 2020 - strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge 2010-2020**
- Sak 26/2010** **Helhetlige helsetjenester – felles ansvar.
En felles strategi for samhandling mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag**
- Sak 27/2010** **Orienteringssaker**
1. **Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 03.06.10**
 2. **Protokoll fra møte i samarbeidsutvalget 10.06.10**
 3. **Protokoll fra møte i brukerutvalget 14.06.10**
 4. **Driftsrapport for mai 2010**
 5. **Rapport i forbindelse med krav fra styret om korrigerende drift:**
 - a. **Brudd på frist for vurdering av henvisninger.
Rapport fra arbeidsgruppe**
 - b. **Minst 80 % epikriser innen sju dager.
Rapport fra arbeidsgruppe**
 - c. **Maksimalt 5 % strykninger fra operasjon.
Rapport fra arbeidsgruppe**
 6. **Andre orienteringer**

Med hilsen

Steinar Aspli
Styreleder
Sign.Kopi:
Styrets varamedlemmer

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 20.05 2010 kl. 10.00 – 15.00
Møtested: Sykehuset Levanger
Saksnr.: 19/2010 – 23/2010
Arkivsaksnr.: 2010/1359

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende medlemmer:

Steinar Aspli
Asbjørn Hofslie
Ragnhild Torun Skjerve
Torgeir Schmidt-Melbye
Inger Anne Holm
Peter Himo
Jørgen Selmer
Rolf Gunnar Larsen

Forfall:

Margrethe Mære Husby
Inger Marit Eira-Åhrén
Siw Bleikvassli

Fra Brukerutvalget møte: Øystein Bjørnes

Fra Samarbeidsutvalget møte: Ingen

Fra administrasjonen møte:

Adm. direktør	Arne Flaatt
Assisterende direktør	Mads Berg
Helsefaglig rådgiver	Dagfinn Thorsvik
Økonomisjef	Tormod Gilberg
Klinikkleder	Tore Andersen
Spesialrådgiver	Kristian Eldnes (referent)

Merknader til møtet: Ingen merknader.

Merknader til innkalling og sakliste:

Ingen merknader.

Innkalling utsendt pr. e-post 14.05 2010. Saksframlegg publisert på internettløsningen for styresaker.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Sak 19/2010 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 18.03.10

Protokoll:

Steinar Aspli viste til protokollen.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak:

Møteprotokoll fra styremøtet 22.04.10 godkjennes

Sak 20/2010 Pasient- og brukerombudet

Protokoll:

Pasient og brukerombud Kjell Vang orienterte om ombudets roller og oppgaver. Ombudet har fra 01.09.2009 fått tillagt kommunale helse- og sosialtjenester i tillegg til spesialisthelsetjenesten. Kjell Vang gjennomgikk erfaringer ombudet har hatt siste år og tok frem eksempler på type saker og erfaringer ombudet har hatt.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak:

Styret tar saken til orientering.

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

Protokoll:

Arne Flaas innledet i saken og Mads Berg gjennomgikk en del konkrete resultater og tiltaksoppfølging.

Arne Flaas konkluderte med at status etter 1.tertial viser at Helse Nord-Trøndelag HF er i rute i forhold til aktivitet og økonomi. Med hensyn til kvalitetsindikatorer er det fremgang på de aller fleste områder og der risikovurderingene viser at det er kritisk eller høy risiko for at mål ikke nås vil risikoreduserende tiltak bli iverksatt. Det er nedsatt flere grupper som nå jobber aktivt for å kunne svare opp på kravene. Notat fra disse gruppernes arbeid vil bli fremlagt for styret i senere møter.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak:

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

**Sak 22/2010 Langtidsplan og langtidsbudsjett for Helse Nord-Trøndelag
2011 – 2016**

Protokoll:

Økonomisjef Tormod Gilberg innledet om LTB 2011-2016 og de forutsetninger som er lagt til grunn så langt. I det videre arbeidet ble det anbefalt å splitte midlene avsatt til ISO-sertifisering og midler til kompetanseheving.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak:

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

Sak 23/2010 Orienteringssaker

1. **Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 06.05.10**
Styreleder Steinar Aspli viste til protokollen.
2. **Protokoll fra foretaksmøte 12.05.10**
Styreleder Steinar Aspli viste til foretaksmøte og protokollen fra dette.
Asbjørn Hofslie gjennomgikk innholdet i protokollen.
3. **Helse Midt-Norge Strategi 2020**

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

MØTEPROTOKOLL

Vedlegg som var sendt ut som grunnlag for orienteringssaken:

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

I møtet ble det delt ut tre skriv som var innkommet til administrerende direktør i HNT fra alle avd. overlegene ved Sykehuset Namsos, Kirurgisk klinikk Sykehuset Namsos og Barne- og familieklinikken i Helse Nord-Trøndelag.

Asbjørn Hofslie innledet til drøfting om strategi 2020 og styreleder Steinar Aspli ba om synspunkter som han kunne ta med seg til styreledersamling 2. juni 2010. Administrerende direktør Arne Flaatt skal dessuten delta i saksforberedelsen av styresaken for RHF som fremlegges av adm. direktør i Helse Midt-Norge 11. juni 2010.

Etter drøftingene fremmet styreleder Steinar Aspli følgende forslag:

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gir følgende innspill til den videre prosessen for strategi 2020:

1. Det er i enighet om hovedutfordringer og foreslåtte strategiske mål.
2. Styret mener det er grunnleggende for et likeverdig helsetilbud for fødende at det er to fødeavdelinger i HNT.
3. En avventer uttalelse om organisering av barneavdeling til fagnettverket for pediatri har gitt sin anbefaling.
4. Det bør utredes videre hvordan en organiserer akuttkirurgi, dette i forhold til målet om likeverdige helsetjenester i Nord-Trøndelag og trygghet for liv og helse.
5. Styret støtter alternativ 2 angående beslutningsopplegg for struktur og funksjon.

Forslaget fikk enstemmig tilslutning fra styret.

4. Status etablering rusenhet

Assisterende direktør Mads E. Berg orienterte om status i prosjektet. Målsetting er at rusenheten skal åpnes i "nye" lokaler 1. desember 2010. Styringsgruppe og prosjektgruppe er oppnevnt og i arbeid. På årsbasis er det avsatt 16 mill kroner for å drifte denne nye enheten. Dette gir en økning til rusfeltet som finansieres med en halvpart av Rusforetaket og en halvpart av Helse Nord-Trøndelag HF.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

5. Andre orienteringer

Administrerende direktør orienterte om at styret vil få sak om DMS Inn-Trøndelag fremlagt på neste styremøte.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Styret tar sakene til orientering og ber styreleder ta med seg og overbringe forslag fremmet under sak om strategi 2020 til styreledersamling 2.juni 2010.

Levanger, 20.05 2010

Steinar Aspli

Ragnhild Torun Skjerve

Asbjørn Hofslø

Torgeir Schmidt-Melbye

Rolf Gunnar Larsen

Jørgen Selmer

Inger Anne Holm

Petter Himø

HELSE NORD-TRØNDELAG HF**STYRET**

**Sak 25/2010 Strategi 2020 - strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge
2010-2020**

Saken behandles i: Styret	Møtedato 170610	Møtesaksnummer 25/2010
------------------------------	--------------------	---------------------------

Saksbeh: Daniel Haga

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2010/1774

Forslag til vedtak:

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF anbefaler Helse Midt-Norge RHF å fatte følgende vedtak:

1. Helse Midt-Norge RHF skal sørge for likeverdige spesialisthelsetjenester av god kvalitet. En av de viktigste oppgavene styret for Helse Midt-Norge RHF har, er derfor å vedta en strategi for hvordan dette skal oppnås.
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn følgende fire hovedutfordringer for helsetjenesten de neste 10 år:
 - a. Befolkningens sammensetning og behov endres
 - b. Tydeligere krav til dokumentert kvalitet
 - c. Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor
 - d. Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten
3. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar følgende strategiske mål for perioden:
 - a. Styrket innsats for de store pasientgruppene
 - b. Kunnskapsbasert pasientbehandling
 - c. En organisering som underbygger gode pasientforløp
 - d. Rett kompetanse på rett sted til rett tid
 - e. Økonomisk bærekraft
4. Styret for Helse Midt-Norge RHF forutsetter at foretakene i regionen bidrar aktivt til å gjennomføre samhandlingsreformen i dialog med kommunene.
5. Styret for Helse Midt-Norge RHF ser det som nødvendig å styrke kapasitet og kompetanse i tilbudet til de store pasientgruppene. Dette innebærer en omfordeling mellom fagområder.
6. Styret vedtar at tilgjengelig kompetanse i størst mulig grad benyttes til aktiv pasientbehandling. Bruken av passiv beredskap må gjennomgås ved alle sykehus og skal reduseres.

7. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar å tilrettelegge for et bredt desentralisert helsetjenestetilbud til de store pasientgruppene. Alle sykehus skal ha døgnberedskap for indremedisin og et bredt desentralisert poliklinisk tilbud. Sykehusene skal ha et særlig fokus på tilbudet til kronisk syke, og skal være hovedarena for samhandling med kommunehelsetjenesten.
8. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn samling av kirurgisk akuttberedskap på ett sykehus i hvert helseforetak.
9. Helse Midt-Norge skal tilby en helhetlig svangerskaps-, føde- og barselomsorg i tråd med nasjonale anbefalinger. Helse Midt-Norge RHF er ansvarlig for å utarbeide en helhetlig plan for tilbudet sammen med kommunene.

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

Fødestue er et kvalitativt godt tilbud ved normale fødsler og kan inngå som en del av fødselsomsorgen.

Det skal ikke gjennomføres endringer i fødetilbudet før den regionale planen for fødselsomsorg er vedtatt og godkjent av Helse og omsorgsdepartementet.

10. Styret for Helse Midt-Norge RHF vil videreutvikle sitt tilbud for syke barn i alle helseforetak. Behovet for stabile fagmiljø og robuste vaktordninger gjør at styret i Helse Midt-Norge RHF i strategiperioden ønsker å samle døgnberedskap for syke barn til færre avdelinger. Barneavdelingene på St Olavs Hospital og Ålesund sjukehus skal ha et særskilt ansvar for kompetansestøtte til de andre helseforetakene.
11. Helse Midt-Norge skal gjennomføre tiltakene i spesialisthelsetjenesten i tråd med utviklingen av nasjonal helsepolitikk.
12. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at de prehospitale tjenester skal tilpasses nye behandlingsmetoder og endret oppgavedeling. Revisjon av plan for prehospitale tjenester er igangsatt, og vil bli lagt fram for styret som egen sak.
13. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør utvikle helhetlige pasientforløp for de som har behov for sammensatte tjenester fra rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk. Styret ber administrerende direktør iverksette en prosess for å øke integrering og samhandling mellom rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk.
14. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak som viser hvordan kvalitetsmål skal nås. Helseforetakene skal ha særlig fokus på kvalitetskravene som er satt for epikrisetid, gjennomsnittlig ventetid, fristbrudd og antall korridorpasienter. Helse Midt-Norge skal ta i bruk indikatorer for behandlingskvalitet og pasienttilfredshet. Brukerne inviteres med i arbeidet.
15. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak om hvordan den samlede intensivkapasiteten skal sikres med bakgrunn i den oppgavedelingen som vedtas.
16. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak om behovet for kompetanse og rekruttering av personell. Styret ber om at utdanningsinstitusjonene involveres i dette arbeidet.
17. Styret for Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at virksomheten legger til rette for aktiv brukermedvirkning i behandling og på systemnivå.

18. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram egen sak med forslag til organisering av de mindre spesialitetene. Det skal utarbeides en plan for hvordan avtalespesialister kan innpasses som en del av en samlet spesialisthelsetjeneste.
19. Styret for Helse Midt-Norge ber administrerende direktør igangsette arbeidet med en strategi for universitetssykehusfunksjonen, der en fokuserer på universitetssykehusets regionale rolle i pasientbehandling, utdanning og forskning. Styret ber om at de andre helseforetakene og NTNU involveres i arbeidet.
20. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør legge fram en gjennomføringsplan for de omstillingene som er vedtatt.

SAKSUTREDNING:

Sak 25/2010 Strategi 2020 - strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge
2010-2020

1 Bakgrunn

Arbeidet med Strategi 2020 er tungt forankret i et nasjonalt utfordringsbilde. Den vestlige verden står foran en varig demografisk endring i form av at andelen eldre øker. Når balansen mellom antallet yrkesaktive og antallet eldre endres utfordres grunnlaget for velferdsstaten.

Antall pasienter med diabetes, kreft, kols, demens, ruslidelser og psykiske lidelser vil øke betydelig i strategiperioden, med en tilsvarende økning i behovet for behandling, pleie- og omsorg. Helsetjenesten har et samfunnsansvar for å bruke arbeidskraft på en effektiv måte. Dersom forholdet mellom antall ansatte og antall pasienter skal holdes på samme nivå som i dag, vil helse- og omsorgstjenesten ha behov for å rekruttere hver 4. ungdom i 2025 og hver 3. i 2030. For samfunnet er et slikt ressursbehov ikke bærekraftig.

Spesialisthelsetjenesten utfordres på økt kvalitet både fra befolkningen og ansatte. En mer informert befolkning stiller krav om de beste tilgjengelige tjenester uten ventetid. Våre ansatte stiller krav om å være en del av sterke og oppdaterte fagmiljø, uten for stor arbeidsbelastning på ubekvem tid.

Helse Midt-Norge er i en situasjon der vekst i budsjetter og tilgang på spesialister er i ferd med å avta. Antallet leger i spesialisthelsetjenesten er regulert fra myndighetene i form av tildelte legehjemler. De siste årene har tildelingen til Helse Midt-Norge blitt redusert fra ca 40 pr år til 7 i 2010. Dette er en politisk styrt reduksjon for å sikre høyere andel leger og økte budsjetter i kommunehelsetjenesten, i tråd med intensjonen i samhandlingsreformen.

Å møte dette utfordringsbildet krever vanskelige beslutninger om omstilling. Dette er bakgrunnen for at Helse Midt-Norge startet arbeidet med Strategi 2020 høsten 2009. Strategien skal gi oss mulighet til en styrt omstilling i forkant av utfordringsbildet, slik at kvalitet og kapasitet kan utvikles. Alternativet til en strategisk omstilling vil være redusert langsiktig kontroll over utviklingen av tjenestetilbudet i regionen.

Høringsprosessen viser at store deler av befolkningen i Helse Midt-Norges område deler forståelse av behovet for omstilling, og den retning strategien tegner for videre utvikling. Samtidig støtter ikke de som har avgitt høringsuttalelse de strategiske tiltakene som er skissert. Dette innebærer at de nødvendige omstillingsprosessene framover vil stille store krav til besluttsomhet og tydelighet av ledelse og besluttsende organer.

2 Om strategiprosessen

Styret for Helse Midt-Norge har lagt opp til en åpen strategiprosess, der alle som har ønsket å bidra er gitt mulighet til det. Som en del av strategiprosessen har Helse Midt-Norge også hatt en utstrakt utadrettet virksomhet, med deltagelse i ulike eksterne møter.

Arbeidet med Strategi 2020 har vært tema i alle møter i helseforetaksstyrene i perioden. Flere av helseforetakene har gjennomført parallelle strategiprosesser, og resultatet fra disse har bidratt inn i den regionale strategiprosessen.

Styret for Helse Midt-Norge vedtok i mars 2010 å sende ut et utkast til Strategi 2020 på en bred høring. Til sammen mottok over 220 høringsinstanser invitasjon til å levere høringssvar. Helse Midt-Norge mottok 140 høringssvar. Resultatet av høringene ble oppsummert i orienteringssak 52/2010 i styret for Helse Midt-Norge RHF.

Parallelt med høringsprosessen har styret for Helse Midt-Norge hatt fem orienteringssaker med utdypning av temaer i utkastet til strategi 2020. Disse er:

Sak 41-10 Utdypning av sentrale tema i Strategi 2020

Sak 41-10 Orientering om lokalsykehusfunksjon uten akuttkirurgi ved overlege Fred Myrer, Helgelandssykehuset i Mosjøen

Sak 48-10 Orientering om krav til og erfaringer med døgnenheter for 5 dagersdrift, ved overlege Vagleik Jessen

Sak 52-10 Orientering om helhetlig fødetilbudet v/ Direktør for helsefag, forskning og utdanning i Helse Midt-Norge RHF, Nils Eriksson

Sak 52-10 Prioritering av NR-Id-nummer ved samhandlingsdirektør Daniel Haga

Styret har i perioden hatt en vedtakssak relatert til Strategi 2020:

Sak 47-10 Desentraliserte tjenester

I perioden etter utsendelse av høringsutkastet har Helsedirektoratet sendt ut ”*Et trygt fødetilbud - Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner - Oppfølging av St meld nr. 12 (2008 -2009)*”. Rapporten danner grunnlag for nasjonale faglige retningslinjer for en helhetlig fødselsomsorg. Rapporten danner også grunnlag for oppdrag gitt til RHF i Oppdragsdokument fra Helse og omsorgsdepartementet hvor regionene skal utarbeide plan for helhetlig fødselsomsorg sammen med kommunene. Frist er satt til oktober 2010.

Fagnettverkene i Helse Midt-Norge har i samme perioden blitt invitert til å uttale seg om hva som skal til for å kunne gjennomføre de forslag til strukturtiltak som høringsutkastet legger opp til. Uttalelsene fra fagnettverkene er en del av grunnlaget for de tiltak som foreslås.

Brukerutvalgene i Helse Midt-Norge har vært aktive bidragsytere i strategiprosessen, og Strategi 2020 har vært sak på alle møter i det regionale brukerutvalget i planperioden.

Administrasjonen i Helse Midt-Norge legger grunn høringsutkastet, høringssvar, innspill fra styret og andre innspill i utforming av Helse Midt-Norge Strategi 2020. Strategiene konkluderes i styremøtet den 24. – 25. juni. Endelig ferdigstilling av strategidokument vil gjøres etter at vedtaket er fattet.

3 Gjennomgang av elementene i strategidokumentet

3.1 Utfordringsbildet

Forslag i høringsnotatet

Styret for Helse Midt-Norge har oppsummert det fremtidige utfordringsbildet i fire punkter. Disse er:

- *Befolkningens sammensetning og behov endres*
- *Tydligere krav til dokumentert kvalitet*
- *Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor*
- *Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten*

Høringsinstansenes synspunkter

Høringsinstansene gir støtte til de fire hovedutfordringene Helse Midt-Norge legger til grunn for strategien.

Noen høringsinstanser peker på at rekrutteringssituasjonen p.t er positiv i enkelte fagfelt i sykehus. Hovedkonklusjonen om helsepersonell som knapphetsfaktor er allikevel ikke trukket i tvil. Helse Vest peker på at Strategi 2020 ikke i tilstrekkelig grad berører prioriteringsutfordringer.

Administrerende direktørs vurdering

Et felles utfordringsbilde er en viktig plattform for å kunne utforme en samlende strategi. Styret for Helse Midt-Norge har derfor lagt stor vekt på å etablere et felles bilde av hvilke fremtidige utfordringer strategien skal svare opp, og administrasjonen har lagt ned et stort arbeid i å forankre det felles utfordringsbildet i egen organisasjon og blant andre interessenter.

Høringsrunden viser at det er stor enighet om dette utfordringsbildet. Administrerende direktørs vurdering legger den brede enigheten om utfordringsbildet til grunn i den videre saksframstillingen.

3.2 Mål

Forslag i høringsnotatet

Høringsutkastet legger til grunn fem strategiske mål

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

Høringsinstansenes synspunkter

Det er bred tilslutning til de strategiske målene i høringsutkastet til Strategi 2020. Flere høringsinstanser mener Helse Midt-Norge burde utvidet rekken av strategiske mål.

Det regionale brukerutvalget har pekt på at forebyggende helsearbeid burde vært et eget strategisk mål. Dette nevnes av flere høringsinstanser. Videre er det flere som etterlyser spesifisering av målformuleringer for navngitte sykdomsgrupper

Flere høringsinstanser peker på at det burde vært utviklet strategier for alle 4 hovedoppgavene til de regionale helseforetakene i hht Specialisthelsetjenestelovens § 3-8. *Sykehusenes oppgaver*

Sykehus skal særlig ivareta følgende oppgaver:

1. pasientbehandling,
2. utdanning av helsepersonell,
3. forskning, og
4. opplæring av pasienter og pårørende.

Flere høringsinstanser peker i tråd med dette på at målbildet har for lite om utdanning av helsepersonell, pasientopplæring, forskning og utvikling.

Flere etterlyser samhandling med primærhelsetjenesten som eget strategisk mål.

Administrerende direktørs vurdering

Gjennom de fem strategiske målene har styret for Helse Midt-Norge tilkjennegitt hvilke mål styret har for utviklingen av spesialisthelsetjenestetilbudet framover. De fem strategiske målene skal være retningsgivende i alle prioriteringsspørsmål i strategiperioden.

Det har vært et bevisst ønske om å begrense antall strategiske mål for å øke tydeligheten i Strategi 2020. En konsekvens av dette er at de strategiske målene er overordnede mål som vil kreve en ytterligere operasjonalisering for å kunne planlegge tiltak.

Administrerende direktør ser ikke noen motsetning mellom de valgte fem strategiske målene og påpekningene i høringsinnspillene. De strategiske målene utelukker ikke mer detaljerte underpunkter i målbildet.

Det er reist kritikk i høringsrunden om at målene ikke samsvarer med de fire oppgavene i spesialisthelsetjenestelovens § 3-8. Administrerende direktør registrerer at enkelte høringsinstanser mener at strategien gir for høy prioritet til pasientbehandling. Etter administrerende direktørs vurdering ekskluderer ikke de valgte strategiske målene utdanning, forskning og opplæring. Som eksempel vil styrket innsats for de store pasientgrupper kreve forskning, undervisning, pasientmedvirkning.

Administrerende direktør legger den brede enigheten om de strategiske målene til grunn i den videre saksframstilling.

3.3 Tjenesteorganisering mot 2020

3.3.1 Godt utbygde og kompetente prehospitaltjenester

Forslag i høringsnotatet

Helse Midt-Norge legger stor vekt på de prehospitaltjenestenes rolle i sammenhengende behandlingsforløp. Tjenestene beskrives som en viktig trygghetsfaktor for befolkningen. Helse

Midt-Norge peker i høringsdokumentet på forventet økt behov for transport mellom tjenestested som følge av nye behandlingsformer og strukturendring.

I høringsutkastet peker Helse Midt-Norge på at de prehospitale tjenester skal evalueres. I dette evalueringsarbeidet skal eierskap til tjenestene være en del av fokuset.

Høringsinstansenes synspunkter

Noen høringsinstanser advarer mot å organisere tjenester slik at lokalsykehuskompetanse erstattes med fagarbeiderkompetanse i de prehospitale tjenestene. Ved nedleggelse av akuttfunksjoner mener høringsinstanser at for mange faglige oppgaver flyttes til prehospital tjenester.

Flere høringsinstanser peker på risiko for betydelig volumøkning av de prehospitale tjenestene ved endring av struktur. Det er særlig forslagene om sentralisering av fødeavdeling og akuttkirurgi som vil kunne medføre økt transport. Noen høringsinstanser legger i tillegg vekt på at økt transport medfører redusert sikkerhet pga av økt avstand til sykehus og mulig samtidighetskonflikter. Det påpekes at mertransport forringer pasientopplevd kvalitet. Enkelte høringsinstanser hevder at merkostnad til transport blir høyere enn økonomisk besparelse ved sentralisering.

Det er delt syn på spørsmålet om eierskap til de prehospitale tjenester.

Fagnettverks tilbakemelding

Fagnettverk for prehospitale tjenester beskriver et forventet merforbruk av prehospitale tjenester ved endring av tjenestestrukturen. Videre poengterer nettverket at fagfeltet står overfor utfordringer knyttet til utdanning, kommunikasjon, utstyr med mer.

Administrerende direktørs vurdering

Høringssvarene bekrefter at de prehospitale tjenester er viktige for befolkningens trygghet og for gode pasientforløp. Gjennom strategi 2020 legger Helse Midt-Norge opp til en desentralisering på mange områder og en sentralisering av andre tjenester. Dette innebærer endringer i transportbehovene, ved at noen må reise lengre, mens andre skal reise kortere enn i dag. For de fleste helseforetakene viser beregninger at de økte transportkostnadene oppveies med god margin av reduserte driftskostnader i helseforetakene.

Helse Midt-Norge skal sørge for likeverdige tjenester til befolkningen i opptaksområdet. De prehospitale tjenestene skal bidra til å sørge for likeverdighet i tjenestetilbudet til tross for ulike geografi og ulike reisetid til spesialisthelsetilbud. Kvaliteten på de prehospitale tjenestene er derfor helt avgjørende for å kunne opprettholde likeverdighet også ved strukturelle endringer av tjenestetilbudet. Helse Midt-Norge vil fortsatt ha fokus på kvalitetsutvikling gjennom faglig og teknologisk utvikling.

Helse Midt-Norge legger opp til at de prehospitale tjenestene skal være gode, og med tilstrekkelig kapasitet. Tjenestene skal følge den faglige utviklingen og være inkludert i pasientforløpene der prehospitale tjenester har en rolle. De prehospitale tjenestene skal understøtte tjenestestrukturen i Helse Midt-Norge med stor vekt på desentraliserte lokalisasjoner av de prehospitale tjenestene med fleksibilitet til å gjennomføre transporter til lokalsykehus og sentraliserte sykehusavdelinger.

Revisjon av plan for prehospitaler tjenester er igangsatt, og vil bli framlagt for det regionale styret som egen sak.

3.3.2 Det gode lokalsykehuset

Forslag i høringsnotatet

Høringsnotatet legger vekt på at de store pasientgruppene skal kunne få hoveddelen av sine behov for spesialisthelsetjenester dekket i lokalsykehuset, eller i desentraliserte poliklinikker/dagtilbud.

Lokalsykehusene beskrives som en viktig ressursbase for primærhelsetjenesten, og med akuttberedskap innenfor indremedisin og tilhørende nødvendige medisinske støttefunksjoner.

Høringsnotatet peker på at lokalsykehusene skal kunne ha planlagt kirurgi, fortrinnsvis i 5-døgnposter.

Høringsinstansenes synspunkter

Ingen høringsinstanser er uenige i lokalsykehusenes verdi for de store pasientgrupper. De høringsinstansene som kommenterer lokalsykehusfunksjonen er opptatt av forslaget om å sentralisere akuttkirurgi. Flere høringsinstanser påpeker kvalitativ forringelse av tilbudet for pasienten med uklart symptombylde som ikke kan få situasjonen vurdert av vakthavende kirurg. Flere av høringsinstansene peker på faren for forvitring av kompetansen i sykehus som mister full akuttberedskap.

Flere av høringsinstansene er skeptiske til 5-døgnspost. Dette skyldes primært at en del pasienter vil ha behov for opphold ut over 5-døgnspostens åpningstid, og at disse da vil få økt behov for transport.

Nye momenter i høringsperioden

Styret for Helse Midt-Norge har i sak 41-10 blitt orientert om lokalsykehuset i Mosjøen med redusert kirurgisk akuttberedskap. Orienteringen viser at tilbudet er forsvarlig og at fagmiljøene har kontroll med hvilke tiltak som skal iverksettes ved uklare tilstander. Til nå har stadig færre pasienter blitt sendt til sykehus med akuttkirurgisk beredskap.

Styret for Helse Midt-Norge ble i sak 48-10 orientert om erfaringene med 5-døgnspost. Erfaringene viser at det er faglig ønskelig å redusere liggetid for en rekke kirurgiske tilstander. Dette gir god mulighet for organisering av tilbudet i en 5-døgnspost, men betinger gode løsninger for de som får utilsiktet forlenget liggetid.

Fagnettverkens tilbakemelding

Flere fagnettverk er generelt støttende til strategien for gode lokalsykehus, og påpeker lokalsykehusenes store betydning for gode pasientforløp. Dette er grundig beskrevet i tilbake-

meldingene fra fagnettverket for slagbehandling som har pasienter som vil ha stor faglig gevinst av lokalsykehus-funksjonen i deler av sykdomsforløpet.

Fagnettverk for intensivmedisin mener at lokalsykehus uten akuttkirurgi ikke kan opprettholde tilstrekkelig volum i intensivmedisin til å oppnå kvalitet i disse avdelingene.

Administrerende direktørs vurdering

Administrerende direktør vil understreke at alle sykehus har lokalsykehusfunksjoner og er slik sett er lokalsykehus. De tilbakemeldingene som er gitt i høringssvarene handler i hovedsak om etablering av lokalsykehus uten akuttkirurgisk beredskap. Administrerende direktørs videre vurdering er derfor konsentrert om dette.

Lokalsykehusene blir svært viktige virkemidler for de store pasientgruppene som utfordringsbildet beskriver. Indremedisin representerer det største volumet av pasienter som legges inn i sykehusene. De fleste av disse legges inn som øyeblikkelig hjelp. Lokalsykehusene er derfor viktige for opplevd trygghet for befolkningen. Pasientgruppene består i stor grad av pasienter med kroniske og sammensatte lidelser. Dette er pasientgrupper som har størst ulempe ved å reise langt.

Oppbygging av godt definerte pasientforløp bygd på kunnskapsbasert praksis vil tydeliggjøre at lokalsykehusene får nye oppgaver i deler av pasientforløpene. Administrerende direktør vil særlig peke på uttalelsen fra fagnettverket for slagbehandling. Dette nettverket beskriver at lokalsykehusene vil kunne ha en viktig rolle i den moderne slagbehandlingen gjennom bruk av teknologi og etablering av slagenheter. Også for pasienter med kreftsykdom vil lokalsykehusene ha viktige oppgaver i deler av pasientforløpene.

Administrerende direktør legger vekt på lokalsykehusenes mulighet til tett samarbeid med førstelinje og muligheter for praktisering av tidlig intervensjon og god behandling etter LEON-prinsippet. Samhandlingsreformen beskriver utviklingen av lokalmedisinske sentra (LMS) som et viktig bidrag til gode og desentraliserte pasientforløp. LMS skal være en del av kommunehelsetjenesten, og vil representere en faglig styrking av tilbudet i forhold til dagens tilbud. LMS skiller seg fra lokalsykehusene ved at LMS kun har allmennlege i vakt.

Administrerende direktør har forståelse for at endring av vante samarbeidsmønstre kan medføre utrygghet i forhold til hvordan lokalsykehus uten akuttkirurgi vil rekruttere fagfolk. Disse sykehusene skal gi et spesialisert tilbud til de store og voksende pasientgruppene. Videre vil det pågående arbeidet med omlegging av studieplaner bidra til økt vektlegging av breddekompetanse tilpasset de fremtidige utfordringene. Administrerende direktør har derfor tiltro til at disse sykehusene vil være faglig interessante sykehus å arbeide i. Administrerende direktør har i andre sammenhenger påpekt utfordringene med rekruttering av helsepersonell, og vil følge rekrutteringssituasjonen nøye. Problemstillingen vil bli viet særskilt oppmerksomhet gjennom en egen sak om behovet for kompetanse og rekruttering av personell.

Administrerende direktør har merket seg at flere av høringsinstansene peker på redusert kvalitet som følge av manglende tilgang på kirurgisk kompetanse til pasienter med uklare tilstander som er innlagt på medisinsk avdeling. Administrerende direktør minner om at lokalsykehus som har planlagt kirurgi vil ha kirurg i døgnvakt tilgjengelig 5 dager i uka. I den grad indremedisinere har behov for tilleggsvurdering, vil kirurg være tilgjengelig størstedelen av tiden.

Administrerende direktør vil komme tilbake med en egen sak om hvordan den samlede intensivkapasiteten skal sikres med bakgrunn i den oppgavedelingen som vedtas.

3.3.3 Fremtidig akuttkirurgi

Forslag i høringsnotatet

Høringsnotatet foreslår å redusere antall sykehus med akuttberedskap i kirurgi til ett i hvert helseforetak.

Vaktberedskap er en nødvendig del av utdanningen av legespesialister. Ved endring av struktur foreslår Helse Midt-Norge i høringsutkastet at tjenesteplaner tilpasses behovet for gode utdanningsløp ved å se helseforetaket under ett.

Høringsinstansenes synspunkter

Mange høringsinstanser advarer mot reduksjon av akutttilbudet i kirurgiske fag. Flere instanser peker på at sykehus uten kirurgi er et faglig svekket sykehus. Kritikken er begrunnet med at det ikke vil være mulig å få bred avklaring ved uklare sykdomsbilder som kan berører flere spesialiteter.

Legeforeningen mener at lokalsykehus uten akuttkirurgi ikke bør etableres. Legeforeningen sier også at det skal være delt vaktberedskap i ortopedi og kirurgi, ”*selv om vi ser at dette standpunktet vil kunne medføre en sentralisering av akuttberedskapen*”.

Videre peker høringsinstanser på at lokalsykehus uten akuttfunksjon i kirurgi og ortopedi ikke vil kunne utdanne spesialister og heller ikke kunne rekruttere.

Administrerende direktørs vurdering

Volumet av kirurgiske akuttinnleggelse er lite, og det er bred enighet om at de mest alvorlige skadetilfellene må til større sykehus.

Administrerende direktør legger til grunn at akuttkirurgisk beredskap er personellmessig ressurskrevende. Mange parallelle vaktteam legger beslag på mange legespesialister som kunne vært brukt i dagarbeidstid. Mange vaktteam med få oppgaver er en utfordring i forhold til god utnyttelse av tilgjengelige ressurser.

Administrerende direktør konstaterer at antall nye legehjemler er betydelig redusert de siste 5 årene. Dette er en helsepolitisk villet utvikling i tråd med samhandlingsreformen. Andelen legeårsverk skal økes i kommunene. Kravene om økt bemanning i vaktssystemene i spesialisthelsetjenesten krever flere legespesialister. Administrerende direktør ser det som umulig å imøtekomme krav til 4 til 6-delt døgnvakt i to kirurgiske spesialiteter uten å omdisponere spesialister fra andre deler av helseforetakene.

3.3.4 Psykisk helsevern og rusbehandling

Forslag i høringsnotatet

Høringsutkastet uttrykker at psykisk helsevern skal videreføres i tråd med intensjonene i den 10-årige opptrappingsplanen.

Rusbehandling skal utvikles i tråd med lokal og nasjonal opptrappingsplan for rusfeltet. Utvikling og implementering av kunnskapsbasert praksis i rusbehandling og innenfor psykisk helsevern skal prioriteres. I tillegg sier høringsutkastet at rusbehandlingen skal integreres tettere med både psykisk helsevern og somatikk.

Høringsinstansenes synspunkter

Flere høringsinstanser gir støtte til høringsutkastet.

Administrerende direktørs vurdering

Administrerende direktør poengterer at mennesker med rus- og psykiske problemer nettopp hører til de store pasientgruppene som trenger styrket innsats. Et godt psykisk helsevern er en viktig del av et helhetlig helsetilbud, også for pasienter med somatiske lidelser og omvedt. Det samme gjelder forholdet mellom psykisk helsevern og rusbehandling

Administrerende direktør vurderer høringsrunden som støtte til utviklingsarbeidet som er gjort i psykisk helsevern og i rusfeltet. Administrerende direktør vil samtidig poengtere at den modellen som er valgt i psykisk helsevern strategisk sett kan sammenlignes med modellen som er foreslått i somatikk. De store pasientgrupper skal få tilbud i desentraliserte tjenester og de sjeldnere og ressurskrevende pasientene skal få tjenester sentralt.

En liknende modell er under utvikling i rusbehandling. Satsingen på opptrapping innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble evaluert av styret for Helse Midt-Norge i 2007. Konklusjonen var at Rusbehandling Midt-Norge HF var hensiktsmessig organisert for den oppbyggingsfasen fagfeltet er inne i. Videre la styret til grunn at utviklingen av rusbehandlingstilbudet skulle skje gjennom fellesprosjekter med de øvrige helseforetak, og at et langsiktig mål var en tettere integrering i øvrig spesialisthelsetjeneste. Administrerende direktør ser at psykisk helsevern og rusbehandlingstilbudet utvikles i tråd med disse føringene. Administrerende direktør mener samtidig at fagfeltet står overfor utfordringer med videreutvikling av kunnskapsgrunnlaget.

Tettere integrering mellom tjenestene gir gode muligheter for å arbeide med disse utfordringene, og administrerende direktør vil iverksette en prosess for å øke integrering og samhandling mellom rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk.

3.3.5 Fødselsomsorgen er en sammenhengende tjeneste

Forslag i høringsnotatet

Høringsnotatet legger vekt på at svangerskap-, føde- og barselomsorg skal være et helhetlig tilbud. I Strategien foreslås å redusere antall fødeavdelinger i hvert helseforetak fra dagens 2 fødeavdelinger til en i hvert foretak.

Høringsinstansenes synspunkter

Svært mange av høringsinstansene er kritisk til forslaget om nedleggelse av fødeavdelinger. Dette er begrunnet i manglende trygghet og risiko ved lange transporter.

Nye momenter i høringsperioden

Helsedirektoratet har sendt ut ”*Et trygt fødetilbud - Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner - Oppfølging av St meld nr. 12 (2008 -2009)*” etter at Strategi 2020 var sendt på høring.

Rapporten bygger på de samme prinsipper som Helse Midt-Norge har lagt til grunn i Strategi 2020. Helsedirektoratets rapport skjerper kravene til vaktberedskap for legespesialister. Strengt krav til uttrykningstid og aksjonstiden ved akutt keisersnitt tilsier økt tilstedeværelse i sykehus. Rapporten krever en minimumsbemanning av på 4 spesialister i vaktsystemene, og det skal tilstrebes minimum 6 spesialister i avdelingen. Vikarstafetter skal unngås. Fødestue beskrives som god løsning og skal inngå i et helhetlig fødetilbud. Dette forutsetter at svangerskaps- og fødselstjenesten følger de internasjonale prinsipper for seleksjon.

Helse- og omsorgsministeren har bedt helseforetakene avvente iverksettelse av strukturelle endringer i fødetilbudet til helhetlige planer for svangerskaps-, fødsels og barseltilbudet er utarbeidet.

Administrerende direktørs vurdering

Administrerende direktør legger til grunn en helhetlig svangerskaps-, føde- og barselomsorg i tråd med Stortingsmelding 12, ”*En gledelig begivenhet*” samt Helsedirektoratets forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner ”*Et trygt fødetilbud - Forslag til kvalitetskrav for fødeinstitusjoner - Oppfølging av St meld nr. 12 (2008 -2009)*”. Kvaliteten på tilbudet er avhengig av kvalitet i alle ledd. Helse Midt-Norge utarbeider nå en helhetlig plan sammen med kommunene. Dette arbeidet skal ferdigstilles 1. oktober 2010.

Kvalitetskravene til fødetilbudet i Helsedirektoratets rapport innebærer at Helse Midt-Norge må øke legespesialistbemanningen i fødeavdelingene i alle sykehus unntatt St.Olavs Hospital og Ålesund sjukehus. Med forventet tilgang til nye legehjemler vil økt bemanning kreve omprioritering fra andre fagområder i størrelsesorden 10 legespesialister. En omprioritering av legehjemler fra tilbudet til de store og voksende pasientgruppene er i strid med de strategiske målene. Ved en økning av den totale gynekologbemanning vil en raskt få en overkapasitet innefor gynekologi. Det blir for få pasienter for å til å dekke opp kapasiteten på dagtid.

En rekke pasienter må av faglige grunner reise langt for å få riktig fødselstilbud.

Administrerende direktør er opptatt av at det samlede tilbudet gjør det mulig å gi alle kvinner likeverdige tilbud, uavhengig av avstand og risiko. Administrerende direktør vil gjennom planarbeidet i samarbeid med kommunene sørge for å etablere gode tjenester med vekt på seleksjonsrutiner, gode prehospitaltjenester og differensierte fødetilbud. Geografiske forhold vil likevel kunne påvirke utformingen av det helhetlige fødetilbudet.

Administrerende direktør mener at det av hensyn til rekruttering og balanse mellom kapasitet og behov ikke vil være bærekraftig å ha mer enn en fødeavdeling i hvert helseforetak. Dagens fødestruktur vil kunne føre til prioriteringer i strid med de overordnede målene.

Fødestuer anbefales av Helsedirektoratet som en del av fødetilbudet under forutsetning av at seleksjonsrutiner er innarbeidet.

De nødvendige omlegginger i retning av bærekraftig organisering av fødetilbudet må tilpasses de prosesser som er igangsatt nasjonalt og lokalt.

3.3.6 Tilpasning av akutt-tilbudet for syke barn

Forslag i høringsnotatet

Strategi 2020 foreslår endringer av dagens struktur fra fire avdelinger med døgnerberedskap til to. Tilbudet i Kristiansund sykehus og Sykehuset Levanger foreslås endret til 5-døgnspost, mens Ålesund sjukehus og St.Olavs Hospital foreslås å ha døgnerberedskap for barn i hele regionen.

Høringsinstansenes synspunkter

En stor andel av høringsinstansene var kritisk til forslaget om endring av akutt-tilbudet for barn i regionen. Motstanden var begrunnet i redusert sikkerhet og trygghet for barn. Reiseavstander ble for lange. Kapasitet på døgntilbudet ville bli for lavt i regionen samlet. St.Olavs Hospital og Ålesund sjukehus ville ikke kunne kompensere for de nedlagte døgnplassene. Høringsinstansene var kritiske til etablering av 5-døgnsmodell. Dette ville medføre uheldig flytting av barn mot helg. Videre ville dette redusere beredskapen for fødeavdelingene i Kristiansund og Levanger.

Fagnettverkens tilbakemelding

Forslaget om å redusere antall avdelinger med døgnerberedskap til to kom opprinnelig fra fagnettverket for barnesykdommer. Fagnettverket har etter ny gjennomgang kommet med en ny anbefaling der det foreslås at den døgnerbasert akuttberedskapen ved barneavdelingen i Levanger kan opprettholdes dersom definerte kvalitetskrav oppnås. Fagnettverket har samtidig foreslått at det barnemedisinske tilbudet ved Kristiansund sykehus endres til dagbehandling og poliklinikk, og at behovet for døgntilbud ivaretas av Ålesund sjukehus.

Administrerende direktørs vurdering

Helse Midt-Norge har som mål å ha et godt utbygd spesialisthelsetjenestetilbud for syke barn i alle helseforetak.

Grunnlaget for forslaget om å redusere antall steder med akutt døgntilbud er manglende rekruttering i barnemedisin over lengre tid. Samtidig er barnemedisin et av fagfeltene der omlegging fra innleggelse til dagbehandling og poliklinikk har kommet langt. Dette har redusert behovet for døgnplasser.

Helse Midt-Norge har over tid bygd opp to sterke barnemedisinmiljøer i Ålesund og Trondheim med et bredt tilbud for alle aldersgrupper. Disse avdelingene gir tilbud til barn med alvorlige lidelser fra hele regionen. Administrerende direktør vurderer det som viktig at disse to avdelingene har ansvar for økt grad av standardisering av pasientbehandling gjennom kompetansesøtte til de andre helseforetakene. Det være mulig å legge til rette for nødvendig kapasitet på døgnplasser i St Olavs hospital og Ålesund sjukehus.

3.3.7 Tjenester i samhandling med kommunene

Forslag i høringsnotatet

Strategi 2020 beskriver felles akuttmottak (FAM), intermediaærenheter og desentraliserte dag- og poliklinikkjenester. De organisatoriske modellene skal legge til rette for tett samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten. Desentraliserte tjenester skal også redusere

transport for pasienter med hyppige behov for helsetjenester som ikke krever innleggelse i sykehus.

Høringsinstansenes synspunkter

Desentraliserte tjenester er i liten grad kommentert i høringsinnspillene. Legeforeningen advarer mot løsninger som kan skape uklare ansvarsforhold mellom to tjenestenivå. Dette er begrunnelsen for at legeforeningen ikke anbefaler FAM. Kritikken er samsvarende med høringsinnspillet fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin. Legeforeningens kritikk mot intermediearenheter er også begrunnet ut fra risiko for uklar ansvarsfordeling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste. Legeforeningen er derimot positiv til kommunale døgntilbud for direkteinnleggelser fra vaktlege.

Legeforeningen advarer også mot strukturer som krever høy grad av mobilitet for leger. Samtidig gir legeforeningen støtte til bruk av avtalespesialister, og poengterer at disse gir gode desentraliserte tilbud.

Administrerende direktørs vurdering

Samhandlingsreformens forslag om endret oppgavedeling mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste, er en viktig forutsetning for at spesialisthelsetjenesten skal kunne løse utfordringene med økt etterspørsel som følge av demografiske endringer.

Administrerende direktør legger det grundige arbeidet med samhandlingsreformen til grunn for forslag om endring. Virkemidlene med desentraliserte løsninger oppfattes som riktige for å kunne tilby tjenester nært pasientens mestringsarena, med økte muligheter for samarbeid med lokalt hjelpeapparat. Desentraliserte poliklinikktilbud kan med fordel lokaliseres sammen med de kommunale helsetilbudene.

I arbeidet med samhandlingsreformen kom det tydelig fram at for mange pasienter får tilbud i spesialisthelsetjenesten, og som kunne fått tilbudet på lavere omsorgsnivå. Delvis skyldes dette at pasienter får tilbud for seint i forløpet. Dette kan være mangel på oppfølging i kommuner, men kan også skyldes svikt i plan og oppfølging etter tidligere sykehusopphold i spesialisthelsetjenesten. Videre avdekkes manglende muligheter for innleggelse i lavterskeltilbud i kommune eller i spesialisthelsetjenesten. En rekke av pasientene ligger også unødvendig lenge i spesialisthelsetjenestens spesialiserte avdelinger fordi det ikke er mellomløsninger mellom sykehus og hjem. Administrerende direktør anbefaler etablering av intermedieære løsninger i tråd intensjonene i Samhandlingsreformen.

Helse Midt-Norge legger opp til en *samløkalisering* av legevaktfunksjonen.

En del av høringsinstansenes bekymring for uklare ansvarslinjer. Helse Midt-Norge legger opp til klare ansvarslinjer mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten i samarbeid om legevakt og intermedieære løsninger.

4 Områder som ikke var omtalt spesifikt i høringsbrevet

4.1 Kvalitet

Kvalitet er en av Helse Midt-Norges tre overordnede verdier. Mange av høringsinstansene har kommentert behovet for å vektlegge kvalitet i strategiperioden. Administrerende direktør vil

særlig trekke fram høringsuttalelsen fra det regionale brukerutvalget der kvalitet verdsettes svært høyt.

Administrerende direktør ønsker at Helse Midt-Norge skal ha et sterkt fokus på kvalitet. Helse Midt-Norge ønsker å ha høye mål på områder som måles med nasjonale kvalitetsindikatorer. Administrerende direktør vil sette særlig fokus på å nå følgende kvalitetsmål i løpet av strategiperioden:

- Epikriser og polikliniske notat skal som hovedregel følge pasienten ved utreise.
- Gjennomsnittets ventetid for prioriterte pasienter skal reduseres betydelig.
- Fristbrudd for prioriterte pasienter skal ikke forekomme med mindre det ikke er nasjonal kapasitet på området.
- Antall korridorpasienter skal normalt ikke forekomme.

Konkrete mål vil bli utarbeidet i de årlige styringsdokumentene.

Helse Midt-Norge har foreløpig relativt få klare kvalitetsindikatorer for måling av behandlingsskvalitet og brukeropplevd kvalitet. Helse Midt-Norge vil utvikle og ta i bruk indikatorer for behandlingsskvalitet og brukertilfredshet.

4.2 Fagområder som ikke er omtalt i Strategi 2020

Flere fagområder er ikke nevnt i Strategi 2020. Når fagområder som kirurgi, gynekologi, barnemedisin og indremedisin er omtalt i strategien, skyldes dette først og fremst at disse fagområdene legger sterke premisser for sykehusstrukturen i Helse Midt-Norge. Også de andre fagområdene er viktige for det totale tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge.

Administrerende direktør vil legge fram en egen sak med forslag til organisering av de mindre spesialitetene. Hovedprinsippene i Strategi 2020 vil bli lagt til grunn for dette arbeidet.

Avtalespesialister står i dag for en betydelig del av den polikliniske virksomheten i mange fag. Administrerende direktør ser det som viktig at denne ressursen ses i sammenheng med det øvrige tjenestetilbudet, og vil legge fram en plan for hvordan dette kan oppnås.

4.3 Universitetssykehusfunksjon

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

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

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

4.4 Helse Midt-Norge skal styrke brukerrollen

Pasientene er tjenestemottakere og medaktører, og kunnskap om sykdomsforløp og diagnostikk deles mellom behandlere og pasient. Pasient og pårørende må kunne delta aktivt i behandlingsopplegg.

Kunnskapsbasert pasientbehandling skal også inkludere systematiserte brukererfaringer. Slik kunnskap innhentes i tett samhandling med bruker og gjennom et godt samarbeid med brukerutvalg.

Opplæring av pasienter og pårørende vil være av stor betydning for å styrke egen mestring. Dette vil kunne øke livskvaliteten for den enkelte og redusere behovet for helsetjenester hos de som har en kronisk sykdom. Arbeidet som i dag utføres i samarbeid med lærings- og mestringssentrene må derfor videreutvikles.

4.5 Andre strategiprosesser med føringer for Strategi 2020

4.5.1 Helse Sunnmøre

I tråd med nasjonale føringer har Helse Midt-Norge og Helse Vest tatt opp spørsmålet om et mulig samarbeid om helsetilbudet til befolkningen i grenseområdene mellom de to regionene. Helse Sunnmøre HF og Helse Førde HF arbeider med en gjennomgang for mulig samarbeid på flere områder. Det mest aktuelle er et samarbeid om fødetilbudet der det foreslås at fødeavdelingen ved Volda sjukehus overtar fødsler fra Nordfjord. Denne avklaringen avhenger blant annet av fremdrift i strategiarbeidet i Helse Vest.

4.5.2 Helse Nordmøre og Romsdal

Styret for Helse Nordmøre og Romsdal HF fattet 24. mars 2010 vedtak om å samle fødetilbudet og akuttkirurgi i foretaket. Vedtaket er basert på konkret forespørsel fra Helse Midt-Norge og er i tråd med intensjonene i Strategi 2020.

Helse Midt-Norge har på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i etterkant i gangsett en prosess i Helse Nordmøre og Romsdal HF for avklaring av fremtidig sykehusstruktur i foretaket. Arbeidet skal være avsluttet i oktober. I påvente av denne utredningen vil det ikke bli gjennomført funksjonsfordelingstiltak i Helse Nordmøre og Romsdal HF.

4.5.3 Helse Nord-Trøndelag

Helse Midt-Norge vil igangsette en dialog med Helse Nord for avklaring av eventuelle samarbeidsområder i grenseområdet.

4.6 Forhold til helseberedskap for offshore virksomheten utenfor Midt-Norge

Det er i dag en stor olje- og gassaktivitet i Norskehavet utenfor kysten av Midt-Norge. I tilknytning til dette er det også etablert en betydelig landbasert aktivitet i og omkring Kristiansund og landanlegget for Ormen Lange på Aukra.

Helse Midt-Norge er opptatt av å bidra til en tilfredsstillende helseberedskap for offshore virksomheten som i dag koordineres fra midtnorske baser. Helse Midt-Norge er i dialog med Petroleumstilsynet, og har dessuten benyttet en rapport fra Oljeindustriens landsforening som del av grunnlag for vårt arbeid med saken. I "Hovedrapport for etablering av områdeberedskap"

som ble laget i 2000, er det ut fra tilgjengelige data laget en risiko og sårbarhetsanalyse over ulykkessituasjoner på norsk sokkel.

Det er i den forbindelse avtalt et møte med Petroleumstilsynet, der også operatørselskapene får anledning til å delta. Helsetilsynet i Rogaland, som har et særskilt tilsynsansvar for helseberedskapen på norsk sokkel, er også invitert til å delta.

I møtet vil Helse Midt-Norge redegjøre for grunnlaget for Strategi 2020 og innholdet i saken så langt. Videre ønsker vi å få belyst hvilke krav Petroleumstilsynet og Helsetilsynet stiller til beredskap for offshore virksomheten, og hvordan dette vil legge premisser for konkret tilbudsutforming.

Administrerende direktør ser det som viktig å avklare hvordan kravet til en trygg helseberedskap best kan ivaretas, og at det er avklart før vedtak i Strategi 2020 skal implementeres.

Administrerende direktør legger til grunn at denne avklaringen blir en av premissene når rapporten om framtidig sykehusstilbud i Nordmøre og Romsdal skal ferdigstilles. Dette er i tråd med vedtak i sak ST 2010/24 i Helse Nordmøre og Romsdal HF.

Etter administrerende direktørs vurdering er det ingenting i de overordnede strategiske beslutningene som styret inviteres til å vedta som vil legge begrensninger i forhold til det som her er skissert.

5 Samlet vurdering

Sykehusene i Helse Midt-Norge gir et godt helsetilbud til befolkningen i Helse Midt-Norge. Strategi 2020 skal gjøre Helse Midt-Norge i stand til å videreutvikle spesialisthelsetjenestetilbudet og møte de store utfordringene som kommer. Pasientbehovene endres og flere vil ha behov for tjenester. Behovene må løses med relativt sett færre hender. Kravene til dokumentert kvalitet vil øke samtidig som den økonomiske veksten i spesialisthelsetjenesten vil avta.

Spesialisthelsetjenesten er en stor samfunnssektor i Norge. Grunnlaget for befolkningens helse legges i flere andre samfunnssektorer. Bla kultur, skole, oppvekstvilkår for barn og unge har stor betydning for folkehelsen. Strategi 2020 vil bremse veksten i ressursbruken i spesialisthelsetjenesten og vil bidra til prioritering av andre samfunnsområder som er viktig for helse.

Den demografiske utviklingen viser en relativ nedgang av den yrkesaktive del av befolkningen. Hvis helsesektorene ikke reduserer sine behov vil andre samfunnsområder ikke få nødvendig arbeidskraft. Gjennom Strategi 2020 tar Helse Midt-Norge samfunnsansvar ved å legge opp til en effektiv bruk av personellressurser.

Strategi 2020 er utformet på bakgrunn av de grunnleggende verdiene kvalitet, trygghet og respekt. Følgende strategiske mål skal være retningsgivende i alle prioriteringer i strategiperioden: styrket innsats for de store pasientgruppene, kunnskapsbasert pasientbehandling, en organisering som underbygger gode pasientforløp, rett kompetanse på rett sted til rett tid og økonomisk bærekraft.

Stortinget vedtak av Samhandlingsreformen dreier veksten fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Dette har gitt føringer for strategiutformingen. Administrerende

direktør legger til grunn at helseforetakene aktivt vil bidra til å gjennomføre Samhandlingsreformen sammen med kommunene

Brukerne av helsetjenesten har en viktig rolle i utviklingen av helsetjenesten, som medaktør i egen behandling, og som samarbeidspartner gjennom deltakelse i brukerutvalg og brukerorganisasjoner. Administrerende direktør vil styrke brukernes rolle.

Trygghet for helsetjenestene knyttes til nærhet og kvalitet. Tryggheten for den enkelte pasient ivaretas av en kjede med legevakt, prehospitale tjenester og akuttmottakene på sykehusene. De prehospitale tjenestene skal tilpasses endret organisering og utvikles med høy kvalitet.

Administrerende direktør mener at det er viktig å utvikle godt fungerende helhetlige helsetjenester. Alle sykehusene i Helse Midt-Norge skal ha akutttilbud i indremedisin og anesthesiologi, og skal ha særlig fokus på tilbudet til kronisk syke. Tilbudet skal legge vekt på gode pasientforløp som omfatter integrerte tilbud i somatikk, rusbehandling og psykisk helsevern.

Lokalsykehusene vil gi tilbud til de fleste pasientene som behandles ved sykehusene i dag. Det er en målsetting å etablere spesialisthelsetjenestetilbud desentralt i samarbeid med kommunene. Den desentraliserte organiseringen gir lett tilgang for pasienter som bruker tjenestene ofte.

Tilgangen på personell og økonomisk bæreevne vil være blant de største endringsdriverne i spesialisthelsetjenesten. Administrerende direktør mener at det vil være umulig å løse utfordringene vi står overfor ved å bruke flere årsverk og øke kostnadene ved å opprettholde vaktssystemene vi har ved sykehusene i Helse Midt-Norge i dag. For å redusere ressursbruk knyttet til passiv beredskap går administrerende direktør inn for å samle den akuttkirurgiske beredskapen ved ett av sykehusene i hvert av foretakene.

Administrerende direktør mener at sykehus med redusert akuttberedskap vil være en kvalitativt god løsning. Sykehusene skal ha brede polikliniske tilbud og tilbud om planlagt kirurgi. Tilbudet om planlagt kirurgisk døgntilbud i 5 dagersposter vil sikre tilgang på kirurgisk kompetanse. Sykehus som får redusert vakttilbud vil inngå i ett tett samarbeid med de andre sykehusene i regionen. Dette vil bidra til sikre rekruttering og kvalitet på tjenestene.

Helse Midt-Norge skal tilby en helhetlig svangerskaps-, føde- og barselomsorg i tråd med nasjonale anbefalinger og i samarbeid med kommunene. Administrerende direktør mener at Helse Midt-Norge ikke kan oppfylle robuste vaktordninger med dagens struktur. Dette gjør det nødvendig å redusere antall fødeavdelinger. I dette arbeidet skal det tas geografiske hensyn. Tilbudene skal være differensierte. Fødestue er et kvalitativt godt tilbud for normal fødsler og kan inngå som en del av fødselsomsorgen. Administrerende direktør vil ikke gjøre endring før Helse og omsorgsdepartementet har godkjent de helhetlige planene høsten 2010.

Alle helseforetak skal ha et godt tilbud til syke barn. En stadig større andel av de syke barna får tjenestetilbudet uten døgnopphold. Administrerende direktør mener at hensyn til kvalitet og robuste vaktordninger gjør at det er nødvendig å samle døgnberedskap for syke barn til færre avdelinger. Avdelingene ved St.Olavs hospital og Ålesund sjukehus skal ha et særskilt ansvar for kompetansestøtte i regionen.

Administrerende direktør vil legge fram egen sak for hvordan Helse Midt-Norge skal nå kvalitetsmål. Krav til nasjonale kvalitetsindikatorer skal minimum oppfylles. Helse Midt-Norge skal særlig ha fokus på kvalitetskravene som er satt for ventetid, fristbrudd, epikrisetid og korridorpatienter. Kvalitetsarbeidet skal styrkes med indikatorer på behandlingseffekter og pasienttilfredshet.

Administrerende direktør skal videre legge fram egne planer for intensivkapasitet, de mindre spesialitetene og hvordan de privatpraktiserende spesialistene skal innpasses i en samlet spesialisthelsetjeneste.

Rett kompetanse vil være avgjørende for god kvalitet i spesialisthelsetjenesten. Det vil være behov for et nært samarbeid med utdanningsinstitusjonene for å sikre at framtidige helsearbeidere har den kompetansen som trengs. Videre vil administrerende direktør igangsette strategi for utvikling av universitetsfunksjonene. Administrerende direktør vil komme tilbake med en egne saker for å konkretisere tiltak på disse områdene

Administrerende direktør vil legge fram gjennomføringsplan for de omstillinger som vedtas av styret. I den sammenheng vil det utarbeides konsekvensanalyser hvor en spesielt legges vekt på hvordan uønskede effekter skal håndteres.

Strategi 2020 viser behovet for omstilling og vil føre til konkrete endringer. Det er en viktig oppgave å sikre forankring for disse prosessene. Dialog mellom aktørene må gjøres på en god måte med respekt for vedtak som er fattet. Strategi 2020 er gjennomført med stor åpenhet. Åpenheten er også viktig i det videre arbeidet med å realisere strategien.

Strategien legger nasjonal helsepolitikk til grunn. Endringer vil ikke bli gjennomført dersom nasjonale føringer kommer i konflikt med strategien

Alle forslag til endringer i Strategi 2020 vil gi kvalitativt gode tilbud og danne et godt utgangspunkt for videre utvikling i Helse Midt-Norge. Sett på bakgrunn av de utfordringene vi står overfor, vurderer administrerende direktør de forslagene som i dag legges fram som den beste måten å møte utfordringene på, og hvordan vi fortsatt skal leve opp til vår visjon ”På lag med deg for din helse”.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

**Sak 26/2010 Helhetlige helsetjenester – felles ansvar.
En felles strategi for samhandling mellom kommunene i Nord-Trøndelag og
Helse Nord-Trøndelag HF**

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret	170610	26/2010

Saksbeh: Kristian Eldnes

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2010/1774

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF slutter seg til felles strategi for samhandling mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag HF.

SAKSUTREDNING:

Sak 26/2010 Helhetlige helsetjenester – felles ansvar.

En felles strategi for samhandling mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag HF

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Helhetlige helsetjenester – felles ansvar.
En felles strategi for samhandling mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag HF

Utrykte vedlegg i saksmappen

GJELDENDE FORUTSETNINGER OG BAKGRUNN

For å berede grunnen for sterkere samarbeid, utformes en felles samhandlingsstrategi mellom Helse Nord-Trøndelag HF og Kommunenes Sentralforbund (KS) i Nord-Trøndelag. Denne skal gi et fundament for å utvikle en felles helsetjeneste som blir bedre for pasienten, som gir mer igjen for de store ressursene som brukes og som i sum holder høyere kvalitet.

I styresak 13/2010: Strategi 2016, punkt 3, fatta styret i Helse Nord-Trøndelag HF følgende vedtak: ”Styret for Helse Nord-Trøndelag HF vil be om at forslag til egen strategiplan for samhandling fremmes i tråd med skissert opplegg.”

- På bakgrunn av styresak 13/2010 har Samarbeidsutvalget vært oppdragsgiver for utvikling av felles samhandlingsstrategi. Utvalget er et samarbeidsorgan mellom Kommunenes sentralforbund og Helse Nord-Trøndelag med følgende medlemmer:
 - o Fra KS: Hege Sørli (Namsos, leder), Arne Ketil Auran (Frosta), Tomas Hallem (Verdal), Torgeir Schmidt-Melbye (Leksvik), Åshild Nymo (Rehabilitering).
 - o Fra Helse Nord-Trøndelag: Arne Flaatt, Dagfinn Thorsvik, Øystein Sende, John Ivar Toft, Hilde Ranheim.
 - o Observatør fra Fylkeslegen: Torgeir Skevik.
 - o Administrasjonsansvarlig: Kari Bratland Totsås.
- En arbeidsgruppe har på vegne av Samarbeidsutvalget utviklet forslag til strategi. Arbeidsgruppen har bestått av
 - o Kari Bratland Totsås (leder)
 - o Tone Haugan, KS (Verdal)
 - o Håkon Kolstøm, KS (Grong)
 - o Dagfinn Thorsvik, Helse Nord-Trøndelag HF
 - o Bernt Harald Opdal, Helse Nord-Trøndelag HF
 - o Øivind Stenvik (sekretær)
- Overordnet føring i arbeidet: Helhetlige helsetjenester – et felles ansvar.

Utkastet til Samhandlingsstrategi ble behandlet og vedtatt av Samarbeidsutvalget i deres møte 10.juni 2010. Saken legges fram for Brukerutvalget 14. juni d.å..

FAKTISKE OPPLYSNINGER OG DRØFTING

I Helse Nord-Trøndelags strategiplan er det slått fast at helseforetaket skal være en aktiv part for å styrke forholdet til kommunene, samtidig som det utmeisles en felles strategi med kommunene som likeverdige partnere.

Bakteppet for dette er enighet om at den totale helsetjenesten i dag fungerer for dårlig sammen. Det skulle lanseres noe som skulle være et kraftig botemiddel; Samhandlingsreformen. Reformen har så langt ikke blitt det som ble sagt tidligere. Den peker på en retning hvor størst vekst skal komme i kommunene, men de konkrete virkemidlene er i liten grad til stede.

Samhandlingsstrategien som utarbeides i Nord-Trøndelag vil handle om både direkte pasientbehandling, organisering og struktur. Så forelås det bygd et system av møteplasser der problemer faktisk kan finne sin løsning. Det skal også pekes ut områder som det skal satses ekstra på i fremtiden.

I forslaget som nå fremlegges foreslås en rekke konkrete tiltak i en handlingsplan som er fordelt på årene 2010, 2011 og 2012. Det forutsettes at samarbeidsutvalget skal ha en sentral rolle i utarbeidelse, rullering og oppfølging av årlige handlingsplaner.

Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag HF vil bli dratt inn i arbeidet via oppnevning av brukerrepresentanter til konkrete prosjekter og arbeidsgrupper.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Selve utarbeidelsen av planen har ingen økonomiske konsekvenser ut over de faste utgifter som er generert gjennom allerede budsjetterte midler.

Hvorvidt planen vil kunne ha innvirkning på den økonomiske utviklingen av helsetjenesten i Nord-Trøndelag må en komme tilbake til når prosjekter og tiltak er utredet, konsekvensvurdert og besluttet.

Levanger, 11.06.2010

Arne Flaot
Adm.dir
Sign.

Helhetlige helsetjenester – felles ansvar

En felles strategi for samhandling mellom
kommunene i Nord-Trøndelag og
Helse Nord-Trøndelag HF



Helse Nord-Trøndelag
- på lag med deg for din helse

Utarbeidet i regi av Samarbeidsutvalget 10. juni 2010
Vedtatt av Samarbeidsutvalget 10. juni 2010

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	3
2	Behovet for bedre samhandling.....	4
2.1	Samhandlingsreformen	4
2.2	Sykeheimer - Lokalmedisinske sentra.....	4
3	Helhetlig planlegging	6
4	Overordnet målsetting for samhandlingen	7
5	Strategier og målområder.....	8
5.1	Arkitektur for samhandling.....	8
5.1.1	<i>Basisavtale for samhandling mellom kommunene og helseforetaket i Nord-Trøndelag.....</i>	8
5.1.2	<i>Samarbeidsutvalget mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag</i>	8
5.1.3	<i>"Kommuneregioner"</i>	9
5.1.4	<i>Andre samarbeidsfora mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste</i>	9
5.1.5	<i>Brukermedvirkning.....</i>	10
5.2	Kommunikasjon i samhandlingsstrategien	10
5.3	Helsefremmende og forebyggende strategier. Læring og mestring	11
5.4	Forsknings- og fagutviklingsstrategier.....	11
5.5	Standardisering av pasientforløp	12
5.6	Oppgavedeling som strategi.....	12
5.7	Dokumentasjon og utvikling av felles styringsindikatorer	13
5.8	Rekrutterings- og kompetansefremmende strategier	13
5.9	Elektroniske samhandlingsstrategier	14
5.10	Økonomiske stimuleringsordninger.....	14
6	Handlingsplan.....	15
6.1	Tiltak i 2010.....	15
6.2	Tiltak i 2011.....	17
6.3	Tiltak i 2012.....	19
7	Avslutning	20

1 Innledning

En av hovedutfordringene i norsk helsevesen er fragmenteringen av tjenestene. Mangelfull helhetstenkning og koordinering er en viktig årsak til pasientopplevd og systemmessig kvalitetssvikt, dårlig ressursutnyttelse og et svekket omdømme.

”Dårlig samhandling kan og må beskrives som et organisatorisk og systemmessig problem. Men først og fremst må vi forstå at dette er et problem som gir unødig lidelse og problemer for pasient/bruker og pårørende” (HOD notat nr. 1, 2008:1).

Tiltak som kan styrke samhandlingen i helsevesenet innebærer et gevinstpotensial både for den enkelte bruker og for samfunnet som helhet. Slike tiltak gjør oss i stand til bedre å løse helsevesenets oppgaver, både i nåtid og framtid.

Dersom helsetjenestene skal utvikles i en sammenhengende kjede, må sykehus og kommuner samarbeide med grunnlag i felles virkelighetsforståelse, felles mål og virkemidler.

Samarbeidsutvalget mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag HF (HNT HF) behandlet i sitt møte 1/3-2010 *”Innspill til modell for organisering av samhandling og videre arbeid med fremtidige strategier”*. Dette danner grunnlag for å utvikle en felles samhandlingsstrategi gjennom en prosess som munner ut i en handlingsplan innen 1.juni 2010.

Samarbeidsutvalget gjorde 1/3-2010 følgende vedtak:

”Samarbeidsutvalget tar forslag til videre opplegg for framtidige strategier for samarbeidsutvalget til etterretning og oppnevner Samarbeidsutvalget som styringsgruppe for arbeidet. Det oppnevnes to medlemmer fra kommunene til strategigruppen og to fra Helse Nord-Trøndelag HF. Kari Bratland Totsås vil være leder for strategigruppen. Det utnevnes egen sekretær for strategigruppen”.

Strategigruppen har bestått av følgende medlemmer:

Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås, HNT HF. (Leder)
Kommunalsjef velferd Tone Haugan, Verdal kommune.
Pleie- og omsorgsleder Håkon Kolstrøm, Grong kommune.
Helsefaglig rådgiver Dagfinn Thorsvik, HNT HF.
Avdelingsleder Bernt Harald Opdal, psykiatrisk klinikk, HNT HF.

Helsefaglig rådgiver Øyvind Stenvik, HNT HF. (Sekretær)

2 Behovet for bedre samhandling

2.1 Samhandlingsreformen

Etter forberedende arbeid med Samhandlingsreformen (Stortingsmelding nr.47 2008-2009) ble innstillingen fra Stortingets helse- og omsorgskomite behandlet i Stortinget 27/4-2010. Innledningsvis i denne innstillingen er det pekt på de store utfordringene helsetjenestene står overfor:

- Behovet for sterkere koordinering av tjenestene
- Utilstrekkelig innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Den demografiske utvikling og endring i sykdomsbildet som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

I et sammendrag av Stortingsmelding nr. 47 skisseres deretter innsatsområdene og tiltakene i forhold til

- Ny framtidig kommunerolle
- Styrking av forebyggingsarbeidet
- Spesialisthelsetjenestens organisering og oppgaver
- Krav til ledelse og organisering
- Frivillige organisasjoners rolle
- Pasientrolle og pasientforløp
- Bedre legetjenester i kommunene
- Kompetent helsepersonell
- Etablering av økonomiske insentiver

I komiteens merknader til innstillingen er det tatt utgangspunkt i målsettingen om å redusere sosiale helseforskjeller og sikre likeverdige tjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Det er vist til at disse målsettingene kan nåes gjennom

- Styrking av kommunehelsetjenesten
- Økt satsing på folkehelsearbeid
- Etablering av lokalmedisinske sentra
- Utvikling av lokalsykehusenes rolle i spesialisthelsetjenesten

2.2 Sykeheimer - Lokalmedisinske sentra

De hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenestene i kommunene er, og vil i enda sterkere grad i årene som kommer, være kjernefunksjoner i den kommunale helsetjenesten. Det har vært rettet mye oppmerksomhet mot sykeheimenes funksjoner. Det er viktig å påpeke at disse i stor grad avhenger av:

- velfungerende hjemmebaserte tjenester
- tydelig fokus på identifisering av risikogrupper og forebyggende strategier
- klare målsettinger for hvilke tjenester sykeheimene skal kunne yte
- personellressurser og kompetanse som står i forhold til disse målsettingene

Med grunnlag i Stortingsmelding 47 er det ikke uten videre mulig å tegne et ensartet bilde av hvordan de kommunale institusjonene skal utvikles for å møte utfordringene. *”Det synes klart at målsettingene for samhandlingsreformen vil innebære behov for en faglig og ressursmessig styrking av sykeheimer for å kunne overta noen av de funksjonene sykehusene har i nå-situasjonen.”*

Det er allerede rundt omkring i vårt land etablert **distriktsmedisinske sentre (DMS)**. Slike sentre inneholder ulike typer tjenester, bl.a.; **”intermediære sengeplasser”**, spesialistpoliklinikker, dialyseenheter o.s.v. Begrepet ”intermediære” behandlingstilbud blir i nå-situasjonen *”..definert som spesialisttjenester i overgangsfasen mellom sykehus og kommune”*, og gjelder pasienter som er ferdig utredet i sykehus og kan gjennomføre behandlingen med en lavere ressursinnsats i et DMS. Slike institusjonsplasser blir dermed en ”mellomstasjon” mellom nivåene, hvor målgruppen er pasienter **”på veg ut fra sykehus”**.

I planleggingen og gjennomføringen av Samhandlingsreformen vil det også være behov for å gi tjenester til pasienter som på kort varsel har behov for observasjon, funksjonsvurdering, enklere diagnostikk, behandling og rehabilitering, og som ofte i dagens praksis innlegges i sykehus som øyeblikkelig hjelp, - pasienter som er **”på veg inn til sykehus”**. I hovedsak gjelder dette risikoutsatte pasienter med en eller flere kroniske sykdommer, pasienter som i den kommunale legevakttjenesten eller i de hjemmebaserte tjenestene har behov for tettere oppfølging enn hva det vil være mulig å yte i pasientens bolig.

De **distriktpspsykiatriske sentre (DPS)** skal gi et allmennpsykiatrisk behandlingstilbud nært brukeren og i nært samarbeid med kommunene. I følge Stortingsmelding 25 (1997-98) skal DPS i varetta følgende funksjoner: Poliklinisk behandling, dagbehandling, korttids døgntilbud, langtidsbehandling og psykososial rehabilitering samt rådgiving og veiledning overfor kommunale tjenester.

I tillegg til DMS og DPS har vi også **rehabiliteringssentre**, som gir et tilbud om rehabilitering/opptrening til brukere som har behov etter en somatisk sykdom eller skade.

Forutsetninger for at kommunene skal kunne ivareta de pasientgruppene som i det foregående er beskrevet å være *”på veg inn”* eller *”på veg ut”*, vil bl.a. være:

- flere ansatte og høyere kompetanse i sykeheimene
- god tilgang til legetjeneste gjennom hele døgnet
- en organisering som sikrer dialog mellom den lokale legetjenesten og spesialisthelsetjenesten
- løpende samhandling mellom en slik enhet og kommunens øvrige tjenester

Fra tidligere er begrepet *”forsterket sykeheim”* benyttet om slike kommunale institusjoner. Stortingsmelding nr. 47 lanserer begrepet **”lokalmedisinske sentra”** som en alternativ betegnelse på disse institusjonene. Det er innlysende at organiseringen av slike sentre i mange tilfelle vil forutsette et planmessig samarbeid mellom to eller flere kommuner for å sikre grunnlaget for stabil og effektiv drift. *”Gjennomføringen av samhandlingsreformen må ha som resultat at denne funksjonen blir en del av den ordinære kommunale helsetjenesten.”*

I oppfølgingen og gjennomføringen av Stortingsmelding 47 vil det i denne sammenheng bli en utfordring for kommunene å finne fram til en riktig avveining mellom *oppgaver som bør og skal løses i den enkelte kommune*, i forhold til *oppgaver som best kan løses gjennom interkommunale forpliktende avtaler*. Det vil også bli en utfordring å *utarbeide klare effektmål og synliggjøre resultater* som en del av grunnlaget for en omfordeling av ressurser mellom helseforetak og kommuner.

Velfungerende **”lokalmedisinske sentra”** vil i forbindelse med reformen som omfatter organiseringen av kommunehelsetjenesten og oppgavedelingen i forhold til spesialisthelsetjenesten være en viktig forutsetning for å oppfylle de overordnede målsettingene. Funksjonen kan oppsummeres slik:

- en ny sentral del av den offentlige helsetjenesten
- kommunale institusjoner med flere tjenester som er tilpasset lokale forhold
- institusjoner som utfordrer tradisjonell tenkning om profesjonenes arbeidsområder og ansvarsdelingen mellom tjenestenivåene
- institusjoner med lavterskeltilbud til befolkningen
- kompetanse- og ressursentre for pasienter, pårørende, helsepersonell, brukerorganisasjoner, frivillige organisasjoner m.m.

I utformingen av en felles strategi for kommunene og helseforetaket i Nord-Trøndelag vil det være nødvendig å bygge på hovedtrekkene i den nasjonale strategien. Det vises til etterfølgende strategier, målområder og tiltak.

3 Helhetlig planlegging

For alle aktiviteter som utløses i den videre oppfølging av strategidokumentet, skal følgende kontrollpunkter være gjennomdrøftet og besvart før oppstart:

- målsetting
- tiltak
- ansvar/organisering
- start/slutt
- kommunikasjon
- ressursbehov/kostnader
- effektmål
- evaluering
- rapportering

Å operasjonalisere vil si:

- Å beskrive hva som skal prioriteres, styres og koordineres innenfor et definert tidsrom. Dette kan eksempelvis skje gjennom en plan som omfatter deler av året, eller evt. hele året.
- Å beslutte hvilke instanser som iverksetter og gjennomfører tiltak innenfor definerte rammer.
- Å sørge for at de innsatsområder og tiltak som settes i fokus, blir fulgt opp gjennom egnet måling, evaluering og rapportering.
- Å sørge for at det ved slutten av året, eller ved prosjektslutt blir utarbeidet en rapport som oppsummerer aktiviteter og resultatene ved den virksomheten som er utløst. Rapporten vedlegges aktuell statistikk som viser den enkelte kommunes bruk av spesialisthelsetjenester.
- Å sørge for at viktige resultater og erfaringer blir gjort kjent for samarbeidsinstanser, brukergrupper og allmennheten gjennom de mediestrategier man har vedtatt å anvende.

Årsrapporten danner grunnlag for en evaluering og gir noe av grunnlaget for neste års plan.

4 Overordnet målsetting for samhandlingen

Mellom kommunene og helseforetaket skal en felles strategi og strukturerte samarbeidsformer bidra til:

- At brukerne opplever en likeverdig, helhetlig og forutsigbar tjeneste med god kvalitet på bruker-, system- og fagnivå.
- At oppgavedelingen mellom tjenesteyterne innrettes ut fra målsettingen om en mer effektiv (samfunnsøkonomisk) utnyttelse av disponible ressurser.
- At effekten av styrket samhandling er målbar og blir evaluert.



5 Strategier og målområder

5.1 Arkitektur for samhandling

Med ”arkitektur” menes fastlagte organisatoriske samarbeidsstrukturer som sikrer at virksomheten utøves i et oversiktlig faglig og administrativt nettverk. Innenfor dette nettverket skal samarbeidet være forankret i de strategier som til en hver tid gjelder og de oppgaver/tiltak som blir prioritert.

5.1.1 Basisavtale for samhandling mellom kommunene og helseforetaket i Nord-Trøndelag

Målsetting

Gjennom skriftlige avtaler mellom likeverdige parter skal det utvikles en samhandlingskultur som fører til at brukere får helhetlige og forutsigbare tjenester. Diagnostikk, øvrig kartlegging, behandling, habilitering/rehabilitering, pleie og omsorg skal gjennomføres slik at enkelttiltak forberedes og iverksettes i et samarbeid mellom bruker, pårørende, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i en sammenhengende tiltakskjede.

Tiltak	År
Basisavtalen justeres, og gies utvidet gyldighet til 31/12-2011	2010
Det iverksettes et arbeid med en mer omfattende revisjon av Basisavtalen sett i lys av samhandlingsreformens videre konkretiseringer	2011

5.1.2 Samarbeidsutvalget mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag

Samarbeidsutvalget består av representanter fra Helse Nord-Trøndelag HF, representanter fra kommunene i Nord-Trøndelag oppnevnt av KS, representant fra rehabiliteringsinstitusjonene samt at representant fra Fylkesmannen i Nord-Trøndelag har møterett. Nåværende Samarbeidsutvalg er valgt for perioden 01.01.2010 til 31.12.2012.

Målsetting

Gjennom formalisert samarbeid mellom aktørene i helsetjenesten skal det sikres god dialog og erfaringsutveksling, som et grunnlag for at pasientene får en mer helhetlig tjeneste, og et felles eierskap til tjenestene. Samarbeidsutvalget skal være avtalemessig forankret i Basisavtale for samhandling mellom nivåene og utøver sin virksomhet med grunnlag i de omforente overordnede strategiske målene.

Tiltak	År
Årsplan for 2010 fastlegges med grunnlag i Strategiplan	2010
Årsplan for 2011 utarbeides	2010
Årsrapport for 2010	2011
Samarbeidsutvalget har minimum 6 møter i året	2011
Gjennomgang av felles styringsindikatorer 2 ganger årlig	2011
Helseledernetverk i Nord-Trøndelag KS/Fylkesmannen/Spesialisthelsetjenesten	2010

5.1.3 "Kommuneregioner"

Det er 24 kommuner i Nord-Trøndelag. I tillegg har HNT HF ansvar for å tilby spesialisthelsetjenester (helt eller delvis) til 5 kommuner i Sør-Trøndelag og 1 kommune i Nordland.

Målsetting

Som ledd i overordnede mål kan det være formålstjenlig å legge kommunenes samhandlingsaktivitet til regionale strukturer. Det forutsettes at det arbeides videre med å få hensiktsmessig struktur og størrelse på samarbeidende kommuneområder i Nord-Trøndelag.

Hensikten med etablering av "kommuneregioner" kan bl.a. være å:

- Identifisere felles oppgaver
- Utvikle hensiktsmessige strategier for å løse slike oppgaver
- Organisere og gjennomføre de tiltak oppgavene krever
- Ivareta representasjon overfor andre samarbeidsinstanser

Tiltak	År
Kommunenes tilhørighet til "kommuneregioner" avklares	2010
"Kommuneregionene" etablerer en samhandlingskoordinator	2011

Selv om det fastlegges en ordning som beskriver kommunenes regionvise tilhørighet, vil det i enkelte sammenhenger sannsynligvis være behov for at noen kommuner eller kommuneregioner også innretter et samarbeid ut over regiongrensene. Eksempler på dette er Namdalskommuner som samarbeider om legevakt og en felles rehabiliteringsinstitusjon på Høylandet. Leksvik kommune som vurderer samarbeidsordninger mot andre kommuner på Fosenhalvøya gjennom Fosen DMS. Stjørdal kommune som samarbeider med kommuner i Sør-Trøndelag og St. Olavs Hospital.

5.1.4 Andre samarbeidsfora mellom kommuner og spesialisthelsetjeneste

Målsetting

Kunnskap om aktiviteter på ulike samarbeidsarenaer skal gi mulighet for koordinering av oppgaver og ressurser, og erfaringsutveksling.

Dette omfatter andre arenaer hvor representanter for KS og helseforetaket i Nord-Trøndelag er deltakere, eksempelvis *faglige og administrative* samarbeidsarenaer mellom kommunene, kommuneregioner og aktører i helseforetaket, fellesarenaer på fylkesnivå, regionale fora. Det finnes en rekke slike fora. I tiltakslisten er det satt fokus på hvilke fora som er et grunnlag for å sikre en god "samhandlingsarkitektur".

Tiltak	År
Årlig Samarbeidskonferanse mellom kommunene/KS, HNT HF og rehab.inst.	Etablert
Medisinskfaglig forum for Namdalsregionen	2010
Medisinskfaglig forum for Innherredsregionen	2010
Etablering av en ordning med klinikkvise koordinatorene for samhandling	2010
Faste møter mellom hver "kommuneregion" og HNT HF med fokus på aktuelle saker	2011
Faste møter mellom samhandlingsenheten i HNT HF og samhandlingskoordinator for den enkelte "kommuneregion"	2011

5.1.5 Brukermedvirkning

Målsetting

Brukermedvirkning skal være en integrert del av samhandlingsstrategien for å sikre at så vel den enkelte bruker som brukergrupper får sine interesser ivaretatt i planlegging og gjennomføring.

Tiltak	År
Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag blir tillagt oppgaven som referansegruppe i utviklingen av en felles samhandlingsstrategi	2010
Brukerutvalget oppnevner en fast representant til Samarbeidsutvalget	2010
Brukerorganisasjonene skal være representert i alle utredningsoppgaver og samhandlingsprosjekter som berører brukernes interesser	2010

5.2 Kommunikasjon i samhandlingsstrategien

Målsetting

Styrket tillit til helsetjenestene gjennom aktiv og målrettet kommunikasjon mellom helseaktørene, og mellom helsetjenesten og befolkningen. I tillegg til god kommunikasjon og samhandling mellom kommunene og helseforetaket, er det viktig at det utvikles god intern kommunikasjon og samhandling mellom ulike aktører internt i den enkelte kommune og internt i helseforetaket. Samhandlingen mellom partene i helsetjenesten skal være preget av åpenhet og respekt. Prosesser og tiltak innenfor samhandlingsfeltet skal preges av åpenhet og tilgjengelighet.

Tiltak	År
Kommunikasjonslinjer styrkes i alle ledd	2010
Det skal opprettes et eget nettsted for samhandling	2011

Samhandlingen mellom partene i helsetjenesten skal være preget av åpenhet og respekt

- Strategier og handlinger som påvirker andre i helsetjenesten skal aktivt kommuniseres til disse
- Informasjonen gjøres så langt som mulig, tilgjengelig på web
- Samarbeidsinstanser (organisasjoner og personer) skal omtales med respekt
- De ulike delene av helsetjenesten må tilstrebe å opptre Samordnet

Prosesser og tiltak innenfor samhandlingsfeltet skal preges av åpenhet og tilgjengelighet

- Saklister, protokoller, deltakeroversikt og andre beskrivelser av ulike møtearenaer skal gjøres tilgjengelig for innsyn via internett
- Samarbeidsutvalget og underliggende utvalg/arbeidsgrupper skal aktivt søke medieeksponering av egen virksomhet og konkrete forbedringer som iverksettes

Kommunikasjonslinjer styrkes i alle ledd

- Gjennom opprettelse av administrative og faglige arenaer under Samarbeidsutvalget
- mellom tjenesteyterne og brukerne (involvering av allmennheten, brukergrupper, Brukerutvalget) (kfr. punkt 5.1.5)
- mellom helseaktørene (kfr. punkt 5.1.4)
- overfor befolkningen gjennom en åpen, tilgjengelig og aktiv informasjon

5.3 Helsefremmende og forebyggende strategier. Læring og mestring

Målsetting

En av spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver er opplæring av pasienter og pårørende. Spesialisthelsetjenesten skal også fremme folkehelse og motvirke sykdom. Disse oppgavene må løses i samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, og det er viktig at rollefordelingen mellom kommunen og helseforetakene blir avklart.

Helsefremmende arbeid er *befolkningsrettet* og angår de fleste samfunnssektorer i tillegg til helsetjenesten. Kommunene og spesialisthelsetjenesten må samarbeide for å identifisere befolkningsgrupper, vurdere og iverksette tiltak.

Forebyggende helsearbeid er *individrettet* og skal hindre at sykdom oppstår, - at sykdom forverrer seg, eller at sykdom gir komplikasjoner. Forebyggende helsearbeid er helsetjenestens oppgave, og må løses i et samarbeid mellom bruker, kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

Primærforebygging har som mål å oppnå god helseatferd, være frisk og unngå sykdom og skade. Eksempler er helsestasjons- og skolehelsetjenesten, vaksinerings, ulykkesforebygging, helseopplysning, lavterskeltilbud rettet mot risikogrupper.

Sekundærforebygging har som mål å forebygge tilbakefall og holde seg frisk. Eksempler er medisinerings, aktivisering, røykeavvenning, kostholdsveiledning.

Tertiærforebygging har som mål å lære å leve med problemet, men hindre at det blir verre. Eksempler er å klare dagliglivets gjøremål, trene opp funksjonsevne, læring og mestring (rehabilitering)

Tiltak	År
Nettverk for helsefremmende og forebyggende arbeid. Årlig samarbeidskonferanse for helsefremmende og forebyggende arbeid	Etablert
Ambulante team/poliklinikker for geriatri/demens/alderspsykiatri	2011
Rådgivning ved livsstilssykdommer	2011
Utvikling av tilbud innen læring og mestring i kommunal regi med faglig støtte fra helseforetaket og brukerorganisasjonene/likemannsarbeidet	2011
Etablering og koordinering av ambulante team i kommuner og helseforetak	2012

5.4 Forsknings- og fagutviklingsstrategier

Målsetting

Forsknings- og utviklingsarbeid skal gjennomføres innenfor tjenesteområder som er sentrale på samhandlingsfeltet, for å øke kunnskapen om hvordan tjenestene faktisk virker - og for å dokumentere effekter av de tiltak som blir iverksatt

Det må etterstrebes større samordning av forsknings- og fagutviklingsressurser i Nord-Trøndelag. Det er i dag flere miljøer med ulike fortrinn og kvaliteter (NTNU, HiNT, HUNT, Omsorgsforskningssenteret, NAPHA m.m.). Disse bør kunne forene og utnytte ressurser mer målrettet. Helsetjenesten i Nord-Trøndelag må ha en tydeligere rolle på etterspørselssiden når det gjelder samarbeid med disse miljøene.

Undervisningssykehjemmenes og undervisningshjemmetjenestens rolle? Her er det arbeid på gang med å utvikle konseptene, og det vil relativt snart bli tydeliggjort hvilke funksjoner som blir tillagt disse tjenestene. Dette vil også omfatte nye og mer hensiktsmessige betegnelser. Eksempelvis er det foreslått å benevne disse tjenestene som *Utviklingsentre for omsorgstjenester i kommunene*.

Tiltak	År
Utvelgelse og kartlegging av pasientforløp og organisatoriske utfordringer for prioriterte pasientgrupper	2010
Undervisningssykehjemmets og undervisningshjemmetjenestens rolle må tydeliggjøres og utvikles	2011
Samarbeid med forskningsmiljøene om forsknings- og utviklingsoppgaver	2011
”Kommuned diagnose” - Epidemiologisk kartlegging gjennom bruk av HUNT-data	2012

5.5 Standardisering av pasientforløp

Målsetting

Standardisering av pasientforløp (faglig og organisatorisk) skal utvikles innenfor relevante tjenesteområder, slik at overordnede målsettinger i helsetjenesten blir oppfylt og nødvendig/hensiktsmessig koordinering ivaretatt

- pasientenes rett til forsvarlige, forutsigbare, kvalitetsmessig gode og likeverdige tjenester blir sikret
- kravet til effektiv samlet ressursutnyttelse blir hensyntatt
- organisering av tjenestetilbud ut fra BEON-prinsippet er førende

Tiltak	År
Utvikling av samhandlingsmodeller i forhold til alvorlig psykisk syke personer som har behov for koordinerte tjenester	2010
Utvikling av en minstestandard for sykeheimstjenester, herunder organisatoriske løsninger for lokalmedisinske sentre	2011
Pasienter med særlige behov for koordinerte helsetjenester får oppnevnt en pasientkoordinator som kontaktpunkt i tjenestene	2011
Logistiskforbedring med fokus på tydeligere oppgavedeling mellom nivåene, redusert variasjon i tilgangen til kompetanse og kapasitet i tjenestene	2012

5.6 Oppgavedeling som strategi

Målsetting

I omtalen av en *ny framtidig kommunerolle* legger helse- og omsorgskomiteen i Stortinget vekt på en overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunene og en klarere fordeling av ansvar og oppgaver mellom nivåene. Ansvarsfordelingen må fastlegges gjennom konkretisering av oppgaver. Det skal derfor innføres et *forpliktende avtalesystem* mellom kommuner og samarbeidende helseforetak om oppgavedeling og samarbeid. Slike avtaler må omhandle prosesser og kriterier knyttet til overføring mellom nivåene både ved innleggelse i, og utskrivning fra sykehus. Aktuelle oppgaver ut over dagens portefølje forutsetter at

spesialisthelsetjenesten bidrar med kompetansebygging/kompetanseutvikling for de kommunene/enhetene som har behov for det, og at økonomi følger oppgaver som er klart definerte.

Komiteens flertall mener at **lokalmedisinske sentre skal eies og drives av kommunene**, selv om det i slike sentre også skal kunne tilbys spesialisthelsetjenester. Komiteen mener også at fastleger må få en større innflytelse på inntaksprosedyrene i sykehjem og oppfølging etter innleggelse. Det betinger **godt forarbeid** før inntak i ledige plasser, og det forutsetter et **system/takstgrunnlag** for å kunne delta i tildelingsmøtene. Et alternativ kan være elektronisk samhandling i forkant og under møtene. Et tredje alternativ er at kommunen har egne ”sykehjemsleger” som ivaretar den medisinske vurderingen.

Stjørdal DMS ble etablert i mars 2007 med 12 intermediære plasser, 4 kommunale plasser, dialyseenhet og spesialistpoliklinikk innen gynekologi, ortopedi, radiologi, jordmørtjeneste, samt andre kommunale tjenestetilbud. Et 5-årig samarbeidsprosjekt mellom Stjørdal kommune, HNT HF og Helse Midt-Norge RHF.

Tiltak	År
Distriktsmedisinsk senter (DMS) Inntrøndelag	2010
Evaluering og re-design av distriktspsykiatriske sentre (DPS)	2010
Utarbeidelse av planer for et lokalmedisinsk senter i Namdalsregionen	2011

5.7 Dokumentasjon og utvikling av felles styringsindikatorer

Målsetting

Kommuner og sykehus har hittil i beskjeden grad tatt i bruk indikatorer som kan benyttes som grunnlag for dialog og evaluering av samhandlingen mellom nivåene. En systematisk registrering og rapportering av styringsindikatorer mellom tjenesteyterne skal danne grunnlag for evaluering av kvaliteten i samhandlingen og bidra til en identifisering av innsatsområder, og si noe om hvordan avtalt oppgavefordeling fungerer.

Tiltak	År
Fremskaffe oversikt over forskjeller i henvisningsrater, kunnskap om viktige pasientgrupper, forbruk av liggedøgn, re-innleggelser, tilgjengelighet til sykeheimstjenester, avvik i forhold til Basisavtalen etc.	2010

5.8 Rekrutterings- og kompetansefremmende strategier

Målsetting

Kommunene og helseforetaket har både i nå-situasjonen og i årene framover et interessefellesskap knyttet til samarbeid om utdanning, kompetanseutvikling og rekruttering for å

oppnå stabile og faglig kvalifiserte tjenester med tilstrekkelig kapasitet. En strategi på dette området må ta utgangspunkt i de fagressurser som er sårbare på kort og lang sikt, og mulighetene for å skape robuste og attraktive fagmiljø gjennom samarbeid.

Tiltak	År
Utprøving av en ordning med praksiskonsulenter/kompetansekoordinator knyttet til fastlegene og pleie- og omsorgstjenesten	2010
Etablering av et personalnettverk mellom ”kommunereionene” og helseforetaket	2011

5.9 Elektroniske samhandlingsstrategier

Målsetting

Bruk av elektronisk verktøy skal bidra til å effektivisere og kvalitetssikre samhandlingen i helsetjenesten, slik at det kommer brukerne til gode.

Gjennom det nasjonale Meldingsløftet og Regional styringsgruppe for elektronisk samhandling foregår et utviklingsarbeid som også omfatter Helse Nord-Trøndelag og KS. Det er gitt oppdrag til lokale koordinatorene på foretaksnivå og Helse Midt-Norge IT (HEMIT) i å bistå med implementeringen både i sykehus og primærhelsetjenesten. Arbeidet har vært i gang siden 2008 og det tas sikte på innføring av elektroniske henvisninger og svarrutiner og elektroniske epikriser mellom legetjenestene i løpet av 2011. Deretter utbredning av elektroniske meldinger mellom sykehus og pleie- og omsorgstjenestene.

Tiltak	År
Innføring av elektronisk henvisning og svarrutiner og elektroniske epikriser mellom legetjenesten og sykehus	2011
Innføring av elektroniske meldinger mellom pleie- og omsorgstjenesten og sykehus	2011

5.10 Økonomiske stimuleringsordninger

Målsetting

For å understøtte de overordnede mål i helsereformen skal det settes inn økonomiske virkemidler som bidrar til å fremme samhandlingen. Det pågår et nasjonalt arbeid for å utvikle hensiktsmessige finansieringsmodeller. I påvente av denne avklaring vil det være nødvendig med stimulerings tiltak for å komme i gang med noen prioriterte samhandlingstiltak.

Tiltak	År
Det utarbeides prosjektforslag som er egnet til å utprøve effekter og vurdere hensiktsmessighet av økonomiske insentiver.	2011

6 Handlingsplan

6.1 Tiltak i 2010

Tiltak	Ansvar/Organisering	Start	Slutt
Basisavtalen justeres, og gies utvidet gyldighet til 31.12.2011	Arbeidsgruppe er nedsatt	15.04.2010	01.10.2010
Årsplan for 2010 fastlegges med grunnlag i Strategiplan	Samarbeidsutvalget i plenum		August 2010
Årsplan for 2011 utarbeides	Samarbeidsutvalget i plenum		15.11.2010
Kommunenes tilhørighet til ”kommuneregioner” avklares	KS/kommunene		31.12.2010
Årlig Samarbeidskonferanse mellom kommunene/KS, HNT HF og rehab.inst.	Samarbeidsutvalget	Etablert	
Medisinskfaglig forum for Namdalsregionen	Arbeidsgruppe nedsatt	2010	
Medisinskfaglig forum for Innherredsregionen	Arbeidsgruppe nedsettes	2010	
Etablering av en ordning med klinikkvise koordinatorene for samhandling	Helse Nord-Trøndelag HF		31.12.2010
Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag blir tillagt oppgaven som referansegruppe i utviklingen av en felles samhandlingsstrategi	Samarbeidsutvalget	Juni 2010	
Brukerutvalget oppnevner en fast representant til Samarbeidsutvalget	Samarbeidsutvalget	Høsten 2010	31.12.2010
Brukerorganisasjonene skal være representert i utredningsoppgaver og samhandlingsprosjekter som berører brukernes interesser	Samarbeidsutvalget	2010	
Kommunikasjonslinjer styrkes i alle ledd	Samarbeidsutvalget	2010	
Nettverk for helsefremmende og forebyggende arbeid. Årlig samarbeidskonferanse for helsefremmende og forebyggende arbeid	Samhandlingsnettverket	Etablert	
Utvelgelse og kartlegging av pasientforløp og organisatoriske utfordringer for prioriterte pasientgrupper	Samarbeidsutvalget	2010	
Utvikling av samhandlingsmodeller i forhold til alvorlig psykisk syke personer som har behov for koordinerte tjenester	Nedsatt prosjektgruppe	2009	2012
Distriktsmedisinsk senter (DMS) Inntrøndelag	Samarbeidsprosjekt mellom kommunene Steinkjer, Inderøy, Verran, Mosvik, Snåsa og HNT HF	I drift fra 01.01.2011	
Evaluering og re-design av distriktspsykiatriske sentre (DPS)	Startet samtaler mellom aktuelle kommuner og HNT HF	2010	

Fremskaffe oversikt over forskjeller i henvisningsrater, kunnskap om viktige pasientgrupper, forbruk av liggedøgn, re-innleggelse, tilgjengelighet til sykeheimstjenester, avvik i forhold til Basisavtalen etc.	Et arbeidsutvalg under Samarbeidsutvalget vurderer hvilke parametre/statistikkgrunnlag som bør benyttes.	2010	Fast ordning
Utprøving av en ordning med praksiskonsulenter/kompetansekoordinator knyttet til fastlegene og pleie- og omsorgstjenesten	Helse Nord-Trøndelag HF	2010	
Utarbeidelse av planer for et lokalmedisinsk senter i Namdalsregionen	Kommunene i Namdalsregionen	2010	
Helseledernetverk i Nord-Trøndelag KS/Fylkesmannen/Spesialisthelsetjenesten	KS og Fylkesmannen	2010	

Kommunikasjon

- Samarbeidsutvalget har ansvar for at brukermedvirkning sikres og at informasjon om justert Basisavtale blir gjort kjent blant alle interessenter. Det skal også informeres om at en mer omfattende revisjon blir iverksatt i 2011.
- Det utarbeides sakliste og skrives referat for alle møter i Samarbeidsutvalget. Referatene legges ut elektronisk, tilgjengelige for Brukerutvalg, alle kommuner, KS, rehabiliteringsinstitusjonene, Fylkesmannens representant og Regionalt brukerutvalg. Sakliste og referat skal også være tilgjengelig på Samarbeidsutvalgets internettsider.
- Årsplan og årsrapport gjøres tilgjengelig på samme måte som forrige punkt.
- Samarbeidsutvalget innarbeider sin kommunikasjons- og informasjonsstrategi som en del av årsplanen.
- Oversikt styringsindikatorer legges ved Samarbeidsutvalgets årsrapport.
- Praksiskonsulenter/kompetansekoordinatorer skal ha to oppgaver: 1. Medvirkning i utformingen av pasientforløp (felles prosedyrer). 2. Utvikling av standarder for informasjonsutveksling (henvisninger og epikriser).
- Samarbeidsutvalget tar initiativ til en prosess som munner ut i konkrete prosjekter i tråd med utvalgets anbefalinger. Helse- og omsorgskomiteen antyder muligheten av lokalt initierte forsøksprosjekt med kommunal medfinansiering.

Ressursbehov/kostnader

- Justering av Basisavtalen vil ikke medføre spesielle kostnader ut over arbeidsgruppens tidsbruk.
- Samarbeidsutvalgets tidsbruk, reise- og møteutgifter.
- Brukerrepresentanters tidsbruk, reise- og møteutgifter.
- Opprettelse av kommunikasjonsarenaer (administrative/faglige) vil ivareta ulike hensyn, og det er avgjørende at kommunikasjonsmålene som er satt i strategien drøftes mellom aktørene. Eventuelle tiltak innenfor kommunikasjon som utløser spesifikke kostnader vil kunne være: annonsering, egne målinger av tillit/brukertilfredshet, opprettelse av nye informasjonsorgan o.s.v.

Effektmål

- Justert Basisavtale er implementert i kommuner og helseforetaket innen 31.12.2010.
- Samarbeidsutvalgets årsplan og årsrapport.
- Andel brukere med tillit til helsetjenesten i Nord-Trøndelag skal øke for hvert år. Nord-Trøndelag fylke skal ha høyest andel brukere som uttrykker tillit til tjenesteyterne.

- Prosjekt og planer med tilknytning til samhandlingsstrategiene skal omfatte planer for kommunikasjon.
- Det skal dokumenteres at brukerne har deltatt i utviklingsprosjekt som er knyttet til samhandlingsstrategiene.
- Informasjon som er relevant for andre i helsetjenesten er gjort mer tilgjengelig.
- Medieeksponering innenfor samhandling økes.
- 1 pasientforløp ferdig medio 2011

Evaluerings

- Vil skje i forbindelse med at justert Basisavtale forligger.
- Samarbeidsutvalgets årsrapport.

Rapportering

- Samarbeidsutvalgets årsrapport for 2010.

6.2 Tiltak i 2011

Tiltak	Ansvar/Organisering	Start	Slutt
Det iverksettes et arbeid med en mer omfattende revisjon av Basisavtalen sett i lys av samhandlingsreformens videre konkretiseringer	Samarbeidsutvalget iverksetter og gir mandat	2011	2012
Årsrapport for 2010	Samarbeidsutvalget		Februar 2011
Samarbeidsutvalget har minimum 6 møter i året	Samarbeidsutvalget	2011	
Gjennomgang av felles styringsindikatorer 2 ganger årlig	Helseforetaket er ansvarlig	2011	
”Kommuneregionene” etablerer en samhandlingskoordinator	Den enkelte kommuneregion		01.01.2011
Faste møter mellom hver ”kommuneregion” og HNT HF med fokus på aktuelle saker	Samhandlingssjef i HNT og samhandlingskoordinator i ”kommuneregionene”	2011	
Faste møter mellom samhandlingsenheten i HNT HF og samhandlingskoordinator for den enkelte ”kommuneregion”	Samhandlingssjef i HNT og samhandlingskoordinator i ”kommuneregionene”		
Det skal opprettes et eget nettsted for samhandling	Samarbeidsutvalget	2011	
Ambulante team/poliklinikker for geriatri/demens/alderspsykiatri	Samarbeidsutvalget	2011	
Rådgivning ved livsstilssykdommer	”Kommuneregionene” med støtte fra HNT	2011	
Utvikling av tilbud innen læring og mestring i kommunal regi med faglig støtte fra helseforetaket og brukerorganisasjonene/likemannsarbeidet	Samarbeidsutvalget	2011	
Undervisningssykehjemmet og undervisningshjemmetjenestens rolle må tydeliggjøres og utvikles	Samarbeidsutvalget	2011	

Samarbeid med forskningsmiljøene om forsknings- og utviklingsoppgaver	Samarbeidsutvalget	2011	
Utvikling av en minstestandard for sykeheimstjenester, herunder organisatoriske løsninger for lokalmedisinske sentre	Avvente politisk vedtak? Iverksette et forberedende arbeid?	2011	
Pasienter med særlige behov for koordinerte tjenester får oppnevnt en pasientkoordinator som kontaktpunkt i tjenestene	Kommunene	2011	
Etablering av et personalnettverk mellom kommunene og helseforetaket	HNT HF	2011	
Innføring av elektronisk henvisning og svarrutiner og elektroniske epikriser mellom legetjenesten og sykehus	HNT HF og HEMIT	2011	
Innføring av elektroniske meldinger mellom pleie- og omsorgstjenesten og sykehus	HNT HF og HEMIT	2011	
Det utarbeides prosjektforslag som er egnet til å utprøve effekter og vurdere hensiktsmessighet av økonomiske insentiver.	Samarbeidsutvalget	2011	

Kommunikasjon

- Samarbeidsutvalget har ansvar for at brukermedvirkning sikres og at informasjon om revisjon av Basisavtalen blir gjort kjent blant alle interessenter.
- Definerede kommuneregioner må fortrinnsvis organisere sin virksomhet under en koordinerende instans. På samme måte som helseforetaket har en *samhandlingsjef*, bør det også være etablert en samhandlingskoordinator for den enkelte kommuneregion.
- Det utarbeides sakliste og skrives referat fra de faste møtene, som sendes til aktører i samhandlingsnettverket.

Ressursbehov/kostnader

- Vil avhenge av hvilken organisering som blir valgt i forhold til revisjon av Basisavtalen.
- Samarbeidsutvalgets tidsbruk, reise- og møteutgifter som følge av økt møteaktivitet.
- Etablering av koordinerende innstans for hver kommune region kan medføre økt tidsbruk, reise- og møteutgifter.

Effekt mål

- Revidert Basisavtale foreligger i 2012.
- Årsrapport foreligger.
- Koordinerende innstans i den enkelte kommuneregion er etablert.
- Samarbeidsutvalget blir i stand til å gjennomføre planlagt samarbeid og holde løpende oversikt over samhandlingsrelaterte aktiviteter i Nord-Trøndersk helsetjeneste.

Evaluerings

- Vil skje i forbindelse med at revidert Basisavtale foreligger.
- Årsrapport fra Samarbeidsutvalget.

Rapportering

- I forbindelse med avsluttet arbeid/iverksetting av revidert Basisavtale, og i Samarbeidsutvalgets årsrapport for 2011.
- Det utarbeides en årlig oversikt fra hver kommuneregion til Samarbeidsutvalget, med presentasjon av gjennomførte og planlagte aktiviteter.

- Samarbeidsutvalget skal løpende være/holde seg informert om aktivitet i samarbeidsfora, herunder deres mandat, sammensetning og arbeidsform.

6.3 Tiltak i 2012

Tiltak	Ansvar/Organisering	Start	Slutt
Etablering og koordinering av ambulante team i kommuner og helseforetak	”Kommuneregionene” og HNT HF	2012	
”Kommunediagnostics” - Epidemiologisk kartlegging gjennom bruk av HUNT-data	Samarbeidsutvalget	2012	
Logistiskforbedring med fokus på tydeligere oppgavedeling mellom nivåene, redusert variasjon i tilgangen til kompetanse og kapasitet i tjenestene	Samarbeidsutvalget	2012	
Evaluerer DMS Stjørdal			2012

Kommunikasjon

Ressursbehov/kostnader

Effektmål

Evaluerings

- Samarbeidsutvalgets rolle og arbeidsform må evalueres i forhold til eventuelle endringer som inntreffer i tilknytning til Samhandlingsreformen i 2012.

Rapportering

- Samarbeidsutvalgets årsrapport for 2012.

7 Avslutning

Samhandlingsområdene er mange og utfordrende. Innenfor hvert område er det flere oppgaver og muligheter. Det er ikke likegyldig hvilke oppgaver/tiltak som prioriteres. Det er innlysende at noen oppgaver må komme foran andre. Noen av målområdene i dokumentet vil måtte ha grader av langsiktighet og krever nærmere oppgave- og ansvarsavklaring i henhold til Samhandlingsreformens utviklingsløp. Andre målområder vil det være mulig å initiere på kort sikt. En årlig handlings-/tiltaksplan vil derfor kreve løpende rullering og behandling av Samarbeidsutvalget.

Prioriteringer 2010-2012

- Etablering av en fast, forpliktende samhandlingsarkitektur
- Skaffe oversikt over igangværende relevante prosjekter
- Sikre brukermedvirkning
- Følge opp kommunikasjonsstrategien
- Dokumentasjon og utvikling av felles styringsindikatorer
- Oppstart av arbeid med standardisering av pasientforløp

I tillegg er det viktig å følge opp med konkrete tiltak/prosjekter innenfor:

- Helsefremmende og forebyggende strategier, særlig med fokus på sentrale pasientgrupper innen psykiatri/rus/demens/livstilssykdom
- Læring og mestring i kommunal regi
- Utprøving av en ordning med praksiskonsulenter
- Det etableres/videreutvikles hensiktsmessige nettverks- og møtearenaer både på faglig og administrativt nivå, for å få gjennomført de prioriterte tiltakene. For noen av tiltakene vil det være nødvendig med organisering i egne prosjekter
- Oppgavedeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette arbeidet bør igangsettes så snart som mulig. Mange kommuner er i gang med prosjekter for å møte de utfordringene samhandlingsreformen innebærer. For å utarbeide gode løsningsforslag er det behov for kunnskap om hvilke nye oppgaver som vil falle på kommunene, herunder hvilken kompetanse som kreves, evt. rekrutteringsproblematikk, behovet for å utvikle løsninger over kommunegrensene, behovet for å avklare hva som kan tillegges funksjonen for lokalmedisinske sentre (forsterkede sykehjem), plassproblematikk m.m.

Samhandlingsnettverk

I forhold til strategi og målområde 5.1.3. – Kommuneregioner etablerer nå lokale/regionale samhandlingsfunksjoner i form av tilsatte som benevnes prosjektledere, koordinatorene, kontaktpersoner etc. Når disse funksjonene er på plass, tilrådes det at man etablerer et samhandlingsnettverk, der helseforetakets samhandlingsfunksjon inngår i nettverket. Et slikt forum vil kunne bidra til erfaringsutveksling og sikre framdrift i forhold til utvikling og implementering av vedtatte strategier.

Kommunikasjon i samhandlingsstrategien

Strategi og målområde 5.2 beskriver betydningen av god kommunikasjon. I flere av strategiene er det forutsatt at virksomhet dokumenteres gjennom årsrapporter. Slike rapporter må

standardiseres, være kortfattede og informative. Det anbefales at arbeidet med denne oppgaven igangsettes 2. halvår 2010 og tas i bruk ved utgangen av 2010.

Økonomiske stimuleringsiltak

Det vises til strategi og målområde 5.10. Samarbeidsutvalget initierer en prosess for å vurdere behovet for økonomiske incentiver knyttet til noen av de prioriterte oppgavene som er foreslått igangsatt i perioden 2010 – 2011. Dette kobles mot kommende budsjettarbeid, men eksterne finansieringskilder vurderes også i denne sammenheng.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 27/2010 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret	170610	27/2010

Saksbeh: Arne Flaas

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2010/1774

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:
27/2010 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 03.06.10
2. Protokoll fra møte i samarbeidsutvalget 10.06.10
3. Protokoll fra møte i brukerutvalget 14.06.10
4. Driftsrapport for mai 2010
5. Rapport i forbindelse med krav fra styret om korrigering av foretakets drift:
 - a. Brudd på frist for vurdering av henvisninger.
Rapport fra arbeidsgruppe
 - b. Minst 80 % epikriser innen sju dager.
Rapport fra arbeidsgruppe
 - c. Maksimalt 5 % strykninger fra operasjon.
Rapport fra arbeidsgruppe
6. Andre orienteringer

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 03.06.10 kl. 09.00 – kl. 15.00

Møtested: Radisson Blu, Værnes

Saksnr.: 51/10 – 57/10

Arkivsaksnr.: 2009/461

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid

Toril Hovdenak

Asmund S. Kristoffersen

Björg Henriksen

Ingegjerd Sandberg

Jan Magne Dahle

Perny-Ann Nilsen

Joar Olav Grøtting

Ellen Marie Wøhni

Merethe Storødegård

Jon Helle (vara) (til klokken 14.50)

Forfall:

Kirsti Leirtrø

Olav Huseby

Ivar Gotaas

Regionalt brukerutvalg:

Elin K. Gullvåg

Laila Langerud

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Gunnar Bovim

Seksjonsleder Merete F. Rønningen (referent)

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Direktør for eierstyring Asbjørn Hofslid

Direktør for stab og prosjektstyring Bård Helge Hofstad

Økonomidirektør Anne Marie Barane

Direktør for samhandling Daniel Haga fra kl. 10.00

HR direktør Sveinung Aune

Direktør for helsefag, forskning og utdanning Nils Hermann Eriksson

Rådgiver Rita Bjørgan Holand (til klokken 11.00)

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt pr. e-post 27.05.10. Sakspapirer ble samme dag lagt ut i styreadministrasjonen.

Vedlegg til sak 52/10 Orienteringssaker ”Gjennomgang av høringssvar” og ”Tilgang på legehjemler i relasjon til Strategi 2020” ble lagt ut i styreadministrasjonen 28.06.10.

Vedlegg til sak 54/10 Lønnsomhetsanalyse NPSS ”Utkast til rapport NPSS Lønnsomhetsvurdering med gevinster og strategier for realisering” ble lagt ut i styreadministrasjonen 01.06.10.

Brev fra Namsos arbeiderlag med svar fra Helse Midt-Norge RHF, og brev fra Den norske legeforening Helse Nordmøre og Romsdal med svar fra Helse Midt-Norge RHF ble lagt ut i styreadministrasjonen 26.05.10 som referatsak til styret.

Følgende dokumenter omdelt i møtet:

- Møtereferat fra det regionale brukerutvalgets møte 31.05.10.
- Høringsuttalelser mottatt i perioden fra 28.05.10 tom 01.06.10.

Det var ingen kommentarer til innkallingen.

Styreleder Kolbjørn Almlid ønsket velkommen.

Rekkefølge på sakliste ble endret, sak 52/10 orienteringssaker ble behandlet til slutt.

Styremedlem Perny Ann Nilsen ba om papirversjon av samtlige hørings svar, dette ble gitt til de som ønsket det i løpet av møtet.

Sak 51/10 Referatsaker

Referatsaker:

- Regionalt brukerutvalgs møte den 31.05.10
- Brev fra Namsos arbeiderlag med svar fra Helse Midt-Norge RHF
- Brev fra Den norske legeforening Helse Nordmøre og Romsdal med svar fra Helse Midt-Norge RHF

Sak 52/10 Orienteringssaker

Ble behandlet til slutt i møtet.

I styremøte 03.06.10 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Strategi 2020.
- Helhetlig fødetilbud.
- Pasientreiser ANS.
- HR direktør Sveinung Aune orienterte om status i lønnsoppgjøret.

Vedtak

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

Sak 53/10 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 30.04.2010

Forslag til vedtak:

1. Styret er tilfreds med at utviklingen innenfor aktivitet, målt i DRG poeng, er positiv og nærmer seg et akseptabelt nivå. Styret er imidlertid bekymret når det gjelder utviklingen av ventetiden.
2. Styret tar til etterretning at Helse Midt-Norge i april leverer et resultat på 2,4 mill kr bak budsjett og ligger samlet om lag 14 mill kr foran budsjett.
3. Styret i Helse Midt-Norge tar rapporteringen av bemanning og sykefravær til etterretning.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret er tilfreds med at utviklingen innenfor aktivitet, målt i DRG poeng, er positiv og nærmer seg et akseptabelt nivå. Styret er imidlertid bekymret når det gjelder utviklingen av ventetiden.
2. Styret tar til etterretning at Helse Midt-Norge i april leverer et resultat på 2,4 mill kr bak budsjett og ligger samlet om lag 14 mill kr foran budsjett.
3. Styret i Helse Midt-Norge tar rapporteringen av bemanning og sykefravær til etterretning.

SAK 54/10 Lønnsomhetsanalyse NPSS

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar grunnlag for, og analyser av lønnsomhet for Helse Midt-Norge i Nasjonalt Program for Stab og Støttefunksjoner (NPSS) til orientering.
2. Helseregionenes felles statusrapport vedrørende lønnsomheten for NPSS til Helse- og omsorgsdepartementet, - *Nasjonalt prosjekt for stabs- og støttefunksjoner: Lønnsomhetsvurdering med gevinster og strategier for realisering*, godkjennes av styret i Helse Midt-Norge RHF.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar grunnlag for, og analyser av lønnsomhet for Helse Midt-Norge i Nasjonalt Program for Stab og Støttefunksjoner (NPSS) til orientering.
2. Helseregionenes felles statusrapport vedrørende lønnsomheten for NPSS til Helse- og omsorgsdepartementet, - *Nasjonalt prosjekt for stabs- og støttefunksjoner: Lønnsomhetsvurdering med gevinster og strategier for realisering*, godkjennes av styret i Helse Midt-Norge RHF.

Sak 55/10 Revidert finansreglement Helse Midt-Norge

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar Finansreglement for Helse Midt-Norge, datert 03. juni 2010

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

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

Sak 56/10 Eventuelt

Det ble tatt opp en sak av styremedlem Ellen Wøhni om at styret ønsket orientering om flytteprosessen på St. Olav. Styret vil komme tilbake til dette i styremøte til høsten.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

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

Sak 57/10 Signering av protokoll

Protokoll for møtet ble godkjent og undertegnet i møtet.

Stjørdal 03.06.10

Kolbjørn Almlid

Toril Hovdenak

Merethe Storodegård

Asmund S. Kristoffersen

Olav Huseby

Perny-Ann Nilsen

Jan Magne Dable

Joar Olav Grøtting

Kirsti Leirtrø

Ivar Gotaas

Ingegjerd Sandberg

Ellen Wobni

Björg Henriksen

SAMARBEIDSUTVALGET

HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 10.06.10 kl. 10.00 – 14.00
Møtested: Fylkets Hus, Steinkjer
Saksnr.: 18/2010 - 23/2010
Arkivsaksnr: 2010/356

Møteleder: Hege Sørlie

Møtende medlemmer:

Hege Sørlie, leder av utvalget, rådmann Namsos
Arne Ketil Auran, rådmann Frosta
Tomas I. Hallem, KS-leder
Tone Skrove Haugan, kommunalsjef Verdal
Arne Flaata, administrerende direktør
Dagfinn Thorsvik, helsefaglig rådgiver
Øystein Sende, klinikkleder
Torgeir Skevik, avd.leder hos Fylkesmannen

Forfall:

Torgeir Schmidt-Melbye, kommunelege i Leksvik
Hilde Ranheim, klinikkleder
John Ivar Toft, klinikkleder
Åshild Nymo, leder Namdal Rehabilitering

Møtende varamedlem:

Vigdis Kippe, Kastvollen Rehabiliteringssenter

Varamedlem Wenche P. Dehli hadde meldt forfall

Fra administrasjonen i Helse Nord-Trøndelag HF møtte:

Leder samhandling Kari Bratland Totsås
Saksbehandler Marit Røvik Skjerve (referent)

I tillegg møtte:

Øivind Stenvik, Håkon Kolstrøm og Trond Skillingstad

Merknader til innkalling og sakliste:

Ingen merknader til innkalling og sakliste.

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

Sak 18/2010 Godkjenning av referat fra møte 15.04.10

Protokoll:

Hege Sørlie viste til protokollen

SAMARBEIDSUTVALGET

HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG

MØTEPROTOKOLL

Vedtak:

Protokollen godkjennes

Sak 19/2010 Orienteringer fra leder i samarbeidsutvalget og adm. dir. HNT

Protokoll:

Adm.dir. orienterte om status og pågående prosess i strategiplanen - Strategi 2020 i Helse Midt-Norge - før vedtak fattes av styret i Helse Midt-Norge den 24. juni.

Leder for samarbeidsutvalget Hege Sørli orienterte om at Osen kommune har igangsatt prosjekt/utredning for å vurdere skifte av fylkestilhørighet til Nord-Trøndelag

Vedtak:

Samarbeidsutvalget tar saken til orienteringen.

Sak 20/2010 Helhetlige helsetjenester – felles ansvar.

En felles strategi mellom kommunene i Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag utarbeidet i regi av samarbeidsutvalget.

Gjennomgang av arbeidsutvalgets tilrådninger med forslag til prioriteringer

Protokoll:

Leder i arbeidsutvalget Kari Bratland Totsås orienterte om arbeidsgruppens arbeidsprosess, utfordringer under strategiarbeidet og samarbeidsutvalgets gitte mandat, forankret i vedtak. Samarbeidsutvalget fikk en generell gjennomgang av planen, med en mer detaljert orientering av planens pkt. 6 Handlingsplan og tiltak for 2010, 2011 og 2012.

Innstilling:

1. Samarbeidsutvalget i Helse Nord-Trøndelag HF slutter seg til det fremlagte forslag til samhandlingsstrategi og ser frem til å delta i videre oppfølging av konkrete tiltak og prosjekter.
2. Samarbeidsutvalget forutsetter at saken fremlegges for styret i Helse Nord-Trøndelag HF i henhold til vedtak i styresak 13/2010 Strategi 2016, punkt 3: ”Styret for Helse Nord-Trøndelag HF vil be om at forslag til egen strategiplan for samhandling fremmes i tråd med skissert opplegg.”
3. Samarbeidsutvalget forutsetter at de får saken tilbake i forbindelse med oppfølging av konkrete prosjekter i henhold til handlingsplanen i strategien.

Vedtak:

Samarbeidsutvalget slutter seg enstemmig til innstillingen.

SAMARBEIDSUTVALGET

HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG

MØTEPROTOKOLL

Sak 21/2010 Kommunevariasjoner i forbruk av helsetjenester

Protokoll

Avd.leder Sveinung Aune fra Data og analyseavdelingen orienterte om variasjoner i forbruk av helsetjenester i kommunene fordelt på kommunene.

Aune viste grafiske framstillinger av variasjoner mellom kommunene og nedslagsfeltene Levanger og Namsos ved:

- Innleggelser pr. 1000 innbyggere pr. kommune:
- Poliklinikk pr. 1000 innb. pr. kommune
- Bruk av St. Olav Hospital for kommuner i Nord-Trøndelag
- Utskrivningsklare pasienter pr. kommune
- Andel utskrevne før kl. 1300 – pr. kommune
- Reinnleggelser pr. kommune

Presentasjonen framlagt i møtet vedlegges protokollen.

Leder for samarbeidsutvalget foreslo at det på neste møte oppnevnes en gruppe for å se nærmere på kommunenes ulike forbruk av helsetjenester. Og at samarbeidsutvalget gir leder for samhandling mandat til å utforme forslag til gruppe.

Vedtak:

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering med følgende tillegg:

Leder for samhandling gis mandat til å utforme forslag til gruppe, som skal se nærmere på kommunenes ulike forbruk av helsetjenester, til neste møte.

Sak 22/2010 Oppnevning av kurskomite til samarbeidskonferansen 28. januar 2011

Protokoll:

Det ble framlagt foreløpig forslag til kurskomite til samarbeidskonferansen på Stiklestad 28. januar 2011.

Vedtak:

Samarbeidsutvalget gir lederen for samhandling fullmakt til å komplettere kurskomiteen. Endelig forslag på kurskomite legges fram for Samarbeidsutvalget i augustmøtet.

SAMARBEIDSUTVALGET

HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG

MØTEPROTOKOLL

Sak 23/2010 Eventuelt

- Samarbeidsutvalget møte i august endres fra 16. til **mandag 30. august 2010**
- Vigdis Kippe orienterte om at Namdal Rehabilitering – Høylandet på grunn av novo virus har hatt stengt en periode, men gjenåpnet for nye inntak 20. mai.
- Repr. fra Fylkesmannen i Nord-Trøndelag Torgeir Skevik foreslo følgende sak til behandling i neste møte: Videreføring av kompetansekoordinatorprosjektet.

Hege Sørli

Arne Ketil Auran

Tomas I. Hallem

Tone Skrove Haugan

Øystein Sende

Vigdis Kippe

Dagfinn Thorsvik

Arne Flaot

Torgeir Skevik

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

DRG-aktivitet (poeng) - 2010		Avvik tom forrige periode	Avvik denne periode	Avvik tom denne periode	Avvik-% tom denne periode	Avvik-% prognose mot budsjett
3200	Kostnadskrevende legemidler utenfor sykehus	0,0	0,0	0,0	0,0 %	0,0 %
3201	Heldøgnpasienter	-201,3	-397,5	-598,8	-6,1 %	0,0 %
3202	Dagpasienter (eks dagkirurgi)	35,3	1,5	36,8	17,2 %	0,0 %
3204	Poliklinikk (inkl dagkirurgi)	-8,7	-78,2	-86,9	-3,8 %	0,0 %
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	-174,7	-474,2	-648,8	-5,2 %	0,0 %
3205	DRG-produksjon - kjøp fra andre regioner	0,0	-21,1	-21,1	-3,1 %	0,0 %
	Sum DRG-poeng "Sørge for"	-174,7	-495,2	-669,9	-5,1 %	0,0 %
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	-174,7	-474,2	-648,8	-5,2 %	0,0 %
321	Gjestepasienter - salg til andre regioner	-67,1	-7,6	-74,7	-10,5 %	0,0 %
	Sum DRG-poeng produsert i egen region	-241,8	-481,8	-723,6	-5,8 %	0,0 %

DRG-aktiviteten i mai er 482 DRG-poeng under plantallene for måneden. Akkumulert aktivitet t.o.m. mai viser et negativt avvik på 724 DRG poeng (-5,8 %). Alle klinikker med unntak av kirurgisk klinikk Namsos og rehabiliteringsklinikken har negative avvik hittil i år. Det er størst absolutt avvik for innlagte heldøgnsopphold, mens dagbehandling og poliklinikk viser noe mindre avvik.

Vi har sett på noen av årsakene til de negative avvikene i den somatiske aktiviteten og ser at om lag 1/3 av avviket skyldes lavere aktivitet i år enn i fjor. Resten av avviket skyldes at planlagt aktivitetsvekst på 1,9 % ikke har slått til, og at årets aktivitet er periodisert slik at hele aktivitetsveksten skulle skjedd i årets 5 første måneder. Med en periodisering mer i samsvar med fjorårets aktivitet ville ikke avviket hittil i år blitt så stort. Det er likevel nødvendig å se nærmere på årsakene til aktivitetssvikten og å iverksette tiltak for å komme ut i samsvar med planlagt aktivitet. Klinikker og avdelinger er i gang med å vurdere slike aktivitetsfremmende tiltak, alternativt å utarbeide kostnadsreducerende tiltak.

1.1.2 Psykisk helsevern (rapporteres tertialvis)

Antall utskrevne pasienter i de psykiatriske avdelingene var litt over plantallene i 1. tertial. Antall polikliniske konsultasjoner var også litt over plantallene i voksenpsykiatrien, men noe under plantallene i barne- og ungdomspsykiatrien.

1.2 Ventetider

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

Av 2 289 nyhenviste er 69,5 % (1 591) innvilget prioritert rett til helsehjelp. Dette er en liten reduksjon i praksis fra foregående måned (72,2 %). Det er grunn til å gjøre oppmerksom på at det innenfor de enkelte tjenesteområdene kan være betydelige forskjeller i tildelingspraksis.

1.2.2 Gjennomsnittlig ventetid – somatikk

Gjennomsnittlig ventetid for pasientgruppen er på 84 dager og er økt fra foregående måned (79 dager).

1.2.3 Fristbrudd for rettighetspasienter (april-tall)

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

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

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

Det er registrert 55 pasienter med prioritert rett til helsehjelp som har ventet mer enn 1 år; - en liten økning fra foregående måned (42). Noen av disse pasientene er ikke reelle ventende.

Ventetider - 2010	Fre- kvens	Forrige periode	Teller denne periode	Nevner denne periode	Denne periode	Endring fra forrige periode
Andel nyhenviste pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp	Mnd	73,3 %	1 591	2 289	69,5 %	-3,8 %
Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede rettighetspasienter innen somatikk	Mnd	79			84	5
Andel fristbrudd for rettighetspasienter (avviklede)	Mnd	17,6 %			#DIV/0!	#DIV/0!
Andel fristbrudd for rettighetspasienter (ventede)	Mnd	8,2 %			#DIV/0!	#DIV/0!
Antall pasienter med rett til nødvendig helsehjelp som har ventet over 1 år	Mnd	42			55	13

N.B.

NPR har pr. d.d. (14.06.10) ikke publisert mai-tallene for andel fristbrudd

1.3 Kvalitetsindikatorer

1.3.1 Epikrisetid

Det er en målsetting at minst 80 % av alle epikriser skal være utsendt innen 7 dager etter at pasienten er utskrevet fra sykehuset. I mai måned var denne andelen 72,4 %. Det er en liten økning i forhold til forrige måned (71,7 %). Gjennom prosjektet tategjenkjenning og andre tiltak arbeides det fortsatt med effektivisering av prosessene rundt ferdigstilling av epikrisene slik at vedtatt mål kan nås. Direktøren har nedsatt egen gruppe for å utarbeide tiltak for å sikre måloppnåelse på denne indikatoren.

1.3.2 Korridorpasienter

Det er en målsetting at vi i hovedsak ikke skal ha korridorpasienter. I mai måned var andelen korridorpasienter 2,1 %. Det er en reduksjon fra resultatet i forrige måned (3,4 %). Direktøren har nedsatt egen gruppe for å utarbeide tiltak for å sikre måloppnåelse på denne indikatoren.

1.3.3 Strykninger

Det er et mål at andel strykninger av elektive operasjoner skal være mindre enn 5 %. I mai måned var andelen strykninger 9,4 %. Det er betydelig høyere enn resultatet i forrige måned (5,4 %). Det er økt fokus på de forskjellige årsakene til at pasienter strykes fra operasjonsprogrammet for gjennom det å innrette tiltak for å redusere omfanget. Direktøren har nedsatt egen gruppe for å utarbeide tiltak for å sikre måloppnåelse på denne indikatoren.

Kvalitetsindikatorer - 2010	Fre- kvens	Forrige periode	Teller denne periode	Nevner denne periode	Denne periode	Endring fra forrige periode
Andel sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning (minst 80%)	Mnd	71,7 %	1 276	1 763	72,4 %	0,7 %
Andel korridorpasienter	Mnd	3,4 %	145	6 946	2,1 %	-1,3 %
Andel strykninger av planlagte operasjoner	Mnd	5,4 %	57	608	9,4 %	4,0 %
Antall pasienter med individuell plan		155				-155
Antall tvangsinnleggelses pr 10 000 innbyggere		1,1			1,8	0,7
Andel tvangsinnleggelses av det samlede antall innleggelses i psykisk helsevern		21,4 %	15	114	13,2 %	-8,2 %

N.B. Antall pasienter med IP rapporteres kun tertialvis

2 Økonomi

2.1 Resultat

Foretakets drift i mai viser et resultat på 7,9 mill kroner. Det er 2,2 mill kroner bak budsjett. Akkumulert er resultatet hittil i år 35,8 mill kroner mot et budsjett på 32,5 mill kroner, dvs. et positivt avvik på 3,3 mill kroner.

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

2.1.1 Inntekter

Lavere inntekter enn budsjettert denne måned er knyttet til betydelig lavere aktivitet enn budsjettert.

2.1.2 Varekostnader

Det er lite avvik i varekostnader mellom regnskap og budsjett denne måneden.

2.1.3 Lønnskostnader

Lønnskostnadene er denne måned litt i overkant av budsjett, mens brutto månedsverk er 7 færre enn budsjettert. Det er foretatt avsetning i regnskapet for en beregnet effekt av lønnsoppgjøret omtrent på nivå med budsjettet. Samlet sett ser det så langt ut til at det er god styring på bruk av personellressursene.

2.1.4 Andre driftskostnader

Under denne kostnadsgruppen er det satt av en buffer for å sikre måloppnåelse hvis det skulle påløpe uforutsette kostnader eller bli svikt i inntektene. Avviket for kostnadsgruppen siste måned er knyttet til aktuelle buffer.

2.1.5 Finansposter

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

Resultatavvik - 2010		Avvik tom forrige periode	Avvik denne periode	Avvik tom denne periode
3	Inntekter	4,5	-5,2	-0,6
4	Varekostnader	-2,5	0,9	-1,7
5	Lønnskostnader	-0,8	-1,1	-1,9
6,7	Andre driftskostnader	1,4	2,4	3,8
8	Finansposter	2,9	0,8	3,7
Årsresultat jf budsjett:		5,5	-2,2	3,3

2.2 Prognose

Prognose årsresultat er lik budsjett, dvs. 0 mill kroner. Prognosen er uendret fra forrige periode. Vi mener at det er stor (> 50 %) sannsynlighet for at foretaket vil nå prognostisert resultat. Dette bygger på resultat hittil i år, periodisering av budsjettet generelt og spesielt periodisering av buffer på om lag 30 mill kroner.

2.2.1 Inntekter

Inntektene prognostiseres likt budsjett.

2.2.2 Varekostnader

Varekostnadene prognostiseres likt budsjett.

2.2.3 Lønnskostnader

Lønnskostnadene prognostiseres likt budsjett.

2.2.4 Andre driftskostnader

Andre driftskostnader prognostiseres likt budsjett.

2.2.5 Finansposter

Finanspostene prognostiseres likt budsjett.

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

2.3 Omstilling

I forbindelse med utarbeiding av budsjett og driftsplaner for 2010 har foretakets klinikker beskrevet omstillingstiltak tilsvarende 58,4 mill kroner. Tiltak tilsvarende 17,6 mill kroner er gjennomført t.o.m. mai. Prognose for økonomisk effekt av gjennomførte budsjetterte tiltak i 2010 er 53,5 mill kroner.

2.4 Likviditet

Foretakets likviditet er noe bedre enn budsjettet og prognostiseres også å bli omtrent som eller bedre enn budsjettet ved årets utgang.

2.5 Investeringer (rapporteres tertialvis)

Foretakets investeringsbudsjett for 2010:

Økt egenkapitalinnskudd KLP	5,0 mill kr
Psykatriprosjekt, Namsos	50,0 mill kr
Div. invest. HMS, enøk, vedl.h.invest.	7,0 mill kr
<u>Medisinsk-teknisk og teknisk utstyr</u>	<u>18,0 mill kr</u>
<u>Sum investeringer i 2010</u>	<u>80,0 mill kr</u>

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

2.6 Raskere tilbake

Det er så langt i år godt samsvar mellom tildelte rammer og utført aktivitet.

2.7 Tiltak for arbeid

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

3 HR

3.1 Bemanning/innleie

Bemanning – 2010	Samme periode forrige år	Forrige periode	Denne periode	Endring samme periode forrige år	Endring siste periode	Budsjett denne periode	Avvik ift budsjett
Fast lønn	2 157,1	2 169,5	2 166,9	9,8	-2,5	2 173,1	-6,2
Variabel lønn	88,6	74,8	73,9	-14,7	-0,9	74,7	-0,8
Sum innleie helsepersonell (i 1.000 kr)	264,0	1 010,0	750,0	486,0	-260,0	650,0	100,0
• Innleie leger							
• Innleie sykepleiere							
• Innleie annet helsepersonell							
Psykatri	456,7	473,4	469,0	12,3	-4,4	480,5	-11,5
Øvrig virksomhet	1 789,0	1 770,9	1 771,8	-17,2	0,9	1 767,3	4,5
Samlet for foretaket:	2 245,7	2 244,3	2 240,8	-4,9	-3,5	2 247,8	-7,0

Tallene i tabellen ovenfor er basert på budsjett og lønnskube for mai. Tabellen viser at brutto månedsværk i mai lå 7 under budsjett; 6 færre faste månedsværk og 1 færre variabelt månedsværk enn budsjettet. Det var i mai 11,5 færre

månedssverk i psykiatrien og 4,5 flere i somatikken enn budsjettet. Avviket i psykiatrien skyldes at flere nytilsatte medarbeidere tiltrer senere enn planlagt.

Akkumulerte brutto månedssverk t.o.m. mai var 3 færre enn budsjettet og 16 flere enn for samme periode i fjor.

3.2 Sykefravær

Sykefravær snitt (%) – 2010	Samme periode forrige år	Forrige periode	Denne periode	Endring samme periode forrige år	Endring siste periode	Mål denne periode	Avvik ift mål
HNT HF	7,5	8,0	7,6	0,1	-0,4	8,2	-0,6
Samlet for foretaket:	7,5	8,0	7,6	0,1	-0,4	8,2	-0,6

Sykefraværet for HNT var i mai 7,6 %. Det er en liten reduksjon i forhold til forrige måned, men en liten økning i forhold til samme måned i fjor. Sykefraværet har hittil i år vært 8,2 % mot 8,1 % for samme periode i fjor. Det arbeides kontinuerlig med tiltak for å redusere sykefraværet.

4 Generell vurdering

Etter 5 måneders drift har vi fått et godt bilde av årets drift og økonomi sammenholdt med vedtatte planer og budsjett. Aktiviteten i januar, februar og mai viste betydelig svikt i forhold til planlagt (periodisert) DRG-aktivitet, mens aktiviteten i mars og april var litt i overkant av planene. Med en relativt hard periodisering av aktiviteten til årets første måneder forventes det så langt at årets planlagte aktivitet skal nås. Det arbeides med tiltak for at det skal skje.

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

Levanger, 14.06.10

Arne Flaatt
adm. dir.
sign.