

Styrets medlemmer

**Vår ref.:** 2010/53 - 948/2010  
**Deres ref.:**  
**Arkiv:** 012  
**Dato :** 13.01.2010

### **Innkalling til styremøte 210110**

**Møtedato:** Torsdag 21. januar 2010 kl. 1000

**Møtested:** Sykehuset Levanger - Arken

- Sak 01/2010** Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 17.12.09
- Sak 02/2010** Årlig melding 2009 for Helse Nord-Trøndelag HF
- Sak 03/2010** Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge RHF 2009 - 2014
- Sak 04/2010** Orienteringssaker
1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 17.12.09 og 14.01.10
  2. Orientering om rehabilitering
  3. Orientering om drift desember 2009
  4. Andre orienteringer

Med hilsen

Steinar Aspli  
Styreleder  
Sign.

Kopi:  
Styrets varamedlemmer

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

Møtetid: 17.12 2009 kl. 10.00 – 15.00  
Møtested: Sykehuset Namsos  
Saksnr.: 39/2009 – 45/2009  
Arkivsaksnr: 2009/3047

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende medlemmer:

Steinar Aspli  
Jørgen Selmer  
Siw Bleikvassli  
Margrete Mære Husby  
Reidar Viken  
Inger Anne Holm  
Peter Himø  
Rolf G. Larsen

Forfall:

Inger Marit Eira-Åhren  
Torgeir Schmidt-Melbye  
Asbjørn Hofslie

Fra Brukerutvalget møtte: Ingen  
Fra Samarbeidsutvalget møtte: Hege Sørli

Fra administrasjonen møtte:

Adm. direktør	Arne Flaot
Ass. direktør	Mads Einar Berg
Helsefaglig rådgiver	Dagfinn Thorsvik
Helsefaglig rådgiver	Øivind Stenvik
Økonomisjef	Tormod Gilberg
Informasjonssjef	Trond G. Skillingstad (referent)

Merknader til møtet: Ingen merknader.

Merknader til innkalling og sakliste: Ingen merknader

Innkalling utsendt pr. e-post 10.12 2009. Saksframlegg publisert på internettløsningen for styresaker.

## **Sak 39/2009 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 19.11 2009**

### **Protokoll**

Steinar Aspli viste til protokollen.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

### **Vedtak**

Møteprotokoll fra styremøte 19.11 2009 godkjennes uten anmerkninger.

---

## **Sak 40/2009 Strategi 2016, Strategisk del**

### **Protokoll**

Administrerende direktør orienterte om strategiprosessen i Helse Nord-Trøndelag, og utkastet som legges fram for styret som første gangs behandling.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

### **Vedtak**

1. Styret i Helse Nord-Trøndelag HF tar saken til orientering og ber administrerende direktør videreføre arbeidet etter den prosess som er foreslått med sikte på sluttbehandling i styret i mars 2010.
  2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF ber om at synspunkter fremkommet i styremøtet taes med i den videre behandling av saken.
  3. Styret ber om at følgende videreutvikles i strategiplanen:
    - Tydeliggjøring av samarbeidet med kommunene og konsekvenser av aktuelle økonomimodeller, samt utviklingen innenfor rehabiliteringskapasiteten
    - Tydelig informasjon for å sikre trygghet i befolkningen for gode spesialisthelsetjenester
    - Mål om at Helse Nord-Trøndelag opprettholder fødeavdelinger og akutfunksjoner ved begge sykehus
    - Strategien knyttet til små fagmiljø må ses i lys av den regionale oppgave- og funksjonsfordelingen
    - Medvirkning blant medarbeiderne
    - Mål for arbeidet med sykefravær
- 

## **Sak 41/2009 Sammenslåing av hjerteovervåking og intensiv på Sykehuset Levanger**

### **Protokoll**

Kristian Eldnes presenterte hovedtrekkene i prosjektet. Eldnes viste til gevinster som skal oppnås, motforestillinger i prosjektet samt de økonomiske totalvurderingene som er gjort.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

### **Vedtak**

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF godkjenner prosjektet sammenslåing av intensiv og hjerteovervåkingen med en kostnadsramme i forhold til ombygginger på 22,5 millioner kroner samt større utstyr på 5 mill. kroner.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF ber administrerende direktør følge opp arbeidet med å få finansiert prosjektet gjennom Helse Midt-Norge RHF sitt investeringsprogram.

3. Styret for Helse Nord Trøndelag HF ber administrerende direktør å videreføre prosjektering og gjennomføring av prosjektet etter at finansiering er godkjent av Helse Midt-Norge RHF.
- 

#### **Sak 42/2009 Eksterne tilsyn 2009**

##### **Protokoll**

Administrerende direktør orienterte om at praksis har vært å samle opp tilsynsrapporter til en samlet gjennomgang i styret. Forslag til vedtak legger opp til at praksisen endres i 2010, slik at tilsynsrapporter framlegges løpende.

Tor Ivar Stamnes gikk gjennom tilsynene som er gjennomført i 2009, og gjorde rede for status i arbeidet med å lukke avvik og merknader.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

##### **Vedtak**

Styret for Helse Nord-Trøndelag tar orienteringen til etterretning.

Styret har merket seg at det er en betydelig aktivitet inne dette området og ser det derfor hensiktsmessig å få framlagt oversikt fortløpende.

---

#### **Sak 43/2009 Budsjett 2010**

##### **Protokoll**

Tormod Gilberg ga en redegjørelse med oppdaterte rammebetingelser innen økonomi og aktivitet, samt endringer i driften som følge av budsjettet.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

##### **Vedtak**

Styret vedtar framlagte budsjett for 2010 med tilhørende driftsopplegg. Budsjettet er basert på fastsatte rammer og styringssignal fra eier, herunder et resultatkrav på 0.

Styret ber administrerende direktør styrke det faglige samarbeidet mellom sykehusene og kommunene for å understøtte endringer som følger av budsjettet for 2010.

Styret ber administrerende direktør justere driftsrapportering med indikatorer som fanger opp utfordringsområder knyttet til neste års drift.

---

#### **Sak 44/2009 Sammensetning og oppnevning av Brukerutvalg i Helse Nord-Trøndelag 2010-2011**

##### **Protokoll**

Administrerende direktør gjorde rede for prosessen med invitasjon til å foreslå medlemmer, samt vurderinger som er gjort ved utvelgelse.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

##### **Vedtak**



# HELSE NORD-TRØNDELAG HF

## STYRET

Sak 02/2010 Årlig melding 2009 for Helse Nord-Trøndelag HF

---

<b>Saken behandles i:</b> Styret	<b>Møtedato</b> 210110	<b>Møtesaksnummer</b> 02/2010
<b>Saksbeh:</b> Kristian Eldnes		
<b>Arkivkode:</b> 012		
<b>Saksmappe:</b> 2010/53		

---

### ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF vedtar Årlig melding 2009. Årlig melding 2009 oversendes Helse Midt-Norge RHF.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF vil oversende ny strategi 2016 etter mars 2010 til Helse Midt-Norge RHF.
3. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF forutsetter at strategi 2016 og strategi 2020 vil kunne gi ytterligere svar på hvordan en kan møte faglige og økonomiske utfordringer fram i tid i Helse Nord-Trøndelag HF

## **SAKSUTREDNING:**

### **Sak 02/2010 Årlig melding 2009 for Helse Nord-Trøndelag HF**

## **VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

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

1. Årlig melding 2009 for Helse Nord-Trøndelag HF, hoveddokument
2. Styringsdokument 2009, årsrapport pr.31.12.09
3. Årsrapport på foretaksmøteprotokoll pr.31.12.09
4. Oversikt Eksterne tilsyn

### **Utrykte vedlegg i saksmappen**

1. Styringsdokument 2009 for Helse Nord-Trøndelag HF
2. Protokoll fra foretaksmøte med Helse Nord-Trøndelag HF

## **GJELDENDE FORUTSETNINGER**

Helse Nord-Trøndelag HF fikk overlevert Styringsdokument for 2009 i foretaksmøte 23.02. 2009.

Styringsdokumentet bygger på

- Oppdragsdokument 2009 fra HOD til HMN
- Strategier og handlingsplaner vedtatt av styret for HMN RHF

I tillegg skal Helse Nord-Trøndelag HF følge opp krav fra foretaksmøter og tidligere styringskrav.

Årlig melding 2009 er styrets årsrapportering på styringskravene i styringsdokumentet 2009 og Protokoll fra Foretaksmøte med Helse Nord-Trøndelag HF av 23.02.09.

I tråd med Helseforetaksloven § 34 og Vedtekter for Helse Nord-Trøndelag, består årlig melding av

- Styrets rapport – rapportering på styringskravene hvor det gjøres rede for oppgaveløsning og resultater knyttet til bevilgningen for 2009
- Styrets planer – av strategisk og overordnet karakter som viser hovedtrekkene i framtidig virksomhet i samsvar med vedtatte strategier (2-3 års perspektiv).
- En oppsummering med vurdering av ressursbehov og forslag til finansiering.

Årlig melding er styrets viktigste formelle tilbakemelding til eier i forhold til å gjøre rede for hvordan bevilgningen er brukt i inneværende år, og i forhold til å beskrive og begrunne ressursbehovene de neste 2-3 årene. Slik kan man påvirke helsepolitikken, neste års statsbudsjett og påfølgende styringsdokument 2011.

## **FAKTISKE OPPLYSNINGER OG DRØFTING**

Administrerende direktør har i sin oppfølging av eiers samlede styringsbudskap for 2009 lagt til rette for at budskapet skal forankres i helseforetaket.

Operasjonalisering og ansvarsavklaring som er foretatt av alle tiltak i styringsdokumentet og protokoll for foretaksmøtet skal sørge for at tiltakene blir fulgt opp og vurdert for iverksetting og gjennomføring samt at nødvendige rapporteringsdata blir levert til rett tid.

Ansvarlige skal også sørge for å gjøre risikovurderinger og ha risikostyring på sine områder.

En enkel form for risikovurdering av hvert enkelt oppfølgingspunkt i oppdraget fra Helse og omsorgsdepartementet er brukt av Helse Midt-Norge RHF.

Helse Nord-Trøndelag HF har brukt samme modell:

### Risikovurdering og –styring

RØD	Sannsynligheten for å komme i mål er liten og/eller krever tett oppfølging fra HF.	Eks. Korridorpasienter, Epikrisetid, ventetid
GUL	Antar at mål kan nås/tiltak kan gjennomføres, men det kreves noe oppfølging av HF ledelsen eller klinikkledelsen	Eks. Orienterer klinikkene om nye retningslinjer for "Riktigere prioritering" + stille krav om implementering.
GRØNN	Går av seg selv så lenge kravet er formidlet til klinikk/stabsenhet i styringsdokument, foretaksmøteprotokoll, lederavtale eller budsjett  Eller kravet anses som allerede ivaretatt, eller godt innarbeidet i HF ets rutiner.  Eneste som kreves av HF er å sjekke rapportering fra klinikker og stabsenheter og videreformidle til RHF.	Eks. Sikre brukermedvirkning.

Det viktigste med denne gjennomgangen har vært å peke ut de mest kritiske områdene, de røde, for at en så raskt som mulig skal kunne vurdere handlingsrommet HF et har for å påvirke situasjonen eller utviklingen slik at sannsynligheten for å komme i mål, eller innfri krav og forventninger, ØKER.

Hensikten med å foreta en enkel versjon av risikovurdering av hvert enkelt oppfølgingspunkt, er å få en oversikt over hvilke tiltak som krever særlig oppmerksomhet fra Administrerende direktør



for å være i stand til å kunne utkvitte alle punktene i styringsdokumentet og foretaksmøteprotokollen ved tertialrapporteringen og når en ved utgangen av 2009 skal rapportere til Helse Midt-Norge RHF i årlig melding.

### ***Styrets rapport***

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF har hatt som sak oppfølging av eiers samlede styringsbudskap i mai og i september. Begge ganger foretok styret en samlet gjennomgang og risikovurdering av alle styringskrav i forhold til måloppnåelse og det ble vist til tiltak for oppfølging og områder som krever særskilt oppmerksomhet.

Styrets rapport ved årets slutt viser at Helse Nord-Trøndelag HF oppfyller mange viktige resultatkrav og målområder i 2009.

Spesielt bør det være grunnlag for at man er fornøyd med at de omstillinger og effektiviseringstiltak som ble satt i verk i 2009 har gitt effekt slik at en kan innfri kravet om et økonomisk resultat på + 40 mill.kr.

Fortsatt er ventetiden for lang innafor en del områder i Helse Nord-Trøndelag og vi har for mange fristbrudd. Det er også utfordringer knytta til å rekruttere spesialister innafor en del områder. Disse områdene er diskutert og tatt med i planer for 2010 og i strategiplanarbeidet.

### ***Styrets planer***

Styrets rapport viser at Helse Nord-Trøndelag HF står overfor tøffe omstillingskrav i 2010 på i størrelsesorden 50-60 mill.kr. Disse omstillingene planlegges det for å gjennomføre.

Styret for Helse Nord-Trøndelag igangsatte i 2009 et arbeid med å utforme en strategisk plan mot 2016 for foretaket. Dette ble gjort før Helse Midt-Norge igangsatte sitt strategiarbeid med strategi 2020.

I strategiarbeidet er det utarbeidet planer for å møte utfordringene fremover.

Strategi 2016 i Helse Nord-Trøndelag er foreløpig et utkast til plan som i skrivende stund er på høring.

Disse planforslagene er tatt med og lagt til grunn i styrets planer i denne årlige meldingen.

Strategisk plan for Helse Nord-Trøndelag 2010-2016 vil sluttbehandles i styret i mars 2010.

## **ØKONOMISKE KONSEKVENSER**

I 2010 har Helse Nord-Trøndelag vedtatt et budsjett med behov for omstillingstiltak på 58,4 mill.kr. for å komme i balanse.

Videre er det antydnet i strategiplanforslaget mot 2016 at det vil være behov for å effektivisere driften med 1,5 % av brutto driftsutgifter årlig. (Om lag 30 mill.kr. årlig.) Disse kravene er relatert til nye utfordringer knyttet til endret pasientsammensetning, sykdomsbilde og nye tilbud.

For å kunne gjennomføre nevnte årlige effektivisering vil det være nødvendig med noen bygningsmessige investeringer. Det ser så langt ut til at behovet for investeringsmidler skal kunne dekkes innen rammen for foretakets avskrivningsmidler (om lag 90 mill kroner pr. år), og at det derfor ikke vil være behov for lånefinansiering av investeringene.

## KONKLUSJON

Oppfølging av eiers samlede styringsbudskap anses som omfattende og krevende innenfor de økonomiske rammer som er stilt til disposisjon.

En er tilfreds med resultatene innen pasientbehandling, opplæring, utdanning og forskning i 2009. De ansatte i Helse Nord-Trøndelag HF har gjort en stor innsats.

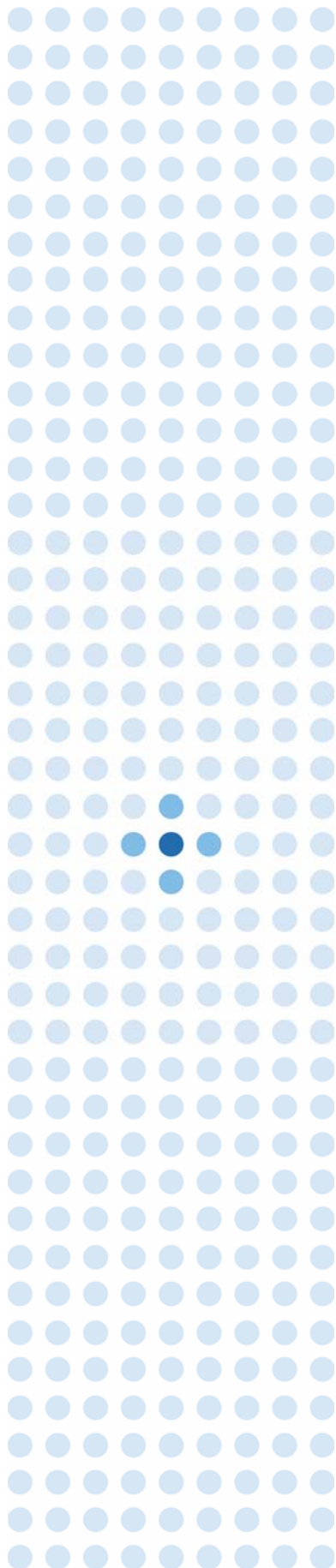
De uløste utfordringene er forsøkt skissert i forbindelse med budsjett for 2010 og strategi 2016.

De nærmeste årene vil bli svært krevende.

Administrerende direktør vurderer at de største truslene mot et likeverdig spesialisthelsetjenestetilbud i regionen er knyttet til hvorvidt en blir i stand til å løse de utfordringene som er relatert til store investeringer, med påfølgende avskrivninger og et høyere rentenivå enn vi har i dag. Skal kvaliteten på tilbudene i spesialisthelsetjenesten kunne opprettholdes må tilstrekkelig antall helsepersonell utdannes og kritisk kompetanse tilføres.

Levanger, 14.januar 2010

Arne Flaot  
Adm.direktør  
Sign.



# Årlig melding 2009 Helse Nord-Trøndelag HF - hoveddokument

Levanger, 14.01.10 Kr El



## Innhold

---

### DEL 1 – Innledning

1	Visjon, hovedoppgaver og verdigrunnlag	s.3
---	--	-----

### Del II – Rapport for 2009

2	Sammendrag Styrets rapport 2009	s.4
3	Internkontroll og styrets arbeid i 2008	
3.1	Ledelsens gjennomgåelse 2008 – satsningsområder i 2009	s.9
3.2	Eksterne tilsyn i 2009	s.11

### Del III – Styrets plandokument

4	Utviklingstrender og rammebetingelser	
4.1	Utviklingstrender	s.12
4.2	Økonomiske rammeforutsetninger	s.14
4.3	Personell og kompetanse	s.14
4.4	Andre utfordringsområder	s.14
5	Helseforetakets strategier og planer	
5.1	Bakgrunn	s.15
5.2	Strategier og planer	s.15
5.3	Fra strategi 2016 – til konkrete planer for 2010 og videre	s.21

**Vedlegg 2**    **Rapportering i forhold til Styringsdokument 2009**

**Vedlegg 3**    **Rapportering i forhold til Foretaksmøteprotokoll 2009**

**Vedlegg 4**    **Oversikt over eksterne tilsyn 2009**



## DEL I – INNLEDNING

### 1 Hovedoppgaver, verdigrunnlag og visjon

Helse Nord-Trøndelag HF er et helseforetak i Helse Midt-Norge RHF, og følger de overordna planer, strategier og vedtak som ”konsernet” bestemmer.

Helse Nord-Trøndelag HF eies av Helse Midt-Norge RHF.

#### Hovedoppgaver

Pasientbehandling, opplæring av pasienter og pårørende, forskning og utdanning av helsepersonell er helseforetakets fire hovedoppgaver, definert i Lov om spesialisthelsetjenesten.

#### Verdigrunnlag

Helse Nord-Trøndelag HF har samme verdigrunnlag som Helse Midt-Norge. *Trygghet, respekt og kvalitet.*

#### Visjon

Visjonen (ledestjerna) som Helse Nord-Trøndelag HF strekker seg mot er den samme som for Helse Midt-Norge RHF. *På lag med deg for din helse.*

#### Regionale funksjoner

Helse Nord-Trøndelag har regionale oppgaver i Midt-Norge på ”Spiseforstyrrelser for barn- og unge.” Foretaket har fått øremerkede midler for å foreta fedmeoperasjoner.

#### Lokalsykehus for Nord-Trøndelag samt Roan og Osen kommuner i Sør-Trøndelag

Helse Nord-Trøndelag skal ivareta lokalsykehusfunksjonen for innbyggerne i Nord-Trøndelag og har som mål å ha et likeverdig tilbud til befolkningen.



## DEL II – RAPPORT FOR 2009

### 2. Sammendrag styrets rapport 2009

#### *Mål*

Styret i Helse Nord-Trøndelag skal utføre pålagte oppgaver og påse at styringskravene blir gjennomført innenfor de rammer og mål som er gitt og de ressurser som blir stilt til rådighet i styringsdokumentet for 2009.

Budsjett for foretaket ble vedtatt før årsskiftet. Styret satte seg som mål at resultatkrav og aktivitetskrav skulle overholdes. Det reviderte resultatkravet for 2009 ble satt til + 40,0 mill.kr. Opprinnelig var det på + 31.1 mill.kr.

Styret har satt seg som mål å arbeide systematisk gjennom året for å innfri styringskravene, med fokus og rapportering på 4 hovedområder:

Hovedområder	Styringsindikatorer det er rapportert på
Drift	Økonomisk resultat, Aktivitet, Utvikling månedsverk
Kvalitet	Korridorpasienter, Strykninger fra operasjonsplan, Gjennomsnittlig ventetid, Andel fristbrudd, Ventetid vurdering BUP
Medarbeider	Sykefravær, Andel ventetid
Samhandling	Epikriser sendt ut innen 7 dager, Poliklinikknotat sendt ut innen 7 dager, Liggedøgn utskrivningsklare pasienter, Andel utskrevne pasienter før kl.13.00

#### *Drift*

Helse Nord-Trøndelag ser ut til å lykkes med ett av de viktigste styringskravene fra eier i 2009, nemlig det økonomiske resultatkravet på overskudd 40 mill.kr.

Prognosen pr. utgangen av november er at vi klarer + 40,0 mill.kr.

*Pr. 31.11.09 viser regnskapet*

Økonomisk resultat ved utgangen av november (akk) (overskudd)

*Regnskap*

47,78 mill.kr

#### *Aktivitet*

DRG-aktiviteten innen somatisk virksomhet ser ut til å bli om lag 2 % lavere enn budsjett for 2009. (Ca. 450 DRG-poeng.) Innen poliklinisk virksomhet på somatisk område er det en reduksjon i aktivitet på over 10 % i forhold til budsjett for 2009.



Innen voksenpsykiatrien har aktiviteten vært jevnt høy hele året. Antall utskrivninger er pr. 31.11.09 176 flere enn i 2008 og antall polikliniske konsultasjoner er 1 % over det som var budsjettert. Innen BUP har antallet utskrevne pasienter økt mens polikliniske tiltak og antall liggedøgn har gått ned.

I hvilken grad økningen innen psykisk helsevern er større enn somatisk virksomhet avhenger av hvilke parameter som legges inn i beregningen. Sentrale føringer på hvordan dette skal beregnes foreligger ikke.

### ***Bemanning***

Brutto utbetalte månedsverk pr. sept.09 var 2260. Målet var 2215 på samme tid.

Ordningen med tett oppfølging av bemanningsutviklingen videreføres. Årsplanlegging og aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging skal bidra til at aktivitetsplaner, bemanningsplaner og individuelle arbeidsplaner henger sammen med henblikk på mest mulig rasjonell ressursbruk.

### ***Kvalitetsindikatorer som styret har hatt spesiell fokus på i 2009***

- *Ventetider:*  
Innenfor somatikken er det små endringer i samla ventetid i løpet av året. Variasjon gjennom året og mellom de ulike spesialitetene er relativt stor.  
Innen psykisk helsevern for voksne har ventetiden vært stabil fra 1. til 2. tertial selv om det har vært noe variasjon i en del måneder.  
I rusomsorgen har ventetidene gått ned fra 1. til 2. tertial mens den har økt innenfor barne- og ungdomspsykiatrien. Andelen henviste som blir vurdert innen 10 dager i BUP har ligget på 90-95 % i aug, sept, okt og nov.
- *Epikriser:*  
Andelen epikriser som er sendt innen 7 dager lå etter 1. tertial på 70 % og den var økt til 75 % etter 2.tertial. Psykiatrien og kirurgisk klinikk på Namsos klarer kravet på 80 %.  
Det forventes at målet nås i løpet av 2010 for hele foretaket når innføring av talejerkjenning eliminerer flaskehalsen skrivetid.
- *Strykninger på operasjonsprogrammet:*  
Andel strykninger var akkumulert ved 2.tertial på vel 8,5 % for hele foretaket. Etter 1. tertial var den på 9,2 %. Arbeidet med å fjerne flaskehals og forbedre logistikken fortsetter og det ledelsesmessige fokuset opprettholdes.
- *Korridorbelegg*  
Antallet korridorpasienter er redusert. Ved 2.tertial var det redusert til 1,4 %. Dette har sammenheng med stadig kortere liggetid og færre pasienter enn planlagt. Arbeidet med pasientforløp og tiltak som observasjonsenhet ved sykehusene og DMS på Stjørdal gir effekt.



- *Rett til nødvendig helsehjelp og fristbrudd:*  
Andel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp er høy i Nord-Trøndelag. Både ved 1.- og 2.tertial var det høyere andel som fikk innvilget rett til nødvendig helsehjelp enn i 2008. 85,1 % etter 1.tertial (84,7 % i 2008) og 81,1 % etter 2. tertial (80,9 % i 2008).  
Det er en økende andel fristbrudd i Helse Nord-Trøndelag fra 1.tertial til 2.tertial.  
At flere prioriteringsveiledere blir tatt i bruk vil bidra til mer rettferdig fordeling av helsehjelp, og bedre pasientlogistikk og hensiktsmessig dreining av personallressurser vil gi færre fristbrudd.
- *Individuell plan:*  
Andel pasienter som får tildelt individuell plan var etter 1.tertial på 32,6 % og etter 2.tertial var den på 30,9 %. Elektronisk individuell plan vurderes som en forutsetning for at antallet skal kunne økes vesentlig. Det er fortsatt et begrenset antall kommuner som bruker verktøyet (SAMPRO) og heller ikke HF har tatt dette i bruk.
- *Sykefravær:*  
Sykefraværet var etter 2.tertial på 8,2 % og har vært økende på slutten av året.  
IA-avtalen reforhandles nå og det har vært et utvalg i arbeid som har fremmet forslag på tiltak for å fremme et inkluderende arbeidsliv i Helse Nord-Trøndelag HF.  
Flere tiltak er iverksatt.

#### *Områder med særskilt fokus*

- *Psykisk helsevern*

Psykisk helsevern i Helse Nord-Trøndelag har i 2009 hatt utfordringer i forhold til økonomisk balanse, stor geografisk spredning på tjenestetilbudet og opprettholding av fagkompetanse på DPS Kolvereid. Klinikken er organisert gjennomgående og er fremdeles ISO sertifisert. DPS tilsynet viste 0 avvik og 0 merknader. Klinikken har ellers utført et stort arbeid med å lage felles inntaksprosess for poliklinisk behandling i hele klinikken gjennom bruk av metodikken standardiserte pasientforløp.

For å samle fagmiljø og videreutvikle pasientbehandlingen er det i 2009 igangsatt utbygging på Namsos som på sikt kan samle all spesialisthelsetjeneste i Namdalen.

Avtalen med Betania Sparbu avvikles og ressursene for ambulant virksomhet innen psykosebehandling og alderspsykiatri økes for å kunne gi denne pasientgruppen et alternativt, men forhåpentligvis også et bedre faglig tilbud.

Det er også behov for en utbygging på Levanger for å kunne møte kravet om enerom til alle, få på plass senger til alderspsykiatri og rus.

Psykisk helsevern er prioritert for tildeling av friske midler i 2010, dette er knyttet til produktivitetsvekst. Det legges opp til en betydelig vekst innen poliklinikk og ambulerende virksomhet. Vi ønsker også å redusere ventetiden. Antall senger vil bli redusert (grunnet Betania avtalens opphør). Antall liggedøgn vil sansynligvis bli redusert, men vi sikter på å opprettholde antall utskrivninger.





I 2010 planlegges styrking av poliklinikk og ambulant virksomhet, spesielt på Levanger.

- *Tverrfaglig spesialisert Rusbehandling*

Avdeling for rusrelatert psykiatri, ARP, er gjennomgående med poliklinikkteam både i Namsos og på Levanger. ARP arbeider med produktivitetsøkning og mer strømlinjeforming av tilbudet som resten av klinikken. Det planlegges en rusenhet i Nord-Trøndelag i samarbeid med rusforetaket. Dette forutsetter investeringsmidler.

- *Habilitering*

Habiliteringstjenesten for voksne er organisert i psykiatrisk klinikk. Tjenesten er delt i et nevropsykiatrisk team og et PUH team. Tjenesten er lokalisert på Levanger, men betjener hele fylket. Habiliteringstjenesten har et funksjonelt samarbeid med Habiliteringstjenesten for barn (organisert i barneavdelingen) og rehabiliteringsavdelingen.

I 2010 vil enheten bli styrket med 50% overlege.

- *Rehabilitering*

I Helse Nord-Trøndelag har en opprettet ett felles inntakskontor for rehabilitering. Dette ble gjennomført som følge av et større rehabiliteringsprosjekt som gikk i samarbeid med de fire private rehabiliteringsinstitusjonene i fylket. Målet er at rehabilitering starter første dag etter innleggelse. Slagbehandlingskjeden er ett av flere eksempler som kan nevnes.

Etter Helse Midt-Norges nye avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner har en i Nord-Trøndelag fått færre plasser i de private institusjonene. Dette blir en utfordring for spesialisthelsetjenesten i Nord-Trøndelag.

- *Samhandling med kommunene*

En rekke samhandlingstiltak er satt i verk de siste årene og flere planlegges

- DMS Stjørdal ble opprettet som et samarbeidsprosjekt med Stjørdal kommune og har tidvis fungert som et "Nasjonalt referanseprosjekt".
- Et tverrfaglig utdanningsopplegg i samarbeid med kommunene i Namdalen og HINT. EINA har fungert i flere år. Nå forsøkes det å få til en tilsvarende ordning i sørdelen av fylket.
- Innafor flere områder er det opprettet ambulante team som samarbeider med kommunene. Eksempelvis innafor både voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien.
- Det planlegges et nytt DMS på Steinkjer. Innherred DMS. Intensjonsavtale er inngått med flere kommuner. Plan om oppstart i 2010.
- Midtre Namdal Samkommune er et nytt prosjekt som planlegges med utgangspunkt i Namsos og Overhalla kommuner. Flere kommuner er aktuelle. Her foreslås en rekke samhandlingstiltak og helseforetaket forutsettes å være samarbeidspartner.
- I strategiplan 2010-2016 er det foreslått at Helse Nord-Trøndelag skal utvikle en egen samhandlingsstrategi i samarbeid med kommunene gjennom samarbeidsutvalget. Det er ambisjoner om at planen med handlingsretta tiltaksforslag skal foreligge i juni 2010.



### *Pasientforløp*

Arbeidet med pasientforløp både internt i Helse Nord-Trøndelag HF og på tvers av forvaltningsnivå skal blant annet bidra til større forutsigbarhet knyttet til samhandling og veiledning. Målet er økt pasientopplevd kvalitet og god samhandling med våre samarbeidspartnere.

Helse Nord-Trøndelag har gjennomført en del forbedringsprosjekt blant annet gjennom prosjektet ”Bedre sykehus”. Arbeidet vil bli intensivert og videreført.

### *Opplæring av pasienter og pårørende*

Sykehuset Namsos etablerte 01.08.1999 et Lærings- og mestringssenter (LMS) som nummer tre i Norge. Senteret var det første i vår helseregion. Kontor, under samme senter, etablert ved Sykehuset Levanger 06.12.2001.

Et Lærings- og mestringssenter (LMS) er et supplement til pasientopplæringen som gis på sykehusene og i kommunehelsetjenesten. LMS har fire funksjonsområder:

- Samarbeidsverksted og møteplass

Senteret er en nøytral møteplass hvor ulike grupper helsepersonell og brukere samarbeider og lærer av hverandre gjennom samhandling om pasient- og pårørende opplæring. Det gies gruppeopplæring, temamøter/dager, kursvirksomhet, likemannsarbeid og møtevirksomhet i regi av brukerorganisasjonene.

- Lærested

Senteret er et sted hvor personer med kroniske sykdom/funksjonsnedsettelse og deres pårørende kan lære om sykdommen/funksjonsnedsettelsen for å mestre hverdagen.

- Helsepedagogikk

Senteret bidrar til å øke helsearbeidernes bevissthet om og evne til å formidle sin fagkunnskap om sykdommen og funksjonsnedsettelse på en slik måte at det stimulerer til økt selvstendighet og egeninnsats hos brukerne.

- Informasjonssenter

Senteret er et aktivt informasjonssenter med brosjyrer, tidsskrift og litteratur om kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse. LMS gir også veiledning i å finne aktuell informasjon.

### *Brukermedvirkning*

Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag har hatt regelmessige møter og gitt innspill. En representant for brukerutvalget har møtt i styremøtene i Helse Nord-Trøndelag HF. Psykiatrisk klinikk har prøvd ut og vil nå opprette et permanent brukerforum.

Brukerrepresentanter har bidratt med sin kompetanse i ulike utvalg og komiteer.

### *Konklusjon*

Styrets rapport ved årets slutt viser at Helse Nord-Trøndelag HF oppfyller mange viktige resultatkrav og målområder i 2009.

Spesielt er en fornøyd med at de omstillinger og effektiviseringstiltak som ble satt i verk i 2009 har gitt effekt slik at en kan innfri kravet om et økonomisk resultat på + 40 mill.kr.



Fortsatt er ventetiden for lang innafor en del områder i Helse Nord-Trøndelag og vi har for mange fristbrudd. Det er også utfordringer knytta til å rekruttere spesialister innafor en del områder.

En må likevel i hovedsak kunne si seg tilfreds med resultatene innen pasientbehandling, opplæring, utdanning og forskning i 2009. De ansatte i Helse Nord-Trøndelag HF har gjort en stor innsats. De uløste utfordringene er forsøkt skissert i forbindelse med budsjett for 2010 og strategi 2016.

### **3. Internkontroll og styrets arbeid i 2009**

#### **3.1 Internkontroll og Ledelsens gjennomgang 2009**

Gjennomgangen omfattet områdene pasientsikkerhet, arbeidsmiljø, brannvern, strålevern, mattrygghet, informasjonssikkerhet, smittevern og vern av ytre miljø (avfallsbehandling).

Administrerende direktør holdt ”Ledelsens gjennomgang” i mars, med et oppfølgingsseminar i november 2009.

Ledelsens gjennomgang bygger på beskrivelsen i NS-EN-ISO 9001 og er bygd opp slik:

#### **Gjeldende forutsetninger**

Vurderingene bygger på myndighetskrav, bla.: Helselovgivningen, Personopplysningsloven, Arbeidsmiljøloven, samt Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten. Det forutsettes også at det blir holdt et seminar for fortaksledelsen i oktober. Økonomisystemene behandles ikke i denne gjennomgangen.

#### **Bakgrunn**

Det følger bla. av gjeldene lover, forskrifter og interne krav at kvalitets/internkontrollsystemet skal gjennomgås med faste mellomrom for å se om det er hensiktsmessig og om de mål foretaket har satt blir innfridd.

Videre forsterkes dette kravet gjennom ISO-sertifisert- og akkreditert enhet.

#### **Gjennomgang tar bla. utgangspunkt i:**

- Interne og eksterne revisjoner, samt 2.partsrevisjoner
- Gjennomførte ROS-vurderinger
- Prosessytelse og produktoverensstemmelse
- Referat fra Kvalitetsutvalget og Arbeidsmiljøutvalget
- Tilbakemeldinger eksternt og internt
- Gjennomført avvikshåndtering
- Styringsdokumentet
- Interne og eksterne krav
- Avviksmeldinger
- Klager

#### **Ledelsens gjennomgang skal bla.vurdere:**

Er målene nådd?



Er målene hensiktsmessige for å belyse kvaliteten?  
Tiltak som skal gjennomføres, ansvar og tidsfrister for gjennomføring og evaluering

Tiltak for oppfølging fra tidligere gjennomgang  
Ledelsen skal også foreta vurdering av om eventuelle endringer i krav utløser behov for endring i kvalitetssystemet  
Gjennomgangen omfatter de forhold som dekkes av internkontrollkravene.  
På bakgrunn av gjennomgangen ble det satt fokus på kvalitetsarbeidet generelt og spesielt på pasientsikkerhet, samt avvikshåndtering.

### **Kvalitetsstrategi**

Det er som en følge av dette jobbet spesielt med strategier innen kvalitet, fagutvikling og forskning, noe som har ført til at 4 strategier ble lagt inn i overordnet strategiplan. Disse er:

#### **Strategi 1:**

Styrking av kvalitetskultur og gjennomføringsevne på kvalitetshevende tiltak i Helse Nord-Trøndelag HF.

#### **Strategi 2:**

ISO 9001 sertifisere Helse Nord-Trøndelag HF med underliggende enheter innen 21 mars 2016.

#### **Strategi 3:**

Vedlikeholde, sikre og heve kompetansen til alle ansatte i tråd med vedtatte mål og strategier

#### **Strategi 4:**

Videreføre implementeringen av HMN og HNT sine gjeldende FoU strategiplaner.

I tillegg ble følgende strategier utarbeidet:

#### **Strategi 5:**

Utvikling og implementering av standardisering av pasientforløp etter regional modell.

#### **Strategi 6:**

Dokumentasjon og informasjonsdeling av det løpende forbedringsarbeidet som foregår i foretaket.

#### **Strategi 7:**

Implementering og opplæring i IKT- verktøy som støtter samhandling og bidrar til effektiv drift og bedre kvalitet.

#### **Strategi 8:**

Bruke HMS-arbeidet aktivt for å øke arbeidsgleden og sikre HNT's leveringsevne.

Risiko- og sårbarhetsvurderinger



Videre er det sett klare utviklingstrekk i organisasjonen når det gjelder etterspørsel etter risiko- og sårbarhetsvurderinger (ROS). Blant annet kom det flere ”etterbestillinger” på ROS-vurderinger etter at planen for 2009 var godkjent. Disse ble tatt inn i planen.

Det er en klar erkjennelse av at metode for risikostyring gjør at en kommer i forkant av utfordringene. Metoden er også brukt som et verktøy for å bedre samhandlingen med en del av våre leverandører.

### **3.2 Eksterne tilsyn**

Økt åpenhet og innsyn i offentlig virksomhet fører også til et behov for å etterprøve kvaliteten på tjenestene på en mest mulig sammenlignbar og objektiv måte. I tillegg gis pasientene rettigheter, og derigjennom, helseforetaket plikter. Samtidig er det krav til forsvarlighet, informasjonssikkerhet, arbeidsmiljø, leveringsevne og beredskap.

Det er en utfordring å ha oversikt over alle lover og forskrifter foretaket reguleres av. I tillegg har vi etablert et betydelig antall prosedyrer for å kunne sikre en forsvarlig drift.

Med dette som utgangspunkt ser vi betydningen av å etablere og videreutvikle gode styringssystemer for å øke sannsynligheten for å nå dette målet. Som et ledd i dette arbeidet, arbeider foretaket med videre planer for ISO-sertifisering, se bla kvalitetsstrategi 2.

Oversikten over eksterne tilsyn, (vedlegg 3), viser at vi er i gang med dette. Tilsyn 1 og 8 er en oppfølging av etablerte sertifikater. Tilsyn 15 omfatter kvalifisering (innen 13 uker) for å motta NS-ISO 9001 sertifikat.

For ytterligere å øke innsats og fokus på kvalitet er det startet et arbeid for å vurdere om kvalitet- og HMS-arbeidet er mest hensiktsmessig organisert slik det er i dag. En ser også på samhandlingen mellom HMS/BHT og smittevern.



## DEL III – STYRETS PLANDOKUMENT

I kapittel 4 redegjøres på mer generelt grunnlag for de utviklingstrekkene en ser og de forventede ressursmessige konsekvensene av dette i form av økonomi, personell og spesialkompetanse. Kapittel 5 redegjør for styrets planer for å møte utviklingen.

### 4 Utviklingstrender og rammebetingelser

Tidshorisont 3-4 år.

#### 4.1 Utviklingstrender

I forbindelse med strategiarbeidet i Helse Nord-Trøndelag er det pekt på følgende utviklingstrender

##### **Befolkningens sammensetning og behov endres**

- Fra 2008 til 2020 vil antall personer fra 67-79 år øke med 50% og personer over 80 år med 1.8%
- Fra 2008 til 2030 vil økningen for tilsvarende grupper være henholdsvis 72% og 48%
- I Nord-Trøndelag er det i perioden frem til 2020 beregnet en total befolkningsvekst på 5.7%, med en vekst i sentrale bykommuner og nedgang i distriktskommuner med relativ økning av eldre mennesker
- Vi vil få flere mennesker med ikke-europeisk kulturbakgrunn
- Vi vil få et økende antall mennesker med kroniske sykdommer (kreft, diabetes, demens, overvekt, hjerneslag, KOLS, leddsykdommer,
- Vi vil ha flere eldre pasienter som har flere sykdommer og sammensatte og langvarige behov for helse og omsorgstjenester
- Vi vil få en økning av barn og unge med psykiske og adferdsmessige problemer
- Vi vil få flere mennesker med rusmiddelmisbruk og flere med psykiske, psykososiale og sammensatte lidelser
- Vi vil ha en sannsynlig etterspørselsvekst på 1,5% årlig pga nye medisinske muligheter og økte forventninger

##### **Pasientrollen endres**

- Ansvar for egen helse og egenomsorg vil bli vektlagt
- Innbyggerne vil ha større tilgang på informasjon om helse og sykdom
- Pasientene vil ha større brukermedvirkning
- Pasientene vil stille større krav til kompetanse, tilgjengelighet, informasjon, service og valgfrihet
- Pasientene vil få større mulighet for elektronisk kommunikasjon med helsetjenesten
- Vi vil ha aktive brukerorganisasjoner



### **Den faglige og teknologiske utvikling vil fortsette**

- Vi vil fortsatt ha en utvikling innen genteknologi, farmakologi, diagnostiske hjelpemidler og behandlingsmetoder
- Det vil bli krav til standardisering av pasientforløp/behandlingslinjer
- Det kan forventes en ytterligere faglig spesialisering
- Det vil bli større integrasjon mellom klinikk og elektroniske journal- og informasjonssystemer
- Det vil bli større krav til logistikk og informasjonsflyt
- Det vil utvikles nettverkssamarbeid mellom sykehus om spesialfunksjoner basert på telekommunikasjon
- En større grad av pasientdokumentasjonen blir digitalisert og kan overføres elektronisk mellom kommunchelsetjeneste og sykehus

### **Forskning, kompetanse og kvalitetsutvikling**

- Det vil bli større krav til dokumentert kvalitet i enhetene i helsetjenesten
- Flere nasjonale faglige retningslinjer vil bli utarbeidet
- Forskning og fagutvikling forventes å være en integrert del av avdelingenes virksomhet
- Avdelingene forventes å ha kvalitetssystemer/ være sertifisert
- Det vil bli større krav til forskning og kompetanse innen fagområder som psykiatri, rus, rehabilitering, helsepedagogikk, pasient- og pårørende opplæring
- Det vil bli mer forskning og samfunnsmedisinsk kompetanse i primærhelsetjenesten

### **Medarbeidere i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor**

- Befolkningsendringen fører til en generell mangel på arbeidskraft
- Tilgangen på sykepleiere, fysioterapeuter og bioingeniører blir liten
- Flere kvinner enn menn blir leger. Kvinnelige leger velger andre spesialiteter enn menn
- Det vil bli krav om minst 6 legespesialister i en døgnkontinuerlig vakt
- Det vil bli en økende internasjonalisering av arbeidskraften i helsetjenesten

### **Struktur og organisering av helsetjenesten virker inn**

- Samhandlingsreformen vil føre til større grad av samhandling mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste
- Flere pasienter vil bli behandlet i distriktsmedisinske sentra og andre kommunale institusjoner
- Flere pasienter vil bli behandlet i poliklinikk og dagavdeling som alternativ til innleggelse
- Nyttan av multidisiplinært samarbeid mellom flere spesialiteter, samt positiv sammenheng mellom volum og kvalitet vil kreve en samling av en del medisinske funksjoner på færre enheter.
- Det vil bli færre avdelinger med døgnvakt med legespesialister
- Psykiatri og rus vil bli prioritert foran somatikk
- Den prehospitale akuttmedisin (ambulans/helikopter) vil bli styrket
- Kommunchelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten vil bli utfordret på å samarbeide med andre samfunnsområder om helsefremmende og forebyggende arbeid



## 4.2 Økonomiske rammeforutsetninger

Helse Nord-Trøndelag har fått bevilget om lag 2200 mill.kr for 2010. Foretaket har fått et krav om økonomisk balanse i 2010.

I 2010 har Helse Nord-Trøndelag vedtatt et budsjett med behov for omstillingstiltak på 58,4 mill.kr. for å komme i balanse.

Videre er det antydnet i strategiplanforslaget mot 2016 at det vil være behov for å effektivisere driften med 1,5 % av brutto driftsutgifter årlig. (Om lag 30 mill.kr. årlig.)

For å kunne gjennomføre nevnte årlige effektivisering vil det være nødvendig med noen bygningsmessige investeringer. Det ser så langt ut til at behovet for investeringsmidler skal kunne dekkes innen rammen for foretakets avskrivningsmidler (om lag 90 mill kroner pr. år), og at det derfor ikke vil være behov for lånefinansiering av investeringene.

En årlig effektivisering av driften på om lag 30 mill.kr er foreslått for å kunne iverksette nye tiltak og drive forbedrings- og utviklingsarbeid.

## 4.3 Personell og kompetanse

Pr.oktober 2009 var det brutto utbetalt 2260 månedsværk i Helse Nord-Trøndelag. Både antall stillinger og antall senger er redusert og skal videre reduseres til neste år i foretaket.

Oppgavefordeling, arbeidsprosesser og samarbeidsrelasjoner er under endring. Dette gjelder både på tvers av fag, enheter og nivåer. En realisering av intensjonene i samhandlingsreformen vil innebære en fortsatt omstilling i samme retning.

I forbindelse med utviklingen av strategi 2016 vil rekrutterings- og kompetanseperspektivet bli ivaretatt. Det er utarbeidet egne kompetanseplaner med veiledere som skal brukes i alle enheter i Helse Nord-Trøndelag HF.

FoU-strategien for Helse Nord-Trøndelag revideres også i forbindelse med strategiarbeidet i 2010.

## 4.4 Andre utfordringsområder

Som en konklusjon på statusbeskrivelsen i strategiplanforslaget 2016, har en ment at følgende

### **Kritiske suksessfaktorer må hensyntas:**

- 4.4.1 Kvalitet i behandling som gir trygghet i befolkningen
- 4.4.2 Rekruttering og utvikling av kompetanse
- 4.4.3 Avklart arbeidsfordeling i Helse Midt-Norge RHF
- 4.4.4 Ledelse og samhandling i dialog basert på tillit

Andre utfordringsområder som er beskrevet i styrets rapport er at flere pasientgrupper venter for lenge på behandling og at det er for mange pasienter som opplever fristbrudd.





En spesiell utfordring er knyttet til begrensningen i investeringer for foretaket. Dette gir seg utslag i at foretaket ikke kan investere i nybygg slik som ønsket og derigjennom ta ut effektiviseringsgevinster.

## **5 Helseforetakets strategier og planer**

Denne delen beskriver helseforetakets arbeid med omstilling, organisatoriske grep m.v. for å oppfylle vedtatte regionale strategier.

### **5.1 Bakgrunn**

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF ba i sitt møte 19.05.09 om at det ble utarbeidet en helhetlig strategiplan for drift, utvikling og investeringer i foretaket i langtidsplan og langtidsbudsjettperioden 2010-2016. Styret forutsatte at en strategiplan avklarer foretakets tilpasninger av drift og investeringer knyttet til samhandlingsreformen. Det skulle utarbeides egne utviklingsplaner for sykehusanleggene i Levanger og Namsos. Administrerende direktør oppnevnte ei styringsgruppe og fem arbeidsgrupper som har jobbet frem grunnlagsmateriale for strategidokumentet. De fem arbeidsgruppene har utarbeidet egne rapporter som vedlegges strategiplanen.

Funksjonsgruppens notat: "Hvilke sykehus skal vi ha?" har ført til betydelig debatt både internt i egen organisasjon og eksternt i media. Spesielt har utviklingsretningene som funksjonsgruppen presenterte ført til tenkning og debatt. Også fra de fire andre gruppene er det utført et omfattende utredningsarbeide med data og forslag til mål, strategier og tiltak. Kvalitetsgruppen har hatt et spesielt mandat og de har utarbeidet forslag til kvalitetsstrategi for Helse Nord-Trøndelag HF. I prosessen er foretaksledelsen og tillitsvalgte involvert. Brukerutvalg og samarbeidsutvalg behandler planforslaget før endelig styrebehandling.

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF behandler og beslutter strategidokumentet, strategisk del.

Iverksetting av tiltak er administrerende direktørs ansvar.

Handlingsprogrammet vedlegges strategisk del og fremlegges for styret til orientering.

Styret i Helse Nord-Trøndelag hadde planforslaget til en foreløpig behandling 17.12.09.

Sluttbehandling av strategiplanen vil skje i styremøte i mars 2010.

### **5.2 Strategier og planer**

I strategiforslaget som nå har vært fremmet for styret til 1.gangs behandling har en tatt for seg nå-situasjonen og gitt en statusbeskrivelse. Videre er hovedoppgaver, visjon og verdier beskrevet.

Helse Nord-Trøndelag har valgt følgende målområder:

- 1. Pasientbehandling**
- 2. Kvalitet, fagutvikling og forskning**
- 3. Medarbeiderutvikling**
- 4. Samhandling**
- 5. Økonomi og ressursstyring**

Innenfor hvert av de fem målområdene er det formulert ett overordna mål.

Det skisseres så strategier som formuleres som satsingsområder for Helse Nord-Trøndelag

Mulige styringsindikatorer er også lista opp innafør hvert av de fem målområdene.



Det er viktig å vise hvordan Helse Nord-Trøndelag HF vil møte de grunnleggende og store utfordringene gjennom konkret handling i hverdagen. Strategiplanen vil derfor omfatte både langsiktige tiltaksområder og avgrensa konkrete tiltak.

De konkrete tiltakene knytta til hver enkelt strategi på de 5 målområdene er samlet i et eget dokument, Handlingsprogrammet.

For å sikre dynamikk og presisjon skal det strategiske HANDLINGSPROGRAMMET rulleres årlig. Administrerende direktør har ansvaret for iverksetting av tiltak og handlinger.

## **Målområde 1 : Pasientbehandling**

### **Mål:**

- **Våre tjenester skal være tilgjengelige, punktlig og preges av kvalitet, trygghet og respekt**

### **Strategi 1.1:**

All pasientbehandling skal være basert på kunnskapsbasert praksis; dvs forskning, klinisk erfaring og brukerkunnskap.

### **Strategi 1.2:**

Sikre pasienter i Helse Nord-Trøndelags opptaksområdet nødvendig akuttberedskap og likeverdig spesialisthelsetjeneste for samme type lidelse

<b>Nr.</b>	<b>Delstrategi</b>
1.2 A	Akuttberedskapen i Helse Nord-Trøndelag skal revideres i perioden og samordnes med øvrige sykehus i Helse Midt-Norge. Fødeavdelinger og akuttfunksjoner opprettholdes ved begge sykehus.
1.2 B	Prehospitaltjenester (ambulansetjenesten) videreutvikles og det bør vurderes overtakelse av ambulansetjenesten.
1.2 C	Små fagmiljøer samles for å gi et bedre kvalitativt tilbud til flere pasienter, samt sikre kontinuitet i vaktberedskap. (Sees i lys av den regionale oppgave- og funksjonsfordelingen.)

### **Strategi 1.3:**

Pasienter og pårørende skal tilbys informasjon, veiledning og opplæring slik at de kan delta i valg av behandlingstilbud og ivareta sine interesser og mestre sin livssituasjon.

### **Strategi 1.4:**

Pasienten skal sikres god flyt og punktlig i utrednings- og behandlingsprosessen

### **Mulige styringsindikatorer for oppfølging av målområdet:**



• Ventetid og nasjonale ventetidskrav
• Fristbrudd
• Brudd på timeavtaler (Timeavtaler skal holdes)
• Andel pasienter som er vurdert innen 30 dager
• Nasjonale og regionale kvalitetsregistre (Kreftregister, infeksjonsregister)
• Strykninger fra det elektive operasjonsprogrammet
• Korridorpasienter
• Preoperativ liggetid
• Andel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp
• Brukerundersøkelser (se også kvalitetsstrategien)
• Avviksmeldinger og klager
• Andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan
• Prevalens av sykehusinfeksjoner
• Andel tvangsinnlagte i psykisk helsevern

## Målområde 2 : Kvalitet, fagutvikling og forskning

### Mål: Kvalitet i alle ledd

Kvalitet, fagutvikling og forskning i Helse Nord-Trøndelag HF er å levere tjenester til våre pasienter og andre samarbeidspartnere som:

- Tilfredsstillende lovverket
- Er vitenskapelig baserte
- Er virkningsfulle
- Oppleveres som trygge

#### Strategi 2.1:

Styrking av kvalitetskultur og gjennomføringsevne på kvalitetshevende tiltak i Helse Nord-Trøndelag HF.

#### Strategi 2.2:

ISO 9001 sertifisere Helse Nord-Trøndelag HF med underliggende enheter innen 21 mars 2016.

#### Strategi 2.3:

Vedlikeholde, sikre og heve kompetansen til alle ansatte i tråd med vedtatte mål og strategier

#### Strategi 2.4:



Implementering av Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag sine gjeldende FoU strategiplaner.

**Mulige styringsindikatorer for oppfølging på målområdet:** (Flere av styringsindikatorerne på pasientbehandlingsområdet er også relevant på kvalitetsområdet.)

• Andel ledere som har utarbeidet kompetanseplaner
• Antall vitenskapelige artikler/publikasjonspoeng godkjent av NIFU-STEP
• Brukerundersøkelser med handlingsplaner for oppfølging av resultat.
• Bruksfrekvens kvalitetssystem.
• Andel ledere som har gjennomført lederutviklingsprogram

### Målområde 3 : Medarbeiderutvikling

**Mål:**

- Kompetente medarbeidere som er engasjert i jobben

**Strategi 3.1:**

Kompetanseutvikling i henhold til våre satsingsområder

**Strategi 3.2:**

Rekruttere, utvikle og beholde ansatte

**Strategi 3.3:**

Medarbeidere som deltar aktivt i forbedringsarbeid

**Strategi 3.4:**

Kontinuerlig lederutvikling

**Strategi 3.5:**

Systematisk arbeid med å forbedre arbeidsmiljø. (Sykefravær målsettes)

**Mulige styringsindikatorer for oppfølging av målområdet:**

• Medarbeidersamtaler
• Forbedringsprosjekter



• Svarprosent Arbeidsmiljøundersøkelsen
• Sykefravær
• Turnover

## Målområde 4 : Samhandling

### Mål:

- Befolkningen opplever en god og sammenhengende helsetjeneste

### Strategi 4.1:

Utvikle felles samhandlingsstrategi med kommunene innen 1. juni 2010 gjennom Samarbeidsutvalget

### Strategi 4.2:

Vi skal være koordinert i samhandlingen opp mot andre i helsetjenesten

### Strategi 4.3:

Vi skal ta en aktiv rolle i videre utvikling av samhandling med kommunene, rehabiliteringsinstitusjonene og andre aktører i helsetjenesten

### Strategi 4.4:

Vi skal arbeide for systematisk, gjensidig kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunchelsetjenesten

Styringsindikatorer utvikles i samarbeid med kommunene i det videre strategiarbeidet.

**Mulige styringsindikatorer for oppfølging av målområdet kan for eksempel være:**

• Innleggelsesrate
• Epikriser
• Ferdigbehandla pasienter
• Reinnleggelse som øyeblikkelig hjelp innen 30 døgn (unntatt ”åpen retur”)
• Prosentandel henvisninger besvart med time/dato innen 14 dager

## Målområde 5: Økonomi og ressursstyring

### Mål:

- Helsepolitiske prioriteringer ligger til grunn for økonomi- og ressursstyring som gir kvalitet og effektivitet i tjenestene, innen disponible økonomiske rammer.



### Strategi 5.1:

Det utarbeides langsiktige investeringsstrategier som sikrer at bygg og utstyr opprettholdes og tilpasses nye oppgaver og behov.

### Delstrategier 5.1.:

Nr	Aktivitet	Kostnad	År
5.1 O	Psykiatribygg på Namsos	70 mill.kr.	2010 og 2011
5.1.A	Sammenslåing Intensiv/Hjerteovervåking Sykehuset Levanger (inklusive større utstyr)	27,5 mill.kr.	2011 og 2012
5.1.B	Utarbeide en 10-års investeringsplan for bygg og nivå på utstyr. Overskudd gir grunnlag for nybygg/nye investeringer.		2010 og 2011
5.1.C	Avskrivninger årlig på 90 mill.kr. som dekker vedlikehold av bygg og utstyrsutskiftinger.	90 mill.kr. årlig	2010-2016
5.1.D	På kort sikt: Arealmessig utviklingsplan (generalplan) HNT. Gjennomgang av eksisterende planer og foreslag til arealfordeling basert på funksjonell og effektiv arealutnyttelse, moderne behandlingsprinsipper (prinsipp mer dagbehandling/poliklinikk) og minimale bygningsmessige endringer. <ul style="list-style-type: none"><li>• Skisse utviklingsområder nåværende virksomhetsområde</li><li>• Legge fram generalplan med utgangspunkt i 2020</li></ul>		Vår 2010 Vår 2011

### Strategi 5.2:

Foretakets driftsresultat skal sikre handlefrihet i forhold til nye og endrede oppgaver og derigjennom bidra til produktiv og effektiv drift

### Delstrategi 5.2:

5.2.A Helse Nord-Trøndelag skal effektivisere driften med 1,5 % av brutto driftsutgifter årlig.

### Strategi 5.3:

Standardiserte modeller som øker økonomiforståelsen

### Mulige styringsindikatorer for oppfølging av målområdet:

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Økonomisk resultat</li></ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Nivå på vedlikeholdsinvesteringer i forhold til avskrivninger</li></ul> |



- Status på aktuelle produktivitets- og effektivitetsindikatorer

### 5.3 Fra strategi 2016 – til konkrete planer for 2010 og videre framover

Helse Nord-Trøndelag HF har hatt en foreløpig behandling i styret av utkast til strategisk plan frem mot 2016. Sluttbehandling av strategi 2016 vil skje i styremøtet i Helse Nord-Trøndelag i mars. Strategi 2016 vil bli revidert tidlig i 2011 når Helse Midt-Norge har vedtatt og operasjonalisert sin strategi 2020. For øvrig følger Helse Nord-Trøndelag de planer som er lagt av overordna myndighet blant annet gjennom årlig styringsdokument fra Helse Midt-Norge RHF og langtidsbudsjett.

Med utgangspunkt i endring i basisramme fra Helse Midt-Norge, endring i øvrige aktivitetsbaserte inntekter, endring i oppgaver/kostnader og endring i resultatkrav fra 2009 har Helse Nord-Trøndelag beregnet den økonomiske utfordringen i 2010-budsjettet til mellom 40 og 50 mill kroner. Etter at foretakets klinikker på dette grunnlag har arbeidet med å tilpasse driften til fastsatte rammer, har det vist seg at klinikkens utfordringer er noe større enn først beregnet. Det skyldes bl.a. at klinikkene har kostnadselement (for eksempel svangerskapspermisjoner) som ikke er fanget opp i oversiktene på foretaksnivå. På dette grunnlag har klinikkene derfor beskrevet tiltak for **58,4 mill kroner** for å tilpasse driften til fastsatte økonomiske rammer.

Med utgangspunkt i strategiarbeidet er tiltaksarbeidet for 2010 delt i følgende tre hovedgrupper:

1. Utjevne ulik produktivitet
2. Endringer i funksjoner og volum
3. Andre effektiviseringstiltak

De områder det er arbeidet med innen de forskjellige gruppene, er først og fremst:

Type tiltak	Beskrivelse
Utjevne ulik produktivitet	Korrigerer for ulik kapasitetsutnyttelse og ulik personalproduktivitet. Det er satt krav til kapasitetsutnyttelse for forskjellige avdelinger og krav til delvis utjevning av forskjeller i personalproduktivitet for sammenlignbare avdelinger.
Endringer i funksjoner og volum i somatiske klinikker	Reduksjon i senger/bemanning p.g.a. mer effektiv pasientlogistikk gjennom bl.a. omlegging til mer dagbehandling og poliklinikk. Det legges så langt opp til en reduksjon på 19 senger i foretakets somatiske enheter. I tillegg legges det opp til reduksjon i antall senger ved Medisinsk klinikk Levanger fra det tidspunkt DMS Inn-Trøndelag blir etablert, uten at omfanget ennå er avklart.
Andre effektiviseringstiltak	Denne gruppen inneholder flere store prosjekt som talegjenkjenning, inntaksprosjektet, opphør av avtale om Betania, samordning av (sommer-)drift og sikring av inntekter (kodeforbedring). Opphør av avtale med Lukasstiftelsen vedr. Betania Sparbu innebærer en reduksjon på 13 senger i voksenpsykiatrien.



Som nevnt, har klinikkene foreslått tiltak for **58,4 mill kroner** for å tilpasse driften til fastsatte økonomiske rammer.

Når en opplever tilpasninger i den størrelsen vi snakker om for 2010, over 50 millioner kroner, kan det ikke utstedes absolutte garantier for at pasienttilbudet ikke vil bli påvirket i negativ retning i forhold til kvantitet og kvalitet. Det er derfor en viktig oppgave for foretaksledelsen å kartlegge risiko og sette i verk adekvate risikoreduserende tiltak for å unngå negative hendelser.

Overordnet er det risiko for tre uønskede effekter av omstillingene:

1. Helse Nord-Trøndelag får ikke behandlet det antallet pasienter som budsjettet legger opp til, fordi kapasiteten er satt for lavt. Dette kan medføre økt ventetid på behandling og svikt i inntekter til helseforetaket
2. Kvaliteten i pasientbehandlingen svekkes
3. Kommunene må ta i mot dårligere pasienter, fordi omstillingen krever raskere utskrivning fra sykehus

*Lavere aktivitet enn planlagt* er en risiko. Samtidig som Helse Nord-Trøndelag reduserer sengerressursene, svekkes samtidig foretakets tilgang på senger i private rehabiliteringsinstitusjoner.

*Lavere kvalitet* er en risiko fordi økt pasientbehandling skal gjøres av færre personer. Lavere kapasitet tilsier også redusert fleksibilitet når tilfanget av pasienter svinger.

*Dårligere pasienter til kommunene* er en logisk konsekvens av redusert liggetid på sykehus, så fremt det ikke skjer endringer i behandlingsregimet på sykehuset med høyere behandlingsaktivitet i den tiden pasienten er innlagt.

Generelt kan en si at når helseforetaket får vesentlige reduksjoner i basisrammen, må dette møtes med

- bedre utnyttelse av kapasiteten vi har
- kvalitetsforbedrende tiltak (reduserer kvalitetskostnader)
- forenklingstiltak
- bedre samhandling med andre aktører i helsetjenestene
- organisatoriske/strukturelle tiltak

Det er gjennom høsten, i tilknytning til strategiarbeidet, laget rapporter knyttet til kapasitets- og bemanningsutfordringene i foretaket. Rapportene angir retninger for hvordan en kan effektivisere og kvalitetsforbedre driften i Helse Nord-Trøndelag. Det er tatt utgangspunkt i dette når budsjett 2010 er utarbeidet og gir retning i forhold til type tiltak som er valgt.

Det er lagt opp til en produksjonsøkning i somatikken på 3,2 % målt i DRG- poeng. Samtidig blir antall årsverk i somatikk redusert med om lag 50. Antall somatiske senger reduseres med om lag 20.

## **Konklusjon**

Helse Nord-Trøndelag står foran vesentlig omstilling for året 2010 og de nærmeste årene. Dette hviler dels på en fortsettelse av en lang utvikling med redusert sengebehov i sykehus, blant annet på





grunn av bedre diagnostisering, bedre teknologi og utstyr, samt bedre behandling. Denne utviklingen fortsetter også i 2010. Samtidig skal Helse Nord-Trøndelag tilpasse seg de økonomiske rammene som stilles til rådighet.

Helse Midt-Norge RHF har i gjeldende langtidsbudsjett bedt helseforetakene legge inn årlige krav til effektivisering av driften. Disse kravene er delvis relatert til pågående og forestående investeringer i nybygg i tillegg til å gi rom for nye utfordringer knyttet til endret pasientsammensetning, sykdomsbilde og reduserte økonomiske rammer til drift.

I utkast til strategisk plan for Helse Nord-Trøndelag for perioden 2010 – 2016 foreslås det derfor å legge opp til en årlig effektivisering på om lag 1,5 % (tilsvarende om lag 30 mill kroner). Disse kravene er relatert til *nye utfordringer* knyttet til endret pasientsammensetning, sykdomsbilde og nye tilbud.

For å kunne gjennomføre nevnte årlige effektivisering vil det være nødvendig med noen bygningsmessige investeringer. Det arbeides med å oppdatere foretakets investeringsplan. Det ser så langt ut til at behovet for investeringsmidler skal kunne dekkes innen rammen for foretakets avskrivningsmidler (om lag 90 mill kroner pr. år), og at det derfor ikke vil være behov for lånefinansiering av investeringene.

Helse Nord-Trøndelag HF har som mål å kunne bidra til trygghet for liv og helse i befolkningen.

I den videre utviklingen av sykehusene i Nord-Trøndelag vil styret få seg forelagt balansert styringsinformasjon i tråd med de målområder som er valgt i strategi 2016. Dette for å overvåke kvalitet og arbeidsmiljø, sammenligne Helse Nord-Trøndelag med andre foretak og sykehus og for å få enda bedre grunnlag for beslutninger.

De nærmeste årene vil bli meget krevende for Helse Nord-Trøndelag med klare forventninger om økning i aktivitet, opprettholdelse av kvalitet, reduksjon i ventetider og fristbrudd samtidig som færre ”hender” skal innfri forventningene. Mye tyder på at økonomi og ressurstilgang vil bli avdempet de nærmeste årene.

Administrerende direktør vurderer at de største truslene mot et likeverdig spesialisthelsetjenestetilbud i regionen er knyttet til hvorvidt en blir i stand til å løse de utfordringene som er relatert til store investeringer, med påfølgende avskrivninger og et høyere rentenivå enn vi har i dag. Skal kvaliteten på tilbudene i spesialisthelsetjenesten kunne opprettholdes må tilstrekkelig antall helsepersonell utdannes og kritisk kompetanse tilføres.

# Vedlegg 2:

## Styringsdokument 2009 for Helse Nord-Trøndelag HF

### Årsrapport pr.31.12.09

Basert på, i hovedsak, data fra 2.tertial

Levanger, 14.01.10 KREL

## Innhold

1.	INNLEDNING .....	4
2.	DOKUMENTETS OPPBYGGING OG RAPPORTERINGSKRAV .....	5
3.	TILDELING AV MIDLER TIL HELSE NORD-TRØNDELAG HF .....	6
3.1	Tildeling av midler .....	6
3.1.1	Resultatkrav .....	6
3.1.2	Finansieringsmodell .....	6
3.1.3	Fordeling av inntekter 2009 .....	6
3.1.4	Raskere tilbake .....	8
3.2	Investeringsramme .....	8
4.	OPPFØLGING AV DEPARTEMENTSKRAV OG REGIONALE STYREVEDTAK....	9
4.1	Pasientbehandling - Aktivitet .....	9
4.2	Pasientbehandling - Kvalitet .....	10
4.2.1	Behandlingskvalitet .....	10
4.2.2	Pasientsikkerhet .....	11
4.2.3	Prioritering .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
4.2.4	Tilgjengelighet .....	<b>Feil! Bokmerke er ikke definert.</b>
4.2.5	Brukermedvirkning .....	12
4.3	Pasientbehandling - Områder med særskilt fokus .....	16
4.3.1	Samhandling .....	16
4.3.2	Akuttmottak .....	18
4.3.3	Lokalsykehusenes akutfunksjoner .....	20
4.3.4	Fødselsomsorg .....	20
4.3.5	Psykisk helsevern .....	21
4.3.6	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) .....	23
4.3.7	Barn som pårørende .....	26
4.3.8	Rehabilitering og habilitering .....	27
4.3.9	Nasjonale strategier på kreft, diabetes, KOLS, kvinnehelse, spesialisthelsetjeneste for eldre, tiltak innen smertebehandling mv .....	28
4.3.10	Lands- og flerregionale og overnasjonale funksjoner .....	28
4.3.11	Beredskap og smittevern .....	30
4.4	Utdanning av helsepersonell .....	31
4.5	Forskning .....	33
4.5.1	Forskning .....	33
4.5.2	Innovasjon .....	33
4.6	Opplæring av pasient og pårørende .....	35
4.7	Andre oppfølgingskrav .....	36

Vedlegg 1: Styringsvariabler/indikatorer/måltall.....	37
Vedlegg 2: Utdanning av helsepersonell – dimensjonering.....	40

## 1. INNLEDNING

Dette styringsdokumentet inneholder de vilkår og forutsetninger som ligger til grunn for bevilgningen til Helse Nord-Trøndelag HF sin virksomhet i 2009 og vil sammen med foretaksprotokollen utgjøre det samlede styringsbudskap til helseforetaket.

Helse Nord-Trøndelag HF skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor de rammer og mål som er gitt og de ressurser som blir stilt til rådighet i dette dokumentet. Det overordnede målet for virksomheten er at alle som trenger spesialisthelsetjenester skal få et likeverdig tjenestetilbud, uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi og livssituasjon.

Styringsdokumentet er utarbeidet på grunnlag av nasjonal politikk, operasjonalisering av de krav som er knyttet til det regionale helseforetakets totale "sørge-for"-ansvar, og styrets vedtak for foretaksgruppen for å nå overordnede mål, herunder regionale handlingsplaner.

Lover, forskrifter og andre myndighetsvedtak utgjør rammene for virksomheten, og foretaksledelsen skal påse at det er etablert systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivningen. Systemene skal være dokumenterte.

Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at virksomheten arbeider for en kultur der det er trygt å melde fra om avvik og uønskede hendelser. Internkontroll skal tillegges stor vekt, og foretaket skal ha systemer som bidrar til at feil og uheldige hendelser resulterer i læring og utvikling. Det foreligger en internrevisjonsrapport som omhandler revisjon av system for rapportering, håndtering og oppfølging av uønskede hendelser i foretaksgruppen knyttet til pasientsikkerhet. Rapporten kan lastes ned fra Virksomhetsportalen.

De mål styret for Helse Midt-Norge RHF har fastsatt i "Overordnet strategi for Helse Midt-Norge" skal være retningsgivende for foretakets virksomhet. Det samme gjelder øvrige regionale strategier og handlingsprogram som styret har vedtatt.

Det forutsettes at manglende oppfølging av styringskrav gitt for 2008, jfr rapportdel i årlig melding, blir realisert i 2009. Det regional helseforetaket vil følge dette opp gjennom dialogmøter.

Helse Midt-Norge RHF forutsetter at Helse Nord-Trøndelag HF setter seg inn i St.prp. nr. 1 (2008-2009) og oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til det regionale helseforetaket.

## 2. DOKUMENTETS OPPBYGGING OG RAPPORTERINGSKRAV

For å forenkle arbeidet med rapportering i årlig melding både for HF og RHF, er dokumentet bygget opp i samsvar med oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet av 8. januar 2009 til det regionale helseforetaket.

Krav fra eier knyttet til aktivitet, er lagt inn i bevilgningskapitlet, kapittel 3 og kap 4.1. Tiltak utledet av de krav departementet har satt overfor det regionale helseforetaket, er presentert i kapittel 4. Noen av tiltakene som skal følges opp for å oppfylle departementets målsettinger, vil også være tiltak fra regionale handlingsplaner.

Helse Midt-Norge RHF har gjennomgått styringskravene fra departementet og vurdert hvilke oppgaver som best løses i det regionale helseforetaket, i ett eller flere HF, eller i foretaksovergrepene nettverk, prosjekt m.v. Dette fremkommer slik i styringsdokumentet:

1. Tiltak som det enkelte helseforetak har i oppgave å følge opp står i egen ramme med bollepunkter, under overskriften ”*Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak*”.

Alle disse punktene skal rapporteres i årlig melding.

2. Tiltak som følges opp i regional regi, men hvor helseforetaket forventes å bidra i en prosjektfase eller ift implementering, står omtalt i eget avsnitt under aktuelle fagområder med overskriften ”*Videre må helseforetaket være forberedt på oppfølgingsaktiviteter knyttet til følgende:...*”.

Her er det ikke rapporteringsplikt ift årlig melding, med unntak av eventuelle regionale prosjekt som er klar for implementering i 2009.

3. I tillegg har Helse- og omsorgsdepartementet definerte styringsvariabler, måltall og indikatorer som det skal rapporteres på. Disse er satt som bollepunkt og merket med grått under overskriften ”*Helseforetaket skal følge med på og rapportere på følgende styringsvariabler*”.

Disse styringsvariablene, måltallene og indikatorene har ulike rapporteringskrav knyttet til seg. Noen skal rapporteres månedlig i ØBAK, noen tertialvis og noen bare i årlig melding. I styringsdokumentet er disse omtalt under det aktuelle fagområdet og ikke i forhold til hvordan de skal rapporteres. Derfor er det i vedlegg 1 satt opp en tabellarisk oversikt over styringsvariablene, måltallene og indikatorene og hva som skal rapporteres hvor, og hvor ofte. Merk at tiltakene som skal rapporteres i årlig melding ikke inngår i tabellen.

Det gjøres oppmerksom på at ovennevnte rapporteringskrav ikke endrer innrapporteringskravene til NPR, FHI og eventuelt flere.

En detaljert beskrivelse av indikatorene fremgår i ØBAK.

Hvert underkapittel som ovennevnte tiltak m.v. presenteres i, innledes med en kort omtale av nasjonale mål og føringer.

### **3. TILDELING AV MIDLER TIL HELSE NORD-TRØNDELAG HF**

#### **3.1 Tildeling av midler**

##### *3.1.1 Resultatkrav*

Helse Midt-Norge RHF har et krav om økonomisk balanse i 2009. Bevilgningen for 2009 setter regionen i bedre stand til å nå kravet om økonomisk balanse i 2009, men det er fortsatt behov for at omstillingsprosesser og tiltak for å redusere kostnader fortsetter. Regionen har betydelige utfordringer knyttet til framtidige kapitalkostnader og likviditeten er presset som følge av tidligere års underskudd. Foretaket må ha kontinuerlig fokus på styring av egen likviditet og sørge for at behovet for kassekreditt til enhver tid blir så lite som mulig.

Norsk regnskapsstiftelse vedtok i 2007 en veiledning for fastsettelse av økonomiske og demografiske forutsetninger ved beregning av ytelsesbaserte pensjonsordninger. Veiledningen blir regelmessig oppdatert og tar i større grad enn tidligere konsekvensene av kortsiktige endringer i renteutviklingen mv. Noe som igjen gir større variasjoner i de økonomiske forutsetningene. De økonomiske forutsetningene har stor innvirkning på de årlige pensjonskostnadene. I statsbudsjettet for 2009 er rammen til Helse Midt-Norge styrket til finansiering av pensjonskostnader. Etter denne endringer holdes ingen del av pensjonskostnadene utenom resultatkravet. Resultatkravet kan bli justert i løpet av året med bakgrunn i endring av pensjonskostnaden som følge av endring i økonomiske forutsetninger. Resultatkravet til Helse Nord-Trøndelag HF settes lik et overskudd på 31,1 millioner kroner.

##### *3.1.2 Finansieringsmodell*

Fordeling av inntektene mellom helseforetakene er foretatt på bakgrunn av finansieringsmodellen, hvor basisrammen beregnes ut fra de faktorer som bestemmer helseforetakenes ressursbehov.

Følgende styringsparametere inngår:

- a) Hvor stor kapasitet (ønsket aktivitet) det enkelte helseforetak skal ha på de ulike virksomhetsområder.
- b) Hvor høyt kostnadsnivå styret vil akseptere innenfor somatisk sektor i det enkelte helseforetak. For psykisk helsevern er modellen fremdeles under utvikling og vil etter planen først bli gjeldende i 2010.
- c) Hvor stort økonomiske resultat styret krever av det enkelte helseforetak.

I tillegg blir enkelte områder/oppgaver finansiert særskilt. Dette gjelder blant annet pasienttransport, ambulanse, finansiering av avskrivninger, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og pasienttjenester som ikke er direkte knyttet til aktivitet.

##### *3.1.3 Fordeling av inntekter 2009*

Tildelingen som er angitt nedenfor gir rammer for den virksomheten foretaket skal gjennomføre i 2009. Det forutsettes at beløpet skal ta høyde for samlet lønns- og prisvekst i 2009.

Helse Midt-Norge fikk økt basisbevilgning med bakgrunn i Magnusssen-utvalgets utredning. Disponering av disse midlene er vedtatt i styresakene 127/08 og 136/08. Den delen som er fordelt til helseforetakene i forhold til fordelingsnøkkelen er forutsatt å skulle dekke

helseforetakenes deltakelse i økt innsats innenfor de strategiske satsingsområdene i Helse Midt-Norge 2010. Dette innebærer at den økte innsatsen innenfor samhandling, habilitering og rehabilitering m.v. må finansieres av helseforetakene. I tillegg til oppfølging av handlingsplaner vil det i 2009 bli behov for ressurser til arbeidet med å innføre et nytt økonomi- og logistikksystem for hele regionen.

Dette innebærer at Helse Nord-Trøndelag i 2009 må dekke foretakets kostnader med evt utvidelse av samarbeidstiltak med kommunene.

(beløp i 1 000 kr)	HNT
Basisramme somatikk	744 302
Basisramme psykisk helsevern	278 627
Særfinansiering	498 029
<b>Sum ramme 2009</b>	<b>1 520 958</b>
ISF inntekt	377 465
"Ny" ISF inntekt	35 499
Polikliniske refusjoner	45 791
<b>Sum ramme og estimert ISF og poliklinikk</b>	<b>1 979 713</b>

I 2009 har Helse Nord-Trøndelag HF fått følgende elementer finansiert særskilt over basisrammen:

(Beløp i 1 000 kr)	HNT
Fedmebehandling	1 833
Pasienttransport	83 132
Ambulanser	93 977
Befolkningsrelaterte og øvrige midler	34 416
Midler til dekning av økte pensjonskostnader	85 782
Tilskudd til turnustjeneste	1 673
Tilskudd differensiert arbeidsgiveravgift	4 774
<b>Avskrivningsmidler:</b>	
Psykisk helsevern	19 620
Basis avskrivningsmidler	82 388
Tilbakeføring basisramme tilsvarende avdrag	22 622
<b>Psykisk helsevern:</b>	
Nettverk for spiseforstyrrelser	694
Regionale funksjoner, spiseforstyrrelser	4 654
Tilskudd styrking psykisk helsevern	62 463
<b>Sum</b>	<b>498 029</b>

#### *Fedmebehandling*

Særskilt finansiering knyttet til fedmebehandling utgjør 1,833 mill kr i 2009. Dette er i samsvar med og i henhold til vedtak i sak 59/08 der behandlingstilbudet til personer med sykelig overvekt er utredet, og det blant annet omtales at det planlegges en gradvis økning av antall operasjoner for sykelig overvekt; som den økte bevilgningen i hovedsak skal benyttes til.

#### *Pasienttransport*

Inntekter til finansiering av pasienttransportkostnader er fordelt med bakgrunn i kostnad 2006. Det er foretatt korrigerende av grunnlaget med bakgrunn i endret opptaksområde mellom Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF.



### *Ambulansedrift*

Fordeling av midler til finansiering av ambulansedrift er foretatt med bakgrunn i historisk kostnad 2006. Eventuelle økte kostnader utover dette må håndteres av foretaket innenfor rammen.

### *Behandlingshjelpemidler*

Ansvar for behandlingshjelpemidler er en regional ordning som administreres av St. Olavs Hospital. Det enkelte foretak er ansvarlig for kostnader knyttet til behandlingshjelpemidler. Merkostnader utover tildelt beløp belastes det respektive foretak.

### *Tilskudd til turnustjeneste*

I 2009 er det lagt inn 1,673 mill kr til finansiering av turnustjeneste. Dette ble tidligere tildelt etter søknad. Tilskuddet skal kompensere for å ha turnuskandidater i klinisk tjeneste, veilederprogrammer og kurs for turnuskandidatene. Hoveddelen av kostnadene for kandidater i turnustjeneste i sykehus dekkes imidlertid av basisbevilgningen.

#### *3.1.4 Raskere tilbake*

Helse Midt-Norge har i 2009 fått tildelt 98,6 mill kroner knyttet til ordningen ”Raskere tilbake”, herav 3,6 mill kr til videreføring av utdanningskapasiteten ved arbeidsmedisinsk avdeling og 35 mill kr til drift av Hysnes Helsefort. Aktivitet som kommer inn under ordningen dekkes særskilt og skal ikke finansieres av inntektsfordelingen beskrevet i pkt 2.2.3. Tildelingen av ramme for ”Raskere Tilbake” blir kommunisert i eget brev.

## **3.2 Investeringsramme**

Helse Nord-Trøndelag HF har i 2009 fått tildelt 47,4 mill kr i investeringsramme i henhold til tabellen under. Investeringsrammen utbetales som avskrivningsmidler.

*tall i 1000 kroner*

Bygg og utstyr	11 200
Lokaler til oppgjørskontor enkeltoppgjør,	31 200
EK-tilskudd KLP	5 000
<b>Investeringsramme Helse Nord-Trøndelag HF</b>	<b>47 400</b>

I tillegg kan helseforetaket få tildelt investeringsmidler til særskilte ENØK-tiltak.

## **3.2 Likviditet**

Helse Nord-Trøndelag HF kan ikke ta opp lån eller driftskreditter ut over det som er gis av eller fastsettes av Helse Midt-Norge RHF. I tillegg til regelmessig rapportering av likviditetsprognose må eier varsles i god tid, og senest 4. uker ved eventuelt behov for utvidet driftskreditramme. Administrasjonen i Helse Midt-Norge RHF kan i deler av året, av hensyn til foretaksgruppens totale ramme, fastsette en lavere ramme for driftskreditten.

## 4. OPPFØLGING AV DEPARTEMENTSKRAV OG REGIONALE STYREVEDTAK

### 4.1 Pasientbehandling - Aktivitet

Stortingets bevilgning til Helse Midt-Norge RHF for 2009 forutsetter en generell vekst i pasientbehandlingen på 1 ½ prosent fra 2008 til 2009. Departementet krever streng aktivitetsstyring, og de aktivitetstall som spesifiseres nedenfor er maksimumstall som foretaket ikke skal overskride.

Når det gjelder den behandling som i all hovedsak finansieres av basisbevilgningen, f.eks. habilitering, rehabilitering og psykisk helsevern, har vi ingen gode gjennomgående aktivitetsmål. Oppfølgingen av kravet om større prosentvis vekst i psykisk helsevern enn i somatisk virksomhet må derfor baseres på kostnader. Opptrappingsmidlene for psykisk helse og de øremerkede midler til behandling og rehabilitering innenfor prosjektet "Raskere tilbake" skal ikke telles med i denne sammenligningen.

Det legges til grunn at midlene til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) benyttes i samsvar med de spesielle krav som stilles til gjennomføringen av Opptrappingsplanen for rusfeltet.

Det øremerkede tilskuddet innen TSB og til helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte innen prosjektet "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen. Det skal gå tydelig frem av årlig melding at denne forutsetningen er fulgt opp.

#### *Mål for 2009*

- Antall DRG-poeng "sørge-for" (ved eget foretak og kjøpt fra andre RHF samt TNF-hemmere) ekskl. poliklinikk og "Raskere tilbake" skal ikke overstige 26 836 DRG-poeng
- Refusjon for somatisk poliklinisk virksomhet (ISF) skal ikke overstige 35,5 mill kr
- Polikliniske refusjoner (lab/rtg og psykisk helsevern) skal ikke overstige 45,8 mill kr
- Den prosentvise kostnadsvekst i psykisk helsevern for barn, unge og voksne og rusbehandling i foretaket skal være større enn den prosentvise vekst i foretakets somatiske virksomhet.

Rapporteres månedlig i ØBAK.

#### **Helseforetaket skal følge med på og rapportere på følgende styringsvariabler/indikatorer:**

- Antall DRG-poeng produserte i egne foretak

- Antall DRG-poeng produsert i andre RHF...
- Antall DRG-poeng for andre RHF
- Inntekter/antall refusjonspoeng for somatisk poliklinisk virksomhet
- Refunderte polikliniske inntekter lab og røntgen
- Refunderte polikliniske inntekter/antall refusjonspoeng
- Prosent kostnadsvekst fra 2008 pr sektor

Indikatorene skal månedlig rapporteres i ØBAK.

## 4.2 Pasientbehandling - Kvalitet

Helseforetaket skal tilby befolkningen likeverdig tilgang til helsehjelp av god kvalitet fra livets begynnelse til livets slutt. Helse Nord-Trøndelag HF skal i henhold til målsettingen i den nasjonale kvalitetsstrategien (2005-2015), tilby tjenester som er virkningsfulle, er trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet. De skal også være tilgjengelig og rettferdig fordelt og utnytte ressursene på en god måte.

### 4.2.1 Behandlingskvalitet

God behandlingskvalitet krever at forebygging, behandling, og rehabilitering er basert på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap om effektive tiltak for å oppnå helsegevinst.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er et viktig verktøy for å dokumentere behandlingsprosess, til bruk i eget kvalitetsforbedringsarbeid og som grunnlag for forskning.

Helseforetakene skal registrere i nasjonale medisinske kvalitetsregistre innenfor fagområder der dette er utviklet.

### Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseforetaket skal implementere nasjonale faglige retningslinjer og veiledere.</li> </ul>	<p><b>Rapportering:</b></p> <p>Tiltaket er fullført. Alle nasjonale retningslinjer som er kommet er sendt ut og klinikkene/avdelingene har tatt disse i bruk. Arbeidet følges opp kontinuerlig etter hvert som det kommer nye retningslinjer og veiledere.</p>
---	--

**Videre må helseforetaket være forberedt på oppfølgingsaktiviteter knyttet til følgende:**

Det er varslet nye nasjonale retningslinjer våren 2009 for å styrke forebygging, behandling og rehabilitering av slag i en helhetlig behandlingsskjede. Helseforetaket forventes å delta i ulike prosesser knyttet til dette arbeidet. Helse Midt-Norge RHF vil komme tilbake med nærmere informasjon om dette når det blir aktuelt.

Helse Midt-Norge RHF har fått i oppdrag å utvikle tekniske fellesløsninger for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Dette arbeidet skjer gjennom HEMIT. Arbeidet er forankret i helseforetaksstrukturen, og det skal etableres samarbeid med SKDE.

Helseforetaket må videre være forberedt på å delta i nasjonalt kvalitetsarbeid, herunder utvikling av nasjonale medisinske kvalitetsregistre, nasjonale faglige retningslinjer og nasjonale kvalitetsindikatorer.

#### *4.2.2 Pasientsikkerhet*

Det er et mål at antall feil og uønskede hendelser reduseres. Internrevisjonen har i 2. halvår 2008 gjennomført revisjon av system for rapportering, håndtering og oppfølging av uønskede hendelser i foretaksgruppen. Det er utarbeidet rapporter fra revisjonene og disse er behandlet i Revisjonskomiteen. På bakgrunn av rapportene er det utarbeidet en oppsummeringsrapport. Denne ble behandlet i Revisjonskomiteen 4. februar 2009 og legges frem for styret for Helse Midt-Norge RHF den 12. mars 2009. Helseforetaket bes sette seg inn i rapporten (som er å finne på Virksomhetsportalen, under styreadministrasjon), og legge den grunn for det videre arbeid med internkontroll knyttet til pasientsikkerhet.

**Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:**

	<b>Rapportering:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det skal sikres gode systemer for pasientsikkerhet på alle nivå.</li> </ul>	Arbeidet er igangsatt og knyttes også til strategiarbeidet. Se de neste to punktene og rapport ifm ledelsens gjennomgang av kvalitets- og HMS systemene.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseforetaket skal videreutvikle systemer som sikrer at ansatte rapporterer feil og uønskede hendelser, og at dette bidrar til forbedringsarbeid i foretaket.</li> </ul>	Arbeidet er igangsatt, bla. tema i ledelsens gjennomgang og ved opplæring av verneombud. I tillegg til de rapporteringsrutiner som off. myndighet har etablert har klinikkene utformet prosedyrer gjeldende for bl.a. avviksrapportering og oppfølging, ledelsens gjennomgang, ROS, intern kontroll og flere av klinikkene arbeider nå med implementering og oppfølging innen disse områder.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ledelsen skal legge grunnlag for en god pasientsikkerhetskultur preget av åpenhet om, og trygghet til å melde fra om, feil og uønskede hendelser.</li> </ul>	Dette er et kontinuerlig og løpende arbeid. Blant annet i ledelsens gjennomgang av kvalitets- og HMS systemet og i strategiarbeidet. I strategiarbeidet som starta høsten 2009 ble det oppnevnt en egen arbeidsgruppe som jobber med videreutvikling av området. Arbeidsgruppen har utarbeidet et forslag til kvalitetsstrategi for Helse Nord-Trøndelag HF. I.h.t eget handlingsprogram iverksettes en rekke tiltak på området. Kvalitetsstrategien vedlegges dette dokumentet.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nasjonal enhet for pasientsikkerhet skal ha informasjon om uønskede hendelser i regionen som grunnlag for enheten til å avdekke risikoområder og årsakene til disse. De lovpålagte meldeordningene skal uavhengig av dette følges opp på ordinær måte.</li> </ul>	Nasjonale enhet for pasientsikkerhet har ikke etablert system for mottak av informasjon om uønskede hendelser. Alle lovpålagte meldeordninger er fulgt opp på ordinær måte. Merknader og avvik som er gitt er nå lukket.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• I arbeidet med å fremme pasientsikkerhet skal helseforetaket anvende læringsinformasjon utarbeidet av Nasjonal enhet for pasientsikkerhet.</li> </ul>	Denne informasjonen har ikke vært tilgjengelig, jfr. over.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseforetaket skal i samarbeid med Sykehusapoteket HF bidra til utvikling av riktig legemiddelbruk.</li> </ul>	Løpende samarbeid med Sykehusapoteket. Eget prosjekt. For å oppnå målsettingen.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevalens av sykehusinfeksjoner skal rapporteres i årlig melding.</li> </ul>	Det er gjennomført tre prevalensmålinger ved sykehuset Namsos og to målinger ved sykehuset Levanger. Prevalens av to målinger for HNT = 2,9 %

	Sykehuset Levanger hadde en prevalens på 2,2 % (2,6 ved 1.måling og 1,8 % ved 2.måling.) Sykehuset Namsos hadde en prevalens på 4,2 % ( 5,1 % ved 1.måling og 2,9 % ved andre måling.)
--	---

#### 4.2.3 Prioritering

Pasientene skal sikres et likeverdig tilbud på tvers av diagnosegrupper, geografi og sosial status. Den enkelte pasient skal vurderes i henhold til prioriteringsforskriften.

#### Helseforetaket skal følge med på og rapportere på følgende styringsvariabel:

	<b>Rapportering:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp</li> </ul>	85,1 % etter 1.tertial. 81.1 % etter 2.tertial.

#### Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

	<b>Rapportering:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Delta i det regionale arbeidet ifm praktiseringen av prioriteringsforskriften.</li> </ul>	Vi har deltatt i dette arbeidet slik som forutsatt.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iverksette tiltak for at veilederne utarbeidet i prosjektet "Riktigere prioritering" tas i bruk i helseforetaket.</li> </ul>	Under implementering.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktiviteten innen rehabilitering/habilitering skal minst styrkes med 1,5 pst., jf. St.prp.nr 1 (2008-2009).</li> </ul>	Budsjettet for 2009 er lagt opp med dette som formål. Endelig resultat vil først kunne fremkomme ved avleggelsen av årsregnskapet for 2009.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivitetsveksten innen rehabilitering/habilitering og psykisk helsevern skal dokumenteres og rapporteres i årlig melding</li> </ul>	Det legges opp til å rapportere dette i samsvar med krav.

#### 4.2.4 Tilgjengelighet

Helsetjenesten skal tilby helsehjelp på riktig nivå til riktig tid, uavhengig av pasientens økonomi, sosial status, bosted, alder, kjønn og etnisk bakgrunn. Tjenestene må være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Det innebærer både fysisk tilgjengelighet og tilgjengelighet knyttet til kulturell og språklig forståelse.

**Helseforetaket skal følge med på og rapportere på følgende styringsvariabler:**

	<b>Rapportering:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andel av ventetid som er oppdatert på nettsiden fritt sykehusvalg siste fire uker.</li> </ul>	93,4 % etter 1.tertial. - 97,6 % 2. tertial. Målet er nesten innen rekkevidde. Nemlig 100 % oppdatert innen 4 uker.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andel pasienter som er vurdert innen 30 dager.</li> </ul>	78,8 % etter 1.tertial. – 73,1 % 2.tertial.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ventetid til vurdering innen BUP skal være mindre enn 10 dager.</li> </ul>	88,6 % etter 1.tertial - 87,6 % 2.tertial. 10-dagersfristen overholdes som hovedsak. I tillegg er inntaksprosedyrene endret og effektivisert fra oktober 2009. Klar bedring nå på slutten av året.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andel rettighetspasienter som gis behandling innen 65 dager i psykisk helsevern/og eller TSB for personer under 23 år.</li> </ul>	68,4 % etter 1.tertial. 56,8 % etter 2.tertial.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen somatikk skal ikke øke.</li> </ul>	77 dg etter 1.tertial. - 82 dg i juli. Det har vært fokus på ventetid og fristbrudd, men det har ikke ført til vesentlig nedgang. Tiltak er iverksatt høsten 09. Effekt forventes på slutten av året og i 2010, men omstilling og effektivisering gir risiko for å lykkes med å holde ventetiden nede.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen BUP skal reduseres.</li> </ul>	77 dg etter 1.tertial. – 91 dg etter 2.tertial. Årsvekstøkning ikke i takt med økning i nyhenviste. Tiltak iverksatt. Forventer rask forbedring. Effekt kan ikke måles enda da tiltakene ble iverksatt sen høst 09.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen VOP skal reduseres.</li> </ul>	68 dg etter 1.tertial. – 69 dg etter 2.tertial. Ventelistesituasjonen i psykiatrien har vært stabil i det siste.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen TSB skal reduseres.</li> </ul>	64 dg etter 1.tertial. - 53 dg etter 2.tertial.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andel fristbrudd for rettighetspasienter.</li> </ul>	14,5 % etter 1.tertial. - 19,3 % 2.tertial. Det er satt i gang et arbeid der data for alle som har frist i neste periode sendes ut til alle klinikker/avdelinger. De som innkaller vil da kunne følge opp på navnenivå og sørge for at disse pasientene gies tilbud til rett tid og vi unngår fristbrudd i større grad. Det vil være økt fokus på dette området i 2010. I tillegg mener en at inntaksprosjektet vil kunne føre til bedre

	koordinering og dermed også bedre prioritering.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det skal være færre enn fem pst. strykninger av planlagte operasjoner.</li> </ul>	9,2 % etter 1.tertial.. - 7,6 % 2.tertial. Det er fortsatt for store variasjoner i andel strykninger på operasjonsprogrammet og akkumulert er vi på vel 8,5 % i HNT etter 2.tertial. Ved Sykehuset Levanger har en klart å redusere andelen litt siste år, men ligger fortsatt på over 9 %. Ved Sykehuset Namsos lå en i utgangspunktet lavere, men det har skjedd en økning slik at andelen etter 2.tertial nå er på vel 7,5 %. Begge sykehus jobber fortsatt med å identifisere forbedringstiltak og gjennomføre disse.

**Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:**

	<b>Rapportering:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseforetaket skal etablere tolketjenester til pasienter som har behov for dette.</li> </ul>	HNT har retningslinjer for bruk av tolketjenester gjennom firma. På grunn av avstander og tilgjengelighet er også private tolker benyttet. Nye retningslinjer er utarbeidet og lagt inn i personalweb. Tiltaket anses for fullført.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseforetaket skal iverksette tiltak for å styrke de ansattes språk- og kulturkompetanse knyttet til samisk befolkning og andre grupper med særskilte behov.</li> </ul>	Konkrete tiltak er vurdert og vil bli tatt med i kompetanseplan for ansatte som iverksettes i 2010.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det skal settes av kr 125 000 til arbeid med å etablere flere tilbud om lysbehandling av psoriasispatienter i samarbeid med kommunehelsetjenesten, i tillegg til midler som ble avsatt i 2008.</li> </ul>	HNT har kontaktet Hudpoliklinikken i Nord-Trøndelag v/Theis Hult Nystrøm. Han har i samarbeid med Nærøy kommune utarbeidet en plan for å etablere lysbehandling i Ytre Namdal, ca 15000 innb. Søknad fra Hudpoliklinikken om tilskudd kr 250 000.- Tilskudd for 2008 og 2009 foreslås brukt til dette tiltaket.

*4.2.5 Brukermedvirkning*

Brukermedvirkning i utvikling av helsetjenestene skal bidra til å gjøre tjenestene mer treffsikre og skal skje både på systemnivå og på individnivå.



### Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

	<b>Rapportering:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Helseforetaket skal sikre at brukervedvirkning på systemnivå gjenspeiler befolkningssammensetningen i opptaksområdet. Om nødvendig må det legges spesielt til rette for dette sett i lys av ulikheter i språk og kultur.</li></ul>	Ivaretatt i brukerutvalgenes sammensetning.
<ul style="list-style-type: none"><li>Helseforetaket skal iverksette tiltak for at alle pasienter, uavhengig av språk og kulturell bakgrunn, gis mulighet til deltagelse i mottakelse av helsehjelp.</li></ul>	Dette ivaretas gjennom de ordinære behandlingsforløp for den enkelte pasient. Det gies tilbud om tolketjeneste.
<ul style="list-style-type: none"><li>Helseforetaket skal sikre at brukerne tilbys informasjon og opplæring som setter den enkelte i stand til å medvirke i tjenestetilbudet.</li></ul>	Dette ivaretas gjennom de ordinære behandlingsforløp for den enkelte pasient og ivaretas gjennom Lærings- og mestringssenteret.
<ul style="list-style-type: none"><li>Helseforetaket skal styrke helsepersonells kompetanse innen brukervedvirkning</li></ul>	Det arbeides med en konkretisering av foretakets nye kompetanseplan der brukervedvirkning også blir ivaretatt.
<ul style="list-style-type: none"><li>Helseforetaket skal følge opp regionalt handlingsprogram for brukervedvirkning som vil bli ferdigstilt i 2009.</li></ul>	Følges opp iht krav.
<ul style="list-style-type: none"><li>Helseforetaket skal iverksette tiltak for å sikre brukervedvirkning i forskning.</li></ul>	FoU-avdelingen i HNT har tatt initiativ til samarbeid med Regionalt Brukerutvalg ved Michael Momyr. Det er avholdt møte med brukerutvalget og tatt opp hvordan vi gjennomfører vår kliniske forskning, bl.a valg av tema og tilnærming. Fou-avd vil følge opp arbeidet.

## 4.3 Pasientbehandling - Områder med særskilt fokus

### 4.3.1 Samhandling

Pasienter og deres pårørende skal møte en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige pasientforløp som ivaretar god behandlingskvalitet. Særlig viktig er dette for pasienter med langvarige behandlingsforløp og eller sammensatte behov, som for eksempel syke eldre, syke barn og unge, pasienter med kroniske lidelser, pasienter med psykiske lidelser, rusmiddelavhengige og terminale pasienter. Alle helseforetak skal videreutvikle samhandlingen med kommunene både når det gjelder samhandlingstiltak og møtefora.

God samhandling utvikles bla gjennom standardiserte pasientforløp. Helse Midt-Norge har utviklet en felles metodikk for standardiserte pasientforløp. Denne metodikken skal legges til grunn for arbeidet med forbedring pasientforløp. Alle helseforetak skal arbeide med forløp for slagpasienter. St. Olavs Hospital er prosesseier for slagforløpet.

Helseforetaket samarbeide med kommunehelsetjenesten om henvisningspraksis og rutiner for utskrivning av pasienter.

Arbeidet med å utvikle samhandlingen med kommunene må ses i sammenheng med arbeidet med å utvikle lokalsykehusene.

Korridorpasienter er et uttrykk utfordringer knyttet til organisering av tjenesten og at samhandling mellom sykehus og øvrig helsetjeneste ikke er tilfredsstillende. Det er en målsetting at det ikke skal være korridorpasienter. Innen akuttpsykiatri er det ikke forenlig med forsvarlig virksomhet å ha korridorpasienter.

Det vises til det pågående arbeidet med ny samhandlingsreform. Alle helseforetak skal etablere egne tiltak/prosjekt og delta i regionale prosjekt som følge av reformen.

**Helseforetaket skal følge med på og rapportere på følgende styringsvariabler:**

	<b>Rapportering:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Minst 80 pst. av epikrisene skal sendes ut innen syv dager.</li> </ul>	70 % etter 1.tert.-75 % 2.tertial. For juli var den på 82,7 %. Gjennom innføring av talegjennkjennning i hele foretaket regner en med å kunne eliminere flaskehalsen skrivetid. Med fortsatt fokus på området bør derfor målet kunne nås i 2010 i hele helseforetaket. Flere av klinikkene har vært stabil på måltallet i 2009.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Det skal normalt ikke være korridorpasienter.</li> </ul>	2,7 % etter 1.tertial. - 1,4 % 2.tertial. Det har vært nedgang i antallet korridorpasienter i 2009. Her er det sammenheng med færre utskrivningsklare pasienter og lavere liggetid innafor en del spesialiteter. DMS Stjørdal antas å ha betydning samt observasjonspost og pasientforløpsprosjekt på flere klinikker.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan skal økes.</li> </ul>	32,6 % etter 1.tertial. - 30,9 % 2.tertial. St.Olav Hospital konkluderer med at elektronisk IP vurderes

	<p>som en forutsetning for at antallet skal øke. Det er fortsatt et begrenset antall kommuner som bruker det elektroniske verktøyet (SAMPRO). Resultatet i HNT er avhengig av samspill med kommunene.</p>
--	---

**Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:**

	<b>Rapportering:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal delta i regionalt samhandlingsnettverk som skal ha som mandat å komme med forslag til nye tiltak, overføre erfaringer på tvers av helseforetakene og tiltak som sørger for at samarbeidsavtalene/samarbeidsutvalgene videreutvikles.</li> </ul>	<p>Det er planlagt og delvis iverksatt regionale samhandlingsnettverk på de ulike fagområder innenfor BFK. BUP har etablert slike samt barnehabiliteringstjenesten. Det er ellers store forventninger til at det etableres regionale gyn/fødenettverk. Ellers er samarbeidsutvalget fortsatt det formelle organ når det gjelder samhandling mellom nivåene.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal etablere og sørge for finansiering av samhandlingstiltak sammen med aktuelle kommuner.</li> </ul>	<p>Det er inngått intensjonsavtale med INVEST- kommunene om etablering av DMS på Steinkjer. For øvrig planlegges det tiltak i forbindelse med strategi 2016. Her er "Samkommune Midtre-Namdalen" et nytt større prosjekt som omfatter flere kommuner og 15-20000 innbyggere i Namdalen. Videre er det kommet forslag om "Helsehus" eller DMS på Levanger m.v.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal gi faglig oppfølging, støtte og veiledning til den kommunale omsorgstjenesten slik at denne kan ivareta sine nye og krevende oppgaver. Dette gjelder særlig i forhold til utredning, diagnostikk og behandling av akutte tilstander og kroniske lidelser, samt løpende oppfølging av medisinsk behandlingsopplegg og veiledning av lokalt behandlingsapparat.</li> </ul>	<p>Dette følges opp gjennom den aktiviteten de respektive enheter i helseforetaket daglig utfører i samarbeid med kommunene. LMS bidrar også med opplæringstiltak og rådgivning/veiledning i samarbeid med våre avdelinger, organisasjoner og kommuner. HNT har fra 1.01.10 opprettet en egen samhandlingsenhet i adm.dir.stab som skal ivareta behovet for koordinering av samhandling mellom foretakets enheter og kommunene.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal rapportere hvilke tiltak som er gjennomført for å sikre helhetlige pasientforløp for å ivareta pasienter med stort</li> </ul>	<p>Arbeidsgruppe for KOLS har foreslått aktuelle tiltak som vurderes. Det skal utarbeides en egen samhandlingsstrategi i</p>

<p>samhandlingsbehov.</p>	<p>Helse Nord-Trøndelag i samarbeid med kommunene i fylket. Helhetlige pasientforløpsanalyser vil bli en del av denne strategien, spesielt for pasienter med stort samhandlingsbehov. Strategien skal forelegges for styret i HNT i juni 2010.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseforetaket skal ta i bruk elektronisk individuell plan, SAMPRO.</li> </ul>	<p>Ikke avklart.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseforetaket skal delta i arbeidet med å utvikle og implementere elektroniske løsninger</li> </ul>	<p>Se neste punkt.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseforetaket skal samarbeide med kommunene og ta i bruk de elektroniske løsninger som Meldingsløftet og andre prosjekter legger til rette for.</li> </ul>	<p>I brev datert den 14.01.09, ”Tiltak for å ta i bruk og forvalte elektroniske meldinger mellom helseforetak og primærhelsetjenesten, herunder redusere/avvikle bruk av papirbaserte meldinger”, ber Helse Midt-Norge RHF alle helseforetakene om å etablere en hensiktsmessig organisering for sending og mottak av e-meldinger. Dette er etablert og igangsatt som eget prosjekt i HNT, ”Prosjekt Meldingsløftet”.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Midlene som Helse Midt-Norge RHF tidligere disponerte for å støtte opp om samhandlingstiltak er etter vedtak i styret fordelt til helseforetakene Helseforetaket må derfor sette av midler for å finansiere nye samhandlingstiltak, jfr. bevilgningskapitlet. I forbindelse med langtidsbudsjettarbeidet vil videre finansiering av samhandlingsprosjekt bli tatt opp.</li> </ul>	<p>Behandles ifm LTB 2011.</p>

#### 4.3.2 Akuttmottak

Statens helsetilsyn avdekket i et landsomfattende tilsyn i 2007 at mangelfull styring og ledelse preget hverdagen i akuttmottakene og at dette til tider ga uforsvarlig pasientbehandling i de fleste akuttmottak. Dette må rettes opp.

#### Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

	<p><b>Rapportering:</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foretaksledelsen skal sikre at arbeidet med å etablere systematiske tiltak for bedre styring, ledelse og drift av akuttmottakene gis nødvendig prioritet.</li> </ul>	<p>Etablert observasjonsenhet for ventende, utarbeidet og godkjent prosedyre for mål- og aktivitetsstyring. Prosedyre iverksatt.</p>

#### 4.3.3 Lokalsykehusenes akuttfunksjoner

Det skal opprettholdes et desentralisert sykehusstilbud, som blant annet sikrer nærhet til akuttfunksjoner. Det er et krav fra eier at ingen lokalsykehus skal legges ned.

Regjeringen legger opp til at det akuttmedisinske tilbudet ved lokalsykehusene må sees i sammenheng med, og tilpasses lokale forhold gjennom likeverdige prosesser som bidrar til trygghet og kvalitet.

Lokalt tilpassede behandlingsskjeder, tilrettelagt kompetanse og forpliktende nettverk mellom sykehusene, vil bidra til å sikre kvaliteten i det akuttmedisinske tilbudet.

#### Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

	Rapportering:
<ul style="list-style-type: none"><li>Helseforetaket skal delta i arbeidet med å revidere plan for prehospitaltjenester.</li></ul>	Avventer HMN, men har iverksatt ROS analyse ambulanse

#### 4.3.4 Fødselsomsorg

Det skal legges til rette for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i samarbeid med primærhelsetjenesten.

Det er et mål å sikre drift av fødeinstitusjoner hele året.

#### Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

	Rapportering:
<ul style="list-style-type: none"><li>Sommer- og feriestengninger av fødeinstitusjoner skal ikke skje pga økonomiske årsaker alene. Dersom det ikke lar seg gjøre å avvikle lovpålagt ferie forsvarlig, kan det stenges, men stengningsperioden skal gjøres kortest mulig og det skal iverksettes nødvendige tiltak for å sikre forsvarlighet i samarbeid med kommunen.</li></ul>	Det var ingen sommer og feriestengning av fødeinstitusjonene.
<ul style="list-style-type: none"><li>Dersom det er nødvendig med sommerstengning, skal helseforetaket samarbeide med andre helseforetak om planer for sommerstenging.</li></ul>	Se punkt ovenfor.

<ul style="list-style-type: none"> <li>Erfaringer fra en eventuell sommerstenging skal rapporteres i årlig melding.</li> </ul>	Årets sommerferieavvikling føde evalueres med tanke på neste års drift.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal bidra til at elektronisk innmelding av data til Medisinsk fødselsregister kan skje for alle fødeinstitusjoner i regionen.</li> </ul>	For tiden er det feil med det elektroniske systemet og derfor rapporteres det papirbasert. Det arbeides med å finne feil slik at rapportering kan skje elektronisk.

#### **Videre må helseforetaket være forberedt på oppfølgingsaktiviteter knyttet til følgende:**

Det er planlagt at en stortingsmelding om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg skal legges fram for Stortinget tidlig i 2009. Departementet vil komme tilbake til eventuelle oppdrag til Helse Midt-Norge RHF etter at Stortinget har behandlet meldingen, og helseforetaket må være forberedt på oppfølgingstiltak, herunder deltakelse i regionalt samhandlingsnettverk.

#### *4.3.5 Psykisk helsevern*

Det overordnede målet er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Helseforetaket forpliktes til å gjennomgå ”program for psykisk helsevern 2007 – 2010 og lage en oversikt over hvor langt helseforetaket er kommet med å gjennomføre de tiltak som foretakene er ansvarlig for. Resultatet av dette arbeidet rapporteres halvårlig.

De overordnede målene og verdigrunnlaget fra Opptappingsplanen skal legges til grunn i det videre arbeidet for å sikre et godt tilbud innen psykisk helsevern. Samhandlingen mellom helsearbeiderne og pasienter skal inkludere pasientens pårørende. Det skal rapporteres på hvordan denne føringen er fulgt opp i årlig melding.

#### **Helseforetaket skal følge med på og rapportere på følgende styringsvariabler:**

	<b>Rapportering:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Andel av tvangsinnlagte i psykisk helsevern skal reduseres.</li> </ul>	20,1 % etter 1.tertial. 16,5 % 2.tertial Helse Nord-Trøndelag ligger lavt på andel tvangsinnlagte i utgangspunktet.

#### **Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:**

	<b>Rapportering:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal drive utviklingsarbeid/omstillingsarbeid med hovedvekt på mer utadrettede og ambulante tjenester og oppfølging.</li> </ul>	Helse Nord-Trøndelag psykiatrisk klinikk driver ambulant virksomhet innen flere fagområder som habilitering, rus, psykoseoppfølging og alderspsykiatri. Nytt ambulant team innen

	psykose og utvidelse av ambulant virksomhet innen alderspsykiatri med tilsammen 8.5 stilling er gjennomført
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det skal arbeides for bedre samhandling mellom DPS, BUP og det kommunale og 1.-linjetilbudet inklusive barnevernet.</li> </ul>	Det er faste samarbeidsmøter mellom DPS og sykehus om enkeltpasienter spesielt i overgangsfaser og tidlig intervensjon.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det skal være god samhandling mellom helsearbeiderne og brukerne (pasient og pårørende).</li> </ul>	Brukerforum Psykiatri opprettet, evaluert og besluttet videreført
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseforetaket skal tilstrebe en ressursfordeling mellom tjenestene iht DPS-veilederen.</li> </ul>	Psykiatrisk klinikk ivaretar DPS funksjoner for spesifikke kommuner fra sykehusavdelinger i Namsos og Levanger.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseforetaket skal innholdsmessig yte tjenester iht DPS-veilederen.</li> </ul>	Helseforetaket yter tjenester i hht DPS veilederen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseforetaket anbefales å benytte Helsedirektoratets DPS-kartelegging fra 2008 som referanse i omstillingsarbeidet.</li> </ul>	Kartleggingen er tatt opp og er utgangspunkt for forbedringer.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rusmiddelproblemer hos pasienter som henvises til psykisk helsevern skal registreres, og det skal iverksettes tiltak for å sikre at disse pasientene får et helhetlig behandlingstilbud. Det skal etableres utredningsrutiner som sikrer at rusproblemer hos alle pasienter etterspørres, registreres i journal og kartlegges. Registreringen skal gjøres rapporteringsbar og inngå i tertialrapporteringen.</li> </ul>	Rusanamnese er en del av utredningen i psyk klinikk jfr rutinemessig bruk av MINI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseforetaket skal legge til rette for at unge med tilbud innenfor psykisk helsevern for barn og unge kan beholde sin behandler også etter fylte 18 år og inntil fylte 23 år, ref Stortingets vedtak om dette.</li> </ul>	Det er etablert samarbeidsordninger mellom BUP og VOP der det løpende utøves faglig skjønn når det gjelder hensiktsmessighet.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det skal etableres systemer for etterlevelse av lovkrav, og dette skal inngå i tertialrapporteringen.</li> </ul>	Klinikken er ISO- sertifisert og blir årlig revidert i hht lovkrav
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseforetaket skal ta i bruk Helsedirektoratets veileder for poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge (IS – 1570).</li> </ul>	Helseforetaket (BUP) har tatt i bruk veileder og har stor nytte av denne.
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseforetaket skal ta i bruk Helsedirektoratets Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern(IS 1511).</li> </ul>	Helseforetaket har deltatt ved Helsedirektoretets opplæringsrunde i landet. I tillegg er de nasjonale retningslinjene implementert gjennom obligatorisk opplæring av helsepersonell. Klinikken prosedyre er revidert.

	Helsedirektoratets Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS15 g 11) er tatt i bruk og implementert gjennom systematisk undervisning av alle ansatte. Både VOP og BUP.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal følge opp Helsedirektoratets veileder om samarbeid med og oppfølging av pårørende innen psykiske helsetjenester (IS-1512) Helseforetaket skal iverksette tiltak for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern, jf. bl.a. handlingsplan om redusert og kvalitetssikret bruk av tvang.</li> </ul>	Disse veilederne er implementert i VOP. BUP praktiserer i dag ikke tvungen behandling.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal sørge for gode og verdige transportordninger for psykisk syke, som bidrar til at bruken av tvang og av politi reduseres til et minimum.</li> </ul>	Jfr avdelingsoverleger så er det lite unødvendig transport ved politi. De aller fleste innleggelseser går via privatbil/drosje/ambulanse
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal iverksette tiltak som bidrar til flere pasienter fullfører behandling.</li> </ul>	Se øvrige tiltak.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal prøve ut en ordning med brukerstyrte plasser, dvs døgnplasser som i henhold til individuelle rettighetskontrakter innebærer at den enkelte bruker for en avgrenset innleggesperiode kan legge seg inn selv når vedkommende føler behov for det. Det vises til erfaringer fra Jæren DPS.</li> </ul>	Flere pasienter har egen "kriseplan" eller avtale om "åpen retur" Dette samsvarer med praksis fra Jæren DPS

**Videre må helseforetaket være forberedt på oppfølgingsaktiviteter knyttet til følgende:**

Helse Midt-Norge skal initiere et arbeid i samarbeid med flere aktører, for å etablere rutiner/systemer i den offentlige spesialisthelsetjenesten som innebærer at henvisninger til spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern bli koordinert, slik at pasienter slipper å henvende seg til flere tjenesteytere for å få hjelp. Dette gjelder særlig henvisninger til avtalespesialister. Konkrete driftsløsninger skal være iverksatt innen utgangen av april 2009. Helseforetaket forventes å delta i utviklingen av disse rutinene/systemene.

**Helseforetaket skal i årlig melding særskilt rapportere på følgende:**

	<b>Rapportering:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS per 10.000 innbygger</li> </ul>	Årsverk i DPS pr 10 000 innb (alle) Psykiatere: 0,79 Psykologer: 1,16



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prosentvis fordeling av årsverk totalt mellom sykehus og DPS.</li> </ul>	Årsverk DPS 16% Årsverk Sykehus 84%*																					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall og andel pasienter over 18 år behandlet i henholdsvis sykehus og i DPS per 10.000 innbygger fordelt på døgninnleggelser, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste.</li> </ul>	<table> <thead> <tr> <th>Andel</th> <th>Sykehus</th> <th>DPS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Døgn</td> <td>78,29%</td> <td>21,71%</td> </tr> <tr> <td>Pol.kl</td> <td>76,73%</td> <td>23,27%</td> </tr> </tbody> </table> <table> <thead> <tr> <th>Antall innleggelser pr 10 000</th> <th>Sykehus</th> <th>DPS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Døgn</td> <td>82,4</td> <td>22,8</td> </tr> </tbody> </table> <table> <thead> <tr> <th>Antall konsultasjoner pr 10 000</th> <th>Sykehus</th> <th>DPS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pol.kl</td> <td>1723,3</td> <td>522,5</td> </tr> </tbody> </table> Dagpasienter: vet ikke Ambulant virksomhet: vet ikke (klarer ikke å lese dette ut fra våre datasystemer)	Andel	Sykehus	DPS	Døgn	78,29%	21,71%	Pol.kl	76,73%	23,27%	Antall innleggelser pr 10 000	Sykehus	DPS	Døgn	82,4	22,8	Antall konsultasjoner pr 10 000	Sykehus	DPS	Pol.kl	1723,3	522,5
Andel	Sykehus	DPS																				
Døgn	78,29%	21,71%																				
Pol.kl	76,73%	23,27%																				
Antall innleggelser pr 10 000	Sykehus	DPS																				
Døgn	82,4	22,8																				
Antall konsultasjoner pr 10 000	Sykehus	DPS																				
Pol.kl	1723,3	522,5																				
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antall barn og unge pr 10 000 innbyggere under 18 år som har mottatt behandling fra ambulant tjeneste.</li> </ul>	Her har det ikke vært mulig å få frem data da vi ikke har fullstendig registrering og gode nok definisjoner.																					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andel ikke planlagte reinnleggelser i akuttavdelinger innen 30 dager per 10 000 innbygger.</li> </ul>	7 reinnleggelser i akuttpost pr 10 000 innbyggere i psykiatrien																					

#### 4.3.6 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)

Regjeringen la i St.prp.nr.1 (2007-2008) fram en opptrappingsplan på rusfeltet for perioden 2007-2010. To sentrale mål i planen er i perioden å styrke kvaliteten og kapasiteten på tjenestene innen TSB, inkludert legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Videre er det et mål at forpliktende samhandling i tjenestene til rusmiddelavhengige styrkes, både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Mange rusmiddelavhengige har også til dels omfattende psykiske lidelser. Det er derfor et mål å styrke samhandlingen mellom psykisk helsevern og TSB.

I Opptrappingsplanen legges det også vekt på at det skal etableres flere ambulante team og virksomheter. Innsatsen for å oppnå bedre rutiner for samhandling for å unngå behandlingsavbrudd skal styrkes. Økt brukermedvirkning står sentralt. Forskning og kompetanse på rusfeltet skal også styrkes.

**Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:**

	<b>Rapportering:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal delta i et arbeid sammen med de øvrige helseforetak i regionen for videreutvikle samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester og barnevern for gravide rusmiddelavhengige i LAR og annen tverrfaglig spesialisert behandling og etablere rutiner for registrering av slike tiltak. Antall barn som fødes av kvinner i LAR (jf. melding til medisinsk fødselsregister) og hva slags tilbud disse pasientene mottar skal rapporteres i årlig melding. Rusbehandling Midt-Norge HF har fått i oppdrag å initiere dette arbeidet.</li> </ul>	Psykiatrisk klinikk ved ARP deltar i dette arbeidet.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal videreutvikle prosjektet/lavterskeltilbudet "Familieambulatoriet" med sikte på etablering som integrert del av et helhetlig tilbud til gravide og unge rusmisbrukere fra 2010.</li> </ul>	Helseforetaket har etablert "Familieambulatoriet" som er et forebyggings og behandlingstilbud til gravide og fedre som har et forbruk av alkohol, medisiner og andre rusmidler. Tilbudet innebærer en oppfølging fra graviditet og til barnet er 6 år. Psykiatrisk klinikk deltar i Prosjekt familieambulatoriet i Namsos og Levanger med personell fra ARP
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal sikre at alle pasienter som blir henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige også skal vurderes for sine behov for øvrige tjenester innen spesialisthelsetjenesten. Helseforetaket må videre forplikte seg til å følge opp og bidra til både utredning og behandling der annen kompetanse enn TSB er nødvendig.</li> </ul>	Dette er kvalitetssikret og tilstrebes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal iverksette tiltak som bidrar til flere pasienter fullfører behandling.</li> </ul>	Dette er kvalitetssikret og tilstrebes
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal sikre gode rutiner ved utskrivning etter endt behandling eller ved behandlingsavbrudd slik at forholdene legges til rette for god oppfølging for kommunale tjenesteytere.</li> </ul>	Behandlingsprosessen til denne pasientgruppen inneholder uten unntak samhandling med 1. linje i form av ansvarsgrupper og individuell plan. (IP.) Dette er revidert i Helsetilsyn.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal i samarbeid med Kriminalomsorgen legge</li> </ul>	Dette vurderes i hver enkelt sak og er på plass.

forholdene til rette for at innsatte som gis anledning til dette, kan sone etter § 12 i straffegjennomføringsloven i institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal sørge for at ambulansetjenesten som rykker ut overfor rusmiddelavhengige ved overdoser, i samarbeid med kommunale tjenester sikrer videre oppfølging etter nødvendig behandling på stedet. Helseforetaket skal ta initiativ til å etablere samarbeidsavtaler</li> </ul>	Tiltaket er påbegynt og vil bli videreført etter ny gjennomgang av avtaleverket med kommunene.

- med kommuner for å sikre at slik oppfølging skjer.

#### 4.3.7 Barn som pårørende

Det er et mål å styrke rettstillingen for barn av foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade.

#### Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

	<b>Rapportering:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal iverksette tiltak for at barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade identifiseres. Pasientene eller omsorgspersonen bør informeres om barns generelle behov for støtte og oppfølging når foreldrene er syke, samt om andre hjelpetilbud. I samråd med pasienten eller omsorgsperson bør barnet tilbys relevant oppfølging, så som informasjon og vurdering av behov for helsehjelp.</li> </ul>	<p>Psykiatrisk klinikk har implementert barnas time som tiltak i klinikken. Barneansvarlig implementers i disse dager. Barneark er endel av maler i EPJ som sikrer at barnas behov kartlegges. Helseforetaket forholder seg til ny lovgivning når det gjelder "barn som pårørende" som iverksettes fra 010110.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal sørge for at barnas behov kartlegges og at etterfølgende vurdering av tiltaksbehov journalføres i samråd med omsorgspersonen. Ved behov for særlig oppfølging av barna ut over det behandlingsinstitusjonen selv kan bidra med skal det sørges for at barna blir vist til riktig tiltak/annen ansvarlig instans.</li> </ul>	<p>Helse Nord-Trøndelag psykiatrisk klinikk har innført felles wordmaler i EPJ for å kvalitetssikre journalføring. Av disse malene, er "barneark" et hjelpemiddel for å kartlegge og vurdere tiltaksbehov.</p>

Videre må helseforetaket være forberedt på oppfølgingsaktiviteter knyttet til følgende:

Regjeringen vil våren 2009 legge fram lovforslag for å styrke rettstillingen for barn av foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Departementet vil komme tilbake til Helse Midt-Norge RHF etter at lovforslaget er behandlet i Stortinget, og helseforetaket må være forberedt på oppfølgingstiltak.

#### 4.3.8 Rehabilitering og habilitering

Oppfølgingen av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering skal gjøre at rehabilitering og habilitering får den posisjon i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene tilsier.

#### Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

	<b>Rapportering:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal i egen rapport rapportere om hvilke tiltak som er gjennomført og hva som er planlagt gjennomført i løpet av 2009 for å oppnå målene i den nasjonale strategien. Det bes spesielt om en redegjørelse om forskning, kompetansehevede tiltak og habiliteringstilbud til barn og unge med omfattende behov, herunder de med alvorlige hodeskader. Frist for denne rapporteringen settes til 15. mai 2009.</li> </ul>	Egen rapport er avlevert.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Det er et mål at rehabilitering er en integrert del av behandlingen i alle kliniske avdelinger. Helseforetaket skal rapportere for hvilke pasientgrupper det er etablert pasientforløp hvor dette er ivaretatt.</li> </ul>	Hjerneslag. Hofte og kneopererte. Coronar hjertesykdom. KOLS. Barn medfødte sykdommer.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal dokumentere at de har habilitering og rehabilitering med i sitt arbeid med pasientforløp. Private rehabiliteringsklinikker må inkluderes i dette arbeide.</li> </ul>	Samarbeidsprosjekt vedrørende KOLS pasienter planlegges sammen med private rehab.institusjoner.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal delta i regionalt fagnettverk innen rehabilitering/habilitering.</li> </ul>	HNT deltar.

#### Videre må helseforetaket være forberedt på oppfølgingsaktiviteter knyttet til følgende:

Helse Midt- Norge RHF har innenfor sitt "sørge for"-ansvar har ansvar for helsehjelp til mennesker med hørselsproblemer, herunder tilpasning av høreapparater. Det skal igangsettes et arbeid slik regionen får et helhetlig opplegg som også omfatter driftavtaleleger og private audiografer, i tillegg til de offentlige hørselssentralene. Helseforetaket vil kunne bli bedt om å bistå i dette arbeidet.

Helse Midt- Norge RHF har avtaler om kjøp av tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringstjenester som gjelder ut 2009 og forbereder ny kravspesifikasjon som grunnlag for nye avtaler gjeldende fra 1. januar. Helse Midt- Norge RHF tar sikte på å følge oppigangsatt prosjekt i Nord-Trøndelag samt iverksette nytt prosjekt mellom St. Olav og Selli rehabiliteringssenter angående ortopediske pasienter.

#### 4.3.9 Nasjonale strategier på kreft, diabetes, KOLS, kvinnehelse, spesialisthelsetjeneste for eldre, tiltak innen smertebehandling mv

I 2006 ble det utgitt nasjonale strategier for tre diagnosegrupper; kreft, diabetes og KOLS. De regionale helseforetakene har ansvar for implementeringen av strategiene og for at målene i strategiene på spesialisthelsetjenestens område nås. Helseforetakene skal bistå i dette arbeidet.

Helse- og omsorgsdepartementet har høsten 2008 utarbeidet en strategi for spesialisthelsetjenester for eldre 2008-2012. Det er en målsetting at helseforetakene i samarbeid med de kommunale tjenestene, herunder fastlege og pleie- og omsorgstjenesten, bidrar til helhetlige behandlings- og rehabiliteringskjeder, innrettet mot eldre pasienters behov. Strategien legger til grunn et systematisert arbeid for å forene de ressurser og den kunnskap som finnes om eldres behov for spesialisthelsetjenester. Strategien bygger på Helsedirektoratets rapport "Respekt og kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre – forslag til mål og strategier"(IS-1498). Helseforetakene må være forberedt å delta i arbeidet med å implementere de nasjonale strategiene.

Strategiplan for kvinners helse ble presentert i St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Strategiplanen løper fram til 2013 og skal følges opp i helseforetakene.

Helseforetakene skal sikre at fokus på ernæring inngår i det samlede tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten.

#### **Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:**

<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal utvikle og prøve ut nye modeller for lungerehabilitering, herunder utvikle dagtilbud for rehabilitering av personer med KOLS.</li> </ul>	<p><b>Rapportering:</b></p> <p>Arbeidsgruppe oppnevnt ved begynnelsen av 2009. Arbeidsgruppen hadde representanter fra sykehusene, brukerne, Kommunenes Sentralforbund og de private rehabiliteringsinstitusjonene i fylket. Rapporten viser at i 2020 vil KOLS være den 3 vanligste dødsårsaken i vår del av verden. Hver 5 akuttinnleggelse i sykehus skyldes KOLS. Arbeidsgruppen har gitt anbefalinger på tiltak som bør iverksettes. Lungesykepleiere ansatt ved begge sykehusene.</p>
---	---

	<p>Gruppebehandling gjennomføres innafor LMS ved Sykehuset Namsos og i lungepoliklinikken ved Sykehuset Levanger. Pasienter sendes til Røros(LHL) og noen få pasienter sendes til andre institusjoner. Som for eksempel Glitreklubben.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal sikre at nye faglige retningslinjer på diabetesområdet blir implementert i tjenesten, videreføre arbeidet med veiledning rettet mot personer med, eller som er i risikogruppen for, å utvikle type 2-diabetes samt ta i bruk diabetesjournal.</li> </ul>	<p>Står på vent pga stillingsmangel.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal følge opp Strategiplan for kvinners helse ble presentert i St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Strategiplanen løper fram til 2013.</li> </ul>	<p>Helseforetaket har fokus på kvinnehelse og har sterkt medvirket til å få en desentralisert svangerskapstjeneste for gravide i kommunene i Nord-Trøndelag. Tjenesten er forankret i gjensidige avtaler mellom HF og kommune. Svangerskapsomsorgen ved kommunale jordmødre - følges opp. Igangsatt to forskningsprosjekter blødning i barsel og innenfor gynekologien</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal arbeide for at Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma og allergisykdommer blir nådd.</li> </ul>	<p>Helse Nord-Trøndelag HF er medlem av nasjonalt nettverk for helsefremmende sykehus og deltar aktivt i dette arbeidet. HNT har deltatt i fylkeskommunalt folkehelseprosjekt som partner i flere år. Astma og allergisykdommer ivaretas gjennom LMS og behandlingstilbud ved astmapol.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal følge opp handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008-2011 for å bidra til målet om at ingen jenter/kvinner skal bli kjønnslemlestet i Norge.</li> </ul>	<p>Det er fokus på kjønnslemlestelse og man forholder seg på en faglig tilfredstillende måte når det gjelder berørte pasientgrupper.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal iverksette tiltak for forebygging og behandling av barn og unge med sykkelig overvekt, herunder videreutvikle tverrfaglig overvektspoliklinikk for barn, unge og voksne og samhandling med kommunehelsetjenesten. (Se styresak 59/08)</li> </ul>	<p>Helseforetaket har laget et oppdragsmandat til en tverrfaglig arbeidsgruppe som skal arbeide med å etablere et tverrfaglig poliklinikktilbud. Dette i samarbeid med kommuner og St.Olav Hospital.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal etablere tverrfaglig tilbud til kroniske smertepasienter i samarbeid med kommunene.</li> </ul>	<p>Polikliniske tilbud ved begge sykehus planlegges.</p>

#### 4.3.10 Lands- og flerregionale og overnasjonale funksjoner

Det er et nasjonalt mål å sikre lik tilgang til og bruk av landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og evt overnasjonale tilbud om høyspesialisert pasientbehandling.

Det er et nasjonalt mål å øke antall organdonasjoner fra dagens 19,9 donasjoner per million innbyggere til 30 donasjoner.

#### Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

	<b>Rapportering:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Helseforetaket skal legge til rette for at potensielle donorer identifiseres, og at helsepersonell tar opp spørsmålet om organdonasjon i tråd med retningslinjene beskrevet i rundskriv I-9/2003.</li></ul>	HNT jobber med å optimalisere forholdene rundt organdonasjon i tråd med retningslinjene i rundskriv I-9/2003. Det er innhentet uttalelser fra de donoransvarlige ved begge sykehus, hhv. 29/5-09 ved SHN og 12/6-09 v. SHL. Konklusjoner i eget brev. Retningslinjene følges og tiltaket ansees nå fullført.
<ul style="list-style-type: none"><li>Ved donasjon av hornhinner skal det innhentes samtykke i tråd med rundskriv I-6/2008.</li></ul>	Situasjonen er avklart. Avhenger av at hornhinnebank med tilhørende koordinatorfunksjon kommer i drift i Trondheim. I følge overlege Karin Aasly ved Corneaseksjonen St.Olav Hospital er det usikkert når planene kan bli realisert.
<ul style="list-style-type: none"><li>Helseforetaket skal sikre at donoransvarlig lege får arbeidstid for å kunne ivareta oppgavene med organdonasjon, samt å styrke faglig opplæring av helsepersonell i spørsmål om organdonasjon, spesielt i arbeidet med kommunikasjon med pårørende.</li></ul>	Se pkt ovenfor.

#### 4.3.11 Beredskap og smittevern

Helseforetaket skal medvirke til helhet og samhandling i sektorens smittevern og beredskapsarbeid.

#### Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

	<b>Rapportering:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>Helseforetaket skal videreutvikle/etablere samarbeidsformer med kommunene, og øvrige samarbeidsparter i egen og andre helseregioner, bl.a. om forebyggingstiltak på smittevernområdet, landsfunksjonen for behandling for behandling av pasienter utsatt</li></ul>	Helse Nord-Trøndelag HF deltar i kommunale/fylkeskommunale samvirkeseminarer og øvelser



for atom-, biologiske og kjemiske hendelser, om operativ samhandling og ressursdisponering ved kriser.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal delta i revisjon av regional handlingsplan ang smittevernarbeid, antibiotikaresistens og sykehusinfeksjoner, og implementere denne i virksomheten.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal oppdatere, videreutvikle og øve sine beredskapsplaner, herunder oppdatere ROS-analyser knyttet til kritisk infrastruktur, ferdigstille tiltak som sikrer at helseforetakene har sikre systemer for kritiske innsatsfaktorer – som IKT, vann- og strømforsyning.</li> </ul>	Det er gjennomført ROS analyser for el.kraft og vannforsyning for sykehuset Levanger og ROS-analyse for el.kraft på Namsos. ROS analyse for vannforsyning for Sykehuset Namsos gjennomføres i 2010
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal delta i regionale nettverksmøter.</li> </ul>	HNT deltar i regionale grupper knyttet til Eiendomsdrift, Innkjøp , forsyning og Medisinteknisk utstyr
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal ha innarbeidet beredskapshensyn i tjenestens logistikksystemer og leveranseavtaler.</li> </ul>	Av forskjellige årsaker har det regionale nettverk for innkjøp ikke funnet sin form. Det arbeides regionalt med ulike modeller for det regionale anskaffelsesområdet - nettverk eller en sentral regional enhet.

#### 4.4 Utdanning av helsepersonell

Utdanning av helsepersonell skal bidra til å sikre et kompetent og tilstrekkelig antall helsepersonell i hele helsetjenesten. Dette er en sentral forutsetning for faglighet og kvalitet i tjenesten. Utdanningsoppgaver omfatter tiltak knyttet til grunnutdanning (elever/lærlinger/studentene), turnustjeneste, videreutdanning, etterutdanning og spesialistutdanning for å møte nåværende og framtidige krav til tjenesten.

#### Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

	<b>Rapportering:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal delta i det regionale samarbeidsorganet</li> </ul>	Foretaket har fast representant i utvalget og har deltatt siden opprettelse.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal videreutvikle det lokale samarbeidsutvalget mellom helseforetaket og aktuelle høgskole/universitet</li> </ul>	HNT har lederfunksjonen i det lokale samarbeidsorganet. Det er pågående arbeid med å vurdere endringer i struktur for samarbeidsorganene
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal ta imot og følge opp turnusleger og turnusfysioterapeuter i sykehus etter vedtak hos fylkesmannen.</li> </ul>	Turnusleger starter fra 2010 en uke tidligere med omfattende info. program. FoU-avdelingen følger opp nasjonal spørreundersøkelse med lokal undersøkelse og forslag på tiltak.



<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal følge opp registreringspraksis ift legenes stillingsstruktur via Nasjonalt Råds database for rapportering og styring av NR id. Nummer.</li> </ul>	Nasjonalt råds database følges opp iht til regelverk og er à jour. En personlrådgiver har oppfølgingsansvar med kontinuerlig oppdatering/rapportering av basen.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal etablere riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for elever/lærlinger/studenter i grunnutdanning og turnuskandidater i turnustjeneste.</li> </ul>	HNT har avtaler med høyskole og universitet for utplassering av studenter. Inkluderer også avtaler om studentveiledning
<ul style="list-style-type: none"> <li>Det skal rapporteres på antall etablerte praksisplasser for elever, lærlinger og studenter i grunnutdanning og turnuskandidater i turnustjeneste, herunder gjennomført tjeneste i psykisk helsevern.</li> </ul>	HNT tar imot 650 studenter innenfor bachelor, master og spesialutdanninger. I tillegg til ca 25 legestudenter (4 år), lærlinger og ambulansarbeider – 12 plasser – helsefag etter avtale med kommunene,+ ulike hospitantordninger. Politistudenter, sped.ped og andre grupper er inne på kortere hospitering. Rapportering er gjort pr. 01.09.09 til Helse Midt.Norge RHF.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal, i samarbeid med fylkeskommunene, sørge for at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsefagutdanningen. Det skal rapporteres på antall læreplasser i ambulansarbeiderutdanningen og helsefagarbeiderutdanningen i årlig melding.</li> </ul>	HNT har avtale om at helsefagarbeider som ønsker praksis i sykehus får dette som en del av arbeidsavtalen lærling har i kommunen. 12 plasser for ambulanselærlinger.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal samarbeide med kommunene slik at det totale behovet for helsearbeidere dekkes.</li> </ul>	Forpliktende og løpende samarbeid med OKS + frittstående kommuneavtaler er etablert. Det legges til rette for hospitering og ambulerende virksomhet innenfor ulike fagfelt. Foretaket deltar som aktiv medlem i EINA i forhold til kurs som etterspørres.

**Videre må helseforetaket være forberedt på oppfølgingsaktiviteter knyttet til følgende:**

Det skal gjøres et regionalt arbeid med å videreutvikle personalsystemet slik at rapporteringsgrunnlaget bedres. Helseforetaket må være forberedt på å delta i dette arbeidet. Videre skal helseforetaket følge opp handlingsplanen HR med å etablere en strategisk helhetlig kompetanseplan hvor fremtidige risikoområder innen definerte kompetanseområder identifiseres og tiltak for å reduseres risiki beskrives.

Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for å bidra til økt utdanning i rekrutteringsutsatte legespesialiteter, dvs. der det er diskrepans mellom forventet behov og tilgang på spesialister. Helseforetaket skal bidra i dette arbeidet.

Helse Midt-Norge RHF bidrar til å utvikle et nasjonalt system for å registrere og styre NR id.-numrene, ref eget tiltakspunkt over. Dette vil bli implementert i foretaksgruppen etter nasjonal ferdigstillelse og helseforetaket må være forberedt på å delta i implementeringen.

## 4.5 Forskning

Forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater og nye løsninger i tjenesten (innovasjon) er viktig for å sikre at tjenestetilbudet som gis er trygt, kostnadseffektivt og gir en helsegevinst.

### 4.5.1 Forskning

Det er et mål å styrke pasientrettet klinisk forskning av høy kvalitet og relevans i helseforetakene, i tråd med de føringene som er gitt i Nasjonal helseplan (2007-2010). Kjønnsperspektivet i klinisk forskning skal ivaretas.

#### Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

	<b>Rapportering:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal rapportere på både resultater og ressursbruk til forskning til NIFU STEP og bruke e-rapport systemet utviklet av Helse Vest for rapportering på pågående forskningsprosjekter, jf. <a href="http://forskningsprosjekter.ihelse.net">http://forskningsprosjekter.ihelse.net</a> samt bidra med kompetanse og ressurser i nasjonalt utviklingsarbeid med sikte på samordning og videreutvikling av nasjonale målesystemer</li> </ul>	<p>FoU HNT har rapportert både resultater og ressursbruk til forskning i HNT til NIFU-STEP. Det arbeides med å implementere et e-rapportsystem som er utviklet av Helse Vest. Systemet er ikke tatt i bruk i HNT enda.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Helseforetaket skal rapporteres på årlig publikasjonspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader og avlagte doktorgrader totalt for HMN (beregnet av NIFU STEP).</li> </ul>	<p>FoU HNT har gode rutiner på årlig rapportering av dr grader og vitenskapelige publikasjoner til NIFU STEP Halvårlig rapportering er vanskelig, fordi NIFU-STEPs beregninger foretas kun en gang i året. Beregninger fra NIFU-step som gjelder 2009 vil først foreligge våren 2010.</p> <p>I følge våre lister har det i løpet av første halvår blitt publisert 21 artikler. Erfaringsmessig vil ikke alle artiklene ha oppgitt korrekt adresse, slik at antallet artikler som blir kreditert helseforetaket vil bli noe lavere. NIFU-STEPs beregning av pulikasjonspoeng for denne tidsperioden vil først foreligge våren 2010.</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det skal rapporteres på årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i HMN, herunder andel til psykisk helse og rus (beregnet av NIFU STEP).</li> </ul>	<p>HNT har i 2008 brukt 0,91 % av bto. budsjett til forskning. Målet for 2009 er 1,4 %. I den forbindelse er det etablert en stillingsbank, hvor det er satt midler til forskningsstillinger. Målet med stillingsbanken er å øke satsingen på klinisk forskning. I 2009 er det 1. mill kr tilgjengelig til dette formålet. Dette er planlagt økt til 2 mill. i 2010.</p> <p>Første halvår i år gikk 30 % av totalt utdelte midler til prosjekter som omhandlet psykisk helse. Tilsvarende gikk 3 % av utdelte midler til prosjekter som omhandlet rus. Resultatene for året vil ikke foreligge før våren 2010.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv i HMN på utvalgte prioriterte fagområder innen forskning, herunder rus, psykisk helse, rehabilitering/habilitering, kvinnehelse, kreft, kols, diabetes og eldre skal rapporteres i årlig melding. Rapporteringen skal baseres på elektronisk rapportering, jf. portalen <a href="http://forskingsprosjekter.ihelse.net">http://forskingsprosjekter.ihelse.net</a></li> </ul>	<p>15 prosjekter fikk tildelt midler første halvår 2009. Total tildeling var i størrelsesorden 1.4 mill.</p> <p>5 av prosjektene omhandler psykisk helse. Disse har fått tildelt 30 % av den totale tildelingen.</p> <p>1 av prosjektene omhandler rus. Dette prosjektet har fått tildelt 3 % av den totale tildelingen.</p> <p>1 av prosjektene omhandler rehabilitering. Dette prosjektet har fått tildelt 6% av den totale tildelingen.</p> <p>2 av prosjektene omhandler eldre. Disse har fått tildelt 19 % av den totale tildelingen.</p> <p>Årsoversikt vil ikke foreligge før tidlig vår 2010.</p>

#### 4.5.2 Innovasjon

Helse Midt-Norge RHF skal bidra i arbeidet med å implementere nasjonal satsning på behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2011). De regionale helseforetakene skal bidra til å øke antall forsknings- og utviklingskontrakter mellom norske leverandørbedrifter og helseforetak (OFU-kontrakter) innenfor helse gjennom å stille nødvendige ressurser i form av kompetanse.

Helseforetaket må være forberedt på å stille ressurser til disposisjon i dette arbeidet.

#### Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

	<b>Rapportering:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Helseforetaket skal delta i nettverk med innovasjonsansvarlige i helseforetak. Nettverket skal sikre at det i årlig melding rapporteres på følgende (rapport fra nettverket sendes RHF innen 15. januar 2010):<ul style="list-style-type: none"><li>○ Antall OFU (evt IFU) kontrakter og tildelte midler fra Innovasjon Norge</li><li>○ Antall FORNY (kommersialisering av FOU- resultater), BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter) og KBM (kompetanseprosjekter med brukermedvirkning) prosjekter samt tildelte midler fra Norges forskningsråd til innovasjonsprosjekter</li><li>○ Antall registrerte oppfinnelser (DOFI)</li><li>○ Antall registrerte patenter</li><li>○ Antall lisensavtaler</li><li>○ Antall bedriftsetableringer</li></ul></li></ul>	<p>Helseforetaket HNT har lagt ansvaret for dette arbeidsområdet til foretakets FoU- avdeling. Avdelingen har foreløpig ikke hatt midler/ressurser for å kunne iverksette dette arbeidet.</p> <p>Foreløpig vil man derfor i dette arbeidet fra sak til sak støtte seg til Helse Midt-Norge og miljøer på NTNU og Sintef som arbeider med dette fagfeltet.</p>

#### 4.6 Opplæring av pasient og pårørende.

Pasienter og pårørende som har behov for tilrettelagt opplæring, skal få et kvalitativt godt tilbud om dette. Det er et hovedmål å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Slik opplæring kan skje i samarbeid mellom kliniske fagmiljø og lærings- og mestringssentre.

### Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

	<b>Rapportering:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Helseforetaket skal tilby opplæring i lærings- og mestringssentre eller andre deler av spesialisthelsetjenesten til de pasienter som har behov for det, herunder pasienter med kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse.</li></ul>	HNT ivaretar dette gjennom sitt Lærings- og mestringssenter og det arbeidet de kliniske avdelingene gjennomfører.
<ul style="list-style-type: none"><li>• Helseforetaket skal ha og videreutvikle programmer for habilitering og rehabilitering i samarbeid med lærings- og mestringssenteret.</li></ul>	Dette ivaretas av lærings- og mestringssenteret i samarbeid med aktuelle avdelinger ved sykehusene.

I tillegg til ovennevnte tiltak som følger av myndighetskrav, legger det regionale helseforetaket til grunn at helseforetaket skal sikre at brukere deltar i planlegging, gjennomføring og evaluering av opplæringstiltak, styrking av lærings og mestringssentrene bemanningsmessig og kompetansemessig, samt å delta i evaluering av tiltakenes effekt. Videre at helseforetaket legger til rette for likemannsarbeid.

Regionalt handlingsprogram for opplæring av pasienter og pårørende (revisjon) blir ferdigstilt i 2009. Helseforetaket skal følge opp dette.

#### **4.7 Andre oppfølgingskrav**

Helse Midt-Norge RHF viser til at det samlede styringskravet til Helse Nord-Trøndelag HF fremgår av dette styringsdokumentet og foretaksmøteprotokoll fra februar 2009. Det varsles her at en i foretaksmøteprotokollen bl a vil stille krav til tiltak for realisering av handlingsplan på HR-området.

## Vedlegg 1: Styringsvariabler/indikatorer/måltall

Det vises til kapittel 2 om rapporteringskrav. I det følgende fremgår hva som skal rapporteres månedelig, tertialvis, samt i årlig melding, og hva som kun skal rapporteres i årlig melding.

Styringsvariablene er definert ved at de er målsatt og følges tertialvis. Styringsvariabler som også er lovkrav defineres som nivåsett.

Det gjøres oppmerksom på at rapporteringen under ikke endrer innrapporteringskravene til NPR, FHI og eventuelt flere.

En detaljert beskrivelse av indikatorene fremgår i ØBAK.

### Styringsvariabler/måltall/indikatorer som skal rapporteres tertialvis samt i årlig melding (dvs. 2. tertialtall inntas i årlig melding):

	Nytt i 2009	Nivå -satt	ØBAK	Rapportering
Antall produserte DRG poeng.	-	x	Hver måned	
Inntekter for somatisk poliklinisk virksomhet/antall refusjonspoeng.	-	x	Hver måned	
Refunderte polikliniske inntekter.	-	x	Hver måned	
Andel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp.	-	x	Tert.vis	
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen somatikk skal ikke øke.	-	x	Tert.vis	
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen BUP skal reduseres.	-	x	Tert.vis	
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen VOP skal reduseres.	-	x	Tert.vis	

Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen TSB skal reduseres.	-	x	Tert.vis	
Andel ventetid på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker.	-	x	Tert.vis	
Andel pasienter som er vurdert innen 30 dager.	Ny	x	Tert.vis	
Ventetid til vurdering innen BUP skal være mindre enn 10 dager.	-	x	Tert.vis	
Andel rettighetspasienter som gis behandling innen 65 dager i psykisk helsevern/og eller TSB for personer under 23 år.	Ny	x	Tert.vis	
Andel fristbrudd for rettighetspasienter.	-	x	Tert.vis	
Minst 80 pst. av epikrisene skal sendes ut innen syv dager.	-	x	Tert.vis	
Det skal normalt ikke være korridorpasienter.		x	Tert.vis	
Det skal være færre enn fem pst. strykninger av planlagte operasjoner.	-	x	Tert.vis	
Andel pasienter som har fått tildelt individuell plan skal økes.	Tidligere indikator som er målsatt	x	Tert.vis	
Andel av tvangsinnlagte i psykisk helsevern skal reduseres.	Tidligere indikator som er målsatt	x	Tert.vis	

### Måltall og indikatorer som skal rapporteres i årlig melding

	Nytt i 2009	Referanse i styringsdok	Rapportering
Prevalens av sykehusinfeksjoner.	NPR-indikator, ny i årlig meld.	4.2.2	
Andel ikke planlagte reinnleggelser i akuttavdelinger innen 30 dager per 10 000 innbyggere.	Spesifisert ift 08	4.3.5	
Antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS per 10 000 innbyggere innen psykisk helsevern.	Endret ift 08	4.3.5	
Antall barn og unge pers 10 000 innbyggere under 18 år som har mottatt behandling fra ambulant tjeneste innen psykisk helsevern.	Endret, dvs ikke lenger målsatt	4.3.5	
Antall og andel pasienter over 18 år behandles i henholdsvis sykehus og i DPS per 10 000 innbygger fordelt på døgninnleggelser, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste innen psykisk helsevern.	Ny, dvs endret ift 08	4.3.5	
Prosentvis fordeling av årsverk mellom sykehus og DPS innen psykisk helsevern.	Ny	4.3.5	
Antall læreplasser i ambulansesarbeiderutdanningen og helsefagarbeiderutdanningen.		4.4	



## Vedlegg 2: Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

**GRUNNUTDANNING** omfatter studier ved videregående skoler, høyskoler og universiteter hvor elevene/lærlingene/studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommune har ansvar for de videregående skolene. I de fleste fylker er det et opplæringskontor som i samarbeid med praksisarenaene skal sikre læreplasser i de yrkesfaglige utdanningene, f.eks. innen den nye helsefagarbeiderutdanningen.

**VIDEREUTDANNING** omfatter legespesialistutdanningen og studier ved fagskoler, høyskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena (og arbeidsplass). Høyskoler som tilbyr videreutdanning, skal i forkant inngå avtaler med helseforetakene om praksisplasser. Eventuell uenighet skal søkes løst i samarbeidsorganet.

Kunnskapsdepartementet fastsetter årlige aktivitetskrav for enkelte studier ved utdanningsinstitusjonene (jf. Helsemod/ [www.ssb.no](http://www.ssb.no)).

Følgende aktivitetskrav er fastsatt for 2009/2010:

Helse region	Høgskole Universitet	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK- sykepleie	Jord mor <sup>1</sup>
		Syke pleie	Radio grafi	Bio ingeniør	Fysio terapi	Ergo terapi	Verne pleie		
Helse Sør-Øst	Akershus	108					142	20	35
	Gjøvik	161	25					10	
	Hedmark	138						12	
	Lillehammer						23		
	Oslo	368	38	62	144	51		95	
	Østfold	95		28			64	17	
	Diakonova	82						30	
	Lovisenberg diak.	160						37	
	Diakonhjemmet	99							
	Univ. i Agder	209					23	21	
	Buskerud	137	15						
	Telemark	111					55		
	Vestfold	119						40	---
Helse Vest	Bergen	169	31	22	51	22	58	37	35
	Sogn og Fjordane	128					29	7	
	Univ. i Stavanger	159						32	
	Stord/Haugesund	153						10	
	Betanien Diakonale	63						15	
	Haraldsplass diakonale høgskole	60							
	Diakonhjemmet						76		
Helse Midt-Norge	Molde	99					23		
	Nord-Trøndelag	191					26		
	Sør-Trøndelag	197	34	39	57	48	59	55	---
	Ålesund	105		30				24	
Helse Nord	Bodø	125						23	
	Finnmark	63							
	Harstad	78					33		
	Narvik	35							
	Tromsø	110	30	21	22	24		40	20
SUM		3.522	173	202	274	145+	535+	525	90

Behovet for praksisplasser er høyere enn aktivitetskravet fordi utdanningsinstitusjonene som følge av forventet frafall må ta opp et høyere antall personer enn det aktivitetskravet viser. Samarbeidsorganet må komme frem til hvor mange praksisplasser det skal legges til rette for (jf. Instruks om de regionale helseforetakenes forhold til universiteter og høyskoler, revidert 20).

<sup>1</sup> Fra 2009/2010 er det også fastsatt aktivitetskrav for jordmorutdanningen. Høgskolen i Vestfold og Høgskolen i Sør-Trøndelag har opptak av jordmorstudenter annet hvert år. For 2010/2011 er aktivitetskravet hhv 14 og 21 for Høgskolen i Vestfold og Høgskolen i Sør-Trøndelag.

januar 2004). RHFene har et felles ansvar for tilrettelegging av praksisplasser for desentraliserte utdanninger og utdanninger som ikke er etablert i alle helseregioner, f eks **audiografutdanningen** ved Høgskolen i Sør Trøndelag med aktivitetskrav 31.

Følgende aktivitetskrav er fastsatt for hhv medisin, psykologi og farmasi ved universitetene:

Universitet	Medisin	Psykologi	Farmasi
Universitetet i Oslo	209	77	57
Universitetet i Bergen	127	60	
NTNU	116	35	
Universitet i Tromsø	89	22	24

**TURNUSTJENESTE** kompletterer grunnutdanningen og er for noen yrkesgrupper et vilkår for å få autorisasjon. Turnuskandidatene har helseforetakene som tjenestetsted. Helsedirektoratet (SAFH) fastsetter hvor mange turnusplasser for leger og fysioterapeuter det skal legges til rette for og formidler dette i brev til hvert av RHFene ([www.safh.no/lenker/turnus](http://www.safh.no/lenker/turnus)).

#### FORDELING AV NYE LEGESTILLINGER

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 4-2 kan departementet årlig fastsette antall nye legestillinger og fordele disse på de ulike spesialitetene. Innenfor denne rammetildelingen har de regionale helseforetakene et ansvar i å bidra til at det utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene. God lokal, regional og nasjonal fordeling av leger og mellom spesialiteter skal legges til grunn. For 2009 er fordelingen som følger:

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	SUM
Overlegestillinger (overlege/avtalespesialist)					
Utdanningsstillinger (herunder fordypningsstillinger)	10	10	10	5	35
"til RHFets disposisjon"	5				5
SUM	15	10	10	5	40

RHFet skal i tillegg til å etablere utdanningsstillinger, også bidra til effektive utdanningsløp. RHFene skal i samarbeid sørge for at det utdannes minst 10 geriatere årlig i planperioden, jf. oppfølging av Omsorgsplan 2015 og Verdighetsgarantien. RHFet skal i sin fordeling av nye stillinger for øvrig prioritere psykiatri fordi dette feltet fortsatt er i en oppbyggingsfase. Utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene er styrket med til sammen 20 mill pr år til overlegestillinger og utdanningsstillinger. Disse stillingene kommer i tillegg til den årlige fordelingen av nye stillinger. Det skal rapporteres særskilt for bruk av midlene.

RHFet må vurdere omdisponering av ubesatte stillinger, før det tildeles nye stillinger. Dette gjelder også for utdanningsstillinger, for ikke å svekke utdanningskapasiteten i regionen. RHFet skal bidra til en avvikling av legestillinger opprettet utenfor legefordingssystemet i 2009, til den nye NR-databasen tas i bruk i fra 2010.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR) skal ha oversikt over stillingsstrukturen for leger i helseforetakene. RHFet skal systematisk og fortløpende melde inn endringer slik at NRs database ([www.nr.dep.no](http://www.nr.dep.no)) til enhver tid er oppdatert RHFet skal på forespørsel innrapportere hvordan fordelte stillinger er benyttet og gi en oversikt over ubesatte stillinger.

### Vedlegg 3:

## OPPFØLGING AV PROTOKOLL FRA FORETAKSMØTE MED HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Helseforetaket skal i årlig melding rapportere hvordan føringer og krav, herunder konkrete tiltak og resultater, som fremkommer i styringsdokumentet er fulgt opp.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

*Foretaksmøtet tok gjennomgangen av eiers overordnede styringsbudskap og styringsdokumentet for 2009 til etterretning.*

I Årlig melding, jf helseforetaksloven § 34 og vedtektene § 13, skal det rapporteres på oppfølging av kravene som er stilt i foretaksmøtet. Det vises også til omtale om rapportering under de enkelte punktene under sakene 4, 5 og 6 i protokollen, samt vedlegg til protokollen for de rapporteringspunkter og standardiserte maler for rapportering som gjelder for kravene satt i foretaksmøtet og styringsdokumentet for 2009. Helseforetaket har ansvar for å melde fra til eier om vesentlige avvik i forhold til planlagt måloppnåelse.

### For 2009 ble det formidlet styringsbudskap og konkrete krav på følgende områder:

Krav i foretaksmøteprotokollen	Rapportering
<b>4.1. Resultatkrav 2009</b> Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2009 realisere en interneffektivisering slik at resultatkravet for 2009 på 31,1 mill kroner blir realisert. Helseforetaket skal i tillegg forberede ytterligere omstillinger slik at helseforetaket settes i bedre stand til å håndtere fremtidige økte kapital- og driftskostnader. Senere ble resultatkravet endret til 40,0 mill.kr.	Helse Nord-Trøndelag ser ut til å lykkes med ett av de viktigste styringskravene fra eier i 2009, nemlig det økonomiske resultatkravet på overskudd 40 mill.kr. Prognosen pr. utgangen av november er at vi klarer + 40,0 mill.kr.  <i>Pr.31.11.09 viser regnskapet</i> Økonomisk resultat ved utgangen av nov (overskudd) på vel 47 mill.kr.
<b>4.1.1 Styring og oppfølging 2009</b> Helseforetakets styre har et helhetlig ansvar for drift og investeringer ved helseforetaket. Det er avgjørende for helseforetaket sin langsiktige økonomiske stilling og framtidige handlingsrom at resultatkravet nås og at nødvendig omstilling og effektivisering finner sted. Foretaksmøtet uttrykte tilfredshet med at helseforetaket i hovedsak har levert i samsvar med budsjett i 2008. Foretaksmøtet uttrykte tilfredshet med en vesentlig bedret kvalitet på de tall som rapporteres til Helse Midt-Norge RHF. Foretaksmøtet understreket betydningen av at styret fortsatt sikrer betryggende styring og oppfølging av helseforetakets økonomi i	ØBAK er levert iht krav. Tertialrapporter er fremlagt for styret i HNT og oversendt HMN RHF.  Opplegg for styring og oppfølging ble presentert for styret i HNT i egen sak nr 09/2009 Oppfølging av styringsdokumentet 2009 av 19.03.09.

<p>2009.</p> <p>Foretaksmøtet påpekte at det også i 2009 må være fokus på god styring og oppfølging. Dette gjelder særlig kontroll med bemanningsutviklingen, omstillingstiltak og styrenes behandling av økonomirapporter.</p>	
<p><b>4.1.2 Risikostyring og intern kontroll</b></p> <p>Foretaksmøtet viste til tidligere føringer angående styrets ansvar for at Helse Midt-Norge har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foretaksmøtet ba om at rapport fra styrets gjennomgang av intern kontroll og risikostyring forelegges Helse- og omsorgsdepartementet ved rapportering for 2. tertial 2009. I tillegg skal det redegjøres for dette arbeidet i årlig melding.</li> </ul>	<p>Det er redegjort for dette arbeidet i hoveddokumentet i Årlig melding.</p> <p>Oversikt over eksterne tilsyn er vedlagt materialet.</p>
<p><b>4.1.3 Realistiske og konkrete omstillingstiltak</b></p> <p>Til tross for krav om realistiske og konkretiserte omstillingstiltak som ble gitt i foretaksmøtene i januar 2008, tilsier prognosene for 2008 at omstillingstiltakene i for liten grad gjennomføres og realiseres.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF forutsatte har en mer bevisst holdning til og en mer aktiv oppfølging av helseforetakenes omstillingstiltak enn i 2008.</li> <li>• Foretaksmøtet ba også om at Helse Midt-Norge RHF iverksetter tiltak for å bidra til at styrene i underliggende helseforetak har direkte kontroll med at omstillingstiltakene er realistiske og konkretiserte.</li> <li>• I den sammenheng skal Helse Midt-Norge RHF i 2009 legge vekt på å sikre: <ul style="list-style-type: none"> <li>- at det enkelte helseforetak til enhver tid har en omstillingsplan med realistiske og konkrete tiltak som er nødvendige for å nå økonomisk balanse og sikre god intern organisering</li> <li>- at omstillingstiltak som kan bidra til kostnadseffektiv og formåls effektiv drift på lang sikt prioriteres framfor kortsiktige engangseffekter</li> <li>- at omstillingstiltakenes begrunnelse og konsekvenser, og en realistisk</li> </ul> </li> </ul>	<p>Omstillingstiltakene er fremlagt for styret ifm styrerapportene og måloppnåelse er vist.</p> <p>NB:</p> <p>Helse Nord-Trøndelag HF mener å kunne innfri resultatkravet på + 40 mill.kr. noe omstillingstiltakene har bidratt til!</p>

<p>fremdriftsplan, skal være beskrevet i omstillingsplanen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- at det etableres oppfølgingsrutiner slik at alternative tiltak kan iverksettes ved manglende gjennomføring eller realisering av planlagte omstillingstiltak</li> <li>- at salgsgevinster fra avhending av eiendom ikke inngår som et omstillingstiltak.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foretaksmøtet forutsatte at nye tilbud eller vesentlige utvidelser av eksisterende tilbud som planlegges igangsatt, først skal behandles i det aktuelle helseforetakets styre. I saksgrunnlaget for styrebehandlingen skal det foreligge en konsekvensvurdering der omfang, økonomi og framdrift beskrives. I tillegg skal det beskrives hvilke følger tiltaket vil ha for det samlede tjenestetilbudet og for brukerne.</li> <li>• Foretaksmøtet forutsatte videre at styret sørger for at administrasjonen på ulike nivå har nødvendige ressurser, herunder tilstrekkelig kompetanse og gjennomføringsevne, til å møte omstillingsutfordringer som helseforetaksgruppen står overfor. Omstillingsarbeidet skal skje i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner og det skal legges til rette for medarbeiderinitierte omstillingstiltak.</li> </ul>	
<p><b>4.1.4 Rapporteringsrutiner</b></p> <p>Overordnede rapporter om økonomi, aktivitet, kvalitet og personell skal behandles av styrene så raskt det lar seg gjøre slik at eventuelle korrigerende tiltak kan iverksettes uten unødig opphold.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rapportering til Helse Midt-Norge RHF gjennom ØBAK 2009, og tilhørende informasjon, skal fortrinnsvis styrebehandles i forkant av oversendelse til Helse Midt- Norge RHF. Som et minstekrav forutsettes det at styret mottar kopi av oversendelsen til Helse Midt-Norge RHF. Foretaksmøtet forutsatte videre at styret tar en aktiv rolle ved behandling av perioderegnskaper.</li> <li>• Gjennom ØBAK 2009 videreføres rapporteringsopplegget for 2008 med enkelte endringer. Det forutsettes at det</li> </ul>	<p>Rapporteringsrutinene er fulgt opp.</p>

<p>resultatoppsettet som benyttes ved rapportering til eier også benyttes ved styrebehandling hos Helseforetaket. Det skal rapporteres til eier på den økonomiske utviklingen i helseforetaket hver måned. Helse Midt-Norge vil følge opp den økonomiske utviklingen i helseforetaket gjennom dialogmøter.</p>	
<p><b>4.2 Investeringer og kapitalforvaltning</b>  Helseforetaket har et helhetlig ansvar for investeringer og drift. I dette ligger også ansvar for å forvalte kapital og andre materielle verdier i helseforetaket. Helseforetaket må sikre at det foreligger vedlikeholdsplaner. Oppgraderingsbehov må ses i sammenheng med (nye) investeringsprosjekter.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseforetaket må sikre at det foreligger vedlikeholdsplaner. Disse planene må omfatte oppgraderingsbehov og ses i sammenheng med nye investeringsprosjekter.</li> <li>• Foretaksmøtet forutsatte at helseforetaket i byggetiltak som er forelagt styret for Helse Midt-Norge RHF i forbindelse med tertialrapportering rapporterer framdrift og eventuelle avvik og gjør rede for korrigerende tiltak herunder: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oppdatert sluttprognose for kostnader (basiskalkyle, P50, P70 og P85)</li> <li>• Endringer i likviditetsbehov</li> <li>• Oppdatert sluttprognose for tid</li> <li>• Spesielle problemområder og tiltak</li> </ul> </li> <li>• HMS</li> <li>• Hovedaktiviteter neste periode</li> <li>• Helseforetaket skal presentere en samlet vurdering av planlagte investeringer i de kommende årene i Årlig melding. Det skal beskrives hvordan prosjektene er planlagt realisert innenfor tilgjengelige ressurser og framtidig økonomisk bæreevne.</li> <li>• Foretaksmøtet presiserte at det i de tidlige planleggingsfasene for nye investeringer ikke må foretas tomtekjøp, inngås opsjonsavtaler eller foretas andre disposisjoner som på en uheldig måte legger føringer for den endelige investeringsbeslutningen.</li> <li>• Til større prioriterte prosjekter kan det gis</li> </ul>	<p>Vedlikeholdsplan for HNT foreligger. Tilstandsvurdering er gjennomført. Samlet oppgraderingsbehov på ca 200 mill kroner i en 10 års periode. Det forutsettes at det årlige vedlikehold gjennomføres i tillegg til dette beløpet.</p> <p>Avskrivninger er beregnet til om lag 90 mill. kr. årlig.</p> <p>I forbindelse med strategi 2016 blir det utarbeidet arealmessig utviklingsplan med et kortsiktig perspektiv 2-3 år. (Ferdig vår 2010)</p> <p>Videre blir det utarbeidet en generalplan med utgangspunkt i 2020 strategien.(Fremlegges vår 2011.)</p> <p>Helse Nord-Trøndelag har meddelt at behovet for lånefinansiering synes å være minimalt eller en vil kunne klare investeringene uten belåning.</p>

<p>mulighet for lånefinansiering. Eventuelle lån til nye prosjekter i 2011 må meldes inn ved egen lånesøknad, hvor frist for innspill er 15. november 2009.</p>	
<p><b>5.1. Implementering av veileder for styrene i helseforetakene</b>  Helse Midt-Norge RHF skal i 2009 bistå Helse- og omsorgsdepartementet med å utarbeide en veileder for styrene i de regionale helseforetakene. Veilederen vil, med mindre justeringer, gjøres gjeldende for helseforetakenes styre.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foretaksmøtet forutsatte at helseforetaket tar i bruk veilederen når denne foreligger.</li> </ul>	<p>Helse Nord-Trøndelag HF har ikke mottatt noen veileder for styrene i helseforetak!</p>
<p><b>5.2.1 Helsepersonell – et godt arbeidsmiljø</b>  Arbeidstilsynets “God vakt” kampanje hadde to hovedformål: Helseforetakene skal ha fungerende HMS-systemer og helsepersonellet skal ikke utsettes for helseskadelig psykisk eller fysisk belastning som følge av ergonomiske forhold, arbeidskultur, arbeidsorganisering eller som følge av omstillinger. I arbeidet med Inkluderende Arbeidsliv (JA) er den enkelte arbeidsplass en viktig arena i for å redusere sykefravær, hindre utstøting og å få flere med redusert funksjonsevne i arbeid. Arbeidstilsynet følger opp kampanjen og IA-arbeidet gjennom nye tilsyn for å undersøke om arbeidsmiljøet ved helseforetakene er forbedret.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foretaksmøtet forutsatte at helseforetaket legger vekt på å sikre et godt arbeidsmiljø i virksomheten, både med henblikk på målsettingene i “God vakt” og Inkluderende Arbeidsliv. Foretaksmøtet la til grunn at helseforetaket følger opp tilsynsrapportene og sikrer at avvik lukkes. Det vises for øvrig til pkt 4.2.2 som stiller krav til at omstillingsarbeid skal skje i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.</li> </ul>	<p>Tilsynsrapporter er fulgt opp og det etablerte system med samarbeidsorganer og møtearenaer med tillitsvalgte er benyttet ifm omstillingsarbeid og plan- og utviklingsarbeid.</p> <p>HNT har gjennomført tilbakemeldingsmøter etter AMUS 2008 i tilnærmet samtlige enheter. Utviklet eget opplegg for avdelinger som sliter med arbeidsmiljø. - 5-8 samlinger er gjennomført i 8 avdeling, dagssamling om arbeidsmiljøoppfølging i lederutviklingsprogrammet.</p>
<p><b>5.2.2 Helsepersonell et mangfoldig arbeidsliv</b>  Regjeringen erklærte 2008 som norsk markeringsår for mangfold. Offentlige arbeidsplasser, herunder helseforetakene, skal være foregangsmodeller og i størst mulig grad gjenspeile befolkningen i sin arbeidsstyrke og oppfylle den politiske visjonen om et samfunn for alle. Foretaksmøtet viste i den forbindelse til diskriminerings- og tilgjengelighetsloven (som trådte i kraft 1. januar 2009) som stiller krav til individuell og generell tilrettelegging (universell utforming) og gir et rettslig vern</p>	

<p>mot diskriminering. Loven gjelder på alle samfiinnsområder, også i arbeidslivet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foretaksmøtet ba helseforetaket bidra til at rekrutteringspolitikken i virksomheten utformes for å understøtte målet om et mangfoldig arbeidsliv.</li> </ul>	<p>Helse Nord-Trøndelag legger regional HR strategi til grunn. Ifm strategi 2016 taes dette med.</p>
<p><b>5.2.3 Reduksjon i uønskede deltidsstillinger</b></p> <p>Foretaksmøtet viste til Helse – og omsorgsdepartementets krav til regionalt helseforetak om å kartlegge omfang av, samt identifisere og iverksette tiltak mot uønskede deltidsstillinger i helseforetakene.</p> <p>Foretaksmøtet viste videre til at det i regional handlingsplan HR, stilles krav om utvikling av egen handlingsplan for reduksjon av deltidsandel i løpet av 2010, se punkt 5.2.4.</p> <p>Foretaksmøtet ba om at helseforetaket har oppmerksomhet på uønskede deltidsstillinger, og iverksetter tiltak som legger til rette for økte stillingsandeler. Foretaksmøtet ba om at helseforetaket rapporterer utfyllende på hvilke tiltak som er iverksatt i 2009 for å legge til rette for økte stillingsandeler, og om effektene av tiltakene, i årlig melding.</p>	<p>Kartlegging av uønsket deltid er gjennomført. Parts sammensatt arbeid med tiltak er oppstartet, men ikke fullført.</p>
<p><b>5.2.4 Oppfølging av regional handlingsplan HR</b></p> <p><i>Hovedmål knyttet til ressursstyring:</i></p> <p>For å sikre helhetlige, forutsigbare og effektive forløp for våre pasienter og gode og forutsigbare arbeidsforhold for våre medarbeidere, skal Helse Midt-Norge til enhver tid ha en riktig ressursbruk i forhold til planlagte aktiviteter. Dette innebærer at antall medarbeidere og deres kompetanseprofil skal stå i forhold til planlagte aktiviteter og arbeidsprosesser.</p> <p>Foretaksmøtet ba om at helseforetaket gjennomfører følgende tiltak for å bidra til dette hovedmålet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseforetaket skal etablere faste rutiner for aktivitets- og bemanningsplanlegging, der alle aktiviteter som lar seg planlegge gjennom året legges inn (inkludert ferie, høytider, kursopplegg m.m.). Turnusplaner og individuelle arbeidsplaner skal tilpasses slik årspian.</li> <li>• Helseforetaket skal ha etablert en handlingsplan for arbeid med reduksjon av sykefraværet. Planen skal definere konkrete mål, målgrupper og tiltak. Effektene av</li> </ul>	<p>Tiltaket aktivitet og bemanningsplanlegging er gjennomført - 4. generasjons årsplan i 2010. Tiltaket er fullt ut implementert. HNT har i 2009 vært referanseforetak nasjonalt.</p> <p>HNT har utarbeidet ny partssammensatt strategi for IA- oppfølging. Seniorpolitikk vil følges opp i 2010 tilsvarende for utstøting/uførhet</p>



<p>tiltakene skal evalueres.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseforetaket skal fastsette konkrete mål og tiltak for å forebygge uførhet og fortidspensjonering. Herunder skal innarbeides seniorpolitiske tiltak i tråd med vedtatt seniorpolitikk i Helse Midt-Norge.</li> <li>• Helseforetaket skal etablere en handlingsplan for reduksjon av deltidsandel, jfr. for øvrig punkt 5.2.3 over.</li> <li>• <i>Hovedmål knyttet til kompetanse:</i> Foretakene i Helse Midt-Norge skal til enhver tid ha riktig kompetanse på riktig sted til riktig tid. Foretakene må derfor være attraktive læringsarenaer som 1) stimulerer medarbeiderne til å utvikle seg målrettet og tilpasse seg endringer i pasientbehov og oppgaver/arbeidsprosesser som følge av ny kunnskap, metode og teknologi, og 2) sikrer rekruttering av nye dyktige medarbeidere.</li> </ul> <p>Foretaksmøtet ba om at helseforetaket starter planleggingen av følgende tiltak, som skal gjennomføres i løpet av 2010:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseforetaket skal delta i arbeidet som skal sikre at hvert foretak, og foretaksgruppen samlet, skal ha en overordnet og langsiktig kompetanseplan (5-årsperspektiv) som rulleres årlig. Denne skal gi grunnlag for langsiktige samarbeidsplaner med universitet og høyskoler og planlegging av egne etterutdanningstiltak og rekrutteringstiltak. <u>Samhandlingsperspektivet</u> skal fokuseres spesielt i kompetanseplanen.</li> </ul>	<p>Overordnet kompetanseplan utarbeidet, veileder for kompetanseplanlegging i foretaket er ferdigstilt.</p>
<p><b>5.3 Oppfølging av juridisk rammeverk</b> <b>5.3.1 Stiftelser og legater</b></p> <p>Foretaksmøtet viste til retningslinjer for helseforetakenes forhold til gaver, stiftelser og legater som er utarbeidet av de regionale helseforetakene i fellesskap. Foretaksmøtet forutsatte at disse retningslinjene legges til grunn for de disposisjoner som helseforetaket gjør på området, samt at gjeldende regelverk overholdes.</p> <p>Foretaksmøtet understreket betydningen av stiftelsers uavhengighet. Foretaksmøtet understreket videre at helseforetaket skal ha en særlig oppmerksomhet knyttet til hvilke innvirkninger en eventuell aksept av mottak av gaver eller utbetalinger fra stiftelser kan ha for virksomhetens prioriteringer. Foretaksmøtet</p>	<p>Tiltaket er fullført.</p>

<p>påpekte at helseforetaket skal ha en restriktiv praksis med hensyn til å etablere nye stiftelser knyttet til spesialisthelsetjenesten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foretaksmøtet ba om at helseforetaket oppdaterer tidligere foretatte kartlegginger av helseforetakets engasjement i stiftelser og legater, samt klarlegger forholdet mellom oppretter og eventuell mottaker (jf. stiftelsesloven § 19). Dette for å vurdere og eventuelt rette opp forholdet til aktuelle stiftelser og legater slik at det samsvarer med gjeldende regelverk og retningslinjer.</li> </ul> <p>Foretaksmøtet ba om at helseforetaket rapporterer om plan for arbeidet innen 1. september 2009. Foretaksmøtet ba om at helseforetaket sikrer at virksomhetens kontakt med stiftelser rutinemessig revideres mot gjeldende regelverk og retningslinjer.</p>	
<p><b>5.3.2 Tiltak for å bedre kvaliteten i anskaffelsesprosessene</b></p> <p>Eier viste til at de regionale helseforetakene har fått i oppdrag å gjøre en utredning for å sikre bedre kvalitet i anskaffelsesprosesser, og oversende denne til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. juni 2009. Foretaksmøtet ba helseforetaket gjøre seg kjent med utredningen når denne foreligger.</p>	<p>Helse Vest leder nasjonalt prosjekt. Første utkast til rapport behandlet i AD møte Nasjonalt RHF 21.12.09. Avventer endelig rapport. Arbeidet videreføres i 2010.</p>
<p><b>5.4 Utvikling av IKT-området</b></p> <p>Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er et viktig virkemiddel for å realisere mål om helhet og samhandling i helsetjenesten. Tiltak på IKT-området vil derfor være en viktig del av samhandlingsreformen. Visjonen er å utvikle helhetlige systemer for sikker og oppdatert informasjonsforvaltning og dokumentasjon, og i større grad ta i bruk pasientverktøy for kliniske og forebyggende aktiviteter. Det er i den forbindelse særlig viktig at det utvikles IKT-infrastruktur som legger til rette for bedre samhandling mellom ulike aktører i helsetjenesten.</p> <p>Eier viste til at regjeringen har besluttet å utrede om det med utgangspunkt i Norsk Helsenett, skal etableres en statlig enhet som skal ha et helhetlig ansvar for utvikling og drift av IKTinfrastruktur i helsetjenesten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foretaksmøtet understreket at sikkerhetsarbeidet knyttet til IKT skal være forankret i ledelsen i helseforetaket. Sikkerhetsarbeidet må ha en hensiktsmessig organisering med klare retningslinjer for hvordan sikkerhet skal ivaretas og ha rutiner</li> </ul>	<p>Ivaretatt og implementert. Ved ledelsens gjennomgang blir dette tatt opp i foretaksledelsen min. to ganger i året. For øvrig er rutiner og opplegg beskrevet i foretakets kvalitetssystem (EQS) Beskrevet i årlig melding ifm kapittel om intern kontroll og ledelsens gjennomgang. Risiko</p>

<p>for autorisasjon for tilgang til pasientsystemer. Sikkerhetsarbeidet skal også omfatte regelmessig opplæring i regelverket, intern kontroll, oppfølging av avvik og risiko- og sårbarhetsanalyser.</p>	<p>og sårbarhetsanalyser.</p>
<p><b>5.4.1 Krav til meldingsformater</b>  Eier viste til at det er dokumentert store variasjoner knyttet til hvilke meldingsformater og .versjoner de ulike aktørene i helsetjenesten har tatt i bruk. Dette er til hinder for god kommunikasjon mellom partene. Gjennom “meldingsløftet” som er initiert av helsemyndighetene, er det lagt vekt på at det i de kommende årene skal være samtidighet og forutsigbarhet ved innføring av meldingsutveksling. Dette krever klare krav til hva som skal implementeres og tidsfrister for når ulike meldingsstandarder skal tas i bruk.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foretaksmøtet ba om at helseforetaket bidrar til å følge opp målene og handlingsprogrammet som er etablert i forbindelse med “meldingsløftet” (jf. programdirektiv “Nasjonalt meldingsløft 2008-20 10”).</li> </ul> <p>Foretaksmøtet viste også til styringsdokumentet til helseforetaket, pkt 4.3.1, i angående “meldingsløftet”.</p>	<p>Fulgt opp. Beskrevet i årsrapport styringsdokument for 2009.</p>
<p><b>5.4.2 Elektroniske resepter</b>  Spesialisthelsetjenesten er knyttet til arbeidet med elektroniske resepter via rekvirentprosjektet i eReseptprogrammet. Gjennom eResept blir Statens legemiddelverk den sentrale leverandør og forvalter av grunnlagsdata overfor rekvirenters forskrivning av legemidler og medisinsk utstyr (forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte (FEST)).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foretaksmøtet ba om at helseforetaket bistår det regionale helseforetaket i arbeidet med å utvikle standardiserte løsninger (kommunikasjonsformat og kodeverk) mot eResept og overfor intern rekvirering i sykehus som bygger på FEST. Gjennom 2009 skal prosessene for å forberede mottak av eResept videreføres gjennom aktiv deltakelse inn mot eReseptprogrammet og avrop på rammeavtaler med leverandører med sikte på utbredelse i 2010.</li> <li>• Foretaksmøtet ba videre om at helseforetaket sørger for at nye blåresepter blir påført refusjonskode i tråd med den nye blåreseptforskriften.</li> </ul>	<p>Rubrikk for diagnosekode er lagt inn i reseptmalen i EPJ. Sykehusapoteket har hatt opplæring i enkelte avdelinger. Ca 80 % av reseptene har påført diagnosekode.</p>
<p><b>5.4.3 Elektronisk meldeordning – redusere feil og uønskede hendelser</b></p>	

<p>God meldekultur og velfungerende meldesystemer er sentrale forutsetninger for å redusere feil og uønskede hendelser. Statens helsetilsyn skal i 2009 igangsette et arbeid med sikte på å innføre en elektronisk meldeordning for innsending og behandling av meldinger om betydelig personskade, hendelser som kunne ha ført til betydelig personskade, eller når en pasient skader en annen, jf spesialisthelsetjenesteloven § 3-3.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foretaksmøtet informerte om at det regionale helseforetaket sammen med Statens helsetilsyn skal bidra til innføring av elektronisk meldeordning, og forutsatte at helseforetaket bistår i nødvendig grad.</li> </ul>	<p>Pilot utprøves på St.Olav Hospital og vil bli implementert i de andre foretakene i regionen i 2010. (HEMIT-prosjekt)</p>
<p><b>5.4.4 Automatisk oversendelse av frikort – overtakelse av pasientreiser</b></p> <p>I løpet av mars 2009 skal løsningen for automatisk oversendelse av frikort til brukerne per post være ferdig utviklet med sikte på full drift fra 2010. Automatisk frikort baserer seg på opplysninger om egenandeler hentet fra oppgjør fra behandlere og tjenesteytere. Helsedirektoratet har ansvar for utvikling og innføring av løsningen. Det tas sikte på at løsningen piloteres i Helse Nord (Tromsø) fra mars/april 2009.</p> <p>Det vises til nasjonalt prosjekt Pasientreiser og de føringer som er lagt i dette.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foretaksmøtet viste videre til at de regionale helseforetakene skal overta ansvaret for reiseplanlegging, informasjon og enkeltoppgjør for pasientreiser gradvis i perioden fra 1. september 2009 til 1. januar 2010. Foretaksmøtet viste til at helseforetaket skal bidra i gjennomføringen.</li> <li>• Foretaksmøtet ba om at alle egenandeler fra poliklinisk behandling og pasientreiser blir rapportert elektronisk til frikortløsningen i tråd med de føringer som blir gitt for etableringen av denne.</li> </ul>	<p>Jobber kontinuerlig med saken også opp mot HMN og nasjonalt.</p> <p>Tiltaket er gjennomført. Kontor er etablert og fungerer.</p> <p>E-rekvirering rekvirenter ok.</p>
<p><b>5.5 Samordning av stabs- og støttefunksjoner</b></p> <p>Eier viste til at Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2008 ba de regionale helseforetakene om å arbeide videre med samordning av stabs- og støttefunksjoner i tråd med anbefalingene i fellesutredningen datert 15. november 2007. Det er utarbeidet en felles fremdriftsplan per oktober 2008.</p>	

<p>Eier informerte om at de regionale helseforetakene har organisert arbeidet som et eget program med et eget programstyre. Programmet har etablert følgende tre prosjekter: Human resources (HR), økonomi og innkjøp og Nasjonalt oppgjørskontor for gjestepasienter (GOPP).</p> <p>Eier informerte om at det regionale helseforetaket, i samarbeid med de andre regionale helseforetakene, skal utarbeide en kortfattet statusrapport fra arbeidet med samordning av stabs- og støttefunksjoner innen 1. oktober 2009. Rapporten skal gjøre rede for hvordan tiltak som sikrer forankring og implementering av de ulike prosjektene følges opp i hvert av de regionale helseforetakene. Videre skal det gjøres rede for lønnsomheten for hvert av de tre prosjektene og det skal framvises en strategi for hvordan den påviste lønnsomheten skal tas ut gjennom egnede gevinstrealiseringstiltak.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foretaksmøtet ber Helse Nord-Trøndelag HF aktivt bidra i arbeidet med implementering av ny økonomi- og logistikk-løsning i regionen. I forbindelse med implementeringen skal det gjøres rede for hvordan gevinster knyttet til nytt system skal realiseres.</li> </ul>	<p>Prosjektet ledes av HMN. HNT deltar aktivt. Evt. gevinster kan ikke beskrives før valg av løsninger er mer avklart.</p>
<p><b>Sak 6: øvrige eierkrav</b></p> <p><b>6.1 Oppfølging av miljøpolitikken</b></p> <p>Foretaksmøtet viste til protokoll fra foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF den 28.01.2009 hvor en, med henvisning til rapport utarbeidet av de regionale helseforetakene, ba Helse Midt-Norge RHF om å bidra til å sikre en helhetlig tilnærming for å oppfylle de nasjonale miljø- og klimamålene med utgangspunkt i rapportens anbefalinger herunder i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene om å etablere et miljø- og klimaforum innen 1. juni 2009. Forumet skal være rådgivende og ledes av Helse Vest RHF. Alle regionale helseforetak og hvert av helseforetakene skal delta i forumet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Foretaksmøtet ba helseforetaket om å oppnevne en representant til forumet.</li> </ul>	<p>Forumet er oppstartet og møteplan med tema for 2010 foreligger.</p>
<p><b>6.2 Landsvemeplan for helsesektoren .</b></p> <p>kulturhistoriske eiendommer</p> <p>De regionale helseforetakene og helseforetakene skal sørge for at sektorens landsverneplan er alminnelig kjent av de som har ansvar for forvaltning, drift og vedlikehold av</p>	

<p>spesialisthelsetjenestens eiendommer, samt at det forventede forskriftsvern som Riksantikvaren vil etablere for aktuelle vemeobjekter i sektoren i 2009, overholdes. De verneinteresser som er satt i verneklasse 2 skal respekteres og innarbeides i særskilte forvaltningsplaner på linje med de eiendommer som blir underlagt et forskriftsvern (vemeklasse 1). Ved avhending av eiendom som er omfattet av landsvemeplanen, skal det sikres formelt vem gjennom forskrift eller lokal reguleringsplan før eiendommen går ut av spesialisthelsetjenestens eie. All avhending av eiendom som er omfattet av landsvemeplanen, skal rapporteres til felles database. Forvaltningsplanene skal behandles av styret for det regionale helseforetaket og når det gjelder verneklassel, forelegges Riksantikvaren for godkjenning.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseforetaket må ha system for å påse og følge opp at forvaltning og drift av eiendommer som omfattes av landsverneplanen skjer i henhold til og innenfor de rammer som er nedfelt i landsvemeplanen. Eventuelle avvik må behandles i.h.t. ordinære rutiner i foretakets internkontrollsystem og meldes det regionale helseforetaket og Riksantikvaren (vkl).</li> <li>• Helseforetaket må sørge for at forvaltningsplanene blir løpende oppdatert i samsvar med pålegg eller tilrådinger fra myndighets- og rådgivingsorgan.</li> </ul> <p>Bygningsmessige tiltak på verneverdige bygg behandles av styret i det regionale helseforetaket.</p>	<p>Foretaket vil når vedtak foreligger utarbeide forvaltningsplan for et aktuelt psykaitribygg. P.t. forvaltes bygget i hht føring i Landsverneplanen for helsebygg.</p>
<p><b>6.3 Organisering av parkeringstilbudet ved sykehusene</b></p> <p>Parkeringssituasjonen ved sykehusene er kartlagt og vurdert i rapport datert 24. november 2008 utarbeidet av de regionale helse foretakene. Foretaksmøtet viste til protokoll fra foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF den 28.01.2009 hvor en la til grunn at Helse Midt-Norge RHF følger opp at helseforetakenes organisering av parkeringstilbudet er i tråd med anbefalingene i rapporten. Foretaksmøtet la i denne forbindelse vekt på følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Det er viktig at pasienter og pårørende får god informasjon om rettigheter, transportmuligheter, og om parkeringsforhold ved det enkelte sykehus. Dette gjelder også syketransportforskriftens regler om bruk av egen bil, bruk av offentlige transportmidler og dekning av utgifter til reise i</li> </ul>	<p>Det er innført kortbetaling ved begge sykehus her er det mulig å betale for den tid en står parkert og informasjon om dette finnes i tilknytning til automatene. I innkallingsbrevet som pasientene mottar oppfordres det til bruk av offentlig kommunikasjon.</p>

<p>forbindelse med undersøkelse og behandling.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilrettelegging for bruk av offentlige transportmidler kan være et godt bidrag for å støtte opp om de miljømål det regionale helseforetaket arbeidet mot. Samarbeid med kommunale og fylkeskommunale myndigheter for å tilrettelegge for bruk av offentlig transport bør prioriteres.</li> <li>• Det må etableres et parkeringstilbud som innebærer at pasienten ikke får ekstra gebyr dersom behandler ikke holder fastlagt tid for konsultasjon. Dette er også viktig for pasienter som ved ankomst har behov for øyeblikkelig hjelp.</li> <li>• Det bør innarbeides gode rutiner når det gjelder informasjon om klageadgang og behandling av klager.</li> <li>• Det skal opprettes et partssammensatt parkeringsutvalg ved hvert helseforetak.</li> </ul>	<p>Det arbeides med å innføre gode rutiner når det gjelder informasjon om klageadgang og behandling av klager innafor dette området.</p> <p>Det arbeides med etablering av parkeringsutvalg, første møte planlegges til 15.02.10. HNT har lave parkeringskostnader for besøkende og ingen avgift for ansatte parkering.</p>
<p><b>6.4 Kostnader per pasient (KPP)</b></p> <p>Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal spesifisering for kostnad per pasient (KPP) beregninger og skal med basis i denne gjennomføre et pilotprosjekt i 2009. Hensikten med prosjektet er å teste ut den nasjonale spesifiseringen på et utvalg helseforetak. Foretaksmotet har bedt Helse Midt-Norge RHF om å foreslå aktuelle foretak til deltakelse i KPP - prosjektet når invitasjonen kommer fra Helsedirektoratet. Direktoratet behøver både store og små foretak til dette formålet.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Helseforetaket anmodes om å delta i prosjektet.</li> </ul>	<p>Helseforetaket har ikke deltatt i prosjektet i 2009.</p>

## Vedlegg 4

<b>Eksterne tilsyn 2009 HNT HF</b>						
<b>Nr mnd</b>	<b>Tilsynsmyndighet</b>	<b>Enhet</b>	<b>Tema</b>	<b>Avvik/merknader</b>	<b>Oppfølging</b>	<b>Kommentarer</b>
<b>1</b> Mars	Norsk Akkreditering	Lab. med MSK	NS-EN/ISO 17025	18 avvik, 8 merknader	Alle avvik og merknader er lukket	
<b>2</b> Apr.	Statens Helsetilsyn,	Blodbank MSK	Gjennomgang av dokumenter og prosedyrer.	Ingen avvik		
<b>3</b> mai	Statens Helsetilsyn	Føden	Mottak, oppfølging, akutt situasjoner	1 Avvik	Lukket	
<b>4</b> Mai	Mattilsynet	Kjøkken	Kir L, Med L Gyn/føde N, DPS Kolvereid	5 avvik	Alle lukket	
<b>5</b> Mai	Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (dsb)	HNT	El.. anlegg, Elekromed. utstyr (MTU)	5 avvik 3 merknader MTU, intet	4 avvik lukket 2 merknader lukket	Tidsfrist 31.12.10
<b>6</b> Juni	Branntilsyn	Namsos		3 avvik 2 merknader	2 avvik og 1 merknad lukket	Frist lukking Des 09
<b>7</b> Juni	Statens Helsetilsyn	KKL	Oppfølgingstilsyn i akutt mottaket	1 avvik	Mottatt foreløpig rapport. Tidsfrist ikke satt	Arbeider med å lukke avviket- mye er på plass
<b>8</b> Juni	Det Norske Veritas	Psyk Klinikk	ISO-sertifisering	27 funn	Alle lukket	
<b>9</b> Juni	Baxter AS	Blodbank	godkjenning som plasmaleverandør	3 avvik	Alle avvik lukket.	



<b>Nr mnd</b>	<b>Tilsynsmyndighet</b>	<b>Enhet</b>	<b>Tema</b>	<b>Avvik/merknader</b>	<b>Oppfølging</b>	<b>Kommentarer</b>
<b>10</b> Sept	Arbeidstilsynet	Psyk post 1 L	Inneklima	1 avvik	Lukket	
<b>11</b> Okt	Statens Helsetilsyn	Psyk K	Akuttpsykiatritilbudet	Ikke avvik/ merknader		
<b>12</b> Okt	Riksrevisjonen	HNT	Økonomistyring			Generelle tilbakemelding
<b>13</b> Nov	Statens Legemiddelverk	Blodbank	System			Rapport ikke mottatt.
<b>14</b> Des	Helse Midt-Norge		Styring/kontroll med stillinger og bemanning.			Denne er ennå ikke avsluttet
<b>15</b> Des	Det Norske Veritas	Sterilsentral	ISO-sertifisering			Resultat foreligger ikke
<b>16</b> Des	Branntilsyn	Levanger	Juledekor med lys			Rapport foreligger ikke

# HELSE NORD-TRØNDELAG HF

## STYRET

Sak 03/2010 Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge RHF  
2009 - 2014

---

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret	210110	03/2010

Saksbeh: Ottar Bjerkeset

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2010/53

---

### ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge RHF 2009 – 2014, til etterretning.

## **SAKSUTREDNING:**

### **Sak 03/2010 Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge RHF 2009 - 2014**

## **VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

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

1. Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge RHF 2009-2014, datert 15.06.2009

### **Utrykte vedlegg i saksmappen**

## **GJELDENDE FORUTSETNINGER**

Etter helsereformen i 2002, utarbeidet Helse Midt-Norge en regional strategiplan for forskning og utvikling; ”Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge RHF 2004-2007”, vedtatt av styret for Helse Midt-Norge RHF august 2004.

Helse Midt-Norge RHF oppnevnte på bakgrunn av dette en arbeidsgruppe til å revidere Helse Midt-Norges strategiplan for forskning og utvikling, med mandat til å gjennomgå den opprinnelige strategiplanen og lage forslag til revidert strategiplan for forskning. Arbeidsgruppen var sammensatt av personer fra alle HF i regionen, representant for regionalt brukerutvalg, samt representasjon fra NTNU og høyskolene i regionen.

Nasjonale og regionale føringer for øvrig er gjengitt i kapittel 4 i vedlagte forslag til strategiplan.

## **SAMMENDRAG**

Forskning er en av de fire lovpålagte oppgavene i spesialisthelsetjenesteloven, og en nødvendig forutsetning for godt klinisk arbeid. Gjennom medisinsk og helsefaglig forskning utvikles ny kunnskap og gode behandlingsmetoder som kommer pasientene til gode, samtidig som helsepersonell utvikler evnen til å reflektere over de ulike behandlingsoalternativene som finnes. Forskningsbasert kunnskap, evne til kritisk refleksjon og en kunnskapsbasert tilnærming er viktig for at helsepersonell skal kunne navigere godt i mengden av tilgjengelig kunnskap, og for å kunne endre klinisk praksis når det er nødvendig.

Innen helseregion Midt-Norge finnes det også innen forskning flere fortrinn, bl.a. den integrerte universitetsklinikken, gode forskningsmiljø innen befolkningsundersøkelser (HUNT) og biobanker, og høy kompetanse innen medisinsk teknologi. Imidlertid har Helse Midt-Norge sakkert akterut når det gjelder volum av medisinsk og helsefaglig forskning sammenlignet med de andre regionale helseforetakene. Årsaken til dette har blant annet vært HMNs sterke fokus på budsjettbalanse. Den foreliggende strategiplanen peker på sju overordnede mål for forskning, utvikling og innovasjon med tilhørende strategier: kvalitet, aktivitet, ressursbruk, infrastruktur, organisering, forskningsforvaltning, forskningsformidling og innovasjon.

Målet er at Helse Midt-Norge skal være på høyde med resten av landet når det gjelder volum av forskning innen 2015, og samtidig holde høy nasjonal kvalitet generelt, og høy internasjonal kvalitet på utvalgte områder. Styret skal få årlig tilbakemelding om oppnådde resultater innen forskning, utvikling og innovasjon. (HNT vedtok sin Strategiplan for forskning før HMN, og det

vil bli gitt en kort presentasjon av HNT sin plan og nøkkeltall for forskningsproduksjon i HNT også).

## **INNKOMNE UTTALELSER**

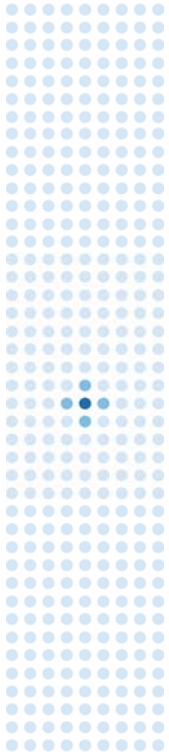
Høringsuttalelser ble innhentet fra alle RHFer, men legges ikke fram for HNT sitt styre.

## **ØKONOMISKE KONSEKVENSER**

Strategiplanen legger opp til følgende budsjettmessige konsekvenser:

- HMN skal avsette 3 % av total inntekt til forskning, utvikling og innovasjon innen 2014; av dette skal 2 % avsettes på regionalt nivå, mens 1 % skal avsettes på HF-nivå.
- På HF-nivået skal denne 1 % fordeles slik at St. Olavs Hospital HF dekker 75 % og de andre HF-ene dekker 25 %.
- Helse Midt-Norges andel av eksterne forskningsmidler skal økes til 1 % av total inntekt.

Helse Midt-Norges ambisjon er med andre ord at den totale rammen til forskning skal være 4 % av total inntekt, hvorav 3 % skal avsettes over egen ramme. For å få til dette må de årlige avsetningene til forskning økes ut over lønns- og prisvekst. Denne økningen må skje gradvis slik at prosjektkvalitet, infrastruktur og tilgjengelig veiledningskapasitet blir ivaretatt.



---

# Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge RHF

2009 – 2014

<b>1</b>	<b>INNLEDNING .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>BEGREPSAVKLARING .....</b>	<b>5</b>
2.1	FORSKNINGS OG UTVIKLINGSARBEID (FOU).....	5
2.2	MEDISINSK OG HELSEFAGLIG FORSKNING .....	5
2.3	KLINISK FORSKNING .....	5
2.4	TRANSLASJONSFORSKNING .....	5
2.5	EPIDEMIOLOGISK FORSKNING .....	5
2.6	INNOVASJON .....	6
2.7	FORSKNINGSFORMIDLING .....	6
2.8	BRUKER .....	6
2.9	KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS .....	6
<b>3</b>	<b>AVGRENSNING AV STRATEGIEN OG MÅLGRUPPE.....</b>	<b>6</b>
<b>4</b>	<b>NASJONALE OG REGIONALE FØRINGER FOR FORSKNING OG INNOVASJON .....</b>	<b>7</b>
<b>5</b>	<b>REGIONALE FORTRINN INNEN FORSKNING, INNOVASJON OG NÆRINGSUTVIKLING I HELSESEKTOREN .....</b>	<b>8</b>
5.1	SAMLOKALISERING OG SAMHANDLING .....	8
5.2	BEFOLKNINGSUNDERSØKELSER OG BIOBANKER .....	8
5.3	INTERNASJONALT SAMARBEID .....	8
<b>6</b>	<b>REGIONALE UTFORDRINGER .....</b>	<b>9</b>
6.1	STATUS FOR FORSKNINGSPRODUKSJONEN I REGIONEN .....	9
6.2	UTFORDRINGER INNENFOR RUSBEHANDLING OG SYKEHUSAPOTEK .....	9
6.3	FORUTSETNINGER FOR Å ØKE FORSKNINGSAKTIVITETEN I REGIONEN .....	10
<b>7</b>	<b>MÅL OG STRATEGI.....</b>	<b>11</b>
7.1	KVALITET OG PRODUKSJON .....	11
7.2	RESSURBRUK .....	12
7.3	INFRASTRUKTUR .....	12
7.4	ORGANISERING .....	13
7.5	FORSKNINGSFORVALTNING.....	13
7.6	FORSKNINGSFORMIDLING .....	14
7.7	INNOVASJON .....	14
	PRIORITERING OG FREMDRIFT FOR MÅL, DELMÅL OG STRATEGISKE TILTAK.....	14
<b>8</b>	<b>REFERANSER .....</b>	<b>15</b>

# 1 Innledning

Helseforetakene har forskning som en av sine fire lovpålagte oppgaver. Forskning er et viktig virkemiddel for å nå målsettingen om likeverdige helsetjenester av høy kvalitet. Dette er hjemlet i lov om spesialisthelsetjenesten (1) og utdypes i det årlige oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) til det regionale helseforetaket (2).

På bakgrunn av dette har Helse Midt-Norge (HMN) utarbeidet en revidert overordnet strategi (3) hvor HMNs overordnede målsetting for forskning er beskrevet:

- Helse Midt-Norge skal holde høy faglig standard og kunne dokumentere det
- Forskning og utvikling skal være en naturlig og høyt prioritert del av virksomheten i hele regionen

Spesialisthelsetjenesten har et samlet ansvar for å ivareta forskning som tar utgangspunkt i pasientnære kliniske problemstillinger, translasjonsforskning, epidemiologiske prosjekter og helsetjenesteforskning. De enkelte helseforetakene skal i samarbeid med universitetet bidra til utdanning av forskere.

Etter helsereformen i 2002, utarbeidet Helse Midt-Norge en regional strategiplan for forskning og utvikling (4). De lokale helseforetakene har på bakgrunn av strategiplanen etablert egne forsknings- og utviklingsenheter. Lederne for disse FoU-enhetene samles i et regionalt forskningsutvalg (RFU). Det regionale forskningsutvalget er et rådgivende utvalg for ledelsen i Helse Midt-Norge i spørsmål som angår forskning og utvikling i regionen.

Den forrige strategiplanen gjaldt fram til 2007, og foreliggende plan er en revisjon av denne.

Helse Midt-Norge RHF oppnevnte i 2008 en arbeidsgruppe til å revidere Helse Midt-Norges strategiplan for forskning og utvikling, med følgende mandat:

”Med bakgrunn i Helse Midt-Norges styrende dokumenter og departementets oppdragsdokument bes arbeidsgruppen i samråd med Regionalt forskningsutvalg i HMN (RFU) gjennomgå og revidere Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge RHF 2004-2007. Arbeidsgruppen skal vurdere den opprinnelige strategiplanen i forhold til dagens situasjon, og lage forslag til revidert strategiplan til og med 2011. Arbeidsgruppen skal vurdere alle sider ved eksisterende plan. En bes om å ta ut elementer som ikke lenger er aktuelle, og den reviderte strategiplanen skal også inkludere endringer i handlingsplaner og tiltak.

I årets oppdragsdokument vises det også til oppfølging av nasjonal satsning på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren. Arbeidet bør derfor også omfatte forslag til hvordan forskning i helsesektoren kan omsettes til innovasjon og næringsutvikling”.

Arbeidsgruppen har hatt følgende sammensetning:

Leder FoU Ottar Bjerkeset, Helse Nord Trøndelag HF (leder)  
Fagdirektør Gudmund Marhaug, St. Olavs Hospital HF  
Helsefaglig sjef Grete Samstad, St. Olavs Hospital HF  
Fagdirektør Odd Veddeng, Helse Sunnmøre HF  
Leder FoU Sissel Heggdalsvik, Helse Nordmøre og Romsdal HF  
Fagdirektør Reidar Hole, Rusbehandling Midt-Norge HF  
Fagsjef Janne Kutschera Sund, Sykehusapotekene i Midt-Norge HF  
Nestleder regionalt brukerutvalg Annlaug Stavik  
Prodekanus Helge Klungland, DMF/NTNU  
Dekan Anne Tveit, HiST  
Seniorrådgiver Einar Vandvik, Helse Midt-Norge RHF  
Seniorkonsulent May Britt Kjelsaas, Samarbeidsorganet HMN - NTNU (sekretær)

Arbeidsgruppen har hatt 6 møter (11. februar, 15. april, 5. mai, 12. juni, 22. august og 3. september 2008) og forskningsstrategien er ellers diskutert på møter i RFU og i samarbeidsorganene.

Planen ble presentert på den regionale forskningskonferansen 15.-16. september 2008 i Ålesund.

Einar Vandvik og May Britt Kjelsaas har hatt det redaksjonelle ansvaret for ferdigstilling av arbeidet og formell oversendelse til Helse Midt-Norge i desember 2008. Arbeidsgruppens forslag har vært på høring i helseforetakene i Midt-Norge og er behandlet administrativt i Helse Midt-Norge RHF i 2009.

Mandatet angir at planen skal gjelde fra 2008, men planen vil gjelde fra den blir vedtatt i HMNs styre, dvs. fra 2009 - 2014.

Stjørdal, 15. juni 2009



## 2 Begrepsavklaring

Oppdragsdokumentet fastslår at forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater er viktig for å sikre at tjenestetilbudet som gis er trygt, kostnadseffektivt og gir en helsegevinst. I denne strategiplanen omfatter begrepet forskning all forskning som kan være relevant for helsetjenesten, men det er likevel enkelte begrep som er sentrale og som defineres spesielt.

### 2.1 Forsknings og utviklingsarbeid (FOU)

Forsknings og utviklingsarbeid (FOU) er beskrevet som kreativ virksomhet som utføres systematisk for å oppnå økt kunnskap – herunder kunnskap om mennesket, kultur og samfunn – og som omfatter bruken av denne kunnskapen til å finne nye anvendelser. FOU deles gjerne i tre underaktiviteter: Grunnforskning, anvendt forskning og utviklingsarbeid (5).

Utviklingsarbeid er ikke forskning, men systematisk virksomhet som anvender eksisterende kunnskap fra forskning og praktisk erfaring, og som er rettet mot å fremstille nye eller vesentlige forbedrede materialer, produkter eller innretninger, eller mot å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer og tjenester. Systematiske evalueringsopplegg med bruk av vitenskapelige metoder inngår i begrepet utvikling.

### 2.2 Medisinsk og helsefaglig forskning

Medisinsk og helsefaglig forskning er virksomhet som utføres for å frambringe ny kunnskap og erkjennelse som på kort eller lang sikt kan være relevant for pasientbehandling og for helsetjenesten. Forskningskvalitet sikres og formidles gjennom eksterne fagfelleverderte publikasjoner.

### 2.3 Klinisk forskning

Pasientorientert forskning hvor mennesker er direkte involvert i undersøkelsen gjennom samhandling med forskeren eller dennes medarbeidere. Det omfatter også situasjoner hvor man undersøker biologisk materiale eller kognitive prosesser fra mennesker.

### 2.4 Translasjonsforskning

Translasjonsforskning er i hovedsak klinisk og helsefaglig forskning som bygger på grunnforskning og som resulterer i kunnskap som kan anvendes innen pasientrettet virksomhet. Begrepet omfatter utnyttelse av kunnskap om sykdomsmekanismer og metodikk fra grunnforskning i utviklingen av nye metoder for forebygging, diagnose, behandling, omsorg og rehabilitering. Begrepet kan også brukes på overføring av forskningsbasert kunnskap fra klinisk utprøving til klinisk praksis samt kunnskapsbasert helseledelse, helseorganisering og helseadministrasjon (health decision making).

### 2.5 Epidemiologisk forskning

Epidemiologisk forskning er studier av helsetilstanden i hele eller i grupper av befolkningen. Dette omfatter kartlegging av forekomst og årsaker til sykdom og helsesvikt, og risikofaktorer som kan påvirke dette. Slik kunnskap kan brukes i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid.

## 2.6 Innovasjon

RHF-enes arbeidsgruppe for innovasjon har definert innovasjon i helsesektoren som en ny eller forbedret vare, tjeneste, produksjonsprosess eller organisasjonsform som er tatt i bruk i helsesektoren. Innovasjon kan komme til uttrykk som nye produkter, prosesser, systemer eller tjenester som kan kommersialiseres i et marked, som bedre behandlingsmetoder eller som større kostnadseffektivitet i behandlingen innenfor ikke-kommersiell helsetjeneste.

## 2.7 Forskningsformidling

Forskningsformidling er primært knyttet til formidling av forskningsresultater og forskningsprosesser. Hensikten er overføring av ny kunnskap og innsikt, samt informasjon om forskningens muligheter og konsekvenser. I noen sammenhenger kan forskningsformidlingen også romme en vesentlig dialog mellom forsker og bruker.

## 2.8 Bruker

De som er mottakere av de tjenestene spesialisthelsetjenesten tilbyr (pasienter).

## 2.9 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis er å nytte ulike kunnskapskilder for å kunne inneha et best mulig beslutningsgrunnlag. Disse kunnskapskildene er: relevant og oppdatert forskningskunnskap, klinisk erfaring og pasientenes/brukernes preferanser og ressurser, i en gitt kontekst.

# 3 Avgrensning av strategien og målgruppe

Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge RHF 2008 – 2011 skal angi ambisjon og retning for forskningen i regionen. Strategiplanen omfatter først og fremst en strategi for å sikre relevant og oppdatert forskningskunnskap. Utviklingsarbeid er i mindre grad berørt i dette dokumentet, da det å omsette kunnskap ervervet ved forskning til å forbedre prosesser og tjenester i hovedsak er en oppgave for de lokale helseforetakene (HF-ene).

Den regionale forskningsstrategien er overordnet og Helse Midt-Norge forutsetter at denne videreføres på en mer detaljert måte i lokale HF, hvor også utviklingsarbeid og innovasjon inkluderes. På bakgrunn av den regionale strategien skal det både på RHF- og/eller HF-nivå utarbeides konkrete handlingsplaner på hvert tiltaksområde med tidsangivelser og kostnader.

Den viktigste målgruppen for denne strategiplanen er beslutningstakere, administrative ledere og forskningsledere i helseforetakene. Forskningsmiljøene innenfor helseforetak, universitet og høyskoler bør også være kjent med strategiplanen.

## 4 Nasjonale og regionale føringer for forskning og innovasjon

Helse Midt-Norge har et lovpålagt krav om å sørge for at spesialisthelsetjenesten driver forskning og utvikling og leverer faglig forsvarlige helsetjenester. Det er utarbeidet en rekke nasjonale strategiske dokumenter innenfor områder som psykiatri, rehabilitering og habilitering, kreft, diabetes, KOLS og kvinnehelse. Dette er områder som også får prioritet i de årlige oppdragsdokumentene. Forskning er dessuten regulert av en rekke lover og bestemmelser, mange av nyere dato:

- Ny lov om helseforskning vedtatt 27. mai 2008.
- Forskningsstrategi for 2006 – 2011 (Helse- og omsorgsdepartementet. Revidert strategi, november 2006).  
[http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/HOD\\_forskningsstrategi.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/HOD/Vedlegg/HOD_forskningsstrategi.pdf)
- Lov om bioteknologi og Lov om biobanker trådte begge i kraft i 2003.  
(<http://www.lovdatabasen.no/>).
- Lov om forskningsetikk trådte i kraft 1.7.2007. En Nasjonal forskningsetisk komité for medisin (NEM) ble oppnevnt som ankeinstans for de Regionale etiske komiteene (REK), som nå har status som forvaltningsorgan (<http://www.etikkom.no/>).
- Norsk pasientregister etableres som et personidentifiserbart register, og Forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk pasientregister trer i kraft i 2008 ([http://www.shdir.no/norsk\\_pasientregister/](http://www.shdir.no/norsk_pasientregister/))
- De regionale helseforetakene får tilført årlige bevilgninger bl.a. i henhold til registrert forskningsaktivitet. I statsbudsjettet for 2009 er det foreslått å etablere et nytt og felles nasjonalt system for registrering av vitenskapelig publisering som omfatter spesialisthelsetjenesten, universitets- og høyskolesektoren og instituttsektoren ([http://www.nifustep.no/norsk/publikasjoner/norsk\\_vitenskapsindeks](http://www.nifustep.no/norsk/publikasjoner/norsk_vitenskapsindeks)).

Behovsdrevet (brukerdrevet) innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren er et nasjonalt satsingsområde. Oppdraget fra HOD til de regionale helseforetakene omfatter også innovasjon. Det er beskrevet at RHF-ene skal bidra til å øke antall forsknings- og utviklingskontrakter mellom norske leverandørbedrifter og helseforetak. Helsedirektoratet har den strategiske ledelsen av regjeringens innovasjonssatsing. Denne utøves gjennom **InnoMed** ([www.innomed.no](http://www.innomed.no)), et nettverk mellom RHFene. HMN har for tiden en sentral rolle i InnoMed gjennom å ha ledervervet og sekretariatsfunksjonen. InnoMed har nylig utarbeidet en handlingsplan for innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren.

NTNU har i likhet med andre universiteter et TTO-kontor (technology transfer office) som har kommersialisering av forskning som oppdrag. Denne enheten er TTO også for St Olavs hospital, bør bli TTO også for andre HF.

## 5 Regionale fortrinn innen forskning, innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren

Helseregion Midt-Norge har flere fortrinn innen forskning. I denne strategiplanen vil vi fokusere på samlokalisering og samhandling, og på miljøet for befolkningsundersøkelser i Midt-Norge.

### 5.1 Samlokalisering og samhandling

Det bygges et nytt og moderne universitetssykehus. Den integrerte universitetsklinikken omfatter St. Olavs Hospital HF og NTNU, hvor de kliniske miljøene på sykehuset og forskningsmiljøene på universitetet har et nært samarbeid. Det er opprettet kombinerte stillinger mellom NTNU og helseforetakene for å gi en akademisk tilknytning og for å bedre forskningssamarbeidet i hele helseregionen. Regionen har lang tradisjon for samhandling mellom helseforetakene og kommunene, blant annet gjennom egne samhandlingsavtaler. I tillegg kommer en tettere integrasjon med HiST og primærhelsetjenesten gjennom Øya Helsehus i Trondheim. Samlokaliseringen av forskningsmiljøer, helsefagutdanninger, og primærhelsetjeneste legger til rette for tverrfaglig forskning, utprøving, evaluering og dokumentasjon av nye samhandlings- og utdanningsmodeller.

Flere nasjonale kompetansesentra er lagt til St. Olavs Hospital HF, og de har ansvar for både forskning og undervisning. NTNU har flere anerkjente forskningsmiljøer med høy internasjonal anerkjennelse, for eksempel innen hukommelsesbiologi (Kavli-instituttet) og innenfor medisinsk teknologi og innovasjon. MI-lab skal arbeide innen medisinsk billedbehandling og legge grunnlag for kostnadseffektive helsetjenester og næringsvirksomhet.

### 5.2 Befolkningsundersøkelser og biobanker

Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) er ressurs for forskning både regionalt, nasjonalt og internasjonalt. I forbindelse med HUNT 3 ble det etablert en nasjonal biobank på Levanger, som sammen med helseopplysningene utgjør en unikt grunnlag for forskning. Det er også etablert en sykdomsbiobank, Regional forskningsbiobank Midt-Norge, som har biologisk materiale fra pasienter i hele helseregionen. Det er etablert et samarbeid mellom disse to biobankene, noe som til sammen utgjør et betydelig regionalt fortrinn innen forskning.

### 5.3 Internasjonalt samarbeid

Internasjonalt samarbeid er høyt prioritert i mange av forskningsmiljøene i Midt-Norge, og det tilfører nødvendig spisskompetanse og bidrar ofte til styrking av kvaliteten i hvert enkelt prosjekt. Kavli-instituttet på NTNU er et godt eksempel på at gode fagmiljøer tiltrekker seg gode forskere nasjonalt og internasjonalt. I neste omgang kan det føre til berikelse av arbeidsmiljø og generell styrking av forskningskompetansen i vår region. Internasjonalt samarbeid er også viktig for å kunne stille sterkere i konkurransen om eksterne og internasjonale forskningsmidler. Innenfor Helse Midt-Norge eksisterer det en rekke intensjonsavtaler med universiteter og andre institusjoner. Imidlertid er det liten aktivitet mht internasjonal finansiering av forskning i helseforetakene i Midt-Norge, for eksempel er det svært få forskningsprosjekter som er finansiert av EU-midler. For at forskningsmiljøene skal konkurrere om slike eksterne forskningsmidler må det internasjonale samarbeidet i Helse Midt-Norge fortsatt videreutvikles, og målet bør være å styrke kvaliteten og ivareta forskningsmiljøene.

## 6 Regionale utfordringer

### 6.1 Status for forskningsproduksjonen i regionen

I den forrige strategiplanen ble det vedtatt at Helse Midt-Norge skulle øke sin FoU-bevilgning til 3 % av brutto driftsbudsjett innen 2007. I tillegg skulle de enkelte lokale helseforetak avsette minst 1,5 % av eget driftsbudsjett til FoU. Dette målet er ikke nådd. Årsaken til at målsetningene om økte FoU-bevilgninger ikke ble nådd, var de økonomiske sparetiltakene som regionen var pålagt.

Dette har ført at Helse Midt-Norge har sakkert akterut innen forskning og taper i konkurransen med øvrige helseregioner. Prosentandelen av årlige publikasjonspoeng i årene 2001 – 2007 for helseregion Midt-Norge vises i følgende tabell:

Helseregion	Måleresultat 2005-2007	Måleresultat 2004-2006	Måleresultat 2003-2005	Måleresultat 2002-2004	Måleresultat 2001-2003
Helse Midt-Norge	9,5%	9,3%	9,2%	10,7%	11,1%

En fullstendig oversikt over alle helseregioner er lagt ut på HODs nettsider (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/nasjonalt-system-for-maling-av-forskning.html?id=446980&epslanguage=NO>).

Denne tabellen viser at de øvrige helseregionene har hatt en mer gunstig utvikling i sine produksjonstall for forskning i denne perioden. Tallene viser videre at Helse Midt-Norge i 2007 hadde den laveste forskningsproduksjonen av alle RHF pr. innbygger. Ut fra befolkningstallet i Midt-Norge burde HMN produsere ca 14 % av de nasjonale publikasjonspoengene.

### 6.2 Utfordringer innenfor rusbehandling og sykehusapotek

Rusbehandling- og sykehusapotekforetakene står overfor andre typer utfordringer enn de større helseforetakene når det gjelder tilgang til tjenester og ressurser som er nødvendige for å kunne drive aktivt FoU-arbeid innen egne fagfelt. Dette gjelder blant annet datatjenester, tilgang til elektroniske verktøy, veilederressurser, ansatte med forskerkompetanse, og andre forskningsmiljø å samarbeide med. Utfordringene må søkes løst for å kunne bygge opp en nødvendig infrastruktur og definere egne forskerstillinger også i disse foretakene i tillegg til at det åpnes for å gi støtte til mindre prosjekter som har forskningspotensiale på sikt. Forskningsprosjekter fra fagfeltene rus og farmasi må prioriteres når forskningsmidler tildeles.

### 6.3 Forutsetninger for å øke forskningsaktiviteten i regionen

Erfaringer fra de siste års utlysninger av HMNs forskningsmidler, viser at det er god regional tilgang på kompetente søkere og god veiledningskapasitet for forskning samlet sett.

Imidlertid er det bare en liten del av søknadene som kommer fra miljøer utenom universitetsklinikken, og veiledningskapasiteten i de mindre foretakene er også for liten. Det må derfor arbeides målrettet for å få opp antall søkere og antall veiledere lokalt. Foretakene er i mange tilfeller avhengige av å knytte til seg veiledere fra Høgskolene eller fra NTNU og universitetsklinikken St. Olav, men på sikt bør både antall kandidater og antall veiledere øke også lokalt, for eksempel gjennom kombinerte stillinger (ansettelse både i foretak og NTNU/høgskolene). Situasjonen er gradvis i bedring på grunn av at det er en økning i antall ph.d. kandidater lokalt, som på sikt vil kunne bli forskere og veiledere. Foretakene må ha en aktiv tilnærming til dette.

Det er likevel de økonomiske bevilgningene som er viktigste begrensende faktor for å kunne øke forskningen i regionen. Siden forskning og implementering av forskningsresultater har stor betydning for god og effektiv pasientbehandling, er det avgjørende også for de kliniske tjenestene at bevilgningene til forskning økes. I en tid med stadige endringer i helsevesenet, er det viktig med fokus på riktig ressursbruk og i denne sammenheng vil blant annet epidemiologi og helsetjenesteforskning være viktige redskaper.

Dagens FoU-andel består av midler som fordeles gjennom Samarbeidsorganet HMN-NTNU og midler som går til St. Olavs Hospital HF bl.a. på grunn av nasjonale kompetansesentra og andre høyspesialiserte tjenester i regionen. Virksomheten i disse sentrene omfatter til en viss grad også undervisning, men inngår likevel i totalen. I 2009 er det totale beløpet på 164,5 mill, dvs. at forskning og utvikling utgjorde ca 1,4 % av RHF's totale inntekt. Samarbeidsorganet HMN-NTNU fordeler i 2009 104,7 mill.

Helse Midt-Norge har som mål å avsette 3 % av total inntekt til forskning, utvikling og innovasjon innen 2014. Dette er et minstemål dersom vi har som ambisjon å nå samme nivå som de øvrige regionale helseforetakene. Disse 3 % fordeles slik at det avsettes 2 % på regionalt nivå og 1 % på HF-nivå. Innretningen på denne 1 % til HF-nivå bør fordeles slik at St. Olavs Hospital dekker 75 % av dette, mens de andre helseforetakene dekker 25 %. I tillegg skal det aktivt innhentes ekstern finansiering tilsvarende 1 % av total inntekt.

Gjennom egne avsetninger og innhenting av ekstern finansiering har Helse Midt-Norge som ambisjon at den totale rammen til forskning skal økes til 4 % av total inntekt. Til sammenligning har Helse Sør-Øst en langsiktig målsetning om at ressursbruken til forskning og innovasjon skal øke til 5 % i løpet av 10 år.

Denne økningen må skje gradvis slik at prosjektkvalitet, infrastruktur og tilgjengelig veiledningskapasitet kan ivaretas.

HMN RHF vil bygge opp sin kompetanse innen forskning, utvikling og innovasjon.

Helse Midt-Norge vil følge opp de strategiske målene gjennom egen handlingsplan.

## 7 Mål og strategi

- Helse Midt-Norge skal holde høy faglig standard og kunne dokumentere det
- Forskning og utvikling skal være en naturlig og høyt prioritert del av virksomheten i hele regionen (*Revidert Overordnet strategi, Helse Midt-Norge 2008 – 2010*)

For å oppnå dette, defineres følgende sju mål for forskning i Helse Midt-Norge i perioden 2009 – 2014 innenfor følgende tema:

1. Kvalitet og produksjon
2. Ressursbruk
3. Infrastruktur
4. Organisering
5. Forskningsforvaltning
6. Forskningsformidling
7. Innovasjon

### 7.1 Kvalitet og produksjon

- Forskningen i HMN skal holde et høyt nasjonalt nivå generelt og høyt internasjonalt nivå innen utvalgte områder.
- Forskningsproduksjonen i Helse Midt-Norge skal i løpet av perioden øke til minst 450 ISI registrerte publikasjoner pr år, ved at alle HF øker sin produksjon med 10 % hvert år.
- Foretaksledelsen har ansvar for å ivareta eksisterende forskningskompetanse og videreutvikle denne.

#### Strategi 7.1.1

Forskere skal konkurrere om forskningsmidler ut fra kvalitet, relevans og prosjektets gjennomførbarhet. HMN skal sette av midler til bestemte strategiske formål, med høye krav til kvalitet og gjennomførbarhet.

#### Strategi 7.1.2

Forskningsmiljøene i lokale foretak må styrkes slik at produksjonen i forskning kan øke med 10 % årlig

#### Strategi 7.1.3

HMN skal prioritere forskning med betydning for klinisk praksis, og ha særskilt fokus på forskningssvake områder og tverrfaglig forskning.

#### Strategi 7.1.4

Andelen helsepersonell som utdannes og rekrutteres til forskning skal øke.



## 7.2 Ressurbruk

- HMN skal avsette 3 % av total inntekt til forskning, utvikling og innovasjon; 2 % på regionalt nivå og 1 % på lokalt nivå innen 2014.
- På lokalt nivå skal denne 1 % fordeles slik at St. Olavs Hospital HF dekker 75 % og de andre HF-ene dekker 25 %.
- Helse Midt-Norges andel av eksterne forskningsmidler skal øke til 1 % av total inntekt.
- Som en del av satsningen på HF-nivå skal det settes av ressurser til forskerstillinger.

### Strategi 7.2.1

For å nå målet om 3 % av total inntekt, må det foretas en årlig opptrapping ut over lønns- og prisjusteringer både på regionalt nivå og på HF-nivå.

### Strategi 7.2.2

Det skal utarbeides konkrete handlingsplaner og arbeides aktivt for økt ekstern finansiering av forskning i Helse Midt-Norge for å nå målet om 1 %.

### Strategi 7.2.3

Bruken av regionale forskningsstipend og forskerstillinger skal være i tråd med føringer i oppdragsdokumentet og regionale satsninger.

## 7.3 Infrastruktur

- Det skal utvikles en regional infrastruktur som sikrer økt forskningsproduksjon, god faglig kvalitet, godt samarbeid, god ressursutnyttelse og økt konkurransevne.
- Det skal settes av ressurser til arealer, utstyr og drift.
- Regionale forskningsnettverk skal etableres og videreutvikles i takt med behovet.

### Strategi 7.3.1.

Regionale forskningsnettverk skal bidra til å samle og koordinere forsknings- og utviklingskompetansen i regionen. Nettverket skal bidra med utveksling av kompetanse og kunnskap mellom store og små forskningsenheter.

### Strategi 7.3.2.

Foretakene utfordres til å satse på forskningsområder hvor de har forutsetninger og ressurser til å nå opp på et høyt nivå. Parallelt med dette arbeidet må nasjonalt og internasjonalt samarbeid formaliseres og styrkes. St. Olavs Hospital skal ivareta bredden innen klinisk forskning og være en motor som trekker med seg de andre foretakene.

### Strategi 7.3.3.

HMN skal gjennom samarbeid med NTNU og høyskolene sørge for at veilederkompetansen innen forskning er tilstrekkelig og tilgjengelig ved alle foretak i regionen, og at denne blir ivaretatt gjennom oppretting av egne kombinerte stillinger.

### Strategi 7.3.4.

HMN skal sørge for at alle foretak har tilgang til nødvendig faglitteratur



## 7.4 Organisering

- Forskning skal prioriteres på lik linje med øvrige lovpålagte oppgaver.
- Lederopplæring i helseforetakene skal inkludere kunnskap om forskning.

### Strategi 7.4.1

Ansvar for forskningen skal ligge i styringslinja.

### Strategi 7.4.2.

Alle HF skal ha forskningsutvalg og forskningsenhet for å ivareta forskningen.

### Strategi 7.4.3

RHF skal ha opprettholde et regionalt forskningsutvalg bestående av representanter fra lokale forskningsutvalg, representant fra RHF ved medisinsk direktør, brukerrepresentant, og representanter fra høyskolesektoren og universitetet.

## 7.5 Forskningsforvaltning

- Forskningsforvaltningen skal være forutsigbar i forhold til fordeling av ressurser og personell, og skal foregå i tråd med regionale prioriteringer.
- Forskningen skal holde en høy etisk standard og følge vedtatte deklarasjoner. Kjerneverdier trygghet, respekt og kvalitet skal ligge til grunn for all forskning, og skal prege alle møter mellom forskere, deltakere og brukere av spesialisthelsetjenesten.
- Det skal årlig rapporteres på forskningsaktivitet og det skal være systemer for internkontroll av forskning.

### Strategi 7.5.1.

Forskningsforvaltningen skal foregå i henhold til relevante lover og bestemmelser og i samsvar med strategiske føringer. Bevisstheten omkring betydningen av forskning skal økes.

### Strategi 7.5.2

Etablerte kvalitets- og forskningsregistre for sykdommer og andre endepunkt skal kvalitetssikres, vedlikeholdes og utnyttes til forskning.

### Strategi 7.5.3

For å sikre tillit mellom forskere, forsøkspersoner og brukere av spesialisthelsetjenesten må forskerne være bevisste i forhold til forskningsetikk. REK skal konsulteres aktivt.

### Strategi 7.5.4

HFene skal i perioden dokumentere at de har systemer for oppfølging og monitorering av forskningsprosjekter. Oppnådde resultater, progresjon og kvalitet skal ses i forhold til ressursbruk.

## 7.6 Forskningsformidling

- Formidling av forskningsresultater til pasienter, ansatte i HF, brukerorganisasjonene, befolkningen og beslutningstakere skal styrkes gjennom egne informasjonsstrategier ved hver institusjon.

## 7.7 Innovasjon

- Helse Midt-Norge skal bidra til nye produkter og løsninger som gir mer helse pr. krone og som kan gjøre sektoren i stand til å møte store fremtidige utfordringer.

### Strategi 7.7.1.

Utvikle en bevisst holdning til forskning med innovasjonspotensiale og etablere rutiner for å understøtte innovasjon i forskning.

### Strategi 7.7.2

For å bidra til høyere aktivitet innen innovasjon og næringsutvikling må antall innovasjonsprosjekter øke, for eksempel innen IKT og medisinsk-teknisk utstyr.

## Prioritering og fremdrift for mål, delmål og strategiske tiltak

Slik det fremgår av mål, delmål og strategiske tiltak vil hovedoppgavene i perioden 2009 - 2014 være å sikre rammebetingelser og oppbygging av tverrfaglig FoU- aktivitet i alle foretakene. Dette inkluderer ledelsesforankring, oppbygging av system, strukturer og kompetanse, og tilgang på nødvendig verktøy og ressurser. Arbeidet må forankres i rullerende planer innenfor det enkelte HF i henhold til RHF's overordnede strategiske planer.

Som nevnt innledningsvis, forutsettes det at denne regionale forskningsstrategien videreføres på en mer detaljert måte. Det videre arbeidet omfatter både RHF- og HF-nivå, og det skal utarbeides konkrete handlingsplaner på hvert tiltaksområde med tidsangivelser og kostnader, hvor både utviklingsarbeid og innovasjon skal inkluderes.

## 8 Referanser

1. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.  
([http://www.lovdatabasen.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-061.html&emne=spesialisthelsetjenest\\*&&](http://www.lovdatabasen.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19990702-061.html&emne=spesialisthelsetjenest*&&)).
2. Oppdragsdokument 2008 Helse Midt-Norge RHF  
(<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/Oppdragsdok.html?id=115231&epslanguage=NO>).
3. Helse Midt-Norge 2008 – 2010. Revidert overordnet strategi.
4. Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge RHF 2004-2007. Vedtatt av styret for Helse Midt-Norge RHF august 2004.
5. Det norske forsknings- og innovasjonssystemet – statistikk og indikatorer 1999  
([http://www.forskningsradet.no/bibliotek/statistikk/indikator\\_1999/1-1.html](http://www.forskningsradet.no/bibliotek/statistikk/indikator_1999/1-1.html)).

# HELSE NORD-TRØNDELAG HF

## STYRET

Sak 04/2010 Orienteringssaker

---

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret	210110	04/2010

Saksbeh: Arne Flaot

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2010/53

---

### ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

**SAKSUTREDNING:**  
**04/2010 Orienteringssaker**

**VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

1. Møteprotokoll fra styret i Helse Midt-Norge 17.12.09 og 14.01.10
2. Orientering om rehabilitering
3. Orientering om drift desember 2009
4. Andre orienteringer

## HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 17.12.09 kl. 13.30 – 14.00

Møtested: Telefonmøte

Saksnr.: 126/09

Arkivsaksnr.: 2009/31

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid

Björg Henriksen

Ingegjerd Sandberg

Ellen Marie Wøhni

Kirsti Leirtrø

Joar Olav Grøtting

Tove Røstad

Olav Huseby

Forfall:

Merethe Storødegård

Ivar Gotaas

Jan Magne Dahle

Ellen Engdahl

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Gunnar Bovim

Rådgiver Rita Bjørgan Holand (referent)

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

---

### Sak 126/09 - Samlet vurdering av eksisterende og nye nasjonale tjenester

---

#### Adm. direktørs forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar rapporten og innstillingen om behov for nasjonale tjenester til etterretning.
2. Det legges til grunn at regionaliseringsprinsippet som grunnlag for organisering av norsk spesialisthelsetjeneste står fast. Behandlingstjenester som ikke er spesifikt omtalt i RHF-enes felles innstilling til nasjonale tjenester, er å betrakte som regionaliserte oppgaver.
3. Nasjonale behandlingstjenester innebærer kun at spesifiserte deler av et behandlingsforløp sentraliseres. Nasjonale kompetansetjenester innebærer ikke forflytting av pasienter.
4. Det er viktigere å få fram en robust finansieringsmodell for de nasjonale kompetansetjenestene og sikre en riktig finansiering framfor å få etablert nye kompetansetjenester. Det legges til grunn at nye nasjonale tjenestetilbud som etableres er fullfinansiert.
5. RHF-ene samlet må vurdere om det bør innføres et avtale- eller kontraktssystem for å sikre

forståelse av det nasjonale oppdraget.

### **Protokoll**

Det ble ikke fremmet alternative forslag i møtet.

Det ble stemt over punktene samlet.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt enstemmig

### **Vedtak**

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar rapporten og innstillingen om behov for nasjonale tjenester til etterretning.
2. Det legges til grunn at regionaliseringsprinsippet som grunnlag for organisering av norsk spesialisthelsetjeneste står fast. Behandlingstjenester som ikke er spesifikt omtalt i RHF-enes felles innstilling til nasjonale tjenester, er å betrakte som regionaliserte oppgaver.
3. Nasjonale behandlingstjenester innebærer kun at spesifiserte deler av et behandlingsforløp sentraliseres. Nasjonale kompetansetjenester innebærer ikke forflytting av pasienter.
4. Det er viktigere å få fram en robust finansieringsmodell for de nasjonale kompetansetjenestene og sikre en riktig finansiering framfor å få etablert nye kompetansetjenester. Det legges til grunn at nye nasjonale tjenestetilbud som etableres er fullfinansiert.
5. RHF-ene samlet må vurdere om det bør innføres et avtale- eller kontraktssystem for å sikre forståelse av det nasjonale oppdraget.

Stjørdal 14.01.10

*Kolbjørn Almlid*

*Tove Røstad*

*Merethe Storødegård*

*Ellen Engdahl*

*Olav Huseby*

*Oskar J. Grimstad*

*Jan Magne Dable*

*Joar Olav Grotting*

*Kirsti Leitro*

*Ivar Gotaas*

*Ingegerd Sandberg*

*Ellen Wøhni*

*Björg Henriksen*

## HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 14.01.10 kl. 09.00 – kl. 15. 15

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

Saksnr.: 01/10 – 09/10

Arkivsaksnr.: 2009/456

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid

Björg Henriksen

Ingegjerd Sandberg

Ellen Marie Wøhni

Kirsti Leirtrø

Merethe Storødegård

Joar Olav Grøtting (perm fra lunsj, dvs. ikke sak 07/10 Orienteringssaker - Strategi 2020)

Ivar Gotaas

Ellen Engdahl

Jan Magne Dahle

Tove Røssstad

Olav Huseby

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Gunnar Bovim

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Direktør for eierstyring Asbjørn Hofslø

Direktør for stab og prosjektstyring Bård Helge Hofstad

Økonomidirektør Anne Marie Barane

Direktør for samhandling Daniel Haga

HR direktør Sveinung Aune

Seniorrådgiver Reidar Tessem

Rådgiver Ingerid Gunnerød (sak 07/10 Orienteringssaker – Strategi 2020)

Internrevisjonssjef Ellinor Wessel Pettersen

Internrevisor Terje Hanssen

Det regionale brukerutvalget:

Micahel Momyr

Elin Gullvåg

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt pr. e-post 07.01.10.

Følgende dokumenter omdelt i møtet:

- Møtereferat fra det regionale brukerutvalgets møte 11.01.10.

Det var ingen kommentarer til innkalling.

Styremedlem Olav Huseby ba om en orientering om uønskede hendelser og nasjonale kvalitetsindikatorer som har vært fremlagt for styret tidligere som revisjonsrapporter. Nasjonale kvalitetsindikatorer ble orientert om under sak 02/10 Statusrapport Helse Midt-Norge pr. 30.11.09. Adm. Dir kommer tilbake med orientering om hva som er gjort for å følge opp anbefalinger i revisjonsrapporten vedr. uønskede hendelser i neste møte.

Det blir følgende endringer på datoer for styremøter:

Styremøte i februar flyttes til 02.02.10

Styremøtet i april flyttes til 12.04.10



Vi har fått melding fra Helse- og Omsorgsdepartementet om at Foretaksmøte for Helse Midt- Norge er planlagt 25.01.10 kl. 12.30 til 14.30.

---

## Sak 01/10 Referatsaker

---

Referatsaker:

- Regionalt brukerutvalgs møte den 11.01.10
- Protokoll fra Revisjonskomiteensmøte 02.12.09

---

## Sak 02/10 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 30.11 2009

---

### Adm. direktørs forslag til vedtak:

1. Styret er fornøyd med at administrerende direktør, i tråd med styresak 118/09, har iverksatt tiltak for å kartlegge hvor mange med nødvendig rett til helsehjelp som har ventet mer enn 1 år, videre bedt de ulike helseforetak sørge for at denne ventelisten pr. 1. mars 2010 er ”nullet” ut. Styret ber om bli orientert om resultatet av de tiltak som er iverksatt i sitt møte i april. Videre merker styret seg at administrerende direktør har sendt brev til Helse Nordmøre og Romsdal HF om driftssituasjonen. Styret ber om å få status i neste møte på det arbeid som skjer i helseforetaket på bakgrunn av brevet.
2. Styret registrerer at HMN på tross av positivt finansresultat ikke leverer et resultat i balanse i november. Med bakgrunn i dette samt forverring av årsprognosen, ber styret administrerende direktør å vurdere eventuelle konsekvenser for gjennomføring av vedtatte investeringer.
3. Arbeidet med bemanningstilpasninger må intensiveres, både på kort og lang sikt. Styret viser for øvrig til sitt vedtak i sak 118/09, hvor det forutsettes at det for 2010 fastsettes forpliktende periodiserte bemanningsbudsjetter for alle foretak som står i forhold til de omstillingskrav som følger av budsjetttrammene.

### Protokoll

Det ble påpekt at begrepet ”nullet” ut i pkt. 1 endres til avviklet, og begrepet ”nødvendig rett til helsehjelp” rettes til ”rett til nødvendig helsehjelp”.

Det ble ikke fremmet alternative forslag

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

### Vedtak

1. Styret er fornøyd med at administrerende direktør, i tråd med styresak 118/09, har iverksatt tiltak for å kartlegge hvor mange med rett til nødvendig helsehjelp som har ventet mer enn 1 år, videre bedt de ulike helseforetak sørge for at denne ventelisten pr. 1. mars 2010 er avviklet ut. Styret ber om bli orientert om resultatet av de tiltak som er iverksatt i sitt møte i april. Videre merker styret seg at administrerende direktør har sendt brev til Helse Nordmøre og Romsdal HF om driftssituasjonen. Styret ber om å få status i neste møte på det arbeid som skjer i helseforetaket på bakgrunn av brevet.
2. Styret registrerer at HMN på tross av positivt finansresultat ikke leverer et resultat i balanse i november. Med bakgrunn i dette samt forverring av årsprognosen, ber styret administrerende direktør å vurdere eventuelle konsekvenser for gjennomføring av vedtatte investeringer.

3. Arbeidet med bemanningstilpasninger må intensiveres, både på kort og lang sikt. Styret viser for øvrig til sitt vedtak i sak 118/09, hvor det forutsettes at det for 2010 fastsettes forpliktende periodiserte bemanningsbudsjetter for alle foretak som står i forhold til de omstillingskrav som følger av budsjetterammene.

---

## Sak 03/10 Resultatbudsjett 2010 Helse Midt-Norge

---

### Adm. direktørs forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge vedtar resultatbudsjett for foretaksgruppen med et positivt resultat på 269 mill kr som vist i saksfremlegg.

### Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

### Vedtak

2. Styret i Helse Midt-Norge gir administrerende direktør til å fordele investeringsmidler til ENØK-tiltak og medisinsk teknisk utstyr

---

## Sak 04/10 Helse Midt-Norge – investeringsbudsjett 2010

---

### Adm. direktørs forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge vedtar investeringsbudsjett 2010 på 1 018,4 mill kr med følgende fordeling:

*tall i 1000 kr*

Planlagte investeringer	Investerings- budsjett vedtas jan 10
Nye St Olavs Hospital, BF 2	530 000
Automatisert legemiddelforsyning	23 100
Helse Miljø og Sikkerhet/bygg	32 500
Informasjons- og kommunikasjons teknologi	80 000
Medisin Teknisk utstyr	82 000
Annet	25 500
Barneavdeling Ålesund	150 200
Psykiatri Namsos	50 000
Nytt sykehus i Molde	12 000
Egenkapitalinnskudd KLP	33 100
<b>Investeringsbudsjett 2010</b>	<b>1 018 400</b>

2. Styret i Helse Midt-Norge gir administrerende direktør til å fordele investeringsmidler til ENØK-tiltak og medisinsk teknisk utstyr

**Protokoll**

Det ble ikke fremmet alternative forslag

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

**Vedtak**

1. Styret i Helse Midt-Norge vedtar investeringsbudsjett 2010 på 1 018,4 mill kr med følgende fordeling:

*tall i 1000 kr*

Planlagte investeringer	Investerings- budsjett vedtas jan 10
Nye St Olavs Hospital, BF 2	530 000
Automatisert legemiddelforsyning	23 100
Helse Miljø og Sikkerhet/bygg	32 500
Informasjons- og kommunikasjons teknologi	80 000
Medisin Teknisk utstyr	82 000
Annet	25 500
Barneavdeling Ålesund	150 200
Psykiatri Namsos	50 000
Nytt sykehus i Molde	12 000
Egenkapitalinnskudd KLP	33 100
<b>Investeringsbudsjett 2010</b>	<b>1 018 400</b>

2. Styret i Helse Midt-Norge gir administrerende direktør til å fordele investeringsmidler til ENØK-tiltak og medisinsk teknisk utstyr

## Sak 05/10 Endring av inntektsramme for 2009

**Adm. direktørs forslag til vedtak:**

- Styret vedtar endringer i inntektsrammene for 2009 basert på følgende prinsipper.
  - Styrking av egenkapital i helseforetakene skal, som hovedregel, prioriteres foran styrking av egenkapital ved RHFét.
  - Inntekt tilsvarende overskudd som i budsjettåret er budsjettert på RHF til finansiering av investeringer, fordeles ut på foretak for resultatforbedring og derved styrking av egenkapital.
  - Fordeling av dette følger samme nøkkel som basisrammer somatikk og psykisk helsevern for budsjettåret.
- Administrerende direktør gis fullmakt til å foreta endringer i inntektsrammene for 2009 etter ovenstående vedtak.

**Protokoll**

Det ble ikke fremmet alternative forslag

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

**Vedtak**

- Styret vedtar endringer i inntektsrammene for 2009 basert på følgende prinsipper.

- Styrking av egenkapital i helseforetakene skal, som hovedregel, prioriteres foran styrking av egenkapital ved RHFét.
  - Inntekt tilsvarende overskudd som i budsjettåret er budsjettert på RHF til finansiering av investeringer, fordeles ut på foretak for resultatforbedring og derved styrking av egenkapital.
  - Fordeling av dette følger samme nøkkel som basisrammer somatikk og psykisk helsevern for budsjettåret.
2. Administrerende direktør gis fullmakt til å foreta endringer i inntektsrammene for 2009 etter ovenstående vedtak.

---

## Sak 06/10 Oppdragsdokumentet til Helse Midt-Norge 2010

---

### Adm. direktørs forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge for 2010 til etterretning.

### Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt:

### Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helse Midt-Norge for 2010 til etterretning.

---

## Sak 07/10 Orienteringssaker

---

I møtet den 14.01.10 ble styret for Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

### Orienteringssaker

- Strategi 2020 – akutttilbud
- Langtidsplan 2011-2016 - prosess
- Overtagelse av ansvaret for følgetjeneste for gravide og beredskap for denne
- Utredning vedrørende evt. overføring av innkjøpsfunksjonene eller deler av innkjøpsfunksjonene i Helse Midt-Norge til Helseforetakenes innkjøpsservice

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

### Vedtak

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

---

## Sak 08/10 Eventuelt

---

Det var ingen saker under eventuelt

---

**Sak 09/10 Signering av protokoll**

---

Protokoller for møtet 17.12.09 og 14.01.10 ble godkjent og undertegnet i møtet.

Stjørdal 14.01.10

*Kolbjørn Almlid*

*Tove Røstad*

*Merethe Storødegård*

*Ellen Engdahl*

*Olav Huseby*

*Oskar J. Grimstad*

*Jan Magne Dable*

*Joar Olav Grøtting*

*Kirsti Leirtro*

*Ivar Gotaas*

*Ingegjerd Sandberg*

*Ellen Wøbni*

*Bjørn Henriksen*