

Styrets medlemmer

Vår ref.: 2009/101 - 758/2009
Deres ref.:
Arkiv: 012
Dato : 13.01.2009

Innkalling til styremøte

Møtedato: Torsdag 22. januar 2009 kl. 1000

Møtested: Sykehuset Namsos - Store møterom - Psykiatrisk klinikk

- Sak 1/2009 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 15.12.08
- Sak 2/2009 Finansieringsmodellen i Helse Midt-Norge – Implementering av psykisk helsevern – uttalelse fra Helse Nord-Trøndelag
- Sak 3/2009 Årlig melding
- Sak 4/2009 Orienteringssaker
1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 18.12.08
 2. Andre orienteringer

Med hilsen

Steinar Aspli
Styreleder
Sign.

Kopi:
Styrets varamedlemmer

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 15.12 2008 kl. 10.00 – 14.30
Møtested: Sykehuset Namsos
Saksnr.: 45/2008 – 48/2008
Arkivsaksnr: 2008/2636

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende medlemmer:

Steinar Aspli
Inger Marit Eira-Åhren
Siw Bleikvassli
Reidar Viken
Torgeir Schmidt-Melbye
Asbjørn Hofslie
Jørgen Selmer
Inger Anne Holm
Peter Himo
Skjalg Ytterstad

Forfall:

Bertha Skjelstad

Fra Brukerutvalget møtte: Svein Grindstad

Fra Samarbeidsutvalget møtte:

Fra administrasjonen møtte:

Adm. direktør	Arne Flaatt
Ass. direktør	Mads Einar Berg
Helsefaglig rådgiver	Øivind Stenvik
Økonomisjef	Tormod Gilberg
Prosjektleder	Kari Bratland Totsås
Informasjonssjef	Trond G. Skillingstad (referent)

Merknader til møtet: Ingen merknader

Innkalling utsendt pr. e-post 11.12 2008. Saksframlegg publisert på internettløsningen for styresaker.

Sak 45/2008 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 19. og 20.11.08

Protokoll

Ingen merknader til protokollen. Protokollen ble underskrevet.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak

Møteprotokoll fra styremøte 19. og 20.11 2008 godkjennes uten anmerkninger.

Sak 46/2008 Budsjett 2009

Adm. direktørs forslag til vedtak:

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

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

Protokoll

Administrerende direktør gikk gjennom status for Helse Nord-Trøndelag i 2008. Helse Nord-Trøndelag kommer svært godt ut av alle målinger knyttet til omdømme, arbeidsmiljø, pasienttilfredshet mv, samtidig som det er oppnådd et godt økonomisk resultat i forhold til budsjett 2008.

Vesentlige forhold som basis for budsjett 2009: Bygge videre på positivt resultat, salg av eiendom gir investeringer i 2009, transportprosjektet gir resultat, inntaksprosjektet vil gi resultat, det vurderes å ta over aktiviteten som i dag kjøpes ved Betania.. Administrerende direktør varslet også en gjennomgang av den kirurgiske og medisinske aktiviteten i Helse Nord-Trøndelag. Økonomisjef Tormod Gilberg gikk gjennom de tallmessige forholdene som ligger til grunn for budsjett 2009, slik de er gjengitt i saksframstillingen for styret. Gilberg gikk gjennom konkrete tiltak for effektivisering i de enkelte klinikkene.

Administrerende direktør gikk gjennom brev fra hovedverneombudet i tilknytning til budsjettprosessen i Helse Nord-Trøndelag, samt protokolltilførsel fra drøfting av budsjett med tillitsvalgte. Administrasjonen vil invitere tillitsvalgte og hovedverneombud til møte med klinikkledere tidlig i 2009 med fokus på forbedringspunkter i samhandlingen.

Helsefaglig rådgiver Øivind Stenvik orienterte om effekten av samhandlingstiltak som er iverksatt (DMS Stjørdal) og undersøkelser som viser betydelige gevinster både innen kvalitet og effektivitet gjennom forbedret samhandling med kommunene.

Styret drøftet innrettingen av budsjett for 2009, både på drifts- og investeringssiden. Styret ønsker å følge omstillingen tett, og ber om at administrasjonen forbereder en sak som viser standard på medisinsk-teknisk utstyr og generelt vedlikeholdsbehov.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak

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

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

Asbjørn Hofslø forlot møtet.

Sak 47/2008 Høring – Tilbudet til syke barn i Helse Midt-Norge

Adm. direktørs forslag til vedtak:

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

Protokoll

Administrerende direktør gjorde rede for utredning av behandlingstilbud i Helse Midt-Norge knyttet til syke barn. Utredningen er et ledd i prosessen Helse Midt-Norge 2010. Utvalget har hatt representanter fra alle foretak i Midt-Norge. Utvalget har konkludert med at dagens struktur på barneavdelinger skal ligge fast, og det bør skje en sterkere sammenbinding av ressursene som er på ulike sykehus innen foretakene. Innstillingen innebærer ikke geografisk flytting av legestillinger innen Helse Nord-Trøndelag.

Steinar Aspli fremmet følgende tilleggsforslag:

Styret i Helse Nord-Trøndelag presiserer at høringsutkastets alternativ 2 er en uakseptabel løsning når det gjelder nærhet til tjenestetilbudet, samt behovet for å sikre faglig utvikling av tjenestene og rekruttering av fagpersonell på våre sykehus.

Tilleggsforslaget ble enstemmig vedtatt.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt

Vedtak

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

3. Styret i Helse Nord-Trøndelag presiserer at høringsutkastets alternativ 2 er en uakseptabel løsning når det gjelder nærhet til tjenestetilbudet, samt behovet for å sikre faglig utvikling av tjenestene og rekruttering av fagpersonell på våre sykehus.

Sak 48/2008 Orienteringssaker

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

Protokoll

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 27.11.08
 - a. Styreleder viste til utsendt protokoll.
2. Referat fra møte i brukerutvalget 12.12.08
 - a. Svein Grindstad orienterte fra brukerutvalgets møte 12. desember 2008. Protokollen ble delt ut i styremøtet.
3. Referat fra møte i samarbeidsutvalget 05.12.08
 - a. Torgeir Schmidt-Melbye orienterte fra samarbeidsutvalgets møte 5. desember 2008. Protokollen ble delt ut i styremøtet.
4. Referat fra møte mellom styret i HNT og brukerutvalget
 - a. Styreleder viste til utsendt protokoll
5. Referat fra møte mellom styret i HNT og foretakstillitsvalgte
 - a. Styreleder viste til utsendt protokoll
6. Samhandlingsprosjektet mellom Helse Nord-Trøndelag og rehabiliteringsinstitusjoner
 - a. Prosjektleder Kari B. Totsås ga en statusrapport i prosjektet. Prosjektets overordnede mål er å skape bedre og mer effektiv helsetjeneste gjennom økt samhandling mellom Helse Nord-Trøndelag og de fire rehabiliteringsinstitusjonene i Nord-Trøndelag. Prosjektet er initiert og finansiert av Helse Midt-Norge. Prosjektet avsluttes ved årsskiftet. Det er blant annet arbeidet med standardisering av pasientforløp (hofte, kneledd, kols, hjerneslag), hvorav standardiserte forløp for hofte og kneledd er iverksatt fra oktober 2008. Det er etablert samhandlingsavtale og deltagelse i Samarbeidsutvalget, IKT-løsninger som legger til rette for enklere samhandling, samordning av ferieavvikling, etablering av nye henvisningsrutiner med en felles henvisningsadresse mv.
7. Driftsrapport november 2008
 - a. Administrerende direktør Arne Flaatt gikk gjennom drift i november. Økonomisk resultat er om lag to millioner foran budsjett. Foretakets drift viser forbedring på en rekke kvalitetsindikatorer.
8. Andre orienteringer
 - a. Ambulansetjeneste: Administrerende direktør orienterte om kontakt med Roan kommune angående ny struktur for ambulansetjenesten i området. Det avventes tilbakemelding fra Osen kommune før videre prosess i saken.

- b. Syketransport: Administrerende direktør viste til avtaler som er inngått mellom transportleverandører og Helse Midt-Norge for pasienttransport i Nord-Trøndelag. En klage er kommet inn.
- c. Besøk ved DMS Stjørdal: Administrerende direktør orienterte fra besøk på DMS Stjørdal av statsminister Jens Stoltenberg og helseminister Bjarne Håkon Hanssen.

Steinar Aspli

Inger Marit Eira Åhren

Asbjørn Hofslø

Jørgen Selmer

Inger Anne Holm

Siw Bleikvassli

Torgeir Schmidt-Melbye

Skjalg Ytterstad

Peter Himo

Reidar Viken

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 2/2009 Finansieringsmodellen i Helse Midt-Norge – Implementering av psykisk helsevern, – uttalelse fra HNT

Saken behandles i:
Styret

Møtedato
22. januar 2009

Saksnr.
2/2009

Saksbeh.: Tormod Gilberg
Arkivkode: 012
Arkivsaksnr.: 2009/101

ADM.DIREKTØRS INNSTILLING:

Forslaget til ny finansieringsmodell synes ikke optimal for finansiering av psykiatiske enheter. Styret anbefaler derfor at dagens modell videreføres for psykiatiske enheter.

SAKSUTREDNING:

Sak 2/2009 Finansieringsmodellen i Helse Midt-Norge – Implementering av psykisk helsevern, – uttalelse fra HNT

Trykte vedlegg:

1. HNT's notat av 29.12.08 om Finansieringsmodellen i Helse Midt-Norge – Implementering av psykisk helsevern, – uttalelse fra HNT

Utrykt vedlegg:

1. HMN's rapport av 31.10.08 om Finansieringsmodellen i Helse Midt-Norges – Implementering for psykisk helsevern
2. Protokoll fra drøftingsmøte med tillitsvalgte 14.01.09

1. BAKGRUNN

Alle inntekter (faste og variable) henføres i prinsippet til de regionale helseforetakene som selv fastsetter modell/prinsipp for finansiering av sine helseforetak.

I perioden 2002 – 2005 ble HF-ene i Midt-Norge finansiert ved en basisramme basert på historiske kostnader i de enkelte HF-ene i tillegg til at de fikk beholde egne aktivitetsbaserte inntekter (ISF og poliklinikk). I 2006 og 2007 ble en del av basisrammen beregnet ut fra nye kriterier der befolkningens behov/befolkningsstørrelse var et hovedkriterium.

Styret for Helse Midt-Norge RHF har vedtatt at ny finansieringsmodell for fordeling av basisrammer til helseforetakene i Helse Midt-Norge skal omfatte både somatisk virksomhet og psykisk helsevern (jf. styresak 01/07). For den somatiske virksomheten ble modellen første gang tatt i bruk for fordeling av basisrammer for 2008. For psykisk helsevern forutsettes modellen tatt i bruk første gang for budsjett 2010 (jf. styresak 19/08).

Det er nå arbeidet med utvidelse av finansieringsmodellen til å omfatte psykisk helsevern i tillegg til somatisk virksomhet. Arbeidet er gjennomført med utgangspunkt i at styret for Helse Midt-Norge RHF ønsker å fordele basisrammer til HF-ene etter følgende kriterier:

- Planlagt kapasitet eller ønsket volum på pasientbehandlingen for HF-ene
- Akseptabelt kostnadsnivå målt ved modellens kostnadsindeks for HF-ene
- Akseptabelt økonomisk resultat ved HF-ene

2. PROSESS

Ledelsen av arbeidet med finansieringsmodellen er lagt til regionforetakets økonomiavdeling i samarbeid med fagavdelingen. Ansvaret for det faglige innholdet og oppdatering av modellen er lagt til HMN.

Det er opprettet en egen referansegruppe for finansieringsmodellen. Gruppens mandat er å diskutere forslag til endringer i modellen og generelt å komme med råd og innspill til utvikling og bruk av modellen. Referansegruppen er tenkt som en permanent ordning så lenge finansieringsmodellen benyttes til fordeling av basisrammer for HF-ene i regionen.

Arbeidet med å utvide og implementere modellen for bruk i psykisk helsevern i tråd med prinsippene nevnt innledningsvis, er gjort i samarbeid med en arbeidsgruppe bestående av representanter fra fagfeltet.

3. FORSLAG TIL NY MODELL

I HMN's rapport av 31.10.08 forklares og begrunnes forslaget til ny finansieringsmodell.

Forslaget til ny finansieringsmodell innebærer at

- "Sørge-for"-ansvaret prinsipielt og praktisk stopper på regionnivå
- Den generelle delen av basisrammen foreslås fastsatt ut fra følgende tre hovedstørrelser:
 - Dimensjonerende aktivitet
 - Kostnadsindeks
 - Krav til driftsresultat

Ny modell betyr at Helse Midt-Norge ikke lenger vil legge befolkningsgrunnlaget til grunn ved fordeling av økonomisk ramme, men i større grad ønsker å påvirke aktiviteten gjennom krav til produktivitet og økonomisk resultat i helseforetakene.

Hovedelementet aktivitet i psykiatrien forutsettes fastsatt på grunnlag av følgende tre faktorer:

- Antall liggedøgn (50 %)
- Antall utskrevne pasienter (50 %)
- Antall refusjonsberettigede konsultasjoner (i poliklinikk)

4. DRØFTING

Vi mener at en i arbeidet med å komme fram til et forslag til ny modell for finansiering av psykisk helsevern, for tidlig "lander på" foreslåtte løsningsforslag uten at en i tilstrekkelig grad drøfter hvordan dagens modell virker og hva en ønsker å påvirke gjennom en ny modell. Dette er forsøkt belyst i vedlagte drøftingsnotat av 29.12.08. I notatet drøftes bl.a.

1. Hvordan ønsker vi å utforme instrumentene for styring av HF-ene? Hva bør styres gjennom finansieringsmodellen (finansieringsincentiv), og hva bør styres gjennom andre "instrument" i konsernstyringen (foretaksmøte, oppdrags-/styringsdokument, krav til resultat innen økonomi, aktivitet, kvalitet m.v.)?
2. Hvilke målsettinger i den psykiatriske behandlingen ønsker vi at finansieringsmodellen skal fremme? Sykehusene har i tidligere perioder vært finansiert på grunnlag av kurdøgn (før 1980), fast ramme (1980-1997) og (i somatikken) en kombinasjon av ramme og varierende andel stykkpris fra 1997. Alle modeller virker. Hva ønsker vi å oppnå? Hva ønsker vi å stimulere?
3. Hva er sterke og svake sider ved dagens modell, og hvordan vil forslaget til ny modell endre dette? Produktivitet vs. effektivitet.

5. KONKLUSJON

Forslaget til ny finansieringsmodell der den delen av rammen som i dag fastsettes på grunnlag av befolkning/behov, endres til en bestilling på x antall pasientbehandlinger og til å finansiere denne

bestillingen etter en enhetspris, vil bidra til økt fokus på produksjon av denne pasientmengden til lavest mulig pris. Dette vil imidlertid kunne stimulere til:

- mange og lette opphold/konsultasjoner for å produsere antall pasientkontakter så billig som mulig
- nedprioritering av aktiviteter (forebygging, samhandling, forskning m.v.) som ikke måles i finansieringsmodellen

Forslaget til ny finansieringsmodell vil kunne bidra til økt produktivitet, men kanskje lavere effektivitet fordi modellen ikke i tilstrekkelig grad legger vekt på effekten av den aktiviteten som utøves i form av kvalitetsmål knyttet til helsetilstand, sykkelighet, ventetid osv.

Vi mener dagens modell er best egnet til å nå de samlede resultatkravene (både økonomiske, aktivitets- og kvalitetskrav) regionen har. Foreslåtte nye modell vil kunne bidra til at målene blir mer fragmenterte og at det blir vanskeligere for regionen som helhet å oppnå samlede resultatkrav. Målsettingene for psykiatrien i regionen er fortsatt noe uklare. Det må arbeides med å utforme slike mål i aktuelle styringsverktøy i tillegg til finansieringsmodellen.

Med et fortsatt videreført ansvar til HF-ene for befolkningens helse og helsetilbud bør mest mulig av basisrammen fordeles etter sosioøkonomiske kriterier der befolkningsstørrelse veier tungt.

Levanger, 13. januar 2009

Arne Flaot
adm. dir.
sign.

NOTAT

Til: HMN
Fra: adm. dir. Arne Flaata, HNT
Dato: 29.12.08
Emne: **Finansieringsmodellen i Helse Midt-Norge – Implementering av psykisk helsevern, – uttalelse fra HNT**

Grunnlag og prosess

HNT har med brev av 04.11.08 fått oversendt rapport av 31.10.08 om Finansieringsmodellen i Helse Midt-Norge – Implementering av psykisk helsevern, til uttalelse. En representant fra HMN presenterte rapporten for foretakets ledere innen voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. I etterkant er rapporten drøftet i eget møte med aktuelle avdelinger. Innspill fra disse avdelingene og fra foretakets deltakere i arbeidsgruppe og referansegruppe danner grunnlaget for foretakets høringsuttalelse.

Rapport og høringsuttalelser blir/er drøftet med tillitsvalgte forut for behandling i foretakets styre 22. januar 2009.

Aktuelle problemstillinger

1. Hvordan ønsker vi å utforme instrumentene for styring av HF-ene? Hva bør styres gjennom finansieringsmodellen (finansieringsincentiv), og hva bør styres gjennom andre "instrument" i konsernstyringen (foretaksmøte, oppdrags-/styringsdokument, krav til resultat innen økonomi, aktivitet, kvalitet m.v.)?
2. Hvilke målsettinger i den psykiatriske behandlingen ønsker vi at finansieringsmodellen skal fremme? Sykehusene har i tidligere perioder vært finansiert på grunnlag av kurdøgn (før 1980), fast ramme (1980-1997) og (i somatikken) en kombinasjon av ramme og varierende andel stykkpris fra 1997. Alle modeller virker. Hva ønsker vi å oppnå? Hva ønsker vi å stimulere?
3. Hva er sterke og svake sider ved dagens modell, og hvordan vil forslaget til ny modell endre dette? Produktivitet vs. effektivitet.

Ang. pkt. 1; Styring gjennom finansieringsmodell og/eller annen form for konsernstyring

I innledningen til rapporten fastslås at (sitat)

Arbeidet er gjennomført med utgangspunkt i at styret for Helse Midt-Norge RHF skal fordele basisrammer til HF-ene etter følgende kriterier:

- *Planlagt kapasitet eller ønsket **volum på pasientbehandlingen** for HF-ene*
- *Akseptabelt **kostnadsnivå** målt ved modellens kostnadsindeks for HF-ene*
- *Akseptabelt **økonomisk resultat** ved HF-ene*

Hensikten med å benytte disse prinsippene for fordeling av basisrammene til HF-ene, er å gi styret mulighet til å fordele inntektsrammene i tråd med den funksjons- og aktivitetsfordeling som er ønskelig i regionen. Videre gis styret også en mulighet til å stille krav til eventuelle endringer i HF-enes kostnadsnivå eller resultat gjennom denne modellen. Finansieringsmodellen kan derfor sies å være mer tilpasset de behovene for endringer i funksjoner og pasientstrømmer som oppstår enn det den gamle modellen var.

Styret for HMN har her gitt klare føringer for hva det ønsker å vektlegge ved tildeling av basisramme til HF-ene i regionen. I tillegg til økonomisk resultat, som er et vanlig styringsmål fra eier, presiserer styret at det ønsker å tildele foretakene ressurser ut fra klare mål om aktivitetsvolum og kostnadsnivå.

§ 3-8 i lov om spesialisthelsetjenesten m.m. fastslår at sykehus særlig skal ivareta følgende oppgaver:

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

I tillegg til disse oppgavene vet vi at det fokuseres stadig mer på forebyggende arbeid og på samhandling med primærhelsetjenesten.

Når oppgavene til foretakene/sykehusene er så mangeartede, kan det føre til uønskede vridninger mellom oppgavene dersom finansieringen knyttes opp til én av disse oppgavene (pasientbehandling) og til tre indikatorer (liggedøgn, utskrevne pasienter og polikliniske konsultasjoner) innen denne oppgaven.

Finansieringsmodellen bør være så generell og åpen at den gir rom for alle de oppgavene sykehusene skal ivareta. Dersom modellen utformes slik at foretakenes prioriteringer og drift ett år påvirker tildeling av ressurser for senere år, vil den kunne føre til uønskede vridninger innen pasientbehandlingen og mellom denne og øvrige oppgaver. Et foretak (A) som vektlegger forebygging, samhandling og ambulante tjenester vil få en høyere kostnadsindeks enn foretak (B) som nedprioriterer disse oppgavene og vektlegger de aktivitetene som blir målt (liggedøgn m.v.). Dersom ett av målene er å redusere den målte kostnadsindeksen, vil foretak A tape i framtidig ressurstildeling.

Denne problemstillingen berører også spørsmålet om grad av autonomitet til HF-ene, men problemstillingen er også uavhengig av dette. Utfordringen er å finne den rette kombinasjon av styring gjennom finansiering og krav til økonomisk resultat på den ene side og øvrig

konsernstyring på den annen side. Forslaget til ny finansieringsmodell legger opp til at mer av styringen skal skje via elementer i finansieringsmodellen. Vi tror det er uhensiktsmessig og umulig for RHF-et å legge så mange målsettinger inn i en finansieringsmodell. RHF-et vil nå sine mål bedre gjennom å fokusere på indikatorer innen målområdene aktivitet, produktivitet og kvalitet gjennom målkrav og rapportering i den øvrige konsernstyringen.

Ang. pkt. 2; Hvilke målsettinger i den psykiatriske behandlingen ønsker vi at finansieringsmodellen skal fremme?

Dagens modell gir HF-ene relativt stort ansvar for å dekke innbyggernes behov for spesialisthelsetjenester, herunder prioritering av pasientbehandlingen. Forslaget til ny modell vil redusere dette ansvaret for HF-ene og øke det for RHF-et. Vi tror ikke at en sentralisering av avgjørelsesmyndighet til RHF-et og en avgrensning av HF-enes ansvar og myndighet til først og fremst å knyttes opp til et fastsatt produksjonsvolum vil virke effektivitetsfremmende.

RHF-et bør gjennom sin konsernstyring bidra til effektive strukturelle løsninger gjennom samordning og fordeling av oppgaver av regional karakter. Under RHF-et bør HF-ene langt på vei ha ansvar for de samme områdene som RHF-et, men innenfor et avgrenset geografisk område.

Som nevnt under pkt. 1, er det mange oppgaver sykehusene skal ivareta. Finansieringsmodellen må utformes slik at den i utgangspunktet ikke forfordeler mellom disse oppgavene. Modellen må heller ikke utformes slik at den virker konserverende på behandlingsform. Vi mener at forslaget til ny finansieringsmodell ikke tilfredsstillende disse to kravene.

Finansieringsmodellen må være tilstrekkelig generell og robust slik at den virker dynamisk i forhold til endringer i behandlingstilbud og behandlingsformer. Modellen bør for eksempel ikke stimulere til et høyt antall liggedøgn dersom ambulant virksomhet og samarbeid med primærhelsetjenesten hadde gitt et bedre behandlingsresultat.

Finansieringsmodellen bør derfor primært baseres på objektive kriterier som befolkningsgrunnlag (evt. korrigert for sosioøkonomiske faktorer), alternativt bør en vesentlig del av basistilskuddet fordeles etter slike kriterier. En slik modell vil gi rom for mer dynamikk i behandlingsformer og vil også ivareta hensynet til øvrige oppgaver i henhold til lov om spesialisthelsetjenesten.

Ang. pkt. 3; Produktivitet og effektivitet

Det formelle ”sørge for”-ansvaret er lagt til RHF-et, men i dagens modell er utøvelsen av dette ansvaret videreført til det enkelte HF. Dette bidrar til at HF-ene blir stimulert til å foreta en helhetsvurdering av tiltak (forebygging, opplæring, mestring, behandlingsopplegg, pleie, habilitering, rehabilitering, samhandling m.v.) for å gi et best mulig bidrag til innbyggernes helse innenfor gitte økonomiske rammer. Dagens modell bidrar til å fokusere på **effektivitet** (å gjøre ”de riktige tingene”) i forhold til måloppnåelse for innbyggerne i HF-ets område.

Forslaget til ny finansieringsmodell fokuserer på **aktivitet og produktivitet** (det som gjøres, skal gjøres ”på riktig måte”). Forslaget legger opp til at HF-ene får et begrenset ”leveringsansvar” for x antall liggedøgn, y antall utskrevne pasienter og z antall polikliniske konsultasjoner i psykiatrien. HF-ene vil ikke lenger ha samme motivasjon for en

helhetsvurdering av pasienttilbudet. HF-enes fokus vil i en slik modell bli å levere de oppdrag/bestillinger som RHF-et gir, til lavest mulig kostnad og uten samme fokus på tilgrensende forhold som kan være mer effektive, men som det ikke knyttes finansieringsindikatorer til. RHF-et blir ene-ansvarlig for ”sørge for”-ansvaret (herunder omfang av ventelister og ventetider) og vil måtte vurdere behov for kjøp av eksterne pasientplasser og dekke kostnader ved det (gjestepasientoppgjør).

RHF-et og HF-ene er tjent med at ”de riktige tingene” (effektivitet) gjøres ”på riktig måte” (produktivitet). Effektivitetsmålet ivaretas godt i dagens modell, men modellen har i seg selv ikke sterkt nok fokus på produktivitet. Krav til produktivitet kan og bør ivaretas i den øvrige konsernstyringen. Konsernet kan og bør vedta strukturer som sikrer produktiv behandling og også stille krav til kostnadsproduktivitet, men uten at dette legges inn i finansieringsmodellen.

Konklusjon

Forslaget til ny finansieringsmodell der den delen av rammen som i dag fastsettes på grunnlag av befolkning/behov, endres til en bestilling på x antall pasientbehandlinger og til å finansiere denne bestillingen etter en enhetspris, vil bidra til økt fokus på produksjon av denne pasientmengden til lavest mulig pris. Dette vil imidlertid kunne stimulere til:

- mange og lette opphold/konsultasjoner for å produsere antall pasientkontakter så billig som mulig
- nedprioritering av aktiviteter (forebygging, samhandling, forskning m.v.) som ikke måles i finansieringsmodellen

Forslaget til ny finansieringsmodell vil kunne bidra til økt produktivitet, men kanskje lavere effektivitet fordi modellen ikke i tilstrekkelig grad legger vekt på effekten av den aktiviteten som utøves i form av kvalitetsmål knyttet til helsetilstand, sykkelighet, ventetid osv.

Vi mener dagens modell er best egnet til å nå de samlede resultatkravene (både økonomiske, aktivitets- og kvalitetskrav) regionen har. Foreslåtte nye modell vil kunne bidra til at målene blir mer fragmenterte og at det blir vanskeligere for regionen som helhet å oppnå samlede resultatkrav. Målsettingene for psykiatrien i regionen er fortsatt noe uklare. Det må arbeides med å utforme slike mål i aktuelle styringsverktøy i tillegg til finansieringsmodellen.

Med et fortsatt videreført ansvar til HF-ene for befolkningens helse og helsetilbud bør mest mulig av basisrammen fordeles etter sosioøkonomiske kriterier der befolkningsstørrelse veier tungt.

Arne Flaas
adm. dir.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 3/2009 Årlig melding 2008

Saken behandles i:	Møtedato	Saksnr.
Styret	22.01.2009	3/2009

Saksbeh: Kristian Eldnes

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2009/101

ADM. DIREKTØRS FORSLAG TIL VEDTAK

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF vedtar det framlagte forslag til ”Årlig melding” som styrets rapport for 2008 og styrets plandokument for perioden 2009-2011

SAKSUTREDNING:

Sak 3/2009 Årlig melding 2008

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

- Årlig melding 2008

Utrykt vedlegg:

- ØBAK pr.30.nov.

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Årlig melding skal leveres i henhold til styringsdokumentet for 2008.

BAKGRUNN

Årlig melding omhandler helseforetakets rapport om oppfølging av overordna resultatkrav og styringssignaler, gitt gjennom styringsdokumentet for 2008 og protokoll fra foretaksmøter i 2008. Disse dokumentene bygger på gjeldende strategier og handlingsprogram vedtatt av styret for Helse Midt-Norge RHF, og i tillegg på de krav til Helse Nord-Trøndelag som Helse- og omsorgsdepartementet stiller gjennom Oppdragsdokument 2008 og Protokoll fra foretaksmøte 23.januar 2008.

Helse Nord-Trøndelag tar utgangspunkt i de mål styret for Helse Midt-Norge RHF har fastsatt i ”Overordnet strategi for Helse Midt-Norge” og henviser spesielt til de seks satsingsområdene som er fastsatt frem mot 2010:

- Psykisk helsevern og rusbehandling
- Sammenheng i behandlingstilbudet
- Kronisk syke og syke eldre
- Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom
- Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet
- Bedre bruk av tilgjengelige ressurser

Videre henvises det til mål, strategier og tiltak knytta til hver av de seks satsingsområdene. Øvrige regionale strategier og handlingsplaner ligger selvfølgelig også til grunn for helseforetakets Årlige melding.

Årets Årlige melding er oppbygd med en ny mal og inneholder tre punkter:

1. Innledning
2. Rapport for 2008
3. Styrets plandokument

Disse punktene vil omtales i det videre saksforelegget.

DEL 1 – INNLEDNING

Her gjennomgås helseforetakets strategiske grunnlag i form av visjon, virksomhetside, oppgaver og verdigrunnlag.

Helse Nord-Trøndelag har lagt til grunn de nasjonale verdier og Helse Midt-Norges (konsernets) visjon og virksomhetside. Disse er beskrevet og delvis vist hvordan de kan operasjonaliseres i Årlig melding.

Avslutningsvis i del 1 i Årlig melding er det laget et sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer slik en opplever det ved utgangen av 2008. Dette er da områder for styring og videre oppfølging.

De positive områdene er:

- Kontroll på økonomien, med overskudd ut over konsernets krav
- Sykefraværet er redusert med om lag 10 % i 2008
- Epikrisetiden er kommet opp på 70 %
- Sterk reduksjon av andel strykninger av elektive operasjoner: Red. fra 9,1% (jan) til 5,6 % (nov)
- Opptrappingsplan psykiatri: Slutføring av opptrappingsplanen innen psykiatri. Psykiatrisk klinikk er ISO-sertifisert, og gir tjenester gjennom sykehusavdelingene i Namsos og Levanger, samt de oppbygde distriktpsykiatriske sentrene i Stjørdal og Kolvereid (DPS)
- Betydelig forskningsaktivitet i forhold til sammenlignbare helseforetak
 - o 2 doktorgrader og 33 vitenskapelige artikler er produsert i 2008
- Samhandlingen gir resultater

De uløste utfordringene er:

- Foretaket har et investeringsbehov både i forhold til medisinsk teknisk utstyr og bygninger.
- Tilføring av nye oppgaver ift flere prosesser og tidligere forslag
- Kompetansehevende tiltak
- Rekruttering av spesialister

DEL II -RAPPORT FOR 2008

Dette er en oppfølging av styringsdokument 2008 og protokoll fra foretaksmøte av 08.02.08.

I del 2 punkt 3 er det internkontroll og styrets arbeid som er omtalt

Dette gjelder både ledelsens gjennomgang av kvalitetsarbeidet/internkontrollen, hvilke systemer som er etablert som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres, utføres og videreføres i samsvar med fastsatte krav (internkontroll) samt at sentrale styresaker for 2008 er listet opp.

Videre har en i del 2 punkt 4 rapporteringen i forhold til styringsdokumentet og foretaksprotokollen for 2008.

Her har en fulgt strukturen for styringsdokumentet og foretaksmøteprotokollen med henvisninger til de originale punktene i disse dokumentene. Alt dette etter omforent mal fra Helse Midt-Norge RHF.

Her kvitterer foretaket ut alle mål og tiltak vi var pålagt å gjennomføre.

Helse Nord-Trøndelag har tatt utgangspunkt i de ni (9) styringskravene som det rapporteres tertialvis på til styret. Disse er gjennomgått med resultat og korte kommentarer.

Videre har en gjennomgått alle punktene i styringsdokumentet og i foretaksprotokollen som ikke ellers er kommentert. På denne måten skulle del to i Årlig melding gi et grunnlag for status ved utgangen av 2008 i Helse Nord-Trøndelag.

Som uttterligere dokumentasjon er vedlagt statistikkgrunnlag fra november 2008. ØBAK data. Disse inneholder både økonomidata og en del kvalitetsindikatorer.

DEL III STYRETS PLANDOKUMENT

Denne delen inneholder to punkter.

I punkt 5 redegjøres det for utviklingstrekk en ser og forventede ressursmessige konsekvenser av dette i form av økonomi, personell og spesialkompetanse.

I forbindelse med Årlig melding for neste år vil en sammen med Helse Midt-Norge RHF gjøre revisjon/nyinnsamling av materiale som viser utviklingstrender innen demografi, medisin, teknologi, infrastruktur m.v som ville kunne få betydning for Helse Nord-Trøndelag.

Kapittel 6 i Årlig melding peker på de områder – strategier og tiltak - styret i Helse Nord-Trøndelag mener det blir viktig å satse på i fremtiden.

Administrerende direktør peker på følgende fokusområder de nærmeste årene i Helse Nord-Trøndelag hvis man skal realisere de strategier og planer som er lagt av eier:

- **Fortsatt kontroll på økonomien**, med overskudd som kan disponeres til å sikre foretakets realverdier i Helse Nord-Trøndelag og en noe større andel av overskuddet som kan brukes til utviklingstiltak (forskning, innovasjon, kompetanseheving)
Det er dokumentert et behov for satsing på investeringer/oppgraderinger av medisinskteknisk utstyr og bygninger. Her er det et etterslep som betinger noe større bevilgninger som er påpekt blant annet i forbindelse med budsjett for 2009.
- **Sykefraværet ned til 6 %**, aktuelle tiltak iverksettes i perioden
- **Styrking av det medisinske og kirurgiske fagmiljøet.**
Administrerende direktør setter ned arbeidsgrupper for å gjennomgå medisinsk og kirurgisk virksomhet i Helse Nord-Trøndelag. Gjennomgangen skal legge basis for en framtidrettet organisering av aktiviteten med sikte på å styrke tjenestene og fagmiljøene
- **Kvalitetsforbedringer i tjenestene**
 - 80 % av epikrisene skal ut innen 7 dager
 - Fortsatt reduksjon av andel strykninger av elektive operasjoner
 - Psykiatri og russatsing videreføres
 - Kvalitetskostnader skal reduseres, avvik håndteres bedre og forbedringsarbeid gjennomføres i hele organisasjonen
 - Vurdere ISO-sertifisering av foretaket
- **Økt satsing på forskningsaktivitet**
 - Avsette 3 % av omsetningen/budsjettet til FoU-aktivitet i løpet av 2-3 år.
- **Samhandling i PRAKSIS**
 - DMS Stjørdal videreutvikles med blant annet tilslutning fra flere kommuner
 - Rehabiliteringsprosjektet avsluttet med felles henvisningsadresse og avtale med de fire private rehabiliteringsinstitusjonene – en mulig nasjonal modell som kan videreutvikles

- ”Samhandlingsreformens vugge”: Helseministerens reform for økt samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten er sterkt inspirert av løsninger i Nord-Trøndelag. Arbeidet videreføres.
 - DMS Inn-Trøndelag på Steinkjer.
 - Deltakelse i Helsekommuner i Nord-Trøndelag
 - ”Forsøksfylke” i Nord-Trøndelag i regi/samarbeid med helsedepartementet der en har en felles helsetjeneste. Blant annet med kommunelegene inkludert.
 - Samarbeidsutvalget og samarbeidskonferansene.
 - Samhandlingsenhet i foretaket etter modell fra St.Olav Hospital vurderes.
- **Tilføring av nye oppgaver**
Helse Nord-Trøndelag la vesentlig vekt på å utvikle modeller for å ivareta en økt andel av regionens tjenesteproduksjon. Som ledd i prosessen Helse Midt-Norge 2010 ga Helse Nord-Trøndelag klare råd om overføring av oppgaver til Helse Nord-Trøndelag, som vil bidra til å styrke foretakets rekrutteringsevne og opprettholde gode lokalsykehustjenester i Nord-Trøndelag. Dette står ved lag fra Helse Nord-Trøndelags side.
 - **Kompetansehevede tiltak**
I perioden fremover bør det vurderes avsatt noe mer midler til kompetansehevede tiltak, enten på regionalt eller på HF nivå. Selv om en ikke forventer at helseforetakene skal komme opp på et nivå med de beste virksomhetene i verden, som bruker 10-12 % av budsjettene til utviklingstiltak, så vil en satsing her gi konkurransefortrinn i fremtiden.

Utarbeidelse av årlig melding

Arbeidet med årlig melding skal bidra til å gi lokale ledere og lokalt HF styre muligheten til en helhetlig oppsummering av resultater sett opp mot de mål og krav som var satt ved begynnelsen av året. Samtidig er tanken at dette materialet sammen med en plandel der foretakets styre ser framover og beskriver behov, utfordringer og ressursbehov skal kunne sammenfattes av RHF og meldes til HOD som innspill ifm rullering av nasjonal helseplan. (Revidert nasjonalbudsjett og statsbudsjett.) I tillegg er intensjonen at Årlig melding brukes som grunnlag for arbeidet med langtidsbudsjett og budsjett i Helse Midt-Norge RHF.

Arne Flaot
Adm.direktør

Saksbehandler: Spesialrådgiver Kristian Eldnes



Helse Nord-Trøndelag HF

Adm. direktør

Årlig melding 2008 for Helse Nord-Trøndelag HF

til Helse Midt-Norge RHF

Versjon 1.2

Innhold

DEL I – Innledning.....	3
1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag.....	3
2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2008	4
2.1 Oppnådde resultater i 2008.....	4
Del II – Rapport for 2008	6
Oppfølging av STYRINGSDOKUMENT og protokoll fra foretaksmøte	6
3 Internkontroll og styrets arbeid i 2008.....	6
3.1 Ledelsens gjennomgåelse 2008	6
3.2 Sentrale styresaker i 2008.....	8
4 Rapportering i forhold til styringsdokument og foretaksprotokoller 2008.....	8
4.1 Kommentarer i forhold til foretaksprotokollen: (Foretaksmøte av 08.02.08.).....	17
4.2 Tildeling til prosjekt/øremerkede midler	18
Del III – Styrets plandokument	20
5 Utviklingstrender og rammebetingelser	20
6 Helseforetakets strategier og planer.....	30

Innholdsfortegnelsen er under arbeid og er ikke fullstendig.

DEL I – INNLEDNING

1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Helseforetakets strategiske grunnlag i form av visjon, virksomhetsidé, verdigrunnlag.

Visjon for Helse Nord-Trøndelag HF er **”På lag med deg for din helse”**. Denne visjonen er felles for foretaksgruppen i Helse Midt-Norge RHF.

Helse Nord-Trøndelag HF består av Sykehuset Levanger, Sykehuset Namsos, DPS Stjørdal, DPS Kolvereid, DMS Stjørdal og diverse desentraliserte spesialisthelsetjenester.

Hovedoppgavene er fortsatt:

Diagnostikk, behandling, habilitering, rehabilitering og pleie
Forskning og utvikling
Utdanning av helsepersonell
Opplæring av pasienter og pårørende

I tillegg jobber helseforetaket aktivt med Helsefremmende og sykdomsforebyggende virksomhet. Ambulansetjenester blir ivaretatt gjennom kontrakter med private aktører. Kontraktsforvalter er Helse Midt-Norge RHF.

De nasjonale verdiene for helsetjenesten er operasjonalisert i det følgende.:

Respekt for pasienten

Kvalitet

Kvalitet oppnås ved å:

- Standardisere pasientforløpet
- Optimalisere tverrfaglig samhandling
- Søke kontinuerlig forbedring
- Integrere forskning i driften
- Ha gode dokumentasjonsrutiner

Trygghet

Trygghet skapes ved:

- Kontinuitet
- Forutsigbarhet
- Tilgjengelighet
- God informasjon

Respekt

Respekt vises ved å:

- Holde det man lover
- Være vennlig og imøtekommende
- Kommunisere tydelig og forståelig
- Ta ansvar

Disse verdiene vil HNT etterleve og implementere i den daglige adferd og holdning hos alle medarbeidere. Dette skal bidra til at foretaket får et omdømme i tråd med de nasjonale verdier. Verdiene har dannet grunnlaget for foretakets HR - strategi og i de fastsatte mål. De er også markert i virksomheten på ulikt vis. Hver ansatt vil eksempelvis få disse verdiene som sin skjerm-sparer.

2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2008

2.1 Oppnådde resultater i 2008

- **Kontroll på økonomien, med overskudd ut over konsernets krav**
- **Sykefraværet er redusert med om lag 10 % i 2008**
- **Epikrisetiden er kommet opp på nesten 70 %**
- **Sterk reduksjon av andel strykninger av elektive operasjoner:** Redusert fra 9,1 prosent (januar) til 5,6 prosent (november)
- **Opptrappingsplan psykiatri:** Slutføring av opptrappingsplanen innen psykiatri. Psykiatrisk klinikk er ISO-sertifisert, og gir tjenester gjennom sykehusavdelingene i Namsos og Levanger, samt de oppbygde distriktpsykiatriske sentrene i Stjørdal og Kolvereid (DPS)
- **Betydelig forskningsaktivitet i forhold til sammenlignbare helseforetak**
 - 2 doktorgrader og 33 vitenskapelige artikler er produsert i 2008
- **Samhandlingen gir resultater**
 - DMS Stjørdal med gode resultater
 - Rehabiliteringsprosjektet avsluttet med felles henvisningsadresse og avtale med de fire private rehabiliteringsinstitusjonene – en mulig nasjonal modell?
 - Samhandlingsreformens ”vugge”: Helseministerens reform for økt samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten er sterkt inspirert av løsninger i Nord-Trøndelag

2.2 Uløste utfordringer i 2008

Foretaket har et investeringsbehov både i forhold til medisinsk teknisk utstyr og bygninger.

a. Medisinsk teknisk utstyr

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

b. Bygninger

Diverse ombygging/rehabilitering

Ut over ordinært vedlikehold som føres over driftsregnskapet, er det behov for større bygningsmessige tiltak for å oppgradere bygningsmassen og tilpasse den til endrede driftsformer. Slike ombygging-/rehabiliteringstiltak har de senere årene ligget på om lag 12 mill kroner pr. år. Dette er for lavt for å kunne dekke aktuelle behov og burde vært økt til mellom 20 og 30 mill kroner pr. år. Uten bygningsmessige tiltak på dette nivå vil foretakets realkapital forvitne og få negative konsekvenser for vår ordinære drift (jf. uttalelse fra Riksrevisjonen).

Tilføring av nye oppgaver

Helse Nord-Trøndelag la vesentlig vekt på å utvikle modeller for å ivareta en økt andel av regionens tjenesteproduksjon. Som ledd i prosessen Helse Midt-Norge 2010 ga Helse Nord-Trøndelag klare råd om overføring av oppgaver til Helse Nord-Trøndelag, som vil bidra til å styrke foretakets rekrutteringsevne og opprettholde gode lokalsykehus tjenester i Nord-Trøndelag. Så langt er svært lite av Nord-Trøndelags anbefalinger blitt realisert.

Kompetansehevende tiltak

Helse Nord-Trøndelags økonomiske utfordringer har ikke tillatt vesentlig satsing på utviklingstiltak og kompetanseheving. Foretaket har fortsatt svært begrensede muligheter til å stimulere disse områdene økonomisk.

Rekruttering av spesialister

Innafor de aller fleste områder rekrutterer Helse Nord-Trøndelag i dag bra. Foretaket sliter imidlertid med å få tilsatt nok psykologer, barneleger og gynekologer.

Innafor flere områder er en meget sårbar i og med at det bare er en eller to grenspesialister som betjener en pasientgruppe. Spesielt innafor barne- og familieklinikken må det settes inn ressurser for å sikre tilgang av spesialister skal en klare å imøtekomme behovet overfor barn og ungdom. Dette gjelder både innen pediatrien og barne- og ungdomspsykiatrien.

2.3 Andre forhold

Om omdømme

Helse Nord-Trøndelags omdømme er på mange måter en speiling av hvordan foretaket oppfattes i alle møter med omverdenen. Dette gjelder først og fremst flere hundre tusen pasientkontakter årlig, men omdømmet påvirkes også av all kommunikasjon mellom foretaket og andre, inkludert det bildet som tydeliggjøres gjennom mediene.

Det er ikke mulig å opprettholde et godt omdømme over tid, dersom dette ikke harmonerer med organisasjonens indre forhold. En grunnstein i omdømmebygging er derfor en organisasjon som er i stand til å skape et godt arbeidsmiljø og stolthet i organisasjonen. Helse Midt-Norge RHF gjennomførte i 2008 en kartlegging av arbeidsmiljøet i alle regionens helseforetak. Helse Nord-Trøndelag kommer relativt sett meget godt ut av undersøkelsen. Resultatene fra undersøkelsen ligger til grunn for prosesser i organisasjonen for ytterligere styrking av arbeidsmiljøet.

Undersøkelser av pasientenes tilfredshet med sykehusoppholdet viser rom for til dels betydelig forbedring. Samtidig klargjør undersøkelsene at sykehusene i Nord-Trøndelag skårer høyest i Midt-Norge når tilfredsheten sammenlignes foretakene i mellom. I tillegg til arbeidsmiljøet internt, antas denne målingen å vise den vesentligste omdømmedriveren for Helse Nord-Trøndelag.

En rekke andre målinger som berører omdømme gjøres jevnlig. Målingene viser blant annet at

- Helse Nord-Trøndelag har forbedret mediebildet (Tankesmia)
- Befolkningen har høyere tillit til offentlige sykehus enn i de aller fleste andre fylker, og kommer lavest på opplevd utrygghet i møte med helsevesenet (Pfizer)
- Helse Nord-Trøndelag skårer høyest i regionen på opplevd totalinntrykk (Helse Midt-Norge/Sentio)
- Helse Nord-Trøndelag skårer relativt høyt på kvalitets- og driftsindikatorer som rapporteres til eier

Alle målingene brukes på to måter. Helse Nord-Trøndelag skårer høyt i sammenligninger mellom foretak, og synliggjøring av dette bidrar til økt stolthet og selvfølelse i organisasjonen. Samtidig viser alle undersøkelsene rom for forbedring, og kan legges til grunn for forbedringsprosesser i organisasjonen.

DEL II – RAPPORT FOR 2008

OPPFØLGING AV STYRINGSdokUMENT OG PROTOKOLL FRA FORETAKSMØTE

3 Internkontroll og styrets arbeid i 2008

3.1 Ledelsens gjennomgåelse 2008

Ledelsens gjennomgang gjennomføres hvert år i møte mellom administrerende direktør og klinikklederne med ledergruppe., inkludert stabslederne. Det vises til ledelsens gjennomgang 17.08.08, mål for 2008:

A Arbeidsmiljø

- 1 Sikre etterlevelse av gjeldende prosedyrer
- 2 Nå målsettingen i Styringsdokumentet som betyr et sykefravær på maks. 7,6 % for 2008
- 3 Opplæring av verneombud
- 4 Sette klare og kvantifiserbare mål for arbeidsmiljøet

Status: Punktene 1,2 og 3 er gjennomført. Det gjenstår litt arbeid vedrørende punkt 4.

B Kvalitetsindikatorer

- 1 Det må tas utgangspunkt i hva som påvirker prosessene og derigjennom påvirke grad av måloppnåelse
- 2 Klinikkllederne må sikre oppnåelse av kravene

Status: Dette arbeidet pågår.

C Pasientrelatert kvalitet

- 1 Kvalitetssikre rutiner/prosedyrer ved forordning og administrasjon av medikamenter
- 2 Forbedre registreringen og oppfølgingen av behandlingskomplikasjoner
- 3 Styrke sikkerheten knyttet til bruk av IT-verktøy
- 4 Bruke registreringer aktivt i kvalitetsforbedring
- 5 Klinikkllederne må sikre oppfølging av saker som er behandlet i Kvalitetsutvalget

Status: Punkt 1 og 2 arbeides det med. Punkt 3, 4 og 5 er det iverksatt tiltak i forhold til.

D Informasjonssikkerhet

- 1 Systemer/løsninger må ikke tas i bruk før risikovurderinger er gjennomført og, som en følge av dette, eventuelle nødvendige risikoreduserende tiltak er iverksatt
- 2 Nødvendige rutiner må utarbeides og ressurser avsettes til å ta i bruk loggsystem for DocuLive, samt sikring av overholdelse av Helsepersonellovens 21a og Helseregisterlovens 13a, fra det tidspunkt systemet er tilgjengelig

Status: Tiltakene er iverksatt for punkt 1. Når det gjelder punkt 2 loggverktøy er dette ikke ferdigstilt til bruk enda.

E Avviksbehandling

- 1 Kriterier for melding av avvik må gjennomgås med de ansatte
- 2 Avvikshendelser siden forrige møte bør være fast tema på avdelingsmøter
- 3 Det startes et arbeid med å anslå kostnader på avvik

Status: Punktene 1 og 3 er fulgt opp. Det gjenstår å verifisere at punkt 2 følges opp.

- **Hvilke systemer som er etablert som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres, utføres og videreføres i samsvar med fastsatte krav (internkontroll).**

Det er etablert internkontrollsystemer innen de områder dette er lovpålagt, det vil bla. si:
Internkontroll innen: Sosial- og helsetjenesten, informasjonssikkerhet, HMS og mathygiene
I tillegg er Avdeling for laboratoriemedisin akkreditert og Psykiatrisk klinikk ISO-sertifisert.

Sentral i interkontrollsystemene står krav så som:

dokumentstyring
målsetting
organisering og ansvar
tilgang til oppdatert lovverk
avviksbehandling
interne revisjoner
opplæring

Det ble i 2008 gjennomført 15 eksterne tilsyn, 27 interne revisjoner i foretaket og 2 ROS-vurderinger. Videre er det gjennomført 4 revisjoner hos leverandører. (Se vedlegg 1). I tillegg er det behandlet 328 avvik, hvorav 61 er oversendt fylkeslegen, vedrørende diagnostikk behandling og pleie, samt at det er behandlet 122 avviksmeldinger vedrørende HMS.

- **Hvordan helseforetaket har lagt til rette for at virksomheten lærer kollektivt av feil og systemsvikt.**

Det er tre innfallsvinkler:

Først legges hendelsene inn i en erfaringsdatabase hvor hendelser grupperes ut fra årsak. Dette brukes som er grunnlag for tema når det gjennomføres interne revisjoner. Videre brukes disse dataene i undervisning. I tillegg brukes erfaringene som et ledd i ledelsens gjennomgang.

Om avtaler

Administrerende direktør har inngått lederkontrakter med klinikklederne og stabslederne som bygger på en prosess der det er fastsatt ramme for økonomi, aktivitet, kvalitet og organisasjon/ledelse for den enkelte klinikk/ enhet. Avtalene har hatt fokus på mål og resultatkrav.

Foretaket vil fortsette arbeidet med dette i 2009.

Administrerende direktør har gjennomført mål og medarbeidersamtaler med alle sine nærmeste ledere en til to ganger i 2008.

Helseforetaksledelsen har hatt fokus på styringskravene i 2008

Når det gjennomføres interne revisjoner, blir også andre avdelinger orientert om funn som kan ha overføringsverdi.

Funn brukes også som et grunnlag for kvalitetsavdelingens planarbeid for kommende år.

3.2 Sentrale styresaker i 2008

Helseforetakets viktigste styresaker inneværende år

- Budsjett 2009 for Helse Nord-Trøndelag HF
- DMS Inn-Trøndelag, Samarbeidsprosjekt mellom HNT, Steinkjer kommune, Inderøy kommune og Verran kommune (INNVEST-kommunene) med sikte på realisering av et distriktsmedisinsk senter på Steinkjer. Forslag på en intermediær avdeling med 16 sengeplasser, spesialistpoliklinikker, en rekke kommunale helse- og omsorgstjenester.
- Samlokalisering Psykiatri Namsos i ett felles bygg knytta til hovedsykehuset på Namsos.
- Langtidsbudsjett Helse Midt-Norge RHF og Helse Nord-Trøndelag.
- Styringsdokument 2008 og rapportering styringsdokument 2008
- Samhandlingsavtale mellom Helse Nord-Trøndelag og de private rehabiliteringsinstitusjonene
- HR strategi for Helse Midt-Norge og Helse Nord-Trøndelag HF

4 RAPPORTERING I FORHOLD TIL STYRINGS-DOKUMENT OG FORETAKSPROTOKOLLER 2008

Helse Nord-Trøndelag HF har hatt fokus på 9 viktige styringsindikatorer i sin rapportering til styret og foretaksledelsen internt i HNT.

Dette har etter vår erfaring gitt gode resultater med muligheter for fokus på nødvendige korrigerende tiltak og gjennomføring av disse. Styret har gitt løpende tilbakemeldinger til administrerende direktør gjennom den styringsdialogen som det er lagt opp til gjennom driftsrapportene/tertialrapportene til styret og ”halvårsavreporteringen” på styringsdokumentet.

DE 9 STYRINGSINDIKATORENE HAR VÆRT

	Denne periode	Akkumulert
1. Økonomisk resultat	🟢	🟢
2. Produserte DRG-poeng	🟡	🟢
3. ISF-innt. somatiske polikl.	🔴	🟡
4. Polikliniske innt. (NAV)	🟢	🟢
5. Epikriser	🔴	🔴
6. Korridorpasienter	🔴	🔴
7. Strykninger	🟡	🔴
8. Ventetid vurdering BUP	🟡	🟡
9. Sykefravær	🟢	🟢

1. Økonomisk resultat:

- Økonomisk resultat 2008 er prognostisert med et positivt avvik på 14 mill kroner, dvs. et offisielt resultat på 14,0 mill kroner. I forhold til opprinnelig resultatkrav fra eier på 15,0 mill kroner tilsvarer det et resultat for foretaket på 29,0 mill kroner.
- Økonomisk konsekvens av årets lønnsoppgjør ut over budsjett er innarbeidet i nevnte prognose med ca 12 mill kroner.
- I nevnte prognose er det tatt hensyn til nytt tilskudd på 73,3 mill kroner som delvis kompensasjon for økte pensjonskostnader på 88,1 mill kroner.
- Ordinær DRG-aktivitet er 4,3 % under plantall i november, men er akkumulert 2,8 % over plantall. Som en konsekvens av akkumulert høy aktivitet, er aktivitetsbaserte inntekter, varekostnader og variabel lønn noe høyere enn budsjettet.
- Positivt avvik pr. 30.11.08 skyldes i hovedsak gevinst ved salg av eiendommer (9 mill kr), overskudd på "Raskere tilbake" (5 mill kr) og avsatt buffer på andre driftskostnader.

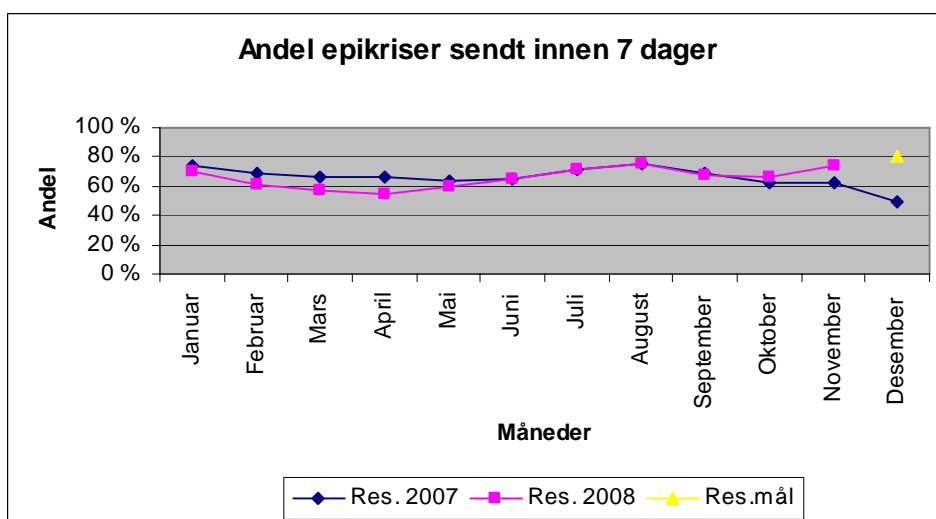
2. Antall DRG-poeng

Pr.utgangen av november ligger HNT noe over den "bestilling" som var gitt fra Helse Midt-Norge på 21881 DRG poeng. Ekskl. poliklinikk, "Raskere tilbake" og kjøp fra andre RHF. Ved utgangen av året skulle antall DRG poeng ikke overstige 24661.

3. og 4. ISF inntekter somatisk poliklinikk og polikliniske inntekter NAV

Både ISF inntekt somatisk poliklinikk og polikliniske inntekter NAV er noe høyere enn budsjett i november og prognosen for året vil tilsi omtrent samme trend vi har hatt så langt i år.

5. Epikriser



Avdeling	Denne periode			Akkumulert		
	Epikriser	Utskrevne	Epikrise %	Epikriser	Utskrevne	Epikrise %
15	296	390	75,90 %	2 316	4 458	51,95 %
16	237	258	91,86 %	2 229	2 559	87,10 %
25	243	396	61,36 %	2 304	4 442	51,87 %
26	138	204	67,65 %	2 004	2 706	74,06 %
30	147	203	72,41 %	1 187	1 714	69,25 %
40	35	44	79,55 %	329	429	76,69 %
50	70	89	78,65 %	996	1 106	90,05 %
Sum	1 166	1 584	73,61 %	11 365	17 414	65,26 %

Helse Nord-Trøndelag har satt i verk flere tiltak for å forbedre epikrisetida. Dette har gitt resultater som det fremgår av tabellene ovenfor. Fokus har vært rettet mot de avdelinger som har vært langt unna måltallet. Som en ser har nå fem av sju enheter i HNT i siste periode kommet over 72 %. Selv om en ikke er god nok på dette området har det vært fremgang. Siden desember i fjor har en forbedret andelen epikriser som sendes ut innen 7 dg fra om lag 50 % til nå i november da vi var oppe i en andel på 73,6 %.

6. Korridorpasienter

Andelen korridorpasienter har variert en del gjennom året i Helse Nord-Trøndelag HF. Fra vel 4% til nå 1,5 % i november måned. Som en ser av ovenstående tabell er det variasjoner innafor de forskjellige klinikker i helseforetaket. Siste periode i november 08 er det medisinsk klinikk på Levanger som har hatt størst antall korridorpasienter og som også har den største % vise andelen av sine sengedøgn som korridorpasienter. Slik har det stort sett vært gjennom hele året. I samme periode (november) som HNT har hatt 130 pasienter på korridor kl.07.00 hver morgen har en hatt et overbelegg på 217 pasienter eller 2,5 % av alle sengedøgn. Totalt antall sengedøgn i november var 8590.

Akkumulert så langt i år har Helse Nord-Trøndelag HF hatt 2,8 % korridorpasienter.

7. Strykning av elektive operasjoner

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

Sept.	Okt.	Nov.
10,5 %	7,2 %	5,5 %
5,3 %	8,9 %	8,0 %
8,2 %	7,3 %	5,6 %

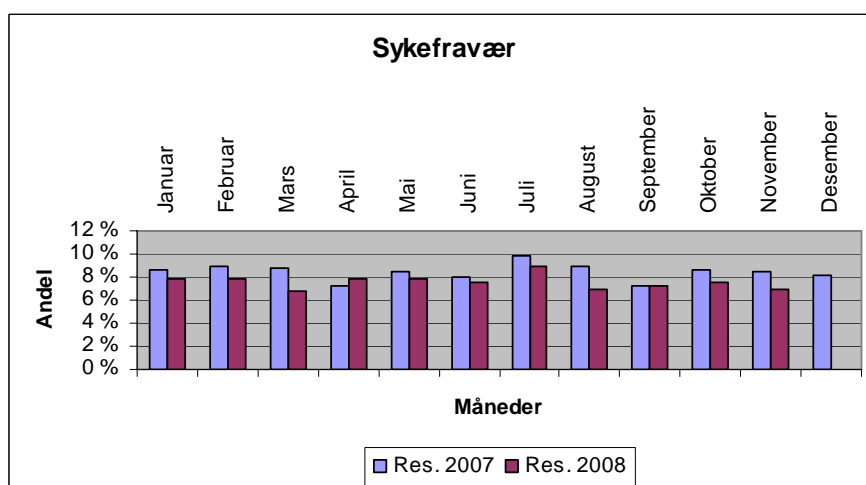
Ovenstående tabell viser at strykning av antall elektive operasjoner er gått ned fra 9.1 % ved begynnelsen av året til nå 5,6 % i nov. 08. Igjen – fokus på området og de tiltak som er satt i verk ser ut til og ha hatt en effekt.

8. Andel henvisninger i BUP vurdert innen 10 dager

2008		Andel henvisninger i BUP vurdert innen 10 dager			
Andel henvisninger i BUP vurdert innen 10 dager	1. tertial	2. tertial	Sept.	Okt.	Nov.
		77,6 %	83,4 %	84,4 %	75,8 %

Dette er ett av de områdene helseforetaket ikke har klart å innfri kravet fra departement og regionalt helseforetak.

9. Sykefravær



Som det fremgår av ovenstående tabell har sykefraværet så langt i år vært lavere i 10 av 11 måneder sammenlignet med i fjor. Akkumulert så langt i år er sykefraværet på 7,6 % mot 8,4 % i fjor på samme tid. Målsettingen var å redusere sykefraværet med 10 %. Målet er nådd. Dette må sies å være meget positivt for arbeidsmiljøet i Helse Nord-Trøndelag.

Alle de ni (9) styringsvariablene er krav som er satt i styringsdokumentet/foretaksmøteprotokoll og som er nivåsett. De øvrige styringskrav er kommentert med henvisning til ”originale” punkter i styringsdokumentet eller opprinnelige punkter i foretaksmøteprotokollen av 08.februar 08.

Punkter i styringsdokumentet som kommenteres spesielt:

3.2.1 Tjenestene skal virke

Alle avdelinger er forespurt om rapporteringsrutiner til medisinske kvalitetetsregistre og alle tilpliktete helse- og personregistre. Ut fra dette synes styringskravet for Helse Nord-Trøndelag oppfylt.

3.2.2 Tjenestene skal være trygge og sikre

Foretaket skal rapportere uønskede hendelser til Nasjonal enhet for pasientsikkerhet.

Dette pålegget ansees i varetatt gjennom de melderutiner som er nedfelt i kvalitetssystemet. Meldinger går fra avdelinger til Kvalitetsutvalget som videremelder til Helsetilsynet.

HNT har opprettet klinisk etisk komite i 2008

Indikatorer:

Andel tvangsinnlagte i psykisk helsevern (2008) : 17.1%

Andel NPE-saker hvor pasienten har fått medhold i erstatningskravet (2007): 37%

3.2.3 Tjenestene skal involvere brukerne og gi dem innflytelse

Foretaket har opprettet eget brukerutvalg. Utvalget arbeider aktivt. Leder for brukerutvalget har møte- og talerett i foretaksstyret

Den samiske befolkningens særskilte behov er tatt opp som egen sak i foretakstyret. En av kommunene, Snåsa, har opprettet 2-språklig forvaltning for å ivareta den sørsamiske befolkningen

Foretaket har kontraktfestet og finansiert ordning for tolketjenester

Indikator: Alle ventetider på sykehusvalg.no er oppdatert siste 4 uker (8.1.09 og 22.12.08)

3.2.4 Tjenestene skal være helhetlige og sammenhengende

Alle kommuner i foretakets nedslagsfelt er omfattet av en basisavtale for samhandling. Det er knyttet en egen avviksmeldingsordning til avtalen, som følges opp av kvalitetsutvalget.

Det er opprettet et samarbeidsutvalg mellom kommunene og foretaket. Det arrangeres hvert år i januar en samarbeidskonferanse

Indikatorer:

Andel epikriser innen 7 dager: 65%

Korridorpasienter: 2.8% akk.

Andel pasienter tildelt individuell plan registreres ikke. Rehabiliteringsavdelingen har innført rutine om at alle pasienter skal informeres om retten til individuell plan

3.2.5 Tjenestene skal utnytte ressursene på en god måte

De siste to årene har det vært arbeidet strukturert og målbevisst for god ressursutnyttelse. Det har vært et overordnet fokus på sammenhengen mellom aktivitet og ressursutnyttelse. Tradisjonelt har også våre sykehus hatt mest fokus på kostnadskontroll og mye energi har vært brukt til å forklare avvik. På foretaksnivå har Helse Nord-Trøndelag etablert faste oppfølgingsstrukturer hvor det avvikles månedlige møter med alle klinikker hvor helhetlig perspektiv i forhold aktivitet, oppfølging av planlagte tiltak, oppfølging av avvik har vært fokus. Sentralt i dette systemet står deling av kunnskap og støtte slik at alle skal ha muligheter for å lykkes. Totalt sett har dette bidratt til en bedre ressursutnyttelse, bedre samhandling og en felles kunnskap om hva som bidrar til positive løsninger. I og med at sykehus er komplekse organisasjoner, tar slike endringsprosesser tid og det er viktig å ha langsiktige perspektiv. Et godt økonomisk resultat i 2008 samt gode tall på mange indikatorer må kunne tilskrives at foretaket ser positive resultater av denne omleggingen av styringsmodellen.

Når det gjelder enkelte områder som trekkes fram i årlig melding, har Helse Nord-Trøndelag gjennomført aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging i hele organisasjonen. Fra og med 2007 omfattet dette alle yrkesgrupper. Systemet vurderes kontinuerlig og har stadig potensialer for forbedring. Som organisasjonsutviklingstiltak er dette et av de store løft som er gjennomført i Helse Nord-Trøndelag. Målet er nettopp å utnytte ressursene på en slik måte at enhver enhet til enhver tid har "riktig" bemanning i forhold til den aktivitet som er planlagt. Særlig i forhold til ferieavvikling er resultatene åpenbart positive.

Når det gjelder sykefravær har vi fortsatt en vei å gå for å oppnå det langsiktige målet om 6 %, men utviklingstrenden er positiv i og med at tallene har vist jevnt fallende trend med tall under 7 % i siste halvår 2008. Målet om 10% reduksjon er tilnærmet oppnådd.

Vårt foretak har fortsatt høyest andel deltidsansatte i Helse Midt-Norge. I 2008 ble det gjennomført en omfattende kartlegging i forhold til utfrivillig deltid. Svarprosenten i undersøkelsen var lav til å kunne trekke valide konklusjoner i forhold til problemstillingen. I forhold til de 80 ansatte som har meldt tilbake at de arbeider ufrivillig deltid, har vi ennå ikke lykkes med å finne løsninger for disse, men dette er en høyt prioritert oppgave i 2009.

Når det gjelder arbeidet med å forhindre uførhet og tidlig pensjonering er dette en av de viktigste målsetningene for IA-arbeidet i tillegg til å redusere sykefraværet. De virkemidler som systemet gir benyttes aktivt og foretaket er fornøyd med innsatsen som gjøres på dette området. Det arbeides fortsatt med å finne bedre systemer for intern omplassering i andre avdelinger og dette vil være prioritert i 2009. Så langt har vi ikke sett det hensiktsmessig å lage egne planer for dette området.

3.2.6 Tjenestene skal være tilgjengelige

Styringskravet er oppfylt gjennom rapporteringsrutinene.

3.3. Prioritering

Foretaket skal sikre et likeverdig tilbud.

Helse Nord -Trøndelag har en høy andel innvilgelse av rett til helsehjelp. Vi ønsker å avvente resultatet av det nasjonale arbeidet med å utvikle retningsgivende prioriteringskriterier for de forskjellige fagområder. Disse blir implementert våren 2009 etter regionale møter. De nasjonale retningslinjer må implementeres i de enkelte klinikkers praksis

Indikatorer:

Andel rettighetspasienter: >90%

Andel registrerte frist brudd: > 0.1%

3.4 Nøkkeldata

Foretaket har levert fullstendige og korrekte data i samsvar med den til enhver tid gjeldende rapporteringsmal. Dette fremgår også av denne melding.

3.5.1 Lokalsykehus

Foretaket har en aktiv rolle i et sømløst helsevesen. Flere tjenester er desentralisert bl.a gjennom DPS i Stjørdal og Kolvereid, DMS i Stjørdal, desentraliserte poliklinikker bl.a i gynekologi, revmatologi, indremedisin, psykiatri.

Foretaket har i 2008 etablert en egen klinikk for prehospitale tjenester for bedre å møte utfordringene ved akuttinnleggelse og samordning av syketransport.

HNT har høsten 2008 i samarbeid med INVEST-kommunene utredet et forprosjekt for et distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag (Steinkjer)

Tiltak for oppfølging:

Foretaket skal gjennomføre vaksamarbeid innen radiologi i samsvar med vedtak i styret for Helse Midt-Norge.

I brev fra direktøren til HMN datert 10.5.07 er det listet opp en rekke planlagte tiltak for å trekke veksler på samarbeid mellom de to avdelingen i foretaket. Disse tiltak er gjennomført, bl.a teknisk tilrettelgging, beskrivelse av bilder, samarbeid om bakvakt, vakt i ferieperioder. Disse tiltak vil bli videre ført og utviklet. Overgang til en felles vakt ansees ikke faglig hensiktsmessig og gir heller ikke vesentlig økonomisk besparelse.

3.5.2 Spesialisthelsetjeneste for eldre

Ved begge sykehus er det etablert seksjoner for geriatri ved de indremedisinske avdelinger, til sammen 3 legestillinger. Styringskravet om kompetanseøkning er oppfylt.

Det er ikke etablert tverrfaglige geriatrike team som skal drive utadrettet virksomhet mot kommunehelsetjenesten. Vi arbeider for å oppfylle styringskravet i 2009.

3.5.3 Psykisk helsevern

Alle mål satt i styringsdokumentet under dette punkt for 2008 er nådd og alle tiltak er realisert.

Dette med unntak av ventetid til vurdering innen BUP som skal være mindre enn 10 dager.

Her er det 83 % av de som henvender seg som blir vurdert innen 10 dager ved siste måling.(nov.)

Antall årsverk for psykologer: 35 (inkl. både psykologer og psykologspesialister)
pr 10 000 innb: 2,7

Fordeling mellom DPS og Sykehus: DPS: 15% Sykehus: 85%

Antall årsverk for psykiatere: 23 (ass.leger og turnuskandidater er ikke medregnet)
Pr 10 000 innb: 1,8

Fordeling mellom DPS og Sykehus: DPS: 15% Sykehus: 85%

Antall DPS som har etablert ambulant virksomhet: 2 av 2 = 100%

Antall DPS som har etablert egne ambulante team: 0 av 2 = 0%

3.5.4 Rehabilitering og habilitering

I Nord-Trøndelag er det utviklet en modell for samhandling mellom kommuner, sykehus (habilitering voksne- og barn, rehabiliteringsavdeling), NAV(hjelpemiddelsentral) og Statped. Tiltaket følges opp gjennom en egen koordinerende enhet. Eget nettsted.

Gjennom et eget prosjekt i 2008 er 4 rehabiliteringsinstitusjoner knyttet opp mot helseforetaket, med et felles inntakskontor. I regi av dette prosjektet er det også under utarbeidelse flere pasientforløpsmodeller for rehabilitering, bl.a KOLS og ortopedi (hofteopererte)

Kapasiteten ved foretakets rehabiliteringsavdeling ble økt fra 12 til 15 plasser fra 1.2.08

Tiltak for oppfølging: ”Ambulante rehabiliteringstjenester skal ivaretas som en del av lokalsykehusfunksjoner”

Dette styringskravet er oppfylt for habiliteringstjenestene for barn og voksne. For rehabiliteringsdelen er det bare delvis oppfylt. Det ble planlagt opprettet et ambulant team for rehabilitering knyttet til sykehuset Namsos. Dette kunne ikke realiseres innenfor de økonomiske rammer for 2009.

3.5.5 Nasjonale strategier på kreft, diabetes, KOLS, tiltak innen smertebehandling

Styringskravet om en plan for smertebehandling er ikke oppfylt. Årsaken til dette er at foretaket avventer en regional plan for hvordan dette tilbudet skal organiseres og samordnes.

Foretaket har opprettet palliativt team ved begge sykehus, pasienter med kreftrelaterte smerter ivaretas gjennom dette.

Foretaket gir også et tilbud til en rekke pasienter med kroniske smerter gjennom tverrfaglige rygg- og nakkepoliklinikker ved begge sykehus

I Nord-Trøndelag er det etablert tilbud om lysbehandling for pasienter med psoriasis i Namsos, Steinkjer, Levanger og Stjørdal. Det er videre satt i gang planlegging av ett tilbud i Rørvik, for å dekke Nærøy/Vikna området. Nord-Trøndelag psoriasisforbund har et nært samarbeid med hudspesialistene i fylket og er informert om ekstrabevilgningen.

3.5.8 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

Rusteamene ved Sykehuset Namsos og ved Sykehuset Levanger har ambulant virksomhet som en del av sitt tilbud. De tverrfaglige teamene som jobber ved Sykehuset Levanger benytter også kontorer på DPS Stjørdal og ved poliklinikken i Steinkjer ved behov. Lavterskeltilbudet ”Familieambulatoriet” er etablert ved Sykehuset Namsos og skal videreføres i hele fylket. (Tilbudet er omtalt annet sted i Årlig melding.) Handlingsplan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling gjennomføres som planlagt. Avdeling for rusrelatert psykiatri(ARP) samarbeider med Rusforetaket og Lærings- og mestringssenteret (LMS) i Helse Nord-Trøndelag om pårørende opplæring.

Foretaket har få gravide rusmiddelavhengige som er i legemiddelassistert rehabilitering. (LAR) De få som behandles i Helse Nord-Trøndelag blir registrert her. Øvrige går i hovedsak til Lade behandlingssenter.

3.5.9 Kvinnehelse

Helse Nord-Trøndelag har inngått avtaler med 12 kommuner i fylket om svangerskapskontroll. Dette for å sikre faglig kompetanse, risikovurdering og kontinuitet i oppfølgingen av gravide.

Videre er det opprettet spesialistpoliklinikker innafor gynekologi både på Stjørdal DMS og ved poliklinisk tilbud på Steinkjer. Her foregår også svangerskapskontroll.

3.5.10 Organdonasjon og transplantasjoner

Helseforetaket har innfridd alle mål og tiltak som er satt i styringsdokumentet på dette punkt for Sykehuset Levanger. Det jobbes med å verifisere om alle mål og tiltak kan realiseres på Sykehuset Namsos. Dette vil bli fulgt opp via donoransvarlig lege i 2009.

3.5.11 Smittevern og beredskap

Ingen mål og tiltak for 2008. Langsiktig mål ivaretas gjennom kvalitetssystemet for foretaket og analyser med derpåfølgende tiltak skal ivaretas herigjennom.

3.5.12 Behandling av pasienter med sykkelig overvekt

Alle mål og tiltak er realisert!!

4. Forskning

Forskning og utvikling

Helse Nord - Trøndelag har produsert 33 artikler og er det foretaket i Helse Midt Norge (med unntak av St. Olav Hospital) som produserer flest artikler. Det er avlagt to doktorgrader i 2008.

For å inspirere og legge til rette for forskning og fagutvikling legges det vekt på langsiktig og strategisk kompetanseheving. FoU avdelingen arrangerer årlig grunnleggende kurs i litteratursøk (Søk), og forskningsmetode og -formidling (Gruff). Det er etablert tilbud om forskningslunsj en gang per måned. I Strategisk plan for Fagutvikling/kompetanseutvikling anbefales det å styrke fagutviklingen, spesielt innenfor kirurgisk og medisinsk klinikk. Den første av 4 planlagte fagutviklingskoordinatorer er ansatt. Det foregår for lite tverrfaglig, pasientnær klinisk forskning. Det er derfor etablert stillingsbank med formål å frikjøpe forskere i klinikkene. På denne måten kan man kvalitetssikre og følge opp planlagte og pågående prosjekter. Det er et mål å øke denne stillingsbanken slik at man kan finansiere 3 stipendiatstillinger innenfor prioriterte områder.

Ressursbruk

Estimerte kostnader til FoU (innrapportert til NIFU-STEP i 2008) er 16,745 mill. og utgjør 0,91% av regnskapets bruttoutgifter

5. Utdanning av helsepersonell.

Når det gjelder utdanning av helsepersonell, har helseforetaket oppfylt sine planer og forpliktelser når det gjelder praksis- og studentplasser for ulike helsepersonellgrupper. I 2008 har det vært arbeidet med reformen i forbindelse med innføring av helsefagarbeidere. Det er konkludert med at det ikke opprettes egne lærlingeplasser, men det vil fra høsten 2009 tilbys praksis i sykehus for de helsefagarbeidere som ønsker dette. Når det gjelder ambulansefaget har foretaket hatt arbeidsgiveransvaret for alle lærlinger som er utplassert hos de private driverne. Det arbeides for øvrig med å bedre kvaliteten på turnustjenesten for leger etter at evalueringsrapportene i periode ikke har vært så gode som ønskelig.

6. Opplæring av pasienter og pårørende

Foretaket har etablert Lærings- og mestringssenter med virksomhet ved begge sykehus. Det er etablert et nært samarbeide mellom LMS, de enkelte avdelinger og pasientorganisasjonen

Tiltak for oppfølging: Styringskravene anses oppfylt gjennom informasjonstiltak i barne- og familieklinikken

Eiendom

Nivået på avskrivningsmidler til vedlikehold og rehabilitering av bygningene har ikke gjort det mulig å imøtekomme kravene fra brukerne, og delere av bygningsmassen har et vedlikeholdsetterslep.

Dette etterslepet er knyttet til både bygninger og til tekniske anlegg, og i deler av bygningsmassen er det problemer å ivareta krav til inneklima.

Det er arbeidet med å styrke sikkerheten ved å etablere adgangskontroll til foretakets bygninger.

Inneværende år er det etablert adgangskontroll på alle innganger (skallsikring) ved sykehuset Namsos samt i enkelte innvendige soner i bygget.

I løpet av året er det effektivt salg av 32 personalboliger og 20 hybler på Namsos samt tre personalboliger på Levanger.

Det arbeides med å forberede salg av Overhallsvegen 19 B (Brunosten) på Namsos. For å gjøre eiendommen omsettelig er det søkt om endret planformål og ny veiadkomst til bygget.

Med bakgrunn i vedtak gjort av styret i Helse Midt-Norge er det i løpet av 2008 etablert et regime for intern husleie for å skape større kostnadsbevissthet ved bruk av areal.

Det er ikke gjennomført nevneverdig rehabilitering eller utvikling av bygningsmassen i 2008 på grunn av manglende tilgang på investeringsmidler.

Som et ledd i å energieffektivisere driften på Namsos er det ved utskifting av autoklaver, kokegryter og oppvaskmaskin anskaffet utstyr med intern damp produksjon, og sentral dampproduksjon er avstengt.

Driftspersonell har i løpet av året hatt fokus på optimalisering av de tekniske anleggene for å opprettholde det lave energiforbruket i foretakets bygninger.

4.1 Kommentarer i forhold til foretaksprotokollen: (Foretaksmøte av 08.02.08.)

5.1. Samordning av stabs- og støttefunksjoner.

Helse Nord-Trøndelag har deltatt aktivt både nasjonalt og regionalt i forhold til det nasjonale stabs- og støtteprosjektet. Prosjektene, som er begrenset til vurdering av nye systemer innenfor regnskap og Personal/HR, er i ulike faser. Når det gjelder Personal/HR er det startet et arbeid i regional regi som ledes av Helse Nord-Trøndelag. Arbeidet skal munne ut i en anbefaling hvorvidt Helse Midt-Norge skal ta i bruk opsjon på systemene som er valgt som nasjonal løsning.

Helse Nord-Trøndelag har en sentral rolle i utvikling av kravsspesifikasjon og innføring av nytt økonomi og logistikksystem. Dette er et arbeid vi har deltatt i både på nasjonalt og regionalt plan. Arbeidet vil fortsette i 2009.

5.2. Oppfølging av sykefravær og tiltak for inkluderende arbeidsliv er kommentert i forhold til styringsdokumentet (jfr. Avsnitt ovenfor)

5.2.2. I forhold til registrering av helsepersonells bierverv i administrative systemer, er ikke ny systemløsning ennå på plass og implementering i Helse Nord-Trøndelag vil skje i løpet første kvartal i 2009.

5.2.3: Reduksjon av antall deltidsstillinger er kommentert i avsnitt ovenfor.

5.2.4 Rekruttering av personer med innvandrerbakgrunn og språkkrav til utenlandsk helsepersonell.

Foretaket tilstreber å ha en offensiv holdning til å rekruttere mennesker med innvandrerbakgrunn. Det tilstrebes intervju iht til de retningslinjer som gjelder. Hovedtyngden av søknader i disse kategoriene omfatter helsepersonell som søker fra utlandet, og det er få søkere pr år som kommer fra Norge. Helseforetaket har ennå ikke funnet gode systemer for å rapportere tilbake om utviklingen på dette området, men tar sikte på etablere slike systemer i samarbeid med Helse Midt-Norge.

Når det gjelder språkkrav legger foretaket aktivt til rette for språkopplæring både som del av rekrutteringsprosessen og etter tiltredelse når behovet tilsier dette. Det rekrutteres bl.a. leger fra Polen hvor språkutdanning foretas i hjemlandet før tiltredelse. Som følge av redusert innleie fra firma, er antallet vikarer med fremmedspråklig bakgrunn redusert i 2008.

5.2.5 Lederutvikling.

Helse Nord-Trøndelag har i 2008 hatt ledere både i nasjonalt og regionale lederprogrammer. Høsten 2008 deltar foretaket i et regionalt arbeid som utformer en ny modell for lederutvikling som også omfatter tiltak som skal gjennomføres i det enkelte foretak. Modellen er nært knyttet opp mot Strategisk plan for HR-området. Dette programmet vil realiseres lokalt i 2009.

5.2.6. Kompetanseutvikling.

Det er kompetanseplaner på plass innenfor mange avdelinger. Det arbeides kontinuerlig for at dette skal være på plass på alle enheter. Det er i tillegg utarbeidet en kompetanseplan på foretaksnivå med særlig vekt på sykepleiergruppen. Organisering av arbeidet med kompetanse i foretaket vil fra nå av skje gjennom et nettverkssamarbeid ledet fra Personal/HR-avdelingen.

5.2.7. Arbeidsmiljøforbedring.

Av sykehusforetakene i Midt-Norge hadde Helse Nord-Trøndelag høyest svarprosent på vel 79 % ved den store arbeidsmiljøundersøkelsen i Helse Midt-Norge i 2008. Det er etablert et strukturert oppfølgingsarbeid som innebærer at alle enheter skal gjennomføre tilbakemeldingsmøter hvor resultatene gjennomgås og hvor tiltak for forbedring beskrives. Det er etablert et nettverk med prosesks konsulenter som bistår lederne i dette arbeidet. Alle avdelinger er pålagt å rapportere tilbake til direktøren innen 1.4.09 på status i forhold oppfølging av arbeidsmiljøet. For avdelinger med særskilte utfordringer er det utviklet et program som tilbys med tanke på forbedringsarbeid, konfliktløsning og bedre samhandling. Det er også etablert systemer som ivaretar enkelt medarbeidere som krever ekstra oppfølging.

4.2 Tildeling til prosjekt/øremerkede midler

HNT er nylig tildelt 500.000 kroner fra HOD til forprosjekt for utredning av grunnlag for **intermediærenhet i Namdalsregionen**. Resultatet av denne utredningen vil avklare om og evt. i hvilket omfang det kan være aktuelt med en intermediærenhet i Namdalsregionen.

Brukt 2008: 500.000 kroner

Rest, overført til 2009: 0 kroner

Barne- og familieklinikken v/ barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling og psykiatrisk klinikk har i fellesskap søkt departementet og fått tildelt midler knyttet til et langtidstilbud til barn 0 – 6 år og deres foreldre. Prosjektet som er kalt Ambulatoriet i Nord-Trøndelag, er rettet mot psykisk sykdom og rusrelatert problematikk for familier med barn i aktuelle aldersgruppe.

Ambulatoriet skal møte behovet for individuell, helhetlig og langsiktig behandling for følgende målgrupper.

- Barn 0-6 år som har foreldre med psykiske lidelser og eller rusproblemer
- Mødre og fedre som er i risiko for å utvikle rusproblemer alkohol eller illegale rusmidler
- Mødre som mottar psykofarmaka under svangerskapet
- Mødre og fedre som har kjent psykisk lidelse og eller rusrelaterte problemer
- Mødre og fedre med tidligere rusmiddelrelatert problematikk som trenger bistand til å opprettholde rusfrihet

Ambulatoriet organiseres som et utviklingsprosjekt over 6 år administrativt tilknyttet Barne- og familieklinikken.

Brukt 2008: 1,2 mill kroner

Rest, overført til 2009: 2,2 mill kroner

DEL III – STYRETS PLANDOKUMENT

I kapittel 5 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 6 redegjør for styrets planer for å møte utviklingen i de par, tre nærmeste årene.

Helse Nord-Trøndelag legger Helse Midt-Norges strategier til grunn og går i denne delen inn på utviklings tiltak innenfor rammene av strategiene.

5 Utviklingstrender og rammebetingelser

5.1 Økonomiske rammeforutsetninger

5.1.1 Grunnlag og prioriteringer

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

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

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

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

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

5.1.2 Resultatkrav og økonomisk ramme

Resultatkravet for HNT for 2009 er fastsatt til 31,1 millioner kroner. Inneværende år var resultatkravet til sammenligning 15,0 mill kroner. Resultatkravet er begrunnet i at HNT har en kostnadsindeks (jf. SAMDATA) i sin somatiske virksomhet som er høyere enn enkelte andre HF i regionen. Kostnadsindeksen (SAMDATA) ekskl. kapitalkostnader var i 2007 for HNT 1,04, mens den var på 0,89 for HSM, 0,98 for HNR og 1,09 for St. Olav.

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

Helseforetak (beløp i 1000 kr)	Resultatkrav sak 127/08
St. Olavs Hospital	- 76 500
Helse Sunnmøre	11 900
Helse Nordmøre og Romsdal	27 900
Helse Nord-Trøndelag	31 100
Rusbehandling Midt-Norge	0
Sykehusapotekene i Midt-Norge	5 500
RHF	124 000
Sum HMN	124 000

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1.3 Aktivitetsmål

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1.5 Tiltak budsjett 2009

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

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

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

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

Styret for HNT har gitt sin tilslutning til den innretning av effektiviseringstiltakene som er skissert. Direktøren har basert seg på dette i det detaljerte arbeidet med driftsopplegg og tiltak for 2009, herunder sengetallsreduksjoner.

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

Type tiltak	Beskrivelse	Planlagt økonomisk effekt av tiltaket i 2009
Varer og tjenester, herunder pasienttransport	Effektivisering av innkjøp av varer og pasienttransporttjenester som foretaket har ansvar for (ambulansse og sykefrakt). Økt fokus på samordning, benytte billigere transportløsninger og vurdering av ambulant/desentralisert virksomhet.	Om lag 5 mill kroner

Reduksjon i fast bemanning gjennom omlegging av pasientbehandling og reduksjon i sengetall	Dette er et logistikkprosjekt med fokus på økt samordning av aktivitet og bemanning, økt samhandling med primærhelsetjenesten, endrede driftsformer internt i de enkelte avdelingene og mellom avdelingene. Gjennom omlegging av pasientbehandlingen har en søkt å oppnå reduksjon i antall senger med tilhørende bemanningsreduksjon.	Om lag 10 mill kroner
Variable lønnskostnader	Fortsatt fokus på overtid og innleie for å sikre at reduksjon i fast bemanning ikke fører til økt bruk av variabel lønn. Det legges i denne forbindelse også opp til reduksjon i aktivitet og sengetall om sommeren med tilhørende reduksjon i innleie av ferievikarer.	Om lag 8 mill kroner
Sikring av aktivitetsbaserte inntekter, herunder koding av aktivitet	Statsbudsjettet bygger på en forutsetning om 0,5 % kodeforbedring. Egne analyser tyder på at det fortsatt er mulig å forbedre kodingen, både knyttet til innlagte pasienter og i poliklinikk.	Om lag 2 mill kroner
Sum effekt av nye tiltak		Om lag 25 mill kroner

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

- **Kirurgisk klinikk, Levanger**
 - o Lettpost (11 senger) reduseres fra 7-døgnspost til 5-døgnspost + 1 måned lenger feriestenging. Netto årseffekt: 4 senger reduksjon og redusert bemanning.
- **Kirurgisk klinikk, Namsos**
 - o Lettpost (11 senger) legges ned, men noe styrking av ordinære sengeposter. Netto effekt: 4 senger reduksjon og redusert bemanning.
 - o Nedlegging av lettpost uten styrking av andre poster inkl. annen omlegging av driften utredes innen 31.01.09.
- **Medisinsk klinikk, Namsos**
 - o Økt samhandling med primærhelsetjenesten for å redusere antall innleggelser og vri aktiviteten mot dagbehandling og poliklinikk. Netto effekt: 4 færre pleieårsverk.
- **Barne- og familieklinikken**
 - o Effektivisering av driften ved å redusere bemanningen med 3,5 årsverk med uendret eller litt økt aktivitet.

- **Psykiatrisk klinikk**
 - o En sengepost på 10 senger (post 2 Namsos) reduseres fra 7- til 5-døgnsdrift. Netto årseffekt: 3 senger reduksjon og redusert bemanning.
 - o Avtale med Lukasstiftelsen om kjøp av behandlingsplasser ved Betania Sparbu er sagt opp med virkning fra 01.01.09. Målet er å tilby behandling til aktuelle pasienter innen egne avdelinger.

- **Serviceklinikken**
 - o Effektivisering av driften ved å redusere bemanningen i servicesenteret med 5,5 årsverk med uendret eller litt økt aktivitet.

5.1.6 Planlagt aktivitet 2009

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

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

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

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

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

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

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

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

Aktivitetstallene for Kirurgisk klinikk, Namsos, innebærer en videreføring av fedmeoperasjoner i samsvar med særskilt tilskudd og bestilling fra HMN. HNT har for 2009

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

I tillegg til nevnte økonomiske resultatmål og resultatkrav i tilknytning til aktivitet, arbeides det (jf. styringsdokumentet) med å fastsette resultatkrav innenfor områder som gjenspeiler kvalitet, HMS (sykefravær) m.v.

5.1.7 Utviklingstiltak

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

5.1.8 Investeringer 2009 og videre framover

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

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

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

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

1. Egenkapitaltilskudd KLP

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

2. Medisinsk teknisk utstyr

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

3. Diverse ombygging/rehabilitering

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

4. Psykiatrisk avdeling, Namsos

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

5. Hjerterovervåking/intensiv, Levanger

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

6. Psykiatrisk avdeling, Levanger

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

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

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

5.2 Personell og kompetanse

Det generelle bildet er at Helse Nord-Trøndelag gjennomgående har en god bemanningssituasjon på de aller fleste fagområder. Foretaket rekrutterer også godt innenfor de fleste helsepersonellgruppene. Det hovedinntrykk som arbeidsmiljøundersøkelsen etterlater, er at våre medarbeidere er rimelig fornøyd både med arbeidssituasjon, ledelse og mulighetene for å utøve og utvikle sin faglige kompetanse. Innafor flere områder er det utviklingspotensiale.

I forhold til rekruttering er det god tilgang på helsepersonell innenfor høyskolegruppene. Foretaket ser egen utdanning av leger som den viktigste rekrutteringskilde for legespesialister. Innenfor enkelte spesialiteter er fortsatt utdanningskapasiteten lav. Det er fortsatt vanskelig å rekruttere ferdig utdannende spesialister fra andre deler av landet. I stedet for å satse på kostbare innleieløsninger, har vi i stedet valgt å rekruttere fra utlandet når behovet tilsier dette.

De yrkesgruppene som krever særskilt oppmerksomhet i tiden som kommer er psykologer, barneleger og gynekologer. Det er generelt vanskelig å rekruttere både nyutdannede og ferdige spesialister. I samarbeid med tillitsvalgte satses det på å utvikle tiltak som kan bedre situasjonen i tiden fremover.

Helse Nord-Trøndelag har hatt økonomiske utfordringer som tilsier en stram driftssituasjon over flere år. Omstilling, utviklingstiltak og kompetanseheving er ikke kostnadsfrie på kort sikt. Helse Nord-Trøndelag har fortsatt begrensede muligheter til å stimulere disse områdene økonomisk. Organisasjons- og utviklingsarbeid hemmes generelt av dette og det er fortsatt en utfordring å sikre rammebetingelser som gjør at Helse Nord-Trøndelag opprettholder den gode posisjon som er oppnådd.

5.3 Andre utfordringsområder

Forskning- og utvikling:

Med bakgrunn i resultatmål for FoU foreslått av HMN RHF skal HNT ha:

- Minst 3 % av brutto driftsbudsjett avsatt til forskning og utvikling i 2011
- Minst 35 publikasjoner ² gjennomsnittlig pr. år i perioden 2008-2011
- Antall vitenskapelig ansatte til enhver tid:
 - Minst 15 doktorgradsstipendiater ¹, hvorav minst to med høyskolebakgrunn og minst en innen kvalitativ forskning
 - Minst 4 post doc stipendiater ¹
 - Minst 10 mastergradskandidater

Ressursbehov

I forhold til dagens aktivitet er det behov for økte midler til:

- styrking av metode og veiledningskompetanse
- oppbygging av infrastruktur
- integrering av FoU arbeid i avdelingenes daglige aktivitet
- forskningsformidling

- stipend: doktorgradsstipend og kortere stipend
- øremerket stipend for høyskoleutdannede

I enkeltprosjekter legges det stor vekt på å søke eksterne forskningsmidler.

¹ Stipendiater med ansettelsesforhold i HNT HF

² Publikasjoner med ansatte i HNT HF på forfatterlisten

6 Helseforetakets strategier og planer

Denne delen beskriver helseforetakets arbeid med omstilling, organisatoriske grep m.v. for å oppfylle vedtatte regionale strategier og realisere mål og resultat som forventes av Helse Nord-Trøndelag.

Styret for Helse Nord-Trøndelag har drøftet langtidsbudsjettet for Helse Midt-Norge RHF og budsjett for Helse Nord-Trøndelag i 2009. Gjennom disse sakene er det gitt styringssignaler som vil følges opp i videre planarbeid og dette er omtalt som grunnlag/utviklingstrekk under kapittel 5. Her er også påpekt ressursmessige konsekvenser en ser fra 2009 og fremover.

Administrerende direktør vil peke på at følgende områder må ha fokus de nærmeste årene i Helse Nord-Trøndelag hvis man skal realisere de strategier og planer som er lagt av eier:

- **Fortsatt kontroll på økonomien**, med overskudd som kan disponeres til å sikre foretakets realverdier i Helse Nord-Trøndelag og en noe større andel av overskuddet som kan brukes til utviklingstiltak (forskning, innovasjon, kompetanseheving)
Det er dokumentert et behov for satsing på investeringer/oppgraderinger av medisinskteknisk utstyr og bygninger. Her er det et etterslep som betinger noe større bevilgninger som er påpekt blant annet i forbindelse med budsjett for 2009.
- **Sykefraværet ned til 6 %**, aktuelle tiltak iverksettes i perioden
- **Styrking av det medisinske og kirurgiske fagmiljøet.**
Administrerende direktør setter ned arbeidsgrupper for å gjennomgå medisinsk og kirurgisk virksomhet i Helse Nord-Trøndelag. Gjennomgangen skal legge basis for en framtidrettet organisering av aktiviteten med sikte på å styrke tjenestene og fagmiljøene
- **Kvalitetsforbedringer i tjenestene**
 - 80 % av epikrisene skal ut innen 7 dager
 - Fortsatt reduksjon av andel strykninger av elektive operasjoner
 - Psykiatri og russatsing videreføres
 - Kvalitetskostnader skal reduseres, avvik håndteres bedre og forbedringsarbeid gjennomføres i hele organisasjonen
 - Vurdere ISO-sertifisering av foretaket
- **Økt satsing på forskningsaktivitet**
 - Avsette 3 % av omsetningen/budsjettet til FoU-aktivitet i løpet av 2-3 år.
- **Samhandling i PRAKSIS**
 - DMS Stjørdal videreutvikles med blant annet tilslutning fra flere kommuner

- Rehabiliteringsprosjektet avsluttet med felles henvisningsadresse og avtale med de fire private rehabiliteringsinstitusjonene – en mulig nasjonal modell som kan videreutvikles ?
 - Samhandlingsreformens ”vugge”: Helseministerens reform for økt samhandling mellom første- og andrelinjetjenesten er sterkt inspirert av løsninger i Nord-Trøndelag. Arbeidet videreføres.
 - DMS Inn-Trøndelag på Steinkjer.
 - Deltakelse i Helsekommuner i Nord-Trøndelag
 - ”Forsøksfylke” i Nord-Trøndelag i regi/samarbeid med helsedepartementet der en har en felles helsetjeneste. Blant annet med kommunelegene inkludert.
 - Samarbeidsutvalget og samarbeidskonferansene.
 - Samhandlingsenhet i foretaket etter modell fra St.Olav Hospital vurderes
- **Tilføring av nye oppgaver**

Helse Nord-Trøndelag la vesentlig vekt på å utvikle modeller for å ivareta en økt andel av regionens tjenesteproduksjon. Som ledd i prosessen Helse Midt-Norge 2010 ga Helse Nord-Trøndelag klare råd om overføring av oppgaver til Helse Nord-Trøndelag, som vil bidra til å styrke foretakets rekrutteringsevne og opprettholde gode lokalsykehustjenester i Nord-Trøndelag. Dette står ved lag fra Helse Nord-Trøndelags side.
 - **Kompetansehevende tiltak**

I perioden fremover bør det vurderes avsatt noe mer midler til kompetansehevende tiltak, enten på regionalt eller på HF nivå. Selv om en ikke forventer at helseforetakene skal komme opp på et nivå med de beste virksomhetene i verden, som bruker 10-12 % av budsjettene til utviklingstiltak, så vil en satsing her gi konkurransefortrinn i fremtiden.

Vedlegg 1:

Eksterne tilsyn			
Nr	Omfang	Tilsynsmyndighet	Antall avvik*
1	Brannsikkerhet	Stjørdal Brannvesen, DPS Stjørdal	0
2	Brannsikkerhet, DPS Kolvereid	Nærøy Brannvesen	0
3	Brannsikkerhet, Levanger	Levanger Brannvesen	3
4	Pasientforløp, Levanger, Kir. klinikk	Helse Midt-Norge RHF	7 *
5	Tilfluktsrom, Levanger og Namsos	Dir. samfunnssikkerhet og beredskap	0
6	Etterlevelse av kvalindikator, Kir. N	Helse Midt-Norge RHF	0*
7	Speshelsetj. DPS voksne psyk lidels.	Helsetilsynet	0
8	Næringsmiddelhygiene, s.kjøkken, L	Mattilsynet, Distrikt Sør-Innherred	1
9	Opplæring i strålevern HNT	Statens strålevern	1
10	Barn innlagt i sykehus	Helsetilsynet	2
11	"God vakt", Arbeidsmiljø HNT	Arbeidstilsynet	3
12	Uønskede hendelser	Helse Midt-Norge RHF	3*
13	Næringsmiddelhygiene, h.kjøkken, N	Mattilsynet, Distrikt Namdalen	3
14	Akkrediteringskrav, ALM	Norsk akkreditering	12*
15	Kreft hos Gyn.pas, Kir og Gyn, N	Helsetilsynet	1
16	Sertifiseringskrav, Psyk	Det Norske Veritas	16 *
2. partsrevisjoner			
Nr	Omfang	Tilsynsmyndighet	Antall avvik
1	Internkontrollsystem, Kastvollen	HNT på vegne av HMN RHF	7
2	Internkontrollsystem, Namdal reh	HNT på vegne av HMN RHF	7
3	Internkontrollsystem, Bjørnang	HNT på vegne av HMN RHF	5
4	Internkontrollsystem, Meråker kur	HNT på vegne av HMN RHF	2

Interne revisjoner			
Nr	Omfang	Tilsynsmyndighet	Antall avvik
1	Med. Tekn. Utstyr, Med Namsos	Internrevisjonsgruppe	0
2	Med. Tekn. Utstyr, Akuttmed N	Internrevisjonsgruppe	0
3	Med. Tekn. Utstyr, Med tekn. N	Internrevisjonsgruppe	3
4	Smittevern, K3 L	Internrevisjonsgruppe	2
5	Avvik ikke meldt Kval.utv, Psyk	Internrevisjonsgruppe	1
6	Ressursstyring / oppgaver, BFK, L	Internrevisjonsgruppe	3
7	Ressursstyring / oppgaver, Med B,L	Internrevisjonsgruppe	4
8	Rutiner for transfusjon, Levanger	Internrevisjonsgruppe	2
9-21	Journalføring, Psyk klinikk	Internrevisjonsgruppe, Psyk	4 gjennomg.
22	Pasientoppfølging innlagte, Kir L	Internrevisjonsgruppe	5
23	ALM, Med mikrobiologi	Internrevisjonsgruppe, ALM	4
24	ALM, Blodbanken	Internrevisjonsgruppe, ALM	4
25	ALM, Kontorfunksjon L	Internrevisjonsgruppe, ALM	3
26	ALM, Kontorfunksjon N	Internrevisjonsgruppe, ALM	8
27	ALM, Med biokjemi L	Internrevisjonsgruppe, ALM	4
Risikovurdering			
1	Risikovurdering smittevern	Smittevernrådgerne	
2	Risikovurdering, ambulanse	Akuttmed og kval.avd.	

* Helse Midt-Norge RHF gir ikke avvik men anbefalinger. Norsk akkreditering og Det Norske Veritas reviderer ikke opp mot lovverk, men mot standarder.

Det er gjennomført totalt 43 revisjoner/tilsyn internt i foretaket og 2 ROS-vurderinger. Videre er det gjennomført 4 revisjoner hos leverandører.

Avvik pas. 328, hvorav 61 er sendt til fylkeslegen. Innen HMS er det totalt 122 avviksmeldinger.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 4/2009 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Saksnr.
Styret	22.01.2009	4/2009

Saksbeh: Arne Flaot

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2009/101

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering

SAKSUTREDNING:
Sak 4/2009 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 18.12.08
2. Andre orienteringer

**HELSE MIDT-NORGE RHF
STYRET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid 18.12.08 kl. 09.00 –

Møtested: Kirkestallen vis à vis Værnes kirke, Stjørdal

Saksnr.: 134/08 – 143/08

Arkivsaksnr.: 2008/177

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid (møteleder)

Tove Røstad

Ellen Engdahl

Kirsti Leirtrø

Olav Huseby

Merethe Storødegård

Jan Magne Dahle

Björg Henriksen

Ingegjerd Sandberg

Joar Olav Grøtting

Karl Wesenberg

Jon Helle (varamedlem)

Forfall:

Oskar J. Grimstad

Ellen Marie Wøhni

Fra administrasjonen møtte:

Kst. adm. dir. Bjørn Erikstein

Styresekretær Rita Bjørgan Holand (referent)

Økonomidirektør Anne-Marie Barane

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Kst. medisinsk direktør Henrik Sandbu

HR-direktør Sveinung Aune

Direktør for Eierstyring Asbjørn Hofslie

Direktør for prosjekter og teknologi Bård Helge Hofstad

Internrevisjonssjef Ellinor Wessel Pettersen

Adm. dir. Helsebygg Midt-Norge Johan Arnt Vatnan

Adm. dir. Rusbehandling Midt-Norge Dag Hårstad

Det regionale brukerutvalget:

Annlaug Stavik

Brit Haugdahl

Merknader til innkallingen:

Det var ingen merknader til innkallingen

Merknader til møtet:

Innkalling til møtet ble sendt pr. e-post 11.12..08.

Samme dag ble sakene med unntak av sak 138/08 Intensjonsavtale Hysnes Helsefort og sak 140/08 Årlig melding – Statsbudsjett 2010, lagt ut på Styreadministrasjon for Helse Midt-Norge RHF. Disse ble lagt ut 12.12.08.

Sak 139/08 ”Ambulansesaken – tilleggskompensasjon til Inntrøndelag Ambulanse AS og Namsos Trafikkselskap AS” og sak 141/08 ”Helse Nord-Trøndelag – nytt styremedlem” ble omdelt i møtet 18.12.08

I tillegg ble følgende dokumenter omdelt i møtet:

- Møtereferat fra brukerutvalget 15.12.08
- vedlegg e-poster til sak 136/08 Helse Midt-Norge – Resultatbudsjett 2009
- Brev fra Helse Nordmøre og Romsdal vedr effektiviseringskrav – Helse Nordmøre og Romsdal HF

Sak 139/08 Ambulansesaken – tilleggskompensasjon til Inntrøndelag Ambulanse AS og Namsos Trafikkselskap AS ble behandlet etter sak 136/08 Helse Midt-Norge – Resultatbudsjett 2009.

Sak 134/08 Underskrift av protokoll

Protokoll

Det var ingen merknader til protokollen.

Protokoll fra møtet den 27.11.08 ble godkjent og underskrevet

Sak 135/08 Referatsaker

Referatsaker: -

Regionalt brukerutvalgs møte den 15.12.08

Revisjonskomiteens møte den 26.11.08

Styrets enstemmige vedtak:

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

Sak 136/08 Helse Midt-Norge – Resultatbudsjett 2009

Styrets enstemmige vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtar en fordeling av inntektsrammen for 2009 som vist i tabell nr 1 i saken.
2. Styret for Helse Midt-Norge vedtar et budsjett for foretaksgruppen med et resultat på 124 mill kr, fordelt pr foretak jf tabell nr 2 i saken.
3. Styret for Helse Midt-Norge vedtar en fordeling av aktivitet for 2009 som vist i tabell nr 4 i saken
4. Det bes om at adm. direktør nøye følger opp omstillingen i psykisk helse i Helse Nordmøre og Romsdal HF

Sak 137/08 Rustilbudet i Helse Midt-Norge

Styrets enstemmige vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar sak om rustilbudet i regionen til orientering og slutter seg til administrerende direktørs vurdering.

Sak 138/08 Intensjonsavtale Hysnes Helsefort

Styrets enstemmige vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til intensjonsavtalen mellom Helse Midt-Norge RHF og Rissa kommune om etablering av et arbeidsrettet attføringstilbud på Hysnes.

Sak 139/08 Ambulansesaken – tilleggskompensasjon til Inntrøndelag Ambulanse AS og Namsos Trafikkselskap AS (behandlet etter sak 136/08)

Styrets enstemmige vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til administrerende direktørs vurdering som innebærer at tilleggskompensasjon til Inntrøndelag Ambulanse AS og Namsos Trafikkselskap ASA stoppes, og at spørsmålet om tilbakebetaling av tilleggskompensasjon og videre prosess bes vurdert
2. Styret ber administrerende direktør gjennomføre de nødvendige tiltak slik at omfang og kvalitet på ambulansetjenesten opprettholdes i de aktuelle områder, og om at administrerende direktør involverer styret på egnet tidspunkt og måte.

Sak 140/08 Årlig melding – Statsbudsjettet 2010

Styrets enstemmige vedtak

1. Styret slutter seg til den foreliggende vurdering av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere, som innspill til statsbudsjett for 2010 med tillegg.
2. Styret ber om at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet og innarbeides i Årlig melding 2008 fra Helse Midt-Norge RHF.”

Sak 141/08 Helse Nord Trøndelag – nytt styremedlem

Styrets enstemmige vedtak:

Margrete Mære Husby oppnevnes som nytt styremedlem i Helse Nord-Trøndelag HF

Sak 132/08 Orienteringssaker

I møtet 18.12.08 ble Styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Status Helse Midt-Norge

- IKT Helse Midt-Norge
- Rapportering Helsebygg Midt-Norge
- Styring av felleseide selskaper
- Årsplanlegging

Styrets enstemmige vedtak:

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

Sak 143/08 Eventuelt

tyremøtet i januar flyttes til onsdag 14.01.09.

I forbindelse med styremøte 5. februar foretar styret evaluering av sitt arbeid 4. februar på ettermiddagen.

Stjørdal, den 14.01.09

Kolbjørn Almlid

Tove Røsstad

Merethe Storødegård

Ellen Engdahl

Olav Huseby

Oskar J. Grimstad

Jan Magne Dable

Joar Olav Grotting

Kirsti Leirtro

Karl Wesenberg

Ingegjerd Sandberg

Ellen Wøbni

Björg Henriksen

UTKAST