

Styrets medlemmer

Vår ref.:	Deres ref.:	Arkiv:	Dato :
2010/2503 - 19054/2010		012	17.09.2010

Innkalling til styremøte 230910**Møtedato: Torsdag 23. september 2010 kl. 1000****Møtested: Quality Hotel Grand, Steinkjer**

- | | |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sak 33/2010 | Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 19.08.10 |
| Sak 34/2010 | DMS Inn-Trøndelag |
| Sak 35/2010 | Eiers styringskrav 2010 Helse Nord-Trøndelag HF, andre tertialrapport |
| Sak 36/2010 | Møteplan for 2011 |
| Sak 37/2010 | Orienteringssaker: <ol style="list-style-type: none">1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 02.09.102. Protokoll fra møte i Samarbeidsutvalget 30.08.103. Orientering om budsjettarbeid4. Talegjenkjenning - status5. DPS Stjørdal – uttalelse fra styret i Helse Nord-Trøndelag6. Andre orienteringer |

Med hilsen

Steinar Aspli
Styreleder
Sign.Kopi:
Styrets varamedlemmer

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 19.08 2010 kl. 10.00 – 14.30
Møtested: Sykehuset Levanger
Saksnr.: 28/2010 – 32/2010
Arkivsaksnr.: 2010/1890

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende medlemmer:

Steinar Aspli
Inger Marit Eira-Åhrén
Margrete Mære Husby
Siw Bleikvassli
Asbjørn Hofslie
Ragnhild Torun Skjerve
Torgeir Schmidt-Melbye
Inger Anne Holm
Peter Himo
Jørgen Selmer
Rolf Gunnar Larsen

Forfall: Ingen

Fra Brukerutvalget møte: Øystein Bjørnes

Fra Samarbeidsutvalget møte: Ingen

Fra administrasjonen møte:

Adm. direktør	Arne Flaatt
Assisterende direktør	Mads E. Berg
Økonomisjef	Tormod Gilberg
Helsefaglig rådgiver	Dagfinn Thorsvik
Kvalitetssjef	Tor Ivar Stamnes
Informasjonssjef	Trond G. Skillingstad

Merknader til møtet: Ingen merknader.

Merknader til innkalling og sakliste:
Ingen merknader.

Innkalling utsendt pr. e-post 12.08 2010. Saksframlegg publisert på internettløsningen for styresaker.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Sak 28/2010 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 17.06.10

Protokoll

Steinar Aspli viste til protokollen.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Møteprotokoll fra styremøtet 17.06.10 godkjennes.

Sak 29/2010 Oppnevning av brukerrepresentant til Samarbeidsutvalget, perioden 2010 - 2011

Protokoll

Steinar Aspli viste til saksutredningen og oppfølging av punkt i Samhandlingsstrategien om brukerrepresentasjon i Samarbeidsutvalget.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF slutter seg til forslaget om oppnevning av leder i Brukerutvalget, Øystein Bjørnes, som brukerrepresentant i Samarbeidsutvalget for perioden 2010 – 2011.
 2. Styret i Helse Nord-Trøndelag HF slutter seg til forslaget om oppnevning av nestleder i Brukerutvalget, Hildur Fallmyr, som vara brukerrepresentant i Samarbeidsutvalget for perioden 2010 - 2011
-

Sak 30/2010 Oppfølging av Helse Midt-Norges strategi 2020

Protokoll

Administrerende direktør Arne Flaatt gikk gjennom prosessen i forbindelse med Helse Midt-Norges strategi 2020. Det ble vist til at punktene i det lokale vedtaket i stor grad er innlemmet i Helse Midt-Norges endelige styrevedtak.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Den videre prosessen er lagt opp slik at de lokale helseforetakene skal ha en sentral rolle i oppfølgingen av strategivedtaket, samtidig som arbeidet skal koordineres i foretaksgruppen Helse Midt-Norge gjennom en regional prosjektorganisasjon.

Flaat gjennomgikk særskilt relevante punkter i strategivedtaket.

Styret drøftet vesentlige forhold for Helse Nord-Trøndelag som tas med i felles styreledersamling i Helse Midt-Norge 3. september 2010 og i den videre prosessen.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar saken til orientering.
2. Styret i Helse Nord-Trøndelag HF ber om at det legges fram en skisse til prosess og fremdriftsplan for det videre strategiarbeidet så snart som mulig.

Sak 31/2010 Budsjet 2011

Protokoll

Økonomisjef Tormod Gilberg gikk gjennom utfordringsbilde som så langt kan skisseres i forhold til budsjett 2011. Helse Nord-Trøndelags administrasjon har utarbeidet en overordnet konsekvensanalyse til Helse Midt-Norge ved kostnadsreduksjoner fra 1 prosent til 4 prosent. Gilberg gikk gjennom konsekvensanalysen.

Styret drøftet saksframlegget og muligheter for å tilpasse seg rammereduksjoner av ulik størrelse. Styret ber om at budsjett 2011 settes opp som sak i hvert styremøte høsten 2010.

Ragnhild Torun Skjerve fremmet alternativt forslag til vedtak:
Styret tar vurderingene rundt budsjettutfordringene for 2011 til orientering.

Administrerende direktør trakk sin innstilling til vedtak.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Styret tar vurderingene rundt budsjettutfordringene for 2011 til orientering.

Sak 32/2010 Orienteringssaker

Protokoll

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 24.06.10

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

MØTEPROTOKOLL

Steinar Aspli viste til protokollen.

2. Driftsrapport juni/juli 2010

Assisterende direktør Mads Berg gikk gjennom driftsrapport for juli og akkumulerte resultat på drifts- og kvalitetsindikatorer hittil i år. Økonomisk resultat i juni og juli var bedre enn budsjett. Berg gjennomgikk alle indikatorer og resultatavvik fra krav og mål. Informasjonssjef Trond G. Skillingstad viste resultat fra mediemåling 2. kvartal. Analysen viste svakere resultater i 2. kvartal enn 1. kvartal, og store variasjoner fra måned til måned.

3. DMS Inn-Trøndelag

Leder av medisinsk klinikk Levanger gjorde rede for forhandlinger i tilknytning til etablering av DMS Inn-Trøndelag. Sende viste til planlagt innhold i senteret, og hvilket utgangspunkt Helse Nord-Trøndelag har for finansiering av de ulike delene av DMS Inn-Trøndelag. Sende orienterte om hvorfor inndekning ved kostnadsreduksjon i sykehusavdelingene vil være krevende.

4. Tilsyn 1. halvår 2010

Kvalitetssjef Tor Ivar Stamnes gjorde rede for tilsyn gjennomført i Helse Nord-Trøndelag første halvår 2010. Det er varslet og gjennomført fem tilsyn:

- i. Helsetilsynet: Kommunikasjon i helseforetak. Kirurgisk klinikk Levanger
- ii. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap: HMS og bruk og vedlikehold av MTU. Serviceklinikken og Kirurgisk klinikk Levanger.
- iii. Helsetilsynet: Tilsyn med små fødeenheter. Fødeavdelingen Namsos.
- iv. Helse Midt-Norge RHF: Ivaretagelse av pasientrettigheter. BUP Levanger og Ortopedisk poliklinikk Namsos.
- v. Helse Midt-Norge RHF: Oppfølging av arbeidsmiljøundersøkelsen 2008. Kirurgisk klinikk Levanger.

Det foreligger endelig rapport fra tre av tilsynene (tilsyn 1 til 3). Stamnes gikk gjennom tilsynsrapportene og helseforetakets oppfølging av avvik og merknader.

5. Oppfølging av indikatorer

Administrerende direktør Arne Flaatt viste hvilket arbeid som er gjort innen indikatorer som styret har bedt om særskilt oppfølging av. Dette gjelder epikriser, strykninger, brudd på vurderings- og behandlingsfrist og aktivitetsøkningen innen dagbehandling og poliklinikk. Arbeidsgrupper med relevant fagpersonell har utarbeidet konkrete tiltak for å styrke måloppnåelsen.

Helsefaglig rådgiver Dagfinn Thorsvik gjorde spesielt rede for tilstand for talegjenkjenningssystemet i foretaket.

6. Oppsigelse av avtale om plasser ved DPS Stjørdal

Administrerende direktør Arne Flaatt viste til beskrivelse i saksutredningen om at St. Olavs Hospital i styrevedtak har sagt opp sine plasser ved DPS Stjørdal. Leder av psykiatrisk klinikk, Hilde Ranheim gjorde nærmere rede for innholdet i det distriktpsikiatriske senteret, grunnlaget for etablering av senteret og konsekvenser av bortfall av finansiering som følge av oppsigelsen.

Saken blir videre behandlet av Helse Midt-Norge RHF.

7. Andre orienteringer

Brev fra Helse og omsorgsdepartementet ved statsråden til landets helseforetak ("Uønskede hendelser i spesialisthelsetjenesten", datert 02.07 2010).

Administrerende direktør Arne Flaatt delte ut brevet til styrets medlemmer og leste opp brevet i møtet.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Styret tar vurderingene rundt budsjettutfordringene for 2011 til orientering.

Styret gir styreleder fullmakt til å avgi en uttalelse til Helse Midt-Norge i saken om DPS Stjørdal.

Levanger, 19.08 2010

Steinar Aspli

Inger Marit Eira-Åhrén

Margrete Mære Husby

Siw Bleikvassli

Ragnhild Torun Skjerve

Asbjørn Hofslø

Torgeir Schmidt-Melbye

Rolf Gunnar Larsen

Jørgen Selmer

Inger Anne Holm

Petter Himo

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 34/2010 DMS Inn-Trøndelag

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	23.09.10	34/2010

Saksbeh: Kristian Eldnes

Arkivkode:

Saksmappe: 2010/2503

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF slutter seg til det avtaleutkast som er fremforhandlet, og ber adm. direktør besørge gjennomføring av prosjektet DMS Inn-Trøndelag med etablering av intermediær sengepost.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gir administrerende direktør fullmakt til å inngå på vegne av Helse Nord-Trøndelag en egen husleieavtale med Steinkjer kommune for en periode på inntil 5 år om dekning av kostnader knyttet til leie av lokaler for etablering av dialyse og poliklinikk som del av DMS Inn-Trøndelag.
3. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gir adm.direktør fullmakt til å foreta de investeringer som er skissert i saken, og beslutte oppstart av dialyse og poliklinikk fra det tidspunkt adm.direktør finner er riktig i forhold til både økonomiske, kapasitetsmessige og avtalemessige forhold.

SAKSUTREDNING:

Sak 34/2010 DMS Inn-Trøndelag

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

Avtaleutkast av 13.09.2010.

Utrykte vedlegg i saksmappen

- Styresak 42/2008 DMS Inn-Trøndelag – Hovedprosjekt.
- Distriktsmedisinsk senter i Inn-Trøndelag. Rapport fra arbeidsgruppe 1.oktober 2008.
- DMS Inn-Trøndelag – Sluttrapport fra delprosjekt ”samhandling spesialisthelsetjenesten/vertskommunene” perioden 15.4-15.10.2009.
- DMS Inn-Trøndelag sluttrapport 4.3.2010.
- Utskrivningskriterier fra Helse Nord-Trøndelag HF sine sykehus til DMS Inn-Trøndelag.

GJELDENDE FORUTSETNINGER

INVEST kommunene Inderøy, Steinkjer og Verran henvendte seg i 2008 til Helse Nord-Trøndelag med ønske om et samarbeid om helsetjenestene.

Administrerende direktør Arne Flaatt besluttet i juni 2008 at det skulle utarbeides en skisse for et mulig Distriktsmedisinsk senter i INVEST kommunene.

En arbeidsgruppe bestående av representanter fra kommunene og Helse Nord-Trøndelag HF overleverte en rapport til administrerende direktør 01.10.2008.

På bakgrunn av denne rapporten ble saken fremmet for styret 19.11.2008, sak 42, hvorpå styret fattet følgende vedtak:

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

Siden vedtak i styresak 42/2008, 19.11.2008 er det orientert i styret om DMS Inn-Trøndelag hele seks ganger. Blant annet i sak 22/2009 (junimøte) ble det orientert om at totale årlige kostnader nå var justert til 9,1 mill.kr for Helse Nord-Trøndelag HF, hvorav kostnader for drift av intermedierpost på 16 senger ble opplyst å være beregnet til 5,4 mill.kr. Drift av poliklinikker utgjorde 3,7 mill.kr.

Styreleder Steinar Aspli orienterte om forslag til intensjonsavtale mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag HF. Følgende kommuner er nå involvert: Inderøy kommune, Steinkjer kommune, Verran kommune, Snåsa kommune og Mosvik kommune.

Forhandlingene om avtale mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag HF har vært meget tidkrevende og utfordrende.

I styresak 32/2010 ble det av klinikkleder Øystein Sende gitt en omfattende redegjøring for forhandlingene i tilknytning til etablering av DMS Inn-Trøndelag. Sende gjennomgikk planlagt aktivitet i senteret og hvilket utgangspunkt Helse Nord-Trøndelag HF har for finansiering av de ulike delene av DMS Inn-Trøndelag. Sende orienterte om hvorfor inndekning ved kostnadsreduksjon i sykehusets avdelinger vil være krevende.

Det foreligger nå et avtaleutkast, Vedlegg 1, som fremlegges for styret i Helse Nord-Trøndelag HF.

FAKTISKE OPPLYSNINGER OG DRØFTING

Bakgrunn for DMS Inn-Trøndelag

Kommunene Inderøy, Mosvik, Snåsa, Steinkjer og Verran har sammen med Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF avtalt å gå inn i et 5-årig samhandlingsprosjekt for å realisere et Distriktsmedisinsk senter – DMS Inn-Trøndelag.

DMS Inn-Trøndelag er organisert etter kommunelovens § 28c – vertskommune med folkevalgt nemnd. Steinkjer kommune er vertskommune for kommunene Inderøy, Mosvik, Snåsa, Steinkjer og Verran.

Avtaleparter er:

- Steinkjer kommune, vertskommunen
- Helse Nord-Trøndelag HF

Avtalens varighet er foreslått å gjelde fra 01.01.2011 og utløpe den 31.12.2015.

Målsettinger for DMS Inn-Trøndelag:

- DMS Inn-Trøndelag skal være en effektiv og nyskapende interkommunal drevet helseenhet, som driver sin virksomhet i det faglige skjæringspunktet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, jfr. St.meld. nr. 47 (2008-2009).
- Utforming av en helhetlig og forbedret behandlingsskjede for pasienter, som etter hva som er faglig forsvarlig, formelt utskrives fra Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos (HNT's sykehus), og overføres til intermediær sengepost ved Distriktsmedisinsk Senter Inn-Trøndelag (DMS Inn-Trøndelag) for videre behandling og oppfølging.
- Sikre en høy faglig kompetanse gjennom veiledning og oppfølging fra HNT inn mot DMS Inn-Trøndelag.
- En faglig god samhandlingsarena for bedre informasjonsflyt og gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- Oppnå bedre kostnadseffektivitet for spesialisthelsetjenesten, kommunene og samfunnet for øvrig.

De forventede effekter av et distriktsmedisinsk senter er knyttet til:

- a) bedre kvalitet på tjenestene gjennom
 - bedre funksjonsevne hos brukerne
 - færre re-innleggelser
 - mindre reisetid for brukerne
 - nærhet til tjenestene
- b) bedre samhandling og kompetanseoverføring mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste

- c) kostnadseffektivitet gjennom
 - lavere behandlingstkostnad
 - mindre behov for kommunale pleie- og omsorgstjenester
 - kortere liggetid - frigjøre sykehussenger til andre pasienter
 - mindre utgifter til syketransport
- d) Bedre rekruttering av personell til kommunehelsetjenesten

I avtalen mellom partene er det sagt at Helse Nord-Trøndelag sine plikter er:

- Etter forutgående tildeling av legehjemmel fra Helse Midt-Norge RHF til HNT, for bruk i avtaleperioden 01.01.2011 - 31.12.2015, så har HNT arbeidsgiveransvaret for leger i spesialisering som skal utføre tjeneste ved intermediær sengepost i avtaleperioden 01.01.2011 - 31.12.2015.
- I løpet av avtaleperioden, så etablerer og driver HNT sine egne spesialistpoliklinikker ved DMS Inn-Trøndelag. HNT har som målsetting å etablere og drive spesialistpoliklinikker og dialyseenhet med inntil 9 dialyseplasser og dagbehandling (ø-hjelp) i løpet av avtaleperioden.
- HNT har ansvar etter spesialisthelsetjenesteloven for virksomheten i spesialistpoliklinikkene og dialyseenheten.
- HNT har veiledningsansvar etter spesialisthelsetjenesteloven.
- HNT har arbeidsgiveransvaret for legespesialister og annet helsepersonell som skal tjenestegjøre i spesialistpoliklinikkene og dialyseenheten.
- Ved etablering av røntgenlab eiet av vertskommunen i løpet av avtaleperioden, har HNT ansvaret for drift av denne (mottak av henvisninger, innkalling av pasienter, bildetaking og tolking, og svar til rekvirenter).

Vertskommunens plikter i henhold til avtaleforslaget:

- Vertskommunen stiller til disposisjon for intermediær sengepost lokaler ved Egge Helsetun gnr 205 bnr 2 i Steinkjer kommune, som har besøksadresse Markavegen 1, 7715 Steinkjer.
- Vertskommunen utbedrer og ferdigstiller for formålet lokaler i Egge Helsetun – (se beskrivelse i egen husleieavtale med romprogram mellom vertskommunen og HNT).
- Vertskommunen etablerer, og driver intermediær sengepost i lokalene i Egge Helsetun.
- Den intermediære sengeposten skal ha 16 intermediære senger som skal brukes til å ta i mot pasienter fra HNTs sykehus, og som er bosatt i kommunene som er med i vertskommuneavtalen. Pasienter bosatt i andre kommuner kan bare gis tilbud etter avtale med vertskommunen og HNT ved aktuell klinikk/avdeling. Se *Utskrivningskriterier fra HNTs sykehus*.
- Vertskommunen stiller også til disposisjon lokaler til HNT for leie ved Egge Helsetun, gnr 205 bnr 2 i Steinkjer kommune, for HNT sin spesialistpoliklinikkvirksomhet og dialyseenhet. (Se nærmere beskrivelse som er inntatt i egen husleieavtale mellom vertskommunen og HNT).
- Vertskommunen har ansvaret for daglig drift, ledelse og koordinering av intermediær sengepost og annen kommunal virksomhet ved DMS Inn-Trøndelag.
- Leder for DMS Inn-Trøndelag skal også ivareta HNT sine stedlige koordineringsoppgaver ved DMS Inn-Trøndelag.
- Vertskommunen har det medisinske faglige ansvaret i henhold til kommunehelsetjenestelovens bestemmelser når det gjelder pasientoppfølging og driften av intermediær sengepost og annen kommunal virksomhet ved DMS Inn-Trøndelag.
- Vertskommunen har arbeidsgiveransvaret for alt personell som skal tjenestegjøre i intermediær sengepost og annen kommunal virksomhet ved DMS Inn-Trøndelag, unntatt arbeidsgiveransvaret for leger i ass. legehjemmel i avtaleperioden.

- Vertskommunen kan etter egen beslutning stille røntgenutstyr til disposisjon for HNT. Vertskommunen har ansvaret for vedlikeholdet av dette utstyret. Ved en slik etablering, inngår partene en egen tilleggsavtale.

Evaluering og følgeforskning

DMS Inn-Trøndelag er et modellforsøk hvor 5 kommuner samarbeider med spesialisthelsetjenesten for å oppnå en bedre pasientbehandling. Helse Nord-Trøndelag vil initiere et forskningsprosjekt med formål å evaluere effekten av intermediærenheten i denne samarbeidsmodellen. Dette vil samordnes med forskningsprosjektet som evaluerer effekten av Stjørdal DMS, i regi av NTNU og HNT.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Driftskostnadene for intermediærposten på 16 senger er beregnet til: **18 mill.kr.**

Det er lagt som en forutsetning at Helse Midt-Norge RHF, Helse Nord-Trøndelag HF og kommunene dekker hver 1/3 av driftskostnadene for intermediærenheten, 16 senger.

	Andel betaling av driftskostnader	Sum i kroner
Helse Midt-Norge RHF	1/3	6 mill.kr.
Helse Nord-Trøndelag HF	1/3	6 mill.kr.
Kommunene	1/3	6 mill.kr.
SUM	3/3	18 mill.kr.

Oversikt merkostnader Helse Nord-Trøndelag på grunnlag av beregninger gjort iht rapport av 4.3.2010.

Beskrivelse	Sum i kroner
Drift intermediærpost 16 senger, 1/3 av kostnadene	6 mill.kr.
Merkostnader poliklinikkdrift ved full drift iht sluttrapport	4 mill.kr.
Antatt merkostnad ved en DMS Inn-Trøndelag med dagens prisnivå.	10 mill.kr.

Etter avtaleutkastet, så vil Helse Nord-Trøndelag HF kunne starte drift av poliklinikker når det passer i løpet av avtaleperioden, som går frem til 31.12.2015. En senere oppstart av poliklinikk og dialyse vil føre til krav om dekning for husleie, selv om arealet ikke utnyttes fullt ut og heller ikke fra det tidspunkt som det er skissert i prosjektrapporten. Dette som følge av de kostnader som Steinkjer kommune har på grunn av tilpasninger og ombygginger som er foretatt for å frigjøre arealer til dialyse og poliklinikk. Adm.dirrektør er bekymret over den økonomiske tilpasningen som

Helse Nord-Trøndelag HF må foreta i 2011, og ønsker å få styrets fullmakt til å kunne vurdere iverksetting av poliklinikk og dialyse på et senere tidspunkt enn hva som er planlagt. Dette for å utnytte kapasiteten der det koster minst å utnytte den.

I avtaleforslaget mellom partene er det tatt forbehold om at en sentral statlig avklart finansieringsordning gir hjemmel for en reforhandling av denne avtalen. Det gjelder den økonomiske fordelingen mellom partene av de årlige kostnadene med driften av intermedier sengepost. Deretter skal det gies anledning til en årlig reforhandling i tråd med ovenstående, i avtaleperioden.

KONKLUSJON

Administrerende direktør anbefaler at det inngås avtale med Steinkjer kommune som foreslått i vedlagte utkast til avtale mellom partene.

For Helse Nord-Trøndelag HF betyr det at driftsbudsjettet vil øke med 6 mill.kr. årlig fra 2011 til og med 2015 for å dekke driften av 16 sengers intermedierpost.

Innenfor rammen av fremlagte forslag vil Helse Nord-Trøndelag HF kunne starte opp poliklinikkvirksomhet, herunder dialyse i løpet av avtaleperioden. Ved drift av alle foreslåtte poliklinikkaktiviteter vil merkostnadene for Helse Nord-Trøndelag bli ytterligere 4 mill.kr. I tillegg kommer investeringskostnader for etablering av dialyse og poliklinikkaktivitet på over 4 mill. kr.

Fullt utbygd vil driften av DMS Inn-Trøndelag føre til økonomiske merkostnader for Helse Nord-Trøndelag HF på 10 mill.kr. årlig. Spesialisthelsetjenesten betaler ytterligere 6 mill.kr. årlig gjennom Helse Midt-Norge RHF sitt bidrag i avtaleperioden.

Et nytt distriktsmedisinsk senter på Steinkjer forventes å ha en rekke positive effekter knytta til blant annet bedre kvalitet på tjenestene. Videre vil bedre samhandling og kompetanseoverføring mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene være helt i tråd med nasjonale føringer gitt blant annet gjennom samhandlingsreformen og intensjonene i den. Intensjonene i samhandlingsreformen vil kunne realiseres gjennom et DMS på Steinkjer som blant annet gir bedre kostnadseffektivitet og bedre rekruttering av personell til kommunehelsetjenesten.

Ny lovgivning, forskrifter, eller andre sentrale statlige føringer eller forhold av betydning for DMS Inn-Trøndelag går ved motstrid foran avtalen som er utarbeidet.

Levanger, 14.09.2010

Arne Flaot
Adm.direktør
Sign.

Avtale om Distriktsmedisinsk Senter Inn-Trøndelag (DMS Inn-Trøndelag)

1. Parter

Steinkjer kommune (vertskommunen) – organisasjonsnummer 840 029 212 og
Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) – organisasjonsnummer 983 974 791

DMS Inn-Trøndelag er organisert etter kommunelovens § 28c – vertskommune med folkevalgt nemnd. Steinkjer kommune er vertskommune for kommunene Inderøy, Mosvik, Snåsa, Steinkjer og Verran.

2. Bakgrunn for DMS Inn-Trøndelag

Kommunene Inderøy, Mosvik, Snåsa, Steinkjer og Verran har sammen med Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge RHF avtalt å gå inn i et 5-årig samhandlingsprosjekt for å realisere et Distriktsmedisinsk senter – DMS Inn-Trøndelag.

3. Formålet med DMS-Inn-Trøndelag

- DMS Inn-Trøndelag skal være en effektiv og nyskapende interkommunal drevet helseenhet, som driver sin virksomhet i det faglige skjæringspunktet mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, jfr. St.meld. nr. 47 (2008-2009).
- Utforme en helhetlig og forbedret behandlingsskjede for pasienter, som etter hva som er faglig forsvarlig, formelt utskrives fra Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos (HNTs sykehus), og overføres til intermediær sengepost ved Distriktsmedisinsk Senter Inn-Trøndelag (DMS Inn-Trøndelag) for videre behandling og oppfølging.
- Sikre en høy faglig kompetanse gjennom veiledning og oppfølging fra HNT inn mot DMS Inn-Trøndelag.
- En faglig god samhandlingsarena for bedre informasjonsflyt og gjensidig kompetanseoverføring mellom primær- og spesialisthelsetjenesten
- Oppnå bedre kostnadseffektivitet for spesialisthelsetjenesten, kommunene og samfunnet for øvrig.

4. Vertskommunens plikter:

- Vertskommunen stiller til disposisjon for intermediær sengepost lokaler ved Egge Helsetun gnr 205 bnr 2 i Steinkjer kommune, som har besøksadresse Markavegen 1, 7715 Steinkjer.
- Vertskommunen utbedrer og ferdigstiller for formålet lokaler i Egge Helsetun – (se beskrivelse i egen husleieavtale med romprogram mellom vertskommunen og HNT).
- Vertskommunen etablerer, og driver intermediær sengepost i lokalene i Egge Helsetun.
- Den intermediære sengeposten skal ha 16 intermediære senger som skal brukes til å ta i mot pasienter fra HNTs sykehus, og som er bosatt i kommunene som er med i vertskommuneavtalen. Pasienter bosatt i andre kommuner kan bare gis tilbud etter avtale med vertskommunen og HNT ved aktuell klinikk/avdeling. Se *Utskrivningskriterier fra HNTs sykehus*.
- Vertskommunen stiller også til disposisjon lokaler til HNT for leie ved Egge Helsetun, gnr 205 bnr 2 i Steinkjer kommune, for HNT sin spesialistpoliklinikkvirksomhet og dialyseenhet. (Se nærmere beskrivelse som er inntatt i egen husleieavtale mellom vertskommunen og HNT).

HNTs initialer

Vertskommunens initialer

- Vertskommunen har ansvaret for daglig drift, ledelse og koordinering av intermediær sengepost og annen kommunal virksomhet ved DMS Inn-Trøndelag.
- Leder for DMS Inn-Trøndelag skal også ivareta HNT sine stedlige koordineringsoppgaver ved DMS Inn-Trøndelag.
- Vertskommunen har det medisinsk faglige ansvaret i henhold til kommunehelsetjenestelovens bestemmelser når det gjelder pasientoppfølging og driften av intermediær sengepost og annen kommunal virksomhet ved DMS Inn-Trøndelag.
- Vertskommunen har arbeidsgiveransvaret for alt personell som skal tjenestegjøre i intermediær sengepost og annen kommunal virksomhet ved DMS Inn-Trøndelag, unntatt arbeidsgiveransvaret for leger i ass. legehjemmel i avtaleperioden.
- Vertskommunen kan etter egen beslutning stille røntgenutstyr til disposisjon for HNT. Vertskommunen har ansvaret for vedlikeholdet av dette utstyret. Ved en slik etablering, inngår partene en egen tilleggsavtale.

5. HNTs plikter:

- Etter forutgående tildeling av legehjemmel fra Helse Midt-Norge RHF til HNT, for bruk i avtaleperioden 01.01.2011 - 31.12.2015, så har HNT arbeidsgiveransvaret for leger i spesialisering som skal utføre tjeneste ved intermediær sengepost i avtaleperioden 01.01.2011 - 31.12.2015.
- I løpet av avtaleperioden, så etablerer og driver HNT sine egne spesialistpoliklinikker ved DMS Inn-Trøndelag. HNT har som målsetting å etablere og drive spesialistpoliklinikker og dialyseenhet med inntil 9 dialyseplasser og dagbehandling (ø-hjelp) i løpet av avtaleperioden.
- HNT har ansvar etter spesialisthelsetjenesteloven for virksomheten i spesialistpoliklinikkene og dialyseenheten.
- HNT har veiledningsansvar etter spesialisthelsetjenesteloven.
- HNT har arbeidsgiveransvaret for legespesialister og annet helsepersonell som skal tjenestegjøre i spesialistpoliklinikkene og dialyseenheten.
- Ved etablering av røntgenlab eiet av vertskommunen i løpet av avtaleperioden, har HNT ansvaret for drift av denne (mottak av henvisninger, innkalling av pasienter, bildetaking og tolking, og svar til rekvirenter).

6. Utskrivningskriterier

HNT utarbeider utskrivningskriterier fra HNTs sykehus til DMS Inn-Trøndelag, som er knyttet til medisinsk faglig forsvarlighet.

7. Innleie av helsepersonell og merkantilt ansatte

HNT har adgang til å leie inn helsepersonell og merkantilt ansatte fra vertskommunen til å utføre spesialisthelsetjeneste i HNTs dialyseenhet og spesialistpoliklinikker lokalisert ved DMS Inn-Trøndelag. Dersom innleie blir aktuelt, skal det inngås en egen avtale om innleie fra vertskommunen til HNT, jf reglene i arbeidsmiljøloven § 14-13.

HNTs initialer

Vertskommunens initialer

Det er nødvendig med en egen avtale om innleie for å sikre at HNT i forhold til den tjenesten som skal utføres får instruksjonsmyndighet over innleide arbeidstakere, at alle krav til faglig kompetanse, ansvarsorganisering og informasjons- og sikkerhetsorganisering i spesialisthelsetjenesteloven, helsepersonelloven og helseregisterloven og andre relevante lover med forskrifter blir ivaretatt.

8. Pasientjournalssystemer

Journalforskriften (21.12.2000 nr. 1385) § 4 stiller som krav at virksomhet hvor det ytes helsehjelp må opprette pasientjournalssystem som er organisert slik at det er mulig å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av lov. Kravene i journalforskriften § 4 innebærer at den kommunale virksomheten i intermedieærposten ved DMS Inn-Trøndelag må benytte et pasientjournalssystem. Dokumentasjonen av helsehjelp som ytes ved intermedieærposten ved DMS Inn-Trøndelag skal skje hensiktsmessig, og skal være innenfor rammene av de til enhver tid gjeldende lov- og forskriftsbestemmelser. Partene har en målsetting om å kunne benytte ett journalssystem.

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp, jf helsepersonelloven § 25. For elektronisk tilgang til helseopplysninger på tvers av virksomheter gjelder helseregisterloven § 13 tredje og fjerde ledd.

9. Finansiering

Intermedieær sengepost ved DMS Inn-Trøndelag er driftsmessig og ansvarsmessig en del av kommunenes helsetjeneste. Vertskommunen, HNT og Helse Midt-Norge RHF (HMN) skal i avtaleperioden i utgangspunktet dekke 1/3 hver av de godkjente og budsjetterte driftsutgiftene ved virksomheten ved den intermedieære sengeposten ved DMS Inn-Trøndelag. Budsjetten skal godkjennes av alle parter. For øvrig anskaffer og finansierer vertskommunen utstyr til sitt ansvarsområde ved DMS Inn-Trøndelag. HNT anskaffer og finansierer utstyr til sitt ansvarsområde ved DMS Inn-Trøndelag.

Finansieringsbidragene fra HNT og HMN utbetales fra HNT i månedlige rater den 1. i hver måned. Siste utbetaling fra HNT og HMN finner sted 01.12.2015 og skal i utgangspunktet dekke perioden til og med 31.12.2015.

Sentrale bestemmelser om finansieringsordning av distriktsmedisinske sentre, eller tilsvarende som har betydning for den valgte samarbeidsløsningen mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten, skal gå til fradrag i HNTs 1/3 og HMNs 1/3 av de godkjente og budsjetterte driftsutgiftene ved virksomheten ved den intermedieære sengeposten ved DMS Inn-Trøndelag.

HNTs initialer

Vertskommunens initialer

Partene viser i den forbindelse til St. meld.47 (2008-2009) hvor regjeringen har bebudet at den skal komme tilbake til Stortinget med konkrete forslag til innholdet i den nye finansieringsordningen. En sentral avklart finansieringsordning gir hjemmel for en reforhandling av denne avtalen når det gjelder den økonomiske fordelingen mellom partene av de årlige kostnadene med driften av intermediær sengepost. Deretter årlig reforhandling i tråd med ovenstående, i avtaleperioden.

10. Rapportering

Det skal utarbeides kvartalsvise rapporter som skal danne grunnlag for evalueringen av samarbeidet mellom vertskommunen og HNT. Rapportene skal også danne grunnlag for rapportering til administrativt og politisk nivå i vertskommunen og tilsvarende til administrerende direktør og styret i HNT.

Rapporten skal inneholde følgende:

HNT skal utarbeide følgende statistikk:

- Antall pasienter som ligger i HNTs sykehus etter at de er utskrivningsklare.
- Antall liggedøgn for pasienter som utskrives til intermediær sengepost i DMS Inn-Trøndelag.
- Antall liggedøgn for pasienter som utskrives til andre tjenesteytere i kommunehelsetjenesten i Nord-Trøndelag.
- Antall pasienter behandlet i dialyseenheten og spesialistpoliklinikkene.
- Gjennomsnittlig liggetid i DMS Inn-Trøndelag sammenliknet med gjennomsnittlig liggetid i sykehuspost.
- Re-innleggelser etter opphold på DMS Inn-Trøndelag.

Vertskommunen skal utarbeide oversikt over:

- Liggedøgn ved DMS Inn-Trøndelag.
- Hvilket tjenestetilbud som pasientene ved DMS Inn-Trøndelag skrives ut til.
- Re-innleggelser til HNTs sykehus i løpet av oppholdsperioden ved DMS Inn-Trøndelag.
- Beskrivelse av målgrupper, diagnose og pasientantall.
- Personellbruk, ressursbruk og utviklingstrekk.

Ansvar for å samle inn opplysninger og statistikk i forbindelse med driften av intermediær sengepost og andre kommunale tjenester i DMS Inn-Trøndelag tilligger daglig leder ved DMS Inn-Trøndelag.

11. Endrede forutsetninger

Ny lovgivning, forskrifter, eller andre sentrale føringer eller forhold av betydning for DMS Inn-Trøndelag går ved motstrid foran denne avtalen.

HNTs initialer

Vertskommunens initialer

12. Kontaktutvalg

Det etableres et kontaktutvalg med administrative representanter fra kommunen, HNT og HMN. Kontaktutvalget skal ha en hensiktsmessig størrelse. Ledelsen av kontaktutvalget skal gå på omgang mellom kommunen, HNT og HMN. Kontaktutvalget har ikke beslutningsmyndighet, men uttalerett i spørsmål som angår sentrale områder av driften av intermediær sengepost på systemnivå, herunder fastsettelse av budsjett. Kontaktutvalget organiserer for øvrig selv sitt arbeid.

13. Tvister/kontaktpersoner

Dersom det oppstår tvist mellom partene om tolkningen eller rettsvirkningen av denne avtalen skal tvisten først søkes løst ved forhandlinger. Fører forhandlingene ikke frem innen 2 måneder, kan hver av partene forlange tvisten avgjort med endelig virkning ved norske domstoler. Partene kan alternativt avtale at tvisten blir avgjort med endelig virkning ved voldgift i Norge. Hver av partene oppnevner en voldgiftsmann. Formannen skal være jurist, og oppnevnes av lagmannen i Frostating Lagmannsrett. For øvrig gjelder bestemmelsene i lov 14.5.2004 nr 25 om voldgift. Som verneting vedtas Inntrøndelag Tingrett.

Partenes kontaktpersoner ved spørsmål omkring samarbeidet og avtalens bestemmelser er:

Vertskommunen: XX

HNT: XX

14. Avtalens varighet

Avtalen gjelder fra 01.01.2011 og utløper den 31.12.2015.

Evaluering av samarbeidet i 2011 skal være slutført innen 31.12.2011. Deretter skal samarbeidet evalueres en gang hvert år.

HNT og HMNs delfinansiering av driftsutgifter i forbindelse med driften av intermediær sengepost ved DMS Inn-Trøndelag etter den 31.12.2011, skal være gjenstand for årlig reforhandling. Det skal årlig tas opp forhandlinger om reforhandling innen utgangen av august måned. Første reforhandling skal være påbegynt innen 01.09.2011.

15. Mislighold

Begge parter kan si opp avtalen med 30 dagers varsel dersom det foreligger mislighold fra den annen parts side. Oppsigelsen skal skje skriftlig. Ingen av partene kan kreve erstatning for tap som følge av oppsigelse av denne kontrakten. Den parten som har misligholdt kontrakten er likevel ansvarlig for den annen parts utgifter, slik at oppdraget kan få en rimelig avslutning i forhold til lov- og avtaleforpliktelser som foreligger på en eller begge parters hånd.

16. Andre avtaler

- *Husleieavtale mellom vertskommunen og HNT.*
- *Avtale mellom HNT og HMN om refusjon av utbetalt finansieringsbidrag til vertskommunen i forbindelse med finansiering av DMS Inn-Trøndelag*
- *Vertskommuneavtale*

HNTs initialer

Vertskommunens initialer

17. Vedlegg

- *DMS Inn-Trøndelag - Sluttrapport fra delprosjekt "samhandling spesialisthelsetjenesten/vertskommunene" perioden 15.4.-15.10.2009.*
- *DMS Inn-Trøndelag sluttrapport 4.3.2010.*
- *Utskrivningskriterier fra HNTs sykehus til DMS Inn-Trøndelag*

18. Underskrift

Avtalen er utferdiget i 2 eksemplarer hvorav partene beholder hvert sitt.

.....
For Helse Nord-Trøndelag HF

.....
For Steinkjer kommune
(som vertskommune)

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 35/2010 Eiers styringskrav 2010 Helse Nord-Trøndelag HF – andre tertialrapport

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	23.09.10	35/2010

Saksbeh: Kristian Eldnes

Arkivkode:

Saksmappe: 2010/2503

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar status for oppfølging av styringskrav 2010 gitt av eier gjennom styringsdokument og foretaksmøteprotokoller til etterretning.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF ber om at områder med kritisk (rød) og høy (gul) risiko blir fulgt opp med tiltak slik at resultater innfris i tråd med skisserte målsettinger for 2010.

SAKSUTREDNING:

Sak 35/2010 Eiers styringskrav 2010 Helse Nord-Trøndelag HF – andre tertialrapport

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. AD rapport pr. 31.08. 2010.
2. Samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument 2010 og foretaksmøteprotokoller.

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Styringsdokument 2010 for Helse Nord-Trøndelag HF
2. Oppdragsdokument 2010 Helse Midt-Norge RHF
3. Foretaksmøteprotokoll for HNT av 10.02.2010.
4. Årlig melding 2009, 14.01.2010.

GJELDENDE FORUTSETNINGER

I styresak 06/2010 ble styret orientert om hvordan adm.dirktør ville følge opp eiers samlede styringskrav. Gjennom de månedlige AD-rapportene og første tertialrapport er styret for Helse Nord-Trøndelag HF orientert om status i forhold til hovedelementene i styringsdokument og foretaksmøteprotokoller.

Nå presenteres styret for AD-rapport pr.31.08.2010 (Vedlegg 1.) og liste med samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument 2010 og foretaksmøteprotokoller. (Vedlegg 2.)

Dette danner til sammen grunnlag for tertialrapport andre tertial, der eiers samlede styringskrav for 2010 besvares.

FAKTISKE OPPLYSNINGER OG DRØFTING

Krav i styringsdokument og foretaksmøteprotokoller består pr. andre tertial av **119** styringsparametre, små og store oppgaver.

Alle 119 oppgavene er risikovurdert ut fra sannsynlighet for og konsekvens av å ikke nå målet eller løse oppgaven.

Kravet fra Helse Midt-Norge RHF er at områder med kritisk risiko (rød) og de med høy/middels risiko (gul) skal det settes inn tiltak på for å redusere risikoen og realisere mål/forventa resultat.

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

	Kritisk risiko (rød)	Høy/middels risiko (gul)	Lav risiko (grønn)
Antall mål og oppgaver	2.tertial: 3 1.tertial: 4	2.tertial: 46 1.tertial: 39	2.tertial: 70 1.tertial: 58

I vedlegg to finnes en full oversikt over alle krav med risikovurderinger og undervegsrapportering på både resultat og tiltaksoppfølging pr. andre tertial.
37 av de 119 kravene vurderes som oppfylt.

3 av de 119 kravene vurderes å ha kritisk risiko og omtales spesielt:

A: Tiltak 4.1.6 Andel strykninger av planlagte operasjoner.

2010	1. Tertial	2.Tertial	Akk. Pr 2. Tertial	Mål
Andel Strykninger	7,50 %	8,60 %	7,90 %	< 5,0 %
2009	1. Tertial	2. Tertial	Akk. Pr 2. Tertial	Mål
Andel Strykninger	9,20 %	7,50 %	8,50 %	< 5,0 %

En arbeidsgruppe oppnevnt av adm.direktør har foreslått gjennomført følgende tiltak:

1. Strykninger fast tema på alle ledermøter. Ukentlig gjennomgang på avd.møter.
Ansvar: Klinikkleder Na og Le
2. Informasjon til pasienter som blir strøket.
Ansvar:Klinikkleder Na og Le
3. Standardisere henvisning til operasjon Ansvar: Klinikkleder Le
4. Kommunikasjon med pasienten i forkant:
- Preoperativ telefonscreening – utvide og kvalitetssikre den vi gjør i dag
- SMS-varsling av timeavtale
Ansvar: Klinikkleder Na og Le
5. Frigjøre kapasitet til ø-hjelpsoperasjoner uten å redusere aktivitetsnivået
Ansvar: Klinikkleder Na og Le

B: Tiltak 5.3.4 (Rapporteres i årlig melding;)

Antall årsverk for leger, legespesialister og psykologer i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (mål: skal økes).

Det kreves nye legehjemler til psykiatrien. Alle LIS leger og spesialisthjemler er besatt innafor psykiatrien. Ruslidelser bør i fremtiden bli en del av utdanningskravet til psykiater. Adm.direktør har iverksatt et arbeid for å kartlegge om det finnes ledige legehjemler som ikke vil bli besatt i nærmeste fremtid. På grunnlag av denne kartleggingen vil en vurdere overføring av legehjemler til rusområdet. Dette vil sees i sammenheng med det arbeidet som nå pågår for å opprette en allmennrusavdeling i samarbeid med Rusbehandling Midt-Norge RHF.

C: Tiltak 5.4.2

Avdelinger som ivaretar rehabilitering skal som en del av driften utføre ambulerende tjenester

Rehabiliteringsklinikken har gjort en vurdering av hvilke ressurser som er nødvendig og hvordan et slikt tilbud kan organiseres for å innfri kravet.

Adm.direktør vil bemerke at det drives en del ambulant virksomhet i dag på dette området, men det er ikke opprettet spesifikke team slik som rehabiliteringsklinikken foreslår.

Opprettelse av nytt tilbud på dette området vil bli tatt med i prioriteringsdrøftingene i forbindelse med budsjett for 2011.

Av de 119 risikovurderte mål/oppgaver er 46 vurdert å ha en høy/moderat risiko (gul). Av disse vil en del områder ha særskilt fokus. Dette gjøres blant annet via lederavtalene som er inngått og oppfølgingen av disse.

Følgende områder har særskilt fokus:

- Aktivitet og kostnadskontroll.
- Kvalitet
 - Ventetider
 - Fristbrudd
 - Epikriser
 - Korridorpasienter
- Sykefravær

Aktivitet og kostnadskontroll

Aktivitet

Akkumulert aktivitet i somatikken t.o.m. august viser et negativt avvik på 406 DRG-poeng (- 2,2 %). Alle klinikker med unntak av kirurgisk klinikk Namsos og rehabiliteringsklinikken har negative avvik hittil i år. Det er størst absolutt avvik for innlagte heldøgnsopphold, mens dagbehandling og poliklinikk viser noe mindre avvik.

Det meste av avviket skyldes at planlagt aktivitetsvekst på 1,9 % ikke har slått til, og at årets aktivitet er periodisert slik at hele aktivitetsveksten skulle skjedd i årets 5 første måneder. Med en periodisering mer i samsvar med fjorårets aktivitet ville ikke avviket hittil i år blitt så stort. Klinikker og avdelinger arbeider med aktivitetsfremmende tiltak. Vi opprettholder derfor en prognose for årets aktivitet i somatiske avdelinger i samsvar med fastsatte plantall.

Vi har ikke måltall for antall utskrevne pasienter i de psykiatriske avdelingene. Pr. august har VOP et negativt avvik i forhold til plan på ca 10 %, men BUP har et negativt avvik på ca 13 %.

Noe av avviket skyldes mangel på fagpersonell. Med pågående tilsetting av personell forventes aktiviteten å øke i tiden framover. Det prognostiseres derfor en aktivitet på årsbasis som vil ligge henholdsvis 8 og 10 % lavere enn plantallene for VOP og BUP.

Økonomi og kostnadskontroll

Akkumulert er resultatet hittil i år 21,0 mill kroner mot et budsjett på 0,4 mill kroner, dvs. et positivt avvik på 20,6 mill kroner.

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

Prognose for årsresultatet er nå satt til 20 mill kroner. Prognosen er forbedret med 20 mill kroner fra forrige periode. Vi mener at det er stor (> 50 %) sannsynlighet for at foretaket vil nå prognostisert resultat. Dette bygger på resultat hittil i år, periodisering av budsjettet generelt og spesielt periodisering av buffer på om lag 30 mill kroner.

I forbindelse med utarbeiding av budsjett og driftsplaner for 2010 har foretakets klinikker beskrevet omstillingstiltak tilsvarende 58,4 mill kroner. Tiltak tilsvarende 29,1 mill kroner er gjennomført t.o.m. august. Prognose for økonomisk effekt av gjennomførte budsjetterte tiltak i 2010 er 50,2 mill kroner.

Bemanning/ innleie

Bemanning – 2010	Samme periode forrige år	Denne periode	Budsjett denne periode	Avvik ift budsjett
Fast lønn	2 222,5	2 214,5	2 219,3	-4,8
Variabel lønn	63,8	53,6	62,2	-8,6
Samlet for foretaket	2286,3	2268,2	2281,6	-13,4
Psykiatri	478,3	497,2	492,7	4,5
Øvrig virksomhet	1 808,0	1 771,0	1 788,9	-17,9
Samlet for foretaket:	2 286,3	2 268,2	2 281,6	-13,4

Brutto månedsverk i august er 13 lavere enn budsjett; 5 færre faste månedsverk og 8 færre variable månedsverk enn budsjett.

Det var i august 5 flere månedsverk i psykiatrien og 18 færre i somatikken enn budsjett. Avviket i psykiatrien skyldes at flere nytilsatte medarbeidere tiltrer senere enn planlagt.

Investeringer

Foretakets investeringsbudsjett for 2010:

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

Det er så langt ingen store avvik i forhold til framdrift og kostnad for vedtatte investeringsprosjekt. HNT er tildelt en ramme til kjøp av MTU på 18,0 mill kroner i tillegg til en årlig ramme for leasing på 10 mill kroner. Rammen til MTU er fordelt til foretakets klinikker som utarbeider planer for anskaffelser innen fastsatte rammer.

Kvalitet

Ventetid

Av antall nyhenviste er 72,9 % innvilget prioritert rett til helsehjelp. Dvc at vi nå nærmer oss sterkt et nasjonalt nivå, som er kravet.

Gjennomsnittlig ventetid innafor somatikk er på 80 dager og er omtrent på samme nivå som etter første tertial. (79 dg)

I voksenpsykiatrien er ventetidene økt noe fra 53 dg etter første tertial til 58 dg i andre tertial. Den samme tendensen har det vært innafor BUP der gjennomsnittlig ventetid er økt fra 87 til 91 dager. Innafor rusfeltet (TSB) er imidlertid ventetiden gått ned fra 53 dg etter første tertial til 40 dg etter andre tertial.

Noe av ventetidsøkningen, blant annet innen BUP, skyldes mangel på fagfolk. Ekstraordinære tiltak vil bli iverksatt for å redusere ventetidene.

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

Det er registrert 46 pasienter med prioritert rett til helsehjelp som har ventet mer enn 1 år. Noen av disse pasientene er ikke reelle ventende. Adm.direktør har igangsatt tiltak for å besørge at alle langtidsventende rettighetspasienter blir avviklet.

Fristbrudd for rettighetspasienter

Av 4 804 **avviklede pasienter** er det registrert fristbrudd hos 17,6 % (845 pasienter); - en liten økning fra forrige periode. Andel fristbrudd omfatter i hovedsak somatiske tjenester og ligger på et uakseptabelt nivå i forhold til en nullvisjon. Det gjennomføres månedlige rydderutiner for å unngå fristbrudd.

Av 3 947 **ventende pasienter** er det registrert fristbrudd hos 10,4 % (410 pasienter); - en liten nedgang i forhold til foregående måned. Disse fristbruddene omfatter i all hovedsak somatiske tjenester. Nivået er uakseptabelt høyt i forhold til en nullvisjon. De månedlige rydderutinene avdekker at en viktig årsak til slike fristbrudd er feilregistrering i PAS. Antall reelle fristbrudd er derfor vesentlig lavere. Det gjennomføres nå systematisk opplæring i bruk av PAS-systemet for å redusere risikoen for feilregistrering.

Epikrisetid

Det er en målsetting at minst 80 % av alle epikriser skal være utsendt innen 7 dager etter at pasienten er utskrevet fra sykehuset. I august måned var denne andelen 81,9 %. Det er en økning i forhold til forrige måned (72,2 %). Gjennom prosjektet talegjenkjenning og andre tiltak arbeides det med effektivisering av prosessene rundt ferdigstilling av epikrisene for å sikre oppnåelse av vedtatt mål over tid. En egen gruppe har utarbeidet tiltak for å sikre måloppnåelse på denne indikatoren. Tiltakene er presentert for styret i forrige møte.

Korridorpasienter

Det er en målsetting at vi i hovedsak ikke skal ha korridorpasienter. I august måned var andelen korridorpasienter 1,0 %. Akkumulert var andelen 2,0 % etter 2.tertial. Etter 1.tertial var andelen 2,5 %.

Sykefravær

I august ble sykefraværet målt til 6,7 %. Akkumulert pr. andre tertial var sykefraværet på 8,0 %. En gruppe oppnevnt av adm.direktør har utarbeidet forslag på tiltak som skal øke nærværet. Tiltakene vil bli implementert i tredje tertial.

Internkontroll og ledelsens gjennomgang

- *Ledelsens gjennomgang 2010*

I forbindelse med ledelsens gjennomgang ble det enighet om oppfølging og gjennomføring av følgende:

A Helse miljø og sikkerhet (HMS)

1. HMS-arbeidet skal brukes aktivt for å øke arbeidsgleden og sikre HNTs leveringsevne fortløpende
2. Linjeledelsen skal ha aktiv og målrettet bruk av BHT i HMS-arbeidet og risiko- og sårbarhetsanalyser, fortløpende

3. Vurdere verneombudsområdene, 3. kvartal 2010
4. Sikre at opplæring i bruk av medisinsk utstyr er dokumentert for alle yrkesgrupper, 2. kvartal 2010
5. Utarbeide plan for gjennomgang av forhold som påvirker foretakets leveringsevne 3. kvartal 2010
6. Redusere sykefravær som følge av skader/forhold på arbeidsplassen, fortløpende

B Pasientrelatert kvalitet

1. Kvalitetssikre internkontrollsystemet for legemiddelhåndtering, 4. kvartal 2010
2. Forbedre registreringen og oppfølgingen av behandlingskomplikasjoner, 3. kvartal 2010
3. Oppnevne kvalitetsveiledere på klinikkene, 2. kvartal 2010
4. Bruke registreringer aktivt i kvalitetsforbedring, 3. kvartal 2010
5. Systematisk journalanalyse, 3 kvartal 2010
6. Bruke ”Triage” aktivt for prioritering av pasienter i mottakelsene, 4. kvartal 2010

C Informasjonssikkerhet

1. 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
2. Systemer/løsninger må ikke tas i bruk før risikovurderinger er gjennomført og, som en følge av dette, eventuelle nødvendige risikoreducerende tiltak er iverksatt, fra dags dato

D Avviksbehandling

1. Kriterier for melding av avvik må gjennomgås med de ansatte, fortløpende
2. Avvikshendelser siden forrige møte bør være fast tema på avdelingsmøter, 3. kvartal 2010
3. Etablere rutiner for elektronisk avviksbehandling innen 31.12. 2010

Eksterne tilsyn og ROS pr sept. 2010 Helse Nord Trøndelag HF

Nr mnd	Tilsynsmyndighet	Enhet	Tema	Avvik/merknader	Oppfølging/kommentarer
1 Apr	Helsetilsynet	Kir k.L	Kommunikasjon i helseforetak	1 avvik, 2 merknader	Alle avvik og merknader er besvart
2 Apr.	Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap	Kir k L + N MTA + elektro L+N	HMS, bruk og vedlikehold av Med.tekn. utstyr, samt elektro	2 avvik 3 merknader	Alle besvart
3 mai	Helsetilsynet	Fødeavd N	Små fødeenheter	1 merknad	Fulgt opp internt
4 Mai	HMN RHF	BUP L + Ort. Pol. N	Ivaretagelse av pasientrettigheter		Følges opp internt 7 anbefalinger
Nr mnd	Sertifiserings-akkrediterings-oraner	Enhet	Tema	Avvik/merknader	Oppfølging
1	Norsk Akkreditering	Avd. for laboratorie-medisin	Akkrediterings-bedømming	12 avvik 8 merknader	Alle avvik lukket
2 Juni	Det Norske Veritas	Psyk klinikk	Sertifiserings-bedømming	21 avvik 9 merknader	Besvart Frist desember

Interne tilsyn og ros pr.september i Helse Nord-Trøndelag HF

Nr mnd	Enhet	Tema	Avvik/ Merknader	Oppfølging
1 Jan	Blodbank L	Aferesetapping	1 avvik 4 merknader	Alle avvik lukket og merknader fulgt opp
2 Apr	DPS Stjørdal	Ledelsesprosessen med fokus på kompetanse og opplæring	1 merknad	Fulgt opp
3 Apr	ARP N	Ledelsesprosessen	Ingen	
4 Apr	Allmenn N	Ledelsesprosessen	2 avvik 3 merknader	Alle lukket
5 Apr	Alderspsyk. N		1 merknad	Fulgt opp
6 Aug	Sterilsentral L + N	Krav til ledelse	Ingen	

KONKLUSJON

Helse Nord-Trøndelag HF har ved andre tertialrapportering identifisert 3 mål/oppgaver med kritisk risiko og 46 mål/oppgaver med høy/moderat risiko i forhold til eiers samlede styringskrav.

Disse målene/oppgavene følges opp med risikoreduserende tiltak for derigjennom å øke sannsynligheten for å nå målene og løse alle oppgavene.

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

Administrerende direktør mener at statusrapporten etter andre tertial viser at Helse Nord-Trøndelag HF drives meget effektivt og rasjonelt. I forhold til økonomisk resultat, herunder planlagte effektiviseringstiltak, er HNT foran målsetting så langt. Selv om aktiviteten er noe lavere enn plantall for året er det en aktivitetsøkning sammenligna med forrige år.

Risikoutsatte områder er beskrevet og vil bli fulgt opp gjennom risikostyring i fremtiden.

Levanger, 16.09.2010

Arne Flaot
Adm.direktør
Sign.

Helseforetak: Helse Nord-Trøndelag HF	Periode: August 2010
Administrerende direktørs rapport	

1. Helsefag

1.1 Aktivitet

1.1.1 Somatikk

DRG-aktivitet (poeng) - 2010		Avvik tom forrige periode	Avvik denne periode	Avvik tom denne periode	Avvik-% tom denne periode	Avvik-% prognose mot budsjett
3200	Kostnadskrevende legemidler utenfor sykehus	0,0	0,0	0,0	0,0 %	0,0 %
3201	Heldøgnpasienter	-472,4	53,2	-419,2	-2,9 %	0,0 %
3202	Dagpasienter (eks dagkirurgi)	48,2	-8,8	39,5	11,4 %	0,0 %
3204	Poliklinikk (inkl dagkirurgi)	-49,0	-19,4	-68,4	-2,1 %	0,0 %
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	-608,6	25,1	-448,1	-2,5 %	0,0 %
3205	DRG-produksjon - kjøp fra andre regioner	-21,1	0,0	-21,1	-2,1 %	0,0 %
	Sum DRG-poeng "Sørge for"	-629,7	25,1	-469,1	-2,5 %	0,0 %
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	-608,6	160,5	-448,1	-2,5 %	0,0 %
321	Gjestepasienter - salg til andre regioner	46,9	-4,8	42,1	8,1 %	0,0 %
	Sum DRG-poeng produsert i egen region	-561,7	155,7	-406,0	-2,2 %	0,0 %

DRG-aktiviteten i august er 156 DRG-poeng foran plantallene for måneden. Akkumulert aktivitet t.o.m. august viser et negativt avvik på 406 DRG-poeng (- 2,2 %). Alle klinikker med unntak av kirurgisk klinikk Namsos og rehabiliteringsklinikken har negative avvik hittil i år. Det er størst absolutt avvik for innlagte heldøgnsopphold, mens dagbehandling og poliklinikk viser noe mindre avvik.

Det meste av avviket skyldes at planlagt aktivitetsvekst på 1,9 % ikke har slått til, og at årets aktivitet er periodisert slik at hele aktivitetsveksten skulle skjedd i årets 5 første måneder. Med en periodisering mer i samsvar med fjorårets aktivitet ville ikke avviket hittil i år blitt så stort. Klinikker og avdelinger arbeider med aktivitetsfremmende tiltak. Vi opprettholder derfor en prognose for årets aktivitet i somatiske avdelinger i samsvar med fastsatte plantall.

1.1.2 Psykisk helsevern (rapporteres tertialvis)

Aktivitet psykisk helsevern	Samme periode forrige år	Forrige periode	Denne periode	Endring siste periode	Mål denne periode	Avvik ift mål
Antall liggedøgn	1 918	1 330	1 686	356		
Antall utskrivninger	87	101	80	-21		
Antall polikliniske konsultasjoner	3 441	2 036	3 500	1 464	4 018	-518

Vi har ikke måltall for antall utskrevne pasienter i de psykiatriske avdelingene. Antall polikliniske konsultasjoner var siste periode noe lavere plantallene både i voksenpsykiatrien (VOP) og i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Pr. august har VOP et negativt avvik i forhold til plan på ca 10 %, men BUP har et negativt avvik på ca 13 %.

Noe av avviket skyldes mangel på fagpersonell. Med pågående tilsetning av personell forventes aktiviteten å øke i tiden framover. Det prognostiseres derfor en aktivitet på årsbasis som vil ligge henholdsvis 8 og 10 % lavere enn plantallene for VOP og BUP.

1.2 Ventetider

Ventetider - 2010	Fre- kvens	Forrige periode	Teller denne periode	Nevner denne periode	Denne periode	Endring fra forrige periode
Andel nyhenviste pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp	Mnd	71,6 %	6 692	9 180	72,9 %	1,3 %
Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklede rettighetspasienter innen somatikk	Mnd	73			80	7
Andel fristbrudd for rettighetspasienter (avviklede)	Mnd	16,4 %	845	4 804	17,6 %	1,1 %
Andel fristbrudd for rettighetspasienter (ventede)	Mnd	10,9 %	410	3 947	10,4 %	-0,5 %
Antall pasienter med rett til nødvendig helsehjelp som har ventet over 1 år	Mnd	54			46	-8

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

Av 9 180 nyhenviste er 72,9 % (6 692) innvilget prioritert rett til helsehjelp. Dette er en liten økning i praksis fra foregående måned (69,5 %). Vi gjør oppmerksom på at det innenfor de enkelte tjenesteområdene kan være betydelige forskjeller i tildelingspraksis.

1.2.2 Gjennomsnittlig ventetid – somatikk

Gjennomsnittlig ventetid for pasientgruppen er på 80 dager og er økt fra foregående måned (73 dager).

1.2.3 Fristbrudd for rettighetspasienter

Av 4 804 **avviklede pasienter** er det registrert fristbrudd hos 17,6 % (845 pasienter); - en liten økning fra forrige periode. Andel fristbrudd omfatter i hovedsak somatiske tjenester og ligger på et uakseptabelt nivå i forhold til en nullvisjon. Det gjennomføres månedlige rydderutiner for å unngå fristbrudd.

Av 3 947 **ventende pasienter** er det registrert fristbrudd hos 10,4 % (410 pasienter); - en liten nedgang i forhold til foregående måned. Disse fristbruddene omfatter i all hovedsak somatiske tjenester.

Nivået er uakseptabelt høyt i forhold til en nullvisjon. De månedlige rydderutinene avdekker at en viktig årsak til slike fristbrudd er feilregistrering i PAS. Antall reelle fristbrudd er derfor vesentlig lavere. Det er behov for å gjennomføre systematisk opplæring i bruk av PAS-systemet for å unngå dette problemet.

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

Det er registrert 46 pasienter med prioritert rett til helsehjelp som har ventet mer enn 1 år; - en reduksjon på 8 fra foregående måned. Noen av disse pasientene er ikke reelle ventende.

1.3 Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorer - 2010	Fre- kvens	Forrige periode	Teller denne periode	Nevner denne periode	Denne periode	Endring fra forrige periode
Andel sendte epikriser innen 7 dager etter utskrivning (minst 80%)	Mnd	72,2 %	1 205	1 471	81,9 %	9,7 %
Andel korridorpasienter	Mnd	1,0 %	61	5 972	1,0 %	0,0 %
Andel strykninger av planlagte operasjoner	Mnd	6,4 %	24	387	6,2 %	-0,2 %
Antall pasienter med individuell plan		211			164	-47
Antall tvangsinnleggelses pr 10 000 innbyggere		1,6			2,0	0,4
Andel tvangsinnleggelses av det samlede antall innleggelses i psykisk helsevern		27,6 %	26	123	21,1 %	-6,5 %

NB! Antall pasienter med IP rapporteres bare tertialvis.

1.3.1 Epikrisetid

Det er en målsetting at minst 80 % av alle epikriser skal være utsendt innen 7 dager etter at pasienten er utskrevet fra sykehuset. I august måned var denne andelen 81,9 %. Det er en økning i forhold til forrige måned (72,2 %). Gjennom prosjektet talegjenkjenning og andre tiltak arbeides det med effektivisering av prosessene rundt ferdigstilling av epikrisene for å sikre oppnåelse av vedtatt mål over tid. Egen gruppe har utarbeidet tiltak for å sikre måloppnåelse på denne indikatoren.

1.3.2 Korridorpasienter

Det er en målsetting at vi i hovedsak ikke skal ha korridorpasienter. I august måned var andelen korridorpasienter 1,0 %. Det er uendret resultat i forhold til forrige måned. Egen gruppe har utarbeidet tiltak for å sikre måloppnåelse på denne indikatoren.

1.3.3 Strykninger

Det er et mål at andel strykninger av elektive operasjoner skal være mindre enn 5 %. I august måned var andelen strykninger 6,2 %. Det er omtrent samme resultat som i forrige måned (6,4 %), og fortsatt et stykke bak måltallet. Det er økt fokus på de forskjellige årsakene til at pasienter strykes fra operasjonsprogrammet for gjennom det å innrette tiltak for å redusere

omfanget. Egen gruppe har utarbeidet tiltak for å sikre måloppnåelse på denne indikatoren.

2 Økonomi

2.1 Resultat

Resultatavvik - 2010		Avvik tom forrige periode	Avvik denne periode	Avvik tom denne periode
3	Inntekter	6,8	11,4	18,2
4	Varekostnader	-2,8	0,0	-2,8
5	Lønnskostnader	-3,4	3,1	-0,4
6,7	Andre driftskostnader	6,6	-7,6	-1,0
8	Finansposter	5,5	1,0	6,5
Årsresultat jf budsjett:		12,7	7,8	20,5

Foretakets drift i august viser et resultat på 0,1 mill kroner. Det er 7,8 mill kroner bedre enn budsjettet. Akkumulert er resultatet hittil i år 21,0 mill kroner mot et budsjett på 0,4 mill kroner, dvs. et positivt avvik på 20,6 mill kroner.

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

2.1.1 Inntekter

Høyere inntekter enn budsjettet siste måned er delvis knyttet til høy aktivitet. Det meste av avviket skyldes imidlertid brutto føring av inntekter (egenandeler) og kostnader knyttet til pasienttransport. I budsjettet er dette lagt inn med netto kostnader på andre driftskostnader, mens det i regnskapet føres brutto. Det fører til at både inntekts- og kostnadssiden "blåses opp" med tilhørende avvik i forhold til budsjett.

2.1.2 Varekostnader

Varekostnadene er i samsvar med budsjett siste måned.

2.1.3 Lønnskostnader

Lønnskostnadene er siste måned lavere enn budsjettet, og brutto månedsverk er 13 færre enn budsjettet. En god del av lønnsoppgjøret er nå effektivt, mens det er foretatt avsetning i regnskapet for gjenstående del. Det er beregnet en samlet effekt av lønnsoppgjøret omtrent på nivå med budsjettet. Samlet sett ser det så langt ut til at det er god styring på bruk av personellressursene.

2.1.4 Andre driftskostnader

Under denne kostnadsgruppen er det satt av en buffer for å sikre måloppnåelse hvis det skulle påløpe uforutsette kostnader eller bli svikt i inntektene. Avviket for kostnadsgruppen siste måned er imidlertid i hovedsak knyttet til bruttoføring av kostnader knyttet til pasientreiser, jf. informasjon ovenfor under "inntekter".

2.1.5 Finansposter

Foretakets likviditet er bl.a. forbedret gjennom et godt resultat i fjor og hittil i år og tilbakeføring av overskudd fra KLP. Sammen med fortsatt lavt rentenivå bidrar dette til lavere finanskostnader enn budsjettet.

2.2 Prognose

Prognose endring - 2010		Endring tom forrige periode	Endring denne periode	Endring tom denne periode
3	Inntekter	0,0	10,0	10,0
4	Varekostnader	0,0	-5,0	-5,0
5	Lønnskostnader	0,0	0,0	0,0
6,7	Andre driftskostnader	0,0	5,0	5,0
8	Finansposter	0,0	10,0	10,0
Årsprognose jf budsjett:		0,0	20,0	20,0

Prognose for årsresultatet er nå satt til 20 mill kroner. Prognosen er forbedret med 20 mill kroner fra forrige periode. Vi mener at det er stor (> 50 %) sannsynlighet for at foretaket vil nå prognostisert resultat. Dette bygger på resultat hittil i år, periodisering av budsjettet generelt og spesielt periodisering av buffer på om lag 30 mill kroner.

2.2.1 Inntekter

Inntektene prognostiseres 10 mill kroner foran budsjett.

2.2.2 Varekostnader

Varekostnadene prognostiseres 5 mill kroner bak budsjett.

2.2.3 Lønnskostnader

Lønnskostnadene prognostiseres likt budsjett.

2.2.4 Andre driftskostnader

Andre driftskostnader prognostiseres 5 mill kroner foran budsjett.

2.2.5 Finansposter

Finanspostene prognostiseres 10 mill kroner foran budsjett.

2.3 Omstilling

I forbindelse med utarbeiding av budsjett og driftsplaner for 2010 har foretakets klinikker beskrevet omstillingstiltak tilsvarende 58,4 mill kroner. Tiltak tilsvarende 29,1 mill kroner er gjennomført t.o.m. august. Prognose for økonomisk effekt av gjennomførte budsjetterte tiltak i 2010 er 50,2 mill kroner.

2.4 Likviditet

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

2.5 Investeringer (rapporteres tertialvis)

Foretakets investeringsbudsjett for 2010:

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

Det er så langt ingen store avvik i forhold til framdrift og kostnad for vedtatte investeringsprosjekt. HNT er tildelt en ramme til kjøp av MTU på 18,0 mill kroner i tillegg til en årlig ramme for leasing på 10 mill kroner. Rammen til MTU er fordelt til foretakets klinikker som utarbeider planer for anskaffelser innen fastsatte rammer.

2.6 Raskere tilbake

Det er så langt i år godt samsvar mellom tildelte rammer og utført aktivitet. Det har ikke vært aktivitet på dette området i juli, men i august er aktiviteten i gang igjen.

2.7 Tiltak for arbeid

Det aller meste av midler til "Tiltak for arbeid" ble oppbrukt i fjor. Om lag 700.000 kroner til ferdigstilling av ny rundkjøring med tilhørende uteareal ved Sykehuset Namsos ble gjennomført sist sommer. Det er nå ingen gjenstående aktiviteter på dette området.

3 HR

3.1 Bemanning/innleie

Bemanning – 2010	Samme periode forrige år	Forrige periode	Denne periode	Endring samme periode forrige år	Endring siste periode	Budsjett denne periode	Avvik ift budsjett
<i>Fast lønn</i>	2 222,5	2 294,6	2 214,5	-8,0	-80,1	2 219,3	-4,8
<i>Variabel lønn</i>	63,8	55,7	53,6	-10,2	-2,1	62,2	-8,6
<i>Sum innleie helsepersonell (i 1.000 kr)</i>	1 980,0	1 026,0	1 547,0	-433,0	521,0	1 147,0	-400,0
• <i>Innleie leger</i>							
• <i>Innleie sykepleiere</i>							
• <i>Innleie annet helsepersonell</i>							
<i>Psykiatri</i>	478,3	500,9	497,2	18,9	-3,7	492,7	4,5
<i>Øvrig virksomhet</i>	1 808,0	1 849,4	1 771,0	-37,0	-78,4	1 788,9	-17,9
Samlet for foretaket:	2 286,3	2 350,3	2 268,2	-18,1	-82,1	2 281,6	-13,4

Tallene i tabellen ovenfor er basert på budsjett og lønnskube for august. Tabellen viser at brutto månedsværk i august er 13 lavere enn budsjett; 5 færre faste månedsværk og 8 færre variable månedsværk enn budsjettet.

Det var i august 5 flere månedsverk i psykiatrien og 18 færre i somatikken enn budsjettert. Avviket i psykiatrien skyldes at flere nytilsatte medarbeidere tiltrer senere enn planlagt.

3.2 Sykefravær

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

Sykefraværet for HNT var i august 6,7 %. Det er en nedgang i forhold til forrige måned (7,8 %), og en tilsvarende nedgang i forhold til samme måned i fjor. Sykefraværet har hittil i år vært 8,0 %, - uendret fra samme periode i fjor. Det arbeides kontinuerlig med tiltak for å redusere sykefraværet.

4 Generell vurdering

Etter 8 måneders drift har vi fått et godt bilde av foretakets drift og økonomi sammenholdt med vedtatte planer og budsjett for 2010. Aktiviteten de første månedene viste betydelig svikt i forhold til planlagt (periodisert) DRG-aktivitet, mens aktiviteten de siste månedene har vært i overkant av planene. Med en relativt hard periodisering av aktiviteten til årets første måneder forventes det at årets planlagte aktivitet skal nås i de somatiske avdelingene. I de psykiatriske avdelingene forventes imidlertid noe mindre aktivitet enn planlagt for året. Det arbeides med tiltak for å øke aktiviteten i de avdelingene som har svikt.

Foretaket har framvist gode økonomiske resultat hver måned hittil i år. Planlagte effektiviseringstiltak rapporteres også å være i god rute i forhold til vedtatte planer. Periodiserte driftsrapporter viser at det jevnt over er god kontroll med bruk av bemanning og andre innsatsfaktorer. Foretaket prognostiserer derfor et økonomisk resultat 20 mill kroner foran budsjett. Det er en forbedring i prognosen med 20 mill kroner fra forrige måned.

Levanger, 14.09.10

Arne Flaath
adm. dir.
sign.

VEDLEGG 2: MATRISE VIRKSOMHETSPORTALEN - 2.TERTIAL 2010

Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
2.1	Resultatkrav	<p><i>Månedlig rapportering:</i> Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2010 levere et regnskapsmessig resultat i 0 eller bedre.</p> <p>Helse Nord-Trøndelag HF har en betydelig omstillingsutfordring i 2010, men har også et potensiale for å forbedre sin produktivitet sammenlignet med andre helseforetak. Helse Nord-Trøndelag HF forutsettes derfor å arbeide videre med intern produktivetsforbedring, omlegging av tjenesten til dag og poliklinisk virksomhet, bedre og mer standardiserte pasientforløp mv.</p>	NEI	<p>Res. pr. 1. tertial: + 5,5 mill.kr. (overskudd ift budsjett) Res. pr. 2. tertial: + 20,5 mill kr. (overskudd ift budsjett) Prognose 2010: + 20,0 mill kr. (overskudd ift budsjett)</p> <p>Lagt inn buffer på 30 mill. kr. som sikkerhet for at målet nås. Halvparten av buffer er periodisert til 3. tertial.</p>
3.1	Aktivitetsmål somatikk	<p><i>Månedlig rapportering:</i> 27939 DRG - poeng totalt</p>	NEI	<p>Res. per 1.tertial 2010 (Somatikk målt i DRG-poeng) : 97,9 % måloppnåelse. Res. per 2. tertial 2010 (Somatikk mål i DRG-poeng): 97,8 % måloppnåelse Adm.direktør har igangsatt en gruppe etter anmodning fra styret som skal: analysere hvorfor den planlagte økningen ikke nås</p> <ul style="list-style-type: none"> formulere tiltak som sikrer at aktivitet på dag / poliklinikk nås sette opp en tidsplan for gjennomføring, og frist for innfrielse av kravet (ikke senere enn sep. 2010) følge opp gjennomføringsplanen og sette inn nye tiltak dersom dette er nødvendig for å innfri kravet innen fristen <p>Gruppen bes innen onsdag 26. mai 2010 levere et notat til administrerende direktør med analyse, tiltak og tidsplan for gjennomføring. Notatet vil bli lagt fram for styret i juni.</p>
3.2	Aktivitetsmål psykisk helsevern	<p><i>Månedlig rapportering:</i></p>	NEI	<p>Res. per 2. tertial 2010: VOP: Antall pol. konsultasjoner 25.629 (89,9 % måloppnåelse) BUP: Antall pol. tiltak 8.712 (86,5 % måloppnåelse) Res. per 1. tertial 2010: VOP: Antall pol. konsultasjoner: 14.336 (93,1 % måloppnåelse)BUP: Antall pol. tiltak: 5.125 (88,4 % måloppnåelse) Res per 2.tertial 2009: VOP: Antall pol. konsultasjoner: 24.783 BUP: Antall pol. tiltak: 7.328 Res per 1.tertial 2009: VOP: Antall pol.konsultasjoner: 13.562 BUP: Antall pol. tiltak: 4.077 Adm.direktør har nedsatt en gruppe med mandat å analysere problematikken og komme med forslag på tiltak. Se pkt. 3.1</p>
4.1.1	Kvalitetsforbedring	<ul style="list-style-type: none"> Sikre at barn som pårørende får god oppfølging når foreldre er innlagt i sykehus ved å oppnevne barneansvarlig personell 	JA	<p>Det er utarbeidet en prosedyre som er godkjent. Oppfølging av tiltaket er lagt til LMS.</p>
4.1.2	Kvalitetsforbedring	<ul style="list-style-type: none"> Helseforetakene skal verifisere samsvar mellom praksis og retningslinje gjennom internervisjoner. I 2010 skal bruk av TNF-hemmere revideres 	NEI	<p>Planlegge internervisjon innen 1.10. og gjennomføre den innen 31.12.2010.</p>
4.1.3	Kvalitetsforbedring	<ul style="list-style-type: none"> Helseforetakene skal iverksette tiltak for å redusere sykehusinfeksjoner fra foregående år. Måleindikatoren er den nasjonale kvalitetsindikatoren for prevalens av sykehusinfeksjoner 	NEI	<p>Utarbeide handlingsplan innen 31.12 Handlingsplanen må utarbeides i de kliniske miljøer, hvor Smittevernseksjonen i stab bistår med tallgrunnlag og rådgivning.</p>
4.1.4	Kvalitetsforbedring	<p><i>Månedlig rapportering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Andel epikriser sendt innen syv dager etter utskrivning (mål: minst 80 %). 	NEI	<p>Res. 2.tertial 2010: 76,4 % Res. 1.tertial 2010: 71,2 %</p> <p>Res. Akkumulert ved utgangen av 2. tertial 2010: 73,7 % Prosjekt tategjenkjenning avsluttes 1.7. Opprettelse av arbeidsgruppe</p> <p>TILTAK IVERKSATT:</p> <p>1.1 Iverksetting av en ordning etter modell fra St. Olavs Hospital, ved at kontorpersonele "oppretter epikrise" elektronisk i umiddelbar tilknytning til utskrivning av pasient. Dette skal sikre at ansvarlig lege blir "påminnet" om epikrisearbeidet fra dag 1. Servicesenteret innhenter opplysninger om erfaringer fra St. Olavs Hospital og avklarer forutsetningen for gjennomføring. Ordningen iverksettes senest 30/6-10. 1.2, 1.3 og 1.4 Iverksetting av en løpende registrering av tidsintervall mellom utskrivning,diktering av sluttnotat og signering av ferdig epikrise, med rapportering 3 ganger årlig til klinikkledelse og adm. direktør. Servicesenteret vurderer nærmere praktisk gjennomføring og arbeidsmengde i forhold til kapasitet, og legger fram rapport innen 30/6-10. 1.5. Helse Nord-Trøndelag tar opp spørsmålet med HMN om å iverksette et arbeid for å forenkle og kvalitetssikre epikrisearbeidet.</p>

VEDLEGG 2: MATRISE VIRKSOMHETSPORTALEN - 2.TERTIAL 2010

4.1.5	Kvalitetsforbedring	<p>Månedlig rapportering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Andel korridorpasienter (mål: ~ 0). 	NEI	<p>Res. 2. tertial 2010: 1,5 % Res. 1. tertial 2010: 2,5 % Akkumulert ved utgangen av 2.tertial 2010: 2,0 %</p> <p>Res. 2. tertial 2009: 1,4 % Res. 1. tertial 2009: 2,7 % Akkumulert ved utgangen av 2.tertial 2009: 2,1 %</p>
4.1.6	Kvalitetsforbedring	<p>Månedlig rapportering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Andel strykninger av planlagte operasjoner (mål: <5 %). 	NEI	<p>Res 2.tertial 2010: 8,6 % Res 1.tertial 2010: 7,5 %</p> <p>Akkumulert ved utgangen av 2.tertial 2010: 7,9 %</p> <p>Res 2.tertial 2009: 7,5 % Res 1.tertial 2009: 9,2 %</p> <p>Akkumulert ved utgangen av 2.tertial 2009: 8,5 %</p> <p>Opprettelse av arbeidsgruppe</p> <p>TILTAKSRAPPORTERING 2.TERTIAL: Følgende tiltak iverksettes nå: 1. Strykninger fast tema på alle ledermøter. Ukentlig gjennomgang på avd.møter. Ansvar: Klinikkleder Na og Le 2. Informasjon til pasienter som blir strøket. Ansvar:Klinikkleder Na og Le 3. Standardisere henvisning til operasjon Ansvar: Klinikkleder Le 4. Kommunikasjon med pasienten i forkant: • Preoperativ telefonscreening – utvide og kvalitetssikre den vi gjør i dag • SMS-varsling av timeavtale Ansvar: Klinikkleder Na og Le 5. Frigjøre kapasitet til ø-hjelpsoperasjoner uten å redusere aktivitetsnivået Ansvar: Klinikkleder Na og Le</p>
4.1.7	Kvalitetsforbedring	<p>Rapporteres i Årlig melding:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevalens av sykehusinfeksjoner (mål: skal reduseres). 	JA	<p>Res 2.tertial 2010: 2,5 % Res 1.tertial 2010: 4,2 % Akkumulert ved utgangen av 2.tertial 2010: 3,4 %</p> <p>Res 2. tertial 2009: 3,6 % Res 1. tertial 2009: 6,9 % Akkumulert ved utgangen av 2.tertial 2010: 5,3 %</p>
4.1.8	Kvalitetsforbedring	<p>Rapporteres i Årlig melding:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antall helseinstitusjoner (somatiske sykehus, institusjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige) som har barneansvarlig personell. 	JA	Alle institusjonene har barneansvarlig personell.
4.2.1	Prioritering	<ul style="list-style-type: none"> • Helseforetaket skal etablere en praksis hvor tildeling av rett til nødvendig helsehjelp, i løpet av året, nærmer seg nasjonalt nivå. 	NEI	<p>Rapportering etter 2 tertial: Fagspesifikke prioriteringskriterier er gjort kjent og blir praktisert i varierende grad. Andel pasienter med rett til prioritert helsehjelp er redusert i løpet av 2009. Utviklingen vil bli overvåket. Tiltak: Gjenta oppfordringen til klinikk- og avdelingsledelsen om å holde kunnskapen om de nasjonale retningslinjene kjent blant medarbeidere</p>
4.2.2	Prioritering	<p>Rapporteres tertialvis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Andel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp. 	NEI	<p>2.tertial 2010: 72,9 % 1.tertial 2010: 71,8 %</p> <p>2.tertial 2009: 76,1 % 1.tertial 2009: 80,1 %</p>
4.3.1	Pasientsikkerhet - trygge og sikre tjenester	<ul style="list-style-type: none"> • Helseforetaket skal aktivt bruke avvikshendelser i kvalitetsforbedringsarbeidet (inkl NPE- meldinger, tilsynsrapporter mm). 	NEI	<p>Rapportering etter 2. tertial: Kvalitetsnettverksetablering er noe forsinket. Etablering pågår.</p> <p>Helse Nord-Trøndelag har allerede en høy aktivitet i forhold til registrering og bruk av avvikshendelser med sikte på forbedring. Innsatsen vil i løpet av 2010 bli styrket ved opprettelse av kvalitetsrådgivere på alle kliniske enheter, samt innføring av systematisk journalanalyse, og etablering av et kvalitetsnettverk</p>
4.3.2	Pasientsikkerhet - trygge og sikre tjenester	<ul style="list-style-type: none"> • Helseforetaket skal etablere ordninger som gir sikker legemiddelbruk i pasientforløpene 	JA	Pr.01.09.2010: Prosjekt "Riktig legemiddelhåndtering ved skifte av omsorgsnivå" er gjennomført.
4.3.3	Pasientsikkerhet - trygge og sikre tjenester	<ul style="list-style-type: none"> • Helseforetakene skal implementere Håndbok i legemiddelhåndtering i samarbeid med sykehusapoteket. 	JA	Pr.april: Samarbeid med sykehusapoteket
4.3.4	Pasientsikkerhet - trygge og sikre tjenester	<ul style="list-style-type: none"> • Helseforetaket skal sammen med sykehusapotekene etablere systemer som sikrer kontinuitet i legemiddelbehandlingen ved utskriving. Dette innebærer informasjon, nødvendige legemidler og utstyr ved utreise 	JA	Pr.01.09.2010: Prosjekt "Riktig legemiddelhåndtering ved skifte av omsorgsnivå" er gjennomført.

VEDLEGG 2: MATRISE VIRKSOMHETSPORTALEN - 2.TERTIAL 2010

4.3.5	Pasientsikkerhet - trygge og sikre tjenester	<ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal, når endelig rapport fra tilsyn foreligger, legge frem for HF-styret oversikt over eventuelle avvik, korrigerende tiltak og hva en har lært av det. 	JA	<p>Rapportering etter 2. tertial: Styret fikk i august-møte gjennomgang av tilsyn gjennomført i 1. halvår 2010. Styret ga tilbakemelding på at det er tilfreds med rapporteringen.</p> <p>Rapport til styret når tilsynsrapport foreligger gjennomføres i tråd med styrets ønsker.</p>
4.4.1	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	<ul style="list-style-type: none"> Helse Nord-Trøndelag HF skal sikre at pasienter og pårørende informeres om klageadgang 	NEI	<p>Rapportering etter 2. tertial: Oppgaven skal være løpende ivarettatt gjennom de informasjonsrutiner som gjelder både ved innkalling av pasienter og ved behandling av avvikshendelser.</p> <p>HNT har prosedyre for behandling av henvisninger med brevmalder der klageretten og andre pasientrettigheter er kort omtalt.</p> <p>HNT har prosedyre for vurdering av manglende samtykkekompetanse. Prosedyre for vedtak om tvungen helsehjelp etter pasientrettighetsloven kap. 4 a er under revisjon. Klagerett fremgår av begge prosedyrer. En mal for vedtak om manglende samtykkekompetanse er under utarbeidelse. Der vil klageretten og til hvem det kan klages fremgå.</p> <p>Saksbehandlerne som jobber med klagesaker har få saker som går på manglende informasjon generelt og om klageadgang spesielt.</p>
4.4.2	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	<ul style="list-style-type: none"> Helse Nord-Trøndelag HF skal sikre at publikum får god informasjon om de mest vanlige behandlingstilbudene 	NEI	<p>Rapportering per 2. tertial: Prosess for revitalisering og betydelig oppgradering av internett satt i gang. Utgangspunkt i arbeidsgruppe innen psykiatri som vil danne mal for andre fagområder på nettstedet.</p> <p>Lav kapasitet på stabssiden forsinker arbeidet. Vurderer styrking av kapasitet.</p> <p>Siktemål er betydelig oppgradering innen årsskiftet, samtidig som arbeidet vil være en kontinuerlig forbedringsprosess.</p>
4.4.3	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	<ul style="list-style-type: none"> Helseforetakene skal følge opp og rapportere på Handlingsplan for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge (2010-2015) 	NEI	<p>Rapportering per 2. tertial: Handlingsplan delt ut i brukerutvalg 12.april 2010. Framlagt statusrapport og drøftet med brukerutvalget i møte 14. juni 2010 Enkelttiltak i planen konkretiseres løpende: - Sats for brukermedvirkning styrebehandlet 22.april 2010. - Prosedyre for utnevning av brukerrepresentanter behandlet i brukerutvalgets møte 14. juni 2010 - Oppnevnt brukerrepresentant til Samarbeidsutvalget i styremøte 19. august 2010 - Sats for brukerrepresentasjon økt og harmonisert med regionen i styremøte 22. april 2010 - Brukerrepresentant vil settes inn som foredragsholder i HNTs lederopplæring</p>
4.4.4	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	<p><i>Tertialvis rapportering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker (mål: 100 %). 	JA	<p>Res. 2.tertiar 2010: 100,0 % Res. 1.tertiar 2010: 98,2 %</p> <p>Res. 2.tertiar 2009: 97,6 % Res. 1.tertiar 2009: 93,4 %</p>
4.4.5	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	<p><i>Tertialvis rapportering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen somatikk (mål: skal reduseres). 	NEI	<p>2.tertiar 2010: 80 dg 1.tertiar 2010: 79 dg</p> <p>2.tertiar 2009: 79 dg 1.tertiar 2009: 74 dg</p>
4.4.6	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	<p><i>Tertialvis rapportering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP) (mål: skal reduseres). 	NEI	<p>Res. 2.tertiar 2010:91 dg Res. 1.tertiar 2010: 87 dg</p> <p>Res. 2.tertiar 2009: 91 dg Res. 1.tertiar 2009: 78 dg</p> <p><u>Rapportering 2. tertial:</u> Ingen barn/ungdom ved BUP skal vente lengre enn 65 dager. Det har over tid vært en sterk økning i henvisninger, den ser ut til å flate ut nå. De fleste henvisningene omhandler barn og unge med krevende problemstillinger, som vi må bruke tid og ressurser på. I noen tilfeller har BUP problemer med å avslutte saker på grunn av manglende kapasitet eller kompetanse i kommunene. Vi har tiltak i forhold til å øke ordinær kapasitet, ved mer fokus på behandlingsplaner, avslutning av saker og mer hensiktsmessig oppgave- og ressursfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Høst 2010 vil poliklinikk kapasiteten økes ved særskilte, kortsiktige tiltak.</p>

VEDLEGG 2: MATRISE VIRKSOMHETSPORTALEN - 2.TERTIAL 2010

4.4.7	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	<p><i>Tertialvis rapportering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP) (mål: skal reduseres). 	JA	<p>Res. 2.tertial 2010: 58 dg Res. 1.tertial 2010: 53 dg</p> <p>Res. 2.tertial 2009: 69 dg Res. 2.tertial 2009: 65 dg</p> <p>Har arbeidet med felles inntaksprosess i hele klinikken hvor prioriteringsveilederen er implementert. Har fokus på at antall nye skal økes og det har vært en økning siden 2007 ifr GSS</p>
4.4.8	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	<p><i>Tertialvis rapportering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere (TSB) (mål: skal reduseres). 	JA	<p>Res 2. tertial 2010: 40 dg Res 1.tertial 2010: 53 dg</p> <p>Res 2.tertial 2009: 53 dg Res 1.tertial 2009: 64 dg</p> <p>Stort fokus på inntaksprosessen i ARP. Øke andel nye for å korte ventetider</p>
4.4.9	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	<p><i>Tertialvis rapportering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Andel pasienter som er vurdert innen 30 dager (mål: 100 %). 	NEI	<p>Res. 2. tertial 2010: 87,8% Res. 1.tertial 2010: 86,8 %</p> <p>Res. 2.tertial 2009: 73,1 % Res. 1.tertial 2009: 78,8 %</p> <p>TILTAK IVERKSATT:</p> <ol style="list-style-type: none"> Gjennomgang av klinikkvise interne rutiner. Alle klinikker som har avdelinger som mottar henvisninger må etablere/gå igjennom interne rutiner for behandling av henvisninger. Rutinene må sikre at den medisinske vurderingen blir foretatt av kompetent personell, at henvisningen skjer i henhold til nasjonale prioriteringsveiledere, så raskt som mulig og i god tid før vurderingsfristen på 30 virkedager utløper. De aktuelle medarbeiderne må være innforstått med rutinene Ansvar: Klinikkllederne Opplæring av personell som registrerer i PAS-systemet. Personell som registrerer behandling av henvisninger i PAS-systemet må kjenne til hvordan denne registrering skal foretas. Det er avdekket et behov for opplæring. Denne opplæring må gjennomføres. Ansvar: Klinikklleder Serviceklinikken Innføring av restanseliste for ikke vurderte henvisninger. Avdelingsvise lister over fristbrudd som har skjedd har ført til bedre rydding i listene. Avdelingen bør også ha oversikt over de henvisninger som kan end Ansvar: IT-sjef Etablering av felles inntakskontor. Helse Nord-Trøndelag har gjennomført et prosjekt som tar sikte på å etablere Ansvar: Adm.dir.
4.4.9.1	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	<p><i>Månedlig rapportering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Andel pasienter innen BUP som er vurdert innen 10 dager (mål: 100 %). 	NEI	<p>Res. 2.tertial 2010: 94,8 % Res. 1.tertial 2010: 91,6 %</p> <p>Res. 2.tertial 2009: 87,6 % Res. 1.tertial 2009: 88,6 %</p> <p>BUP er i hovedsak innenfor kravet når det gjelder vurderingsfrist. Andelen som ikke blir vurdert innen frist skyldes bl a innhenting av supplerende opplysninger i stedet for å returnere henvisning.</p>
4.4.9.2	Tilgjengelighet og brukermedvirkning	<p><i>Tertialvis rapportering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Andel rettighetspasienter som gis behandling innen 65 dager i psykisk helsevern og/ eller TSB for personer under 23 år (mål: 100 %). 	NEI	<p>Res. 2.tertial 2010: 79,9 % Res. 1.tertial 2010: 85,0 %</p> <p>Res. 2.tertial 2009: 56,8 % Res. 1.tertial 2009: 68,4 %</p> <p>Inntaksmøter i henhold til prioriteringsveileder ukentlig fører til at 100% får tilbud</p> <p>Rapportering etter 2. tertial: Rettighetspasienter under 23 år blir prioritert framfor pasienter som er eldre.</p>

VEDLEGG 2: MATRISE VIRKSOMHETSPORTALEN - 2.TERTIAL 2010

4.4.9.3	Tilgjengelighet og brukermidvirkning	<p><i>Tertialvis rapportering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Antall pasienter som har fått tildelt individuell plan (mål: skal økes). 	NEI	<p>Res. 2.tertial 2010: 164 (39,1 %) Res. 1.tertial 2010: 211 (49,3 %) Akkumulert ved utgangen av 2.tertial 2010: 375 (44,3 %)</p> <p>Res. 2.tertial 2009: 265 (33,2 %) Res. 1.tertial 2009: 265 (34,4 %) Akkumulert ved utgangen av 2.tertial 2009: 530 (33,8 %)</p> <p>Rapportering etter 1. tertial: Problemstillingen bør revurderes: Utgangspunktet bør være at alle pasienter som fyller vilkårene for å få utarbeidet individuell plan blir informert om denne rettigheten, og at dette dokumenteres. Det er pasienten som bestemmer hvorvidt individuell plan skal utarbeides. I tillegg: De fleste pasienter får utarbeidet individuell plan i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Helseforetaket har ingen måling/registrering av hvor mange pasienter som får utarbeidet individuell plan, med unntak av områder innen habiliteringstjenesten og psykiatri.</p> <p>Rapportering etter 2. tertial: Det har kommet presisering fra HOD om at indikatoren kun gjelder individuell plan innenfor hhv.barnehabilitering, schizofreni og ADHD. For disse pasientgruppene har vi en økning fra 2009 til 2010.</p>
4.4.9.4	Tilgjengelighet og brukermidvirkning	<p><i>Tertialvis rapportering:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Andel fristbrudd for rettighetspasienter (mål: skal reduseres). 	NEI	<p>Res. 2.tertial 2010:14,3 % Res. 1.tertial 2010: 12,5 %</p> <p>Res. 2.tertial 2009: 20,6 % Res. 1.tertial 2009: 14,5 %</p> <p>Opprettelse av arbeidsgruppe Styret i HNT HF ber adm. dir. korrigere foretakets drift slik at det kommer i tråd med pasientrettigheter og nasjonale krav. Styret ber om en vurdering av status, samt frist for når foretaket innfrir kravet.</p> <p>Ikke brudd på vurderingsfrist</p> <p>TILTAK: Se punkt 4.4.9</p> <p>Adm. dir. oppnevner en gruppe som skal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • analysere hvorfor henvisninger ikke vurderes innen 30 dager • formulere tiltak som sikrer at alle henvisninger vurderes innen fristen • sette opp en tidsplan for gjennomføring, og frist for innfrielse av kravet (ikke senere enn sep. 2010) • følge opp gjennomføringsplanen og sette inn nye tiltak dersom dette er nødvendig for å innfri kravet innen fristen <p>Gruppen bes innen onsdag 26. mai 2010 levere et notat til adm. dir. med analyse, tiltak og tidsplan for gjennomføring. Notatet vil bli lagt fram for styret i juni.</p>
5.1.1	Helhetlige pasientforløp og samhandling	<ul style="list-style-type: none"> • Helseforetaket skal ha rutiner og kompetanse som sikrer at ernæring er en integrert del av behandlingstilbudet og at veiledningsoppgaven ovenfor kommunene ivaretas på ernæringsområdet. 	JA	<p>Pr.1.tertial:(april) Ansatt ernæringsfysiolog, har rutiner internt. Må utarbeide tiltak i forhold til veiledning i kommunene.</p> <p>Pr.2.tertial:(august) -Gjennomført prosjekt ved Sykehuset Levanger. "Ernæringsstatus og vektendring hos pasienter med akutt forverring av KOLS innlagt i sykehus. - Konf. egen samhandlingsstrategi for kommunene.</p>
5.1.2	Helhetlige pasientforløp og samhandling	<ul style="list-style-type: none"> • Helseforetaket skal samarbeide med andre HF for å redusere negative konsekvenser av ev sommerstegning av fødetilbud. 	JA	Ikke aktuelt for oss.
5.1.3	Helhetlige pasientforløp og samhandling	<ul style="list-style-type: none"> • Helseforetakene får ansvar for følgetjeneste for gravide til fødeinstitusjon fra 1.1.2010. Helseforetaket skal delta i regionalt arbeide med å definere krav til overtakelsen. 	NEI	<p>Saken ble fremlagt for styret i HNT 18.mars. Avventer mandat fra HMN RHF.</p> <p><u>Rapportering 2 tertial:</u> Regional plan skal ferdigstilles oktober 2010. HNT er godt i gang med planlegging i samarbeid med kommunene. HNT har tatt det økonomiske ansvaret fra jan 2010. Regner med implementering av nye ordninger fra januar 2011.</p>
5.1.4	Helhetlige pasientforløp og samhandling	<ul style="list-style-type: none"> • Helseforetaket skal videreutvikle perinatalkomiteens rolle som ledd i å styrke kvalitetsarbeidet. 	NEI	<p>St.Olav er ledende i dette arbeidet og skriver følgende: "Perinatalkomiteen har ikke vært fungerende i Sør-Trøndelag på flere år. Det er et ønske fra både fødselsleger og neonatologer at dette viktige kvalitetsarbeidet gjenopptas. Urealistisk å få startet opp dette arbeidet før tidligst til høsten."</p> <p>Dette vil vi delta aktivt i når initiativet kommer fra St.Olav.</p> <p><u>Rapportering 2. tertial:</u> Perinatalkomite vil bli implementert i hht regional helhetlig plan for svangerskap, fødsel og barsel. Lokale komiteer utnevnes av regional perinatalkomite.</p>

VEDLEGG 2: MATRISE VIRKSOMHETSPORTALEN - 2.TERTIAL 2010

5.1.5	Helhetlige pasientforløp og samhandling	<ul style="list-style-type: none"> Helse Nord-Trøndelag HF skal iverksette tiltak på systemnivå for at veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten ivaretas. Dette innebærer f. eks å etablere systemer som sikrer god tilgjengelighet til kompetent faglig rådgiving for fastleger og leger i vakt, og systemer som sikrer at kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten er en integrert del av all ambulant virksomhet. 	JA	<p>Pr.1.tertiar: (april) Praksiskonsulentordning etableres i voksenpsykiatrien i løpet av 2010. Telefonkonsultasjonsordning er etablert</p> <p>Pr.2.tertiar: Det er over år innarbeidet en praksis ved begge sykehus om at leger i primærhelsetjenesten kan konsultere leger i vakt i sykehus, for rådgivning/konferanse ved akutttilstander. Denne praksis er ikke beskrevet i generell prosedyre. Medisinsk avdeling har innført en konferanse plikt for ø.hjelpsinleggelse.</p> <p>Som ledd i samhandlingsstrategien arbeider HNT med å opprette og finansiere stillinger for praksiskonsulenter. Det vil være en oppgave for praksiskonsulenter å medvirke til forbedring av kommunikasjon/veiledning til kommunehelsetjenesten.</p>
5.1.6	Helhetlige pasientforløp og samhandling	<ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal være i dialog med kommunene i arbeidet med å utvikle tjenestetilbudet til pasientene. 	NEI	Det er utarbeidet egen strategiplan for samhandling med kommunene.
5.1.7	Helhetlige pasientforløp og samhandling	<p><i>Rapporteres i årlig melding:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Andel pasienter med hjerneslag som får trombolysedose ved de enkelte helseforetak. 	NEI	
5.2.1	Psykisk helsevern	<ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal sørge for å følge opp lovendring som krever at det for alle helseinstitusjoner innen spesialisthelsetjenesten fra 01.01.10 skal oppnevnes "barneansvarlig personell". 	JA	Har gått gjennom og implementert nytt lovverk. Barneansvarlig oppnevnt i hver avdeling/seksjon
5.2.2	Psykisk helsevern	<ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal følge opp de retningslinjer som kommer i forbindelse med ny Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang. Helseforetaket skal i samarbeid med kommunehelsetjenesten redusere bruk av tvang og sørge for at praksis samsvarer med gjeldende helselovgivning. 	JA	Klinikken starter et arbeid medio juni med å implementere og lage en plan for redusert og riktig bruk av tvang i det psykiske helsevernet.
5.2.3	Psykisk helsevern	<ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal sørge for at rusproblemer hos pasienter som henvises til psykisk helsevern skal undersøkes, og det skal iverksettes tiltak for å sikre at disse pasientene får et helhetlig behandlingstilbud for sin rusmiddelavhengighet. 	JA	Alle pasienter screenes jfr MINI og tilbys et helhetlig tilbud for sin ruslidelse ved behov
5.2.4	Psykisk helsevern	<ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal arbeide aktivt for at gode erfaringer fra brukerstyrte tiltak blir tatt i bruk ved alle DPS (Jfr. "Brukerorienterte alternativer til tvang" (SINTEF 2008) og "Brukerstyrte plasser" (Jæren DPS)). 	JA	Ved alle DPS er det inført modeller for lavterskel innleggelse/poliklinikk. i form av "ringeavtale", "kriseplan" og ambulant virksomhet Lavterskel innleggelse ved vurdert behov fra fastlege eller forspørsel fra pasient/pårørende i alle DPS. Kontakttelefon til spesialist innført som prøve prosjekt på Levanger
5.2.5	Psykisk helsevern	<ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal arbeide aktivt for å etablere og realisere ambulante tilbud overfor både voksne og barn og unge enten ved etablering av egne ambulante team eller ved integrering av utvidet ambulant aktivitet innen eksisterende virksomhet. 	JA	Sykehuset Levanger har opprettet ett ambulant team i forhold til psykosepasienter og ett utvidet team for alderspsykiatri. Ambulant virksomhet er integrert i alle geografiske enheter.
5.2.6	Psykisk helsevern	<ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal øke aktiviteten i 2010 i forhold til 2008 og 2009. Det er et krav at produktiviteten også skal øke. Dette betyr at aktivitetsøkningen skal være større enn kostnadsøkningen. Det er et mål at den generelle aktivitetsutvikling skal være større på poliklinikk, ambulant virksomhet og dagbehandling enn på døgnbehandling. Helseforetaket forpliktet i stor grad til å prioritere utviklingen innen psykisk helsevern i forhold til både ressursgrunnlag og produktivitet. 	JA	Psyk klinikk har nedsatt en prosjektgruppe sammensatt av fagspesialister, merkantil, ledere og repr fra analyseavdelinge i HF. Gruppen arbeider tett på RHF og vil snarlig gi tilbakemelding på måter å bedre datakvalitet, måleindikatorer og derav bedre produktivitet. Det er utfordringer i forhold til uklar baseline.
5.2.7	Psykisk helsevern	<ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal videreføre arbeidet med "Familieambulatoriet" i regi av BUP. Tiltaket finansieres særskilt. 2.500.000,-kr. gitt som særskilt tilskudd i tilleggssoppdrag 	JA	Prosjektet forløper iht plan. <u>Rapportering 2. tertiar:</u> Prosjektet forløpet ihht plan_
5.2.8	Psykisk helsevern	<p><i>Rapporteres tertiarvis:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Antall tvangsinnleggelse per 10 000 innbyggere og prosentandel av tvangsinnleggelse per institusjon (mål: skal reduseres). 	NEI	Antall tvangsinnleggelse pr. 10000 innbyggere: Res. 2.tertiar 2010: 5,6 Res. 1.tertiar 2010: 5,9 Andel tvangsinnleggelse av det samlede antall innleggelse i psykisk helsevern: Res. 2.tertiar 2010: 18,7 % Res. 1.tertiar 2010: 17,9 % Psyk klinikk har lav andel tvang pr. idag og det er usikkert om vi vil få en lavere andel tvang i 2010.
5.2.9.1	Psykisk helsevern	<p><i>Rapporteres i årlig melding:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Andel ikke planlagte reinnleggelse i akuttpsykiatriske avdelinger innen 30 dager per 10 000 innbyggere (mål: skal reduseres). 	NEI	

VEDLEGG 2: MATRISE VIRKSOMHETSPORTALEN - 2.TERTIAL 2010

5.2.9.2	Psykisk helsevern	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Andel og antall pasienter over 18 år behandlet i sykehus og DPS per 10 000 innbygger fordelt på døgninnleggelse, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste innen psykisk helsevern.	NEI	
5.2.9.3	Psykisk helsevern	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Antall og andel pasienter over 18 år behandlet i dagtilbud og poliklinisk virksomhet (mål: skal økes).	NEI	
5.2.9.4	Psykisk helsevern	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Antall konsultasjoner innen ambulant virksomhet for barn og voksne (mål: skal økes med 10 %).	NEI	Rapportering 2. tertial: Det er økt antall stillinger i Voksenpsykiatri knyttet til ambulant virksomhet, og man forventer økning ut fra dette. Det er et problem knyttet til måling av ambulant virksomhet, og man tar sikte på å avklare dette med RHF'et i løpet av høsten.
5.2.9.5	Psykisk helsevern	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Prosentvis fordeling av årsverk mellom sykehus og DPS - tjenester innen psykisk helsevern (mål: andel årsverk innen DPS skal øke).	NEI	Helse Nord-trøndelag har organisert psykiatrisk klinikk i sykehus og DPS. også sykehusene i Helse Nord.Trøndelag har DPS funksjoner. Dette kommer ikke til syne i statistikk. Gjennom nasjonal strategigruppe for psykiatri og sentrale styringskrav blir vi utfordret til å endre på dette innen 2013. Vi har satt tema på dagsorden høst 2010, og vil planlegge endringer fra medio 2011.
5.2.9.6	Psykisk helsevern	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS per 10 000 innbyggere innen psykisk helsevern.	JA	
5.3.1	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (TSB)	• Helseforetaket skal fokusere på å styrke kvaliteten og kapasiteten innen rusbehandling for å redusere ventetider og sørge for et sammenhengende behandlingsforløp, bl.a. slik at det ikke oppstår unødvendig ventetid mellom ulike deler av rusbehandlingen (f. eks. avrusning og videre behandling).	JA	Helse Nordtrøndelag håper å kunne bedre dette behandlingstilbudet og kontinuiteten i det ved å realisere en rusehet i 2010
5.3.2	TSB	• Helseforetaket skal fokusere på å videreutvikle samarbeids- og samhandlingsaktivitetene mellom psykisk helsevern og rusforetaket.	JA	HFet deltar på jevnlig ledermøter med rusforetaket. En ny ruenhet i HNT er et samarbeidsprosjekt med rusforetaket og rusforetaket er deltaker i prosjektgruppe og styringsgruppe. Det planlegges en tett dialog under realisering og i overgangen til drift
5.3.3	TSB	• Helseforetaket skal i løpet av 2010 etablere en allmennrusavdeling i samarbeid med Rusbehandling Midt-Norge HF. Fra og med 2011 skal Helse Nord-Trøndelag HF dele driftskostnadene med Rusbehandling Midt-Norge HF i samsvar med tidligere gitte forutsetninger.	JA	Mandat for arbeidsgruppe og styringsgruppe utsendes 4. mai 2010. En del av mandatet skal svares ut før 01.06.10. oppstart 01.12.10
5.3.4	TSB	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Antall årsverk for leger, legespesialister og psykologer i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (mål: skal økes).	NEI	Krever nye legehjemler til Psykiatrien. Alle LIS leger og spesialisthjemler er besatt. Krever at Ruslidelser blir en del av utdanningskravet til psykiater
5.3.5	TSB	<i>Rapporteres i årlig melding:</i> • Antall barn som fødes av kvinner i LAR-behandling og hva slags tilbud disse pasientene mottar.	NEI	Vi kartlegger omfanget for HNT. Pågår utredning om hvor kvinnene og barn skal få behandling og oppfølging i Midt-Norge. <u>Rapportering 2. tertial</u> ; Ingen endring.
5.4.1	Habilitering og rehabilitering	• Realisere regional plan for helhetlig habiliterings-/rehabiliteringstilbud til hørselshemmede, noe som blant annet vil kreve avtale mellom de ulike helseforetak og alle kommuner i aktuelle geografiske områder	NEI	Klinikken har fått overført oppdraget fra rehabiliteringsklinikken primo september 2010. Vi har saken under vurdering, men har ikke konkludert i forhold hva som er realistisk å oppnå innværende år. Vi vil konkludere og melde tilbake i løpet av innværende måned. j.i.toft
5.4.2	Habilitering og rehabilitering	• Avdelinger som ivaretar rehabilitering skal som en del av driften utføre ambulerende tjenester	NEI	Rehabiliteringsklinikken har gjort en vurdering og skrevet et notat hvilke ressurser som er nødvendig (personell/økonomi) og organisering av tilbudet. (se vedlegg) På grunn av det notatet har vi foretatt en ny riskovurdering.
5.5.8.1	Smittevern	• Helseforetaket skal bruke data fra infeksjonsregistrene i sitt arbeid for å forbedre kvaliteten på pasienttilbudet.	NEI	Smittevern registrerer prevalens og insidens av sykehusinfeksjoner. Tallene stilles disponibel for de kliniske miljøer.
5.5.8.2	Smittevern	• Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for å rapportere forekomst av postoperative infeksjoner i samsvar med NOIS-veilederen.	NEI	Begge sykehus registrerer insidens av postoperative sårinfeksjoner etter keisersnitt (MCA 10). Sykehuset Namsos overvåker insidens av postoperative sårinfeksjoner etter hofteoperasjoner utført i 2009 (1-års oppfølging). Rapportperioden til Folkehelseinstituttet er 1.september til 30.november 2010.
5.5.9.1	Beredskap	• Helse Nord-Trøndelag HF skal håndtere og følge opp erfaringer fra ny influensa A (H1N1)	NEI	Tertialrapport 1: (April) Gjennomføre evaluering innen 1.10.2010 Dsb har ansvar for nasjonal evaluering. HMN har utpekt deltakere til denne evalueringsgruppen. Regionalt og lokalt avventer vi den nasjonale evaluering i regi av direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap.
5.5.9.2	Beredskap	• Helse Nord-Trøndelag HF skal oppdatere og øve relevante deler av sine planverk i løpet av året	JA	Strategisk katastrofeplan oppdateres 1.5.2010. Ny Beredskapsplan utarbeidet og godkjent pr.01.05.2010.

VEDLEGG 2: MATRISE VIRKSOMHETSPORTALEN - 2.TERTIAL 2010

5.5.9.3	Sykelig overvekt	<ul style="list-style-type: none"> Tverrfaglig overvektspoliklinikk skal være etablert i 2010 	NEI	<p>1.tertialrapport: (April) Etablere prosjekt innen 1.4.</p> <p>2.tertialrapport: (aug.) - Tverrfaglig overvektspoliklinikk for voksne er etablert. - Tilsvarende poliklinikk for barn- og ungdom er under planlegging. En gruppe ledet av Wenche Dehli utreder dette.</p> <p>Ansvarlige saksbehandlere er: Wenche Dehli og Tore Andersen.</p>
5.5.9.4	Sykelig overvekt	<ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal iverksette tiltak for å redusere ventetiden for kirurgisk behandling av sykelig overvekt 	NEI	<p>Klinikken har kapasitet til å redusere ventetid i 2010 - kritisk faktor er økonomi - p.t. opereres i forhold kapasitet. I 2009 måtte aktiviteten innstilles på høsten. Forutsatt at økonomi og bemanning videreføres som nå, vurderer klinikken at nåværende aktivitet kan opprettholdes i 2010. Dette vil i så fall innebære reduksjon i ventetid.</p> <p>Rapportering 2.tert.: Status pr dags dato er at vi har operert 71 pasienter innen utløpet av august 2010 mot 67 i hele 2009. Pr. dags har vi utnyttet full kapasitet gjennom intern effektivisering og bedre operasjonsplanlegging. Dette er en betydelig økning i 2010. Pr.dags planlegges tilsvarende aktivitet ut året, men kostnadene er utfordrende på grunn høye varekostnader. Klinikken følger løpende med utviklingen kostnadsmessig og varsler mulig reduksjon i tilbud i løpet av siste halvår.</p>
5.5.9.5	Sykelig overvekt	<p>Rapporteres i årlig melding:</p> <ul style="list-style-type: none"> Det skal rapporteres på antall opererte og ventetid på kirurgisk behandling 	NEI	Klinikken vil rapportere innenfor den frist som er satt for årlig melding
6.1	Utdanning	<ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal videreutvikle helseforetaket som en attraktiv læringsarena for ansatte. 	NEI	
6.2	Utdanning	<ul style="list-style-type: none"> Gjennom arbeidet i Samarbeidsorganene skal helseforetakene bidra til at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsefagarbeider- og ambulansesfagutdanningen. 	NEI	HNT har representant som deltar i etablerte samarbeidsorganer.
6.3	Utdanning	<ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal sørge for at ansatte får innsikt i kulturforståelse og ferdigheter i kommunikasjon med mennesker fra ulike kulturer. 	NEI	<p>Egen gruppe er oppnevnt av RHF. Vi deltar i denne.</p> <p>I samarbeid med NTNU inviteres det til dialogbasert fagdag/konferanse regionalt den 25. oktober 2010. Konferansen skal være inspirasjonsdag forut for det videre arbeidet i det enkelte HF.</p>
6.4.1	Utdanning	<p>Rapporteres i årlig melding:</p> <ul style="list-style-type: none"> Antall praksisplasser 	NEI	
6.4.2	Utdanning	<p>Rapporteres i årlig melding:</p> <ul style="list-style-type: none"> Antall læreplasser innefor helsefagarbeider- og ambulansesfagutdanningen 	NEI	
6.4.3	Utdanning	<p>Rapporteres i årlig melding:</p> <ul style="list-style-type: none"> Status på arbeidet med etablering av nasjonalt system for måling av ressursbruk til utdanning 	NEI	
7.1.1	Forskning	<ul style="list-style-type: none"> På bakgrunn av den regionale strategiplanen, skal Helse Nord-Trøndelag HF utarbeide en lokal handlingsplan 	NEI	FoU HNT har en egen Strategiplan for forskning (2008-2011), den er under revidering (2012-2016). Handlingsplan er definert under Kap 3 Mål (vedlegg). Overordnet mål om å avsette midler til internt stillingsbank for 3 forskerstillinger knyttet til klinikkene i HNT er ikke nådd.
7.1.2	Forskning	<ul style="list-style-type: none"> Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i et regionalt forskningsnettverk, blant annet gjennom deltakelse i Regionalt forskningsutvalg (RFU) 	JA	FoU leder Bjerkeset er fast representant i RFU, vara er Grete Bratberg, FoU.
7.1.3	Forskning	<ul style="list-style-type: none"> Helseforetak Nord-Trøndelag HF skal ha eget forskningsutvalg og en forskningsenhet som ivaretar forskningen i foretaket. Forskningsaktiviteten skal være ledelsesforanket 	JA	HNT har egen FoU avdeling direkte underlagt Adm Dir. Forskningsutvalg er oppnevnt, HiNT og NTNU også representert.
7.1.4	Forskning	<ul style="list-style-type: none"> Helse Nord-Trøndelag HF skal delta aktivt i innsamling av forskningsrelevante opplysninger i samarbeid med det nasjonale rapporteringssystemet (NIFU-STEP) 	JA	Ressursbruk til FoU og vitensk produksjon er rapportert NIFU Step. Økt ressursbruk til FoU 2008-2009 skyldes hovedsaklig endret utrengningsmodell og mer ekstern finansiering.
7.1.5	Forskning	<ul style="list-style-type: none"> Det skal årlig utarbeides en oversikt over foretakets forskningsaktivitet som rapporteres opp til styret. Årlig melding og som egen sak til styret i HNT. 	JA	Forskningsaktivitet i HNT har økt årlig ihht mål i Strategiplan. Over 40 vit. artikler i 2009, 29 godkjent NIFU-STEP (se vedlegg). Presentert i Styremøte HNT 21.01.10.
7.2.1	Forskning - innovasjon	<ul style="list-style-type: none"> Helseforetaket skal utnevne innovasjonsansvarlig innen 1.4.2010. 	JA	Innovasjonsansvarlig er forskningsrådgiver Grete Bratberg, FoU
7.2.2	Forskning - innovasjon	<p>Rapporteres i årlig melding:</p> <ul style="list-style-type: none"> Antall OFU (evt. IFU) kontrakter og tildelte midler fra Innovasjon Norge. 	NEI	
7.2.3	Forskning - innovasjon	<p>Rapporteres i årlig melding:</p> <ul style="list-style-type: none"> Antall FORNY (kommersialisering av FoU- resultater), BIP (brukerstyrt innovasjonsprosjekter) og KBM (kompetanseprosjekter med brukermedvirkning) prosjekter samt tildelte midler fra Norges forskningsråd til innovasjonsprosjekter. 	NEI	
7.2.4	Forskning - innovasjon	<p>Rapporteres i årlig melding:</p> <ul style="list-style-type: none"> Antall registrerte oppfinnelser (DOFI). 	NEI	

VEDLEGG 2: MATRISE VIRKSOMHETSPORTALEN - 2.TERTIAL 2010

7.2.5	Forskning - innovasjon	Rapporteres i årlig melding: • Antall patentsøknader og registrerte patenter.	NEI	
7.2.6	Forskning - innovasjon	Rapporteres i årlig melding: • Antall lisensavtaler.	NEI	
7.2.7	Forskning - innovasjon	Rapporteres i årlig melding: • Antall bedriftsetableringer.	NEI	
7.2.8	Forskning - innovasjon	Rapporteres i årlig melding: • Antall forprosjekter finansiert av InnoMed.	NEI	
8.1	Pasientopplæring	• Helseforetaket skal påse at tilbud om lærings- og mestringsaktiviteter er tilpasset pasientenes språklige og kulturelle bakgrunn, herunder pasienter med samisk bakgrunn. Tilbudene skal være tilpasset pasienter med ulike funksjonshemninger, f. eks. pasienter med syns- og hørselshemming.	NEI	Det foreligger en rapport fra NTNU utarbeidet på vegne av HMN. Rapporten " Styrking av ansattes språk- og kulturkompetanse - en forutsetning for likeverdige offentlige tjenester" Der foreslås det en rekke tiltak, bl.a en fagkonferanse plamlagt i 2010 med to oppfølgingsstrinn i 2011, se vedlagt prosjektskisse. HNT v/rehab kliniken kontakter HMN for å etterspørre oppfølging.
8.2	Pasientopplæring	• Helseforetaket skal delta i pågående regionalt kvalitetsutviklingsprosjekt vedrørende beskrivelse av innhold og evaluering av effekt av opplæringstiltak	NEI	Helse Nord-Trøndelag har siden 2006 deltatt i et evalueringsprosjekt ledet av NTNU. Helse Nord-Trøndelag deltar i prosjektgruppe vedrørende beskrivelse av effekten og evaluering av opplæringstiltak.
8.3	Pasientopplæring	• Helseforetaket skal samarbeide med kommuner for å bygge opp kompetanse og lærings- og mestringstilbud i kommunene	NEI	- fire dagers kurs i helsepedagogikk - Helsepedagogiske tamadager med ulike pedagogiske/psykologiske tema. - brukermedvirkning på systemnivå, en informasjon til kommunene. - samarbeid med frivillighetssentralen, Levanger kommune om treffpunkt til brukerorganisasjoner . Viser forøvrig til strategi for samhandling pk. 5.3
9.10.1	Oppfølging og rapportering	Rapportering som egne styresaker tertialvis: Oppfølging av at tiltak utarbeides og måloppnåelsen av disse gjøres gjennom året via egen matrise i virksomhetsportalen. Pr 1. tertial skal tiltak knyttet til oppgavene være registrert i matrisen. Pr 2. tertial skal en rapportere hvorvidt tiltakene fører til måloppnåelse og ev. om ikke hvilke nye tiltak som iverksettes. Helseforetaket har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametre meldes til HMN når slike avvik blir kjent.	NEI	1.tertialrapportering: (T1) - Styresak 20.mai. Frist for rapportering internt: 10.mai. 2.tertialrapportering: (T2) - Styresak 23.sept. Frist for rapportering klinikker/avd. 10.sept. Årlig melding: (ÅM) - Styresak januar 2011. (Frist HMN RHF 20.01.2011) Frist klinikker avd.: 10.januar 2011.
9.10.2	Oppfølging og rapportering	- I årlig melding skal det rapporteres på hvordan helseforetaket har fulgt opp oppgaver og styringsparametre i styringsdokumentet for 2010 og oppgaver som gis gjennom foretaksmøter. Rapporteringen skal følge rapporteringsmalen som departementet har fastsatt. Det skal fremgå av årlig melding at brukerutvalget har vært med i utformingen og har behandlet den. <u>Frist for innsendelse av styrets årlige melding er 20.1.2011.</u>	NEI	
FP 3.1	Helse Midt-Norge RHF's overordnede styringsbudskap for 2010.	Samfunnsansvar Helseforetaket forvalter betydelige verdier på vegne av samfunnet. Det er viktig at samfunnsansvaret ivaretas i all planlegging og utvikling for å sikre fremtidig bærekraft og godt omdømme. Foretaksmøtet forventer at ledelse på alle nivå tar del i dette ansvaret.	NEI	
FP 3.2	Helse Midt-Norge RHF's overordnede styringsbudskap for 2010.	Kostnadskontroll God økonomisk styring er viktig for å frigjøre ressurser til investeringer, forskning, og mer og kvalitativt bedre pasientbehandling. Samtidig skal Helse Midt-Norge RHF (HMN) gjennomføre et vedtatt investeringsprogram som er nødvendig for å sikre spesialisthelsetjenestetilbudet i fremtiden. Det er avgjørende viktig at helseforetaket har kontroll på økonomien og leverer et resultat i 2010 i samsvar med styringsdokumentets krav.	NEI	Kostnadskontrollen ivaretas bl.a. gjennom foretakets interne styringssystem; lederkontrakter, månedlig rapportering og tertialvise styringsdialogmøter mellom adm. dir. og klinikkleder. Til hjelp i kostnadskontrollen har klinikkene utarbeidet periodiserte bemanningsbudsjett og konkrete tiltak som følges opp og avrapporteres hver måned. Resultat pr. juli viser svært god kostnadskontroll.

VEDLEGG 2: MATRISE VIRKSOMHETSPORTALEN - 2.TERTIAL 2010

FP 3.3	Helse Midt-Norge RHF's overordnede styringsbudskap for 2010.	Aktivitet På bakgrunn av aktivitetsutviklingen i 2009, er det spesielt viktig at aktiviteten planlegges og gjennomføres slik at aktivitetsmålsettingene nås. Foretaksmøtet konstaterer at den polikliniske aktiviteten i 2009 var betydelig bak plan og ber om spesiell fokus på dette i 2010. Det er en forutsetning at prioriteringer skjer i samsvar med prioriteringsforskriften og at brudd på avtalt tidspunkt for vurdering/behandling unngås. Særlig bør man ha fokus på områder med lang ventetid. Det ble vist til saken ved Sykehuset i Asker og Bærum (januar 2010) hvor det kan ha bli gjort endringer for enkeltpasienter i journalsystemet. Hvis dette er tilfelle er dette helt uakseptabelt. • Foretaksmøtet ba om at helseforetaket sørger for at systemer og rutiner blir gjennomgått for å forhindre svikt i dette.	NEI	
FP 3.4	Helse Midt-Norge RHF's overordnede styringsbudskap for 2010.	Tjenesteinnhold i sykehusene Det forutsettes at helseforetaket arbeider med strategiske prosesser for å utvikle spesialisthelsetjenestetilbudet med hensyn til institusjonsstruktur og innhold slik at det blir bærekraftig i forhold til fremtidige utfordringer. Foretaksmøtet henviser til Helse Midt-Norges arbeid med Strategi 2020 og ber om at de lokale prosesser blir lagt opp slik at det understøtter dette arbeidet. Foretaksmøtet konstaterer at dette vil kreve betydelige omstillinger de nærmeste årene.	NEI	Strategi 2016, strategisk del og handlingsprogram vedtatt i styret for Helse Nord-Trøndelag HF 18.mars. Strategiplanen oversendt Helse Midt-Norge RHF som del av høring ifm HMN sin strategi 2020.
FP 3.5	Helse Midt-Norge RHF's overordnede styringsbudskap for 2010.	Samhandlingsreformen For å kunne møte de utfordringer som ligger i samhandlingsreformen, må helseforetaket arbeide videre med planer, og piloter i samarbeid med kommunene.	NEI	Egen strategiplan for samhandling.
FP 3.6	Helse Midt-Norge RHF's overordnede styringsbudskap for 2010.	Sykefravær Personell med riktig kompetanse er den viktigste ressursen for helseforetaket. Det er derfor viktig å legge til rette for et stort arbeidsnærvær og å redusere sykefraværet.	NEI	HNTs IA-oppfølgingsgruppe opprettet februar 2010. IA HNT - Handlingsplan for perioden 2010-2016 blir implementert 3. tertial 2010.
FP 4.0	Økonomiske krav og rammebetingelser	Resultatkravet i 2010 kan bli justert med bakgrunn i endring i pensjonskostnader som følge av endring i økonomiske forutsetninger. Helse Nord-Trøndelag HF skal i løpet av 2010 ikke ha en driftskreditt som overstiger 150 mill kroner. Administrasjonen i Helse Midt-Norge RHF kan i deler av året, av hensyn til foretaksgruppens totale ramme, fastsette en lavere ramme for driftskreditten til helseforetaket. Foretaksmøtet forutsatte at helseforetaket må budsjettere drift og investeringer innen tilgjengelig likviditet.	NEI	Resultatkravet for HNT er pr. august opprettholdt på 0 (balanse). Driftskreditten skal ikke overstige 150 mill. kroner. Pr. august prognostiserer foretaket at resultatkravet vil bli nådd og at kravet til maksimal driftskreditt vil bli nådd med god margin.
FP 4.1	Investeringer og kapitalforvaltning	• Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF registrere sine sykehusbygg i tråd med klassifikasjonssystemet.	JA	Eiendomsavdelingen har foretatt registreringen i hht ny mal og nye koder for areal legges inn i Plania. I løpet av september 2010 vil sykehusbyggene være registrert i tråd med klassifikasjonssystemet.
FP 4.1.1	Investeringer og kapitalforvaltning	Landingsplasser for helikoptre • Foretaksmøtet presiserte at behovet for utbedring og nybygg av landingsplasser må vurderes i forbindelse med planlegging av byggeprosjekter	JA	Ved Sykehuset Namsos er det etablert landingsplass hvor helseforetaket har konsesjon. Landingsplassen er godkjent for de helikopter som benyttes i dag av Luftambulansen og SEa King. Når det gjelder kommende redningshelikopter er det usikkert om plassen er egnet pga "down wash" (parkerte biler 15 meter unna plassen) og andre miljøutfordringer. Ved Sykehuset Levanger benyttes helikopterplass som eies og driftes av Levanger kommune. Kommunen har konsesjon. Det er prosjektert landingsplass for luftambulans kombinert med parkeringshus på sykehusområdet. Landingsplassen vil ikke være stor nok for Sea King og nye redningshelikopter.
FP 5.1	Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2010. Tiltak på personalområdet.	5.1.1 Helsepersonell – et godt arbeidsmiljø • Foretaksmøtet ber om at handlingsplanen omfatter kartlegging av årsaker til sykefravær, hvilke tiltak som iverksettes og hvordan disse tiltakene skal evalueres. Handlingsplanen bør også beskrive særskilte tiltak overfor seniorer for å hindre utstøting. Disse tiltakene skal legges vedtatt regional seniorpolitikk til grunn. Handlingsplanen med tiltaksbeskrivelse og resultater skal beskrives i årlig melding.	NEI	IA HNT - Handlingsplan for perioden 2010-2016 blir implementert 3. tertial 2010.

VEDLEGG 2: MATRISE VIRKSOMHETSPORTALEN - 2.TERTIAL 2010

FP 5.1.2	Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2010. Tiltak på personalområdet	5.1.2 Reduksjon i uønskede deltidsstillinger • Foretaket skal legge til rette for økte stillingsandeler og redusert uønsket deltid. Tiltak og resultater skal beskrives i årlig melding.	NEI	Sannsynligheten for at HNTi løpet av 2010 har et system som legger til rette for økt stillingsandeler for å redusere uønsket deltid er vurdert til 3(moderat). Vurderingen er gjort på bakgrunn av at HNT i mange år hatt en høy andel deltid for noen yrkesgrupper. Det er ikke gjort noen ny kartlegging av andel uønsket deltid siden 2008. HNT har/har hatt en arbeidsgruppe som nå er i sluttfasen på en rapport vedrørende ufrivillig deltid. Det var planlagt at vi skulle ha ferdig en rapport som skulle konkludere med forslag til tiltak iløpet av forsommeren 2010. Dette arbeidet blir nå sluttført på høsten. Parallelt har det pågått et nasjonalt partsammensatt arbeid mellom Arbeidsgiverforeningen Spekter og 4 sentrale fagforeninger. Dette arbeidet konkluderer på virkemidler som er i tråd med det som arbeidsgruppen lokalt har arbeidet med. Ufrivillig deltid har også vært tema på lederutviklingsprogrammet som HNT gjennomførte vinter/vår 2010. Det planlegges også fagdager ved sykehusene hvor Spekter blir invitert inn til å bistå i det videre arbeidet.
FP 5.1.3	Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2010. Tiltak på personalområdet	5.1.3 Oppfølging av regional handlingsplan HR For å sikre helhetlige, forutsigbare og effektive forløp for våre pasienter og gode og forutsigbare arbeidsforhold for våre medarbeidere, skal HMN til enhver tid ha en riktig ressursbruk og riktig kompetanse i forhold til planlagte aktiviteter. Dette innebærer at antall medarbeidere og deres kompetanseprofil skal stå i forhold til planlagte aktiviteter og arbeidsprosesser.	NEI	HNT har innført aktivitetsstyrt bemaningsplaner for hele foretaket. Et av målene med denne innføringen har vært å sikre optimal ressursbruk ut fra planlagt aktivitet. HNT har utarbeidet veileder knyttet til årsplanlegging. Forsommer og tidlig høst har personalavdelingen gjennomført oppfriskningskursdager i forbindelse med hvordan prosessen kan gjennomføres. Videre har det vært arrangert tekniske kurs.
FP 5.2	Oppfølging av juridisk rammeverk. Intern kontroll og risikostyring	Foretaksmøtet viste til tidligere føringer angående styrets ansvar for at Helse Nord-Trøndelag HF har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Ved omstilling av virksomheten må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene. • Foretaksmøtet ba om at rapport fra styrets gjennomgang av intern kontroll og risikostyring forelegges Helse Midt-Norge RHF ved rapportering for 2. tertial 2010. I tillegg skal det redegjøres for dette arbeidet i årlig melding.	NEI	
FP 5.2.1	Oppfølging av juridisk rammeverk. Internkontroll og risikostyring	Foretaksmøtet konstaterte at det fortsatt er behov for større systematikk i helseforetakenes oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av de gjennomførte tilsynene. Foretaksmøtet la til grunn at dette følges opp.	JA	Implementering av foretakets kvalitetsstrategi. 2.tertial:(-HNT har innført ny rutine for rapportering til styret om eksterne tilsyn. (Tertialvis) -Kvalitetsrådgivere er oppnevnt i alle klinikker. -Nettverket av kvalitetsrådgivere skal gjennomgå tilsynsrapporter for å få erfaringene implementert i hele organisasjonen.
FP 5.2.2	Oppfølging av juridisk rammeverk.	Tiltak for å bedre kvaliteten i anskaffelsesprosessene • Foretaksmøtet legger til grunn at Helse Nord-Trøndelag HF bidrar med tilstrekkelig kompetanse og ressurser til handlingsplanen for innkjøp og logistikk, jfr. Sak 123/09 i styret for Helse Midt-Norge RHF blir realisert.	JA	Helse Nord-Trøndelag har avtalt med HMN om å avgi personell og kompetanse for gjennomføring av handlingsplan for Innkjøp og logistikk.
FP 5.3	Utvikling på IKT	5.3.1 Elektronisk meldingsutveksling – Meldingsløftet • Foretaksmøtet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF etablerer oppfølgingsrutiner for å sikre sikker elektronisk meldingsutveksling, I tillegg skal det etableres planer for avvikling av papirløsninger, jf. handlingsplan for Regionalt meldingsløft.	NEI	
FP 5.3.2	Utvikling på IKT	5.3.2 Elektroniske resepter • Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å planlegge for etablering av elektronisk resept med sikte på at elektroniske resepter kan sendes og mottas i 2011. Tidsplan vil bli avklart innen 1. mai 2010 i dialog med Helse- og omsorgsdepartementet.	NEI	Ikke motatt ytterligere info fra RHF'et. Dette vil bli etterspurt fra HNT's side.

VEDLEGG 2: MATRISE VIRKSOMHETSPORTALEN - 2.TERTIAL 2010

FP 5.3.3	Automatisk frikort – rapportering av egenandelsopplysninger	<p>Bør splittes i 2 deler: syke transport og poliklinisk behandling</p> <ul style="list-style-type: none"> Foretaksrådet ba Helse Nord-Trøndelag HF sørge for at egenandeler for poliklinisk behandling og syke transport rapporteres elektronisk til HELFO. 	NEI	<p>Gjelder syke transport:</p> <p>Det er laget en fremdriftsplan, som tilsier at vi skal ha 50% av befolkning oppe å gå innen 1. juni på e-rekvirering rekvisisjonsbasert transport.</p> <p>Siste 50% innen 1. oktober.</p> <p>Dette er et nasjonalt prosjekt, og følges også opp nasjonalt og regionalt</p> <p>Det kritiske er om løsningene vil fungere 100%, også en nasjonal risiko.</p>
FP 5.3.3	Automatisk frikort – rapportering av egenandelsopplysninger	<ul style="list-style-type: none"> Foretaksrådet ba Helse Nord-Trøndelag HF fase ut oppgjørssystemet POLK innen 1. januar 2011 etter nærmere angivelse fra Helsedirektoratet. 	NEI	Følger plan
FP 5.3.3	Automatisk frikort – rapportering av egenandelsopplysninger	<ul style="list-style-type: none"> Foretaksrådet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å iverksette nødvendige tiltak i 2010, slik at innrapportering fra pasienten selv ikke lenger er nødvendig for å sikre komplett innrapportering av egenandeler for direkteoppgjør fra og med 1. januar 2011. 	NEI	<p>Det er laget en fremdriftsplan, som tilsier at vi skal ha 50% av befolkning oppe å gå innen 1. juni på e-rekvirering rekvisisjonsbasert transport.</p> <p>Siste 50% innen 1. oktober.</p> <p>Dette er et nasjonalt prosjekt, og følges også opp nasjonalt og regionalt</p> <p>Det kritiske er om løsningene vil fungere 100%, også en nasjonal risiko.</p>
FP 5.3.3	Automatisk frikort – rapportering av egenandelsopplysninger	<ul style="list-style-type: none"> Helse Sør-Øst RHF er nasjonal prosjekteier for pasientreiser i 2010. Foretaksrådet bad Helse Nord-Trøndelag HF om å følge opp elektronisk rekvirering av pasientreiser gjennom etablerte fylkesvisse kontorer. 	NEI	<p>Gjelder syke transport:</p> <p>Det er laget en fremdriftsplan, som tilsier at vi skal ha 50% av befolkning oppe å gå innen 1. juni på e-rekvirering rekvisisjonsbasert transport.</p> <p>Siste 50% innen 1. oktober.</p> <p>Dette er et nasjonalt prosjekt, og følges også opp nasjonalt og regionalt</p> <p>Det kritiske er om løsningene vil fungere 100%, også en nasjonal risiko.</p>
FP 5.3.4	Nytt nødnett	<ul style="list-style-type: none"> Foretaksrådet la til grunn at Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra med nødvendig kompetanse til Helse Sør-Øst RHF for utbygging av nødnett fase 0 etter avtale. 	NEI	<p>Vi har ikke hørt noe om dette enda.</p> <p>HMN (v/Steinar Bjøråas) vil utstede forespørsel når aktuelt. Kan bli aktuelt med å bidra med 1 person fra AMK (eks. Per Arne Lynum som aktuell person).</p>
FP 5.4.1	Prosedyrekode knyttet til psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk	<ul style="list-style-type: none"> Foretaksrådet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å sørge for at alle enheter innen psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk registrerer og rapporterer prosedyrekode fra 1. september 2010 	JA	<p>Innføring av prosedyrekode fra 01.09.10 virker noe prematurt. Kodene er ikke gjennomarbeidede og har store mangler.</p> <p>Det forutsetter at datafangst fra PAS og MBDS ved hjelp av NIMES er oppe å gå slik at datafilene kan overføres NPR.</p> <p>Det forutsetter en ny gullapp som kan avkrysses i og fylles ut av merkantil personell.</p> <p>Dette arbeides det med og vi kan tidligst komme i gang 01.11.10</p>
FP 6.1	Landsverneplan for helsesektoren	<ul style="list-style-type: none"> Foretaksrådet ba Helse Nord-Trøndelag HF iverksette arbeidet med forvaltningsplaner slik at en i 2010 utarbeider en plan for gjennomføring av arbeidet med sikte på å slutføre arbeidet med forvaltningsplanene innen utgangen av 2011. 	NEI	Helse Nord-Trøndelag ved Eiendomsavdelingen vil utarbeide forvaltningsplan i hht de frister som fremgår av tiltaksbeskrivelsen. I løpet av 2010 vil plan for gjennomføring foreligge og forvaltningsplanen vil utarbeides i 2011.
FP 6.2	Evalueringsav parkeringstilbudet ved sykehusene.	<ul style="list-style-type: none"> Foretaksrådet ba Helse Nord-Trøndelag HF innen 1.sept. 2010 evaluere organiseringen av parkeringstilbudet og oversende en rapport om resultatene fra evalueringen. 	JA	Tiltaket er utført i samråd med Helse Midt-Norge, jfr e-post til HMN av 27.08 - følger som vedlegg.
FP 6.3	Røykfrie inngangspartier ved helseinstitusjoner.	<ul style="list-style-type: none"> Foretaksrådet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF innen utgangen av 2010 legger til rette for at inngangspartiene ved egne helseinstitusjoner, blir røykfrie. 	JA	<p>Det er bygd røykepaviljonger (røykeplasser utendørs under tak) ved begge sykehus samt DPS Stjørdal, et stykke fra hovedinngangene.</p> <p>Røykepaviljongen ved Sykehuset Namsos vil i løpet av høsten 2010 bli etablert nærmere hovedinngangen ved sykehuset. Røykepaviljongene er det eneste stedet det er tillatt å røyke for pasienter og pårørende på sykehusområdene. Det er satt opp skilt om at sykehusområdene er røykfrie. Ved DSP Kolvereid, som er en liten institusjon, følges dette opp lokalt.</p>

VEDLEGG 2: MATRISE VIRKSOMHETSPORTALEN - 2.TERTIAL 2010

<p>FP 7</p>	<p>Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av St.prp.nr 67 (2008-2009)</p>	<p>Tiltak for oppfølging:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Helse Midt - Norge RHF skal sørge for at helseforetakene grundig følger opp helsepersonnellets opplysningsplikter ved mulig mistanke om at barn er utsatt for straffbare handlinger. Det vises forøvrig til helsepersonelloven § 32 og 33 om opplysningsplikt til henholdsvis sosialtjenesten og barnevernet. • Ved plutselig og uventet barnedød skal helseforetakene informere foreldrene om helsejensens tilbud om dødsstedsundersøkelse. Dersom foreldrene samtykker skal helseforetaket informere/kontakte Folkehelseinstituttet, som ansvarlig for ordningen. Det skal nedtegnes i barnets journal at foreldrene er informert og om de ønsker å ta imot tilbudet. Det vises til Budsjett-innst S nr. 11 (2008-2009) og St.prp. nr. 67 (2008-2009) kap. 700 post 01 hvor dette er omtalt nærmere. 	<p>NEI</p>	<p><u>Rapportering 2. tertial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Informasjon om helsepersonnellets opplysningsplikter ved mulig mistanke om at barn er utsatt for straffbare handlinger er gått ut til alle klinikker. • RHFet må først forberede tilbud om dødsstedsundersøkelse, deretter kan HFene følge opp med informasjon om tilbudet.
-------------	-----------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 36/2010 Møteplan for 2011

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	230910	36/2010

Saksbeh: Marit Røvik Skjerve

Arkivkode:

Saksmappe: 2010/2503

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjennomfører styremøter i 2011 på disse datoene:

- Torsdag 20.01.11
- Torsdag 17.02.11
- Torsdag 17.03.11
- Torsdag 14.04.11
- Torsdag 19.05.11
- Torsdag 16.06.11
- Torsdag 18.08.11
- Torsdag 15.09.11
- Torsdag 20.10.11
- Torsdag 17.11.11
- Torsdag 15.12.11

SAKSUTREDNING:
Sak 36/2010 Møteplan for 2011

Vedlegg:

- Foreløpig møtekalender 2011 for hele Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge har utviklet en felles møtekalender for hele foretaksgruppen, som videreføres for 2011.

Styret i Helse Midt-Norge behandlet i sak 71/2010 møtekalender 2011 for hele Helse Midt-Norge, og gjorde følgende vedtak under pkt. 3:

”Helseforetakenes styrer bes vedta sine møteplaner for 2011 i tråd med behov for prosesser beskrevet i årshjul og tilpasset felles møtekalender for 2011.”

Møteplan 2011 for styret i Helse Nord-Trøndelag HF foreslås avvirket som skissert i møtekalender 2011 for hele Midt-Norge.

2011 - foreløpig

RHF Helsebygg **RBU**

HNT **HSM** **HNR** **STO**

RBM **APO**

1 RHF møter/seminar

1 Direktørmøte

1+ø Dir.møte utvidet m. økonomidir.

1 AU reg tillitsvalgte

1 Styreleder og dir-møte

1** Alle styrer og direktører

1** KU reg tillitsvalgte

!!!! Felles møter RHF og HF styre

Frider

JANUAR						
M	T	O	T	F	L	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

FEBRUAR						
M	T	O	T	F	L	S
5	1	2	3	4	5	6
6	7	8	9	10	11	12
7	14	15	16	17	18	19
8	21	22	23	24	25	26
9	28					

Flyttes til 25.02.10

MARS						
M	T	O	T	F	L	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

APRIL						
M	T	O	T	F	L	S
13				1	2	3
14	4	5	6	7	8	9
15	11	12	13	14	15	16
16	18	19	20	21	22	23
17	25	26	27	28	29	30

MAI						
M	T	O	T	F	L	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

JUNI						
M	T	O	T	F	L	S
22		1	2	3	4	5
23	6	7	8	9	10	11
24	13	14	15	16	17	18
25	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

JULI						
M	T	O	T	F	L	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

AUGUST						
M	T	O	T	F	L	S
31	1	2	3	4	5	6
32	8	9	10	11	12	13
33	15	16	17	18	19	20
34	22	23	24	25	26	27
35	29	30	31			

SEPTEMBER						
M	T	O	T	F	L	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

OKTOBER						
M	T	O	T	F	L	S
39					1	2
40	3	4	5	6	7	8
41	10	11	12	13	14	15
42	17	18	19	20	21	22
43	24	25	26	27	28	29
44	31					

NOVEMBER						
M	T	O	T	F	L	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

DESEMBER						
M	T	O	T	F	L	S
48			1	2	3	4
49	5	6	7	8	9	10
50	12	13	14	15	16	17
51	19	20	21	22*	23	24
52	26	27	28	29	30	31

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 37/2010 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	23.09.10	37/2010

Saksbeh:

Arkivkode:

Saksmappe: 2010/2503

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:
37/2010 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 02.09.10
2. Protokoll fra møte i Samarbeidsutvalget 30.08.10
3. Orientering om budsjettarbeid
4. Talegjekjenning - status
5. DPS Stjørdal – uttalelse fra styret i Helse Nord-Trøndelag
6. Andre orienteringer

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 02.09.10 kl. 10.30 – 16.50

Møtested: Helse Midt-Norge RHF

Saksnr.: 67/10 – 73/10

Arkivsaksnr.: 2009/463

Møtende medlemmer:

Kolbjørn Almlid

Toril Hovdenak (permisjon etter sak 71/10)

Asmund S. Kristoffersen

Björg Henriksen

Ingegjerd Sandberg

Jan Magne Dahle

Perny-Ann Nilsen

Joar Olav Grøtting (permisjon fra kl. 1500)

Ellen Marie Wøhni (permisjon etter sak 70/10)

Kirsti Leirtrø

Olav Huseby

Ivar Gotaas (permisjon etter sak 71/10)

Forfall:

Merethe Storødegård

Regionalt brukerutvalg:

Elin K. Gullvåg

Roy Aleksander Farstad

Eksterne gjester:

Direktør Lars E. Hansen Statens helsetilsyn

Ola Kindseth Helsedirektoratet

Marit Pedersen Helsedirektoratet

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Gunnar Bovim

Rådgiver Rita Bjørgan Holand (referent)

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Direktør for eierstyring Asbjørn Hofslie

Direktør for stab og prosjektstyring Bård Helge Hofstad (fra sak 70/10)

Økonomidirektør Anne Marie Barane

Direktør for samhandling Daniel Haga

HR direktør Sveinung Aune

Direktør for helsefag, forskning og utdanning Nils Hermann Eriksson (til kl 12.30)

Seniorrådgiver Reidar Tessem (sak 68/10)

Seniorrådgiver Kjell Solberg (sak 72/10 – SAMDATA)

Prosjektleder Lars Magnussen (sak 69/10)

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt pr. e-post 26.08.10. Sakspapirer ble samme dag lagt ut i styreadministrasjonen.

Følgende dokumenter omdelt i møtet:

- Møtereferat fra det regionale brukerutvalgets møte 30.09.10
- Møtereferat fra det regionale brukerutvalgets telefonmøte 23.08.10.
- Brev fra Kristiansund kommune – Helikopterplass ved Kristiansund sykehus

Det var ingen kommentarer til innkallingen.

Styreleder Kolbjørn Almlid ønsket velkommen. Av forskjellige årsaker ble det endret på saksrekkefølgen, sak 72/10 orienteringer vedr. Arbeidsprosess plan for gravide og SAMDATA ble tatt før sak 69/10. Orientering vedr. NPSS ble gitt i lukket møte til slutt.

Styreleder Kolbjørn Almlid orienterte om styreleder og direktørsamling 3. sept. 2010 vedr. operasjonalisering av vedtak i Strategi 2020.

Direktør for Statens helsetilsyn Lars E. Hanssen holdt innlegg om tilsyn ved møtets start.

Sak 67/10 Referatsaker

Referatsaker:

- Regionalt brukerutvalgs møte den 30.08.10
- Regionalt brukerutvalgs telefonmøte den 23.08.10
- Protokoll fra møte i revisjonskomiteen 20.08.10

Revisjonskomiteens leder Olav Huseby orienterte at i oppfølging av seminar på Gardermoen (sak 16/10 i protokoll fra revisjonskomiteen) vil det til neste styremøte legges fram en sak vedrørende arbeidsprosess og videre utvikling av internrevisjonen.

Sak 68/10 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 31.07.2010

Forslag til vedtak:

1. Styret tar den positive utviklingen når det gjelder korridorpasienter til etterretning, men påpeker at arbeidet for å bedre de andre kvalitetsindikatorerne, redusere ventetidene og øke aktiviteten må forsterkes.
2. Styret tar til etterretning at Helse Midt-Norge samlet for juni og juli leverer et resultat på 39 mill kr foran budsjett og ligger samlet om lag 49 mill kr foran budsjett.
3. Styret i Helse Midt-Norge tar rapporteringen av bemanning og sykefravær til etterretning, men ber administrerende direktør følge bemanningsutviklingen i foretakene tett.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret tar den positive utviklingen når det gjelder korridorpasienter til etterretning, men påpeker at arbeidet for å bedre de andre kvalitetsindikatorerne, redusere ventetidene og øke aktiviteten må forsterkes.
2. Styret tar til etterretning at Helse Midt-Norge samlet for juni og juli leverer et resultat på 39 mill kr foran budsjett og ligger samlet om lag 49 mill kr foran budsjett.
3. Styret i Helse Midt-Norge tar rapporteringen av bemanning og sykefravær til etterretning, men ber administrerende direktør følge bemanningsutviklingen i foretakene tett.

Sak 69/10 Budsjettforutsetning nytt sykehus Nordmøre og Romsdal HF

Forslag til vedtak:

Adm.direktør bes utarbeide budsjettforslag for 2011 og omstillingsbehov videre i langtidsbudsjettperioden ut fra forutsetning om at byggestart for nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal ikke kan gjennomføres i 2012.

Protokoll

Styremedlem Ingegjerd Sandberg fremmet forslag om å utsette saken til ekstraordinært møte. Dette ble enstemmig vedtatt.

Sak 70/10 Retningslinjer for statlig eierskap: Holdninger til lederlønn - Anmodning om styrets vurderinger.

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Saken legges frem uten innstilling fra administrerende direktør

Protokoll

Saken ble lagt fram uten innstilling fra administrerende direktør. Tilbakemeldinger fra styret vil bli tatt inn i tilbakemelding til Helse- og omsorgsdepartementet. Forslag til uttalelse legges fram for styremedlemmene pr. mail før det sendes.

Sak 71/10 Møteplan 2011

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF gjennomfører styremøter i 2011 på disse datoene:
 - o Torsdag 13.01.11
 - o Torsdag 03.02.11
 - o Torsdag 03.03.11

- o Torsdag 07.04.11
 - o Torsdag 05.05.11
 - o Torsdag 09.06.11
 - o Torsdag 01.09.11
 - o Torsdag 06.10.11
 - o Torsdag 03.11.11
 - o Torsdag 01.12.11
2. Normalt vil møtene avholdes i Stjørdal, men det lages en plan for å legge noen av styremøtene til ulike deler av regionen.
 3. Helseforetakenes styrer bes vedta sine møteplaner for 2011 i tråd med behov for prosesser beskrevet i årshjul og tilpasset felles møtekalender for 2011.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF gjennomfører styremøter i 2011 på disse datoene:
 - o Torsdag 13.01.11
 - o Torsdag 03.02.11
 - o Torsdag 03.03.11
 - o Torsdag 07.04.11
 - o Torsdag 05.05.11
 - o Torsdag 09.06.11
 - o Torsdag 01.09.11
 - o Torsdag 06.10.11
 - o Torsdag 03.11.11
 - o Torsdag 01.12.11
2. Normalt vil møtene avholdes i Stjørdal, men det lages en plan for å legge noen av styremøtene til ulike deler av regionen.
3. Helseforetakenes styrer bes vedta sine møteplaner for 2011 i tråd med behov for prosesser beskrevet i årshjul og tilpasset felles møtekalender for 2011.

Sak 72/10 Orienteringssaker

I styremøte 02.09.10 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- SAMDATA (ble tatt før sak 69/10)
- Arbeidsprosess plan for gravide (ble tatt etter sak 68/10)
- Pasientreiser – bruk av kredittkort
- Samarbeidsavtale med Leverandørforeningen for Helsesektoren (LFH)
- Strategi 2020
- NPSS (ble tatt i lukket møte etter sak 70/10 Off. lov § 23) Morten Goller fra Wikborg & Rein deltok
- Medieanalyse

Vedtak

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

Sak 73/10 Eventuelt

Stjørdal 02.09.10

Kolbjørn Almlid

Toril Hovdenak

Merethe Storødegård

Asmund S. Kristoffersen

Olav Huseby

Perny-Ann Nilsen

Jan Magne Dable

Joar Olav Grotting

Kirsti Leirtro

Ivar Gotaas

Ingegjerd Sandberg

Ellen Wøbni

Björg Henriksen

SAMARBEIDSUTVALGET

HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 30.08.10 kl. 10.00 – 14.30
Møtested: Fylkets Hus, Steinkjer
Saksnr.: 24/2010 - 32/2010
Arkivsaksnr: 2010/356

Møteleder: Hege Sørli

Møtende medlemmer:

Hege Sørli, leder av utvalget, rådmann Namsos
Arne Ketil Auran, rådmann Frosta
Tomas I. Hallem, KS-leder
Torgeir Schmidt-Melbye, kommunelege i Leksvik
Arne Flaas, administrerende direktør
Dagfinn Thorsvik, helsefaglig rådgiver
Øystein Sende, klinikkleder
Hilde Ranheim, klinikkleder
John Ivar Toft, klinikkleder
Torgeir Skevik, avd.leder hos Fylkesmannen
Åshild Nymo, leder Namdal Rehabilitering
Øystein Bjørnes, brukerrepresentant

Forfall:

Tone Skrove Haugan
Varamedlem Håkon Kolstrøm

Møtende varamedlem:

Ingen

Fra administrasjonen i Helse Nord-Trøndelag HF møtte:

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

Merknader til innkalling og sakliste:

Ingen merknader til innkalling og sakliste.

Sak 26/2010 ble behandlet etter sak 28/2010

SAMARBEIDSUTVALGET

HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG

MØTEPROTOKOLL

Sak 24/2010 Godkjenning av protokoll fra møte 10.06.10

Protokoll:

Hege Sørli viste til protokollen

Vedtak:

Protokollen godkjennes

Sak 25/2010 Orienteringer fra leder i samarbeidsutvalget og adm. dir. HNT

Protokoll:

Leder for samarbeidsutvalget Hege Sørli orienterte om:

- Planlagt møte 21. september om samhandlingsreformen i KS-regi
- Distribusjon av brosjyren – Helhetlige helsetjenester og minnet om at den er tilgjengelig i elektronisk versjon på Helse Nord-Trøndelag hjemmeside
- Saker fra siste møte i det regionale samarbeidsutvalget for KS

Administrerende direktør orienterte om:

- Status Strategi 2020 og forventninger til planen
- Helsereformen – Helse Nord-Trøndelag sin rolle ved utrulling og involvering av DMS-funksjoner
- Oppsigelse av avtale mellom St.Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag om plasser ved DPS Stjørdal
- Planlagte og igangsatte prosjekter i forbindelse med samhandlingsreformen
- Mediaoppslag – med bakgrunn i ulike prosjekt m.m. som har skapt debatt

Vedtak:

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering.

Sak 26/2010 Statistikkgrunnlag – styringsindikatorer. Opprettelse av arbeidsutvalg med mandat

Protokoll:

Leder samhandling Kari Bratland Totsås minnet om at behandling av saken i dette møtet er en oppfølging av sak 21/10 i junimøtet.

Videre viste hun til strategiplanens kap. 5.7 mht. oppfølging og effektivering og foreslo å oppnevne et arbeidsutvalg som gis et mandat.

Vedtak:

Samarbeidsutvalget oppnevner et arbeidsutvalg med følgende medlemmer:
Øyvind Stenvik, helsefaglig rådgiver Helse Nord-Trøndelag (leder av utvalget)
Sveinung Aune, avdelingsleder data og analyse, Helse Nord-Trøndelag

SAMARBEIDSUTVALGET

HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG

MØTEPROTOKOLL

Iren Hovstein Haugen, avdelingsleder bistand og omsorg, Steinkjer kommune
Bente Eidesmo, rådgiver Overhalla kommune
En representant fra kommunelegene
En representant fra fylkeskommunen

Samarbeidsutvalget gir leder for samhandling utvidet mandat til å komplettere medlemmer til arbeidsutvalget og mandat for arbeidsutvalget.

Utvalgets arbeid avsluttes med en anbefaling og forslag til tiltak med frist innen 18. november 2010.

Saken legges fram for Samarbeidsutvalget i desembermøtet.

Sak 27/2010 Utvikling av organisatorisk forpliktende samhandlingsmodeller i psykiatri. Overføringsverdi til annen virksomhet? Forlengelse av prosjekt – innvilget tilskudd Orientering om status og plan for hovedprosjekt

Protokoll:

Kvalitetsrådgiver Olav Bremnes orienterte om

- Status på samhandlingsprosjektet psykisk helse
- Organisering av prosjektarbeidet
- Status framdriftsplan
- Aktivitet (regionvise møter med kommunene, brukervedvirkning, NAV, integrering av pågående prosjekt, dialogkonferanser m.v.)
- Kartleggingsarbeidet
- Prosjektplan fram til 2014
- Hovedmål i prosjektplanen (målsettinger, fokus i hovedprosjektet, utfordringer i samarbeidet og vurdering av behandlingstiltak)

Vedtak:

Styringsgruppen v/Samarbeidsutvalget tar saken til orientering.

Sak 28/2010 Kompetansekoordinatorprosjektet status og foreløpige konklusjoner

Protokoll:

Prosjektleder Oddny Hoven orienterte om bakgrunnen for prosjektet, kompetansekoordinatorens mandat, status og utfordringer i prosjektet.

Vedtak:

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering og avventer styringsgruppens tilråding når det gjelder videre finansiering og eventuelt videreføring av prosjektet i 2011.

SAMARBEIDSUTVALGET

HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG

MØTEPROTOKOLL

Sak 29/2010 Justering av mandat for Samarbeidsutvalget, perioden 2010 – 2011 – forlengelse av Basisavtalen

Adm.direktørs innstilling:

Samarbeidsutvalget vedtar at Basisavtalen forlenges med ett år uten endringer.

Foreliggende innspill tas med i neste revidering. I forbindelse med neste revidering bør det også fokuseres mer på hvordan avtalen skal håndteres i praksis med standardisering av rutiner og verktøy

Protokoll:

Leder for samhandling orienterte om arbeidsgruppens forslag

Vedtak:

Samarbeidsutvalget vedtar at Basisavtalen forlenges med ett år uten endringer.

Foreliggende innspill tas med i neste revidering. I forbindelse med neste revidering bør det også fokuseres mer på hvordan avtalen skal håndteres i praksis med standardisering av rutiner og verktøy

Forlengelsen av gjeldende Basisavtale, godkjennes av kommunene.

Sak 30/2010 Årsplan 2011 – Samarbeidsutvalgets rolle i oppfølgingen av samhandlingsstrategien

Protokoll:

Leder for samhandling viste til samhandlingsstrategiens pkt. 6.1 Tiltak i 2010, sitat: ”Årsplan for 2011 utarbeides”.

.

Vedtak:

Samarbeidsutvalget støtter forslaget om utarbeidelse av årsplan 2011 og ber om at saken behandles i neste møte.

Sak 31/2010 Orienteringssaker:

1. Oppnevning av kurskomité til samarbeidskonferansen januar 2011 – eventuelle innspill på forslag til tema på konferansen

Adm.direktørs innstilling:

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering.

SAMARBEIDSUTVALGET

HELSE NORD-TRØNDELAG HF OG KS I NORD-TRØNDELAG

MØTEPROTOKOLL

Protokoll:

Leder for samhandling orienterte om at kurskomiten nå er komplett og består av følgende medlemmer:

Wenche Dehli	Klinikkleder Helse Nord-Trøndelag (leder for komiteen)
Trine Nesheim	Kommunalråd Stjørdal kommune
Håkon Kolstrøm	Pleie- og omsorgsleder Grong kommune
Torgeir Skevik	Seksjonsleder Fylkesmannen i Nord-Trøndelag
Håvard Avelsgaard	Lege Steinkjer kommune (referansekontakt)
Hildur Fallmyr	Brukerrepresentant
Ann Inger Leitrø	Helse Nord-Trøndelag, DPS Stjørdal

Sekretær og praktisk bistand: Bente Søreng FOU HNT (utsending, invitasjoner, påmelding med mer)

Torgeir Skevik refererte fra komiteens første møte og listet opp forslag fra komiteen på tema. Samarbeidsutvalget ga ytterligere innspill til aktuelle tema som Skevik tar med seg til komiteen.

Vedtak:

Samarbeidsutvalget tar saken til orientering.

Endelig program og tema for konferansen legges fram for Samarbeidsutvalget.

Sak 32/2010 Eventuelt

Representanten for rehabiliteringsinstitusjonene, Åshild Nymo orienterte om

- Erfaringen med gjennomføring av ferieavvikling på rehabiliteringsinstitusjonene ifht.. lengden på lavaktivitetsperioden i helseforetaket
- Rehab.institusjonenes omstillingsmidler fra HOD:
 - Meråker - kompetanseheving innen habilitering
 - Kastvollen - kompetanseheving innen terapiridning og gruppearbeid
 - Namdal Rehabilitering prosjekt "Mestring i lag – sammen om rehabilitering".
- Snåsa kommunes utmelding fra det interkommunale samarbeidet
- Planlegging av erfaringsmøter i Namdal Rehabilitering IKS

Hege Sorlie

Arne Ketil Auran

Tomas I. Hallem

Torgeir Schmidt-Melbye

Øystein Sende

Dagfinn Thorsvik

Hilde Ranheim

Arne Flaot

Øystein Bjørnes

John Ivar Toft

Åshild Nymo

Torgeir Skevik

Helse Midt-Norge RHF

Postboks 464
7501 Stjørdal

Vår ref.:	Deres ref.:	Arkiv:	Dato :
2006/679 - 19677/2010		152	27.08.2010

DPS Stjørdal - uttalelse fra styret i Helse Nord-Trøndelag

I 2003 ble Stjørdal DPS vedtatt bygget som et ledd i Opptrappingsplanen for Psykisk Helsevern i Nord-Trøndelag, i tråd med overordnede politiske føringer. Etableringen ble gjennomført av Helse Nord-Trøndelag, som en ivaretagelse av Helse Midt-Norge RHF sitt ansvar for å sørge for gode spesialisthelsetjenester i regionen. Styret for Helse Midt-Norge godkjente DPS-strukturen for DPS Stjørdal i 2003 (sak 50/2003) og fattet senere vedtak om bygging (sak 51/2003).

Senteret ble etablert med opptaksområde både i Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag, praktisk ordnet gjennom en avtale mellom Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital om kjøp av plasser. Totalløsningen skulle sikre gode tjenester og effektive driftsformer. Ansvaret for å forsvare investeringen og ivareta driften ble lagt i Helse Nord-Trøndelag HF.

Styret ved St. Olavs Hospital har sagt opp avtalen om kjøp av plasser ved DPS Stjørdal tre-fire år etter åpningen av senteret.

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF skal sikre at helseforetakets drift er ansvarlig til enhver tid. Ved investeringer i den størrelsesorden som DPS Stjørdal representerer, må styret kunne legge til grunn en helt annen finansiell langsiktighet enn hva som er tilfelle i denne saken. Bare slik kan styret være reelt ansvarlig for å yte tjenester innenfor de rammene som er satt av Helse Midt-Norge RHF.

Vi har forståelse for at St. Olavs Hospital gjennomgår sin drift og gjør endringer for å optimalisere pasienttilbudet innenfor sine rammer. Samtidig vil vi understreke at DPS Stjørdal er en fellesløsning i regionen, noe som både innbyr til langsiktig planlegging og ikke minst til at løsninger blir drøftet i fellesskap. Vi må også påse at vi ikke bidrar til en utvikling som går på tvers av Samhandlingsreformens intensjoner om desentralisert behandling.

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF ber med dette Helse Midt-Norge RHF vurdere den totale saken, både i forhold til pasienttilbud, effektivisering av drift, investeringer og økonomiske driftsrammer.

For styret i Helse Nord-Trøndelag

Steinar Aspli
Styreleder
Sign.