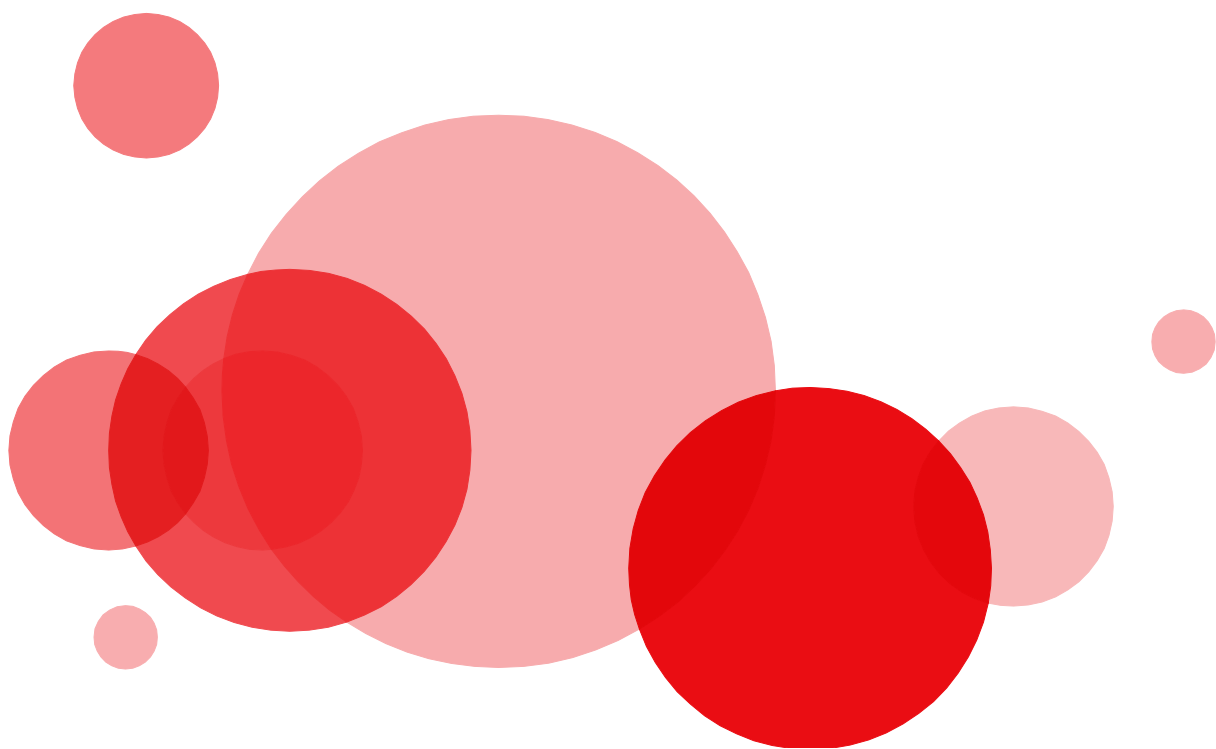


**ÅRLIG MELDING 2016 FOR
HELSE MIDT-NORGE RHF TIL HELSE- OG
OMSORGSDEPARTEMENTET**



INNHOOLD

| | | |
|--------|--|----|
| 1. | INNLEDNING | 4 |
| 1.1 | VISJON, VIRKSOMHETSIDÉ OG VERDIGRUNNLAG | 4 |
| 1.2 | SAMMENDRAG AV POSITIVE RESULTATER OG ULØSTE UTFORDRINGER I 2016 | 4 |
| 2. | RAPPORTERING PÅ KRAV I OPPDRAGSDOKUMENT | 8 |
| 2.1 | REDUSERE UNØDVENDIG VENTING OG VARIASJON I KAPASITETSUTNYTTELSEN | 8 |
| 2.2 | PRIORITERE PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING | 12 |
| 2.3 | BEDRE KVALITET OG PASIENTSIKKERHET | 18 |
| 3. | RAPPORTERING PÅ KRAV FRA REVIDERT OPPDRAGSDOKUMENT AV 30. JUNI 2016 | 29 |
| 3.1 | REDUSERE UNØDVENDIG VENTING OG VARIASJON I KAPASITETSUTNYTTELSEN | 29 |
| 3.2 | PRIORITERE PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING | 31 |
| 3.3 | BEDRE KVALITET OG PASIENTSIKKERHET | 32 |
| 4. | RAPPORTERING PÅ KRAV FRA FORETAKSMØTET | 34 |
| 4.1 | KRAV OG RAMMER FOR 2016 | 34 |
| 4.2 | ØVRIGE AKTUELLE SAKER I 2016 | 43 |
| 5. | STYRETS PLANDOKUMENT | 47 |
| 5.1 | UTVIKLINGSTRENDER OG RAMMEBETINGELSER | 47 |
| 5.1.1. | UTVIKLINGEN INNEN OPPTAKSOMRÅDET | 47 |
| 5.1.2. | ØKONOMISKE RAMMEFORUTSETNINGER | 54 |
| 5.1.3 | PERSONELL OG KOMPETANSE | 54 |
| 5.1.4 | BYGNINGSKAPITAL – STATUS OG UTFORDRINGER | 56 |
| 5.2 | DET REGIONALE HELSEFORETAKETS STRATEGIER OG PLANER | 58 |
| 5.2.1 | OVERORDNA MÅL OG STRATEGIER – STRATEGI 2030 | 58 |
| 5.2.2 | REGIONALE DELSTRATEGIER OG PLANER | 61 |
| 6. | UTTALELSE FRA REGIONALT BRUKERUTVALG I HELSE MIDT-NORGE | 62 |
| 7. | UTTALELSE FRA KONSERNTILLITSVALGTE OG KONSERNVERNEOMBUD I HELSE MIDT-NORGE | 65 |
| 8. | VEDLEGG | 68 |
| 8.1 | REDUSERE UNØDIG VENTING, MINDRE VARIASJON OG BEDRE EFFEKTIVITET, JF. TABELL 1 I OPPDRAGSDOKUMENTET | 68 |
| 8.2 | PRIORITERING AV PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING, JF. TABELL 1 I OPPDRAGSDOKUMENTET | 69 |

| | | |
|-----|---|----|
| 8.3 | BEDRE KVALITET OG PASIENTSIKKERHET. UTDANNING, FORSKNING INNOVASJON OG OPPLÆRING AV PASIENTER OG PÅRØRENDE SKAL UNDERBYGGE GOD OG FORSVARLIG PASIENTBEHANDLING, JF. TABELL 1 I OPPDRAGSDOKUMENTET | 71 |
| 8.4 | RAPPORTERING 2016 HELSE MIDT-NORGE RHF, JF. TABELL 2 I OPPDRAGSDOKUMENTET | 72 |

1. Innledning

1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Helse Midt-Norge RHF har følgende visjon: På lag med deg for din helse.
De sentrale verdiene våre er: Trygghet, respekt og kvalitet.

Formålet med virksomheten er å sørge for at befolkningen har tilgang til gode og likeverdige spesialisthelsetjenester når man trenger det, uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi eller etnisk bakgrunn.

Helse Midt-Norges visjon, verdigrunnlag og formål er gjort gjeldende for hele foretaksgruppen.

Helse Midt-Norge vedtok i 2016 en ny strategi for foretaksgruppen; Strategi 2030. Strategi 2030 gir en felles ambisjon for alle helseforetakene i Helse Midt-Norge; vi skal bygge en fremragende helsetjeneste til det beste for pasientene og befolkningen.

Strategien definerer fire strategiske mål for hvordan vi skal videreutvikle en fremragende helsetjeneste i Midt-Norge:

- Vi skaper pasientenes helsetjeneste.
- Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell.
- Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse.
- Vi er gode lagspillere.

1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2016

Foretaksgruppen har gjort et betydelig arbeid for å redusere ventetidene og fjerne fristbruddene. Aldri før har ventetida i Helse Midt-Norge vært så kort og i tillegg er variasjonen i ventetider mellom helseforetakene betydelig redusert. For året under ett var gjennomsnittlig ventetid 58 dager. Antallet fristbrudd er også redusert og helseforetakene er nå nær målet om null fristbrudd. I desember 2016 var det en andel på 0,6 pst. som fikk behandling etter at fristen hadde utløpt. Regionens målretta arbeid med å redusere ventetider og unngå fristbrudd vil fortsette med full styrke også i 2017. I tillegg vil Helse Midt-Norge videreføre og intensivere arbeidet med å redusere unødig variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i tjenesten.

Det arbeides målrettet med å tilby en trygg og effektiv spesialisthelsetjeneste gjennom hele behandlingsskjeden ved våre helseforetak. Dette arbeidet gjenspeiles blant annet i arbeid med tiltak gjennom pasientsikkerhetsprogrammet, samt i arbeidet med å implementere standardiserte pasientforløp og pakkeforløp.

Det systematiske arbeidet med standardiserte pasientforløp fortsatte med full oppmerksomhet i 2016. St. Olavs Hospital HF, med Regionalt senter for helsetjenesteutvikling, har hovedansvar for utvikling og implementering av de regionale pasientforløpene, med utgangspunkt i kreftforløpene. De to siste årene er det utviklet 30 regionale pasientforløp, og i 2016 er alle godkjent. Dette innebærer 25 pakkeforløp for kreft, pakkeforløp for psykose og rus akutt og tre andre regionale standardiserte pasientforløp,

blant annet innen nyfødtmedisin. Regionen har forbedret resultatene for pakkeforløpene både for antallet registrert i et pakkeforløp og andelen gjennomført innenfor anbefalt forløpstid. De regionale pasientforløpene utvikles etter metodikken for standardiserte pasientforløp. Dette er et viktig tiltak for å redusere uønsket variasjon i helsetjenesten.

Tiltakspakkene i Pasientsikkerhetsprogrammet kommer på plass i stadig flere enheter i sykehusene, men målet om spredningsgrad er ennå ikke nådd.

Helse Midt-Norge RHF oppfyller ikke alle måleparametrene knyttet til den gyldne regel. For tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) innfrir regionen målet for reduksjon i ventetid og vekst i bemanning. Vekst i polikliniske konsultasjoner har vært lavere enn for somatikk. Innen psykisk helsevern er målet nådd når det gjelder bemanning, men ikke når det måles i endringer i ventetider eller aktivitet. Helse Midt-Norge RHF har per d.d. ikke konsoliderte regnskapstall for 2016 som muliggjør en sammenligning av veksten i kostnadene mellom tjenesteområdene.

I 2016 ble praksis rundt bruk av tvang satt høyt på dagsorden i foretaksgruppen. I løpet av våren utarbeides det en felles regional plan for å sikre riktig og redusert bruk av tvang innen psykisk helsevern. Det er noen utfordringer knyttet til registreringer av tvang i dagens pasientadministrative system, men det arbeides med forbedringer, både i forhold til det datatekniske, prosedyrer og opplæring. Målet er at all tvang registreres og rapporteres i det elektroniske pasientadministrative systemet.

Det har vært en positiv utvikling i antall avvik fra arbeidstidsbestemmelsene i løpet av året. Dette er et kontinuerlig arbeid. Foretakene jobber systematisk og godt, i tett samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten, for å lukke avvikene. Arbeidet med oppfølging av avvik fra arbeidstidsbestemmelsene vil fortsette i 2017 da med et fokus på hviletid under 6 timer for annet helsepersonell enn leger, mens en for leger vil følge opp avvik på samlet arbeidstid over 19 timer.

Sykefraværet i foretaksgruppa er på samme nivå i 2016 som i foregående år. Det ligger fortsatt høyere enn målet. Det ble i 2016 startet et arbeid med å utarbeide et felles regionalt rammeverk for HMS-arbeidet. Dette vil medføre et økt fokus på de enhetene som har høyest fravær. Helse Midt Norge skal gjennom målrettet og systematisk HMS-arbeid skape et åpent, sikkert og helsefremmende arbeidsmiljø som bidrar til høyt nærvær, fravær av skader og god pasientsikkerhet.

Sykefraværet i foretaksgruppen har vært økende og var i desember på 8,9 pst. Det ble i 2016 startet et arbeid med å utarbeide et felles regionalt rammeverk for HMS-arbeidet. Helse Midt Norge skal gjennom målrettet og systematisk HMS-arbeid skape et åpent, sikkert og helsefremmende arbeidsmiljø som bidrar til høyt nærvær, fravær av skader og god pasientsikkerhet.

Konseptfasen for Sjukehuset Nordmøre og Romsdal (SNR) ble ferdigstilt i desember 2016. Konseptfasen for SNR viste at det kan oppnås et styrket fagmiljø, kvalitet og et bedre tilbud til befolkningen gjennom det vedtatte alternativet med et felles akuttsykehus på Hjelset og en ombygging av eksisterende sykehus i Kristiansund til et distriktsmedisinsk senter (DMS) som også skal inneholde dagkirurgi.

Helseplattformen har i 2016 invitert til bred involvering av ansatte fra helseforetak, kommuner og fastleger i Midt-Norge, i arbeidet som danner grunnlaget for anskaffelsen av ny elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system. Med fokus på pasientens reise gjennom hele helsetjenesten ønsker Helseplattformen en fremtidig løsning som gir pasienten enklere innsyn i egen journal, og helsepersonell i kommune, hos fastlegen og spesialisthelsetjenesten mulighet til å dele informasjon. Ambisjonen om en sammenhengende helsetjeneste og det tette samarbeidet mellom Trondheim kommune og Helse Midt-Norge RHF, som også involverer fastleger og øvrige kommuner i Midt-Norge, har fått stor oppmerksomhet nasjonalt i 2016. Helse Midt-Norge RHF mottok i foretaksmøtet i juni et oppdrag om å gjennomføre Helseplattformen som en regional utprøvingsarena for målbildet knyttet til «Én innbygger – én journal» samt å være et mulig startpunkt for en felles kommunal nasjonal løsning.

Helseplattformen har siden 2015 levert i tråd med vedtatte økonomiske planer og krav til framdrift og faglig innhold. Programmet har lagt bak seg flere viktige milepæler, men det er fortsatt slik at det har flere krevende faser foran seg, noe som vil kreve godt samspill med et relativt komplekst interessent- og aktørbilde. Med en tilnærming som involverer alle tjenesteytere i helsesektoren støtter Helseplattformen på mange utfordringer det ikke er etablert regelverk eller praksis for. For å sikre realisering av de målene som er satt i foretaksprotokoll av 22. juni 2016 og programmets effektmål vil det også i fortsettelsen være behov for et tett samspill med nasjonale myndigheter.

Flere pågående prosesser, som er i en tidlig fase, vil legge føringer av stor betydning for både innhold, struktur og organisering av tjenesten i regionen. Helseplattformen har kunngjort sitt konkurransegrunnlag og Helse Møre og Romsdal HF er i gang med forprosjekt for nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal. I 2017 skal helseforetakene utarbeide utviklingsplaner med en tidshorisont fram mot 2035.

Foretaksgruppa leverer positive økonomiske resultater og de økonomiske kravene som er stilt Helse Midt-Norge i 2016 er innfridd. Det er likevel stor variasjon mellom helseforetakene. De økonomiske resultatene for 2016 angir inngangsfarten i 2017. Rapporteringen fra foretakene i 2016 viser et høyere kostnadsnivå enn planlagt innenfor enkelte områder. Negative avvik fra budsjett i 2016 gir en økt likviditetsmessig utfordring i 2017.

Arbeidet med innføring av nytt økonomi- og logistikksystem i regionen (HMNLØ) har vært omfattende. Helse Nord-Trøndelag HF, Helse Møre og Romsdal HF, Sykehusapotekene i Midt-Norge HF, Helse Midt-Norge RHF og Hemit innførte løsningen i 2016, mens St. Olavs Hospital HF skal ta i bruk løsningen våren 2017. Foretaksgruppen skal i 2017 intensivere arbeidet med å realisere gevinster av innføringen av løsningen.

Med et høyt ambisjonsnivå og stort omfang av investeringer vil likviditetssituasjonen for Helse Midt-Norge bli krevende i årene fremover. Alle investeringer og prosjekter har en risiko for høyere kostnad/investering enn styringsmål og det er viktig for Helse Midt-Norge å ha en god og helhetlig usikkerhetsstyring knyttet til finansiell risiko. Det ble derfor våren

2016 vedtatt prinsipper for styring av usikkerhet i store prosjekter. I dette ligger at styret skal ha en god oversikt over likviditetsmessig risiko for foretaksgruppen og samtidig ha mulighet til å redusere risiko gjennom en plan for likviditetsmessig beredskap.

Helse Midt-Norge var pilotregion i prosjektet "Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten". Alle landets helseforetak kom opp med nye internettsider i løpet av 2016. Informasjonen er lik i hele landet og det gjør det enklere å søke informasjon om hva som skjer før, under og etter behandling. De nye nettsidene ligger på samme plattform som helsenorge.no.

Helse Midt-Norge RHF har et tett og konstruktivt samarbeid med både regionalt brukerutvalg, konserntillitsvalgte og konsernverneombud. Disse har gitt sine innspill til årlig melding i hhv. kapittel 6 og 7.

2. Rapportering på krav i oppdragsdokument

2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Mål 2016:

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.

Målet er nådd.

Det har blitt arbeidet målrettet og godt gjennom 2016 for å innfri målet om at gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har starta behandling skal være under 65 dager. Aldri før har ventetida vært så kort for pasientene i Helse Midt-Norge. Fra og med februar måned hadde alle sykehusforetakene gjennomsnittlige ventetider under 65 dager. For året samla er den gjennomsnittlige ventetiden 58 dager, hele ti dager kortere enn i 2015.

Gjennomsnittlige ventetid for alle som starta behandling i 2016 fordelt per fagområde er;

| | |
|--|----------|
| Somatikk | 58 dager |
| Psykisk helsevern barn og unge | 58 dager |
| Psykisk helsevern voksne | 52 dager |
| Tverrfaglig spesialisert rusbehandling | 32 dager |
| Samlet alle fagområder | 58 dager |

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling har hatt størst nedgang i ventetidene i 2016, mens ventetiden innen psykisk helsevern for barn og unge i snitt har økt med tre dager fra 2015. Utviklingen gjennom året har imidlertid vært positiv og ventetiden i desember 2016 var nede i 48 dager både for barn og unge og voksne innen psykisk helsevern.

I tillegg har variasjonen i ventetider mellom helseforetakene blitt redusert. St. Olavs Hospital HF nådde en gjennomsnittlig ventetid på 57 dager, mens Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF hadde i snitt ventetid på 59 dager. Tett oppfølging av det enkelte sykehus, klinikk og avdelinger har vært en viktig suksessfaktor. Tiltakene har blant annet vært rettet mot registreringspraksis, identifisering av kapasitetsbegrensende flaskehalser, etablering av langsiktige aktivitetsbaserte driftsplaner og sette pasientene direkte på time. Videre er det gjort en stor innsats mot langtidsventende pasienter.

- Ingen fristbrudd.

Målet er delvis nådd.

Andelen fristbrudd har vært relativt stabil rundt en prosent i hele 2016, og totalt for året ble det registrert 1,1 pst. fristbrudd i Helse Midt-Norge. Sammenlignet med tidligere år er andelen betydelig redusert (andelen fristbrudd var 2,7 pst. i 2015). Samtidig er ikke målet om null fristbrudd innfridd.

Ett av Helse Midt-Norges helseforetak er svært nær ved å nå målsetningen; Helse Nord-Trøndelag HF har gjennom samtlige måneder i 2016 rapportert kun tre - ti fristbrudd. Interne ukentlige målinger viser at også St. Olavs Hospital HF nå nærmere seg målet om null fristbrudd. I Helse Møre og Romsdal HF, som pr desember måned var registrert med 52 fristbrudd for pasienter avviklet fra venteliste, jobbes det målrettet med å fjerne de siste bruddene. Arbeid med kontinuerlig forbedring av arbeidsprosesser, både pasientadministrative og kliniske arbeidsprosesser, vil fortsatt være fokusområde. I tillegg vil arbeid med implementering av pakkeforløp være viktig i disse prosessene.

- Andel kreftpasienter som registreres i et pakkeforløp skal være minst 70 pst.

Målet er nådd.

Denne indikatoren måler andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for lunge-, bryst, prostata- og tykk- og endetarmskreft. I 2. tertial 2016 har 72 pst. av pasientene for de fire krefttypene blitt inkludert i pakkeforløp i Helse Midt-Norge.

Når det gjelder andel nye pasienter som inngår i pakkeforløp, ligger Helse Møre og Romsdal HF høyest med 82 prosent. Både Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF er under måltallet, og har henholdsvis 69 og 66 prosent av nye kreftpasienter i pakkeforløp (basert på innrapporterte tall for 2. tertial). Både St. Olavs Hospital HF og St. Olavs Hospital HF rapporterer nå om en god utvikling og oppgir at de ved utgangen av året har oppfylt måltallet.

Arbeidet med pakkeforløp vil være en kontinuerlig prosess, og ulike tiltak er satt i gang for å sikre at pasientene blir registrert i pakkeforløpene. Det er opprettet nettverk for forløpskoordinatører, der koding og kodepraksis følges opp. NPR-rapporter og eSP data benyttes aktivt til forbedringsarbeid.

- Andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført for kreftpasienter innen definert standard forløpstid uavhengig av type pakkeforløp skal være minst 70 pst.

Målet er nådd.

Andelen pakkeforløp som ble gjennomført innen standard forløpstid for 26 kreftformer var pr. 2. tertial 2016 77 pst. for Helse Midt-Norge under ett. Resultatene var dermed innenfor det nasjonale målkravet.

Alle helseforetakene har greid måltallet. Helse Møre og Romsdal HF har en andel på 81 pst., St. Olavs Hospital HF 77 pst. og Helse Nord-Trøndelag HF 70 prosent.

Alle pasientforløp følges opp fortløpende i elektronisk standardiserte pasientforløp (eSP) med sanntidsmonitorering av forløpstider. I tillegg er det kontinuerlig fokus på koding og kodekvalitet i alle forløp. Det er sett på sammenheng mellom koding og kodepraksis i alle pakkeforløpene. Det har i løpet av året vært betydelig fokus på pasienter som blir overført fra lokalsykehus til de større sykehusene for å få endelig behandling. Rapporteringene har gitt signal om at pasienter på de større sykehusene når målet bedre enn på de mindre sykehusene. Dette ser også for Helse Midt-Norges del ut til delvis å være riktig. Arbeid med å

sikre gode overganger og rask håndtering av videre henvisning, er adressert og tatt tak i og forventes å medføre bedring.

Det har vært noe kapasitetsproblem innen urologi og prostatakraft. For å avhjelpe dette kjøpes ekstra kapasitet hos private helsetilbydere. Helse Nord-Trøndelag HF arbeider også med bedre samhandling med private tilbydere for overføring av pasienter til utredning og behandling.

- Redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom helseforetakene sammenliknet med 2015 målt ved utvalgte indikatorer, jf. andre oppgaver.

Målet er nådd.

Sammen har de fire regionene dannet en arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling (AIM), med representanter fra de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Arbeidet i gruppen ble i 2016 ledet av Helse Sør-Øst. Arbeidsgruppen overleverte i 2016 tre rapporter til Helse- og Omsorgsdepartementet om indikatorarbeidet; 1. juni, 25. oktober og 2. desember.

Helse Midt-Norge har, sammen med de øvrige RHF-ene, bidratt i arbeidet med å identifisere indikatorer som i løpet av andre halvdel av 2016 skulle innføres i den styringsmessige oppfølgingen. Indikatorene som skal benyttes er: kontrollandel og -rate innen ortopedi, andel nyhenviste pasienter og rate for nyhenviste, andel pasienter som ikke gis rett til helsehjelp samt ratetall for dette, andel ambulant virksomhet innen psykisk helsevern samt ratetall for dette og andel kontakter for forløpspasienter der tentativ tid er passert. I tillegg fokuseres det på andel dagbehandling og variasjon i liggetid for utvalgte pasientgrupper.

I Helse Midt-Norge har arbeidet blitt presentert for HF-direktørene, samt andre relevante grupper sammensatt av representanter fra helseforetakene. Det vil bli arbeidet videre med oppfølging av dette arbeidet i 2017.

- Redusere variasjonen i gjennomsnittlig liggetid innenfor utvalgte fagområder sammenliknet med 2015, jf. andre oppgaver.

Målet er nådd.

Arbeidet med å identifisere grupper for sammenligning har foregått i den interregionale arbeidsgruppen for indikatorer og metodeutvikling (AIM). Det har så langt blitt gjort sammenligninger av gjennomsnittlig liggetid for 13 pasientgrupper: syv kirurgiske og seks medisinske. De aktuelle data gir lite informasjon om årsaker til variasjonen, men bør være utgangspunkt for nærmere evaluering av organisering og behandlingsforløp samt ulikheter i kapasitet og behov.

Tallene ble presentert i rapport fra arbeidsgruppen av 25.10.2016. Denne ble oversendt Helse og omsorgsdepartementet. I løpet av 2017 vil Helse Midt-Norge RHF jobbe videre med å identifisere forklaringer på variasjonen, og vurdere egnede tiltak for å redusere variasjonen der den er av uønsket karakter.

- Redusere variasjonen i andel dagbehandling innen utvalgte fagområder sammenliknet med 2015, jf. andre oppgaver.

Målet er nådd.

I det interregionale samarbeidet har man kommet frem til åtte pasientgrupper som man så langt har presentert dagbehandlingsandeler for. For disse gruppene var det relativt store variasjoner mellom helseforetakene med hensyn til hvor stor andel av inngrepene som ble utført poliklinisk/dagkirurgisk versus som døgnbehandling. Tallene ble presentert i en leveranse til Helse og omsorgsdepartementet 25.10.2016. I løpet av 2017 vil Helse Midt-Norge jobbe videre med å identifisere forklaringer på variasjonen, og vurdere egnede tiltak for å redusere variasjonen der den er av uønsket karakter.

Andre oppgaver 2016:

- Helse Midt-Norge RHF skal innen 1. juni 2016 identifisere et antall fagområder i egen region som skal gis styringsmessig prioritet fra og med andre halvår 2016. Det skal gis særlig oppmerksomhet til fagområder med mange ventende og/eller lang ventetid som ikke er faglig begrunnet. Det bør i tillegg velges fagområder som berører de fleste helseforetakene i regionen. I tillegg skal helseregionene i fellesskap identifisere fagområder som egner seg for styringsmessig prioritet på tvers av regionene.

Målet er nådd.

Det er så langt i det interregionale arbeidet identifisert ni indikatorområder. Rammen for disse ni indikatorområdene er modellen for pasientforløpet fra pasienten skrives inn og til pasienten anses som ferdigbehandlet. Hensikten er at indikatorene samlet vil kunne brukes til å vurdere hvorvidt helseforetakene oppnår sine mål knyttet til effektive og gode pasientbehandlinger. I tråd med oppdraget har man valgt å rette indikatorene inn mot spesifikke fagområder. I 2016 ble det gitt prioritet til fagområdene ortopedi og psykisk helsevern.

- Helse Midt-Norge RHF skal etablere et sett av indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet. Indikatorsettet skal inneholde indikatorer som muliggjør sammenlikning av kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus og primært måles på nivået der pasientbehandlingen faktisk finner sted, for eksempel poliklinikk, avdeling, sengepost og operasjonsenhet. I tillegg skal helseregionene i fellesskap etablere et felles sett av slike indikatorer på tvers av regionene. Alle indikatorene skal etableres innen 1. juni 2016 og brukes i styringsmessig oppfølging fra og med andre halvår 2016.

Målet er nådd.

Det er så langt i arbeidet identifisert ni indikatorområder. Rammen for disse ni indikatorområdene er modellen for pasientforløpet fra pasienten skrives inn og til pasienten anses som ferdigbehandlet. Hensikten er at indikatorene samlet vil kunne brukes til å vurdere hvorvidt helseforetakene oppnår sine mål knyttet til effektive og gode pasientbehandlinger. I 2016 ble følgende indikatorer foreslått for styringsmessig oppfølging:

Nyhenviste (andeler og ratetall), ikke rett til helsehjelp (andeler og ratetall), kontroller (andeler og ratetall), ambulant virksomhet (andeler og ratetall) og tentativ tid passert.

- Innenfor fagområdene som gis prioritert styringsmessig oppfølging skal Helse Midt-Norge RHF bruke systematiske sammenlikninger mellom sykehus av gjennomsnittlig liggetid og andel dagbehandling for utvalgte prosedyrer/pasientforløp i styringsmessig oppfølging fra og med andre halvår 2016. I tillegg skal helseregionene i fellesskap identifisere prosedyrer/pasientforløp der gjennomsnittlig liggetid og andel dagbehandling kan sammenlignes mellom sykehus på tvers av regionene. Utvalget av prosedyrer/pasientforløp for styringsmessig oppfølging fra og med andre halvår 2016 skal avklares innen 1. juni 2016.

Målet er nådd.

Det vises til omtale knyttet til mål om å redusere variasjonen i andel dagbehandling innen utvalgte fagområder sammenliknet med 2015.

Det er vurdert andel dagbehandling for åtte pasientgrupper. Konklusjonen er at det er store variasjoner mellom helseforetakene på hvor stor andel som utføres poliklinisk/dagkirurgisk versus som døgnbehandling. Det er videre betydelig variasjon i gjennomsnittlig liggetid. De aktuelle data gir lite informasjon om årsaker til variasjonen, men bør være utgangspunkt for nærmere evaluering av organisering og behandlingsforløp samt ulikheter i kapasitet og behov.

- Helse Midt-Norge RHF skal innen 1. november 2016 vurdere ytterligere fagområder for styringsmessig prioritet fra og med 2017 og evt. forslag til ytterligere og/eller justerte indikatorer for å måle effektivitet og kapasitetsutnyttelse, bl.a. i lys av etablering av Kostnad per pasient (KPP) ved alle helseforetak fra og med 1. januar 2017.

I rapport utarbeidet av arbeidsgruppen AIM, datert 2. desember 2016, ble det skissert at man i 2017 vil arbeide med å utvikle/fremstille indikatorer som er rettet mot planleggingshorisont (tildelte timer fremover i tid), replanlegging (andel kontakter som re-planlegges grunnet pasient-, sykehus- og utenforliggende årsaker) og ikke-møtt (andel planlagte kontakter der pasienten ikke møter). I tillegg vil det arbeides med å utvikle støtteindikatorer rundt faktisk og potensiell aktivitet i poliklinikkene. I den forbindelse vil en vurdere å arbeide videre med indikatorer som skiller mellom poliklinikk/dag/døgn og eventuelt mellom ulike fagområder, der dette er hensiktsmessig. Det er også et ønske om å se uønsket variasjon i en bredere kontekst ved eksempelvis å trekke inn forbruksanalyser o.l.

I løpet av 2017 vil det jobbes videre med å identifisere mulige KPP-relaterte indikatorer.

2.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Mål 2015 (Merknad: ber om ekstra rapportering på 2015-oppdrag):

- Status for etableringen av medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern i henhold til oppdrag for 2015 med presisering i brev av 25 nov 2015:

Som et ledd i arbeidet og for å vinne erfaringer med medikamentfri behandling for alvorlig syke skal Helse Nord, Helse Midt-Norge og Helse Vest etablere minst en enhet/post i DPS øremærket for medikamentfri behandling/nedtrapping av medikamentell behandling. Helse Sør-Øst skal etablere to slike enheter. Erfaringene skal oppsummeres i samarbeid med brukerorganisasjonene. Frist for etablering av slike poster er 1. juni 2016.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF undertegnet protokoll sammen med brukerorganisasjoner om tilbud innen medikamentfri behandling eller nedtrapping av medisiner i psykisk helsevern i februar 2016. Vegsund DPS i Helse Møre og Romsdal fikk i mars 2016 i oppdrag å utvikle og prøve ut et medikamentfritt tilbud innen psykisk helsevern i regionen. Vegsund DPS skal i løpet av en prosjektperiode på 3,5 år, innhente systematiske erfaringer med medikamentfri behandling eller nedtrapping av medisinbruk. Det regionale behandlingstilbudet tilbyr både døgn- og poliklinisk behandling.

- Status for prosjekt(er) vedr transport av psykisk ustabile personer, jf. oppdrag i brev av 27. juni 2014 hvor det er forutsatt ordinær rapportering gjennom ordinære rutiner samt sluttevaluering etter utløpet av prosjektperioden (2017, opprinnelig 2016)

Målet er nådd.

St. Olavs Hospital HF, Felles servicefunksjon forvalter prosjektet på vegne av alle sykehusforetakene i regionen. Prosjekt Transporttilbud psykisk syke har hatt god framdrift i 2016. Mål for 2016 beskrevet i prosjektplan er oppnådd.

Det er etablert god og pågående dialog mellom de tre sykehusforetakene i Helse Midt-Norge, samt med politi og kommunehelsetjenesten.

Samarbeidet mellom AMK Møre og Romsdal og Akutt hjemmebehandlingsteam (AHT) psykiatrisk klinikk Sjukehuset Ålesund er unikt i nasjonal sammenheng. Intensjonen er å sette spesialisten i front for triage-arbeidet. Piloten har fokus på det som skjer FØR transport av psykisk syke. Hypotesen er at økt innsats i første fase av hendelsen vil kunne gi pasienten et bedre tilbud, redusere bruk av politi og innleggelser i psykiatrisk akuttavdeling. Prosjektet har utvidet piloten på Sunnmøre med ett akutt team til. Det planlegges ytterligere utvidelse i 2017.

Prosjektet har identifisert noen utfordringer i forhold til forventninger beskrevet i *Oppdragsdokument 2014- tilleggskdokument etter Stortingets behandling av Prop. 3 S (2013-2014)*. Dette dreier seg om organisering av ambulante team og omorganisering i politiet. Dette påvirker framgangen i prosjektet, og vil bli beskrevet i rapporten. Det er generert data som indikerer at akutte team i psykiatrien ikke blir involvert i hendelser som meldes via AMK. På bakgrunn av dette har prosjektet søkt og fått innvilget forlenget prosjektperiode, til mars 2018.

Det er utfordrende å synliggjøre effekt av de tiltakene som er iverksatt. Dette kan ha sammenheng med at tallmaterialet foreløpig er for begrenset. Så langt sees ingen redusert bruk av politi, men politiet opplever å bli brukt på en annen måte. Det synes som om helsetjenesten tar større ansvar for oppdrag med akutt psykisk syke. Oppdragsmengden rundt transport av psykisk syke for politiet er ikke så stor som først antatt. Prosjektet kan så langt ikke dokumentere noen effekt på nedgang i unødvendige innleggelseser.

Prosjektet har i 2016 hatt særlig fokus på

- Videreføre kunnskapsløft rus og psykiatri ambulanse og politi
- Utvidelse av pilot nordre Sunnmøre
- Samarbeid og kunnskapsutveksling psykisk helse mellom de tre sykehusforetakene
- Registrering av virksomhet psykiatri, ambulanse og politi
- AMK sin rolle som kommunikasjonsknutepunkt akutt-psykiatri
- Vivat-Førstehjelp ved selvmordsfare

Mål 2016:

- Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og "private institusjoner med oppdragsdokument") og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).

Målet er delvis nådd.

Helse Midt-Norge RHF videreførte dette målet i styringsdokumentene for alle sykehusforetakene. For psykisk helsevern innfrir Helse Midt-Norge målet bare for bemanning. Vekst i polikliniske konsultasjoner har vært høyere for somatikk enn for psykisk helsevern. Reduksjon i ventetid har også vært høyere for somatikk enn for psykisk helsevern.

For tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) innfrir regionen målet for reduksjon i ventetid og vekst i bemanning. Vekst i polikliniske konsultasjoner har vært lavere enn for somatikk.

Helse Midt-Norge RHF har per d.d. ikke konsoliderte regnskapstall for 2016 som muliggjør en sammenligning av veksten i kostnadene mellom tjenesteområdene. Dette vil ettersendes Helse og omsorgsdepartementet.

For å sikre bedre måloppnåelse knyttet til den gyldne regel er det satt mer spesifikke målsettinger for ventetider og poliklinisk aktivitet pr tjenesteområde for 2017. Det er videre innført månedlig rapportering på mål for ventetid og poliklinikk per tjenesteområde i 2017. Helse Midt-Norge RHF har en tett dialog med helseforetakene for å sikre innfrielse av styringsmålet i 2017.

| Prioritering psykisk helsevern og TSB | 1. tertial | % endring ift. 1. tertial 2015 | 2. tertial | % endring ift. 2. tertial 2015 | 3. tertial | % endring ift. 3. tertial 2015 |
|--|-------------------|---|-------------------|---|-------------------|---|
| Gj.snitt ventetid somatikk | 59,8 | -10,7 % | 56,1 | -18,0 % | 58,1 | -14,7 % |
| Gj.snitt ventetid psykisk helsevern voksne | 53,8 | -12,8 % | 52,4 | -10,0 % | 48,4 | -4,2 % |
| Gj.snitt ventetid psykisk helsevern barn og unge | 60,4 | 11,0 % | 59,0 | 2,8 % | 54,9 | 2,2 % |
| Gj.snitt ventetid tværfaglig rusbehandling | 36,2 | -25,2 % | 30,9 | -29,2 % | 26,8 | -38,4 % |
| Polikliniske kontakter somatikk med refusjon | 269 692 | 7,1 % | 233 176 | 7,6 % | 267 698 | 4,6 % |
| Polikliniske kontakter VOP med refusjon | 86 504 | 2,0 % | 73 430 | 4,0 % | 86 523 | 0,7 % |
| Polikliniske kontakter BUP med refusjon | 45 843 | 0,0 % | 35 986 | 2,2 % | 43 969 | -0,9 % |
| Polikliniske kontakter PH totalt med refusjon | 132 347 | 1,3 % | 109 416 | 3,4 % | 130 492 | 0,1 % |
| Polikliniske kontakter TSB med refusjon | 13 332 | 6,4 % | 11 187 | -0,8 % | 12 795 | 3,2 % |
| Månedsværk somatikk | 32 528 | 2,2 % | 33 737 | 1,6 % | 33 084 | 1,6 % |
| Månedsværk psykisk helsevern voksne | 8 285 | 0,6 % | 8 657 | 0,5 % | 8 515 | 1,6 % |
| Månedsværk psykisk helsevern barn og unge | 1 694 | -0,2 % | 1 717 | -0,5 % | 1 747 | 5,3 % |
| Månedsværk psykisk helsevern totalt | 9 979 | 0,5 % | 10 374 | 0,3 % | 10 262 | 2,2 % |
| Månedsværk tværfaglig rusbehandling | 1 292 | 4,8 % | 1 348 | 4,6 % | 1 319 | 3,0 % |

- Redusere antall tvangsinnleggelses for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen sammenliknet med 2015.

Har per dags dato ikke offentlig statistikk for 2016

Tallet på tvangsinnleggelses per 1000 innbygger var 2,01 i 2014 og 1,86 i 2015, hvilket er noe lavere enn landsgjennomsnittet. Dette er dermed en reduksjon og i tråd med styringskravet. Det foreligger per d.d. ikke offisielle tall for 2016.

For registrering av tvang i Helse Midt-Norge i denne perioden finnes data for 70 pst. av innleggelsene, det vil si at vi mangler data for 30 pst. Det er variasjoner mellom institusjoner og helseforetak. Det kan derfor ikke trekkes sikre konklusjoner om andelen tvangsinnleggelses.

Alle tre sykehusforetakene har hatt bruken av tvang i psykisk helsevern som sak i styret i løpet av 2016. De har alle satt i gang med flere tiltak i den sammenheng.

Helse Midt-Norge RHF følger arbeidet med riktig registrering, og riktig og redusert bruk av tvang i psykisk helsevern tett i samarbeid med helseforetakene. Krav til informasjon til kontrollkommisjonene skal etterkommes. Helseforetakene skal rapportere på tvangsdata hver måned til og med april 2017 med evaluering i mai.

Arbeid med forbedret registrering av bruk av tvang skal være ferdig innen 1. juni 2017. Alle helseforetak skal være i gang med forbedret registrering og bruk av elektronisk protokoll til kontrollkommisjonene fra 1. september 2017.

Riktig registrering og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern rapporteres også ved de ordinære rapporteringene fra helseforetakene og dette vil bli fulgt opp i alle dialogmøter med helseforetakene i 2017.

Helseforetakene er innen 1. april 2017 bedt om å utarbeide en plan for hvordan psykisk helsevern skal oppnå riktig og redusert bruk av tvang og riktig registrering av tvang. Helse

Midt-Norge RHF koordinerer deler av dette arbeidet for å sikre læring på tvers og mindre variasjon.

Det vises for øvrig til brev sendt Helse og omsorgsdepartementet 1. februar 2017 med rapportering om tiltak iverksatt for å få en riktig registrering av tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler.

- Øke andel årsverk i distriktpspsykiatriske sentre i forhold til sykehus i psykisk helsevern for voksne sammenliknet med 2015.

Har per dags dato ikke offentlig statistikk for 2016

Tilgjengelige offisielle tall viser en økning i andel årsverk i DPS fra 41 pst. til 44 pst. i 2015. Har per i dag ikke offisielle tall fra 2016.

Helse Møre og Romsdal HF har i sykehusseksjonene utfordringer med høyt belegg og krevende pasientsammensetning. De har derfor ikke funnet det forsvarlig å overføre årsverk fra sykehusavdelingene til DPS i 2016.

St. Olavs Hospital HF rapporterer om en økning i andelen brutto månedsverk utbetalt i DPS sammenliknet med sykehus. Noe som skyldes overføring av oppgaver fra sykehus til DPS.

Helse Nord-Trøndelag HF rapporterer om en marginal økning i årsverk til DPS. Den såkalte »Nord-Trøndelagmodellen» gjør det utfordrende å skille mellom DPS og sykehus. Det er store deler av det som teller som sykehus som utfører DPS-tjenester. Siden skille mellom sykehusfunksjon og DPS-funksjon er så marginal har det ikke vært noe fokus på å prioritere ansettelser i DPS framfor sykehus, spesielt siden både psykologer og leger er organisert i egne seksjoner og fordeles derifra til ulike enheter i klinikken etter behov.

Andre oppgaver 2016:

- Styrke desentralisert behandlingstilbud (ambulant/poliklinikk/samarbeid førstelinjen) innen psykisk helsevern og rus.

Målet er nådd.

Tilbudet om ambulante tjenester er utvidet i alle sykehusforetak.

Helse Møre og Romsdal HF har utvidet åpningstid ved ambulant akutt-team i Molde. Det er utarbeidet en egen samhandlingsstrategi innen psykisk helse og rus. Det er under arbeid utvikling av et akutt hjemmebehandlingstilbud og det er avklart at det vil bli etablert et ACT-team på Søre Sunnmøre i 2017. Samhandlingsprosjekt innen alderspsykiatri blir utvida, og går inn i ordinær drift.

Helse Nord-Trøndelag HF har økt tilbudet om ambulante tjenester, især fra Namsos. Det gjennomføres faste samarbeid/samhandlingsmøter med kommunene og kommunenes ansatte gis veiledning og tilbud om deltagelse i klinikkens kompetansehevende tiltak. Ambulant virksomhet er en naturlig integrert del av poliklinikkdriften, den enkelte behandler

ser den enkelte pasientens behov og i samarbeid med pasienten og kommunalhelsetjeneste tilpasses behandlingen etter behov.

St. Olavs Hospital HF har styrket ambulante tjenester både innen rus og psykisk helsevern (både for voksne og barn og unge). Av etablerte tilbud innen psykisk helsevern for voksne i 2016 er korttidspoliklinikk, spesialtilbud til pasienter med særlig sammensatte tjenester og ambulant ressursteam. Det er også avsluttet et prosjekt «Fastlegens kontor», som er tatt inn i ordinær drift og innebærer tett samhandling med fastlegene. Alle DPS samhandler regelmessig med fastlegene i sine respektive opptaksområder.

Det vises for øvrig til rapportering gitt i brev av 21.12.2016 til Helse og omsorgsdepartementet.

- Sikre videre drift av OCD-teamene, herunder nødvendig implementering og opplæring.

Målet er nådd.

Det er opprettet OCD-team i alle sykehusforetak. Alle teamene er i god drift og har stor pågang av henviste pasienter. Helseforetakene har overtatt ansvar for både drift og kompetansebygging.

Naturlig utskifting i OCD-teamene gjør det nødvendig å ha regelmessig tilbud om standardisert opplæringsprogram. Teamene følger nasjonalt anbefalt opplæringsløp for å øke/vedlikeholde kompetansen.

- Etablere flere tilbud innen psykisk helsevern i norske fengsler.

Målet er nådd.

Helse Nord Trøndelag gir råd og veiledning til helsetjenesten i fengslene. Innsatte får samme tilbud om innleggelse ved behov som øvrige innbyggere fra Nord Trøndelag. Psykiatrisk klinikk tilbyr poliklinisk behandling ved poliklinikk og ambulante tilbud ved behov til innsatte i regionens fengsler i samarbeid med Kriminalomsorgen. Psykiatrisk klinikk kan tilby kurs for ansatte i fengselshelsetjenesten, eksempelvis kurs om sykdomslære på lik linje som ansatte i kommunehelsetjenesten. Helse Nord-Trøndelag HF har ingen rusmestringsenhet i Verdal fengsel.

Helse Møre og Romsdal HF har etablert egen rusmestringsenhet i Hustad fengsel som gir tilbud til ROP pasienter (defineres som TSB tjeneste). Det tilbys primært gruppetilbud og psykoedukative tilbud som motivasjon til videre behandling primært innen TSB tjenester. Innsatte kan tilbys samme PH tilbud som øvrige innbyggere ved behov for innleggelser og / eller ø -hjelp. Ingen ambulant virksomhet utover det som gis i fengslet.

St. Olavs Hospital HF samarbeider med vertskommune Trondheim, og TSB i eget helseforetak, for å styrke/effektivisere PH tilbudet i Trondheim fengsel. Avdeling Brøset tilbyr både veiledning om sikkerhetspsykiatri og vurdering og behandling til innsatte med rett til helsehjelp. Pasienter fra Leira (åpen soning) kan, under framstilling, vurderes av

psykolog i fengslet. Faste behandlere er valgt for å sikre forutsigbarhet for innsatte, kontinuitet, god behandling og samhandlingskompetanse. Innsatte med behov kan også benytte det øvrige tilbudet fra DPS og sykehus etter ordinær henvisning eller behov for ø hjelp. Veiledningstjenester er utviklet og gis ved behov. Samarbeidet mellom St. Olavs Hospital ved psykisk helsevern og TSB i fengsel er under utvikling for å gi sammenhengende/samtidige tjenester til de innsatte.

2.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Mål 2016:

- Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn 4,7 pst.

Målet er ikke nådd.

For 2016 er det hittil kun publisert resultater fra målingen i mai 2016. Helse Midt-Norge hadde da en andel sykehusinfeksjoner på 6,4 pst.

Helse Nord-Trøndelag HF ligger lavest med en andel på 2,8 pst. mens St. Olavs Hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF hadde andeler på hhv. 7,3 og 6,9 pst.

St. Olavs Hospital HF har hatt økt fokus på reduksjon av sykehusinfeksjoner. For å validere funnene i prevalensmålingene ble det gjort tiltak for å kvalitetssikre målingene bedre med å ansvarliggjøre overleger på alle enheter for målingene. For å redusere den høye prevalensen ved St. Olavs Hospital HF ble det startet et prosjekt «Reduksjon av sykehusinfeksjoner». Metoden som brukes her er et læringsnettverk som er velkjent for klinikkene fra andre kvalitetsprosjekt. Her skal klinikkene finne to spesifikke arbeidsområder mot sykehusinfeksjoner og forbedre seg i håndhygiene. Dette arbeidet er kommet godt i gang i nesten alle klinikker i løpet av høsten. Det er også startet et eget læringsnettverk for reduksjon av sykehuservervete urinveisinfeksjoner i 3. tertial 2016.

Helse Møre og Romsdal HF har under planlegging smittevernvisitt med fokus på forebygging av helsetjenesteassosierte infeksjoner. Videre blir infeksjonskontrollprogrammet oppdatert fortløpende.

Helse Nord-Trøndelag HF rapporterer at forbedringstiltak og tiltak for å opprettholde lave infeksjonstall består i regelmessig opplæring i basale smittevernrutiner, oppfølging av enheter med særlig risiko og oppstart av antibiotikastyringsprogram med fokus på riktig antibiotikabruk.

Det arbeides med et digitalt registreringsprogram regionalt, som skal sikre mest mulig lik registrering og et best mulig sammenligningsgrunnlag.

- Ikke korridorpasienter.

Målet er delvis nådd.

Helse Midt-Norge har lavest andel korridorpasienter i 2. tertial 2016 med 0,6 pst. Det er i praksis ikke korridorpasienter på St. Olavs Hospital HF (0,1 pst), mens Helse Møre og Romsdal HF har en andel på 0,8 prosent.

Helse Nord-Trøndelag HF har en andel korridorpasienter på 1,7 pst. Avdelingene gjør tiltak for å sikre at korridorbruken blir minimalisert og er så kortvarig som mulig, og at det er de "riktige" pasientene som ligger i korridor. Helseforetaket har på overordnet nivå arbeidet opp mot kommunene for å se på bruken av sykehusene, utnyttning av de samhandlingsverktøy som er etablert og sikre at DMS' ene blir brukt best mulig. For de to vertskommunene til sykehusene, er utfordringen særlig klar adressert, og det er dialog for å avklare forbruk og nødvendige tiltak.

Andre oppgaver 2016:

- Bidra med nødvendige spesialisthelsetjenester og veilede kommunene, slik at de kan ivareta sitt ansvar for helsetilbud til asylsøkere og flyktninger.

Målet er nådd.

Helseforetakene har arbeidet grundig med dette området og rapporterer om et godt samarbeid med kommunene.

Ressurssenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region-Midt, gjennomført blant annet følgende tiltak i 2016:

- Gjennomført tre oppstartsseminarer, et i hvert fylke i samarbeid med Fylkesmennene. Ca 750 deltakere
 - Gjennomført tre seminarer, et i hvert fylke i samarbeid med utdanningsdirektoratet der målgruppen er lærere.
 - Startet kompetansegrupper i hvert fylke, deltakere er kommunalt ansatte, men også åpent for ansatte som jobber i private mottak.
 - Nært samarbeid, undervisning og veiledning om mottak av flyktninger i barnehager, barneskoler og ungdomsskoler i flere kommuner.
 - Bistår kommunene med veiledning til alle asylmottak for enslige mindreårige i regionen, også for en god del ordinære mottak.
 - Bistår kommunene med veiledning og konsultasjon på forespørsel. Dette forekommer flere ganger ukentlig.
- Spre alle innsatsområder som er igangsatt i pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender 24-7" til relevante enheter/avdelinger.

Målet er delvis nådd.

Det utføres mye godt og prioritert arbeid i alle tre sykehusforetakene i Helse Midt-Norge på innsatsområdene fra Pasientsikkerhetsprogrammet. På regionalt nivå er det fordelt midler ut til helseforetakene for å styrke arbeidet med implementering av innsatsområder fra Pasientsikkerhetsprogrammet. Arbeidet med pasientsikkerhet koordineres gjennom Program for kvalitet og pasientsikkerhet i Helse Midt-Norge. Det gjennomføres månedlige møter i Nettverk for program for kvalitet og pasientsikkerhet, som består av regionale

programledere fra alle helseforetak Nettverket bidrar til erfaringsutveksling og læring på tvers av helseforetakene, og gir RHF-et en god oversikt over status på arbeidet i regionen.

Målet er utfordrende å oppfylle da det på systemnivå ikke er etablert systematisk opplæring som kan dokumenteres, samt manglende system for lik kvalitet på dokumentasjon i pasientjournal. Det er startet et arbeid på regionalt nivå for å identifisere tiltak og etablere systematisk opplæring og lik kvalitet i dokumentasjon. Systematisk opplæring kan være etablert innen utgangen av 2018. Og systematisk kvalitet i dokumentasjon er arbeid som forventes ferdig i forbindelse med ny pasientjournal.

Tabell 2.1 viser antall seksjoner som er aktuelle for tiltakspakken, samt antall seksjoner som har innført pakken (grønn), startet på pakken (gul) eller enda ikke begynt implementeringen (rød) for regionen samlet. Helseforetakene har kommet godt i gang med implementeringen av pakkene, og for Trygg kirurgi, Behandling av hjerneslag og Forebygging av overdosedødsfall har alle aktuelle seksjoner iverksatt forbedringene. Forebygging av UVI ligger lavest, her er det 53 pst. av seksjonene som har fullført arbeidet med tiltakspakken.




Tabell 2.1. Spredning av tiltakspakker samlet for Helse Midt-Norge (data fra 3. tertial 2016).

| Innsatsområde | Antall aktuelle seksjoner | Antall innførte (grønn) | Innført i % | Antall startet (gul) | Startet i % | Antall ikke påbegynt (rød) | Ikke påbegynt i % |
|----------------------------------|---------------------------|-------------------------|-------------|----------------------|-------------|----------------------------|-------------------|
| Trygg kirurgi | 31 | 31 | 100 % | 0 | 0 % | 0 | 0 % |
| Samstemming av legemiddellister | 149 | 105 | 70 % | 44 | 30 % | 0 | 0 % |
| Forebygging av trykksår | 84 | 61 | 73 % | 11 | 13 % | 12 | 14 % |
| Forebygging av fall | 80 | 69 | 86 % | 9 | 11 % | 2 | 3 % |
| Behandling av hjerneslag | 14 | 14 | 100 % | 0 | 0 % | 0 | 0 % |
| Forebygging av UVI | 86 | 46 | 53 % | 31 | 36 % | 9 | 10 % |
| Forebygging av infeksjon ved SVK | 74 | 44 | 59 % | 22 | 30 % | 8 | 11 % |
| Forebygging av overdosedødsfall | 6 | 6 | 100 % | 0 | 0 % | 0 | 0 % |
| Forebygging av selvmord | 30 | 24 | 80 % | 6 | 20 % | 0 | 0 % |

Tabell 2.2 viser antall seksjoner aktuelle for tiltakspakken og antall seksjoner der pakken er ferdig implementert, fordelt på det enkelte helseforetak. Grønn bakgrunn indikerer at alle seksjoner har iverksatt pakken. Gul bakgrunn indikerer at pakken er iverksatt på minst en avdeling.

Tabell 2.2 Status for tiltakspakker fordelt per helseforetak i Helse Midt-Norge (data fra 3. tertial 2016).

| Spredning av tiltakspakker aktuelle enheter/innført | Trygg kirurgi | Legemiddel-lister | Trykksår | Fall | Hjerneslag | UVI | Infeksjon ved SVK | Overdose-dødsfall | Selvmord |
|---|----------------|-------------------|----------------|----------------|--------------|---------------|-------------------|-------------------|----------------|
| St. Olavs Hospital HF | 17/17 100 % | 64/44 69 % | 38/36 95 % | 41/38 93 % | 7/7 100 % | 46/30 65 % | 46/40 87 % | 2/2 100 % | 21/21 100 % |
| Helse Møre og Romsdal HF | 4/4 100 % | 46/22 48 % | 31/10 32 % | 26/18 69 % | 4/4 100 % | 25/3 12 % | 24/2 8 % | 3/3 100 % | 6/0 0 % |
| Helse Nord-Trøndelag HF | 10/10 100 % | 39/39 100 % | 15/15 100 % | 13/13 100 % | 3/3 100 % | 15/13 87 % | 4/2 50 % | 1/1 100 % | 3/3 100 % |

| | |
|---|---|
|  | Tiltakspakken iverksatt i alle relevante enheter og målinger registreres |
|  | Tiltakspakken iverksatt på en eller flere relevante enheter og målinger registreres |
|  | Ingen tiltakspakker er iverksatt (men implementering kan være påbegynt) |

Alle helseforetak har forbedret seg mye når det gjelder spredningsgraden. For Helse Nord-Trøndelag har andelen seksjoner der tiltakspakken er ferdig implementerte økt fra 0.68 til 0.96 i løpet av det siste tertialet. Det er kun Forebygging av UVI og Forebygging av infeksjon ved SVK som har gjenstående seksjoner. På St. Olavs Hospital HF har andelen økt fra 0.69 til 0.83. Helse Møre og Romsdal har gått fra 0.21 til 0.39. Helse Møre og Romsdal HF har enda ikke implementert tiltakspakken Forebygging av selvmord ferdig på noen seksjoner, men arbeidet er påbegynt på samtlige.

- Sette i gang etablering av et antibiotikastyringsprogram i sykehus, i tråd med Helse- og omsorgsdepartementets handlingsplan mot antibiotikaresistens. Som et ledd i etableringen skal de regionale kompetansesentrene for smittevern styrkes. Se Tabell 2 Rapportering 2016.

Målet er nådd.

Alle helseforetak i regionen har startet arbeidet med å etablere et antibiotikastyringsprogram. Det er gjennomført en rekke kompetansehevende tiltak; e-kurs, internundervisning, pasientkasuistikker mv. Videre arbeider foretakene med tiltak i selve pasientforløpene; herunder er det innført tverrfaglige møter mellom infeksjonsmedisinere og andre spesialiteter. Som et ledd i etableringen har Helse Midt-Norge RHF også styrket budsjetttrammene til Regionalt kompetansesenter for smittevern.

Flere av sykehusapotekene er involvert i antibiotikastyringsprogram ved samarbeidende sykehus, enten ved deltagelse i lokale program og grupper eller indirekte ved registrering av data til prevalensstudier. Det er gjennomført kompetansehevende tiltak innenfor fagområdet antibiotika for farmasøyter i organisasjonen.

- De regionale helseforetakene skal i fellesskap gjennomføre konkrete tiltak som styrker de regionale helseforetakene sin kapasitet til å gjennomføre forhandlinger/anskaffelser, bidrar til bedre samhandling mellom aktørene som er involvert i systemet for nye metoder, og sikrer at beslutninger som tas av Beslutningsforum implementeres i spesialisthelsetjenesten. Helse Nord RHF skal lede arbeidet.

Målene er nådd.

Styrke RHFenes kapasitet til å gjennomføre forhandlinger/anskaffelser

LIS (legemiddelinnkjøpssamarbeidet) er innlemmet i HINAS, som er innlemmet i Sykehusinnkjøp HF. LIS er derved blitt del av et større innkjøpsfaglig miljø, som har bredere og bedre kompetanse på innkjøp.

Beslutningsforum har gitt HINAS mandat med kriterier for å foreta prisforhandlinger, og retningslinjer for mandatet er utarbeidet. HINAS skal foreta prisforhandlinger, og samarbeider med Legemiddelverket underveis i Legemiddelverkets arbeid med hurtig metodevurdering. Ved behov for raske avklaringer underveis i prosessen, kan leder av Beslutningsforum kontaktes. Metodevurderingen, som bygger på fremforhandlet pris, oversendes Bestillerforum. Dersom Beslutningsforum beslutter at legemiddelet kan tas i bruk, sendes kontrakter til de fire regionale helseforetakene til undertegning.

Legemiddelet skal inngå i fremtidige LIS-anbud så snart det er praktisk mulig. Avtaleprisen for et legemiddel skal gjelde for alle godkjente indikasjoner.

Medikamenter som har vært finansiert fra HELFO har ikke vært gjennom metodevurdering. Det er ønskelig å ha en lenger planleggingshorisont, slik at finansieringsansvaret ikke overføres til RHFene før en hurtig metodevurdering er gjennomført. Dersom det aktuelle medikamentet viser seg ikke å være kostnadseffektivt, vil det ikke automatisk bli videreført til bruk i spesialisthelsetjenesten. Ved overføring av finansieringsansvaret for medikamenter til RHFene, inngår også disse medikamentene i anbud, og reduserte priser kan oppnås ved konkurranseutsetting.

Bidra til bedre samhandling mellom aktørene

I Bestillerforum avklares hvilke saker som ikke skal fremmes for Beslutningsforum. Beslutningsforum har gitt fagdirektørene mandat til å avgjøre noen saker i det nasjonale fagdirektørmøtet. Dette bidrar også til effektivisering av systemet.

Dersom det er behov for å avklare hvordan nye problemstillinger bør håndteres, tas dette opp i Beslutningsforum. Saksbehandlingstiden i systemet reduseres. For legemidler er rutinen betydelig bedret. De enkelte aktørene arbeider for å optimalisere egne prosesser. Det er ønskelig at finansieringsansvaret avklares så tidlig som mulig, og før markedsføringstillatelse (MT) foreligger.

Statens legemiddelverk (SLV) venter ikke på en bestilling fra Bestillerforum, men starter sine metodevurderinger ved dag 120 i søknadsprosessen for markedsføringstillatelse(MT) hos de europeiske legemiddelmyndighetene(EMA). I første Bestillerforum deretter gjennomgås saken der, slik at en bestilling kan bekreftes eller avbestilles. Legemiddelindustrien leverer dokumentasjon raskere.

For medisinsk utstyr (MU) er erfaringene mer begrenset. Rapporten Håndteringen av medisinsk utstyr i Nasjonalt system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten og oppdatering av skjema for mini-metodevurdering ble utarbeidet i 2015. I 2016 er det arbeidet videre med å avklare hvilke kriterier som skal være relevante for å velge ut hvilket medisinsk utstyr som er aktuelt for metodevurdering. Man har ventet på etableringen av Sykehusinnkjøp HF som skal involveres i dette arbeidet. Bestillerforum RHF ønsker at Sykehusinnkjøp HF og bransjeorganisasjonene for medisinsk utstyr vurderer de foreslåtte

kriterier, og at de så prøves ut over en periode på ett år. Sekretariatet vil komme med forslag til evaluering etter prøveperioden.

Sekretariat for Nye metoder har regelmessig kontakt med ulike aktører, og samordner prosesser blant annet i forberedelsene til møter i Bestillerforum. Det er en kontinuerlig forbedring av informasjonsflyt, og nettsidene til Nye metoder med aktuelle oversikter oppdateres fortløpende.

Sikre at beslutninger som tas av Beslutningsforum implementeres i spesialisthelsetjenesten
Beslutninger i Beslutningsforum er regelmessig tema i fagsjefsmøte i regionen. Det er laget en felles rutine for alle helseforetakene i regionen, som sikrer at de følger opp vedtak i beslutningsforum på samme måte og at dispensasjoner håndteres i fellesskap.

- Det er ansatt sosialpediatere i alle barneavdelinger. Overgrepsutsatte barn som avhøres ved Statens barnehus skal tilbys medisinsk undersøkelse.

Målet er nådd.

Det vises til egen rapportering sendt Helse og omsorgsdepartementet 8. desember 2016.

Alle helseforetak har noe sosialpediatrisk kompetanse og de har satt av egne ressurser. Helse Midt-Norge RHF har i 2016 tildelt økonomiske midler til dette formålet, og dette videreføres i 2017. Det har vært diskusjon om hva som egentlig er tilstrekkelig kompetanse, da det ikke foreligger en grenspesialitet eller en beskrivelse av dette. Arbeid i 2017 vil skape en større klarhet i hva som er nødvendig kompetanse og det skal lages en plan for utvikling av tjenestetilbudet.

- Ha ansvar for tilbud til voksne og barn utsatt for seksuelle overgrep, herunder ha inngått avtaler med videreførte robuste kommunale overgrepsmottak, fra 1. januar 2016. For helseforetak og kommuner som ikke har inngått slike avtaler per 1. januar 2016, settes endelig frist for avtaleinngåelse til 1. juli 2016, jf. brev av 11. november 2015.

Målet er nådd.

Alle helseforetakene har forlenget avtaler eller overtatt ansvaret for drift av overgrepsmottak.

Helse Møre og Romsdal HF har inngått avtale med Ålesund kommune om drift av overgrepsmottaket i Ålesund, som dekker hele Sunnmøre. I Kristiansund og i Molde har Helse Møre og Romsdal, etter dialog med kommunene, videreført driften i den strukturen som var lagt når kommunene hadde ansvaret. Helse Møre og Romsdal HF overtok ansvaret for drift og økonomi innen den gitte frist.

Helse Nord-Trøndelag HF har etablert slikt overgrepsmottak. De har et nært samarbeid med kommunene for felles arbeid rundt dette mottaket og mottak for «Vold i nære relasjoner». For barn og unge er det etablert samarbeid med St. Olavs Hospital HF.

Sør-Trøndelag har aldri hatt kommunale overgrepsmottak. Ved St. Olavs Hospital HF er mottaket organisert i et samarbeid med kvinneklinikkens voldtekstmottak.

- Bidra til forbedring og videreutvikling av den nasjonale nødmeldingstjenesten gjennom tverretattlig "program for forbedring av nødmeldingstjenesten".

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge bidrar inn i arbeidet med "program for forbedring av nødmeldetjenesten" på nasjonalt plan. Ressurs fra AMK Nord-Trøndelag deltar i arbeidet med kompetanseutredning i programmet.

- Etablere tiltak som kan bidra til et mer systematisk samarbeid mellom helsetjenesten og Arbeids- og velferdsetaten, herunder vurdere om det er hensiktsmessig å inngå særskilte samarbeidsavtaler med Arbeids- og velferdsetaten. Helsedirektoratet har i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet utarbeidet maler for samarbeidsavtaler til dette formålet. I rapporteringen skal det inngå en oversikt over hvilke områder det er etablert samarbeid på og konkrete samarbeidstiltak. Tilsvarende oppdrag er gitt Arbeids- og velferdsetaten.

Målet er nådd.

Alle helseforetakene har samarbeidsavtaler med sine respektive NAV fylkeskontor. Helse Midt-Norge RHF fornyet IA avtalen i 2014 og denne har gyldighet ut 2018.

NAV Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag HF samarbeider om:

- Samhandlingsreformen og koordinerte tjenester
- Erfaringer fra arbeid med brukerutvalg
- «Raskere tilbake»-tiltak for begge parter
- Spesialisterklæringer og sykmeldingspraksis
- Kommunikasjonstiltak, eksempelvis felles artikkel eller kronikk om folkehelse
- IKT-samarbeid (utprøving, prosjekter etc. der dette er gjennomførbart)
- Inkluderende Arbeidsliv gjennom egen IA-avtale og bistand fra NAV Arbeidslivssenter
- Spesialisthelsetjenesten som arbeidsgiver
 - Rekrutteringsstøtte – bruk av EURES, bistand til kartlegging, evt. språkoplæring, rutiner for referansesjekk på flere språk, hvordan bruke prøvetid etc.
 - Oppfølging av sykmeldte
 - Tilrettelegging av arbeid
- Satsing på arbeid om psykisk helse, inkludert rusmiddelproblemer via ulike tiltak:
 - Rekruttering av personell med brukerkompetanse
 - Individuell jobbstøtte (IPS)
 - Jobbmestrende oppfølging (JMO)
 - Senter for jobbmestring
 - Delta på relevante samlinger som for eksempel samhandlingsmøte Psykiatri

Ved St. Olavs Hospital HF er det et samarbeid mellom de ulike avdelingene/DPS og NAV. Et eksempel er at NAV har kontordager i DPS med økonomirådgiver til stede. Dette gir en tidlig og enkel saksbehandling for pasienter mens de er i behandling.

Det er igangsatt et 3-årig prosjekt ved PART (psykiatrisk ambulant team), Nidaros DPS om jobbmestrende oppfølging (JMO) med midler fra Helsedirektoratet. Samarbeidspartnere er NAV og Trondheim kommune.

Helse Møre og Romsdal HF rapporterer om et godt samarbeid med NAV og NAV Arbeidslivssenter. Det er lagt opp til jevnlig møter for planlegging av aktivitet og evaluering av løpende samarbeid. Det blir jobba både på individ- og systemnivå med hovedfokus på forebyggende arbeid. Videre vil Helse Møre og Romsdal styrke IA-arbeidet enda mer i klinikkene. Helseforetaket vurderer også om de skal forplikte seg til andre samarbeidsavtaler som eksempelvis «Ta sjansen». Dette for å få en bedre rekruttering for mennesker som står utenfor arbeidslivet.

- De regionale helseforetakene skal i fellesskap identifisere indikatorer for å måle uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester for et utvalg av prosedyrer innen 1. november 2016. Det bør velges prosedyrer som utføres hos mange helseforetak. De utvalgte indikatorene og prosedyrene skal gis styringsmessig prioritet fra 2017. Helse Nord RHF skal lede arbeidet.

Målet er nådd.

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) publiserte i november 2016 rapporten «Indikatorer for måling av uberettiget variasjon». I rapporten gis det en anbefaling om å vurdere innføring av ni faglige styringsindikatorer innen fem fagområder. Noen av disse indikatorene er allerede etablert som nasjonale kvalitetsindikatorer i dag.

Fagområdene/pasientgruppene som er omtalt i rapporten er hjerteinfarkt, hjerneslag, brystkreft, leddproteser og hoftebrudd.

SKDE har tidligere presentert to helseatlas: dagkirurgiatlaset og barnehelseatlas. Dagkirurgiatlaset sammenstiller tall for ulike pasientgrupper for perioden 2011-2013, mens barnehelseatlas presenterer tall for ulike pasientgrupper for perioden 2011-2014. Etter publisering har det vært behov for å oppdatere tallene for årene etter henholdsvis 2013 og 2014. I Helse Midt-Norge har dette blitt gjort for ett år av gangen. I oppdateringene har samme inndeling i pasientgrupper som SKDE har benyttet blitt anvendt. Tallene er presentert og tilgjengeliggjort i regionen og delt med de øvrige regionene gjennom arbeidsgruppen for indikator- og metodeutvikling (AIM).

Personell, utdanning og kompetanse

- Utvikle Nasjonal bemanningsmodell som et verktøy for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov i regionen og nasjonalt.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF har sammen med de andre regionene videreutviklet Nasjonal bemanningsmodell i henhold til planene for 2016. Det er gjennomført opplæring av

regionale modellbrukere fra helseforetakene. Regionalt nettverk for bruk og videreutvikling er etablert og ledes av Helse Midt-Norge RHF.

Videreutvikling av Nasjonal bemanningsmodell er et kontinuerlig arbeid og nye planer er lagt for 2017.

- Synliggjøre utdanningsaktivitet i sykehusene. Gi departementet årlig innspill på dimensjonering av utdanningskapasitet, aktivitet og behov innen området. Departementet vil tydeliggjøre rammer og frist for innspillet.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF har gitt innspill til dimensjonering av utdanningskapasiteten til Helse og omsorgsdepartementet. Helse Midt-Norge har iverksatt arbeidet med å synliggjøre utdanningsaktiviteten i regionen. Omfang og organisering er allerede beskrevet, mens prosesser og ressursbruk er i ferd med å oppsummeres.

- Tilrettelegge for kompetanseutvikling, videre- og etterutdanning, videreutvikle tilbud gjennom e-læring, simulatortrening mv.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF arbeider bredt med kompetanseutvikling hos våre medarbeidere. En felles kompetanseportal er under implementering. I denne portalen beskrives og besluttes læringsmål og læringsaktiviteter for den enkelte medarbeider / gruppe av medarbeidere. Her er det blant annet fokus på implementering av den nye LIS-utdanningen. Videre er det en felles satsing på digital læring gjennom å utvikle innhold i regional læringsportal.

- Etablere et regionalt utdanningscenter ved regionsykehuset for å ivareta læringsaktiviteter og andre oppgaver i ny ordning for legenes spesialistutdanning. Delta i tverrregional ordning for å sikre nasjonal, samordnet spesialistutdanning. Planlegge for iverksetting av læringsaktiviteter for oppstart i 2017 av spesialistutdanningens del 1 etter ny ordning.

Målet er delvis nådd.

Regionalt utdanningscenter ved St. Olavs Hospital HF har leder på plass og bygges opp videre. Regionen deltar i den tverrregionale ordningen for å sikre ny spesialistutdanning for leger og leder to nasjonale arbeidsgrupper. Et regionalt utdanningsutvalg med representanter fra alle helseforetak er etablert og vil starte opp i 2017. Plan for iverksetting av læringsaktiviteter er påbegynt, men ennå ikke fullstendig.

Forskning og innovasjon

- Det er i samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF gjennomført et forskningsbasert pilotprosjekt basert på et egnet informasjonssystem for måling av innovasjonsaktivitet i helseforetakene, med deltakelse fra både universitetssykehus og andre helseforetak, jf. anbefalinger i rapport fra NIFU fra 2015.

Målet er nådd.

De fire regionale helseforetakene har utarbeidet en felles rapport fra arbeidet som ble overlevert Helse og omsorgsdepartementet i møte 13. desember 2016.

- Følgende tre tiltak fra regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21 implementeres: Etablert nytt felles program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten i samarbeid med Norges forskningsråd, som kan bidra til at flere pasienter får tilbud om deltakelse i kliniske studier. Helse Sør-Øst RHF skal koordinere arbeidet. Infrastruktur for utprøving av nye innovasjoner som nytt medisinsk-teknisk utstyr er styrket ved universitetssykehusene. I den nasjonale forskningsinfrastrukturen for kliniske studier, NorCRIN, skal det etableres et kontaktpunkt for tidlig fase kliniske studier og industrien skal inviteres inn i nettverket.

Målet er nådd.

Det er etablert et nytt felles program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten. Hovedmålene med et program for klinisk behandlingsforskning i spesialisthelsetjenesten er å gi flere pasienter mulighet til å delta i utprøvende behandling gjennom klinisk behandlingsforskning. Samtidig skal programmet bidra til økt koordinering av kompetanse, ressurser og infrastruktur og styrke grunnlaget for å gi helsetjenester som er effektive, sikre og av god kvalitet. Første utlysning hadde søknadsfrist i oktober 2016 og vurderingsprosessen er i rute. Vedtak om tildeling skal fattes i AD-møtet 27. februar 2017. Helse Sør-Øst RHF har koordinert arbeidet, i samarbeid med de andre regionene. Mer om programmet finnes her; <http://kliniskforskning.rhf-forsk.org/om-programmet/>

St. Olavs Hospital HF har styrket infrastruktur for innovasjon som medisinsk-teknisk utstyr på flere måter. Oppbygging av forskningsinfrastrukturen NorMIT og etablering av en enhet som gjennomfører mini-metodevurderinger er gjennomført. Det er også ansatt to innovasjonsmedarbeidere som skal bidra til arbeidet.

I den nasjonale forskningsinfrastrukturen for kliniske studier, NorCRIN, er det etablert et kontaktpunkt for tidlig fase kliniske studier. Styret for NorCRIN har besluttet opprettelse av en ny arbeidspakke kalt "tidligfaseenheter", AP7, for å kartlegge hva som finnes av ressurser til tidligfaseutprøvinger i Norge. For å kunne definere seg som en tidligfaseenhet skal utprøvingseenheten ha infrastruktur, utstyr og ressurser med kompetanse for å legge til rette for fase I og fase II studier. I Norge er det hovedsakelig forskningspostene ved universitetssykehusene som vil inngå i kartleggingen.

- Andre relevante tiltak i HelseOmsorg21-strategien vurderes og implementeres. Her bør sentrale målsetninger for helseforskningen hensyn tas.

Målet er nådd.

Flere tiltak fra HelseOmsorg21-strategien er vurdert. De ulike forslagene i HO21-rapporten er drøftet i møter med regionalt samarbeidsorgan med universitetet (NTNU). Det har også vært orienteringer fra møter i HO21-rådet. Status for de ulike tiltakene som ble foreslått i HO21 er som følger:

- Globale helseutfordringer; det er gitt støtte til to stillinger innen global helse knyttet til forskerskole, masterprogram og institute for global Health.
- Effektive og lærende tjenester; Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU), er opprettet, tjenesteutvikling også gjennom fagledernetverk, implementering av pakkeforløp, pasientsikkerhetsarbeid.
- Økt brukermedvirkning; det er utarbeidet en regional veileder for brukermedvirkning i helseforskning, basert på nasjonale retningslinjer.
- Helse og omsorg som næringspolitisk satsingsområde; innovasjonsstrategien som ble vedtatt i 2015 ligger til grunn for støtte til stillinger, medisinsk innovasjonssenter, helseinnovatørskolen.
- Strategisk, kunnskaps- og kvalitetsbasert styring; opprettelse av analyseenhet ved RHF, samarbeid med NTNU og St. Olav som universitetssykehus.
- Høy kvalitet og sterkere internasjonalisering; forskningsstrategien som ble vedtatt i 2015 ligger til grunn for støtte til flere forskningsnettverk, arbeid med internasjonal handlingsplan.
- Helsedata som nasjonalt fortrinn; økonomisk bidrag til HUNT og HUNT 4, til kvalitetsregistre, regional forskningsbiobank og KGJ-senter
- Utvikling av menneskelige ressurser; arbeid med nasjonal bemanningsplan, deltakelse i nasjonal lederutvikling, tiltak for å sikre god og åpen dialog i sykehusene, kombinerte stillinger, LIS-utdanning.
- Bedre klinisk behandling; implementering av metoder og forskningsresultater, vekt på pasientenes helsetjeneste og samvalg.
- Kunnskapsløft i kommunene; samhandling blant annet gjennom DMS-er, Trondheim universitetskommune og ulike prosjekter.

3. Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 30. juni 2016

3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Mål 2016:

- Hvert regionale helseforetak skal i 2016 lyse ut driftsavtaler for avtalespesialister, med sikte på at antall avtalte årsverk i 2017 blir større enn i 2016.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF lyste ut og tildelte følgende avtalehjemler i 2016:

- 1 junior- /senioravtale barnesykdommer i Trondheim
- 4 psykologhjemler i Trondheim (nye)
- 1 psykologhjemmel i Trondheim (videreføring)
- 25 pst. økning av psykologhjemmel i Stjørdal
- 1 øyehjemmel i Molde (videreføring)
- 1 urologhjemmel i Trondheim (videreføring)

Det er gjort vurderinger om å videreføre hjemler som avsluttes og helseforetakene har vært involvert i dette. I tillegg er det en kontinuerlig vurdering på å øke hjemmelstørrelsen til de spesialister som har mulighet for dette. Helse Midt-Norge har også styrket psykisk helsevern med nye hjemler. I 2016 er det også lyst ut følgende nye hjemler som blir virksom i 2017:

- 100 pst. psykiaterhjemmel i Molde (ny)
- 100 pst. psykologhjemmel i Kristiansund (ny)
- 100 pst. psykologhjemmel i Stjørdal (videreføring)
- 100 pst. nevropsykologi hjemmel Stjørdal (50 pst. økning)
- 50 pst. junior/senioravtale gynekologi Trondheim
- Tre 100 pst. psykologhjemler i Trondheim (nye)

Andre oppgaver 2016:

- I arbeidet for å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen, jf. oppdragsdokument 2016, gis det fra og med andre halvår 2016 særskilt styringsmessig prioritet til fagområdene ortopedi og psykisk helsevern.

Det skal etableres et sett av indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet. Indikatorsettet skal inneholde indikatorer som muliggjør sammenlikning av kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus og primært måles på nivået der pasientbehandlingen faktisk finner sted, for eksempel poliklinikk, avdeling, sengepost og operasjonsenhet. Fra og med andre halvår 2016 skal følgende indikatorer inngå i dette indikatorsettet, jf. leveranse av 1. juni 2016 fra regionale helseforetak for nærmere definisjoner: Nyhenviste (antall per 1 000 innbyggere og andel per enhet), henvisninger som ikke gis rett til helsehjelp (antall per 10 000

innbyggere og andel per enhet), polikliniske kontroller (antall per 1 000 innbyggere og andel per enhet, avgrenset i første omgang til ortopedisk fagområde), tentativ tid til kontakt (nyhenviste pasienter og pasienter i forløp der planlagt dato for kontakt er overskredet) og ambulant virksomhet (antall per 10 000 innbyggere og andel per enhet). Endelige definisjoner, og tall for fagområdene ortopedi og psykisk helsevern, skal rapporteres til departementet senest 15. oktober 2016 og gås gjennom på tertialoppfølgingsmøtet annet halvår 2016. Det skal videre vurderes hvordan styringsindikatorer kan understøtte eierstyring og ledelsesbeslutninger, samt bidra til å avdekke avvik og identifisere korrigerende tiltak.

I den styringsmessige oppfølgingen skal det benyttes systematiske sammenlikninger mellom sykehus av gjennomsnittlig liggetid og andel dagbehandling for utvalgte prosedyrer/pasientforløp. Utvalget av prosedyrer skal ikke avgrenses til de prioriterte fagområdene. Det skal legges vekt på å identifisere prosedyrer med betydelig volum og/eller betydelig ventetid som det samtidig er mulig å definere og rapportere på innen den aktuelle tidsfristen. For dagbehandling kan det bl.a. tas utgangspunkt i de ortopediske prosedyrene for dagkirurgi foreslått i leveransen av 1. juni. For gjennomsnittlig liggetid skal de regionale helseforetakene bl.a. vurdere de prosedyrene som helseforetakene i Helse Sør-Øst i dag måler gjennomsnittlig liggetid for i sin kvalitetsstyring. NPR skal sammenstille og publisere dataene for dagbehandling og gjennomsnittlig liggetid på prosedyrenivå basert på utvalget av og definisjoner av prosedyrer fastsett av de regionale helseforetakene. Disse sammenligningene skal rapporteres til departementet senest 15. oktober 2016 og gås gjennom på tertialoppfølgingsmøtet annet halvår 2016.

Indikatorsettet, antall fagområder og antall prosedyrer skal bygges ut fra og med 2017, jf. oppdrag med frist 1. november 2016 gitt i oppdragsdokument 2016. Som del av leveransen til 1. november skal de regionale helseforetakene oppsummere erfaringene fra prosjektet "Global Comparator Program som nasjonalt pilotprosjekt". De regionale helseforetakene skal i samråd med Helsedirektoratet gi en vurdering av evt. videreutvikling av dette prosjektet til en nasjonal løsning, evt. foreslå konkrete alternativer som kan sikre samme funksjonalitet på kort til mellomlang sikt.

Arbeidet for å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelse skal ses i sammenheng med og koordineres tett med oppdraget om å måle uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester for et utvalg av prosedyrer innen 1. november 2016. Det vises til at dette oppdraget ble gitt til de regionale helseforetakene under ledelse av Helse Nord i oppdragsdokument 2016.

Målet er nådd.

I oppdragsdokumentet for 2016 fikk de fire regionale helseforetakene i oppdrag å etablere indikatorer som måler kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten, samt å identifisere fagområder som skulle gis styringsmessig prioritet. Oppdraget var en videreføring av et innledende arbeid i 2015 som var ledet av Helse Vest RHF. Helse Sør-Øst RHF fikk i 2016 oppdraget med å lede arbeidet videre.

Sammen har de fire regionene dannet en arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling (AIM), med representanter fra de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Arbeidsgruppen overleverte i løpet av 2016 tre rapporter til Helse- og Omsorgsdepartementet om indikatorarbeidet.

Arbeidsgruppen har så langt i arbeidet identifisert ni indikatorområder. Rammen for disse ni indikatorområdene er modellen for pasientforløpet fra pasienten skrives inn og til pasienten anses som ferdigbehandlet. Hensikten er at indikatorene samlet vil kunne brukes til å vurdere hvorvidt helseforetakene oppnår sine mål knyttet til effektive og gode pasientbehandlinger. I tråd med oppdraget har man valgt å rette indikatorene inn mot spesifikke fagområder. I 2016 ble det gitt prioritet til fagområdene ortopedi og psykisk helsevern.

Arbeidsgruppen har vurdert andel dagbehandling for åtte pasientgrupper. Konklusjonen er at det er relativt store variasjoner mellom helseforetakene mht hvor stor andel som utføres poliklinisk/dagkirurgisk vs. som døgnbehandling. Det er videre også avdekket variasjon i den gjennomsnittlige liggetiden for 13 pasientgrupper: syv kirurgiske og seks medisinske hoveddiagnoser. De aktuelle data gir lite informasjon om årsaker til variasjonen, men bør være utgangspunkt for nærmere evaluering av organisering og behandlingsforløp samt ulikheter i kapasitet og behov.

Når det gjelder Helse Sør-Øst RHF's prosedyrer for måling av liggetid i deres kvalitetsstyring, så har det blitt avtalt at Helse Sør-Øst skal jobbe videre med avklaringer omkring dette.

Når det gjelder oppsummeringer av erfaringer fra prosjektet «Global Comparator Program som nasjonal pilotprosjekt» vises til Helse Sør-Øst sitt arbeid og vurderingene som er foretatt av dette prosjektet.

3.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Andre oppgaver 2016:

- RHF skal levere kort status for arbeidet med å etablere systemer som sikrer komplette og korrekte data om bruk av tvangsmidler i psykisk helsevern til NPR. Komplette data om bruk av tvangsmidler for 2014 og 2015 skal være levert NPR innen 15. september.

Målet er ikke nådd.

Helse Midt-Norge RHF leverte en status for arbeidet sendt Helse og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet i brev av 14. september 2016. Det er levert komplette data om bruk av tvangsmidler for 2014 for alle helseforetakene. For 2015 mangler data fra Helse Møre og Romsdal HF. NPR-tall fra 2. tertial 2016 viser også mangelfull mangelfull registrering. Helse Midt-Norge RHF har satt i gang følgende tiltak:

- ✓ All registrering av tvang skal gjennomgå manuelt hver måned inntil tallene fra elektronisk pasientjournal (EPJ), pasientadministrativt system (PAS) og Norsk Pasientregister (NPR) stemmer overens.

- ✓ Helseforetakene skal rapportere på dette til Helse Midt-Norge RHF til og med april 2017.
- ✓ Effekten av tiltaket og behovet for å fortsette med månedlig kontroll evalueres i mai 2017.
- ✓ Riktig registrering og riktig bruk av tvang i psykisk helse rapporteres også ved de ordinære rapporteringene fra helseforetakene.
- ✓ Riktig registrering, riktig og redusert bruk av tvang følges opp i alle dialogmøte med helseforetakene i 2017.

Det vises for øvrig til brev sendt Helse og omsorgsdepartementet 1. februar 2017 med rapportering om tiltak iverksatt for å få en riktig registrering av tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler.

3.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Andre oppgaver 2016:

- Helsedirektoratet har fått i oppdrag å legge til rette for en nasjonal opplysningskampanje i 2016 for å lære befolkningen å identifisere symptomer på hjerneslag, jf. brev til Helsedirektoratet av juni 2016. Helsedirektoratet har startet en prosess som involverer brukere og tjenesten med sikte på en anbefaling om ett akronym eller symptombeskrivelse som kan ligge til grunn for en nasjonal kampanje. De regionale helseforetakene bes om å delta i arbeidet med å planlegge og rulle ut kampanjen.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF har fulgt opp kampanjen i det regionale fagledernetverket for hjerneslag. Videre vil Helse Midt-Norge følge opp kampanjen i forhold til Norsk hjerneslagregister for å se hvilken effekt den nasjonale kampanjen har hatt.

Fagledernetverk for hjerneslag i Midt-Norge arbeidet med standardiserte pasientforløp ved alle sykehusene i hele 2015- og starten av 2016. Regionalt forløpsansvarlig for hjerneslag i Midt-Norge bidrar inn i nasjonalt arbeid med å utforme «pakkeforløp for hjerneslag». Arbeid med det regionale forløpet i Helse Midt-Norge vil starte etter at det nasjonale arbeidet er avsluttet. Det er lagt opp til at pakkeforløpet skal være klart i løpet av første halvår 2017.

- Departementet la 3. juni 2016 fram Meld. St. 34 (2015-2016) Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering. Basert på Stortingets behandling av meldingen vil departementet fastsette nye rammer for de regionale helseforetakenes beslutninger om innføring av nye metoder, samt sende på høring et forslag til reviderte forskrifter på legemiddelområdet. For å understøtte departementets arbeid ber vi om at Statens legemiddelverk, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet, i

samråd med de regionale helseforetakene, iverksetter:

- En utredning av hvordan de foreslåtte prinsippene for prioritering, herunder særlig forslagene knyttet til unntaksordning, skjønnsmessige vurderinger og alvorlighet, kan konkretiseres og operasjonaliseres. Utredningen skal ikke adressere spørsmålet om hvordan alvorlighet og skjønnsmessige vurderinger skal vektas inn i beslutningene om å finansiere nye legemidler og nye metoder.
- Et arbeid, basert på forslagene i meldingen, for å revidere Statens legemiddelverk og Folkehelseinstituttet sine veiledere for metodevurderinger og Helsedirektoratets veileder for økonomisk evaluering av helsetiltak.

Statens legemiddelverk skal lede arbeidet. Nærmere innretning og timeplan for utredningsarbeidet avklares nærmere med departementet innen 1. september 2016. Leveranser til departementet skal unntas offentlighet, jf. § 15 i offentlighetsloven.

Helse Midt-Norge RHF har bidratt inn i dette arbeidet som er ledet av Statens legemiddelverk. Arbeidet fortsetter i 2017.

Regionale helseforetak, i samråd med Statens legemiddelverk, bes med utgangspunkt i forslagene i Meld. St. 34 (2015-2016) om å iverksette et arbeid med sikte på å etablere en felles praksis for hvordan alvorlighet og skjønnsmessige vurderinger, herunder vurderinger knyttet til hhv. usikkerhet og budsjettvirkninger, skal vektas inn i beslutningene om å finansiere nye legemidler og nye metoder. Arbeidet må innrettes med forbehold om endringer i rammene for arbeidet som kan følge av Stortingets behandling av meldingen.

De regionale helseforetakene skal, sammen med Statens legemiddelverk, bistå Helsedirektoratet i utredningen knyttet til hhv. kriterier for fordeling av finansieringsansvar for legemidler mellom folketrygden og de regionale helseforetakene, system for avklaring av finansieringsansvar før legemidler får markedsføringstillatelse og en plan for ev. overføring av finansieringsansvaret for enkeltlegemidler eller grupper av legemidler fra folketrygden til de regionale helseforetakene, jf. brev til direktoratet om dette i juni 2016

Helse Midt-Norge RHF har deltatt i dette arbeidet. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe tidlig høst 2016. Gruppen ble ledet av Helsedirektoratet. Rapport ble overlevert Helse og omsorgsdepartementet innen tidsfristen 1. desember 2016.

4. Rapportering på krav fra foretaksmøtet

Rapporteringen skal følge struktur på krav til omtale som gitt av vedlegg 1 til protokoll fra foretaksmøtet i januar. Eventuelle krav til rapportering gitt i andre foretaksmøter legges til i avsnitt 4.2, sammen med omtale av eventuelle øvrige aktuelle saker.

4.1 Krav og rammer for 2016

4.1.1 Styring og oppfølging

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om fortsatt å prioritere ledelse og lederutvikling som ivaretar helhetlige pasientforløp på tvers av profesjoner, avdelinger, institusjoner og nivåer i helsetjenesten, og ha stor oppmerksomhet på kvalitet, pasientsikkerhet, kontinuerlig forbedring og innovasjon

Målet er nådd.

Både Helse Midt-Norge RHF og underliggende helseforetak har fokus på ledelse, lederutvikling, kulturutvikling og kontinuerlig forbedring og satt dette på dagsorden gjennom ledersamlinger og/eller lederutviklingsprogram. All lederutvikling bygger på den nasjonale plattformen for ledelse i spesialisthelsetjenesten, samt foretakenes egne strategier. Alle helseforetakene har høy fokus på standardisering av pasientforløp og implementeringen av dette.

Basert på ny forskrift om ledelse og kvalitet i helseforetakene, er flere av helseforetakene sertifisert eller i ferd med å bli sertifisert i henhold til NS-ISO 9001. Dette bidrar ytterligere til kontinuerlig fokus på forbedringer.

St. Olavs Hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF deltok i programmet «Ledermobilisering» som har til formål å få frem nye ledere. Alle foretakene deltok i topplederprogrammet og alle ledere har tilgang til læringsportalen der det ligger e-lærings og klasseromskurs knyttet til kvalitet, pasientsikkerhet, HMS, sykefraværsoppfølging og opplæring i ulike lederoppgaver og verktøy.

Foretakene har fokus på å bygge en kultur på tvers ulike fag- og organisasjonsrammer med deltakere fra ulike profesjoner og kjønn, fra ulike klinikker og sykehus. Lederutviklingsprogram tar også høyde for at ledelse utøves av fagfolk uten formelle lederposisjoner. Ledere tilbys også formalisert lederutdanning for de som mangler dette.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å ta i bruk ny nasjonal bemanningsmodell for strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov lokalt og regionalt

Målet er nådd.

Opplæring av regionale modellbrukere fra helseforetakene ble gjennomført i oktober i henhold til planene. Regionalt nettverk for bruk og videreutvikling er etablert. Nettverket er i gang med å lage planer for bruk av scenariomodellen og scenariometodikk.

Nettverket har så langt hatt et særlig fokus på å planlegge hvordan de skal bidra inn i utviklingsplanarbeidet i regionen.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å legge til rette for samarbeid mellom kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten om ledelse og lederutvikling

Målet er nådd.

Det er besluttet å gjennomføre et felles Samhandlingsprogram for medlemmene i Administrative og politiske samarbeidsutvalg (ASU og PSU). Det er KS og Nasjonal lederutvikling som har fått i oppdrag av Helse og omsorgsdepartementet å etablere og gjennomføre programmet. Nord-Trøndelag HF er pilot for prosjektet.

Helse Midt-Norge RHF er representert i styringsgruppa for dette samarbeidsprosjektet.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene oppdatere overordnede planer for regionen etter at Nasjonal helse- og sykehusplan er behandlet i Stortinget

Målet er nådd.

I sitt arbeid med ny strategi for Helse Midt-Norge, Strategi 2030, har regionen lagt til grunn føringene gitt i Nasjonal helse og sykehusplan. Disse ligger videre innen som premisser i mandatene for arbeidet med både regional og lokale utviklingsplaner som nå er godt i gang. Revidering av øvrige regionale fagplaner vil bli gjennomført etter at utviklingsplanene er vedtatt.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene utarbeide felles veileder for arbeidet med utviklingsplaner

Målet er nådd.

Helse- og omsorgsdepartementet ga i foretaksmøtet 12. januar 2016 de regionale helseforetakene, i regi av Sykehusbygg HF, i oppdrag å utarbeide en veileder for arbeidet med utviklingsplaner innen 1. mai. Det er i tråd med oppdraget utarbeidet en veileder som er oversendt Helse og omsorgsdepartementet. Denne ble styrebehandlet i alle regionale helseforetak.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene gjennomføre årlig gjennomgang av helseforetakene basert på foreliggende sammenlignbar statistikk jf. tidligere stilte krav og delta i arbeid med Helsedirektoratet om dette.

Rammeverk for risikostyring ble utviklet i 2016, etter mal fra Helse Nord. Risikostyring som metode skal implementeres i løpet av en tre års periode i foretaksgruppen. I 2016 er det gjennomført risikostyring av Styringsmål 2016. En helhetlig gjennomgang av risikobilde, gjennom identifisering av ti på topp risikoer, ble fremlagt for styret i Helse Midt-Norge RHF.

I det videre arbeid med implementering av risikostyring, inkluderes felles prosesser for ledelsens gjennomgang og identifisering av ti på topp risikobilde i helseforetakene.

4.1.2 Organisatoriske krav og rammer:

Bemanning:

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å videreføre arbeidet for å bedre pasientsikkerheten og se dette i sammenheng med helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF har deltatt i arbeidet med å samordne medarbeiderundersøkelsen med den nasjonale pasientsikkerhetskulturundersøkelsen. I henhold til opprinnelig plan skal ny felles nasjonal undersøkelse være klar for første gangs gjennomføring i 2017.

Det ble i 2016 også startet et arbeid med å utarbeide et felles regionalt rammeverk for HMS-arbeidet. Det er utarbeidet nye HMS KPIer for Helse Midt-Norge som skal inngå i den månedlige statusrapporten til styret. Rammeverket for HMS-arbeidet bygget på arbeidsmiljølovens bestemmelser og ISO 45001. Hensikten med de nye HMS KPIene er:

- Økt oppmerksomhet om HMS ved å inkludere HMS perspektivet i virksomhetsstyringen.
- Etablere felles gjennomgående HMS KPIer i hele foretaksgruppen, med dette menes at HMS KPIene kan rapporteres på alle nivå.
- Felles forståelse av de viktigste risikoområder knyttet til HMS.
- Felles forståelse av sammenhengen mellom HMS mål og styringsmålene i plakaten.

Helse Midt Norge skal gjennom målrettet og systematisk HMS-arbeid skape et åpent, sikkert og helsefremmende arbeidsmiljø som bidrar til høyt nærvær, fravær av skader og god pasientsikkerhet.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene ha fortsatt oppmerksomhet på bruken av faste stillinger, heltid og vikarer, og at bemanningen må tilpasses til aktiviteten.

Målet er delvis nådd.

Foretakene har fortsatt oppmerksomhet på bruken av faste stillinger, heltid og vikarer. Alle foretakene har følgende hovedregel: Faste, hele stillinger skal være hovedregel ved utlysning og tilsetting.

Helse Midt-Norge har redusert andel deltid med 1 pst. fra 2015 til 2016, og den gjennomsnittlige stillingsandelen er på 90,6. Det brukes ulike tiltak i foretakene for å kunne tilby hele stillinger. Det tiltaket som synes å ha gitt best effekt er bemanningscenteret ved St. Olavs Hospital HF, ved at de tilbyr tilleggs-stillinger til en del yrkesgrupper når de ikke får hel stilling i egen enhet. Det er også opprettet ressursenheter innen enkelt avdelinger, langvakter benyttes også. Ansatte har mulighet til å registrere hvorvidt de ønsker økt stillingsandel eller hel stilling. Disse registreringene følges opp av ledere og ansatte tilbys høyere stillingsandel eller 100 pst. stilling i egen avdeling når dette er mulig i forhold til budsjett.

Det er prosjekter i alle foretakene i region som har som hovedmål at bemanningen skal tilpasses aktiviteten. Flere enheter har gjennomført analyser for hvilke endringer i

bemanningsplanen som er nødvendig for at den skal være i tråd med aktiviteten. I tillegg jobbes det med å utvikle et verktøy for aktivitet og bemanningsplanlegging som er integrert med operasjonsplanleggingssystemet og det pasientadministrative systemet.

- Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene bidra til å rekruttere og utvikle kvinnelige ledere, spesielt på toppledernivå

Målet er nådd.

Andelen kvinnelige toppledere i foretaksgruppen er fortsatt for lav, men det er iverksatt en rekke tiltak for å stimulere til å øke andelen. I rekrutteringsprosessen for nye toppledere vektlegges søk etter kvinnelige kandidater sterkere enn tidligere.

Rekruttering til lederprogrammene *Ledermobilisering* og *Nasjonalt topplederprogram* (NTLP), tar høyde for både å ivareta og fremme kvinnelige ledere. Et flertall av kandidatene i programmet *Ledermobilisering* var kvinner, og to av tre deltakere til NTLP er kvinner.

Flere av helseforetakene har rekruttert kvinner til stillinger i administrerende direktørs ledergruppe. Eksempelvis er det nå i Helse Møre- og Romsdal HF et flertall av kvinner i administrerende direktørs ledergruppe (7 av 13). Gjennom interne lederutviklingsprogram har helseforetakene søkt å motivere og støtte kvinnelige ledertalenter og potensielle toppledere.

Informasjonsteknologi og digitale tjenester (ehelse)

- Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å etablere systemer og rutiner som sikrer oppfølging og lukking av avvikene påpekt i Riksrevisjonens rapport om helseforetakenes ivaretagelse av informasjonssikkerhet

Målet er delvis nådd.

Avvikene er i hovedsak lukket, men avventer gjennomføring av nasjonalt prosjekt for statistisk logganalyse (2017/2018). Helse Midt-Norge har gjennomført følgende tiltak for å følge opp og lukke avvikene som ble påpekt av Riksrevisjonen;

- etablert felles regionale prosedyrer innen kontroll av tildelte autorisasjoner og kontroll av benyttede autorisasjoner
- gjennomført samstemming vedrørende tildeling av autorisasjoner i regionen
- igangsatt tiltak for manuell rydding i ansattes autorisasjoner
- gjennomført tvunget passordskifte i EPJ
- pågående prosjekt for bedre løsning for identitetsforvaltning. Prosjektet samarbeider med nasjonale aktiviteter på området.
- etablert løsning for informasjon til pasienter om hvem som har vært inne på vedkommende journal
- Innført kompetansemul for å følge opp ansattes "sertifiseringsgrad" når det gjelder nødvendig opplæring.
- etablert rutiner for manuell logganalyse med stikkprøver

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å etablere rutiner som sikrer at alvorlige hendelser i EPJ, PAS og medisinsk-teknisk utstyr blir meddelt til alle helseforetak og leverandører.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge har etablert felles rutiner og prosedyrer for alle helseforetak for melding av avvik og håndtering av disse.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om i samarbeid vurdere organiseringen av enheter for medisinsk-teknisk utstyr og øvrige enheter innen IKT for å sikre en samlet tilnærming og kompetanse på informasjon og personvern i sykehusenes systemer

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge har igangsatt et prosjekt for organisering av enheter for medisinsk teknisk utstyr og IKT med hensikt å ivareta områdene informasjon, personvern, standardisering og kvalitet.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å samarbeide med Direktoratet for e-helse om felles IKT-tiltak

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge samarbeider med Direktoratet for e-helse gjennom deltakelse i alle aktuelle prosjekter, fora, prioriteringsutvalg og styringsgrupper.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å bidra i arbeidet med utvikling av Nasjonalt senter for e-helseforskning

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF er representert i styringsgruppen til Nasjonalt senter for e-helseforskning.

Beredskap

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å videreføre arbeidet med å gjennomføre risikoanalyser og sikre god beredskap for kritisk infrastruktur som vann, strøm og IKT, sikre at planene og systemene er koordinert med berørte parter, og gjennomføre øvelser regelmessig

Målet er nådd.

Det enkelte helseforetak gjør sine risikovurderinger av kritisk infrastruktur og utarbeider beredskapsplaner etter dette. Hemit, vår databehandler, gjennomfører risikovurderinger for kritiske gjennomgående IT-systemer og gjennomfører regelmessige øvelser.

Dette er et fortløpende arbeid, som fordrer at en løpende gjør risikovurderinger for å fange opp endrede forutsetninger.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å rapportere årlig på det systematiske arbeidet med beredskap og forebyggende sikkerhet

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF og underliggende helseforetak har i 2016 videreført det systematiske arbeidet med beredskap og sikkerhet. Rapportering på sikkerhetsarbeidet skal tas opp senere i samråd med HOD. Det er gjennomført flere øvelser i regionen, blant annet en omfattende tabletop i Geiranger der Åknesskredet var tema. I Meråker nær grensa mot Sverige ble det gjennomført en fellesøvelse med Sverige der sammenkobling av Nødnett og Rakel ble testet ut.

Helse Midt-Norge har videre deltatt nasjonalt i utvikling av sivil/militært samarbeid blant annet i to arbeidsgrupper nedsatt av Helseberedskapsrådet. Videreutvikling av totalforsvaret er et av målene med dette arbeidet.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å bidra i redningsledelsen ved hovedredningsentralene og i lokale redningsentraler

Målet er nådd.

Helse Møre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital har bidratt med representanter og vararepresentanter i de lokale redningsentraler i de respektive politidistrikter.

Etablering av ungdomsråd

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om at det i felles retningslinjer for brukermedvirkning for regionale helseforetak og helseforetak tas inn bestemmelser om at alle helseforetak skal etablere ungdomsråd.

Målet er nådd.

Det er i «Felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå» tatt inn en bestemmelse om at alle sykehusforetak skal etablere ungdomsråd. Helse Midt-Norge RHF har i samarbeid med sykehusforetakene i regionen utarbeidet retningslinjer for ungdomsråd i Helse Midt-Norge. St. Olavs Hospital HF oppnevnte ungdomsråd i januar 2017. Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal HF vil ha ungdomsråd på plass i løpet av våren 2017.

Avtalespesialistordningen

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å videreføre arbeidet på avtalespesialistområdet i tråd med gitte føringer

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF har deltatt i pilotprosjektet knyttet til rettighetsvurderingen, og dette er et arbeid som ledes av Helsedirektoratet. Helse Midt-Norge RHF har hatt utfordringer med å etablere pilot innen LIS i avtalepraksis. Vi er nå i slutfasen med å få dette etablert innen øye i Ålesund.

Helse Midt-Norge RHF vurderer etablering av avtalehjemler i distriktet. Riksrevisjonens anbefalinger knyttet til å etablere spesialisthelsetjeneste i distriktet er forsøkt, og det viser seg at det er få eller ingen søkere til disse avtalehjemlene.

Rammevilkår for ideelle leverandører av spesialisthelsetjenester

Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å vurdere tiltak for å videreføre og videreutvikle samarbeidet med ideelle leverandører av spesialisthelsetjenester, herunder:

- vurdere bruk av tidsbestemte avtaler med oppsigelsesadgang (løpende avtaler) i forbindelse med innkjøp av spesialisthelsetjenester
- vurdere hvordan representanter for tjenesteyterne, herunder ideelle leverandører, i større grad kan involveres i drøfting av hvilke kvaliteter som bør etterspørres i fremtidige anskaffelser av konkrete tjenester
- inngå tettere samarbeid om planlegging og faglig utvikling med tjenesteleverandørene, herunder ideelle virksomheter
- vurdere bruk av konkurranser der pris er fastlagt på aktuelle tjenesteområder

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge viser til sin «Strategi for anskaffelser av spesialisthelsetjenester fra private leverandører (2015 – 2018)». Noen av satsningsområdene i strategien er;

- godt samarbeid og riktig bruk av private leverandører av spesialisthelsetjenester
- økt dialog og tettere samarbeid mellom de private leverandørene og helseforetakene
- økt deltakelse fra private leverandører i forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende

Helse Midt-Norge RHF har i 2016 gjennomført en anskaffelse innenfor Tverrfaglig spesialisert rusmiddelavhengighet med en privat ideell leverandør. Det ble vurdert bruk av løpende avtale, men konkludert med ikke å gå for en slik løsning. I avtalene som inngås legges det større vekt på bedre oppfølging av avtalene, herunder årlige vurderinger av behov og forhandlinger om årlig ytelsesavtale. Videre vil det bli mer fleksibel bruk av avtalene, herunder opsjoner både med hensyn til omfang og innhold.

Avtalene mellom Helse Midt-Norge RHF og de private rehabiliteringsinstitusjonene løper ut 31.12.2017. Innen den tid skal nye avtaler være på plass. Som forberedelse til dette inviterte Helse Midt-Norge både eksisterende leverandører og potensielle ny leverandører til en idekonferanse høsten 2016. Helse Midt – Norge RHF ønsket at representanter for tjenesteyterne skulle involveres i drøftinger av hvilke kvaliteter som bør etterspørres i framtidige anskaffelser av rehabiliteringstjenester.

Ideelle leverandører av spesialisthelsetjenester har vært involvert i utarbeiding av regional plan for Tverrfaglig spesialisert rusmiddelavhengighet. Det avholdes minimum to separate dialogmøter årlig med tjenesteleverandører, hvor tema som samarbeid og faglig utvikling står på agendaen. For øvrig gjennomføres årlige ytelsesforhandlinger for å justere innretningen for kommende avtaleår.

Helse Midt-Norge RHF har også vurdert muligheten for konkurranser der pris er fastlagt på forhånd. utfordringen er at vi hittil ikke har hatt god nok kunnskap om hva som er en riktig pris.

Deltakelse i utviklingsarbeid

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å delta i utviklingsarbeid i spesialisthelsetjenesten som er gitt i oppdrag til Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse og Folkehelseinstituttet.

Målet er nådd.

Representanter både fra Helse Midt-Norge RHF og fra de enkelte helseforetakene bidrar etter forespørsel inn i nasjonalt utviklingsarbeid.

Fritt behandlingsvalg

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å delta i arbeidet med oppfølging av godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF har på forespørsel fra Helsedirektoratet bidratt i arbeidet med oppfølging av godkjenningsordningen for fritt behandlingsvalg.

4.1.3 Økonomiske krav og rammer:

Økonomisk resultatkrav og endringer i driftskreditrammen

- Driftskreditrammen for Helse Midt-Norge RHF øker med 14,4 mill. kroner fra 843,6 mill. kroner til 858 mill. kroner. Jf foretaksmøte 2. desember.

Målet er nådd.

Krav knyttet til at Helse Midt-Norge skal drive sin virksomhet innenfor en driftskreditramme på 858 mill. kroner er innfridd pr. 31. desember 2016

Trukket kreditt ved årsskiftet var 555,224 mill. kroner.

- Foretaksmøtet la til grunn at foretaksgruppen i Helse Midt-Norge innretter virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av Prop. 1 S (2015–2016), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2016, slik at sørge-for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid

Målet er nådd.

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok i sak 07/16 et samlet krav til årsresultat for foretaksgruppen på 189,2 mill. kroner. I sak 03/17 ble endelig krav til resultat for 2016 justert til 257,8 mill. kroner relatert til endringer i pensjon.

Foreløpig prognose for resultat 2016 viser at foretaksgruppen samlet får et resultat bedre enn kravet.

Gjennom rullering av langtidsbudsjett og foreløpig inntektsfordeling for 2018 legges det til rette for forutsigbarhet i rammer og styring som gir bærekraftig utvikling over tid.

Investeringer og lån

- Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene kartlegger tilstandsgraden for sykehusbygg i 2016 og at denne kartleggingen oppdateres hvert fjerde år

Målet er delvis nådd.

Kartlegging av tilstandsgrad er videreformidlet i foretaksprotokoll til helseforetakene. Rapport på utvikling i tilstandsgrad er mottatt fra St. Olavs Hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF. Vurderingen fra Helse Møre og Romsdal HF er i arbeid og ventes ferdigstilt i mars 2017. Felles rapport fra helseregionen vil ferdigstilles etter dette.

- Foretaksmøtet forutsatte at helseforetakene evaluerer sine sykehusprosjekter etter at byggene er tatt i bruk

Målet er nådd.

Evaluering av større sykehusprosjekter er etablert praksis i Helse Midt-Norge RHF. Krav om evaluering av sykehusprosjekter og samarbeid med Sykehusbygg HF er nå også tatt inn i regionens bygge- og eiendomsreglement.

Måling av kostnad pr. pasient

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene bidra i arbeidet med KPP-spesifikasjon for psykisk helsevern og rus og nasjonale KPP-data.

Målet er nådd.

Foretakene leverer kostnadsvektdata knyttet til aktivitet 2016 for psykisk helsevern og TSB i tråd med bestilling fra Helsedirektoratet.

Nøytral merverdiavgift for helseforetakene

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å gjøre nødvendige tilpasninger og delta i arbeidet med innføring av nøytral merverdiavgift for helseforetakene.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge har deltatt sammen med øvrige regionale helseforetak og Helsedirektoratet i arbeidet med utvikling av regelverket, rapporteringsløsninger mv.

Innføringen har vært og er fortsatt krevende mht. til å sikre god nok og riktig opplæring til alle ansatte som er berørt av ordningen. Det er gjennomført flere tiltak i den forbindelse, herunder:

- Felles samling for sentrale regnskapsledere med flere for alle helseregionene
- Felles samling for regnskap, økonomi, logistikk m.fl. internt i Helse Midt-Norge
- Ukentlige møter på tvers av RHF-ene desember-januar for faglige avklaringer. Tilsvarende internt i Helse Midt-Norge i tillegg til daglige kortmøter for en bredere gruppe av ansvarlige for implementering i eget foretak.
- Etablering av egen side under Finansiering på Helsedirektoratets internettside. Her er regelverk publisert. Spørsmål / svar behandlet av RHF-enes regnskapsansvarlige legges også ut her. Helse Midt-Norge har i tillegg etablert en tilsvarende side på sitt

intranett hvor opplæringsmateriell, felles maler, systemveiledninger etc. blir lagt tilgjengelig for alle ansatte i regionen.

I nytt økonomi- og logistikksystem er det foretatt flere endringer og tilpasninger som i all hovedsak er ferdigstilt og tatt i bruk. Et helseforetak benytter gammel ERP-løsning primo 2017. I det systemet er tilpasningen i større grad samkjørt med endringer som følge av ny skattemelding for mva. fra 1.1.2017, og fungerer tilfredsstillende for en kort periode. Denne løsningen lar seg ikke omprogrammere lenger og for enkelte typer krav er det derfor etablert mer omfattende manuelle rutiner. Siste tilpasninger forventes å være ferdig i rimelig tid før første innrapportering av krav.

Gjenstående arbeid er i all hovedsak knyttet til analyser og kontrollrutiner, samt løsninger og rutiner for anskaffer med delvis kompensasjon (prosjekter som delvis gjelder vedlikehold og delvis påkostning). Men det gjenstår også en del endringer/rettinger i nytt økonomi- og logistikksystem som har betydning for nøytral mva.

4.2 Øvrige aktuelle saker i 2016

Her omtales eventuelle krav til rapportering gitt i andre foretaksmøter, sammen med omtale av eventuelle øvrige aktuelle saker.

Foretaksmøte 4. mai – sak 7; Oppfølging av Nasjonal helse og sykehusplan

- Foretaksmøtet ber de regionale helseforetakene legge til grunn Meld. St. 11 (2015–2016) Nasjonal helse- og sykehusplan, med presiseringer fra departementet, i sitt arbeid med planer og drift av spesialisthelsetjenesten.

Alle helseforetak har psykologkompetanse tilknyttet sine somatiske barneavdelinger, i tråd med Stortingets behandling av Nasjonal helse og sykehusplan.

Helse-Midt Norge vedtok i styresak 54/16 mandat for lokale utviklingsplaner.

Helseforetakene ble gitt oppdrag om å utvikle lokale utviklingsplaner i foretaksmøte 2. juni 2016. Mandatet for utviklingsplanene gir føringer om at veilederen for utviklingsplaner skal følges, det skal være en åpen prosess hvor både brukere, tillitsvalgte, kommuner og andre interessenter skal involveres. Helseforetakene ble gitt en frist til 31. januar 2017 med å avklare kirurgisk akuttberedskap i tråd med føringene fra Helse og omsorgsdepartementet. Helse Midt-Norge RHF vil styrebehandle beredskap akuttkirurgi i mars 2017 og rapportere til Helse og omsorgsdepartementet innen gitte frist 1. april 2017. Frist for de helhetlige lokale utviklingsplanene er satt til 31.12.17.

Når det gjelder kravet om en gjennomgang av Basestrukturen for luftambulansen er ikke dette gjennomført i 2016. Det pågår nasjonale prosesser for å organisere arbeidet.

Om stedlig ledelse;

St. Olavs Hospital HF;

St. Olavs Hospital har aktiviteter flere steder i Trondheim, på Brekstad, Røros og Orkanger. Den faglige aktiviteten på alle lokasjoner har gjennomgående klinikkledelse inklusive Brekstad, Røros og Orkdal. Klinikksjef for eksempelvis kirurgi, ortopedi og medisin har ansvar for den faglige aktiviteten innenfor St. Olavs Hospital uavhengig av lokasjon av aktiviteten.

Helseforetaket ser nytten av at kirurgi, medisin mv. lar sine leger jobbe i perioder på Øya og i andre perioder på Orkdal/Brekstad/ Røros slik at de sikrer lik kvalitet og god kjennskap til hvordan ting gjøres. Virksomheten på alle lokasjoner er en del av foretakets samlede virksomhet.

Samtidig er erfaringen at det trengs lokal ledelse med hensyn til koordinering av en del funksjoner mellom klinikkområdene. Slik koordinering mellom klinikkene ligger i prinsippet til administrerende direktør. Helseforetaket har stedlig ledelse på nivå 3 på samtlige lokasjoner. Samtidig ivaretas stedlig ledelse/ koordinering på nivå 1 på følgende vis: På Røros er Klinikksjef for Ortopedi stedlig leder med støtte fra en lokal koordinator. Her er det også gjennomgående klinikkvis ledelse. Men der har Ortopedisk klinikk mesteparten av aktiviteten (elektiv virksomhet) og har dermed også det overordnede stedlige lederansvaret sammen med en lokal koordinator.

For St. Olavs Hospitals aktivitet på Orkanger er Samhandlingsdirektøren stedlig leder med støtte fra en lokal koordinator. Samhandlingsdirektøren har jevnlig kontakt med lokal koordinator og møter på Husråd på Orkdal omlag 1 gang pr måned. I disse Husrådsmøtene møter lokale tillitsvalgte, avdelingslederne og de legene som har tid og lyst. Her orienteres det om det som skjer for St. Olavs Hospital og man tar opp saker av lokal interesse.

Helse Nord-Trøndelag HF har i 2016 startet OU- prosess «Pasientorientert organisering». I 2016 har dermed dialogen om stedlig ledelse og hvilket nivå dette skal ligge på, vært en viktig del av valgene en har gjort og videre arbeider med i OU- prosessen. I den utgående modellen som foretaket har hatt, har det vært en hybrid- modell med både tverrgående klinikker med klinikkleder som ikke har vært stedlig, og stedlige klinikker. I ny organisasjonsmodell er valg tatt på krav om stedlig ledelse på nivå 3, i en ren, gjennomgående klinikkstruktur. Klargjøring av kravet til enhetlig ledelse på alle nivå, gjennomgås også i samme OU- prosess. Helse Nord-Trøndelag HF ser at variasjonen i måten ulike ledernivå og roller og tilhørende fullmakter er løst på i dag, medfører behov for en gjennomgang i forbindelse med pågående OU- prosess.

Helse Møre og Romsdal HF;

OU-prosjektet har hatt i oppgave lede arbeidet med å utvikle og få på plass en ny organisasjonsmodell fra 1. januar 2017 (to klinikker og to stabsavdelinger har fått denne fristen utsatt til 1. april 2017). I mars 2016 ble det besluttet å innføre en tverrgående organisasjonsstruktur på nivå 2, og ny ledergruppe kom på plass 1. mai. I etterkant av beslutningen har det vært gjennomført et arbeid for å finne en løsning på hvordan helseforetaket skal sikre stedlig ledelse innenfor en slik tverrgående organisasjonsmodell.

Spørsmålet om stedlig ledelse har i lengre tid vært gjenstand for en profesjonsfaglig og politisk debatt. Samtidig har det vært en mangelfull definisjon av selve begrepet, som har åpnet for ulike fortolkninger og synspunkter. På den måten kan rapporten som er utarbeidet i Helse Møre og Romsdal også være et bidrag til diskusjonen om stedlig ledelse i norske sykehus.

Helse Møre Romsdal har valgt å gjennomføre en kvalitativ og involverende prosess der medarbeiderne i helseforetaket har deltatt i arbeidet med å kartlegge behovene for stedlig

ledelse og hva dette innebærer. Oppdraget har vært å finne ut hvordan stedlig ledelse kan løses innenfor en gjennomgående organisasjonsmodell, og hvilke oppgaver som er viktige å løse lokalt.

For å få en tett dialog med de ansatte om temaet ble det invitert til informasjonsmøte og idédugnad ved alle sjukehusa i løpet av mai og juni. Gjennom møter og work-shops ble det utviklet et forslag til løsning som ble sendt ut på intern høring i helseforetaket i august og september. De ansattes beskrivelser og innspill har dannet grunnlaget for et felles behovsbilde som den skisserte løsningen skal forsøke å imøtekomme. Etter høringen ble det gjort endringer i forslaget, som nå skal utprøves som et pilotprosjekt ved Volda sjukehus.

Forslaget som blir testet ut i Volda inneholder fem ulike tiltak:

- Opprette en koordinatorfunksjon ved hvert enkelt sjukehus, som organiserer felles møter der ledere fra de ulike klinikkene diskuterer og behandler felles interesser og prosesser som går på tvers av klinikkens organisering.
- Gjennomføre enkle, lokale koordineringsmøter etter behov
- Tydeliggjøre ansvarsområder knyttet til drift og eiendom
- Stedlige ledermøter sammen med ledergruppa
- Stedlige ledersamlinger ved sjukehuset

Formålet med å ha en koordinator ved hvert sjukehus er å håndtere problemstillinger, utfordringer eller uenigheter ved sjukehuset som går på tvers av klinikkene. Koordinatoren kan ikke overprøve avgjørelser som blir tatt i den ordinære linja, men har mandat til å identifisere, ta opp og prioritere saker, samt koordinere oppmøte. Om partene ikke kommer til enighet kan koordinatoren løfte saken til ledergruppa.

Foretaksmøte 22. juni – sak 4; Oppfølging av «En innbygger – en journal»

Foretaksmøtet ber HMN RHF om å:

- gjennomføre programmet Helseplattformen som et regionalt utprøvningsprogram for det nasjonalt anbefalte målbildet i "En innbygger - en journal" og et mulig startpunkt for en felles nasjonal løsning for kommunal helse og omsorgstjeneste.
- sikre nasjonal representasjon i programstyret for og i arbeidet med "Helseplattformen".
- sikre samarbeid med og innflytelse fra det nasjonale utredningsarbeidet i regi av Direktoratet for e-helse.
- sikre en fremdriftsplan for Helseplattformen som ivaretar disse hensynene.

Helseplattformen har tatt oppdraget til følge ved å iverksette tiltak for nasjonal involvering og forankring, samt justering av anskaffelsens fremdriftsplan. Anskaffelsesprosjektet er forlenget med ett år og det er utvidet mht til fagressurser som leder og administrerer den nasjonale deltakelsen i programmet. Det er etablert tett samarbeid med Direktoratet for e-helse, hvilket vil være gjennomgående i programmets levetid. Videre er nasjonal representasjon i Helseplattformens styringsorganer etablert ved medlem og observatører fra hhv. Direktoratet for e-helse, KS, Kristiansand kommune og Helse Sør-Øst RHF i programstyret. Det er etablert et samarbeidsråd for opsjonkommunene i regionen, som også er representert med en observatør i programstyret. Helsedirektoratet og Direktoratet

for e-helse er representert i programmets helsefaglig referansegruppe. En utvidet arbeidsgruppe bestående av representanter fra kommuner og regionhelseforetak utenfor Midt-Norge, samt nasjonale myndigheter, ga sine faglige bidrag og anbefalinger til Helseplattformens kravspesifikasjon høsten 2016. Dette arbeidet videreføres for tema av nasjonal betydning innen e-helseområdet, frem mot endelig konkurransegrunnlag ferdigstilles i 2018.

Foretaksmøte 2. desember; Sak 4: Nødnett - overføring av eierskap og forvaltning av utstyr og løsninger

Foretaksmøte vedtok:

- Overføring av eierskap og forvaltning av utstyr og løsninger overføres fra staten ved Direktoratet for nødkommunikasjon til de regionale helseforetakene ved det felleseide Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO) i tråd med foretaksmøtets føringer.

Direktoratet for Nødkommunikasjon oversendte 20. desember 2016 brev til Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO) som bekrefter overføringen av eierskapet av brukerutstyr for nødnett helse til HDO per 30/12 2016. HDO bekreftet i svarbrev til Direktoratet for nødkommunikasjon 22. desember 2016 en aksept av overføringen. HDO jobber nå med å etablere nødvendige prosesser og avtaler for å understøtte utvidelsen av HDOs mandat.

5. Styrets plandokument

Denne delen av meldingen skal vise utviklingstrender innen demografi, medisin, infrastruktur mv. som vil kunne få betydning for helseforetaket og "sørge for"-ansvaret. Kapittel 5.1 skal anskueliggjøre fremtidens behov, mens kapittel 5.2 skal beskrive styrets planer for å møte disse utfordringene.

5.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

I kapittel 5.1 redegjøres det på generelt grunnlag for utviklingstrekk og forventede ressursmessige konsekvenser av dette i form av økonomi, personell og spesialkompetanse. Tidshorisont 3–4 år.

5.1.1. Utviklingen innen opptaksområdet

Helse Midt-Norges opptaksområde omfatter Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal. Per 1. januar 2016 var den samlede befolkningen på omlag 715 000 innbyggere. Bosettingsmønsteret er spredt i regionen, men kommunikasjonene er gode. Mange av de store øyene er knyttet til fastlandet og stadig færre er avhengig av fergeforbindelser.

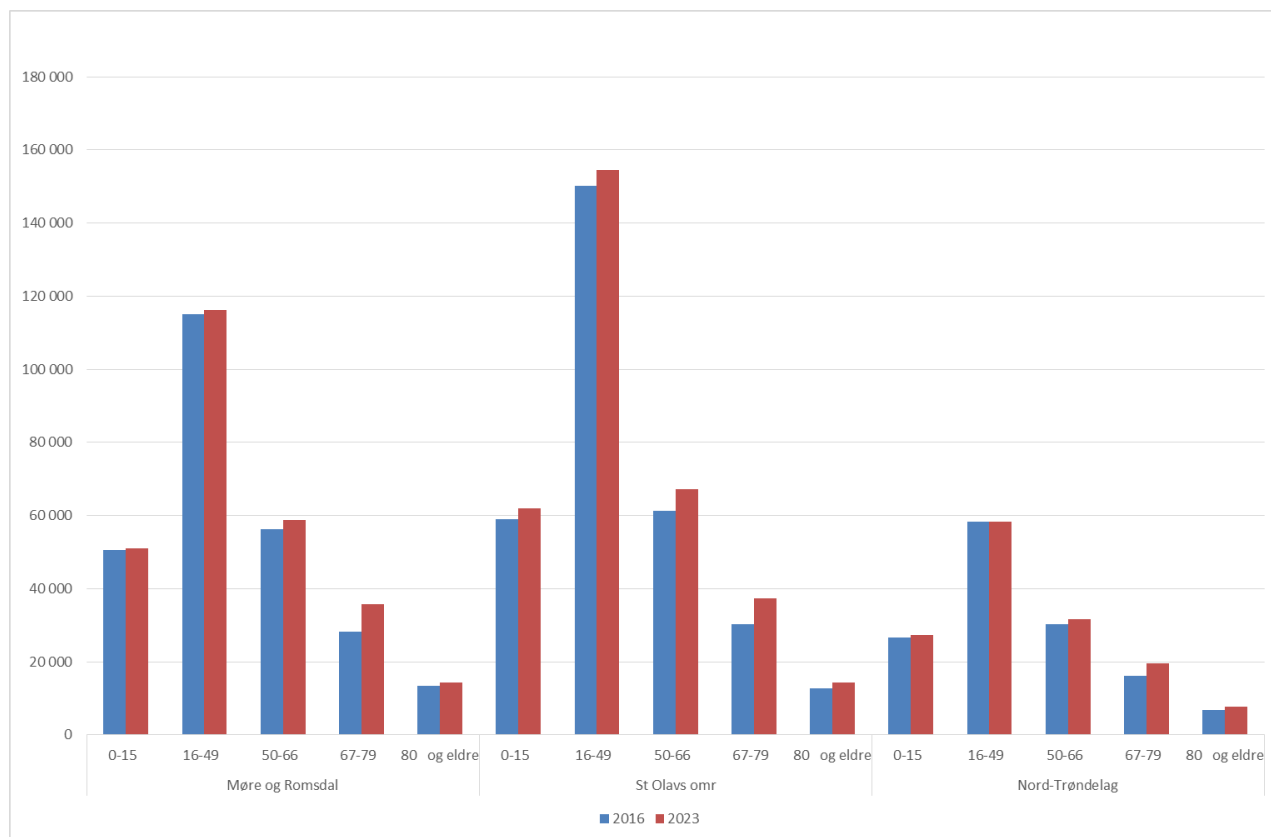
Helse- og omsorgstjenesten i kommunene er viktige samhandlingspartnere for spesialisthelsetjenesten, og samhandlingsreformen bidrar til å gjøre dette samarbeidet tettere. Antallet kommuner i regionen og antall innbyggere i kommunene har betydning for utviklingen av dette samarbeidet. Tabell 5.1 viser at 48 av 84 kommuner i Helse Midt-Norge har færre enn 5 000 innbyggere.

Tabell 5.1 Kommunene i Midt-Norge etter folketall per bostedsområde.

| Bostedsområder | Befolkning per 1.jan 2016 | Antall kommuner etter folketall | | | | | Antall kommuner |
|----------------|---------------------------|---------------------------------|-------------|-------------|---------------|---------|-----------------|
| | | 0-1 999 | 2 000-4 999 | 5 000-9 999 | 10 000-19 999 | 20 000+ | |
| HMR bosted | 263 254 | 4 | 13 | 14 | 1 | 3 | 35 |
| St.Olav bosted | 313 469 | 3 | 10 | 7 | 3 | 1 | 24 |
| HNT bosted | 138 336 | 10 | 8 | 2 | 3 | 2 | 25 |
| Sum HMN | 715 059 | 17 | 31 | 23 | 7 | 6 | 84 |

Fram til 2023 forventes det en økning i den samlede befolkningen i regionen tilsvarende om lag seks prosent. Figur 5.1 viser befolkningen fremskrevet fra 2016 til 2023 i fem aldersgrupper for de tre bostedsområdene i Helse Midt-Norge. Framskrivningen er basert på Statistisk Sentralbyrås (SSBs) "hovedalternativ" MMMM.

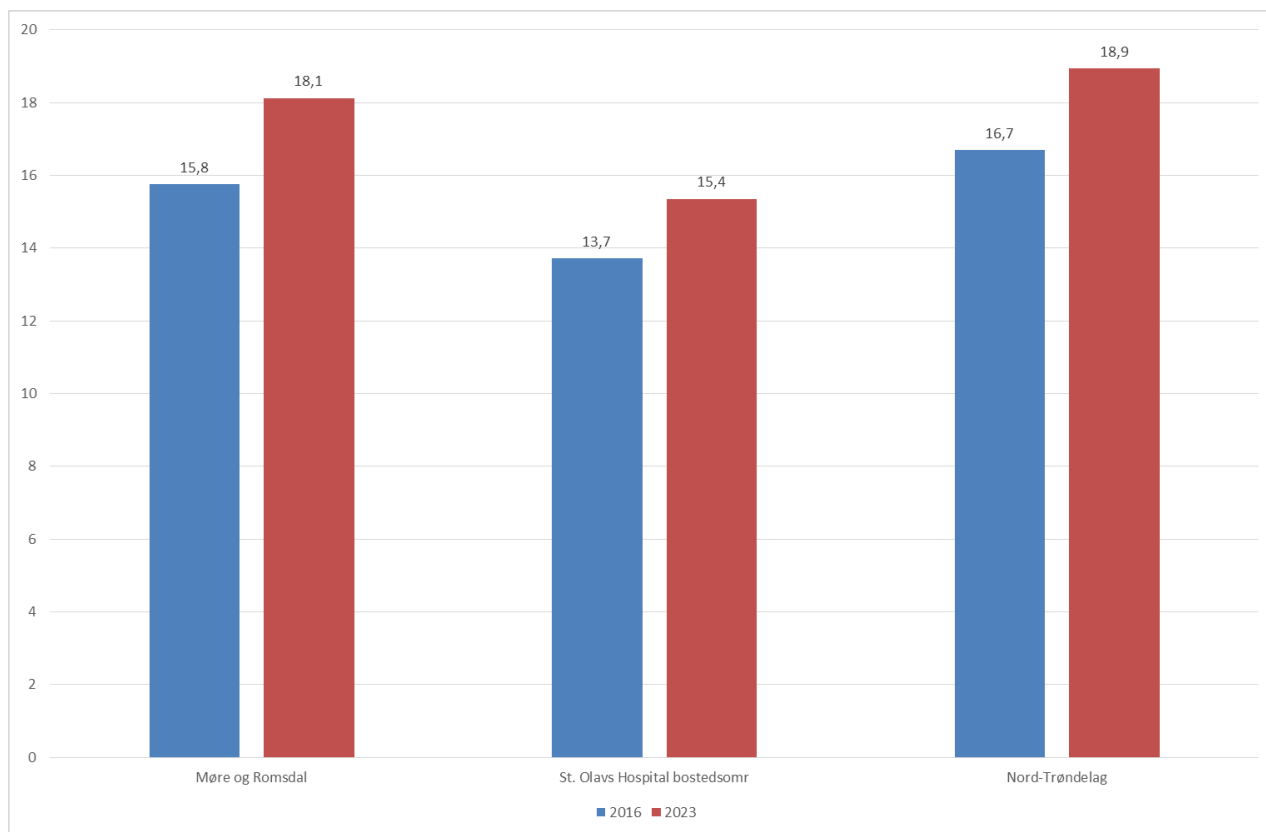
Figur 5.1 Befolkningen i Helse Midt-Norge i 2016 og fremskrevet fra 2016 til 2023 etter aldersgrupper og bostedsområder



For alle bostedsområdene er det aldersgruppen 67-79 år som har den høyeste prosentvise veksten fra 2016 til 2023 (mellom 21 og 27 prosent). Den eldste aldersgruppen, 80 år og eldre, vokser også en del, særlig i St. Olavsområdet og Nord-Trøndelag: 12 prosent. I Møre og Romsdal er det til sammenligning forventet en vekst på om lag syv prosent. Dette gjenspeiler den noe ulike alderssammensetningen i befolkningen i disse bostedsområdene i Helse Midt-Norge.

Fra 2016 til 2023 er det forventet en samlet befolkningsvekst i Helse Midt-Norge tilsvarende seks prosent, noe som gir en årlig vekst på om lag 0,8 prosent. Det er imidlertid en forsterket dreining i retning av at aldersgruppen 67-79 år har en betydelig høyere årlig prosentvis vekst enn de øvrige aldersgruppene. Dette er starten på en trend der alderssammensetningen endres slik at det blir stadig flere eldre i befolkningen. I figur 5.2 er dette illustrert ved å presentere andelen av befolkningen som tilhører aldersgruppen 67 år og eldre i 2016 og fremskrevet til 2023. Siden forbruksratene¹ i somatisk sektor er høyere for de eldre pasientgruppene enn de yngre, betyr denne dreiningen at veksten i antall sykehusinnleggelses vil bli betydelig høyere enn det den generelle befolkningsveksten tilsier, såfremt forbruksratene forblir på samme nivå som i 2015.

¹ Forbruksrater uttrykkes ofte som antall sykehusopphold, dagopphold, polikliniske konsultasjoner eller pasienter per 1 000 innbyggere. For somatisk behandling øker disse forbruksratene med økende alder i befolkningen.



Figur 5.2 Andel i aldersgruppa over 67 år pr. bostedsområde i 2016 og fremskrevet fra 2016 til 2023.

Figur 5.2 viser at alle de tre bostedsområdene i Helse Midt-Norge forventes å få en betydelig økning i andelen eldre innbyggere i løpet av perioden 2016-2023. Økningen er lavest i St. Olav Hospitals bostedsområde og høyeste i Nord-Trøndelag.

I tabell 5.2 og 5.3 presenteres oversikter over forventet antall sykehusopphold og dagbehandlinger/polikliniske konsultasjoner innen somatikk for regionen i 2023, når forbruksnivået av spesialisthelsetjenester innen aldersgruppene antas å bli likt nivået i 2015.

Tabell 5.2 Forventet antall sykehusopphold (døgnopphold) i 2023 og prosentvis endring fra 2015 til 2023 med forbruksrater lik nivået i 2015.

| Aldersgruppe | Ant døgn-opph 2015 | Ant døgnopph fremskrevet 2023 | Endring døgnopph 2015-2023 | Pst. endring 2015-2023 |
|--------------|--------------------|-------------------------------|----------------------------|------------------------|
| 1-15 | 15 103 | 15 590 | 487 | 3,2 |
| 16-49 | 30 352 | 30 856 | 504 | 1,7 |
| 50-66 | 22 248 | 23 723 | 1 475 | 6,6 |
| 67-79 | 24 625 | 30 553 | 5 928 | 24,1 |
| 80+ | 19 289 | 21 225 | 1 936 | 10,0 |
| Totalt | 111 617 | 121 947 | 10 330 | 9,3 |

Tabell 5.3 Forventet antall polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger i 2023 og prosentvis endring fra 2015 til 2023 med forbruksrater lik nivået i 2015.

| Aldersgruppe | Ant dagopph og poli. kons 2015 | Ant dagopph og poli. kons fremskrevet 2023 | Endring dagopph og poli. kons 2015-2023 | Pst. endring 2015-2023 |
|--------------|--------------------------------|--|---|------------------------|
| 1-15 | 92 829 | 95 822 | 2 993 | 3,2 |
| 16-49 | 342 567 | 348 258 | 5 691 | 1,7 |
| 50-66 | 251 350 | 268 013 | 16 663 | 6,6 |
| 67-79 | 199 611 | 247 662 | 48 051 | 24,1 |
| 80+ | 79 473 | 87 450 | 7 977 | 10,0 |
| Totalt | 965 830 | 1 047 206 | 81 376 | 8,4 |

Tabellene viser at det kan forventes en økning på rundt 10 000 sykehusopphold (døgnopphold) og 81 000 dagbehandlinger/polikliniske konsultasjoner fra 2015 til 2023, dersom forbruksratene innen pasientgruppene holdes på 2015-nivå. Dette gir en samlet vekst i perioden på om lag ni prosent for døgnopphold og åtte prosent for dagopphold/polikliniske konsultasjoner. Dette tilsvarer en økning på henholdsvis 1,2 og 1,05 prosent per år. Dette betyr at veksten i opphold og konsultasjoner per år blir større enn veksten i den samlede befolkningen i perioden (befolkningsvekst: ca. 0,8 prosent per år). Utviklingen i de respektive bostedsområdene vil variere jf. forskjellene i befolkningssammensetning beskrevet ovenfor.

Dersom forbruksratene for de eldste pasientene øker fra 2015-nivået, vil dette føre til en ytterligere økning i forbruket av spesialisthelsetjenester sammenlignet med det som er presentert i tabellene 5.2 og 5.3. Det vil derfor være behov for å dempe veksten i bruk av spesialisthelsetjenester, særlig blant de eldre pasientene. Dette betyr at det blir viktig å sørge for etablering av tiltak som bidrar til økt samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Når det samtidig er slik at det er en høy andel små kommuner i Helse Midt-Norge, må man samarbeide både horisontalt mellom kommuner og vertikalt mellom grupper av kommuner og spesialisthelsetjenesten. Å bidra til at spesialisthelsetjenesten får sin plass innenfor en mer helhetlig helsepolitisk strategi blir derfor viktig i de nærmeste årene.

For psykisk helsevern er det naturlig å ta utgangspunkt i fordelingen mellom aldersgruppene 0-17 år og 18 år og eldre. For den førstnevnte gruppen øker befolkningstallet med 2,6 prosent fra 2016 til 2023. Tilsvarende tall for aldersgruppen 18 år og eldre er 6,6 prosent. Dersom forbruksnivået holder seg på dagens nivå kan det forventes en økning i fremtidig aktivitet som er noenlunde lik befolkningsøkningen i de to gruppene. For psykisk helsevern for barn og unge betyr dette en årlig vekst på om lag 0,3 prosent og for voksne en årlig vekst på om lag 0,8 prosent. Politiske føringer, som inkluderer bl.a. økt prioritering av psykisk helsevern, tilsier imidlertid at den reelle økningen i årene fremover vil bli høyere enn de ovennevnte estimatene tilsier.

Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er hovedtyngden av pasientene som behandles eldre enn 17 år (jf. Lilleeng, 2007²). I perioden 2016-2023 forventes en befolkningsvekst

² Lilleeng, S. (2007). SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2006. 4/07. Trondheim: SINTEF Helse.

tilsvarende omtrent 6,6 prosent for denne aldersgruppa, eller om lag 0,8 prosent per år. Dersom forbruksnivået holder seg på dagens nivå kan det forventes en økning i fremtidig aktivitet som er noenlunde lik befolkningsøkningen. Politiske føringer, som inkluderer bl.a. økt prioritering av tverrfaglig spesialisert rusbehandling, tilsier imidlertid at den reelle økningen også for denne gruppen i årene fremover vil bli høyere enn estimatene tilsier.

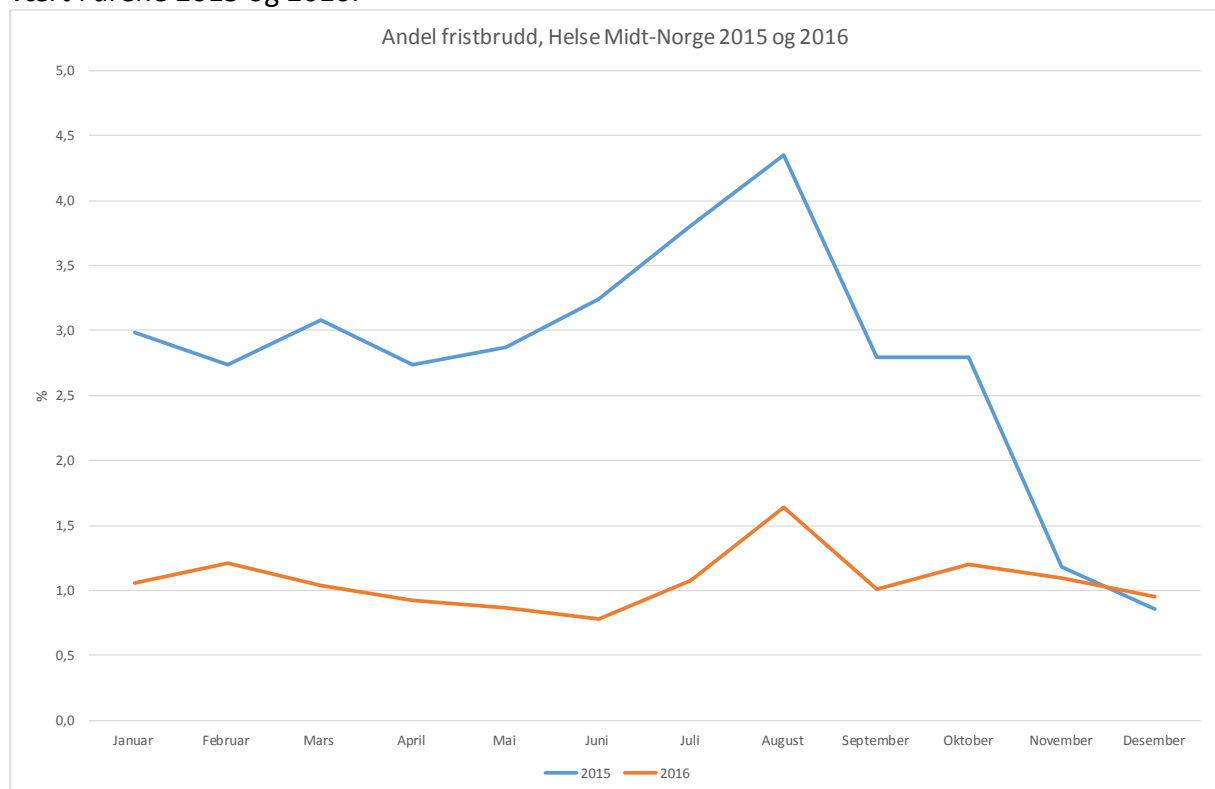
Helse Midt-Norge RHF har sammen med de andre regionene videreutviklet Nasjonal bemanningsmodell og gjennomført opplæring av regionale modellbrukere i helseforetakene. Helse Midt-Norge vil benytte scenarioanalyser og nasjonal bemanningsmodell i prosesser knyttet til strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov, for bedre å sikre og prioritere strategier og tiltak. Det skal utarbeides, vedlikeholdes og følges opp prioriterte områder der modellen skal brukes.

Helseforetakene i Helse Midt-Norge skal i løpet av januar 2017 styrebehandle avklaring av kirurgisk akuttberedskap. Øvrig beskrivelse av lokalsykehusfunksjonen vil være en del av den helhetlige utviklingsplanen som skal ferdigstilles i løpet av 2018. Helse Midt-Norge RHF vil orientere nærmere om utfallet av prosessen i Årlig melding for 2018.

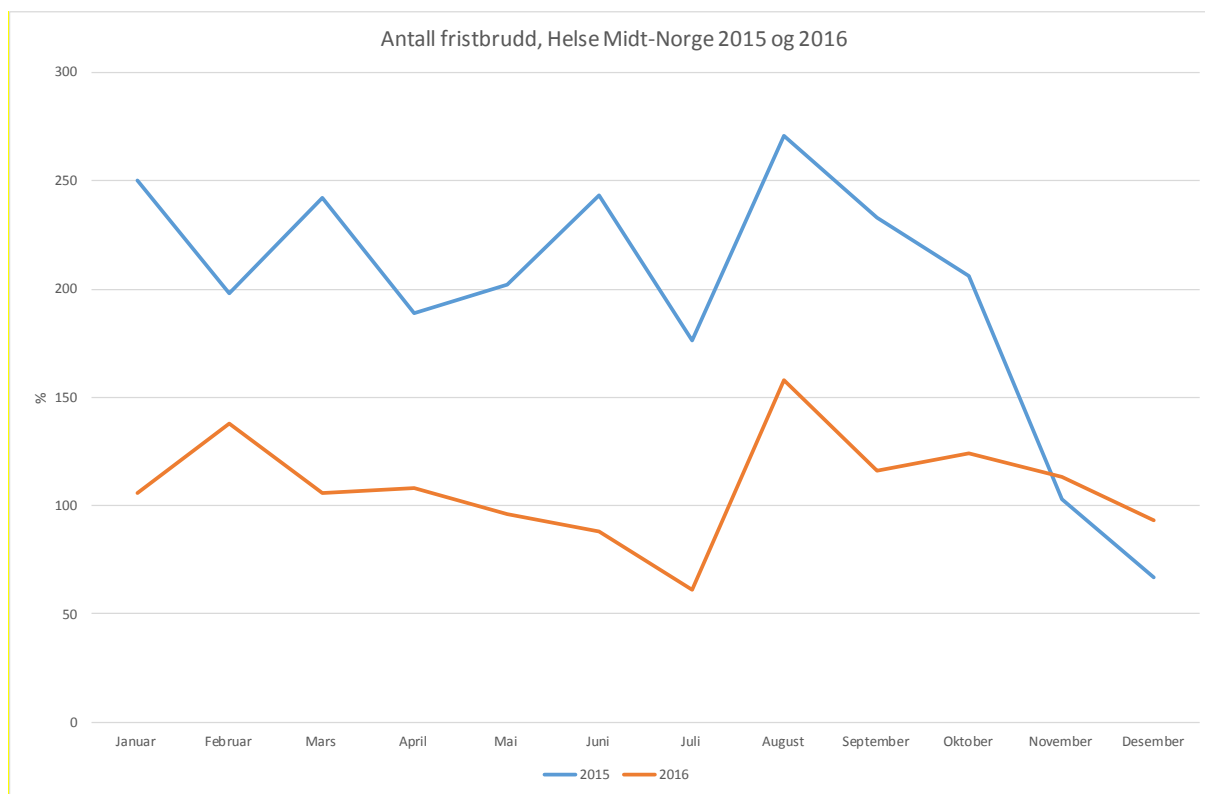
Fristbrudd og ventetider

Det er et sentralt mål for Helse Midt-Norge at fristbrudd ikke skal forekomme og at ventetiden til behandling skal være innenfor de nasjonale normene. I 2016 har det vært et mål at den gjennomsnittlige ventetiden skal være lavere enn 65 dager.

Figur 5.3 og 5.4 viser hvordan utviklingen innen henholdsvis andel og antall fristbrudd har vært i årene 2015 og 2016.



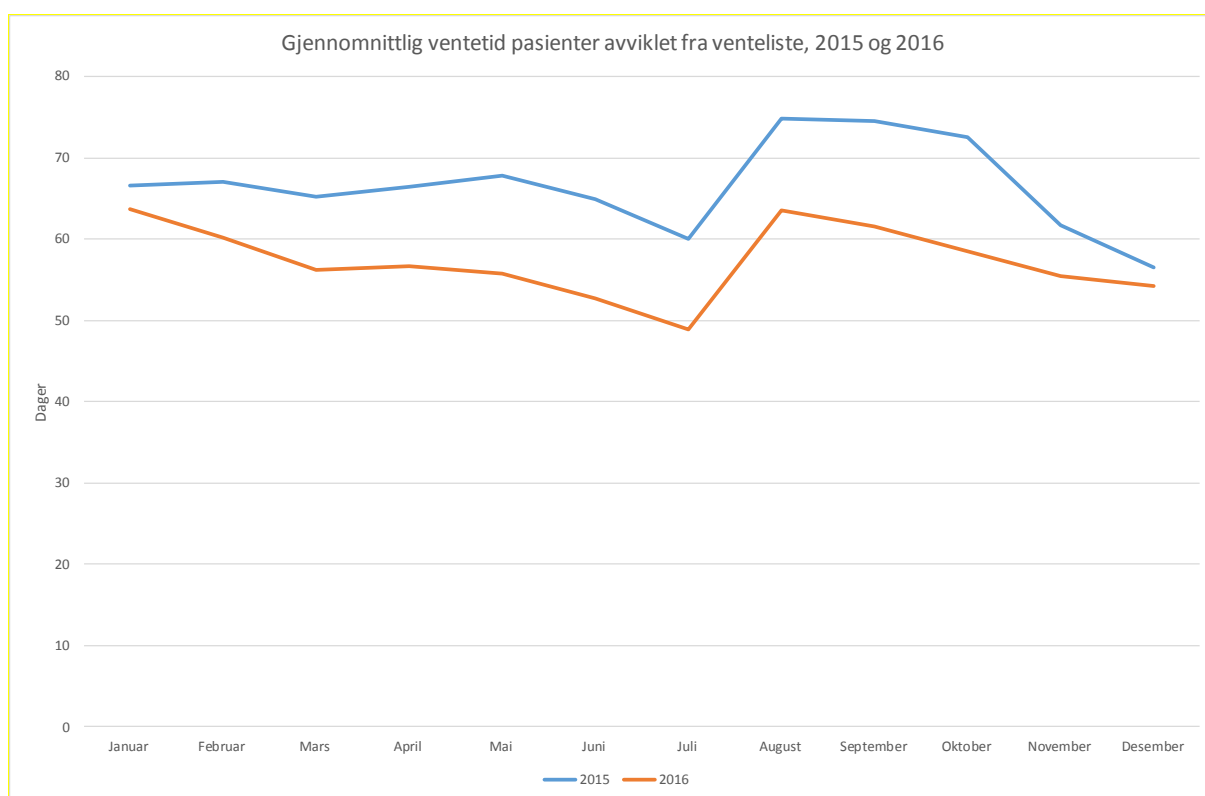
Figur 5.3 Utviklingen i andel fristbrudd for pasienter avviklet fra venteliste i Helse Midt-Norge 2015 og 2016 (kilde: NPR – månedlig ventelistestatistikk).



Figur 5.4 Utviklingen i antall fristbrudd for pasienter avviklet fra venteliste i Helse Midt-Norge 2015 og 2016 (kilde: NPR – månedlig ventelistestatistikk).

Figurene viser at både antall og andel fristbrudd gjennom størstedelen av 2016 ligger betydelig lavere enn i 2015. Trenden utover høsten 2016 kan i noen grad ses i sammenheng med streiken som pågikk. Fristbruddskurven flatet dermed noe ut istedenfor å fortsette den nedadgående tendensen. Figurene viser at Helse Midt-Norge er svært nær ved å nå målet om null fristbrudd ved utgangen av 2016. Interne ukentlige målinger i Helse Midt-Norge viser at tallet har fortsatt å synke med mot null og at to av tre helseforetak i regionen nå har så godt som ingen brudd (hhv seks ventende fristbrudd i Helse Nord-Trøndelag HF ved inngangen til uke 2 i 2017 og fire ved St. Olavs Hospital HF).

Det har vært jobbet målrettet med å redusere ventetidene ved helseforetakene i Helse Midt-Norge gjennom hele 2016. Figur 5.5 viser utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i 2015 og 2016. Ventetider for somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern (voksne og barn/unge) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er inkludert i tallene. Gjennomgående er ventetidstallene lavere i 2016 enn i 2015 og lavere enn det nasjonale kravet om 65 dager. Den gjennomsnittlige ventetiden for 2016 var, sett under ett, 58 dager. Ved utgangen av desember måned var ventetiden i Helse Midt-Norge 54 dager.



Figur 5.5 *Utvikling i gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i Helse Midt-Norge 2014 til 2015 (kilde: NPR, månedlig ventelistestatistikk).*

Oppsummering

For Helse Midt-Norge ser behovet for helsetjenester innen somatisk sektor ut til å øke mer enn den generelle befolkningsøkningen skulle tilsi. Dette skyldes at det blir en høyere andel eldre i årene fremover, og at de eldre har et betydelig høyere forbruk av spesialisthelsetjenester enn de yngre befolkningsgruppene. For psykisk helsevern for voksne er ikke sammenhengen mellom alder og forbruk like entydig og det er her rimelig å forvente en utvikling i tråd med befolkningsveksten. Det samme gjelder innen rusbehandling. Prioriteringssignaler fra bl.a. Helse- og omsorgsdepartementet peker i retning av at psykisk helsevern og rusbehandling skal prioriteres høyere enn somatisk spesialisthelsetjeneste, noe som kan indikere en høyere veksttakt enn befolkningsutviklingen generelt skulle tilsi for disse to fagområdene.

Trenden med at befolkningen får en økende andel eldre har startet i Helse Midt-Norge, og er toneangivende i årene vi har foran oss. Det er derfor viktig å unngå at forbruket av somatiske spesialisthelsetjenester blant de eldste pasientgruppene øker utover dagens forbruksnivå i årene fremover. Betydningen av å lykkes med samhandling med kommunene de neste årene er derfor stor. I regionen fins det mange gode eksempler på vellykket samarbeid mellom kommuner og spesialisthelsetjenesten. Utfordringen de neste årene blir å spre gode samhandlingsløsninger til de kommunene og sykehusene som ikke har kommet like langt.

Mange kommuner i Helse Midt-Norge har et relativt lavt innbyggertall. Dette krever et nært samarbeid mellom kommunene i tillegg til et godt samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Videre er Helse Midt-Norge i gang med å utarbeide regional og HF-vise utviklingsplaner, der en bærekraftig utvikling for den samlede helsetjenesten i kommende år er sentralt.

Helse Midt-Norge er nær målet om å fjerne alle fristbrudd. Det forventes at helseforetakene vil fjerne de siste fristbruddene i løpet av de første månedene av 2017. Når det gjelder ventetid var gjennomsnittet for behandlede pasienter gjennom 2016 at ventetiden var syv dager kortere enn målkravet på 65 dager.

5.1.2. Økonomiske rammeforutsetninger

Helse Midt-Norge har i 2017 en samlet inntekt på 21 mrd. kroner. Styret i Helse Midt-Norge RHF har vedtatt et samlet krav til resultat for foretaksgruppa på 221 mill. kroner og et investeringsbudsjett for foretaksgruppa samlet på 970 mill. kroner. Helse Midt-Norge RHF har som oppgave å forvalte regionens økonomiske rammer på en best mulig måte over tid. Med dette forstås blant annet å tilrettelegge for en forutsigbar og langsiktig finansiering av helseforetakenes drift og investeringer.

Flere pågående prosesser, som er i en tidlig fase, vil legge føringer av stor betydning for både innhold, struktur og organisering av tjenesten i regionen. Helseplattformen har kunngjort sitt konkurransegrunnlag og Helse Møre og Romsdal HF er i gang med forprosjekt for nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal. I 2017 skal helseforetakene utarbeide utviklingsplaner med en tidshorisont fram mot 2035.

Store investeringsprosjekter gir store utfordringer knyttet til finansiering og tilhørende krav til effektivisering. Helse Midt-Norge har søkt om 70 pst. lån til finansiering av nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal. Planlagt byggestart er 2018. Store IKT-investeringer er etter hvert blitt en del av infrastrukturen i en moderne spesialisthelsetjeneste. Det er positivt at det nå signaliseres mulighet til å lånefinansiere prosjekter/investeringer innen IKT. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok i desember å sende en foreløpig lånesøknad til Helse og omsorgsdepartementet knyttet til Helseplattformen. Dette vil bli fulgt opp med en endelig søknad i desember 2017 med formål om tildeling i statsbudsjettet for 2019.

Med et høyt ambisjonsnivå og stort omfang av investeringer vil likviditetssituasjonen for Helse Midt-Norge bli krevende i årene fremover. Alle investeringer og prosjekter har en risiko for høyere kostnad/investering enn styringsmål og det er viktig for Helse Midt-Norge å ha en god og helhetlig usikkerhetsstyring knyttet til finansiell risiko. Det ble derfor våren 2016 vedtatt prinsipper for styring av usikkerhet i store prosjekter. I dette ligger at styret skal ha en god oversikt over likviditetsmessig risiko for foretaksgruppen og samtidig ha mulighet til å redusere risiko gjennom en plan for likviditetsmessig beredskap.

5.1.3 Personell og kompetanse

«Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell. Ansattes kompetanse er pasientens trygghet for god kvalitet. Rett kompetanse møter pasientene i hele forløpet. Vi tar vår del av ansvaret for utdanning»; Sitat fra Helse Midt-Norges Strategi 2030.

Foretaksgruppen har i dag relativt god tilgang på grunnutdannet personell, men det er store utfordringer med å rekruttere en del spesialistgrupper. Dette gjelder blant annet en del legespesialister og spesialsykepleiere. I hovedsak er dette grupper det er et nasjonalt underskudd på.

Dette en av flere drivere som krever at Helse Midt-Norge systematisk vil jobbe med:

- ✓ Samarbeide på ulike nivåer for å sikre riktig utdanningskapasitet og god kvalitet i praksis
- ✓ Sikre gode prosesser for rekruttering og mottak av våre ansatte og særlig av våre ledere
- ✓ Videreutvikle kompetansen til våre medarbeidere gjennom intern kompetanseutvikling
- ✓ Vurdere om andre grupper med ansatte i teamet kan gjøre oppgavene
- ✓ Videreutvikle et godt arbeidsmiljø preget av åpenhet og endringsvilje der vi systematiske og kontinuerlig lærer av avvik.
- ✓ Sikre at kompetansen til våre medarbeidere planlegges slik at riktig kompetanse møter pasienten på riktig sted i behandlingsforløpet

Bedre kunnskapsgrunnlag på kort og lang sikt er en avgjørende premis for forbedringer. Dette betyr at styringsinformasjonen må videreutvikles både mht. relevans (flere indikatorer som treffer de ulike ledernivåene), tilgjengelighet (enklere helhetlig tilgang til styringsinformasjon for den enkelte) og helhet (styringsinformasjon som kombinerer informasjon fra aktivitet, økonomi og HR; som effektivitet). Økt relevans krever også en dreining fra å rapportere eldre historiske data til å få dagsaktuelle data og videre til prognostisering og analyser. For bedre å planlegge lenger frem i tid, skal Helse Midt-Norge benytte scenarioanalyser og nasjonal bemanningsmodell i prosesser knyttet til strategisk planlegging av personell- og kompetansebehov. For prioriterte fagområder, som de med stor sårbarhet, skal det utarbeides scenarioer som kontinuerlig utvikles og anvendes som grunnlag for styring.

Helse Midt-Norge skal implementere en ny rekrutteringsprosess og har flere prosjekter knyttet til god mottagelse av medarbeidere, ledere, studenter og vikarer. Rekruttering av de riktige medarbeiderne som dekker både det kortsiktige og langsiktige behovet for organisasjonen, er en strategisk satsing for foretaksgruppen. Systematisk forbedring av prosessene, inklusive HR-prosesser vil bli prioritert. Dette både for å øke kvaliteten og sikre riktig ressursbruk.

For å videreutvikle kompetansen til våre medarbeidere, vil utvikling av kompetanseportalen og læringsportalen stå sentralt. I denne prosessen vil læringsmål for den enkelte medarbeider bli etablert (kompetanseportalen) og læringsaktiviteter bli organisert og tilbudt (blant annet i læringsportalen). Utfordringene knyttet til kompetanseutvikling kan oppsummeres slik:

- ✓ Utvikle konkrete læringsmål som understøtter pasientbehandlingen og Helse Midt-Norges hovedprosesser

- ✓ Utvikle relevante læringsaktiviteter og effektive læringsformer for å nå læringsmålene
- ✓ Dokumentere kompetansen
- ✓ Knytte dokumentert kompetanse til planleggingen av pasientbehandlingen

Alle de nevnte utfordringene, vil kreve mye av våre ledere. Foretaksgruppen vil derfor satse på et ledelses- og kulturutviklingsprogram.

5.1.4 Bygningskapital – status og utfordringer

Omfang

Helse Midt-Norge har en samlet eiendomsmasse på omlag 700.000 kvm, hvorav mer enn 600.000 kvm formålsbygg. Bokført verdi av bygg i eget eie pr. 31.12.2016 er på om lag 11,5 mrd. kroner.

Teknisk tilstand

Eiendomsmassen har varierende kvalitet. Det meste av St. Olavs Hospital på Øya er mindre enn 15 år gammel og i relativt god stand, men store deler av øvrig eiendomsmasse i helseregionen har hatt for lavt vedlikehold over mange år og er ikke tilpasset endrede brukskrav. Samlet har Helse Midt-Norge RHF noe bedre gjennomsnittlig tilstandsgrad for bygningsmassen enn øvrige helseregioner (tilstandsgrad 1.2 ved St. Olavs Hospital, 1.3 ved Helse Nord-Trøndelag og 1.5 ved Helse Møre og Romsdal (2012) mot 1,5 i landet som helhet). Det ble gjennomført en kartlegging og vurdering av den tekniske tilstanden i bygningsmassen i 2016. Rapporten fra Helse Møre og Romsdal HF er noe forsinket (vil foreligge i mars 2017) og tall fra 2012 benyttes derfor for dette foretaket.

Det fremgår av tilstandsmålingene at 60 pst. av bygningsmassen anses å ha en meget god eller god/tilfredsstillende teknisk standard. Omlag 1/3 del av bygningsmassen vurderes som utilfredsstillende og 3 pst. vurderes som veldig dårlig. Kartleggingen indikerer et teknisk oppgraderingsbehov er fordelt i to kategorier, hvor:

- omlag 2 mrd. kroner utgjør det primære behovet for kommende 5- års periode.
- omlag 3 mrd. kroner utgjør behovet for ytterligere oppgradering for at bygningsmassen skal få en gjennomgående tilfredsstillende tilstand.

Anslaget for oppgraderingsbehov omfatter ikke funksjonelle forhold som manglende egnethet grunnet endrede funksjonskrav.

For å bedre oversikt over arealbruk og mulighetene for systematisk sammenstilling av areal og produksjonsdata har Helse- og omsorgsdepartementet bedt om at en gjennomfører en systematisk arealregistrering i henhold til et felles klassifikasjonssystem og etablering av en nasjonal database. Dette arbeidet ble sluttført i 2013 og data er ajourført og lagt inn i den nasjonale databasen. Helse Midt-Norge RHF har for øvrig et pågående prosjekt LifecycleBIM hvor hele bygningsmassen skal modelleres i BIM. Dette innebærer at det etableres komplett database for å strukturere, visualisere, rapportere, søke og forvalte hele bygningsmassen - alle rom klassifiseres gjennom dette løpende i henhold til klassifikasjonssystemet for sykehusbygg. LifecycleBIM er ferdig innført på St. Olavs Hospital, og innføringen i øvrige deler av regionen er påbegynt. Det er stilt regionalt krav om at alle nye bygg/prosjekter skal modelleres i BIM.

Investeringsbehov

Det er foreløpig ikke utarbeidet en samlet regional virksomhets- og bygningsmessig utviklingsplan for Helse Midt-Norge, men dette arbeidet pågår. Det er utarbeidet foretaksvise utviklingsplaner og prioritering mellom prosjekter/satsinger foretas gjennom langtidsplan og langtidsbudsjett.

Foretaksvise oversikter over investeringsbehov finnes i utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag HF av 2013, utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal HF (2012)/konseptfaserapport for nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal (2016), og utviklingsplaner psykiatri og somatikk ved St. Olavs Hospital HF (2011/2013). Ut fra disse lokale planene er samlet investeringsbehov i foretaksgruppen beregnet til om lag 11 mrd. kroner. Videre pågår arbeidet med utviklingsplaner som skal ferdigstilles ved årsskiftet 2017/2018.

Årlige nivå på bygningsmessig vedlikehold er for St. Olavs Hospital HF noe høyere enn de fleste andre store sykehus i Norge, men likevel ikke tilstrekkelig til å opprettholde realverdien på byggene. Øvrige helseforetak i regionen benytter vesentlig mindre til vedlikehold enn St. Olavs Hospital. For Helse Møre og Romsdal HF er behovet for investering i oppgradering og utvikling av bygningsmassen meget stort.

Helse Møre og Romsdal HF

Kartleggingen av bygningsmassen i Helse Møre og Romsdal HF fra 2012 viste at Molde sjukehus gjennomgående er i dårlig forfatning. Kristiansund og Volda sjukehus har bedre teknisk standard, mens vesentlige deler av Ålesund sjukehus har behov for oppgradering. Det klareste tiltaket utviklingsplanen konkluderte med, var betydningen for Nordmøre og Romsdal av å samle faglige og økonomiske ressurser for vaktbærende fag i ett felles sykehus – Sykehuset Nordmøre og Romsdal.

Konseptfasen for SNR ble ferdig høsten 2016 og er videreført i forprosjekt, med et arealbehov på 57 000 kvm og en investeringsramme på 4,3 mrd. kroner. Utgangspunktet er at SNR skal erstatte dagens tilbud i Molde Sykehus og Kristiansund Sjukehus. Som del av prosjektet skal det også planlegges et distriktsmedisinsk senter i Kristiansund.

Ålesund sjukehus skal forbli det største og mest differensierte sykehuset i fylket, men er over 40 år og står foran relativt store oppgraderinger. Sykehuset er heller ikke optimalt utformet med tanke på forventet utvikling i spesialisthelsetjenesten. Tekniske anlegg ved store deler av sykehuset har et vesentlig oppgraderingsbehov, mens det er bedre tilstand for dagkirurgisk enhet, kreftavdeling, barne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri og barne- og ungdomsavdeling.

Sjukehuset i Volda har også tilpasningsbehov så vel som tekniske anlegg av eldre dato. Tiltak i sykehusene på Sunnmøre er anslått til 2,5 mrd. kroner.

Helse Nord-Trøndelag HF

Utviklingsplanen viser et samlet investeringsbehov på om lag 1,4 mrd. kroner. Tilstanden er noe dårligere for de tekniske anleggene enn for bygningsmessige komponenter.

Energiforbruk i foretakets bygninger har vært et gjennomgående fokusområde. Gjennomsnittlig årlig energiforbruk ligger stabilt lavt.

Det pågår utvidelse og tilpasning av areal for psykiatri og rusbehandling i Levanger - «Psykiatriløftet», basert på gjennomføringsvedtak fra Helse Midt-Norge RHF.

St. Olavs Hospital HF

St. Olavs Hospital HF har gjennom sin utviklingsplan vurdert samlet investeringsbehov til 3,2 mrd. kroner, herav 1,8 mrd. kroner til somatikk og 1,4 mrd. kroner til psykisk helsevern. Byggene innenfor somatisk virksomhet på Øya er ferdigstilt og har en god kvalitet. Prosjektet Nytt universitetssykehus i Trondheim ble avviklet i 2015 og ubrukte rammer/lånemidler er overført St. Olavs Hospital HF, som benyttes til et senter for produksjon av virkestoffer PET.

På Orkdal skjer det løpende renovering og byggene er stort sett av tilfredsstillende kvalitet, men planer for oppgradering til enerom og endringer i driftsform er anslått til om lag 120 mill. kroner.

Deler av byggene innenfor psykisk helsevern er av dårlig kvalitet, spesielt gjelder dette på Tiller, Brøset og Østmarka. Her må det dels skje en renovering og dels nybygging - arbeidet med et nytt bygg innenfor akuttpsykiatrien på Østmarka er vedtatt og forberedende arbeider ble igangsatt høsten 2015. Det arbeides videre med planer for psykiatribygg på Øya.

Når det gjelder sikkerhetspsykiatrien på Brøset har det i lang tid pågått forhandlinger om overdragelse av tomt og bygningsmasse til de øvrige eiere/interessenter i området. Det er inngått avtale om felles salgsprosess med Statsbygg, som skal sikre St. Olavs Hospital HF mulighet til å kunne reetablere virksomheten på Brøset i nye lokaler. Forhandlingene med øvrige interessenter er ikke avsluttet, og endelig salg ikke gjennomført, men det er bedre fremdrift i prosessen enn på lenge. Det er helt nødvendig at man i løpet av kort tid beslutter hvordan nødvendig oppgradering av sikkerhetspsykiatrien kan gjennomføres, og tidligfaseplanlegging av ny løsning for sikkerhetspsykiatrien starter opp tidlig i 2017.

5.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer

5.2.1 Overordna mål og strategier – Strategi 2030

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok i november 2016 en ny strategi for foretaksgruppen; Strategi 2030. Strategi 2030 peker ut en retning og skal gi viktige styringssignaler til prioriteringer og planer for hele foretaksgruppa. Strategien skal skape nødvendig forutsigbarhet og trygghet for tjenestetilbudet for pasienter, medarbeidere, samarbeidsparter, samfunn og befolkningen for øvrig. Samtidig skal strategien gi nødvendig handlingsrom for videreutvikling av helseforetakenes virksomhet, i tråd med endringer i rammebetingelser og befolkningens behov for spesialisthelsetjenester.

Strategien er presentert gjennom en folder og et bakgrunnsnotat (<https://helse-midt.no/strategi-2030>.) Bakgrunnsnotatet gir nærmere begrunnelser, sammenhenger og utdyping av de ulike elementer av strategien.

Samfunnsendringer skjer i dag raskere og på mange områder mer dyptgripende enn noen gang før, og det påvirker også helsetjenesten. Vi har en svært god helsetjeneste her i landet, men vi vet at mye kan bli bedre og at vi må endre helsetjenesten i takt med endringene i resten av samfunnet. Slik vi organiserer og driver helsetjenesten i dag, vil ikke være bærekraftig i årene framover. Derfor trenger vi Strategi 2030.

Strategien tar utgangspunkt i fremtidige utfordringer og muligheter. Sentrale utviklingstrekk i samfunnet generelt og i arbeidslivet spesielt er økende grad av globalisering, nye arbeids- og organisasjonsformer, en mer heterogen arbeidsstyrke og større andel av eldre i befolkningen. Videre er utviklingstrekkenes knyttet til krav til kontinuerlig omstilling og læring, nye kompetansekrav og stadig endring i kunnskap og teknologi. Dette er et felles utfordringsbilde for hele samfunnet, men der ulike deler av samfunnet har ulike roller og ansvar for å møte utfordringene.

Å unngå sykdom hos de som er friske, og bidra til å bevare livskvalitet hos de som har en sykdom, er bra både for den enkelte og samfunnet. Det betyr at spesialisthelsetjenesten ikke vil kunne løse utfordringene alene. Helhet og samarbeid må til. Utfordringene må møtes, og mulighetene utnyttes, i et tett samspill og samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunene og forsknings- og utdanningsinstitusjonene.

Strategi 2030 skaper et felles mål for alle helseforetakene i Helse Midt-Norge; vi skal bygge en fremragende helsetjeneste til det beste for pasientene og befolkningen. Strategien gir styringssignaler til videre utvikling og prioriteringer for hele foretaksgruppa. Dette er nødvendig for å gjøre Helse Midt-Norge i stand til å videreutvikle spesialisthelsetjenestetilbudet og være i forkant av utfordringene som kommer. Ambisjonen om en fremragende helsetjeneste krever endringer og at vi griper mulighetene som ny kunnskap og teknologi gir oss.

Strategien definerer fire strategiske mål for hvordan vi skal videreutvikle en fremragende helsetjeneste i Midt-Norge:

- Vi skaper pasientenes helsetjeneste.
- Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell.
- Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse.
- Vi er gode lagspillere.

Ambisjonen om en fremragende helsetjeneste innebærer at tjenestene våre er likeverdige, helhetlige og ansvarlige. Ambisjonen vår bygger både på visjonen «På lag med deg for helsa di» og helseregionens tre verdier; respekt, trygghet og kvalitet.

Nærmere omtale av de strategiske målene

Vi skaper pasientenes helsetjeneste.

Befolkningens behov er styrende for hvordan vi utvikler helsetjenesten. Vi ønsker at pasienter og pårørende skal delta aktivt i beslutninger om egen behandling og utviklingen av helsetjenesten. God kommunikasjon mellom helsetjenestens personell og den enkelte pasient/pårørende er en forutsetning for god kvalitet på tjenestene. Dette vil kreve økt

kompetanse innen helsekommunikasjon, bevisstgjøring av holdninger og at tilgjengelig teknologi tas i bruk.

Vi rekrutterer, utvikler og beholder høyt kompetent personell.

Ansattes kompetanse er pasientens trygghet for god kvalitet. Rett kompetanse skal møte pasienten i hele behandlingsforløpet. Motiverte ansatte og deres kompetanse er spesialisthelsetjenestens og helsetjenestens viktigste ressurs. Behovet for kunnskapsoppdatering, etter- og videreutdanning øker fordi fagutvikling og teknologisk utvikling stadig går raskere. Derfor må vi legge til rette for mer effektiv læring og utvikling i arbeidshverdagen.

Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse.

Det er et mål at ansatte og organisasjon utvikler og tar i bruk ny kunnskap og teknologi. Det skal være kort vei fra kunnskap til forbedret praksis. Oppdatert og god utnyttelse av kunnskap er en forutsetning for å levere trygge og gode helsetjenester og for å utnytte ressursene effektivt. Medisinskfaglig utvikling og utvikling innen helseteknologi er internasjonal i sin natur. Selv om det vil utføres mye fremragende forskning og innovasjon i Midt-Norge og Norge fram mot 2030, vil en stor del av grunnlaget for utvikling innen helseteknologi og medisin komme utenfra.

Vi er gode lagspillere.

Vi tenker helhet og samhandling. Laget består av alle aktører som bidrar i helsetjenesten. Vi spiller hverandre gode og utnytter hverandres fortrinn. Samhandling innad og mellom sykehus er nødvendig. Like nødvendig er det å få samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten til å fungere. Dette gjelder også fastlegene. En viktig byggestein er etableringen av en felles journal mellom spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og fastlegene.

Veien videre

Strategi 2030 skal vise retning for spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. Strategien legger premisser for helseforetakene når de i 2017 utarbeider sine utviklingsplaner innenfor rammen av Stortingets behandling av Nasjonal helse- og sykehusplan. Ved å rullere disse planene hvert fjerde år, sikrer vi en arbeidsform som ivaretar det faktum at utvikling, framskritt og endret sykdomsbilde vil påvirke spesialisthelsetjenesten kontinuerlig.

Helse-Midt Norge RHF vedtok i styresak 54/16 mandat for lokale utviklingsplaner. Helseforetakene ble gitt oppdrag om å utvikle lokale utviklingsplaner i foretaksmøte i juni 2016 med en frist til 31.12.2017. Mandatet for utviklingsplanene gir føringer om at veilederen for utviklingsplaner skal følges, det skal være en åpen prosess hvor både brukere, tillitsvalgte, kommuner og andre interessenter skal involveres. Helseforetakene ble gitt en frist til 31.01.17 til å avklare kirurgisk akuttberedskap i tråd med føringene fra Helse og omsorgsdepartementet. Helse Midt-Norge RHF vil i mars 2017 styrebehandle forslagene fra foretakene knyttet til akuttkirurgisk beredskap, og rapportere til Helse og omsorgsdepartementet innen fristen 1. april 2017.

Revidering av øvrige regionale strategier og fagplaner vil bli gjennomført etter at utviklingsplanene er vedtatt.

Arbeidet med å realisere Strategi 2030 vil kreve innsats på flere områder og på ulike arenaer. Herunder må det legges til rette for insitamenter som kan understøtte ønsket utvikling. Det bør lønne seg (også økonomisk) å holde befolkningen frisk og redusere forverring hos de som har en kronisk sykdom. Videre må det settes særskilt trykk på utvikling og alminneliggjøring av løsninger som muliggjør at pasientene kan oppholde seg ett sted og spesialisten et annet sted.

5.2.2 Regionale delstrategier og planer

Helse Midt-Norge RHF har utarbeidet regionale delstrategier og planer på en rekke områder. Her gis en oversikt over disse.

- Strategi for forskning i Helse Midt-Norge (2016 – 2020)
- Strategi for innovasjon i Helse Midt-Norge (2016 – 2020)
- Strategi for anskaffelser av spesialisthelsetjenester fra private leverandører (2015 - 2018)
- Finansstrategi Helse Midt-Norge (revidert i 2016)
- Langtidsplan - og budsjett Helse Midt-Norge 2017 - 2022 (rulleres årlig)
- Strategi for utdanning og kompetanseutvikling i HMN (2015 – 2020)
- Regional plan for psykisk helsevern (2016 – 2020)
- Regional plan for tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengighet (2016 – 2020)
- Regional smittevernplan Helse Midt-Norge (2016 - 2020)
- Regional plan for svangerskaps,- fødsels- og barselomsorg i Helse Midt-Norge (2015 – 2020)
- Rehabilitering i Midt-Norge
- IKT Strategi og IKT handlingsplan (2013 - 2018)
- Strategi for fremtidig universitetssykehusfunksjon
- Kvalitetsstrategi for Helse Midt-Norge: "Litt bedre i dag enn i går"
- Kommunikasjonsstrategi for Helse Midt-Norge (revidert i 2014)
- Strategi for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge
- Regional helseberedskapsplan for Helse Midt-Norge
- Regional plan for kreftomsorgen i Helse Midt-Norge (2012 – 2020)
- Prehospital plan for Helse Midt-Norge (2013 – 2018)
- Regionalt traumesystem
- Regional plan for utvikling av habiliteringstjenestene i Helse Midt-Norge (2014 – 2020)
- Regional handlingsplan for avtalespesialister i Helse Midt-Norge (2014 – 2016)
- Handlingsplan for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge
- Handlingsplan - Opplæring av pasienter og pårørende i Helse Midt-Norge
- Regional HR handlingsplan
- Regional handlingsplan for diabetes i Helse Midt-Norge 2012 – 2016
- Regional plan for bildediagnostikk

6. Uttalelse fra Regionalt brukerutvalg i Helse Midt-Norge

Det regionale brukerutvalget (RBU) i Helse Midt-Norge har sammenfattet sitt inntrykk av arbeidet som er gjort i 2016 slik:

Det regionale brukerutvalget (RBU) beskriver samarbeidet med styret og den administrative ledelsen i Helse Midt-Norge RHF som meget godt. Forberedelse til deltakelse i styremøtene blir gjort god ved ledelsens orientering til styresaker og presentasjon av prosjekter i møtene i RBU. Deltakelsen i styremøtene er gode og inkluderende og innspill fra det regionale brukerutvalget blir lyttet til og tatt hensyn til. Det er imidlertid en generell utfordring at de presentasjoner som blir gjort for det regionale brukerutvalget preges mye av ren informasjon og mindre presentasjoner av utfordringer hvor det ønskes råd, kommentarer og innspill fra brukerutvalget.

- Ved gjennomgang av statusrapportering og andre styresaker i RBU har det vært stort fokus på kvalitetsindikatorne som rapporteres. Utvalget er tilfreds med at ventetider reduseres og målsettingene om null fristbrudd nærmer seg å bli nådd. Både i 2015 og 2016 har RBU dessuten etterspurt bedre fokus på pasientsikkerhet og kvalitet og at det må utarbeides kvalitetsindikatorer som ivaretar dette i statusrapporteringer. I 2016 har det vært stort engasjement og utfordringer vedrørende oppfølgingen av "den gylne regel" innenfor psykisk helsevern og rusbehandling. RBU benytter også møtene til å etterspørre andre saker som ikke er oppe til styrebehandling, men som har vært aktuelle av andre årsaker.
- Fra 1. januar 2016 startet ny periode for medlemmer i det regionale brukerutvalget. Både nye og gamle medlemmer og vararepresentanter deltok på en samling med opplæring. Opplæringen var i hovedsak innrettet på styring, målsettinger, organisering og arbeidsområder på kort og lang sikt i det regionale helseforetaket. Hensikten med dette er å gi kunnskap slik at grunnlaget for å ha meninger og gi råd overfor Helse Midt-Norge RHF skal bli best mulig. I tillegg ble det benyttet tid på BRU og medlemmenes roller, forventninger, tilgang til kontaktpersoner og informasjon. Medlemmene i RBU er dessuten opptatt av hvordan tiden i møtene i RBU best mulig kan benyttes, arbeidsmengde, orienteringer, prioriteringer og hvordan arbeid og lang reisetid skal kunne honoreres. RBU er ikke tilfreds med at det ikke er funnet noen løsning for honorering av lang reisetid til og fra møter og representasjon. Når dette ikke kompenseres på noen måte kan dette føre til at brukerrepresentasjon blir "sentralisert" til representanter med kort reiseavstand.
- Brukermedvirkning i Helse Midt-Norge RHF blir på de fleste områder godt ivaretatt. Som en generell betraktning vil RBU på nytt peke på betydningen av at medvirkningen må skje på tidspunkt hvor erfaringskompetansen får en reell oppmerksomhet og innflytelse, gjennom deltakelse i pågående prosesser. Det er imidlertid fortsatt slik at brukermedvirkning fra tid til annen blir «avglemt». RBU har registrert at endringer i sentrale lederroller fører til endringer i styring, organisering og gjennomføring av arbeidsprosesser og prosjekter.
- RBU gjennomfører møter hvor representanter for brukerutvalgene i helseforetakene i Helse Midt-Norge deltar. Fra 2016 har det blitt gjennomført møter hvor leder,

nestleder og sekretær i brukerutvalgene har deltatt. Hensikten med møtene er å ta opp saker av felles interesse og som vedrører flere av brukerutvalgene i helseregionen.

- RBU har en del felles arbeidsoppgaver og utfordringer med brukerutvalget ved St. Olavs Hospital HF. Dette har sammenheng med at flere regionale funksjoner er lagt til St. Olavs Hospital og RBU utfordres ofte på hvordan regionale oppgaver ivaretas. I 2015 ble det gjennomført et møte med representanter for brukerutvalget ved St. Olavs Hospital for å søke å avklare områder slik at begge utvalgene kunne være sikre på at brukervedvirkning blir ivaretatt.
- RBU arrangerer årlig en brukerkonferanse for alle medlemmer i brukerutvalgene i helseregionen – også ved «avtaleinstitusjonene - hvor representanter for brukerorganisasjonene inviteres til å delta. Tema på konferansen i 2016 var brukervedvirkning, klinisk farmasi, nye metoder og dilemmaer i beslutningsprosessene, hvem er bruker av spesialisthelsetjenestene, folkeskikk og arbeidsmiljø. I tillegg ble Helse Midt-Norges forskningspris for 2015 delt ut til Professor dr. med. Petter Christian Borchgrevink, St. Olavs Hospital HF for forskning som har bidratt til å bedre kvalitet på behandlingen av pasienter med kronisk smerte og pasienter med kronisk utmattelsessyndrom. Etter prisutdelingen foredro Borchgrevink om grunnlaget for prisen. Tilbakemeldingene fra deltakerne på konferansen var meget positive.
- RBU deltar i samarbeid med de øvrige regionale brukerutvalgene i de regionale helseforetakene. I takt med at det opprettes nasjonale helseforetak og igangsettes nasjonale prosjekter, øker forventningene om brukervedvirkning i nasjonal sammenheng. Arbeidsoppgavene for leder og nestleder i RBU blir gjennom slik deltakelse ytterligere omfattende. At stadig flere nasjonale helseoppgaver gjennomføres i regi av de regionale helseforetakene fører til at samarbeidet mellom de regionale brukerutvalgene må utvikles og styrkes.
- RBU har i flere år vært opptatt av pasientreiser og pasienters/brukeres erfaringer med tjenesten. Spesielt når det gjelder lange og krevende reiser til poliklinisk behandling. I desember 2016 ble det lagt fram sak for styret i HMN RHF om pasientreiser i Midt-Norge. Det ble - i forbindelse med en nasjonal spørreundersøkelse - tatt inn en del regionale utfordringer fra Midt-Norge. Det er konkludert med 9 forbedringstiltak som skal innarbeides i kravspesifikasjoner og opplæringsprogram. RBU har uttalt seg positive om dette, men RBUs forventning om undersøkelse av utfordringer ved lange og krevende pasientreiser er ikke oppfylt.
- Helse Midt-Norge RHF etablerte i 2012 16 regionale fagledernetverk. RBU har støttet dette og mener det kan bidra til bedre helhetlige regionale pasientforløp og at brukervedvirkningen kan bedres gjennom dette tiltaket. Det samme gjelder etableringen av regionale innsatsteam som kom på plass på slutten av 2015. Deltakelse og brukervedvirkning i arbeidet med disse regionale funksjonene har ikke kommet på plass ennå.
- Grunnlaget for arbeidet med Strategi 2030 kom godt i gang i Helse Midt-Norge i 2015. Prosessen i 2016 var inkluderende for RBU og gode diskusjoner i brukerutvalget ble brakt inn i prosessen for Strategi 2030. RBU støtter de fire felles målområdene som er beskrevet. Disse skal være førende for pasientens helsetjeneste i årene framover. Utfordringene er å få det til. Arbeidet med utviklingsplaner i helseforetakene vil avdekke i hvor stor grad Helse Midt-Norge makter å utvikle

tjenestene på en måte som gjør at innholdet i Pasientens helsetjeneste kan bli en enda bedre opplevelse for pasienter i Helse Midt-Norge. Brukerutvalget har fortsatt tru på at god brukervedvirkning i alle deler av virksomheten – både på individ- og systemnivå – vil gjøre dette mulig.

- Brukervedvirkning i helseforskning er et krevende arbeidsområde. Nasjonale retningslinjer er vedtatt og tatt i bruk. Forståelsen av hvordan dette skal ivaretas og praktiseres er vanskelig å få på plass på en god måte. RBU er derfor meget godt fornøyd med at styret i Helse Midt-Norge RHF fulgte opp et vedtak i RBU, med et vedtak i HMN RHF om at det skal utarbeides en regional veileder for gjennomføring av brukervedvirkning i helseforskning i HMN. Denne veilederen ble utarbeidet i 2016 og brukt i forbindelse med behandling av søknader om forskningsmidler i 2016. Brukerutvalgene i Helse Midt-Norge vil at det skal gjennomføres ytterligere oppmerksomhet på dette temaet i 2017.
- RBU har i 2016 arbeidet med tema Folkeskikk. Det er utarbeidet opplegg for arbeidet og prosjektet gjennomføres med en egen arbeidsgruppe som ledes fra RBU, men det hovedsaklige arbeidet foregår i arbeidsgruppen og i godt samarbeid med St Olavs hospital.
- Helse Midt-Norge RHF utlyser og tildeler tilskudd til organisasjoner. Dette er meget viktige tilskudd som gis for at brukervedvirkning skal kunne bli ivaretatt fra organisasjonene. Dersom brukervedvirkning skal kunne fungere som forutsatt og forventet av oppdragsgiver, må det settes av midler som gjør at organisasjonene skal kunne påta seg disse oppgavene på en tilfredsstillende måte. Organisasjonene må fungere godt som ressurser for personene som deltar som brukervedvirkere på systemnivå i Helse Midt-Norge RHF. Posten tilskudd til organisasjoner i Helse Midt-Norge RHF har ikke blitt økt i takt med forventet brukervedvirkning.
- RBU har i også 2016 brukt en del oppmerksomhet på årsrapportene fra Bruker- og pasientombudene i de 3 fylkene. Bruker- og pasientombudene har sitt arbeidsområde rettet mot brukere og pasienter på individnivå, men har erfaringer og synspunkter på tjenester på systemnivå. RBU har sett på utviklingstrekk og fellestrekk i saker på tjenestekområder som er relevante for RBU sitt arbeidsområde. De konklusjoner som er trukket er listet opp i et notat som er oversendt til Helse Midt-Norge RHF
- Utkast til nye nasjonale retningslinjer for brukervedvirkning på systemnivå i helseforetakene har vært til diskusjon og behandling ved flere anledninger. Utgangspunktet var bestilling fra Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) i Oppdragsdokumentene til de regionale RHFene i 2015. Denne saken ble etter hvert plassert i Helse Nord, og innspillene fra RBU i Helse Midt-Norge er oversendt til Helse Nord. Brukerutvalgene i Helse Midt-Norge har bl.a. vært opptatt av å skape likhet i deltakelse slik at brukerrepresentanter med lange reiseavstander skal kunne delta, honoreres og refunderes på en likeverdig måte som brukerrepresentanter med kort reiseavstand. RBU har dessuten vært opptatt av at nasjonale føringer ikke må være så detaljerte at det ikke blir mulig å etablere praktiske regionale tilpasninger. Etter en lang prosess er nasjonale retningslinjer omsider på plass, men uten de store endringer for brukerutvalgene i Helse Midt-Norge RHF. Det mest sentrale har vært å få på plass noen prinsipielle føringer og rammer. Regionale tilpasninger blir godt mulig innenfor de rammer som er gitt.

- Av andre saker RBU har vært opptatt av nevnes summarisk:
 - Oppnevning av brukerrepresentanter
 - Regional plan for psykisk helsevern 2016 - 2020
 - Handlingsplan for pasient- og pårørendeopplæring
 - Rammeverk for risikostyring
 - Konseptrapport nytt sykehus Nordmøre og Romsdal (SNR)
 - Avtalespesialister
 - Endring av organisering av samarbeidsorganene mellom HMN RHD og NTNU/Høgskolene
 - Nasjonale kvalitetsregistre
 - Helseplattformen - pasientens helsetjeneste
 - Nytt LAB-system
 - Regional plan for billeddiagnostikk
 - Neonatal plan - fordeling av oppgaver mellom barneavdelinga ved Sjukehuset Ålesund og barneavdelingene ved St Olavs hospital
 - Barns beste
 - Plan for psykisk helse
 - Meld. St. 34 (2015 - 2016) Verdier i pasientens helsetjeneste - melding om prioritering.
 - Innkjøp av rehabiliteringstjenester
 - Strategi for Lærings- og mestringssentrene i HMN RHF
 - Statusrapport - evaluering av fusjon TSB i Helse Midt-Norge RHF
 - Plan for tverrfaglig, spesialisert behandling av rusproblemer (TSB)
 - Regional plan for SFB (Svangerskap, fødsel og barsel)
 - Innspill til styrets revisjonsprogram 2017 - 2019
 - Felleseide nasjonale selskaper
 - HMS-prosjektet
 - Ungdomsråd
 - Medikamentfri behandlingstiltak (psykiatri / rus)
 - En innbygger – en journal
 - Status for handlingsplan for utdanning og kompetansedeling
 - Aktivitetsplaner for Internrevisjonen
 - Forskningspris
 - Årsrapporter fra bruker- og pasientombud
 - Oppdrags- og styringsdokumenter
 - Årshjul for RBU

7. Uttalelse fra konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Midt-Norge

Basert på eiers overordnet styringsbudskap og Helse Midt-Norges prioriteringer ble det i Helse Midt-Norge satt særskilt tre områder som skulle ha et gjennomgående ledelsesfokus i 2016;

1. **Det første målet var å** redusere unødig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen
2. **Det andre målet** var å prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling
3. **Det tredje overordnede målet var:** Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Reduksjon i ventetider og fristbrudd har nå vært prioritert over flere år og KTV/KVO er både fornøyd over arbeidet som er gjort og den positive utviklingen som har fortsatt gjennom 2016, men det er en ytterst vanskelig balansegang med en aktivitetsøkning uten tilsvarende økning av ressurser. Sett med våre øyne er de politiske mål med helsetjenesten langt høyere enn de ressurser som stilles til disposisjon og dette setter de ansatte på betydelig «strek».

Til de andre overordnede målet er å bemerke – slik det også ble anført for 2015 – at man strever med å nå målet med «den gylne regel». Man har nå en strategi/handlingsplan for både PH og TSB, men det gjenstår da å følge den opp fra Helse Midt-Norge sin side. KTV/KVO har lenge ment at her har man et betydelig forbedringspotensiale - noe VG's avsløringer av tvang i PH avslører.

Til det tredje overordnede målet; pasientsikkerhet har et høyere ledelsesfokus, men fortsatt opplever for mange pasienter uønskede hendelser (ca 14 %) og målet med reduserte sykehusinfeksjoner er ikke nådd. Travelhetens innvirkning på pasientsikkerhet og kvalitet må fokuseres sterkere enn det man ser i 2016.

Andre kommentarer

Overordnet er å bemerke at KTV/KVO mener HMN er i en vanskelig stilling både økonomisk og likviditetsmessig og har urovekkende store økonomiske utfordringer foran seg. Dette har KTV/KVO påpekt gjentatte ganger og vi er ikke mindre bekymret nå enn tidligere år. Det er krevende i forhold til investering både i bygg, medisinsk-teknisk utstyr, IKT og ikke minst nye og dyre medisiner- dessuten er det et betydelig vedlikeholdsetterslep i alle underliggende helseforetak.

Reduksjon i avvik på arbeidstidsbestemmelsene har vært en intensjon i flere år, men her synes arbeidet nærmest å ha stagnert, det meldes fortsatt ca. 10.000 brudd pr måned og KTV/KVO er lite tilfreds med situasjonen. Når en del av disse bruddene er å betrakte som alvorlige, så er dette alvorlig både i forhold til ansattes helse, men ikke mindre i forhold til pasientsikkerheten. Åpenhetskultur er et vesentlig moment i en pasientsikkerhetssammenheng og her er det fortsatt et betydelig forbedrings potensiale. Det samme kan man si om HMS og fra KTV/KVO's perspektiv mener vi HMS behøver et langt større ledelsesfokus og engasjement enn det vi mener å ha registrert tidligere, men som vi nå også dessverre må gjenta. Dette gjelder på alle ledernivå for 2015.

Arbeidet med hele stillinger synes å ha stagnert – skrev vi KTV/KVO i Årlig melding for 2015 og det er ikke skjedd store forandringer i 2016, det er tilfelle av mikroskopisk størrelse. Dette arbeidet er viktig både for den enkelte og organisasjonen som et hele.

Faste stillinger for leger i spesialisering skulle effektueres fra 1. juli 2015 etter avtale mellom partene, fortsatt gjenstår det en god del før man kan si at avtalen er oppfylt. Ny ordning for spesialistutdanning for leger – tverrregionalt prosjekt er under arbeid og i den forbindelse skal det etableres et Regionalt Utdanningscenter (RegUt). Dette arbeidet er ikke kommet tilfredsstillende i gang i 2016 og det har bekymret mange.

Den vanskelige økonomiske situasjonen i Helse Møre og Romsdal HF er energikrevende for hele foretaksgruppen i Midt-Norge og i tillegg er Helse Nord-Trøndelag HF nå i 2016 også kommet i en vanskelig økonomisk situasjon.

Det synes for KTV/KVO at det arbeides godt med Helseplattformen, dette er et ytterst viktig arbeid.

8. VEDLEGG

8.1 REDUSERE UNØDIG VENTING, MINDRE VARIASJON OG BEDRE EFFEKTIVITET, JF. TABELL 1 I OPPDRAGSDOKUMENTET

| Mål 2016 Helse Midt-Norge RHF | Mål | Datakilde | Publiserings-frekvens | Rapportering | | | | |
|---|-------------------------|--------------------|-----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|---|
| | | | | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat |
| Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten | Under 65 dager | Helse-direktoratet | Månedlig | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat |
| | | | | 73 | 72 | 67 | 58 | Se rapportering under punkt. 2.1 |
| Andel fristbrudd for avviklede pasienter | 0 | Helse-direktoratet | Månedlig | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat |
| | | | | 5,2 | 3,9 | 2,7 | 1,1 | Se rapportering under punkt 2.1. |
| Pakkeforløp for kreft (samlet for pasienter med lunge- bryst, prostata- og tykk- og endetarmskreft) | Minst 70 % ved årsslutt | Helse-direktoratet | Tertialvis | 1. tertial 2015 | 2. tertial 2015 | 1. tertial 2016 | 2. tertial 2016 | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat |
| | | | | 62 | 69 | 79 | 72 | Se rapportering under punkt 2.1 |
| Gjennomføring av pakkeforløp for organspesifikk krefttype henholdsvis brystkreft, tykk- og endetarmskreft, lungekreft og prostatakreft innen maksimal anbefalt forløpstid | Minst 70 % ved årsslutt | Helse-direktoratet | Tertialvis | 1. tertial 2015 | 2. tertial 2015 | 1. tertial 2016 | 2. tertial 2016 | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat |
| | | | | 81 | 68 | 76 | 72 | I 2. tertial 2016 ble 72% av pakkeforløpene for disse fire kreftgruppene gjennomført innen standard forløpstid i Helse Midt-Norge. Helse Møre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital HF har gjennomført forløpene innen målkravet begge tertial i 2016, mens Helse Nord-Trøndelag HF har gjennomført 52-60% av forløpene innen standard tid. For pakkeforløpene for lungekreft, har det vært noen logistikkutfordringer knyttet til overføringen av pasienter mellom Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF. Det var også en flaskehals knyttet til stråleterapi. Det er gitt tilbakemelding om at dette nå er bedret. For prostatakreftforløpene har det også vært utfordringer knyttet til billediagnostiske undersøkelser. Nye rutiner for å avhjelpe utfordringene har blitt innført. |
| Pakkeforløp for kreft (samlet for 28 krefttyper totalt) | Minst 70 % ved årsslutt | Helse-direktoratet | Tertialvis | 1. tertial 2015 | 2. tertial 2015 | 1. tertial 2016 | 2. tertial 2016 | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat |

| | | | | | | | | |
|--|-------------------------|------------------------|------------|--------------------|--------------------|--------------------|--------------------|---|
| | | | | n/a | n/a | 73 | 63 | Se rapportering under punkt 2.1. |
| Gjennomføring av Pakkeforløp for kreft (per type kreft, 28 krefttyper totalt) innen maksimal anbefalt forløpstid | Minst 70 % ved årsslutt | Helse- direktoratet | Tertialvis | 1. tertial 2015 | 2. tertial 2015 | 1. tertial 2016 | 2. tertial 2016 | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat |
| | | | | n/a | n/a | 76 | 77 | Se rapportering under punkt 2.1 |

8.2

PRIORITERING AV PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING, JF. TABELL 1 I OPPDRAGSDOKUMENTET

| Mål 2016 Helse Midt-Norge RHF | Mål | Datakilde | Publiserings- frekvens | Rapportering | | | | |
|---|---|--|---------------------------|----------------------------|-----------------------|--------------------|-----------------------|---|
| | | | | 1. TERTIAL 2015 | 2. TERTIAL 2015 | 1. TERTIAL 2016 | 2. TERTIAL 2016 | |
| HØYERE VEKST INNEN PSYKISK HELSEVERN OG TVERRFAGLIG SPESIALISERT RUSBEHANDLING. VEKSTEN MÅLES I GJENNOMSNITTLIG VENTETID FOR AVVIKLEDE, KOSTNADER (KOSTNADER TIL AVSKRIVNINGER, LEGEMIDLER OG PENSJON SYNLIGGJØRES, MEN HOLDES UTENFOR), ÅRSVERK (HELSEFORETAK OG "PRIVATE INSTITUSJONER MED OPPDRAGSDOKUMENT") OG AKTIVITET (POLIKLINISKE KONSULTASJONER). | PROSENTVIS STØRRE REDUKSJON I VENTETID. PROSENTVIS STØRRE ØKNING I KOSTNADER, ÅRSVERK OG AKTIVITET. | GJENNOMSNITTLIG VENTETID: HELSEDIREKTORATET KOSTNADER: DE REGIONALE HELSEFORETAKENES REGNSKAP ÅRSVERK: DE REGIONALE HELSEFORETAKENES HR-SYSTEMER OG SSB FOR PRIVATE POLIKLINISKE KONSULTASJONER: HELSEDIREKTORATET (HELFO) | TERTIALVIS | 1. TERTIAL 2015 | 2. TERTIAL 2015 | 1. TERTIAL 2016 | 2. TERTIAL 2016 | TILTAK IVERKSATT FOR Å OPPNÅ BEDRE RESULTAT |
| | | | | ÅRSTALL DER DETTE ER MULIG | | | | Konsoliderte regnskapstall pr tjenesteområde for 2016 er ikke klare. For psykisk helsevern innfrir HMN bare på bemanning i 3. tertial. For TSB innfrir HMN på ventetid og bemanning i 3. tertial. For å gi bedre måloppnåelse i 2017 innføres mer spesifiserte mål for ventetid og aktivitet per tjenesteområde og månedlig rapporter. Se for øvrig rapportering under punkt 2.2. |
| ÅNDEL | REDUSERT | HELSEDIREKTORATET | ÅRLIG | 2014 | | 2015 | | TILTAK IVERKSATT FOR Å OPPNÅ BEDRE RESULTAT |

| | | | | | | |
|--|---|-------------------------|-------|------------------------|------------------------|---|
| TVANGSINNLEGGELSER I PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE | SAMMENLIGNET MED 2015 | | | 18,9% ³ | 15,6% ⁴ | Se rapportering under punkt 2.2. |
| ANDEL ÅRSVERK I PSYKISK HELSEVERN FOR VOKSNE FORDELT PÅ HENHOLDSVIS DISTRIKTPSYKIATRISKE SENTRE OG SYKEHUS | ØKT ANDEL ÅRSVERK I DPS SAMMENLIGNET MED 2015 | HELSEDIREKTORATET (SSB) | ÅRLIG | 2014 | 2015 | TILTAK IVERKSATT FOR Å OPPNÅ BEDRE RESULTAT |
| | | | | DPS: 41 Sykehus: 59 | DPS: 44 Sykehus: 56 | Se rapportering under punkt 2.2 |

³ Begrenset komplettethet i datamaterialet som ligger til grunn.

⁴ Begrenset komplettethet i datamaterialet som ligger til grunn.

8.3 BEDRE KVALITET OG PASIENTSIKKERHET. UTDANNING, FORSKNING INNOVASJON OG OPPLÆRING AV PASIENTER OG PÅRØRENDE SKAL UNDERBYGGE GOD OG FORSVARLIG PASIENTBEHANDLING, JF. TABELL 1 I OPPDRAGSDOKUMENTET

| Mål 2016 Helse Midt-Norge RHF | Mål | Datakilde | Publiseringsfrekvens | Rapportering | | | | |
|------------------------------------|-----------------|-----------------------|----------------------|-----------------|-----------------|---|-----------------|---|
| | | | | mai.16 | nov.16 | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat | | |
| Andel sykehusinfeksjoner | Mindre enn 4,7% | Folkehelseinstituttet | 2 ganger årlig | 6,4 | n/a | Offisielle tall fra november 2016 er ikke klare. Se rapportering under punkt. 2.3 | | |
| | | | | | | | | |
| Andel korridorpasienter på sykehus | 0 % | Helse-direktoratet | Tertialvis | 1. tertial 2015 | 2. tertial 2015 | 1. tertial 2016 | 2. tertial 2016 | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat |
| | | | | 1,1 | 1,0 | 1,2 | 0,6 | Se rapportering under punkt. 2.3 |

8.4 RAPPORTERING 2016 HELSE MIDT-NORGE RHF, JF. TABELL 2 I OPPDRAGSDOKUMENTET

| Rapportering 2016 Helse Midt-Norge RHF | Mål | Datakilde | Publiseringsfrekvens | | | | |
|--|-----|--|----------------------|--|------|------|--|
| Pasienters erfaring med døgnopphold i tverrfaglig spesialisert rusbehandling | | Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet) | Publiseres 2016 | Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp. | | | |
| | | | | Rapporten som ble publisert i 2016 (med 2015 tall) viser ingen signifikante endringer fra forrige år. Helseforetakene følger opp sine resultater i lokale kvalitetsforbedringsprosjekter, der de arbeider med å identifisere forbedrings- og bevaringsområder. Det arbeides med kontinuerlige forbedringer i form av revisjon av prosedyrer og retningslinjer, kursing og utdanning av medarbeidere, bedre kommunikasjon mv. | | | |
| Pasienters erfaring med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp) | | Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet) | Årlig | Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp. | | | |
| | | | | Helse Midt-Norge fikk den høyeste skåren på samtlige pasienterfaringsindikatorerne unntatt på ventetid, og kom signifikant bedre ut enn gjennomsnittet på organisering og standard. | | | |
| 30 dagers overlevelse etter hjerneslag | | Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet) | Årlig | 2013 | 2014 | 2015 | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat |
| | | | | 27,4 | 88,0 | 87,9 | Publisering av resultater for 30 dagers overlevelse etter hjerneslag i 2015 viste ingen signifikante forskjeller mellom de regionale helseforetakene. Ingen av HF-ene eller sykehusene i Helse Midt-Norge skilte seg ut med signifikant bedre eller dårligere overlevelse etter hjerneslag, i følge rapporten fra Kunnskapssenteret. I Helse Midt-Norge følger HF-ene prosedyrene som er nedfelt i et standardisert pasientforløp for denne pasientgruppen. Det er også etablert et eget fagledernetverk for hjerneslag, under ledelse av overlege Bent Indredavik. |
| 30 dagers overlevelse etter hoftebrudd | | Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet) | Årlig | 2013 | 2014 | 2015 | Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat |
| | | | | 92,0 | 91,9 | 92,4 | Blant funnene i rapporten «Kvalitetsindikatoren 30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse - Resultater for 2015» fra Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet fremgår det at sannsynlighet for overlevelse 30 dager etter sykeinnleggelse for akutt hoftebrudd er signifikant bedre på St. Olavs hospital (93.3 %) enn blant de andre sykehusene i Norge. For de to øvrige HF-ene viser tallene for overlevelse etter akutt hoftebrudd ved Helse Møre og Romsdal HF 91.8 % og Helse Nord-Trøndelag HF 91,6 %. For Møre og Romsdal HF og Nord-Trøndelag HF skiller ikke overlevelsesresultatene seg signifikant fra resultatene fra de øvrige HF-ene i Norge. |

| | | | | | | |
|---|---|--|-------|--|------|---|
| | | | | | | Det jobbes kontinuerlig med å opprettholde god kvalitet på tjenestene som tilbys til pasientene som legges inn ved helseforetakene i regionen. Informasjon om overlevelse er et av flere aspekter som bidrar inn i det kontinuerlige forbedringsarbeidet som gjøres ved behandlingsstedene. |
| Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene | Reduseres med 25 pst. innen utgangen av 2018, målt ut fra GTT-undersøkelsen for 2012. | GTT-undersøkelsene. Helsedirektoratet | Årlig | 2012 | 2015 | Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp. |
| | | | | | 13 | GTT er de registreringer som gjennomføres for, på lang sikt, å se om de tiltak som ligger i Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker virker. Dette må derfor ses i sammenheng med dette. Videre er arbeidet som gjøres ift. smittevern, infeksjonsforebygging og standardiserte pasientforløp sentrale. GTT målinger utføres som planlagt og rapporteres per tertial. Målet om 25% reduksjon innen 2018 kan være vanskelig å nå da nedgangen i funn av pasientskader må sees på over et lengere tidsrom. 2015: 124 journaler med minst én pasientskade, av 960 journaler. Til sammen 150 pasientskader er identifisert. Andel: 13 pst. 2014: 139 journaler med minst én pasientskade, av 960 journaler. Til sammen 163 pasientskader er identifisert. Andel: 14 pst. |
| Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert. | 100 % | RHF's rapportering til pasientsikkerhetsprogrammet | Årlig | Presentasjon av resultat og vurdering av dette, samt tiltak for oppfølging. | | |
| | | | | Se rapportering under punkt 2.3. | | |
| Bruk av disse fem bredspektrede midlene: karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner. | 30% reduksjon i samlet bruk i 2020 sammenlignet med 2012 | Sykehusenes legemiddelstatistikk | Årlig | 2012 | 2015 | Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp. |
| | | | | 19,5 | 19,5 | Bruk av antibiotika definert som døgndose per 100 liggedøgn er uendret fra 2012. Dette skyldes i stor grad at HMR lå veldig lavt i bruken i 2012 og har hatt en økning på 12 pst. til 2015. St. Olavs Hospital HF har redusert bruken, men bruken i HNT har variert mellom årene. Følges opp gjennom antibiotikastyingsprogrammene i sykehusene. Det er Videre er det etablert ulike kompetansehevende tiltak. Det utarbeides Også årsrapporter om antibiotikaforbruk og lokal resistenssituasjon. |
| Antall bidrag fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre i a) vitenskapelige artikler og b) konkrete prosjekt for klinisk kvalitetsforbedring | | Årsrapporter fra de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene | Årlig | Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp. | | |
| | | | | a) Vitenskapelige artikler: NORKAR: 1 Norsk hjerneslagregister: 2 Norsk hjerteinfarktsregister: 2 NorSCIR: 1 Norsk hjertesviktregister: 0 | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | <p>Tonsille: 0</p> <p>I tillegg har flere registre bidratt med postere på relevante konferanser.</p> <p>b) Konkrete prosjekt for kvalitetsforbedring: NORKAR: 0 Norsk hjerneslagregister: 4 Norsk hjerteinfarktsregister: 1 NorSCIR: 1 Norsk hjertesviktregister: 0 Tonsille: 0</p> |
|--|--|--|--|---|