

Årlig melding 2010
fra
Helse Midt-Norge
til
**Helse- og
omsorgsdepartementet**

1.	Innledning	4
1.1	Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	4
1.2	Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2010.....	5
1.2.1	Positive resultater	5
1.2.2	Uløste utfordringer	6
2.	Rapportering.....	9
2.1	Rapportering på krav i oppdragsdokumentet 2010.....	9
2.1.1	”Sørge for”-ansvaret. Overordnet vurdering av måloppnåelse	9
2.1.2	Aktivitet	10
2.1.3	Kvalitet, prioritering og pasientrettigheter	11
2.1.3.1	Kvalitetsforbedring	11
2.1.3.2	Prioritering	13
2.1.3.3	Pasientsikkerhet – trygge og sikre tjenester	13
2.1.3.4	Tilgjengelighet og brukervedvirkning	14
2.1.4	Pasientbehandling	18
2.1.4.1	Helhetlige pasientforløp og samhandling	18
2.1.4.2	Psykisk helsevern	21
2.1.4.3	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB)	29
2.1.4.4	Habilitering og rehabilitering	30
2.1.4.5	Områder med særskilt fokus	30
2.1.5	Utdanning av helsepersonell	37
2.1.6	Forskning	38
2.1.6.1	Forskning	38
2.1.6.2	Innovasjon	42
2.1.7	Pasientopplæring	44
2.1.8	Nye oppgaver fra tilleggskrav etter Stortingets behandling av Prop. 125 S (2009-2010) m. fl.	45
2.2	Rapportering på krav i foretaksprotokoller	49
2.2.1	Økonomiske krav og rammebetingelser for 2010	49
2.2.1.1	Resultatkrav for 2010	49
2.2.1.2	Styring og oppfølging i 2010	50
2.2.1.3	Investeringer og kapitalforvaltning	53
2.2.2	Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2010	56
2.2.2.1	Tiltak på personalområdet	56
2.2.2.2	Oppfølging av juridisk rammeverk	59
2.2.2.3	Utvikling på IKT-området	62
2.2.2.4	Datakvalitet og rapportering	64
2.2.2.5	Samordning av stabs- og støttefunksjoner	66
2.2.3	Øvrige styringskrav for 2010	67
2.2.3.1	Samhandlingsreformen – økonomiske virkemidler	67
2.2.3.2	Landsverneplan for helsesektoren – kulturhistoriske eiendommer	67
2.2.3.3	Evalueringsplan for parkeringstilbudet ved sykehusene	68
2.2.3.4	Røykfrie inngangspartier ved helseinstitusjoner	68
2.2.3.5	Legemiddelassistert rehabilitering på rusområdet	69
2.2.3.6	Samordnet kommunikasjon	69
2.2.4	Rett behandling til rett tid	70
3.	Styrets plandokument	71

3.1	Utviklingstrender og rammebetingelser.....	71
3.1.1	Utviklingen i opptaksområdet	71
3.1.2	Økonomiske rammeforutsetninger	78
3.1.3	Personell og kompetanse	78
3.1.4	Bygningskapital – status og utfordringer.....	79
3.2	Helse Midt-Norge RHF - strategier og planer	81

1. INNLEDNING

I henhold til Lov om helseforetak (§ 34) skal styret for det regionale helseforetaket hvert år sende melding til Helse- og omsorgsdepartementet om foretaket og foretakets virksomhet. Meldingen skal også omfatte de helseforetak som det regionale helseforetaket eier. Det forutsettes at meldingen skal:

- Gi departementet det nødvendige faglige underlaget for å kunne medvirke i regjeringens forberedelse av det årlige forslaget til statsbudsjett
- Inngå i grunnlaget for de styringsbudskap som tas inn i Stortingsproposisjon nr. 1 og i det årlige oppdragsdokumentet. Planene skal gi grunnlag for identifikasjon av viktige problemstillinger som bør behandles i foretaksmøte, eventuelt legges frem for Stortinget
- Gi departementet rapportering på oppfølging av oppdragsdokumentet og krav i foretaksmøteprotokoll.

Årlig melding er utarbeidet etter forutgående prosess i virksomhetene og med medvirkning fra brukere og tillitsvalgte.

Strategiarbeidet

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok i juni 2010 langsiktig og strategisk plan for spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. ”Strategi 2020” bygger på en bred prosess med stor grad av åpenhet, brukermedvirkning samt høring av kommuner og en rekke andre samarbeidspartnere. Det var stor enighet i det utfordringsbildet som ble tegnet. De strategiske målene tilsier også en planmessig samordning og samvirke for å sikre kvalitet og utvikling av et robust behandlingstilbud.

1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

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

Visjon:

På lag med deg for din helse

Verdier:

- Trygghet
- Respekt
- Kvalitet

Hovedoppgaver:

- Pasientbehandling
- Forskning
- Utdanning av helsepersonell
- Opplæring av pasienter og pårørende

Hovedmål:

Pasientbehandling og opplæring:

- Helse Midt-Norge skal gi likeverdige helsetjenester av god kvalitet, til riktig tid, tilpasset befolkningens og den enkelte brukers behov.

- Helse Midt-Norge skal bidra til god samhandling innen spesialisthelsetjenesten og med andre deler av helsetjenesten uavhengig av tjenestenivå.
- Behandlingsforløpet skal være forutsigbart, helhetlig og effektivt for pasient og pårørende.
- Brukernes erfaring og kompetanse skal benyttes i planlegging og tilrettelegging av behandlingstilbud.

Organisasjon og ledelse:

- Ved hjelp av kompetente medarbeidere skal Helse Midt-Norge utvikle effektive og resultatorienterte organisasjoner.
- Helse Midt-Norge skal være en målrettet faglig utdanningsarena for studenter og egne medarbeidere.
- Virksomheten skal ivareta felles verdigrunnlag, etiske retningslinjer og medvirkning fra ansatte.

Forskning:

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

Økonomi:

- Foretaksgruppen Helse Midt-Norge skal drives med god og pålitelig økonomistyring.
- Samordning, effektiv drift og investeringer skal gi bidra til bedre pasienttilbud og sørge for at verdiene i foretaksgruppen vedlikeholdes og utvikles.

1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2010

1.2.1 Positive resultater

Aktivitet

Helseforetakene i Midt-Norge har nådd aktivitetsmålet for 2010.

Endringer i DRG systemet har resultert i at de private sykehus produserte det antall pasientbehandlinger som var avtalt for færre DRG poeng enn planlagt. Det gir et avvik på minus 1,6 % i regionen totalt.

Kvalitetsforbedring

4 kvalitetsindikatorer fikk særskilt fokus i 2010:

- Fristbrudd
- Ventetid
- Epikrise
- Korridorpasienter.

På alle disse områdene ble resultatet forbedret.

I 2010 har det i tillegg vært sett på mer lik praksis og forståelse av tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. Gjennom bruk av felles nasjonale prioriteringsveiledere har helsetjenesten fått et verktøy for å sikre riktig prioritering og mer likeverdig behandlingstilbud for hele landet. Ved

utgangen av 2010 kan Helse Midt-Norge vise til positiv utvikling og antallet fristbrudd er kraftig redusert. Kravet er null fristbrudd i 2011 og det arbeides målrettet for å redusere ventetiden. Det er en utfordring å omstille slik at flere pasienter får hjelp poliklinisk eller gjennom dagbehandling. Samarbeid om helhetlige pasientforløp og kompetansestøtte til kommunehelsetjenesten er også viktig for å optimalisere kvalitet for pasienten og sikre god ressursutnyttelse. Omstillingen er nødvendig for å kunne gi store og voksende pasientgrupper god kvalitet på riktig omsorgsnivå i årene som kommer. I dette ligger det også en fortsatt satsing på og styrking av tjenestetilbudet innen tverrfaglig rusbehandling og psykisk helsevern.

Økonomi

Helse Midt-Norge har i løpet av få år gått fra betydelig driftsmessig underskudd til budsjett og resultat i pluss. Det er budsjettert med overskudd for å ha likviditet til planlagte investeringer. Tett oppfølging av omstillingstiltak og ansvarlig ledelse på alle nivå i foretaksgruppen er sentrale virkemidler. Gjennom god økonomistyring frigjøres det kapital til prioriterte planlagte investeringer, men foretaksgruppen har også en betydelig gjeld som skal betjenes.

Investeringer

Det økonomiske handlingsrommet har gitt rom for oppstart for bygging av ny barneavdeling ved Ålesund sjukehus og det er gitt grønt lys for et nytt tilbygg ved Namsos sykehus som gjør det mulig å samle og styrke tilbudet innen psykisk helsevern. Begge prosjekter slutføres i 2011. Det er ved inngangen til 2011 åpnet et samordnet, modernisert og forsterket tilbud innen rusbehandling i den nye Trondheimsklinikken. Byggefase 2 for det nye universitetssykehuset i Trondheim er på plan i forhold til framdrift, og prosjektorganisasjonen Helsebygg Midt-Norge er under nedbemanning i takt med at byggeprosjektet er i ferd med å slutføres. Samlet sett ligger prosjektet an til å kunne slutføres til en kostnad som ligger en milliard kroner lavere enn plan.

1.2.2 Uløste utfordringer

Ventetider

Ventetiden er blitt redusert, spesielt gjennomsnittstiden for ventende med rett til nødvendig helsehjelp. Denne er i 2010 blitt redusert med 20 dager, fra 99 dager til 79 dager. Den gjennomsnittlige ventetiden for alle ventende pasienter er på 102 dager i desember. Dette tallet skal ikke være høyere enn 65 dager ved årets slutt i 2011. Det blir en stor utfordring.

Økonomi

For å realisere investeringsplaner og nedbetale på driftskreditten, vil det bli stilt store krav til omstilling i helseforetakene. Omstillingstiltakene må ha varig effekt for at Helse Midt-Norge skal skaffe tilstrekkelig likviditet for å finansiere investeringer. Foreløpige beregninger tyder på at helseregionene får en kraftig økning i kostnadsnivået til pensjon sammenlignet med 2010. Det er foreløpig ukjent om dette vil få omstillingseffekter for helseforetakene.

En høy andel av investeringsbudsjettet går til byggeprosjekter, og dette medfører at det gjenstår lite til andre investeringsformål som kan bidra til økt effektivitet i drift og bedret kvalitet på pasientbehandlingen. Dette er bekymringsfullt. For selv om det ligger inne økning i budsjett både for MTU og IKT, så er økningen lavere enn foretakenes rapporterte behov. Det er i hovedsak ikke lagt til grunn høyere nivå på vedlikehold i budsjett 2011 til tross for at dagens nivå ikke forhindrer at det opparbeides etterslep.

Kvalitetsforbedringer

Det antas at fokus på kvalitetsforbedring øker. Kravet om innfrielse med hensyn til nåværende og nye kvalitetsindikatorer blir sterkere.

Økt fokus på pasientsikkerhet, avvikshåndtering og etterlevelse av skriftlige prosedyrer forventes. Dette innebærer behov for en systematisk tilnærming i forhold til kontinuerlig kvalitetsforbedring.

Som en konsekvens av strategi 2020 har Helse Midt-Norge satt i gang et eget prosjekt på dette området.

Bemanning, sykefravær og arbeidsmiljø

Totalt for 2010 ser vi at bemanningsbudsjettene ikke har vært presise nok i forhold til periodisering ut over året. Dette har gitt god læring før budsjettering og periodisering for 2011.

Avviksårsakene har i stor grad vært knyttet til manglende realisering av/forsinkelser i omstillingstiltak og nasjonale oppgaver som ikke var fullt ut kjent ved budsjettering.

Helseforetakene har for 2011 meldt tilbake at de vil legge mer vekt på å kvalitetssikre bemanningsbudsjett opp mot planlagt økonomibudsjett og omstillingsbehov.

Det gjennomsnittlige sykefraværet for 2010 har vært lavere enn i 2009. Den positive utviklingen i starten på året har stagnert noe, og det er fortsatt Helse Nordmøre og Romsdal som påvirker sykefraværstallene mest negativt.

Det har vært en omfattende prosess knyttet til konseptrapport om utbygging av nytt sykehus i Molde / Nordmøre og Romsdal. Dette har resultert i usikkerhet og uenighet. En håper foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF 25.1.2011 med vedtak om sammenslåing av helseforetakene i Møre og Romsdal kan bedre situasjonen for de ansatte.

Strykninger

Målet om at antall strykninger av planlagte operasjoner skulle komme under 5 % ble ikke nådd. Uten særskilte tiltak vil dette være en utfordring også i 2011.

For de neste 10 år er følgende fire hovedutfordringer for helsetjenesten:

- a. Befolkningens sammensetning og behov endres
- b. Tydeligere krav til dokumentert kvalitet
- c. Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor
- d. Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten

Styret i Helse Midt-Norge har vedtatt følgende strategiske mål for perioden:

- a. Styrket innsats for de store pasientgruppene
- b. Kunnskapsbasert pasientbehandling
- c. En organisering som underbygger gode pasientforløp
- d. Rett kompetanse på rett sted til rett tid
- e. Økonomisk bærekraft

Det regionale brukerutvalget i Helse Midt- Norge har sammenfattet sitt inntrykk av arbeidet som er gjort i 2010 som følger:

Det regionale brukerutvalget (RBU) vil betegne samarbeidet med ledelsen i Helse Midt-Norge som svært godt, med grundig gjennomgang av styresaker og presentasjon av ulike prosjekter.

- RBU har hatt et særlig fokus på kvalitetsindikatorene. Utvalget har i en rekke vedtak pekt på ventetider og fristbrudd, og er svært fornøyd med tiltakene som er satt i verk. Fristbrudd skal ikke forekomme og er å anse som uløste utfordringer. Utvalget har pekt på epikrisetid som en viktig indikator i et samhandlingsperspektiv.
- Arbeidet med Strategi 2020 har stått sentralt i utvalgets arbeid i 2010.

RBU har hatt 2 medlemmer i styringsgruppen for Strategi 2020, og 2 medlemmer i koordineringsgruppen for oppfølging av vedtaket. Strategi 2020 var tema for regional konferanse med deltagelse fra brukerutvalgene i helseregionen og brukerorganisasjoner. RBU ga i sitt høringsvar støtte til strategiens hovedutfordringer og mål, men pekte på at forebygging og habilitering/rehabilitering må tillegges større vekt. Gjennomføring av strategien må sees i sammenheng med Samhandlingsreformen.

- RBU har blitt orientert om, og gitt kommentarer til Prosjekt Pasientreiser. På bakgrunn av tilbakemeldinger ser RBU at det er grunn til å følge opp dette området, både i forhold til behovet for informasjon til befolkningen og den praktiske gjennomføringen av pasienttransporten.
- Brukermedvirkning i Helse Midt-Norge er godt ivaretatt, gjennom Strategi for brukermedvirkning og Handlingsprogram for Brukermedvirkning. Som en generell betraktning vil RBU peke på betydningen av at medvirkningen skjer på tidspunkt hvor erfaringskompetansen får en reell innflytelse, gjennom innspill i pågående prosesser.
- RBU har gitt kommentarer til Regional plan for svangerskaps, fødsels og barselomsorgen 2011- 2014. RBU anser det som en stor utfordring å sikre god kvalitet, kompetanse og trygghet for gravide og fødende i alle deler av helseregionen. Behovet for følgetjeneste må vurderes ut fra lokale forhold og nødvendige endringer i tilbudet må sees i sammenheng med utfordringsbildet i strategi 2020
- RBU har pekt på systematisk læring av feil og uønskede hendelser som et viktig element for god pasientsikkerhet. Riktig legemiddelbruk må sikres blant annet gjennom bruk av Sykehusapotekenes kompetanse.
- RBU har blitt orientert om ”Prosjekt Innvandrere og Helse” og ser at dette er et område som må vies oppmerksomhet.

2. RAPPORTERING

2.1 Rapportering på krav i oppdragsdokumentet 2010

2.1.1 ”Sørge for”-ansvaret. Overordnet vurdering av måloppnåelse

Helse Midt-Norge RHF har ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter. Helse Midt-Norge RHF må innenfor sine økonomiske rammer sørge for at virksomheten i helseforetakene innrettes slik at ventetidene til utredning/diagnostikk og behandling reduseres. Det er rettet stor oppmerksomhet på den polikliniske virksomheten. Basert på prognose for regnskapsmessig resultat i 2010, vil Helse Midt-Norge levere et overskudd i 2010 over budsjett.

Helse Midt-Norge RHF har utnevnt egen samhandlingsdirektør for å få fullt fokus på samhandlingsreformen. I helseforetakene er det også dedikerte ansatte som arbeider med samhandlingsreformen.

Helse Midt-Norge RHF har ikke nådd alle de krav og/eller mål som var satt for året gjennom oppdragsdokument og foretaksmøteprotokoller, men kan likevel vise til en god utvikling og et godt utgangspunkt for 2011. Mange av oppgavene vil det være naturlig å arbeide med over flere år.

Når det gjelder aktivitet fikk vi et avvik på minus 1,6 %. All den tid DRG-logikken har gått gjennom store endringer i 2010 i forhold til tidligere år, er sammenligninger ikke mulig. Samtidig kan et avvik på minus 1,6 % være innenfor en sannsynlighet en må regne med. Det er viktig å merke seg at helseforetakene i all hovedsak innfridde aktivitetskravet.

Resultatet innenfor aktivitet må videre sees i sammenheng med de resultater helseregionen har for de andre indikatorene. Her er det spesielt viktig å legge merke til utviklingen når det gjelder fristbrudd for ventende. Målet om 0 fristbrudd ved årsskiftet ble ikke nådd, men samtidig ble det en reduksjon på over 52 % i 2010, i all hovedsak i siste tertial. Den store reduksjon kom etter at styret og administrerende direktør satte fokus på området.

Ventetiden er også blitt redusert, spesielt gjennomsnittstiden for ventende med rett til nødvendig helsehjelp. Denne er i 2010 blitt redusert med 20 dager, fra 99 dager til 79 dager. Den gjennomsnittlige ventetiden for alle typer pasienter, både de med rett til nødvendig helsehjelp og de uten slik rett, er for pasienter på venteliste 102 dager i desember. Målsettingen for 2011 er å komme ned mot 65 dager ved årets slutt. Det blir en stor utfordring.

Når det gjelder kvalitetsindikatorerne for epikriser og korridorpasienter var det en positiv utvikling i 2010. På samme måte som for aktivitet, fristbrudd og ventetider er det lagt et godt grunnlag for målinnfrielse i 2011.

Kollektiv læring av feil og systemsvikt og arbeidet med internkontroll.

Innenfor helseforetakene arbeides det godt med dette, rapporter fra tilsyn og handlingsplaner for å lukke avvik legges ut tilgjengelig for hele organisasjonen og ledere kurses. Styrene informeres om resultater og tilsyn.

For å få ytterligere fokus på kvalitetsarbeidet, er det i 2010 startet opp et eget prosjekt som skal bedre kvalitetskulturen for dermed å få enda bedre og mer systematisk kvalitetsarbeid.

Kvalitetskultur omfatter alt vi sier og alt vi gjør som påvirker kvalitet og bygges gjennom

systematisk kvalitetsarbeid basert på felles verdier, holdninger og normer som oppfattes som felleseie. Utvikling av kvalitetskultur må ledes ovenfra og i første fase av prosjektet er det arbeidet med en kvalitetsstrategi som forankres på ledernivå 1 og 2. Dette arbeidet videreføres i 2011.

Rapportering på oppgaver og krav fra oppdragsdokument og foretaksprotokoller.

Oppgaver beskrives til venstre i tabell – i midten svares det ut hvorvidt oppgaven er gjennomført, om den er igangsatt eller om den ikke er gjort. Til høyre gis det en beskrivelse av iverksatte tiltak – ev hva som vil iverksettes.

Styringskrav – 2 ulike tabeller

Tabell type 1: Styringskrav listes til venstre i tabell – resultat for 2. tertial i 2008, 2009 og 2010 i midtre del. Ev. mål for 2010. Tiltak deretter. Ytterst til høyre er det hvor dette er tilgjengelig listet resultat for 3. tertial 2010.

Tabell type 2: Styringskrav listes til venstre i tabell – resultat og mål for 2010 i midtre del. Tiltak deretter.

Ikke alle styringskrav er målsatt.

2.1.2 Aktivitet

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Det øremerkede tilskuddet innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og til helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte innen prosjektet "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen	Ja	x	Rus Midt-Norge HF ble tildelt og har forbrukt 5 mill kroner til arbeid innenfor Ordningen Raskere tilbake. Dette er midler som er kommet i tillegg til ordinære drifts- og opptrappingsmidler og gitt tilsvarende økt aktivitet.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

Styringsparametre	2010	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet
Antall produserte DRG-poeng (sørge for som rapportert i ØBAK)	148779	151243	Helse Midt-Norge RHF fikk et avvik på minus 1,6 % produserte DRG poeng ved årets slutt. De fleste helseforetak leverte etter plan. Avviket på minus 1 % skyldes at det regionale helseforetak fikk DRG poeng til overs. Dette skyldes endringer i DRG systemet som resulterte i at de private sykehus produserte det antall pasientbehandlinger som var avtalt for færre DRG poeng enn planlagt.
Refunderte polikliniske inntekter	325516	326125	Tall i 1000 – foreløpige regnskapstall

2.1.3 Kvalitet, prioritering og pasientrettigheter

2.1.3.1 Kvalitetsforbedring

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess som må forankres organisatorisk hos ledelsen på alle nivå i tjenesten. Forebygging, behandling og rehabilitering skal være basert på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap og erfaring om effektive tiltak for å oppnå helsegevinst.

Oppgaver	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
<p>Helse Midt-Norge RHF skal sammen med de øvrige regionale helseforetakene fortsette arbeidet med å utvikle og implementere felles løsninger for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Arbeidet skal samordnes med relevante prosesser i Helsedirektoratet og Nasjonalt folkehelseinstitutt, og sees i sammenheng med Nasjonalt helseregisterprosjekt.</p>	Ja		<p>Oppdraget er under styring av den interregionale styringsgruppen for medisinske kvalitetsregistre. Det ble tidlig i høst konstatert at utviklingen ikke var tilfredsstillende, og at en del av problemet var knyttet til Hemits oppdrag. Det var delvis et kapasitetsproblem i Hemit innefor de områdene der teknologien var utviklet, men også et etterslep på utvikling av nye løsninger i kjeden fra innregistrering til analyserbare data.</p> <p>Det ble laget ny framdriftsplan med omfordeling av ressurser til Hemit, og noen nye oppgaver til andre RHF. Oppdraget var ved årsskifte i rute i forhold til plan vedtatt av styringsgruppen. Arbeidet fortsetter med ytterligere forsterkning av ressurser i 2011.</p>
Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X		
Nei			
<p>Helse Midt-Norge RHF skal videreutvikle felles teknisk løsning for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Løsningene må samordnes og kunne kommunisere med tekniske løsninger og standarder for sentrale helseregistre. Tekniske innrapporteringsløsninger skal basere seg på bruk av Norsk helsenett.</p>	Ja		<p>Det er, gjennom Helse Midt-Norge IT (Hemit), etablert en felles nasjonal plattform for medisinske kvalitetsregistre (MRS). Nasjonal IKT er overlatt en oppfølgingsrolle i dette fra fagdirektørmøtet for RHFene.</p> <p>Det er pr 31.12.2010 etablert nasjonalt hjerteinfarktregister, nasjonalt hjerneslagregister og nasjonalt diabetesregister for voksne på denne plattformen. All datatrafikk går over Norsk Helsenett, og det arbeides for å etablere driftsløsningen her.</p>
Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X		
Nei			
<p>Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for implementering av elektroniske fellesløsninger i den</p>	Ja		<p>Helse Midt-Norge har fått i oppdrag med å utvikle felles teknisk innregistreringsløsning for</p>
Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X		

rekkefølge Helse Midt-Norge RHF utvikler slike for utvalgte kvalitetsregistre.	Nei		<p>kvalitetsregistre. HMN har i utviklingsarbeidet av registerløsning bl.a. brukt hjerteinfarkt- og slagregistrene som "piloter". I utviklingsperioden har den elektroniske fellesløsningen vært breddet i regionens sykehus. Driftsmiljøene i Helse Midt-Norge har derfor allerede nødvendig struktur og kunnskap for å bredde alle registre som er etablert på den teknologiske plattform som Hemit har utviklet.</p> <p>I tillegg til registre for hjerneslag og hjerteinfarkt utvikler Helse Midt-Norge Norsk karkirurgisk register (NORKAR) og en regional løsning for det framtidige Nasjonalt Spinalregister, bygd på samme felles teknisk løsning.</p>
<p>Helse Midt-Norge RHF skal sammen med de øvrige regionale helseforetakene utarbeide forslag til etablering av kvalitetsregister for pasienter som benytter kostnadskrevende biologiske legemidler for behandling av autoimmune lidelser. De regionale helseforetak skal påse at det etableres en mest mulig likeverdig behandlingspraksis både innad i og mellom regionale helseforetak, i tråd med de nasjonale faglige retningslinjer.</p>	<p>Ja</p> <p>Igang satt, men ikke ferdigstilt</p> <p>Nei</p>	<p>X</p>	<p>Arbeidet med register for biologiske legemidler er iverksatt som eget prosjekt i regi av SKDE og styrt av den interregionale styringsgruppen for medisinske kvalitetsregistre. Prosjektet tar utgangspunkt i modellen "fellesregister med basisregister" og tilhørende kvalitetsregistre, jfr. nasjonalt Hjerte-karregister. Det deltar aktører fra fagområdene hud, revmatologi, gastrologi, øye, nevrologi sammen med ressurser fra Helsedirektoratet (NPR) mfl. Det er et komplekst arbeid fordi dette både omhandler mange fagområder, og ellers skiller seg fra andre kvalitetsregistre ved at de ikke tar utgangspunkt i sykdom, men i legemiddel.</p> <p>Helseregionen har utviklet felles retningslinjer for bruk av biologiske legemidler. Regionen har deltatt i interregionalt samarbeid om bruken.</p>

Styringsparametre	2010	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet
Andel epikriser sendt innen syv	69 %	> 80 %	Innføring av talegenkjennning, samt

dager etter utskrivning			stort ledelsesfokus
Andel korridorpasienter	1 %	0	Stort ledelsesfokus
Andel strykninger av planlagte operasjoner	8,1 %	< 5 %	SMS-varsling av pasienter implementert i noen sykehus.
Prevalens av sykehusinfeksjoner	St. Olav 8 % HNT 3 % HNR 7,3 % HSM 4,4 %	Skal reduseres	Sammenligning av data (NPR) fra telling i november 09 og mai 2010 viser at Kristiansund og Molde har hatt økning, og fra nivå over landsgjennomsnittet. Data fra St.Olav, Øya viser moderat stigning fra nivå litt over landsgjennomsnittet. Levanger har moderat stigning fra nivå under landsgjennomsnittet, men ligger fortsatt under landsgjennomsnittet. Orkdal og Ålesund har stor reduksjon. Tiltak er oppdatering av infeksjonskontrollprogram, kursing av personalet og undervisning av nyansatte. Samlet sett har ikke HMN nådd målsettingen og vil innskjerpe krav i dialogmøtene
Antall helseinstitusjoner (somatiske sykehus, institusjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige) som har barneansvarlig personell.	St.Olav 16 klinikker HNT 2 sykehus HNR 6 HSM 4 RBM 2		Det er holdt opplæring og skrevet prosedyrer for hvordan funksjonen skal utøves. Innen hver institusjon er det flere med funksjonen. Det er ikke eget barneansvarlig personell i Sykehusapotekene Midt-Norge HF.

2.1.3.2 Prioritering

Pasienter skal sikres et likeverdig tilbud av god kvalitet uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi, diagnose og etnisk bakgrunn. Prioriteringsveilederne skal legges til grunn for å sikre enhetlig vurdering av rett til nødvendig helsehjelp.

Styringsparametre (* = NPR- tall)	2. tert. 2008	2. tert. 2009	2. tert. 2010	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	3. tert. 2010
Andel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp.	86 %	83 %	77 %	-	Implementering av prioriteringsveileder	69,6 %

2.1.3.3 Pasientsikkerhet – trygge og sikre tjenester

Antall feil og uønskede hendelser i helsetjenesten skal reduseres. Det er et ledelsesansvar på alle nivå å sikre velfungerende systemer for melding av uønskede hendelser. Ansatte skal oppleve det trygt å melde, og meldingene skal følges opp ut fra et system- og læringsperspektiv.

Oppgaver	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Helse Midt-Norge RHF skal delta i styringsgruppen som skal forberede pasientsikkerhetskampanjen. Styringsgruppen ledes av Helsedirektoratet.	Ja	X	Administrerende direktør og medisinsk faglig direktør deltar i styringsgruppen fra Helse Midt-Norge. Det er egen koordinator på RHF som samordner kampanjen i Midt-Norge.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		
Helse Midt-Norge RHF skal sikre deltakelse av fagpersonell i arbeidsgruppene som opprettes av Nasjonal enhet for pasientsikkerhet som er sekretariat for kampanjen.	Ja	X	Helse Midt-Norge RHF har fulgt opp arbeidet med pasientsikkerhetskampanjen, og i henhold til de forespørsler som er gjort.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		
Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at alvorlige hendelser i forbindelse med pasientbehandlingen blir gjennomgått, og at gjennomgangen brukes til læring for å unngå liknende hendelser.	Ja	X	Helse Midt-Norge RHF sørger for at alvorlige hendelser i forbindelse med pasientbehandlingen blir gjennomgått i dialogmøter med Helsetilsynet, samt oppfølging i dialogmøte og i direktørmøtet. Konkrete tiltak med tidsfrister blir avtalt der det er adekvat. Dette arbeidet vil videreføres.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

2.1.3.4 Tilgjengelighet og brukervedvirkning

Tjenestene må være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Det innebærer både fysisk tilgjengelighet, og tilgjengelighet knyttet til kulturell og språklig forståelse.

Brukere skal sikres medvirkning i egen helsehjelp, og medvirke i utviklingen av helsetjenester på systemnivå.

Oppgaver	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Helse Midt-Norge RHF skal sikre at helseforetakene informerer pasienter og pårørende om klageadgang.	Ja	X	Alle helseforetakene i Midt-Norge har i løpet av 2010 oppdatert sine sider på internett om pasientrettigheter, herunder klageadgang i tråd med nye brevmaler fra Helsedirektoratet.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		
Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for å bedre informasjonen til publikum om sykehusenes mest vanlige behandlingstilbud.	Ja	X	Alle helseforetakene i regionen har jobbet kontinuerlig gjennom året med å utvikle og forbedre internettinformasjon om behandlingstilbudet.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		
Helse Midt-Norge RHF skal utrede/gjennomgå/vurdere ventetiden for pasientgrupper med lang ventetid. Det skal iverksettes tiltak for å: a) Redusere ventetiden for kirurgisk behandling av sykelig	Ja	X	Det er iverksatt tiltak for å redusere ventetid for kirurgisk behandling av sykelig overvekt: 1) Antall operasjoner for sykelig overvekt har økt i 2010, totalt er det gjennomført 334 operasjoner i regionen (Namsos, St. Olav og
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

<p>overvekt.</p> <p>b) Redusere ventetiden for pasienter med hjerteflimmer.</p>		<p>Ålesund)</p> <p>2) Helse Midt-Norge har igangsatt arbeid for å få systematisk og lik rapportering på feltet sykelig overvekt fra de 4 sykehusforetakene. I januar 2011 gjennomføres en pilotrapportering.</p> <p>3) Etablering av tverrfaglig overvektspoliklinikk i to helseforetak.</p> <p>St. Olav: Polikliniske konsultasjoner har økt til 2360 i 2010. Ventetid fra startdato for utredning 31.12.10 var 204 dager. Antall operert har økt til 89 i 2010. Ventetid 311210 for kirurgi etter ferdig utredet var 77 dager. Samme antall planlegges i 2011. På sikt kapasitet opp mot 100 operasjoner/år.</p> <p>HNT: Antall opererte pasienter har økt til 130 i 2010.</p> <p>HSM: Antall opererte pasienter har økt til 115. Ventetiden til polikliniske konsultasjoner er redusert til 3 måneder. Ventetiden fra poliklinikk til operasjon er fortsatt ca 1 år. Det er pr. 31.12.2010 146 pasienter på venteliste for operasjon, men ca. 20 av disse har selv utsatt tidspunktet for operasjon. HSM regner med å måtte operere 120 pasienter i 2011 for å holde ventetiden nede på ca. 1 år.</p> <p>St Olav og HSM har etablert tverrfaglig overvektspoliklinikk. Denne oppgaven er delvis gjennomført i HNT, men ikke gjennomført i HNR i 2010.</p> <p>b) Det er ved St. Olavs hospital tatt i bruk to nye og moderne elektrofysiologiske laboratorier for behandling av hjerteflimmer. I løpet</p>
--	--	---

			av året er det utført 98 ablasjonsbehandlinger, en økning på 50 % fra året før. Det er utarbeidet en opptrappingsplan for behandlingsskapasitet, tilført både økonomiske og personellmessige ressurser for i 2011 å kunne øke antallet behandlinger dette år til det estimerte behov på 210 behandlinger per år.
--	--	--	--

Styringsparametre (* = NPR- tall)	2. tert. 2008	2. tert. 2009	2. tert. 2010	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	3. tert. 2010
Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker	94,8 %	94,4 %	97,5 %	100 %		99 %
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen somatikk*	76,6	78,4	81,7	Skal reduseres	I 2010 ble det spesielt satset på at ventende med rett til nødvendig helsehjelp skulle få en reduksjon i ventetid. Den ble redusert fra 101 dager i januar til 81 dager i desember. En reduksjon på 20 dager.	
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen BUP	96	86	83,8	Skal reduseres	Se over	
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP)	60,1	59,6	54,6	Skal reduseres	Se over	
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere (TSB)	75	92,6	83,5	Skal reduseres	Se over	
Andel pasienter som er vurdert innen 30 dager	96 %	96 %	95 %	100 %		
Andel pasienter innen BUP som er vurdert	84 %	87 %	91 %	100 %		93 %

innen 10 dager						
Andel rettighetspasienter som gis behandling innen 65 dager i psykisk helsevern og/ eller TSB for personer under 23 år	68 %	74 %	78 %	100 %		
Antall pasienter som har fått tildelt individuell plan		29 %	33 %	Skal økes	Innen barnehabilitering ligger andelen IP på ca 30 % i regionen, det etterspørres fortsatt en bedre avklaring av indikatoren.	
Andel fristbrudd for rettighetspasienter (avviklede)	18 %	20 %	22 %	Skal reduseres	Helse Midt-Norge hadde i januar 5524 fristbrudd for ventende. I desember var tallet 2624 fristbrudd. En reduksjon på 52,5 %. Fra september i 2010 ble en egen handlingsplan iverksatt for å få 0 fristbrudd ved årsskiftet 2010/2011.	22,4 %

Spesifisering vedr. fristbrudd.

For avviklede er andel fristbrudd 22 % i både 2. og 3. tertial som rapportert over. Men det er behandlet mange flere i 3. tertial enn i 2. tertial.

For ventende er fristbruddene redusert fra 18 % til 11 % i fra 2. til 3. tertial:

Avviklede	Antall behandlede	Antall fristbrudd	Prosent
2. tertial	28873	6351	22 %
3. tertial	36901	8262	22 %

Ventende	Antall behandlede	Antall fristbrudd	Prosent
2. tertial	29022	5236	18 %
3. tertial	24024	2624	11 %

2.1.4 Pasientbehandling

Det er nødvendig med fortsatt utvikling og omstilling av spesialisthelsetjenestetilbudet for å møte endringer i sykkelighet, i alders- og befolkningssammensetning, ny medisinsk teknologi og endret pasientrolle.

2.1.4.1 Helhetlige pasientforløp og samhandling

Helse Midt-Norge ønsker å tilby pasienter og brukere en helhetlig tjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjeder og pasientforløp som ivaretar god behandlingskvalitet.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
<p>Helse Midt-Norge RHF skal videreføre arbeidet med å utarbeide/revidere regionale planer for store pasientgrupper som pasienter med de hyppigste kreftformer, pasienter med hjerneslag og pasienter i tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Planene skal utvikles i et forløpsperspektiv og omfatte kommunehelsetjenesten og ulike nivåer av sykehusbehandling der dette er relevant. Planene skal identifisere betydningsfulle flaskehals f.eks. kapasitet innen radiologi og laboratorietjenester, rehabiliteringskapasitet, tilgang på spesialister og evt. annet helsepersonell, og kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten. Relevante faglige retningslinjer (hjerneslag), handlingsprogrammer (ulike krefttyper) og rapporter fra forløpsgruppene som ble etablert i forbindelse med samhandlingsprosjektet legges til grunn for arbeidet. Bruk av individuell plan er et viktig element.</p>	Ja		<p>Regional kreftplan er under utarbeidelse. Planlagt ferdigstilt i løpet av 2011.</p>
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		<p>Arbeidet ledes av Helsedirektoratet.</p>
<p>Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med Helsedirektoratet starte arbeidet med å utarbeide forslag til styringsvariable /indikatorer på gode forløp uten uønskede brudd og forsinkelser for pasienter med de hyppigste kreftformene, pasienter med hjerneslag og pasienter innen</p>	Ja		
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

<p>tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk. Helsedirektoratet har fått i oppdrag å samarbeide med de regionale helseforetak om dette.</p>			
<p>Helse Midt-Norge RHF skal sikre at helseforetakene iverksetter tiltak på systemnivå for at veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten ivaretas. Dette innebærer f. eks å etablere systemer som sikrer god tilgjengelighet til kompetent faglig rådgiving for fastleger og leger i vakt, og systemer som sikrer at kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten er en integrert del av all ambulansetjenestevirksomhet.</p>	<p>Ja Igangsatt, men ikke ferdigstilt Nei</p>	<p>X</p>	<p>Kravet ble videreført til helseforetakene gjennom Styringsdokument 2010. Alle helseforetak unntatt ett, rapporterer at kravet er innfridd. Tiltakene som er iverksatt er; Konsultasjonsmulighet og konsultasjonsplikt for kommunale leger som vurderer å legge inn pasienter som øyeblikkelig hjelp. Praksiskonsulenter og ambulante team har kompetanseoverføring til kommunene som en av sine oppgaver. Hospiteringsordninger. Faglige møter. Beredskap for konsultering i forbindelse med lokalt baserte TSB tjenester.</p>
<p>De regionale helseforetakene får ansvar for følgetjeneste for gravide til fødeinstitusjon fra 1.1.2010.</p>	<p>Ja Igangsatt, men ikke ferdigstilt Nei</p>	<p>X</p>	<p>Helse Midt-Norge har orientert HFene om overtakelse av ansvaret for følgetjenester for gravide og at HFene har ansvar for å overta og videreføre eksisterende følgetjenester. Helse Sunnmøre er i dialog med noen kommuner om avvikling av følgetjenester fordi disse kommunene har kortere reiseavstand enn 1 1/2 time. Beskrivelse av hvordan følgetjenester skal videreutvikles er beskrevet i forslag til plan for svangerskaps-, fødsels- og barselsomsorg. Implementering av planen vil skje etter at denne er godkjent i departementet</p>
<p>Helse Midt-Norge RHF skal følge opp at helseforetakene gir samhandlings- og koordineringsfunksjonen en tydelig ledelsesmessig og organisatorisk forankring.</p>	<p>Ja Igangsatt, men ikke ferdigstilt Nei</p>	<p>X</p>	<p>Alle helseforetak har oppnevnt ansvarlige for samhandlingen i eget helseforetak. Det er etablert regionalt nettverk hvor alle HF og RHF deltar. Kravet er videreformidlet i styringsdokument for 2011 til alle helseforetak. I løpet av januar/februar vil RHFet holde møter med alle helseforetak for å diskutere HFets planer for samhandling med kommunene diskutere effekten av eksisterende</p>

			Samhandlingstiltak
Helse Midt-Norge RHF skal utrede hvordan de kan øke andelen polikliniske konsultasjoner for nyhenviste pasienter og redusere andelen kontroller. Det skal i tillegg utredes hvilke oppgaver og hvilken kompetanse det er behov for i primærhelsetjenesten for å samarbeide om dette. Frist for rapportering til departementet er 1.6.2010.	Ja	X	Rapport ble oversendt 100610.
	Igang satt, men ikke ferdigstilt		Helse Midt-Norge RHF har arbeidet med og tatt inn problemstillingen i en rekke aktiviteter både før oppdraget kom og i prosesser som nå kjøres framover. Den viktigste av disse er Strategi 2020.
	Nei		Økning av andelen polikliniske konsultasjoner for nyhenviste pasienter og reduksjon av antallet kontroller i spesialisthelsetjenesten vil kreve en detaljert gjennomgang innen hvert fagfelt, pasientgruppe og behandlingsforløp. Dette er en del av et kontinuerlig arbeid med kvalitetsforbedring og logistikkendringer i tråd med faglig utvikling. Dette vil Helse Midt-Norge RHF gjøre gjennom målrettet arbeid med <ul style="list-style-type: none"> • kompetanseoverføring til primærhelsetjenesten (kurs, veiledningstjeneste, praksiskonsulenter) • overføring av kontroller til andre yrkesgrupper (fysioterapeuter, sykepleiere, ergoterapeuter) • sammenlikning mellom likeartete virksomheter (bench-marking) • kritisk gjennomgang av kontrollregimer • utarbeidelse av standardiserte pasientforløp • kapasitetsplanlegging og organisering av poliklinikk (turnus - og årsplanlegging, gjennomgang av vaktordninger) • klare ansvarslinjer for poliklinikkjenesten • produksjonsmål innen poliklinisk virksomhet • pasient- og pårørendeopplæring
Helse Midt-Norge RHF skal ha rutiner og kompetanse som sikrer at ernæring er en integrert del av behandlingstilbudet og at veiledningsoppgaven ovenfor kommunene ivaretas på ernæringsområdet.	Ja		Målet er delvis nådd. Tiltak er i gang i helseforetakene. Ernæring vektlegges videre i 2011.
	Igang satt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		St Olav: Helseforetaket har rutiner og kompetanse som sikrer at god ernæring er integrert i enkelte, men

			<p>ikke i alle behandlingstilbud. Kapasiteten på kliniske ernæringsfysiologer i helseforetaket er liten. Det er utarbeidet en ernæringsstrategi.</p> <p>HNR: Det er utarbeidet en rapport for å sikre at ernæring blir integrert i behandlingstilbudet herunder veiledning til kommunene.</p> <p>HNT: Gjennomført prosjekt ved Sykehuset Levanger. "Ernæringsstatus og vektendring hos pasienter med akutt forverring av KOLS innlagt i sykehus. Jf. egen samhandlingsstrategi for kommunene.</p> <p>HSM: Foretaket vil gjennom et prosjekt gjennomgå rutiner og øke kompetanse på feltet.</p>
--	--	--	--

Styringsparameter	2010	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet
Andel pasienter med hjerneslag som får trombolyse ved de enkelte helseforetak	St. Olavs Hospital 12 % HNT 2,9 % HSM 4,6 % HNR 6,6 %	–	Registerløsningen vil kunne gi bedre datakvalitet fra 2011

2.1.4.2 Psykisk helsevern

Det overordnede målet i psykisk helsearbeid er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv.

Oppgave	Status. Kryss av.	Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Helse Midt-Norge RHF skal evaluere effekten av avtalene om samarbeid mellom DPS/BUP og kommunene, herunder barnevernet. Evalueringen skal	Ja	Kravet er ikke innfridd. I 2011 vil Helse Midt-Norge kartlegge avtalene og evaluere dem.
	Igang satt, men ikke ferdigstilt	
	Nei	

vurdere avtalene opp mot omstillingskravet og behovet for å utvikle konkrete samhandlingsmodeller.			
Helse Midt-Norge RHF skal som ledd i etableringen av ny Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang i de psykiske helsetjenester iverksette en regional, forpliktende handlingsplan for å begrense og kvalitetssikre bruk av tvang i psykisk helsevern. Oppgaven spesifiseres i et eget brev.	Ja		Dette er arbeidet med gjennom Nasjonal strategigruppe 2 hvor målsettinger er lagt. I 2011 vil det arbeides med egen regional handlingsplan.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		
Rusmiddelproblemer hos pasienter som henvises til psykisk helsevern skal undersøkes, og det skal iverksettes tiltak for å sikre at disse pasientene får et helhetlig behandlingstilbud for sin rusmiddelavhengighet.	Ja		Pasienter med ruslidelser som henvises til Psykisk Helsevern blir systematisk utredet for dette. Videre oppfølging søkes avklart i et samarbeid mellom PH og Rusbehandling Midt-Norge (RMN). I tilfeller der rus ikke er beskrevet som en del av problembildet, søkes dette allikevel avklart gjennom utredning og undersøkelse, men uten at det skjer en systematisk screening med tanke på ruslidelse. En samarbeidsavtale mellom Psykisk og RMN er under forberedelse. Avtalen forventes å bli et nyttig redskap for ansvars- og oppgavefordeling mellom partene, til beste for pasientene.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		
Helse Midt-Norge RHF skal bidra til Helsedirektoratets kartlegging av behandlingstilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser når det gjelder kapasitet, kvalitet og tilgjengelighet. Direktoratets kartlegging skal omfatte tilbudet på regionalt nivå, i helseforetak og DPS, i BUP, i privat regi, samt i kommunene, jf. regjeringens ønske om å styrke behandlingstilbudet til pasienter med spiseforstyrrelser, med særlig fokus på barn og unge.	Ja	X	HMN har deltatt i arbeidet i regi av Helsedirektoratet, og kravet er oppfylt.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		
Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at gode erfaringer fra brukerbaserte tiltak kommer til anvendelse ved alle DPS, jf.	Ja		<u>St. Olavs Hospital</u> Samtlige DPS-er har en praksis med brukerstyrte innleggelse/ planlagte reinnleggelse, der målsetting og
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X	

<p>relevante erfaringer fra prosjektene "Brukerorienterte alternativer til tvang" (SINTEF 2008) og "Brukerstyrte plasser" (Jæren DPS) mv.</p>	<p>Nei</p>		<p>varighet er avtalt på forhånd. Det er dessuten generelt lav terskel for bistand og hjelp til tidligere innlagte pasienter, dette gjelder i særdeleshet pasienter med kriseplaner som får nye sykdomsepisoder. I tillegg har tidligere innlagte pasienter også ofte åpne invitasjoner til å delta i lærings- og mestringsgrupper.</p> <p><u>HNR</u> Det har ikke vært mulig å ivareta ønsket om brukerstyrte plasser på grunn av psykiatriomstillingen som har vært.</p> <p><u>HNT</u> Ved alle DPS er det innført modeller for lavterskel innleggelse/poliklinikk i form av "ringeavtale", "kriseplan" og ambulant virksomhet. Lavterskel innleggelser ved vurdert behov fra fastlege eller forespørsel fra pasient/pårørende i alle DPS. TIPS telefon innført ved Sykehuset Namsos.</p> <p><u>HSM</u> Det er etablert slike tilbud, blant annet ved Volda DPS. Vi må arbeide videre med å utvikle flere slike tilbud.</p> <p>Helse Midt-Norge vil arbeide videre med de gode erfaringer der de har innført brukerstyrt seng da det viser å ha god effekt.</p>
<p>Helse Midt-Norge RHF bes vurdere å legge til rette for å gi økt tilbud til personer med psykiske lidelser/problemstillinger innenfor ordningen "Raskere tilbake".</p>	<p>Ja</p> <p>Igangsatt, men ikke ferdigstilt</p> <p>Nei</p>	<p>X</p>	<p>Helse Midt-Norge RHF har tilbud til pasienter med psykiske lidelser innenfor ordningen Raskere tilbake ved et helseforetak og en privat rehabiliteringsinstitusjon.</p>

Styringsparametre	2010	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet
<p>Antall tvangsinnleggelser per 10 000 innbyggere og prosentandel av tvangsinnleggelser per institusjon</p>	<p>Se under tiltak</p>	<p>Skal reduseres</p>	<p>St. Olavs Hospital Pr. 1. tertial 2010: Antall tvangsinnlagte pr.10 000: 9,7 Andel tvangsinnlagte av alle innleggelser: 18,2 % I fht rapporteringen fra 3. tertial 2009, er begge parametrene redusert (fra hhv 10,0 og 19,6 %). Pr.2.tertialet 2010:</p>

			<p>Antall tvangsinnlagte pr.10 000: 8,8 Andel tvangsinnlagte av alle innleggelser: 17,2 % Det har vært en fallende tendens.</p> <p>HNR Antall tvangsinnleggelser pr 10.000 innbyggere: 19,6 Andel tvangsinnleggelser 18,4 %</p> <p>HNT Antall tvangsinnleggelser pr 10.000 innbyggere: Res. 2009: 19,3 Res. akk. pr. 2.tertial 2010: 11,5. Andel tvangsinnleggelser av det samlede antall innleggelser i psykisk helsevern: Res. 2009: 20,0 % Res. akk. pr. 2.tertial 2010: 18,3 %. Psyk klinikk har lav andel tvang pr. idag og det er usikkert om vi vil få en lavere andel tvang i 2010. Måltallene viser at klinikken har lavere andel tvang i 2010 enn i 2009. Klinikken arbeider for å redusere tvang så mye det lar seg gjøre, men med så lave tall, kan en enkeltpasient som legges inn flere ganger føre til at andelen tvangsinnleggelser øker.</p> <p>HSM Antall tvangsinnleggelser pr 10.000 innbyggere pr. 2.tertial: 10,9 Andel tvangsinnleggelser av det samlede antall innleggelser i psykisk helsevern pr 2.tertial: 8,7 % ACT-team på nordre Sunnmøre, og akutteam på nordre og søre vil bidra til redusert bruk av tvangsinnleggelser. I nedslagsfeltet til Volda DPS er det etablert en prosjektstilling for oppfølging av personer under TPH uten døgnopphold</p>
<p>Andel ikke planlagte reinnleggelser i akuttpsykiatriske avdelinger innen 30 dager per 10 000 innbyggere</p>	<p>Se under tiltak</p>	<p>Skal reduseres</p>	<p>St. Olavs Hospital Antall reinnleggelser i akuttavdelinger (akuttpostene 1-4 på Østmarka): Pr. 31.8.2010: Antall reinnleggelser i akutt: 74 (6,3 % av alle innleggelser i akuttpost). Pr. 31.8.2009: antall reinnleggelser i akutt: 132 (12,0 % av alle innleggelser i akuttpost). Tallet synes ikke høyt da mange pasienter prøver seg hjemme med</p>

			<p>mulighet for hurtig direkte retur til sykehuset hvis de ikke klarer seg hjemme. Dette er en ønsket praksis. Der er en reduksjon fra 2009 til 2010.</p> <p>Det knyttes usikkerhet til om det er en enhetlig registreringspraksis i avdelingene.</p> <p>HNR Antall reinnleggelser innen 30 dager pr. 10000 innbyggere Pr. 31.12.2010: 37,0 Tilsvarende tall for 2009: 11,6</p> <p>HNT Andel ikke planlagte reinnleggelser pr 10 000 innbyggere over 18 år er pr oktober 2009: 8,1 2010: 5,9</p> <p>HSM Det regnes med at mulighet for ambulans behandling reduserer ikke-planlagte reinnleggelser. Ca 100 pasienter under ambulans behandling på ethvert tidspunkt.</p>
Andel og antall pasienter over 18 år behandlet i sykehus og DPS per 10 000 innbyggere fordelt på døgninnleggelser, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulans tjeneste innen psykisk helsevern.	Se under tiltak	–	<p>St. Olavs Hospital Antall og andel pr. 10 000 innbyggere i sykehus:</p> <p><u>Innleggelse:</u> 1.tertial 2010: antall: 708 - andel: 31,5 2.tertial 2010: antall: 718 - andel: 31,9</p> <p><u>Dagbehandling:</u> 1.tertial 2010: antall: 27 - andel: 1,2 2.tertial 2010: antall: 27 - andel: 1,2</p> <p><u>Polikliniske konsultasjoner:</u> 1.tertial 2010: antall: 5685 - andel: 252,6 2.tertial 2010: antall: 4513 - andel: 200,5</p> <p><u>Ambulans behandling:</u> 1.tertial 2010: antall: 86 - andel: 3,8 2.tertial 2010: antall: 130 - andel: 5,8</p> <p>Antall og andel pr. 10 000 innbyggere i DPS:</p> <p><u>Innleggelse:</u> 1.tertial 2010: antall: 491 - andel: 21,8 2.tertial 2010: antall: 425 - andel: 18,9</p> <p><u>Dagbehandling:</u> 1.tertial 2010: antall: 285 - andel: 12,7 2.tertial 2010: antall: 220 - andel: 9,8</p> <p><u>Polikliniske konsultasjoner:</u> 1.tertial 2010: antall: 26965 - andel: 1198,0 2.tertial 2010: antall: 22529 - andel: 1000,9</p> <p><u>Ambulans behandling:</u></p>

			<p>1.tertial 2010: antall: 2623 - andel: 116,5 2.tertial 2010: antall: 2653 - andel: 117,9</p> <p>Når det gjelder ambulant behandling, er måten dette registreres på ny av året. Omfanget er trolig større enn det tallene viser, da vi tidligere ikke hadde mulighet til å merke ambulante konsultasjoner. Dette har gått utover ambulant behandling i sykehus da disse ikke ble merket som ambulante. I DPS har vi imidlertid definert hele enheter som ambulante, og all aktivitet som skjer ved disse regnes da som ambulante. Det vil derfor være noe underrapportering ved sykehus da de definerte ambulante enhetene ligger i DPS.</p> <p>Alle polikliniske konsultasjoner her er refusjonsberettigede, det vil si at interne (inneliggende) ikke er med i tallgrunnlaget.</p> <p>Det er for noen indikatorer noe lavere aktivitet i 2. enn i 1. tertial, dette kan ha sammenheng med sommerferieavvikling. Der er en planlagt vekst i ambulante tjenester</p> <p>HNR</p> <p><u>Antall og andel pr. 10000 innbyggere i sykehus:</u> Antall innleggelse: 596 Andel: 51,1 Antall dagopphold: 31 Andel: 2,7 Antall polikliniske konsultasjoner: 2553 Andel 219,0</p> <p>Antall ambulante konsultasjoner: 1908 Andel 163,7</p> <p><u>Antall og andel pr. 10000 innbyggere i DPS:</u> Antall innleggelse: 487 Andel: 41,8 Antall dagopphold: 14 Andel: 1,2 Antall polikliniske konsultasjoner: 32785 Andel: 2812,6</p> <p>Antall ambulante konsultasjoner: 3335 Andel: 286,1</p> <p>HNT</p> <p>Antall i sykehus døgn; 657, andel 65.7 dag; 0 Pol; 4639, andel 463,9</p>
--	--	--	---

			<p>ambulant; 0 (finnes ikke måleverktøy)</p> <p>Antall i DPS døgn; 159 andel 15.9 pol; 928, andel 92.8 dag og ambulant: 0</p> <p>Ettersom sykehus også har DPS funksjoner i NT, kan disse tallene sees under ett.</p> <p>Tallene gjelder unike pasienter</p> <p>HSM</p> <p>Totalt DPS døgn per 10000 innbyggere 542 - 0,54 %</p> <p>Totalt DPS pol per 10000 innbyggere 25947 - 25,95 %</p> <p>Total DPS ambulant 1403 - 1,40 %</p> <p>Total sykehus døgn per 10000 innbyggere 1055 - 1,06 %</p> <p>Total sjukehus pol per 10000 innbyggere 2659 - 2,66 %</p>
Antall og andel pasienter over 18 år behandlet i dagtilbud og poliklinisk virksomhet (mål: skal økes).	Se tiltak	Skal økes	<p>St. Olavs Hospital</p> <p>Antall og andel pr. 10 000 i sykehus:</p> <p>Dagbehandling:</p> <p>1.tertial 2010: antall: 27 - andel: 1,2 2.tertial 2010: antall: 27 - andel: 1,2</p> <p>Polikliniske konsultasjoner:</p> <p>1.tertial 2010: antall: 5685 - andel: 252,6 2.tertial 2010: antall: 4513 - andel: 200,5</p> <p>Antall og andel pr. 10 000 i DPS:</p> <p>Dagbehandling:</p> <p>1.tertial 2010: antall: 285 - andel: 12,7 2.tertial 2010: antall: 220 - andel: 9,8</p> <p>Polikliniske konsultasjoner:</p> <p>1.tertial 2010: antall: 26965 - andel: 1198,0 2.tertial 2010: antall: 22529 - andel: 1000,9</p> <p>Der er noe lavere aktivitet i 2. enn i 1. tertial. Det har sannsynligvis</p>

			<p>sammenheng med at sommerferien er i 2. tertial.</p> <p>HNR</p> <p><u>Antall og andel pr. 10000 innbyggere i sykehus (unike pasienter):</u> Antall dagopphold: 28 Andel: 2,4 Antall polikliniske konsultasjoner: 647 Andel: 55,5</p> <p><u>Antall og andel pr. 10000 innbyggere i DPS (unike pasienter):</u> Antall dagopphold: 9 Andel: 0,8 Antall polikliniske konsultasjoner: 3727 Andel: 319,7</p> <p>HNT</p> <p>Antall og andel pasienter over 18 år behandlet i dagtilbud og poliklinisk virksomhet</p> <p>Dag og poliklinikk 5567 pasienter pr 10.000, andel 556,7</p> <p>Gjelder unike pasienter</p> <p>HSM</p> <p>Antall behandlede pasienter i 2009: 2437, i 2010: 2624.</p>
Antall konsultasjoner innen ambulant virksomhet for barn og voksne	–	skal økes	<p>Manglende tilrettelegging for registrering eller endring i registrering dominerer bildet slik at ingen helseforetak kan svare for en økning. Det hevdes likevel at det drives ambulant virksomhet i økende grad. Det er nå lagt tilrette for registrering og det forventes å kunne levere tall på dette i 2011</p>
Prosentvis fordeling av årsverk mellom sykehus og DPS - tjenester innen psykisk helsevern	Se under tiltak	Andel årsverk innen DPS skal øke	<p>St. Olavs Hospital</p> <p>Andel årsverk pr. november 2010: Sykehus: 50,6 % DPS: 49,5 %</p> <p>Under sykehus er det her regnet avdeling Østmarka.</p> <p>Den prosentvise andelen årsverk i sykehus og DPS har vært tilnærmet lik i 2009 og 2010 og er svært nært målet på en 50/50-fordeling</p> <p>HNR Sykehus: 54,6 % DPS: 45,4 %</p> <p>HNT</p>

			<p>Helse Nord-Trøndelag har organisert psykiatrisk klinikk i sykehus og DPS. Sykehusene i Helse Nord-Trøndelag har også DPS funksjoner for spesifikke kommuner. Dette kommer ikke til syne i statistikk.</p> <p>Gjennom nasjonal strategigruppe for psykiatri og sentrale styringskrav blir vi utfordret til å endre på dette innen 2013. Vi har satt tema på dagsorden høst 2010, og vil planlegge å arbeide med dette i klinikkledelsen i 2011.</p> <p>HSM I 2010 ble 11 nye stillinger brukt til DPS, ingen til sjukehus.</p>
Antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS per 10 000 innbyggere innen psykisk helsevern.	Se under tiltak	–	<p>St. Olavs Hospital Antall psykiatere i DPS pr. 10.000 innbyggere pr. 1.12.2010: 0,96 Antall psykologer i DPS pr. 10.000 innbyggere pr. 1.12.2010: 4,06</p> <p>HNR Per 10 000 innbyggere 1,2 psykiatere, 2,4 psykologer</p> <p>HNT Antall årsverk i DPS pr 10 000 innbyggere over 18 år: Psykiatere: 0,52 Psykologer: 0,92</p> <p>HSM Per 10 000 innbyggere (voksenbefolkning): 0,8 psykiatere, 0,8 LIS, 1,2 psykologer</p>

2.1.4.3 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB)

I tråd med Opptrappingsplan for rusfeltet (2007-2010) skal kvaliteten og kapasiteten innen TSB, inkludert legemiddellassistert rehabilitering (LAR) styrkes for å redusere ventetider og sørge for et sammenhengende behandlingsforløp, slik at det ikke oppstår ventetid mellom ulike deler av TSB (f. eks. avrusning og videre behandling).

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med kommunene legge til rette for behandlingsforberedende tiltak overfor rusmiddelavhengige som er gitt rett til nødvendig helsehjelp innen tverrfaglig spesialisert behandling i påvente av oppstart av behandling.	Ja		Det er startet kartlegging av pasientforløpene innen rusomsorgen. I tillegg har de som tilbyr døgn-behandling opprettet funksjon hvor pasientene følges opp pr. telefon i ventetiden frem til innleggelse. Det pågår et godt samarbeid med kommunene når det gjelder
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		

			rusomsorgen, og det arbeides for at denne skal bli bedre. Dette vil bli en del av arbeidet med pasientforløpene og ventes ferdigstilt i løpet av 2011.
--	--	--	--

Styringsparametre	2010	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet
Antall årsverk for leger, legespesialister og psykologer i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige	Leger 5 Legespes. 3 Psykologer 7,5	skal økes	Antall psykologer har økt men det har ikke vært mulig å rekruttere i alle ledige stillinger. Det arbeides løpende med rekruttering gjennom flere kanaler. Tiltak for å bedre på rekruttering av leger er å få egen spesialitet for rus og avhengighetsmedisin samt tildeling av legehjemler.
Antall barn som fødes av kvinner i LAR-behandling og hva slags tilbud disse pasientene mottar.	3	–	Dette registreres av regionalt senter for LAR. Det er rapportert fra senteret om 3 fødsler i 2010. Dette følges opp tett og forpliktende etter særskilte prosedyrer.

2.1.4.4 Habilitering og rehabilitering

Oppfølging av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) skal bidra til at dette feltet får den posisjon som de overordnede helse- og velferdspolitiske mål tilsier. Det betyr at habilitering og rehabilitering må bli riktig og bedre prioritert innad i de ulike tjenesteområdene. Retningsgivende for arbeidet er helhetlige behandlings- og rehabiliteringsløp, samhandling og brukermedvirkning, tilgjengelighet og likeverdighet i tilbudet.

Oppgave	Status.	Kryss av.	Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Helse Midt-Norge RHF skal i 2010 kjøpe tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i minst samme omfang som i 2009 for befolkningen.	Ja	X	Kravet er innfridd gjennom inngåelse av nye kontrakter med private rehabiliteringsinstitusjoner. Avtalene gjelder for perioden 2010 - 2013.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

2.1.4.5 Områder med særskilt fokus

Kronisk smerte

Tilbudet til pasienter med kronisk smerte skal styrkes kapasitets- og kompetansemessig

Oppgave	Status.	Kryss av.	Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Helse Midt-Norge RHF skal innen	Ja		Helseforetakene har svart ut

utgangen av 1. tertial 2010 gi departementet en oversikt over tilbudet til kroniske smertepasienter og planer for å styrke dette.	Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X	<p>henvendelsen og beskriver at alle har etablert et tilbud til kroniske smertepasienter.</p> <p><u>St. Olavs Hospital</u> har organisert tilbudet i Avdeling for smerte og sammensatte lidelser. Det gjenstår ennå arbeid for å konkretisere en styrking av tilbudet.</p> <p><u>Helse Nord-Trøndelag</u> har etablert tilbudet via et palliativt team ved Sykehuset Levanger, og har under etablering til tilsvarende tilbud i Namsos. Dette tilbudet er knyttet til kreftomsorgen. De har konkrete planer i sitt strategidokument om å styrke tilbudet til pasienter med sammensatte lidelser.</p> <p><u>Helse Sunnmøre</u> har etablert et poliklinisk tilbud til kroniske smertepasienter og de anser kravet om å ha et tilbud og styrking av dette som innfridd.</p> <p><u>Helse Nordmøre og Romsdal</u> har organisert tilbudet via anestesitjenesten.</p>
	Nei		

Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)

De regionale helseforetakene skal sikre adekvat tilbud om diagnostikk, behandling og rehabilitering, herunder tilbud om lærings- og mestringskurs, til pasienter med CFS/ME.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
<p>Helse Midt-Norge RHF skal utarbeide rapport med status over adekvate tilbud om diagnostisering, behandling og rehabilitering til pasienter med CFS/ME. Rapporten skal vise hvilke helseforetak som har tilbud til pasientgruppen, hvilken type tilbud, antall pasienter som er henvist og antall pasienter som er gitt et tilbud i helseregionen i 2009. Frist for rapportering er utgangen av 2. tertial 2010.</p>	Ja	X	<p>Rapport om tilbud CFS/ME pasienter i Helse Midt-Norge</p> <p>Henvisninger, diagnostikk og behandling for denne pasientgruppe håndteres på samme måte ved de respektive HF i Helse Midt-Norge. Nevrologisk forenings retningslinjer for dette følges. Fokuda-kriteriene med tilleggskriterier og tilhørende funksjonsvurdering er vesentlige deler av dette arbeidet ved våre HF. Det utføres tverrfaglig somatisk, psykologisk og fysikalsk-medisinsk utredning. Det drives samhandling med primærhelsetjenesten ved møtevirksomhet hvor undervisning om sykdommen og om retningslinjene for diagnostikk,</p>
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

		<p>behandling og videre oppfølging er vesentlige elementer.</p> <ul style="list-style-type: none"> · BUP i samarbeid med barneavdelingene tar hånd om barn med denne diagnosen. Barnenevrologer deltar sentralt i dette arbeidet. For voksne er det de nevrologiske avdelinger som har ansvaret for dette, sammen med den tverrfaglige poliklinikk(se ovenfor)ved St. Olavs hospitals smerteklinikk. · Fysikalsk-medisinsk behandling av ulik art er bærende elementer i behandlingen, sammen med behandling ved psykolog/psykiater. · Dagrehabiliteringsenhet (Coperiosenteret) og senere (fra sept.2010) Hysnes helsefort tar del i rehabiliteringsarbeidet · Etterbehandling/oppfølging skjer hos pasientenes fastleger. Ny henvisning til utredende enhet kan sendes ved manglende videre fremgang for pasienten. <p>Enheter som gir tilbud Møre - og Romsdal fylke – HNR HF Nevrologisk avdeling, Sykehuset i Molde i samarbeid med Ålesund sykehus, Kristiansund sykehus og rehabiliteringsenheter.</p> <p>Sør Trøndelag: St.Olavs Hospital HF i samarbeid med rehabiliteringsenheter.</p> <p>Nord Trøndelag – HNT HF Sykehuset Levanger i samarbeid med sykehuset Namsos og rehabiliteringsenheter.</p> <p>Behandling Etter differensialdiagnostisk utelukkelse av andre systemsykdommer gis fysikalsk behandling, etterfulgt av eventuell egentrening og mestring, behandling ved psykolog og psykiater, kognitiv terapi, fysioterapi ved kommunehelsetjenesten. Det legges vekt på kontinuitet ved</p>
--	--	---

			<p>nært samspill med primærhelsetjenesten(se ovenfor).</p> <p>Henvisninger og behandlet.</p> <p>I 2009 ble 158 pasienter henvist.122 pasienter ble utredet av tverrfaglig team. Halvparten fikk diagnosen CFS/ME. De fikk tverrfaglig behandlingstilbud etter gjeldende retningslinjer.</p> <p>Andre ble henvist til annen behandling.</p> <p>Pr. 2. tertial 2010 er det mottatt 198 henvisninger og 146 er gitt rett til helsehjelp innen 6 måneder.</p> <p>Fristen er overholdt til nå.</p>
--	--	--	---

Organdonasjon/transplantasjon

Det er et nasjonalt mål å øke antall organtransplantasjoner til 30 donasjoner per mill. innbyggere.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for øke antall tilgjengelige organer og samarbeide med nasjonal koordinator for organdonasjon i Helsedirektoratet.	Ja		Donoransvarlig lege i HMN har jevnlig møter med de ansvarlige ved hvert HF i HMN. Han reiser på besøk og orienterer om felles forpliktelser og saksgang. Man deltar i H.dirs årlige samlinger for donoransvarlige leger fra alle HF. Målet om 50 % donororganer fra levende donorer forsøkes oppnådd, men man kan ikke garantere dette. Tilgangen på nye organer har vært jevn i de senere år.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		

Cochleaimplantasjon/rehabilitering

Det er et nasjonalt mål at volumet på cochleaimplantatoperasjoner skal videreføres og at CI-opererte får habilitering og rehabilitering.

Oppgaver	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Helse Midt-Norge RHF skal sikre tilstrekkelig kapasitet for cochleaimplantasjoner jf nasjonale mål.	Ja	X	St. Olavs Hospital HF gir tilbud til voksne pasienter som har behov for cochleaimplantat. Det er avtale med Helse Nord om at voksne pasienter med slikt behov fra Nord-Norge blir operert ved St. Olavs Hospital HF.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

At det ikke ble operert flere skyldes manglende kapasitet på

			høresentralen, utstyrsmangel på operasjon på slutten av året. Dette førte til at 2 stk operasjoner ble utsatt i desember. I dag står 29 pasienter på venteliste for utredning til CI, samt at flere er klargjort (ferdigutredet) for CI-operasjon. Kapasiteten anses tilstrekkelig.
Helse Midt-Norge RHF skal sikre at CI-opererte får habilitering og rehabilitering etter operasjon.	Ja	X	St. Olavs Hospital HF gir rehabiliteringstilbud etter operasjon, men det opplyses at slikt tilbud kan variere fra kommune til kommune.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

Styringsparameter	2010	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet
Antall cochleaimplantatoperasjoner	19 (18 CI + 1 bilateral (CI 2))	–	Av disse 19 pasientene var 6 fra Sør-Trøndelag, 8 fra Møre og Romsdal, 2 fra Nord-Trøndelag og 2 fra ett av de nordnorske fylker. Pr 2. tertial var resultatet 12 innopererte implantat.

Prehospitaltjenester

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Helse Midt-Norge RHF skal sikre at helseforetakene innen 1.4.2010 oppfyller kompetansekravene i forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.	Ja	X	Alle HF er fulgt opp mot dette kravet. HF har fulgt opp videre mot eksterne drivere av ambulansetjeneste. Alle HF tilfredsstillter denne forskriften pr. 1.4.2010
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		
Helse Midt-Norge RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om å utvikle nasjonale krav til ambulanserbiler som følge av Norges implementering av direktiv 2007/46/EF om godkjenning av kjøretøy.	Ja	X	Helsedirektoratet har jobbet med dette i 2010. De vil følge opp dette videre i 2011 og samarbeide med de regionale helseforetakene om dette.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

Nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten

Nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten skal bidra til å heve kvaliteten på helsetjenestene som utføres, inkludert å utføre dem så kostnadseffektivt som mulig gjennom oppbygging og spredning av nasjonal kompetanse. Nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten skal sikre kvalitet i hele bredden av helsetjenesten, samtidig som spesialiserte oppgaver og nye trender ivaretas gjennom forskning og kompetanseoppbygging.

Oppgave	Status. Kryss av.	Kort beskrivelse av tiltak iverksatt
---------	-------------------	--------------------------------------

			for å oppfylle styringskrav.
Helse Midt-Norge RHF skal implementere nytt styringssystem for nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten i tråd med og fra den tid departementet beslutter.	Ja	X	For Nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten er det besluttet å ta i bruk felles nasjonalt registreringssystem fra 1.mars 2011 og St. Olavs Hospital vil ta i bruk registreringen fra samme dato
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

Lands- og flerregionale og overnasjonale funksjoner

Det er et nasjonalt mål å sikre lik tilgang til og bruk av landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og ev overnasjonale tilbud om høyspesialisert pasientbehandling. Målet med etablering av en landsfunksjon eller en flerregional funksjon er å bidra til helsemessige tilleggsgevinster for pasienten ved økt faglig kvalitet, rettferdig og likeverdig tilgang til helsetjenester og kostnadseffektivitet i nasjonal sammenheng.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Helse Midt-Norge RHF skal implementere nytt styringssystem for lands- og flerregionale funksjoner i tråd med og fra den tid departementet beslutter.	Ja	X	For Lands- og flerregionale og overnasjonale funksjoner tar St. Olavs Hospital i bruk felles nasjonalt registreringssystem fra 1.mars 2011
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

Smittevern

Nasjonalt strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012) legger føringer for de regionale helseforetakenes og helseforetakenes arbeid med smittevern. Forskning på og overvåking av sykehusinfeksjoner og antibiotikabruk er et spesielt innsatsområde i oppfølgingen av strategien i 2010.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at det er tilstrekkelige ressurser til å rapportere og kvalitetssikre at data blir brukt til å evaluere klinisk praksis i enheter som rapporterer til NOIS-systemet. Alle foretak, hvor det utføres to eller flere inngrep som inngår i NOIS, skal rapportere minst to prosedyrer til NOIS-systemet innenfor fastsatte tidsfrister og med kvalitetssikrede data.	Ja	X	St. Olavs Hospital Registrering av forekomst av postoperative infeksjoner i samsvar med NOIS-veilederen, gjøres fortløpende per i dag Ved St. Olavs Hospital gjennomføres det fortløpende registrering av postoperative sykehusinfeksjoner, insidensregistrering, jamfør NOIS-registerforskriften (NOIS-5). Helsedirektoratet har fastsatt hvilke operasjoner som bør overvåkes. Det skal levers data fra minst to typer inngrep. St. Olavs Hospital har i 2009 registrert aortokoronar bypass, keisersnitt og innsetting av proteser i hoftelddet. Overvåkingen har innbefattet sykehusene på Øya,
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

			<p>Orkdal og Røros. Data er innrapportert til Folkehelseinstituttet. SSH har i samarbeid med HEMIT gitt råd og veiledning overfor de andre sykehusene i Helse Midt-Norge når det gjelder bruken av og rapportering av insidensregisteret.</p> <p><u>HNR</u> HNR følger anbefalingene i veileder for Norsk overvåkingssystem for infeksjoner i sykehustjenesten (NOIS-veilederen) og benytter felles regionalt registreringsverktøy</p> <p><u>HNT</u> Begge sykehus registrerer insidens av postoperative sårinfeksjoner etter keisersnitt (MCA 10). Sykehuset Namsos overvåker insidens av postoperative sårinfeksjoner etter hofteoperasjoner utført i 2009 (1-års oppfølging). Rapportperioden til Folkehelseinstituttet er 1.september til 30.november 2010. Brev til pasientene sendes ut 30 dager etter inngrepet. Rapporten vil derfor ikke være klar før i siste halvdel av januar 2011.</p> <p><u>HSM</u> Dette blir gjort.</p>
--	--	--	--

Beredskap

Helse Midt-Norge RHF vil medvirke til kvalitet og samhandling i sektorens beredskaps- og smittevernarbeid i samarbeid med kommuner, regionale helseforetak, fylkesmenn, Helsedirektoratet, Folkehelseinstitutt, Strålevernet og andre samarbeidspartnere.

Oppgaver	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Helse Midt-Norge RHF skal håndtere og følge opp erfaringer fra ny influensa A (H1N1).	Ja	X	HMN har bistått Direktoratet for Sivil beredskap på de områdene vi har blitt involvert.
	Igangsett, men ikke ferdigstilt		
	Nei		
Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at helseforetaksgruppen har oppdaterte, øvede og koordinerte beredskapsplaner med rutiner for å oppdage og varsle hendelse og for effektiv ressursdisponering og samhandling ved kriser.	Ja	X	Oppdraget er gitt videre til alle HF gjennom styringsdokumentet. Det er tatt opp status og denne ansees å være tilfredsstillende. Dette er en kontinuerlig prosess.
	Igangsett, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

2.1.5 Utdanning av helsepersonell

Utdanning av helsepersonell er et sentralt virkemiddel for å sikre riktig kompetanse og tilstrekkelig antall helsepersonell i helsetjenesten, både på kort og lengre sikt.

Oppgaver	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
<p>Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for å bidra til økt utdanning i rekrutteringsutsatte legespesialiteter, dvs. områder med diskrepans mellom forventet behov og tilgang på spesialister – et eksempel er behov for onkologer. Det vil være hensiktsmessig at de regionale helseforetakene samarbeider om denne oppgaven.</p>	Ja		<p>Kunnskapen om forventet behov og tilgang på kompetanse generelt og på legespesialister spesielt, har ikke vært tilstrekkelig. De regionale helseforetakene har derfor initiert et samarbeid med Spekter, SSB, Helsedirektoratet, HOD og KD om å gjennomføre en felles overordnet analyse. Analysen skal ha særskilt fokus på rekrutteringsutsatte legespesialister, ambulansesarbeidere og helsefagarbeidere. Analysen skal både beskrive dagens situasjon og inneholde en beskrivelse av fremtidige behov. Basert på et forbedret kunnskapsgrunnlag, vil regionene iverksette tiltak for å møte gapet mellom behov og tilgang i løpet av 2011.</p>
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		
<p>Helse Midt-Norge RHF skal, i samarbeid med fylkeskommunene, sørge for at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsefagutdanningen og ambulansesarbeiderutdanningene.</p>	Ja		<p>Det er 40 plasser i helsefagarbeiderutdanningen i Midt-Norge.</p> <p>Det viser seg utfordrende å fylle opp alle plassene med kvalifiserte søkere. Det jobbes for at også Helse Nordmøre og Romsdal skal etablere slike plasser samordna med regionen.</p> <p>Helse Midt-Norge arbeider for at det skal opprettes en egen enhet for fagopplæring (opplæringskontor) ved St Olavs Hospital HF.</p> <p>Hovedoppgaven til denne enheten er å rekruttere og følge opp lærlinger og lærekandidater på flere fagområder, med særlig vekt på helsefagarbeideren og ambulansesarbeideren.</p> <p>Antall læreplasser i ambulansesarbeiderutdanningen er 60 totalt i læretiden (30 plasser pr år).</p> <p>Det er stor søkning på disse plassene og det ingen problemer med fylle opp plassene.</p>
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		

Helse Midt-Norge RHF skal bidra i arbeidet med å etablere et nasjonalt system for måling av ressursbruk til utdanning i helseforetakene.	Ja		HMN vil via direktør for helsefag, utdanning og forskning løfte dette opp nasjonalt. HMN vil organisere dette som et samarbeid mellom økonomi, helsefag og HR. Dette skal danne grunnlaget for utvikling av styringssystemene i HMN, slik at temaet løpende kan følges opp i alle 3 perspektiver.
	Igangsett, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		
Helse Midt-Norge RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om et pilotprosjekt om opprettelse av kompetanseområde i palliativ medisin.	Ja		Helse Midt-Norge har på anmodning fra Helsedirektoratet oppnevnt representant til fagrådet.
	Igangsett, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

Styringsparametre	2010	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet
Antall læreplasser innenfor helsefagutdanningen og ambulansesarbeiderutdanningene	40 i helsefagutdanningen 60 i ambulansesarbeiderutdanningene	-	

2.1.6 Forskning

Forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater og innovative løsninger i tjenesten er viktig for å sikre ny kunnskap som kan føre til at tjenestetilbudet som gis er trygt, kostnadseffektivt og gir en helsegevinst.

2.1.6.1 Forskning

Det er et mål å styrke pasientrettet klinisk forskning, herunder forskerinitierte kliniske intervensjonsstudier av høy kvalitet og relevans i helseforetakene. Det er et mål å sikre oppbygning av forskningskompetanse innen forskningssvake fagområder, samtidig som det er viktig å stimulere forskningsmiljøer av høy kvalitet slik at disse miljøene kommer i posisjon til å få eksterne midler nasjonalt og internasjonalt.

Oppgaver	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Helse Midt-Norge RHF skal bruke minst 2 mill. kroner til forskning rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene.	Ja	X	Helse Midt-Norge har gjennomført flere tiltak. 1. Årlig bevilgning til helsetjenesteforskning (2 mill), hvor en del at midlene er rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. 2. Årlig bevilgning til nasjonalt kompetansesenter for sammensatte lidelser (1,2 mill), hvor noe av bevilgningen benyttes til forskning rettet mot samhandling. I tillegg kommer flere enkeltprosjekter i form av ph.d.-
	Igangsett, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

			prosjekter og korttidsprosjekter som er mer rettet direkte mot primærhelsetjeneste, DMS og lignende.
De regionale helseforetakene skal i samarbeid med og i regi av Helse Sør-Øst RHF, slutføre arbeidet med å etablere et felles elektronisk rapporteringssystem for kliniske intervensjonsstudier (fase I-IV) i helseforetakene, jf. oppdrag i oppdragsdokumentet for 2009. Det bør sikres koherens med de systemer som etableres i de regionale etiske komiteene for å registrere forskningsprosjekter (SPREK-prosjektregister) og eventuelt andre systemer for registrering av kliniske studier og forskning. Det skal gjennomføres et arbeid for å vurdere muligheten for å klassifisere og rapportere alle forskningsprosjekter i helseforetakene etter klassifiseringssystemet Health Research Classification System.	Ja	X	En arbeidsgruppe ledet av Helse Sør-Øst RHF ble etablert i 2010 med representanter fra de andre regionale helseforetakene, Oslo universitetssykehus HF, Universitetet i Oslo, NIFU, Forskningsrådet og regional etisk komité. Gruppen har slutført sitt arbeid og har konkludert med anbefaling av rapporteringssystem i tråd med bestilling fra HOD. Sluttrapport oversendes HOD februar 2011.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		
Helse Midt-Norge RHF skal bidra med nødvendig kompetanse og ressurser i utviklingsarbeid knyttet til videreutvikling av de nasjonale systemene for måling av forskningsresultater og ressursbruk til forskning og utvikling.	Ja		Helse Midt-Norge hadde ingen representanter inn i arbeidet med å etablere NVI/Cristin som rapporteringssystem for forskningsproduksjon (måling av forskningsresultater). Arbeidet med måling av forskningsresultater og ressursbruk til forskning og utvikling har så langt foregått gjennom NIFU STEP. Helse Midt-Norge har imidlertid regionale kontaktpersoner for måling av forskningsresultater og ressursbruk.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei	X	
Helse Midt-Norge RHF skal sette av nødvendige ressurser for etablering av Norsk Vitenskapsindeks i de rapporteringsenhetene som inngår i det nasjonale målesystemet for forskningsresultater.	Ja		HMN hadde i 2010 ingen representanter i de fire arbeidsgruppene som ble nedsatt av KD i samarbeid med HOD. I det etablerte interimstyret for Cristin er det heller ingen representanter fra Helse Midt-Norge. Imidlertid er det en representant fra NTNUs sentraladministrasjon i dette styret, som er den eneste representanten fra vår region. Det ble i 2010 ikke avsatt ekstra ressurser for etablering av
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei	X	

			Norsk Vitenskapsindeks (Cristin). Dette må imidlertid påregnes i 2011 da alle helseforetak i regionen må settes i stand til å rapportere gjennom NVI/Cristin i løpet av første halvår 2011.
--	--	--	---

Styringsparametre	2010	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet
Årlig forskningspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader totalt for Helse Midt-Norge RHF (beregnet av NIFU STEP).	272,88	–	Se spesifisert tabell under. NB! Dette er forskningspoeng for 2009 – tall for 2010 ikke klar før i juni.
Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i Helse Midt-Norge RHF, herunder andel til psykisk helse og rus (beregnet av NIFU STEP).	185 mill kr, 28,2 % til psykisk helse og 3,6 % til rus	–	Se spesifisert tabell under. Også egen rapport på årsverk. NB! Dette er ressursbruk for 2009 – basert på utkast til rapport .
Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv. i Helse Midt-Norge RHF på utvalgte prioriterte fagområder innen forskning, herunder rus, psykisk helse, rehabilitering/habilitering, kvinnehelse, kreft, kols, diabetes, eldremedisin og samhandling. Rapporteringen skal omfatte alle helseforetak med forskningsaktivitet og baseres på elektronisk rapportering, jf. portalen http://forskingsprosjekter.ihelse.net .	Se tabell under	–	
Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler fra Norges forskningsråd og EUs 7. Rammeprogram	2	–	Forskningsråd-prosjekter med St. Olavs hospital som klinisk partner:e-MIT, Enhanced Minimal Invasive TherapyCooperation Support Through Transparency, COSTT (VERDIKT)SFI-Medisinsk teknologi - Medical Imaging Laboratory

Årlig forskningspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader totalt for Helse Midt-Norge RHF (beregnet av NIFU STEP).

Enhet	Antall artikler	Publ. poeng	Dr. grader	Dr.gr. poeng	Sum poeng
Helse Sunnmøre HF	16	6,62	0	0	6,62
Helse Nordmøre og Romsdal HF	3	1,28	0	0	1,28
Helse Nord Trøndelag HF	27	10,84	1	5	15,84
St Olavs Hospital HF	279	142,3	21	105	247,3
Rusbehandling Midt-Norge HF	1	1,5	0	0	1,5
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	1	0,33	0	0	0,33
Helse Midt-Norge RHF	317	162,88	22	110	272,88

Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i Helse Midt-Norge RHF, herunder andel til psykisk helse og rus (beregnet av NIFU STEP). **KOSTNADER**

Enhet	Ressursbruk kostnader	Psykisk helse	Andel psyk. helse	Rus	Andel Rus
Helse Sunnmøre HF	5 953 000	1 957 000	32,9 %	0	0,0 %
Helse Nordmøre og Romsdal HF	340 000	219 000	64,4 %	0	0,0 %
Helse Nord Trøndelag HF	22 975 000	8 918 000	38,8 %	2 104 000	9,2 %
St Olavs Hospital HF	153 737 000	41 107 000	26,7 %	2 775 000	1,8 %
Rusbehandling Midt-Norge HF	1 867 000	0	0,0 %	1 867 000	100,0 %
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	48 000	0	0,0 %	0	0,0 %
Helse Midt-Norge RHF	184 920 000	52 201 000	28,2 %	6 746 000	3,6 %

Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i Helse Midt-Norge RHF, herunder andel til psykisk helse og rus (beregnet av NIFU STEP). **ÅRSVERK**

Enhet	Ressursbruk årsverk	Psykisk helse	Andel psyk. helse	Rus	Andel Rus
Helse Sunnmøre HF	5,3	2,0	37,7 %	0,0	0,0 %
Helse Nordmøre og Romsdal HF	0,3	0,2	66,7 %	0,0	0,0 %
Helse Nord Trøndelag HF	21,1	9,5	45,0 %	1,7	8,1 %
St Olavs Hospital HF	96,0	27,7	28,9 %	1,6	1,7 %
Rusbehandling Midt-Norge HF	2,3	0,0	0,0 %	2,3	100,0 %
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	0,0	0,0	-	0,0	-
Helse Midt-Norge RHF	125,0	39,4	31,5 %	5,6	4,5 %

Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv. i Helse Midt-Norge RHF på utvalgte prioriterte fagområder

Område	Antall	Andel	Tildelte midler	Andel
Kvinnehelsestrategi	17	7,87	6 257 500	4,01
KOLS-strategi	3	1,39	1 388 900	0,89
Diabetesområdet	7	3,24	4 351 539	2,79
Habilitering og rehabilitering	18	8,33	9 036 000	5,79
Kreftområdet	15	6,94	10 604 000	6,79
Psykisk helsevern	14	6,48	6 956 788	4,46
Rusfeltet	5	2,31	2 681 500	1,72
Eldremedisin	5	2,31	3 350 000	2,15
Samhandling	8	3,70	4 483 562	2,87
Andre områder	124	57,41	106 951 002	68,53
Totalt	216	100,00	156 060 791	100,00

Styringsparametre	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Status samt resultater under hvert fagområde der det er etablert forskningssamarbeid mellom de fire regionale helseforetakene (forankret i NSG), herunder etablert nettverk, koordineringsfunksjon samt forskningsprosjekter med deltakere fra flere helseregioner.	Ja		I regi av NSG er tre nasjonale satsingsområder for medisinsk og helsefaglig forskning etablert innen på følgende områder: <ul style="list-style-type: none"> • Hjerter- og karsykdommer (Unikard) • Nevrologiske sykdommer (Nevronor) • Alvorlige psykiske lidelser. Innenfor hvert av disse områder er kjernefunksjonen i nettverksstrukturen etablert, koordineringsfunksjon på plass og forskningen i gang, blant annet i form av interregionale prosjekter. I tillegg er følgende nasjonale satsingsområder foreslått etablert: <ul style="list-style-type: none"> • muskel-skjelettsykdommer • kreft og helsetjenesteforskning.
	Igang satt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		

2.1.6.2 Innovasjon

Utvikling og implementering av nye produkter, diagnostikk- og behandlingsmetoder, tjenester og organisatoriske løsninger i helsetjenesten (innovasjon) er viktig for å øke offentlig verdiskapning gjennom økt kvalitet og kostnadseffektivitet i tjenestene.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Helse Midt-Norge RHF skal bidra i arbeidet med å implementere	Ja	X	Helse Midt-Norge deltar aktivt for å fremme nasjonal satsing på
	Igang satt,		

nasjonal satsing på innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2017).	men ikke ferdigstilt		innovasjon og næringsutvikling. I hovedsak gjøres dette gjennom deltakelse i nasjonal koordineringsgruppe for innovasjon i helsesektoren, der det bl.a. er utarbeidet en tiltaksplan.
	Nei		

Styringsparametre	2010	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet
Antall OFU (evt. IFU) kontrakter og tildelte midler fra Innovasjon Norge	1 tildelt 400000		OFU-prosjekt "Pasientsikkerhet" v/St. Olavs Hospital, tildelt 400.000,- OFU-prosjekter under etablering: "Akuttmedisin - prehospitalet isolasjonshåndtering" v/St. Olavs Hospital i samarbeide med Helse Bergen, Haukeland sykehus "Ressursstyring i akuttmottak og i den prehospitale kjeden v/St. Olavs Hospital "Behovstilpasset anonymisering av helseopplysninger til bruk i forskning og kvalitetsutvikling" v/St. Olavs Hospital
Antall FORNY (kommersialisering av FoU-resultater), BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter) og KBM (kompetanseprosjekter med brukermidvirkning) prosjekter samt tildelte midler fra Norges forskningsråd til innovasjonsprosjekter.	FORNY: 1 BIP: 1 Forskningsråd: 2		BIP med St. Olavs Hospital som klinisk partner: Future intraoperative Image guided therapy Ultrasounds simulatorv-Scan, Pocket UltrasoundSimsurgery, distribuert opplæring FORNY, St. Olavs Hospital: Volargrip Forskningsråd-prosjekter med St. Olavs hospital som klinisk partner:e-MIT, Enhanced Minimal Invasive TherapyCooperation Support Through Transparency, COSTT (VERDIKT)SFI-Medisinsk teknologi - Medical Imaging Laboratory
Antall registrerte oppfinnelser (DOFI).	0		Ingen registrerte oppfinnelser
Antall patentsøknader og registrerte patenter.	0		Ingen rapporterte
Antall lisensavtaler	0		Ingen rapporterte
Antall bedriftsetableringer.	1		SURF Technology, bedriftsetablering fra NTNU, brukerbehov definert i samarbeide med St. Olavs hospital
Antall forprosjekter finansiert av InnoMed	3		Verktøy for ompakking og visualisering av helsebygg, Helse Midt-Norge RHF.

			Forebygging av skade ved fall, St. Olavs Hospital: Inkontinens - forebygging og reduksjon av ulemper, St. Olavs Hospital
--	--	--	---

2.1.7 Pasientopplæring

For personer med kronisk sykdom er god opplæring og mestring av sykdommen like viktig som medisinsk behandling. De regionale helseforetakene skal påse at pasienter og pårørende som har behov for opplæring får et kvalitativt godt tilbud om dette. Helseforetakene i Midt-Norge arbeider for at pasientopplæring skal bidra til å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Lærings- og mestringssentra er helseforetakenes ressurs for opplæring av pasienter og pårørende. Lærings- og mestringssentra vier spesielt oppmerksomhet til helsepersonells kompetanse innen pedagogikk og deltar i samhandlingstiltak. I 2010 ble det etablert et regionalt fagnettverk for opplæring av pasienter og pårørende. Det pågår en regional evaluering av effekt av opplæringstiltak (mestring).

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Helse Midt-Norge RHF skal påse at helseforetakenes tilbud om lærings- og mestringsaktiviteter er tilpasset pasienter med annen språklig og kulturell bakgrunn og pasienter med ulike funksjonshemninger, f. eks. pasienter med syns- og hørselshemning. Helse Midt – Norge RHF skal påse at lærings- og mestringsaktiviteter er tilpasset pasienter med samisk språklig kulturell bakgrunn.	Ja		Tiltak er i gang i helseforetakene og målet er delvis nådd. Opplæringstiltak, samhandling, evaluering av tiltak fortsetter i 2011. HF rapporterer at lærings- og mestringstiltak er tilpasset brukerne og deres språk og kulturbakgrunn. HMN RHF har gitt tilskudd til prosjektet "Innvandrere og Helse" 2008-2010 utført av "Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling" og Mental Helse. Rapporten fra prosjektet peker blant annet på behov for kompetansehevede tiltak for helsepersonell i møte personer med innvandrerbakgrunn. HMN RHF har høsten 2010 holdt regional fagdag der oppmerksomheten ble rettet mot tiltak for å styrke de ansattes språk og kulturkompetanse knyttet til samisk befolkning og andre grupper med særskilte behov. Fulgt opp med oppgaver til helseforetakene i styringsdokument for 2011. HNT har samhandlingstiltak for å
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		

			bygge opp Frisklivssentraler i samkommuner. De har også igangsatt planlegging for å styrke helsepersonellens kompetanse innen samisk språk og kultur. Informasjonsbrosjyre om helseforetaket vil oversettes til sørsamisk i 2011. St Olav og HSM har kurs i HF og kommuner med fokus på kompetanseoppbygging innen læring og mestring. Rusbehandling Midt-Norge har eget lærings- og mestringssenter med tilbud rettet mot pårørende.
--	--	--	---

2.1.8 Nye oppgaver fra tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 125 S (2009-2010) m. fl.

Familieambulatoriet

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Helse Nord-Trøndelag skal videreføre arbeidet med "Familieambulatoriet" i regi av BUP.	Ja		Prosjektet forløper i henhold til plan. Klinisk virksomhet implementeres i ordinær drift fra januar 2011. Utviklingsprosjektet fortsetter som planlagt.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		

Pasientsikkerhet

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Regionale helseforetak skal redegjøre for hvordan de arbeider med å forbedre pasientsikkerheten	Ja	X	Helseforetakene arbeider med avvikshåndtering med systematisk oppfølging i ledelsen i hver klinikk/avdeling.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

Kreftbehandling

Statens helsetilsyn har i mai 2010 fremlagt en rapport om risikobildet i norsk kreftbehandling. Rapporten identifiserer en rekke risikofaktorer i helseforetakenes kontakt med denne pasientgruppen, herunder utredningslogistikk, informasjonsflyt, kontinuitet i behandlingsforløpet og komplikasjonsovervåking.

Oppgaver	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Regionale helseforetak skal legge	Ja		Det er i løpet av 2010 gitt St. Olavs

rapporten til grunn i sitt videre arbeid med å bedre kvaliteten i tjenesten.	Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X	Hospital i oppdrag å utforme ny regional handlingsplan for kreftomsorgen. I arbeidet med planen vil en spesielt se på funksjonsfordeling, kompetanseoppbygging, utrednings- og behandlingsforløp samt informasjonsflyten.
	Nei		
Regionale helseforetak skal i lys av rapporten vurdere om meldekulturen er god nok i henhold til kravet i Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 om meldeplikt.	Ja		Det meldes inn saker i henhold til kravet i Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 om meldeplikt. En kan se et forbedringspotensiale og vil ha fokus på bedring av kvalitets- og meldekultur.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Riksrevisjonen har gitt ut rapporten *Riksrevisjonens undersøkelse om oppfølging av og kvalitet i private institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige* (dokument 3:7). Rapporten identifiserer forhold som de regionale helseforetakene må følge opp.

Oppgaver	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
De regionale helseforetakene skal gjøre seg kjent med Riksrevisjonens rapport og følge opp de forhold som rapporten påpeker.	Ja		Fra Rusbehandling Midt-Norge er det stilt krav om internkontroll i avtaler med de private med månedlig rapportering på sentral aktivitets- og kvalitetsindikatorer. Tallene i forhold til IP for langtidsbehandling for de private er pr desember gjennomsnitt 83,20% For kortidsbehandling (avrusning, utredning, klinikk) er tallene for desember for den private 52,03 %, sammenlignbar klinikk som eies av oss har 58,33 %
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		
De regionale helseforetakene bes registrere antall årsverk for leger, legespesialister og psykologer/psykologspesialister som er ansatt innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.	Ja	X	Leger 5 Legespesialister 3 Psykologer/ Psykologspesialister 7,5
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

Samarbeidsavtaler mellom helseforetak og politidistrikt vedrørende mottak, undersøkelse og bistand til barn utsatt for vold og seksuelle overgrep.

Regionale helseforetak skal sørge for at samtlige helseforetak inngår samarbeidsavtaler mellom helseforetak og politidistrikt i saker vedrørende mottak, undersøkelse og bistand til barn utsatt for vold og seksuelle overgrep, jf helse- og omsorgsministerens svar på interpellasjon i Stortinget 27. april 2010. Regionale helseforetak skal i samarbeid med Helsedirektoratet, Barne-, likestillings- og

inkluderingsdepartementet og justisdepartementet innen 1. april 2011 utarbeide en veileder om hvordan helsetjenesten og barnevern og politi kan samarbeide når det er mistanke om omsorgssvikt og barnemishandling. Arbeidet forankres i Helsedirektoratet.

Oppgave	Status. Kryss av.	Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.	
Andel helseforetak som har inngått samarbeidsavtale med politidistrikt skal rapporteres i årlig melding.	Ja	Ingen av helseforetakene har inngått samarbeidsavtaler med politidistriktene i 2010. Oppgaven er spesifisert i styringsdokumentet til helseforetakene i 2011.	
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		X
	Nei		

Forskning.

Kunnskapsdepartementet forbereder, i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, etablering av et nytt nasjonalt forskningsinformasjonssystem som skal dokumentere kvalitetssikrede data om vitenskapelig publisering i en felles nasjonal database Norsk Vitenskapsindeks (NVI).

Oppgave	Status. Kryss av.	Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.	
De regionale helseforetakene bes om å iverksette nødvendige prosesser og sikre at det avsettes nødvendige ressurser og kompetanse ved helseforetakene for å sikre at Norsk vitenskapsindeks kan benyttes som rapporteringsverktøy for vitenskapelige publikasjoner i helseforetakene fra 1. januar 2011.	Ja	HMN hadde i 2010 ingen representanter i de fire arbeidsgruppene som ble nedsatt av KD i samarbeid med HOD. I det etablerte interimstyret for Cristin er det heller ingen representanter fra Helse Midt-Norge. Imidlertid er det en representant fra NTNUs sentraladministrasjon i dette styret, som er den eneste representanten fra vår region. Det ble i 2010 ikke avsatt ekstra ressurser for etablering av Norsk Vitenskapsindeks (Cristin). Dette må imidlertid påregnes i 2011 da alle helseforetak i regionen må settes i stand til å rapportere gjennom NVI/Cristin i løpet av første halvår 2011.	
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		X

Pilotsykehusprosjektene-

Oppdrag om særskilt rapportering, jfr brev datert 09.02.2011

Oppgave	Status. Kryss av.	Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.	
Rapportering skal relateres til premisser gitt i søknad og i det fastsatte mål- og rammedokumentet for pilotsykehusprosjektet.	Ja	Prosjektet består av akutt plasser i sykehjem, et samarbeidsprosjekt mellom St. Olavs og Trondheim kommune. Prosjektet er videreført som beskrevet i prosjektsøknaden i 2010, finansiert av Helse Midt-	
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		X
	Nei		

			Norge. 105 pasienter har fått tilbud ved sykehjemmet i stedet for sykehusinnleggelse. I tillegg til den nasjonale evalueringen har vi gjennomført egevaluering (se vedlegg). Resultatene for pasientene vil bli evaluert gjennom en masteroppgave og doktorgradsoppgave.
--	--	--	--

2.2 Rapportering på krav i foretaksprotokoller

2.2.1 Økonomiske krav og rammebetingelser for 2010

2.2.1.1 Resultatkrav for 2010

De regionale helseforetakene skal i 2010 utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskrav innenfor rammer, mål og ressurser gitt i Oppdragsdokumentet og i Prop. 1 S (2009-2010).

Regnskapsmessig resultat

Foretaksgruppen i Helse Midt-Norge skal gå i økonomisk balanse i 2010.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Foretaksmøtet forutsatte at helseforetakene iverksetter nødvendige tiltak for å innfri balansekravet og at gjennomføringen av disse tiltakene skjer i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.	Ja	X	Foretaksgruppen har i 2010 nådd kravet om økonomisk balanse. Resultatkravet for foretaksgruppen i Helse Midt-Norge for 2010 er endret fra 0 til 690 mill kr, jf foretaksmøte av 25.1.2011. Foreløpig resultat pr desember 2010 viser et årsresultat lik 1 148 mill kr. Det er fortsatt usikkerhet knyttet til gjenstående årsoppgjør 2010.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

Foretaksmøtet understreket de regionale helseforetakenes samlede ansvar for drift og investeringer.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene utarbeider budsjetter for 2010 hvor det er samsvar mellom avsatte midler til investeringer og planlagte investeringsprosjekter.	Ja	X	Helse Midt-Norge hadde i 2010 et budsjettert resultat lik 269 mill kr for å skaffe til veie midler til planlagte investeringer og nedbetaling av driftskreditt.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

Det økonomiske opplegget for 2010 presentert i Prop. 1 S (2009-2010) la til grunn at de samlede pensjonskostnadene ville bli på om lag samme nivå som i 2009. Beregning av regnskapsmessig pensjonskostnad for 2010 var under utarbeidelse og det samlede kostnadsnivået for de regionale helseforetakene foreligger derfor ikke. Foretaksmøtet presiserte at de regionale helseforetakene i utgangspunktet må håndtere pensjonskostnader på linje med andre kostnader innenfor sine økonomiske rammer, jf. føringer gitt i St. prp. nr. 1 (2008-2009) og Prop. 1 S (2009-2010). Større endringer i kostnadsnivået i forhold til det som ble lagt til grunn i Prop. 1 S (2009-2010) kunne danne grunnlag for forslag om endringer i bevilgningen til de regionale helseforetakene.

Likviditet og driftskreditter

Det er departementet som godkjenner driftskredittrammen for det enkelte regionale helseforetak. Driftskreditter kan kun tas opp gjennom Norges Bank, innenfor de rammene departementet setter.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Helse Midt-Norge RHF må holde seg innenfor en driftskredittramme på 1 665 mill. kroner.	Ja	X	Rammen ble i desember 2010 endret med 640 mill kr til 2 295 mill kr i forbindelse med endring av pensjonskostnad for 2010 jf Prop 32 S. <ul style="list-style-type: none"> • Bruk av ramme pr 31.12.10: 1,2 mrd kr. • Ubenyttet ramme pr 31.12.10: 1,1 mrd kr. Likviditet/driftskreditt følges opp på ukentlig basis og har vært godt innenfor rammen gjennom hele 2010.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		
Helse Midt-Norge må budsjettere drift, økonomisk resultat og investeringer innen tilgjengelig likviditet, og på en måte som gir rom for en tilstrekkelig likviditetsbuffer gjennom året.	Ja	X	Helse Midt-Norge har oppfylt kravet knyttet til budsjettering av drift og investeringer innenfor tilgjengelig likviditet.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

2.2.1.2 Styring og oppfølging i 2010

Foretaksmøtet vektla betydningen av at økonomistyring og -oppfølging fortsatt skal være en hovedprioritet i Helse Midt-Norge RHF slik at den positive utviklingen kan videreføres og forsterkes i 2010.

Helse Midt-Norge vil få økte kostnader som følge av at fase to ved St. Olavs hospital tas i bruk i 2010. Helse Midt-Norge har mottatt økt basisbevilgning som følge av ny inntektsfordeling.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Foretaksmøtet viste til at det er styret for Helse Midt-Norge RHF som har ansvar for prioriteringen av disse midlene slik at eventuelle merkostnader som følge av utbyggingen av St. Olavs hospital kan håndteres innenfor Helse Midt-Norges samlede ressursramme.	Ja	X	Utbyggingen av St. Olavs Hospital er hensyntatt i budsjett 2010 og prosjektet har så langt vist et mindreforbruk i forhold til budsjett
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		
Foretaksmøtet presiserte at Helse Midt-Norge RHF må sikre	Ja	X	Foretaksgruppen har i 2010 et resultat bedre enn budsjett.
	Igangsatt,		

realistisk budsjettering i hele foretaksgruppen både for de enkelte inntekts- og kostnadsposter og i periodiseringen av årsbudsjettene. God kvalitet i budsjetteringen er en forutsetning for nødvendig styring og kontroll med virksomheten i foretaksgruppen.	men ikke ferdigstilt		
	Nei		
Helse Midt-Norge RHF skal rapportere til departementet månedlig ihht. det opplegg som er etablert i ØBAK. Helse- og omsorgsdepartementet vil innkalle til oppfølgingsmøter i 2010 etter behov.	Ja	X	Rapporteringskravene er fulgt gjennom hele året.
	Igang satt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

Det er etablert et kompetansenettverk mellom de regionale helseforetakene for å bedre økonomisk styring og kontroll. Helse- og omsorgsdepartementet vil med utgangspunkt i det arbeid som allerede er gjort i det enkelte regionale helseforetak ta initiativ til et arbeid i regi av kompetansenettverket for å bedre den interne effektiviteten i sykehusene, herunder spesielt vurdere kapasitet, logistikk og pasientflyt. Rammene for dette arbeidet vil bli utarbeidet i nært samarbeid mellom departementet og de regionale helseforetakene.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene gjennom kompetansenettverket for økonomistyring bidrar i arbeidet med å bedre den interne effektiviteten i sykehusene.	Ja	X	Oppgaven ble spesifisert i brev fra HOD av 07.4.2010. I fellesskap skulle RHF'ene utarbeide en rapport innen 20.10.2010 og med følgende innhold: En beskrivelse av effektiviseringsarbeidet i de fire regionene, forslag til tiltak og plan for videre prosess. I regi av kompetansenettverket for økonomistyring ble det nedsatt en arbeidssgruppe med to deltagere fra hvert RHF og Helse Midt hadde sekretærfunksjonen. Arbeidsgruppen hadde to møter og første utkast til rapport ble ferdigstilt 9. september. Av hensyn til behandling av rapporten i RHF'ene ble HOD forespurt om utsatt frist for avlevering av rapport, og etter avtale ble rapporten oversendt 28. oktober. En kort oppsummering av
	Igang satt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

			<p>rapportens innhold er at det allerede foregår mye prosjektrettet arbeid knyttet effektivisering i RHF'ene, f eks bedring av logistikk, som del av kvalitetsutvikling og generell tilrettelegging av styringsinformasjon. Benchmarking er en mye brukt metode for å avdekke potensial for innsparing, men det å måle prestasjoner og sammenlikne, er generelt sett en stor utfordring. Rapporten nevner og drøfter en lang rekke potensielle indikatorer egnet for oppfølging, men understreker samtidig betydningen av at definisjoner, spesifikasjoner og datagrunnlaget som sådan kvalitetssikres, spesielt ved nasjonal implementering. Plan for videre prosess omtaler behovet for nasjonale analyser, utnyttelse og videreutvikling av eksisterende rapportering, erfaringsutveksling og spesielle initiativ.</p>
--	--	--	---

Foretaksmøtet viste til Riksrevisjonens rapport om økonomistyring i helseforetakene (Dokument 3:3 (2009-2010)).

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
	Ja	X	
Foretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge RHF sørger for at Riksrevisjonens rapport blir gjort kjent i foretaksgruppen og at det blir satt i gang et arbeid for å følge opp de områder som Riksrevisjonen har påpekt i rapporten. Helse Midt-Norge RHF ble bedt om å rapportere på oppfølging av Riksrevisjonens rapport til 1. tertialmøtet.	Ja	X	HMN har fulgt opp Riksrevisjonens rapport i henhold til retningslinjer fra eier og rapportert på dette i oppfølgingsmøte med HOD pr 1. tertial.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

Foretaksmøtet viste til at prioritering av pasienter skal baseres på individuelle vurderinger av den enkelte pasient og ikke lønnsomhetsbetraktninger i forhold til finansieringssystemet.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
	Ja	X	
Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge	Ja	X	

RHF foreta en gjennomgang av hvordan finansieringsordningene praktiseres internt i sykehusene.	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		Prioriteringsveiledere er implementert i alle sykehus.
	Nei		

Foretaksmøtet viste til Oppdragsdokumentet for 2009 vedrørende ny inntektsfordeling av basisbevilgningen, der Helse- og omsorgsdepartementet har tatt hensyn til hvilke utslag en økning i gjestepasientoppgjøret inkl. kapitalkostnader vil gi.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Foretaksmøtet presiserte at Helse Midt-Norge RHF ikke skal bygge opp egne tilbud i konkurranse med eksisterende funksjoner og at justeringen for gjestepasienter derfor vil bli holdt på samme nivå i inntektsfordelingen i de kommende årene.	Ja	X	Tatt til etterretning.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

2.2.1.3 Investeringer og kapitalforvaltning

Foretaksmøtet understreket betydningen av det arbeidet som gjøres i de regionale helseforetakene for å tilpasse dagens sykehusstruktur til fremtidens behov og utfordringer.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Foretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge RHF baserer sine investeringsplaner på helhetlige utredninger av framtidige behov for kapasitet og tilbud på regionnivå.	Ja	X	HMN har i 2010 hatt omfattende utredninger knyttet til investeringsprosjekter og har også fokus på fremtidig kapasitetsbehov og tilbud gjennom arbeidet med Strategi 2020 og langtidsbudsjett.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		
Foretaksmøtet forutsatte at Helse Midt-Norge RHF tilpasser sin investeringsstrategi slik at den underbygger og gjennomføres i tråd med nasjonal helsepolitikk og intensjonene i samhandlingsreformen			Dette søkes gjennomført og er tatt inn i styringsdokument til helseforetakene i 2011
Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF registrere sine sykehusbygg i tråd med klassifikasjonssystemet utviklet av kompetansenettverket for			Helse Midt-Norge RHF deltar i felles anskaffelse av konsulenter til å bistå i klassifiseringen av sykehusene. Kontrakt ble tildelt i desember 2010 og arbeidet med klassifisering vil bli

sykehusbygg			gjennomført i 2011
-------------	--	--	--------------------

Investeringsstilskudd (kap. 732 post 81)

Ved behandling av St.prp. nr. 1 (2003-2004) vedtok Stortinget et særskilt investeringsstilskudd på 1 240 mill. kroner som bidrag til gjennomføring av fase 2 ved nye St. Olavs Hospital.

For 2010 tildeles 113,8 mill. kroner til det gjenstående arbeidet i fase to på nye St. Olavs hospital. Med dette er det totalt utbetalt 1 409,39 mill. i løpende kroner, som tilsvarer det samlede investeringsstilskuddet som ble vedtatt ved behandlingen av St.prp. nr. 1 (2003-2004).

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
	Ja	X	
Foretaksmøtet forutsatte at midlene brukes til finansiering av utbyggingsprosjektet i utbyggingsperioden, samt reduksjon av de kostnadsmessige implikasjoner når bygget tas i bruk. Det skal gis tilbakemelding om prosjektets framdrift og kostnadsutvikling hvert tertial i 2010 (jf. vedlegg 1). Prosjektet skal også omtales i årlig melding.	Ja	X	Rapportering har skjedd i tråd med retningslinjene.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		Sluttprognosen for byggefase 2 er pr. desember 7 304 millioner kroner (juni 2010 verdi) ihht Tertialrapport fra Helsebygg for 3. tertial 2010. I gjennomført baselinerevisjon i september ble reservene til administrasjonen (P50) redusert med 280 mill kr og prosjektstyrets reserve (P70) redusert med 250 mill kr. Avvik mellom plan og påløpt er 118 millioner kroner. Av dette er 83 mill kr for bygg og 18 mill for utstyr knyttet til byggefase 2 del 1, og det som måtte gjenstå av beløp vil gå til reduksjon av kostnadsrammen så snart alle regningene er mottatt og betalt.
	Nei		De kliniske sentrene i byggefase 2 del 1, er overlevert Sameiet St. Olavs Hospital og innflyttet. Kunnskapssentret forutsettes overlevert Sameiet 25.9.2013 og innflyttet 20.12.2013.
			Utbyggingen av St. Olavs Hospital er i tråd med vedtatt fremdriftsplan og ligger godt innenfor det økonomiske styringsmålet (P50).

I henhold til det system som er lagt til grunn for beslutning om og gjennomføring av investeringsprosjekter, er Helse Midt-Norge RHF ansvarlig for styring og oppfølging av prosjektet innenfor premissene som følger av Stortingets vedtak. Som det framgår av St.prp. nr. 1 (2003-2004) og finansieringsløsningen som er lagt til grunn for prosjektet, vil eventuelle merkostnader være et anliggende for Helse Midt-Norge RHF.

Låneopptak (kap. 732 post 82)

Helse Midt-Norge RHF ble tildelt 174,6 mill. kroner i låneramme for 2010.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
	Ja	X	
Foretaksmøtet forutsatte at tildelt låneramme kun benyttet til gjennomføring av fase to av nye St. Olavs hospital.	Ja	X	Låneramme på 174 628 000,- ble overført til Helsebygg i mai 2010 og ble sammen med tidligere tildelte byggelån konvertert til serielån pr 01.7.10.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

Landingsplasser for helikoptre

Foretaksmøtet viste til rapport utarbeidet i juni 2008 av Luftambulansetjenesten ANS som viser at det ikke er tilfredsstillende landingsmuligheter for ambulanshelikoptre ved flere av landets akuttstusykehus. Det må også ses hen til at det skal anskaffes nye redningshelikoptre.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
	Ja	X	
Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene iverksette et felles prosjekt for å ivareta krav om forsvarlige landingsmuligheter for ambulanse- og redningshelikoptre ved akuttstusykehusene.	Ja		De regionale helseforetakene har etablert et felles prosjekt for å ivareta kravet om forsvarlige landingsmuligheter for ambulanse- og redningshelikoptrene ved akuttstusykehusene. Luftambulansetjenesten ANS (LAT ANS) har fått i oppdrag å lede dette prosjektet. Det er videre etablert regionale underprosjekter for å ivareta kartlegging, faglige vurderinger og prioritering av tiltak og aktiviteter. Prosjektet gjennomgår følgende faser:
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		

1. Klargjøre myndighetskrav til landingsplasser
2. Kompetanseoppbygging (se pkt 3 om seminar nedenfor)
3. Kvalitetssikre og justere oversikt over landingsforhold ved norske sykehus
4. Kartlegge planer og pågående prosjekter for bygging/opprusting av landingsplasser
5. Definere behov for de enkelte sykehus
6. Prioriteringer
7. Konkretisere

			Prosjektet vil ventelig kunne avsluttes i løpet av første halvår 2011.
Foretaksmøtet presiserte at behovet for utbedring og nybygg av landingsplasser må vurderes i forbindelse med planlegging av byggeprosjekter	Ja	X	Det er ivaretatt ved Nye St. Olavs hospital og i konseptplan for nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal. Det ses nå på muligheten av å utbedre landingsplass ved Kristiansund Sykehus. Dette er en problemstilling som også berører beredskap for offshore aktiviteter i Norskehavet.
	Igang satt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

2.2.2 Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2010

Helse- og omsorgsdepartementet gjennomgikk i foretaksmøte 25.1.2010 styringsbudskap og krav på det organisatoriske området. For 2010 ble følgende styringsbudskap og konkrete styringskrav formidlet:

2.2.2.1 Tiltak på personalområdet

Inkluderende Arbeidsliv (IA), sykefravær og uønsket deltid m.m.

I arbeidet med Inkluderende Arbeidsliv er det enkelte arbeidssted fremholdt som en viktig arena for å redusere sykefravær, hindre helse relatert utstøting fra arbeidslivet og få flere med redusert funksjonsevne i arbeid. Gjeldende IA-avtale er forlenget til 1. mars 2010 i påvente av at partene i avtalen vurderer nye tiltak, f.eks. mer sektordifferensierte tiltak.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Foretaksmøtet forutsatte at Helse Midt-Norge RHF legger til rette for et godt arbeidsmiljø i helseforetaksgruppen, med henblikk på god bruk av de tilgjengelige helsepersonellressursene og målsettingene i Inkluderende Arbeidsliv.	Ja		Nye retningslinjer for hvordan melde og håndtere klager på trakassering/mobbing ble ferdigstilt høsten 2010 og gjort kjent i sentrale fora. Dette var ett av flere oppfølgingspunkter etter arbeidsmiljøundersøkelsen i 2008. For øvrig er resultatene fulgt opp i handlingsplaner ved den enkelte enhet, der minimumskravet har vært å definere to forbedringsområder og to bevaringsområder. Status og erfaringsutveksling er fulgt opp via personalsjefnettverk og AU. Lukking av pålegg i God Vakt har fulgt egne frister fra Arbeidstilsynet gjennom 2010. Egne arbeidsgrupper i de tre foretakene som fikk pålegg har ivaretatt dette arbeidet. Samarbeidet med vernetjenesten har
	Igang satt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		

			vært meget god på området. Det har vært utfordrende å utarbeide konkrete nok handlingsplaner og påleggene er ikke blitt lukket. Samarbeidet med Arbeidstilsynet har vært av varierende karakter, og det har vært kontakt lokalt og regionalt for å sørge for god veiledning og samarbeid for få lukket påleggene på en god måte. Frist for lukking av påleggene er i løpet av 2011
--	--	--	--

Foretaksmøtet viste til at regjeringen har satt ned et utvalg som skal gjennomgå årsakene til det relativt høye sykefraværet og tidlig avgang fra arbeid i helsesektoren. Utvalget skal videre foreslå tiltak som kan redusere sykefravær og helserelatert utstøting i helseforetaksgruppen. Utvalget skal levere sin utredning (NOU) innen utgangen av 2010.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
	Ja	X	
Foretaksmøtet forutsatte at Helse Midt-Norge RHF kartlegger omfang av og årsak til sykefraværet og helserelatert utstøting i helseforetaksgruppen, samt utarbeider handlingsplaner med adekvate tiltak. Det skal rapporteres om arbeidet i årlig melding.	Ja	X	<p>Handlingsplaner for sykefraværsoppfølging er utarbeidet i hvert foretak og det rapporteres i henhold til disse ved månedlige statusrapporter til styret.</p> <p>Det har vært lagt vekt på å identifisere enheter med spesielt høyt sykefravær og sette i verk spesifikke tiltak knyttet til de aktuelle problemstillingene i den enkelte enhet. Gravide er en gruppe det har vært rettet spesifikke tiltak mot for å tilrettelegge arbeidssituasjonen og minimere sykefraværet. Helse Sunnmøre HF er trukket fram som eksempel i flere nasjonale fora med sitt arbeid spesielt rettet mot gravide.</p> <p>For samlet foretaksgruppe har det i 2010 vært en reduksjon i gjennomsnittlig sykefravær på 0,4 prosentpoeng i forhold til 2009. Gjennomsnittlig sykefravær for 2010 er på 8,2 %. Det er fortsatt stort potensiale for å redusere fraværet.</p>
	Igangsett, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

Foretaksmøtet har tidligere stilt krav til at Helse Midt-Norge RHF skal kartlegge omfang av og iverksette tiltak mot uønskede deltidsstillinger i helseforetakene.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Foretaksmøtet forutsatte at det fortsatt arbeides aktivt for å redusere uønskede deltidsstillinger og legge til rette for økte stillingsandeler. Det skal rapporteres i årlig melding på hvilke tiltak som er iverksatt og om effekten av tiltakene.	Ja		Andel deltid har ikke blitt redusert i tilstrekkelig grad. Enkelte foretak som Rusbehandling Midt-Norge, har vist at det er mulig med en betydelig reduksjon av ufrivillig deltid, mens andre foretak har hatt ingen eller marginal nedgang. Helse Sunnmøre har gjennomført en enkel kartlegging av ufrivillig deltid, og har nå etablert ei arbeidsgruppe som skal utarbeide forslag til tiltak. I Helse Nordmøre og Romsdal har vedtatt en handlingsplan som vil bli implementert i 2011. St Olavs Hospital har vektlagt at pleiepersonell som i utgangspunktet er dagarbeidende, også skal arbeide helg ved andre enheter. Det rapporteres om ulike typer tiltak, men at de ikke har hatt effekt enda eller at tiltakene ikke er tilstrekkelige ift målsettingene. Dette vil bli fulgt opp på alle nivåer i 2011.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		

Retningslinjer for lønns- og pensjonsvilkår for ledere i statlig eide foretak

Det er avgjørende at den offentlige spesialisthelsetjenesten har tillit og legitimitet i samfunnet.

Det er derfor viktig at lederne i helseforetakene har lønns- og pensjonsvilkår som ikke oppfattes som urimelige, sett i forhold til de krav stillingen innebærer.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Foretaksmøtet viste til at helseforetakene er omfattet av Nærings- og handelsdepartementets veiledende retningslinjer for lønns- og pensjonsvilkår for ledere i statlig eide foretak (sist fastsatt 8. desember 2006).	Ja	X	Helse Midt-Norge presiserte kravene i "Retningslinjer for lønns- og pensjonsvilkår for ledere i statlig eide foretak", allerede i 2007. Dette har blitt fulgt konkret opp i lønnsoppgjøret de påfølgende år.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

Bruk av konsulenter

Foretaksmøtet viste til bruk av eksterne konsulenter i helseforetakene og i de regionale helseforetakene. Eksterne konsulenter bør fortrinnsvis brukes på områder der det er behov for kompetanse eller kapasitet utover det som er tilgjengelig i egen organisasjon og for en

tidsbegrenset periode. Engasjement av eksterne konsulenter bør i hvert enkelt tilfelle vurderes opp mot å rekruttere aktuell kompetanse til organisasjonen.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Foretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge RHF sikrer at det er et bevisst forhold til bruk av konsulenter i helseforetaksgruppen.	Ja		Det er jobbet med holdningsdelen i foretaksgruppen gjennom jobbrelatert informasjon. Alle ansatte er bedt om å analysere behovet for eksterne konsulent tjenester nøye før det blir tatt avrop på inngåtte rammeavtaler. Holdningsskapende arbeid er vanskelig å måle. Arbeidet vedr kjøp av eksterne konsulent tjenester foregår kontinuerlig og Helse Midt-Norge skal alltid ha et bevisst forhold til bruk av konsulent tjenester.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		

2.2.2.2 Oppfølging av juridisk rammeverk

Intern kontroll og risikostyring

Foretaksmøtet viste til tidligere føringer angående styrets ansvar for at Helse Midt-Norge RHF har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Ved omstilling av virksomheten må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Foretaksmøtet ba om at rapport fra styrets gjennomgang av intern kontroll og risikostyring forelegges Helse- og omsorgsdepartementet ved rapportering for 2. tertial 2010. I tillegg skal det redegjøres for dette arbeidet i årlig melding.	Ja	X	Styret har behandlet risikovurdering av tildelte oppdrag i møter i mars og oktober og oppfølging av tilsynssaker i møte i juni.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		
Foretaksmøtet konstaterte at det fortsatt er behov for større systematikk i de regionale helseforetakenes og helseforetakene oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av de gjennomførte tilsynene. Foretaksmøtet la til grunn at dette	Ja		Helse Midt-Norge ønsker å invitere Helsetilsynet inn i direktørmøter og styremøter for gjennomgang av tilsyn med tanke på at dette vil gi læring på tvers for forankring på øverste nivå.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		

følges opp.			
-------------	--	--	--

Oppfølging av forholdet til stiftelser

Foretaksmøtet viste til mottatte planer fra de regionale helseforetakene om videre oppfølging for å bringe forholdet til stiftelser i samsvar med stiftelsesloven og helseforetakenes retningslinjer på området.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
	Ja	X	
Foretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge RHF viderefører arbeidet for å bringe helseforetakenes forhold til stiftelser i samsvar med stiftelsesloven og helseforetakenes retningslinjer på området, så langt helseforetakene har muligheter og virkemidler til dette.	Ja	X	Forholdene er bragt i orden
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		
Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF sender status på helseforetakenes forhold til stiftelser til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. juni 2010.	Ja	X	Helseforetakene er bedt om å bringe sitt forhold til stiftelser i orden. Tilbakemeldinger er mottatt og forholdene synes å være bragt i orden og i samsvar med gjeldende regelverk. Det er rapportert til Helse- og omsorgsdepartementet 16.6.10 og 8.9.10.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

Tiltak for å bedre kvaliteten i anskaffelsesprosessene

Regelverket for offentlige anskaffelser er ikke alene tilstrekkelig for å sikre at offentlige innkjøp blir faglig gode og har høy kvalitet. Tiltak knyttet til organisering, ledelse og kompetanse er avgjørende for å få til korrekte og gode innkjøp, jf. St.meld. nr. 36 (2008-2009) *Det gode innkjøp*.

De regionale helseforetakene oversendte januar 2010 rapporten "*Å sikre bedre kvalitet i anskaffelsesprosessene i helsesektoren*", hvor det ble gitt anbefalinger om ytterligere tiltak for å sikre bedre kvalitet ved gjennomføring av offentlige anskaffelser.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
	Ja	X	
Foretaksmøtet la til grunn at det settes i gang tiltak for å møte de utfordringer som rapporten beskriver.	Ja	X	Det er igangsatt tiltak slik det framgår av anbefalingene i rapporten. Kvalitetssystem er under utarbeidelse. Egen prosjektleder er utpekt. EQS brukes til dokumentasjon. Flere prosedyrer og maler er godkjent. Samlet systembeskrivelse ferdigstilles innen 1.7.11. Erfaringer fra andre offentlige oppdragsgivere er innhentet.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

			Anskaffelsesrettslige problemstillinger er diskutert i det regionale innkjøpsnettverket, herunder om evalueringsmetoder. Annen kompetanseheving er også gjennomført i 2010. I 2011 stilles det krav til helseforetakene om å styrke ressursene i innkjøpsfunksjonen. Videre vil e-læringsprogrammet om offentlige anskaffelser utviklet av Helse Sør-Øst tas i bruk når læringsportalen i Helse Midt-Norge er på plass i løpet av 2011. Fortsatt styrket lederfokus og opplæring av linjeledere vil likevel være nødvendig.
Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF bidra til å etablere en felles kompetanseenhet i tilknytning til Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS). Kompetanseenheten skal bl.a. ivareta følgende oppgaver: <ul style="list-style-type: none"> • utarbeide opplegg for og forvalte standardisert opplæring • utarbeide rutiner, standarder og hjelpemidler for gjennomføring av anskaffelsesprosesser • gi rådgivning i arbeidet med anskaffelsesstrategi for den enkelte virksomhet • yte uavhengig kvalifisert juridisk og innkjøpsfaglig rådgivning og kvalitetssikring rettet mot alle trinn i anskaffelsesprosess og kontraktsoppfølging 	Ja	X	Arbeidet er avsluttet og styret i HINAS har vedtatt å opprette en ny, felles kompetanseenhet med 3-5 tilsette i Vadsø.
	Igangsett, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

Etisk handel

De regionale helseforetakene ble i foretaksmøtene i januar 2008 pålagt å følge opp Handlingsplan 2007-2010 Miljø- og samfunnsansvar i offentlige anskaffelser. Et sentralt element i planen er å fremme sosiale og etiske krav ved gjennomføring av offentlige anskaffelser. Det ble i januar 2009 lansert en veileder som et ledd i oppfølging av denne planen. Veilederen *Etiske krav i offentlige anskaffelser* oppfordrer offentlige virksomheter til blant annet å lage handlingsplaner for etisk handel.

I flere europeiske land har det vært oppmerksomhet på etisk og rettferdig handel i tilknytning til kjøp av medisinsk utstyr. Den europeiske legeföreningen (CPME) vedtok i juni 2009 å oppfordre alle medlemsforeningene til å arbeide for etisk handel med medisinsk utstyr. Dette er et initiativ Den norske legeförening har fulgt opp gjennom en oppfordring til Helse- og omsorgsdepartementet i august 2009.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
	Ja	X	
Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF sammen med de øvrige regionale helseforetakene vurdere hensiktsmessig oppfølging av veilederen <i>Etiske krav i offentlige anskaffelser</i> , herunder eventuell utarbeidelse av egne handlingsplaner. Foretaksmøtet ba om at en særlig vurderer oppfølging av etisk handel med medisinsk utstyr. Dette er et arbeid som kan sees i sammenheng med etableringen av ny kompetansenhet.	Ja	X	Rapport fra delprosjekt innkjøp i Det nasjonale Miljø- og klimaprojektet er distribuert til alle landets regionale helseforetak samt til Hinas. Rapporten er også oversendt Helse- og omsorgsdepartementet. Etiske krav og oppfølging av veilederen er omtalt i et eget kapittel i rapporten
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

2.2.2.3 Utvikling på IKT-området

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) er et viktig virkemiddel for å realisere mål om helhet og samhandling i helse- og omsorgstjenesten.

Videreutvikling av Norsk Helsenett SF

Utvikling på IKT-området er en viktig del av samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)). Statsforetaket Norsk Helsenett er etablert som en ny nasjonal enhet for utvikling og drift av IKT innen sektoren.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
	Ja	X	
Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene støtter opp under den videre utviklingen av Norsk Helsenett SF og bidrar til at de helsepolitiske målsettinger for etableringen realiseres.	Ja	X	De regionale helseforetakene støtter sterkt opp under videre utvikling av Norsk Helsenett. I hovedsak ivaretas dette gjennom Nasjonal IKT sine strategier og handlingsplaner.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

Elektronisk meldingsutveksling – Meldingsløftet

Nasjonalt meldingsløft har som mål at informasjonsutveksling mellom nivåene i helsetjenesten skal baseres på sikker elektronisk meldingsutveksling og at parallelle forsendelser av papir skal avvikes.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF sørger for at de regionale prosjektplaner og de nasjonale mål som er satt i meldingsløftet blir fulgt opp. Spesielt skal det legges vekt på å få økt volum i meldingsutvekslingen og å avvikle bruk av papirløsninger i tråd med de prioriterte målsettingene, samt tiltak for å sikre samhandling vedrørende elektronisk meldingsutveksling, jf. handlingsplan for Nasjonalt meldingsløft.	Ja		Helse Midt-Norge har et pågående program som følger målsettingene i handlingsplanen for Nasjonalt meldingsløft. Det er etablert løsninger for henvisning og epikrise, herunder røntgenrekvisisjon og -svar samt laboratoriesvar. Alt mot primærleger. Det arbeides aktivt for å avvikle parallelle papirforsendelser, men manglende utvikling av nasjonalt adresseregister, forsinkede leveranser fra leverandører og manglende ressurser i helseforetakene medfører store forsinkelser i forhold til opprinnelige planer.
	Igang satt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		

Elektroniske resepter

Det forutsettes at de regionale helseforetakene bidrar til utbredelse av elektronisk resept, både i helseforetakene og i sykehusapotekene.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å tilrettelegge for utbredelse av elektronisk resept i helseforetakene og sykehusapotekene med sikte på at elektronisk resepter kan sendes og mottas i 2011. Tidsplaner og ambisjonsnivå avklares innen 1. mai 2010 gjennom egen dialog med Helse- og omsorgsdepartementet.	Ja	X	Etter vedtak i Nasjonal IKT 29.9.2010, er det besluttet å stanse fremdrift for å få på plass en løsning for e-resept for spesialisthelsetjenesten innen frist. Begrunnelsen er manglende tilbakemelding fra HOD på uavklarte risikofaktorer. Det arbeides likevel med en langsiktig løsning basert på en helhetlig medikasjonstjeneste.
	Igang satt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

Automatisk frikort – rapportering av egenandelsopplysninger

Ordningen med automatisk frikort ble innført på landsbasis fra 1. juni 2010.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF sørge for at egenandeler for poliklinisk behandling og syke transport rapporteres elektronisk til HELFO.	Ja	X	Egenandeler for poliklinisk behandling og syke transport rapporteres nå elektronisk til HELFO. Det finnes noen få unntak for rekvisiter som ikke er tilknyttet
	Igang satt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

			helsenettet
Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF fase ut oppgjørssystemet POLK innen 1. januar 2011 etter nærmere angivelse fra Helsedirektoratet.	Ja		Utfasing av POLK er forsinket pga forsinkelser hos leverandør for ny løsning. Forventet leveranse mars 2011
	Igang satt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		
Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å iverksette nødvendige tiltak i 2010, slik at innrapportering fra pasienten selv ikke lenger er nødvendig for å sikre komplett innrapportering av egenandeler for direkteoppgjør fra og med 1. januar 2011.	Ja		Løsning er kraftig forsinket. Antatt leveranse høst 2011
	Igang satt, men ikke ferdigstilt		
	Nei	X	

Nytt nødnett

Foretaksmøtet viste til protokoll fra foretaksmøtene i februar 2007 om gjennomføring av første utbyggingstrinn for nytt digitalt nødnett. Det ble også vist til brev fra Helse- og omsorgsdepartementet av 15. januar 2007 der rammer og forventninger til de regionale helseforetakene for gjennomføring av første utbyggingstrinn ble nærmere klargjort. Det er nå fastlagt nye planer som legger til grunn at leveransene til helsetjenesten for første byggetrinn skal implementeres i løpet av 2010.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Foretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge RHF bidrar til at målsettingene med innføringen av nytt digitalt nødnett i Norge blir nådd. Foretaksmøtet la videre til grunn at det settes av nødvendige ressurser til å kunne ta imot og delta i installeringen av utstyret, sikre driften av det og evaluere bruken av utstyret i et samarbeid med de andre regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og resten av prosjektorganisasjonen	Ja		Helse Sør-Øst RHF har i 2010, i samarbeid med Helsedirektoratet og de øvrige RHF, gjennomført første utbyggingstrinn iht de planer og leveranser som Nødnettprosjektet (ledet av DnK) har etablert. Arbeidet med dette fortsetter i 2011. Helse Sør-Øst RHF har i samarbeid med de øvrige RHF etablert en nasjonal driftsorganisasjon for nødnett i helsesektoren, og satt denne i operativ drift i 2010.
	Igang satt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		

2.2.2.4 Datakvalitet og rapportering

Nasjonalt helseregisterprosjekt

Et sentralt mål i Nasjonalt helseregisterprosjekt er å styrke datakvaliteten i Norsk pasientregister (NPR). Dataene skal være komplette, av god kvalitet og i henhold til retningslinjer gitt av NPR. Dette for å sikre et godt grunnlag for styring, administrasjon og forbedring av spesialisthelsetjenesten. Regjeringen har i 2009 vedtatt ny nasjonal strategi for ulykker som

medfører personskade; ”Ulykker i Norge” (2009-2014), der en sentral utfordring er at mangel på gode data har vært til hinder for effektiv skadeforebygging.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å oppnevne kontaktpersoner i det regionale helseforetaket og i helseforetakene som skal ha særskilt ansvar for å sikre god kvalitet på dataene til NPR, spesielt innen psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og skader og ulykker.	Ja	X	Oppdraget utført
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		
Foretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge RHF har nødvendig ledelsesmessig oppmerksomhet knyttet til god kvalitet på den medisinske kodingen, og påse at nasjonale retningslinjer for medisinsk koding følges opp i virksomhetene.	Ja		HMN har generelt hatt fokus på kvalitet på medisinsk koding. Fagdirektør i HMN har i samarbeid med de andre RHFene iverksatt særskilt arbeid for å sikre kvalitet på koding av PCI etter statistisk indikasjon på ulik koding. Arbeidet er ikke konkludert
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		

Prosedyrekode knyttet til psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å sørge for at alle enheter innen psykisk helsevern for voksne og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbruk registrerer og rapporterer prosedyrekoder fra 1. september 2010.	Ja		Implementeringsarbeidet er i gang. St. Olavs Hospital, PH, hadde full deltakelse fra 20100901. I Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Sunnmøre har de valgt ut enkelte enheter for å starte med, men arbeider for full deltakelse fortløpende. Helse Nord-Trøndelag kom i gang til fastsatt tid. Rusforetaket har jobbet med implementering til rett tid. Noen av de private rusinstitusjonene ventet på nytt datasystem og ble dermed forsinket. Kravet til oppstart 20100901 er ikke oppfylt, enkelte enheter gjenstår, men både psykisk helsevern og TSB
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		

			er godt igang. Det samme gjelder for rehabiliteringsfeltet, det er delvis startet i helseforetakene. De private institusjonene har startet rundt årsskifte 2010/2011 fordi de forventet bedre programvare. Habilitering har vært i gang fra tidlig 2010, noen allerede fra 1.jan 2010.
--	--	--	--

KPP-regnskap

Pilotprosjektet for Nasjonal spesifisering for kostnad per pasient-regnskap (KPP-regnskap) skal videreføres i 2010.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å avsette ressurser til arbeidet med pilot i samsvar med kartlagt ressursbehov, og sørge for at deltakende helseforetak involverer medisinsk kompetanse i de lokale prosjektgruppene for KPP-arbeidet.	Ja	X	Helse Sunnmøre og St. Olavs hospital deltar i dette arbeidet og har dediserte ressurser til det.
	Igang satt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

2.2.2.5 Samordning av stabs- og støttefunksjoner

Foretaksmøtet viste til krav i foretaksmøtet i januar 2009 der de regionale helseforetakene ble bedt om å rapportere innen 1. oktober 2009 om status for arbeidet med å samordne stabs- og støttefunksjoner. I rapporten skulle det redegjøres særskilt for tiltak som sikrer forankring og implementering av de ulike prosjektene. Det skal videre gjøres rede for lønnsomheten i prosjektene, og fremvises en strategi for hvordan den påviste lønnsomheten skal tas ut gjennom egnede gevinstrealiseringstiltak. Det fremgår av rapporten at lønnsomhetsanalyser ikke er ferdigstilt. Helse- og omsorgsdepartementet vil i 2010 initiere et prosjekt for blant annet å utrede muligheten for å etablere et nasjonalt selskap for stabs- og støttefunksjoner. Målet er å utnytte samordningsmuligheter og -gevinster som ligger i det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF i samarbeid med de andre regionale helseforetakene ferdigstiller lønnsomhetsanalyser for de tre delprosjektene og følger opp strategier for gevinstrealisering. Statusrapport med lønnsomhetsanalyser og planer for gevinstrealisering oversendes	Ja	X	En samlet statusrapport og lønnsomhetsanalyse er etter behandling i NPSS Programstyret og i AD-møtet, oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet. Da rapporten og analysen ikke alene kan danne grunnlag for videre veivalg og oppfølging av strategier for gevinstrealisering, utarbeidet derfor
	Igang satt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

departementet innen 1. juni 2010.			de fire regioner sine vurderinger av det videre arbeidet med nasjonal samordning av stabs- og støttefunksjoner. Disse vurderingene ble vedlagt ved oversendelse av statusrapport og lønnsomhetsanalyse
-----------------------------------	--	--	--

2.2.3 Øvrige styringskrav for 2010

Helse- og omsorgsdepartementet gjennomgikk øvrige styringsbudskap og formidlet følgende styringsbudskap og konkrete styringskrav for 2010:

2.2.3.1 Samhandlingsreformen – økonomiske virkemidler

I St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen er det forutsatt at nye økonomiske virkemidler skal iverksettes fra 2012. Stortinget skal behandle meldingen våren 2010. Parallelt med Stortingets behandling vil departementet i 2010 arbeide med den konkrete innretningen for disse virkemidlene.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
	Ja	X	
Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF sørge for at det stilles ressurser til disposisjon i det videre arbeidet med økonomiske virkemidler i samhandlingsreformen.	Ja	X	Helse Midt Norge har budsjettert med evl 35 mill til samhandlingstiltak. Disse midlene er brukt til: Støtte til drift av eksisterende DMS, etablering av DMS i Steinkjer og planlegging av DMS Sunndal. Etablering av etterbehandlingstilbud i Ålesund og Kristiansund. Vi har utlyst og tildelt midler til samhandlingsprosjekter for 8 mill kr. Alle HF fikk tildelt midler. Støtte til utvikling og drift av nye Røros Sykehus. Støtte til videre drift av Pilotsykehusprosjektet. Medfinansiering av ulike samhandlingsprosjekt av kortere og lengre varighet
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

2.2.3.2 Landsverneplan for helsesektoren – kulturhistoriske eiendommer

Foretaksmøtet viste til tidligere vedtak om krav om utarbeidelse av forvaltningsplan for hver enkelt av sektorens kulturhistoriske eiendommer.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
	Ja	X	
Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF iverksette arbeidet med forvaltningsplaner slik at en i 2010	Ja		Utarbeidelse av forvaltningsplaner blir samordnet av det interregionale kulturminneforvaltningsnettverket.
	Igangsatt, men ikke	X	

utarbeider en plan for gjennomføring av arbeidet med sikte på å slutføre arbeidet med forvaltningsplanene innen utgangen av 2011.	ferdigstilt		Det er gjennomført samlinger med de ansvarlige for utarbeidelse av forvaltningsplanene hvor Riksantikvaren m. fl. har orientert om forvaltningsplanens form og innhold. Det vil bli samordnet utarbeidelse av piloter - en i hver region. Fremdriften er noe preget av at forskrift til landsverneplan helse fortsatt mangler.
	Nei		

2.2.3.3 Evaluering av parkeringstilbudet ved sykehusene

Foretaksmøtet viste til foretaksmøtet i januar 2009 om oppfølging av rapport datert 24. november 2008 utarbeidet av de regionale helseforetakene. I foretaksmøtene ble det bedt om at de regionale helseforetakene evaluerer organiseringen av parkeringstilbudet i 2010.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
	Ja	X	
Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF oversende rapport innen 1. oktober 2010 om resultatene fra evalueringen av organiseringen av parkeringstilbudet.	Ja	X	De regionale helseforetakene har utarbeidet et felles evalueringssopplegg basert på de anbefalinger som ble gitt av den tverregionale arbeidsgruppen som har gjennomgått parkeringstilbudet ved norske sykehus. Helseregionene har gjennomført evaluering og oversendt resultat av evalueringa til Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen 1.10.10
	Igang satt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

2.2.3.4 Røykfrie inngangspartier ved helseinstitusjoner

Helse- og omsorgsdepartementet har gjennom flere år arbeidet med å begrense skadene ved tobakksrøyking, jf. Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006-2010. Ved revisjon av tobakkskadeloven vil det bli lagt til grunn at inngangspartier til helseinstitusjoner blir røykfrie områder.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
	Ja	X	
Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF innen utgangen av 2010 legger til rette for at inngangspartiene ved egneide helseinstitusjoner, blir røykfrie.	Ja		Det er gjennomført fysiske og organisatoriske tiltak ved sykehusene for å unngå røyking i inngangspartiene.
	Igang satt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		

2.2.3.5 Legemiddelassistert rehabilitering på rusområdet

Det er regionale forskjeller i fremstilling og kjøp av legemidler (metadon) til legemiddelassistert rehabilitering på rusområdet. Det benyttes både industrielt fremstilte legemidler med markedsføringstillatelse og apotekerfremstilte legemidler uten markedsføringstillatelse. Prinsippet om at legemidler som omsettes i Norge skal inneha en markedsføringstillatelse skal legges til grunn.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Foretaksmøtet ba om at legemidler med markedsføringstillatelse skal benyttes i legemiddelassistert rehabilitering, dersom det ikke foreligger individuelle medisinske grunner til å benytte apotekfremstilte legemidler.	Ja		Dette følges opp, samtidig som HMN benytter unntaksbestemmelsen i større grad en andre LAR-sentre.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt	X	
	Nei		

2.2.3.6 Samordnet kommunikasjon

Helse Midt-Norge RHF skal fortsatt arbeide aktivt for å styrke pasientrollen gjennom å forbedre pasientrettet informasjon på internett. Helseforetakene skal bidra til dette ved å utarbeide felles informasjon slik at kvaliteten på informasjon og tjenester rettet mot pasienter, brukere og pårørende via internett kan øke.

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om fortsatt å delta i det nasjonale samarbeidet med å tilrettelegge for publisering av felles informasjon for spesialisthelsetjenesten, i tråd med rammeverket for nettbasert kommunikasjon i spesialisthelsetjenesten. Det arbeides med å ferdigstille oppdatering av det nasjonale profilprogrammet. Det justerte profilprogrammet skal tas i bruk så snart det foreligger.	Ja	X	De regionale helseforetakene har deltatt i prosjekt som ble startet i 2009 i regi av HOD. Rapporten "Deling av pasientrettet informasjon" ble presentert for styringsgruppen i april 2010. Den ble brukt i forarbeidet til prosjektet "Nasjonal helseportal". Deltar også i "Redaksjon for nasjonalt rammeverk for web", som har til oppgave å forvalte og utvikle det felles rammeverket for internettpublisering. Det justerte nasjonale profilprogrammet vil tas i bruk så snart det foreligger.
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		
Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF sammen med de øvrige regionale helseforetakene om å gjennomføre en konsekvensvurdering av eventuell	Ja	X	De regionale helseforetakene har sammen arbeidet med å gjennomføre ei konsekvensvurdering av ei eventuell felles drift av ei nasjonal publiseringsplattform i Norsk
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

<p>felles drift av en nasjonal publiseringsplattform i Norsk Helsenett SF. Konsekvensvurderingen skal sendes departementet innen 1. oktober 2010.</p>			<p>Helsenett SF. Konsekvensvurderinga ble oversendt departementet innen fristen 1. oktober.</p>
---	--	--	---

2.2.4 Rett behandling til rett tid

Oppgave	Status. Kryss av.		Kort beskrivelse av tiltak iverksatt for å oppfylle styringskrav.
<p>Det ble vist til saken ved Sykehuset Asker og Bærum (januar 2010) hvor det kan ha blitt gjort endringer for enkeltpasienter i journalsystemet. Hvis dette er tilfelle er dette helt uakseptabelt. Håndteringen av denne saken er avgjørende for befolkningens tillit til helsevesenet.</p> <p>Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF sørger for at alle sykehus gjennomgår sine systemer og rutiner for å forhindre svikt i disse.</p>	Ja	X	<p>Helseforetakene har gått gjennom sine systemer og rutiner og det er ikke avdekket lignende saker.</p>
	Igangsatt, men ikke ferdigstilt		
	Nei		

3. STYRETS PLANDOKUMENT

3.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

3.1.1 Utviklingen i opptaksområdet

Opptaksområdet til HMN omfatter fylkene Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag. Per 1. januar 2010 var den samlede befolkningen på i underkant av 675 000 innbyggere. Per i dag er dette fordelt på 4 foretaksområder. Fra og med 1. juli 2011 skal imidlertid Helse Nordmøre og Romsdal HF og Helse Sunnmøre HF slås sammen til ett helseforetak. Dette betyr at befolkningen i HMN kan fordeles etter tre foretaksområder. Disse foretaksområdene vil med noen unntak følge fylkesgrensene i forhold til hvilke kommuner som inkluderes i foretaksområdene.

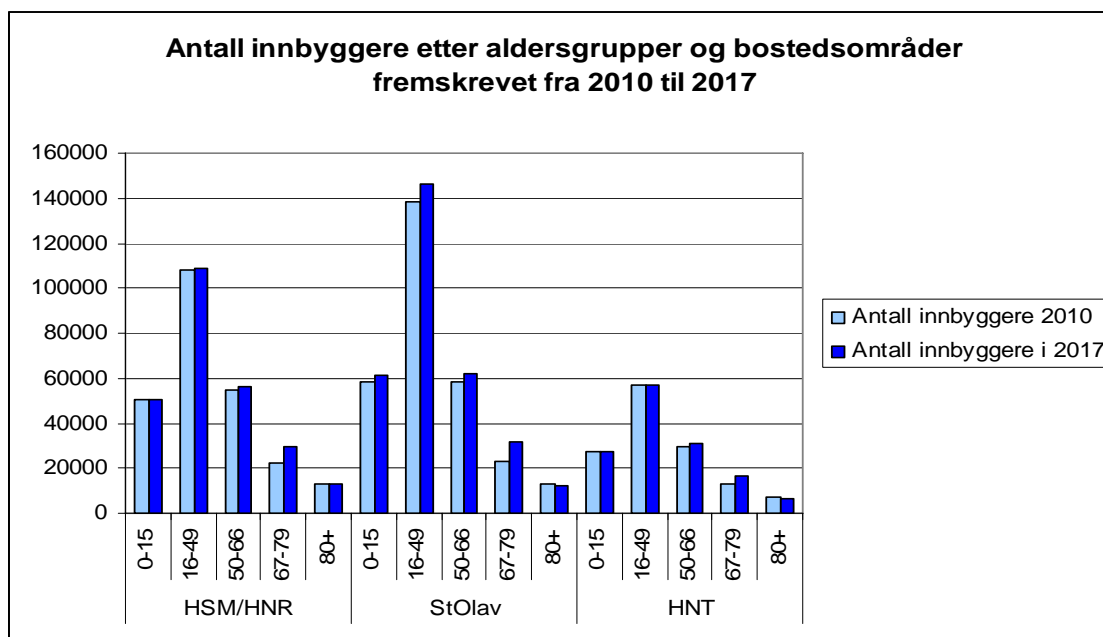
Befolkningen er i hovedsak bosatt langs kysten og de store fjordene, samt i hoveddalførene. Kommunikasjonene er gode i regionen. En andel av befolkningen bor på øyer, men mange av de store øyene er etter hvert blitt knyttet til fastlandet gjennom bro eller tunnel, og stadig færre er avhengig av fergeforbindelser.

Helse- og omsorgstjenesten i kommunene er viktige samhandlingspartnere for spesialisthelsetjenesten. Den kommende samhandlingsreformen bidrar forhåpentligvis til å gjøre dette samarbeidet tettere. Antallet kommuner i regionen og i bostedsområdene vil ha betydning for mulighetene for et godt samarbeid. Tabell 3.1 viser at mange av kommunene i HMN har færre enn 5000 innbyggere.

Tabell 3.1 *Kommunene i Midt-Norge etter folketall i foretaksområdene*

Bostedsområder	Befolkning per 1.jan 2010	Antall kommuner etter folketall					Antall kommuner totalt
		0-2000	2000-4999	5000-9999	10000-19999	20000+	
HSM/HNR bosted	249 221	5	13	13	1	3	35
St.Olav bosted	290 556	3	10	7	3	1	24
HNT bosted	133 587	11	9	1	3	2	26
Sum HMN	673 364	19	32	21	7	6	85

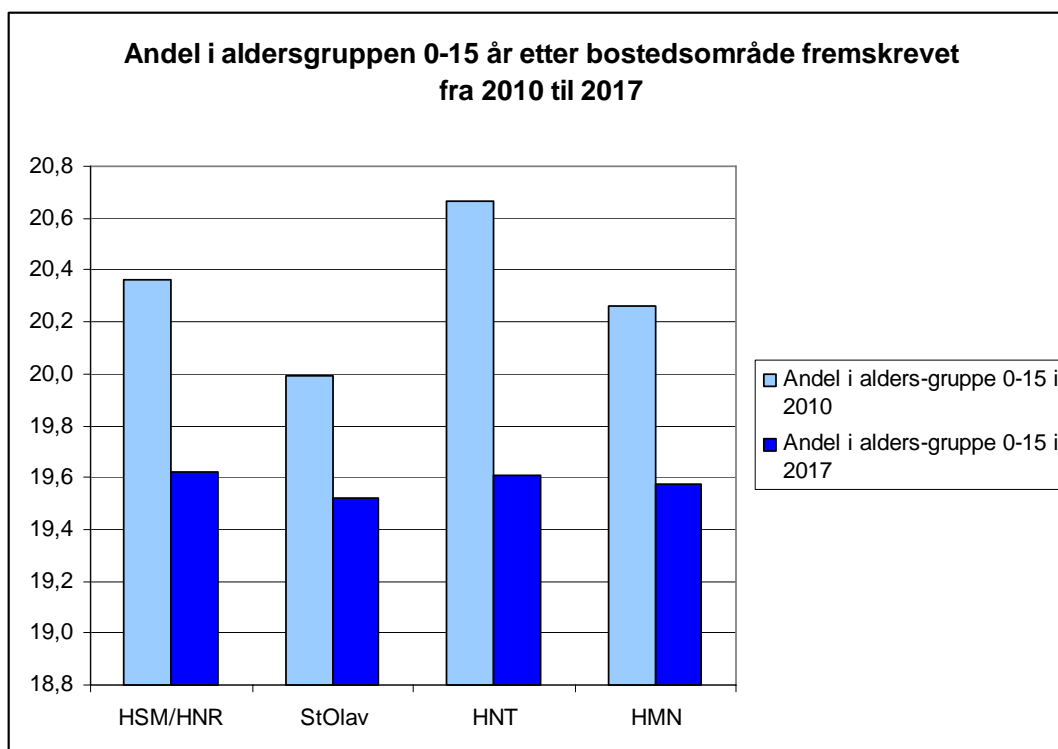
Fram til 2017, som er perioden for langtidsbudsjett og langtidsplan for HMN, ventes det relativt små endringer i befolkningen samlet sett i regionen. Alderssammensetningen endres imidlertid noe. Figur 3.1 viser befolkningen fremskrevet fra 2010 til 2017 i fem aldersgrupper for de tre bostedsområdene i HMN. Fremskrivningen er basert på Statistisk Sentralbyrås (SSBs) ”middels nasjonal vekst”.



Figur 3.1 *Befolkningen i HMN fremskrevet fra 2010 til 2017 etter aldersgrupper og bostedsområder*

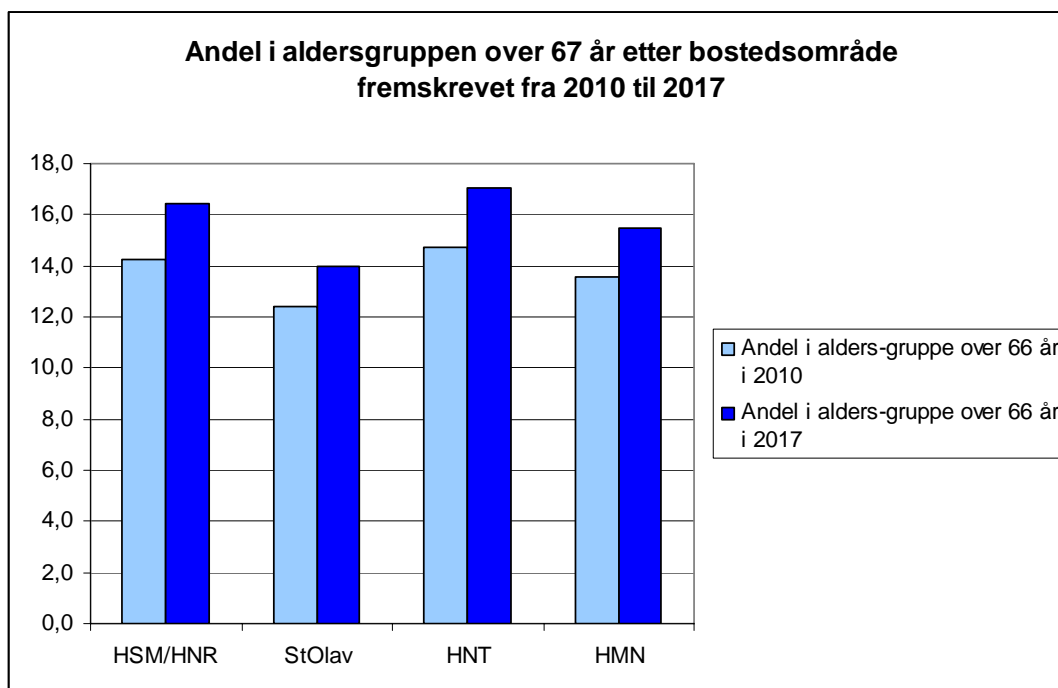
For alle bostedsområdene er det spesielt aldersgruppen 67 – 79 år som har den høyeste prosentvise veksten fra 2010 til 2017. Variasjonene er fra 32 til 35 prosent der St. Olavs bostedsområde har høyest prosentvis vekst. Det er en viss sentraliserende tendens i den forstand at den prosentvise veksten for alle aldersgruppene er høyest i St. Olavs bostedsområde. For barna (0-15 år) er det en forventet nedgang i befolkningen både i HSM/HNR og i HNT bostedsområder, mens det er en økning i St. Olavs område på 6 prosent. For aldersgruppen 80 år og eldre er det en forventet nedgang i alle bostedsområdene. Her er det St. Olavs bostedsområde som har den største prosentvise nedgangen. For de resterende tre aldersgruppene er det forventet vekst i alle områdene, med størst prosentvis vekst i St. Olavs bostedsområde. Samlet sett er det en vekst på 5 prosent i befolkningen fra 2010 til 2017, noe som gir en årlig vekst på om lag 0,6 prosent. Det er imidlertid en dreining i retning av at aldersgruppen 67 – 79 år har en betydelig høyere prosentvis vekst enn de andre aldersgruppene. Dette er bare begynnelsen på en trend med at alderssammensetningen endres i retning av at det blir stadig flere eldre i befolkningen. Da forbruksratene¹ i somatisk sektor er høyere for de eldste pasientgruppene betyr denne dreiningen at veksten i antall sykehusinnleggelse vil bli betydelig høyere enn det veksten i befolkningen samlet sett tilsier dersom forbruksratene er på samme nivå som i 2009. I figur 3.2 og 3.4 er dette illustrert ved å presentere andel innbyggere i aldersgruppen 0-15 år og den samlede andelen for de to eldste gruppene fremskrevet fra 2010 til 2017.

¹ Forbruksrater er antall sykehusopphold per 1000 innbyggere. Disse forbruksratene øker med økende alder i befolkningen. For aldersgruppen 0-15 år var forbruksraten i 2009 på 162 døgn- og dagopphold per 1000 innbyggere i somatisk sektor i HMN. Tilsvarende tall for de to eldste aldersgruppene var 719 og 943 døgn- og dagopphold per 1000 innbyggere. For psykisk helsevern og rusbehandling er det imidlertid ikke samme sammenheng mellom alder og forbruk av spesialisthelsetjenester.



Figur 3.2 *Andel innbygger i aldersgruppen 0-15 år fremskrevet fra 2010 til 2017 etter bostedsområder*

Alle bostedsområdene får en nedgang i denne aldersgruppen og nedgangen er lavest i St. Olavs bostedsområde og høyest i HNT bostedsområde.



Figur 3.3 *Andel innbygger i aldersgruppen over 67 år fremskrevet fra 2010 til 2017 etter bostedsområde.*

Figuren viser at alle får en forventet andel eldre som øker i perioden. Økningen er lavest i StOlav bostedsområde. Denne dreiningen i alderssammensetning i perioden fører altså til at forbruket av somatiske spesialisthelsetjenester øker mer enn økningen i befolkningsmengde. I Tabell 3.2 presenteres en oversikt over hvordan forventet antall sykehusopphold² blir i 2017 når forbruket innenfor aldersgruppene er lik nivået i 2009.

Tabell 3.2 *Forventet antall sykehusopphold og prosentvis endring fra 2009 i 2017 med forbruksrater lik nivået i 2009.*

Alders- gruppe	Antall opphold 2009	Antall opphold 2017	Endring i antall opphold	Pst-endring fra 2009
0-15	24 322	24 789	467	1,9
16-49	66 001	67 852	1 851	2,8
50-66	55 892	58 646	2 755	4,9
67-79	44 457	59 422	14 965	33,7
80+	32 408	32 268	-140	-0,4
Sum	223 080	242 978	19 898	8,9

Tabellen viser at det kan forventes en økning på i underkant av 20 000 sykehusopphold fra 2009 til 2017 dersom forbruksratene innenfor pasientgruppene holdes på 2009-nivå. Dette gir en vekst samlet i perioden på 8,9 prosent eller om lag 1,1 prosent per år. Dette betyr at veksten i opphold per år blir nær det dobbelte av hva veksten i den samlede befolkningen blir i perioden (0,6 per år). Fremskrivningen per bostedsområde vil variere i forhold til de forskjellene i befolkningssammensetning som er beskrevet ovenfor. For psykisk helsevern er det vanskeligere å beregne forventet forbruk, da det er mer begrensede datagrunnlag i forhold til å beregne forbruksrater i ulike aldersgrupper. Dersom det tas utgangspunkt i aldersgruppen 0-17 år viser fremskrivningen en økning fram til 2017 på om lag 2 prosent. Tilsvarende tall for aldersgruppen 18 år og over viser en økning på om lag 6,5 prosent. Dersom forbruksnivået holder seg på dagens nivå kan det forventes en økning i fremtidig aktivitet som er noenlunde lik økningen i de to gruppene. For psykisk helsevern for barn og unge betyr dette årlig vekst på om lag 0,3 prosent, mens det for voksne betyr en årlig vekst på om lag 0,8 prosent.

Dersom forbruksratene for de eldste pasientene øker i forhold til 2009-nivået, fører dette til en ytterligere økning i forbruket av spesialisthelsetjenester i forhold til det som er presentert i tabell 3.2. Det vil derfor være behov for på sikt å forsøke og redusere veksten i forbruket for de eldre pasientene. Dette betyr at det blir viktig å sørge for at samhandlingsreformen vil føre til etablering av tiltak som kan bidra til å redusere forbruksratene for de eldste pasientene. Når det samtidig er slik at det er en høy andel små kommuner i regionen, krever dette et spesielt fokus på samarbeid både horisontalt mellom kommuner og 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.

Forbruksnivå

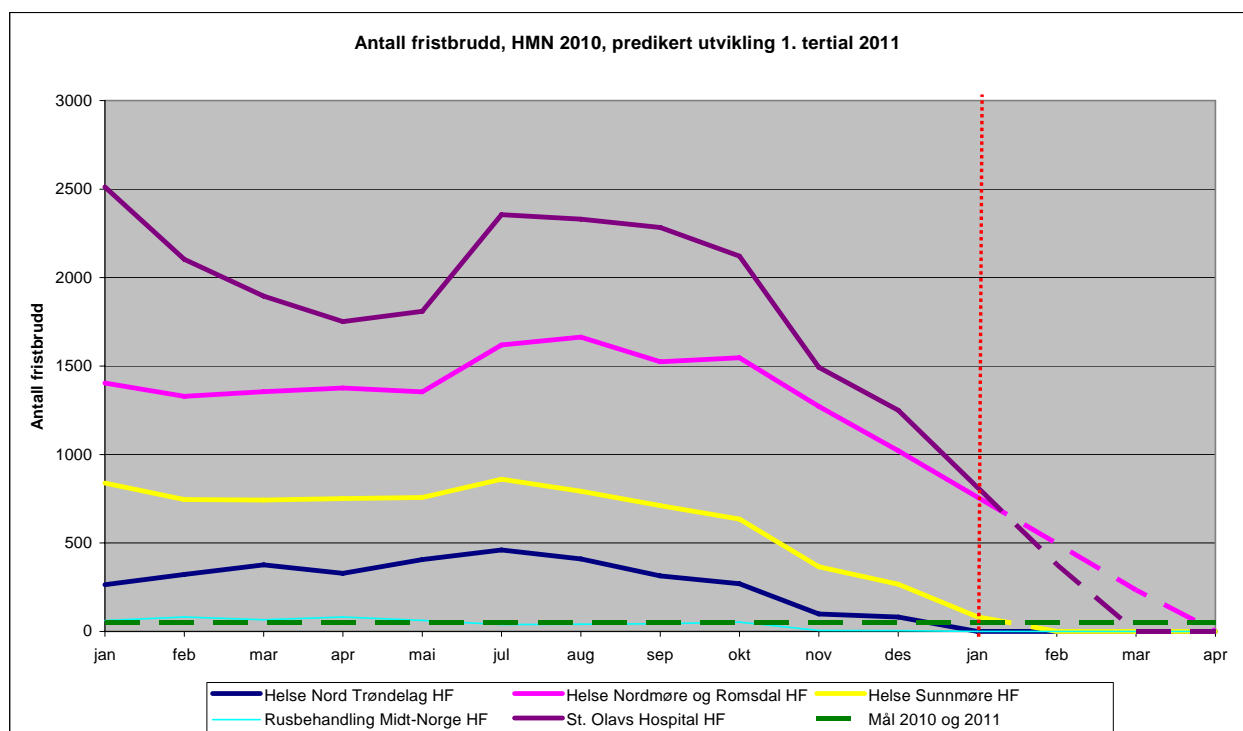
En befolkning som i økende grad blir flere eldre vil som tidligere nevnt ha betydning for forbruket av spesialisthelsetjenester i årene fremover. For somatisk sektor viser SAMDATA-publikasjonen at HMN har hatt en nedgang i forbruksrate for døgnopphold fra 2005 til 2009, mens det for dagopphold har vært en kraftig økning i samme perioden. I forhold til landet samlet

² Antall sykehusopphold er her summen av døgn- og dagopphold og polikliniske konsultasjoner. Polikliniske konsultasjoner er omregnet til dag- og døgnopphold der en poliklinisk konsultasjon = 0,03 sykehusopphold. Grunnlaget for omregningen er forholdet mellom enhetsrefusjon for ISFpoliklinikk og enhetsrefusjon for ISF dag- og døgnopphold i 2009.

har HMN i 2009 en svakt lavere forbruksrate for døgnopphold, men en betydelig høyere forbruksrate for dagopphold. Veksten i dagopphold per 1000 innbyggere fra 2005 til 2009 har i HMN vært på 27 prosent, mens tilsvarende vekst for landet har vært på 8 prosent. Veksten for polikliniske konsultasjoner i samme periode har vært noe lavere i HMN enn i landet forøvrig, men HMN har likevel en betydelig høyere forbruksrate for poliklinikk i 2009. Sett under ett har HMN et relativt høyt forbruk av somatiske spesialisthelsetjenester i forhold til landet samlet. Når det gjelder psykisk helsevern for voksne har vi et forbruk lik landet i 2009 og har hatt en vekst i perioden som tilsvarer gjennomsnittet for landet. Når det gjelder forbruksrater for psykisk helsevern for barn og unge, ligger HMN betydelig lavere enn gjennomsnittet for landet. HMN har i tillegg hatt en lavere vekst enn landet fra 2005 til 2009 slik at avviket har blitt større i perioden. For tverrfaglig spesialisert rusbehandling ligger HMN betydelig lavere enn landet forøvrig både for raten for innleggelses og raten for poliklinikk. Noe av dette kan forklares ved at HMN har et eget rusforetak og at forbruksratene måles i forhold til dette. Dette underestimerer raten for poliklinikk noe ettersom deler av rusomsorgen foregår innen det psykiske helsevernet. Dette kan imidlertid ikke forklare hele forskjellen i forhold til landet for øvrig. Samlet sett betyr dette at vi for somatisk sektor i utgangspunktet ikke ligger spesielt lavt i forbruksnivå, mens det for psykisk helsevern, spesielt tjenester for barn og unge, og rusbehandling er et lavere forbruksnivå enn landet for øvrig. Dette betyr at det er viktig å prioritere opp tilbudet i begge disse sektorene i forhold til forbruket i dag. Så selv om endringen i befolkningen først og fremst krever økt innsats i somatisk sektor, vil det være behov for å styrke de to andre sektorene også kapasitetsmessig i de nærmeste årene. Overgangen til at en høyere andel skal behandles poliklinisk gjelder fortsatt for HMN.

Fristbrudd og ventende

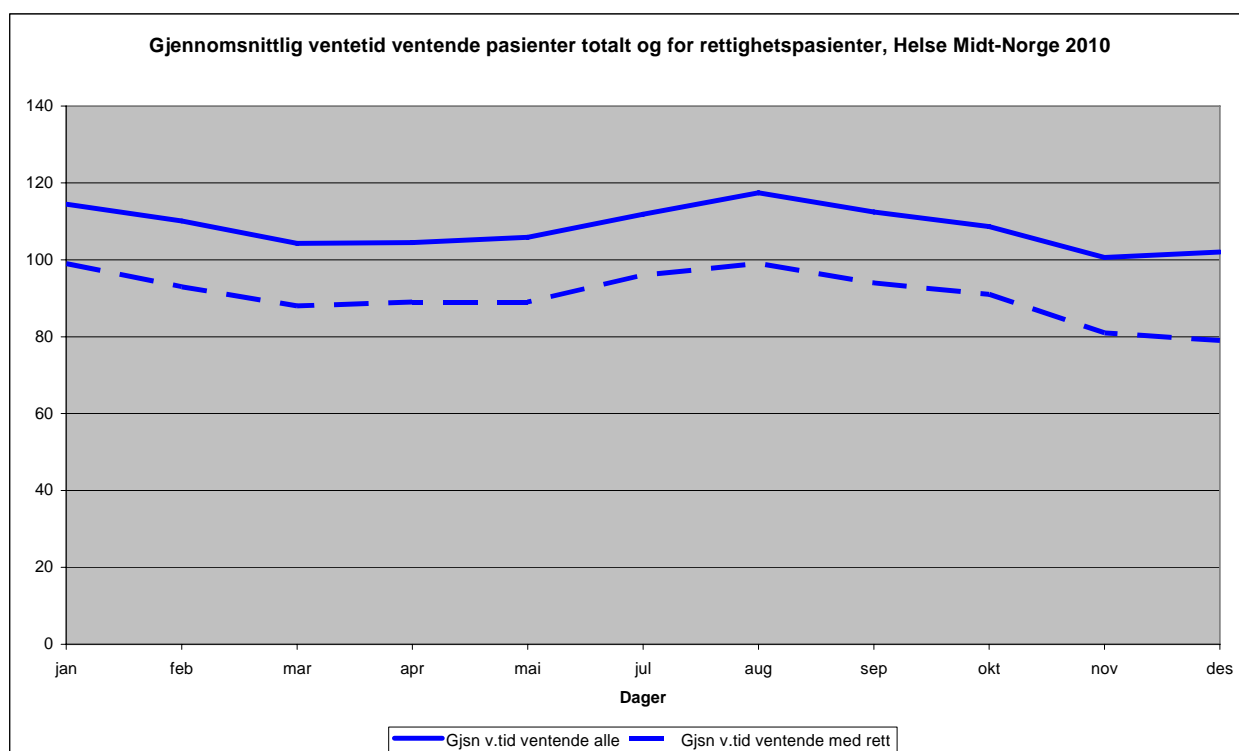
HMN hadde i 2010 en målsetting om å eliminere alle fristbrudd i HMN. Det ble satt i gang, særlig i løpet av høsten 2010, flere konkrete tiltak for å oppnå dette. Figur 3.4 viser hvordan utviklingen har vært i 2010 og når fristbrudd blir eliminert hvis trenden fra siste del av 2010 videreføres inn i 2011.



Figur 3.4 *Utviklingen i antall fristbrudd i 2010 og predikert utvikling i 2011 for HF i HMN.*

Figuren viser at det er stor forskjell på nivå av fristbrudd mellom HF-ene i HMN. Figuren viser også at målet om null fristbrudd ved utgangen av 2010 ikke ble innfridd. Utviklingen har likevel gått i riktig retning for alle HF-ene og dersom tendensen fra de to-tre siste månedene i 2010 holder seg inn i 2011, er alle fristbrudd eliminert innen april i år. Det er derfor viktig å holde fokus på fristbrudd også inneværende år.

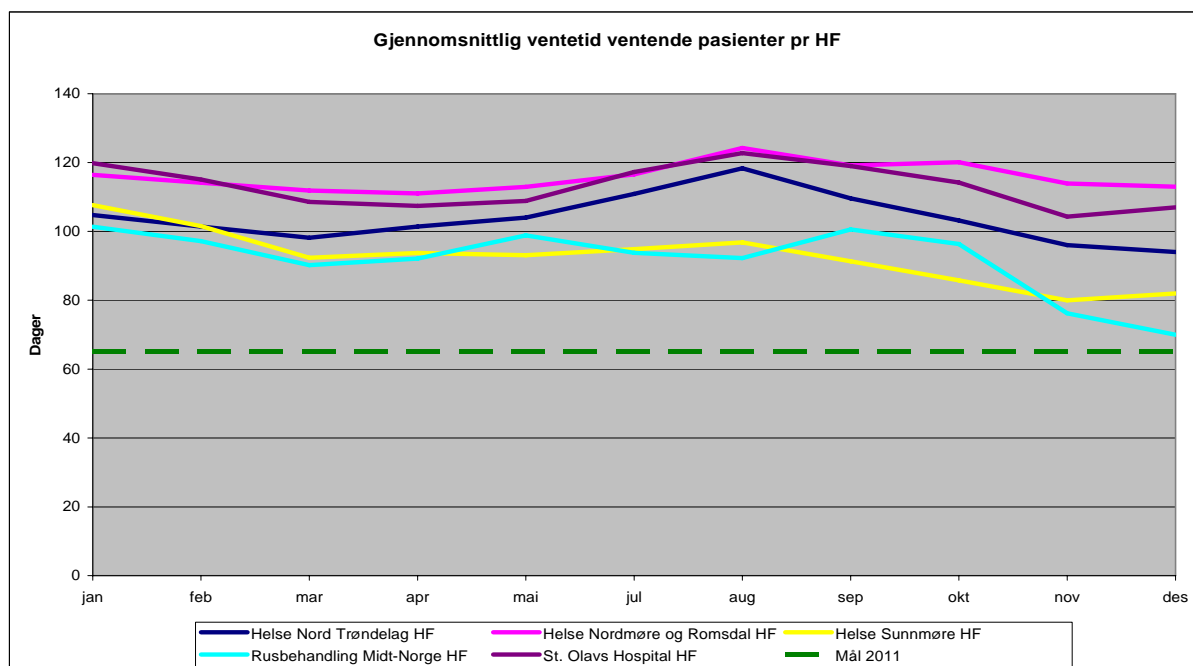
I likhet med for fristbrudd, har det blitt satt spesielt fokus på å redusere gjennomsnittlige ventetider ved HF-ene i HMN. I figur 3.5 vises utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter samlet og ventende pasienter med rett til nødvendig helsehjelp.



Figur 3.5 *Utvikling i gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter samlet og for pasienter med tildelt rett til nødvendig helsehjelp etter måned i 2010*

Figuren viser at det i løpet av 2010 har vært en nedgang i gjennomsnittlig ventetid, både for alle pasienter og for de med rett. For alle pasienter har ventetiden blitt redusert fra 115 dager til i overkant av 100 dager, mens tilsvarende tall for pasienter med rett er fra 100 til 80 ved utgangen av 2010. Dette betyr at HMN fortsatt er langt fra målet om en gjennomsnittlig ventetid på 65 dager for alle ventende innen utgangen av 2011.

Utviklingen ved HF-ene i HMN er også ulik. Figur 3.6 viser utviklingen for alle ventende i 2010 ved HF-ene i HMN.



Figur 3.6 Gjennomsnittlig ventetid for ventende pasienter i HMN etter helseforetak og måned i 2010

Figuren viser at det er relativt stor forskjell på utviklingen mellom HF-ene i HMN. Rusforetaket har ved utgangen av 2010 omlag 70 dager i gjennomsnittlig ventetid mens HNR som ligger høyest har gjennomsnittlig ventetid på 113 dager. Dette viser at det er nødvendig å ha fokus på å redusere ventetider i 2011 dersom målet på 65 dager skal nås innen utgangen av 2011. Det er laget handlingsplaner for dette slik at all uutnyttet kapasitet tas i bruk og det er også innledet samarbeid mot private foretak for å sikre tilleggskapasitet der det er behov for det.

Oppsummering

For HMN øker nok behovet for helsetjenester innen somatisk sektor mer enn den generelle økningen i befolkningen skulle tilsi. Dette skyldes en endring i retning av at det blir en høyere andel eldre i årene fremover, og at gruppen eldre har et betydelig høyere forbruk av sykehustjenester enn de yngste gruppene. For psykisk helsevern for voksne er ikke sammenhengen mellom alder og forbruk like klar og her er det rimelig å forvente en vekst i tråd med den totale befolkningsveksten. Det samme er gjeldende for rusbehandling. Samtidig vet vi at HMN har et betydelig lavere forbruk enn andre regioner, spesielt for psykisk helsevern for barn og unge og rusbehandling. Dersom dette uttrykker reelle forskjeller i forhold til behov, vil det være behov for en vekst som er høyere enn befolkningsveksten i de nærmeste årene.

Trenden med at befolkningen får en voksende andel eldre starter i denne langtidsperioden (fram til 2017). Den store endringen på dette feltet kommer rundt midten av 2020-årene. Det er likevel viktig allerede nå å unngå at forbruket blant de eldste pasientgruppene øker mye i årene fremover. Det blir derfor viktig å skape endringer i kraft av samhandlingsreformen i tida fremover. Mange kommuner i HMN har relativt lavt innbyggertall, noe som krever et samarbeid mellom kommuner i tillegg til samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

HMN har ikke nådd målet om null fristbrudd ved utgangen av 2010. Dersom trenden fra siste del av 2010 fortsetter vil fristbrudd være avvirket ved utgangen av april i år. Det er derfor viktig å fortsatt holde fokus på avviking av fristbrudd. Utviklingen i gjennomsnittlige ventetider har gått i

riktig retning i 2010, men det er langt igjen til å nå målet om en gjennomsnittlig ventetid på 65 dager innen utgangen av 2011. Her er det derfor behov for å holde fokus på ventetiden i løpet av 2011. Det er iverksatt en rekke handlingsplaner for å redusere ventetid ved HF-ene og for å skaffe tilleggs kapasitet ved hjelp av private aktører der det er behov for det.

3.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger

Inntektsramme for helseforetakene for 2011 ble fastsatt i møte 9. november 2010, sak 89/10 Budsjett 2011 – Inntektsrammer og aktivitet. I saken ble det vedtatt følgende resultatkrav for 2011 i mill kroner:

HSM	HNR	StOlav	HNT	RMN	SMN	RHF	Sum
20	0	0	0	0	1	260	281

I inntektsfordelingen er det lagt et grunnlag for en større økning til psykisk helsevern og rusbehandling enn somatikk. Samtidig vil det være viktig å øke produktiviteten i alle sektorer, også somatikk.

Langtidsbudsjett 2011-2016 viser et krevende utfordringsbilde for foretaksgruppen og det er behov for en vesentlig kostnadsreduksjon for å kunne gjennomføre prioriterte investeringer. I vedtak knyttet til langtidsbudsjettet har styret lagt til grunn at det er behov for betydelig effektivisering i langtidsperioden. Det er lagt til grunn at ingen foretak skal ha et krav til effektivisering som er høyere enn 2 pst. Ut fra forutsetninger og beregninger lagt til grunn vil foretakene ha en utfordring på om lag 1,5 pst - 1,9 pst. Det er også lagt til grunn at tilsvarende effektivisering skal skje i Rusbehandling Midt-Norge, Sykehusapotekene, Hemit og RHF. Foretakene vil i tillegg ha andre ønsker og behov for endringer som medfører krav til effektivisering. Dette medfører at samlet omstillingskrav vil være høyere enn skissert over.

3.1.3 Personell og kompetanse

I Helse Midt-Norges strategi 2020 beskrives mangel på helsepersonell som en av de viktigste utfordringene i strategiperioden. For å kunne møte denne utfordringen er et av hovedmålene ”rett kompetanse på rett sted til rett tid”. For å nå målet, har HMN iverksatt et større utredningsprosjekt for å operasjonalisere utfordringsbildet. Rapporten viser at gitt dagens forbruksrater vil demografiske utfordringen medføre en vekst i opphold på 13 % fram mot 2020 og 28 % fram mot 2030 (noe mindre i psykiatrien). Presset på økt bemanning, forsterkes ytterligere av kvalitetskrav og arbeidsmiljøkrav (robuste vaktteam). Dette krever at kompetanse- og bemanningsplanlegging:

- Tydeliggjøres som en lederoppgave på alle nivå
- Tar utgangspunkt i standardiserte og gode pasientforløp
- Legger pasientforløpene som grunnlaget for å beskrive oppgaver, og som grunnlag for aktivitetsplaner for døgn, uker og år.
- Legger pasientforløp med prosedyrebeskrivelser som grunnlag for å beskrive kompetansebehov (ferdighetskrav/kunnskapskrav)
- Legger langsiktige aktivitetsplaner til grunn for å legge bemanningsplaner og turnusplaner (årsplaner)

De overordnede prinsippene vil bli fulgt opp med følgende tiltaksområder:

- Løpende systematisk kompetanse- og bemanningsplanlegging
 - Gjennomgående systematikk i hele foretaksgruppen.
 - Opplæringstiltak mot ledere og støttepersonell (integreres i lederutvikling)
 - Implementering av Dossier kompetanseplanleggingsverktøy (pilotprosjekt ved 1 helseforetak høsten 2011)

- Innføring av årsplanlegging i alle helseforetak fra høsten 2011
- Oppgaveglidning; Ved å kartlegge de konkrete krav til hvilke ferdigheter aktivitetene krever, kan oppgaver løses av andre profesjoner enn det praksis er pr i dag.
- Legehjemler (IDNr) styres slik at Helse Midt-Norges overordnede utfordringene kan løses, særlig knyttet til de store og voksende pasientgrupper
- Fast tilsetning av flest mulig leger i spesialisering slik at fremtidige spesialistbehov og rekrutteringsutsatte områder i hele foretaksgruppen dekkes
- Satse på læreplasser, både ved en betydelig økning av antall plasser og ved å heve kvaliteten i utdanninga. Dette må skje i tett samarbeid med kommunene og utdanningsinstitusjonene.
- Gjennom et strategisk samarbeid med utdanningsinstitusjonene handlingsplan for helseutdanningene i Midt-Norge basert på overordnede endringsbehov
- Ta i bruk arbeidskraftreserve deltid
- Styrke intern kompetanseutvikling med å etablere egen læringsportal som en del av virksomhetsportalen. Denne skal gi direkte tilgang på e-læring, videolæring, forelesninger, tilbud simulatorentrening m.m
- Målrettede rekrutteringstiltak på rekrutteringssvake områder
- Helsetjenesten – en attraktiv arbeidsplass
- Realisere målene i den nye IA-avtalen
- Styrket ledelse og ledelsesstøtte
 - kompetanse- og bemanningsplanlegging inn i lederutviklingen
 - styrking av HR-funksjonene knyttet til ledelsesstøtte på disse områdene
 - standardisere HR-prosessen
 - Etablering av flere regionale fellesfunksjoner

Nasjonalt samarbeid knyttet til oppfølgingen av prosjektet

3.1.4 Bygningskapital – status og utfordringer

Helse Midt-Norge har en samlet eiendomsmasse på 671.781 kvm pr 31.12.2010 hvorav snaut 600.000 kvm til formålsbygg. I 2002 var den samlede bygningsmassen 699.757 kvm.

Bokført verdi av bygg i eget eie er pr. 31.12.2010 ca 13 mrd. kr.

Eiendomsmassen har varierende kvalitet, men er preget av manglende vedlikehold over år og manglende tilpasning til endrede brukskrav. 60 % av bygningsmassen anses å ha en meget god eller god/tilfredsstillende teknisk standard. Ca 1/3 del av bygningsmassen vurderes som utilfredsstillende og 3 % vurderes som veldig dårlig.

Det er anslått et totalt teknisk oppgraderingsbehov på 2,8 mrd. kr. Oppgraderingsbehovet omfatter ikke funksjonelle forhold – manglende egnethet pga endrede funksjonskrav.

De planlagte og tidligere vedtatte investeringene i perioden 2011 – 2016 utgjør ca 5,8 mrd hvorav de vedtatte byggetiltakene (Nye St. Olavs Hospital, psykiatribygg Namsos, barneavdeling Ålesund, nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal) representerer investeringer i størrelsesorden 4,2 mrd. kr. hvorav utbyggingen av nytt Molde sjukehus utgjør ca 2,4 mrd kr.

Med bakgrunn i brev av 11.3.2010 fra statsråden og i lys av pågående strategiprosesser i Helse Midt-Norge RHF og Helse Nordmøre og Romsdal HF, utredet Helse Midt-Norge alternativene videreføring av drift i dagens lokaler og ett felles sykehus for Nordmøre og Romsdal. Etter en omfattende prosess med bred involvering fra alle parter, vedtok styret i november 2010 en tosykehusløsning med funksjonsfordeling og samt tilpasning til samhandlingsreformen. Svar på brev ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 23.11.2010, og Helse Midt-Norge RHF mottok svarbrev fra statsråden 8.12.2010. Spørsmålet om nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal

herunder sykehusstruktur, byggetiltakets størrelse, fremdrift og nødvendige midlertidige tiltak er p.t. ikke avklart.

Samlet har en p.t. ca 400 ansatte knyttet til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av eiendom i Helse Midt-Norges foretaksgruppe hvorav halvparten er renholdere. Hertil kommer (p.t.) ca 20 ansatte ved Helsebygg Midt-Norge. Helsebygg Midt-Norge forutsettes avvirket i 2014.

Eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge har som mål

- å legge til rette for en optimal tjenesteproduksjon gjennom bygg og anlegg som er tilpasset behovet og de økonomiske rammebetingelsene
- sikre realkapitalen
- sørge for utvikling, forvaltning, drift og vedlikehold med en tilfredsstillende kvalitet og til en lavest mulig kostnad.

Hovedutfordring mht de to førstnevnte målene er to-delt:

- tilpasse investeringsomfanget helseforetakenes økonomiske bæreevne og investeringstakten tilgang på investeringsmidler
- ta igjen vedlikeholdsetterslepet slik at en ikke får en raskere avskrivning av bygningsmassen enn forutsatt

Som ledd i ovennevnte har en bedt helseforetakene om å redusere eiendomsmassens størrelse og å frigjøre kapital som kan benyttes til reinvesteringer samt å utarbeide systematiske vedlikeholdsplaner.

Organiseringen av eiendomsforvaltningen er utredet i et eget delprosjekt i Helse Midt-Norges strategiprojekt "Eierstrategi 2010", jfr. sak 83/07 Eierstrategi 2010 – Eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge. Med bakgrunn i utredningen ble innført husleieordning i foretaksgruppen. Husleieordningen og organiseringen av bygge- og eiendomsvirksomheten forutsettes evaluert i 2011.

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. Dette arbeidet er igangsatt og forutsettes slutført i løpet av 2011-2012.

Helse Midt-Norge har deltatt i prosjektet "Miljø- og klimatiltak i spesialisthelsetjenesten" som ble initiert av Helse- og omsorgsdepartementet. I tråd med anbefalingene i prosjektet og føringer gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøtet, vil en i løpet av de nærmeste årene gjennomføre miljøsertifisering av helseforetakene. For øvrig vil en rekke tiltak bli fulgt opp innenfor områdene avfall, transport, bygg og miljø og innkjøp.

Forøvrig er det utarbeidet handlingsprogram på regionalt nivå mht avfall og energi og det er vedtatt en strategisk plan for energibruk. I tråd med styrevedtak er det avsatt og disponert 10 mill kr til ENØK-tiltak årlig. ENOVA er oversendt søknad om tilskudd for perioden 2011 – 2014. Gjennomføring av prosjektet har som hovedmål å oppnå en besparelse på 15 GWh/år. Kostnadsrammen er 99 mill kr.

Forskrift til Helse- og omsorgsdepartementets Landsverneplan helse vil foreligge i løpet av 2011. Arbeidet med forvaltningsplaner er igangsatt og forventes slutført i 2011 (2012).

Helse Midt-Norge RHF har tatt opp til drøfting nasjonalt hvordan en kan utnytte ervervet kompetanse knyttet til gjennomføring av store byggetiltak og sikre best mulig bruk av verktøy og metoder og felles databaser.

3.2 Helse Midt-Norge RHF - strategier og planer

Helse Midt-Norge styrebehandlet Strategi 2020 i juni 2010. Strategien bygger på et omforent utfordringsbilde for de neste 10år. Dette samsvarer med de store nasjonale utfordringene.

Befolkningens sammensetning og behov endres

Den vestlige verden står overfor en varig demografisk endring. Befolkningen vil vokse i perioden. Andelen eldre vil vokse mest, delvis pga av store etterkrigskull og delvis pga av høyere levealder. Selv om de fleste eldre er friske er sykdom hyppigst forekommende i høy alder. Dette vil gi høyere etterspørsel etter helsetjenester.

Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor

Den yrkesaktive andelen av befolkningen blir relativt mindre. Dette innebærer at helsetjenesten må konkurrere med andre samfunnsområder om arbeidskraft. Samhandlingsreformen legger til grunn at hoveddelen av vekst i helsesektoren vil komme i primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten må derfor sikre god styring av kapasitet og kompetanse slik at personellressursen benyttes for å løse oppgavene til riktig kvalitet, til riktig sted og til riktig tid.

Tydeligere krav til dokumentert kvalitet

Både befolkning, ledelse og tjenesteutøvere vil stille strenge krav til kvalitet på helsetjenestene. Pasienter vil vite at de får riktig behandling. Helsetjenestenes aktører vil vite hva som er god behandling, og om tjenestene ytes i henhold til dette. Dette gir store utfordringer til forskning, kompetanseutvikling og organisering av tjenesten. Moderne kommunikasjonsverktøy gir muligheter, og påvirker samtidig kravene

Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten

Helse- og omsorgssektoren har fordoblet sine budsjetter de siste 8 årene. Spesialisthelsetjenesten vil fortsatt forvente å en viss økning i budsjetter på grunn av økte behov. Likevel vil spesialisthelsetjenesten oppleve at rammene blir strammere. Andelen offentlige utgifter til helsetjenester vil måtte tilpasses behovene til andre nødvendige samfunnsoppgaver. Utfordringen er å finne gode løsninger for de samlede rammene slik at tilbudet kan holde god kvalitet

Strategi 2020 setter 5 overordnede mål for strategiperioden.

1. Styrket innsats for de store pasientgruppene

Det er flere forhold som bestemmer hva som gir økt behov for helsetjenester i nærmeste 10 år. Livsstil i befolkningen og økt antall eldre gir store utfordringer. Kreft, fedme, sukkersyke, hjertesykdom, kols mm er sykdommer som både er en følge av livsstil og som øker med økende alder. Utfordringene øker pga av at eldre ofte har flere sykdommer samtidig. Samtidig vil den medisinske utviklingen kunne gi nye muligheter. Nye metoder kan begrense behov for helsetjeneste, men kan også øke etterspørsel for grupper som i dag ikke har gode behandlingsmuligheter. Hvilke av de voksende som gir størst utfordring for spesialisthelsetjenesten er avhengig av hvordan den samlede helsetjenesten lykkes med Samhandlingsreformen.

Helse Midt-Norge skal i strategiperioden tilpasse tilbudet slik at det faglig og kapasitetsmessig skal gi de store og voksende pasientgruppene tjenester av høy kvalitet

2. Kunnskapsbasert pasientbehandling

Kunnskapsbasert behandling innebærer et krav om at tjenesten primært skal være forskningsbasert, sekundært være systematisk beskrevet og evaluert. Dette er en utfordring som rettes mot forskning, opplæring, utførelse og oppfølging.

Helse Midt-Norge vil i strategiperioden styrke den kunnskapsbaserte behandling og prioritere de store og voksende pasientgruppene. Forskningsmidler skal følge de samme prioriteringer.

3. En organisering som underbygger gode pasientforløp

Pasientforløpene er pasientens faktiske vei gjennom de ulike tjenestene. I tillegg til målsetting om god faglig og pasientopplevd kvalitet i hvert ledd i forløpskjeden, setter Helse Midt-Norge mål om kosteffektiv utnyttelse av ressursene. Målsettingen innebærer utvikling av spesialisthelsetjenestens innsats i behandlingsskjeden, og å styrke sammenhengen mellom spesialisthelsetjenesten og andre tjenester. I arbeidet med pasientforløp ligger det store muligheter for en forskyvning av oppgaver mellom helsetjenestenivåer, mellom døgn, dag og poliklinikk, og mellom sentraliserte og desentraliserte tjenester. Arbeidet skal også sikre god medvirkning av brukere, både på individ og systemnivå. Helse Midt-Norges målsetting samsvarer med Samhandlingsreformens målsetting.

4. Rett kompetanse på rett sted til rett tid

Kompetanse er den viktigste innsatsfaktoren i helsetjenesten. Tjenestene er etter hvert blitt svært komplekse, med store krav til spesialisering av oppgaver. I henhold til utfordringsbildet kan kompetanse bli en knapphetsressurs i løpet av de neste 10 årene.

Dette krever at oppbygging og bruk av kompetanse planlegges og disponeres slik at pasientene møter den riktige kompetanse på rett sted, til rett tid. Dette er både et utdannings- og rekrutteringsspørsmål, men også et organiseringsspørsmål. Målsettingen i strategiperioden er å tilpasse kompetanseressursene til de prioriterte pasientgruppenes behov, og på en slik måte at vi kan møte den forventede konkurransen om personellressurser

5. Økonomisk bærekraft

Helse- og omsorgssektoren har fordoblet sine budsjetter de siste 8 årene. Denne utviklingen forventes ikke å kunne fortsette. Spesialisthelsetjenesten vil fortsatt ha en viss økning i budsjetter på grunn av økte behov for spesialisthelsetjenester. Samhandlingsreformen vil medføre overføringer av oppgaver og rammer til kommunene. I løpet av strategiperioden vil derfor spesialisthelsetjenesten oppleve at rammene blir strammere.

Målsettingen er å etablere en tjeneste som er økonomisk bærekraftig, også for kommende generasjoner. Det er derfor nødvendig med langsiktige og fleksible planer som i størst mulig grad tar opp i seg endringer i befolknings sammensetning og behov, endringer i teknologi og redusert tilgang til personell og lavere vekst i økonomiske rammer.

Strategi 2020 skal følges opp med en rekke konkrete mål og tiltak, i tråd med utviklingen av nasjonal helsepolitikk:

Brukermedvirkning

Helse Midt-Norge skal aktivt styrke brukermedvirkning. Dette gjelder på systemnivå gjennom deltakelse i ulike fora, og på individnivå gjennom bedre oppfyllelse av rettigheter og mer aktiv brukermedvirkning i behandling.

Prioritering av store og voksende pasientgrupper

Helse Midt-Norge skal styrke kapasitet og kompetanse i tilbudet til de store pasientgruppene. Med en forventet redusert vekst i økonomi og tilgang på personell må ressurser omfordeles. Dette innebærer en omfordeling mellom fagområder og vil ha som konsekvens at ressursene til forskning prioriteres i samme retning.

Samhandling og desentralisering

Samhandlingsreformen skal sammen med Strategi 2020 være styrende for utviklingsarbeidet i perioden. Helse Midt-Norge skal tilrettelegge for et bredt desentralisert helsetjenestetilbud til de store pasientgruppene. Dette skal gi redusert reisebelastning for pasienter og en styrking av samhandling med lokalt tjenesteapparat

Helse Midt-Norge har allerede høstet erfaring med lokalbaserte spesialisttilbud, både i somatikk (DMS) og psykisk helsevern (DPS). Dette arbeidet skal videreutvikles i tett samarbeid med kommunene, både de organisatoriske forhold og de kliniske forløpene.

Helse Midt-Norge skal særlig vektlegge helhetlige pasientforløp for de som har behov for sammensatte tjenester fra rusbehandling, psykisk helsevern og somatikk. Denne målsettingen strekker seg også inn i kommunenes arbeid i tråd med Samhandlingsreformen. Modeller som utvikles for tverrfaglige samarbeid mellom rus, psykisk helsevern og somatikk vil også legges til grunn ved andre sammensatte problemstillinger. Rehabilitering og habilitering skal ha prioritet.

I arbeidet med organisatoriske løsninger vil Helse Midt-Norge RHF utvikle samarbeid med tjenester i grenseområdene mot Helse Nord, Helse Sør-Øst, og Helse Vest.

Sentralisering

På noen områder vil Helse Midt-Norge samle tjenester som i dag er spredt. Dette skal gjøres for å sikre at pasienter blir møtt med behandlere og systemer som har volumkompetanse på sjeldnere sykdommer, og på sykdommer som krever spesialisert kompetanse, lokaliteter og utstyr. Videre er det et mål at ressursene i størst mulig grad benyttes til aktiv behandling og ikke til unødvendig dublering av beredskap. Sykehusene skal i første omgang vurdere sentralisering av kirurgisk akuttberedskap, fødetjenester, døgntjenester for barn, og elektiv kirurgi.

Regionens universitetssykehusfunksjon skal gjennomgås for å sikre at pasienter i hele regionen får god tilgang til nødvendig pasientbehandling på universitetssykehusnivå. Sykehusets bidrag til utdanning og forskning skal understøtte hele regionen. Dette arbeidet skjer i samarbeid med NTNU.

Prehospitaler tjenester

Helse Midt-Norge har satt mål om å sikre befolkningen tidlig, kvalifisert hjelp ved sykdom og ulykker i alle deler av regionen gjennom en høyt kvalifisert og godt organisert prehospital tjeneste. Denne tjenesten skal understøtte endringene av desentralt og sentralt organiserte tjenester

Styring etter kvalitet

Hovedmålsettingen for Strategi 2020 er å levere god kvalitet. Dette sikres gjennom forskning utdanning, organisering og styring. Helse Midt-Norge skal øke bruken av indikatorer som grunnlag for å vurdere om tjenesten leverer tjenester i henhold til faglige krav, pasientdefinerte krav og forventninger og krav satt av eier og myndigheter

Helse Midt-Norge skal delta aktivt i arbeidet med å utvikle slike indikatorer.