

**Årlig melding 2011
for
Helse Midt-Norge RHF
til Helse- og omsorgsdepartementet**

Innhold

1	Innledning.....	5
1.1.	Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag.....	5
1.2.	Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2011	6
2.	Rapportering på krav i oppdragsdokument 2011	11
2.1	Særskilte satsningsområder.....	11
	Ventetider, pasientforløp og fristbrudd.....	11
	Kvalitet og pasientsikkerhet.....	11
	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB).....	13
	Psykisk helsevern.....	15
	Kreftbehandling	17
	Innovasjon	18
2.2	Andre områder.....	18
	Habilitering og rehabilitering.....	18
	Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.....	19
	Hjerteflimmerbehandling.....	20
	Behandling av sykkelig overvekt	20
	Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME).....	21
	Tilbudet til pasienter med astma og allergiske lidelser	21
	Ernæring og mattrygghet.....	21
	Beredskap og smittevern.....	21
2.3	Utdanning av helsepersonell.....	22
2.4	Forskning	24
2.5	Rapportering på tilleggsdokument til Oppdragsdokument 2011	24
	Jf. 6.4 Psykisk helsevern	24
	Jf. 8 Utdanning av helsepersonell	25
2.6	Prop. 154 S (2010-2011) Tilleggsbevilgninger i statsbudsjettet 2011 i forbindelse med angrepene mot regjeringskvartalet og på Utøya og Innst. 21 S (2011-2012).....	25
3	Rapportering på krav i foretaksprotokoll.....	26
3.1	Økonomiske krav og rammebetingelser for 2011	26
3.2	Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2011.....	29

3.3	Øvrige styringskrav for 2011	40
3.4	Øvrige aktuelle saker i 2011	41
4	Styrets plandokument	42
4.1	Utviklingstrender og rammebetingelser.....	42
	4.1.1. Utviklingen innenfor opptaksområdet.....	42
	4.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger	49
	4.1.3 Personell og kompetanse	50
	4.1.4. Bygningskapital – status og utfordringer	52
4.2	Det regionale helseforetakets strategier og planer	54

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.

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 og høy pasientsikkerhet, 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:

- Gjennom sine 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 bidra til bedre pasienttilbud og sørge for at verdiene i foretaksgruppen vedlikeholdes og utvikles.

1.2. Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2011

Hva har vi lykket med de første 10 år?:

Bygging av nytt universitetssykehus i Trondheim

Landets største landbaserte byggeprosjekt er gjennomført til fastsatt tid, og til lavere enn beregnet kostnad.

Etablering av "det integrerte universitetssykehuset".

Det tok 7 år å etablere avtalen mellom NTNU og St. Olavs hospital HF om *sameiet St. Olavs Hospital*. Flere europeisk universitet har vist stor interesse for denne modellen.

Gjennomført opptrapping innen psykisk helsevern

De fleste år i planperioden har vi hatt større vekst i psykisk helsevern enn i somatikk.

Det er bygd DPS i Kolvereid, Stjørdal, Trondheim (Nidaros og Tiller), Orkdal, Kristiansund, Molde og Volda, samt oppbygging av voksenpsykiatri i Ålesund og BUP i Levanger. Til sammen en investering på ca 700 mill kroner.

Etablering av Rusbehandling Midt-Norge HF og gjennomføring av rusreformen.

Helse Midt-Norge etablerte i 2004 et eget rusforetak for å kunne gjennomføre det nasjonale kvalitets- og kapasitetsløftet innen rusbehandling.

Gjennomført de viktige strategiprosessene, Strategi 2010 og Strategi 2020.

I prosessen med Strategi 2020 har Helse Midt-Norge lykket både med en bred forankring av hovedutfordringene, og en god samkjøring med nasjonale strategiske prosesser, jf.

Samhandlingsreformen og Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015.

Kortere ventetid og flere pasienter blir behandlet

Regionen hadde ved inngangen til reformen en gjennomsnittlig ventetid for behandlede pasienter på 108 dager, mens tilsvarende ventetid ved utgangen av 2011 var på 72 dager. Samtidig behandles det langt flere pasienter per år. Dag- og poliklinisk behandling har økt med 60 %.

Økonomisk kontroll

Fra en situasjon med underskudd på flere hundre mill kroner per år, har regionen de siste 4 årene hatt god økonomistyring, med resultater som er bedre enn eiers krav. Det har gitt regionen forutsigbarhet og handlekraft i forhold til nødvendige investeringer.

Systematisk arbeid med pasientforløp

Alle helseforetakene har arbeidet systematisk med å utvikle nye standardiserte pasientforløp. Det pågår fast kursing av prosessveiledere i forløpsmetodikk. Det avvikles 2 kurs i året med ca 20-25 deltakere hver. Kursene arrangeres i fellesskap med Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF, mens Helse Møre og Romsdal HF arrangerer 2 kurs for sine sykehus. Alle helseforetakene har egne ressurser til å drive kursing og støtte til lokale veiledere. Et regionalt nettverk møtes to ganger i året for å sikre at opplæring og metodikk blir revidert og utført likt i regionen.

For gynekologisk kreft er det utarbeidet et pasientforløp som er standardisert for å gå på tvers av sykehusene i regionen. Det regionale fagnettverket for Gynekologi og obstetikk medvirket i prosessen med å utvikle dette forløpet.

Hva har vi lykkes med i 2011?

Reduksjon av fristbrudd

Styret vedtok i 2010 å igangsette et systematisk arbeid for reduksjon av fristbrudd, i tråd med klare forventninger fra eier. Ved inngangen til 2010 ble det i hele foretaksgruppen registrert ca 5500 fristbrudd. Ved utgangen av 2011 var dette redusert til 400. Vårt mål er at det ikke skal forekomme fristbrudd ved utgangen av 2012, og Helse Midt-Norge RHF har innført økonomiske virkemidler overfor egne helseforetak for å sikre måloppnåelse hva gjelder fristbrudd og ventetider, enten via egne helseforetak eller ved kjøp fra private tilbydere.

Kvalitetsforbedring gjennom endret praksis

- Innføring av "Fast Track" som metode ved innsetting av kne- og hoftelddsprotese. Ved St. Olavs Hospital HF har bruk av metoden resultert i reduksjon av liggetid og redusert behov for opptrening i institusjon og raskere rehabilitering. Pasienttilfredshetsundersøkelser er en del av konseptet. Det er dokumentert høy pasienttilfredshet med den nye metoden. Metoden breddes nå i resten av regionen.
- For pasienter med hoftebrudd er det laget et eget behandlingsforløp som sikrer behandling innen 48 timer.
- En befolkningsrettet kampanje for å få flere raskere til behandling for hjerneslag som et samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet og Helse Midt-Norge RHF. Slagenheten ved St. Olavs Hospital utviklet en folder (FAST) som angir de viktigste symptomene ved hjerneslag på en lettfattelig måte. Kampanjen har medført at flere kommer raskere til behandling, og metodikken i kampanjen breddes nå i regionen.
- Standardiserte pasientforløp innen kreftbehandling har vist stor kvalitetsforbedring.

Dokumentere og synliggjøre god kvalitet på helsetjenestene

Det er bygget opp system og felles sider på web for foretaksgruppen som sammenstiller kvalitetsindikatorer og utvikling av resultat. Det er etablert gode rutiner for rapportering til nasjonale oversikter (som www.helsenorge.no og www.frittsykehusvalg.no).

Forbedring av arbeidsmiljø

- Helse Nord-Trøndelag HF har mottatt pris for sitt arbeid med forbedring av arbeidsmiljøet
- St. Olavs Hospital HF har mottatt pris for sitt arbeid med seniorpolitiske tiltak
- Helse Møre og Romsdal HF har mottatt pris for sykefraværforebyggende arbeid

Systematisk arbeid med kapasitet og kompetanse på overordnet nivå

- gjennomført analyser på overordnet nivå vedrørende kapasitets- og kompetansebehov for alle grupper
- gjennomført inngående analyse knyttet til framtidig behov for leger fram mot 2030 gitt ulike forutsetninger og scenarier
- økt antall læreplasser for helsefagarbeidere i samarbeid med kommunene

God kontroll med bemanningsutviklingen

Planlegging og budsjettering av bemanning er nå etablert som en viktig og gjennomgående prosess i foretaksgruppen

- Faktisk bemanningsutvikling samsvarer med planlagt/budsjettert bemanning ved utgangen av året (avvik kun 0,4 %)
- økning i legeårsverk, sykepleierårsverk og årsverk for annet behandlingspersonell, reduksjon i administrativt personell
- overtid redusert med 3 % sammenlignet med 2010
- innleie fra vikarbyrå redusert med 23 % sammenlignet med 2010
- gjennomført aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging i form av årsplaner i deler av foretaksgruppen
- gode tiltak for å øke heltidsandelen – ref ansettelse i bemanningspool

Gjennomført fusjon av to helseforetak

Helse Møre og Romsdal HF ble etablert 1. juli 2011 i tråd med foretaksprotokoll fra eier. Etter fusjonen er helseforetaket det niende største helseforetaket i Norge målt i dag- og døgnopphold. Fusjonsprosessen er gjennomført samtidig som Helse Møre og Romsdal HF har hatt god kontroll både på pasientbehandlingen/aktiviteten og kostnadene. Prosessen med samordning av klinikker og funksjoner vil pågå inn i 2012.

Etablering av eget helseforetak for ambulansedrift i tråd med styrets vedtak

Foretaket ble etablert for å kunne samkjøre overtakelse av bilambulansetjenesten og etablere den som en del av egen virksomhet. Helseforetaket er etablert for en 2-årsperiode før virksomheten skal overføres som en del av det enkelte sykehusforetak.

Forberedelse til innføring av Samhandlingsreformen

Det er etablert gode prosesser mot kommunesektoren både på regionalt nivå og i det enkelte HF. Intensjonsavtale mellom KS regionalt og Helse Midt-Norge RHF ble inngått i 2011. Arbeidet med nye avtaler mellom helseforetak og kommuner er påbegynt.

I samarbeid med kommunene er det utviklet flere distriktsmedisinske tilbud og lagt et godt grunnlag for gjennomføring av Samhandlingsreformen.

Samarbeid over regionsgrensene

Som en del av Strategi 2020 vedtok styret å opprette tettere kontakt med de andre regionene for å kartlegge behovet for samarbeid over regionsgrensene for befolkningen i disse områdene. Det er i 2011 vedtatt egen intensjonsavtale med Helse Vest RHF for å etablere felles fødeavdeling i Volda i tråd med foretaksprotokoll fra eier.

I Fjellregionen (Rørøs/Tynset) ble det i 2011 etablert et eget prosjekt som skal kartlegge mulighetene for at man gjennom et tettere samarbeid kan etablere et felles planområde for spesialisthelsetjenesten der.

Innen hvilke områder har vi fortsatt utfordringer?

Dokumentere og synliggjøre kvaliteten på helsetjenestene

Vi har ennå ikke på plass gode indikatorer for kvalitet på pleie, samhandling og pasientforløp.

Fagmiljøene må delta for å utvikle gode indikatorer for flere behandlingstilbud.

Det er avdekket omfattende brudd på arbeidstidsbestemmelsene.

Aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging vil være et viktig virkemiddel for å forebygge dette. Det vil også være behov for en nøye gjennomgang av behovet for tjenester med døgnvakt, siden det er her de fleste bruddene er registrert.

Nasjonale mål for reduksjon av deltidsstillinger er ikke nådd.

Aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging er bare delvis gjennomført i foretaksgruppen.

Implementering av Strategi 2020 i større omfang

Det er utfordrende å overføre strategiske føringer til praktiske løsninger og strukturelle tiltak.

IKT som verktøy og virkemiddel

Utvikle IKT-strategi for samhandling, effektiv og sikker informasjonsutveksling samt standardisering og bruk av felles nasjonale løsninger for IKT i helsesektoren.

Sikre nødvendige økonomiske og organisatoriske forutsetninger for å implementere og utnytte IKT best mulig.

Etisk handel og miljøsertifisering

Helse Midt-Norge har sammen med de andre regionale helseforetakene sluttet seg til ”Initiativ for etisk handel (IEH)”. Bakgrunnen for dette er å se miljø og etikk i en global sammenheng. Det angår bl.a. nei til barnearbeid, miljøforurensning og utnyttning av fattige lands arbeidstakere.

Helse Midt-Norge har startet arbeidet for å miljøsertifisere hele vår virksomhet innen 2014. Dette er en prosess som angår vårt eget ytre miljø.

Hovedområder for styring og oppfølging.

For å kunne vedlikeholde og utvikle bygg og anlegg, ta i bruk ny medisinsk teknologi, og utnytte de mulighetene som IKT gir er det nødvendig å frigjøre kapital fra drift til investeringer. Langtidsplan og -budsjett har vist at dette krever betydelige omstillinger for foretaksgruppen. Dette er nødvendig for en bærekraftig utvikling. I tillegg skal det satses på kompetansebygging og forskning. Helse Midt-

Norge har i løpet av få år gått fra et betydelig driftsmessig underskudd til et resultat i pluss. Tett oppfølging av omstillingstiltak og ansvarlig ledelse på alle nivå i foretaksgruppen har vært og vil fortsatt være sentrale virkemidler.

Året 2011 ble i stor grad preget av arbeidet med å implementere Strategi 2020.

Denne langsiktige og strategiske planen for spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge peker på behovet for økt oppgave- og funksjonsfordeling mellom sykehus og helseforetak. Det er en forutsetning for omstillingsarbeidet at det gjennomføres konsekvens- og risikovurdering før iverksetting, og det regionale helseforetaket skal bidra med samordning av tiltakene for å sikre kvalitet og utvikling av et robust behandlingstilbud innad i det enkelte helseforetak og mellom/på tvers av helseforetakene. Ca 30 % av somatiske pasienter behandlet ved St. Olavs Hospital HF for eksempel er regionpasienter; dvs. pasienter med forløp hvor de kan få diagnostikk/behandling på flere sykehusnivå. En kvalitetssikring av de regionale pasientforløpene er viktig.

Et viktig strategisk virkemiddel er å omstille helsetjenesten slik at flere pasienter får hjelp poliklinisk. Utvikling av samarbeidet om helhetlige pasientforløp og kompetansestøtte til kommunehelsetjenesten, vil gi pasienten lettere tilgang til helsehjelp på rett nivå og samtidig redusere et uønsket press på de spesialiserte helsetjenestene. Dette sikrer god ressursutnyttelse og gir god kvalitet på helsetjenestene på riktig omsorgsnivå. En slik utvikling vil sette det samlede helsevesenet bedre i stand til å møte utfordringene med store og voksende pasientgrupper i årene som kommer. Styrking av tjenestetilbudet innen tverrfaglig rusbehandling og psykisk helsevern skal fortsette.

Våre ansatte er helsetjenestens viktigste ressurs. Utfordrende omstillings- og forbedringsarbeid, krever både tydelig ledelse og medvirkning fra de ansatte. Helse Midt-Norge skal utvikle medarbeiderskapet gjennom samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene. De ansatte skal stimuleres til innsats gjennom tilbud om personlig og faglig utvikling og nyskaping. Helsetjenesten har et betydelig potensial og behov for innovasjon, forskning og kompetansebygging. Dette er sentrale elementer i ”Strategi 2020” som må få stor oppmerksomhet framover.

2. Rapportering på krav i oppdragsdokument 2011

2.1 Særskilte satsningsområder

Ventetider, pasientforløp og fristbrudd

- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at helseforetakene registrerer, kvalitetssikrer og rapporterer data om henvisninger til Norsk pasientregister.

Det vises til månedlige rapporteringer fra Helse Midt-Norges helseforetak til NPR.

Angående utfordringer med statistikk fra Norsk pasientregister basert på henvisninger, vises det til brev fra Helse Nord til Helsedirektoratet, datert 7.1.2011. Det er avgjørende at Helsedirektoratet og Norsk pasientregister påtar seg et lederansvar i den videre arbeidsprosessen med forbedringer av datakvaliteten på henvisningsstatistikk.

Målet er **nådd**.

Kvalitet og pasientsikkerhet

Kvalitetsforbedring

- Helse Midt-Norge RHF skal utrede økonomiske sanksjoner for å unngå korridorpasienter.

Antall døgn med pasienter registrert som korridorpasienter har et lavt omfang i Midt-Norge. I desember 2011 dreide det seg om 228 døgn (0,72 %). Samlet sett var det også færre døgn i 2011 enn i 2010. Denne trenden har vært tydelig gjennom året og RHF`et har lagt vekt på ordinær ledelsesmessig oppfølging gjennom fagsjefmøter, direktørmøter og foretaksmøter. Økonomiske sanksjoner, i form av å holde igjen inntekt for så å tildele det tilbakeholdte ved måloppnåelse, har vært vurdert. Det lave omfanget av korridorpasienter har imidlertid gjort at økonomiske sanksjoner har vært vurdert som ikke nødvendig.

Målet er **nådd**, og parameteren vil følges opp videre.

- Helse Nord RHF ved SKDE og Helse Midt-Norge RHF ved HEMIT skal sikre at de elementer som må være på plass for at et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister skal settes i produksjon er utviklet i 2011, herunder fungerende innregistreringsløsning, driftsmiljø, pålogging/autentisering og rapportering. Helse Vest RHF og Helse Sør-Øst RHF skal bidra i arbeidet.

Helse Midt-Norge RHF ved Hemit samarbeider med SKDE og de andre regionene om utvikling av teknologiske løsninger for medisinske kvalitetsregistre. Det er i tillegg samarbeid med Datatilsynet, Kreftregisteret, Folkehelseregisteret og Norsk helsenett. Arbeidet harmoniseres med Nasjonalt helseregisterprosjekt. RHF-oppdragets framdrift styres av en interregional styringsgruppe med medlemmer fra RHF-ledelsen og registeransvarlige fra hver region. Oppdraget er komplekst og har tatt noe lengre tid enn opprinnelig planlagt. Erfaringene viser at det er krevende å sikre god og stabil fremdrift i kombinerte IKT-/medisinskfaglige oppdrag med mange interessenter/fagmiljøer. Oppdraget har fokus på AD nivå i RHF-ene og det arbeides med å finne bedre løsninger på dette – et alternativ er å opprette en selvstendig juridisk enhet.

Målet er **ikke nådd** – grad av måloppnåelse vanskelig å vurdere – vil måtte arbeides med over lengre tid.

- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre gjøres tilgjengelige for bruk i tråd med formålet med registrene.

Helse Midt-Norges fagmiljøer tar i bruk registerdata etter hvert som rapporter og analyser foreligger. Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres for nye registre.

- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at de godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistrene i regionen implementerer felles elektroniske innregistreringsløsninger som er tilgjengelig for alle som skal levere og bruke data i henhold til registrenes formål.

Dette gjøres på alle godkjente registre etter en plan godkjent og styrt av den interregionale styringsgruppen for medisinske kvalitetsregistre.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres for nye registre.

- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at egne enheter er i stand til å levere og å bruke data fra alle godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistre, herunder etablere og ivareta infrastruktur som gjør det mulig med elektronisk kommunikasjon mellom egne avdelinger og de nasjonale medisinske kvalitetsregistre.

Helse Midt-Norge deltar i utviklingen av registerløsninger som skal sikre målsettingen i samarbeid med SKDE, øvrige regioner, Datatilsynet, Kreftregisteret, Folkehelseregisteret og Norsk helsenett. Helse Midt-Norge følger opp etter hvert som nye registre gjøres klart for registrering.

Helse Midt-Norge har ikke registrert i Diabetesregisteret for voksne. Dette følges opp i eget styringspunkt i oppdrag til helseforetakene i 2012.

Målet er **delvis nådd**. Grad av måloppnåelse anses som høy.

- Helse Midt-Norge RHF skal bidra i arbeidet med å tilrettelegge for bruk av mini-HTA i helseforetakene (herunder utvikling av mini-HTA skjema og nødvendige støttefunksjoner) i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Helsedirektoratet.

Helse Midt-Norge RHF har deltatt på en nasjonal orientering på Kunnskapssenteret. Det er lagt en plan for iverksettelse for bruk av mini-HTA som vil gjennomføres i 2012.

Målet er **nådd**, og arbeidet videreføres i 2012.

Pasientsikkerhet

- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at alle virksomhetene deltar i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen på de nasjonale innsatsområdene som styringsgruppen har besluttet, og rapporterer data til kampanjens sekretariat. I tillegg til rapportering i årlig melding, bes det om en statusrapportering for helseforetakenes medvirkning i og resultater fra pasientsikkerhetskampanjen etter utgangen av 2. tertial 2011.

Foretakene rapporterer som følger:

St. Olavs Hospital HF

St. Olavs Hospital HF har etablert en intern organisasjon for å følge opp pasientsikkerhetskampanjen. Det er utdannet et GTT-team for å gjennomføre en baseline på bakgrunn av gjennomgang fra journaler i 2010. Innrapportering av GTT-tall for 2011 vil være klart innen 1.3.2012.

Resultatene rapporteres til kampanjens sekretariat via databasen Extranet.

Helse Nord-Trøndelag HF

Helse Nord-Trøndelag HF har deltatt aktivt i Pasientsikkerhetskampanjen og rapportert data til kampanjens sekretariat.

Rusbehandling Midt-Norge HF

GTT-opplæring er gjennomført på ledelsesnivå i foretaket. Innsatsområder for rus ble besluttet i november 2011. Kampanjestart for rusfeltet forventes høsten 2012.

I foretaket jobbes det parallelt med flere kvalitetstiltak i den hensikt at de gjensidig skal forsterke hverandre. Dette omfatter pasientsikkerhetskampanje, helhetlige pasientforløp, kvalitetskulturprosjekt (Strategi 2020) og lederopplæring.

Helse Møre og Romsdal HF

Helse Møre og Romsdal har gjennom 2011 deltatt i pasientsikkerhetskampanjen og fortsetter med arbeidet i 2012.

I 2011 opprettet foretaket egne team ved alle de 4 sykehusene. Disse teamene gransket 10 tilfeldig utvalgte pasientjournaler hver 14. dag for å kartlegge pasientskader. Resultatet fra granskingen skal brukes i forbedringsarbeid. Så langt har det vært jobbet med oppfølging på to innsatsområder: Trygg kirurgi og Samstemming av legemiddellister.

Arbeidet med rutiner for trygg kirurgi er enten startet opp eller under forberedelse på alle de fire sykehusene. For legemiddellistesamstemming har Helse Møre og Romsdal i samarbeid med Sykehusapotekene utviklet en metodikk for innføring av sømløs legemiddelbehandling (Integrated Medication Management - IMM). Helse Møre og Romsdal er også representert i den nasjonale gruppa for bredding av legemiddelsamstemming.

Helse Møre og Romsdal sin innsats i samband med ”I trygge hender” er samlet på ei egen side på intranettet. Det blir etter hvert opprettet nettverk innenfor de ulike innsatsområdene.

Sykehusapoteket i Midt-Norge HF

Sykehusapotekene er aktivt med i de to teamene (St.Olav og Ålesund) som er med i det nasjonale læringsnettverket på området legemiddelsamstemming. IMM modellen som vi jobber etter er også definert som nasjonal pilot.

Området riktig legemiddelgjennomgang i sykehjem er ikke breddet nasjonalt ennå. Sykehusapotekene har bidratt aktivt og IMM modellen er nå foreslått som mal for legemiddelgjennomgang i veilederen som Helsedirektoratet har ute på høring.

Helse Midt-Norge anser målet for **nådd** – alle helseforetak har deltatt aktivt i kampanjen og fortsetter med det i 2012.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)

- Helse Midt-Norge RHF skal øke kapasiteten innen TSB

Psykisk helsevern innen St. Olavs Hospital HF bidrar til å øke andelen som utredes og som får tilbud om TSB ved:

1. Overføring av alle ruspasienter som kommer inn som øyeblikkelig hjelp på Østmarka til Lade Behandlingscenter.
2. Søke pasienter hvor en tror det er indisert med TSB til vurdering ved Rusforetakets institusjoner.
3. Prosedyre og tidsfrister er nedfelt i avtale som i 2011 ble inngått mellom Rusforetaket og St. Olavs Hospital HF, Divisjon Psykisk Helsevern.

Helse Nord-Trøndelag HF har i samarbeid med Rusbehandling Midt-Norge HF satt i gang utredningsenhet for rusrelaterte lidelser, og hatt meget gode erfaringer etter oppstart. Pasienter og samarbeidspartnere sier seg fornøyd med tilbudet.

Tilbudet til ruspasienter generelt har bedret seg, da en egen rusenhet har forbedret samhandlingen rundt pasientene i klinikken og det totale behandlingsforløpet.

I Helse Møre og Romsdal HF jobbes det med å få på plass en prosjektleder som sammen med Rusforetaket skal jobbe med å øke kapasiteten innen TSB i 2012. Helse Møre og Romsdal har fått opptrappingsmidler til Assertive Community Treatment(ACT)-team og to samhandlingskonsulenter ved DPS.

Helse Midt-Norge har iverksatt tiltak for å øke kapasiteten innen TSB, men anser seg ikke i mål – det vil fortsatt arbeides med dette. Målet er **ikke nådd**.

- Helse Midt-Norge RHF skal etablere behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i påvente av oppstart av behandling i samarbeid med kommunene.

Det er etablert 9 integreringstiltak med 10 kommuner og samhandlingsprosjektet "TOR" med Trondheim kommune og "Nærbehandling" ved Molde kommune som også defineres som behandlingsforberedende tiltak.

Samhandlingskoordinatorene ved våre enheter har et særskilt ansvar for å påstarte et samarbeid med pasient og henviser i påvente av oppstart i behandling. En av våre avtaleklinikker har opprettet ventegruppe.

Målet er **nådd**, og en vil videreføre arbeidet i 2012.

- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for å øke andelen pasienter som fullfører TSB.

St. Olavs Hospital HF venter at de tiltak som er iverksatt i samarbeid med Rusbehandling Midt-Norge referert over vil bidra til å øke andelen pasienter som fullfører TSB.

I Helse Nord-Trøndelag HF er det stort fokus på å få pasienter til å fullføre behandling.

Det er opprettet en utredningsenhet som gir flere behandlingstilbud og letter motiveringen. Avdeling for Rusrelatert Psykiatri (ARP) arbeider for å starte opp et prosjekt for å få tak i de yngste pasientene.

Helse Møre og Romsdal HF har fått opptrappingsmidler til ACT-team og to samhandlingskonsulenter ved DPS., men har ikke iverksatt spesifikke tiltak for å øke andelen pasienter som fullfører TSB.

I Rusbehandling Midt-Norge HF rapporteres det månedlig på fullførte behandlingsløp med oppfølging i lederteam. Det er økt satsning på polikliniske tjenester inkludert ambulante tjenester.

Det etableres samhandlingsstillinger ved alle klinikker i fellesskap med psykisk helsevern. Arbeider med kartlegging av pasientforløp. Det er videreført satsning på opplæring i spesifikk metodikk relevant for å forebygge drop-out (Motiverende Intervju). I 2010 fullført 79,51 % TSB, mens i 2011 er andelen økt til 83,95 %. I Helse Midt-Norge arbeides det ulikt med problemstillingen, men de fleste pasienter har tilknytning til Rusbehandling Midt-Norge som har en høy andel som fullfører. Målet anses delvis **nådd**. Arbeidet vil videreføres i 2012.

- Helse Midt-Norge RHF skal bistå HOD og Helsedirektoratet i arbeidet med ny stortingsmelding om ruspolitikken.

Rusbehandling Midt-Norge har deltatt i et Høringsmøte med helseregionene. KoRus har også svart ut med en større utredning som er utarbeidet etter innspill fra de regionale kompetansesentrene for rus. Rusbehandling Midt-Norge har hatt løpende kontakt med Helsedirektoratet i dette arbeidet. Målet er **nådd**, og en vil videreføre arbeidet i 2012.

Psykisk helsevern

- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for at nødvendige akuttfunksjoner kan etableres ved DPSene.

St. Olavs Hospital HF

Følgende er besluttet iverksatt i prioritert rekkefølge:

- 1)Styrking av Ambulerende Akutt Team (AAT) på dagtid slik at de vurderer alle pasienter
- 2)Styrking av døgnfunksjonen i DPS for akutt- og krisebehandling
- 3)Styrking av AAT på ettermiddag og kveld

Hensikt:

- Snu pasientstrømmen i retning med DPS som vurderings-/silings funksjon
- Flytte inngangen til psykisk helsevern fra sykehus til DPS der dette er mulig
- Inntak på dagtid skal skje i DPS der dette er mulig (bygning og personalmessig)
- God og tilstrekkelig vurderingskompetanse i front.

Den strategiske planen omfatter også:

Vaktsystemet og AAT skal koordineres/ samarbeide om felles mål

Fastleger skal få systematisk tilbud om bistand til vurdering.

Det er opprettet et forsterket tilbud for transport av psykisk syke pasienter: En ambulanse er utstyrt for å tåle utagerende atferd. Opplæring er gitt til ambulansepersonell. Psykisk helsevern og/ eller politiet forsterker transporten ved behov.

Helse Nord-Trøndelag HF

Helse Nord-Trøndelag har organisert sin akuttfunksjon i sykehuset. Dette fungerer tilfredsstillende. Det er ikke et tilstrekkelig pasientgrunnlag for å kunne etablere akuttfunksjon ved DPS'ene på henholdsvis Stjørdal og Kolvereid.

Helse Møre og Romsdal HF

Akutt hjemmebehandling er etablert som del av DPS og er i full drift. Akuttsenger på DPS-ene, administrert av Akutt hjemmebehandling, er under etablering. Det jobbes med å vurdere hvorvidt det vil være mulig å utvide åpningstiden til akutteamene / de ambulante tjenestene.

Helse Midt-Norge anser **ikke** målet for å være 100 % **nådd** og vil arbeide videre med dette i 2012.

- Helse Midt-Norge RHF skal gjennomgå funksjons- og arbeidsfordeling innen psykisk helsevern med bakgrunn i tilrådning fra Nasjonal strategigruppe II.

St. Olavs Hospital HF

En ny avtale om overføring av pasienter fra sykehus til DPS er inngått. Se også foregående punkt om styrking av akuttfunksjoner og i DPS, koordinering og samarbeid med sykehuset.

Helse Nord-Trøndelag HF

Oppfølging av nasjonal strategigruppe II er startet i Helse Nord-Trøndelag.

Det er ikke hensiktsfull ressursutnyttelse å utvide akuttfunksjoner i Stjørdal og Kolvereid. Helse Midt-Norge er enig i at den foreliggende funksjons- og arbeidsfordelingen er hensiktsmessig for Helse Nord-Trøndelag.

Helse Møre og Romsdal HF

Antall senger innen sykehuspsykiatrien er redusert med 8 sengeplasser. Ressursene er overført til DPS. Det er utvidet akutt ambulant team på Sunnmøre for å sikre at pasientstrømmen går om DPS.

I Nordmøre og Romsdal har man redusert antall døgnplasser både på sykehusnivå og DPS. Ressursene er flyttet fra sykehusnivå til DPS-nivå, og fra døgndrift til mer poliklinisk aktivitet inkludert ambulant arbeid.

Helse Midt-Norge anser **ikke** målet for å være 100 % **nådd** og vil arbeide videre med dette i 2012.

- Helse Midt-Norge RHF skal bidra i Helsedirektoratets gjennomgang av ressursbruk, prioriteringer og arbeidsmåter innen psykisk helsevern for barn og unge.

Det er Helsedirektoratet som har fått ansvaret og lager plan for dette arbeidet. Helse Midt-Norge deltok med to repr. i innspillsmøte 28. mars 2011 og har senere ikke vært innkalt til møter.

Målet er **nådd**, og Helse Midt-Norge vil bidra videre ved forespørsel fra Helsedirektoratet.

- Helse Midt-Norge RHF skal bistå Helsedirektoratet i tilknytning til oppdrag vedrørende utarbeidelse av statusrapport og vurdering av status for ambulant virksomhet innen psykisk helsevern og TSB.

Helse Midt-Norge vil bidra ved forespørsel fra Helsedirektoratet. Det har ikke kommet forespørsler i 2011.

- Helse Midt-Norge RHF skal rapportere utskrivningsklare pasienter til DPS og kommuner til Norsk pasientregister.

St. Olavs Hospital HF

En egen avtale av 23.3.09 regulerer overføring av pasienter fra Østmarka til DPS. Med denne avtalen skal det i prinsippet ikke være utskrivningsklare pasienter i sykehus som venter på plass i DPS.

Det er etablert rutiner for utskrivningsklare pasienter fra sykehus/DPS til kommuner (i hovedsak Trondheim kommune), og det rapporteres månedlig.

Helse Nord-Trøndelag HF

Helse Nord-Trøndelag har etablert rutiner for utskrivningsklare pasienter fra sykehus til DPS.

Helse Møre og Romsdal HF

På Sunnmøre blir alle utskrivningsklare pasienter registrert i PAS, og blir dermed meldt til NPR. Koordinator sørger for overføring av pasienter fra sykehus til DPS. Pasienter fra sykehus er prioritert til opptak på DPS framfor pasienter fra venteliste. Utskrivningsklare pasienter til kommuner blir dessuten registrert og meldt til direktør hver måned.

I Nordmøre og Romsdal registrerer ikke alle døgnenheter utskrivningsklare pasienter til kommunene i PAS (og dermed meldt til NPR). I løpet av 2012 etableres en ordning der alle utskrivningsklare pasienter fra døgnenheten blir registrert i PAS og meldes NPR.

Helse Midt-Norge har **ikke nådd** målet 100 %, og det arbeides videre med dette i 2012.

- Det skal iverksettes et pilotprosjekt i regi av Helsedirektoratet i påvente av etablering av ny særreaksjonsordning i 2011 for utilregnelige som begår grove, vedvarende lovbrudd. Prosjektet skal gjennomføres i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, kommunale instanser, politi/kriminalomsorg og NAV. Formålet er å utvikle arbeidsmåter/vinne kunnskap som kan bidra til å forebygge dommer på ny særreaksjonsordning og som kan bidra til en bedre gjennomføring når dom foreligger. Helse Midt-Norge RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om etablering og gjennomføring av pilotprosjektet.

Helse Midt-Norge vil bidra ved forespørsel fra Helsedirektoratet. Det har ikke kommet forespørsler i 2011.

Kreftbehandling

- Helse Midt-Norge RHF skal etablere systemer for å sikre at den vedtatte funksjonsfordelingen innen kreftkirurgi i regionen følges opp.

Utkast til ny regional kreftplan forelå ved årsskiftet, og er ute til høring i helseforetakene i Midt-Norge. Utkastet legger føringer for funksjonsfordelingen innen kreftkirurgi i regionen. Basert på regional kreftplan og i henhold til styrets vedtak vedrørende planen vil det i 2012 bli laget system for oppfølging.

Målet er **delvis nådd**.

- Helse Midt-Norge RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om planlegging og igangsetting av et pilotprogram for tykk- og endetarmskreft.

Helse Midt-Norge vil bidra ved forespørsel fra Helsedirektoratet. Det har ikke kommet forespørsler i 2011.

Innovasjon

- Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med øvrige helseforetak iverksette tiltak for å ivareta innovasjonspotensialet knyttet til offentlige innkjøp blant annet gjennom før-kommersielle avtaler.

Helse Sør- Øst RHF inviterte de tre andre regionene samt HINAS, Difi og Innovasjon Norge i en arbeidsgruppe med følgende oppgave: - Utarbeide opplegg for videre arbeid med innovasjon og før-kommersielle anskaffelser, herunder forslag til veiledning for videre arbeid og forslag til pilotprosjekter.

Med utgangspunkt i mandatet vil gruppen utarbeide en rapport med følgende innhold:

Utrede status for innovasjon og før- kommersielle anskaffelser i EU og noen av EU`s medlemsland.

Drøfte hvordan slike innkjøp kan integreres med anskaffelser.

Peke på utfordringer og risikoelement.

Foreslå potensielle områder for anvendelse av før- kommersielle anskaffelser.

Drøfte og foreslå mulig samordning mellom de regionale helseforetakene i Norge.

Rapporten ble ferdigstilt 15.2.2012.

Helse Midt-Norge vil bruke rapporten, samt videre arbeider med utgangspunkt i rapportens anbefalinger, som grunnlag for utvidet satsing på innovasjonstiltak i egen region og i samarbeide med øvrige helseaktører.

Målet er **nådd**.

2.2 Andre områder

Habilitering og rehabilitering

- Helse Midt-Norge RHF skal be samarbeidsorganene mellom de regionale helseforetakene og universitetene og høyskolene om å gjennomgå fagplaner for utdanningene med sikte på å sikre tilrettelegging av praksis innenfor habilitering og rehabilitering, samt understreke tjenestens ansvar som praksisarena for å sikre gode læringsmuligheter innen fagfeltet.

Det har gått brev til samarbeidsorganene Helse Midt-Norge / høyskoler og NTNU og det er tatt opp i møte med samarbeidsorganene.

Målet er **nådd**.

- Helse Midt-Norge RHF skal i 2011 kjøpe tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i minst samme omfang som i 2010. Det forutsettes at det tas hensyn til forventet bruk av tjenester i disse institusjonene fra andre regionale helseforetak.

Helse Midt-Norge RHF har avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner for perioden 2010-2013. Innen disse avtalene kjøpes det et omfang av tjenester i 2011 som tilsvarer det vi kjøpte i 2010.

Målet er **nådd**.

Akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus

- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for å sikre nødvendig språk- og kulturkompetanse i AMK-sentralene.

Det er arrangert workshop i regi av Helse Midt-Norge RHF hvor alle AMK-sentralene i regionen var representert.

Utvikling av språk og kulturkompetanse i AMK-sentralene ble grundig diskutert.

Det ble enighet om å avholde samlinger for alle ansatte i AMK-sentralene i løpet av høsten 2011. NTNU bidrar med ekspertise på fagområdet ved disse samlingene.

Samlingene er gjennomført med meget gode tilbakemeldinger.

Målet er **nådd**. Behov for videre oppfølging vurderes i samarbeidsfora for de prehospitaltjenester i Midt-Norge

- Helse Midt-Norge RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet i å utvikle nasjonale krav til ambulanserbiler, både de som brukes til akutte oppdrag og de som brukes til ordinær bærepassienttransport.

Helsedirektoratet har vært i dialog med HOD om dette og har signalisert at man planlegger videre oppfølging av saken sammen med de regionale helseforetakene.

I forbindelse med at HINAS har gjennomført en nasjonal anskaffelse (rammeavtale) for alle RHF ble det utarbeidet detaljert kravspesifikasjon for ambulanserbiler. Statens Vegvesen var også involvert i dette arbeidet. Dette er krav som alle RHF har stilt seg bak og som bygger på EU krav til ambulanserbiler.

Helsedirektoratet vil behandle deler av dette området i revisjon av forskrift for akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Målet er **nådd**, og Helse Midt-Norge vil bidra videre.

- Helse Midt-Norge RHF skal samarbeide med Helsedirektoratet om å etablere et nasjonalt system for rapportering og bearbeiding av data fra de akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

Helse Midt-Norge er representert i styringsgruppen for prosjektet med to deltagere. En fra Helse Midt-Norge RHF og en fra HEMIT.

Det ble gjennomført prøveuttrekk av data før sommeren 2011.

Etter dette er det laget en samlerapport for perioden 1.1.2011-1.10.2011.

Videre arbeid med revisjon av kodeverk/definisjonskatalog er startet og Helse Midt-Norge er representert i arbeidet. Dette vil bidra til bedre datakvalitet på fremtidige rapporter.

Målet er **nådd**, og Helse Midt-Norge vil bidra videre.

Hjerteflimmerbehandling

- Det bes om statusrapportering for dette arbeidet med vurdering av pasienter med behov for ablasjon i forhold til prioriteringsforskriften eller forsvarlighetskravet, innen utgangen av 1. tertial 2011.

Det ble rapportert på dette først i tilknytning til dialogmøte med HOD 14.6.2011. Pasientene vurderes etter forskrift. Antall ablasjoner i 2011 var 239, godt over måltallet på 210. Ventetiden er maksimalt 4 til 6 måneder, og antallet ventende ved utgangen av januar 2012 er 86.

Målet om rapportering innen utgangen av 1.tertial 2011 er **ikke nådd**, men det er rapportert jevnlig på status på forespørsel. Målet i forhold til antall ablasjoner er overoppfylt.

Behandling av sykelig overvekt

- Helse Midt-Norge RHF skal gjennomgå og eventuelt øke kapasiteten for utredning og behandling av sykelig overvekt.

Helse Midt-Norge har et regionalt senter for sykelig overvekt lagt til St. Olavs Hospital. Sentret koordinerer forsknings- og utviklingsarbeidet i regionen.

Kirurgisk behandling av sykelig overvekt tilbys i St. Olavs Hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF (Sykehuset Namsos) og Helse Møre og Romsdal HF (Ålesund Sjukehus). Det er operert ca. 315 pasienter for sykelig overvekt i 2011 (340 i 2010). St. Olavs Hospital: 85 pasienter. Helse Møre og Romsdal: 100 pasienter. Helse Nord-Trøndelag: ca 130 pasienter. I tillegg er 20 pasienter operert innen "Raskere tilbake".

St. Olavs Hospital har økt antall polikliniske konsultasjoner for voksne fra 2.368 i 2010 til 2.972 i 2011, en økning på 26 %. Ventetid til kirurgisk behandling (venter på kirurgisk utredning og operasjon) var første halvår 8-12 mnd. Siste halvår er ventetiden redusert og er nå 6-8 mnd.

Helse Møre og Romsdal rapporterer at utredningskapasiteten har vært noe bedre i 2011, mens kapasiteten på operasjoner er noe redusert.

Helse Nord-Trøndelag har i 2011 arbeidet med tiltak for å øke utredningskapasiteten. Det er jobbet med pasientforløp i team slik at "operasjons-forløpet" er effektivisert og tidsbruken er blitt redusert. Modellen "Bedre Flyt" blir presentert i regionale nettverksmøter.

Helseforetakene arbeider med pasientforløp, tverrfaglig overvektspoliklinikk og samhandling med kommunene (kompetanseøkning) for å fremme god kvalitet og effektiv behandling. Dette arbeidet vil fortsette i 2012.

Etter en gjennomgang av aktiviteten i 2011, vil Helse Midt-Norge i 2012 vurdere kapasiteten på plastikkirurgi etter vektreduksjon.

Helse Midt-Norge RHF har tatt initiativ til at det nasjonale fagdirektørmøtet har anmodet Helsedirektoratet om å utarbeide nasjonale retningslinjer for behandling av sykelig overvekt, spesielt den kirurgiske behandlingen. Retningslinjene vil være grunnlag for videre dimensjonering av kapasitet innen behandling av sykelig overvekt i regionen.

Målet er **nådd**, og arbeidet vil videreføres.

Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)

- Tilbudet om diagnostikk, behandling, og rehabilitering, herunder lærings- og mestringstilbud til pasienter CFS/ME skal være adekvat og i henhold til oppdatert kunnskap. Helsemyndighetene skal innen utgangen av 2. tertial 2011 ha gjennomført en oppsummering av relevant forskning om oppfølging av pasienter med CFS/ME. På oppdrag fra Helsemyndighetene foretar SINTEF Teknologi og samfunn en gjennomgang av tilbudet til pasienter med CFS/ME i Norge. Departementet vil, på bakgrunn av råd fra Helsemyndighetene komme tilbake med oppdrag for å sikre denne pasientgruppen et best mulig tilbud om diagnostisering og oppfølging.

Helse Midt-Norge er kjent med rapporten fra SINTEF Teknologi og samfunn. Helsemyndighetene har varslet at de for å sikre et bedre omsorgs- og behandlingstilbud vil utarbeide et rundskriv hvor sammenstilt forskning og erfaringsbasert kunnskap beskrives. Helsemyndighetene anbefaler at de nye internasjonale diagnosekriteriene som er utviklet av en internasjonal ekspertgruppe for ME benyttes. Helse Midt-Norge ønsker å bidra til at denne pasientgruppen sikres et best mulig tilbud om diagnostisering og oppfølging.

Tilbudet til pasienter med astma og allergiske lidelser

- Helse Midt-Norge RHF skal som oppfølging av Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma- og allergisykdommer (2008-2012) etablere et regionalt tverrfaglig kompetansemiljø for astma- og allergisykdommer med hovedfokus på rådgivning og kompetanseoverføring for et best mulig tilbud lokalt.

Helse Midt-Norge RHF vil sørge for at arbeidet med å opprette et regionalt tverrfaglig kompetansemiljø for astma- og allergisykdommer blir ferdigstilt i 2012.

Målet er **ikke nådd**. Arbeidet videreføres i 2012.

Ernæring og mattrygghet

- Helse Midt-Norge RHF skal følge opp Mattilsynets rapport: Nasjonalt tilsynsprosjekt (2008-2009) Institusjonskjøkken.

Helse Midt-Norge følger opp rapporten og ulike tiltak er gjennomført på heleforetakene. Helse Nord-Trøndelag HF har fulgt opp tilsynsrapporten fra 2009 ved at det er laget egen prosedyre som ligger i kvalitetssystemet (EQS). Prosedyren skal følges opp både i avdelingskjøkkener og i sentralkjøkken.

Skjemaet "God ernæringspraksis" brukes i Rehabilitering sengepost. Det er gitt opplæring internt og til kommunene for enkeltpasienter.

St. Olavs Hospital HF har utarbeidet en egen Ernæringsstrategi for St. Olavs Hospital HF 2010 - 2020. Denne setter bl.a. mål for "Forsynings- og senterkjøkkenets ansvarsområder".

Målet er **nådd**.

Beredskap og smittevern

- Helse Midt-Norge RHF skal følge opp erfaringene fra håndteringen av influensa A (H1N1) og bidra i utarbeidelsen av ny Nasjonal beredskapsplan mot pandemisk influensa.

Helse Midt-Norge RHF er ikke kjent med at det er iverksatt et arbeid for revidering av Nasjonal Pandemiplan. Helse Midt-Norge vil bidra ved behov. I 2011 ble det gjennomført en workshop med bla dette temaet. Helse Midt-Norge har brukt denne i sine revisjoner.

Mål om å følge opp erfaringene fra håndteringen av influensa A (H1N1) er **nådd**.

- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at helseforetaksgruppen, med utgangspunkt i erfaringene fra håndteringen av ny influensa A (H1N1) og vulkanutbruddet på Island, oppdaterer og foretar nødvendige tilpasninger i sine beredskapsplaner.

Det er gjennomført en workshop. Her ble erfaringer innhentet og systematisert. Det er utarbeidet en rapport med anbefalinger på punkter til oppfølging i planverket både på HF-nivå og regionalt. Helse Midt-Norge har brukt denne i sine revisjoner.

Målet er **nådd**.

2.3 Utdanning av helsepersonell

- Helse Midt-Norge RHF må analysere framtidig behov for legespesialister for å avdekke områder hvor det kan bli diskrepans mellom forventet behov og tilgang på spesialister. Det må iverksettes tiltak for å bidra til økt utdanning i rekrutteringsutsatte legespesialiteter. Regionale helseforetak bør samarbeide om denne oppgaven.

Det er gjennomført et omfattende analysearbeid mht framtidig behov for legespesialister. Dette er gjort til dels i samarbeid med andre regioner, Spekter, SSB og HOD/KD. Det er også iverksatt samarbeid med utdanningsinstitusjoner og KS i regionen med dialogmøter angående framtidig utdanning og kapasitet.

Målet er **nådd**.

- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsefagarbeiderutdanningen og ambulansesarbeiderutdanningen.

Styret i Helse Midt-Norge RHF har vedtatt å drive ambulansetjenesten i egen regi fra 2013. Helse Midt-Norge RHF kartlegger i denne forbindelse behovet for ambulansepersonell fremover for å sikre framtidig dekning.

Helse Midt-Norge har økt antall læreplasser for helsefagarbeidere, men har erfart at det er en utfordring å rekruttere kandidater til plassene. Det er mange som avslutter utdanningen før den er fullført. Helse Midt-Norge arbeider kontinuerlig med å styrke Helsefagarbeiderens plass i helsetjenesten gjennom et samarbeid med Yrkesopplæringsnemnda i Sør-Trøndelag fylkeskommune, videregående skoler, Spekter og kommunene.

Målet er **nådd**. Arbeidet med rekruttering må videreføres.

- Helse Midt-Norge RHF skal bidra i Helsedirektoratets arbeid med å skaffe bedre oversikt og data over personellutvikling og kompetansebehov i spesialisthelsetjenesten framover. Tilleggskompetanse utover grunnutdanningene skal ha et særlig fokus.

I første kvartal 2011 ble det gjennomført et analyseprosjekt innen kompetanse og kapasitet i spesialisthelsetjenesten som ledd i oppfølging av Strategi 2020. Prosjektet har levert en grundig rapport med analyser av kompetansesammensetting og kapasitetsbehov i Midt-Norge. Rapporten ble styrebehandlet i april 2011.

Helse Midt-Norge RHF bidrar også i nasjonalt samarbeid med Helsedirektoratet, HOD/KD, SSB, Spekter og de øvrige regioner angående analyser og planlegging av hvordan man samlet sett skal møte utfordringen innenfor dette området.

I annet halvår 2011 er det i Helse Midt-Norge jobbet videre med planlegging av tiltak for å møte utfordringene, som f.eks. kompetanseledelse og styrket samarbeid med utdanningsinstitusjoner og kommuner, styring av legehjemler inkl. avtalespesialister, samt reduksjon av deltid.

Målet er **nådd**.

- Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med utdanningsinstitusjonene (Universitetene i Bergen og Oslo) sørge for et tilstrekkelig antall stillinger for tannleger under spesialisering i oral kirurgi og oral medisin. Det bør spesielt vurderes om det kan opprettes stilling(er) i Helse Sunnmøre HF.

Administrerende direktører i Helse Midt-Norge RHF har besluttet at dette tas opp koordinert med UiB og UiO av Helse Vest. Det er ingen stillinger for LIS (leger i spesialisering) i helseregionen på dette fagområdet for tiden. Behovet vurderes i sammenheng med en pågående totalvurdering av spesialistbehovene.

Målet er **nådd**.

- De fem regionale ressursentre om vold og traumatisk stress og selvmordsforebygging (RTVS) er gitt i oppdrag å implementere opplæringspakke for å styrke tilbudet til FN- og NATO-veteraner i alle regioner.
Helse Midt-Norge RHF skal påse at opplæringen gjennomføres i sin region.

RTVS rapporterer at arbeidet med å implementere opplæringspakke for å styrke tilbudet til FN- og NATO-veteraner i alle regioner er i gang. RTVS-Øst fikk oppdraget med å lage de nasjonale foringene. RTVS-Midt har nylig satt sammen en gruppe for å utvikle regionale planer på bakgrunn av det som RTVS-Øst har gjort.

Helse Midt-Norge RHF er blitt kontaktet av Fosen DMS som ønsker å være med i dette arbeidet. Denne henvendelsen er rutet til RTVS-Midt for videre oppfølging.

Målet er **delvis nådd**. Arbeidet er godt i gang og er planlagt fullført i 2012

- Helse Midt-Norge RHF skal heve kompetansen innen steriltforsyning. De regionale kompetansesentre for smittevern kan være aktuelle samarbeidspartnere ved utvikling og vedlikehold av opplæringsprogram.

Regionalt kompetansesenter for smittevern har i 2011 gjennomgått organisasjonsendringer og oppgaven er overført til 2012. Dette arbeidet har høyt fokus også gjennom pasientsikkerhetskampanjen.

Målet er **ikke nådd**. Arbeidet videreføres i 2012.

- God kompetanse i bruk av strålekilder i diagnostikk og behandling skal sikres, både når det gjelder strålebiologiske forhold generelt og strålehygiene i forhold til pasienter og

helsepersonell. Helse Midt-Norge RHF skal sørge for gode rutiner for internundervisning av relevant personell i strålehygieniske forhold og tilstrekkelig kompetanse i medisinsk fysikk.

Helseforetakene i Midt-Norge har etablert prosedyrer for internundervisning og implementert disse. Helseforetakene vurderer at de har god kompetanse i medisinsk fysikk. Helse Møre og Romsdal HF vil utarbeide ny felles prosedyre for det nye foretaket.

Målet er **nådd**.

2.4 Forskning

- Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene legge til rette for etablering av et norsk nettverk for forskningsinfrastruktur for kliniske studier (norsk ECRIN) og søke om norsk deltagelse i ECRIN- nettverket.

Helse Midt-Norge RHF har i samarbeid med de andre regionene lagt til rette for etablering av et norsk nettverk for forskningsinfrastruktur for kliniske studier (ECRIN/NorCRIN). Dette er gjort gjennom at alle de regionale samarbeidsorganene har vedtatt videreutvikling av slikt nettverk. Det er også nedsatt en styringsgruppe for ECRIN gjennom vedtak i RHF-enes nasjonale strategigruppe for forskning, og det er oppnevnt personer fra alle regioner til styringsgruppen. Styringsgruppen skal i 2012 utarbeide mandat for videre arbeid med ECRIN.

Målet er **nådd**.

- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette nødvendige prosesser og sikre at det avsettes ressurser og kompetanse ved helseforetakene slik at Norsk vitenskapsindeks kan benyttes som rapporteringsverktøy for vitenskapelige publikasjoner i helseforetakene fra 2011.

I 2011 ble CRISTin/NVI etablert i alle helseforetak i Midt-Norge. Institusjonsdata fra HF-ene ble overført til CRISTin og det ble gjennomført en prøverapportering av 2010-data i september 2011. Det er et arbeid på gang i Hemit med tanke på automatisk oppdatering av institusjonsdata fra HF-ene til CRISTin. HF-ene har oppnevnt kontaktpersoner i egne helseforetak som bidro til denne prøverapporteringen og som bidrar i ordinær rapportering av 2011-data som har frist 31.3.2012.

Målet er **nådd**.

2.5 Rapportering på tilleggsdokument til Oppdragsdokument 2011

Det vises til tilleggsdokument til Oppdragsdokument av 1.7.2011.

Jf. 6.4 Psykisk helsevern

I samarbeid mellom de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Norsk forening for kognitiv terapi ble det i 2010 gjennomført en utredning om opplæringsprogram i eksponeringsterapi ved tvangslidelser. Departementet vil komme tilbake til dette i oppdragsdokumentet for 2012.

Iverksetting av opplæring og undervisning forutsetter planlegging på flere nivåer, og departementet ber om at forberedende arbeid starter høsten 2011. helsedirektoratet vil ta initiativ overfor de regionale helseforetak for å bistå i implementeringsarbeidet.

Helse Midt-Norge RHF har deltatt i forberedende arbeid med Helsedirektoratet. høsten 2011 og oppdrag til HF er lagt inn i styringsdokumentet for 2012. Opplæring av behandlere i metoden starter i 2013.

Målet er **nådd**.

Jf. 8 Utdanning av helsepersonell

Det vises til oppgave gitt i *Oppdragsdokument 2011* vedrørende analyser av fremtidig behov for legespesialister og iverksetting av tiltak på utsatte områder. En del arbeid er gjort på området nasjonalt, regionalt og til dels lokalt, men det bes med dette om at det regionale helseforetaket sammen med helseforetakene i regionen utreder helsepersonellbehovet i et perspektiv som strekker seg frem mot 2020. I tillegg skal det utarbeides en plan for hvordan riktig kompetanse og personell skal rekrutteres, ikke minst når det gjelder å kunne gjennomføre samhandlingsreformen.

Det er iverksatt et analyseprosjekt i Helse Midt-Norge for å identifisere sårbare fagmiljøer ut fra antall, alder og rekruttering (andel LiS). I tillegg er det gjort en del fremskrivninger og utviklet scenarier for bærekraftige fagmiljøer. Etter kvalitetssikring vil rapporten om sårbare fagmiljøer være en del av beslutningsgrunnlaget for styring av legeressursen.

Målet er **delvis nådd**, arbeidet er meget godt i gang. Dette området vil ha høyt fokus i vårt arbeid med å operasjonalisere Strategi 2020.

2.6 Prop. 154 S (2010-2011) Tilleggsbevilgninger i statsbudsjettet 2011 i forbindelse med angrepene mot regjeringskvartalet og på Utøya og Innst. 21 S (2011-2012).

Helse Midt-Norge fikk en tilleggsbevilgning på 1,4 mill kr til dekning av utgifter som følge av angrepene mot Regjeringskvartalet og Utøya 22. juli. Midlene er knyttet til økte kostnader til psykisk helsevern i etterkant av hendelsene. I vår region er det St. Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag som har registrert denne type kostnader. Merkostnadene er i hovedsak knyttet til mertid og overtid, pluss noen reisekostnader.

3 Rapportering på krav i foretaksprotokoll

3.1 Økonomiske krav og rammebetingelser for 2011

Rapportering – økonomi

- Foretaksgruppen Helse Midt-Norge skal gå i økonomisk balanse i 2011

Svar:

Foretaksgruppen har en prognose for årsresultat på omlag 390 mill kr i overskudd. Dette er 115 mill kr foran foretaksgruppens budsjetterte resultat.

Målet er **nådd**.

Likviditet og driftskreditter

- Helse Midt-Norge RHF må holde seg innenfor en driftskredittramme på 2 211 mill. kroner pr. 31. desember 2011.

Svar:

I Prop. 1 S (2010-2011) er det samlet for helseregionene lagt til grunn anslag knyttet til pensjonskostnader og pensjonspremie i 2011 som innebærer at pensjonspremien er lavere enn anslått pensjonskostnad. Basert på disse anslagene, skal ramme for driftskreditt i Helse Midt-Norge reduseres med 84 mill kr (fra 2 295 mill kr ved inngangen av 2011 til 2 211 mill kr) ved utgangen av 2011. I forbindelse med revidert nasjonalbudsjett ble det vedtatt en tilleggsbevilgning til dekning av pensjonskostnader der driftskredittrammen ble satt ned med 229 mill kr til 1 982 mill kr ved utgangen av 2011.

Trekk på driftskreditt i Norges Bank var pr utgangen av desember 825 mill kr. Netto innestående i Fokus Bank var på samme tidspunkt 442 mill kr, noe som gir netto likviditetsbeholdning på minus 383 mill kr.

Målet er **nådd**.

Styring og oppfølging

- Foretaksmøtet presiserte at Helse Midt-Norge RHF må sikre realistisk budsjettering i hele foretaksgruppen både for de enkelte inntekts- og kostnadsposter og i periodiseringen av årsbudsjettene. God kvalitet i budsjettingen er en forutsetning for nødvendig styring og kontroll med virksomheten i foretaksgruppen.

Svar:

Kravet er oppfylt i 2011, og gjeldende budsjettprinsipper anvendes også for 2012.

Målet er **nådd**.

- Helse Midt-Norge RHF skal rapportere til departementet i henhold til det opplegg som er etablert i departementets oppfølgingssystem ØBAK. Nytt fra 2011 er at det også skal rapporteres månedlig på indikatorer for ventetider og fristbrudd.

Svar:

HMN har for rapporteringsåret 2011 rapportert økonomi, bemanning, aktivitet og bemanning i henhold til de frister som er satt av HOD gjennom oppdragsdokument og ØBAK. I tillegg er dette rapportert til styret i HMN gjennom faste statusrapporter

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet ba om at det gis tilbakemelding på tiltak for å unngå korridorpasienter på 1. og 2. tertialmøte 2011. Til 1. tertialmøte skal Helse Midt-Norge RHF også gi tilbakemelding på oppdraget med å utrede økonomiske sanksjoner for å unngå korridorpasienter.

Svar:

Antall døgn med pasienter registrert som korridorpasienter har et lavt omfang i Midt-Norge. I desember 2011 dreide det seg om 228 døgn (0,72 %). Samlet sett var det også færre døgn i 2011 enn i 2010. Denne trenden har vært tydelig gjennom året og Helse Midt-Norge RHF har lagt vekt på ordinær ledelsesmessig oppfølging gjennom fagsjefmøter, direktørmøter og foretaksmøter. Økonomiske sanksjoner, i form av å holde igjen inntekt for så å tildele det tilbakeholdte ved måloppnåelse, har vært vurdert. Det lave omfanget av korridorpasienter har imidlertid gjort at økonomiske sanksjoner har vært vurdert som ikke nødvendig.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene deltar aktivt i et forpliktende samarbeid for å etablere felles standarder innenfor økonomi og logistikk, for å sikre effektiv drift, gi god og sammenlignbar ledelsesinformasjon og beslutningsstøtte, samt bidra til øvrig gevinstrealisering.

Svar:

Helse Midt-Norge har både deltatt og ledet samarbeid med andre regioner i 2011. Dette gjelder blant annet både innenfor standardisering og utvikling av indikatorer for effektivitet i sykehus.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF gjennom kompetansenettverket arbeide videre med å utarbeide indikatorer for produktivitet og effektivitet med utgangspunkt i rapporten ”Intern effektivitet i sykehus – beskrivelse av pågående arbeid og forslag til tiltak”

Svar:

HMN etablerte i samråd med kompetansenettverket en arbeidsgruppe med en representant fra hvert RHF. Gruppen skulle utarbeide forslag til indikatorer og den hadde sitt først heldags arbeidsmøte mandag 6. juni. Det ble videre avholdt et drøftingsmøte 23. august mellom RHF-arbeidsgruppen, NPR og Helsedirektoratet/Samdata.

Et utkast til rapport ble lagt frem for AD-møtet 19. desember. Rapporten beskriver et konsept og en plan for å etablere et felles sett med indikatorer for kostnadsnivå og produktivitet for de fire regionale helseforetakene:

Det nasjonale indikatorsettet skal inneholde

- indikatorer for de ulike tjenesteområdene (funksjoner)
- sentrale nøkkeltall (aktivitet, økonomi og HR) for å forstå forskjeller og endringer i indikatorene
- grunnlagstall og definisjoner

En pilot ble foreslått som neste steg.

AD-møtet har bedt om at fag-, HR- og økonomidirektører skal involveres i en vurdering av på hvilke områder det er størst behov for indikatorer og hvilke indikatorer som best bidrar til å måle økt intern effektivitet, og dernest få saken til ny behandling.

På bakgrunn av dette, og etter samråd med HOD, videreføres arbeidet inn i første halvår 2012.

Målet er **delvis nådd**. Arbeidet videreføres i 2012

- Foretaksmøtet ba om videreføring av arbeidet for å bedre intern effektivitet ved hjelp av standardisering av arbeidsprosesser, med sikte på læring på tvers av de regionale helseforetakene. Det skal rapporteres på arbeidet til oppfølgingsmøtet pr. 2. tertial 2011.

Svar:

Helse Midt-Norge har både deltatt og ledet samarbeid med andre regioner i 2011. Dette gjelder blant annet både innenfor standardisering og utvikling av indikatorer for effektivitet i sykehus.

Målet er **nådd**.

Investeringer og kapitalforvaltning

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF deltar i arbeidet med å få på plass en rammeavtale om ekstern kvalitetssikring av konseptvalg.

Svar:

Anbudsprosessene er gjennomført og det er inngått avtale med 4 leverandører med varighet til og med 2014.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF forelegger departementet konseptfasevurderinger for alle investeringsprosjekter over 500 mill. kroner.

Svar:

Følges opp i foretaksprotokoll for helseforetakene i Midt-Norge i 2011.

Tatt inn i reglementet for bygg og eiendomssaker (o-sak til styret mars 2011)

HOD vil bli forelagt konseptfasevurderinger for byggeprosjekt større enn 500 mill. kroner som forutsatt.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet la til grunn at ny ekstern kvalitetssikring av konseptvalg tilsvarende den statlige KS-1 ordningen skal gjennomføres for alle investeringsprosjekter som ennå ikke er vedtatt igangsatt.

Svar:

Tatt inn i foretaksprotokoll til helseforetakene i Midt-Norge i 2011.

Tatt inn i reglement for bygg og eiendomssaker (o-sak for RHF-styret i mars 2011)

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet la til grunn at nye retningslinjer for beregninger av økonomisk bæreevne i investeringsprosjekter benyttes som en del av de samlede vurderinger av konseptplaner.

Svar:

Tatt inn i foretaksprotokoll til helseforetakene i Midt-Norge i 2011.

Tatt inn i reglement for bygg og eiendomssaker (o-sak for RHF-styret i mars 2011)

Målet er **nådd**.

| Låneopptak (kap. 732 post 82)

- Foretaksmøtet forutsatte at tildelt låneramme på 201 mill kroner kun benyttes til gjennomføring av fase to av nye St. Olavs hospital.

Svar:

Tildelt låneramme på 201 mill kr ble overført til Helse Midt-Norge RHF i slutten av 2011. Lånet er benyttet til gjennomføring av fase to av nye St. Olavs hospital. Det ble konvertert til serielån pr 31.12.11.

Målet er **nådd**.

3.2 Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2011

Oppfølging av samhandlingsreformen og nasjonal helse- og omsorgsplan

- Foretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge RHF forbereder seg på implementering av samhandlingsreformen fra 1. januar 2012, herunder legger til rette for å følge opp forslaget om å lovfeste plikt til å inngå samarbeidsavtaler mellom (regionale) helseforetak og kommuner.

Svar:

Helse Midt-Norge har undertegnet revidert samarbeidsavtale med KS i de tre fylkene.

Avtalen inneholder intensjoner for arbeidet med å inngå avtaler mellom helseforetakene og kommunene.

Styret for Helse Midt-Norge RHF har fattet vedtak om å delegere ansvaret for å inngå de lovpålagte avtaler med kommunene.

Alle helseforetak er kommet til enighet med kommunene om anbefalte avtaler.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet la til grunn at berørte kommuner og fylkeskommuner informeres om alle planlagte salg av eiendom, uavhengig av vurdering i forhold til samhandlingstiltak på et så tidlig tidspunkt som mulig.

Svar:

Helseforetakene er orientert om ordningen.

Følges opp i forbindelse med salg av eiendom som forelegges Helse Midt-Norge RHF for behandling.

Målet er **nådd**. Følges opp videre.

- Ved planlegging av større investeringsprosjekter skal det legges vekt på å tilpasse planene til samhandlingsreformen.

Svar:

Helseforetakene er orientert om ordningen.

Målet er **nådd**. Følges opp videre.

Veileder for styrearbeid og fastsetting av instruksjer

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF, i et samarbeid med de andre regionale helseforetakene, sørger for at det utarbeides veileder for styrearbeid i helseforetakene.

Svar:

Veileder til styrearbeid i HF ble vedtatt av styret for Helse Midt-Norge RHF 24.06.11 i sak 61/11. Brev med veileder sendt ut til HF.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet forutsatte at styret for Helse Midt-Norge RHF og styrene for helseforetakene har fastsatt instruks for styret og instruks for daglig leder.

Svar:

Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok ny styreinstruks i styresak 94/11. Denne er oversendt til HF med anmodning om at de må se på egen instruks.

Målet er **nådd**.

Regjeringens eierskapspolitikk

- Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene og helseforetakene har utarbeidet etiske retningslinjer for sin virksomhet og at retningslinjene er gjort kjent og er publisert på virksomhetenes hjemmesider. Retningslinjene skal gjøres gjeldende for alle ansatte, og så langt de passer også for styremedlemmer og andre som representerer helseforetaket.

Svar:

Virksomheten har vedtatte etiske retningslinjer for innkjøp (2008). Utkast til generelle etiske retningslinjer basert på mal fra Moderniseringsdepartementet er ute til høring i foretakene og ventes vedtatt i løpet av våren 2012.

Målet er **ikke nådd**. Arbeidet videreføres i 2012.

- Foretaksmøtet forventet at styret og daglig ledelse er kjent med kravene til samfunnsansvar og håndterer dette i sin strategiske og operasjonelle virksomhetsstyring.

Svar:

Det vises til utarbeidet veileder.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet forutsatte at styret for Helse Midt-Norge RHF og styrene for helseforetakene årlig evaluerer egen virksomhet. En oppsummering av evalueringen skal videreformidles til eier.

Svar:

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjennomførte sin årlige egnevaluering 2. november 2011. I forkant av evalueringen ble det sendt ut Questback til samtlige styremedlemmer.

Styreevalueringen var 3 delt:

1. orientering om HODs endringer i hht evaluering av styret og valg av nytt styre
2. Dialog - styrets egnevaluering
3. Oppsummering av resultat av Questback.

Fokus var roller og forventninger, forhold til eier og samhandling styret som kollegium og forholdet til AD. Resultat av evalueringen ble oversendt HOD i brev datert 15.11.11

Alle helseforetak i Midt-Norge, med unntak av Helse Nord-Trøndelag HF har foretatt egne evalueringer. De opplyser til RHF at de har hatt fokus på løpende oppfølging og virksomhetsstyring, samfunnsansvar og lederlønnsutvikling samt egnevaluering av styrets arbeid. Styret i Helse Møre og Romsdal HF hadde kort virketid i 2011 og valgte å fokusere på styreseminarer og opplæring framfor styreevaluering i 2011.

Målet er **delvis nådd**.

- Foretaksmøtet forutsatte at styret og ledelsen i Helse Midt-Norge RHF og i helseforetakene forholder seg til retningslinjene for lederlønn. Retningslinjene slår fast at lederlønningene skal

være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende. Foretaksmøtet forutsatte videre at styret og ledelsen er kjent med Riksrevisjonens lederlønnundersøkelse (Dokument 3:2 (2010-2011)).

Svar:

Eierskapspolitikken er gjort kjent i brev av 2007, og blitt fulgt opp i flere møter med direktører og i relevante regionale nettverk.

Styret er blitt orientert med Riksrevisjonens lederlønnundersøkelse (Dokument 3:2 (2010-2011)).

Styret har i 2010 gitt uttalelse til HOD om sitt syn på eierskapspolitikken og hvordan denne praktiseres i Helse Midt-Norge

Målet er **nådd**.

Tiltak på personalområdet

Utdanning, etisk rekruttering og gode tilsettingsrutiner

- Legger til rette for å øke antall læreplasser for elever i videregående opplæring i helseforetakene.

Svar:

Styret i Helse Midt-Norge RHF har vedtatt å drive ambulansetjenesten i egen regi fra 2013. Helse Midt-Norge kartlegger i denne forbindelse behovet for ambulanspersonell fremover for å sikre fremtidig dekning.

Helse Midt-Norge har økt antall læreplasser for helsefagarbeidere, men har erfart at det er en utfordring å rekruttere kandidater til plassene. Det er også mange som avslutter utdanningen før den er fullført. Helse Midt-Norge arbeider kontinuerlig med å styrke Helsefagarbeiderens plass gjennom et samarbeid med Yrkesopplæringsnemnda i Sør-Trøndelag fylkeskommune, videregående skoler, Spekter og kommunene.

Målet er **nådd**. Arbeidet med rekruttering må videreføres.

- bistår Helsedirektoratet i å vurdere og fremskaffe kunnskap om fremtidig kompetanse- og personalbehov i sektoren, med fokus på kompetansebehov utover grunnutdanningene.

Svar:

I første kvartal 2011 var det intensivt arbeid med kartlegging av personell og kompetansebehov i spesialisthelsetjenesten. Dette ble gjennomført som et analyseprosjekt innen kompetanse og kapasitet som ledd i oppfølging av Strategi 2020. Prosjektet har levert en grundig rapport med analyser av kompetansesammensetting og kapasitetsbehov i Midt-Norge, og denne ble styrebehandlet i april 2011.

Helse Midt-Norge RHF bidrar også i nasjonalt samarbeid med Helsedirektoratet, HOD/KD, SSB, Spekter og de øvrige regioner angående videre analyser og planlegging av hvordan man samlet skal møte utfordringen innenfor dette området.

I annet halvår 2011 er det i Helse Midt-Norge jobbet videre med planlegging av tiltak for å møte utfordringene, som f.eks. kompetanseledelse og styrket samarbeid med utdanningsinstitusjoner og kommuner, styring av legehjemler inkl. avtalespesialister, samt reduksjon av deltid.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

- sørger for at WHO's internasjonale retningslinjer for etisk rekruttering av helsepersonell implementeres i helseforetakene i 2011.

Svar:

Dette er ivarettatt både gjennom beskrivelse av rutiner knyttet til rekrutteringsprosessen (kvalitetssystemet) og i rammeavtaler med leverandører.

Målet er **nådd**.

- sørger for at helseforetakene har gode rutiner ved tilsetting av helsepersonell, jf. Helsedirektoratets veileder "Gode rutiner – Gode tilsetninger".

Svar:

Helse Midt-Norge RHF har foretatt en rekke tiltak for å kvalitetssikre rutinene og prosessene rundt tilsetting av helsepersonell.

Prosedyrene er i sin helhet lagt ut på felles kvalitetssystem.

Målet er **nådd**.

Faste stillinger og deltid

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF sørger for at helseforetakene i regionen som hovedregel bruker faste stillinger og begrenser bruken av midlertidige stillinger og vikariater til et nødvendig minimum (jf. Arbeidsmiljøloven § 14-9).

Svar:

Helse Midt-Norge har i 2011 jobbet aktivt med å tilrettelegge for hele stillinger og redusere andelen deltid. I samarbeid med øvrige regioner er det utviklet indikatorer og delvis implementert deltidsindikatorer.

Deltidsreduksjon har hatt stor fokus i hele organisasjonen og det har både blitt jobbet systematisk med å etablere en kultur for hele stillinger, samt iverksatt konkrete tiltak for å redusere ufrivillig deltid. Eksempel på slike tiltak har vært å gi fast tilsetting i vikarpooler, vurdere noe større hyppighet på arbeidshelger og lengre arbeidstid i helgene. Erfaringene viser imidlertid at der det stilles krav til arbeidsplaner som innebærer arbeid på flere enheter/klinikker, er det forholdsvis få som ønsker utvidelse av stilling selv om disse i utgangspunktet har meldt slikt ønske. Reduksjonen i andel deltid i løpet av 2011 er marginal og andelen deltid i regionen var ved utgangen av 2011 på 43,9 %. Foreløpige analyser viser at hvis vi trekker fra de som har rettighetsbasert deltid og de som både arbeidsgiver og arbeidstager ønsker i deltid (kombinert stillinger mellom HF og utdanningsinstitusjoner og kombinasjonsstillinger med offentlige verv) vil andelen deltid reduseres til ca 30 %. Hvis vi i tillegg trekker fra de deltidsansatte som ikke ønsker økt stillingsandel, vil det være relativt få deltidsansatte som reelt sett ønsker seg økte stillinger. Dette viser at det må arbeides langsiktig med å øke stillingsandelene.

Målet er **ikke nådd**. Arbeidet videreføres og intensiveres.

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF bidrar i slutføringen av det igangsatte arbeidet om tilrettelegging for faste stillinger for leger i spesialistutdanning og at det sendes en felles rapport til departementet om arbeidet innen 1. mars 2011.

Svar:

HMN har bidratt i slutføringen av rapporten og har etablert et prosjekt som jobber med å utvikle bedre spesialiseringsløp for leger.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF sørger for at helseforetakene i regionen i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene, reduserer andelen deltid med minst 20 prosent i løpet av 2011.

Svar:

Se første svar til Faste stillinger og deltid

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF i samarbeid med de andre regionale helseforetakene, arbeider med videreutvikling av indikatorer på HR-området, spesielt når det gjelder deltid.

Svar:

Se første svar til Faste stillinger og deltid

Inkluderende arbeidsliv (IA) og sykefravær m.m.

- Foretaksmøtet forutsatte at Helse Midt-Norge RHF setter aktivitets- og resultatmål i arbeidet med å nå IA-avtalen.

Svar:

Helse Midt-Norge RHF har satt som mål om å redusere sykefraværet i tråd med avtalen om Inkluderende Arbeidsliv. Hvert foretak har etablert planer med måltall som skal føre til en sykefraværspersent for samlet foretaksgruppe på 7 % ved utgangen av 2013. Sykefraværet var høyt de første månedene i 2011, men ble deretter gradvis lavere fram til årets siste måneder der det ble en økning igjen. Gjennomsnittlig sykefravær for 2011 er 8,24 %, mot 8,25 % i 2010. Øvrige aktivitetsmål er Ledere som har gjennomført HMS-opplæring og gjennomført brannvernopplæring/øvelser. Nytt resultatmål er Skader på ansatte.

Målet om å sette aktivitets- og resultatmål er **nådd**, men sykefraværsmålet ble **ikke nådd**.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF utvikle indikatorer for målsettingene med IA-avtalen gjennom Nasjonalt program for stabs- og støttefunksjoner – HR standardisering.

Svar:

Helse Midt-Norge har videreutviklet IA-indikatorer i samarbeid med øvrige regioner.

Målet er **nådd**.

Konsulentbruk

- Foretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge RHF skal ha et bevisst forhold til og begrenser bruken av eksterne konsulenter.

Svar:

Eksterne konsulenter brukes kun når det kan dokumenteres behov for en kompetanse i utrednings- eller prosjektarbeid som foretaksgruppen selv ikke innehar.

Målet er **nådd**. Vil følges opp videre.

Nasjonal lederplattform

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å videreføre det nasjonale ledelsesutviklingsprogrammet, og gjøre nødvendige tilpasninger til de krav og utfordringer lederne i helseforetaket står overfor. Foretaksmøtet ba spesielt om at programmet legger vekt på krav til ledernes rolleforståelse (horisontalt og vertikalt), krav

til kvalitet og pasientsikkerhet og samhandlingsreformens krav til samhandling med kommunehelsetjenesten.

Svar:

Det Nasjonale Topplederprogrammet (NTP) er vurdert av alle helseregioner. Det er enighet om at et overordnet mål må være å skape sammenheng mellom lederprogram på lokalt og regionalt nivå og det nasjonale lederprogrammet. Dette antas best å kunne ivaretas ved et nasjonalt nettverk på området med representanter fra de som er ansvarlig for programmene. Det er nedsatt en nasjonal gruppe for arbeid med nasjonal lederplattform hvor Helse Midt-Norge er representert i styringsgruppen og prosjektgruppen. Denne plattformen vil ligge til grunn for videre arbeid med lederutvikling på alle nivå. For mer informasjon om arbeidet med nasjonal lederplattform, se svar på punktet under.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF, gjennom sin deltakelse i styringsgruppen for Nasjonal ledelsesutvikling, delta i arbeidet med fastsetting og forankring av en egen nasjonal lederplattform for ledere i helseforetakene. Lederplattformen skal konkretisere verdier, prinsipper, retningslinjer og krav til lederadferd i helseforetakene.

Svar:

Som en følge av en evaluering av det nasjonale topplederprogrammet (NTP) ble det nedsatt en nasjonal gruppe for arbeid med nasjonal lederplattform hvor Helse Midt-Norge er representert i styringsgruppen og prosjektgruppen. I Helse Midt-Norge har en regional arbeidsgruppe jobbet med temaet høsten 2011. En rekke dialogaktiviteter med involvering av ledere på alle nivå, tillitsvalgte, vernetjeneste og HR-medarbeidere er gjennomført. Innspill fra disse aktivitetene er tatt med i den nasjonale prosjektgruppen. Et mål med lederplattformen er å komme frem til en ny forståelse av hva fremtidens helseledelse vil innebære, gitt utfordringsbildet. Lederplattformen skal konkretisere verdier, prinsipper, retningslinjer og krav til lederadferd i helseforetakene. Det vil bli arrangert en nasjonal konferanse om temaet 27.februar 2012. Plattformen vil bli styrebehandlet i alle regioner våren 2012, før leveranse til departementet.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

Permisjonspraksis

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å legge til rette for permisjon til ansatte som får tilbud om stilling ved UNN, Longyearbyen sykehus.

Svar:

Helse Midt-Norge har en slik permisjonspraksis.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å sørge for en hensiktsmessig permisjonspraksis når det gjelder ansattes deltakelse i internasjonalt solidaritetsarbeid.

Svar:

Helse Midt-Norge har en slik permisjonspraksis.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

.

Intern kontroll og risikostyring

- Styret skal påse at Helse Midt-Norge RHF har god intern kontroll og at det er etablert systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Risikofaktorer som kan medvirke til at målene til det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen ikke nås, skal identifiseres og korrigerende tiltak som med rimelighet kan redusere sannsynligheten for manglende måloppnåelse skal iverksettes. Styringssystemene skal tilpasses risiko og vesentlighet i forhold til virksomhetens målsetninger og ha nødvendig ledelsesmessig forankring i hele organisasjonen.

Svar:

Helse Nord-Trøndelag HF og Sykehusapotekene i Midt-Norge HF jobber systematisk med risikostyring gjennom løpende risikovurderinger som ledd i ISO-sertifisering av virksomheten.

Helse Midt-Norge RHF har i 2011 gjennomført et forprosjekt for å videreutvikle vårt konsept for risikostyring. Forprosjektet er nå avsluttet, og man vil nå beslutte hvordan felles metodikk for risikostyring skal implementeres i Helse Midt-Norge.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

- Styret skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaksgruppen med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik. Det skal redegjøres for styrets arbeid i årlig melding.

Svar:

Risikovurdering av årets oppgaver fra HOD i oppdragsdokument og foretaksprotokoll lagt frem for styret 3.2.11 - sak 22/11. og med ny gjennomgang 6.10.11 i tilknytning til statusrapportering - sak 81/11.

Status på saker som er behandlet i styret i Helse Midt-Norge RHF gjennomgås halvårlig - i 2011 i styremøte 24.6. og 1.12.11.

Det ble informert om helsetilsynssaker i statusrapport 6.10.11.

Styret er også blitt orientert om Arbeidstilsynets oppfølging av arbeidstidsbestemmelsene Internrevisjonen og revisjonskomiteen rapporterer jevnlig til styret om sitt arbeid.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet la til grunn at det ved omstilling av virksomheten må foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser de planlagte endringene vil ha for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene.

Svar:

Helse Midt-Norge RHF har utarbeidet og styrebehandlet prinsipper og verktøy for konsekvensvurdering og risikostyring som legges til grunn ved omstilling. Modellene for konsekvensvurdering omfatter vurdering av forhold innad i tjenestene, mellom tjenester og for ulike samfunnsfunksjoner som blir berørt av omstillingen.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge RHF sikrer en systematisk oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn.

Svar:

Helse Midt-Norge RHF

Rapporteringsark vedrørende helsetilsynssaker er lagt inn i ØBAK med tertialvis rapportering.

Helsetilsynet har to ganger i året gjennomgang av tilsynssaker med ledelsen ved Helse Midt-Norge RHF.

St. Olavs Hospital HF

Styret for St. Olavs Hospital får i sine tertialrapporter også forelagt status for arbeidet med internkontroll herunder oversikt på utvikling i meldinger om avvik og tilsynsrapporter.

Ledelsens gjennomgang av status i kvalitetssystemet og HMS (helse, miljø og sikkerhet) gjennomføres årlig.

Her gjennomgås status for og behov for endringer innen områdene

- Arbeidsmiljø
- Mattrygghet
- Ytre miljø
- Brannsikkerhet
- Strålevern
- Smittevern
- Informasjonssikkerhet
- Pasientsikkerhet
- Beredskap

Styret orienteres om resultatene.

Resultater fra tilsyn og revisjoner diskuteres i hovedledelsen og kommuniseres til hele foretaket via egen side på virksomhetsportalen.

Helse Nord-Trøndelag HF

Risikovurdering av alle punkter i Styringsdokument, Foretaksprotokoll og egendefinerte overordnede risikoelementer gjøres tertialvis og legges frem for styret. Foretaket er inne i en prosess hvor virksomheten ISO-sertifiseres. Det er iverksatt system for å sikre risikostyring.

Rusbehandling Midt-Norge HF

Risikovurdering av alle punkter i Styringsdokument, Foretaksprotokoll og egendefinerte overordnede risikoelementer gjøres tertialvis og legges frem for styret.

Månedlig rapport på avvik fra klinikkene. Avvikene blir gjennomgått i Regionalt Kvalitetsutvalg (RKU).

Løpende oppfølging av kvalitetsindikatorer i lederteam.

Ledelsens gjennomgang av avvikssituasjonen gjøres årlig både i styret og i ledermøte.

Helsetilsynet har gjennomført varslet tilsyn ved tre enheter i 2011. Gjennomgang i lederteam av avvik og merknader for læring på tvers. Plan for videre oppfølging etablert.

Det er påstartet et strategiarbeid for ytterligere kvalitetsutvikling i 2012.

Helse Møre og Romsdal HF

Foretaket legger fram for styret en egen sak om styringsdokumentet der de har konsekvensvurdert tiltakene. Alle viktige oppgaver og vedtak blir konsekvensvurdert og ROS-analyser gjennomført. Melderutinene og det å lære av feil/avvik internt og på tvers av avdelingene var ett satsingsområde i 2011. Gjennom pasientsikkerhetskampanjen arbeider vi m.a. med dette. Ved etablering av Helse Møre og Romsdal vil de arbeide videre med å samordne og videreutvikle styringssystemet.

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF

I henhold til foretakets prosedyre for tilsyn fra eksterne kreves det at apotekene bruker et felles oppfølgingsverktøy etter gjennomførte tilsyn. Alle apotek skal ta stilling til de avvik som avdekkes i egen og i øvrige enheter i foretaket og det legges vekt på læring på tvers av apotekene. Gjennom sitt arbeid med klinisk farmasi får Sykehusapotekene innsikt i sykehusenes rutiner og eventuelle avvik i disse. Det utredes p.t. hvordan sykehusapotekenes ansatte kan sikre rapportering av oppdagede avvik i sykehusenes kvalitets-/avvikssystemer.

Helseforetakene i Helse Midt-Norge har fokus på arbeidet med systematisk oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter. En erkjenner at en fortsatt har mer å gå på i forhold til å lære på tvers av avdelinger, sykehus og foretak.

Målet er **ikke nådd**. Arbeidet videreføres i 2012.

Kvalitet i anskaffelsesprosessen

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF følger anbefalingene fra de regionale helseforetakenes fellesprosjekt knyttet til miljø og samfunnsansvar, delprosjekt innkjøp.

Svar:

Det er etablert et eget prosjekt under ledelse av Helse Sør-Øst RHF om etisk handel der det er utarbeidet en egen handlingsplan. Helse Midt-Norge RHF er for øvrig medlem i Initiativ for etisk handel og kontrollmedlem i Grønt Punkt Norge. Det er gjennomført opplæring om etisk handel for våre innkjøpsrådgivere. Styret er orientert om arbeidet med etisk handel i sak 84/11.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF tar hensyn til særlig de ideelle institusjonenes behov for forutsigbarhet og langsiktighet ved gjennomføring av anskaffelser, og at det legges til grunn avtalelengder som er på linje med andre samfunnssektorer.

Svar:

Det er inngått avtaler med alle aktuelle ideelle organisasjoner innen spesialisert rehabilitering til og med 2013. For tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk er det inngått nye avtaler med maksimal varighet på 6,5 år og kun med ideelle organisasjoner. For øvrige områder innen kjøp av helsetjenester er ingen ideelle organisasjoner aktuelle som tilbydere/leverandører.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF ved gjennomføring av anskaffelser av helsetjenester sikrer en tilfredsstillende geografisk tilgjengelighet til tjenester for befolkningen.

Svar:

Ved anskaffelser av helsetjenester er det inngått avtaler med leverandører som er lokalisert slik at behovene blir dekket i hele regionen.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet forutsatte at Helse Midt-Norge RHF gjennomfører eksterne evalueringer av sine anskaffelser av helsetjenester. Evalueringer må omfatte hele anskaffelsesprosessen

Svar:

Rambøll Management Consulting er engasjert for å gjennomføre evalueringen av følgende områder: 1. Spesialisert rehabilitering, 2. Tverrfaglig spesialisert behandling for

rusmiddelmisbruk (TSB). 3. Bildediagnostiske undersøkelser. 4. Private sykehustjenester. Midtveisrapportering skjer for områdene 1 og 2 ved årsskiftet 2011/12. Sluttrapport leveres etter at ny anskaffelse av område 3 og 4 er gjennomført primo 2012. Prosjektet ledes av en styringsgruppe i Helse Midt-Norge RHF. Målet er **delvis nådd** i 2011, og vil fullføres i 2012.

- Foretaksmøtet la til grunn at ved eventuell konkurranseutsetting av ikke-medisinske funksjoner skal Helse Midt-Norge RHF sikre at de ansattes lønns-, pensjons- og arbeidsforhold ikke svekkes.

Svar:

I slike situasjoner påses det at kravet følges.

Målet er **nådd**.

Utvikling av IKT-området

- Foretaksmøtet forutsatte at Helse Midt-Norge RHF deltar i arbeidet med nasjonale IKT-prosjekter bl.a. kjernejournal, helseportal, meldingsløftet og elektroniske resepter.

Svar:

Helse Midt-Norge deltar aktivt i nasjonale programmer for kjernejournal, meldingsløft, helseportal og e-resept.

- For kjernejournal avventes nasjonal oppfølging
- Meldingsløftet følges opp gjennom deltakelse i nasjonal styringsgruppe og prosjektgruppe og gjennom egen regional programorganisering
- e-Resept utvikles i tilknytning til regionalt program for medisinerer (KMF)

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og Helsedirektoratet i løpet av første halvår 2011 oversende en strategi for realisering av eResept, herunder avklare valg av autentiseringsløsning og i løpet av tredje kvartal 2011 fremlegge planer for innføring av eResept i Helse Midt-Norge RHF.

Svar:

Helse Midt-Norge har utarbeidet et eget forslag for realisering av e-resept (vedlagt). I samråd med e-reseptgruppen i Helsedirektoratet og med Nasjonal IKT, utvikles en egen modul i vårt journalsystem for dette.

Autentiseringsløsning vil sannsynligvis baseres på personlige sertifikater (PKI). Det er igangsatt eget prosjekt for å belyse omfang av dette.

Målet er **delvis nådd**, og arbeidet er kommet langt og videreføres i 2012.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å delta i arbeidet med videreutvikling av regelverk om informasjonssikkerhet.

Svar:

Helse Midt-Norge har deltatt i arbeidet med å videreutvikle nasjonalt regelverk for informasjonssikkerhet. Arbeidet har vært koordinert for alle RHF-ene gjennom Nasjonal IKT og med felles høringsvar. Nytt regelverk skal være tatt i bruk pr 1.7.2012. Det vil ta tid å få videreutviklet eksisterende og nye systemer slik at regelverket kan komme til full anvendelse, spesielt på området deling av informasjon.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å delta i det nasjonale arbeidet med arkitektur og standardisering.

Svar:

Helse Midt-Norge, gjennom HEMIT, leder det nasjonale arbeidet for spesialisthelsetjenesten på arkitekturområdet. Arbeidet koordineres gjennom Nasjonal IKT og det er etablert samarbeid med andre nasjonale aktører som Difi.

Helse Midt-Norge deltar i standardiseringsarbeidet gjennom Nasjonal IKT og Helsedirektoratet/KITH.

Arkitektur og standardisering er to helt sentrale elementer i forbindelse med arbeidet med ny IKT-strategi for Helse Midt-Norge.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene om å sikre en systematisk oppfølging av krav til funksjonaliteten i, og bruken av elektronisk pasientjournal/pasientadministrativt system.

Svar:

Helse Midt-Norge RHF, i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene gjennom Nasjonal IKT, bidrar til å sikre en systematisk oppfølging av krav til funksjonaliteten i, og bruken av elektronisk pasientjournal/pasientadministrativt system. I Helse Midt-Norge foregår en kontinuerlig utvikling av eksisterende systemer, men det deltas også aktivt i Nasjonal IKTs "Klinisk fagforum" for å definere "neste generasjons" pasientjournalssystem.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

Nødnett

- Foretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge RHF bidrar til ferdigstillingen av første byggetrinn for Nødnett.

Svar:

Helse Midt-Norge er representert i styringsgruppen for prosjekt nødnett helse.

Helse Midt-Norge har bidratt i dette arbeidet med ferdigstilling av fase 0 i prosjektet.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet la videre til grunn at Helse Midt-Norge RHF deltar i planlegging og gjennomføring av landsdekkende utbygging av Nødnett dersom dette blir vedtatt i Stortinget. Departementet vil legge føringer for arbeidet når saken er avklart, herunder styring av utbyggingen og driften av sambandsnettet.

Svar:

Utbygging av Nødnett i Midt-Norge er beskrevet i eget kapittel i prehospitalet plan for Midt-Norge. Planen ble vedtatt av det regionale styret i møte i mai 2011.

Det er etablert egen prosjektlederstilling ved Helse Midt-Norge RHF for utbygging av Nødnett i Midt-Norge.

Man har startet arbeidet med forberedelse av installasjoner ved regionens AMK-sentraler og akuttmottak.

Målet er **nådd**. Videre detaljplanlegging fortsetter i 2012.

3.3 Øvrige styringskrav for 2011

- **Miljø- og klimatiltak**

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å etablere miljøledelse og miljøstyringssystem i helseforetakene og påfølgende sertifisering av styringssystemet i henhold til ISO 14001-standarden. Dette arbeidet skal ta sikte på å innføre slike systemer innen utgangen av 2014.

Svar:

St. Olavs Hospital HF og Helse Midt-Norge RHF er piloter i forbindelse med sertifiseringen og det forutsettes at arbeidet er sluttført i 2012. Det er etablert et regionalt nettverk/faggruppe for miljø- og klimaarbeidet.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å følge opp og iverksette de øvrige målene med anbefalte tiltak som er omhandlet i sluttrapporten på områdene innkjøp, bygg/eiendom og transport.

Svar:

Helse Midt-Norge deltar aktivt i det interregionale prosjektet med representanter i prosjektgruppen og i arbeidsgruppene. Helse Midt-Norge har prosjektlederansvaret for bygg og miljøarbeidet som forutsettes sluttført i 2012.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF legge til rette for klimavennlige løsninger og oppvarming, og be helseforetakene gå i dialog med kommunene for å se på mulighetene for å etablere fjernvarmeløsninger.

Svar:

Helseforetakene er orientert om ordningen bl.a. gjennom det etablerte regionale energinettverket. Saken blir også fulgt opp i delprosjekt bygg og miljø i det interregionale miljø og klimaprojektet.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

- **Nasjonalt profileringsprogram**

- Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene og helseforetakene i regionen forholder seg til revidert nasjonalt profilprogram når det foreligger.

Svar:

Det reviderte profilprogrammet er mottatt og ivaretatt. Justering av maler skjer fra start av i 2012.

Målet er **nådd**. Arbeidet videreføres.

- **H-reseptordningen**

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF, i samarbeid med de andre regionale helseforetakene, Helsedirektoratet og Apotekforeningen, om å vurdere behovet for forbedringer i oppgjørsordningen mellom apotek og helseforetak for legemidler i H-reseptordningen. Dette omfatter en vurdering av behovet for eventuelle regelverkendringer. H-reseptordningen må også vurderes i lys av innføring av elektronisk resept.

Svar:

Helse Midt-Norge har deltatt i arbeidet i den interregionale gruppen nedsatt av fagdirektørmøtet som har gått igjennom hele HF-legemiddelfeltet, både reseptutforming, forskrivning, bruk, oppfølging, oppgjør, koding mm.

Helse Midt-Norge har fulgt opp dette arbeidet gjennom å delta i arbeidsgruppen som ble nedsatt med Helsedirektoratet, RHF-ene og Apotekforeningen og ledet av Helsedirektoratet. Målet er **nådd**.

- **KPP-regnskap**

- Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene i 2011 skal delta med minst et helseforetak i KPP-prosjektene. Helsedirektoratet iverksetter i samsvar med de krav og frister direktoratet setter.

Svar:

Helse Midt-Norge stilte med deltaker, men Helsedirektoratet har ikke iverksatt prosjektet. Målet er **nådd**

- **Parkering**

- Foretaksmøtet la til grunn at helseforetakene begrenser betaling for parkering til å dekke kostnadene ved parkeringstilbudet og at de rutiner man har for parkering skal begrense risikoen for gebyr. Alle nye parkeringssystemer skal bygge på prinsippet om etterskuddsbetaling.

Svar:

Helseforetakene er bedt om at nye avtaler skal utarbeides i tråd med føringene der det er praktisk mulig.

Målet er **nådd**.

3.4 Øvrige aktuelle saker i 2011

Organisering av sykehusene i Møre og Romsdal

- Foretaksmøtet ber om at det etableres ett felles helseforetak i Møre og Romsdal innen 1. juli 2011.

Svar:

Helse Møre og Romsdal HF ble stiftet 3. mars 2011, og overtok alt driftsansvar fra Helse Sunnmøre HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF fra 1. juli 2011. Ny direktør i foretaket ble ansatt 1. juli 2011, og felles stab/ledelse var på plass i september 2011. Gjennomgang av klinikkstruktur og klinikkledelse ventes fullført medio 2012. De fleste felles IKT-løsninger og administrative støttesystemer var på plass 1. juli 2011, mens en del øvrige systemendringer vil tilpasses ny organisasjonsstruktur og ferdigstilles i 2012/2013.

Målet er **nådd**.

4 Styrets plandokument

4.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

4.1.1. Utviklingen innenfor opptaksområdet

Helse Midt-Norges opptaksområde omfatter Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal. Per 1. januar 2011 var den samlede befolkningen på ca 680 000 innbyggere.

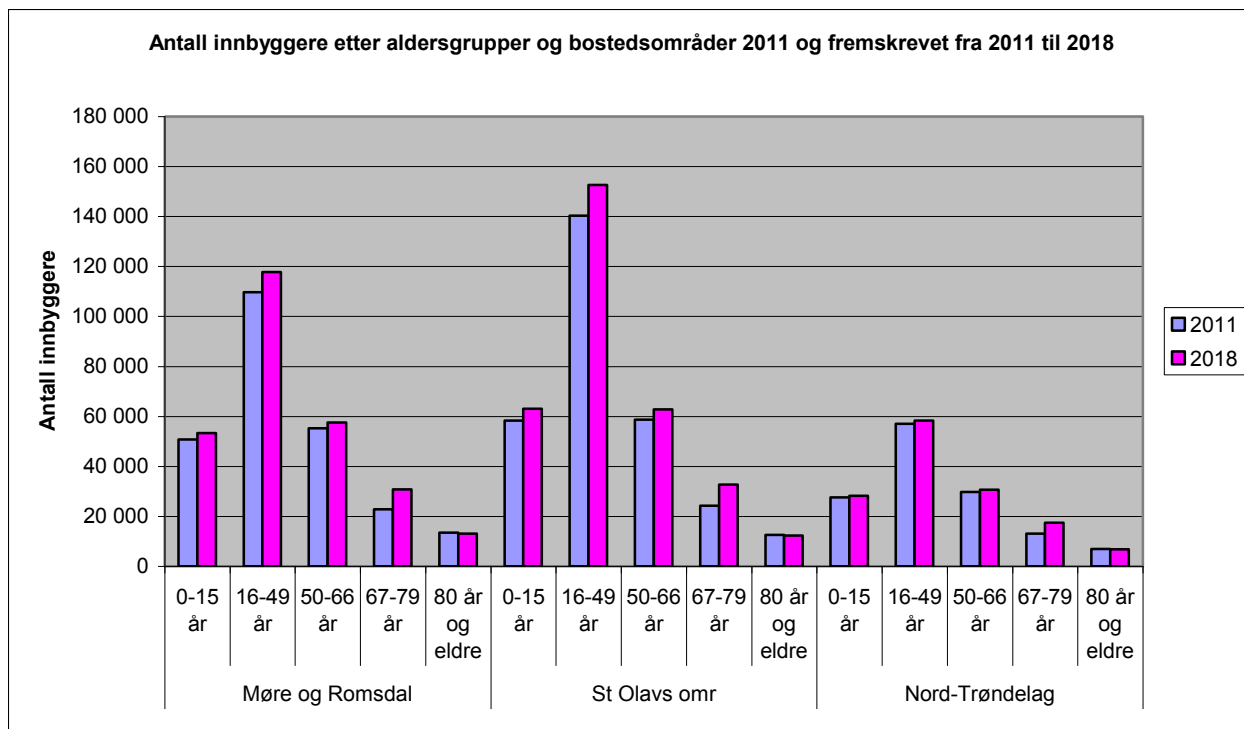
Det er et spredt bosettingsmønster i Midt-Norge. Kommunikasjonene er gode i regionen. En andel av befolkningen bor på øyer, men mange av de store øyene er etter hvert blitt knyttet til fastlandet gjennom bro eller tunnel, og stadig færre er avhengig av fergeforbindelser.

Helse- og omsorgstjenesten i kommunene er viktige samhandlingspartnere for spesialisthelsetjenesten. Den kommende samhandlingsreformen skal bidra til å gjøre dette samarbeidet enda tettere. Antallet kommuner i regionen og antall innbyggere i kommunene vil ha betydning for hvordan samarbeidet skal utvikles. Tabell 1.1 viser at 51 av Helse Midt-Norges 85 kommuner har færre enn 5 000 innbyggere.

Tabell 1.1 *Kommunene i Midt-Norge etter folketall i foretaksområdene*

Bostedsområder	Befolkning per 1.jan 2011	Antall kommuner etter folketall					Antall kom- muner totalt
		0-2000	2000-4999	5000-9999	10000-19999	20000+	
Møre og Romsdal bostedsomr	251 843	5	13	13	1	3	35
St.Olav Hospital bostedsomr	294 108	3	10	7	3	1	24
Nord-Trøndelag bostedsomr	134 159	11	9	1	3	2	26
Sum Helse Midt-Norge	680 110	19	32	21	7	6	85

Fram til 2018 forventes det relativt små endringer i befolkningen samlet sett i regionen. Figur 1.1 viser befolkningen fremskrevet fra 2011 til 2018 i fem aldersgrupper for de tre bostedsområdene i Helse Midt-Norge. Fremskrivningen er basert på Statistisk Sentralbyrås (SSBs) ”middels nasjonal vekst”.

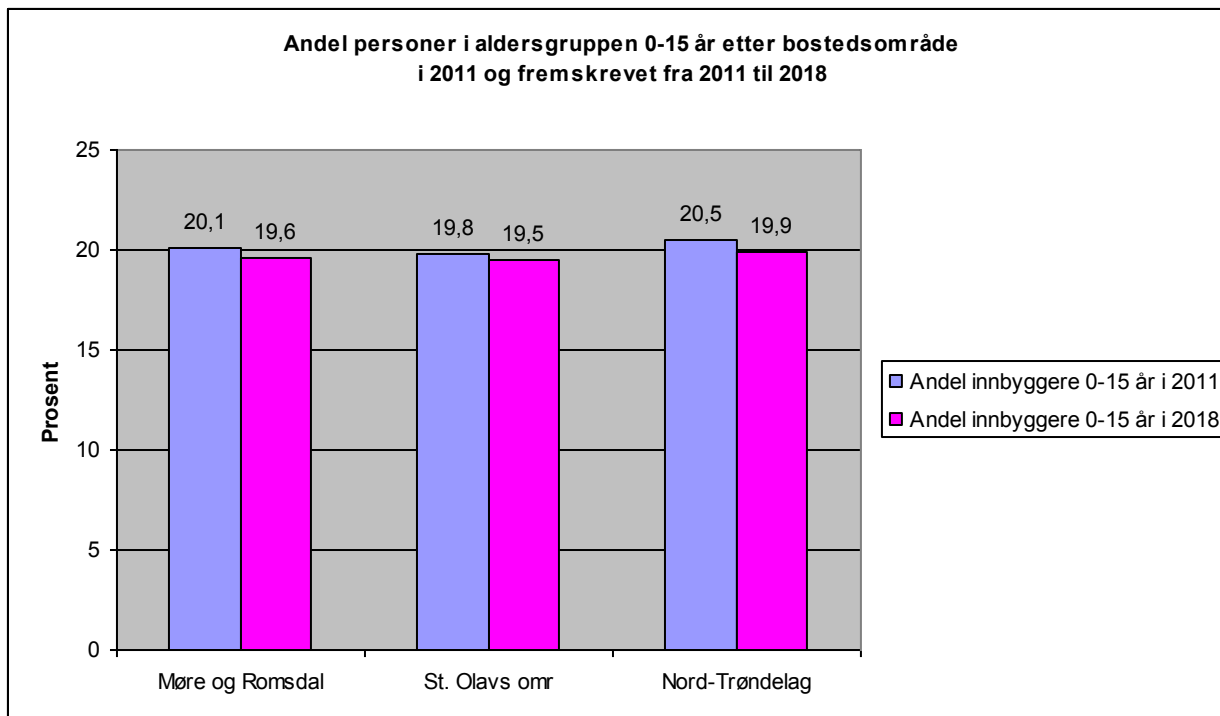


Figur 1.1 Befolkningen i Helse Midt-Norge i 2011 og fremskrevet fra 2011 til 2018 etter aldersgrupper og bostedsområder

For alle bostedsområdene er det spesielt aldersgruppen 67 – 79 år som har den høyeste prosentvise veksten fra 2011 til 2018, mens økningen i *antallet* innbyggere er høyt også for gruppen 16-49 år. Den prosentvise veksten for gruppen 67-79 år ligger på 30-35 prosent i alle tre bostedsområder. For innbyggere eldre enn 80 år er det en nedgang i befolkningstallet fra 2011 til 2018. Nedgangen er på omtrent to prosent. Det er en viss sentraliserende tendens i regionens befolkningsutvikling i den forstand at den prosentvise veksten for aldersgruppene under 67 år er høyest i St Olavs bostedsområde. Samlet sett er det beregnet en vekst fra 2011 til 2018 på åtte prosent i Helse Midt-Norges befolkning, noe som gir en årlig vekst på om lag en 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 starten 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 sykehusinnleggelses vil bli betydelig høyere enn det veksten i befolkningen samlet sett tilsier, dersom forbruksratene fortsetter å være på samme nivå som i 2010. I figur 1.2 og 1.4 er endringen i alderssammensetningen illustrert ved å presentere andelen av befolkningen som tilhører henholdsvis aldersgruppen 0-15 år og 67 år og eldre i 2011 og fremskrevet til 2018.

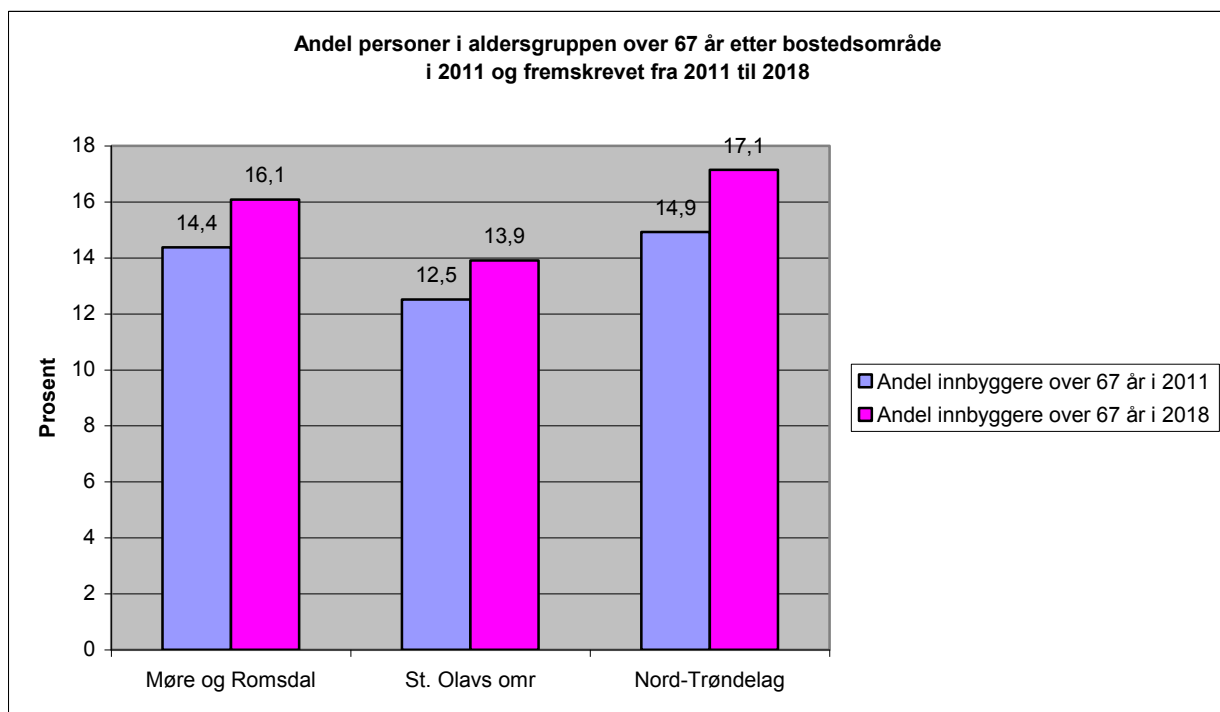
□

¹ Forbruksrater er antall sykehusopphold per 1000 innbyggere. Disse forbruksratene øker med økende alder i befolkningen. For aldersgruppen 0-15 år var forbruksraten i 2010 på 156 døgn- og dagopphold per 1000 innbyggere i somatisk sektor i Helse Midt-Norge. Tilsvarende tall for de to eldste aldersgruppene var 587 og 868 døgn- og dagopphold per 1000 innbyggere. For psykisk helsevern og rusbehandling er det imidlertid ikke samme



Figur 1.2 *Andel i aldersgruppen 0-15 år i 2011 og fremskrevet fra 2011 til 2018 etter bostedsområder*

Alle bostedsområdene får en nedgang i denne aldersgruppen, men nedgangen er lavest i St Olavs Hospital HF bostedsområde.



Figur 1.3 *Andel i aldersgruppen over 67 år i 2011 og fremskrevet fra 2011 til 2018 etter bostedsområde.*

Figuren viser at alle det i alle foretaksområdene i Helse Midt-Norge forventes en økning i andelen eldre innbyggere i perioden 2011-2018. Økningen er lavest i St Olavs Hospital HF område. Denne dreiningen i alderssammensetning i perioden forventes å føre til at forbruket av somatiske spesialisthelsetjenester øker mer enn økningen i befolkningens mengde totalt sett (jf. den eldste befolkningens forbruksrater er høyere enn forbruksratene til den yngre befolkningen). I tabell 1.2 og 1.3 presenteres en oversikt over hvordan forventet antall sykehusopphold og polikliniske konsultasjoner blir i 2018 når forbruket innenfor aldersgruppene er lik nivået i 2010.

Tabell 1.2 Forventet antall sykehusopphold (dag- og døgnopphold) i 2018 og prosentvis endring fra 2010 til 2018 med forbruksrater lik nivået i 2010.

Aldersgruppe	Antall sykehusopphold 2010	Antall sykehusopphold 2018	Endring i antall sykehusopphold	Pst. endring 2010-2018
0-15 år	21 358	22 597	1 239	5,8 %
16-49 år	53 765	57 529	3 764	7,0 %
50-66 år	42 291	44 448	2 157	5,1 %
67-79 år	35 284	47 351	12 067	34,2 %
80 år +	28 586	28 014	-572	-2,0 %
Sum	181 284	199 939	18 655	10,3 %

Tabell 1.3 Forventet antall polikliniske konsultasjoner i 2018 og prosentvis endring fra 2010 til 2018 med forbruksrater lik nivået i 2010.

Aldersgruppe	Antall polikliniske konsultasjoner 2010	Antall polikliniske konsultasjoner 2018	Endring i antall polikliniske konsultasjoner	Pst. endring 2010-2018
0-15 år	83 347	88 181	4 834	5,8 %
16-49 år	268 152	286 923	18 771	7,0 %
50-66 år	202 811	213 154	10 343	5,1 %
67-79 år	126 649	169 963	43 314	34,2 %
80 år +	56 037	54 916	-1 121	-2,0 %
Sum	736 996	813 137	76 141	10,3 %

Tabellene viser at det kan forventes en økning på rundt 18 500 sykehusopphold (dag- og døgnopphold) og 76 000 polikliniske konsultasjoner fra 2010 til 2018 dersom forbruksratene innenfor pasientgruppene holdes på 2010-nivå. Dette gir en samlet vekst i perioden på over 10 prosent eller om lag 1,3 prosent per år. Dette betyr at veksten i opphold og konsultasjoner per år blir større enn veksten i den samlede befolkningen i perioden (ca en prosent 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, så øker befolkningstallet med 5,1 prosent fra 2011 til 2018. Tilsvarende tall for aldersgruppen 18 år og over er 9,3 prosent. Dersom forbruksnivået holder seg på dagens nivå kan det forventes en økning i fremtidig aktivitet som er noenlunde lik befolkningsoøkningen i de to gruppene. For psykisk helsevern for barn og unge betyr dette en årlig vekst på om lag 0,7 prosent, mens det for voksne betyr en årlig vekst på om lag 1,3 prosent.

Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er hovedtyngden av pasientene som behandles eldre enn 17 år (jf. Lilleeng, 2007). I perioden 2011-2018 forventes en befolkningsvekst tilsvarende omtrent 9,3 prosent for denne aldersgruppen, eller om lag 1,3 prosent per år. Dersom forbruksnivået holder seg på dagens nivå kan det forventes en økning i fremtidig aktivitet som er noenlunde lik befolkningsøkningen. I henhold til oversikter over befolkningens bruk av TSB fremkommer det imidlertid at Helse Midt-Norge har et noe lavere forbruk av tjenester enn landsgjennomsnittet, også etter korrigering for behov (jfr. Magnussenutvalgets behovsindekser). Dersom dette uttrykker reelle forskjeller i behovsdekningen vil det være nødvendig med en vekst utover befolkningsveksten de neste årene.

Dersom forbruksratene for de eldste pasientene øker i forhold til 2010-nivået, fører dette til en ytterligere økning i forbruket av spesialisthelsetjenester i forhold til det som er presentert i tabell 1.2 og 1.3. Istedenfor å øke, vil det innen somatisk spesialisthelsetjeneste derimot være et behov for å redusere veksten i bruken av spesialisthelsetjenester blant de eldre pasientene. Dette betyr at det blir viktig å sørge for at samhandlingsreformen fører til etablering av tiltak som kan bidra til dette. Når det samtidig er slik at det er en høy andel små kommuner i Helse Midt-Norge, kreves det 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.

Behovsdekning

Som omtalt i de regionale helseforetakenes innspill til Statsbudsjett for 2013, vil nye behov og økt grad av behovsdekning også påvirke aktivitetsbehovet. Utviklingen og implementeringen av ny medisinsk teknologi og nye behandlingsmetoder vil fortsette i årene som kommer, og føre til økte behov for tjenester. Nye behandlingsmetoder vil også føre til at pasientene i en del pasientgrupper vil leve lengre enn før, og dermed generere nye behandlingsbehov. Alt dette, inklusive helsepolitisk opprioritering av enkelte pasientgrupper, vil føre til en behovsvekst ut over den som er demografisk betinget.

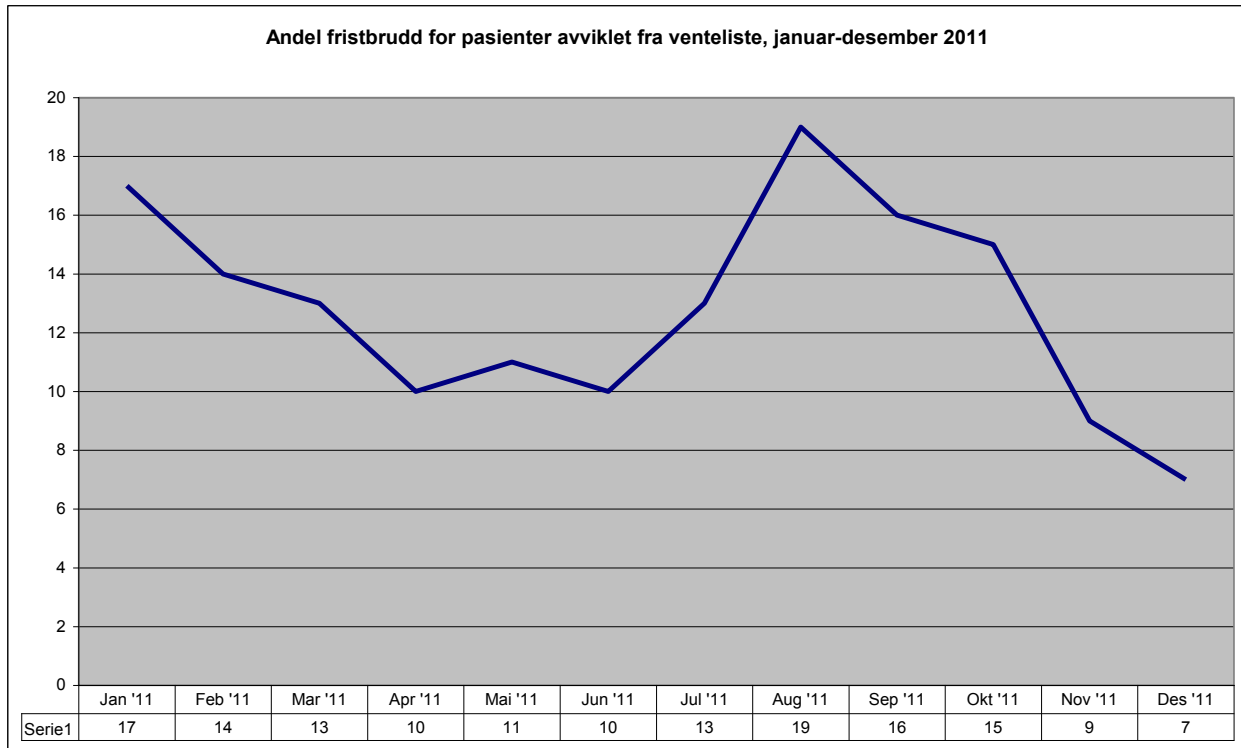
Parallelt med denne utviklingen forventes det at samhandlingsreformen vil få stor betydning for hvor helsetjenestene til pasientene skal tilbys i fremtiden. Det er et mål å øke fokuset på forebygging og flytte deler av det tjenestetilbudet som i dag er en del av spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. I den forbindelse blir det av stor betydning å evaluere effekten av etablerte samhandlingstiltak.

Lange og økende ventetider har tradisjonelt blitt sett på som tegn på manglende behovsdekning. I neste avsnitt presenteres oversikter over utviklingen i fristbrudd og ventetider i Helse Midt-Norge.

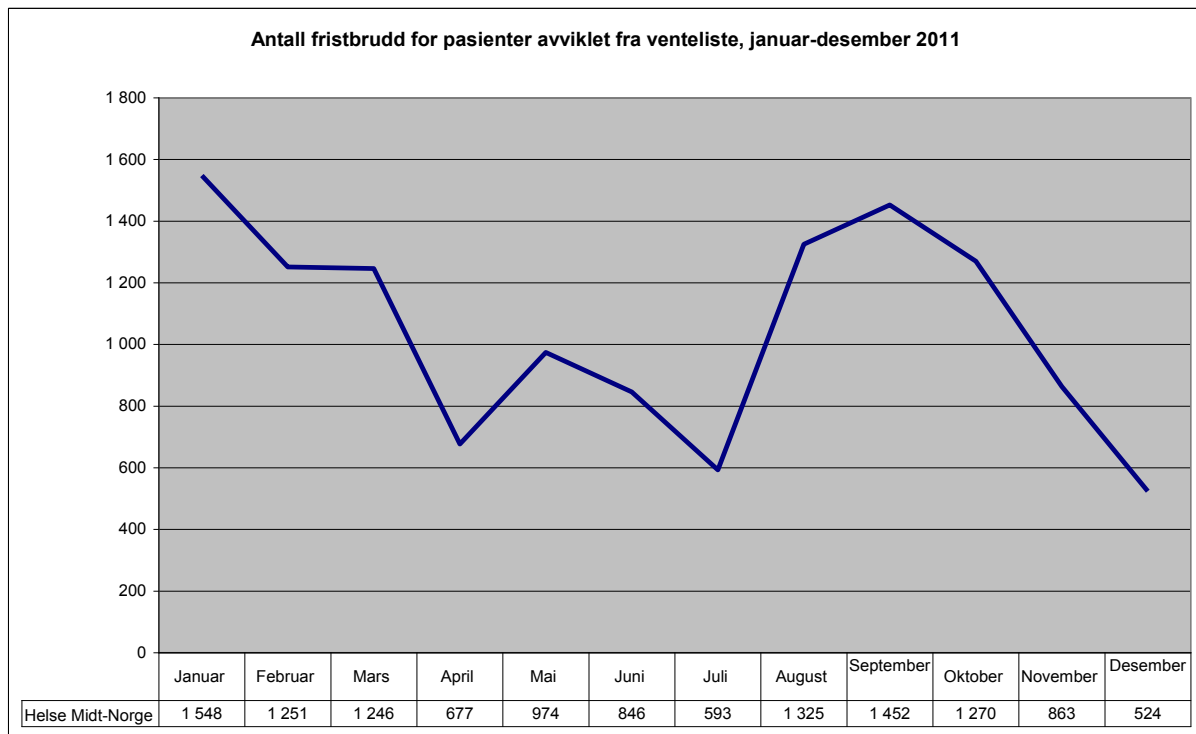
Fristbrudd og ventetider

Det er sentrale mål for Helse Midt-Norge at fristbrudd ikke skal forekomme og at ventetiden til behandling skal være innenfor de nasjonale normene. I 2011 har det blitt jobbet målrettet for å oppnå dette.

Figur 1.4 og 1.5 viser hvordan utviklingen innen henholdsvis andel og antall fristbrudd har vært i løpet av 2011.



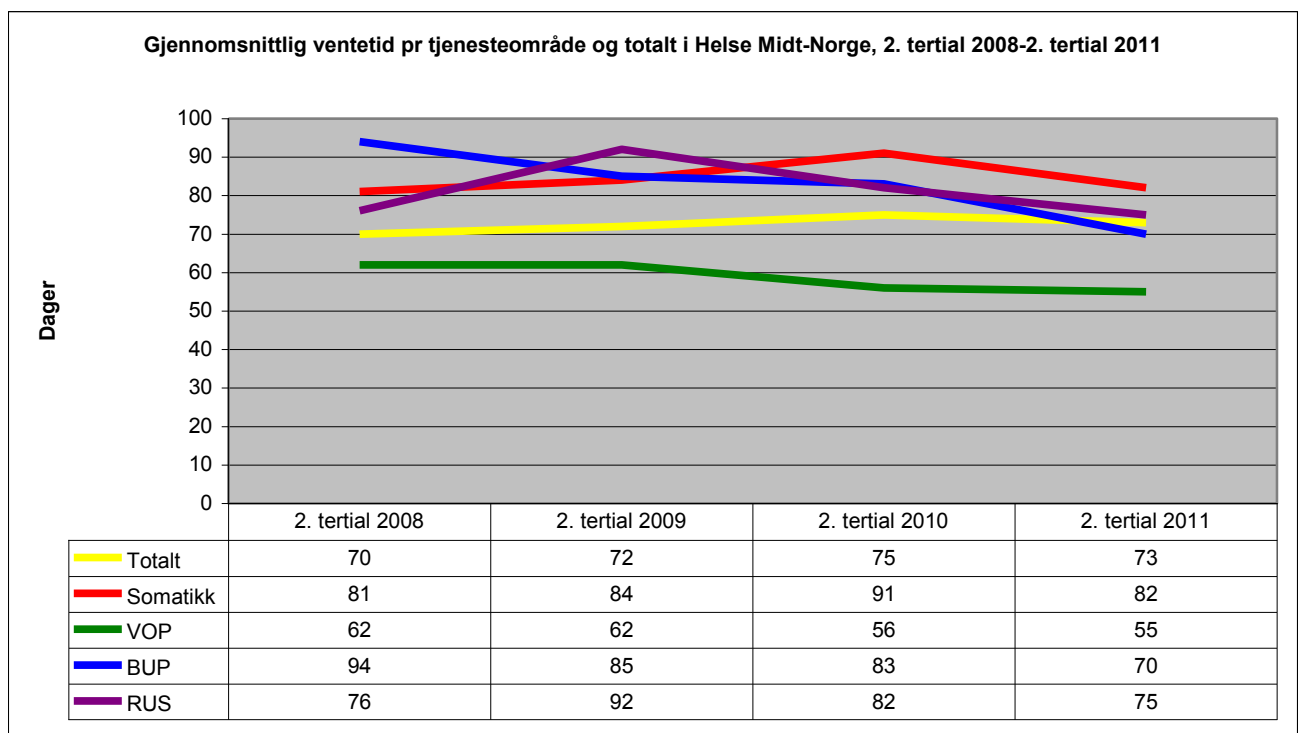
Figur 1.4 *Utviklingen i andel fristbrudd for pasienter avviklet fra venteliste i Helse Midt-Norge i 2011.*
(Kilde: NPR)



Figur 1.5 *Utviklingen i antall fristbrudd for pasienter avviklet fra venteliste i Helse Midt-Norge i 2011.*
(Kilde: NPR)

Figurene viser at utviklingen i både antall og andel fristbrudd første halvår av 2011 i all hovedsak var positiv. Etter sommeren økte antallet og andelen fristbrudd igjen, mens trenden nå er på riktig vei igjen. Figurene viser også at målet om null fristbrudd ved utgangen av 2011 ikke ble innfridd. Utviklingen har likevel gått i riktig retning og målet er at de siste fristbruddene skal være eliminert i løpet av de første månedene av 2012.

I likhet med det sterke fokuset på fristbrudd, har det også blitt satt spesielt fokus på å redusere ventetidene ved helseforetakene i Helse Midt-Norge. Figur 1.6 viser utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i perioden fra 2. tertial 2008 til 2. tertial 2011. Ventetider for somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern (voksne og barn/unge) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, samt totaltall, er inkludert i figuren.



Figur 1.6 Utvikling i gjennomsnittlig ventetid pr. tjenesteområde og totalt for pasienter avviklet fra venteliste i Helse Midt-Norge, 2. tertial 2008-2. tertial 2011. (Kilde: NPR, Rapport IS-1930)

Figuren viser at ventetiden i psykisk helsevern har utviklet seg i riktig retning. Ventetiden for voksne (grønn kurve) har gått ned fra et gjennomsnitt på 62 dager til 55 dager fra 2008 til 2011, og ventetiden ligger dermed lavest av alle tjenesteområdene. I psykisk helsevern for barn og unge (BUP) har også ventetiden sunket i løpet av perioden. Fra 2. tertial 2008 til 2. tertial 2011 har den gjennomsnittlige ventetiden blitt redusert med 24 dager, fra 94 til 70 dager. For den tverrfaglige spesialiserte rusbehandlingen (TSB) er den gjennomsnittlige ventetiden i 2011 på nivå med ventetiden i 2008. Samtidig har det vært en betydelig aktivitetsøkning i løpet av samme periode. For det somatiske tjenesteområdet er den gjennomsnittlige ventetiden i 2011 82 dager. Dette er omtrent på nivå med snitttiden i 2008, 81 dager. Den totale ventetiden i spesialisthelsetjenesten er i 2. tertial 2011 på 73 dager, tre dager høyere enn i 3. tertial 2008. Det er dermed en differanse på åtte dager

ned mot det nasjonale kravet om at den gjennomsnittlige ventetiden for pasienter tatt til behandling skal være 65 dager.

Helse Midt-Norge: utfordringer og strategi

For Helse Midt-Norge øker nok behovet for helsetjenester innen somatisk sektor mer enn den generelle befolkningsøkningen 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 befolkningsveksten. Det samme gjelder for rusbehandlingen. Samtidig vet vi at Helse Midt-Norge har et betydelig lavere forbruk av spesialisthelsetjenester enn landsgjennomsnittet innen psykisk helsevern for barn og unge og rusbehandling. Dersom dette uttrykker reelle forskjeller i forhold til behov, vil det være nødvendig med en vekst som er høyere enn befolkningsveksten i de nærmeste årene.

Trenden med at befolkningen får en voksende andel eldre starter i denne langtidperioden (fram til 2018). Den store endringen på dette feltet kommer rundt midten av 2020-årene. Det er likevel viktig allerede nå å unngå at forbruket av spesialisthelsetjenester blant de eldste pasientgruppene øker mye i årene fremover. Betydningen av å lykkes med samhandlingsreformen de neste årene er derfor stor. Mange kommuner i Helse Midt-Norge har relativt lavt innbyggertall, noe som krever et samarbeid mellom kommuner i tillegg til samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Helse Midt-Norge har ikke nådd målet om å fjerne alle fristbrudd innen utgangen av 2011. Dersom trenden fra siste del av 2011 fortsetter vil imidlertid samtlige fristbrudd være avvirket tidlig i 2012. Utviklingen i gjennomsnittlige ventetider har gått i riktig retning i 2011, men det er fortsatt et stykke igjen til å nå målet om 65 dager gjennomsnittlig ventetid. Det er iverksatt spesifikke handlingsplaner ved helseforetakene og det skaffes kontinuerlig tilleggskapasitet hos private aktører der det er behov for det.

Det er innført økonomiske virkemidler overfor våre egne helseforetak fra 2012 både hva gjelder fristbrudd og ventetider. Dette for å sikre at Helse Midt-Norge RHF i et "sørge-for"-perspektiv kan sikre at pasientenes rettigheter overholdes dersom våre egne helseforetak ikke er i stand til å innfri disse. Det er sentrale mål for Helse Midt-Norge at fristbrudd ikke skal forekomme og at den gjennomsnittlige ventetiden for pasientbehandlingen ikke skal overstige 65 dager. Som et ledd i arbeidet med å nå disse målene tilbakeholder Helse Midt-Norge i 2012 et antall DRG-poeng med tilhørende ramme fra hvert enkelt helseforetak. Dersom helseforetakene ikke innfrir ventetidskravene og kravet om eliminering av samtlige fristbrudd, vil det være aktuelt å bruke de tilbakeholdte DRG-poengene med ramme til å utvide kjøpet av spesialisthelsetjenester hos private tilbydere, hos andre helseforetak i egen region og/eller hos andre RHF, slik at man på den måten kan unngå fristbrudd og uakseptable ventetider for pasientene.

4.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger

En av utfordringene spesialisthelsetjenesten står overfor i årene fremover er at den økonomiske veksten år for år blir mindre. Demografisk sett blir den yrkesaktive delen av befolkningen mindre og det blir flere eldre i årene som kommer. Dette har betydning for sykdomspanorama og gir begrensninger i forhold til rekruttering og bemanning. Ny kunnskap og teknologi vil føre til endringer innen diagnostikk, behandling og organisering av helsetjenestene.

Langtidsplan og – budsjett for foretaksgruppen har vist at det er behov for betydelige omstillinger for å frigjøre kapital fra drift til investeringer. Dette er nødvendig for å kunne vedlikeholde og utvikle bygg og anlegg, men også for å ta i bruk ny medisinsk teknologi, samt utnytte de mulighetene som IKT gir. I tillegg skal det satses på kompetansebygging og forskning. Helse Midt-Norge har i løpet av få år gått fra betydelige driftsmessige underskudd til resultat i pluss. Tett oppfølging av omstillingstiltak og ansvarlig ledelse på alle nivå i foretaksgruppen har vært og vil fortsatt være sentrale virkemidler.

Målet om en helsetjeneste av god kvalitet, høy pasientsikkerhet og god tilgjengelighet for alle - uavhengig av bosted, kjønn, alder, etnisk bakgrunn og sosial klasse er godt forankret i nasjonal helsepolitikk, og i vår egen Strategi 2020. For å kunne svare opp dette også i kommende langtidsperiode, vil spesialisthelsetjenesten stå overfor betydelige omstillingsbehov. Strategi 2020 er vår viktigste veileder i hvordan spesialisthelsetjenesten må utvikles for å møte befolkningens behov med en bærekraftig utvikling.

En viktig helsepolitisk føring er å utvikle spesialisthelsetjenesten på en bærekraftig måte innenfor tilgjengelige rammer. Etter administrerende direktørs vurdering, vil det innebære en fortsatt omprioritering fra drift til investering. En økt investeringsramme skal gi oss handlingsrom til å bygge nytt, utvikle og vedlikeholde bygningsmassen samtidig som vi skal sikre nødvendige investeringer innen IKT og medisinsk teknisk utstyr (MTU).

Våre fagmiljø skal være i stand til å ta i bruk ny kunnskap for å endre våre behandlingsmetoder på en slik måte at det gir bedre kvalitet og mer rasjonell drift. Ny slagbehandling og omlegging til såkalt "Fast Track Surgery" for kne- og hofteproteser er begge driftsomlegginger som samlet sett vil spare samfunnet for betydelige summer. Praksisnær forskning er viktig. Administrerende direktør vil anbefale at den planlagte forskningsopptrappingen videreføres mot et mål på 3 % av vår bruttoramme.

Samhandlingsreformen er et av flere virkemiddel for å møte endrede behov i befolkningen. Endret oppgavedeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, økt innsats på folkehelse og forebyggende arbeid, skal gi oss en friskere befolkning. Samhandlingsreformens intensjon er at behovet for helsetjenester skal øke mindre enn det vi har sett til nå, og at spesialisthelsetjenesten skal konsentrere innsatsen om de mer spesialiserte tjenestene. Kommunene i Midt-Norge er kommet godt i gang. Mange kommunegrupper ligger i front når det gjelder utvikling av de nye kommunale tjenestene. Som region bør vi derfor ha de beste forutsetninger for å lykkes med reformarbeidet.

4.1.3 Personell og kompetanse

Helse Midt-Norge har kartlagt fremtidig behov for kompetanse og kapasitet i spesialisthelsetjenesten. De overordnede funnene viser:

Leger:

Nasjonale tall viser at det ikke er kritisk for legedekning fram mot 2030, men en fremskrivning av demografi og forbruk viser behov for opp mot 20 nye hjemler pr. år forutsatt samme organisering og effektivitet. For øvrig er det behov for erstatningsrekruttering som følge av naturlig avgang med gjennomsnittlig om lag 17 årsverk pr. år. Hvis vi sammenligner legetettheten i Helse Midt-Norge med øvrige regioner ser vi at det er dårligere dekning innen indremedisin, karkirurgi, onkologi,

patologi, psykiatri og nevrologi i Helse Midt-Norge. Innen ortopedisk kirurgi og anesthesiologi har Helse Midt-Norge statistisk sett en bedre dekning enn øvrige regioner.

Det er identifisert en rekke tjenestetilbud som ikke er / vil være bærekraftig i regionen. Konklusjonen bygger på en rekke analyser som omfatter antall leger, alderssammensetting av legene, utdanningskapasitet av spesialister ved enheten, vaktbelastning i enheten, brudd på arbeidstidsbestemmelsene og vikarstafetter. Dagens struktur er ikke bærekraftig når det gjelder forvaltning av legerressurser, jf styresak om Langtidsbudsjett og – plan.

Sykepleiere:

Helse Midt-Norge har best dekning av sykepleiere og størst utdanningskapasitet av regionene. Tilgangen til sykepleiere er neppe kritisk frem mot 2025. Fremskrivning av demografi og forbruk viser behov for rundt 55 nye stillinger pr. år forutsatt samme organisering og effektivitet. For øvrig er det behov for erstatningsrekruttering som følge av naturlig avgang med gjennomsnittlig om lag 50 årsverk pr. år. Videre fremover er det viktig å ha fokus på viktige spesialfunksjoner som anestesi, operasjon og intensiv.

Hjelpepleiere:

Fremskrivning av behovet viser stor underdekning av hjelpepleiere/helsefagarbeidere totalt i helsetjenesten (15000 i 2020). Helse Midt-Norge er den region som har minst dekning i helseforetak og størst andel på attføring eller uførhet. Hjelpepleiergruppen har høy gjennomsnittsalder og det er behov for erstatningsrekruttering på om lag 46 årsverk for å opprettholde andelen i 2009. Andelen bør sannsynligvis økes.

Bioingeniører

Det er underdekning nasjonalt for bioingeniører. Det er ikke like kritisk i Helse Midt-Norge, fordi vi har en stor utdanningskapasitet og en større andel i helsetjenesten.

Øvrige grupper:

Overordnet er det neppe kritisk for øvrige grupper. Det kan oppstå noe mangel på jordmødre fram mot 2020.

Videre planer:

Analysene underbygger Helse Midt-Norges overordnede strategi frem mot år 2020 og understreker betydningen av å utvikle en hensiktsmessig arbeidsdeling mellom enhetene. Vaktintensive funksjoner bør sentraliseres og polikliniske tilbud desentraliseres.

For å sikre at foretakene har riktig kompetanse og kapasitet vil følgende satsingsområder bli prioritert:

- Implementere et felles gjennomgående system for kompetanseplanlegging og kompetansestyring på kort og lang sikt.
- Beskrive reelle kompetansebehov for de forskjellige aktiviteter i standardiserte pasientforløp og arbeidsprosesser
- Legge til rette for kompetansedeling og strategisk samarbeid mellom helseforetak, kommuner, utdanningsinstitusjoner og andre regioner.
- Ivareta framtidig utdanningsbehov for hele helsetjenesten i regionen, i samarbeid med utdanningsinstitusjonene og kommunene
- Sikre rekruttering av kompetente ledere og nøkkelpersonell

- Lederopplæring og kompetansebygging for stab innenfor HR (kompetanse, ressursstyring og arbeidsmiljø)

For å sikre at foretakene til enhver tid har riktig bruk av personalressurser i forhold til planlagte aktiviteter vil følgende satsingsområder bli prioritert:

- Utvikle og etablere standardiserte prosesser for aktivitets- og bemanningsplanlegging, der alle aktiviteter som lar seg planlegge gjennom året legges inn.
- Sikre tilgjengelighet til ressursene i foretakene, ved at:
 - Sykefraværet reduseres i samsvar med IA - avtalen.
 - Gjennomsnittlig faktisk pensjonsalder økes
 - Andel heltid økes
 - Passiv vaktteneste reduseres

Et godt arbeidsmiljø er en forutsetning for at foretakene når sine mål. Derfor vil følgende satsingsområder bli prioritert:

- Gjennomføre systematisk kartlegging og evaluering av hvilke faktorer som påvirker arbeidsmiljøet
- Vedlikeholde og videreutvikle det systematiske HMS – arbeidet
- God arbeidsplanlegging som sikrer at turnuser og vaktplaner er tilpasset aktiviteten og innenfor lov- og avtaleverk.

4.1.4. Bygningskapital – status og utfordringer

Generelt

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, og 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. 3 % vurderes som veldig dårlig.

Det er anslått et totalt teknisk oppgraderingsbehov på 2,8 mrd. kr. Oppgraderingsbehovet omfatter ikke funksjonelle forhold som 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 Møre og Romsdal) representerer investeringer i størrelsesorden 4,2 mrd. kr.

Samlet har en p.t. ca 400 ansatte knyttet til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av eiendom i Helse Midt-Norges foretaksgruppe. Halvparten er yrkeskategori Fagarbeider renhold. Hertil kommer (p.t.) ca 20 ansatte ved Helsebygg Midt-Norge. Helsebygg Midt-Norge forutsettes å være avviklet 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 todelt:

- tilpasse investeringsomfanget til helseforetakenes økonomiske bæreevne og investeringstakten til 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.

Organisering av eiendomsforvaltningen

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 ble evaluert i 2011.

I 2012 vil en utrede nærmere organisering av fellestjenester herunder bygg og eiendomsforvaltningen i helseregionen.

Helse Midt-Norge RHF har også 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. Helse Midt-Norge RHF deltar i et interregionalt prosjekt som utreder samhandlingsområder og mulig organisering.

Implementering av klassifikasjonssystemet

For å forbedre oversikten 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 samordnes med de øvrige regionale helseforetakene og forutsettes slutført i løpet av 2012.

Utviklingsplan Helse Møre og Romsdal

Helse Midt-Norge RHF er i foretaksmøtet juni 2011 bedt om å sørge for at det utarbeides en plan for utvikling av spesialisthelsetjenestetilbudet i Helse Møre og Romsdal HF og at en i den sammenheng utreder mulige løsninger for sykehus i Nordmøre og Romsdal. Helse Møre og Romsdal HF har iverksatt utarbeidelse av en utviklingsplan – "HMR Utviklingsplan" – en plan for utvikling av virksomheten herunder oppgave og funksjonsfordeling og deretter utvikling av bygningsmassen. Arbeidet forutsettes slutført i 2012 og er lagt til grunn for det videre sykehusplanarbeidet.

Miljø- og klimaprojekt

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.

Landsverneplan helse

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

4.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer

Strategi 2020 - Utvikle kvalitative gode tilbud innenfor økonomiske rammer

Strategi 2020 legger føringer for utvikling av en kvalitativ god spesialisthelsetjeneste med høy pasientsikkerhet. Dette skal gjøres innenfor en drift som sikrer bærekraftig utvikling. Sentrale elementer i arbeidet med å nå målsettingen vil være:

1. Samhandle bedre

Ressursene må utnyttes bedre:

- a) mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste
- b) innad i helseforetakene
- c) innad i spesialisthelsetjenesten

ad a) mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Samhandlingsreformen som trådte i kraft 1. januar 2012 har fokus på en bedre integrert helsetjeneste der pasienten får riktig behandling på riktig nivå til rett tid. Dette vil gi en bedre utnyttelse av ressursene.

Samhandlingsreformen og Strategi 2020 vil gi flere pasienter tilbud nærmere sitt bosted. Kapasiteten ved sykehusene vil i større grad kunne nyttes til aktiv pasientbehandling gjennom at utskrivingsklare pasienter overføres til kommunene i rett tid.

Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene skal omfatte standardiserte og helhetlige behandlingsforløp. Tallet på kontroller i spesialistpoliklinikkene på sykehusene kan reduseres ved at fastlegene overtar flere kontroller og ivaretar mer av oppfølgingen. Med bedre samarbeid mellom nivåene vil kvaliteten og sikkerheten for pasientene bli like godt ivaretatt som før. Dette vil frigjøre behandlingsskapitet og redusere ventetid for pasientene.

ad b) innad i helseforetakene

I henhold til Strategi 2020 skal ressursene i størst mulig grad nyttes til aktiv pasientbehandling. Det elektive tilbudet i sykehusene skal vurderes med tanke på endringer til mer rasjonell drift.

Behandlingen skal fortsatt dreies mot poliklinikk og dagbehandling. Det skal legges til rette for god og forutsigbar kvalitet gjennom robuste vaktordninger.

Foretaksgruppen har i 2011 arbeidet mye med utredninger knyttet til kompetanse og rekruttering av personell. Arbeidet påviser sårbare vaktssystem, og at på enkelte helt sentrale fagområder vil vi kunne stå overfor mangel på fagfolk. I henhold til Strategi 2020 skal færre sykehus ha vaktssystemer innenfor enkelte fagområder. Dette vil bidra til mer robuste fagmiljø og legge til rette for en bedre ressursbruk. Kravet til arbeidsmiljøloven skal ivaretaes.

Den nye organisasjonen Helse Møre og Romsdal HF er i gang med å utarbeide en ”HMR Utviklingsplan” for det framtidige tjenestetilbudet i fylket. Sentralt i dette arbeidet står antall akuttenheter innen de ulike fagområdene. Det skal vurderes om det er mulig å samle vaktfunksjoner eller utvikle samarbeidsrelasjoner om vakt samarbeid.

Gjennom prosjektet ”Trøndelagsfunksjoner” skal samarbeidet mellom St. Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag utvikles. Flere elektive pasienter enn i dag skal i fremtiden få behandling ved Sykehuset Levanger. Dette gjelder også pasienter fra Sør-Trøndelag som i dag behandles ved St. Olavs Hospital, men aller mest gjelder dette pasienter fra Nord-Trøndelag som i dag bruker St. Olavs Hospital og ikke Sykehuset Levanger. Det er et mål at St. Olavs Hospital skal ha noe færre lokalsykehuspasienter, og i større grad bruke sine ressurser på regionale funksjoner. Slike regionale funksjoner omfatter pasientbehandling, men også forskning og utdanning.

ad c) innad i spesialisthelsetjenestene

Bruken av avtalespesialister er ulik i foretaksgruppen. Dette gjelder både fordelingen av avtalespesialister, hvilke fagområder de representerer og hvilke pasienter de tar seg av. I fremtiden skal bruken av avtalespesialister vurderes og planlegges på en bedre måte. Gjennom prosjektet ”små fag” er målsetningen å utvikle samarbeidet mellom sykehusene og avtalespesialistene. Desentraliserte avtalespesialisthjemler vil gi et bedre tilbud nærmere der pasientene bor. Avtalespesialistene skal få en bedre oppfølging fra det regionale helseforetaket.

2. Utnytte ressursene bedre ved den enkelte enhet

Ressursene kan fortsatt nyttes bedre ved den enkelte enhet. Helseforetakene og fagmiljøene er svært sterke på hver sine felt. De er betydelig svakere når det gjelder samhandling og koordinering av innsats og ressurser. Helseforetakene har fremdeles et stort potensial i å lære mer av beste praksis på ulike områder. Dette har betydning for ventetid, fristbrudd og strykninger. Det er flere muligheter som kan tas i bruk:

- a) Nye behandlingsmetoder
- b) Jobbglidning
- c) Bedre ressursstyring

ad a) Nye behandlingsmetoder

Eksempler fra mange sykehus viser at behandlingsskapiteten i noen tilfeller kan økes betydelig uten bruk av mer personell. ”Bedre flyt” i operasjonsstuene og ”Fast Track Surgery” gjør at flere pasienter kan opereres i løpet av en dag og uten økt ressursbruk.

Det er ulikheter i liggetid for flere av pasientgruppene ved sykehusene. Det er ikke alltid lett å se at det er noen spesiell grunn til det. Sammenligningsstudier bør gjennomføres for å finne optimal liggetid. Gode utskrivningsrutiner er viktig for å nå kortest mulig liggetid.

ad b) Jobbglidning

Oppgaver som utføres av en profesjon vil i noen tilfeller overtas og utføres av en annen profesjon. Dette kan skje fordi behandlingen har blitt enklere å gjennomføre på grunn av tekniske nyvinninger, eller det kan skje fordi opplegget rundt behandlingen er blitt standardisert og innebærer lav risiko. Jobbglidning skjer over tid på en naturlig måte i alle fagmiljø. Gjennom systematisk leting og utforskning kan mulighetene for ressursutnyttelse i forbindelse med jobbglidning økes. Dette er et arbeid som bør skje i alle fagområder og mellom alle profesjoner. Helse Midt-Norge har i 2012 satt av 20 mill kroner i stimuleringsmidler for prosjekter som skal bidra til økt ressursutnyttelse særlig gjennom jobbglidning.

ad c) Bedre ressursstyring

Det er kjent at forekomsten av feil bruk av medisiner er for høy. Dette må det gjøres noe med. Det har stor betydning for kvalitet og pasientsikkerhet at legemiddelhåndteringen blir gjort riktig. Gjennom bedre rutiner, bedre kontroll og bedre oppfølging kan forekomsten av feilmedisinering reduseres betydelig. I tillegg til den betydningen dette har for pasientene vil det ha store positive kostnadseffektive virkninger. Prosjektet e-kurve skal starte innføring i 2012. Dette vil bidra til mer riktig legemiddelhåndtering.

Helse Nord-Trøndelag har hatt god effekt av en bedre årsplanlegging som sikrer bedre koordinert kompetanse på sykehusene. Koordinert planlegging av personalressursen gir bedre flyt i arbeidet, mindre ventetid og lavere kostnader.

Helse Midt-Norge RHF stiller krav til at alle helseforetak i regionen skal innføre årsplanlegging i 2012 for dermed å sikre bedre ressursstyring samtidig som det vil påvirke flere andre målområder i positiv retning.

Oppsummering

I Strategi 2020 har Helse Midt-Norge identifisert fire hovedutfordringer som den samlede helsetjenesten i Norge vil møte i kommende år:

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

Basert på utfordringsbildet ble fem overordnede strategiske mål lagt for helseregionen:

- Rett kompetanse på rett sted til rett tid.
- Kunnskapsbasert pasientbehandling
- Omfordeling til voksende pasientgrupper
- Organisering som underbygger gode pasientforløp
- Økonomisk bærekraft

I 2012 og de nærmeste årene vil Helse Midt-Norge jobbe systematisk gjennom ulike prosjekter og oppgaver på regionalt og lokalt nivå for å operasjonalisere strategien og derigjennom bevege oss i retning av de overordnede strategiske målene. Tiltak settes i gang for å bidra til at hele helseregionen utvikles i en retning som sikrer at vi er i stand til å håndtere de identifiserte hovedutfordringene på en god måte til det beste for pasientene i Midt-Norge. For 2012 vil vi trekke fram følgende prosjekter/oppgaver som er ledd i vårt langsiktige strategi- og planarbeid: HMR HF Utviklingsplan,

Regional kreftplan, Regionalt traumesystem, IKT-strategi i et 2020-perpektiv, Årsplanlegging i alle sykehus, ”Trøndelagsprosjektet” og ”Fast Track Surgery”

Litteraturliste

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