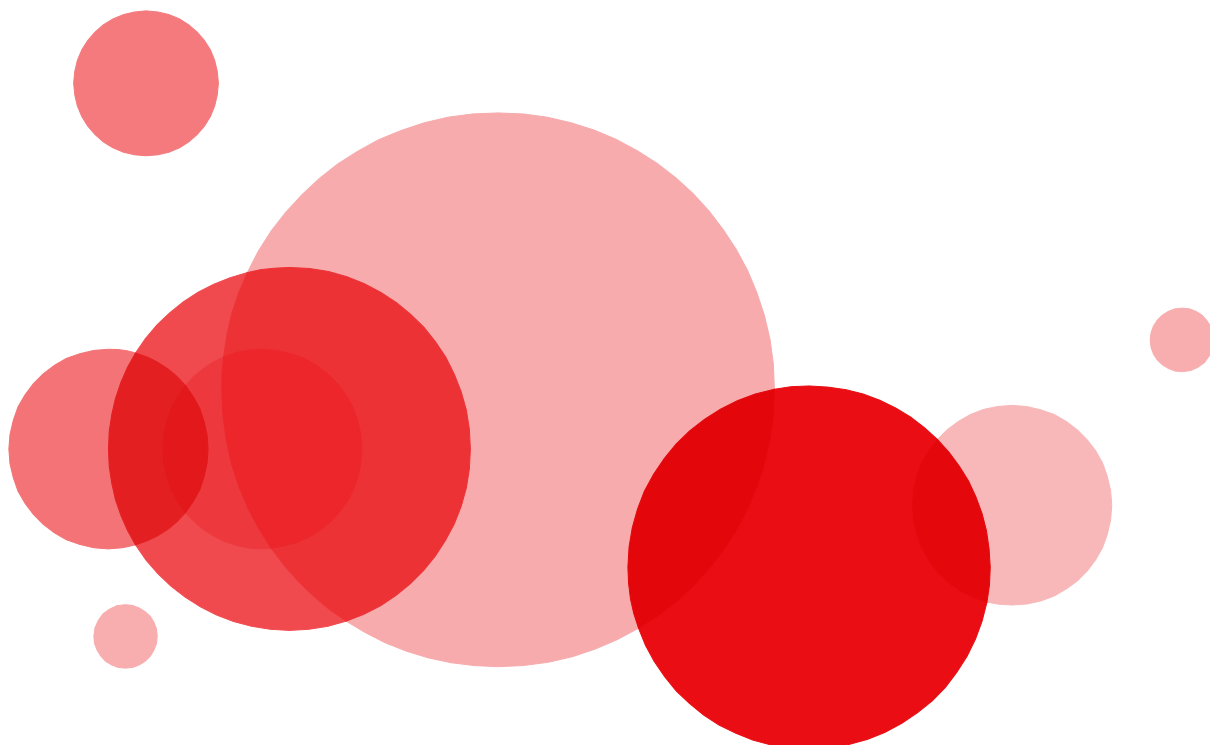


**Årlig melding 2013
for
Helse Midt-Norge RHF
til Helse- og omsorgsdepartementet**



Innhold

1.	Innledning	4
1.1	Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	4
1.2	Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2013	4
2.	Rapportering på krav i oppdragsdokument 2013	11
2.1	Satsingsområder 2013	11
2.1.2	Tilgjengelighet og brukerorientering	11
2.1.3	Kvalitetsforbedring	12
2.1.4	Pasientsikkerhet	13
2.1.5	System for innføring av nye metoder og ny teknologi	14
2.1.6	Samhandlingsreformen	15
2.1.7	Kreftbehandling	16
2.1.8	Behandling av hjerneslag	18
2.1.9	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	18
2.1.10	Psykisk helsevern	19
2.1.11	Habilitering og rehabilitering	21
2.1.12	Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati	21
2.1.13	Fødselsomsorg	22
2.1.14	Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling	22
2.1.15	Kjeveleddsdysfunksjon	22
2.1.16	Livsstilsrelaterte tilstander	22
2.1.17	Helseberedskap	23
2.2	Utdanning av helsepersonell	24
2.3	Forskning og innovasjon	24
2.3.2	Forskning	24
2.3.3	Innovasjon	27
2.4	Jf. Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012—2013)	27
2.4.2	Investeringer i IKT	27
2.4.3	System for innføring av nye metoder og ny teknologi	28
2.4.4	Helseberedskap	28
2.4.5	Prostatasenter	28
2.4.6	Assistert befruktning til personer med seksuelt overførbare sykdommer	29
3.	Rapportering på krav i foretaksprotokoll	29
3.1	Økonomiske krav og rammebetingelser for 2013	29
3.1.1	Rapportering – økonomi	29
3.1.2	Likviditet og driftskreditter	30

3.1.3	Investeringer og kapitalforvaltning	30
3.1.4	Styring og oppfølging	30
3.2	Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2013	32
3.2.1	Endringer i lov om helseforetak mv.	32
3.2.2	Videreutvikling av nasjonalt samarbeid	33
3.2.3	E-helse	33
3.2.4	Tiltak på personalområdet	34
3.2.5	Internkontroll, risikostyring og krav til forbedring av det pasientadministrative arbeidet	35
3.2.6	Kartlegging av omfanget av rapportering i spesialisthelsetjenesten	36
3.2.7	Vurdering av utvidet åpningstid for planlagt virksomhet	36
3.2.8	Regjeringens eierskapspolitikk	37
3.2.9	Kjøp av helsetjenester fra ideelle institusjoner	37
3.2.10	Forenklet oppgjørsordning for pasientreiser	38
3.2.11	Utvikling av nødmeldetjenesten	38
3.2.12	Barn som tolk	38
3.2.13	Landsverneplan Helse – oppfølging av verneklasse 2	39
3.3	Øvrige styringskrav for 2013	39
3.3.1	Rapportering til Norsk pasientregister (NPR)	39
3.3.2	Innføring av ny teknologi og metoder, vurdere LIS sin rolle i system for innføring av ny teknologi	39
3.4	Øvrige aktuelle saker i 2013	39
4.	Styrets plandokument	42
4.1	Utviklingstrender og rammebetingelser	42
4.1.1	Utviklingen innenfor opptaksområdet	42
4.1.2	Økonomiske rammebetingelser	49
4.1.3	Personell og kompetanse	49
4.1.4	Bygningskapital – status og utfordringer	50
4.2	Det regionale helseforetakets strategier og planer	52

1. Innledning

Årlig melding er hjemlet i helseforetakslovens § 34 og i § 15 i vedtektene til Helse Midt-Norge RHF. Styret skal årlig innen 15. mars sende melding til Helse- og omsorgsdepartementet som omfatter styrets rapport fra foregående år og styrets plandokument for virksomheten.

Rapporten om virksomheten fra foregående kalenderår skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som vilkår for bevilgninger, er fulgt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til det regionale foretakets plandokument.

Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter, og vise hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av staten som eier og helsemyndighet. Med utgangspunkt i vurderinger av eksisterende drift skal plandokumentet gi en beskrivelse av forventede endringer i befolkningens behov for helsetjenester og i den helsefaglige utviklingen på fagområdene. I tillegg skal plandokumentet vise behovet for utvikling og endring av tjenestene og driften av virksomheten og styrets vurdering av ressursbruken for de nærmeste årene, med forslag til finansiering.

Årlig melding er utarbeidet etter forutgående prosess i virksomhetene. Regionalt brukerutvalg og konserntillitsvalgte/konsernverneombud har bidratt til meldingen.

1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

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

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

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

Helse Midt-Norge reviderte i 2013 foretaksgruppas overordna strategiplan «Strategi 2020». Våre mål er:

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

I plandelen til årlig melding redegjøres for hvordan målene i Strategi 2020 skal følges opp.

1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2013

Pasientsikkerhet og kvalitet

Helse Midt-Norge kom generelt godt ut i de nasjonale kvalitetsindikatorene som ble offentliggjort i november 2013 (Helsedirektoratet og Kunnskapscenteret). Regionen kommer spesielt bra ut når det gjelder pasienterfaringer ved somatiske tjenester. Når det gjelder overlevelsedata ligger regionen godt an på de målte områdene totaloverlevelse, hjerteinfarkt, hjerneslag og hoftebrudd. Ved hjerneslag er resultatene gode selv om det er et

forbedringspotensial når det gjelder trombolysebehandling av voksne pasienter under 80 år. Gode overlevelseshendelser etter hoftebrudd kan ha sammenheng med at regionen ligger helt på topp når det gjelder andel pasienter med lårhalsbrudd som blir operert innen 48 timer.

For kreftbehandling indikerer tallene at Helse Midt-Norge som region ligger godt an relativt til andre helseregioner i 5 års overlevelse ved tykktarmskreft, lungekreft, og spesielt prostatakreft. For både tykktarmskreft, brystkreft og spesielt lungekreft må det fortsatt vies stor oppmerksomhet for å øke andelen av pasienter som får behandlingsoppstart innen 20 dager.

I pasientsikkerhetskampanjen har det vært aktivitet på alle innsatsområder i alle aktuelle foretak. Foretakene følger opp resultatene fra pasientsikkerhetskulturundersøkelsen i 2012, og de følger opp kravet om GTT- undersøkelser, minimum på foretaksnivå. Det er fortsatt utfordringer når det gjelder å bredde alle kampanjens tiltakspakker på alle aktuelle avdelinger. Målet er oppnåelig, men vi har også erfart at det er mer tid- og ressurskrevende enn først beregnet. Det jobbes kontinuerlig med å innarbeide tiltakspakkene i de ordinære driftssystemene, og med å forenkle rutinene for rapportering og måling.

Helse Midt-Norge har fortsatt et forbedringspotensial for å sikre systematisk læring av uønskede hendelser og pasientskader. Gjennom etablering av et femårig regionalt program for kvalitet og pasientsikkerhet vil det i 2014 bli økt oppmerksomhet på analyse av relevante datakilder. I tillegg ønsker vi innført rutiner for mer regelmessige hendelsesanalyser (metodikk for kjerneårsaksanalyser) ved spesielt alvorlige tilfeller. Ved å se disse analyseresultatene i sammenheng vil regionen ha et enda bedre grunnlag for å sette inn riktige tiltak, slik at gjentagelsesfaren reduseres.

Ventetider og fristbrudd

Det har over tid vært et klart styringsmål å redusere ventetidene. Selv om det er registrert en positiv utvikling på slutten av året, er målet om en gjennomsnittlig ventetid lavere enn 65 dager likevel ikke nådd. Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter var i 73 dager i 2013, 72 dager i 2012 og 83 dager i 2011.

Selv om foretakene samlet har redusert andelen fristbrudd fra 6 pst. i 2012 til 5 pst. i 2013, har Helse Midt-Norge ikke nådd målet om å fjerne alle fristbrudd. Totalt hadde sykehusene i helseregionen i gjennomsnitt 338 fristbrudd pr. måned i 2013 og 448 fristbrudd i 2012. Både antall og andel fristbrudd lå i første halvdel av 2013 lavere enn tilsvarende periode i 2012. Siste halvår i 2013 var tendensen at disse indikatorene lå på eller over nivået i 2012.

Dette kan bety at man har nådd et nivå der det er mer utfordrende å forbedre seg. Arbeidet med å nå målsettingen vil bli viet stor oppmerksomhet i 2014.

Desentralisering av spesialisthelsetjenesten og samhandling

Erfaringene etter to år med samhandlingsreformen viser mange positive utviklingstrekk. Alle helseforetak har inngått samarbeidsavtaler og etablert samarbeidsorgan med kommunene. 43 kommuner i Midt-Norge har etablert et heldøgns tilbud om øyeblikkelig hjelp tilbud til sine innbyggere. Organisering av tilbudene er forskjellige fra små kommuner som har etablert tilbud alene, tett integrert i kommunens ordinære tilbud til interkommunalt tilbud organisert som nye enheter plassert i en vertskommune.

Antall pasienter som blir værende på sykehusene etter de er ferdigbehandlet, dvs. er utskrivningsklare, er redusert i løpet av 2013. Utskrivningsklare pasienter som blir værende på sykehusene er ofte eldre pasienter som utskrives til sykehjem. Det er de store kommunene (byene) som har utfordringer med å gi tilbud til pasientene i egen kommune. Denne ventetiden er ikke redusert i de store byene i 2013. Antall reinnleggelser har hatt en liten økning. Alle helseforetak har fokus på å analysere årsakene til dette sammen med sine kommuner.

Alle helseforetak har etablert desentraliserte spesialisthelsetjenester, i hovedsak lokalisert sammen med andre tjenester hvor kommuner og helseforetak samarbeider om distriktsmedisinske senter.

Utfordringen framover er at helseforetakene i sine utviklingsplaner sørger for at helseforetakene utvikles i samsvar med samhandlingsreformens intensjoner.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

Det har i flere år vært en styrking av tilbudet for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling. Opptrappingen som har pågått over flere år har bidratt til et vesentlig bedre tilbud. Måloppnåelsen i 2013 er på flere sentrale områder det beste hittil og har bidratt til bedre tilgjengelighet og kvalitet. Regionen er ennå ikke på et kapasitetsnivå der vi kan si at vi møter befolkningens behov. Kapasiteten er økt i 2013 bl.a. gjennom kjøp fra private ideelle institusjoner. I tillegg er det igangsatt nye anskaffelsesprosesser.

Det er i 2013 gjennomført en vellykket fusjonsprosess, der Rusbehandling Midt-Norge HF fra 1. januar 2014 er integrert i de tre sykehusforetakene i regionen. Tettere samarbeid mellom rus, psykisk helsevern og somatikk skal bidra til ytterligere forbedringer i tilbudet. Rusbehandling Midt-Norge HF har oppnådd gode resultater med hensyn til ventetider, fristbrudd og fullførte behandlingsforløp. Disse måleindikatorerne vil fortsatt følges opp eksplisitt for ruspasientene i regionen.

Psykisk helsevern

Det er etablert felles konsultasjonsteam mellom spesialisthelsetjenestens enheter, og kommunene er part i dette arbeidet. Det har vært en ønsket dreining fra døgninnleggelser til dag- og poliklinisk behandling, og ambulante tjenester.

Overføring av bil- og båtambulansetjenesten

Fra 1. januar 2013 er ambulansetjenesten i Helse Midt-Norge overført fra 16 private drivere til Ambulanse Midt-Norge HF. Overføringen omfattet om lag 750 ansatte. Gjennom 2013 er ambulansebiler og utrustning standardisert. Videre er det etablert felles opplæringskontor for ambulansefaget, for å sikre en harmonisert læringsoppfølging i regionen. Helse Midt-Norges standard IKT-løsninger er lagt opp for 68 stasjoner med tilhørende opplæring av alt personell. Fra 1. januar 2014 er det innført digital virksomhetsregistrering for all operativ aktivitet i tjenesten. Fra 1. januar 2015 skal ambulansetjenesten overføres til sykehusforetakene i regionen.

Ansatte

Det arbeides kontinuerlig og systematisk med å øke andel faste stillinger, øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og tilby flere heltidsstillinger. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse blant alle fast ansatte har økt marginalt sist år og var ved utgangen av 2013

på 89,9 pst. Andel fast ansatte som arbeider deltid er redusert fra 31,6 pst. i 2012 til 31 pst. i 2013.

Helse Midt-Norge har som mål å overholde arbeidstidsbestemmelsene. Det har vært en positiv utvikling i antall avvik i løpet av året. Foretakene må fortsatt jobbe systematisk og godt i tett samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten for å korrigere avvikene.

Sykefraværet endte i 2013 ut med en reduksjon på 0,1 pst. fra 2012. Det arbeides målrettet med sykefraværforebyggende tiltak i foretakene, men det er fortsatt stort potensiale for forbedringer.

Kompetanse

Det er en utfordring at vi ikke har etablert en gjennomgående metode for å identifisere kapasitets- og kompetanseutfordringer i regionen. Det er heller ikke etablert gjennomgående systemer for lederstøtte innen kompetanse. Det er etablert en felles «Læringsportal» i Helse Midt-Norge som sikrer effektiv tilgang på kompetansehevede tiltak internt regionen. Læringsportalen ønskes videreutviklet sammen med primærhelsetjenesten og utdanningssektoren. Det er vedtatt mål og tiltak for fagopplæring i Helse Midt-Norge. Dette vil bli fulgt tett i 2014.

Forskning

Forskning er et av satsningsområdene i Helse Midt-Norge. Innsatsen kanaliseres dels gjennom helseforetakene og dels gjennom Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og NTNU. Ressursbruken til forskning har økt i 2013.

Innovasjon

Helse Midt-Norge RHF har styrket innovasjonsinnsatsen mot helseforetakene i 2013 gjennom et samarbeid med NTNU Technology Transfer AS (TTO). TTO skal stimulere til økt innovasjon gjennom nær kontakt med alle helseforetakene. Det er også inngått en avtale med InnoMed med mål om å øke aktiviteten ved helseforetakene innenfor tjenesteinnovasjon i Helse Midt-Norge.

IKT

Helse Midt-Norge har i 2013 vedtatt en ambisiøs satsing på eHelse gjennom Handlingsplan for IKT-strategi. Tilsvarende som for IKT-strategien som ble vedtatt i 2012 er det lagt vekt på en godt forankret plan.

Det viktigste tiltaket i handlingsplanen er skifte av pasientadministrative system og elektronisk pasientjournal (PAS/EPJ). Styret vedtok i 2013 dette som regional satsning på Én innbygger – én journal, sammen med kommuner og primærleger i Midt-Norge. En viktig målsetning i samarbeidet vil være at ny PAS/EPJ skal bidra til bedre sammenheng i helsetjenesten på tvers av omsorgsnivåene, gjennom deling av informasjon og deling av planer for utredning og behandling. Helse Midt-Norge vil bygge videre på arbeidet med standardiserte pasientforløp.

Ferdigstillelse av byggeprosjekt St. Olavs Hospital HF

Kunnskapssenteret ved St. Olavs Hospital HF ble ferdigstilt høsten 2013 som siste store byggeprosjekt ved nytt sykehus på Øya i Trondheim. Kunnskapssenteret rommer universitetssykehusets største auditorium, Bibliotek for medisin og helse, studentarbeidsplasser og lokaler for forskning og undervisning. Flere av laboratoriene er blant

landets mest avanserte. Kunnskapssenterets kliniske del omfatter poliklinikker og sengeområder for hud- og infeksjonssykdommer. Smertesenteret og Nasjonal kompetansetjeneste for sammensatte lidelser er også lokalisert i bygget. Kunnskapssenteret inneholder universitetssykehusets høyteknologiske lærings- og presentasjonssystem «Kunnskapsportalen», og det er også etablert et medisinsk museum i bygget.

Planlegging av nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal

I februar ble det vedtatt å starte idéfasen for nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal som første trinn i tidligfaseplanleggingen, med bakgrunn i Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal. Videre er det startet opp avklaring av tomtevalg gjennom kommunedelplanarbeidet for de tre aktuelle vertskommunene.

I 2014 skal funksjonsinnholdet i det nye sykehuset i Nordmøre og Romsdal defineres. Dette vil inngå som en del av grunnlaget for det videre arbeidet med tidligfaseplanleggingen og skal være gjenstand for en ekstern kvalitetssikring samt en offentlig høringsrunde i 3. kvartal 2014.

Økonomi

I 2013 har den underliggende driften og kostnadsnivået vært for høyt. Flere av helseforetakene har hatt store utfordringer med å tilpasse driften til tildelte rammer. Dette er bekymringsfullt og arbeidet med forbedring og omstilling i driften har høyt fokus i 2014.

Foretaksgruppa står foran store og krevende investeringsoppgaver både når det gjelder bygging av nytt sykehus og investeringer i ny teknologi. Langtidsplan og -budsjett for Helse Midt-Norge forutsetter derfor kontinuerlig omstilling i driften for å kunne gjennomføre prioriterte investeringer innen bygg, medisinsk-teknisk utstyr og IKT.

Omstillings- og forbedringsarbeid

Helse Midt-Norge har etablert flere programmer som skal understøtte omstillings- og forbedringsarbeidet som er nødvendig i årene framover. Dette gjelder både innenfor kvalitet og pasientsikkerhet, e-helse og effektivisering og virksomhetsutvikling. Dette er krevende prosesser som krever tydelig ledelse. Det innebærer også en spennende utvikling med hensyn til å skape bedre pasientbehandling, bedre pasientforløp og grunnlag for god styring av virksomheten.

Det regionale brukerutvalget i Helse Midt-Norge

Det regionale brukerutvalget i Helse Midt-Norge har sammenfattet sitt inntrykk av arbeidet som er gjort i 2013 slik:

Det regionale brukerutvalget (RBU) beskriver samarbeidet med styret og den administrative ledelsen i Helse Midt-Norge RHF som svært godt. Samarbeidet med styret ble bedret fra 2012 gjennom endret organisering av deltakelse i styremøtene. Forberedelse til deltakelse i styremøtene blir gjort god ved at ledelsen orienterer om styresaker og gir en presentasjon av prosjekter i møtene i RBU.

- Ved gjennomgang av styresaker i RBU har det vært stort fokus på kvalitetsindikatorerne som rapporteres. Utvalget er tilfreds med at ventetider reduseres og målsettingene om null fristbrudd nærmer seg å bli nådd. RBU har bedt om at rapporter om avvik i ventetid og fristbrudd blir nyansert og konkretisert. Utvalget har pekt på epikrisetid som en viktig indikator i et samhandlingsperspektiv og at epikrisetid også må omfatte poliklinisk behandling.

- Brukermedvirkning i Helse Midt-Norge RHF blir i de aller fleste saker godt ivaretatt. Som en generell betraktning vil RBU peke på betydningen av at medvirkningen må skje på tidspunkt hvor erfaringskompetansen får en reell innflytelse, gjennom deltakelse i pågående prosesser. Det er imidlertid fortsatt slik at brukermedvirkning blir «avglemt». RBU har fra 2012 etablert et arbeidsutvalg på 3 medlemmer som forbereder saker som skal behandles i brukerutvalget. Gjennom året er en rekke brukerrepresentanter til deltakelse i pågående prosjekter oppnevnt.
- RBU gjennomfører møter hvor representanter for brukerutvalgene i HFene i Helse Midt-Norge deltar. Dessuten arrangeres årlig en brukerkonferanse for alle medlemmer i brukerutvalgene og hvor representanter for brukerorganisasjonene inviteres til å delta. Tema på konferansen i 2013 var habilitering og rehabilitering. Erfaringene fra deltakerne på konferansen var meget positive.
- RBU har gjennom hele året vært opptatt av pasientreiser og erfaringer som oppleves spesielt når det gjelder lange og krevende reiser til poliklinisk behandling. Erfaringer og behov for endringer er tatt opp både regionalt og nasjonalt, men erfarer at det er vanskelig og krevende å oppnå bedringer både når det gjelder nasjonale ramme om god regional praksis. RBU har i løpet av året konkludert ved å oversende en henvendelse til styret i Helse Midt-Norge RHF med anmodning om å ta tak i konkrete utfordringer.
- RBU har gitt kommentarer til Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal (HMR) HF. Denne saken har blitt viet stor oppmerksomhet i Møre og Romsdal og RBU er fornøyd med prosessen som er gjennomført og den deltakelsen det ble lagt til rette for med brukermedvirkning. RBU har fulgt opp arbeidet fra Brukerutvalget i HMR i saken ved behandlingen i HMN RHF.
- RBU følger opp arbeidet med tettere organisering av Rusbehandling Midt-Norge HF i øvrig spesialisthelsetjeneste, og har signalisert at implementeringen av dette arbeidet i de øvrige helseforetakene skal følges opp i 2014.
- Helse Midt-Norge RHF har i 2012 opprettet 16 regionale fagledernetter. RBU har støttet dette og mener dette kan bidra til bedre helhetlige pasientforløp og at brukermedvirkningen kan bedres gjennom dette tiltaket. Deltakelse og brukermedvirkning i dette arbeidet har ennå ikke kommet på plass.
- I tillegg er det en rekke andre saker som RBU har vært opptatt av gjennom året.

Konserntillitsvalgte og konsernverneombud

Konserntillitsvalgte og konsernverneombud har gitt følgende innspill til Årlig melding 2013 for Helse Midt-Norge:

For at en offentlig finansiert helsetjeneste skal gi all pasienter nødvendig helsehjelp av utmerket kvalitet i riktig omfang og til rett tid – så er bærekraftige fagmiljøer med riktig kompetanse grunnmuren i organisasjonen. KTV/KVO er bekymret for aktivitetsøkning uten tilsvarende økning av ressurser, det er i dagens situasjon et betydelig krysspress mellom økonomi opp mot kvalitet, pasientsikkerhet, kompetanse og derved god pasientsikkerhet – aktivitetsnivået må ikke gå på bekostning av pasientsikkerhet, kvalitet og forsvarlig arbeidsmiljø. Vi har gjennom mange år sett at helselover og lovgitte pasientrettigheter vektes høyere enn arbeidsmiljølovens bestemmelser.

KTV/KVO har tidligere berømmet Helse Midt-Norge for å arbeide med å avdekke brudd på arbeidstidsbestemmelser i lov og avtaleverk og at man satte det opp som et av områdene man skulle fokusere i 2013. – Til tross for dette synes arbeidet nå å ha stagnert og etter KTV/KVOs oppfatning dreier det seg både om mangel på ressurser på en del områder og

fagpersonell og mangel på fokus. – Kartlegging må nå kunne sies å være gjennomført og konsekvenser må følge.

God ledelse og virksomhetsstyring er viktig for å oppnå robuste og gode fagmiljøer på alle plan. Bærekraftige fagmiljø med rett kompetanse er ytterst viktig i organisasjonen og midler til kompetanseutvikling må synliggjøres i budsjettene. Kompetanseplaner, kompetansebehov og kompetanseutvikling er viktig for kvaliteten i pasientbehandlingen og må vektlegges mer i kommende år – medisinsk kunnskap har en kort «halveringstid» og må både bibeholdes og videreutvikles.

Arbeidet med hele stillinger synes også å ha stagnert – arbeidet er viktig for den enkelte, men også for organisasjonen i forhold til utnyttelse av kompetanse samt fremtidig mangel på helsepersonell – som vi kanskje allerede opplever tendenser til. Arbeidet med faste stillinger i forhold til midlertidige stillinger må også slutføres, det betyr mye for den enkelte, men har også stor betydning for pasientsikkerhet og kvalitet.

Forskning, grunnbemanning, forsvarlig arbeidsmiljø, god virksomhetsstyring, rett person på rett plass, god ledelse og tilbud om hele og faste stillinger er grunnmuren for kvalitet og pasientsikkerhet og derved god pasientbehandling.

Fra alle tre underliggende HF'er beskrives det nå en høyere risiko i forhold til resultatoppnåelse for 2014 enn tidligere år og fra RHF-administrasjonen ble det for 2013 skrevet; "Budsjettsituasjonen for 2013 er krevende og for enkelte foretak gjenstår fortsatt noe arbeid med å finne tiltak for å sikre et budsjett innenfor tildelte rammer". Situasjonen er den samme for 2014. Resultat fra 2013 viser også at ytterligere effektivisering er ytterst komplisert og vanskelig.

Psykisk helsevern og Rusbehandling har stor politisk prioritet og har for så vidt hatt det over mange år. KTV/KVO kan ikke se at Helse Midt-Norge har greid å prioritere dette området i stor nok grad. En regional plan for omstilling i Psykisk Helsevern som var en del av oppdraget for 2013, men er ikke utarbeidet og KTV/KVO er ikke kjent med begrunnelsen for at dette ikke er gjort. Regionale utviklingsplaner for somatisk helse, TSB og psykisk helsevern skal utarbeides i 2014 - men dette kan ikke erstatte en tettere satsing og oppfølging av TSB og psykisk helsevern som de politiske signalene initierer og som oppdragsdokumentet for 2014 også er tydelig på. KTV/KVO savner også klare styringsparametere for TSB og PH og et større fokus på dette prioriterte fagfeltet. I Oppdragsdokument for 2013 er det klare overordnede mål, mål for 2013 og styringsparametere og KTV/KVO er bekymret for flere faktorer bl. a. andel årsverk DPS/sykehus og andel DPS som dekker akuttberedskap ut over normal arbeid. Det er kun for Helse Møre og Romsdal det beskrives målsetninger om utvidelse av akuttberedskapen for DPS. For St. Olav og Helse Nord-Trøndelag gis det bare en beskrivelse av status, ingen DPS i Trøndelag har akuttberedskap ut over normal arbeidstid. Alle DPS har etablert ambulante funksjoner der leger og psykologer deltar var mål for 2013 og det er for KTV/KVO overraskende at HMN RHF ikke bedt om rapportering på denne målsetting og situasjonsbeskrivelse fremkommer ikke i styresaken.

2. Rapportering på krav i oppdragsdokument 2013

2.1 Satsingsområder 2013

2.1.2 Tilgjengelighet og brukerorientering

Mål 2013:

- **Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.**

Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter var i 2013 på 73 dager for helseregionen. Helse Nord-Trøndelag HF hadde i gjennomsnitt 72 dager, St. Olavs Hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF 73 dager og Rusbehandling Midt-Norge HF 72 dager.

Ventetidene gikk betraktelig ned fra november til desember. Totalt for regionen er gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 66 dager ved utgangen av desember 2013. Det jobbes målbevisst ved helseforetakene med å identifisere de gruppene som har lengst ventetid og flest fristbrudd. Helse Midt-Norge RHF prøver å se alle ressurser innenfor spesialisthelsetjenesten i sammenheng, for å nå målet om en gjennomsnittlig ventetid under 65 dager.

Det har over tid vært et klart styringsmål å redusere ventetidene. Selv om det er registrert en positiv utvikling, er målet likevel ikke nådd. Det er viktig at området fortsatt gis stor oppmerksomhet for å få til ytterligere forbedring i 2014, slik at målet om gjennomsnittlig ventetider kortere enn 65 dager kan nås. Helseforetakene skal innen 1. mars 2013 utarbeide konkrete og gjennomførbare planer for å redusere ventetider og unngå fristbrudd.

Se også rapportering i tabell.

- **Resultater fra pasienterfaringsundersøkelser er offentliggjort på helseforetakenes nettsider og aktivt fulgt opp.**

Undersøkelsene som er publisert i 2013 følges opp i foretakene. Helseforetakene rapporterer at den årlige PASOPP-undersøkelsen gir mye informasjon og blir aktivt brukt til forbedringsarbeid. Det er ulik tilgjengelighet til resultatene på nettstedene. Dette vil bli standardisert i 2014.

- **Pasienter som skal gjennom omfattende utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten har fått utarbeidet en behandlingsplan som dokumenteres i journal. Planen skal beskrive planlagt pasientforløp med tentative tidspunkter for de ulike delene av forløpet. Planen skal være et arbeidsdokument for pasient og behandler som revideres ved behov.**

Helseforetakene rapporterer om kontinuerlig arbeid med dette. Det vises til arbeidet med individuelle planer og til det systematiske arbeidet i hele regionen med standardisering av pasientforløp. Forløpstegningene er "veikartene" som legges til grunn for den individuelle planen og koordineringsfunksjoner.

Foretakene arbeider med bedre løsninger for timebestilling som sikrer forutsigbarhet for pasient. Arbeidet vil videreføres i 2014.

2.1.3 Kvalitetsforbedring

Mål 2013:

- **Helseforetakene har utarbeidet planer for implementering av sentrale anbefalinger i relevante nasjonale faglige retningslinjer.**

Helseforetakene rapporterer at de legger stor vekt på å implementere og gjennomføre pasientbehandling i tråd med nasjonale faglige retningslinjer. Det er iverksatt regionalt standardiseringsarbeid på flere fagområder, med høyest prioritet til kreftbehandling. De nasjonale retningslinjene legges til grunn i dette arbeidet. Videre er det etablert lokale pasientforløpsprosjekter for å sikre etterlevelse av nasjonale anbefalinger.

- **Nasjonale medisinske kvalitetsregistre leverer offentlig tilgjengelige årsrapporter basert på en felles mal.**

De nasjonale medisinske kvalitetsregistre som Helse Midt-Norge har et ansvar for har alle, med unntak av hjertesviktregisteret, levert offentlig tilgjengelige årsrapporter på en felles mal. Hjertesviktregisteret er under etablering som et nasjonalt register og vil fom 2014 rapportere på felles mal.

- **Bedre kvalitet i rapporteringen fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling til Norsk pasientregister.**

Helse Midt-Norge har inntil nå ikke hatt tilfredsstillende muligheter for rapportering gjennom PAS. I løpet av 2013 er Klinisk arbeidsflate, MyWayToPas¹, implementert i alle sykehus i regionen. Fortsatt gjenstår noe usikkerhet knyttet til om registrerte opplysninger kommer korrekt fram til NPR. I tillegg er det fortsatt mangler knyttet til å kunne registrere alle opplysninger som NPR ber om.

Området krever fortsatt tett oppfølging. Kravet er ikke oppfylt før alle enheter tar tatt i bruk MyWayToPas og at vi samtidig ser at data framkommer korrekt i NPR.

Det pågår et regionalt standardiseringsarbeid ledet fra St. Olavs Hospital HF for å utbedre og standardisere registreringsrutinene i Klinisk arbeidsflate. Grappa arbeider også med utviklingsarbeid i samarbeid med HEMIT og leverandør. De samme personene som leder regional koordinering deltar også i Helsedirektoratets arbeidsgruppe med samme problemstilling.

2014 vil være det første året Helse Midt-Norge har reell mulighet til å levere kvalitetsikrede data til NPR.

- **100 % av epikriser er sendt ut innen syv dager.**

Se rapportering i tabell.

Helse Midt-Norge er relativt langt unna målsettingen om at alle epikriser er sendt ut innen 7 dager. Andelen blant regionens helseforetak varierer mellom 76 pst. og 89 pst. Det er stor variasjon både mellom helseforetak og mellom enkeltklinikker, og det er viktig at gode arbeidsprosesser spres i alle helseforetakene. Helseforetakene må fortsatt ha stor oppmerksomhet på både å redusere tid til utsending og å holde fast ved godt faglig innhold i epikrisene.

Helse Midt-Norge hadde i 2013 ikke på plass system for elektronisk rapportering av epikriser til NPR. Fra februar 2014 skal dette være løst, og Helse Midt-Norge kan nå rapportere direkte

¹ MyWayToPas: IT-løsning for å kunne registrere psykiatridata som skal rapporteres til NPR

til NPR. Epikrisetiden som rapporteres her er hentet ut manuelt, og er den reelle gjennomsnittlige epikrisetiden rapportert fra helseforetakene i 2013.

- **Ingen korridorpasienter.**

Helse Midt Norge har en lav andel korridorpasienter; 0,9 pst. *Se rapportering i tabell.*

Helse Møre og Romsdal HF har en andel på 1,7 pst., Helse Nord-Trøndelag HF 1,8 pst. og St. Olavs Hospital HF 0,2 pst.

Andelen for Helse Møre og Romsdal HF er litt for høy, grunnet feil i data fra Kristiansund sykehus. Dette vil bli korrigert til neste rapportering.

2.1.4 Pasientsikkerhet

Mål 2013:

- **Alle sykehus og helseforetak implementerer alle tiltakspakkene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "I trygge hender" og rapporterer egne resultater.**

Alle helseforetak og sykehus er godt i gang med å implementere tiltakspakkene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen og rapporterer egne resultater. Det er behov for å styrke bredding og implementering av tiltakspakkene innenfor de ulike innsatsområder. Arbeidet fortsetter med full tyngde i 2014 og vil inngå i et regionalt femårig program for kvalitet og pasientsikkerhet.

Helse Møre- og Romsdal HF har innsatsteam på alle områder i kampanjen, utenom «Forebygging av trykksår». Utbredelsen av tiltakspakkene for hvert område vil holde fram i 2014. Teamene gjør målinger på sine områder, som månedlig blir publisert på ekstrasnett.

Helse Nord-Trøndelag HF har gjennomgått og implementert alle tiltakspakker i aktuelle avdelinger. Ikke alle rapporterer i Ekstrasnett, noe som heller ikke har ligget som en oppgave fra kampanjens side.

St. Olavs Hospital HF har etablert klinikkovergripende innsatsgrupper for de ni satsingsområdene i kampanjen. Innsatsgruppene deltar i de nasjonale læringsnettverkene og utarbeider planer for implementering av tiltakspakker i foretaket. Plan for implementering av tiltakspakkene ved St. Olavs Hospital fremlegges Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget for beslutning. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen har vært fulgt opp i henhold til planen.

Helseforetakene gjennomfører strukturerte journalundersøkelser jf. GTT metoden og resultatene er meldt inn til kampanjen jf. styringsgruppa sitt krav.

- **Ledelsen i helseforetakene iverksetter tiltak for å følge opp egne resultater i kampanjen, kartleggingen av pasientsikkerhetskultur, meldinger til Kunnskapssenteret og tilsynsrapporter.**

Helseforetakene arbeider alle aktivt for å følge opp resultater og sette i verk tiltak knyttet til pasientsikkerhet. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen har blitt fulgt opp i alle helseforetakene og det er stor aktivitet på mange enkeltområder for å bedre pasientsikkerheten. Helse Midt-Norge vil våren 2014 gjennomføre en ny undersøkelse knyttet til pasientsikkerhetskultur.

Helse Møre- og Romsdal HF publiserer resultat fra egne målinger i kampanjen på ekstrasnett. Det er gjennomført undersøkelser knyttet til pasientsikkerhetskultur.

Helse Nord-Trøndelag HF har fulgt opp egne resultater i kampanjen og gjennomgått resultatene fra Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen. Tilsynsrapporter er gjennomgått i

foretaksledelsen og meldinger til Kunnskapssenteret kategorisert og gjennomgått i foretaksledelse samt Pasient- og kvalitetssikkerhetsutvalget.

St. Olavs Hospital HF har i flere år arbeidet systematisk for å sikre lederforankring av kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet. Implementering av tiltak i pasientsikkerhetskampanjen og oppfølging av resultater behandles i Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget samt på de respektive klinikker. Status for meldekultur er del av tertialrapport både til ledelse og styret samt at det blir gjennomgått i den årlige ledelsens gjennomgåelse.

Alle tilsynsrapporter blir gjennomgått i hovedledelsen og tiltak identifisert og iverksatt.

Administrerende direktør gjennomfører også pasientsikkerhetsvisitter som oppfølging av resultatene i pasientsikkerhetskulturundersøkelsen.

- **Helseforetakene har utarbeidet planer for opplæring i bruk av pasientadministrative systemer.**

Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF har i 2012 – 2013 gjennomført revisjon av temaet: ” Intern styring og kontroll med bruk og utnyttelse av elektronisk pasientjournal” i de tre helseforetakene i regionen. Funnene i revisjonen viste at forbedringspotensialet på dette området er stort, bl.a. ble det pekt på mangelfulle systemer for opplæring og kompetanseutvikling, uoversiktlige systemer og praksis for signering av prøvesvar, mange usignerte prøvesvar og mange uferdige dokumenter i journalene. Helseforetakene rapporterer at de har lagt føringer fra denne rapporten til grunn og at opplæring i pasientadministrativt system har høy prioritet ved nyansettelse og i den løpende drift.

- **Helseforetakene legger på egnet måte ut informasjon om meldte § 3-3 hendelser, samt egne resultater fra journalundersøkelsen.**

Alle foretak har etablert ordning med offentliggjøring av utvalgte skademeldinger. Når det gjelder systemet for meldinger til Kunnskapssenteret (§3 – 3), er alle våre foretak nå oppkoblet elektronisk. Totalt for regionen er antallet meldinger oversendt Kunnskapssenteret relativt høyt, og økende.

2.1.5 System for innføring av nye metoder og ny teknologi

Mål 2013:

- **Det er etablert nødvendig kompetanse og metodestøtte for utførelse av mini-metodevurderinger.**

Rutinemessig metodevurdering er fortsatt i en implementeringsfase, både nasjonalt, regionalt og lokalt. Metoden krever mye opplæring og erfaring for å kunne nyttiggjøres som forutsatt. Arbeidet med innføring av metodikken videreføres i 2014, også som ledd i nasjonal innføringsplan.

Målet vil bli oppfylt i løpet av første halvår 2014.

- **De regionale helseforetakene har deltatt i den nasjonale arbeidsgruppa for innføring av ny teknologi i spesialisthelsetjenesten.**

Helse Midt-Norge har deltatt i den nasjonale arbeidsgruppa for innføring av ny teknologi i spesialisthelsetjenesten.

2.1.6 Samhandlingsreformen

Mål 2013:

- **Det er utarbeidet planer for desentralisering av spesialisthelsetjenester i dialog med kommunene.**

Alle helseforetak har etablert desentraliserte tjenester og planlegger framtidige tiltak sammen med kommunene. Helse Midt-Norge RHF lyser ut og yter tilskudd til samhandlingsprosjekter som har til hensikt å forbedre samhandlingen mellom helseforetak og kommuner.

Helse Møre- og Romsdal HF viser til at planarbeidet er i gang som del av utviklingsplanarbeidet. Samhandlingsstrategien ble planlagt i 2013 og skal starte i 2014. Videre er samarbeidsavtalene mellom foretaket og de enkelte kommuner reviderte eller under pågående revisjon.

Helse Nord-Trøndelag HF viser til at dette er tema i dialogmøter med kommuneregionene og at det legges fram aktuelle saker i det administrative samarbeidsutvalget.

St. Olavs Hospital HF behandlet temaet desentraliserte spesialisthelsetjenester i en styresak i desember 2013. Saken følges opp i dialog med kommunene i Administrativt samarbeidsutvalg og direkte med kommunegruppene. Avtalene med de respektive kommunegruppene er gjennomgått og justert der det har vært behov. St. Olavs Hospital HF har konsolidert og styrket tilbudene ved Røros, Fosen og Orkdal.

- **Helseforetakene samarbeider med kommunene om etableringen av øyeblikkelig hjelp døgn tilbud i kommunene som et alternativ til sykehusinnleggelse. De regionale helseforetakene har bidratt til at nye øyeblikkelig hjelp døgn tilbud i kommunene har en kvalitet som reelt sett avlastet sykehus. Det vises til Helsedirektoratets veileder om kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold.**

45 kommuner har til nå fått midler til å etablere øyeblikkelig hjelp tilbud i kommunene. Helseforetakene har inngått avtaler om øyeblikkelig hjelp med disse kommunene. Det pågår et kontinuerlig arbeid rundt opprettelsen av nye tilbud. Videre er det er noen diskusjoner om helseforetakene skal undertegne avtaler med kommuner som søker om midler til etablering av tilbud alene til tross for at disse kommunene har etablert et formalisert samarbeid med flere kommuner.

Helse Møre- og Romsdal HF:

Tilbud om øyeblikkelig hjelp senger i kommunal regi er etablert i 14 kommuner. Helseforetaket rapporterer at ytterligere to kommuner vil etablere tilbud i 2014.

Helse Nord-Trøndelag HF:

Tilbud om øyeblikkelig hjelp senger i kommunal regi er etablert i DMS Inn-Trøndelag, DMS Værnesregionen og i Overhalla. Det pågår et kontinuerlig arbeid rundt dette, og det startes forhandlinger/utredninger om etablering av nye tilbud i Namdalsregionen, samt Innherredkommunene i 2014. Videre er det på oppdrag av Administrativt samarbeidsutvalg satt ned en arbeidsgruppe som skal foreslå innhold og struktur rundt tilbudene innenfor fem regioner i Nord-Trøndelag.

St. Olavs Hospital HF:

Tilbud om øyeblikkelig hjelp senger i kommunal regi er etablert på Røros, Fosen, Værnesregionen (Selbu og Tydal kommune), Orkanger og for Trondheimsregionen. Helseforetaket arbeider med å avklare hvordan de kan støtte opp under driften med bistand fra sykehuset.

- **Det er vurdert om desentraliserte spesialisthelsetjenester bør samlokaliseres med det nye kommunale tilbudet.**

Alle helseforetakene arbeider sammen med kommunene om desentraliserte spesialisthelsetjenester. I tillegg til at det allerede er samlokalisert flere tilbud, jobbes det kontinuerlig med å vurdere nye tilbud.

Helse Møre- og Romsdal HF har i samarbeid med Sunndal kommune etablert et distriktsmedisinsk senter, der de tilbyr tjenester innen røntgen, ortopedi og psykiatri. I tillegg vil tema være inkludert i foretakets arbeid med en samhandlingsstrategi.

Helse Nord-Trøndelag HF har betydelig aktivitet ved sine to distriktsmedisinske sentra. I tillegg er det etablert desentrale tilbud om dialyse i flere kommuner. Helseforetaket har valgt å konsentrere den desentrale virksomheten i DMSene. Utover dette pågår et prosjekt rundt DPS Kolvereid hvor dette vurderes.

St. Olavs Hospital HF har i en styresak vurdert samhandlingsreformens betydning for helseforetaket. Et av områdene som ble beskrevet var behovet for en ytterligere satsing på desentraliserte spesialisthelsetjenester. Helseforetaket har allerede bygget opp desentraliserte tjenester på Fosen og på Røros. I tillegg styrkes det samlede tilbudet ved Orkdal sykehus. På Røros, Fosen og Orkdal er spesialisthelsetjenester allerede samlokalisert med kommunale helsetjenester.

- **Det er sikret at ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter ikke har endret vurderingen av når en pasient er utskrivningsklar.**

Helseforetakene rapporterer antall reinnleggelser. Antall reinnleggelser har en liten økning, men ikke i den grad at vi har grunn til å tro at utskrivningspraksisen er endret etter at betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter ble innført. Eventuelle avvik fra samarbeidsavtalene tas opp som sak i de enkelte samarbeidsorganene. Helseforetakene rapporterer at de ikke har noen indikasjoner som tyder på at praksis er endret. Likevel er det viktig fortsatt å ha oppmerksomhet på dette framover.

2.1.7 Krefthandling

Mål 2013:

- **Det er gjennomført tiltak for å effektivisere utredning og redusere flaskehals i forløpene for kreftpasienter.**

Regional kreftplan er vedtatt, og arbeid med pasientforløp satt i gang innen de største kreftformer. Arbeidet med regionale pasientforløp er organisert gjennom regionale fagledernetverk, under ledelse av St. Olavs Hospital HF. Det er levert forslag til regionale pasientforløp for brystkreft og tykktarmskreft, mens forslag for lungekreft vil bli avlevert 1. tertial 2014.

Helseforetakene rapporterer om et kontinuerlig forbedringsarbeid knyttet til å identifisere og redusere flaskehals. Arbeid med å identifisere og løse opp i disse og andre kreftforløp pågår. Som ytterligere forbedringstiltak rapporterer helseforetakene arbeid for å bedre kvaliteten på henvisninger, tverrfaglig samarbeid om utredning og stor fleksibilitet når mistanke om alvorlig sykdom oppstår.

- **80 % av kreftpasienter har forløp innenfor anbefalte forløpstider:**
 - **5 virkedager fra mottatt henvisning til henvisningen er vurdert.**
 - **10 virkedager fra mottatt henvisning til utredning er påbegynt.**
 - **20 virkedager fra mottatt henvisning til start av behandling.**

Det arbeides målrettet ved alle helseforetakene for å forbedre kreftforløpene. Arbeid med regionale pasientforløp for kreftpasienter vil bidra til en kontinuerlig forbedring av disse prosessene, men det er fortsatt en vei å gå før målet kan sies å være nådd. Videre holdningsarbeid, oppmerksomhet på pasientforløp og på å forebygge avvik fra pasientforløp samt felles innsats fra alle involverte både for utredning /behandling og for logistikk/administrasjon vil bidra til en høyere måloppnåelse.

Det er fortsatt utfordringer for pasienter som utredes og behandles ved flere sykehus. Helseforetakene har i fellesskap arbeidet for bedring i rutiner i bl.a. bruk av PAS for å sikre riktige registreringer, oversikt og oppfølging av forløpene. Det er lagt en plan for gjennomføring av nødvendig opplæring, reopplæring, kontroll og revisjon av implementering. Regionalt samarbeid sikrer at mottakende og avgivende avdelinger og sykehus nå skal ha samme rutine for dette.

Se rapportering i tabell.

- **Det er iverksatt tiltak for å bedre informasjon til kreftpasienter og koordinere pasientforløpene, for eksempel ved bruk av kreftkoordinatorer.**

Det er etablert kreftkoordinerende enheter og lagt rutiner for tildeling av koordinatorer for kreftpasienter ved noen av sykehus. Det arbeides med bevisstgjøring rundt behovet for god informasjon til pasientene. Dette er en kontinuerlig forbedringsprosess, som må styrkes. Bevissthet på pasientens rettigheter må styrkes, herunder er det blant annet et vedvarende holdningsarbeid og opplæring som må til.

- **Det er bygget opp robuste fagmiljøer med økt kapasitet for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft.**

St. Olavs Hospital HF har etter oppdrag fra Helse Midt-Norge RHF utarbeidet plan for å styrke kapasitet i dette fagområdet. Kapasitet er økt og rapportert særskilt til Helse- og omsorgsdepartementet 1. juni 2013. Den vedtatte planen følges, og er i rute.

- **Det er etablert flere tilbud for pasientopplæring, likemannsarbeid og mestring, herunder pusterom og vardesentre.**

Helse Midt-Norge har etablert flere tilbud for pasientopplæring, likemannsarbeid og mestring, herunder pusterom og vardesentre.

Helse Møre og Romsdal HF arbeider med å opprette pusterom, med planlagt idriftsettelse i 2014. Det er i 2013 åpnet et informasjonsrom i kreftavdelingen, i samarbeid med Kreftforeningen. Dette informasjonsrommet er også tenkt som møtested. I tillegg er det arrangert mestringskurs.

Helse Nord-Trøndelag HF har opprettet en arbeidsgruppe ved begge sine sykehus for planlegging av tilbudet. Dette er et samarbeid mellom kreft poliklinikk, medisinsk/kirurgisk klinikk og Kreftforeningen.

St. Olavs Hospital HF har etablert Vardesenter og pusterom i permanente lokaler med ordinær drift. Tilbudet inkluderer likemannsarbeid og pasientopplæring.

2.1.8 Behandling av hjerneslag

Mål 2013:

- **20 % av pasienter med hjerneinfarkt under 80 år har fått trombolyse.**

Det er en lav andel pasienter som får trombolysebehandling ved helseforetakene i Midt-Norge. For Helse Midt-Norge totalt er andelen 9,2 pst. Helseforetakene i regionen varierer mellom 6,3 pst. og 13,8 pst.

Det er imidlertid avvik mellom tall fra nasjonalt hjerneslagsregister og NPR når det gjelder denne prosedyren. I slagregisteret er andelen på *St. Olavs Hospital HF* 10,5 prosent. Det er startet et samarbeid med NPR for å få klarhet i dette avviket.

Det er etablert et regionalt fagledernetverk for hjerneslag som utarbeider et regionalt standardisert pasientforløp og som arbeider for at andelen som behandles med trombose skal økes i regionen.

Helseforetakene deltar også i nasjonalt arbeid for å sikre at pasientene med hjerneslag får riktig og rask hjelp i tråd med gjeldende praksis, for eksempel gjennom pasientsikkerhetskampanjen.

Se for øvrig rapportering i tabell.

2.1.9 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling

Mål 2013:

- **Det er behov for en gjennomgang av den samlede kapasiteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og det bør vurderes om det er behov for en ytterligere kapasitetsøkning på feltet, særlig når det gjelder langtidsplasser drevet av ideelle organisasjoner.**

Det er foretatt en gjennomgang av kapasitet og opptrappingsbehov knyttet til at det regionale rusforetaket ble oppløst ved inngangen til 2014, og tverrfaglig spesialisert rusbehandling ble integrert i de tre sykehusforetakene.

Det er dokumentert et behov for akutt plasser i *Helse Nord-Trøndelag HF*. De vil bli etablert ved Sykehuset Levanger i løpet av 2014.

Helse Møre og Romsdal HF har i løpet av inngangen til 2014 utvidet sine lokalbaserte polikliniske tilbud/aktivitet gjennom forsterket tilbud av poliklinikk med støtte av 6 fleksisenger (definert som brukerstyrte senger og senger ved behov ved for eksempel tilbakefall/drop out).

Ved *St. Olavs Hospital HF* er det iverksatt tiltak for å samordne vurderingsarbeidet og sentralisere rusakutt tilbudet for å styrke samhandlingen mellom rus, psykiatri og somatikk gjennom å anvende somatikken som oppfangingsarena.

Det er gjort en betydelig økning av kapasitet ved de private ideelle institusjoner gjennom utvidet avtale med Norske Kvinners Sanitetsforening v/ Kvamsgrindkollektivet for langtidsplasser for pasienter over 23 år med økt bruk av polikliniske tjenester og ambulant virksomhet før, under og etter langtidsbehandling.

Videre er det en økning av kapasitet ved Lade Behandlingscenter gjennom en utvidet avtale med Lade Behandlingscenter for inntak av pasienter etter HOTL §§ 10.2 og 10.3, økt behandlingsskapasitet for ROP pasienter, økt kapasitet for gravide og småbarnsforeldre og økt kapasitet på avrusning.

Det er videre igangsatt en anskaffelsesprosess for økt kjøp av døgnplasser fra private ideelle institusjoner. Denne påregnes ferdigstilt i løpet av mai/ juni 2014.

Det er etablert tilbud om brukerstyrte plasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling ved de tre sykehusforetakene og tilbudet utvides ytterligere i løpet av 2014.

- **Det er etablert systemer ved somatiske avdelinger for å fange opp pasienter med underliggende rusproblemer og eventuelt viderehenvise disse til tverrfaglig spesialisert rusbehandling.**

I forbindelse med at Rusbehandling Midt-Norge HF ble organisatorisk integrert i sykehusforetakene fra 2014 er det satt i verk et arbeid med et pasientforløpsprosjekt der hensikten er å forbedre forløpene innenfor både somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling overfor kommuner og mellom tjenester.

Helse Nord-Trøndelag HF har etablert pasientforløp for akuttpatienten både innenfor PHV og somatikk, der det er flere sjekkpunkter med tanke på rusavhengighet.

Det er etablert tilbud om lavterskel-LAR for den mest hjelpetrengende gruppa opiatavhengige med sammensatte sykdommer i samarbeid med kommunen.

- **Det er gjennomført brukerundersøkelser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i alle helseforetak.**

Det er kjørt pasienterfaringsundersøkelser i regi av Kunnskapscenteret i uke 37 som alle enheter i Helse Midt-Norge har deltatt i. Resultatet av undersøkelsen foreligger ikke.

2.1.10 Psykisk helsevern

Mål 2013:

- **Det er utarbeidet en regional plan for omstillingen av psykisk helsevern i tråd med de gitte signalene. Planen skal vise fremdrift for utviklingen av DPS, utviklingen og spissing av sykehusfunksjonene og overføring av ressurser fra sykehus til DPS.**

Helse Midt-Norge har brukt mye planressurser i 2013 for å dele opp og fusjonere Rusbehandling HF med de tre sykehusforetakene. Dette er et viktig steg i en langsiktig plan forankret i Helse Midt-Norges Strategi 2020. Tettere samhandling mellom psykisk helsevern, TSB og somatikk skal gi pasienter med sammensatte behov et mer helhetlig tilbud.

Helse Møre- og Romsdal HF har i 2013 integrert utvikling av psykisk helsevern i arbeidet med Utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal. I dette arbeidet er et viktig mål å styrke DPS'ene og spesialisere sykehusfunksjonene. Ambulant kapasitet har økt i 2013, og foretaket arbeider konkret med å redusere antall sykehussenger og overføre frigjorte ressurser til DPS-nivå. I arbeidet med nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal legges nasjonale føringer til grunn ved planlegging av sykehusstilbudet i psykisk helsevern.

I arbeidet med Utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal er sikkerhetspsykiatrien vurdert sentralisert for å sikre god kvalitet og ressurseffektivitet. Gjennomgang av sikkerhetspsykiatri i en del av regionen må sees i sammenheng med det samlede tilbudet i regionen. Det etableres derfor primo 2014 et regionalt prosjekt under ledelse av Helse Midt-Norge RHF.

Helse Nord-Trøndelag HF og *St. Olavs Hospital HF* har foretaksvis utviklingsplaner som omfatter utvikling av sykehusfunksjoner, DPS og ulike ambulerende funksjoner. Løsningene som velges er tilpasset kompetansetilgang, geografi og bygningsmessige ressurser.

- **Helse Nord RHF har i samarbeid med Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykisk helsevern (SANKS) og øvrige regionale helseforetak vurdert hvordan kliniske tjenester til samiske pasienter skal videreføres og organiseres. Dette bør ses i sammenheng med en eventuell søknad om SANKS status som en nasjonal kompetansetjeneste.**

Helse Midt-Norge RHF har verken mottatt noen henvendelse fra Helse Nord RHF eller Samisk kompetansesenter.

- **Akuttberedskap ved DPS er etablert på døgnbasis, eventuelt i samarbeid med andre institusjoner der lokale forhold gjør det nødvendig.**

Helse Møre- og Romsdal HF har på Sunnmøre etablert ambulante akutteam med utvidede åpningstider på kveld og i helgene. Det er en målsetting å få etablert tilsvarende ordning i Molde og Kristiansund. Ved Knausensenteret i Molde er det akuttberedskap på døgnbasis.

Helse Nord-Trøndelag HF har organisert sin akuttberedskap via akuttavdelingene, slik at alle henvendelser går tid. De har imidlertid en løsningsmodell som i realiteten gir tilbud på lavterskelnivå, tilsvarende det man ellers finner ved godt fungerende DPS.

Ved St. Olav Hospital HF har alle DPS akuttfunksjon for egne, kjente pasienter. De mottar alle henvendelser om øyeblikkelig hjelp på dagtid i DPS. Henvendelser om øyeblikkelig hjelp mottak på kveld/natt/helg går til Akuttavdeling på Østmarka.

- **Alle DPS har etablert ambulante funksjoner der leger og psykologer deltar.**

Alle helseforetakene har etablert ambulante funksjoner der psykolog og lege inngår. Det er imidlertid noe ulikt organisert i de tre helseforetakene. Rapportering gir ikke svar på andel av DPS med psykolog og lege, eller andel av team med psykolog og lege.

- **Andel tvangsinnleggelse er redusert med 5 % i samarbeid med de kommunale tjenestene.**

Helse Midt-Norge har over år ligget i nedre tredjedel av skalaen for bruk av tvangsinnleggelse. Det er noe variasjon helseforetakene i mellom. Helse Nord-Trøndelag HF ligger lavest, St. Olav Hospital HF høyest og Møre og Romsdal HF midt i mellom.

Det er ingen indikasjon på at bruken øker, men eventuell reduksjon kan ikke dokumenteres før kontrollkommisjonsrapporten foreligger i november/desember 2014. Alle foretakene har fokus på redusert og riktig bruk av tvang med egne prosesser i enhetene.

- **Andel tvangsbehandlingstiltak (tvangsmedisinering) er redusert med 5 %.**

Helse Midt-Norge har ingen mulighet til å følge parameteren løpende før ny Klinisk arbeidsflate for registrering i PAS er dokumentert effektiv.

2.1.11 Habilitering og rehabilitering

Mål 2013:

- **De regionale helseforetakene har lagt Helsedirektoratets modell, jf. Rapport IS-1947, til grunn i det videre arbeidet på rehabiliteringsfeltet.**

Helse Midt-Norge har iverksatt et eget prosjekt i samarbeid med Kommunenes Sentralforbund, tillitsvalgte, regionalt brukerutvalg og pasientorganisasjoner. Prosjektet skal gjennomgå rehabiliteringsfeltet på bakgrunn av IS 1947 fra Helsedirektoratet. Prosjektet hadde oppstartsmøter primo mai 2013 og skal avlevere egen rapport innen 1. mars 2014. Prosjektet skal gi innspill hva som i fremtiden skal være kommunal rehabilitering og hva som skal være spesialisert rehabilitering (inkludert der tilbudet er mangelfullt i dag).

Helseregionen har parallelt med prosjektprosessen inngått nye avtaler, både spesialisert rehabilitering og arbeidsrettet rehabilitering, med private rehabiliteringsinstitusjoner. I avtalene er innlagt finansiering av prosjekt for å utvikle samarbeid med kommunene. Nye avtaler, om 4 år, skal være preget av hvilket resultat ovennevnte prosjekt har.

2.1.12 Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati

Mål 2013:

- **Det er iverksatt tiltak for å styrke kunnskapsgrunnet om CFS/ME.**

Helse Møre- og Romsdal HF:

Helseforetaket har satt i gang et eget prosjekt for barn og unge, der prosedyrer er klare. Videre har de arrangert eget fagseminar med deltakelse fra kommunene.

Ulike spesialiteter håndterer voksne med slik sykdom. Helseforetaket har prøvd å ha grupper i lærings- og mestringssammenheng, men dette har vist seg vanskelig. Pasientene får tilbud alt etter diagnostisering.

Helse Nord-Trøndelag HF:

Arbeidet med CFS/ ME blir gjennomført ved et tett samarbeid barneavdeling/ BUP og leger med spesiell kompetanse og erfaring med pasientgruppa i medisinsk avdeling på begge sykehus. Det blir drevet systematisk registrering og oppfølging av pasientene og rapport fra oppfølgingen ved BUP er under skriving. Regionalt samarbeid og tidvis nasjonalt samarbeid om pasientene vil kunne være viktig for noen enkeltpasienter. Det er ikke etablert faste ambulerende team, da det er individuell oppfølging og vurdering som avgjør om enkeltpasienter eventuelt kan ha behov for et slikt tilbud.

St. Olavs Hospital HF

Forskning pågår. Hovedutfordring er at det ikke eksisterer omforent erfaringsbasert kunnskap på dette området. CFS/ME er et uavklart område, og riktig behandling er et omstridt felt. Det

avhenger av når omforent erfaringsbasert kunnskap er etablert internasjonalt at en kan si at denne sykdommen/diagnosen har et anbefalt behandlingsregime.

2.1.13 Fødselsomsorg

Mål 2013:

- **Redusert andel fødselsrifter.**

Helse Midt-Norge har hatt en god utvikling og har redusert andelen fødselsrifter fra 1,9 pst. i 2012 til 1,5 pst. i 2013. Regionen ligger totalt sett under landsgjennomsnittet.

Som eksempel på gjennomførte tiltak har *St. Olavs Hospital HF* en prosedyre hvor et omfattende spørreskjema må besvares av lege og jordmor i fellessak dersom det oppstår ruptur. I tillegg gjennomgås fødselen av ressurslege eller jordmor sammen med involvert personale for å se om noe kunne vært gjort annerledes. Det føres månedlige oversikter over antall rupturer og en ressursgruppe møtes månedlig for å justere veien videre.

2.1.14 Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling

Mål 2013:

- **Det er tilstrekkelig kompetanse i helseforetakene og gode rutiner for å ivareta barn som kan ha vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling.**

Alle sykehushelseforetakene og Rusbehandling Midt-Norge HF har rutiner for å avdekke og melde om mistanke om seksuelt misbruk og vold. Helse Nord-Trøndelag HF henviser til St. Olavs Hospital HF. Det er ikke samarbeidsavtale, men en etablert praksis som er anerkjent av begge parter. Helse Møre- og Romsdal HF tar seg av det meste selv, men har samarbeid og veiledning fra St. Olavs Hospital HF. St. Olavs Hospital HF melder om dårlig kapasitet på området, men god kompetanse. Det er satt i gang arbeid for å utrede behov og utvikling av en regional funksjon.

2.1.15 Kjeveleddsdisfunksjon

Mål 2013

- **Det er gitt behandlingstilbud til pasienter med alvorlig kjeveleddsdisfunksjon som er vurdert og utredet ved det tverrfaglige tilbudet etablert i Helse Bergen HF.**

Det nasjonale, tverrfaglige kompetansesenteret er kjent. Pasienter med slike problemstillinger blir henvist dit for nødvendig utredning og oppfølging.

2.1.16 Livsstilsrelaterte tilstander

Mål 2013:

- **Helseforetakene rapporterer data om skader og ulykker til NPR.**

Helse Midt-Norge rapporterer foreløpig for lite data om skader og ulykker til NPR. Helse Midt-Norge RHF følger aktivt opp i samarbeidsprosjekt med Helsedirektoratet. Det er konkret plan for gjennomgang i hvert helseforetak. Prosjektgruppa gjennomgikk problemstillingene i Helse Møre- og Romsdal HF i 2013, mens resterende helseforetak er på programmet i 2014.

- **Helseforetakene har etablert en overordnet ernæringsstrategi i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og "Kosthåndboken" – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten" (Helsedirektoratet 2012)**

Helseforetakene gjorde arbeid på dette i 2012. Alle helseforetakene har en strategi som følger sentrale anbefalinger og Kosthåndboken. De dokumenterer i pasientjournal og har prosedyrer i EQS.

- **Økt kapasitet for kirurgi mot sykelig overvekt.**

Det har vært en nedgang i antall operasjoner på pasienter med sykelig overvekt i 2013. Antall opererte i regionen var i 2013 197 pasienter mot 321 pasienter i 2012. I Helse Midt-Norge opereres pasienter for sykelig overvekt ved tre sykehus: Ålesund, Namsos og St. Olavs Hospital. Samtlige sykehus har hatt færre operasjoner i 2013 enn i 2012. Det har også vært en redusert etterspørsel etter operasjoner mot sykelig overvekt ved sykehusene i regionen.

Helse Møre og Romsdal HF har operert 64 pasienter i 2013, en reduksjon fra 87 året før. Kapasiteten på operasjonsstuen samt økt press fra andre pasientgrupper er grunn til reduksjonen. Ventetida til overvektoperasjoner har imidlertid ikke økt ettersom det er færre som blir søkt inn til denne type operasjon. Ventetida har holdt seg stabil på om lag 12 måneder.

Helse Nord-Trøndelag HF, Kirurgisk klinikk Namsos, har i 2013 operert 101 pasienter for sykelig overvekt. Det er nedgang på 40 pasienter fra 2012. Årsaken til reduksjonen, er knyttet til en kapasitetsbegrensning på preoperative gastroenterologiske undersøkelser høsten 2013. Klinikken har etablert standardisert pasientforløp for hele pasientforløpet. Det gjennomføres en kvalitetsstudie hvor alle pasienter som er operert fra 2004 fram til i dag inngår. Resultatene så langt er gode. Ventelister håndteres innenfor forsvarlige ventetider og det er ikke fristbrudd.

St. Olavs Hospital HF har operert 32 pasienter i 2013, en reduksjon fra 93 året før. Årsaken til reduksjonen skyldes generelle kapasitetsproblemer på operasjonsstuer og kompetente kirurger. Kreftoperasjoner har blitt prioritert. Standardiserte pasientforløp for voksne er utarbeidet, nye generiske forløp og forløp for barn/familier er under arbeid. Under arbeidet med standardiserte pasientforløp ble det avdekket flaskehalser, som det blir jobbet med og som vil resultere i en økning av antall overvekts opererte.

2.1.17 Helseberedskap

Mål 2013:

- **Med utgangspunkt i evalueringsrapportene etter terrorangrepet 22. juli 2011 og erfaringer fra øvelser og hendelser, har helseforetakene oppdatert og foretatt nødvendige tilpasninger i sine beredskapsplaner.**

Helse Midt-Norge har deltatt i prosjekt i regi av Helsedirektoratet i oppfølging av 22/7-rapportene. Underliggende enheter har oppdatert sine planverk. Helse Midt-Norge RHF planlegger en endelig revisjon av overordnet plan og tilhørende ROS-analyser i 2014.

- **Det er tatt initiativ til felles trening og øvelser med andre nødetater og frivillige organisasjoner.**

Alle underliggende enheter har i 2013 gjennomført øvelser sammen med de andre nødetatene, samarbeidsparter og frivillige organisasjoner.

Helse Midt-Norge RHF har deltatt på enkelte av disse øvelsene ved å motta rapporter i Helse-CIM.

2.2 Utdanning av helsepersonell

Mål 2013:

- **Rask og effektiv tilsettingsprosess for turnusleger i samarbeid med aktuelle kommuner.**

Rutiner for rask og effektiv tilsettingsprosess for turnusleger i samarbeid med aktuelle kommuner er implementert i alle helseforetak.

- **Antall turnusplasser for fysioterapeuter er økt, jf. kap. 732, post 70 Særskilte tilskudd (Turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter).**

St. Olavs Hospital HF har økt med en turnusstilling fra 2012 til 2013. Øvrige foretak har ikke økt antallet turnusstillinger i 2013. Helseforetakene melder at både økonomiske og faglige årsaker (krav til fagmiljø, supervisjon og veiledningskompetanse) gjør det utfordrende å tilby det antall turnusplasser som ønskes for fysioterapeuter.

Helse Midt-Norge RHF har hatt tett dialog med helseforetakene om saken. Det planlegges økning i turnusåret 2014/2015, men denne vil ikke være stor nok til å innfri kravet om 44 helårsplasser.

- **Helseforetakene har bidratt til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelse- og omsorgstjeneste, spesielt innen geriatri, nevrologi, habilitering/rehabilitering, psykisk helse og rusmiddelavhengighet.**

Helseforetakene arbeider med dette som ledd i oppfølgingen av samarbeidsavtaler med kommunene. Det er etablert/ under etablering faglige samarbeidsutvalg på alle områder som helseforetakene har avtaler med kommunene.

Som eksempel på tiltak kan nevnes at det arbeides med å etablere strukturer for hospiteringsordninger, prosjekter og utvikling av felles pasient forløp sammen med kommunene (bl.a. ambulans slagbehandling og prosjektet fastlegen som samhandlingsjoker). Det legges vekt på å etablere overordna struktur for kompetanseutveksling slik at tilbudene etableres ut fra behov innmeldt fra kommuner og helseforetak i fellesskap, og hvor utdanningsinstitusjonene også er med.

2.3 Forskning og innovasjon

2.3.2 *Forskning*

Mål 2013:

- **De regionale helseforetakene har i samarbeid, og under ledelse av Helse Nord RHF, utarbeidet retningslinjer og iverksatt tiltak for større grad av brukermedvirkning i forskningens ulike faser. Retningslinjene er forankret i Nasjonal samarbeidsgruppe for helseforskning.**

Det ble i 2013 nedsatt en nasjonal arbeidsgruppe under ledelse av Helse Nord RHF, for å utarbeide retningslinjer og tiltak for større grad av brukermedvirkning i forskning. Helse Midt-Norge har deltatt i arbeidet og gruppa har utarbeidet en rapport med forslag til retningslinjer og tiltak. Arbeidet har vært diskutert både i NSG og i RHF-enes strategigruppe. Rapporten sendes til nasjonale direktørmøter og skal styrebehandles i de fire RHF-ene med identisk saksgrunnlag. Deretter vil tiltak kunne innarbeides.

- **De regionale helseforetakene har samarbeidet med Norges forskningsråd og CRISStin om videreutvikling av klassifiseringssystemet for helseforskning (HRCS), herunder vurdert behov for inklusjon av nye kategorier.**

De regionale helseforetakene nedsatte i 2013 en arbeidsgruppe bestående av medlemmer fra de regionale helseforetakene, CRISStin, NIFU og Kreftforeningen i samarbeid med Forskningsrådet, som også var sekretariat. Arbeidsgruppa sine anbefalinger har resultert i en rapport som finnes elektronisk på

http://www.forskningsradet.no/no/Publikasjon/Health_Research_Classification_System_HRCS/1253992302378?lang=no

- **De regionale helseforetakene har, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF, utarbeidet retningslinjer for samarbeid og fordeling av ansvar og finansiering i forbindelse med gjennomføring av flerregionale kliniske multisenterstudier. Retningslinjene er forankret i NorCRIN.**

Arbeidet med utarbeidelse av retningslinjer for samarbeid og fordeling av ansvar og finansiering ved flerregionale kliniske multisenterstudier er igangsatt. NorCRIN-sekretariatet ved St. Olavs Hospital HF leder dette arbeidet, og det er nedsatt en nasjonal arbeidsgruppe med representanter fra NorCRIN partnere.

Arbeidsgruppa utarbeidet opprinnelig et forslag til retningslinjer som kun skulle gjelde legemiddelstudier initiert av HOD. Dette viste seg å bli for snevert, og gruppa er i gang med å utarbeide et nytt forslag.

Arbeidet med retningslinjer for flerregionale kliniske multisenterstudier videreføres i 2014.

- **De regionale helseforetakene har støttet opp om det nordiske samarbeidet om kliniske studier, Nordic Trial Alliance.**

Helse Midt-Norge har støttet opp om det nordiske samarbeidet om kliniske studier, Nordic Trial Alliance (NTA), hvor formålet er å øke antall kliniske studier i Norden.

Arbeidet er støttet gjennom NorCRIN, som har to representanter i Nordic Trial Alliance. I tillegg er flere forskere involvert i ulike "WP-er" (Work Packages) som NTA skal arbeide med fremover.

Det finnes i tillegg eksempel på RCT i Helse Midt-Norge som bruker dette nettverket.

- **De regionale helseforetakene skal i samarbeid, og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, utarbeide en felles årlig rapport som gir en beskrivelse av forskningens resultater og implikasjoner for tjenesten. Rapporteringssystemet e-rapport er trukket inn i arbeidet på en hensiktsmessig måte.**

De regionale helseforetakene har i fellesskap startet arbeidet med å utarbeide en felles årlig rapport som gir en beskrivelse av forsknings- og innovasjonsresultater og implikasjoner for tjenesten. Arbeidet ledes av Helse Sør-Øst RHF og det er første gang det utarbeides en slik felles rapport i tråd med krav i Oppdragsdokumentet.

Alle de regionale helseforetakene har identifisert eksempler på forskning og innovasjon fra egen region som skal inngå i rapporten. Det pågår samtidig et arbeid med en beskrivelse av forsknings- og innovasjonsresultater hvor tallgrunnlag fra eRapport i alle regioner er trukket inn i arbeidet. Etter planen skal denne rapporten ferdigstilles innen 15. mars 2014.

- **Det er iverksatt tiltak for å øke forskning på pasientsikkerhet.**

Arbeidet har kommet i gang ved enkelte av helseforetakene i Midt-Norge. Helse Møre og Romsdal HF har startet et prosjekt for planlegging av pasientsikkerhetskultur i en av klinikkene. Det finnes også flere prosjekter på pasientflyt. Ved St. Olavs Hospital HF finnes det prosjekter innenfor innsatsområder i pasientsikkerhetskampanjen. Studier av behandlingsavbrudd og behandlingsforløp er igangsatt. I tillegg er prosjekter under planlegging. Tiltak for å øke forskning på pasientsikkerhet vil også inngå som en del av det femårige regionale programmet for kvalitet og pasientsikkerhet. Det vises også til at Helse Midt-Norge er i løpet av året vil ferdigstille en ny strategi for forskning og innovasjon, der også forskning på pasientsikkerhet vil være et tema.

- **Minst 40 prosent av publikasjonene fra 2013 i Helse Midt-Norge RHF har internasjonalt samarbeid (en eller flere utenlandske medforfattere).**

Forskningsaktivitet rapporteres etterskuddsvis og frist for registrering av aktivitet er 1. april. Det foreligger derfor ikke pålitelig statistikk for 2013 enda. Målet om minimum 40 pst. internasjonalt medforfatterskap ble ikke nådd i 2012.

For å nå målet om at minst 40 pst. av de vitenskapelige artiklene har internasjonalt medforfatterskap, er det utlyst midler til utenlandsstipend. Et sentralt kriterium for å oppnå tildeling er at det planlegges artikler i samarbeid med det utenlandske lærestedet.

I tillegg kan det i større grad orienteres om betydningen av internasjonalt forfatterskap og generelt om publisering og nivå på de ulike kanalene.

- **Minst 20 prosent av artiklene fra 2013 i Helse Midt-Norge RHF var på nivå 2 eller 2a (publisert i tidsskrifter vurdert å ha høy kvalitet og relevans).**

Det rapporteres etterskuddsvis på dette målet, og frist for rapportering for 2013 er 1. april 2014. Det finnes derfor per d.d. ikke pålitelig statistikk for 2013.

For 2012 ble målet nådd. Andelen artikler på nivå 2 i Helse Midt-Norge var på 21,3 pst. Det er orientert om publiseringskanaler, og om nivå på kanalene for å sikre en omforent forståelse om tidsskrifter med høy forståelse og relevans.

- **Helse Midt-Norge RHF har etablert støtte-/ insentivsystemer for å øke omfanget av søknader fra helseforetakene til EUs 7. rammeprogram for forskning.**

Helse Midt-Norge har ikke i 2013 etablert støttesystemer eller insentivsystemer for å øke omfanget av søknader fra helseforetakene til EUs rammeprogram for forskning; Horizon 2020. Dette krever omfattende infrastruktur både til søknadsskriving og til prosjektstøtte. Det er imidlertid aktuelt å etablere samarbeid med universitetets EU-støtte gjennom den integrerte universitetsklinikken, som kan bidra i alle helseforetak. Det vurderes å etablere et system for frikjøp og/eller økonomisk støtte til søknadsskriving i 2014.

2.3.3 *Innovasjon*

Mål 2013:

- **De regionale helseforetakene har videreført Nasjonal samarbeidsavtale og tiltaksplan for innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren i tråd med nasjonale føringer.**

Denne avtalen er videreført fra 2013.

- **Den nasjonale databasen for innovasjonsindikatorer i helseforetakene er utvidet til å inkludere innovasjonsprosjekter som understøtter samhandling.**

Det opprinnelige oppdraget med å etablere en nasjonal database for innovasjon er, i samråd med Helse- og omsorgsdepartementet, stilt i bero inntil NIFU har utredet grunnlaget for rapportering (innovasjonsindikatorer).

- **De regionale helseforetakene har under ledelse av Helse Sør-Øst RHF iverksatt foreslåtte tiltak i rapporten ”Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser” fra 2012.**

Som et ledd i arbeidet med innovasjon i offentlige anskaffelser har Helse Sør-Øst RHF, sammen med de andre RHF-ene fullført arbeidet med en veileder for førkommersielle anskaffelser. Dette arbeidet ble fullført i 2013, men har ikke blitt styrebehandlet og implementert i Midt-Norge ennå. Det forventes at dette vil skje i løpet av våren 2014.

2.4 Jf. Tilleggsdokument etter Stortingets behandling av Prop. 149 S (2012—2013)

2.4.2 Investeringer i IKT

Det gis et tilskudd på 70 mill. kroner for å få raskere innføring av elektroniske meldinger mellom sykehus og andre aktører, automatisk oppdatering av adresseregistre og økte investeringer til IKT og pasientjournalssystemer. Det er et mål at alle sykehus skal kunne sende og motta elektroniske meldinger i løpet av 2014.

Elektronisk samhandling mellom sykehus og andre aktører preges av manuelle rutiner, gammel teknologi og tungvinte løsninger. Målet er økt elektronisk samhandling slik at midlertidige løsninger basert på bruk av diskett, faks, papir mv. avvikles.

Tilskuddet skal benyttes til:

- Ta i bruk elektronisk meldingsutveksling mellom sykehus, fastleger og pleie- og omsorgssektoren.
- Ta i bruk automatisk oppdatering av adresseregisteret i Norsk Helsenett SF (prosjekt OSEAN i Norsk Helsenett SF).
- Bidra i arbeidet med å utvikle standarder for elektronisk henvisning med vedlegg og elektronisk henvisning mellom sykehus. Utvikling av standarder skal gjøres i samarbeid med Helsedirektoratet.
- Starte planlegging av dialogmeldinger mellom sykehus og andre, herunder løsning for å sende elektronisk post til innbygger (sikker digital postkasse).

Ved å gjennomføre disse tiltakene vil sektoren få mer ut av IT-systemene som allerede er innført og sektoren blir mer moden i bruk av teknologi. På den måten støtter tiltakene opp om overgangen til én nasjonal journal, som er den langsiktige visjonen i Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal, Digitale tjenester i helse- og omsorgssektoren.

Helse Midt-Norge RHF tildeles 10 mill. kroner.

Helse Midt-Norge har brukt tilskuddet til å få på plass elektronisk meldingsutveksling på alle nivå. Hovedsakelig er midlene benyttet til utbredelse av pleie- og omsorgsmeldinger mellom helseforetakene og kommuner.

2.4.3 System for innføring av nye metoder og ny teknologi

I oppdragsdokument 2013 står det: ”De regionale helseforetakene har under ledelse av Helse Vest RHF, i samarbeid med Statens legemiddelverk, Helsedirektoratet og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten etablert de regionale helseforetakenes bestillerforum for metodevurderinger som skal løftes til nasjonalt nivå innen 15. januar.”

Departementet er tilfreds med at de regionale helseforetakenes bestillerforum er etablert og viser til at første sak vil bli behandlet i bestillerforum 23. september d.å.

Beslutninger om ev. innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten etter gjennomførte nasjonale metodevurderinger skal fattes innenfor eksisterende beslutningsstrukturer i de regionale helseforetakene. Det legges til grunn at disse beslutninger må koordineres med nasjonale myndigheters ansvar for nasjonale faglige retningslinjer. Det vises til planlagt møte mellom Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene 26. august om samme sak. Helse- og omsorgsdepartementet ber om at innholdet i beslutningsprosessen etter at nasjonale metodevurderinger foreligger blir konkretisert, i tråd med forutsetningen om transparens i beslutningsprosessene.

Helse Midt-Norge RHF har samarbeidet med de andre regionale helseforetakene om å konkretisere innholdet i beslutningsprosessene etter gjennomførte nasjonale metodevurderinger. Det vil bli lagt fram en likelydende styresak i alle de regionale styrene våren 2014.

2.4.4 Helseberedskap

Det vises til kartleggingen av sykehusenes kapasitet på intensivbehandling og bruk av respiratorer ved økt belastning, for eksempel som følge av en influensaepidemi eller pandemi, gjennomført av Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetak våren 2013. På grunnlag av sykehusenes og regionenes rapportering i undersøkelsen synes det å være variasjon i hvor godt forberedt sykehusene er på å møte en situasjon med betydelig økt pasienttilstrømming. Sykehusene og regionene må gå gjennom sine planer og gjennomføre øvelser slik at en sikrer en god beredskap ved eventuelle krisesituasjoner i sykehusene, i regionene og mellom regionene.

Alle helseforetak i regionen har kartlagt sin kapasitet og har oppdaterte pandemiplaner. Det er ikke gjennomført øvelser innen dette feltet. Helse Midt-Norge RHF vil ta initiativ til en interregional tabletop-øvelse for å følge opp kravet.

2.4.5 Prostatasenter

Helse Midt-Norge RHF er tildelt 2 mill. kroner til prostatasenter som skal gi pasienter med symptomer på prostatakreft en rask avklaring av diagnose og god informasjon om videre oppfølging og behandling.

St. Olavs Hospital HF fikk oppdraget med å etablere et prostatacenter i Helse Midt-Norge. Helseforetaket rapporterer om at arbeidet er godt i gang, og at formell oppstart er forventet i april/mai 2014.

2.4.6 Assistert befruktning til personer med seksuelt overførbare sykdommer

Helse Midt-Norge RHF skal sørge for tilbud til hivsmittede i samsvar med lovendringen i bioteknologiloven som trer i kraft fra 1.juli og føringer gitt i Prp.95L (2012-2013) og Innst. 313 I (2012-2013). Videre skal tilbudet om assistert befruktning til infertile gjøres tilgjengelig for infertile hiv- og hepatittsmittede.

Helse Midt-Norge RHF har sammen med de andre regionale helseforetakene deltatt i samarbeidsmøte med Helse- og omsorgsdepartementet. Det er enighet om at det er uhensiktsmessig å etablere tilbud om assistert befruktning ved potensiell blodsmitte i alle regionale helseforetak, da det er få pasienter som vil benytte seg av dette tilbudet. Helse Sør-Øst RHF har søkt om en nasjonal behandlingstjeneste for assistert befruktning ved potensiell blodsmitte og dette støttes av Helse Midt-Norge RHF.

Fram til tilbudet er etablert ved Oslo universitetssykehus HF, vil konkrete forespørsler fra pasienter i Helse Midt-Norge henvises til Danmark.

3. Rapportering på krav i foretaksprotokoll

3.1 Økonomiske krav og rammebetingelser for 2013

3.1.1 Rapportering – økonomi

Foretaksmøtet forutsatte at:

- **foretaksgruppa i Helse Midt-Norge skal gå i økonomisk balanse i 2013 og sikre at den samlede ressursbruken til drift og investeringer og bruk av driftskreditter holdes innenfor vedtatte rammer og resultatkrav**

Prognose for årsresultat for foretaksgruppa er et resultat på 325 millioner kroner. Dette tilsvarer et resultat som er 46 millioner kroner svakere enn styrets budsjettvedtak som inneholdt et resultat lik 371 mill. kroner. I 2013 har den underliggende driften og kostnadsnivået vært for høyt. Flere av helseforetakene har hatt store utfordringer med å tilpasse driften til tildelte rammer. Dette er bekymringsfullt og arbeidet med forbedring og omstilling i driften har høyt fokus i 2014.

- **lovverket for rettighetspasienter overholdes**

Helseforetakene rapporterer om at det legges vekt på å sikre rettigheter i samsvar med lov og forskrift. Opplæring og systemer for å sikre etterlevelse er prioritert. Resultatene tilfredsstillende ikke alle krav.

Eksempelvis har *Helse Nord-Trøndelag HF* etablert system for å fange opp pasienter som skal ha tilbud om behandling/utredning gjennom HELFO med egne kontaktpersoner. Innføring av Meldingsløftet har strukturert mottak og vurdering av henvisninger. PAS-rutiner og oppfølging av ventelister er revidert. Informasjonssikkerhet og personvern har høyt fokus.

- **gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være under 65 dager.**

Det vises til omtale under punkt 2.1.2.

- **fristbrudd ikke skal forekomme**

Antallet fristbrudd varierer mellom helseforetak og over tid. Selv om foretakene samlet har redusert andelen fristbrudd fra 6 pst. i 2012 til 5 pst. i 2013, har Helse Midt-Norge ikke innfridd målet om null fristbrudd. Totalt hadde sykehusene i helseregionen i gjennomsnitt 338 fristbrudd pr. måned i 2013 og 448 fristbrudd i 2012.

Både antall og andel fristbrudd lå i første halvdel av 2013 lavere enn tilsvarende periode i 2012. Siste halvår i 2013 var tendensen at disse indikatorene lå på eller over nivået i 2012.

Dette kan bety at man har nådd et nivå der det er mer utfordrende å forbedre seg.

Arbeidet med å nå målsettingen vil ha stor oppmerksomhet i 2014.

3.1.2 Likviditet og driftskreditter

- **Foretaksmøte la til grunn at helse Midt-Norge RHF skal holde seg innenfor en driftskredittramme på 1 606 mill. kroner pr. 31. desember 2013.**

Helse Midt-Norge har en god likviditetssituasjon som har vært stabil gjennom året.

3.1.3 Investeringer og kapitalforvaltning

- **For 2013 tildeles Helse Midt-Norge 265,031 mill. kroner til resterende del av fase 2 ved St. Olavs Hospital HF.**

Lånet er trukket opp og benyttet til fase 2 ved St. Olavs Hospital HF.

3.1.4 Styring og oppfølging

- **Foretaksmøtet ba om at det ved planlegging og gjennomføring av større endringsprosesser, legges til grunn relevante erfaringer fra tidligere omstillinger både i egen og andre regioner.**

Større endringsprosesser i foretaksgruppa har blitt gjennomført bl.a. basert på erfaringer fra omstillingsprosesser i egen og andre regioner. Fortsatt kan erfaringsgrunnlaget systemiseres bedre.

- **Foretaksmøtet ba om at arbeidet med de regionale helseforetakenes indikatorprosjekt for kostnadsnivå og produktivitet videreføres med pilotutprøving i 2013, og ba om en rapport senest innen 15. januar 2014 som beskriver resultater, erfaringer og anbefalt videre framdrift.**

Pilotprosjektet er gjennomført og rapport ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2013. Til sammen ni HF leverte 2012-data i henhold til mal, aktivitetsdata fra NPR ble innhentet og tilrettelagt, og indikatorer og støtteindikatorer ble utarbeidet som en del av pilotprosjektet.

Basert på hovedprinsippene i det foreslåtte konseptet, utarbeides det indikatorer for kostnadsnivå og produktivitet, mens støtteindikatorer skal kunne kaste lys over hvorfor det er forskjeller mellom helseforetak og forklare utvikling. Kostnadsnivå og produktivitet skal beregnes for alle tjenesteområder. Støtteindikatorerne utarbeides spesifikt for det enkelte tjenesteområde.

Videre anbefales det:

- at indikatorprosjektet videreføres i 2014 og at alle helseforetak inviteres inn som deltagere
 - indikatorprosjektet fortsatt har status som et utviklingsarbeid slik at videreføring i 2015 på nytt vurderes i lys av erfaringene
- **Foretaksmøtet viste til de regionale helseforetakenes arbeid med å kartlegge og utrede standardiserings-, effektiviserings- og samordningspotensialet ved medisinske støttefunksjoner i hver region og ba om rapportering på arbeidet etter 1. tertial**

Helse Midt-Norge RHF leder dette arbeidet med deltakelse fra de øvrige regionale helseforetakene. Rapportering fra arbeidet ble sendt Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen.

Helse- og omsorgsdepartementet ba de regionale helseforetakene i brev av 11. april 2013 «*at det i egen tilleggsrapport tas inn en vurdering av medisinske støttefunksjoner (lab/rtg) i helseforetakene, herunder en redegjørelse for kostnadsnivået til medisinske støttefunksjoner, drøfting av potensialet for mer effektiv organisering og konkrete forslag til mulig forbedringstiltak*». Under drøftingen av organiseringen er det gjort vurderinger av samfunnsmessige konsekvenser for blant annet pasienter, private aktører og arbeidsplasser. Prosjektet har kartlagt dagens situasjon innenfor områdene: IKT, vaktordning, utdanning og rekruttering, aktivitetsfordeling, tjenestebeskrivelse og samarbeid med private og andre aktører.

Sluttrapporten er oversendt prosjektleder for gjennomgang før behandling i styringsgruppa og oversending til Helse- og omsorgsdepartementet.

- **For å sikre at pasientsikkerhetskampanjen gjennomføres etter planen i 2013 ble de regionale helseforetakene bedt om å bidra med 2 mill. kroner hver til kampanjesekretariatet i Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.**

Helse Midt-Norge RHF har bidratt med 2 mill. kroner til drift av kampanjesekretariatet i Pasientsikkerhetskampanjen for 2013.

- **Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene bistå i arbeidet med en gjennomgang av pasientstrømmer.**

Det er ikke bedt om spesifikk støtte fra Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Midt-Norge RHF leverer datasett på forespørsel.

- **Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene sikre at den medisinske kodingen er faglig korrekt og ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering.**

Medisinsk korrekt koding er et viktig element i en kontinuerlig forbedringsprosess ved våre helseforetak. Finansieringsmodellene er ikke tema ved planlegging og gjennomføring av våre endringsprosesser og blir heller ikke vektlagt ved den interne fordeling av aktivitet. Som eksempel på tiltak som helseforetakene har gjennomført for å bedre kvaliteten på medisinsk koding kan eksempelvis nevnes organisering av kodesekretærer i klinikker, rutiner knyttet til arbeidsmetodikk og arbeidsfordeling mellom klinikk og stab, intern opplæring av leger med kodeansvar og personale som følger opp kodingen.

- **Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene gradvis implementere KPP som grunnlag for god virksomhetsstyring.**

Vi har etablert et nettverk for etablering av KPP i Helse Midt-Norge. Ingen av helseforetakene har ennå startet et praktisk arbeid med etablering av en KPP-modell. Arbeidet videreføres i 2014.

- **Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene sette i verk organisatoriske og/eller økonomiske tiltak for å sikre at målsettingen om at det ikke skal være korridorpasienter oppfylles. Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene rapportere særskilt på dette innen 1. juni 2013.**

Helse Midt-Norge har samlet en andel korridorpasienter på 0,9 pst. Med utgangspunkt i den lave andelen korridorpasienter ved helseforetakene i Midt-Norge har vi ikke sett det nødvendig å innføre økonomiske insentiver for å redusere andelen. Det er imidlertid gjort organisatoriske grep ved helseforetakene.

Ved *Helse Møre og Romsdal HF* er det i hovedsak en flaskehals for ortopediske pasienter. De har økt sengekapasiteten noe høsten 2013. I tillegg reduseres aktiviteten i perioder der de har høyt overbelegg.

Ved *Helse Nord-Trøndelag HF* har man en praksis der avdelinger avhjelper hverandre med sengekapasitet ved behov. Samtidig søker man å utnytte de to DMSene i området.

Forsvarligheten i pasientforløpet er uansett styrende for det behandlingsnivået pasienten tilbys, og derfor vil man av og til oppleve at pasienter må ligge på korridor for et kortere tidsrom. Det er fokus på fleksibilitet og god pasientlogistikk. Med dette som utgangspunkt anses kravet å være oppfylt.

3.2 Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2013

3.2.1 Endringer i lov om helseforetak mv.

- **Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene foreta nødvendige tilpasninger for å følge opp endringene i lov om helseforetak, jf. Prop. L 120 (2011-2012) og Innst. 62 L (2012-2013), herunder tilsvarende endringer i vedtektene i underliggende helseforetak.**

Ny styreinstruks ble vedtatt av styret i Helse Midt-Norge RHF 31. januar 2013.

Vedtektsendringer ble vedtatt i foretaksmøter med helseforetakene i februar 2013. Ny instruks for internrevisjonen og revisjonskomiteen ble vedtatt i styremøte 14.5.2013.

3.2.2 Videreutvikling av nasjonalt samarbeid

- **Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene utrede etablering av et nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, innen 1. oktober 2013**

Helse Midt-Norge RHF har deltatt i arbeidet med å utrede etablering av et nasjonalt helseforetak for sykehusplanlegging. Rapport fra arbeidet ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet innen den reviderte fristen for levering 20. desember 2013.

- **Foretaksmøtet ba videre de regionale helseforetakene vurdere fellesløsninger som legger til rette for mer effektive innkjøp og mer effektiv bruk av IKT i spesialisthelsetjenesten, med frist for tilbakemelding om framdrift til departementet innen 1. oktober 2013.**

Sluttrapport fra fase 2 av prosjektet ble ferdigstilt i desember 2013. Rapporten anbefaler videre arbeid på tre områder; samarbeid om felles nasjonal innkjøpshåndbok, etablering av en felles kategoristruktur og planlegging av felles teknologistøtte til innkjøpsprosessene. Det foreslås en fase 3 av prosjektet der disse tre områdene gjennomføres.

Mer effektiv bruk av IKT er i hovedsak samordnet gjennom et omfattende strategiarbeid med tilhørende handlingsplaner. Gjennomføring av handlingsplanene er påbegynt, herunder i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet og i regi av det nystartede selskapet NIKT.

3.2.3 E-helse

- **Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene gjennomfører pågående tiltak som innføring av e-resept, elektronisk meldingsutveksling og nasjonal kjernejournal.**

Prosjekt for e-resept er igangsatt. Pilotering skjer i 2014 og utrulling er forventet i 2015.

Elektronisk meldingsutveksling: 80 pst. av regionens legekantor kommuniserer elektronisk med helseforetakene i regionen. Full meldingsutveksling med kommunene med pleie- og omsorgsmeldinger er planlagt gjennomført i 2014.

Helse Midt-Norge var i 2013 pilot for Kjernejournal. Løsningen er tatt i bruk og Helse Midt-Norge deltar i videreutviklingen.

- **Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med Helsedirektoratet, Norsk Helsenett SF og de andre regionale helseforetakene utarbeide forslag til innhold og konkretisering av regional utprøving av én journal innen 1. juli 2013. Arbeidet skal skje i samarbeid med KS, kommuner og primærhelsetjenesten i regionen. Det skal legges til rette for at arbeidet kan følges av forskningsaktivitet og innovasjon.**

Frist for leveranse ble utsatt til 1. september 2013. Rapporten ble styrebehandlet i Helse Midt-Norge RHF og oversendt Helse- og omsorgsdepartementet innen revidert frist.

- **Helse Midt-Norge RHF skal tilrettelegge for oppstart av pilot av kjernejournal høsten 2013.**

Helse Midt-Norge var pilot for kjernejournal med demonstrasjon for hele landet på St. Olavs Hospital HF 26. august 2013.

- **Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene bistå Norsk Helsenett SF i arbeidet med å utvikle HelseCSIRT som helse- og omsorgssektorens felles kompetansesenter for informasjonssikkerhet.**

Helse Midt-Norge RHF deltar i arbeidet med nasjonal informasjonssikkerhet for helsetjenesten.

- **Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene bidrar i gjennomføringen av regjeringens digitaliseringsprogram.**

Helse Midt-Norge RHF har deltatt aktivt i regjeringens digitaliseringsprogram innenfor e-Helse.

3.2.4 Tiltak på personalområdet

- **Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene sørge for at helseforetakene legger til rette for at ledere i førstelinjen har nødvendig kompetanse og støtte for å ivareta sitt ansvar som leder.**

Alle helseforetakene har lagt til rette for opplæringsprogrammer for ledere, slik at de har nødvendig kompetanse og støtte for å ivareta sitt ansvar som ledere. Omfanget og kompleksiteten i opplæringsprogrammet varierer mellom helseforetakene. Mange helseforetak har hatt et pågående opplæringsprogram i flere år.

Det er etablert nettverk for ledelsesutvikling i regi av Helse Midt-Norge RHF. Dette nettverket skal bidra til å utvikle og dele erfaringer på tvers av foretakene. Det regionale nettverket utveksler verktøykassekurs for førstelinjeledere der dette er hensiktsmessig.

Helse Midt-Norge deltar også aktivt i nasjonale prosesser knyttet til oppfølging av Nasjonal Lederplattform som er vedtatt i alle styrene.

- **Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene videreføre arbeidet med å øke andelen faste stillinger, øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og tilby flere heltidsstillinger, samt utvikle kunnskapsgrunnet på området.**

Foretakene arbeider kontinuerlig og systematisk med å øke andelen faste stillinger, øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og tilby flere heltidsstillinger i alle foretakene. Helseforetakene har etablert rutiner slik at midlertidige kan fases inn i faste stillinger. Det er lagt til rette for at ansatte kan registrere ønske om hel stilling/høyere stillingsandel i en egen modul i ressursstyringssystemet.

Arbeidet gjøres i samarbeid med tillitsvalgte. Dette er et langsiktig arbeid som er godt strategisk forankret i Helse Midt-Norges Strategi 2020.

- **Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene bidra til å sikre flere lærlingplasser i tråd med målene i Samfunnskontrakt for flere læreplasser**

Det er en økning i antallet læreplasser for helseregionen samlet. Ambulanse Midt-Norge HF har økt fra 42 læreplasser i 2012 til 80 læreplasser i 2013. Foretaket har etablert et eget opplæringskontor. St. Olavs Hospital HF har økt antallet læreplasser fra 26 til 33 fra 2012 til 2013. Helse Nord-Trøndelag HF har samme antallet læreplasser i 2012 som i 2013. Det kan imidlertid meldes om en økning i antallet hospiteringsplasser for helsefaglæringer som utdannes i kommunen. Inntil 20 lærlinger får tilbud om å hospitere 8 uker i spesialisthelsetjenesten i Helse Nord-Trøndelag HF. Øvrige foretak har en svak nedgang eller er på samme nivå som forrige år. Helse Midt-Norge RHF følger opp foretakene nærmere for å sikre en videre økning i antall læreplasser og styrking av kvaliteten på opplæringen.

- **Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene påser at rutiner for bierverv følges og at det rapporteres om status for antall bierverv pr. 31.12 i årlig melding.**

Helseforetakene rapporterer at de har rutiner for bierverv og at disse følges. Alle helseforetakene har nå tatt i bruk registreringen i Min arbeidsplan. Første rapport over antall bierverv vil være tilgjengelig i LP kuben ved rapportering i februar 2014.

- **Avtaler med private skal inneholde bestemmelser og sanksjoner som forhindrer henvisning til egen virksomhet. Pasientene skal gis informasjon om fritt sykehusvalg.**

Kravet er tatt inn i nye kontrakter med private leverandører.

- **Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene arbeide systematisk for at helseforetakene etablerer gode rutiner for å unngå mulige brudd på arbeidsmiljøloven generelt og arbeidstidsbestemmelsene spesielt.**

Foretakene rapporterer at det arbeides systematisk med opplæring knyttet til arbeidstidsplanlegging, slik at avvik fra arbeidstidsbestemmelsene kan unngås. I tillegg arbeides det systematisk med å følge opp de avvik som oppstår for å vurdere hvilke tiltak som må gjennomføres for å unngå nye avvik. Parallelt utvikles systemstøtten slik at det blir bedre kvalitet på datamaterialet. Dette arbeidet pågår fortløpende.

Interregionale årsakkategorier er implementert slik at det er mulig å foreta nasjonale sammenligninger. Foretakene har god dialog med Arbeidstilsynet i disse prosessene.

3.2.5 Internkontroll, risikostyring og krav til forbedring av det pasientadministrative arbeidet

- **Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene arbeider systematisk for å forebygge, forhindre og avdekke svikt/avvik i de pasientadministrative systemene, og at det etableres rutiner for varsling innad i regionene og rutiner for erfaringsutveksling på tvers av regioner.**

Helse Midt-Norge har i 2013 satt i verk flere tiltak knyttet til de pasientadministrative systemene for å avdekke og forhindre avvik/svikt.

Helse Midt-Norge har iverksatt rutiner for varsling intern i regionen, og deltar i nasjonale fora med erfaringsutveksling og samordna tiltak.

- **Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å sikre at rutiner ved intern henvisning i spesialisthelsetjenesten er i tråd med gjeldende rett innen 1. mai 2013**

Med intern henvisning forstås henvisning av pasienter mellom avdelinger i samme helseforetak, og henvisninger mellom helseforetak. Det er utarbeidet manuelle administrative prosedyrer regionalt for henvisning mellom institusjoner i Helse Midt-Norge. Disse prosedyrene er midlertidige inntil elektroniske løsninger er på plass.

- **Foretaksmøtet forutsatte at det elektroniske systemet for melding om uønskede hendelser er på plass innen 15. april 2013. Systemet skal være integrert i foretakenes avvikssystem. Kunnskapssenteret skal både kunne motta meldinger og gi tilbakemeldinger i systemet.**

Løsningen for elektronisk meldingsutveksling mellom helseforetakene og Kunnskapssenteret var på plass til 1. juli 2013. Alle helseforetakene har tatt i bruk systemet.

3.2.6 Kartlegging av omfanget av rapportering i spesialisthelsetjenesten

- **Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene bidra til kartlegging av omfanget av rapportering i spesialisthelsetjenesten.**

Dette arbeidet er ikke satt i gang.

3.2.7 Vurdering av utvidet åpningstid for planlagt virksomhet

- **Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene bidra i arbeidet med kartlegging og utredning for å vurdere å utvide sykehusenes åpningstid for planlagt virksomhet**

Flere av helseforetakene i Helse Midt-Norge har områder innen klinikkene som har utvidet åpningstid, derav flere som er basert på frivillighet. Helseforetakene vurderer jevnlig om det er mulighet for å utvide åpningstidene innenfor de gitte rammene.

I det videre arbeidet med dette forutsettes det en prioritering av hvilke områder det er viktig å utvide åpningstidene innenfor. Det forutsettes også at partene går inn i forhandlinger om endringer i tariffavtaler for å øke fleksibiliteten her med tanke på å få til dette.

- **Foretaksmøtet ber Helse Midt-Norge RHF om å legge til rette for utvidet åpningstid for planlagt virksomhet på sykehusene innenfor arbeidsmiljølovens rammer for dagarbeid (06–21). Det legges til grunn at gjennomføring av styringskravet drøftes med arbeidstakerorganisasjonene ved hovedtariffforhandlingene våren 2014.**

Det er igangsatt en rekke prosjekter i helseforetakene for å legge til rette for økt åpningstid. Disse prosjektene er basert på frivillighet. Tariffavtalene begrenser handlingsrom noe med høye kostnader som sannsynlig konsekvens.

Det må tilrettelegges for en strategisk diskusjon i foretakene og foretaksgruppa, knyttet til hvor behovet for utvidet åpningstider er størst. Eventuelle endringer i tariffavtalene følges opp gjennom tariff-forhandlinger våren 2014.

- **Foretaksmøtet ber Helse Midt-Norge RHF om å iverksette bedre rutiner for innkalling og påminnelse, og bedre tilgjengelighet for endring av timeavtale**

De forskjellige helseforetakene har prosesser for å bedre tilgjengelighet og fleksibilitet ved poliklinikker, og å bedre kommunikasjon og innkallings/påminnelsesrutiner for ventende pasienter. Eksempelvis er det tatt i bruk tekniske løsninger for generering av SMS påminnelse for poliklinikkavtaler. Det er ikke satt i gang noen regional prosess for dette.

- **Foretaksmøtet ber Helse Midt-Norge RHF om å legge til rette for bedre oppgavedeling mellom yrkesgruppene**

Både i 2012 og 2013 er det fra RHF satt av 20 millioner kroner til jobbglidningstiltak. 21 prosjekter fikk etter søknad, støtte i 2013. Høsten 2013 ble det avviklet egen konferanse der prosjektene ble presentert. Nærmere presentasjon av de ulike prosjektene er gitt på <http://www.helse-midt.no/jobbglidning>

3.2.8 Regjeringens eierskapspolitikk

- **Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene og underliggende helseforetak er kjent med kravene til samfunnsansvar, også på områdene mangfold og likestilling, og fremmer samfunnsansvarlig adferd i hele organisasjonen.**

Oppgaven ble videreført i foretaksprotokoll til helseforetakene i februar. Egen sak med retningslinjer for overordna samfunnsansvar har vært til bred høring i regionen og ble vedtatt av styret i Helse Midt-Norge RHF februar 2014.

- **Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene har oppmerksomhet på forholdet mellom lønnsutviklingen for ledere og øvrige ansatte.**

Lønn for toppledere er fastsatt etter at mellomoppgjøret ble ferdigstilt. For ledere på lavere nivå ble lønnsfastsettelsen fulgt opp i det enkelte helseforetak. Alle helseforetak har vedtatt egen erklæring vedrørende lederlønn som er i samsvar med regjeringens eierskapspolitikk.

- **Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om at det normalt ikke oppnevnes interne styreledere for helseforetak.**

Det er ingen styreledere for aktive helseforetak som kommer fra Helse Midt-Norge RHF eller underliggende helseforetak.

I avviklingsstyret til Rusbehandling Midt-Norge HF sitter HR-direktør i Helse Midt-Norge RHF som styreleder. Dette ble avklart med Helse- og omsorgsdepartementet i forkant. Helseforetaket forventes å være ferdig avviklet innen mai 2014.

3.2.9 Kjøp av helsetjenester fra ideelle institusjoner

- **Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene tilstrebe mer langsiktighet i avtalene med ideell sektor om kjøp av helsetjenester**

Helse Midt-Norge RHF har avtaler med ideelle organisasjoner innenfor rehabilitering og rusfeltet. Øvrige avtaler er med kommersielle institusjoner.

Gjeldende avtaler med ideelle organisasjoner har et tidsperspektiv på 4 henholdsvis 6 år. Ved fornyelse av avtalene er målet å oppnå avtaler med en varighet på 8 år.

3.2.10 Forenklet oppgjørsordning for pasientreiser

- **Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å igangsette et arbeid for å forenkle oppgjørsordningen for pasientreiser uten rekvisisjon. Helse Sør-Øst RHF ble bedt om å lede arbeidet.**

Helse Midt-Norge deltar i prosjektet «Mine pasientreiser» som Pasientreiser ANS leder på vegne av Helse Sør-Øst RHF.

3.2.11 Utvikling av nødmeldetjenesten

- **Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene bidrar i den videre utbyggingen av Nødnett.**

Helse Midt-Norge har etablert et regionalt prosjekt for å innføre nødnett i spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge. Videre har hvert enkelt helseforetak etablert lokale prosjekt som skal medvirke til lokal idriftsettelse av nødnett.

Helse Midt-Norge har allerede startet utdanning av områdeinstruktører som skal bidra i opplæringsaktiviteter mht. bruk av nødnett.

- **Foretaksmøtet ba videre om at de regionale helseforetakene tilrettelegger for Telenor sin overgang til IP-telefoni og bidrar i etableringen av et felles nasjonalt legevaktnummer.**

Helse Midt-Norge har satt fokus på dette i flere samarbeidsmøter vedrørende nødmeldetjenesten i løpet av året. Helsedirektoratet har et prosjekt på dette for å håndtere overgangen til IP telefoni. Helse Midt-Norge er orientert om dette prosjektet. Helse Midt-Norge har fokus på innføring av felles legevaktnummer i sin planlegging av nødnett i Midt-Norge.

3.2.12 Barn som tolk

- **Foretaksmøtet forutsatte at helseforetakene iverksetter nødvendige tiltak som medvirker til at ingen barn under 18 år brukes som tolk i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av foreldres eller andre slektingers diagnose. Barn under 18 år kan kun unntaksvis brukes som tolk ved akutte situasjoner hvor det er fare for liv og helse.**

Sykehusforetakene og Rusbehandling Midt-Norge HF har alle prosedyrer for hvordan de skal skaffe tolk. Å unngå bruk av barn som tolk er ivarettatt gjennom interne prosedyrer for bruk av tolketjenester.

Bruken av barn som tolk er et viktig tema som går på å respektere barn og barns situasjon når familiemedlemmer, foreldre og bekjente blir syke. Arbeid med etisk reglement og nødvendig refleksjon og holdningsskapende arbeid omkring dette, vil være en viktig del av det å unngå bruk av barn som tolk.

3.2.13 Landsverneplan Helse – oppfølging av verneklasse 2

- **Foretaksmøtet ba om at de regionale helseforetakene følger opp forvaltningen av eiendommer i verneklasse 2.**

Forvaltningsplan for Veksthuset i Molde (verneklasse 2) er godkjent. Forvaltningsplan for psykiatrisk avdeling ved Sykehuset Levanger (verneklasse 2) er oversendt kulturminnefaglig rådgiver for vurdering. Det er utarbeidet forvaltningsplaner for fredede bygg og anlegg (verneklasse 1) ved St. Olavs Hospital HF og planene er oversendt Riksantikvaren for vurdering.

Arbeidet med forvaltningsplaner for objekt i verneklasse 2 ved St. Olavs Hospital HF og i Møre og Romsdal HF (Volda psykiatriske senter) er ikke iverksatt. Dette forventes slutført i 2014.

3.3 Øvrige styringskrav for 2013

3.3.1 Rapportering til Norsk pasientregister (NPR)

- **Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene sørge for økt kvalitet i rapporteringen til Norsk pasientregister, i tråd med informasjon som vil bli gitt i eget brev.**

Det arbeides med å oppfylle alle krav til rapportering til Norsk pasientregister.

Saken vedrørende ventelisterapportering fra radiologifeltet er en nasjonal utfordring. Den er derfor tatt opp i det nasjonale fagdirektørmøtet, og det er nå Nasjonal IKT som skal koordinere dette arbeidet.

3.3.2 Innføring av ny teknologi og metoder, vurdere LIS sin rolle i system for innføring av ny teknologi

- **Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å vurdere Legemiddelinnkjøpsarbeidets (LIS) sin rolle i system for innføring av ny teknologi og nye metoder i spesialisthelsetjenesten**

Dette blir diskutert i det nasjonale arbeidet i regi av Helsedirektoratet, hvor både HINAS og LIS er inkludert.

Hvilke rolle LIS skal ha ved innføring av nye medikamenter/medikamentformuleringer har vært drøftet i det nasjonale fagdirektørmøtet. Det er enighet om at en bør innlede en dialog om hvordan Kunnskapssenteret og Legemiddelverket inkluderer LIS og HINAS i sine metodevurderinger hva gjelder kostnader/økonomi. I tillegg må en se på hvordan de faglige nettverkene knyttet til LIS og HINAS dermed kan sees i sammenheng med, evt. koordineres med, de faggrupper som etableres under nasjonalt system for metodevurdering.

3.4 Øvrige aktuelle saker i 2013

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

Foretaksmøte 24.05.2013:

- **Foretaksmøtet ber de regionale helseforetakene om å samarbeide om forslag til et opplegg for hvordan styrene for helseforetakene, på en mer systematisk måte enn i**

dag, kan gjennomføre årlig gjennomgang av virksomheten, basert på foreliggende, sammenlignbar nasjonal statistikk.

En av styrets viktigste oppgaver er å føre tilsyn med foretakets virksomhet, og at det drives i samsvar med målene, vedtektene, styringskrav og vedtatte planer og budsjetter. Herunder ligger også styrets ansvar for å sikre god organisering av virksomheten og disponering av ledelsesressurser. En systematisk tilnærming til dette er grunnlagt i det regionale helseforetakets og helseforetaksgruppas prinsipper for god virksomhetsstyring.

Det er i denne sammenheng viktig at helseforetaksstyrene og det regionale helseforetaket som eier vurderer hvordan organisering og ledelse av virksomheten bidrar til at pasientene tilbys kvalitativt gode tjenester og at det finnes data som gir grunnlag for sammenligning på tvers av virksomhetene.

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert hvordan dette best kan ivaretas. Det er et mål å tydeliggjøre og forenkle oppdragene og rapporteringskravene som gis til helseforetakene, og en anser det som mest formålstjenlig å se til at også den overordnede ledelsesmessige organiseringen vurderes innenfor etablerte rapporteringssystemer og eksisterende indikatorer.

Styrene for de regionale helseforetakene (og de enkelte helseforetak) forelegges månedlige ledelsesrapporter. Disse rapportene omfatter en rekke indikatorer for kvalitet, aktivitet og økonomi med (på regionalt nivå) direkte sammenligninger mellom de forskjellige helseforetakene. Forskjeller som registreres i kvalitet og måloppnåelse blir, i oppfølgingen av det enkelte helseforetak, vurdert i en organisatorisk og ledelsesmessig sammenheng.

I tillegg forelegges styrene tertialvise rapporteringer som er utarbeidet for å gi samlet oversikt over tilstanden og graden av måloppnåelse i helseforetaksgruppa. Tertialrapporteringen bygger på en systematisk månedlig rapportering med omfattende krav til innhold og format. For de regionale helseforetakene omfatter den månedlige rapporteringen også rapport til Helse- og omsorgsdepartementet. Tertialrapporteringen til styret er utvidet med en rekke elementer i forhold til den månedlige rapporteringen. Rapporteringen på forhåndsdefinerte styringsmål gir det regionale helseforetaket mulighet til å følge utviklingen og analysere hva som påvirker denne.

Det er lagt til grunn at ledelsen fortløpende sikrer gode verktøy for å måle kvaliteten i tjenesten. Dette er et verktøy som skal gjøre styret og ledelsen i det enkelte foretak bedre i stand til å drive god virksomhetsstyring innenfor sine rammebetingelser. Formålet med ledelsens gjennomgang er å avdekke om virksomheten har satt de rette målene, om målene nås, om resultatene er som forventet, om det har vært alvorlig svikt på noen områder, og om det er risiko for alvorlig svikt i fremtiden. Ledelsens gjennomgang gir en systematisk tilnærming til å skaffe god oversikt over alle aspekter ved drift av et helseforetak, og vil derfor være et godt verktøy for å gi styret tilstrekkelig grunnlag til å ivareta sitt ansvar for helseforetakets systemer for risikostyring og internkontroll.

Alle de regionale helseforetakene gjennomfører oppfølgingsmøter med de underliggende helseforetakene. Møtene brukes aktivt til oppfølging av avvik fra planer og mål, herunder handlinger og virkemidler for å lukke avvik, samt på gjennomføring av det samlede styringsbudskapet gitt i styringsdokument og foretaksprotokoll til helseforetaket og vedtatt strategi.

I tillegg er det gjennom regelmessige direktørmøter en tett og løpende kontakt mellom det regionale helseforetaket og helseforetakene, samt en rekke fagnettverk på tvers av helseforetaksgruppene.

Det vises for øvrig til arbeidet med videreutvikling av de nasjonale kvalitetsindikatorerne. Det vil være hensiktsmessig at ledelsesmessige spørsmål trekkes inn i dette arbeidet. Tilsvarende gjelder det såkalte indikatorprosjektet som er gjennomført av de fire RHF-ene i fellesskap. Det har i mange år vært stor oppmerksomhet knyttet til intern effektivitet i sykehus. Indikatorer som både kan dokumentere helseforetakenes kostnadsnivå og produktivitet på ulike tjenesteområder, og ikke minst indikatorer som kan peke på områder hvor det er mulig å sette inn tiltak, har vært etterspurt. De regionale helseforetakene har i foretaksmøter fått i oppdrag å utrede slike indikatorer, og levert rapporter om temaet. Det vises bl.a. til rapportering på dette i punkt 3.1.4.

Foretaksmøte 27.09.2013:

- **Foretaksmøtet ber de regionale helseforetakene i fellesskap gjennomføre idéfase for etablering av regionale protonsentre, lokalisert i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø. Foretaksmøte ber Helse Vest lede arbeidet med bidrag fra de andre regionale helseforetakene. Frist for oppdraget settes til 1.desember 2014.**

Rapporten «Planlegging av norsk senter for partikkelterapi» ble utarbeidet av Helse Vest RHF i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Denne var ferdig 15. juni 2013. Det var nødvendig med en fornyet gjennomgang av behandlingsindikasjoner, og en grundig statuskartlegging av hva som skjer teknologisk i et raskt forandrende fagfelt. Kostnader ved opprettelse av tre mindre partikkelsentre er estimert til 1,5 mrd. kroner. Sannsynlig oppstart er i slutten av 2017. Det er opprettet en arbeidsgruppe for videre planlegging, og Helse Midt-Norge er representert i denne.

Foretaksmøte 20.10.2013:

- **Omdanning av Rusbehandling Midt-Norge HF:**
 1. Foretaksmøtet godkjenner, ut fra sak 83/12 og sak 55/13 med tilhørende vedtak i styret i Helse Midt-Norge RHF, at Rusbehandling Midt-Norge HF avvikles ved årsskiftet 2013/2014 og integreres med den øvrige spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge.
 2. Det legges til grunn at Helse Midt-Norge RHF tilrettelegger sine fremtidige tjenester innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i helseregionen på en slik måte at sørge-for ansvaret blir ivaretatt.
 3. Det forutsettes at avviklingen av Rusbehandling Midt-Norge HF håndteres i henhold til gjeldende bestemmelser om virksomhetsoverdragelse og at ansattes rettigheter blir ivaretatt på en tilfredsstillende måte.

Overføringen av all aktivitet fra Rusbehandling Midt-Norge HF ble gjennomført ved årsskifte 2013/2014. Avviklingsstyre er oppnevnt og antas sluttført med sletting av selskapet i mai 2014.

Ansvaret for tverrfaglig spesialisert behandling er overført St. Olavs Hospital HF, Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF. TSB er omtalt i styringsdokumentene og vil bli fulgt opp særskilt gjennom 2014. For å sikre forvaltning av avtaler med private institusjoner og god utnyttelse av regionale behandlingsopplegg er ansvaret for regional

pasientkoordinering lagt til St. Olavs Hospital HF. Evaluering av effekten av omdanningen er planlagt gjennomført 2015.

Ansattes rettigheter har vært ivaretatt i forståelse med ansattes organisasjoner. Med unntak av et fåtall personer i ledende stillinger har alle ansatte fått videreført stillingsbeskrivelse, lønn og andre rettigheter uten endringer. Alle ledende administrativt ansatte som ikke kunne få videreført sine gamle arbeidsoppgaver har fått nye arbeidsoppgaver i foretaksgruppa.

- **Salg av Åsebøen 7 ved Ålesund sjukehus.**

Foretaksmøtet vedtok:

1. Foretaksmøtet godkjenner, ut fra sak 66/13 med tilhørende vedtak i styret for Helse Midt-Norge RHF, salg av Åsebøen 7, gnr. 50, bnr. 966 i Ålesund kommune.
2. Frigjorte midler ved salget skal benyttes til nedbetaling av gjeld eller investeringer i varige verdier.
3. Foretaksmøtet presiserer at ved vurderingen av resultatoppnåelse i Helse Midt-Norge RHF vil en se hen til engangseffekter som gevinst eller tap fra salg av eiendom.
4. Foretaksmøtet legger til grunn at salget vil inngå i departementets samlede vurderinger av Helse Midt-Norge RHF sitt framtidige behov for langsiktige lån.
5. Foretaksmøtet legger til grunn at Helse Midt-Norge RHF sørger for at salg av personalboliger gjøres på en måte som ivaretar hensynet til ansatte på en tilfredsstillende måte.

Saken ble behandlet i foretaksmøte for Helse Møre og Romsdal HF 20.12.2013 og salget er gjennomført i tråd med føringer i foretaksmøtet.

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 2012 var den samlede befolkningen på ca. 688 000 innbyggere. Bosettingsmønsteret er spredt i regionen, men kommunikasjonene er gode. Mange av de store øyene er knyttet til fastlandet og stadig færre er avhengig av fergeforbindelser.

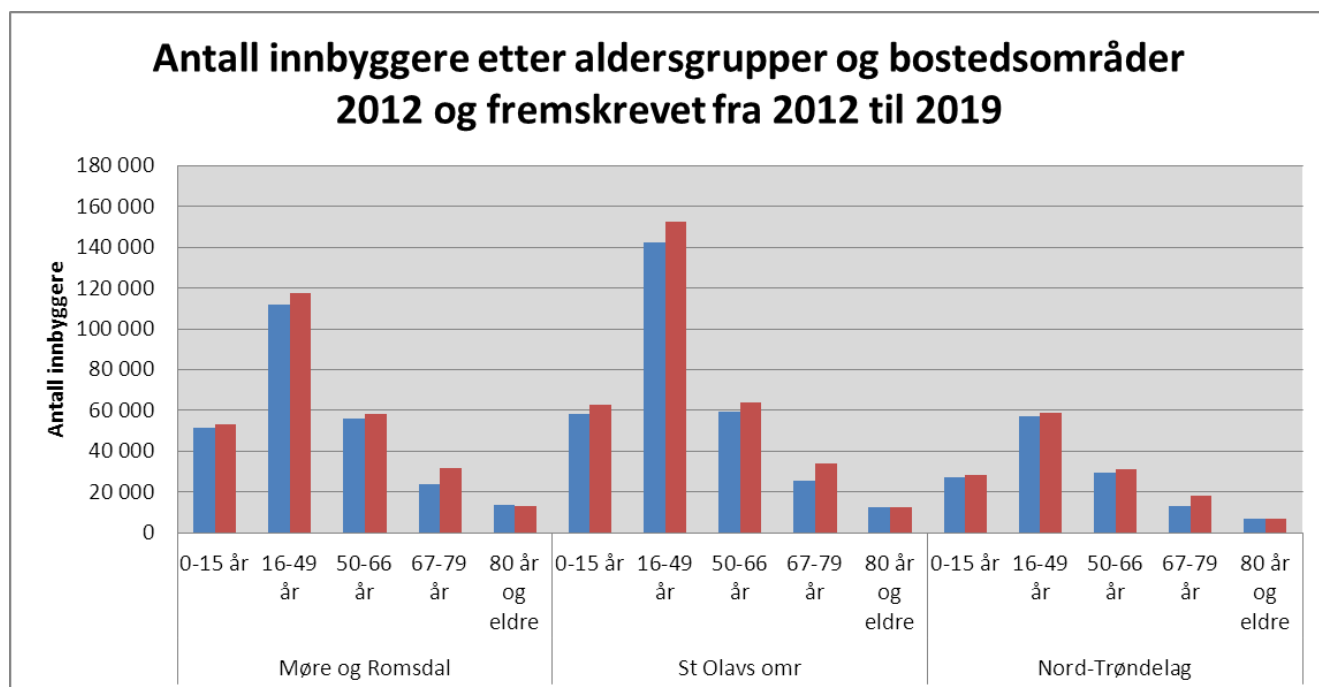
Helse- og omsorgstjenesten i kommunene er viktige samhandlingspartnere for spesialisthelsetjenesten, og samhandlingsreformen bidrar til å gjøre dette samarbeidet tettere. Antallet kommuner i regionen og antall innbyggere i kommunene har betydning for utviklingen av dette samarbeidet. Tabell 4.1 viser at 49 av 84 kommuner i Helse Midt-Norge har færre enn 5 000 innbyggere.

Tabell 4.1 *Kommunene i Midt-Norge etter folketall per foretaksområde.*

Bostedsområder	Befolkning per januar 2012	Antall kommuner etter folketall					Antall kommuner totalt
		0-1999	2000-4999	5000-9999	10000-19999	20000+	
Møre og Romsdal bostedsområde	254 540	5	12	14	1	3	35
St. Olavs Hospital bostedsområde	298 031	3	10	7	3	1	24
Nord-Trøndelag bostedsområde	135 397	8	11	1	3	2	25
Sum Helse Midt-Norge	687 968	16	33	22	7	6	84

Fram til 2019 forventes det relativt små endringer i befolkningen samlet sett i regionen. Figur 4.1 viser befolkningen fremskrevet fra 2012 til 2019 i fem aldersgrupper for de tre

bostedsområdene i Helse Midt-Norge. Framskrivningen er basert på Statistisk Sentralbyrås (SSBs) “middels nasjonal vekst”.

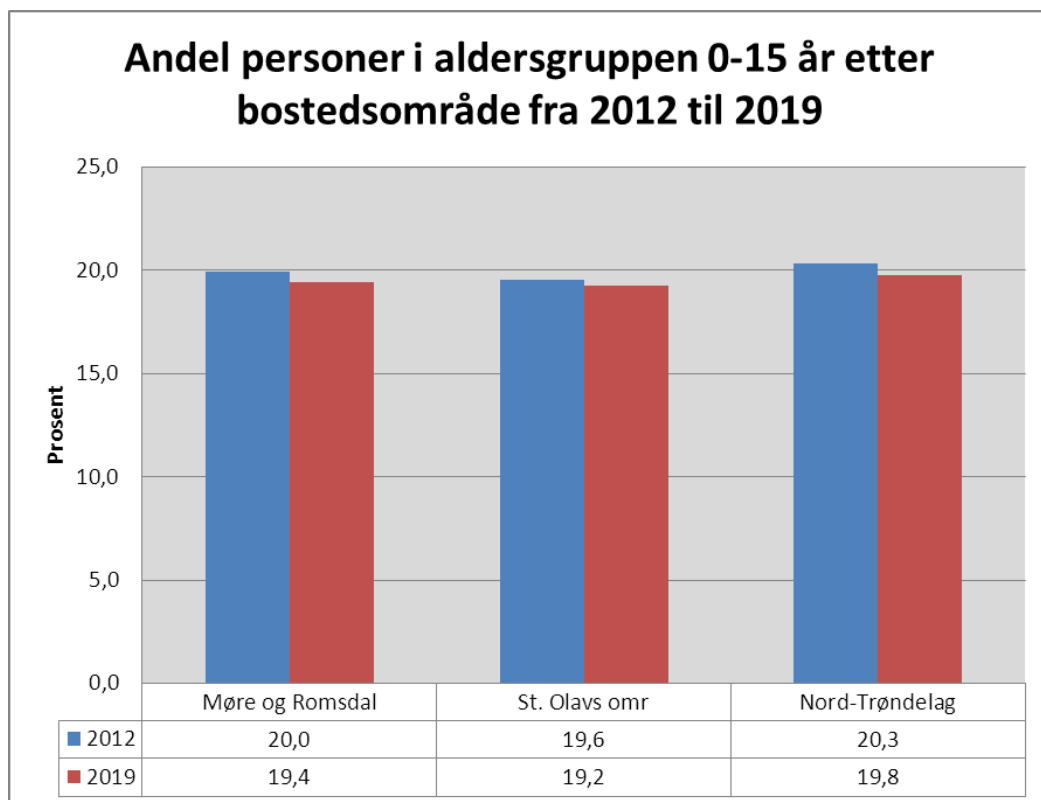


Figur 4.1 *Befolkningen i Helse Midt-Norge i 2012 og fremskrevet fra 2012 til 2019 etter aldersgrupper og bostedsområder*

For alle bostedsområder er det spesielt aldersgruppene 67-79 år som har den høyeste prosentvise veksten fra 2012 til 2019 (mellom 34 og 35 prosent), men økningen i antall innbyggere er også betydelig for den største aldersgruppa 16-49 år.

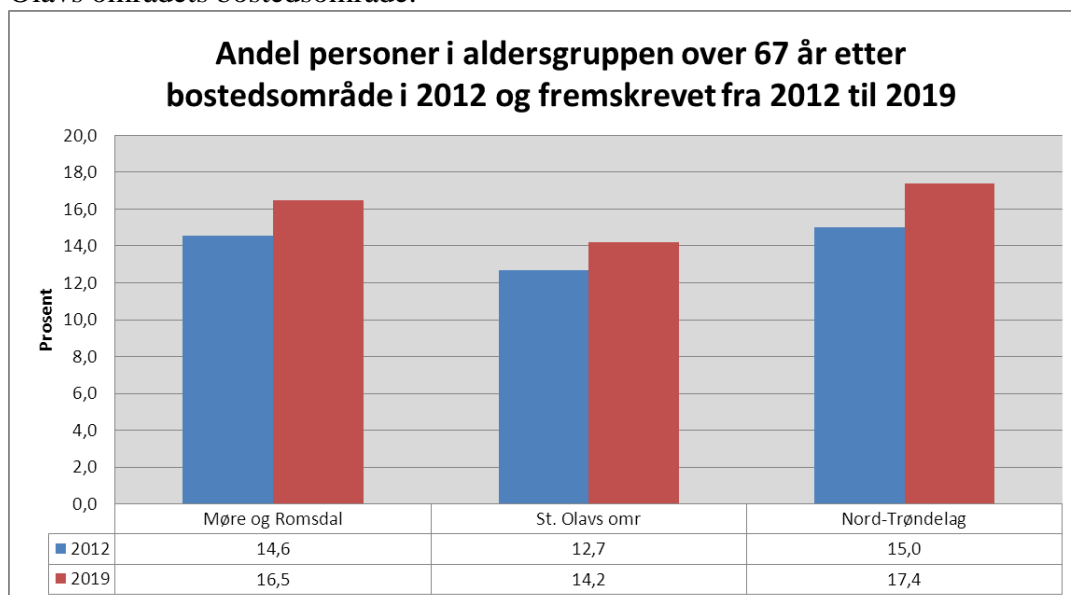
For innbyggere eldre enn 80 år er det en nedgang i befolkningstallet fra 2012 til 2019. Nedgangen er på omtrent to prosent. Det er en viss sentraliserende tendens i utviklingen i den forstand at den prosentvise veksten for aldersgruppene under 67 år er høyest i St. Olavs bostedsområde. Samlet sett er det en vekst på åtte prosent i Helse Midt-Norges befolkning fra 2012 til 2019, noe som gir en årlig vekst på om lag en prosent. Det er imidlertid en dreining i retning av at aldersgruppa 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. Siden forbruksratene² i somatisk sektor er høyere for de eldste pasientgruppene betyr denne dreiningen at veksten i antall sykehusinnleggelser vil bli betydelig høyere enn det veksten i befolkningen samlet sett tilsier dersom forbruksratene er på samme nivå som i 2011. I figur 4.2 og 4.3 er dette illustrert ved å presentere andelen av befolkningen som tilhører henholdsvis aldersgruppa 0-15 år og 67 år og eldre i 2012 og fremskrevet til 2019.

² Forbruksrater er antall sykehusopphold per 1000 innbyggere. For somatisk behandling øker disse forbruksratene med økende alder i befolkningen., mens det for psykisk helsevern og rusbehandling er det imidlertid ikke samme sammenheng mellom alder og forbruk av spesialisthelsetjenester.



Figur 4.2 Andel i aldersgruppa 0-15 år i 2012 og fremskrevet fra 2012 til 2019 etter bostedsområder

Alle bostedsområdene får en nedgang i denne aldersgruppa, men nedgangen er lavest i St. Olavs områdets bostedsområde.



Figur 4.3 Andel i aldersgruppa over 67 år i 2012 og fremskrevet fra 2012 til 2019 etter bostedsområde.

Figur 4.3 viser at alle de tre bostedsområdene i Helse Midt-Norge forventes å få en økning i andelen eldre innbyggere perioden 2012-2019. Økningen er lavest i St. Olavs-områdets bostedsområde. 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 4.2 og 4.3 presenteres en oversikt over hvordan forventet antall sykehusopphold og polikliniske konsultasjoner for regionen blir i 2019, når forbruket innenfor aldersgruppene er lik nivået i 2011.

Tabell 4.2 Forventet antall sykehusopphold (døgnopphold) i 2019 og prosentvis endring fra 2011 til 2019 med forbruksrater lik nivået i 2011.

Aldersgruppe	Antall sykehusopphold 2011	Antall sykehusopphold 2019	Endring i antall sykehusopphold	Pst. endring 2011-2019
0-15 år	16 969	17 885	916	5,4 %
16-49 år	33 880	35 743	1 863	5,5 %
50-66 år	25 027	26 479	1 452	5,8 %
67-79 år	21 976	29 470	7 494	34,1 %
80 år +	19 447	19 175	-272	-1,4 %
Sum	117 299	128 752	11 453	9,8 %

Tabell 4.3 Forventet antall polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger i 2019 og prosentvis endring fra 2011 til 2019 med forbruksrater lik nivået i 2011.

Aldersgruppe	Antall polikliniske konsultasjoner 2011	Antall polikliniske konsultasjoner 2019	Endring i antall polikliniske konsultasjoner	Pst. endring 2011-2019
0-15 år	86 856	91 546	4 690	5,4 %
16-49 år	297 431	313 790	16 359	5,5 %
50-66 år	234 192	247 775	13 583	5,8 %
67-79 år	151 856	203 639	51 783	34,1 %
80 år +	66 453	65 523	-930	-1,4 %
Sum	836 788	922 273	85 485	10,2 %

Tabellene viser at det kan forventes en økning på rundt 11 400 sykehusopphold (døgnopphold) og 85 500 polikliniske konsultasjoner fra 2011 til 2019 dersom forbruksratene innenfor pasientgruppene holdes på 2011-nivå. Dette gir en samlet vekst i perioden på omlag 10 prosent eller 1,25 prosent per år. Dette betyr at veksten i opphold og konsultasjoner per år blir større enn veksten i den samlede befolkningen i perioden (ca. én prosent per år). Framskrivningen per bostedsområde vil variere når det gjelder forskjellene i befolknings-sammensetning som er beskrevet ovenfor.

Dersom forbruksratene for de eldste pasientene øker fra 2011-nivået, fører dette til en ytterligere økning i forbruket av spesialisthelsetjenester enn det som er presentert i tabellene 4.2 og 4.3. Det vil derfor være 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, må man samarbeide 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.

For psykisk helsevern er det vanskeligere å beregne forventet forbruk, da det er mer begrensede datagrunnlag for å kunne beregne forbruksrater i ulike aldersgrupper. Dersom det

tas utgangspunkt i aldersgruppa 0-17 år, så øker befolkningstallet med 4,4 prosent. Tilsvarende tall for aldersgruppa 18 år og over er 8,8 prosent. Dersom forbruksnivået holder seg på dagens nivå kan det forventes en økning i fremtidig aktivitet som er noenlunde lik befolkningsøkningen i de to gruppene. For psykisk helsevern for barn og unge betyr dette årlig vekst på om lag 0,6 prosent, mens det for voksne betyr en årlig vekst på om lag 1,1 prosent.

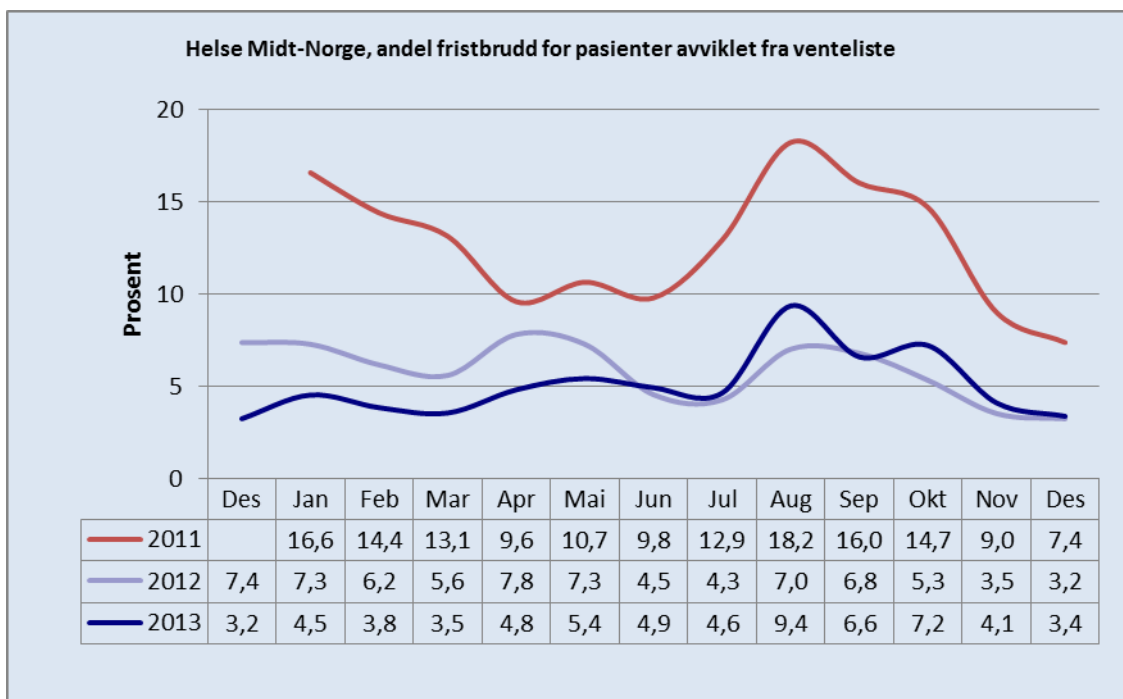
Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er hovedtyngden av pasientene som behandles eldre enn 17 år (jf. Lilleeng, 2007). I perioden 2011-2019 forventes en befolkningsvekst tilsvarende omtrent 8,8 prosent for denne aldersgruppa, eller om lag 1,1 prosent per år. Dersom forbruksnivået holder seg på dagens nivå kan det forventes en økning i fremtidig aktivitet som er noenlunde lik befolkningsøkningen. I Statsbudsjettet 2014 legges det føringer for en ytterligere opptrapping ved at veksten innenfor rusbehandling og psykisk helsevern skal være sterkere enn veksten innenfor somatisk behandling. Dette skal gjenspeiles gjennom flere tiltak. For rusbehandling skal det etableres flere plasser gjennom kjøp fra private ideelle virksomheter, mens veksten innenfor psykisk helsevern skal skje gjennom økt kapasitet ved de distriktspyskiatriske sentra (DPS) og innenfor psykisk helsevern for barn og unge.

Det ligger også klare føringer fra den nye regjeringen på økt bruk av private for å utnytte kapasiteten i spesialisthelsetjenesten. Veksten i bruk av private skal skje først og fremst innenfor psykisk helsevern, rus og rehabilitering, men også til økt kjøp av MR-undersøkelser. Det stilles krav om at de regionale helseforetakene i større grad gjør bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetidene på en kostnadseffektiv måte. Gjennom innføringen av fritt behandlingsvalg, vil man kunne se for seg en ytterligere vekst av private aktører i spesialisthelsetjenesten. Dette vil stille krav om en mer aktiv bruk av denne kapasiteten for å unngå unødig venting for pasienter som trenger behandling. En konsekvens av dette vil være at helseforetakene må effektiviseres ytterligere eller bygge ned kapasitet. Uten tilførsel av friske midler, vil en økning av privat aktivitet kunne gå på bekostning av finansiering av offentlig aktivitet.

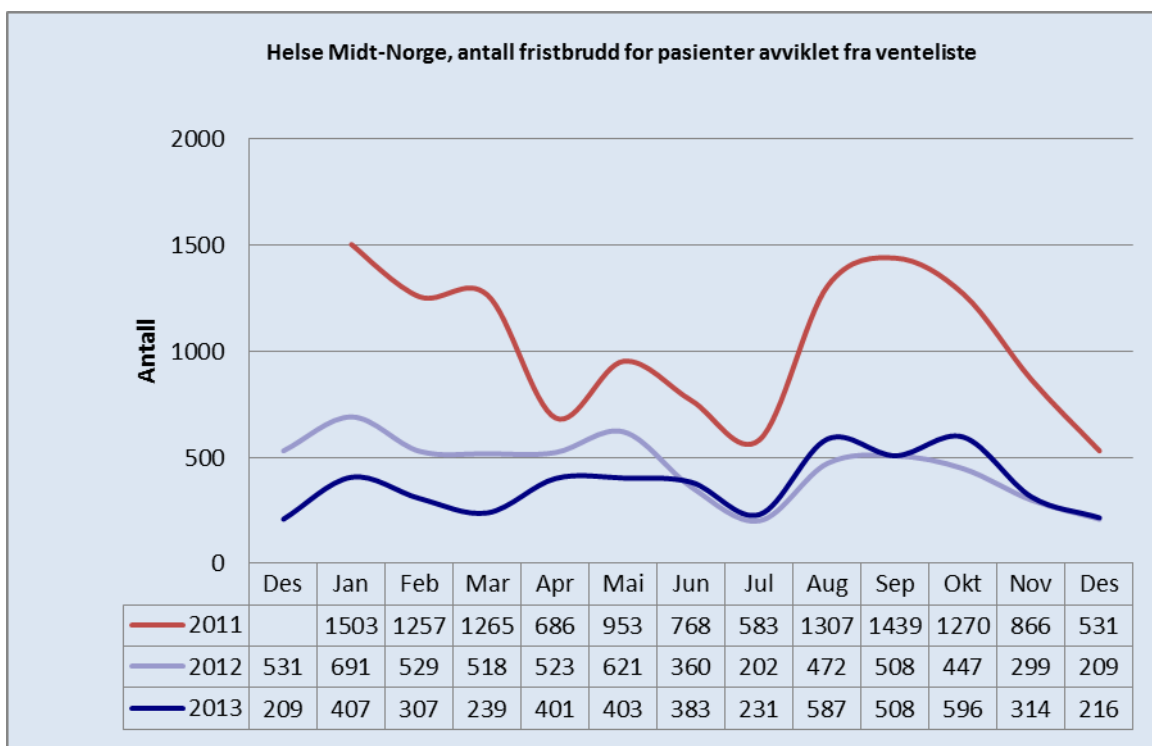
Fristbrudd og ventetider

Det er et sentralt mål for Helse Midt-Norge at fristbrudd ikke skal forekomme og at ventetiden til behandling skal være innenfor de nasjonale normene. I 2013 har det vært et mål at gjennomsnittlig ventetid skal være lavere enn 65 dager.

Figur 4.4 og 4.5 viser hvordan utviklingen innen henholdsvis andel og antall fristbrudd har vært i årene 2011-2013.



Figur 4.4 Utviklingen i andel fristbrudd for pasienter avviklet fra venteliste i Helse Midt-Norge i 2011-2013. (Kilde: NPR – månedlig venteliste-statistikk)

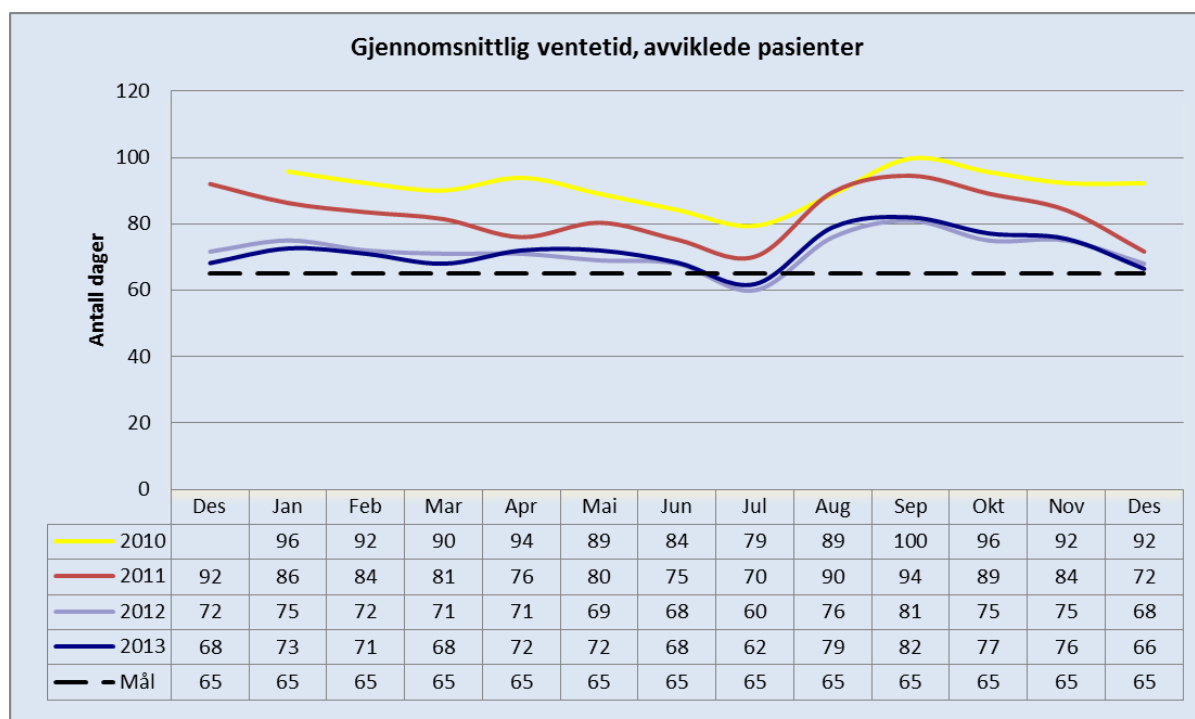


Figur 4.5 Utviklingen i antall fristbrudd for pasienter avviklet fra venteliste i Helse Midt-Norge i 2011-2013. (Kilde: NPR – månedlig venteliste-statistikk)

Figurene viser at både antall og andel fristbrudd frem til juni 2013 ligger lavere enn tilsvarende periode i 2012. Siste halvår i 2013 var tendensen at disse indikatorene lå på eller over nivået i 2012. Dette kan bety at man har nådd et nivå der det er mer utfordrende å forbedre seg. Figurene viser også at målet om null fristbrudd ved utgangen av 2013 ikke ble

innfridd. Dette er et krevende mål, men det er et tydelig behov for tettere oppfølging av kommende fristbrudd på klinikkene dersom man skal komme nærmere målet.

Det jobbes også målrettet med å redusere ventetidene ved helseforetakene i Helse Midt-Norge. Figur 4.6 viser utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i perioden fra 2010 til og med 2013. Ventetider for somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern (voksne og barn/unge) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er inkludert i tallene. Som for fristbrudd er det en tendens til at ventetidene øker etter sommerferien, men i motsetning til foregående år er ventetiden omtrent den samme for 2012 og 2013. Tendensen er at man har kort ventetid om sommeren og frem mot nyttår. Dette er perioder med høy andel øyeblikkelig hjelp, der man ikke avvikler mange på ventelister. Gjennomsnittlig ventetid gjennom hele 2013 var på 73 dager.



Figur 4.6 Utvikling i gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i Helse Midt-Norge, per måned fra 2010 til 2012. (Kilde: NPR, Månedlig ventelistedata)

Oppsummering

For Helse Midt-Norge ser behovet for helsetjenester innen somatisk sektor ut til å øke mer enn den generelle befolkningsøkningen skulle tilsi. Dette skyldes en endring i retning av at det blir en høyere andel eldre i årene fremover, og at de eldre har et betydelig høyere forbruk av sykehustjenester enn de yngste befolkningsgruppene. 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 er gjeldende for rusbehandlingen. Samtidig vet vi at Helse Midt-Norge har et betydelig lavere forbruk av spesialisthelsetjenester enn andre regioner, spesielt for psykisk helsevern for barn og unge og rusbehandling. Dersom dette uttrykker reelle forskjeller når det gjelder behov, vil det være nødvendig med en vekst som er høyere enn befolkningsveksten i de nærmeste årene. Prioriteringssignaler fra HOD trekker også i samme retning.

Trenden med at befolkningen får en voksende andel eldre starter i denne langtidsperioden (fram til 2019). Den store endringen på dette feltet kommer rundt 2025. 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 i tida fremover 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 ennå ikke nådd målet om å fjerne alle fristbrudd, og den positive utviklingen i de tidligere år er ikke lenger synlig. Situasjonen er tilnærmet lik 2012. Det er derfor viktig at det settes krefter inn på avvikling av fristbrudd. Tilsvarende bilde gjelder for ventetider, og helseforetakene må redusere gjennomsnittlig ventetid i 2014 med 8 dager for å nå målet om lavere enn 65 dager gjennomsnittlig ventetid.

4.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger

Det er gjennom god styring og god drift at helseforetakene legger grunnlaget for en bærekraftig utvikling og bedring av behandlingstilbudet. Økonomisk kontroll er viktig for stabil og forutsigbar drift, utvikling av pasientbehandlingen og handlingsrom til nye investeringer. Økonomisk kontroll er helt nødvendig, både for å kunne nå faglige mål og for å kunne gjennomføre de investeringsplaner som er lagt gjennom vår langtidsplan og -budsjett.

Helse Midt-Norge har i 2014 inntekter på vel 19 mrd. kroner. Det regionale styret har vedtatt et samlet krav til resultat for foretaksgruppa på 534,8 mill. kroner hvorav 455 mill. kroner er knyttet til investeringer. I helseforetakenes resultatkrav er det lagt til grunn behov for løpende investeringer i medisinteknisk utstyr, bygningsmessige tiltak knyttet til HMS og egenkapitalinnskudd KLP. I tillegg er det lagt inn krav til sparing.

Foretaksgruppa står foran store investeringer i årene fremover. Gjeldende investeringsregime forutsetter at foretaksgruppa på egen hånd er i stand til å generere likviditet fra drift for helt eller delvis å finansiere investeringene. Det er derfor avgjørende å kunne opparbeide tilstrekkelig likviditet i forkant.

Vedtatt investeringsbudsjett for 2014 er på om lag 1 milliard kroner.

Det er i 2014 lagt til rette for en vekst i pasientbehandlingen innenfor ISF-aktivitet på 1,6 pst. over anslått nivå for 2013. Dette representerer en vekst i DRG-poeng på 2,2 pst. målt mot bestilling 2013. Innenfor poliklinisk virksomhet psykisk helsevern og rusbehandling er det i budsjettet lagt til rette for en vekst på 6,0 pst. fra anslått nivå for 2013. Oppdragsdokumentet for 2014 stiller krav om at de regionale helseforetakene i større grad gjør bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetidene på en kostnadseffektiv måte. Samtidig skal rusbehandling og psykisk helsevern hver for seg ha en årlig vekst som er høyere enn somatikk.

4.1.3 Personell og kompetanse

Det legges ned en betydelig innsats på alle nivåer i foretaksgruppa for å få et helhetlig bilde av utfordringene innen kompetanse og kapasitet. Likevel har ingen foretak, unntatt Ambulanse Midt-Norge, lykkes med å etablere en helhetlig kompetanseplan som identifiserer de mest sårbare fagmiljøene, verken totalt for foretaket eller i for legegruppa. Dette gir en betydelig risiko både når det gjelder kvaliteten på fremtidig tjenestetilbud, men også for å kunne tilby likeverdige og effektive helsetjenester i hele regionen.

Helse Midt-Norge vil i første omgang prioritere å få oversikt over legegruppa, både fordi den representerer en virksomhetskritisk kompetanse og fordi utdanningsløpene er svært lange. Metodikken for analyser bør så videreutvikles og etableres som en gjennomgående og helhetlig standard som kan brukes på ulike nivåer i foretaksgruppa. Et slikt utviklingsløp bør koordineres også nasjonalt, mellom regionene.

Parallelt med å utvikle bedre metoder for å analysere behov for kompetanse og kapasitet, må foretaksgruppa styrke arbeidet med å rekruttere, beholde og videreutvikle medarbeidere. Tiltak bør prioriteres mot de grupper som er identifisert som de mest sårbare på kort og lang sikt. Det bør etableres en gjennomgående metodikk for kompetanseplaner i foretaksgruppa slik at foretaksvisse planer kan nyttiggjøres både i nasjonale og regionale prosesser der behov skal dekkes. I dette arbeidet er det behov for å etablere standardiserte prosesser for medarbeiderutvikling på laveste nivå, som støttes av et kompetansesystem. Å videreutvikle arbeidsmiljøet vil være en viktig faktor i dette arbeidet, både for å rekruttere og beholde medarbeidere, men også for å redusere fravær og frafall.

For å nå Helse Midt-Norges overordnede mål om «Rett kompetanse på rett sted til rett tid» kreves det videre at planleggingen av bemanningen kobles tettere sammen med planlegging av aktiviteten. Aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging er derfor en viktig forutsetning for å bedre pasientsikkerhet og dokumentert kvalitet, men også for sikre effektive arbeidsprosesser og pasientforløp.

Parallelt med dette arbeidet, ønsker Helse Midt-Norge å systematisere og styrke samarbeidet med utdanningssektoren. Dette samarbeidet må bygge på et bedre kunnskapsgrunnlag om både spesialisthelsetjenesten og hele helsetjenestens fremtidige behov for kompetanse. I løpet av 2014 vil Helse Midt-Norge etablere en overordnet strategi for utdanning og kompetanse.

4.1.4 Bygningskapital – status og utfordringer

Omfang

Helse Midt-Norge har en samlet eiendomsmasse på omlag 700.000 kvm, hvorav snaut 600.000 kvm til formålsbygg. Bokført verdi av bygg i eget eie er pr. 31.12.2013 om lag 11,6 mrd. kroner.

Teknisk tilstand

Eiendomsmassen har varierende kvalitet. Deler av eiendomsmassen er preget av manglende vedlikehold over år og manglende tilpasning til endrede brukskrav. Det ble gjennomført en kartlegging og vurdering av den tekniske tilstanden i 2012. 60 pst. av bygningsmassen anses å ha en meget god eller god/tilfredsstillende teknisk standard. Omlag 1/3 del av bygningsmassen vurderes som utilfredsstillende og 3 pst. vurderes som veldig dårlig.

Estimert teknisk oppgraderingsbehov er fordelt i to kategorier, hvor:

- omlag 1,7 mrd. kroner utgjør det primære behovet for kommende 5- års periode.
- omlag 2,6 mrd. kroner utgjør behovet for ytterligere oppgradering for at bygningsmassen skal få en gjennomgående tilfredsstillende tilstand.

Oppgraderingsbehovet omfatter ikke funksjonelle forhold som manglende egnethet grunnet endrede funksjonskrav.

Investeringsbehov

Det foreligger per dags dato ingen samlet oversikt over investeringsbehov i Helse Midt-Norge. Vi viser imidlertid til utviklingsplanen i Helse Nord-Trøndelag HF av 2013, forarbeider til utviklingsplanen i Helse Møre og Romsdal HF av 2012, utredninger vedrørende nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal av 2010 og oversikt over investeringsbehov ved St. Olavs Hospital HF av 2012. Ut fra disse er samlet investeringsbehov i foretaksgruppa beregnet til mellom 7,5 – 9 mrd. kroner.

Helse Møre og Romsdal HF:

Det er iverksatt planarbeid for nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal. I inneværende år forutsettes avklart valg av tomt og hvilke oppgaver sykehuset skal ivareta, herunder oppgavefordelingen mellom nytt sykehus og Ålesund sjukehus. Avklaring av tomtevalg skjer gjennom en kommuneplanprosess i de tre aktuelle vertskommunene; Molde, Gjemnes og Kristiansund. Sykehuset sine oppgaver forutsettes utredet i forbindelse med slutføringen av utviklingsplanarbeidet i Helse Møre og Romsdal HF. I den sammenheng vil det også bli gjennomført en foreløpig vurdering av sykehusets størrelse, investerings- og driftskostnader og helseforetakets bæreevne. I tillegg utarbeides en mulig fremdriftsplan for det videre arbeidet. Det forutsettes at saken behandles av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøte, jf. lov om helseforetak § 30.

Tidligere utredninger vedr. nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal av 2010 anslår investeringsbehovet i et nytt sykehus til erstatning for sykehusene i Molde, Kristiansund og på Hjelset å være 3985 mill. kroner. Dette inkluderer også nødvendige tiltak på eksisterende sykehus i Nordmøre- og Romsdal (jf. sak 91/2010 Nytt sykehus NMR).

I tillegg kommer nødvendige tiltak i sykehusene på Sunnmøre i størrelsesorden 1 mrd. kroner.

Helse Nord-Trøndelag HF:

Totalt viser utviklingsplanen et investeringsbehov på 982 mill. kroner fordelt på 597 mill. kroner i Levanger og 331 mill. kroner i Namsos.

St. Olavs Hospital HF:

St. Olavs Hospital HF har utarbeidet en egen utviklingsplan for psykisk helsevern. Investeringsbehovet er anslått til 1,2 – 1,4 mrd. kroner avhengig av valgte løsninger for det tidligere vedtatte psykiatrisenteret på Øya. Styret for Helse Midt-Norge RHF har gitt sin tilslutning til at planlegging og bygging av ny akuttavdeling, midlertidig plassert i bygg for spesialposter/langtidspleie på Østmarka, gis prioritet. Kostnadene forbundet med nevnte bygg er anslått til 238,6 mill. kroner. Konseptrapport med kostnadsoverslag vil foreligge høsten 2014. Mulig ferdigstilling vil være i 2017.

Ny sikkerhetsavdeling på Østmarka forutsettes finansiert ved salg av Brøset. Forhandlinger er innledet med Trondheim kommune. Kostnadene er anslått til 380,7 mill. kroner. Mulig ferdigstilling vil være i 2018.

Nytt psykiatrisenter på Øya er vurdert å koste 454 – 635,2 mill. kroner avhengig av valgt løsning. Det kan være aktuelt å legge universitetsfunksjoner til psykiatrisenteret og kostnadene forbundet med dette vil komme i tillegg. St. Olavs Hospital HF ser for seg at psykiatrisenteret kommer etter 2018.

Totalt har St. Olavs Hospital HF et investeringsbehov på om lag 3,2 mrd. kroner hvorav 1,2-1,4 mrd. kroner er knyttet til psykisk helsevern og resterende beløp til øvrig virksomhet.

Klassifikasjonssystemet

For å bedre oversikt over arealbruk og mulighetene for systematisk sammenstilling av areal- og produksjonsdata har Helse- og omsorgsdepartementet bedt om at en gjennomfører en systematisk arealregistrering i henhold til et felles klassifikasjonssystem og etablering av en nasjonal database. Dette arbeidet er igangsatt og ble sluttført i 2013. I 2014 vil en ajourføre data og sørge for at de blir lagt inn i den nasjonale databasen.

Ytre miljø

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 innen utgangen av 2014 gjennomføre miljøsertifisering av helseforetakene i henhold til ISO 14001. I 2013 er St. Olavs Hospital HF og HEMIT miljøsertifisert. Arbeidet med miljøsertifisering av den øvrige virksomheten er godt i gang og det forventes at alle foretak er miljøsertifisert i 2014. For øvrig vil en rekke tiltak bli fulgt opp innenfor områdene avfall, transport, bygg og miljø, legemiddelforsyning og innkjøp.

På regionalt nivå er det utarbeidet handlingsprogram mht. avfall og energi og det vedtatt en strategisk plan for energibruk. Det er avsatt og disponert 10 mill. kroner 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. kroner.

Nasjonal organisering

Departementet ønsker bedre samordning av eiendomsvirksomheten innenfor spesialisthelsetjenesten og ba i foretaksmøtet 7. januar 2014 om at de regionale helseforetakene under ledelse av Helse Midt-Norge RHF, etablerer et felles eid helseforetak for samordning innenfor eiendomsområdet i løpet av 2014. Det felles eide helseforetaket skal ha ansvar for oppgaver innen analyse, systematisering og formidling av kompetanse og erfaringer, samt rådgivning og byggherrefunksjoner ved gjennomføring av investeringsprosjekter. Helseforetaket skal ha en desentralisert organisasjonsmodell med hovedkontor i Trondheim.

Dette arbeidet er igangsatt.

4.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer

Strategi 2020 er Helse Midt-Norges strategiske fundament for utviklingen av likeverdige og framtidsrettede spesialisthelsetjenester for befolkningen. Strategien skal være førende for øvrige strategier og handlingsplaner i foretaksgruppa, og skal understøttes av Helse Midt-Norges langtidspaner, - budsjetter, årlige styringsdokumenter mv. Det er lagt opp til en regelmessig rullering av strategien for å sikre at ny kunnskap, nye krav fra staten og andre rammebetingelser blir ivaretatt og tatt hensyn til. En ajourført Strategi 2020 ble vedtatt av styret for Helse Midt-Norge RHF i desember 2013.

Strategi 2020 er gjennom sist rullering spisset gjennom strategiene «**Bedre pasientsikkerhet og kvalitet**» og «**Effektivisere driften for å sikre økonomisk handlingsrom**».

Et systematisk arbeid med der oppmerksomheten er rettet mot å bedre pasientsikkerhet og kvalitet er vesentlig for å lykkes med å nå hovedmålene i Strategi 2020. Dette betinger en grunnleggende god økonomisk drift og bæreevne i foretaksgruppa. Økonomisk kontroll er viktig for en stabil og forutsigbar drift, utvikle pasientbehandlingen og sørge for handlingsrom til nye investeringer. For å frigjøre midler til dette kreves det fortsatt effektivisering i foretaksgruppa.

Styring og kontroll med ressursbruken er en forutsetning for å sikre bedre pasientsikkerhet og kvalitet og vice versa. En likeverdig vektlegging av disse områdene er en forutsetning for riktige faglige prioriteringer og høy kvalitet på pasientbehandlingen.

For å realisere disse strategiene trengs det å jobbe med tiltak innenfor en rekke områder. Tiltakene som velges må både understøtte arbeidet med pasientsikkerhet/kvalitet og økonomisk bærekraft. Strategiene skal realiseres gjennom bl.a.:

- Standardisering og effektivisering av pasientforløp og arbeidsprosesser støttet av hensiktsmessige IKT-løsninger
- Systematisk arbeid med helse, miljø og sikkerhet
- Bedre samhandling mellom enheter og nivåer i helsetjenesten
- Videreutvikle tverrfaglige, kompetente og bærekraftige fagmiljøer
- Ta i bruk pasientens egne ressurser

Operasjonalisering av Strategi 2020 gjennom programmer

For å bidra til at foretaksgruppa når hovedmålsettingene i Strategi 2020 og oppfyller styringsbudskapet både fra eier og eget styre er programorganisering valgt som organisatorisk virkemiddel. Strategiene operasjonaliseres gjennom tre hovedprogrammer med tilhørende prosjekter:

- Program for gjennomføring av IKT Strategi og IKT Handlingsplan i Helse Midt-Norge.
- Program for kvalitet og pasientsikkerhet
- Program for effektivisering og virksomhetsutvikling

Program for gjennomføring av IKT Strategi og IKT handlingsplan (eHelse)

Gode IKT-systemer er viktige verktøy for å bedre pasientsikkerhet, effektivitet og samhandling. I Helse Midt-Norges IKT-strategi og handlingsplan 2013–2018 vektlegges sammenhengen mellom kjerneaktiviteten i sykehusene og utvikling av virksomheten. Helse Midt-Norge står foran en historisk satsing på eHelse.

Det viktigste tiltaket i handlingsplanen er skifte av pasientadministrative system og elektronisk pasientjournal (PAS/EPJ). Skifte av disse systemene er planlagt gjennomført i perioden 2014 – 2019. Dette er en krevende øvelse og vår ambisjon er at systemene skal gi beslutningsstøtte, god dokumentasjon, trygg informasjonsdeling og sette pasienten i sentrum.

Styret vedtok i 2013 dette som en regional satsning på Én innbygger – én journal, sammen med kommuner og primærleger i Midt-Norge. En viktig målsetning i samarbeidet vil være at ny PAS/EPJ skal bidra til bedre sammenheng i helsetjenesten på tvers av omsorgsnivåene, gjennom deling av informasjon og deling av planer for utredning og behandling. Helse Midt-Norge vil bygge videre på arbeidet med standardiserte pasientforløp.

Nytt PAS/EPJ er, ved siden av anskaffelse av ny logistikk- og økonomiløsning i Helse Midt-Norge (HMN LØ), det største løftet på IKT-området i planperioden.

Program for kvalitet og pasientsikkerhet

Helseforetakene er i gang med en rekke tiltak som har som formål å bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen har blitt fulgt opp i alle helseforetakene og det er stor aktivitet på mange enkeltområder for å bedre pasientsikkerheten. Det vil nå være en overgangsfase hvor fokuset skal gå over fra en aksjonspreget kampanje til en mer varig kulturendring hvor pasientsikkerhet blir en integrert del av den daglige driften.

Helse Midt-Norge RHF ivaretar oppfølgingen av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet gjennom et utvidet femårig regionalt program for kvalitet og pasientsikkerhet. Programmet vil også inneholde andre elementer hvor blant annet regional koordinering og erfaringsutveksling på tvers, skal bidra til raskere bredding av tiltak som har vist effekt. Programmet skal bl.a. bygge på Kvalitetsstrategien for Helse Midt-Norge «*Litt bedre i dag enn i går*». Helse Midt-Norge RHF vil gjennom dette programmet legge vekt på å understøtte og tilrettelegge for helseforetakene i deres arbeid. I programmets første fase vil hovedfokuset være på pasientsikkerhet.

Programmets overordnede mål er:

- Øke kvaliteten på helsetjenestene som ytes, inkludert diagnostikk og behandling
- Øke pasientsikkerheten ved å:
 - redusere pasientskader
 - bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
 - forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Pasientskader skal reduseres ved blant annet å identifisere risikoområder gjennom mer systematisk og samordnet analyse av tilgjengelige datakilder (GTT-resultater, § 3-3 meldinger, tilsyns- og revisjonsrapporter, NPE-tall, helseregistre mv). En ønsker utvikling av en lærende organisasjon hvor en lærer av registrerte pasientskader og uønskede hendelser, for å unngå gjentagelse.

Program for effektivisering og virksomhetsutvikling

Foretakene i Helse Midt-Norge er i en fase med krevende omstillings- og forbedringsarbeid og det er gjennomført mye godt arbeid. Foretaksgruppa står foran store og krevende investeringsoppgaver når det gjelder både bygging av nytt sykehus og investeringer i ny teknologi. Langtidsplan og -budsjett for Helse Midt-Norge forutsetter derfor kontinuerlig forbedringer i driften for å kunne gjennomføre prioriterte investeringer.

Helseforetakene er i gang med en rekke aktiviteter knyttet til både omstillinger og forbedringer. St. Olavs Hospital HF jobber blant annet gjennom sitt forbedringsprogram, Helse Møre- og Romsdal HF har en pågående omstillings- og effektiviseringsprosess og Helse Nord-Trøndelag HF et ompakkingsprogram.

Effektivisere driften for å sikre økonomisk bærekraft er en av hovedstrategiene for å realisere målsettingene i Strategi 2020. For å sikre at foretaksgruppa arbeider systematisk og helhetlig igangsettes et program for effektivisering og virksomhetsutvikling i regionen. Programmets overordnede målsetting er å bidra til at regionen når sine mål knyttet til de til enhver tid gjeldende årlige effektiviseringskrav.

Innenfor effektivisering vil det meste skje som aktiviteter i helseforetakene. Helse Midt-Norge RHF vil dels ha en «bistandsrolle» i form av å bidra med kompetanse knyttet til analyse og dels ha en rolle i å bidra til læring og erfaringsutveksling på tvers. Ambisjonen er å bidra til en raskere bredding av kunnskapsbaserte tiltak på tvers av helseforetakene.

Sykehusforetakene har utarbeidet egne utviklingsplaner. Slik disse planene i dag foreligger er de bl.a. bygd på ulike forutsetninger, ulike metoder og ulike prosesser. Felles for planene sett i et regionalt perspektiv er at de er utarbeidet med blikk på optimalisering i eget foretak og ikke med hensyn til en regional optimalisering av et kvalitativt og faglig godt tjenestetilbud og logistikk. Helse Midt-Norge RHF vil i samarbeid med sykehusforetakene utarbeide en regional utviklingsplan. Dette vil også være et viktig bidrag inn i arbeidet med utarbeiding av Nasjonal helse- og sykehusplan. Dette arbeidet vil gis høy prioritet innenfor dette programmet.

Hovedområder for styring og oppfølging i 2014 (Fokus 2014)

Det er fem områder som Helse Midt-Norge RHF vil følge særskilt i 2014 og som vil kreve særskilt ledelsesoppmerksomhet på alle nivå i tjenesten;

- Pasientsikkerhet – færre pasientskader
 - Mål om reduksjon i alvorlige pasientskader med 10 pst. i 2014 målt gjennom GTT resultater (alvorlighetsgrad F-I)
- Ingen pasienter skal oppleve fristbrudd
- Ventetiden skal ned
 - Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal under 65 dager
- Reduksjon i avvik på arbeidstidsbestemmelsene
- Bærekraftig økonomi
 - Årsresultat og investeringer skal samlet ligge på et nivå som styrker foretaksgruppens egenkapital og som tilfredsstillere eiers krav til reduksjon av driftskreditt