

Årlig melding 2009
fra
Helse Midt-Norge
til
Helse- og
omsorgsdepartementet

INNHold

1.	Innledning.....	3
1.1	Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag.....	3
1.2	Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2009.....	4
1.2.1	Positive resultater.....	5
1.2.2	Uløste utfordringer.....	6
2.	Rapportering.....	8
2.1	Rapportering på krav i oppdragsdokumentet 2009.....	8
2.1.1	”Sørge for”-ansvaret. Overordnet vurdering av måloppnåelse. - OD 1.....	8
2.1.2	Pasientbehandling – OD 3.....	8
2.1.3	Utdanning av helsepersonell – OD 4.....	29
2.1.4	Forskning - OD 5.....	31
2.1.5	Pasientopplæring – OD 6.....	33
2.2	Rapportering på krav i foretaksprotokoller.....	35
2.2.1	Eiers overordnede styringsbudskap for 2009 – FP 3.....	35
2.2.2	Økonomiske krav og rammebetingelser – FP 4.....	35
2.2.3	Organisatoriske krav og rammebetingelser - FP 5.....	40
2.2.4	Øvrige styringskrav - FP 6.....	46
3.	Styrets plandokument.....	50
3.1	Utviklingstrender og rammebetingelser.....	50
3.1.1	Utviklingen innenfor opptaksområdet.....	50
3.1.2	Økonomiske rammebetingelser.....	54
3.1.3	Personell og kompetanse.....	55
3.1.4	Bygningskapital – status og utfordringer.....	56
3.2	Det regionale helseforetakets strategier og planer.....	57
3.2.1	Innledning og bakgrunn for arbeidet.....	57
3.2.2	Utfordringsbildet.....	57
3.2.3	Helse Midt-Norges mål for Strategi 2020.....	58
4.	Vedlegg 1 Høringsgrunnlag Strategi 2020.....	59

1. Innledning

1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Helse Midt-Norges visjon, verdigrunnlag og hovedoppgaver er gjort gjeldende for hele foretaksgruppen gjennom implementering av ”Helse Midt-Norges overordnede strategi 2008-2020”. Strategien ble revidert i 2008 i den forstand at hovedmålene ble presisert og gjort gjeldende for alle helseforetakene. Verdigrunnlag og strategisk retningsangivelse er således gjennomgående for hele foretaksgruppen.

Visjon:

På lag med deg for din helse

Verdier:

- Trygghet
- Respekt
- Kvalitet

Hovedoppgaver:

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

Hovedmål:

Pasientbehandling og opplæring:

- Helse Midt-Norge skal gi likeverdige helsetjenester av god kvalitet, til riktig tid, tilpasset befolkningens og den enkelte brukers behov.
- Helse Midt-Norge skal bidra til god samhandling innen spesialisthelsetjenesten og med andre deler av helsetjenesten uavhengig av tjenestenivå.
- Behandlingsforløpet skal være forutsigbart, helhetlig og effektivt for pasient og pårørende.
- Brukernes erfaring og kompetanse skal benyttes i planlegging og tilrettelegging av behandlingstilbud.

Organisasjon og ledelse:

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

Forskning:

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

Økonomi:

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

1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2009

De områdene som utpekte seg som kritiske for å nå resultat, produksjons- og kvalitetsmål ved starten av 2009 og ble fulgt opp særskilt, var:

- *Omstilling:* av budsjetterte omstillingsgevinster ble 88 % oppnådd– 196 mill kroner mot budsjett 221 mill kroner.
- *Likviditet:* høyt trekk i begynnelsen av året, som ble redusert utover våren. Prognose og tidligere års erfaringer tilsa et økt driftskreditttrekk i årets siste måneder, men dette slo ikke til.
- Sentrale *kvalitetsindikatorer* som
 - korridorpasienter – omfanget er noe redusert, men fortsatt for høyt
 - epikrisetid, at ca 63 % sendes innen 7 dager er en forbedring, men fortsatt et stykke frem til 80 %.
 - Ventetider, litt blandet bilde, men fortsatt et kritisk område – se også beskrivelse under uløste utfordringer.
- *Rekruttering* innen rusbehandlingsfeltet, løste seg for 2009, men er en utfordring med økt aktivitet fremover
- *Prioritering og fristbrudd*, prioriteringsveilederne ble tatt i bruk fortløpende etter hvert som de ble ferdigstilt. Andel rettighetspasienter er på vei ned, men fortsatt et stort gap til øvrige regioner.
- *Beredskapshensyn* i logistikkssystemer og leveranseavtaler, fikk fulgt opp nasjonale føringer under pandemien og søker å ivareta dette i nye avtaler.

Det regionale brukerutvalget i Helse Midt- Norge har sammenfattet sitt inntrykk av arbeidet som er gjort i 2009 som følger:

- Det regionale brukerutvalget (RBU) vil betegne samarbeidet med administrasjonen som svært godt, med god gjennomgang både av saker til styrebehandling og presentasjon av ulike prosjekter. Når det gjelder kvalitetsindikatorene har det vært stort fokus på ventetid.
- Brukermedvirkningen er godt ivaretatt. Handlingsprogram for Brukermedvirkning er vedtatt.
- RBU har blitt orientert om, og gitt kommentarer til Prosjekt Pasientreiser
- RBU har også stilt seg positivt til nasjonale kvalitetsregistre og anser dette som viktig
- Samhandlingsreformen har vært gjenstand for diskusjon på brukerkonferanse i regi av RBU
- Legemiddelbruk, har vært tema både i møter og på konferanse.
- RBU har hatt 2 medlemmer i styringsgruppen for strategi 2020

1.2.1 Positive resultater

Brukermedvirkning

For å styrke brukermedvirkningen har Helse Midt-Norge RHF vedtatt "Handlingsplan for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge 2010-2015". Planen angir delmål og tiltak som skal legges til rette for at spesialisthelsetjenesten utformes i samarbeid med brukerne og at helsetjenesten nyttiggjør seg resultater av brukermedvirkning. Medlemmene i brukerutvalg er omtrent jevnt fordelt på begge kjønn, og de har bred bakgrunn mht bosted, organisasjonstilhørighet og alder. Regionalt brukerutvalg har møter i forkant av de regionale styremøtene. Referat oversendes styret, og representanter for regionalt brukerutvalg har møte- og talerett i styremøtene. Alle helseforetak har brukerutvalg med møte- og talerett i respektive styremøter. Det arrangeres årlige konferanser for alle brukerutvalg, og faste møter mellom regionalt brukerutvalg og ledere i helseforetakenes brukerutvalg.

Opptrappingsplan for rusbehandling

Helse Midt-Norge kan vise til aktivitetsvekst i hele perioden fra 2006 til 2009. Nøkkeltall både på kapasitet og kvalitet viser meget god utvikling. Kapasitetsutnyttelsen har økt til 95 % og kapasiteten ble styrket gjennom ny anskaffelse av behandlingstjenester sommeren 2009. Kvalitetsforbedringen forsterkes ytterligere gjennom flere midler til samhandling, optimalisering av arbeid med individuell plan, epikriser, henvisning og vurdering, samt økt rekruttering av fagfolk med spisskompetanse innen rusbehandling.

Prioriteringer – rett til nødvendig helsehjelp

Helse Midt-Norge har en avvikende prioriteringspraksis i forhold til andre helseregioner. Helse Midt-Norge har derfor arbeidet særskilt med betydningen av riktig prioritering. Det er gjennomført forankringsaktiviteter, gjennom regionalt seminar om prioritering og dagseminar ved hvert enkelt helseforetak med tema rett til nødvendig helsehjelp og fastsettelse av frist. Dette for å øke bevisstheten om betydningen av riktig prioritering, gjøre ansatte kjent med veilederne og motivere både ledelse og fagmiljøer til å ta dem i bruk. Det er fulgt opp gjennom dialogmøter med det enkelte helseforetak og gjennom de regionale fagdirektørmøtene. Helse Midt-Norge har fortsatt en høy andel rettighetspasienter, men andelen er på vei ned. Dette bidrar til at pasienter prioriteres mer ensartet over hele landet.

Psykisk helsevern

Økt satsing på psykisk helsevern i forhold til somatikk har vært et prioritert område de siste årene. I 2009 ble relativt sett en større del av veksten i rammen fordelt til psykisk helsevern og rusbehandling, enn til somatikk. Foretakene har nådd de fleste målene som ble satt for området for 2009. Helse Midt-Norge innførte ordning med regional koordinator i 2009. Søknader fra fastlege til avtalespesialist fanges opp ved manglende kapasitet hos avtalespesialisten og videreføres til instans med ledig kapasitet, enten annen avtalespesialist eller DPS.

Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge

Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge ble vedtatt i 2009. Den angir ambisjon og retning for forskningsaktiviteten i foretaksgruppen. Den skal først og fremst sikre relevant og oppdatert forskningskunnskap. Den regionale forskningsstrategien er overordnet, og Helse Midt-Norge forutsetter at den videreføres mer detaljert i helseforetakene, med blant annet inkludering av utviklingsarbeid og innovasjon. Det utarbeides konkrete handlingsplaner både på RHF- og HF-nivå. Helse Midt-Norge har som mål å avsette 3 % av total inntekt til forskning, utvikling og innovasjon innen 2014.

Resultatoppnåelse

Helse Midt-Norge hadde i 2009 budsjettert med et positivt resultat på 179 mill kroner for ikke å svekke likviditeten. Foreløpig regnskap for 2009 tyder på et positivt resultat på ca 185 mill kroner.

Likviditet

Likviditeten i Helse Midt-Norge har vært stram de siste årene, og kassekreditten har økt. Ved at pensjonskostnadene legges til grunn ved fastsettelse av rammetilskuddet og premien ikke overstiger kostnaden, lettes denne situasjonen. Alle helseforetakene har arbeidet målbevisst for å ha god styring og sikker prognose på likviditetsflyten. Trekket på driftskreditten ved inngangen til 2009 var 1 759 mill kroner, mens det ved utgangen av 2009 var 1 168 mill kroner – korrigert for innestående, øremerkede midler til Nye St. Olavs Hospital hos Helsebygg Midt-Norge.

Investeringer

Byggingen av nytt universitetssykehus i St. Olavs Hospital HF er gjennomført i henhold til plan på fremdrift, og foran plan for budsjett. Prognosen ligger foran budsjett for den samlede investeringen, selv om det fortsatt er knyttet usikkerhet til prognosen, da særlig med hensyn på kostnadene knyttet til Kunnskapssenteret.

Samlet investering i 2009 ble på nærmere 2 mrd kroner (foreløpige regnskapstall). Helse Midt-Norge fikk tildelt 144 mill kroner i Tiltak for arbeid som er brukt til vedlikehold og bygningsmessige investeringer. Dette har bidratt positivt i forhold til å redusere det økende vedlikeholdsetterslepet.

Strategisk plan for energibruk

Helse Midt-Norge har som mål at sykehus og bygninger skal representere en så liten miljømessig belastning som mulig. Som eier og forvalter av 700.000 m² bygg med årlig energibruk på 210 GWh, og investeringsplaner for 14,5 mrd kr, kan Helse Midt-Norge påvirke framtidig energibruk og miljøbelastning i egen region betydelig. Strategisk plan for energibruk ble vedtatt i 2009, og skal bidra til energieffektivisering.

1.2.2 Uløste utfordringer

Aktivitet

For 2009 ligger beregnet DRG aktivitet i henhold til "sørge for" ansvaret 3 % lavere enn budsjettert. Det er ikke en tilsvarende reduksjon i driftskostnader. Samdata for 2008 viser at Helse Midt-Norge hadde et relativt høyt forbruksnivå målt i DRG-poeng per 1000 innbyggere. Reduksjon i aktivitet i 2009 er derfor ikke kritisk i forhold til sørge for ansvaret. Men det er grunn til å stille sterkere ledelsesmessige krav for å oppnå aktivitetsmålene for 2010.

Ventetider

For poliklinikk og dagbehandling har ventetiden økt i 2009. Ved innleggelse er det fortsatt en svakt fallende tendens i ventetid til tross for lavere DRG-produksjon enn planlagt og redusert sengetall. Frigjorte ressurser er ikke i tilstrekkelig grad blitt kanalisert mot poliklinikk og dagbehandling. I 2010 blir dette fulgt opp med fortsatt fokus på oppgave- og funksjonsfordeling. Blant de som har ventetid mer enn 1 år er det en stor andel som har rett til nødvendig helsehjelp. Helseforetakene har utarbeidet egne planer for å avvikle denne ventelisten.

Korridorpasienter

Andel korridorpasienter har variert de siste månedene i 2009, og til dels vært høyere enn i 2008. Dette følges særskilt opp.

Bemanning, sykefravær og arbeidsmiljø

Helse Midt-Norge hadde en målsetting om en betydelig bemanningsnedgang i 2009 for å klare målsettingene i langtidsbudsjettet. Ved inngangen til 2010 var det ca 125 brutto månedsverk mer enn forutsatt i langtidsbudsjettet og det gjør at omstillingsutfordringen på bemanningssiden blir tilsvarende mer omfattende for 2010 enn budsjettet. En har på den annen side hatt en betydelig nedgang i innleie fra vikarbyrå.

Foretakene har etablert og fulgt opp handlingsplaner for reduksjon av sykefravær og forebygging av uførhet og tidligpensjonering. Det er likevel kun en marginal nedgang i det gjennomsnittlige sykefraværet for foretaksgruppen i 2009 sammenlignet med 2008. Systematisk oppfølging og forbedringstiltak innenfor arbeidsmiljø må fortsette.

2. Rapportering

2.1 Rapportering på krav i oppdragsdokumentet 2009

2.1.1 "Sørge for"-ansvaret. Overordnet vurdering av måloppnåelse. - OD 1

Helse Midt-Norge har i 2009 levert et positivt driftsresultat og gjennomført investeringsplanene innenfor tilgjengelige midler. Det er søkt gitt likeverdige tilbud av helsetjenester til befolkningen i Midt-Norge. Det har i hele 2009 stått flere pasienter på venteliste enn foregående år, mens antall behandlede pasienter har ligget på samme nivå som foregående år.

Beregnet DRG-aktivitet i henhold til "sørge for"-ansvaret ligger for 2009 3 % bak budsjett. Helse Midt-Norge hadde et høyt forbruk i 2008 hvilket gjør at man ikke ser en aktivitet på 3 % bak budsjett i 2009 som kritisk i forhold til sørge for ansvaret. Ventelister og ventetid har økt for poliklinikk og dagbehandling i løpet av 2009, mens de samme variablene for innleggelse fortsatt viser en svak fallende tendens. Lavere DRG-produksjon enn planlagt og redusert sengetall har likevel ikke kanalisert frigjorte ressurser i tilstrekkelig grad til poliklinikk og dagbehandling.

Prosjektet "Standardiserte pasientforløp" skal bidra til at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres enhetlig og gi pasienten forutsigbarhet og trygghet. Helse Midt-Norge RHF har gjennom 2009 videreutviklet og forsterket oppfølgingen av oppgaver gitt av eier samt oppfølging av tilsyn. Dette tas i bruk i 2010, og metodikken føres ut til helseforetakene i regionen. Fagnettverk er etablert på tvers av helseforetakene slik at de kan utveksle erfaringer og lære av hverandre - både av det som er positivt og det som er negativt.

2.1.2 Pasientbehandling – OD 3

2.1.2.1 Aktivitet - OD 3.1

Styringsvariabler:

Styringsvariabler	2009			
	1. tertial	2. tertial	3 tertial	Hele
Antall produserte DRG poeng	56 898	49 840	56 403	163 141
Inntekter for somatisk poliklinisk virksomhet/Antall refusjonspoeng	184 657	173 086	191 857	549 600
Refunderte polikliniske inntekter	80 473	75 802	83 904	240 179

Rapportering på tiltak for oppfølging:

- Øremerket tilskudd innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige, og til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte innen prosjektet "Raskere tilbake" er brukt i tillegg til ordinær pasientbehandling. Aktiviteten var lav i begynnelsen av året, men økte i siste halvår. Det gjensstår ca 10 mill kroner av tildelte midler. Disse overføres til 2010.

2.1.2.2 Kvalitet – OD 3.2

2.1.2.2.1 Behandlingskvalitet – OD 3.2.1

Rapportering på tiltak for oppfølging:

- Kvalitet i den kirurgiske kreftbehandlingen.

Helse Midt-Norge utarbeidet i 2004 plan for kreftkirurgi i regionen, og det forutsette at føringene herfra etterlevs i helseforetakene. Kirurgisk behandling av kreft i spiserør, magesekk, lunge, bukspyttkjertel og lever er sentralisert til St. Olavs Hospital HF. Brystkreftkirurgi foregår ved fire sykehus (Sykehuset Levanger, St. Olavs hospital, Molde sykehus, Ålesund sjukehus). Det samme gjelder endetarmskreftkirurgi. Kirurgi av tykktarmskreft er ikke sentralisert. Kirurgi av prostatakreft vil bli gjennomgått i 2010, og vurdert i forhold til nylig utviklet nasjonal handlingsplan.

- Helse Midt-Norge har iverksatt tiltak for å implementere ulike nasjonale faglige retningslinjer og veiledere i helseforetakene, og dette arbeidet pågår kontinuerlig.
- Helse Midt-Norge avventer nye nasjonale retningslinjer som forventes komme våren 2010 og vil da iverksette tiltak for å styrke forebygging, behandling og rehabilitering av slag i en helhetlig behandlingsskjede.
- I Helse Midt-Norge er det utredningstilbud for pasienter med CFS/ME i alle foretak. Det nasjonale behandlingstilbudet for de aller sykeste er kjent, men det er ikke rapportert at noen pasienter fra Helse Midt-Norge er henvist til nasjonalt nivå for inneliggende behandling.
- Helse Midt-Norge ved Hemit bidrar i utviklingen av tekniske fellesløsninger for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Arbeidet er forankret i helseforetaksstrukturen, og følger nasjonale prosesser og framdrift. Framdrift overstyres i Nasjonalt helseregisterprosjekt og gjennom interregionalt samarbeid i regi særskilt sammensatt styringsgruppe med fagdirektørforum fra RHFene. HMN er i sekretariat for begge de nasjonale prosessene og er en del av det etablerte Servicemiljøet sammen med Helse Nord og SKDE. Arbeidet søker å ivareta langsiktig målsetting om å innhente data fra EPJ, og samordnes med utvikling av standarder og EPJ i regi Helsedirektoratet og Nasjonal IKT.
- Helse Midt-Norge samarbeider med Helsedirektoratet i forhold til direktoratets oppgaver på kvalitetsregisterområdet gjennom arbeidet i Servicemiljøet og på direkte initiativ fra Helsedirektoratet.
- Helse Midt-Norge har deltakere i det nasjonale kvalitetsarbeidet, herunder utvikling av nasjonale medisinske kvalitetsregistre
- Helse Midt-Norge bidrar til at innholdet i Helsebiblioteket videreutvikles, og til at retningslinjer og prosedyrer utviklet i helseforetakene gjøres tilgjengelig gjennom Helsebiblioteket. Det har vært møter i alle helseforetak for å sikre tilgjengelighet for Helsebiblioteket. Videre har ortopedisk avdeling ved St. Olavs hospital arbeidet med å legge prosedyrer ut på Norsk Elektronisk Legehåndbok/Helsebiblioteket.
- Det er etikkomite ved alle helseforetakene i Helse Midt-Norge. Det er lagt til rette for at problemstillinger innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk behandles av komiteene.

2.1.2.2.2 Pasientsikkerhet OD 3.2.2

Rapportering på tiltak for oppfølging:

- Helse Midt-Norge vil, når Nasjonal enhet for pasientsikkerhet er opprettet, sørge for at enheten får informasjon om uønskede hendelser. Lovpålagte meldeordninger følges opp på ordinær måte. Helsedirektoratet har iverksatt et nasjonalt arbeid for med tanke på en

nasjonal pasientsikkerhetskampanje. Denne kampanjen skal iverksettes i 2011. Planlegging skal skje i 2010. Direktoratet har etablert en nasjonal styringsgruppe som skal administreres av Kunnskapssenteret. Hvert enkelt RHF er representert ved direktør i styringsgruppen. Det skal også etableres en arbeidsgruppe med representanter fra hver enkelt region. Denne gruppen skal utarbeide forslag til hvilke områder pasientsikkerhetskampanjen skal ha fokus på (Jfr. "Operation life" i Danmark).

- Helse Midt-Norge følger opp initiativ fra det nasjonale miljøet i arbeidet med å fremme pasientsikkerhet. En samarbeider med og anvender læringsinformasjon utarbeidet av Nasjonal enhet for pasientsikkerhet

Prevalens av sykehusinfeksjoner	2 009
Helse Sunnmøre HF	4,3 %
Helse Nordmøre og Romsdal HF	5,4 %
St. Olavs Hospital HF	6,5 %
Helse Nord-Trøndelag HF	2,9 %

2.1.2.2.3 Prioritering OD 3.2.3

Styringsvariabler:

Styringsvariabler	2. tertial 2009
Andel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp	82,4 %

Rapportering på tiltak for oppfølging:

- Helse Midt-Norge har iverksatt tiltak for at veilederne utarbeidet i prosjektet "Riktigere prioritering" tas i bruk i helseforetakene i regionen. Det er gjennomført møter regionalt og i HF for implementering og oppfølging av prioriteringsveilederne. HF rapporterer at de følger opp arbeidet. Veilederne er et verktøy for å fremme lik praksis i forhold til tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. Tiltak de siste årene har gitt en nedgang i andel som er tildelt rett til nødvendig helsehjelp. Riktigere prioritering er inkl. i arbeidet med Strategi 2020. Videre har HMN satt i verk tiltak i forhold til fristbrudd.
- Gjennom styringsdokumentene til helseforetakene er det lagt vekt på at den prosentvise veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal være sterkere enn innen somatikk. I 2009 har Helse Midt-Norge fordelt relativt sett større del av vekst i ramme til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn somatikk.
- Aktiviteten innen rehabilitering/habilitering skal minst styrkes med 1,5 %. Gjennom kontraktsinngåelse i 2009 har innretningen innen forbruket av rehabilitering i vesentlig grad blitt dreiet fra lettere opptreningsopphold til mer spesifikk rehabilitering. Dette er en styrkning. Det ble tildelt mer ressurser til området i 2009 enn i 2008 og kravet anses oppnådd.

2.1.2.2.4 Tilgjengelighet OD 3.2.4

Styringsvariabler	2008		2009	
	2. tertial	3 tertial	2. tertial	3 tertial
Andel ventetid på nettsiden fritt sykehusvalgsom er oppdatert siste 4 uker	92,8 %	99,4 %	94,8 %	94,4 %
Andel pasienter som er vurdert innen 30 dager	NA	NA	NA	94,0 %
Andel henvisninger som er vurdert innen 10 dager i BUP	66,7 %	80,0 %	NA	94,0 %
Andel pasienter som gis behandling innen 65 dager i psykisk helsevern for personer under 23 år	NA	NA	56,9 %	NA
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen somatikk skal ikke øke - dager	77	88	84	95
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen BUP skal reduseres - dager	96	84	85	81
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen VOP skal reduseres - dager	60	61	62	55
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen TSB skal reduseres - dager	75	80	92	112
Andel fristbrudd for rettighetspasienter; for 2009	NA	NA	NA	17,5 %
Det skal være færre en fem prosent strykninger av planlagte operasjoner	11,3 %	9,9 %	7,7 %	8,1 %

NA - ikke tilgjengelig på rapporteringstidspunktet

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Helseforetakene i Helse Midt-Norge har etablert tolketjenester til pasienter som har behov for det. Retningslinjer og oversikt over hvem som kan påta seg tolkeoppdrag er utarbeidet i alle helseforetak, og skal sikre kvalitet i tolketjenesten.
- Helse Midt-Norge har utarbeidet eget opplæringsprogram i samarbeid med NTNU for å styrke ansattes språk- og kulturkompetanse knyttet til samisk befolkning og andre grupper med særskilte behov (minoritetsgrupper, flyktninger, innvandrere og personer med kognitive problemer). Hensikten er å oppfylle målet om likeverdige helsetjenester. Opplæringsprogrammet består av tre trinn:
 1. regional fagkonferanse
 2. lokale arbeidsverksteder og
 3. lokale utviklingstiltak.

Ut fra befolkningssammensetningen i Midt-Norge, vil det i første rekke være behov for å styrke kunnskapen om etniske minoriteter og ha fokus på problemstillinger knyttet til både språklige, kulturelle og levekårsmessige forhold.

Helse Midt-Norge har finansiert "Prosjekt Innvandrere og psykisk helse" i 2009. Prosjektet er gjennomført av KBT-senteret (Kompetansesenter for brukererfaring og tjenesteutvikling; "brukerstyrt senter" med bl.a. Mental Helse Sør-Trøndelag). Innholdet er knyttet til informasjon, selvhjelp og mestring for innvandrere med ulik kulturell bakgrunn. Prosjektet evalueres i 2010 og erfaringene planlegges benyttet i en videreføring i 2011.

- Vedrørende lysbehandling av psoriasispatienter. Helse Midt-Norge er i 2008 og 2009 bedt om å sette av midler for å etablere flere tilbud for lysbehandling for psoriasispatienter i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Innsparinger ved lavere transportkostnader forutsettes tatt med i beslutningsgrunnlaget. I

Helse Sunnmøre HF og St. Olavs Hospital HF finnes lysbehandlingsutstyr til utlån for pasienter. I St. Olavs Hospital HF er det lagt opp til at tildelte midler for 2008 og 2009 benyttes sammen med midler for 2010 slik at det kan gjøres investeringer av nødvendig størrelse. Det samme gjelder Helse Nord-Trøndelag HF. Helse Nordmøre og Romsdal HF planlegger også investeringer i 2010.

2.1.2.2.5 Brukermedvirkning OD 3.2.5

Rapportering på tiltak for oppfølging:

- For å styrke brukermedvirkningen har Helse Midt-Norge RHF vedtatt "Handlingsplan for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge" 2010-2015". Planen angir delmål og tiltak som skal legge til rette for at spesialisthelsetjenesten utformes i samarbeid med brukerne og at helsetjenesten nyttiggjør seg resultater av brukermedvirkning. Helse Midt-Norge RHF og alle helseforetakene har brukerutvalg. Medlemmene er kvinner og menn som har bred bakgrunn mht organisasjonstilhørighet, bosted og alder. Regionalt brukerutvalg har møter i forkant av de regionale styremøtene. Referat oversendes styret, og representanter for regionalt brukerutvalg har møte- og talerett i styremøtene. Alle HF har brukerutvalg med møte- og talerett i respektive styremøter. Det arrangeres årlige konferanser for alle brukerutvalg, og faste møter mellom regionalt brukerutvalg og ledere i helseforetakenes brukerutvalg.

Brukerrepresentanter oppnevnes i prosjekt og arbeidsgrupper som vedrører tjenestetilbudet både på regionalt og helseforetaksnivå.

Helse Midt-Norge har gitt prosjektmidler i 2009 til Mental Helse med mål om å formidle informasjon og styrke brukermedvirkning hos innvandrere.

- Helseforetakene i Helse Midt-Norge har iverksatt ulike tiltak for at alle pasienter, uavhengig av språk og kulturell bakgrunn, skal gis mulighet til medvirkning. Dette ivaretas gjennom ordinære behandlingsforløp med den enkelte pasient. Der det er språkproblemer tilbys pasientene tolk, se ovenfor. I tillegg har lærings- og mestringssentrene en viktig rolle i opplæring og informasjon av pasienter, og det foregår mye samarbeid med kommunene og pasientorganisasjoner. Individuell plan er et sentralt verktøy som brukes i helseforetakene.

I Helse Midt-Norge har en representant fra Regionalt brukerutvalg deltatt i utarbeiding av regional forskningsplan. Regionalt brukerutvalg tildeler årlig en forskningspris på kr 50 000.

Brukerne er i økende grad involvert i forskningsprosjekt, og de er representert i forskningsutvalgene i helseforetakene, eller bidrar i diskusjonene rundt valg av forskningstema og tilnærming. Regionalt forskningsnettverk for opplæring av pasienter og pårørende og brukermedvirkning har eksistert siden 2005. Det pågår et forskningsprosjekt vedrørende brukermedvirkning i Nidaros DPS. En brukerrepresentant fra Mental helse medvirker i forskningsprosjektet.

2.1.2.3 Områder med særskilt fokus

2.1.2.3.1 Samhandling OD 3.3.1

Styringsvariabler	2008		2009	
	2. tertial	3 tertial	2. tertial	3 tertial
Minst åtti prosent av epikrisene skal være sendt innen syv dager	60,1 %	61,0 %	64,8 %	63,1 %
Det skal normalt ikke være korridorpasienter	2,5 %	2,1 %	1,3 %	1,4 %
Andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan skal økes	NA	NA	31 %	NA

NA - ikke tilgjengelig på rapporteringstidspunktet

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Helse Midt-Norge arbeider med, og vurderer etablering av ulike modeller for desentralisert spesialisthelsetjeneste, i samarbeid med aktuelle kommuner.

I Helse Nordmøre og Romsdal HF har styret vedtatt å opprette DMS i Sunndal og intermediærtilbud i Kristiansund og Molde. Planlegging av disse tiltakene er godt i gang. Helse Nord-Trøndelag HF samarbeider med Invest kommunene om etablering av DMS på Steinkjer. Tiltaket forventes å komme i gang i løpet av 2010. Det planlegges flere tiltak i forbindelse med strategiarbeidet. Fra før har helseforetaket etablert DMS Stjørdal sammen med Stjørdal kommune.

St. Olavs Hospital HF har etablert etterbehandlingstilbud til pasienter med psykiske lidelser (Leistad Helsehus) sammen med Trondheim kommune. Helseforetaket har gjennomført tverrfaglig utdanning sammen med Rusbehandling Midt-Norge og Trondheim kommune. Tilsvarende tilbud er startet opp ved Orkdal DPS. Fosen DMS er etablert.

Helse Sunnmøre HF har etablert etterbehandlingsavdeling sammen med Ålesund kommune. *Active Care Team* (ACT team) er under etablering. Helseforetaket samarbeider med Herøy og Sande kommune om kompetanseheving innen geriatri.

St. Olavs Hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Midt-Norge deltar i styringsgruppe som har til hensikt å identifisere samhandlingstiltak sammen med kommunene i Værnesregionen.

Rusbehandling Midt-Norge HF har inngått avtale med seks kommuner om integreringstiltak, og det vil bli inngått tilsvarende avtaler med ytterligere to kommuner.

- Helseforetakene i Helse Midt-Norge jobber med å gi faglig oppfølging, støtte og veiledning til den kommunale omsorgstjenesten slik at denne kan ivareta nye og krevende oppgaver. Dette gjelder særlig i forhold til utredning, diagnostikk og behandling av akutte tilstander og kroniske lidelser, samt løpende oppfølging av medisinsk behandlingsopplegg og veiledning av lokalt behandlingsapparat.

Helse Nordmøre og Romsdal HF tilbyr kommunal deltakelse på interne kurs og hospitering.

St. Olavs Hospital HF har satt i system kommunikasjon/veiledning ved spørsmål om øyeblikkelig hjelp innleggelse – de har opprettet eget telefonnr ved AMK hvor kommunale leger kan få veiledning om spørsmål om innleggelse og alternativer til innleggelse. Ved flere DPS er det etablert ambulante akutt-tjenester. Klinisk samarbeidsutvalg er forum for å avdekke veiledningsbehov og hvordan disse skal dekkes. Helseforetaket arbeider med standardisering av pasientforløp på tvers av forvaltningsnivå.

Helse Sunnmøre HF gir veiledning til kommunene bl a gjennom palliativt team.

Helseforetaket gir også veiledning til ansatte i kommunene om diabetes.

Helse Nord-Trøndelag HF har årlige møter med kommunene om kompetanseoverføring, hospitering og kommunal deltakelse på interne kurs. Helseforetaket har etablert samhandlingsenhet som skal ivareta behovet for samhandling med kommunene. Rusbehandling Midt-Norge HF har ansatt samhandlingsleder i foretaksledelsen

- I Helse Midt-Norge er det gjennomført følgende tiltak for å sikre helhetlige pasientforløp for å ivareta pasienter med stort samhandlingsbehov:
Helse Nordmøre og Romsdal HF jobber med standardiserte pasientforløp. Individuell Plan benyttes som virkemiddel for å ivareta samordningsbehovet.
Opprettelse av DMS i Sunndal og intermedieertilbud i Kristiansund, se over.
Helse Sunnmøre HF har opprettet intermedieiravdeling i samarbeid med Ålesund kommune. Foretaket deltar i regionalt pasientforløpsprosjekt og har etablert eget prosjekt for gjennomgang av flere pasientforløp. Ved Mork rehabiliteringssenter deltar kommunene i forløp for slagpasienter. Helseforetaket har etablert ACT team og bedret ettervern til mennesker med vedtak om tvang uten døgnopphold.
Helse Nord-Trøndelag HF planlegger oppstart av DMS i Steinkjer, se over. Andre samhandlingstiltak videreføres og det arbeides med helhetlige pasientforløp sammen med kommunene
Rusbehandling Midt-Norge HF har definert pasientforløp for 78,8 % av aktuelle pasientforløp. I tillegg arbeides det med standardisering av bl a utredning og langtidsbehandling.
St. Olavs Hospital HF deltar i det regionale opplæringsprogrammet om standardiserte pasientforløp. Helseforetaket har utviklet/er i ferd med å utvikle elleve forløp, de fleste sammen med kommunene.

2.1.2.3.2 Akuttmottak OD 3.3.2

Rapportering på tiltak for oppfølging

- Alle helseforetakene i Midt-Norge rapporterer fokus på kvalitet/system i akuttmottak. Helsetilsynets oppfølgingstilsyn viste at ikke alt er på plass organisatorisk. Man regner med lukking av avvik våren 2010.

2.1.2.3.3 Lokalsykehusenes akuttfunksjoner OD 3.3.3

Rapportering på tiltak til oppfølging

- Helse Midt-Norge har i arbeidet med Strategi 2020 hatt stort fokus på å se et helhetlig, sammenhengende og lokalt tilpasset akutttilbud.
- Blant de tilpasninger av lokalsykehusenes akuttfunksjoner som er vurdert i arbeidet med Strategi 2020 inngår følgende, i tråd med veiledende standard:
 - Felles akuttmottak: modell der kommunal legevakt, skadestue, sykehusets akuttmottak og ambulansestasjon er samlokalisert
 - Tilpassede akuttfunksjoner med hovedvekt på indremedisinske tilbud, elektiv kirurgi og enklere kirurgisk beredskap.
 - Lokalsykehus med akuttfunksjoner (Akuttsykehus).

2.1.2.3.4 Avtalespesialister OD 3.3.4

Rapportering på tiltak til oppfølging

- For at Helse Midt-Norge RHF skal kunne sørge for at avtalespesialistenes kapasitet utnyttes for å sikre tilgjengelige tjenester for pasientene og kortere ventetider, er det i 2009 gjennomført en kartlegging av avtalespesialistenes aktivitet. Denne kartleggingen sammen med obligatorisk rapportering til NPR og informasjon fra NAV om aktivitet, gir mulighet til å kartlegge avtalespesialistenes virksomhet. Arbeidet med analysen av dette

pågår og vil ferdigstilles i løpet av 2010. Internrevisjonen i Helse Midt-Norge startet i 2009 revisjon av avtalespesialisttjenesten, og vil ferdigstille dette i 2010.

Informasjon om avtalespesialistene ligger på Helse Midt-Norges hjemmeside slik at både fastleger og pasienter lett kan få oversikt og kunnskap om avtalespesialistene i sitt nærområde. Koordinatoren for fritt sykehusvalg i Midt-Norge informerer og bistår fastleger og pasienter med å finne spesialist med ledig kapasitet.

- Helse Midt-Norge deltar sammen med de andre regionale foretakene i diskusjonen om nye rammebetingelser. I Helse Midt-Norge vil rammebetingelser for avtalespesialistene også være tema i regionale fagnettverk.

2.1.2.3.5 Fødselsomsorg OD 3.3.5

Rapportering på tiltak for oppfølging:

- Sommer- og feriestengninger av fødeinstitusjoner
Kun Helse Nordmøre og Romsdal hadde sommerstengte fødeavdelinger i 2009 (vekselvis i Kristiansund og Molde). Begrunnelsen er først og fremst av faglig karakter. Tiltaket har i tillegg medført kostnadsreduksjon. Sommerstengningen er evaluert. Erfaringene er positive. Kvaliteten er opprettholdt, og det har ikke vært hendelser som tilsier at driften har vært uforsvarlig.
- Helse Midt-Norge har ikke fått ferdigstilt nytt fødejournalsystem i 2009, dette skyldes feil i systemet som er levert fra leverandør. Dette har ført til at ikke alle fødeavdelinger rapporterte inn elektronisk data til Medisinsk fødselsregisteret pr 31.12.2009. Det pågår en stor innsats for å få dette ferdigstilt, og det forventes at alle HF rapporterer i løpet av våren 2010.

2.1.2.3.6 Studenthelsetjeneste OD 3.3.6

Rapportering på tiltak for oppfølging:

- Heles Midt-Norge skal bidra når avtaler inngås mellom studentsamskipnadene, lærested, berørte kommuner og det regionale helseforetaket om psykiske helsetjenester til studenter dersom studentsamskipnadene ønsker dette, og det er startet dialog om revisjon og endring av avtalen med Sit Helse høsten 2009.
- Helse Midt-Norge opprettholder tilskuddet til psykiske helseformål for studenter i samsvar med styringskrav.

2.1.2.3.7 Psykisk helsevern OD 3.3.7

Styringsvariabel:	Andel av tvangsinnlagte i psykisk helsevern skal reduseres	
Helse Sunnmøre HF	NA	
Helse Nordmøre og Romsdal HF	2009:	11,0 %
St. Olavs Hospital HF	1.kvartal 09	20,9 %
	2. kvartal 09	20,4 %
Helse Nord-Trøndelag HF	1.kvartal 09	20,1 %
	2. kvartal 09	16,5 %

Rapportering på tiltak for oppfølging:

- Helse Midt-Norge har satt i verk tiltak for å omstille tjenestene, slik at sykehusfunksjonene blir spisset og DPSene i stand til å utføre de oppgaver som forventet. Blant annet er det etablert regionalt faglederforum for voksenpsykiatrien hvor en tar opp sentrale spørsmål. Målkravene i Oppdragsdokumentet og Styringsdokumentene er her et viktig tema. Helsedirektoratets veileder anbefaler en fordeling av ressursene mellom DPS og sykehus til 50/50.

Fordelingen er pr 31.12.2009 slik i Helse Midt-Norge:

Helseforetak	DPS	Sykehus
Helse Sunnmøre HF	27	73
Helse Nordmøre og Romsdal HF	54	46
St. Olavs Hospital HF	43,5	57,5
Helse Nord-Trøndelag HF	16	84 DPS-funksjoner leveres fra sykehusavdelingene i Namsos og Levanger. Foretaket følger Helsedirektoratets veileder.

Det er stor aktivitet i forhold til utviklingsarbeid i alle foretakene. Det er satset stort på etablering av ambulante team, ACT-team osv, i tillegg til at det i flere foretak arbeides med mange prosjekter i et utviklingsperspektiv.

I 2010 vil foretakene følges opp med hensyn på hva foretakene gjør for å nærme seg 50/50- balansen.

- Helse Midt-Norge vil i samarbeid med Helsedirektoratet sørge for å videreutvikle og oppdatere profilen for de distriktpsykiatriske sentrene.

Styringsvariabler	HSM	HNR	St. Olavs	HNT
Antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS per 10.000 innbygger	Psykiatere 0,77 Psykologer 1,35	Psykiatere 1,39 Psykologer 2,39	Psykiatere 1,13 Psykologer 1,5	Psykiatere 0,79 Psykologer 1,16
Prosentvis fordeling av årsverk totalt mellom sykehus og DPS	73% / 27 %	46% / 54 %	57,5 %/ 43,5 %	16% / 84 %
Antall og andel pasienter over 18 år behandlet i henholdsvis sykehus og i DPS per 10.000 innbygger fordelt på døgninnleggelser, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulant virksomhet.	Ikke rapportert	Poliklinikk sykehus 37,1 - 0,37 % Poliklinikk DPS 239,1 - 2,39 % Ambulant 32,8 - 0,3% Døgnopphold sykehus 30,2 - 0,3% Døgnopphold DPS 18,2 - 0,18 %	For sykehus: 98,7 i poliklinikk For DPS 303,4 i poliklinikk 33,1 i ambulant	Andel døgn i i sykehus 78,29 % - i DPS 21,71 % Andel poliklinikk i sykehus 76,73 % - i DPS 23,27 % Antall innleggelser pe 10000 i sykehus 82,4 i DPS 22,8.

		Dagopphold sykehus 2,1 - 0,02 % Dagopphold DPS 0,6 - 0,01 %		Antall konsultasjoner pr 10000 i sykehus 1723,3 - i DPS 522,5.
Antall barn og unge per 10 000 innbyggere under 18 år som har mottatt behandling fra ambulant virksomhet	11 stk fra august 2009	Antall 6,8 Andel 0,07 %	95 stk	Mangler registrering
Andel ikke planlagte reinnleggelser i akuttavdelinger innen 30 dager per 10 000 innbygger	Ikke registrert	0,26 %	12,2 %	7 per 10000

- Registrering av rusmiddelproblemer hos pasienter som henvises til psykisk helsevern og tiltak som sikrer at disse pasientene får et helhetlig behandlingstilbud:
Helse Sunnmøre HF bruker "Audit" og "Dudit" til slik registrering, mens både St. Olavs Hospital HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF arbeider med å få dette på plass. Helse Nord-Trøndelag HF har innført rusanamnese rutinemessig og bruker bl. a. MINI.
- Alle foretak i Helse Midt-Norge har iverksatt rutiner som ivaretar Stortingets vedtak om å legge til rette for at unge med tilbud innenfor psykisk helsevern for barn og unge kan beholde sin behandler også etter fylte 18 år og inntil fylte 23 år.
Det er stort sett fleksibilitet i overgangen mellom BUP og VOP, slik at pasienter som ser ut til å kunne bli avsluttet innen rimelig tid etter fylte 18 år får beholde sin behandler, mens man også har ordninger der nyhenviste som nærmer seg 17/18 år kan starte opp med behandler fra VOP dersom tilstandsbeskrivelsen antyder at dette vil være en behandling som vil gå over relativt lang tid slik at pasienten må fortsette en behandlingsskontakt i lengre tid etter fylte 18 år.
- Helseforetakene i Helse Midt-Norge har implementert Helsedirektoratets veileder for poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge (IS-1570) og i større eller mindre grad etablert rutiner tilknyttet dette.
- Helseforetakene i Midt-Norge arbeider kontinuerlig med å redusere bruken av tvang i psykisk helsevern, jf bl.a. handlingsplan om redusert og kvalitetssikret bruk av tvang. Statistikkgrunnlaget er mangelfullt og sammenligning mellom foretakene kan derfor være misvisende. Regionen vurderer å utvikle et system som kan fange opp dette og saken er tatt opp med HEMIT. Dette skal følges opp mht progresjon.

Helse Sunnmøre HF melder at det arbeides kontinuerlig med å redusere bruken av tvang, og at det varierer fra måned til måned. Innen psykisk helsevern for barn og unge har det ikke vært tvungen innleggelser i 2009 og 0 - 4 tvungen undersøkelser pr måned. Ingen vedtak i juli og august. Foretaket opplyser eller at de har færre spesialiststillinger enn regionen forøvrig og at dette kan føre til at de ikke får redusert tvangsbruken

Helse Nordmøre og Romsdal HF melder om at andelen tvangsinnlagte i 2009 var 11 %.

St. Olavs Hospital HF opplyser at tvangsbruken i 1. kvartal var 20,9 % og i 2. kv 20,4 %. Psykisk helsevern har startet opp et arbeid med å kvalitetssikre bruken av tvang.

Helse Nord-Trøndelag HF hadde i 1. kvartal 20,1 % tvangsbruk og i 2. kv 16,5 %. Foretaket opplyser at de i utgangspunktet ligger lavt med antall tvangsvedtak

- Helseforetakene i Midt-Norge har implementert Helsedirektoratets Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS 1511). Enkelte har retningslinjer utarbeidet i BUP, som så er iverksatt også innen VOP.
- Foretakene i Helse Midt-Norge har ikke etablert samarbeid med og oppfølging av pårørende innen psykiske helsetjenester i henhold til Helsedirektoratets veileder (IS-1512). De har forskjellige tiltak under planlegging og delvis under gjennomføring. Helse Nordmøre og Romsdal HF har lagt veilederen inn i kvalitetssystemet og i Helse Nord-Trøndelag HF er den implementert i VOP. Helse Midt-Norge RHF vil følge opp for å se til at veilederen blir tatt inn i foretakenes kvalitetssystem.
- Helse Nord-Trøndelag HF er tilført særlige midler til å videreføre kompetanseprogrammet "kropp og selvfølelse" som et ledd i å styrke tilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser. Helse Nord-Trøndelag HF arbeider godt med prosjektet og følger dette opp på en systematisk måte
- Gode og verdige transportordninger for psykisk syke, som bidrar til at bruken av tvang og av politi reduseres til et minimum:
Alle foretak, med unntak av Helse Sunnmøre HF arbeider med dette. Noen samarbeider med politiet om å gjøre dette så gunstig som mulig, bl annet med sivilt politi og sivile biler.
Transportordningene vil bli fulgt opp i 2010. Det er blant annet kommet innspill om egen ambulanse for psykiatriske pasienter. Dette utredes videre i 2010.
- I Helse Midt-Norge har foretakene med ett unntak prøvd ut et tilbud med brukerstyrte plasser, dvs døgnplasser som i henhold til individuelle rettighetskontrakter innebærer at den enkelte bruker for en avgrenset innleggelsesperiode kan legge seg inn selv når vedkommende føler behov for det. Tilbudene har de samme elementer i seg som opplegget med brukerstyrte plasser ved Jæren DPS. Disse tilbudene vil bli evaluert
- Koordinering av rutiner/systemer i den offentlige helsetjenesten av henvisninger til spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern.
Helse Midt Norge RHF har per 01.05.09 innført ordning med regional koordinator. Koordinatoren fungerer som et sikkerhetsnett innen psykisk helsevern slik at søknader fra fastlege til avtalespesialist fanges opp ved manglende kapasitet hos avtalespesialisten og viderehenvises til instans med ledig kapasitet, enten annen avtalespesialist eller DPS. Fra 1. mai til 31.12.09 viderehenviste koordinatoren 63 søknader fra fastlege til spesialist innen psykisk helsevern. Tilbakemeldinger så langt viser at ordningen fungerer godt og er en god sikkerhetsventil ved henvisninger.
- Tiltak som er iverksatt for å bidra til at flere pasienter fullfører behandling:
Helse Nordmøre og Romsdal HF viser til at de gjennom kontakt med pasienten motiverer til å møte til behandling og følge opp denne.
Helse Nord-Trøndelag HF viser til den helhetlige måten de jobber på og mener at dette er tilstrekkelige tiltak.

Helse Sunnmøre HF sier at dette er ikke noe problem innen psykisk helsevern for barn og unge. Innen voksenpsykiatrien er det for eksempel pasienter som har ”godkjent behov”, men som ikke møter opp til avtale. Det er ikke gjennomført spesielle tiltak, men aktuelle tiltak kan være telefon til pasienten, mer ambulante tjenester, pasient og pårørende telefon etc).

St. Olavs Hospital HF framhever at dette i første rekke betyr å forebygge ikke ønskede reinnleggelser og hindre tilbakefall for de dårligste pasientene. Det vises også til iverksetting av stadig flere ambulante tilbud.

Punktet vil bli fulgt opp gjennom leder/faglederforum psykisk helsevern voksne.

2.1.2.3.8 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB) OD 3.3.8

Rapportering på tiltak for oppfølging

- Øke kapasiteten innen TSB med særlig vekt på akuttbehandling, avrusning og ambulante team, samt styrke kapasiteten på legemiddellassistert rehabilitering (LAR).
Rusbehandling Midt-Norge HF har i langtidsbudsjett lagt inn økt aktivitet på akuttbehandling, avrusning og ambulante team, samt styrking av LAR.

Foretaket følges opp i forhold til å øke aktiviteten på bakgrunn av økte økonomiske rammene.

- Styrking av den helsefaglige kompetansen innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.
Rusbehandling Midt-Norge HF har styrket sin fagbemanning av leger og psykologer både ved egne enheter og ved enhetene de har driftsavtale med.

Rusbehandling Midt-Norge HF	7,5 legeårsverk	11 psykologårsverk
Driftsavtaleenheter	3,75 legeårsverk	16 psykologårsverk

3,5 stillinger (av totalt 208) arbeider med forskning – 1,68 %.

- Samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester og barnevern for gravide rusmiddelavhengige i LAR og annen tverrfaglig spesialisert behandling og etablere rutiner for registrering av slike tiltak.
Rusbehandling Midt-Norge HF melder om at det i 2009 har vært to fødsler knyttet til LAR Midt. Mødrene og barna har fått faglig god oppfølging både innen somatikk, psykisk helse og sosiale tjenester. Lade behandlingssenter har et tilbud til gravide rusmiddelbrukere.

St. Olavs Hospital HF, ved fødeavdelingen og barneavdelingen har tett samarbeid med Lade behandlingssenter og kommunens barnevernstjeneste.

Helse Nord-Trøndelag HF har etablert prosjektet "Familieambulatoriet" som er finansiert av HOD. Målsettingen er å identifisere og følge opp gravide med rusproblematikk. Et godt organisert prosjekt som er "selvgående".

Prosjektet bør følges opp i forhold til mulig tettere samarbeid med rusforetaket.

- Rusbehandling Midt-Norge HF opplyser at alle pasienter som blir henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige også vurderes for sine behov for øvrige tjenester innen spesialisthelsetjenesten (somatisk, psykologisk og sosialfaglig).

Foretakene forøvrig bekrefter at de deltar i slike vurderinger når de får forespørsel. Rusbehandling Midt-Norge HF's ansettelse av egne leger/psykologer bidrar også til å sikre kvaliteten på disse tjenestene.

- Helse Midt-Norge er bedt om å iverksette tiltak som bidrar til at flere pasienter fullfører behandling.
Rusbehandling Midt-Norge HF rapporterer at det i løpet av de 9 første månedene i 2009 var 1170 av 1485 pasienter som fullførte behandlingen, dvs 78,8 %.
Foretaket vil følges opp i forhold til hvilke tiltak dette gjelder.
- Rutiner ved utskrivning etter endt behandling eller ved behandlingsavbrudd skal legge forholdene til rette for god oppfølging for kommunale tjenesteytere.
Rusbehandling Midt-Norge HF rapporterer at alle pasienter som skrives ut følges opp gjennom løpende og forpliktende samhandling mellom pasient, pårørende, kommune, klinikk og andre nøkkelpersoner omkring pasienten lokalt.
- Rusbehandling Midt-Norge HF samarbeider med Kriminalomsorgen for å legge forholdene til rette for at innsatte som gis anledning til dette, kan sone etter §12 i straffegjennomføringsloven i institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige. Foretaket deltar i et prosjekt ved Trondheim fengsel der det skal etableres en ny rusmestringsenhet ved Trondheim fengsel, med 100 % psykologstilling. Dette er et prosjekt som er i god framdrift.
- Helse Midt-Norge følger via nettverksarbeidet prehospitale tjenester opp at ambulansetjenesten som rykker ut overfor rusmiddelavhengige ved overdoser, i samarbeid med kommunale tjenester sikrer videre oppfølging etter nødvendig behandling på stedet.
- Kapasiteten på tvangsplasser innen rustjenesten etter § 6-2, 6-2a og 6-3 i lov om sosiale tjenester er tilstrekkelig og iverksette tiltak dersom det er behov for dette.
Foretaket rapporterer at kapasiteten på tvangsplasser innen rustjenesten vurderes løpende. Ved etablering av Ungdomsklinikken i 2009 ble kapasiteten øket. Ved etableringen av Trondheimsklinikken i 2010 vil kapasiteten bli ytterligere styrket.

Tilbudet vurderes som tilfredsstillende, men kapasitetsbehovet følges fortløpende av Rusbehandling Midt-Norge HF.

2.1.2.3.9 Barn som pårørende OD 3.3.9

Rapportering på tiltak for oppfølging:

- Tiltak iverksatt for at barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade identifiseres. Pasientene eller omsorgspersonen bør informeres om barns generelle behov for støtte og oppfølging når foreldrene er syke, samt om andre hjelpetilbud. I samråd med pasienten eller omsorgsperson bør barnet tilbys relevant oppfølging, så som informasjon og vurdering av behov for helsehjelp.

Helse Nordmøre og Romsdal HF har nedsatt en arbeidsgruppe, og vurderer om det skal etableres en ordning med særlig ansvarsperson ved hver aktuelle avdeling

Helse Nord-Trøndelag HF har etablert et system med "Barnas time" som er implementert i klinikken. Det planlegges oppfølging av opplæringstiltak knyttet til ny lovgiving.

I Helse Sunnmøre HF arbeides det på tvers av avdelinger der man utnytter erfaring fra f. eks. kreftavdelingen omkring oppfølging av barn. Man har prosedyrer for identifisering av behov både ved intensivavd. og ved VOP. BUP bidrar med rådgiving til kommunalt nivå (BAPP-grupper – Barn Av foreldre med Psykiske Problem el rusproblem).

St. Olavs Hospital HF:

Divisjon psykisk helsevern, BUP har tilbud til barn (flyktninger og asylsøkere) med foreldre som har utviklet psykiske lidelser.

Divisjon psykisk helsevern, akuttpsykiatrien ved Østmarka har tilbud til barn av psykisk syke. Her vurderes det fortløpende om det er behov for oppfølging av barn til pasienter som blir innlagt på psykiatrisk akuttavdeling.

BUP Røros, poliklinikk har tilbud til barn med foreldre som har rusavhengighet og/ eller psykiske lidelser. Tilbudet vektlegger mestring i hverdagen og vurderes konkret ut fra alvorlighetsgraden i hvert enkelt tilfelle.

Ved en av Psykisk Helseverns avdelinger for voksne er det etablert en ordning med egne barneansvarlige i døgnposter og poliklinikker. Egen informasjonsbrosjyre og verktøy til hjelp i samtaler med barn er utviklet. Undervisning og formidling til andre avdelinger planlegges. Det forutsettes at øvrige avdelinger drar nytte av denne ordningen.

Samarbeid/ nettverk med andre helseforetak i Helse Midt-Norge forberedes.

Kreftavdelingen ved St. Olavs Hospital og Medisinsk klinikk, avdeling for blodsykdommer har egen prosedyre for å ivareta barn og unge som pårørende, Den skal sikre at barn og unge inkluderes som pårørende når kreftsykdom rammer familien og sikre at barn og unge får støtte og veiledning, og at deres rettigheter blir ivaretatt.

Det igangsettes et arbeid for å utarbeide en prosedyre på foretaksnivå som gir generelle føringer for hvordan barn og unge som pårørende skal ivaretas. Herunder sikre nødvendig journalføring av de vurderinger som blir gjort. Dette også for å følge opp de lovendringer vedrørende oppfølging av barn som pårørende som ble sanksjonert i Stortinget 19.6.2009.

Rusbehandling Midt-Norge HF har fått tildelt særlige midler til dette fra HMN i 2009, og har etablert planer med fordeling av midlene til enhetene.

2.1.2.3.10 Rehabilitering og habilitering OD 3.3.10

Som følge av nytt system for fordeling av basisbevilgningen, avvikles ordningen med at pasienter kan benytte plasser i private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner i andre regioner uten gjestepasientoppgjør. Det legges til grunn at regionale helseforetak inngår avtale om gjestepasientoppjøret for disse pasientene.

Det er ikke inngått avtaler mellom de regionale helseforetakene om dette i 2009. Det er likevel gjennomført gjestepasientoppgjør mellom regionene. Helse- og omsorgsdepartementet har slått fast at foretakene skal betale 75% av prisen for 2009. Saken om å avtalefeste dette gjestepasientoppjøret vil bli tatt opp igjen i 2010.

Rapportering på tiltak for oppfølging:

- Rapport med en redegjørelse for forskning, kompetansehevede tiltak og habiliteringstilbud til barn og unge med omfattende behov, herunder de med alvorlige hodeskader ble levert september 2009. Gjestepasientordningen trådte i kraft i 2009, samtidig som det i første del av 2010 skal gjøres felles arbeid mellom de regionale foretakene for å gjøre ordningen mest mulig presis.

Alle helseforetakene i Midt-Norge skal delta i multisenterstudiet angående autisme, psykisk utviklingshemning og psykiske lidelser. Resultatet av dette blir også kompetanseheving.

Forøvrig er det i 2009 registrert 6 innvilgede Ph.d søknader innenfor rehabilitering og 3 innenfor habilitering i Forskningsregistret.

Når det gjelder endring av struktur for behandling av unge med hodeskader, er det ikke tatt noe initiativ i 2009.

- Helseforetakene i Midt-Norge rapporterer ikke tiltak knyttet til samarbeidsprosjekter som gjennomføres der både kommune(r) og helseforetak har inngått forpliktende samarbeid vedr rehabilitering/habilitering.
- Det er et mål at rehabilitering er en integrert del av behandlingen i alle kliniske avdelinger. I arbeidet med standardiserte pasientforløp søkes rehabilitering å integreres som en del av alle forløp. Det er for enkelte forløp etablert særlig samarbeid med rehabiliteringsinstitusjoner. Nedenstående viser noen av de standardiserte pasientforløpene som er iverksatt i 2009:
 - Forløp ved akuttinnleggelser i psykiatrisk akuttpost
 - Schizofreni
 - Forebygge tilbakefall
 - Forløp for barn og unge med depresjon og suicidalfare som tilleggspromatikk
 - Standardisert miljø-terapeutisk behandling ved døgnseksjonene
 - Inklusjon, gjennomføring og evaluering av pasienter med revmatologisk sykdom som har behov for biologisk behandling
 - Pasientforløp ved mekanisk ventilasjonsstøtte, maske/tracheostomi
 - Revisjonsprotese
 - Skulderproteser
 - Slag
 - Fedme
 - Innlagte pasienter med demens med utfordrende atferd (APSD),
- I Helse Midt-Norge er det kun Helse Sunnmøre HF som rapporterer at de er i gang med arbeidet med å styrke fokuset på habilitering av barn og unge.
- Kjøp av tjenester fra de private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner har skjedd i samme omfang som 2008 – det er brukt i overkant av 158 mill kroner (foreløpige regnskapstall)
- Helse Midt-Norge RHF har avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner i 2009 i et økonomisk omfang som tilsvarer 2008. Kravet er innfridd.
- Helse Midt-Norge RHF er gitt i oppdrag å ta i bruk Hysnes helsefort i Rissa kommune til behandlings-/rehabiliteringsformål med sikte på tilbakeføring til arbeid. St. Olavs Hospital HF har inngått kontrakt med stiftelsen. Bygningsmessig rehabilitering pågår i regi av Rissa kommune. Det er etablert en prosjektgruppe med styringsgruppe og arbeidsgrupper. Prosjektleder er tilsatt og det pågår tilsetting av personell. De første pasientene kommer for evaluering før sommeren. Oppstart er planlagt til 4. oktober 2010.
- Høreapparatformidling
Helse Midt-Norge RHF har deltatt i arbeidet med å få i stand en overordnet og samordnet samarbeidsavtale mellom de fire regionale foretakene og NAV. Avtalen ble

inngått i slutten av november 2009. Den legger føringer for hvordan lokale rutiner og avtaler skal lages.

Det er laget en regional rehabiliteringsplan for hørsel som skal implementeres i 2010.

Et prosjekt er igangsett, med Øre-Nese-Hals-avdelingen ved St. Olavs Hospital HF som operatør, for å realisere krav innenfor hørselsrehabilitering.

- Helse Midt-Norge RHF har ikke inngått avtale om høreapparattilpasning med legespesialister med avtale i 2009. For å sikre tilstrekkelig kapasitet vil dette søkes gjennomført i 2010. Helse Midt-Norge vil gi oppdatert oversikt over hvem det er inngått slik avtale med til NAV.
- Samarbeidsavtalen mellom de regionale helseforetakene og NAV bidrar til å legge til rette for at lærings- og mestringssentrene kan bli arena også for helhetlig høreapparatformidling i samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten, kommunene, NAV, og brukerne. Regional handlingsplan for hørsel legger også til rette for dette. Den skal implementeres i 2010

2.1.2.3.11 Nasjonale strategier på kreft, diabetes, KOLS, kvinnehelse, spesialisthelsetjeneste for eldre, tiltak innen smertebehandling mv OD 3.3.11

Rapportering på tiltak for oppfølging:

- Elektronisk diabetesjournal.
De fire regionale helseforetakene er enige om å utvikle en felles løsning som kan la seg integrere i alle EPJ systemer. Helse Nord RHF har tatt ansvar for utviklingen på vegne av alle, og det gjennomføres pilot i i Stavanger og Bodø. Siden løsningen først tas i bruk integrert med systeme tDIPS er det behov for et særlig integreringsprosjekt i Helse Midt-Norge. Alternativ løsning ved å ta i bruk elektronisk journal i Doculive vurderes.
- Faglige retningslinjer og Veiledning rettet mot de med eller i risiko for å utvikle type 2-diabetes:
Helse Nord-Trøndelag HF har ikke iverksatt særskilte tiltak
St. Olavs Hospital HF har satt seg inn i og startet implementeringen av de nye faglige retningslinjene. Kapasiteten på området er ikke enda ikke tilstrekkelig til å møte alle kravene i standarden, det gjelder bl. a hyppigheten av kontroller, samt opplæring og hospitering av annet helsepersonell. Arrangerer flere ”diabetesskoler” årlig, men treffer bare en mindre del av pasientgruppen – få i risikogruppen kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten før de har utviklet diabetes.
Helse Nordmøre og Romsdal HF: Fagmiljøet er kjent med nye faglige retningslinjer. Viderefører veiledning rettet mot personer med diabetes eller som er i risikogruppen for å utvikle type 2 diabetes. Ernæringsfysiolog benyttes for kostveiledning ved medisinsk avdeling.
Helse Sunnmøre HF: Etablering av diabetesteam er i samsvar med beskrivelse, det er godt samarbeid mellom leger og diabetessykepleiere. Aktiviteten mot kommuner via LMS for pasientgruppen må styrkes. Veiledning til personer med eller i risikogruppen for å utvikle diabetes: Nyopprettet overvektspoliklinikk vil følge opp en del pasienter i risikogruppen. Det gjøres god oppfølging av nyhenviste pasienter, pasienter med nyoppdaget type 1 diabetes og svangerskapsdiabetes. Ingen utadretta aktivitet til befolkningen. Risikopersoner i kontakt med avdelingen får veiledning integrert i vanlig medisinsk praksis. Livsstilsprosjekt i Volda om diabetes har veiledning til ansatte i kommunene.

- Lungerehabilitering, herunder dagtilbud for rehabilitering av personer med KOLS: St. Olavs Hospital HF har et prosjekt som gir rehabiliteringstilbud til KOLS pasienter, gruppe 3-4, som er hjemme. Helse Midt-Norge RHF har støttet prosjektet i 2009. Prosjektet har også søkt om midler for 2010. Tre av åtte avtalepartnere innenfor privat rehabilitering har avtale angående lungerehabilitering.
- Helse Midt-Norge har startet arbeidet med eldreplan som skal bidra til å sikre at de seks fokusområdene i den nasjonale strategien for spesialisthelsetjenesten for eldre ivaretas.
- Helse Midt-Norges arbeid for at Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma og allergisykdommer blir nådd:

Helse Nordmøre og Romsdal HF: Medisinsk poliklinikk har allergitestning, vaksinerings med injeksjoner og tablettbehandling, utreder og behandler pasienter med astma.

Helse Sunnmøre HF: Følger nasjonal plan

St. Olavs Hospital HF: Det arbeides for å etablere Allergologisk poliklinikk i samarbeid mellom flere klinikker.

Risikoområder, lang ventetid for utredning og ventetidsforskriftene brytes.

Diagnostiske prosedyrer er ikke tilstrekkelig sikret.

Metodikk for bestemmelse av spesifikk IgE for matvarer er for dårlig korrelert til klinikk til at den blir nyttig. Dette kan medføre at barn blir gående på strengere diettopplegg en nødvendig.

Det er utfordringer knyttet til kapasitet, system, opplæring, habilitering og tilgang til ernæringsfysiolog.

Helse Nord-Trøndelag HF er medlem av nasjonalt nettverk for helsefremmende sykehus.

Har deltatt i fylkeskommunalt folkehelseprosjekt i flere år. Astma og allergisykdommer ivaretas gjennom LMS og behandlingstilbud ved astmapoliklinikk.

- Helse Midt-Norges oppfølging av handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008-2011 for å bidra til målet om at ingen jenter/kvinner skal bli kjønnslemlestet i Norge.
St. Olavs Hospital HF: Følger opp handlingsplan tverrfaglig; gjennom kompetanseheving hos personell og tverrfaglig klinisk tilbud.
Helse Sunnmøre HF: Pasienter med mistanke om kjønnslemlestelse, incest eller overgrep sendes til St. Olavs Hospital HF.
Det arbeides med problemstillingene i eget helseforetak også. Vurderer å invitere kommunene til å delta i informasjonsmøte. Fødende følges opp med informasjon.
Helse Nordmøre og Romsdal HF: Deltar i kontaktnett med kommunene der dette er tema. Overgrepsmottak ved begge sykehus er opprettet.
Helse Nord-Trøndelag HF: Følger opp handlingsplan.
- Helse Midt-Norge har som en del av forskningsstrategien prioritert å iverksette tiltak som bidrar til økt kunnskap og reduserte kjønnsforskjeller i helse, sykdommer og helsetjenester.
- Tiltak for forebygging og behandling av barn og unge med sykkelig overvekt.
Styret i HMN RHF vedtok i 2008 tiltak for forebygging og behandling av sykkelig overvekt hos barn, unge og voksne, herunder etablering av tverrfaglig overvektspoliklinikk i fire av helseforetakene, samarbeid med kommunehelsetjenesten og kirurgisk tilbud ved tre sykehus (i Helse Sunnmøre HF, Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF). Poliklinikkene er under oppbygning. Antall operasjoner i regionen var ca 250 i 2009. Det planlegges en økning kommende år.

St. Olavs Hospital HF har et regionalt senter med FoU oppgaver og koordinerer et faglig nettverk i regionen. Blant annet er det satt i gang samhandlingstiltak med kommuner på feltet (tiltak og kompetansøkning)

Ikke-kirurgisk behandling tilbys på Røros Rehabiliteringssenter - LHL som FoU prosjekt. Gjennom systematisk evaluering og forskning (i regi av regionalt senter) endres tilbudet. Blant annet er det gjennomført en pilot i samarbeid med Helse Sør-Øst der familier med sykkelig overvekt tilbys behandling (1 voksen og 1 barn). Dette videreføres som et større forskningsprosjekt fra 2010.

Tverrfaglig overvektspoliklinikk for voksne er opprettet. I 2009 ble tverrfaglig obesitaspoliklinikk etablert i Barne- og ungdomsklinikken. Dette er et samarbeid mellom barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling hvor pasienter / familier får utredning og opplæring. Behandlingstiltak foregår i 1. linjetjenesten. Aktiviteten er ca 60 familier per år. Poliklinikken planlegges integrert i voksenavdelingens poliklinikk slik at det blir en tverrfaglig obesitaspoliklinikk for barn og voksne, dette diskuteres videre i budsjett og strategiprosess.

I Helse Nordmøre og Romsdal HF har avdeling for barn og unge gjennomført prosjekt om forebygging og behandling av sykkelig overvekt.

Helse Sunnmøre HF har i 5 år hatt tverrfaglig overvektspoliklinikk for barn/unge. Samarbeider med St. Olavs Hospital HF (Regionalt senter). Har på nytt tatt initiativ for å styrke samarbeidet med fastlegene. I 2010 planlegges et samarbeid med rehabiliteringsinstitusjonen Muritunet.

Helse Nord-Trøndelag HF har laget et mandat til en tverrfaglig arbeidsgruppe for å etablere tverrfaglig poliklinikk. Dette er et samarbeid med St. Olavs Hospital HF og kommuner.

2.1.2.3.12 Nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten OD 3.3.12

Rapportering på tiltak for oppfølging:

- Helse Midt-Norge har med utgangspunkt i fastsatte kriterier og i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene ferdigstilt et helhetlig forslag til hvilke nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten det er behov for i et femårsperspektiv, og hvor disse bør lokaliseres. Rapporten ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2009

2.1.2.3.13 Lands- og flerregionale og overnasjonale funksjoner OD 3.3.13

Rapportering på tiltak for oppfølging:

- På oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har de regionale helseforetakene under ledelse av Helse Vest, vurdert hvilke nasjonale tjenester, i form av landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentra det er behov for i et femårsperspektiv. Totalt er 180 tjenester vurdert; 87 eksisterende, 5 ulike oppdrag fra HOD og regionforetakene, samt 88 nye søknader fra helseforetak.

For kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemminger er det behov for en mer omfattende prosess. Det er foreslått å videreføre et eget arbeid innen dette feltet der brukerne blir involvert.

Kriterium nedfelt i oppdragsbrevet fra HOD (datert 17.03.08) er lagt til grunn for arbeidet med forslag til etablering og avvikling av nasjonale tjenester. Det er utarbeidet resultatmål og forslag til sammensetning av referansegrupper knyttet til tjenestene samt et mandat for disse. Det er pekt på utfordringer knyttet til finansieringen av disse tjenestene. Et framtidig styringssystem for de nasjonale tjenestene bør, i tillegg til å forvalte en 5 års-plan, kunne sikre mer dynamikk og styring som vil fange opp den medisinske og teknologiske utviklingen i spesialisthelsetjenesten. Det bør også vurderes å etablere en sekretariats- eller driverfunksjon for oppfølging av tjenestene.

Anbefaling med en samlet plan om videreføring og etablering av 39 behandlingstjenester, 7 flerregionale tjenester og 40 kompetansetjenester ble sendt til HOD desember 2009.

- Helse Midt-Norge skal sikre en videreføring av volumet på antall cochleaimplantatoperasjoner i tråd med nasjonale føringer. Helseforetakene skal samarbeide om operasjoner for å sikre god utnyttelse av samlet kapasitet slik at det samlede målet om minimum 200 cochleaimplantasjoner årlig nås.

St. Olavs Hospital HF er ansvarlig for å utføre cochleaimplantasjoner som henvises fra Helse Nord og Helse Midt-Norge. Foretaket har kontroll på ventetid når det gjelder nyhenviste pasienter. St. Olavs Hospital HF mener at området er underfinansiert, og at kostnadene med å skifte prosessor ikke dekkes med dagens finansieringssystem

I 2009 ble det utført 30 cochleaimplantat operasjoner.

- Helse Midt-Norge har ikke iverksatt nye tiltak for å øke antall tilgjengelige organer i samarbeid med Nasjonal koordinator for organdonasjon i Helsedirektoratet i 2009. St. Olavs Hospital leder arbeidet med donorvirksomheten i Helse Midt-Norge. Det er også donoransvarlige leger i Namsos, Levanger, Molde og Ålesund. Disse har årlige møter om tilgang på organer.
- Donoransvarlig lege.
Donoransvarlig lege (DAL) ved St. Olavs Hospital HF leder donorarbeidet i Midt-Norge. Det er ikke egne budsjett til donorvirksomheten. Det inngår i arbeidet ved Intensivavdelingen. DAL har kun unntaksvis ikke fått fri til å jobbe med donasjonsrelaterte oppgaver som er NOROD-kurs og – skoloring, drive kurs lokalt og på andre donasjonssykehus i Helse Midt-Norge, registreringer, arbeid i oppnevnte grupper. Kveldsseminar ved donorsykehus i Helse-Midt forsøkes gjennomført annet hvert år i lag med en transplantasjonskoordinator fra Oslo Universitetssykehuset.
Potensialet for organdonasjon:
Ved hjelp av jevnlig registrering av dødsattester ved Intensivavdelingen og god kontakt med andre avdelinger ved sykehuset som har respiratorpasienter, synes det som kun svært få av potensielle donorer ikke vurderes. Antall "Nei" ved forespørsel om organdonasjon synes å være stabilt og noe under landsgjennomsnittet.
- Andelen levende giver av nyre (familiemedlem) skal opprettholdes på 40 prosent av det totale antall nyretransplantasjoner.
Utføres på Oslo Universitetssykehus.
- Virksomhet knyttet til donasjon av hornhinner skal organiseres atskilt fra annen organdonasjon. Pr i dag utføres ikke sanking av donorhornhinner i Helse Midt-Norge, men når slik virksomhet kommer i gang, vil det være en egen hornhinnebank med egen koordinator.

2.1.2.3.14 Helsepersonells reservasjonsrett vedrørende assistert befruktning til lesbiske. OD
3.3.14

Rapportering på tiltak for oppfølging:

- Helse Midt-Norge har ikke hatt problemer med at helsepersonell i enkeltilfeller kan fritas for å utføre eller assistere ved assistert befruktning av samvittighetsgrunner. Helse Midt-Norge vil sørge for at en slik tilrettelegging ikke på noen måte hindrer at par som oppfyller vilkårene, tilbys assistert befruktning. Dersom helsepersonell i enkeltilfeller skal fritas fra å utføre eller assistere ved assistert befruktning, vil Helse Midt-Norge sørge for at annet helsepersonell utfører eller assisterer ved behandlingen slik at pasienten får den helsehjelp vedkommende skal ha.

2.1.2.3.15 Beredskap og smittevern OD 3.3.15

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Helse Midt-Norge skal videreutvikle/etablere samarbeidsformer med kommunene, og øvrige samarbeidsparter i egen og andre helseregioner, bl.a. om forebyggings tiltak på smittevernområdet, landsfunksjonen for behandling av pasienter utsatt for atom-, biologiske og kjemiske hendelser, om operativ samhandling og ressursdisponering ved kriser.
St. Olavs Hospital har det regionale ansvaret for smittevern. De yter hjelp til de andre helseforetakene i regionen og har utarbeidet et tilbud om nødvendig smittevern bistand til kommunale institusjoner. Arbeidet med å revidere handlingsplanen for smittevern i Helse Midt-Norge er i gang slik at den vil innfri kravene i ny nasjonal strategi.
- Helse Midt-Norge skal forebygge antibiotikaresistens og sykehusinfeksjoner og iverksette tiltak i tråd med den nye nasjonale strategien som ble lansert våren 2008.
Arbeidet med å revidere regional handlingsplan for smittevern er igangsatt. Forebygging av antibiotikaresistens og sykehusinfeksjoner vil tas opp med det regionale nettverket for smittevern, og beskrives i handlingsplanen. Arbeidet startet i uke 7 i 2010.
- Helse Midt-Norge skal utarbeide konkrete mål for sitt smittearbeid og klarlegge personellbehovet.
Målene vil bli konkretisert i handlingsplanen.
- Helse Midt-Norge og helseforetaksgruppen har oppdatert, videreutviklet og øvd sine beredskapsplaner, særlig knyttet til biologiske hendelser (smittsomme sykdommer/pandemisk influensa type A1H1). Beredskapsplanene er tilfredsstillende oppdatert i forhold til overordnede planverk. Planverket er ikke statisk. Dette er derfor en kontinuerlig prosess.
- Helse Midt-Norge skal ha innarbeidet beredskapshensyn i tjenestens logistikksystemer og leveranseavtaler slik at de regionale helseforetakene og helseforetakene sammen kan ivareta et samlet nasjonalt ansvar for forsyning av legemidler, materiell og andre kritiske innsatsfaktorer til spesialisthelsetjenesten i landet. Dette arbeidet skal utføres i nært samarbeid med Helsedirektoratet og nasjonalt folkehelseinstitutt.

I forbindelse med pandemien er nasjonale føringer fulgt opp på de aktuelle forsyningsområdene. Helse Midt-Norge har deltatt på workshop om legemiddelberedskap (HOD juni 09). Leveranseavtaler søker å ivareta beredskapsmessige hensyn.

- Risiko og sårbarhetsanalyser, tiltak som er iverksatt for å sikre at helseforetakene har sikre systemer for kritiske innsatsfaktorer – som IKT, vann- og strømforsyning,

Det foreligger oppdaterte ROS-analyser vedr vann- og strømforsyning ved alle sykehus med unntak av sykehusene i Helse Nordmøre og Romsdal HF hvor dette skal gjøres i 2010. Når det gjelder IKT gjennomføres ROS-analyser ved innføring av nye systemer, store endringer i enten bruk av IKT eller ved store endringer i infrastrukturen. Tiltak er gjennomført, iverksatt eller under planlegging med sikte på gjennomføring i 2010.

Helse Sunnmøre HF

Volda sjukehus:

Ros-analysene er ajourført. De er utformet slik at de kun beskriver den aktuelle situasjonen.

Ingen tiltak er gjennomført, men det pågår arbeid med planlegging av hvordan reservekraftsituasjonen kan utbedres. Reservekraftsituasjonen har blitt tatt opp som sak i beredskapsutvalget, og er det mest kritiske punktet for Volda sjukehus.

Ålesund sjukehus:

Ros-analysene er ajourført med beskrivelse av den aktuelle situasjonen.

Det mest kritiske som er beskrevet i analysen og som ikke er gjennomført er manglende rengjøring av ventilasjonsanlegg. Dette utgjør en brannfare, og prioriteres i 2010.

St. Olavs Hospital HF

Innenfor områdene IKT, vann- og strømforsyning er det gjennomført ROS-analyser i 2003 i forbindelse med utbyggingsprosjektet. I 2005 ble det gjennomført en oppdatering av denne med fokus på særlige utfordringer knyttet til omlegginger teknisk infrastruktur i byggefase 2. I 2009 er det gjennomført risikovurdering av St. Olavs Hospital knyttet til idriftsettelse av utbyggingsfase 2. Hovedrapport er datert juni 2009.

Det er også gjennomført en ROS-analyse av fare for legionellasmitte fra de forskjellige aktuelle tekniske anlegg.

Alle ROS-rapportene er konkretisert i tiltak og ansvaret for gjennomføring av de ulike tiltak er plassert.

Helse Nordmøre og Romsdal HF

ROS-analyser innenfor dette området er ikke oppdatert, men det planlegges gjennomført i 2010.

Helse Nord-Trøndelag HF

I HNT er følgende infrastruktur gjennomgått inneværende år:

Strømforsyning til deler av somatisk sykehus på Levanger. Videre er det i etterkant av omfattende brudd i vannforsyning til Sykehuset Levanger februar 2008 gjennomført samhandlingsmøter med Levanger kommune hvor beredskapsplaner for kommunen og helseforetaket ble revidert som følge av dette. Beredskapsøvelse er gjennomført sammen med Levanger kommune. Kommunen har etter denne øvelsen revidert sin beredskapsplan. Det gjennomføres tre ganger i året kontroll av nødstrømforsyningen til sykehusene.

Rusbehandling Midt-Norge HF

ROS-analysene er gjennomgått og oppdatert og det er gjennomført tiltak på de fleste institusjonene. I tillegg til områdene vann, strøm og IKT er også gjennomført brannøvelser og foretatt ROS-analyse vedr pasientsikkerhet og svineinfluensa (Veksthuset Molde)

- St. Olavs Hospital HF i samarbeid med Helse Sunnmøre HF har på vegne av Helse Midt-Norge gjennomført et forprosjekt for å implementere rutiner og prosedyrer for etablering

og utsendelse av helseteam til innsats ved kriser i utlandet, samt bistå direktoratet med å utarbeide retningslinjer og prosedyrer for etablering og utsending av helsepersonell til Utenriksdepartementets utrykningsenhet (URE).
St. Olavs Hospital og Helse Sunnmøre HF melder at de ikke har ressurser til å iverksette oppdraget i 2009. Kravet gjentas i 2010.

2.1.3 Utdanning av helsepersonell – OD 4

Rapportering på tiltak til oppfølging

- Helse Midt-Norge fordeler tilskudd til mottak av turnusleger og turnusfysioterapeuter til sykehusforetakene etter nøkkel som tilsvarer andel turnuskandidater (lege og fysioterapeuter) pr 1 oktober 09, som også er grunnlag for fordeling til Helse Midt-Norge fra HOD. I tillegg er det satt av midler til private foretak.
- Helse Midt-Norge skal etablere riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for elever/lærlinger/studenter i grunnutdanning og turnuskandidater i turnustjeneste. Det skal rapporteres på antall etablerte praksisplasser for elever, lærlinger og studenter i grunnutdanning og turnuskandidater i turnustjeneste, herunder gjennomført tjeneste i psykisk helsevern.
Se kulepunkt 6
- Helse Midt-Norge RHF har i arbeidet med strategi 2020 hatt en overordnet vurdering av behovet for utdanning av helsepersonell. Tiltak for å bidra til økt utdanning i rekrutteringsutsatte legespesialiteter, dvs. der det er diskrepans mellom forventet behov og tilgang på spesialister, vil bygge på videre operasjonisering av strategi 2020.
- Utdanning av geriater
Helse Sør-Øst har i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene gjennomført en utredning for beregning av behovet og fordeling av ansvaret mellom de regionale helseforetakene. Utredningen konkluderte med at Helse Sør-Øst skal øke utdanningskapasiteten i geriatri med 5 stillinger i 2009. Videre er det forespeilet tildeling av ytterligere to stillinger til helseforetak som ikke har hatt utdanningsstillinger i geriatri til nå, men har inne søknad om godkjenning som utdanningsinstitusjon. Disse to stillingene vil evt. bli tildelt fra de generelle kvotene for 2008/2009 som er under fordeling.
- Helse Midt-Norge RHF har satt i gang et eget prosjekt i 2009 sammen med helseforetakene for implementering av det nasjonale programmet som skal sikre at legenes stillingsstruktur til enhver tid er i tråd med opplysningene i Nasjonalt Råds database ved systematisk og fortløpende å melde inn avvik.
- Helse Midt-Norge skal, i samarbeid med fylkeskommunene, sørge for at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsefagutdanningen. Det skal rapporteres på antall læreplasser i ambulansearbeiderutdanningen og helsefagarbeiderutdanningen i årlig melding.

Arbeidet følges opp ved å legge til rette for praksisplasser i helseforetakene. Samarbeidet vil foregå sammen med Aksjon Helsefagarbeider (KS, HSH og Spekter). Det er etablert kontakt med prosjektmedarbeider i KS Sør-Trøndelag.

St. Olavs Hospital HF får tildelt 21 turnusleger 2 ganger i året. Alle er ansatt ved å St. Olavs Hospital og får introduksjonskurs i HRL på simulatorsenteret

Type	Antall	Område / kommentar
Turnuslege	9	3 delt tjeneste: medisinsk avd, kirurgisk avd avd psykiatri
Turnuslege	3	psykiatri, anestesi/akutt og kvinneklinikken/barne- og ungdomsklinikk
Turnuslege	9	medisin og kirurgi

Det er inngått avtale om 1297 praksisplasser i 2009.

Type	Antall	Område / kommentar
Sykepleierstudenter	271	Aktivitetskrav 197
Bioingeniører:	63	Aktivitetskrav 39
Radiografstudenter:	40	Aktivitetskrav 34

St. Olavs Hospital HF tar inn maks antall studenter i forhold til det klinikkene har kapasitet til å lære opp og veilede, og fysisk plass til. Det tas inn et stort antall praksisstudenter selv om det ikke er aktivitetskrav om dette.

Helse Sunnmøre HF:

Har avtale med opplæringskontoret i Møre og Romsdal om læreplasser for helsefagarbeideren.

Oppfyller aktivitetskravet. Det er en utfordring å finne nok praksisplasser for sykepleierstudenter pga nedskjæringer, særlig innenfor kirurgiske sengeposter.

Type	Antall	Område / kommentar
Leger i spesialisering	80 – 90	
Psykologer under spesialisering	20	
Medisinske turnusleger:	30 -40	
Sykepleierstudenter	280	Til enhver tid 70 inne
Sykepleiere i videreutd	20	
Hjelpepleiere:	4	
Audiologi/ergo/fysio/radio:	42	
Læreplasser ambulanse/kjøkken	8 - 10	

Helse Nord-Trøndelag HF tar i mot 650 studenter innenfor bachelor, master og spesialutdanninger.

Type	Antall	Område / kommentar
Leger studenter	24	
Helsefagarbeider og ambulanselæringer	12	

Helseforetaket har hospiteringsordning for: politistudenter, spes ped
Forpliktende samarbeid med OKS (Opplæringskontoret for sosial og helsefag). Godt samarbeid med kommune.

- Nasjonalt system for måling av ressursbruk til utdanning i helseforetakene. Helseforetakene følger opp regional handlingsplan HR med å etablere en strategisk og helhetlig kompetanseplan for eget foretak. Det gjøres et nasjonalt arbeid på området. I tillegg gjøres det et regionalt arbeid for å utvikle personalsystemet slik at rapporteringsgrunnlaget forbedres.

2.1.4 Forskning - OD 5

2.1.4.1 Forskning OD 5.1

Rapportering på tiltak for oppfølging:

- Helse Midt-Norge skal i samarbeid med øvrige regionale helseforetak og under ledelse av Helse Sør-Øst, etablere et felles elektronisk rapporteringssystem som gir en oversikt over pågående og gjennomførte kliniske studier i helseforetakene, herunder informasjon om bl.a. type studie, hvor studiet er utført, finansieringskilde(r), samarbeidspartnere, pasientgrunnlag, kost-nytte vurdering, medisinsk fagområde og resultater av studien med sikte på implementering fra 2010. Arbeidet sees i sammenheng med etablering av et felles nasjonalt forskningsdokumentasjonssystem samt i ny lov om medisinsk og helsefaglig forskning om at de regionale komiteene for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk skal føre og offentliggjøre systematiske oversikter over innmeldte og avsluttede forskningsprosjekter.

En arbeidsgruppe med representanter fra de fire regionale helseforetakene, REK og NIFU STEP er under etablering og det tas sikte på å pilotere registreringsystemet i 2010 med tanke på full implementering fom. 2011, i tilknytning til det nye nasjonale forskningsdokumentasjonssystemet

- Helse Midt-Norge har innhentet dokumentasjon fra Helse Nord, Helse Vest og Helse Midt for å få underlag for å etablere systemer som sikrer kvalitetssikring (good clinical practice) ved gjennomføring av kliniske studier. Det skal utarbeides en rapport som synliggjør infrastruktur for gjennomføring av kliniske studier og utprøving av ny teknologi i helseforetakene (utprøvingsenheter, ”testbeds”, kliniske forskernettverk, støttesystemer mv).

Den etterspurte dokumentasjonen er ikke samordnet per utgangen av 2009, og de regionale helseforetakene har etter samtaler med HOD fått utsettelse da det er viktig å få kartlagt infrastrukturen i alle regioner. Med bakgrunn i rapporten kan vi vurdere hvilke systemer som skal etableres for å sikre kvaliteten ved gjennomføring av kliniske studier.

Helse Midt-Norge rapporterer på både resultater og ressursbruk til forskning til NIFU STEP og bruker e-rapport systemet utviklet av Helse Vest for rapportering på pågående forskningsprosjekter, jf <http://forskningsprosjekter.ihelse.net> Dette systemet ble tatt i bruk fra og med 2008 og rapporteringen skjer i januar. Helse Midt-Norge deltar i en nasjonal ressursgruppe for eRapport og eSøknad men har i dag ingen representant inn i arbeidet med NVI (norsk vitenskapsindeks).

- Rapportering på årlig publikasjonspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader og avlagte doktorgrader totalt for Helse Midt-Norge (beregnet av NIFU STEP).

HMN rapporterer gjennom NIFU STEP hvert år som grunnlag for beregning av publikasjonspoeng og avlagte doktorgrader – nedenfor viser antall artikler, doktorgrader og doktorgradspoeng for 2008, samt Helse Midt-Norges andel av total forskningsproduksjon

Region	Antall artikler	Dr.grader	Dr.gr.poeng	Sum poeng
Midt-Norge	328	23	115	296,9
Midt-Norge	12,9 %	10,7 %	10,7 %	10,2 %

- Til forskning og utvikling totalt i Helse Midt-Norge for 2009 ble det tildelt 169 mill kroner. Helseforetakene har rapportert inn ressursbruk for 2008 til NIFU STEP, men

rapporten er ikke ferdig pr i dag. Andel til psykisk helse og rusbehandling (beregnet av NIFU STEP) er dermed enda ikke tilgjengelig for 2008. 2009-tall blir rapportert i 2010 og rapport forventes høsten 2010.

- Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv i Helse Midt-Norge på utvalgte prioriterte fagområder innen forskning, herunder rusbehandling, psykisk helse, rehabilitering/habilitering, kvinnehelse, kreft, kols, diabetes og eldre skal rapporteres i årlig melding. Rapporteringen skal baseres på elektronisk rapportering, jf, portalen <http://forskingsprosjekter.ihelse.net>

Kravet er oppfylt med bakgrunn i tall fra 2008, men tallene for 2009 er ikke klare. Alle pågående prosjekter finansiert av regionale forskningsmidler rapporterer elektronisk i henhold til oppdragsdokumentet. Det vises til rapport under 5.1. generelt for mer informasjon.

Det tas høyde for at rehabilitering også kan klassifiseres under for eksempel kardiologi eller kreft.

Område	Andel prosjekter/tildelte midler 2008
Rusbehandling	0,64 %
psykiatri	13,46 %
Rehabilitering/habilitering	3,21 %
Gynekologi/obs	3,85 %
Lunge	1,28 %
Endokrinologi	4,49 %
Geriatrici	2,56 %

- Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler fra Norges forskningsråd og EUs 7. Rammeprogram:
Helse Sunnmøre HF melder at de har hatt en søknad til EU's 7 rammeprogram, men at den ble avslått. Søknaden fremmes på nytt for 2010. De har ikke hatt søknader til NFR.
Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF har ikke søkt til hverken NFR eller EU's 7. rammeprogram
St. Olavs Hospital HF har i 2009 hatt 4 søknader inn til EU's 7. rammeprogram og fått antatt en med en bevilgning på 391 920 euro. Til NFR har de sendt inn tre søknader og fått akseptert to med en bevilgning på kr 1,5 mill.

2.1.4.2 Innovasjon OD 5.2

Rapportering på tiltak for oppfølging:

- Helse Midt-Norge bidrar i arbeidet med å implementere nasjonal satsing på behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2011). Det etableres koordinatorene i hvert helseforetak for videre samordning og oppfølging. Arbeidet med etablering av en koordineringsgruppe er forsinket. Et kartleggingsprosjekt vil starte i 2010

- Det skal rapporteres på følgende i årlig melding:

Innovasjon	Antall 2009
Antall OFU (evt IFU) kontrakter og tildelte midler fra Innovasjon Norge	1

Antall FORNY (kommersialisering av FOU-resultater), med tildelte midler	3
Antall BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter), med tildelte midler	12
Antall KBM (kompetanseprosjekter med brukermedvirkning), med tildelte midler	4
Antall registrerte oppfinnelser (DOFI)	2
Antall registrerte patenter	2
Antall lisensavtaler	0
Antall bedriftsetableringer	0

St. Olavs Hospital HF:

Det arbeides med et innovasjonsprosjekt, Cetrea Surgical, som skal lette oversikt og optimere koordinering, kommunikasjon og arbeidsmiljø på opererende avdelinger og deres samarbeidsavdelinger. Sykehuset startet i 2009 en prepilot på de midlertidige akuttstuen og vil i første rekke involvere kirurgisk, ortopedisk og anestesivdelingen. Prepiloten vil skje i nært samarbeide med Norsk senter for elektronisk pasientjournal, og Sintef, i tillegg til det danske firmaet, Cetrea clinical logistics, som i samarbeid med universitetet i Århus har utviklet systemet.

St. Olavs Hospital HF er også i samtaler med Safetec pasientsikkerhet og samhandling (SAPOS) som med utgangspunkt i sikkerhetsarbeid i oljeindustrien har utviklet overordnet konsept for å måle pasientsikkerhet ved norske sykehus. Ønsket er å koble dette til prosessen rundt standardiserte behandlingslinjer. Også helsetilsynet har vært involvert (skal det med?).

Rusbehandling Midt-Norge HF:

Forskningssjef i Rusbehandling Midt-Norge HF deltar i nettverket. De har to innovasjonsprosjekter: ett tilknyttet Innovasjon Norge og Coperiosenteret/Checkware AS (elektronisk kartleggingsverktøy) og ett PhD-løp knyttet til "matching" av pasienter inn/gjennom behandlingen. Det samarbeides med TTO-kontoret ved St. Olavs Hospital HF.

- Helse Midt-Norge skal utarbeide rutiner som gjør det mulig i større grad identifisere mulig innovasjonspotensial i forsknings- og utviklingsprosjekter for å utnytte den samlede forsknings- og utviklingsinnsatsen best mulig.
Forskningsprosjekters innovasjonspotensiale etterspørres ved utlysninger av midler fra Samarbeidsorgan og Kontaktutvalg, men er foreløpig ikke tatt med som kriterium i den elektroniske søknadsvurderingen.
Både i Regionalt forskningsutvalg og i Forskningsutvalget ved St. Olavs Hospital HF vurderes rutiner for å identifisere innovasjonspotensial i forsknings og utviklingsprosjekter

2.1.5 Pasientopplæring – OD 6

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Helse Midt-Norge skal tilby opplæring i lærings- og mestringssentre eller andre deler av spesialisthelsetjenesten til de pasienter som har behov for det, herunder kronikere og pasienter med funksjonsnedsettelse.

Alle helseforetakene har lærings- og mestringssentre, LMS, som samarbeider med de kliniske avdelingene for å støtte opp om opplæringstilbud til pasienter og pårørende. LMS har i de siste årene i økende grad gitt helsepersonell tilbud om kurs for å styrke den pedagogiske kompetansen og kunnskap om brukermedvirkning. Det er en målsetting å tilby opplæringen som en naturlig del av behandlingsforløpet.

Det gjennomføres et regionalt kvalitetsutviklingsprosjekt vedr evaluering av opplæringstiltak (pasientenes mestring) og beskrivelse av opplæringstiltak.

Det er etablert en regional forskergruppe for brukermedvirkning og pasientopplæring lokalisert til NTNU. Det pågår flere PhD-prosjekt på feltet.

Det mangler oversikt over aktiviteten. Rapportering må gjøres manuelt. Dette er ikke gjort i 2009.

Helse Nord-Trøndelag HF: Oppgaven ivaretas gjennom samarbeid mellom Lærings- og mestringssentrene, og kliniske avdelinger, herunder programmer for habilitering og rehabilitering.

St. Olavs Hospital HF: I 2009 ble det opprettet koordinator for Lærings- og mestringssentrene. Rehabilitering og habiliteringsprogram er en integrert del av lærings- og mestringsarbeidet i HF.

Helse Nordmøre og Romsdal HF: Stadig flere pasienter og pårørende får opplæringstilbud. Målet er at opplæring skal bli en naturlig del av pasientforløpet. LMS har hatt fokus på samhandling med kommuner for å styrke opplæringen til pasienter og pårørende.

Vedr videreutvikling av program for habilitering og rehabilitering: Styret har vedtatt handlingsprogram for fysikalsk medisin, rehabilitering og habilitering. Dette evalueres årlig.

Helse Sunnmøre HF: LMS samarbeider med avdelingene for å utvikle og tilby opplæringstiltak til pasienter og pårørende. I 2009 har følgende vært prioritert:

- Kvalitetssikre og utvikle intern opplæring i helsepedagogikk.
- Utvikle FoU-samarbeid med fagmiljø
- Utvikle og koordinere regionalt fagnettverk.

Rusbehandling Midt-Norge HF: Har utarbeidet en ny strategisk plan i 2009

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF: Har prioritert kroniske pasientgrupper som diabetes, KOLS og eldre pasienter, med spesielt fokus på kreftpasienten. Det er gjennomført internopplæring og aktiviteter knyttet til kreftplanen. Apoteket samarbeider om pasientopplæring med alle HF unntatt ved St. Olavs Hospital HF.

2.2 Rapportering på krav i foretaksprotokoller

Rapporteringen skal følge struktur på krav til omtale som gitt av vedlegg 1 til foretaksprotokoll fra januarmøtet. Eventuelle krav til rapportering gitt i andre foretaksmøter legges til i eget avsnitt.

2.2.1 Eiers overordnede styringsbudskap for 2009 – FP 3

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet forutsatte at fremtidig planlegging og endringer i tjenestetilbud og organisering, herunder IKT (jf. pkt 5.4) og strategier for investeringer mv, underbygger og skjer i tråd med nasjonal helsepolitikk og den kommende samhandlingsreformen.
Ny organisering på RHF-nivå er etablert med egen samhandlingsdirektør og –avdeling. Det arbeides ”Strategi 2020”, en omorganisering av tjenestetilbudet i perioden 2010-2020. Begrenset tilgang til investeringsmidler fører til at utviklingspotensialet begrenses
- Foretaksmøtet la grunn at HMN deltar og medvirker til at strategi og tiltak i den kommende samhandlingsreformen følges opp.
Helse Midt-Norge har opprettet egen avdeling for samhandling. Avdelingen har et hovedansvar for oppfølging av samhandlingsreformen både overfor kommunesektoren og innad i spesialisthelsetjenesten. Strategi 2020 bygger på samhandlingsreformen som grunnleggende forutsetning.
- Foretaksmøtet forutsatte at styret for Helse Midt-Norge prioriterer tiltak i oppfølgingen av regjeringens tiltakspakke mot finanskrisen og fremlegger sine prioriteringer for Helse- og omsorgsdepartementet. Det er foreslått bevilget 144 mill. kr. til Helse Midt-Norge til vedlikehold og oppgradering av eksisterende bygningsmasse. Tiltakene skal komme i tillegg til tiltak som allerede er planlagt gjennomført i 2009. Det legges til grunn at tiltakene skal ha høy sysselsettingseffekt, geografisk spredning og kunne igangsettes raskt.
Det er bevilget 144 mill kr. som er fordelt spesifikke tiltak i de ulike helseforetak i hht styrevedtak. Det rapporteres regelmessig i hht mal for fremdriftsplan og rapportering. Det har oppstått noen få avvik med hensyn på fremdrift som tidligere er meddelt HOD. Tiltak for 30,6 mill. kr forsettes slutført innen medio 2010.

2.2.2 Økonomiske krav og rammebetingelser – FP 4

2.2.2.1 Resultatkrav FP 4.1

Likviditet/driftskreditt

Rapportering på tiltak til oppfølging:

Driftskredittrammen vil bli nedjustert med 15,67 mill kr ved utgangen av hver måned. I tillegg skal Helse Midt-Norge nedbetale 150 mill kr som følge av midlertidig bruk av driftskreditt i 2008 til finansiering av investeringer. Helse Midt-Norges driftskredittramme ved utgangen av 2009 settes til 1 612 mill. kroner.

- Foretaksmøtet forutsatte at Helse Midt-Norge må budsjettere drift (regnskapsmessig resultat) og investeringer innen tilgjengelig likviditet, og på en måte som gir rom for en tilstrekkelig likviditetsbuffer gjennom året.

Helse Midt-Norge har i foretaksmøte 9.6.09 fått utvidet driftskredittrammen til 1,74 mrd kroner. Helse Midt-Norge RHF har gjennom året hatt stort fokus på resultatoppnåelse og likviditet. Trekk på driftskreditt har blitt redusert i løpet av året, og som følge av forsinket fakturering/avklaring av sluttoppgjør knyttet til Nye St. Olavs Hospital er trekket på driftskreditten lav ved utgangen av 2009.

Regnskapsmessig resultat

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- For Helse Midt-Norge stilles det krav til et regnskapsmessig resultat i balanse i 2009. Foreløpig resultat for 2009 viser et overskudd på 185 mill kr mot budsjettert overskudd på 179 mill kr. Dette gir et positivt avvik pr desember 2009 på 6 mill kr. Det gjenstår fortsatt enkelte vurderinger og avstemminger som kan gi utslag på resultatet pr 31.12.09.

2.2.2.2 Styring og oppfølging FP 4.2

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge innretter sin samlede virksomhet, herunder aktivitetsfinansiert pasientbehandling og investeringer, slik at resultatkravet nås. Foreløpig resultat for 2009 tilsier at resultatkravet nås.
- Foretaksmøtet la til grunn at nødvendige omstillingstiltak må vurderes i henhold til gjeldende rammer for helseforetak og føringer gitt i Oppdragsdokumentet for 2009. Til tross for et resultat i tråd med kravet for 2009 er det et stort behov for fortsatt omstilling i driften. Dette arbeidet ble ytterligere fokusert mot slutten av 2009 for å sikre riktig inngangsfart til 2010.
- Foretaksmøtet ba styret iverksette nødvendige grep for å heve kvaliteten i budsjetteringen. Kvalitet vektlegges i budsjettprosessen. Det er fokus på forankring og drøfting knyttet til alle ledd i prosessen. Utarbeidelse av langtidsbudsjett starter allerede i januar og gjør at prinsipper for neste års budsjett er klare før sommeren. Dette bidrar til bedre forutsigbarhet og heving av kvalitet.
- Foretaksmøtet uttrykte tilfredshet med en vesentlig forbedret kvalitet på de tall som rapporteres til Helse- og omsorgsdepartementet. Foretaksmøtet påpekte at det ved alle periodeavslutninger skal utarbeides gode og realistiske prognoser for forventet årsresultat. Helse Midt-Norge legger stor vekt på kvalitet i all rapportering, herunder også realistiske prognoser.
- Foretaksmøtet ba om at styret sikrer fortsatt betryggende styring og oppfølging av helseforetakenes økonomi i 2009. Oppfølging av foretakenes økonomi skjer gjennom dialogmøter og løpende dialog.

2.2.2.2.1 Intern kontroll og risikostyring FP 4.2.1

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet ba om at rapport fra styrets gjennomgang av intern kontroll og risikostyring forelegges Helse- og omsorgsdepartementet ved rapportering for 2. tertial 2009. I tillegg skal det redegjøres for dette arbeidet i årlig melding.

Styret for Helse Midt-Norge RHF fikk seg forelagt en sak hvor risiko ble vurdert i styremøte 12.mars 2009 og oppfølging på denne i styremøte 1.10.2009. Helse Midt-Norge benyttet i 2009 en overordnet risikovurdering av oppgavene. Med bakgrunn i tilbakemelding fra Helse- og omsorgsdepartementet på rapporteringen for 2.tertial 2009, har Helse Midt-Norge for 2010 tilpasset risikovurderingen til metodedokumentet "Risikostyring i staten" utarbeidet av Senter for statlig økonomistyring. Oppgavene følges opp minimum tertialvis, og risiko vurderes fortløpende – på bakgrunn av iverksatte tiltak og måloppnåelse. Alle helseforetakene i Midt-Norge vil for 2010 følge samme oppfølgingsmetodikk. Se innledning til pkt 1.2. for resultat på de områder som ble ansett som kritiske i 2009.

2.2.2.2.2 Realistiske og konkrete omstillingstiltak FP 4.2.2

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet forutsatte at Helse Midt-Norge i 2009 har en mer bevisst holdning til, og en mer aktiv oppfølging av helseforetakenes omstillingstiltak enn i 2008.
Det er stort fokus på foretakenes omstillingsarbeid og det er iverksatt tiltak knyttet til bl a kostnadsreduksjon, effektivisering og bemanningsreduksjon. Omstillingsarbeidet følges opp gjennom jevnlig dialogmøter.
- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge iverksetter tiltak for å bidra til at styrene i underliggende helseforetak har direkte kontroll med at omstillingstiltakene er realistiske og konkretiserte.
Se øvrig rapportering om omstillingstiltak. All rapportering til regionalt foretak skal være styrebehandlet.
- I den sammenheng skal Helse Midt-Norge i 2009 legge vekt på å sikre:
 - at det enkelte helseforetak til enhver tid har en omstillingsplan med realistiske og konkrete tiltak som er nødvendige for å nå økonomisk balanse og sikre god intern organisering
 - at omstillingstiltak som kan bidra til kostnadseffektiv og formåls effektiv drift på lang sikt prioriteres framfor kortsiktige engangseffekter
 - at omstillingstiltakenes begrunnelse og konsekvenser, og en realistisk fremdriftsplan, skal være beskrevet i omstillingsplanen
 - at det etableres oppfølgingsrutiner slik at alternative tiltak kan iverksettes ved manglende gjennomføring eller realisering av planlagte omstillingstiltak
 - at salgsgevinster fra avhending av eiendom ikke inngår som et omstillingstiltak

Alle foretak ble i brev av 30.06 bedt om å identifiseres ytterligere tiltak for å sikre resultat 2009 og et kostnadsnivå på driften tilpasset forventede fremtidige rammer. Dette er senere fulgt opp i dialogmøter og løpende dialog.

- Foretaksmøtet forutsatte at nye tilbud eller vesentlige utvidelser av eksisterende tilbud som planlegges igangsatt, først skal behandles i det aktuelle helseforetakets styre. I saksgrunnlaget for styrebehandlingen skal det foreligge en konsekvensvurdering der omfang, økonomi og framdrift beskrives. I tillegg skal det beskrives hvilke følger tiltaket vil ha for det samlede tjenestetilbudet og for brukerne.
Dette er en del av den jevnlig styringsdialogen mellom helseforetakene og Helse Midt-Norge.

- Foretaksmøtet forutsatte videre at styret sørger for at administrasjonene på ulike nivå har nødvendige ressurser, herunder tilstrekkelig kompetanse og gjennomføringsevne, til å møte omstillingsutfordringer som helseforetaksgruppen står overfor. Omstillingsarbeidet skal skje i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner og det skal legges til rette for medarbeiderinitierte omstillingstiltak.

Helse Midt-Norge har jobbet i flere år med å etablere et regionalt rammeverk for omstilling. Dette har blitt utarbeidet i samarbeid med helseforetakene og denne kompetansen har også blitt brukt på tvers av Helseforetakene i særlig kritiske omstillingsprosesser. Utvikling av rammeverk har blitt drøftet med tillitsvalgte. Rammeverket beskriver også hvordan samarbeidet med tillitsvalgte og ansatte skal prioriteres før, under og etter konkrete omstillingsprosesser. I det daglige omstillingsarbeidet ønsker foretaksgruppen å legge til rette for at alle medarbeidere skal komme med konkrete forbedringsforslag. Innspill fra medarbeiderne er bl a viktig premisse i arbeidet med standardiserte pasientforløp og etablering av prosedyrer i denne forbindelse.

2.2.2.2.3 Etablering av kompetansenettverk for bedre økonomisk styring og kontroll FP 4.2.3

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet ba HMN bidra aktivt i et nettverk for økonomisk styring/”controlling” på tvers av regionale helseforetak og helseforetak. Dette for å legge til rette for større grad av erfaringsutveksling og utvikling av bedre metodikk og rutiner. Helse Midt-Norge RHF er bedt om å etablere og lede kompetansenettverket.

Nettverk for økonomistyring er etablert med deltagere fra alle regioner og rapporterer til kollegiet av regionale økonomidirektører. Fokusområdet er delt i erfaringsoverføring og utviklingsoppgaver. Mandat godkjent av regionale økonomidirektører. Innhold presentert for HOD i oppfølgingsmøte i juni. I 2009 har det i tilknytning til erfaringsoverføring vært fokus på budsjett og omstilling. I tillegg har nettverket gjennomgått hva som skjer på analyseområdet i den enkelte region. Nettverket ser det som en viktig oppgave å få til erfaringsoverføring og samarbeid mellom økonomi- og analysemiljø i de regionale foretakene. I januar 2010 arrangerte nettverket derfor et nasjonalt seminar med fokus på analyse og virksomhetsstyring hvor det var bred deltagelse fra alle regionale foretak.

2.2.2.2.4 Etablering av kompetansenettverk for bedre likviditetsstyring – FP 4.2.4

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge bidra aktivt i et kompetansenettverk for bedre likviditetsstyring på tvers av regionale helseforetak og helseforetak. Formålet er å utvikle god metodikk, systemer og rutiner for likviditetsoppfølging og prognostisering. Helse Nord RHF er bedt om å etablere og lede kompetansenettverket.

De fire helseregionene har etablert kompetansenettverk for bedre likviditetsstyring. Kompetansenettverket har kartlagt og beskrevet prognosemodellene og likviditetsoppfølgingen i de enkelte regionene. Alle regionene benytter egne enkle prognosemodeller som lages i excel, som gir tilstrekkelig presis informasjon om størrelse på, og endringer i likviditet slik at ledelsen vet når det er behov for å sette i verk tiltak for å håndtere knapphet på likviditet. Det er derfor ikke behov for å skaffe nye likviditetsmodeller. Alle de fire regionene har konsernkontoavtaler med en hovedbank. Dette gir god sentral og samlet oversikt over foretaksgruppens likviditet og innebærer i realiteten at det er morselskapet som eier og disponerer alle bankinnskudd. Alle regioner tar opp investeringslån i Norges Bank og låner dem ut til egne

helseforetak for å gjennomføre store investeringsprosjekt. Alle regioner viderefordeler investeringslån som rentebelastes. Egenfinansierte investeringer håndteres ulikt i de enkelte regioner.

2.2.2.2.5 Rapporteringskrav – økonomi - FP 4.2.5

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Helse- og omsorgsdepartementet vil følge opp den økonomiske utviklingen i Helse Midt-Norge gjennom månedlige møter.
Helse Midt-Norge deltar i dialogmøter med Helse- og omsorgsdepartementet der økonomi, bemanning, sykefravær og kvalitet er tema.

2.2.2.3 Investeringer og kapitalforvaltning - FP 4.3

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet la til grunn at HMN baserer sine investeringsplaner på helhetlige utredninger av framtidige behov for kapasitet og tilbud på regionnivå.
Det foreligger p.t ingen helhetlig utredning av framtidige behov for kapasitet og tilbud på regionalt nivå. Det er gjennomført en analyse av bygningsmassens tekniske tilstand og tilpasningsevne, og sak vil bli forelagt styret for Helse Midt-Norge RHF i 2010. Det vil bli foretatt en nærmere vurdering av funksjonsfordeling mellom sykehusene i implementeringsarbeidet av Strategi 2020.
- Foretaksmøtet forutsatte at Helse Midt-Norge RHF tilpasser sin investeringsstrategi slik at den underbygger og gjennomføres i tråd med nasjonal helsepolitikk og den kommende samhandlingsreformen.
Helse Midt-Norge søker å tilpasse investeringene i tråd med nasjonale føringer.

2.2.2.3.1 Investeringstilskudd Nye St. Olavs Hospital - FP 4.3.1

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet merket seg at det skal gis tilbakemelding om investeringsprosjektets fremdrift og kostnadsutvikling hvert tertial i 2009 (jf vedlegg1). I tillegg skal det gis en særskilt rapport etter ekstern prosjektgjennomgang. Prosjektet skal også omtales i årlig melding.

Tertialrapporter behandles av prosjektstyret i Helsebygg Midt-Norge; styret i Helse Midt-Norge RHF og oversendes Helse- og omsorgsdepartementet. Rapport for 3.tertial 2009 behandles på styremøte i Helse Midt-Norge RHF i mars 2010. Helsebygg Midt-Norge har i 2009 ferdigstilt de tre store kliniske sentraene i byggefase 2. Bevegelsessenteret og deler av Gastroenteret er innflyttet og tatt i bruk av St. Olavs Hospital HF og NTNU. Påløpte kostnader er etter plan, noe som i hovedsak skyldes forskyvning av utstyrsleveranser, sen fakturering og mindre forbruk av administrasjonens reserver. P50 i juni 2009-tall er på 7,7 mrd kroner, mens nåværende prognose er på 7,5 mrd kroner (også juni 2009-tall).

2.2.2.3.2 Låneopptak - FP 4.3.2

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet forutsatte at tildelt låneramme på 845.80 mill kr kun benyttes til finansiering av nye St. Olavs Hospital.

Helse Midt-Norge har tatt opp hele det tildelte lånet i 2009 og overført det til Helsebygg Midt-Norge for øremerket bruk til Nye St. Olavs Hospital.

2.2.2.4 Ny inntektsfordeling, herunder gjestepasientoppgjør - FP 4.4

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet viste til Oppdragsdokumentet for 2009 vedrørende ny inntektsfordeling av basisbevilgningen, der Helse- og omsorgsdepartementet har tatt hensyn til hvilke utslag en økning i gjestepasientoppjøret inkl. kapitalkostnader vil gi. Foretaksmøtet presiserte at Helse Midt-Norge ikke skal bygge opp egne tilbud i konkurranse med eksisterende funksjoner og at justeringen for gjestepasienter derfor vil bli holdt på samme nivå i inntektsfordelingen i de kommende årene.
Dette ivaretas – Helse Midt-Norge har ikke bygd opp egne tilbud i konkurranse med eksisterende funksjoner.

2.2.3 Organisatoriske krav og rammebetingelser - FP 5

2.2.3.1 Organisatorisk og styringsmessig videreutvikling - FP 5.1

2.2.3.1.1 Utarbeiding av veileder for styrene i de regionale helseforetakene - FP 5.1.1

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet forutsatte at Helse Midt-Norge deltar i utarbeiding av en veileder for styrene i de regionale helseforetakene
Helse Midt-Norge ønsker å delta i utarbeiding av veileder for styrene i de regionale helseforetakene.

2.2.3.2 Utvikling av HR-området FP - 5.2

2.2.3.2.1 Helsepersonell – et godt arbeidsmiljø - FP 5.2.1

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet forutsatte at Helse Midt-Norge legger vekt på å sikre et godt arbeidsmiljø i helseforetakene, både med henblikk på målsettingene i "God vakt" og Inkluderende Arbeidsliv. Foretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge følger opp tilsynsrapportene og sikrer at avvik lukkes. Det vises for øvrig til pkt 4.2.2 som stiller krav til at omstillingsarbeid skal skje i samarbeid med de ansatte og deres organisasjoner.

Arbeidsmiljøundersøkelsen (AMUS 2008)

Resultatene fra arbeidsmiljøundersøkelsen som ble gjennomført høsten 2008 er fulgt opp tett i helseforetakene. Veiledere internt har fått opplæring i å bistå ledere i oppfølgingen. Det er utarbeidet handlingsplaner av leder og medarbeidere i fellesskap.

God Vakt

Helseforetakene jobber systematisk for å kartlegge arbeidsmiljøutfordringer. Helse Nord Trøndelag, som er det eneste foretak som ikke har fått varsel om pålegg i forbindelse med sykehuskampanjen God Vakt, har over tid innarbeidet gode revisjonsrutiner og benytter en revisjonsmetodikk for å avdekke arbeidsmiljøutfordringer. Alle de tre andre helseforetakene har identifisert risikoenheter og er i ferd med å utarbeide handlingsplaner med konkrete tiltak for å få lukket pålegg fra Arbeidstilsynet. Både tillitsvalgte og verneombud har deltatt i arbeidet. Frister for å få lukket pålegg varierer noe fra foretak til foretak ut over

høsten/våren 2010. Helse Nordmøre og Romsdal HF og Helse Sunnmøre HF fikk ikke lukket sine første pålegg ved fristen 1.januar 2010, men har god dialog med Arbeidstilsynet vedrørende videre arbeid.

HMS

Det er i varierende grad gjennomført kurs for HMS/HR-ressurser i foretaksgruppen innen arbeidsmiljøutvikling med fokus på det formelle rammeverk for arbeidsmiljøarbeid, psykososialt arbeidsmiljø, ledelse og arbeidsmiljøutvikling, og håndtering av konflikter og mobbing. Dette for å bistå ledere, og drive lederopplæringen innen HMS.

o Det er igangsatt arbeid med videreutvikling av styringsindikatorer innen HMS for å få systematiske kvalitetsforbedringer tuftet på dokumentasjon, åpenhet og læring.

IA/sykefravær/gravide/helsefremmende arbeid

Foretakene legger vekt på skolering av ledere innen IA-arbeid og har i samarbeid med NAV arrangert treningskurs i sykefraværsoppfølgingen.

Det har vært rapportert om et økende antall sykemeldte blant gravide. Foretakene har særlig fokus på tilrettelegging for denne gruppen gjennom ulike satsingsprosjekter. I Helse Sunnmøre HF har de gjennomført et prosjekt for oppfølging av gravide. Det har medført at tiden gravide står i arbeid før de blir sykmeldt økte med 3 uker i gjennomsnitt. Samtidig har det vært en nedgang i sykefraværsstatistikken generelt i aldersgruppen 26-35 år.

Det er under planlegging og delvis gjennomført pilotprosjekter innen helsefremmede arbeid på noen enheter i foretaksgruppen. Læring og overføringsverdi til andre enheter vil skje.

Andre tiltak innen arbeidsmiljø

Det er gjennomført lokale prosjekter for å forbedre arbeidsmiljø ut fra behov. F.eks. er det satt i gang et system for jobbrotasjon (rulleringsprosjekt) ved Sykehusapoteket i Trondheim, veiledning ift. livsstilsendring i Helse Sunnmøre HF, forbedring av inneklima i bygg i Rusbehandling o.l.

Mye systematisk og godt arbeid er utført i foretakene for å kartlegge og forbedre arbeidsmiljø. Handlingsplaner og tiltak er i stor grad fulgt opp. Når det gjelder God Vakt er tiltak gjennomført etter plan, men avvikene er foreløpig ikke lukket. Både God vakt og arbeidsmiljøutvikling generelt må fortsatt følges opp i 2010.

2.2.3.2.2 Helsepersonell – et mangfoldig arbeidsliv - FP 5.2.2

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge bidra til at bl. a. rekrutteringspolitikken i foretaksgruppen utformes for å understøtte målet om et mangfoldig arbeidsliv. Helse Midt-Norge har etablert felles policy for rekruttering som også er tilgjengelig i felles personalWeb. I forbindelse med innkjøp av ny rekrutteringsmodul skal policy for rekruttering revideres og tilpasses ny lov. Det antas oppstart våren 2010.

Det er et personalpolitisk mål å oppnå en balansert alders- og kjønns sammensetning, rekruttere personer med innvandrerbakgrunn og tilrettelegge for personer med nedsatt funksjonsevne.

Av planlagte tiltak som er iverksatt, kan nevnes:

- o Endre utlysningsteksten tilpasset ny lov der rekrutteringen skal gjenspeile mangfoldet
- o Opplæring/informasjon om endret rekrutteringspolitikk og ny lov skal spres til aktuelle aktører, f.eks. gjennom lederopplæring.
- o Helse Nordmøre og Romsdal HF har igangsatt arbeid med en kompetanse- og rekrutteringsplan. Planen med milepæler er behandlet i styret, og arbeidet med strategien fortsetter i 2010.

Det må jobbes videre med å sikre at ny lov er gjort kjent for alle enheter i alle foretak.

2.2.3.2.3 Reduksjon i uønskede deltidstillinger - FP 5.2.3

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge sørger for at hvert av helseforetakene fortsatt har oppmerksomhet på uønskede deltidstillinger, og iverksetter tiltak som legger til rette for økte stillingsandeler. Foretaksmøtet ba om at HMN rapporterer hvilke tiltak som er iverksatt for å legge til rette for økte stillingsandeler, og om effektene av tiltakene, i årlig melding.

Undersøkelser som er gjennomført i helseforetakene for å kartlegge andelen uønsket deltid viser at andelen utgjør under halvparten av alle som arbeider deltid. Det er nedfelt i Helse Midt-Norges rekrutteringspolitikk at ved intern utlysning skal deltidsansatte tilbys utvidelse av sitt arbeidsforhold inntil hel stilling dersom vedkommende er kvalifisert. Ved alle foretak skal den enkelte leder ved ledighet i stilling gjøre en vurdering av hvorvidt denne ressursen kan benyttes til økning av stilling til ansatte med redusert stilling.

Planlagte tiltak:

Prosjekt aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging ved St. Olavs Hospital:

Kartleggingsarbeid i forhold til de enhetene som har størst andel deltid er startet for å se hvilke muligheter man har for å redusere andel uønsket deltid. Faktorer som skal vurderes er:

- Ansatte med pleiekompetanse som i dag arbeider kun på dagtid, må vurderes hvorvidt det er mulig at de også kan arbeide på helg. Her må behov for IA og livsfasepolitikk sees på.
- Ansatte med uønsket deltidstilling kan få økt stillingsandel ved å arbeide oftere enn hver 3. helg
- Ansatte med uønsket deltidstilling kan få økt stillingsandel ved å arbeide på tvers av enheter

Lignende tiltak med kartlegging er gjennomført eller planlegges gjennomført i 2010 i de andre foretakene. Ved St. Olavs Hospital ble det også etablert intern vikartjeneste i 2009.

2.2.3.3 Oppfølging av juridisk rammeverk og tilsyn - FP 5.3

2.2.3.3.1 Stiftelser og legater - FP 5.3.1

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge oppdaterer tidligere foretatte kartlegginger av helseforetakenes engasjement i stiftelser og legater, samt klarlegger forholdet mellom oppretter og eventuell mottaker (jf. stiftelsesloven § 19). Dette for å vurdere og eventuelt rette opp forholdet til aktuelle stiftelser og legater slik at det samsvarer med gjeldende regelverk og retningslinjer. Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge rapporterer om plan for arbeidet innen 1. oktober 2009.

3 av helseforetakene i Midt-Norge har rapportert om engasjement i legater og stiftelser:

St. Olavs Hospital HF opprettet i 2003 Fondsstiftelsen ved St. Olavs Hospital. Pr okt. 2009 hadde styret medlemmer utnevnt av helseforetakets styre. For å bringe de habilitetsmessige forholdene i tråd med stiftelsesloven, vil nytt styre fra 1.1.2010 bestå av en person fra St. Olavs Hospital HF og 2 eksterne medlemmer. Forholdet er bedt brakt i samsvar med regelverk og retningslinjer.

Helse Nord-Trøndelag HF er engasjert i 1 stiftelse og 1 legat. Helseforetaket har styremedlemmer i både styret og legatet i tråd med disses vedtekter/statutter. Begge forvaltes av helseforetaket. En anser at forholdet er i samsvar med regelverk og retningslinjer.

Helse Sunnmøre HF er engasjert i 1 stiftelse som er opprettet av styret for helseforetaket. Stiftelsens styre har medlemmer oppnevnt av helseforetaket og dette forvalter også stiftelsen. En anser at forholdet er i samsvar med regelverk og retningslinjer.

Lotteri- og stiftelsestilsynet har i ettertid varslet at de har funnet stiftelser og legater med forretningsadresse lik enkelte av helseforetakenes som ikke er rapportert inn, og dette vil følges opp i 2010.

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge sikrer at helseforetakenes kontakt med stiftelser rutinemessig revideres opp mot gjeldende regelverk og retningslinjer, f eks ved hjelp av helseforetakets revisor.
De stiftelsene helseforetakene har kontakt med, har alle revisor. Noen benytter samme revisor som helseforetaket, men andre har egen, ekstern revisor.

2.2.3.3.2 Tiltak for å bedre kvaliteten i anskaffelsesprosessene - FP 5.3.2

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Vest RHF, utreder og vurderer etablering av en nasjonal kompetanseenhet for offentlige anskaffelser, med utgangspunkt i Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS). Utredningen bør vurdere hvorvidt andre løsninger (for eksempel nettverksmodell) vil kunne være mer hensiktsmessig for å sikre bedre kvalitet i anskaffelsesprosesser, samt eventuelle supplerende tiltak som bør iverksettes.
- Utredningen skal omfatte økonomiske, organisatoriske og juridisk sider ved etablering av en slik enhet. Likeledes skal finansielle løsninger, spørsmål om organisering i forhold til regelverket for offentlige anskaffelser med tanke på egenregi, innkjøpssentral mv., samt rutiner for bruk av kompetanseenheten til rådgivning/internkontroll i anskaffelsesprosesser, vurderes.

- Foretaksmøtet ba om at utredningen, med vurderinger og anbefalinger, oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. juni 2009.

Svar alle tre kulepunkt:

Helse Midt-Norge har deltatt i arbeidet gjennom møter i arbeidsgruppa, med skriftlige innspill til rapporten og med deltakelse i en spørreundersøkelse. Helse Vest har etter forespørsel til Helse- og omsorgsdepartementet fått utsettelse på levering av rapporten. Rapporten er levert og vil følges opp gjennom oppdrag i foretaksprotokoll til helseforetakene i Midt-Norge for 2010.

2.2.3.4 Utvikling av IKT-området - FP 5.4

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet merket seg at regjeringen har besluttet å utrede om det med utgangspunkt i Norsk Helsenett, skal etableres en statlig enhet som skal ha et helhetlig ansvar for utvikling og drift av IKT-infrastruktur i helsetjenesten.
Norsk Helsenett SF er etablert som en nasjonal enhet under Helse- og omsorgsdepartementet.
Helse Midt-Norges IT-tjenester er etablert på helsenettets infrastruktur og benytter alle tjenester som tilbys.

- Foretaksmøtet ba om at HMN påser at sikkerhetsarbeidet knyttet til IKT er forankret i ledelsen i hvert av helseforetakene. Sikkerhetsarbeidet må ha en hensiktsmessig organisering med klare retningslinjer for hvordan sikkerhet skal ivaretas og ha rutiner for autorisasjon for tilgang til pasientsystemer. Sikkerhetsarbeidet skal også omfatte regelmessig opplæring i regelverket, intern kontroll, oppfølging av avvik og risiko- og sårbarhetsanalyser.

Sikkerhetsarbeidet knyttet til IKT i Helse Midt Norge er godt organisert gjennom rådgivere på hvert helseforetak, forankret i foretaksledelsen.

Et regionalt fagnettverk er etablert, og det er utarbeidet regional informasjonssikkerhetspolicy med bakgrunn i nasjonal norm for informasjonssikkerhet i helsetjenesten.

Det foretas årlig gjennomgang.

Alle helseforetak har aktiviteter knyttet til arbeidet med informasjonssikkerhet og forbedring av dette.

Krav til meldingsformater - FP 5.4.1

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge sørger for at helseforetakene følger opp målene og handlingsprogrammet som er etablert i forbindelse med "meldingsløftet" (jf. programdirektiv "Nasjonalt meldingsløft 2008-2010"). Foretaksmøtet ba også om at Helse Midt-Norge i 2009 aktivt tilrettelegger for tilknytning til Norsk Helsenetts adresseregister.

Helse Midt-Norge ligger godt an på dette området, med unntak er rekvirering av laboratorieprøver. Det er likevel forsinkelser i forhold til opprinnelig fremdriftsplan, men det er laget ny nasjonal handlingsplan basert på realistiske mål. Risikoen håndteres gjennom prosjektet.

Elektroniske resepter - FP 5.4.2

Rapportering på krav:

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge bidrar til å utvikle standardiserte løsninger (kommunikasjonsformat og kodeverk) mot eResept og overfor intern rekvirering i sykehus som bygger på FEST. Gjennom 2009 skal prosessene for å forberede mottak av eResept videreføres gjennom aktiv deltakelse inn mot eReseptprogrammet og avrop på rammeavtaler med leverandører med sikte på utbredelse i 2010 Helse Midt-Norge deltar i referansegruppe i evalueringsprosjekt v/Helse Sør-Øst. Sannsynligvis vil innføring av e-resept bli ca 1 år forsinket.
 - Det iverksettes tiltak gjennom nasjonal IKT for å nå målene gjennom nye milepæler.
 - Helse Midt-Norge er på linje med øvrige regionale foretak, og har gode forutsetninger gjennom bruk og utvikling av modulen KMF (kurve, medisiner, forordning) i journalsystemet, herunder integrasjon mot legemiddelregisteret..
- Nye blåresepter blir påført refusjonskode i tråd med den nye blåreseptforskriften. Det er lagt inn sperre i apotekenes elektroniske systemer som gjør at apoteket ikke kan ekspedere resepten uten refusjonskode.

Elektronisk meldeordning – redusere feil og uønskede hendelser - FP 5.4.3

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet forutsatte at Helse Midt-Norge i samarbeid med Statens helsetilsyn, bidrar til innføring av elektronisk meldeordning
 - Det utvikles standardiserte skjemaer i avviksdelen i Elektronisk kvalitetssystem, EQS som er Helse Midt-Norges system. Helse Midt-Norge deltar i prosessen med et felles meldesystem i regi av Statens helsetilsyn

Automatisk oversendelse av frikort – overtakelse av pasientreiser - FP 5.4.4

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge sørger for at alle egenandeler fra poliklinisk behandling og pasientreiser blir rapportert elektronisk til frikortløsningen i tråd med de føringer som blir gitt for etableringen av denne.
 - Kravet om elektronisk levering er blitt utsatt til den 01.06.10. Målet er at flest mulig behandlere leverer egenandelsinformasjonen elektronisk. Dette forutsetter tilknytning til Norsk Helsenett og klargjorte elektroniske pasientjournalsystemer. Data fra øvrige behandlere må for- eller etterregistreres manuelt, basert på innringing/faksing av relevant informasjon.
- Foretaksmøtet viste videre til at de regionale helseforetakene skal overta ansvaret for reiseplanlegging, informasjon og enkeltoppgjør for pasientreiser gradvis i perioden fra 1. september 2009 til 1. januar 2010. Det er stor avhengighet mellom forvaltningen av frikortløsningen og pasientreiser. Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge bidrar til et godt samarbeid med Helsedirektoratet i den forbindelse.

De regionale helseforetakene har i fellesskap bidratt aktivt i arbeidet med overtagelse av ansvaret for reiseplanlegging, informasjon og enkeltoppgjør for pasientreiser. De regionale helseforetakene har i denne sammenheng deltatt i arbeid initiert av Helsedirektoratet, samtidig som en i regionene har arbeidet med implementering av reformen. Dette arbeidet har vært organisert gjennom egne regionale prosjekter.

Helse Sør-Øst er vertskap for virksomheten lokalisert til Skien og har stilt til disposisjon styreleder for den nasjonale enheten for pasientreiser som er organisert gjennom et ANS.

I Helse Midt-Norge startet utrulling av overtakelsen 1. september og den ble sluttført 3. november. Det registreres større antall saker enn estimert. Videre er arbeidsmengde per sak i gjennomsnitt større enn beregnet. Dette medfører høyere utbetalinger og større ressursinnsats enn forutsatt og dermed økte kostnader.

2.2.3.5 Samordning av stabs- og støttefunksjoner - FP 5.5

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet bad om at Helse Midt-Norge RHF i samarbeid med de andre regionale helseforetakene, utarbeider en kortfattet statusrapport fra arbeidet med samordning av stabs- og støttefunksjoner innen 1. oktober 2009. Rapporten skal gjøre rede for hvordan tiltak som sikrer forankring og implementering av de ulike prosjektene følges opp i hvert av de regionale helseforetakene. Videre skal det gjøres rede for lønnsomheten for hvert av de tre prosjektene og det skal framvises en strategi for hvordan den påviste lønnsomheten skal tas ut gjennom egnede gevinstrealiseringstiltak.

Innen HR, bidrar Helse Midt-Norge aktivt i utforming av nasjonale indikatorer og skal implementere disse fortløpende etter at de er besluttet.

Helse Midt-Norge leder arbeidet med anskaffelse av en nasjonal løsning for økonomi og logistikk. Status for arbeidet følges tett av Programstyret, hvor tillitsvalgte og fagpersoner fra alle regioner er representert. Det er etablert et regionalt mottaksprosjekt som skal lede arbeidet med lønnsomhetsanalyser, og ivareta implementeringen av en helhetlig løsning i alle foretak.

2.2.4 Øvrige styringskrav - FP 6

2.2.4.1 Oppfølging av miljøpolitikken - FP 6.1

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge om å bidra til å sikre en helhetlig tilnærming for å oppfylle de nasjonale miljø- og klimamålene med utgangspunkt i rapportens anbefalinger. Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge om å delta i videreføringen av dette arbeidet. Arbeidet skal organiseres som et samarbeidsprosjekt mellom de regionale helseforetakene, og skal ledes av Helse Vest RHF. Det er viktig at arbeidet er forankret i ledelsen og at det arbeides systematisk med dette.

Helse Midt-Norge deltar i styringsgruppen og har representanter i det nedsatte klimaforumet fra helseforetakene. Styringsgruppen arbeider aktivt med gjennomføringen av arbeidet. Arbeidet forutsettes avsluttet i 2010.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge om å følge opp anbefalingene fra rapporten med hensyn til utvikling av miljøkrav i forbindelse med innkjøp. Helse Midt-Norge skal i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene vurdere strategier for å nå regjeringens målsettinger på miljø- og klimaområdet ved bruk av felles innkjøpsmakt, jf punkt 5.4.2 i protokollen.
Miljørapporten er forelagt styret for Helse Midt-Norge. Det er iverksatt et eget delprosjekt nasjonalt vedr innkjøp i det nasjonale miljø- og klimaprojektet. Arbeidet forutsettes avsluttet i løpet av 2010. Helse Midt-Norge RHF deltar med representant i arbeidsgruppen.
- Foretaksmøtet ba videre om at Helse Midt-Norge i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene, etablerer et miljø- og klimaforum innen 1. juni 2009. Forumet skal være rådgivende og ledes av Helse Vest RHF. Alle de regionale helseforetakene og hvert av

helseforetakene skal delta i dette forumet. Forumet rapporterer til nevnte samarbeidsprosjekt.

Miljø- og klimaforumet er etablert og arbeidet iverksatt. Se første kulepunkt over.

- Foretaksmøtet bad om at de regionale helseforetakene i samarbeid vurderer hvorvidt helseforetakene bør miljøsertifiseres. Rapport med vurderinger og anbefalinger oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. juni 2010.
Dette er fulgt opp i det nasjonale miljø- og klimaprojektet. Utredning vil foreligge i løpet av våren 2010.

2.2.4.2 Landsverneplan for helsesektoren – kulturhistoriske eiendommer - FP 6.2

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge innen 1. juni 2009 etablerer nødvendig kulturminnevernkompetanse i tråd med de vurderinger og vedtak som er gjort i det regionale helseforetaket i forbindelse med oppfølging av de krav som fremgikk av protokoll fra foretaksmøtene i januar 2008. Dette kompetansemiljøet/nettverket skal samtidig overta ansvaret for databasen som er opprettet i forbindelse med landsverneplanprosjektet. Helse Midt-Norge skal sammen med de øvrige regionale helseforetakene evaluere denne ordningen mht. organisasjonsform og hensiktsmessighet innen to år etter etablering.
Sak vedrørende Landsverneplan er forelagt i møtet mellom de regionale helseforetaksdirektøren (RHF-AD-møtet).
Helse Sør-Øst RHF har under tilsetning stilling som fagansvarlig (felles ressurs for de regionale foretakene). Kostnadene forutsettes fordelt mellom dem, med 20% på Helse Midt-Norge RHF. Helse Sør-Øst RHF skal lede fagnettverket og har initialansvaret.
- Foretaksmøtet la til grunn at koordineringsgruppa som er nedsatt tidligere, skal ha ansvar for slutføring av landsverneplanen, samt å ivareta de etablerte meldingsrutiner for aktuelle byggesaker fram til nytt kompetansenettverk blir etablert.
Koordineringsgruppa følger opp Landsverneplan i den avsluttende fasen. Uavklarte saker er drøftet med helseforetakene, Riksantikvaren og HOD. Arbeidet er nå avsluttet og revidert plan ligger hos HOD. Den forutsettes oversendt Riksantikvaren for forskriftsbehandling i nær fremtid. Gitt at det ikke oppstår problemer i denne fasen vil Landsverneplan med forskrift kunne foreligge medio 2010.
Byggetiltak på verneverdige objekter skal forelegges styret for Helse Midt-Norge før det oversendes Riksantikvaren. Dette er presisert i revidert reglement for bygge- og eiendomssaker, og kommunisert til helseforetakene.

2.2.4.3 Organisering av parkeringstilbudet ved sykehusene - FP 6.3

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge følge opp forslaget om å opprette et partssammensatt parkeringsutvalg ved hvert helseforetak. Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene evaluerer organiseringen av parkeringstilbudet i 2010.
Er fulgt opp i foretaksmøte med helseforetakene, og partssammensatt parkeringsutvalg er under etablering i tre av de fire helseforetakene. Opplegg for evaluering drøftes med de øvrige regionale foretakene.

2.2.4.4 Samordnet kommunikasjon – FP 6.4

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge deltar i kommunikasjonsnettverket for å sikre samordnet kommunikasjon og hensiktsmessige samarbeidsrelasjoner mellom regionene og internt i foretaksgruppen på området.
Helse Midt-Norge og Helse Nord har tatt i bruk nasjonalt rammeverk for web. Det er etablert felles løsninger i hver region for publisering for web. Evaluering av rammeverket er iverksatt.
Helse Vest og Helse Sør-Øst har samarbeidet om felles anskaffelse av publiseringsløsning og har iverksatt arbeid for å tilpasse seg det nasjonale rammeverket.
Alle regionene deltar i nasjonalt kommunikasjonsnettverk og har etablert eget informasjonsnettverk mellom helseforetak i egen region.

2.2.4.5 Nasjonalt kvalitetssikringsprogram i stråleterapi (KVIST) – FP 6.5

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge bidrar til å identifisere områder der det er behov for at Statens strålevern koordinerer arbeidet med kvalitetssikring i stråleterapi.
Det er ikke mottatt henvendelse fra Statens strålevern og tiltak er ikke igangsatt i 2009
- Foretaksmøtet ba videre om at Helse Midt-Norge bidrar i det nasjonale arbeidet med å sette fokus på kliniske, tekniske og administrative problemstillinger i stråleterapi, samt følger opp og implementerer anbefalinger som utarbeides
Helse Midt-Norge er klar til å bidra, men har ikke fått noen henvendelser knyttet til dette i 2009.

2.2.4.6 Poliklinisk radiologi; kartlegging og informasjon – FP 6.6

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge om å gjennomføre kartleggingen av poliklinisk radiologi. Arbeidet forutsettes ferdigstilt innen 1. juli 2009 og Helse- og omsorgsdepartementet skal samtidig orienteres skriftlig om resultatet, herunder hvordan Helse Midt-Norge vil følge opp arbeidet fremover.
Helse Midt-Norge gjennomførte i 2009 anbudsrunder omkring bildediagnostikk. Kartleggingen av behov for poliklinisk bildediagnostikk ble ivaretatt gjennom dette arbeidet.
- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge i framtidige avtaler med private røntgeninstitutt stiller krav til at relevant informasjon om alternative behandlingstilbud mv. framgår av de private røntgeninstituttens henvisningsblanketter. Videre skal Helse Midt-Norge sikre at forventet ventetid for lavest prioriterte pasienter rapporteres til ”Fritt sykehusvalg” for publisering.
Dette er ivaretatt ved inngåelsen av nye avtaler for perioden 2010-2011.
- Foretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge kritisk gjennomgår eget informasjonsopplegg (herunder nettsider) til pasientene med tanke på at relevant informasjon gjøres tilgjengelig på en bedre måte enn i dag.
Det gjøres ingen forskjeller mellom informasjonsopplegg rundt poliklinisk radiologi og annen radiologi. Helseforetakene baserer seg på en kombinasjon av muntlig informasjon formidlet mellom behandler og pasient, tilpassede innkallingsbrev m/evt. vedlegg, trykte brosjyrer og offentlige nettsider. Helseforetakene har i 2009 tatt i bruk nytt publiseringsverktøy for egne nettsider. Det er noe ulikt hvor langt det enkelte helseforetak har kommet, og det er derfor

forskjell i hvor komplett informasjonen er i de forskjellige foretakene. I løpet av 2010 vil alle foretakenes nettsider bli ferdigstilt, og informasjon om alle typer undersøkelser vil være kvalitetssikret og tilgjengeliggjort for publikum.

2.2.4.7 Mobil digital røntgentjeneste – FP 6.7

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge om å vurdere tilbud om mobil digital røntgentjeneste for sykehjemspasienter.
Helse Midt-Norge ser ikke på dette som et aktuelt tilbud.

2.2.4.8 Rapportering av nøkkeltall – FP 6.8

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge leverer data som er komplette og av god kvalitet til Norsk Pasientregister (NPR) og andre aktuelle dataleverandører. Det er særlig behov for å forbedre datakvaliteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og innen psykisk helsevern for voksne.
Det jobbes aktivt for å forbedre rapportering av data innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Arbeidet kontrolleres opp mot NPR. Samtidig foregår det arbeid for å forbedre teknologien.
- Foretaksmøtet bad om at Helse Midt-Norge sørger for at registrering og rapportering av et felles minimum datasett for skade (FMDS) iverksettes så snart forskriften for NPR er trådt i kraft, og at disse opplysningene rapporteres til NPR.
Det er sendt brev til alle helseforetakene med beskjed om å starte opp igjen registrering og rapportering. Kontaktpersoner i alle foretak er innmeldt til NPR. Det er det enkelte foretak som sender data til NPR.
- Foretaksmøtet merket seg at Helse Midt-Norge skal delta i en gjennomgang av NPRs rolle som leverandør av styringsdata både på nasjonalt nivå og til de regionale helseforetakene.
Helse Midt-Norge RHF deltar i dette arbeidet.

2.2.4.9 Kostnader per pasient (KPP) – FP 6.9

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge om å foreslå aktuelle helseforetak til deltakelse i KPP-prosjektet i henhold til de føringer og frister Helsedirektoratet gir.
Tiltaket er iverksatt. Helse Sunnmøre HF og St. Olavs Hospital HF er med i pilotprosjektet, sammen med Helse Midt-Norge RHF.

2.2.4.10 Etablering av svartjeneste for arts- og funksjonskontoplan – FP 6.10

Rapportering på tiltak til oppfølging:

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge om aktivt å bidra til problemløsning ved spørsmål vedrørende arts- og funksjonskontoplanene. Helse Vest RHF er bedt om å ta et særskilt ansvar for å sikre god dokumentasjon av avklarte problemstillinger og for å samordne og strukturere de problemstillingene som de regionale helseforetakene ønsker å avklare med departementet.
Helse Midt-Norge har oppnevnt kontaktperson som sammen med øvrige regionale foretak deltar i arbeidet med å utrede innkomne spørsmål.

3. Styrets plandokument

3.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

3.1.1 Utviklingen innenfor opptaksområdet

Geografi, bosetting og kommunikasjoner

Helse Midt-Norge omfatter fylkene Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag, med et samlet innbyggertall på om lag 665 000. E6 følger regionens midtakse fra sør mot nord; avstanden fra grensen med Oppland i sør til grensen med Nordland i nord er 60 mil.

Befolkningen er i hovedsak bosatt langs kysten og de store fjordene, samt i hoveddalførene. Kommunikasjonene innen regionen er gode. En del av befolkningen bor riktig nok på øyer, men mange av de store øyene er etter hvert blitt knyttet til fastlandet gjennom bro eller tunnel, og stadig færre er avhengige av fergef forbindelser.

Helse- og omsorgstjenesten i kommunene er viktige samhandlingspartnere for spesialisthelsetjenesten, og antallet kommuner har betydning både for arbeidsmengde og samordningsmuligheter. Tabell 1 viser at det er mange små kommuner, 51 av de 85 kommunene har færre enn 5000 innbyggere.

Tabell 1. Kommunene i Midt-Norge etter fylke og størrelse

Fylke	Folketall	Antall kommuner etter folketall					Antall kommuner totalt
		<2 000	2000-4999	5000-9999	10000-19999	20 000+	
Møre og Romsdal	248 727	5	14	13	1	3	36
Sør-Trøndelag	286 729	5	9	7	3	1	25
Nord-Trøndelag	130 708	9	9	1	3	2	24
Midt-Norge	666 164	19	32	21	7	6	85

Befolkningsutvikling

I de nærmeste årene ventes bare mindre endringer i regionens folkemengde og bosettingsmønster. SSBs fremskrivning "middels nasjonal vekst" gir folkemengden i Midt-Norge en vekst på 5,0 prosent fra 664 tusen i 2009 til 700 tusen i 2015. På landsbasis gir denne fremskrivningen 6,4 prosent vekst, fra 4,8 til 5,1 mill.

Når det gjelder bosettingsmønsteret, indikerer fremskrivningen en moderat sentraliserende tendens i samsvar med veletablerte langtidstrender både på landsbasis og internt i Midt-Norge. I Midt-Norge varierer veksten mellom foretaksområdene fra 7,9 prosent i St. Olavs foretaksområde til 2,3 prosent i Nordmøre og Romsdal. Tilsvarende tall for Sunnmøre og Nord-Trøndelag er hhv. 4,2 og 3,8 prosent. I regionen sett under ett er veksten sterkest i Ålesundsområdet (~8 %), Trondheimsområdet (~10 %) og langs akse Trondheim-Levanger (8-10 %). Fremskrivningen viser synkende folketall for 41 av de 85 av kommunene. De årlige endringer er små, og krever i seg selv ingen driftsmessige tilpasninger som ikke kan ivaretas gjennom de årlige budsjettjusteringer.

Befolkningens aldersfordeling varierer noe innenfor regionen. I 2009 utgjorde barn i aldersgruppen 0-15 år 20,6 prosent av befolkningen i Midt-Norge. Sunnmøre hadde den høyeste, og Nordmøre og Romsdal den laveste andelen. Som det fremgår av fig 1. er andelen barn er synkende i alle deler av regionen.

**Befolkningsutvikling i foretaksområdene 2009-15.
Prosent av befolkningen som er under 16 år.**

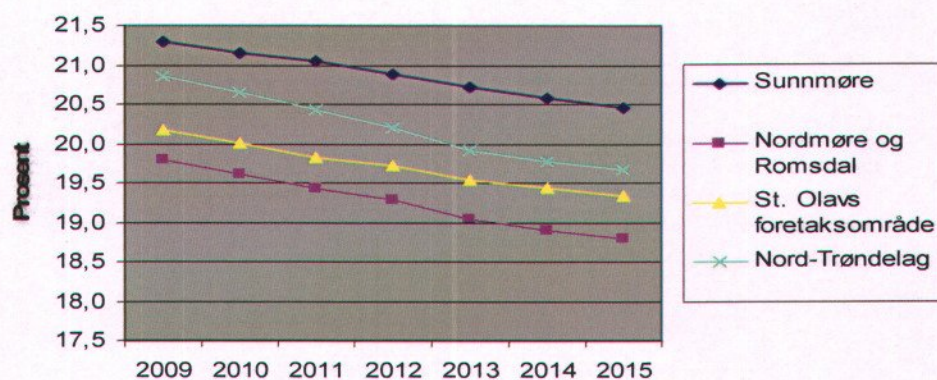


Fig. 1.

Figur 2 viser antall personer i aldersgruppen 67 år og eldre som prosent av folkemengden. Denne andelen er økende i alle deler av regionen. I perioden 2009-2015 kommer imidlertid hele økningen i aldersgruppen 67-79 år; i aldersgruppen 80 år og derover ventes det ingen økning.

**Befolkningsutvikling i foretaksområdene 2009-15.
Prosent av befolkningen som er 67 år eller mer.**

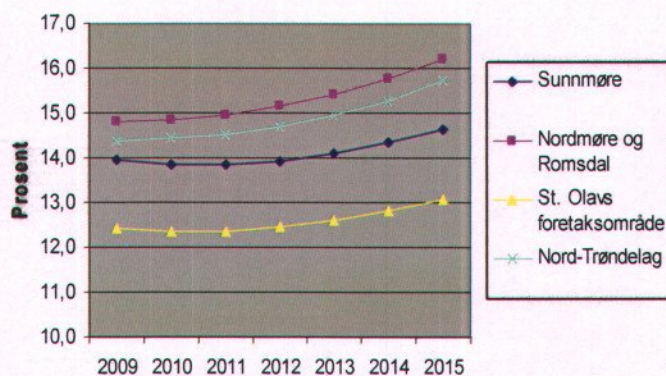


Fig 2.

Befolkningens sykkelighet

Vi har gjennom mange år hatt en gradvis endring av sykdomspanoramaet, og det forventes at hovedtrendene vil bli videreført i de nærmeste år:

En økende del av befolkningen, spesielt av de eldre, vil leve med en eller flere kroniske sykdommer med smerter, ubehag eller redusert funksjonsevne. Dette er pasienter som ikke kan "gjøres friske". Rehabilitering, opplæring og andre tiltak for å kontrollere sykdomsutviklingen og begrense konsekvensene må få økt prioritet. Samhandling med kommunene må vektlegges. De raskest voksende pasientgruppene har sykdommer som har sammenheng med samfunnsutvikling og livsstil. Dette gjelder bl.a. overvekt med følgetilstander i form av hjerte- og karsykdommer og diabetes. På disse områdene er helsefremmende og forebyggende arbeid viktig; spesialisthelsetjenesten må finne sin plass innenfor en helhetlig helsepolitiske strategi, slik samhandlingsreformen legger opp til.

Hyppigheten av psykiske lidelser og rusmisbruk vil trolig øke mer enn hyppigheten av de tradisjonelle somatiske sykdommer; utviklingen blant barn og unge krever særlig oppmerksomhet. Disse områdene må fortsatt styrkes, og samarbeidet med kommunehelsetjenesten og andre deler av hjelpeapparatet må videreutvikles.

Behov og behovsdekning

Behovet for spesialisthelsetjenester er i stadig endring; de største endringene skyldes ikke endringer i sykkelighet, men endringer i behandlingstilbudene. Det forventes at samhandlingsreformen vil få stor betydning for utviklingen i de nærmeste år.

Lange og økende ventetider er tradisjonelt benyttet som tegn på manglende behovsdekning. Figur 3 viser den gjennomsnittlige ventetid for avvilkede rettighetspasienter i Midt-Norge de tre siste årene. I somatisk sektor har ventetidene endret seg lite, mens BUP og VOP har hatt en svak nedgang. Innenfor rusbehandling har ventetidene en klart økende tendens.

Innenfor så vel somatikk som BUP og rusbehandling er den gjennomsnittlige ventetid for rettighetspasienter 80 dager eller mer, og det er langt fra tilfredsstillende. For BUP og rusbehandling kan dette ha sammenheng med at kapasiteten er i minste laget. For somatisk sektor sett under ett antas kapasiteten være tilfredsstillende. De lange ventetider må forklares på annen måte.

Gjennomsnittlig ventetid (dager) for avvilkede rettighetspasienter i Midt-Norge 2007-2009.

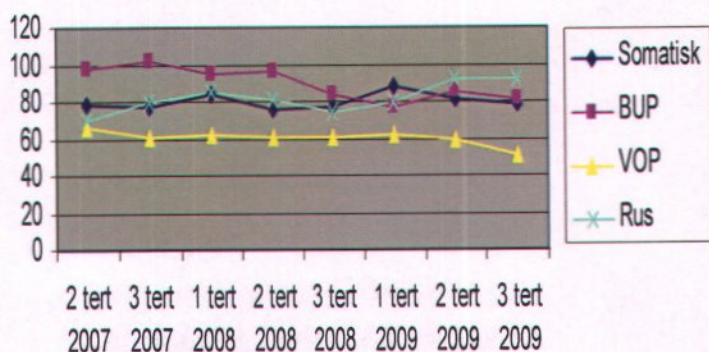


Fig 3.

Helse Midt-Norges forbruk av somatiske spesialisthelsetjenester har i de senere år økt noe mer enn forbruket i de øvrige regionene. I 2008 lå Midt-Norges forbruk per innbygger, korrigert for Magnussenutvalgets behovsnøkkel, 1,7 prosent høyere enn forbruket i resten av landet. Mangel av pålitelige aktivitetsdata gjør at tilsvarende sammenligninger ikke kan gjøres for psykisk helsevern og rusbehandling. Det er fortsatt en rådende oppfatning at det er manglende behovsdekning på begge disse områdene, og at det er nødvendig å øke så vel kapasiteten som produktiviteten.

Befolkningsutviklingen medfører økte behov for spesialisthelsetjenester. Økningen i antall eldre slår særlig ut i behovet for somatiske tjenester, og medfører en økning i behovet for somatiske tjenester i Midt-Norge på 4,8 prosent i perioden 2009-2015. Tilsvarende tall for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere er 3,8 og 3,9. Figur 4. viser hvordan veksten fordeler seg mellom foretaksområdene.

Beregnet behovsvekst 2009-2015. Prosent etter sektor og foretaksområde.

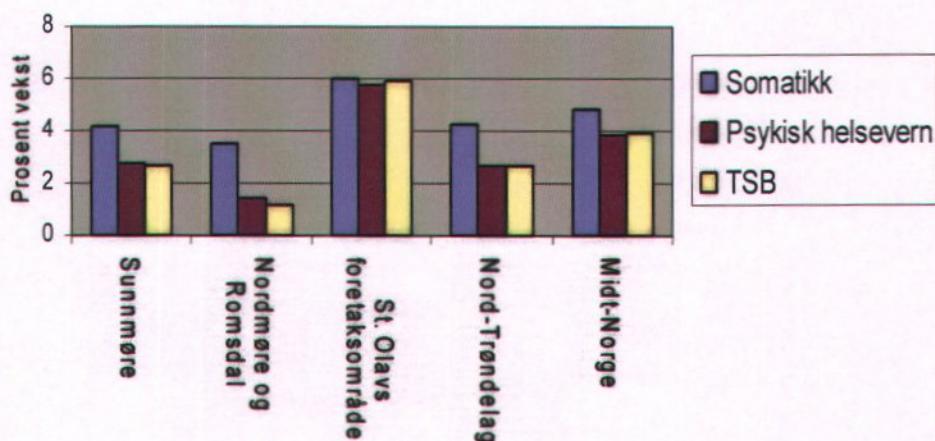


Fig 4.

Den demografisk betingede veksten tilsvarer ca. 1,2 prosent per år innenfor somatikken, og ca. 0,9 prosent per år innenfor psykisk helsevern og rusbehandling. I nyere tid har veksten i somatisk sektor vært 1-2 prosent høyere enn det som har vært nødvendig for å holde tritt med befolkningsutviklingen. Dette har dels ført til økt grad av behovsdekning (flere av de som trenger et tilbud har fått det), og dels gitt rom for nye behov knyttet til ny teknologi og nye behandlingsmetoder.

I sitt innspill til statsbudsjettet for 2011 legger de regionale helseforetakene betydelig vekt på den forventede effekt av riktigere prioritering og av mer effektiv samhandling med kommunesektoren, og anslår den nødvendig realvekst i somatisk sektor til 0,5 prosent per år på nasjonalt nivå.

Helse Midt-Norge hadde i 2008 et overforbruk av somatiske tjenester som er anslått til 1,7 prosent; det tilsvarer ett års behovsvekst (1,2 prosent demografisk betinget + 0,5 prosent realvekst). Forutsatt 0-vekst i 2010 anslås den nødvendig vekst i perioden 2011-2015 til 1,7 prosent.

Behovet for realvekst innenfor BUP, VOP og TSB er trolig noe høyere enn 0,5 prosent, men manglende egnede data og analyser gjør at dette ikke kan tallfestes. Dersom kravet fra HOD om at veksten innenfor psykisk helsevern og rusbehandling skal være sterkere enn veksten i somatisk sektor, vil disse sektorene få vesentlig høyere realvekst enn somatikken.

Nødvendig kapasitet

For TSB foreligger det en vedtatt plan for videre utvikling og utbygging av tilbudene, og det samme gjelder Psykisk helsevern. Målet er å bygge ut behandlingsskapasiteten i de enkelte deler av disse virksomhetene til et nivå som kan dekke prioriterte behov. Disse planene er nærmere omtalt i kap. 3.2.

Det antas at somatisk sektor samlet sett har en viss overkapasitet; dette vil variere noe fra fagområde til fagområde og mellom de ulike deler av regionen. Det er et overordnet mål å sikre alle deler av regionens befolkning likeverdige tilbud, og dette hensynet blir i dag ivarettatt når det årlige aktivitetskrav til det enkelte helseforetak fastsettes. Aktivitetskravet er å forstå som en kapasitetsbestilling, uttrykt som et antall DRG-poeng. Dette kan ved behov suppleres med

tilleggskrav for enkelte virksomhetsområder, for eksempel omfanget av den polikliniske virksomhet eller den ortopedisk kirurgi.

Når vi ser bort fra endringene i befolkningens behov, vil endringer i behovet for kapasitet i det enkelte foretak først og fremst oppstå som følge av

- Endring av opptaksområder
- Endring av sykehusstruktur og funksjonsfordeling
- Endringer i tilgangen til private sykehus
- Endringer i pasientenes preferanser ved valg av sykehus

Dette er spørsmål som blir behandlet i det pågående strategiarbeid.

3.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger

I vedtatte investeringsplaner og i langtidsbudsjett er investeringer i bygg blitt prioritert. Dette er krevende investeringer som går over flere år. Med en begrenset investeringsramme medfører dette at gjenanskaffelse av medisinskteknisk utstyr og investeringer i IKT har vært lavt prioritert. Tilsvarende gjelder for vedlikehold av bygningsmassen hvor det er akkumulert et relativt stort etterslep. Nye bygg vil imidlertid redusere dette etterslepet, jf kap 3.1.4 bygningskapital. Høyt investeringsnivå og planlagte store byggetiltak i årene fremover gir Helse Midt-Norge utfordringer i forhold til å betjene kapitalkostnader og i forhold til en allerede krevende likviditetssituasjon. Helse Midt-Norge vil ved rullering av langtidsbudsjettet vurdere konsekvensene av dette i forhold til investeringer og etterslep på andre områder.

Dette tilsier at nivå på årsresultat og investeringer samlet må ligge på et nivå som ikke forverrer foretaksgruppens samlede likviditet. Foreliggende vurderinger i tilknytning til langtidsbudsjett 2010-2016 viser at det kreves overskudd hvert år av langtidsperioden for å finansiere planlagte investeringer. Bygging av Nye St. Olavs Hospital er kommet langt og tre nye senter er planlagt ferdigstilt for innflytting i 2010.

Påløpt på prosjektet pr desember 2009 er drøyt 5,5 milliarder kroner.

Pga usikkerhet forbundet med bruk av operasjonsstuene ble ikke hele Bevegessenteret tatt i bruk før sent i 2009. Her er det foretatt en ekstern gjennomgang og det er blitt gjennomført tiltak for å oppnå en tilfredsstillende sikkerhet.

Det meste er bestilt og gjennomført når det gjelder Gastro-, Bevegelse- og Akutten, Hjerter- og Lungesenteret og det er ikke mye risiko igjen knyttet til disse sentraene. Kontrakt for riving av høyblokka er også klar. Kjøkkenbygget blir ikke revet, i tråd med forslag om vern i landsverneplanen. Kostnaden ved å sette denne i stand er foreløpig ikke klar. Det siste senteret i utbyggingen – Kunnskapssenteret – er planlagt innflyttet 31.10.2013.

Gjennomføring av planlagte investeringer er krevende, men dette kan realiseres med bakgrunn i dagens rammebetingelser og forutsetninger. I 2009 har Helse Midt-Norge fått tilført økt basisramme basert på Magnussen-utvalgets utredning. I 2010 vil basisrammen bli økt ytterligere som følge av dette. Dette betyr at vi også i 2010 kan prioritere basisramme til finansiering av investeringer. På tross av økte kostnader i 2010, mener Helse Midt-Norge RHF at det er innenfor mulighetsrommet å lukke differansen mellom beregnet behov og det foretaket har beregnet til disposisjon.

Det forventes at samhandlingsreformen vil bidra til bedre kvalitet og større effektivitet både i helsetjenesten samlet og i spesialisthelsetjeneste. For Helse Midt-Norge er dette et viktig innsatsområde framover for å sikre god pasientbehandling og effektiv bruk av helsekronene.

3.1.3 Personell og kompetanse

Ved å fremskrive dagens situasjon i Helse Midt-Norge vil hovedutfordringen være vår bemanningsmessige kapasitet. Følgende utfordringsbilde kan beskrives:

- Makroutviklingen viser at våre medarbeidere ønsker ikke å jobbe like mye ubekvem arbeidstid som tidligere. Scenarier i Helse Midt-Norge viser at en reduksjon med ca 1/3 av ubekvem arbeidstid for de grupper som jobber mest av dette, vil generere behov for over 1000 nye sykepleiere og over 500 nye leger, forutsatt at dette skal dekkes med hele stillinger.
- Kartlegginger av dagens vaktordninger for leger, viser at en betydelig andel av vaktplanene ikke samsvarer med vernebestemmelsene. Dette har sammenheng med at dagens organisering er krevende i forhold til de økonomiske og bemanningsmessige rammene.
- En fremskriving viser en økning på etterspørselen etter årsverk i helse- og sosialsektoren på 120.000 frem til 2025 (SSB).

Helse Midt-Norge kan ikke gjennom vekst løse disse utfordringene. Dette skyldes både samhandlingsreformens grunnleggende ide om styrking av primærhelsetjenesten og de generelle økonomiske rammene.

Tiltak kan være:

- Bedre planlegging og styring av aktivitet og medarbeiderressursen
- Bedre arbeidsprosesser, særlig knyttet til pasientbehandling
- Fleksibilitet i bruk av innsatsfaktorene for å bedre pasientlogistikken
- Bedre bruk av nye behandlingsformer og ny teknologi

Selv om Helse Midt-Norge har initiert og vil initiere en rekke tiltak for å møte utfordringene mht kapasitetsbegrensningene, vil disse ikke være tilstrekkelige til å møte utfordringene.

HR - handlingsplan ble etablert i 2008 og den blir revidert i tråd med beskrevet utfordringsbilde. Hovedfokusområdet i handlingsplanen er ressursstyring, kompetanse, arbeidsmiljø. Følgende prioriteringsområder ligger i handlingsplanen:

➤ Omstillingsprosesser

Helse Midt-Norge RHF står fortsatt overfor krevende endringsprosesser. Regionalt rammeverk basert på nasjonal omstillingsavtale, er etablert som grunnlag for endringsarbeidet. Hovedutfordringen vil være å videreutvikle både ledelses- og fagkompetanse som sikrer gode omstillings- og nedbemanningsprosesser med god involvering av partene.

➤ Samarbeid med partene

Helse Midt-Norge RHF vil videreutvikle samarbeidet mellom tillitsvalgte og ledelsen fra HF- og RHF-nivå, for å sikre intensjonene i Hovedavtalen. Hovedfokus vil være:

- Forutsigbare prosesser der medvirkning fra partene er definert.
- Videreutvikle fora for partssamarbeidet,
- Bedre den formelle og uformelle dialogen mellom partene.

➤ Lederutvikling

Lederutvikling er et viktig virkemiddel for å kunne realisere Helse Midt-Norges overordnet strategi og handlingsplaner inklusive HR-handlingsplan. Det er i hovedsak etablert lederprogram i de enkelte helseforetak samtidig som den regionale satsingen er videreført. Utfordringen er å videreutvikle innhold og struktur i en felles lederutviklingsmodell. Dette vil være en prioritert oppgave i planperioden, der avsettelse av tid og ressurser er avgjørende.

Utfordringsbildet og videre planer for områdene ressursstyring, kompetanse og arbeidsmiljø omtales i kapittel 3.2, styrets plandokument.

3.1.4 Bygningskapital – status og utfordringer

Helse Midt-Norge har en samlet eiendomsmasse i størrelsesorden 700.000 kvm hvorav snaut 600.000 kvm til formålsbygg. Av disse leies ca 20.000 kvm. Bokført verdi av bygg i eget eie er pr. 31.12.2009 ca 13 mrd. kr.

Eiendomsmassen har varierende kvalitet, men er preget av manglende vedlikehold over år og manglende tilpasning til endrede brukskrav. Det er anslått et totalt teknisk oppgraderingsbehov på 2,8 mrd. kr. Oppgraderingsbehovet omfatter ikke funksjonelle forhold – manglende egnethet pga endrede funksjonskrav.

De vedtatte byggetiltakene i de nærmeste år (2010 – 2016) representerer investeringer i størrelsesorden 5,3 mrd. kr. hvorav utbyggingen av Nytt universitetssykehus, St. Olavs Hospital (helsedelen) utgjør ca 2,3 mrd kr inkl universitetsdelen som finansieres av KD (tidl. UFD) og som utgjør ca 50 % av den samlede resterende utbyggingen (Kunnskapsenteret).

Det vil være en hovedutfordring i den nære fremtid å redusere eiendomsmassens størrelse og å frigjøre kapital som kan benyttes til reinvesteringer.

Den fremtidige eiendomsforvaltningen er utredet i et eget delprosjekt i Helse Midt-Norges strategiprojekt ”Eierstrategi 2010”, jfr. sak 83/07 Eierstrategi 2010 – Eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge.

Med bakgrunn i utredningen ble innført husleieordning i foretaksgruppen og en besluttet at en fortsatt skulle ha en desentralisert organisering av virksomheten, dvs. enheter for bygg og eiendom i de respektive helseforetak. Organiseringen av bygge- og eiendomsvirksomheten og husleieordningen forutsettes evaluert i 2010.

Utredningen avdekket dels mangelfull oversikt over eierskap, areal, arealbruk og ressursbruk knyttet til forvaltning, drift og vedlikehold av eiendomsmassen som bl.a. gjør det vanskelig å foreta sammenligninger (benchmarking) i foretaksgruppen. Da dette er et gjennomgående problem i Helse-Norge er det i regi av Helsedirektoratet igangsatt prosjekt med det for øye å etablere en felles og ensartet klassifisering av arealene. Videre deltar Helse Midt-Norge i et nasjonalt FoU-prosjektet ”Bygg og eiendom som strategisk virkemiddel for effektive helsetjenester” som bl.a. har som mål å utvikle metoder og verktøy, entydige klassifikasjoner og begreper som gir underlag for å vurdere bruk av bygg og anlegg som grunnlag for tjenesteproduksjon i kort og langsiktig perspektiv.

Med bakgrunn i det ovennevnte FOU-prosjektet, og for å bedre grunnlaget for strategisk planlegging av eiendomsforvaltningen, er det gjennomført en systematisk gjennomgang av bygningsmassen mht teknisk tilstand og tilpasningsevne. Det fremgår av utredningen at 60 % av

bygningmassen anses å ha en meget god eller god/tilfredsstillende teknisk standard. Ca 1/3 del av bygningmassen vurderes som utilfredsstillende og 3 % vurderes som veldig dårlig. Helse Nordmøre og Romsdal HF har den dårligste, og St. Olavs Hospital HF den beste bygningmassen i helseregionen.

Det totale vedlikeholds- og oppgraderingsbehovet i en ti-årsperiode er p.t. estimert å være 2,8 mrd. dvs. 4000 kr. pr. kvm. Gjennomføring av vedtatte byggetiltak; St. Olavs Hospital, Nye Molde, Sikkerhetsavdeling på Østmarka og samling av psykiatrien i Namsos, vil ha til følge at bygg kan rives/avhendes. I tillegg er det vedtatt salg av en rekke eiendommer ved St. Olavs Hospital HF. Dette vil redusere etterslepet til 1,8 mrd. kr.

Det er foretatt en sammenstilling av teknisk tilstand og tilpasningsevne for et utvalg bygg i de ulike helseforetakene. Av de registrerte kommer Lundavang (Molde sjukehus) og Brøset (psyk avd. St. Olavs Hospital) dårligst ut og Kvinne-barnsenteret ved St. Olavs Hospital best ut. Det skal anføres at Hjelset ikke er med i denne sammenstillingen, men i delstudiet for Helse Nordmøre og Romsdal HF fremstår Hjelset som det eldste (63 år i gjennomsnitt), dårligste (83 % er vurdert som utilfredsstillende/veldig dårlig) og med minst tilpasningsevne.

I tråd med nasjonale føringer og ønsker om å redusere miljøbelastningene på det ytre miljø er det under innføring miljøledelse i helseforetaksgruppen. Det er utarbeidet handlingsprogram på regionalt nivå mht avfall og energi og det foreligger en strategisk plan for energibruk som er vedtatt av styret. I tråd med styret vedtak er avsatt og disponert 10 mill kr til ENØK-tiltak i 2009. Det forberedes søknad om midler til ENOVA med sikte på å gjennomføre ENØK-tiltak for perioden 2010 – 2014 med en samlet egenandel på 40 mill. kr. Helse Midt-Norge har også deltatt i prosjektet ”Miljø- og klimatiltak i spesialisthelsetjenesten” som ble initiert av Helse- og omsorgsdepartementet.

For øvrig har Helse Midt-Norge RHF deltatt i utviklingen av Landsverneplan helse. I forlengelsen av denne vil det bli utarbeidet forvaltningsplaner for alle verneobjekt.

3.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer

Helse Midt-Norge er i ferd med å utarbeide strategi frem mot 2020. Høringsutkast skal vedtas av styret for Helse Midt-Norge RHF den 4. mars. Videre vil utkastet sendes til bred høring, med høringsfrist 20. mai. I høringsperioden vil det være prosesser i foretaksgruppen, med tanke på felles styresak i alle HF-styrene, med endelig vedtak i det regionale styret den 24. juni 2010.

3.2.1 Innledning og bakgrunn for arbeidet

Styret i Helse Midt-Norge vedtok i oktober 2009 (sak 96/09) å iverksette utarbeidelse av strategi for utvikling av tjenestetilbudet i Helse Midt-Norge mot 2020. Vedtaket er gjort med bakgrunn i evaluering av Strategi 2010 og fremtidig utfordringsbilde for helseregionen. Strategiarbeidet er forankret i Overordnet strategi 2008-2020, vedtatt av styret i Helse Midt-Norge i februar 2008 (sak 57/08), med visjonen ”På lag med deg for din helse” og Helse Midt-Norges verdier *trygghet, respekt og kvalitet*

3.2.2 Utfordringsbildet

Helse Midt-Norge legger de store nasjonale utfordringene til grunn for sitt arbeid med Strategi 2020. Den vestlige verden står overfor en varig demografisk endring som innebærer at den yrkesaktive delen av befolkningen blir færre. Spesialisthelsetjenesten må vise samfunnsansvar

gjennom å ikke legge beslag på en unødig stor andel av de samlede samfunnsressursene, herunder særlig arbeidskraft og spesialisthelsetjenestens andel av de offentlige utgiftene.

Endringer i demografi gjør at behovene for spesialisthelsetjenester vil vokse fram mot 2020. Dette innebærer at kompetanse vil bli en knapphetsressurs og at den økonomiske veksten i spesialisthelsetjenesten bremses opp.

Utfordringene knyttet til ressursbruk kan bare løses gjennom effektiv organisering og oppgavefordeling mellom ulike deler av spesialisthelsetjenesten, og i et nært samarbeid med kommunehelsetjenesten. Det vil være av avgjørende betydning for helsetilbudet til befolkningen at spesialisthelsetjenesten og kommunene sammen lykkes med å løse de nye oppgavene.

3.2.3 Helse Midt-Norges mål for Strategi 2020

Helse Midt-Norge har definert fem strategiske mål som redskap for å gjennomføre nødvendige prioriteringer:

- Styrket innsats for de store pasientgruppene
- Kunnskapsbasert pasientbehandling
- En organisering som underbygger trygge pasientforløp
- Rett kompetanse på rett sted til rett tid
- Økonomisk bærekraft

Målene skal være veiledende for de valg Helse Midt-Norge skal gjøre frem mot 2020.

4. Vedlegg 1 Høringsgrunnlag Strategi 2020