

**Årlig melding 2008
fra Helse Midt-Norge RHF**

til Helse- og omsorgsdepartementet

INNLEDNING

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. INNLEDNING | 6 |
| 1.1 VISJON, VIRKSOMHETSIDÉ OG VERDIGRUNNLAG..... | 6 |
| 1.2 SAMMENDRAG AV POSITIVE RESULTATER OG ULØSTE UTFORDRINGER I 2008..... | 7 |
| 1.2.1 Positive resultater | 7 |
| Måloppnåelse gjennom tett ledelsesmessig oppfølging | 7 |
| Ressurskontroll..... | 7 |
| Aktivitet | 8 |
| Kvalitet | 8 |
| Fagområdet psykisk helsevern | 9 |
| Kompetanse | 9 |
| Investeringer | 10 |
| Brukermedvirkning | 10 |
| Samhandling | 10 |
| 1.2.2 Uløste utfordringer | 11 |
| Kvalitet | 11 |
| Sørge for-ansvaret..... | 11 |
| Prioriteringer og oppfølging av praksis..... | 11 |
| Investeringer | 11 |
| Langtidsplan/Langtidsbudsjett | 12 |
| Arbeidsmiljø..... | 12 |
| 1.2.3 Styrets konklusjon | 12 |
| 2. RAPPORTERING | 14 |
| 2.1 RAPPORTERING PÅ KRAV I OPPDRAGSDOKUMENTET 2008 | 14 |
| 2.1.1 Psykisk helsevern spesielt | 14 |
| 2.1.2 Samhandlingstiltak i Helse Midt-Norge | 16 |
| Vurdering av samhandlingstiltak i Helse Midt-Norge | 18 |
| 2.2.3 Fortløpende rapportering iht oppdragsdokumentets struktur | 20 |
| Aktivitet | 20 |
| Kvalitet - Tjenestene skal virke | 21 |
| Kvalitet - Tjenestene skal være trygge og sikre..... | 22 |
| Kvalitet - Tjenestene skal involvere brukerne og gi dem innflytelse..... | 23 |
| Kvalitet - Tjenestene skal være helhetlige og sammenhengende..... | 25 |
| Kvalitet - Tjenestene skal utnytte ressursene på en god måte | 26 |
| Kvalitet - Tjenestene skal være tilgjengelige | 26 |
| Prioriteringer..... | 27 |
| Nøkkeldata..... | 28 |
| Områder med særskilt fokus – lokalsykehus | 28 |
| Områder med særskilt fokus - Spesialisthelsetjeneste for eldre | 30 |
| Områder med særskilt fokus - Psykisk helsevern | 30 |
| Områder med særskilt fokus - Rehabilitering og habilitering | 32 |
| Områder med særskilt fokus - Nasjonale strategier på kreft, diabetes, KOLS, tiltak innen smertebehandling mv..... | 34 |
| Områder med særskilt fokus - Nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten | 36 |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Områder med særskilt fokus - Lands- og flerregionale og overnasjonale funksjoner | 36 |
| Områder med særskilt fokus - Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige | 37 |
| Områder med særskilt fokus – Kvinnehelse | 38 |
| Områder med særskilt fokus - Organdonasjoner og transplantasjoner..... | 39 |
| Områder med særskilt fokus - Beredskap og smittevern | 40 |
| Forskning..... | 43 |
| Utdanning av helsepersonell..... | 45 |
| Pasientopplæring | 47 |
| 2.2 RAPPORTERING PÅ KRAV I FORETAKSPROTOKOLLER | 48 |
| <i>Resultatkrav 2008</i> | 48 |
| <i>Endringer av resultatkrav 2007</i> | 48 |
| <i>Styring og oppfølging i 2008</i> | 48 |
| <i>Risikostyring og intern kontroll</i> | 49 |
| <i>Økt kontroll med bemanningsutviklingen</i> | 50 |
| <i>Konsekvensanalyser og tiltak i forbindelse med omstilling 2008</i> | 51 |
| <i>Rapporteringsrutiner</i> | 52 |
| <i>Investeringer og kapitalforvaltning</i> | 53 |
| <i>Låneopptak og driftskreditter</i> | 53 |
| <i>Investeringer og kapitalforvaltning</i> | 53 |
| <i>Låneopptak og driftskreditter</i> | 54 |
| <i>Investeringer og kapitalforvaltning</i> | 54 |
| <i>Låneopptak og driftskreditter</i> | 54 |
| <i>Investeringer og kapitalforvaltning</i> | 54 |
| <i>Investeringstilskudd - fase 2 av nye St. Olavs Hospital</i> | 56 |
| <i>Samordning av stabs- og støttefunksjoner</i> | 57 |
| <i>HR-Området - personell som innsatsfaktor i helseforetakene - Oppfølging av sykefravær og tiltak for inkluderende arbeidsliv</i> | 58 |
| <i>HR-Området - personell som innsatsfaktor i helseforetakene - Reduksjon av uønskede deltidsstillinger</i> | 59 |
| <i>HR-Området - personell som innsatsfaktor i helseforetakene - Rekruttering av personer med innvandrerbakgrunn og språkkrav til utenlandsk helsepersonell</i> | 61 |
| <i>Oppfølging av juridisk rammeverk og tilsyn</i> | 62 |
| <i>Oppfølging av juridisk rammeverk og tilsyn - Stiftelser og legater</i> | 62 |
| <i>Oppfølging av juridisk rammeverk og tilsyn - Forholdet til ILO-konvensjon nr. 94</i> | 62 |
| <i>Rikshospitalet - høyspesialisert pasientbehandling</i> | 62 |
| <i>Overføring av enkeltoppgjør for pasienttransport fra AV etaten til regionale helseforetak i løpet av 2009</i> | 63 |
| <i>Overføring av enkeltoppgjør for pasienttransport fra AV etaten til regionale helseforetak i løpet av 2010</i> | 63 |
| <i>Samordnet kommunikasjon på nett</i> | 64 |
| <i>Pasienttransporten - bedre tilgjengelighet og ressursutnyttelse</i> | 64 |
| <i>Innføring av automatisk oversendelse av frikort</i> | 65 |
| <i>Bruk av frivillige mannskaper i ambulansetjenesten</i> | 65 |
| <i>IKT</i> | 66 |
| <i>Fengselshelsetjenesten - krav om avtaleinngåelser</i> | 67 |
| <i>Oppfølging av klimapolitikken</i> | 67 |
| <i>Landsverneplan for helsesektoren - kulturhistoriske eiendommer</i> | 68 |

| | | |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| | Rapportering og referansegrupper for landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentre | 69 |
| | Oppfølging av foretaksmøte med HOD den 14.03.08 | 69 |
| 3. | STYRETS PLANDOKUMENT | 71 |
| 3.1 | UTVIKLINGSTRENDER OG RAMMEBETINGELSER..... | 71 |
| 3.1.1 | Utviklingen innenfor opptaksområdet | 71 |
| | <i>Geografi, bosetting og kommunikasjoner</i> | 71 |
| | <i>Befolkningsutvikling</i> | 71 |
| | <i>Behov og behovsdekning</i> | 72 |
| | <i>Kapasitet</i> | 74 |
| 3.1.2 | Økonomiske rammeforutsetninger | 75 |
| 3.1.3 | Personell og kompetanse | 76 |
| | HR-handlingsplan:..... | 76 |
| | ➤ Omstillingsprosesser..... | 76 |
| | ➤ Samarbeid med partene..... | 76 |
| | ➤ Lederutvikling..... | 76 |
| 3.1.4 | Bygningskapital – status og utfordringer | 76 |
| 3.2 | DET REGIONALE HELSEFORETAKETS STRATEGIER OG PLANER..... | 78 |
| 3.2.1 | "Strategi for utvikling av tjenestetilbudet fram mot 2010" | 78 |
| 3.2.2 | Kvalitetsløftet | 79 |
| 3.2.3 | Kreftplan | 79 |
| 3.2.4 | Samhandlingskjeden for kronisk syke | 79 |
| 3.2.5 | KOLS HEIM | 80 |
| 3.2.6 | Fedme og sykkelig overvekt | 80 |
| | <i>Overvekt og folkehelse: Forebyggende tiltak ved overvekt/fedme – modellutvikling for samhandling mellom 1. og 2.linjetjenesten</i> | 80 |
| | <i>Overveksbehandling i Midt-Norge</i> | 80 |
| 3.2.7 | Opplæring av pasienter og pårørende | 81 |
| 3.2.8 | Rusomsorgen | 81 |
| 3.2.9 | Psykisk helsevern | 82 |
| 3.2.10 | Planer på HR-området | 83 |
| | <i>Ressursstyring</i> :..... | 83 |
| | <i>Kompetanse</i> :..... | 84 |
| | <i>Arbeidsmiljø</i> :..... | 84 |
| | <i>IA-avtalen (Sykefravær, utførhet, inkludering)</i> :..... | 84 |
| 3.2.11 | Planer på eiendomsområdet | 84 |
| | Generelt | 84 |
| | <i>Utbygging</i> | 85 |
| | <i>Salg av eiendom</i> | 85 |
| | <i>Vedlikehold</i> | 86 |
| 4. | STYRETS INNSPILL TIL STATSBUDDSJETTET FOR 2010 | 86 |
| 5. | VEDLEGG | 95 |
| 5.1 | RAPPORTERINGSSKJEMA PSYKISK HELSEVERN..... | 99 |
| 5.2 | ÅRSRAPPORT FRA PASIENTOMBUDENE..... | 100 |
| 5.3 | ÅRSRAPPORT FRA INTERNREVISJONEN I HELSE MIDT-NORGE RHF..... | 95 |

| | |
|------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. INTERNREVISJONEN I HELSE MIDT-NORGE | 95 |
| 2. REVISJONSKOMITEEN I HELSE MIDT-NORGE RHF..... | 95 |
| 2.1. <i>REVISJONSKOMITEENS MEDLEMMER</i> | 95 |
| 2.2. <i>MØTER OG SAKER</i> | 96 |
| 2.3. <i>SEKRETARIAT</i> | 96 |
| 3. INTERNREVISJONENS AKTIVITETER 2008..... | 96 |
| 3.1. <i>FOKUSOMRÅDER</i> | 96 |
| 3.2. <i>GJENNOMFØRTE REVISJONER 2008</i> | 96 |
| 3.3. <i>ØVRIGE ARBEIDSOPPGAVER:</i> | 98 |
| 4. SAKER SOM REVISJONSKOMITEEN HAR BEHANDLET I 2008 | 98 |
| 5. REGNSKAP 2008..... | 98 |

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 som felles plattform for utvikling 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 2008

1.2.1 Positive resultater

Måloppnåelse gjennom tett ledelsesmessig oppfølging

Gjennom arbeidet med Strategi 2010 har Helse Midt-Norge RHF iverksatt utredningsarbeid på flere områder for å samordne og utvikle tjenestetilbud i regionen. I tråd med egne strategier og føringer fra eier i oppdragsdokumentet og protokoll fra foretaksmøtet, har Helse Midt-Norge RHF rettet særskilt oppmerksomhet mot ressurs- og aktivitetskontroll, styrking av kvalitet og fagområdet psykisk helsevern.

De positive resultatene på disse områdene er oppnådd blant annet gjennom forsterket ledelsesmessig oppfølging av helseforetakene. Blant annet er det gjennom fastlagte direktør- og dialogmøter, som igjen er knyttet opp til et veldefinert årshjul, lagt til rette for mer forutsigbarhet for helseforetakene om hvordan ulike prosesser følges opp gjennom året, slik at disse blir best mulig forankret og dermed fulgt opp. I 2009 vil en mer helhetlig risikostyring integreres i årshjulet og de nevnte fora.

Ressurskontroll

Aldri før har så mange pasienter fått behandling selv om det samtidig er iverksatt en rekke tiltak for å få kontroll med kostnader og holde budsjett. Snuoperasjonen som har kjennetegnet de siste årene, har vært utfordrende både for ansatte, ledere og styrende organer i foretaksgruppen. Gjennom tett oppfølging av omstillingstiltak og ansvarliggjøring av ledere på alle nivå, har Helse Midt-Norge lyktes med å innfri målet om økonomistyring uten at dette har gitt dårligere kvalitet eller gått ut over tilbudet til pasientene.

Foreløpig årsresultat 2008 for foretaksgruppen er 90,5 mill kroner foran budsjett. Tilleggsbevilgning på 71 mill er inkludert i dette resultatet. Eksklusive tilleggsbevilgningen har Helse Midt-Norge samlet et foreløpig resultat på 19,5 mill kr foran budsjett. Regnskapet for 2008 er ikke endelig avsluttet og det er risiko for at resultatet kan bli endret. I tilknytning til foreløpig rapportering for desember har foretakene rapportert prognose for årsresultat 2008 på samlet 88 millioner sterkere enn budsjett.

Indikatorene for bemanning viser på et overordnet nivå at foretaksgruppen også synes å ha god styring på dette området. Bemanningsutviklingen viser en svak vekst i løpet av 2008, men deler av dette er knyttet til ønsket utvikling innen psykiatri og rusbehandling. Ytterligere effektivisering forutsetter kontinuerlig fokus på daglig forbedringsarbeid samt større endringer som standardiserte pasientforløp, aktivitetsbasert arbeidsplanlegging og effektiv bruk av ny teknologi som talegjenkjenning.

Andre hovedtendenser i bemanningssammensettingen er at våre ansatte blir eldre også i 2008, der gruppene fra 56-59 år og over 60 år øker, mens de yngre gruppene er stabile eller reduseres. Videre ser vi en tendens til at gruppene leger og sykepleiere øker, mens det er en reduksjon i gruppene service og driftspersonell og hjelpepleiere / barnepleiere reduseres.

Deltidsandelen er synkende i alle foretak unntatt ved St Olavs Hospital, som har en liten økning. I hovedsak er økningen knyttet til andelen med høy stillingsprosent.

Aktivitet

Foreløpig rapportering viser at samlet aktivitet målt i DRG-poeng ligger 1 % bak budsjett. Aktiviteten knyttet til egne pasienter er i henhold til budsjett, mens DRG-poeng kjøpt fra private ligger noe lavere enn planlagt. Polikliniske inntekter ligger godt foran budsjett og regionen har lyktes med vridning fra innleggelser til dag og poliklinisk behandling.

Kvalitet

Helse Midt-Norge har arbeidet aktivt for å oppfylle eiers krav om at tjenestene skal være helhetlige og sammenhengende, og vil spesielt trekke frem følgende:

Helse Midt-Norge har satt i gang et regionovergripende prosjekt med målsetting om å standardisere pasientforløp. Det er utviklet et rammeverk for analyse, forbedring og standardisering av pasientforløp. Det er videre utviklet en opplæringspakke for prosessveiledere fra hvert HF. Helseforetakene har iverksatt en rekke prosjekter hvor tilbudet til særskilte grupper / diagnoser gjennomgås gjennom hele forløp for å sikre faglig gode, godt opplevde (for pasient), og kosteffektive behandlingsforløp. Prosjektet er særskilt egnet for å implementere nasjonale retningslinjer for kvalitet. Videre er helseforetakenes arbeid med helhetlige pasientforløp er med på å identifisere samhandlingsbehov og gir mulighet for ytterligere målrettede tiltak i tiden fremover.

Prosjektet "Møte med pasienten – det er mye god omsorg i effektivitet" som tar sikte på å gi pasient og pårørende bedre opplevd kvalitet og mer effektiv ressursbruk i prosessene rundt innkalling, mottak og utskriving er nå slått sammen med prosjektet "Standardiserte pasientforløp".

Det rapporteres om etablering av samarbeidsråd og samarbeidsavtaler mellom involverte parter, jfr regionalt og lokalt samarbeid mellom BUFetat, HMNs psykisk helsevern og rus, og kommuner.

Det er etablert samarbeidsråd mellom Rusforetaket og psykisk helsevern for å sikre hensiktsmessige arbeidsformer i grensesnittet mellom ansvarsområdene.

Helse Midt-Norge har innført papirløs journalføring i hele foretaksgruppen

Fagområdet psykisk helsevern

Helse Midt-Norge oppfatter å ha oppnådd mange positive resultater, selv om alle målsettinger ikke er nådd. Utbyggingmessig er følgende gjennomført:

- Knausen DPS i Helse Nordmøre og Romsdal HF (Molde) er slutført og tatt i bruk.
- Nidaros DPS i St Olavs Hospital HF (Trondheim) er slutført og tatt i bruk.

"Program for psykisk helsevern 2007-2010" ble vedtatt høsten 2007. Programmet skisserer et stort antall utviklingsområder som delvis er initiert, og som delvis er i ferd med å bli initiert. Dette betyr fortsatt utvikling av tjenestetilbudet både organisatorisk, i kapasitet og i kvalitet. Det arbeides bl. a. med utvikling av tjenestetilbudene i BUP-feltet, mer fokus på styrking av forskning, og med utvikling av samhandlingstiltak mellom sykehustjenestene, DPS-ene og og kommunehelsetjenesten.

Satsingen på tverrfaglig spesialisert tilbud innen rusbehandling (TSB) skjer fortsatt gjennom Rusbehandling Midt-Norge RHF. Det er nylig tatt i bruk egen enhet for ungdom, "Ungdomsklinikken", i Malvik, som en markert videreutvikling av rusbehandlingstilbudet til ungdom. Organiseringen av rusbehandlingen i regionen skal etter hvert evalueres. Det er et etablert samarbeid mellom rusforetakets enheter og rusbehandlingstilbudet som også er til stede i de voksenpsykiatriske enhetene.

Kompetanse

Helse Midt-Norge arbeider kontinuerlig med å etterkomme helseforetakenes behov for økt kunnskap, særlig på pasientforløp og arbeidsprosesser. Aktiviteten i helseforetakene er utgangspunktet for alle analyser av kompetansebehov knyttet til pasientforløpene. Opplæringen integreres derfor som en del av selve arbeidsprosessen.

Arbeidsvanene til de ansatte har endret seg, og HMN har derfor knyttet etterutdanningen opp mot internett og andre teknologiske verktøy. Det satses på etterutdanning via fagnett, e-læring, video og simulator. Videokonferansene har åpnet for kompetanseheving, både internasjonalt og regionalt.

Fagnett benyttes aktivt mellom prioriterte kompetansemiljøer. E-læring gir fagfolk tilgang på fagstoff på en økonomisk lønnsom måte sammenlignet med tradisjonell undervisning.

Det stases på 3-4 simulatorsentre i regionen, pre-hospitalt som in-hospitalt, og gir systematisk trening i situasjoner for å forbygge menneskelig feil.

Det er viktig at kunnskapen er lett tilgjengelig slik at etterutdanning blir en del av hverdagen. Følgende etterutdanningstiltak er på gang innen læring og mestring, prosedyrer, sykkelig overvekt, skaderegistreing og behandling, multitraumebehandling samt rusrelaterte problemstillinger.

Helse Midt-Norge vil videre trekke frem at det er etablert et velfungerende samarbeid med utdanningsinstitusjonene i regionen. Tilbakemeldingene viser at Helse Midt-Norge i

hovedsak gjennomfører praksisdelen i studiene med riktig volum og med god kvalitet, selv om det kan være krevende å gi god veiledning i tilstrekkelig omfang i perioder med store omstillinger.

Investeringer

Nye St Olavs er iht plan, både ift fremdrift og økonomi i 2008. I tillegg er investeringsprogrammet for opptrappingsplanen for psykisk helsevern avsluttet.

Brukermedvirkning

Brukerutvalget rapporterer at de opplever å være godt involvert i prosesser, blant annet gjennom deltakelse i ulike arbeidsgrupper og fora.

Samhandling

Helse Midt-Norge har også i 2008 arbeidet målrettet med å utvikle god samhandling på flere plan, for å sikre god pasientbehandling og effektiv bruk av ressursene.

Det er iverksatt regionalt arbeid for å utvikle standardiserte behandlingsforløp for store diagnosegrupper. De ulike delprosjektene i tilknytning til dette arbeidet gir HMN et godt utgangspunkt for kvalitetsforbedring, mer enhetlig praksis og samhandling.

I tillegg til bedre samarbeid innad i sykehusene, vil graden av samarbeid med primærhelsetjenesten være avgjørende for å møte utfordringen med voksende pasientgrupper med alvorlige kroniske sykdommer, spiseforstyrrelser, sykkelig overvekt, rusproblemer og psykiske problemer. Det er et behov for nye faglige strategier hvor forebygging, endring av livsstil, rehabilitering og læring og mestring, blir viktig i tillegg til tradisjonell kurativ medisin. Helse Midt-Norge kommer derfor til å prioritere utviklingsarbeid sammen med brukere og kommuner framover.”

Helseforetakene i Midt-Norge har kommet langt i å samhandle med kommunene. Alle helseforetakene har etablert samarbeidsavtaler og samarbeidsmøter med kommunene i opptaksområdet. Helse Midt-Norge RHF har etablert samarbeidsavtale med KS i regionen. Helse Midt-Norge RHF har delfinansiert mange samhandlingstiltak/prosjekter. Det finnes flere gode eksempler på tiltak som oppleves som praktisk velfungerende og kvalitativt gode innholdsmessig. Disse beskrives i et eget kapittel om samhandling i rapportdelen. I tillegg til allerede gjennomførte prosjekt, har Helse Midt-Norge RHF utfordret helseforetakene på å beskrive gode piloter inn i Samhandlingsreformen.

Helse Midt-Norge deltar videre i samarbeid mellom regionene for å samordne og effektivisere drift, og for å utvikle høyt spesialiserte tjenester.

1.2.2 Uløste utfordringer

Under omtales kort de områder som krever særskilt oppmerksomhet og ledelsesmessig fokus hos Helse Midt-Norge i tiden fremover:

Kvalitet

Status i forhold til kvalitetsindikatorene, viser at Helse Midt-Norges største utfordring er knyttet til at andelen reinnleggelser i psykisk helsevern for voksne utvikler seg svært uheldig. Dette krever en tett oppfølging gjennom dialogmøter med helseforetakene. Videre vil problemstillingen tas inn i revisjonen av kvalitetsstrategien i 2009.

Det er også en utfordring at man ikke har klart å komme opp på tilfredsstillende nivå når det gjelder ventetider for innen psykisk helsevern for barn og unge. Man strever bl. a. fortsatt med mangel på særlig lege- og psykologspesialister. Dette er omhandlet i "Program for psykisk helsevern", og følges blant annet opp gjennom tiltak knyttet til utviklingsprosjekter innen BUP-feltet og gjennom satsingen på forskning.

Helse Midt-Norge har fortsatt utfordringer når det gjelder å få bort korridorpasienter. Det er likevel slik at andelen ble redusert i 2008 og utviklingen forventes å fortsette. Ledelsen vil ha følge opp denne indikatoren særskilt og følge med på at nedgangen i antall korridorpasienter fortsetter i 2009.

En annen utfordring som revisjonen av kvalitetsstrategien skal bidra til å håndtere, er behovet en ser for å finne et system for en balansert tilnærming til kvalitet, for slik å kunne synliggjøre helhetlig kvalitet som grunnlag for å gjøre valg og sammenlikninger.

Sørge for-ansvaret

Helse Midt-Norge ser videre et behov for å utvikle rollen som bestiller når det gjelder å fordele aktivitet ift befolkningsbehov og ift kvaliteten på leveransene. Her vil en i fortsettelsen ha økt ledelsesmessig fokus ift å kvalitetssikre innholdet i tjenestene. Dette innebærer blant annet å få kunnskap om innholdet i og kvaliteten på tilbudene til ulike pasientgrupper, m.a.o sikre tilbuds- og leveranselighet. Helse Midt-Norge følger disse utfordringene opp gjennom arbeidet med langtidsplaner og langtidsbudsjett. Videre vil en benytte det ovennevnte arbeidet med pasientforløp i helseforetakene. Ved å utvide dette arbeidet til å omfatte hele foretaksgruppen, vil en få en felles metodikk for å yte et godt, forutsigbart og likeverdig tilbud.

Prioriteringer og oppfølging av praksis

Helse Midt-Norge erkjenner et fortsatt behov for å forbedre rutinene ift prioritering av rettighetspasienter etter prioriteringsforskriftene. Dette følges blant annet opp ved å ta i bruk nasjonale veiledere og verktøy som gjør at avdelinger kan sammenlikne resultater for slik å få til en stadig forbedring.

Investeringer

I 2008 har Helse Midt-Norge en rekordstor investeringsramme. Langt det meste av dette er knyttet til investeringer i byggfase 2 i Trondheim, men det er også ferdigstilt to nye bygg innen psykisk helsevern (Knausen i Molde og DPS Nidaros i Trondheim). Disse byggene er en del av opptrappingsplanen for psykisk helsevern. Etter utbygging av nytt universitetssykehus i Trondheim, er det nytt sykehus i Molde og ny barneavdeling i Ålesund

som er prioritert. Det økonomiske handlingsrommet innenfor dagens rammer for å gjennomføre nye større investeringer er begrenset.

Langtidsplan/Langtidsbudsjett

Arbeidet med langtidsbudsjett viser at Helse Midt-Norge har store utfordringer økonomiske utfordringer knyttet til økte kapitalkostnader som følge av låneopptak for å fullføre fase 2 for det nye universitetssykehuset i Trondheim. Nye Molde sjukehus, som er under planlegging, vil også gi økte kapitalkostnader. Foretaksgruppen står med andre ord overfor betydelige utfordringer også i årene som kommer både når det gjelder driftsøkonomi og balanse.

Statsbudsjett for 2009 er med på å gi oss handlingsrom for å kunne gjennomføre prioriterte tiltak og styrke tilbudet til befolkningen i Midt-Norge. Utjevning av de forskjellene som Magnussen-utvalget dokumenterte, skjer over to år og gjør at vårt inntektsgrunnlag vil ligge høyere enn før. Statsbudsjett for 2009 legger også opp til at det settes av egne midler for å stimulere til og utvikle samhandlingstiltak mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Dette er i tråd med Helse Midt-Norges langsiktige strategi og et viktig innsatsområde framover for å sikre god pasientbehandling og effektiv bruk av helsekronene. Vi har fortsatt betydelige omstillingsutfordringer og må fortsette å arbeide målrettet innenfor de rammene vi får tildelt.

Arbeidsmiljø

Området arbeidsmiljø kunne vært omtalt under positive resultater i den forstand at Arbeidstilsynets GOD VAKT kampanje og Helse Midt-Norges Arbeidsmiljøundersøkelse har ført til økt fokus på arbeidsmiljø og HMS arbeid. Det har vært arbeidet aktivt gjennom hele 2008 med oppfølging av Arbeidstilsynets God Vakt kampanje.

Helse Midt-Norge vil likevel understreke at dette er et fortsatt utfordringsområde, og at oppfølgingsarbeidet vil videreføres i 2009 og sees i sammenheng med bedre aktivitets – og bemanningsplanleggingen.

1.2.3 Styrets konklusjon

- Ut fra den samlede rapportering for 2008 anser styret for Helse Midt-Norge RHF at "Sørge for"-ansvaret som er pålagt Helse Midt-Norge RHF i sum er oppfylt for 2008.
- Styret er tilfreds med at Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2008, formidlet i oppdragsdokument og foretaksmøter, i hovedsak er fulgt opp.
- Styret er særlig tilfreds med at flere pasienter en noensinne har fått behandling, at behandlingskvaliteten gjennomgående er god, og at dette skjer selv om det samtidig er iverksatt en rekke tiltak for å få kontroll med kostnader og holde budsjett.
- Styret er tilfreds med at foreløpig årsresultat viser at den økonomiske målsetting er nådd i og med at foreløpig årsresultat for 2008 for foretaksgruppen er 90,5 mill kroner foran budsjett. Tilleggsbevilgning på 71 mill er inkludert i dette resultatet. Eksklusive tilleggsbevilgningen har Helse Midt-Norge samlet et foreløpig resultat på 19,5 mill kr foran budsjett

- Styret berømmer medarbeiderne og tillitsvalgte i helseforetakene for stor innsats og engasjement i en periode med omfattende omstillingstiltak.
- Styret berømmer brukernes representanter for positivt og konstruktivt samarbeid.
- Styret berømmer administrasjonen for at den gjennom tett oppfølging av omstillingstiltak og ansvarliggjøring av ledere på alle nivå, langt på vei har lykket med å innfri målet om økonomistyring uten at dette har gitt dårligere kvalitet eller gått ut over tilbudet til pasientene.
- Styret anser *"Strategi for utvikling av tjenestetilbudet fram mot 2010"* som godt forankret i Nasjonal helseplan, og anser at Helse Midt-Norge med dette har et godt strategisk grunnlag for å samordne og utvikle tjenestetilbud i regionen ytterligere i årene fremover med det mål at befolkningen i Midt-Norge skal ha gode og likeverdige helsetjenester.

2. RAPPORTERING

2.1 Rapportering på krav i oppdragsdokumentet 2008

2.1.1 Psykisk helsevern spesielt

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt om spesifikk rapportering på følgende:

- Antall årsverk for psykologer og psykiatere per 10 000 innbyggere.
- Prosentvis fordeling av årsverk for psykologer og psykiatere fordelt på sykehus og DPS.
- Antall DPS og BUP som har etablert ambulant virksomhet.
- Antall DPS og BUP som har etablert egne ambulante team.

Under er innrapporterte data fra helseforetakene sammenstilt. Det vises til at kvalitetssikrede tall vil forefinnes i SAMDATA høsten 2009.

Figur 1 Psykisk helsevern spesielt - Årsverksinnsats VOP og BUP samlet. Antall årsverk og antall årsverk per 10 000 innbygger

| Foretak | Antall årsverk psykologer | Psykologårsverk per 10 000 innbyggere | Antall årsverk psykiatere | Psykiaterårsverk per 10 000 innbyggere |
|---------|---------------------------|---------------------------------------|---------------------------|----------------------------------------|
| HSM | 32,9 | 2,5 | 26,5 | 2,0 |
| HNR | 50,6 | 4,4 | 30,1 | 2,6 |
| HNT | 35 | 2,7 | 23 ¹⁾ | 1,8 |

1) Assistentleger og turnuskandidater er ikke medregnet

Årsverksinnsats VOP og BUP samlet. Antall årsverk og antall årsverk per 10 000 innbygger

| Foretak | Antall årsverk psykologer og psykiatere | Psykiater- og psykologårsverk per 10 000 innbyggere |
|-------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| St Olavs Hospital | Ikke rapportert ¹⁾ | 7,6 |

1) Med en befolkning på 283 997 gir dette 215,8 årsverk

Fordeling mellom sykehus og DPS

| Foretak | Antall årsverk psykologer | | Antall årsverk psykiatere | |
|-------------------|---------------------------|---------------------|---------------------------|---------------------|
| | Andel i DPS Pst | Andel i sykehus Pst | Andel i DPS Pst | Andel i sykehus Pst |
| HSM | 80,0 | 20,0 | 53,0 | 47,0 |
| HNR | 82,0 | 18,0 | 64,0 | 36,0 |
| HNT ¹⁾ | 15,0 | 85,0 | 16,0 | 84,0 |

| Foretak | Antall årsverk psykologer og psykiatere | |
|-------------------|-----------------------------------------|----------------------|
| | Andel i DPS. Pst | Andel i sykehus. Pst |
| St Olavs Hospital | 71,3 | 28,7 |

1) "Skjevfordelingen" skyldes at for Nord-Trøndelag er DPS og sykehusfunksjonene integrert i sykehusene i Namsos og Levanger.

Ambulante Team:

HSM: BUP: ambulante team blir etablert i 2009
VOP: alle DPS-er har etablert ambulans virksomhet, ingen har etablert ambulante team.

HNR: BUP: Kun ny akuttjeneste som har etablert ambulans virksomhet
VOP: De to DPS-ene har etablert egne ambulante team

HNT: Alle DPS-er har ambulans virksomhet, men ikke ambulante team.

St. Olav: Alle DPS og BUP har etablert ambulans virksomhet. De fleste DPS-er har etablert egne ambulante team

2.1.2 Samhandlingstiltak i Helse Midt-Norge

| Samhandlingstiltak i det enkelte HF | |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Helse Nord-Trøndelag HF | <ul style="list-style-type: none">• DMS i Stjørdal.• Helse Nord Trøndelag planlegger DMS på Steinkjer. <p>Stjørdal DMS vil bli evaluert. Arbeidet med søknad om forskningsmidler er startet.</p> |
| St. Olavs Hospital HF | <ul style="list-style-type: none">• KOLS HEIM - er et samarbeidsprosjekt mellom Lungeavdelingen, St. Olavs Hospital, Avd. Helse og Velferd i Trondheim kommune. Prosjektet startet 1.9.07 (forprosjekt), det er nå over i hovedprosjektet og har en planlagt varighet ut 2010. InnoMed og Helse Midt-Norge er samarbeidspartnere i prosjektet. Prosjektets mål er å utarbeide et system for hjemmebasert behandling, overvåkning, omsorg og rehabilitering av pasienter med alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom. Prosjektet legger vekt på bedret, mer aktiv og effektiv samhandling mellom profesjoner og nivåer i helsetjenesten. Det er utarbeidet hjelpemidler og gjennomført opplæringsprogram om KOLS for den kommunale hjemmetjenesten i Trondheim. Prosjektet skal evalueres og resultatene publiseres. KOLS-HEIM prosjektet har et nært samarbeid med prosjektet Samhandlingskjeden for kronisk syke (der KOLS inngår som en av pasientgruppene sammen med pasienter med slag og hjertesvikt)• Samhandlingskjeden for kronisk syke har som overordnet mål å gi kronisk syke et kvalitativt bedre helsetilbud ved å etablere en systematisk samhandlingskjede mellom primær- og spesialist helsetjenesten. Prosjektet er inne i hovedprosjektfasen og foreløpig er planlagt varighet ut 2010. Forskningen er kommet i gang, men den vil ha en varighet ut over 2010. Samhandlingskjeden for kronisk syke er en del av EU-prosjektet NEXES.• Fedme og sykkelig overvekt Overvekt og fokehelse - Forebyggende tiltak ved overvekt/fedme. - modellutvikling for samhandling mellom 1. og 2.linjetjenesten” ved St. Olavs Hospital, Regionalt senter for behandling av sykkelig overvekt (RSSO). Senteret har igangsatt et samhandlingsprosjekt med seks kommuner i Midt- Norge |

| | |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <p>(Melhus, Orkdal, Trondheim, Rissa, Ørland og Åfjord). St. Olavs Hospital overfører kompetanse til kommunene, parallelt med at kommunene driver et folkehelse tilbud for overvektige. Målet er at samhandlingen mellom 1. og 2.linjetjenesten skal sikre et mer helhetlig tilbud for overvektige</p> <ul style="list-style-type: none"> • DMS på Fosen • St Olavs Hospital har sammen med Trondheim kommune etablert etterbehandlingsavdeling på Søbstad helsehus. Dette tiltaket er utvidet med 10 plasser for pasienter som innlegges som alternativ til sykehusinnleggelse. • Observasjonspost • Telefonkonsultasjon i forbindelse med øhj innleggelse fra sykehjem • Styret ved St. Olavs Hospital har vedtatt samhandlingsstrategi <p>Resultatene fra etterbehandlingsavdeling på Søbstad helsehus og Fosen DMS er evaluert og dokumenterer positive effekter for alle parter.</p> |
| Helse Sunnmøre HF | <ul style="list-style-type: none"> • Helse Sunnmøre planlegger å etablere intermedieæravdeling sammen med Ålesund kommune • Helseforetaket har gjennom Geriatriprosjekt samarbeid om kompetanse mellom Helse Sunnmøre og kommuner på Søre Sunnmøre. |
| Rusbehandling Midt-Norge HF | <ul style="list-style-type: none"> • Satsning på samhandling med psykisk helsevern (felles ambulante team, hospitering og videreutdanning sammen med kommunene) • Satsning på samhandling med somatikken (beredskapstelefon, sammenhengende pasientforløp, kompetanse) • "Større trykk" på forebygging • Rusforetaket har etablert en egen samhandlingsenhet • Kommunesamhandlingsrådet er i full drift • Regionalt rusforum m/fylkesmennene er etablert • Det etableres samhandlingskoordinatorer ved alle behandlingseenhetene og MNK-rus • Kompetansenettverk i naturlige geografiske områder videreutvikles • Utvikle mer enhetlige avtaler i møte med pasient/pårørende, henvisere, andre • Videreutvikle prosjekter, samhandlingsavtaler med kommunene (hvor integreringstiltak er sentralt) • Foretaket har etablert samarbeidsavtaler med 60 av 85 kommuner • I tillegg til å styrke samhandlingen rundt den enkelte pasient, arbeides det også for etablering av integreringstiltak fordelt i regionen hvor RMN kan gi tilskudd til driften, samt styrket samarbeid med frivillig sektor. |

| | |
|-------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Helse Midt-Norge bevilget i 2009 6 mill kroner til samhandlingsprosjekter i rusforetaket. |
| Helse Nordmøre og Romsdal HF | <ul style="list-style-type: none"> • Styret har vedtatt handlingsplan for samhandling, inklusive to intermediærenheter og en DMS • Under planlegging av nye Molde sjukehus er samhandling en hovedpillar |

Vurdering av samhandlingstiltak i Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge RHF har erkjent at for å få igangsatt samhandlingstiltak av reell betydning, er det nødvendig å bidra med finansiering. Flere av de ovennevnte tiltakene er derfor delfinansiert av det regionale helseforetaket.

Helseforetakene i Midt-Norge har kommet langt i å samhandle med kommunene. Alle HF har etablert samarbeidsavtaler og samarbeidsmøter med kommunene i opptaksområdet. Helse Midt-Norge RHF har etablert samarbeidsavtale med KS i regionen. HMN har sammen med KS arrangert samhandlingskonferanse og planlegger ny konferanse våren 09.

Selv om Helse Midt-Norge har kommet langt i samhandling med kommunene er det fortsatt utfordringer, særlig knyttet til

- å utvikle tiltak eller modeller for å samhandle om alternativer til sykehusinnleggelse
- samhandling i forbindelse med utskrivning/oppfølging etter innleggelse
- utvikling av standardiserte pasientforløp sammen med kommunene
- overføring erfaringer på tvers av helseforetakene
- samarbeid med utdanningsinstitusjonene for å sikre at helseprofesjonene har god samhandlingskompetanse

Disse utfordringene vi sammen med oppfølging av samhandlingsreform ha økt fokus i 2009.

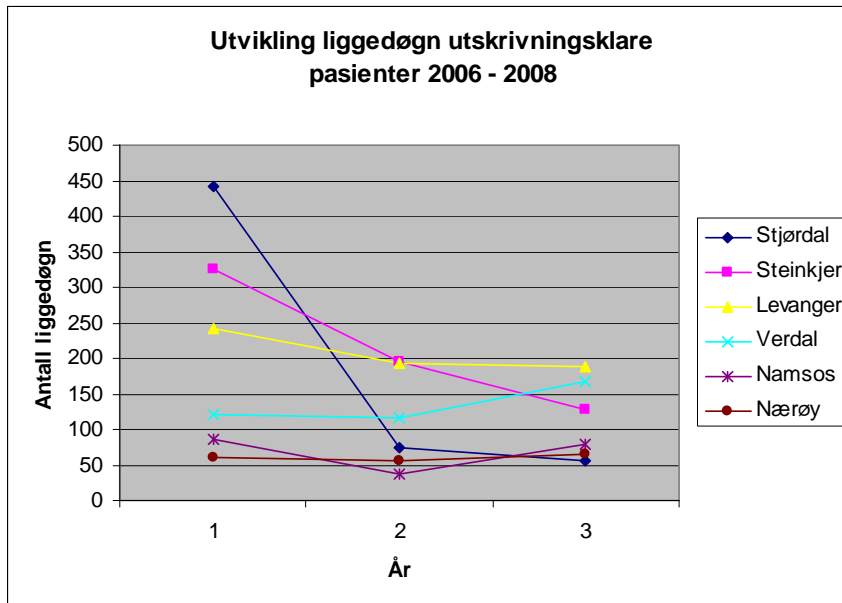
Av mange vellykkede samhandlingstiltak vil vi kommentere noen spesielt:

Våre distriktsmedisinske sentra har med rette fått mye positiv oppmerksomhet i media i forbindelse med Statsrådets arbeide med ny samhandlingsreform. DMSen på Fosen er et samarbeid mellom 8 kommuner på Fosen og St. Olavs Hospital.

Senteret består av kommunale tjenester (for eksempel Fosen legevaktsenter) og en rekke desentraliserte spesialisthelsetjenester; 6 observasjonssenger hvorav forsvaret disponerer 1), 6 intermediærsenger, 4 rehabiliteringssenger, dagbehandling og diverse spesialistpoliklinikker. Senteret er evaluert og dokumenterer gode resultater for alle parter. I perioden 15. mars 2006 – 31. desember 2008 var 433 pasienter innlagt i observasjonssengene. Dette er øyeblikkelig hjelp pasienter som ellers ville blitt innlagt ved St. Olavs Hospital. 70 % av disse pasientene ble utskrevet til hjemmet etter oppholdet og 23 % ble innlagt ved OSS etter en observasjonsperiode.

I tillegg er forsvaret og ambulansetjenesten en del av samarbeidet ved Fosen DMS.

Stjørdal DMS er etablert i samarbeid mellom Stjørdal kommune og Helse Nord-Trøndelag HF. Senteret består av; 12 intermedieære senger i tillegg til 4 kommunale kortids/rehab.plasser, dagenhet med 6 plasser til dialyse og poliklinisk dagbehandling, spesialistpoliklinikk, røntgenenhet og lærings - og mestringscenter. Fig. 1 viser nedgangen i antall utskrivningsklare pasienter etter at DMSen ble etablert. Helse Midt-Norge NTNU og Helse Midt-Norge samarbeider om søknad om forskningsmidler for evaluering av Stjørdal DMS.



For vellykket drift av samhandlingstiltak er sikring av det medisinskfaglige ansvaret av avgjørende betydning. Både Fosen DMS og Stjørdal DMS har videokonferanse alle hverdager med leger på helseforetaket. I tillegg har helseforetaket faglig systemansvar for DMSene.

Driften var Fosen DMS er evaluert. Resultatene er

- Kortere liggetid i sykehus
- Reduksjon av innleggelser i sykehus
- Behandlingskvaliteten oppleves som god
- Over 4000 polikliniske konsultasjoner (inkl. lysbehandling)
- Sparte transportutgifter
- Interkommunalt samarbeid
- En lettere hverdag til pasienter med sammensatte lidelser
- Utprøving og utvikling i helsetjenesten

Etterbehandlingsavdelingen ved Søbstad helsehus er evaluert. Resultatene viser bl. a:

- Større grad av selvhjelpenhet sammenliknet med ordinær sykehusbehandling
- Halverer antallet for reinnleggelser og gir lavere mortalitet.
- Er kostnadseffektiv.
- Gir færre liggedager i sykehus, og for St. Olavs Hospital innbærer det færre korridorpasienter.

2.2.3 Fortløpende rapportering iht oppdragsdokumentets struktur

Aktivitet

- *HOD legger gjennom oppdragsdokumentet til rette for en generell vekst i pasientbehandlingen med 1 ½ pst. fra 2007 til 2008. Veksten gjelder behandling som er omfattet av de aktivitetsbaserte tilskuddsordningene (Innsatsstyrt finansiering og Refusjon poliklinisk virksomhet ved sykehus mv.), så vel som behandling som i all hovedsak finansieres av basisbevilgningen (f.eks. rehabilitering, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige). Økte tilskudd gjennom Opptappingsplan for rusfeltet og Opptappingsplanen for psykisk helse kommer i tillegg til dette.*

Foreløpig rapportering viser at aktiviteten målt i DRG-poeng ligger 1 % bak budsjett.

Aktiviteten knyttet til egne pasienter er i henhold til budsjett, mens DRG-poeng kjøpt fra private ligger noe lavere enn planlagt. Polikliniske inntekter ligger godt foran budsjett og regionen har lyktes med vridning fra innleggelser til dag og poliklinisk behandling.

- *Gjennom de aktivitetsbaserte finansieringssystemene gjøres deler av budsjettet avhengig av hvor mange pasienter som får behandling og kompleksiteten i behandlingen de får. Prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som skal tilbys behandling skal være uavhengige av de aktivitetsbaserte tilskuddene. Det er ikke lagt opp til at finansieringen gjennom de aktivitetsbaserte finansieringssystemene dekker hele kostnaden ved undersøkelse eller behandling. Refusjonene skal i utgangspunktet dekke anslagsvis 40 pst. av gjennomsnittskostnadene for aktuelle pasientgrupper. Refusjonen er derfor ikke ment å dekke marginalkostnadene ved økt aktivitet. De aktivitetsbaserte tilskuddene skal sammen med basisbevilgningen legge grunnlag for gjennomføring av kravet til aktivitet. Det er avgjørende at det regionale helseforetaket er seg dette bevist for å kunne oppnå tilfredsstillende kostnadskontroll. I denne forbindelse meldes det om at finansieringssystemet for somatisk, poliklinisk aktivitet er lagt om fra 1. januar 2008.*

Helse Midt-Norge RHF har fra og med 2008 tatt i bruk en ny finansieringsmodell for helseforetakene som tar hensyn både til de eksisterende refusjonsordninger og foretakenes kostnadsstruktur.

- *Omfanget av avtaler mellom regionale helseforetak og private kommersielle sykehus må være begrenset, og ta hensyn til prosjektet "Raskere tilbake". Sykehus og helseinstitusjoner eid og drevet av frivillige og ideelle organisasjoner skal sikres gode vilkår gjennom avtaler med det regionale helseforetaket.*

Denne føringen er ivaretatt. Omfanget i bruk av private kommersielle sykehus er redusert i forhold til tidligere år, målt i DRG-produksjon. Helse Midt-Norge RHF har i 2008 benyttet private kommersielle sykehus ifm prosjektet Raskere tilbake.

- *Det legges til grunn at midlene til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige benyttes i samsvar med de spesielle krav som stilles til gjennomføringen av Opptappingsplanen for psykisk helse og Opptappingsplanen for rusfeltet.*

Dette er ivaretatt gjennom budsjettvedtak og er fulgt opp gjennom løpende rapportering.

- *Det øremerkede tilskuddet innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.*

Dette er ivare tatt gjennom budsjettvedtak om inntekstfordeling og følges opp gjennom løpende rapportering.

- *Det øremerkede tilskuddet til helse- og rehabiliteringstjenester for sykmeldte innenfor prosjektet "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.*

Helseforetakene er pålagt dette gjennom budsjettvedtak og er fulgt opp gjennom dialog – og direktørmøter.

Kvalitet - Tjenestene skal virke

- *Helse Midt-Norge skal drive nasjonale medisinske kvalitetsregistre det er tillagt ansvar for og sørge for at helseforetakene rapporterer data til nasjonale medisinske kvalitetsregistre som er forankret i eget og andre regionale helseforetak.*

HMN har deltatt aktivt i utvikling av organisasjonen for å drive Norsk hjerteinfarkt- og Norsk slagregister. Det er gitt økonomisk støtte til drift av begge registrene i tillegg til NORKAR.

HMN har deltatt aktivt i arbeidet med utvikling av tekniske løsninger for kvalitetsregistre, både internt, gjennom å lede "Proof of Concept-prosjektet" på vegne av RHFenes IKT miljø sammen med NIKT.

HMN har inngått tett samarbeid med SKDE om utviklingsarbeidet. Det rapporteres månedlig til RHFenes fagdirektørforum.

HMN er aktiv i Nasjonalt helseregisterprosjekt med ledelsesfunksjon i to undergrupper.

Arbeidet er ikke ferdigstilt, men fortsetter i streng interregional regi og i regi av HOD.

- *Helse Midt-Norge skal bidra til å identifisere områder hvor det er behov for at Sosial- og helsedirektoratet utarbeider nasjonale retningslinjer, bidra i det nasjonale arbeidet med å utvikle retningslinjer, samt følge opp og implementere retningslinjer som utarbeides. Nasjonale handlingsprogrammer innenfor kreftområdet kommer i denne kategorien.*

Helse Midt-Norge RHF deltar i alle grupper som helsedirektoratet inviterer til og har nedsatt.

- *Der det finnes klar dokumentasjon på sammenhengen mellom volum og kvalitet skal Helse Midt-Norge sikre at dette vektlegges i organiseringen av tjenestene.*

HMN har foretatt en omstrukturering av kreftomsorgen i 2004, og denne vil bli revidert i 2009, delvis som en oppfølging av oppdragsdokumentet.

Det er også startet en gjennomgang av kapasitet og organisering av intensivmedisin.

- *Helse Midt-Norge skal sette i gang prosesser for å bedre tilbudet til slagrammede i tråd med ny kunnskap om akuttbehandling.*

Helse Midt-Norge skal etablere et regionalt fagnettverk for slagbehandling. Flere av helseforetakene i regionen har utarbeidet standardiserte pasientforløp for slag, og en av oppgavene til nettverket blir å forvalte og utvikle det medisinfaglige innholdet i disse forløpene.

Behandlingstilbud til pasienter med slag er en av de tre hovedgruppene som er valgt i prosjektet "Samhandlingskjeden for kronisk syke". Dette er et prosjekt i Helse Nordmøre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital HF og utvalgte kommuner i områdene, og deler av aktiviteten er koblet opp mot et EU-prosjekt (Nexes).

Forskningsprosjekt knyttet til området er under planlegging. Prosjektet er foreløpig planlagt å vare ut 2010, men forskningen vil ta lenger tid (phd).

- *Helse Midt-Norge skal som ledd i arbeidet med kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten, i samarbeid med Sosial- og helsedirektoratet, bidra til at innholdet i Helsebiblioteket videreutvikles.*

Helse Midt-Norge har bidratt til at retningslinjer og prosedyrer er publisert og gjort tilgjengelig på Helsebibliotekets nettsider.

Helse Midt-Norge har bidratt til at innholdet på nettsiden er gjort kjent i alle helseforetakene.

Helse Midt-Norge kan gjennom PAS-OP-undersøkelsene dokumentere fornøyde brukere.

- *Helse Midt-Norge skal etablere systemer for at kunnskap fra anvendt nasjonal og internasjonal forskning og kunnskapsoppsummeringer, overføres til og implementeres i helsetjenesten.*

Helseforetakene arbeider kontinuerlig med implementering av retningslinjer. Prosjektet Standardiserte pasientforløp som pågår i HMN understøtter dette arbeidet, da det er særskilt egnet for å aktivere retningslinjer, kunnskapsbasert praksis m.v.

Kvalitet - Tjenestene skal være trygge og sikre

- *Helse Midt-Norge skal sørge for at helseforetakene rapporterer uønskede hendelser til Nasjonal enhet for pasientsikkerhet, og samarbeider med senteret for å sikre læring og forbedring som følge av hendelsene.*

Alle helseforetakene melder at de har etablert systemer for avvikshåndtering.

Det er arbeidet med å utvikle felles elektronisk avviksbehandling i helseregionen. Dette er klart til bruk for Pasientskade IK-2448 og bygger på Helsetilsynets krav, Avvik/Systemsvikt/Forbedringsforslag

Foretakene er ikke i mål med avviksbehandling fordi dette er langsiktig arbeid

Melding til NAPS er ikke iverksatt fordi meldingsformen ikke er definert.

Det er usikkert når en kan forvente å oppnå kravet. Helseforetakene vil fortsatt arbeide med avviksrapportering og avviksbehandling.

- *Helse Midt-Norge skal implementere handlingsplan for kvalitetssikret bruk av tvang.*

Tiltaket forutsetter løpende arbeid, både prosessuelt og strukturelt i foretakene.

HMN har i nasjonal sammenligninger relativt lavt tvangsbruk, men ikke alle foretak har lyktes med reduksjon i perioden. Tvangsindikatoren hos NPR er forsinket og gir foreløpig ikke et bilde av utviklingen i 2008.

Det er ikke grenseverdi knyttet til kravet. Det arbeides løpende med reduksjon av tvang, og nye tiltak iverksettes i hht oppdragsdokument 2009.

- *Helse Midt-Norge skal sørge for at det er etablert ledelsesforankrede, kliniske etikk-komiteer i hele helseforetaksgruppen, og at disse sikres nødvendige rammer og ressurser.*

Alle helseforetak har ledelsesforankrede etikk-komiteer.

- *Helse Midt-Norge skal inkludere tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) i ansvarsområdet til kliniske etiske komiteer.*

TSB er inkludert i etisk komite for Rusbehandling Midt-Norge HF.

- *Helse Midt-Norge skal bruke data fra Norsk Pasientskadeerstatning aktivt for å fremme kvalitet og redusere skader.*

Helse Midt-Norge har innhentet oversikt over alle saker hvor NPE har gitt pasientene medhold. Oversikten er oversendt helseforetakene. I tillegg har en bedt om at helseforetakene sørger for at kvalitetsutvalget undersøker om sakene er kjent i helseforetaket fra før og om ledelsen ved de aktuelle avdelinger har satt i verk tiltak for å lære av pasientskadene og forhindre at slike skader skjer igjen.

RHFet vil sette opp sak i direktørmøte om oppfølging etter tilsyn, avvik og meldinger til Helsetilsynet.

Kvalitet - Tjenestene skal involvere brukerne og gi dem innflytelse

- *God kvalitet forutsetter at brukernes og pasientenes erfaringer og synspunkter får innflytelse på utøvelsen av tjenesten. Brukerne skal medvirke og ha innflytelse både i planlegging av tjenestene og i den enkelte konsultasjon og samtale, og de skal motta relevant informasjon om behandling og eventuelt kjente komplikasjoner ved*

behandlingen som skal utføres. På systemnivå må brukerorganisasjonene gis mulighet til å medvirke i planlegging og evaluering av tjenestene.

Helse Midt-Norge skal etablere rutiner slik at tjenesten kan nyttiggjøre seg av brukernes erfaringer.

Det er brukerutvalg i alle helseforetak og på regionalt nivå. Brukerorganisasjonene foreslår medlemmer i Regionalt og lokale brukerutvalg. Utvalgene oppnevnes av styret for HF, for regionalt brukerutvalg oppnevner RHF styret.

Strategi for brukermedvirkning i HMN ble styrevedtatt i 2007. Handlingsprogram for brukermedvirkning i HMN er behandlet i ledergruppen på RHF 10.2.09. Det skal sendes på høring og går deretter tilbake til styret som en o-sak.

Regionalt forskningsnettverk for brukermedvirkning og pasientopplæring har vært i gang siden 2005. Dette har bl a gitt følgende resultater:
Forskningsbasert kartlegging av brukermedvirkning i HF i HMN er gjennomført. Basert på erfaringer fra helsepersonell som er framkommet i prosjektet, er det identifisert to viktige forskningsfelt: 1. Behov for forskningsmiljø innen brukermedvirkning. 2. Pga av åpenbare mangler i kunnskapsgrunnlaget er det viktig med en systematisk oppbygning av forskningen. For å kunne gjøre gode undersøkelser av effekten av brukermedvirkning trengs det kunnskap om hvilken form for brukermedvirkning som passer i hvilken situasjon; hvordan brukermedvirkning skal organiseres og hvordan resultatene av brukermedvirkning kan måles.

Annen aktivitet i forskningsnettverket: I Nidaros DPS ble det i slutten av 2008 igangsatt en større forskningsstudie om implementering av brukermedvirkning. Dette er et samarbeid mellom ansatte i St.O (psyk helsevern) og NTNU (phd.stip og post.doc).

Regionalt brukerutvalg i samarbeid med lokale brukerutvalg har gitt innspill til den nasjonale samhandlingsreformen høsten 2008.

- *For å ivareta den samiske befolkningens behov for tjenester er det viktig at Helse Midt-Norge bidrar til at personellet har nødvendig forståelse for samisk språk og kultur. Innvandrere utgjør 7-8 pst. av befolkningen. For å kunne yte tjenester av god kvalitet til denne gruppen er det behov for å inneha relevant kunnskap om pasientens språk og kultur slik at det kan gis et tilpasset tilbud.*

Representant for RHF (fra HNT) deltar i Samisk samarbeidsorgan, ledet av Helse Nord. Regionalt brukerutvalg har ett medlem med innvandrerbakgrunn (organisasjonstilhørighet er mental helse).

StO rapporterer i sin årlige melding at Prestetjenesten legger til rette for pasienter og pårørende som tilhører ulike religioner og formidler kontakt til andre trossamfunn eller livssynsorganisasjoner.

Helse Nord-Trøndelag rapporterer at den samiske befolkningens særskilte behov er tatt opp som egen sak i foretaksstyret. Snåsa kommune har opprettet en tospråklig forvaltning for å

ivareta den sørsamiske befolkningen. Foretaket har kontraktfestet og finansiert ordning for tolketjenester.

- *Helse Midt-Norge skal sørge for at det er brukerutvalg i alle helseforetak, inkludert i det regionale helseforetaket, og at disse medvirker i utformingen av tjenestetilbudet.*

Det er brukerutvalg i alle HF inkl Sykehusapotekene i Midt-Norge HF og i RHF, se mer detaljert rapportering over.

- *Helse Midt-Norge skal tilrettelegge hjelpemidler for døve og sterkt hørselshemmede pasienter når tjenesten krever det, eller når disse pasientene har behov for dette.*
- *Helse Midt-Norge skal sørge for og finansiere tolketjenester til pasienter som har behov for dette.*

Helse Sunnmøre HF rapporterer i sin årlige melding at foretaket finansierer alle nødvendige tolketjenester og har prosedyrer med oversikt over tolker i kvalitetssystemet (EQS).

St. Olavs Hospital HF rapporterer i sin årlige melding at Poliklinikk for døve og tunghørte er tilgjengelig for pasienter med behov for spesialkompetanse fra hele regionen.

Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF rapporterer at tiltaket er realisert. Se også punkt over.

- *Helse Midt-Norge skal samarbeide med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten om brukertilfredshetsundersøkelser og kvalitetsmålinger*

Alle HF har gjennomført de undersøkelser som Kunnskapssenteret har initiert. Helse Midt-Norge deltar på møter hvor Kunnskapssenteret planlegger framtidige undersøkelser.

Kvalitet - Tjenestene skal være helhetlige og sammenhengende

- *Det er et mål at pasienter og brukere møter en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjeder som både ivaretar god behandlingskvalitet og rehabilitering og habilitering.*

Helse Midt-Norge har inngått samarbeidsavtale med KS i regionen.

Ved alle helseforetak er det etablert/startet arbeidet med samhandlingsprosjekt. Helse Midt-Norge er aktiv pådriver og har en finansiell rolle i disse prosjektene.

Helse Midt Norge har etablert et prosjekt som har til hensikt å utvikle standardiserte pasientforløp. Samhandling med kommunene er en del av dette prosjektet.

- *Helse Midt-Norge skal videreføre arbeidet med lokale samarbeidsavtaler mellom helseforetak og kommuner i eget område i tråd med føringene i Nasjonal rammeavtale om samhandling på helse- og omsorgsområdet - mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS, og tilhørende veileder. Helse Midt-Norge skal følge*

opp og videreutvikle samarbeidet mellom helseforetak og kommuner om pasientrettede samhandlingstiltak overfor prioriterte pasientgrupper

Helse Midt Norge RHF og KS arrangerte regional samhandlingskonferanse i april 2008. I tillegg har flere av helseforetakene arrangert lokale samhandlingskonferanser. Se for øvrig eget delkapittel om samhandlingstiltak i Helse Midt-Norge.

- *Helse Midt-Norge skal bistå kommunene for å sikre pasienter med psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet og som har store og sammensatte behov, god oppfølging på riktig omsorgsnivå.*
- *Helse Midt-Norge skal følge opp samarbeidsavtalen som er inngått med statlig regionalt barnevern slik at barn og unge som har behov for tjenester både fra psykisk helsevern for barn og unge, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og barnevern får sammenhengende og helhetlige tilbud og slik at gjensidig informasjonsutveksling herunder bekymringsmeldinger finner sted på en hensiktsmessig måte.*

Målsettingen legges til grunn ved utvikling av såvel psykisk helsevern som rusforetakets arbeid. Det rapporteres om etablering av samarbeidsråd og samarbeidsavtaler mellom involverte parter, jfr regionalt og lokalt samarbeid mellom BUFetat, HMNs psykisk helsevern og rus, og kommuner.

Det er igangsatt prosjekt i regionen om felles vakttelefon.

Kvalitet - Tjenestene skal utnytte ressursene på en god måte

- *God kvalitet forutsetter at ressursene herunder bygg og utstyr er utnyttet på en slik måte at pasienten og samfunnet får mest mulig gevinst. God ressursutnyttelse betyr å tilby rett tjeneste til rett pasient på rett måte og til rett tid.*

God ressursutnyttelse er et av seks strategiske satsningsområder i Strategi 2010. Helseforetaksgruppen har i 2009 forbedret styring med de økonomiske ressursene, forbedret produktiviteten og redusert arealbruk på områder som ikke går til direkte tjenesteproduksjon.

Kvalitet - Tjenestene skal være tilgjengelige

- *Helsetjenester skal være tilgjengelige og tilbudene skal nå ut til alle uavhengig av egen økonomi, sosial status, bosted, alder, kjønn og etnisk bakgrunn.*

Helsetjenestene er innrettet på en slik måte at dette kravet skal være ivaretatt.

- *Helse Midt-Norge skal sette av 0,5 mill. kroner til arbeid med å etablere flere tilbud om lysbehandling av psoriasispatienter i samarbeid med kommunehelsetjenesten. I dette arbeidet skal innsparinger ved lavere kostnader til transport tas med som en del av beslutningsgrunnlaget.*

Status i foretaksgruppen er som følger:

Helse Nord-Trøndelag HF

I Nord-Trøndelag er det etablert tilbud om lysbehandling for pasienter med psoriasis i Namsos, Steinkjer, Levanger og Stjørdal. Det er videre satt i gang planlegging av ett tilbud i Rørvik, for å dekke Nærøy/Vikna området. Nord-Trøndelag psoriasisforbund har et nært samarbeid med hudspesialistene i fylket og er informert om ekstrabevilgningen.

Helse Sunnmøre HF

Helse Sunnmøre har tilbud om lysbehandling ved begge sjukehus (Ålesund og Volda). Det var tidligere et desentralisert opplegg med egen bil som ble redusert i forbindelse med foretaksreformen. De fleste av disse "solene" ble solgt da, men det er beholdt et par stykker som pasienter med bosted langt unna kan låne med seg etter å ha fått opplæring i bruken av dem.

Helse Nordmøre og Romsdal HF

Helse Nordmøre og Romsdal har poliklinisk behandlingstilbud i Kristiansund. Helseforetaket arbeider for å få til et tilbud i Molde, men har foreløpig ikke fått etablert dette.

St Olavs Hospital HF

St Olavs Hospital har lysbehandlingstilbud. Det er også tilbud hos to spesialistpraksiser i Trondheim. Videre er det tilbud på Oppdal og Brekstad.

St. Olavs Hospital opplyser at saken har ikke vært diskutert med psoriasisforbundet i denne omgang, men flere ganger tidligere pr brev og telefon samt i møter.

Prioriteringer

- *Det er et mål at spesialisthelsetjenesten skal sikre pasientene et likeverdig tilbud på tvers av diagnosegrupper, geografi og sosial status. Dette innebærer at det må gjøres prioriteringer på tvers av diagnosegrupper. Det er en målsetning at det skal gjøres en faglig og overordnet vurdering ved innføring av nye kostbare metoder og medisiner, slik at investeringer sees i sammenheng med lokale, regionale og nasjonale behov. Den enkelte pasients helsetilstand skal vurderes i henhold til prioriteringsforskriften. Praktisering av prioriteringsforskriften må bli mer enhetlig også på tvers av de regionale helseforetakene.*

Dette er et overordnet mål, og blir ivaretatt gjennom tiltak som omtales nedenfor.

- *Helse Midt-Norge skal samarbeide med de andre regionale helseforetakene og Sosial- og helsedirektoratet om utarbeidelse av veileder for praktiseringen av prioriteringsforskriften innenfor ulike fagområder.*

Helse Midt-Norge har deltatt i dette arbeidet gjennom representanter i de fleste arbeidsgruppene, og deltar også i det helsedirektoratets opplegg for planlegging og forberedelse av implementeringen.

- *Helse Midt-Norge skal iverksette tiltak for å utjevne forskjeller mellom helseforetakene i andelen som tildeles rett til nødvendig helsehjelp i de ulike pasientgruppene.*

Helse Midt-Norge gjennomfører et eget harmoniseringsprosjekt som skal bidra til å utjevne forskjellene både internt i Midt-Norge og mellom Midt-Norge og de øvrige regioner. Dette prosjektet inngår som pilotprosjekt i det nasjonale samarbeidsprosjektet.

- *Helse Midt-Norge skal i samarbeid med Helse- og omsorgsdepartementet gjennomgå beslutningsprosesser for investeringer i kostbart utstyr og kostbare medikamenter med sikte på å etablere felles rutiner i de regionale helseforetakene.*

Tiltaket er ikke gjennomført. Helse Midt-Norge har avventet innspill fra Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Midt-Norge ser behovet for gode rutiner på området og imøteser videre arbeid for felles rutiner i de regionale helseforetakene.

Nøkkeldata

- *Det er en målsetning at de regionale helseforetakene har gode systemer for levering av data om helsetjenestene*

Innen somatikken leveres data i samsvar med krav og forutsetninger. HMN RHF har fortsatt med problem med å levere tilstrekkelig kvalitetsdata innen psykisk helsevern. Arbeidet med å forbedre dette pågår fortsatt.

- *Helse Midt-Norge skal sikre kompletthet og god kvalitet i rapporterte virksomhetsdata. NPR*

Det er et arbeid i gang i HEMIT for å bygge ny rapporteringsmodul i PAS.

Områder med særskilt fokus – lokalsykehus

Helse Midt-Norge RHF skal

- *Etablere et helhetlig, sammenhengende og lokalt tilpasset akutttilbud, med utgangspunkt i veiledende standarder og modeller skissert i brev fra HOD av 4. juli 08 som utdyper og supplerer oppdragsdokument 2008 (etter St. prp. nr. 59).*
- *Foreta grundige vurderinger av transportmuligheter og reiseavstander ved valg av og tilpasning til ulike standarder.*
- *Vurdere og følge opp tilhørende behov for tilpasning av prehospitale tjenester.*

De prinsipper som er beskrevet i brev av 4/7-08 fra HOD er brukt, og brukes, i forbindelse med forslag om endring av funksjons- og oppgavefordeling mellom helseforetakene i regionen.

Plan for prehospitale tjenester vil bli revidert i 2009 og prinsippene vil bli lagt til grunn i revisjonsarbeidet.

- *Det er et mål at befolkningen skal tilbys et helhetlig og desentralisert sykehustilbud, som blant annet sikrer nærhet til akuttfunksjoner og fødetilbud. Dette innebærer at lokalsykehusenes funksjoner må tilpasses i forhold til behandlingsskjedene. I forbindelse med arbeidet med helhetlige behandlingsskjeder er det satt i gang en utredning av AMK-sentraler og prehospitale tjenester. Departementet vil komme tilbake til dette i eget brev.*

Styret for Helse Midt-Norge RHF behandlet i desember 2007 en egen melding om oppgavedeling i Midt-Norge. Dette som en del av regionens 2010 strategi. Styret besluttet en oppfølging av denne meldingen blant annet i pågående prosjekt med pasientforløpet, samt etablering av fagnettverk. Fagnettverk blir etablert i februar 2009.

- *Arbeidet med en bedre funksjonsdeling mellom sykehus, som fremmer kvalitet i pasientbehandlingen, skal videreføres. Helse Midt-Norge skal påse at kreftkirurgi som primærbehandling skjer ved sykehus med tilfredsstillende pasientvolum og kompetanse.*

Utdyping av oppdrag/tillegg i brev fra HOD av 4.7.2008: HMN bes gjennomgå og kvalitetssikre tallene vedr. sentralisering av behandling, ref rapport "Aktivitetsutvikling og ventetider i somatisk spesialisthelsetjeneste 2002 - 2007, del II).

HMN bes sammenholde faglige anbefalinger fra Hdir (kommer i sept 08) vedr. behandlingsvolum samt faglige og organisatoriske krav med kvalitetssikrede tall og på denne bakgrunn vurdere rapportens funn vedr. kirurgisk kreftbehandling.

HMN skal bruke gjennomgangen som grunnlag for å legge strategier for videre organisering.

Det er nå lagt inn bestilling til Sintef for å få oversikt over kreftrelaterte diagnoser og prosedyrer og hvor de behandles. Når denne foreligger, vil det danne bakgrunn for strategiske overveininger ifm revisjon av kreftplanen i 2009.

- *Helse Midt-Norge skal ivareta gode og bredt involverende lokale prosesser ved utviklings- og omstillingsprosesser, jf. rapport om "Lokalsykehusenes akuttfunksjoner i en samlet behandlingsskjede".*

Helse Midt-Norge har jobbet generelt med å utvikle rammer for utviklings- og omstillingsprosesser. I 2008 vedtok HMN en felles omstillingsavtale. Denne bygger på tilsvarende avtaler i andre regionale foretak. Dette er et overordnet rammeverk som følges opp av konkrete beskrivelser av prosessen og tiltak i denne.

- *Helse Midt-Norge skal påse at lokalsykehusfunksjonene, også ved de store sykehusene, innrettes og organiseres ut fra behovene i de store sykdomsgruppene, og de pasientgruppene som trenger tett oppfølging (som syke eldre og kronisk syke).*

Helse Midt-Norge RHF har gjennom Strategi 2010 gjennomført prosesser der lokalsykehusfunksjonen og behovene til de store sykdomsgruppene har vært i fokus. Det har ført til en desentralisering av tjenester og mer fokus på pasienter med kroniske sykdommer. Eksempler på dette er prosjekter som er beskrevet under delkapitlet om samhandlingstiltak.

Ved St. Olavs Hospital HF er det etablert prosjekt for pasienter med KOLS samt et eget prosjekt for pasienter med kroniske og sammensatte lidelser. Helse Sunnmøre HF har startet eget dialyse tilbud ved sykehuset i Volda, slik at pasientene i det området slipper å reise inn

til sykehuset i Ålesund. I planlegging av nytt sykehus i Molde har en særskilt fokus på lokalsykehusfunksjonen.

Områder med særskilt fokus - Spesialisthelsetjeneste for eldre

- *Helse Midt-Norge skal påse at den regionale handlingsplanen sammenfaller med den nasjonale strategien, slik at de nasjonale målene nås når den regionale handlingsplanen følges opp.*

HMN forventer å kunne oppnå kravet innen 1. juli 2009. Det settes nå ned en arbeidsgruppe som på bakgrunn av de nasjonale føringer og Regionalt handlingsprogram 2006 – 2010 skal utarbeide en regional strategi for spesialisthelsetjeneste for syke eldre.

Områder med særskilt fokus - Psykisk helsevern

- *Det er en overordnet målsetning at spesialister med driftsavtale med regionale helseforetak skal bidra til å oppfylle «sørge for»-ansvaret. Det må derfor legges til rette for bedre å integrere avtalespesialistene med sikte på å oppnå en god oppgavefordeling mellom avtalespesialister og øvrig spesialisthelsetjeneste.*

Regional handlingsplan for avtalespesialisthelsetjenesten, vedtatt av styret i juni 2008, er samhandling med den øvrige spesialisthelsetjenesten vektlagt. Dette blir fulgt opp gjennom individuelle avtaler med psykologer og psykiatere og gjennom møter som er planlagt i løpet av høsten.

Ved oppretting av nye avtaler, vil det lokale foretaket/DPS bli trukket inn. Ny landsomfattende rapportering som er etablert i 2008, gir det regionale helseforetaket kunnskap om den enkelte spesialists praksisprofil og gir således et styringsredskap slik at en kan påvirke prioriteringen av pasientene i tråd med nasjonale føringer.

- *Selv om opptrappingsplanen avsluttes i 2008, skal det tydelige fokuset arbeidet med psykisk helse har hatt, beholdes etter dette. De overordnede mål og verdigrunnlag fra opptrappingsplanen skal fortsatt legges til grunn for utforming og organisering av tjenestetilbudet. Som hovedprinsipp vil ordinære virkemidler og gjeldende styringssystemer overfor regionale helseforetak bli lagt til grunn for statens styring av området etter 2008.*

HMN følger opp kravet gjennom Handlingsprogram for psykisk helsevern i HMN (2007-2010)

- *Distriktpsykiatriske sentre (DPS) skal være faglig og bemanningsmessig i stand til å ivareta individuelle og sammensatte behandlingsbehov hos pasienter som henvises til psykisk helsevern. Sykehusavdelingene skal ivareta spissfunksjoner. Ressursfordelingen mellom sykehusavdelinger og DPS må tilpasses oppgavefordelingen. Det vises i den sammenheng til DPS-veileder fra Sosial- og helsedirektoratet.*

HMN har åpnet de to siste DPSene i hht Opptrappingsplan psykisk helse (Molde og Trondheim).

DPS-strukturen er i stadig utvikling, og foretakene benytter DPS-veilederen aktivt. Forstst vil DPSene kreve omstilling. Særlig gjelder dette ressursallokering slik at DPSene styrkes faglig og ressursmessig.

Alle foretakene legger til grunn DPS-veilederen i viderutvikling av tjenestene. DPS-kartleggingen i regi av Hdir skal benyttes til "benchmarking"

- *Helse Midt-Norge skal overvåke overbelegg og tidlig utskrivning ved akuttavdelingene. Helse Midt-Norge må iverksette ytterligere tiltak herunder vurdere å øke akutt plasser dersom det er risiko for overbelegg utover det som kan defineres som ekstraordinære situasjoner.*

Det rapporteres ikke om overbelegg i psyk helsevern første halvår. I siste halvår har Helse Nordmøre og Romsdal HF rapportert om overbelegg.

Det forventes at antall korridorpasienter går ned etter hvert som omstillingsarbeidet fullføres.

Helse Nordmøre og Romsdal HF arbeider med problemstillingen i forbindelse med omstillingsarbeidet.

- *Helse Midt-Norge skal ha etablerte systemer som sørger for forsvarlige helsetjenester. Systemene skal være dokumentert og systemene skal sikres i et internkontrollperspektiv.*

Alle helseforetak har internkontrollsystemer. Helse Nord-Trøndelag HF har ISO-sertifisert internkontrollsystem og er sertifisert i 2008 av Det Norske Veritas.

- *Helse Midt-Norge skal sørge for at det er rutiner/systemer som innebærer at henvisninger til spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern blir koordinert, slik at pasienter slipper å henvende seg til flere tjenesteytere for å få hjelp.*

Helse Midt-Norge har over lengre tid arbeidet med systemer for mottak av henvisninger som skal sikre "en dør inn" for pasientene. Helseforetakene har løst dette på ulik måte, bla med felles henvisningsadresse. Helse Midt-Norge har foreløpig ikke lyktes med koordinerte løsninger som omfatter avtalespesialistene. Dette skal forbedres i 2009.

- *Helse Midt-Norge skal sørge for at barn som har foreldre med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet skal identifiseres og bli vurdert i forhold til eventuelle hjelpebehov samt motta tilpasset oppfølging.*

Helseforetakene i Helse Midt-Norge har fokus på barn av pasienter med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet. Det gjennomføres to prosjekter finansiert av HOD på dette området, "Barnas time", og ambulatorieprosjektet i Helse Nord-Trøndelag HF. Resultatene skal benyttes til læring i regionen. Modellen "Barn av psykiatriske pasienter" (BAPP) videreutvikles i regionen etter strukturert plan.

- *Helse Midt-Norge skal legge til rette for at ingen barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet må vente mer enn 10 virkedager på vurdering (lenger frist ved vurderingssamtale) av rett til nødvendig helsehjelp eller mer enn maksimalt 90 dager (65 virkedager) før behandling senest blir iverksatt der det foreligger rett til nødvendig helsehjelp, jf. ny ventetidsgaranti som trer i kraft i 2008.*

HMN oppfyller ikke kravet om 10 dagers ventetid for alle barn og unge. HMN skal innføre en standard for hvordan vurderingsprosessen skal styres. Dette arbeidet skjer i regi av interregional startegigruppe for psykisk helsevern (Startegigruppe II). Proiriteringsveileder vil benyttes når den er ferdigstilt fra Helsedirektoratet. Veileder for poliklinikker i BUP skal benyttes i arbeidet for å innfri kravene.

- *Helse Midt-Norge skal videreutvikle tilbudet til personer med spiseforstyrrelser.*

HMN har utviklet et regionalt kompetansesenter ved Helse Nord-Trøndelag HF (lokalisert til Levanger). Senteret gir også tilbud om behandling for pasienter fra andre regioner. Det er etablert veiledningstjenester mot det enkelte behandlingssted i regionen som tilbyr tjenester på HF-nivå og senteret driver kunnskapsutvikling. Kompetansesenteret arbeidet i nasjonalt nettverk.

Områder med særskilt fokus - Rehabilitering og habilitering

- *I St. prp. nr 1 (2007-2008) la Helse- og omsorgsdepartementet fram nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering. Planperioden er fra 2008 til 2011. Det er et mål at strategien bidrar til at rehabilitering og habilitering får en riktig plass i tråd med overordnede helse- og velferdspolitiske mål. Dette krever tiltak og innsats på mange områder og langsiktig utviklingsarbeid. Ikke minst vil det kreve et ledelsesmessig fokus slik at statusen på rehabiliteringsfeltet endres.*

Helse Midt-Norge RHF har egen regional plan for feltet som gjelder. På bakgrunn av denne samt Oppdragsdokument inntas krav på enkelttiltak i styringsdokumentet til det enkelte HF.

Helse Midt-Norge RHF vil i første tertial 2010 gjennomgå status for feltene habilitering og rehabilitering i forhold til nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering.

- *Som retningsgivende for arbeidet med å følge opp strategien nevnes helhetlige behandlings- og rehabiliteringsforløp, samhandling og brukermedvirkning, tilgjengelighet og likeverdighet i tilbudet herunder formidlingstjeneste innenfor muskel- og skjelettlidelser. Rehabilitering skal bidra til å bedre og bevare funksjonsnivået, til at flest mulig kan være aktive deltakere i arbeidsliv og samfunnsliv og bidra til at eldre kan klare seg lengst mulig selv. Rehabilitering som en integrert del av behandlingen i alle kliniske avdelinger er et mål. Lokalsykehusenes rolle i behandlingsskjeden og regionens egen plan for habilitering og rehabilitering er viktige elementer.*

Helse Midt-Norge RHF har sin egen plan for feltet som er under realisering.

- *Rehabiliterings- og habiliteringsområdet skal prioriteres og styrkes.*

Om en ser private rehabiliteringsinstitusjoner og rehabiliteringen i helseforetak i sammenheng, gjennomførte Helse Nord-Trøndelag HF et prosjekt, på oppdrag fra regionen, som har ført til felles henvisningsmottak for alle de private rehabiliteringsinstitusjoner. Henvisningsmottaket er lagt til sykehuset Levanger.

En får på denne måten utnyttet den samlede ressurs bedre og sikret at søknadene blir medisinsk vurdert av spesialist.

Videre er det innført samarbeid om åpningstider i feriene mellom de private og helseforetaket. Innenfor Raskere tilbake ble det startet opp med kreftrehabilitering på Røros Rehabiliteringssenter AS.

Det er utarbeidet et forprosjekt om Arbeidsrettet rehabilitering ved Hysnes Helsefort.

Når det gjelder habiliteringsfeltet har en gjennomført et prosjekt som gjelder deler av feltet. Prosjektet hadde som mål å bygge regional kompetanse innenfor områdene ADHD, autisme, Tourettes syndrom og narkolepsi.

- *I forhold til 2007-nivå skal kapasiteten styrkes når det gjelder årsverk og plasser i sykehus og andre institusjoner som yter tjenester innen spesialisert habilitering og rehabilitering, herunder poliklinikk og rehabiliterings- og habiliteringsteam.*

Helse Nord-Trøndelag HF økte antall rehabiliteringsplasser til samme nivå som de hadde før reduksjon i 2007. Det betyr antall rehabiliteringsplasser i dette foretaket ikke har fått noen reell økning.

I forbindelse med de store omstillingene som er gjort ved St. Olavs Hospital HF, har helseforetaket ikke kunnet innfri dette kravet i 2008. HMN er i løpende dialog med foretaket om hvordan dette kravet skal kunne innfris i fremtiden, blant annet er dette et av temaene som drøftes ifm fremtidige oppgaver ved Røros sykehus.

- *Helse Midt-Norge skal videreføre arbeidet med etablering/styrking av rehabiliteringstilbudet til personer med alvorlig hodeskade.*

Helse Midt-Norge RHF skrev i sitt styringsdokument at St. Olavs Hospital HF og Helse Sunnmøre HF skulle øke kompetanse på dette området. Mellom helseforetak i Helse Midt-Norge RHF er det etablert et eget hodeskadenettverk. Nettverkets arbeid har bidratt til målbevisst arbeid for å bedre kompetanse på området.

Sengerressursen på St. Olavs Hospital HF, Munkvold, ble i 2006 redusert og denne ressursen ble brukt til denne pasientkategorien.

- *Helse Midt-Norge skal videreutvikle og styrke barnehabiliteringstjenestene.*

Helse Midt-Norge RHF har hatt et egen prosjekt for å bygge regionale fagmiljø innenfor områdene ADHD, autisme, Tourettes syndrom og narkolepsi. Dette dekker en del av arbeidsområdet til barnehabiliteringstjenesten, men ikke hele.

- *Ambulante rehabiliteringstjenester skal ivaretas som en del av lokalsykehusfunksjonen.*

Helse Nordmøre og Romsdal HF har eget team som utfører ambulante rehabiliteringstjenester. Helse Sunnmøre HF og Helse Nord-Trøndelag HF utfører ambulante tjenester som blir utført av personell knyttet til rehabiliteringsavdelingene og har andre

oppgaver i tillegg. St. Olavs Hospital HF har diagnoserelaterte team innenfor områdene hjerneslag, lungesykdommer, kreft og geriatri.

- *Helse Midt-Norge skal sørge for at personer med utviklingshemming får relevant oppfølging innenfor spesialisthelsetjenesten.*

Dette tilbudet blir ivaretatt i de lokale helseforetak gjennom habiliteringstjenesten for voksne og barn.

- *Helse Midt-Norge skal i 2008 minst opprettholde ressursinnsatsen til private opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjoner. Aktivitet gjennom prosjektet "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til dette.*

Dette kravet er oppfylt gjennom egne avtaler med syv private rehabiliteringsinstitusjoner. Raskere tilbake avtaler var det med fem av syv institusjoner.

- *Ordningen med at pasienter kan benytte plasser i private opptrenings-/rehabiliteringsinstitusjoner i andre regioner, uten at slike opphold blir gjenstand for gjestepasientoppgjør mellom regioner, videreføres i 2008.*

Denne ordningen er ivaretatt gjennom de avtaler vi har med private rehabiliteringsinstitusjoner. Avtaleperioden er forlenget slik at avtalene varer ut 2009. Oppdragsdokument for 2009 sier det fra dette året skal være gjestepasientoppgjør på dette området.

- *Helse Midt-Norge skal videreføre arbeidet med behandlings- og rehabiliteringstilbudet til tinnitusrammede.*

Ingen tiltak iverksatt i 2008 da en anser tilbudet for å være på plass.

Områder med særskilt fokus - Nasjonale strategier på kreft, diabetes, KOLS, tiltak innen smertebehandling mv.

- *I 2006 ble det utgitt nasjonale strategier med særskilt fokus på tre diagnosegrupper; kreft, KOLS og diabetes. For å nå målene i strategiene må Helse Midt-Norge bidra til å implementere dem og følge opp målsetningene med konkrete tiltak. Sosial- og helsedirektoratet har en koordinerende rolle på nasjonalt nivå i oppfølgingen av de nasjonale strategiene. Det gjøres videre oppmerksom på at nye tiltak mot kjønnslemlestelse vil bli presentert i løpet av 2008.*

Ad kreftkirurgi, se punkt over om at det nå nedsettes en arbeidsgruppe som på bakgrunn av de nasjonale føringer og Regionalt handlingsprogram 2006 - 2010 skal utarbeide en regional strategi for spesialisthelsetjeneste for syke eldre.

Når det gjelder diabetes og KOLS, vises det til delkapitlet om samhandlingstiltak der prosjekter på disse områdene beskrives. For øvrig vises det til at en på det regionale helseforetaket har satt av kr 500 000 til oppfølging av nasjonal plan i HMN (regional plan) for diabetes.

- *Helse Midt-Norge skal i oppfølging av Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2009 bistå Sosial- og helsedirektoratet i utarbeidelsen av de nasjonale handlingsprogrammene for kreftsykdommer. Helse Midt-Norge skal arbeide for at en kvalitetsmessig standard innen kreftbehandling ivaretas, jf punkt 3.2.1.*

Helse Midt-Norge deltar i arbeidsgrupper nedsatt av Helsedirektoratet for å utarbeide nasjonale standarder innen kreftbehandlingen.

- *Helse Midt-Norge skal sikre at regionens arbeid med Nasjonal strategi for diabetesområdet 2006-2010 medfører at målene blir nådd på spesialisthelsetjenestens område. Helse Midt-Norge skal påse at det etableres tverrfaglige diabetesteam ved alle helseforetak. Det skal etableres tiltak for å redusere senkomplikasjoner, herunder fotamputasjoner.*
- *Helse Midt-Norge skal sette av 0,5 mill. kroner til arbeid med veiledning rettet mot personer med eller som er i risikogruppen for å utvikle type 2-diabetes. Prosjektet "Diabetesverkstedet" kan være en referanse i dette arbeidet.*

I Nord-Trøndelag HF er det etablert tverrfaglige diabetesteam ved begge sykehus dvs. Levanger og Namsos. Teamene er bemannet med diabetessykepleiere, endokrinolog og ernæringsfysiolog. Begge team har særskilt fokus på å forebygge senkomplikasjoner.

Helse Sunnmøre har diabetesteam, hvor fotterapeut og sykepleier og ernæringsfysiolog inngår i teamet. De har opplæringstilbud til diabetikere.

Helse Nordmøre og Romsdal har opplæringstilbud. De har i tillegg tverrfaglig diabetesteam ved begge sykehus.

St. Olavs Hospital har tverrfaglig diabetesteam inkludert diabetessykepleier, endokrinolog og nært samarbeid med ortoped i egen diabetes forpoliklinikk. Det arbeides for å få bedre tilknytning til psykolog og ernæringsfysiolog.

- *Helse Midt-Norge skal sikre at regionens arbeid med Nasjonal strategi for KOLS-området 2006-2011 medfører at målene blir nådd på spesialisthelsetjenestens område.*

De fleste sykehusapotek har gjennomført kompetansehevingstiltak hos sine ansatte innen astma/kols og noen innen diabetes.

- *Helse Midt-Norge skal i samhandling med primærhelsetjenesten styrke tilbudet til pasienter med kroniske smerter. Det skal iverksettes tiltak som skal legge til rette for tilstrekkelig kompetanse og kapasitet for å møte utfordringene på dette området, bl.a. ved smerteklinikkene.*

St Olavs Hospital har etablert nasjonalt senter for sammensatte lidelser. Senteret gir tverrfaglig tilbud til pasienter med kroniske smerter. Senteret bistår de øvrige helseforetakene i deres tilbud til kroniske smertepasienter. St. Olavs Hospital vil styrke tilbudet til kroniske smertepasienter i 2009. De øvrige helseforetakene jobber med å etablere tverrfaglig tilbud til smertepasienter. Helse Midt Norge har etablert et regionalt nettverk for å bedre tilbudet til disse pasientene.

- *Hørselscreening av nyfødte skal innføres ved landets fødeinstitusjoner i tråd med Nasjonale faglige retningslinjer for syn, hørsel og språk hos barn fra Sosial- og helsedirektoratet (IS-1235).*

Det er gjennomført et eget prosjekt hvor alle helseforetak/sykehus har deltatt. Gjennom dette prosjektet er felles retningslinjer utarbeidet.

- *Helse Midt-Norge skal i samarbeid med kompetansenettverket sikre adekvat behandlingstilbud til barn og voksne pasienter med myalgisk encefalopati (CFS/ME), herunder vurdere bruk av det nasjonale behandlingstilbudet til de aller sykeste pasientene som bygges opp i Helse Sør-Øst RHF. Det legges til grunn at Helse Midt-Norge benytter det nasjonale tilbudet gjennom kjøp av behandlingsopphold.*

Helse Midt-Norge RHF gir økonomisk støtte til St. Olav i to år slik at et tilbud om diagnostikk er etablert for personer med mulig ME/CFS diagnose. Tilbudet er virksomt. Støtten skal gies i 2008 og 2009.

Områder med særskilt fokus - Nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten

- *Det er et mål at Nasjonale kompetansesentre i spesialisthelsetjenestene bidrar til å heve kvaliteten på helsetjenestene som utføres, inkludert å utføre dem så kostnadseffektivt som mulig. Det er også et mål at Nasjonale medisinske kompetansesentre i spesialisthelsetjenesten sikrer kvalitet i hele bredden av helsetjenesten, samtidig som spesialiserte oppgaver og nye trender ivaretas gjennom forskning og kompetanseoppbygging. Kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger skal i tillegg gi individuelle og familierettede tilbud.*

Helse Midt-Norge RHF har opprettet et eget kompetansenettverk for bygging av regionalt fagmiljø innenfor områdene ADHD, autisme, narkolepsi og Tourettes syndrom. Det er tilsatt egen koordinator for kompetansenettverket.

- *Helse Midt-Norge skal videreutvikle de nasjonale kompetansesentrene for personer med sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger. Dette skal skje innenfor en helhetlig og dynamisk prosess som omfatter alle kompetansesentre for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger i spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge, der omfanget av eksisterende tilbud, vurdering av etablering av tilbud til nye grupper, styrking av eksisterende tilbud og avvikling og sammenslåing av tilbud inngår. Helse Midt-Norge skal søke råd hos Sosial- og helsedirektoratet i dette arbeidet.*

Helse Midt-Norge RHF har deltatt i nasjonale møter, gjennomført eget prosjekt som etter avslutning ble fulgt opp av egen nettverksorganisasjon med fast tilsatt koordinator - kompetansenettverket for ADHD, autisme, Tourettes syndrom og narkolepsi i Midt-Norge

Områder med særskilt fokus - Lands- og flerregionale og overnasjonale funksjoner

- *Det er et nasjonalt mål å sikre lik tilgang til og bruk av landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og evt overnasjonale tilbud om høyspesialisert pasientbehandling. Forslag om framtidig organisering av høyspesialiserte helsetjenester og nasjonale kompetansesentre utarbeidet av de regionale helseforetakene, og tilrådninger fra*

Sosial- og helsedirektoratet, ligger til grunn for departementets beslutning om å etablere et nytt styringssystem for dette området.

Helse Midt-Norge har tidligere i brev til de høyspesialiserte helsetjenestene og de nasjonale kompetansesentrene bedt de sørge for lik tilgang til disse enhetene. Dette følges opp gjennom de årlige rapporteringene. Vi deltar desuten sammen med de øvrige RHF-ene i dette arbeidet.

- *Helse Midt-Norge skal i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene utarbeide et helhetlig forslag til hvilke lands- flerregionale og eventuelt overnasjonale funksjoner det er behov for i et femårsperspektiv og hvor disse bør lokaliseres. Forslaget skal utarbeides med utgangspunkt i fastsatte kriterier og sentrale aktører skal involveres i arbeidet i tråd med nasjonale føringer. Oppdraget vil bli spesifisert i eget brev. Helse Vest bes om å lede arbeidet.*

Utføres i samarbeid med Helse Vest RHF

- *Helse Midt-Norge skal øke antall Cochlea implantatoperasjoner til voksne til 40 operasjoner. Helse Nord og Helse Midt-Norge skal samarbeide om økningen av Cochlea implantatoperasjoner for voksne. Pasienter fra begge regioner skal tilbys denne typen operasjoner ved St. Olavs Hospital.*

Det har vært ført samtaler med Helse Nord RHF om operasjoner for voksne med behov for cochleaimplantat ved St. Olav. Vanlig gjestepasientpris ble gjort gjeldende.

Det ble operert 27 cochleaimplantater i 2008. En mener det dekket behovet.

Områder med særskilt fokus - Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige

- *Regjeringen har lagt fram en opptrappingsplan på rusfeltet for perioden 2007-2010, jf. St.prp. nr. 1 (2007-2008). En målsetting i Opptrappingsplanen er i planperioden å styrke kvaliteten og kapasiteten på tjenestene innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB), herunder legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Det vil i planperioden også være et mål at samhandling i tjenestene til rusmiddelavhengige styrkes, både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Opptrappingsplanen legger opp til at ambulant virksomhet blir tillagt større vekt. Videre legges det vekt på en styrking av rutiner og samhandling for å unngå behandlingsavbrudd og en styrking av innsatsen og kapasiteten i psykisk helsevern og TSB for å ivareta pasienter med både psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet, såkalte dobbeltdiagnoser. Det er et mål at brukerne trekkes mer inn i arbeidet på feltet, og at forskning og kompetanse styrkes. Videre er det en målsetning at tiltakene for barn av personer med rusmiddelproblemer og psykiske lidelser samt rusmiddel-avhengige som i tillegg til sin rusmiddelavhengighet også har psykiske lidelser og/eller somatiske lidelser/sykdommer, videreføres og styrkes.*

Generelt er utviklingen av rusbehandlingen positiv.

- *Helse Midt-Norge skal øke kapasiteten innen TSB med særlig vekt på økt kapasitet innen akuttbehandling, avrusning og ambulante team, samt legemiddelassistert rehabilitering (LAR).*

LAR har økt kapasitet . Ungdomsenheten er etablert i november 08. Dette har gitt kapasitetsøkning

- *Helse Midt-Norge skal styrke den helsefaglige kompetansen innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.*

HMN har ansatt nytt personalet i ungdomsenheten. Alle fagstillinger er dekt etter plan. Det har vært relativt god rekruttering til psykologstillinger innenfor ansvarsområdet

- *Helse Midt-Norge skal videreutvikle samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester og barnevern for gravide rusmiddelavhengige i LAR og annen tverrfaglig spesialisert behandling.*

Samarbeid er høyt prioritert i Rus. IP og epikriser er fokusert spesielt. Det er styrt aktivitet for å sikre samarbeid om dobbeltdiagnose, men det gjenstår fortsatt utfordringer.

- *Helse Midt-Norge skal sikre at alle pasienter som blir henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige også skal vurderes for sine behov for øvrige tjenester innen spesialisthelsetjenesten.*

Ny veileder fra Hdir om vurderingsarbeidet er implementert.

- *Helse Midt-Norge skal sikre gode rutiner ved utskrivning etter endt behandling eller ved behandlingsavbrudd for å legge forholdene til rette for god oppfølging for kommunale tjenesteytere.*

Dette er kontinuerlig utviklingsarbeid. Det er utviklet systemer for å sikre måloppnåelse. IP, epikrisetid etc:

- *Helse Midt-Norge skal årlig registrere antall gravide rusmiddelavhengige som er i legemiddelassistert rehabilitering og hva slags tilbud disse pasientene mottar.*

Dette er under kontroll

- *Helse Midt-Norge skal i samarbeid med Kriminalomsorgen legge forholdene til rette for at innsatte som gis anledning til dette, kan sone etter § 12 i straffegjennomføringsloven i institusjoner innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.*

Ordning er etablert og praktiseres

Områder med særskilt fokus – Kvinnehelse

- *I St. meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge, ble strategiplan for kvinners helse presentert. Det er nødvendig å ha særlig oppmerksomhet rettet mot kvinners behov for helsetjenester blir fulgt opp. Det er viktig at kjønnsperspektivet integreres på en god måte i virksomheten både når det gjelder behandling, forskning, utdanning og opplæring. Departementet forutsetter likeverdig behandling av menn og kvinner for samme type plager. Spesielle utfordringer knyttet til kvinners og menns*

helse må møtes med tilstrekkelig kunnskap og ressurser. Det er derfor et mål at kjønnsperspektivet trekkes inn i forskning der dette er relevant.

Helsetilbudet til kvinner er først og fremst ivaretatt ved at fødeenhetene og gynekologisk enheter er opprettholdt i alle foretakene. Videre melder en av foretakene om at de har inngått avtaler med 12 kommuner om savngerskapsomsorg. Det er også økt fokus på at kvinner og menn kan ha ulike symptomer ved hjertekarr-sykdommer.

- *Helse Midt-Norge skal arbeide med en helhetlig fødsels- og svangerskapsomsorg i samarbeid med primærhelsetjenesten.*

Målet er nådd. Helse Nord-Trøndelag utfører den kommunale jordmortjenesten på oppdrag fra noen av kommunene. De har ønske om å utvide denne ordningen for flere kommuner

- *Helse Midt-Norge skal utvikle lavrisikotilbud til kvinner med normale svangerskap og fødsler.*

Alle helseforetakene har fødeavdelinger med differensiert tilbud.

I tillegg vil HMN i tilknytning til dette punktet redegjøre for følgende:

To av våre helseforetak hadde sommerstengte fødeavdelinger i 2009. Økonomiske innsparinger har ikke vært hovedbegrunnelsen for å holde fødeavdelingene stengt under ferieavviklingen. Å redusere behovet for å leie inn ukjente vikarer var den viktigste årsaken til sommerstegningen. Etter vårt syn har helseforetakene gjennomført sommerstegning uten at hendelser hvor det er stilt spørsmål om manglende medisinsk faglig kvalitet. Til sammen har helseforetakene spart vel 4 mill kroner. Redusert innleie av personell er hovedårsaken til dette. Se for øvrig brev til Helse- og omsorgsdepartementet av 10.02.09

Basert på tilbakemeldinger fra ledelsen ved fødeavdelingene i Helse Nordmøre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital er det vårt inntrykk at sommerstegninger ved helseforetakene er gjennomført som planlagt og at tilbudet til gravide har vært godt ivaretatt.

Helse Midt-Norge har tatt initiativ til et regionalt møte hvor vi skal diskutere ferieavvikling for sommeren 2009 inklusive informasjon til de fødende og kommunehelsetjenesten Evaluering av denne ordningen følger vedlagt

- *Helse Midt-Norge skal bidra til å sikre gjennomføring av mammografiprogrammet i tråd med nasjonale føringer, herunder sikre gode tekniske kommunikasjonsmuligheter mellom de ulike aktørene som deltar i den praktiske gjennomføringen av programmet.*

I Helse Midt-Norge gjennomføres programmet i samsvar med forutsetningene

Områder med særskilt fokus - Organdonasjoner og transplantasjoner

- *Det er et nasjonalt mål å øke antall donasjoner fra dagens 17 donasjoner per million innbyggere til 30 donasjoner. I arbeidet med å nå målet må det regionale foretaket sørge for at det avsettes ressurser til funksjonen som donoransvarlig lege ved de*

sykehus som er godkjent for organdonasjon, og at organdonasjon ivaretas på en god måte.

Helse Midt-Norge følger opp de nasjonale målsettingene slik det fremgår nedenfor.

- *En arbeidsgruppe vil våren 2008 gi anbefalinger til videre tiltak for å nå nasjonale mål på området. Departementet vil komme tilbake til dette.*

Helse Midt-Norge følger opp dette arbeidet.

- *Helse Midt-Norge skal legge til rette for at potensielle donorer identifiseres, og at helsepersonell tar opp spørsmålet om organdonasjon i tråd med retningslinjene beskrevet i rundskriv I-9/2003.*

Alle våre sykehusforetak arbeider for å identifisere potensielle donorer og for at helsepersonell skal ta opp spørsmål om donasjon i samsvar med retningslinjene rundskriv I-9/2003.

- *Helse Midt-Norge skal arbeide for å øke antall tilgjengelige organer i samarbeid med Nasjonal koordinator for organdonasjon.*

Alle våre sykehusforetak arbeider for å øke antall organdonasjoner.

- *Faglig opplæring av helsepersonell i spørsmål om organdonasjon skal styrkes, spesielt i forhold til kompetanse i kommunikasjon med de pårørende.*

De statlige NOROD-kursene kjøres i Midt-Norge med ca. 18 mnd. mellomrom. I tillegg kjøres kortere kurs/temadager/temakvelder, basert på NOROD, ved det enkelte HF. Det legges særlig vekt på opplæring av intensivsykepleiere. Målet er at det alltid skal være en sykepleier med slik opplæring på vakt.

- *Andelen levende giver av nyre (familiemedlem) skal opprettholdes på 40 prosent av det totale antall nyretransplantasjoner.*

Foretakene rapporterer at dette kravet er ambisiøst, men at det er oppfylt.

- *Donoransvarlige leger ved landets universitetssykehus skal frigjøres i deltid for å kunne ivareta oppgavene med organdonasjon.*

St. Olavs hospital har nå avsatt en stillingsandel på deltid for donoransvarlig lege.

Områder med særskilt fokus - Beredskap og smittevern

- *Det er et mål at Helse Midt-Norge medvirker til å videreutvikle kvalitet, helhet og samhandling i sektorens smittevern og beredskapsarbeid i samarbeid med kommunesektoren, andre regionale helseforetak, Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonalt folkehelseinstitutt, Statens strålevern, fylkesmenn og andre samarbeidsparter.*

Eksisterende regionale handlingsplan innen smittevern er dekkende for de fleste nye krav i Nasjonal handlingsplan. Helse Midt-Norge har satt av midler i 2009 for å støtte opp om aktivitetene ved regionalt kompetansesenter. I løpet av 2009 vil vi revidere regional handlingsplan.

- *Helse Midt-Norge skal sørge for at helseforetaksgruppen oppdaterer, videreutvikler og øver sine beredskapsplaner, herunder planer mot atomhendelser, biologiske hendelser (smittsomme sykdommer / pandemisk influensa) og kjemiske hendelser.*

1. Årlig revisjon av regional helseberedskapsplan for HMN og intern plan for HMN RHF gjennomført per 30.06.08. Alle HF har slutført sine revisjoner eller arbeider med slike.
2. Det gjennomføres et betydelig antall øvelser i regionen med ulike scenarier. Alt fra bordøvelser til fullskala. Stor regional øvelse med tema pandemisk influensa slutført den 19.06.08.
3. Av andre helseforetaksovergrepene kan nevnes Øvelse Tyr (Åkneset på Sunnmøre) og Øvelse Mørejarl (med bl.a HV-11 og Helse Vest).

- *Helse Midt-Norge skal etablere samarbeidsformer med kommunene, og øvrige samarbeidsparter i egen og andre helseregioner, bl.a. om landsfunksjonen for behandling av pasienter utsatt for atom-, biologiske og kjemiske hendelser, om operativ ressursdisponering og samhandling ved kriser.*

1. Møter på forskjellige nivå i regi av Grenseredningsråd (Jämtland+ST+NT).
2. Øvingsutvalg under de tre LRS-ene.
3. Interregionalt samarbeid ISB (under omorg).
4. Deltakelse i ROS-Trøndelag 2009.
5. Deltakelse i utredninger i regi av HOD og H-dir.
6. De lokale HF-ene samarbeider med kommunene i noe varierende grad. Mest med sykehusenes vertskommuner. Samarbeidet kan utvikles videre.

- *Helse Midt-Norge skal starte en prosess med sikte på å akkreditere alle mikrobiologiske laboratorier innenfor helseforetaksgruppen.*

I årlig melding fra helseforetakene, rapporteres følgende:

Helse Sunnmøre:

Laboratorieavdelingen har startet prosessen med akkreditering av avdelingen. Det er Laboratorium for medisinsk biokjemi i Ålesund som er kommet lengst i dette arbeidet. Her er blodbanken og prøvetaking akkreditert, og søknad om utviding for alle deler av laboratoriet vil snart bli sendt.

De to andre enhetene i Laboratorieavdelinga arbeider målrettet med kvalitetsarbeidet, men har pr. dato ikke søkt om akkreditering.

Helse Nordmøre og Romsdal:

Avdeling for laboratoriemedisin i Helse Nordmøre og Romsdal HF jobber kontinuerlig og systematisk med kvalitetsarbeid og oppfølging av internkontrollforskriften. Rekruttering og utdanning av leger prioriteres høyt og er viktig kvalitetsarbeid. Innenfor Blodbanken forholder vi oss til Blodforskriften som har krav tilsvarende akkreditering. Avdeling for

laboratoriemedisin har ikke mulighet for å avsette penger til akkreditering i 2009, men avdelingen vurderer kravene kontinuerlig og den dagen det blir et krav skal vi være der.

Helse Nord-Trøndelag:

Har vært akkreditert siden 01.06.2006

St Olavs Hospital:

Avdeling for medisinsk mikrobiologi har fem seksjoner og i 2008 ble seksjon for substrat og spesialvask ISO-sertifisert (9001). Foretaket har som mål å akkreditere hele avdelingen etter standard NS-EN ISO15189. Det arbeides det med å overføre alle våre prosedyrer tilEQS (Extend Quality System).

- *Helse Midt-Norge skal forebygge antibiotikaresistens og sykehusinfeksjoner og iverksette tiltak i tråd med ny handlingsplan som ventes våren 2008.*

Regional handlingsplan for smittevern skal revideres våren 2009 for å kvalitetssikre at alle mål og tiltak i den nye handlingsplanen blir ivaretatt.

- *Helse Midt-Norge skal utarbeide konkrete mål for sitt smittevernarbeid.*

Regional handlingsplan for smittevern skal revideres våren 2009 for å kvalitetssikre at alle mål og tiltak i den nye handlingsplanen blir ivaretatt.

- *Helse Midt-Norge skal sikre at det gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser ved det enkelte sykehus knyttet til kritisk infrastruktur, herunder vann- og strømforsyning, og sørge for at det iverksettes tiltak som sikrer nødvendige leveranser og systemer for distribusjon.*

Det er gjennomført kartlegging av strømforsyning/nødstrømsløsninger i 2004 og 2007.

Tilsvarende kartlegging er også gjennomført av DSB. Det er p.t. ikke gjennomført kartlegging av vannforsyning. Det er gjennomført omfattende ROS-analyser i forbindelse med byggeprosjekt St Olavs Hospital.

Helse Midt-Norge RHF vil sørge for at det gjennomføres risiko- og sårbarhetsanalyser ved det enkelte sykehus knyttet til kritisk infrastruktur, herunder vann- og strømforsyning i inneværende år.

Evt. investeringstiltak vil bli gjennomført etter en nærmere prioritering innenfor tilgjengelige midler.

- *Helse Midt-Norge skal innarbeide beredskapshensyn i tjenestens logistikkssystemer 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.*

Moderne logistikkssystemer nasjonalt og internasjonalt skaper store utfordringer generelt på dette området.

1. Regionalt søkes det å innarbeide elementer av beredskap i avtalene som inngås med leverandørene.
2. Interregionalt samordningsutvalg for beredskap har igangsatt et arbeid vedrørende forsyning av legemidler og smittevernutstyr.
3. HOD har igangsatt et arbeid på legemiddelsiden. HMN deltar her (Sykehusapotekene i MN)

- *Helse Midt-Norge skal bistå Sosial- og helsedirektoratet med en gjennomgang av den nasjonale forsyningssikkerheten og vurdere behov for tiltak.*

HMN RHF stiller seg til rådighet for et slikt arbeid.

- *Helse Midt-Norge skal sikre at oversikt over antidotbeholdning i foretakene blir rapportert inn til Apotekforeningens databedrift for å få samlet oversikt over sykehusenes, regionens og nasjonal beholdning av antidoter mv.*

Det er planlagt en database for å få en samlet oversikt over antidotbeholdning i hele Norge. Denne databasen er ikke realisert pr dd, så pålegget kan foreløpig ikke realiseres.

- *Helse Midt-Norge skal bistå Sosial- og helsedirektoratet med å utarbeide retningslinjer og prosedyrer for etablering og utsendelse av helseteam til innsats ved kriser i utlandet.*

HMN har gjennom sin representant deltatt i dette nå er fullført. Rapport er avgitt og godkjent. Implementering gjenstår.

Forskning

- *Forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater er viktig for å sikre at tjenestetilbudet som gis er trygt, kostnadseffektivt og gir en helsegevinst. Det er et mål å styrke pasientrettet klinisk forskning av høy kvalitet og relevans i helseforetakene, i tråd med føringene som er gitt i Nasjonal helseplan (2007-2010).*

I 2007 brukte HMN RHF 1.16 % av bruttobudsjettet til forskning- og utvikling (91 mill til Samarbeidsorganet og 45 mill direkte til St. Olavs Hospital). Vedtatt strategiplan 2004 - 2007 satte 3 % som mål

Nasjonale registreringer viser at vi i perioden 2005 -2007 hadde 9,5 % av landets medisinsk forskningsaktivitet (medisinske artikler og doktorgrader).

Alle foretakene har egne FoU-avdelinger. Regionen arbeider med ny strategiplan hvor en har satt opp 7 mål for å øke forskningsaktiviteten. En viktig faktor er bedre tilgang på veiledningskapasitet og økt stipendtildeling.

HUNT 3 er nå avsluttet og sammen med HUNT Biobank (en av landets 2 nasjonale biobanker) har regionen her forskningsmaterialer av stor verdi.

Regionalt brukerutvalg deler ut årlig pris til forskere hvor en av kriteriene er at prosjektet skal komme pasientene til gode.

- *Ivaretagelse av kjønnsperspektivet må sikres i den kliniske forskningen (kjønnsforskjeller i sykdom og behandling) herunder må det sikres at det gjennomføres analyser av forskningsresultater etter kjønn der dette er relevant. Det er også viktig at brukerperspektivet blir ivaretatt i forskningen.*

I alle undersøkelser og forskningsprosjekter som utføres i regionen og hvor begge kjønn inngår i materialet, er kjønnsperspektivet ivaretatt. Regionalt forskningsutvalg har med brukerrepresentant.

- *Helse Midt-Norge skal i samarbeid med øvrige regionale helseforetak sikre gjennomføring av forskningssamarbeid innenfor utvalgte tematiske områder gjennom etablering av formelle forskernettverk og/eller andre tiltak, jf oppdrag gitt i 2006 og 2007. Arbeidet skal forankres i strategigruppe for forskning mellom de regionale helseforetakene og Nasjonal samarbeidsgruppe for forskning (NSG)*

Som i tidligere år, deltar HMN i RHF-enes strategigruppe for forskning og i Nasjonal samarbeidsgruppe (NSG). Ved tildeling av midler til forskningsprosjekter, støtter vi prosjekter som omfatter flere regioner

- *Helse Midt-Norge skal prioritere forskning og oppbygging av forskningskompetanse innen forskningssvake fagområder, herunder tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige, psykisk helse, rehabilitering/habilitering og kvinnehelse.*

HMN har en rekke forskningsprosjekter som retter seg mot blant annet tverrfaglig spesialisert rusbehandling, barn og unges psykiske helse, habilitering og rehabilitering. I tillegg har vi infrastrukturelle tiltak som understøtter disse områdene.

Kvinnens helse er ivaretatt gjennom alle prosjekter hvor kjønn går inn som en av variablene.

- *Helse Midt-Norge skal rapportere både på resultater og ressursbruk til forskning til NIFU STEP i henhold til etablerte systemer og tidspunkt, samt bidra med kompetanse og ressurser i nasjonalt utviklingsarbeid av begge målesystemene.*

HMN deltar i arbeidet med innsamling av data til NIFU STEP.

- *Helse Midt-Norge skal bidra i arbeidet med å implementere nasjonal satsing på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2011) med særskilt fokus på IKT og medisinsk-teknisk utstyr i samarbeid med InnoMed, Norges forskningsråd og Innovasjon Norge. De regionale helseforetakene skal bidra til å øke antallet forsknings- og utviklingskontrakter*

Helse Midt-Norge har fulgt opp sitt ansvar på vegne av alle RHF for implementering av nasjonal satsning på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren gjennom følgende aktiviteter: koordinert samarbeid med Innomed tatt ansvar for å utarbeide en felles handlingsplan for helseregionene innen innovasjons-området tatt ansvar for å utarbeide, samt bidratt til oppfølging av samarbeidsavtale mellom helseforetakene, Helsedirektoratet, NFR og Innovasjon Norge diskutert mulige OFU-prosjekter med helseforetakene i regionen

Utdanning av helsepersonell

- *Utdanning av helsepersonell skal bidra til å sikre et kompetent og et tilstrekkelig antall helsepersonell i hele helsetjenesten. Dette gjelder i forhold til grunnutdanning (elever/lærlinger/studenter), turnustjeneste, videreutdanning og etterutdanning av helsepersonellet. Helse Midt-Norge skal sørge for at helseforetakene er attraktive læringsarenaer for helsepersonellet som har helseforetakene som praksisarena eller som arbeidssted.*

Å bli attraktive læringsarenaer krever en bred tilnærming. Følgende hovedsatsinger har helseforetakene jobbet etter:

- Kompetansedeling i arbeidshverdagen.
 - Kompetansetilgang på nettet inklusive forskningsresultater (helsebibliotek, e-læring ol)
 - Kompetansedeling mellom fagmiljøer (viderkonferanser, nettmøer ol)
 - Interne kurs og konferanser
 - Eksterne kurs -og konferanser
 - Andre etter -og videreutdanningstilbud
- *Helse Midt-Norge skal sørge for systemer, strukturer og lederforankring i alle ledd av helseforetaksgruppen slik at helseforetakene er attraktive læringsarenaer.*

HMN og det enkelte helseforetak har løpende fokus på å videreutvikle helseforetakene som attraktive læringsarenaer. Dette skjer både i styringsdialogen og gjennom prioriterte utviklingsprosesser / prosjekter. Arbeidet med å systematisere og prioritere kompetanseutviklingen er startet i den enkelte klinikk/avdeling. Dette vil videreføres med en sterkere koordinering både i helseforetakene og i fopretaksgruppen.

- *Helse Midt-Norge skal gjennom etablerte samarbeidsorgan, inngåtte samarbeidsavtaler og god dialog sikre et godt samarbeid med utdanningsinstitusjonene i helseregionen.*

Helse Midt-Norge har over flere år hatt velfungerende samarbeidsorganer både mot Høgskolene i regionen og sammen med NTNU. Høgskoleorganet har hatt 4 møter, deriblant et felles koordineringsmøte med Samarbeidsorganet med NTNU. I tillegg har ulike Helseforetak etablert sine samarbeidsorgan med de lokale Høgskolene, der det er relevant. Dialogen er konstruktiv, men det er et gjensidig ønske at samarbeidsorganene i større grad skal bli et strategisk dialogforum enn det det har vært.

- *Helse Midt-Norge skal etablere et riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for elever/lærlinger/studenter i grunnutdanning og turnusplasser for turnuskandidater i turnustjeneste.*

Helse Midt-Norge har etablert praksisplasser for elever/lærlinger/studenter innen grunnutdanning og turnusplasser for turnuskandidater i turnustjeneste, ihht planene.

- *Helse Midt-Norge skal gjennom samarbeid med fylkeskommunene bidra til at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser – med et særlig fokus på ambulansesarbeiderutdanningen og den nye helsefagarbeiderutdanningen.*

Helseforetakene har litt ulike modeller knyttet til læreplasser for disse gruppene. HMN har derfor ikke et entydig rapporteringsgrunnlag. Gjennom vårt samarbeid med helseforetakene og fylkeskommunene har det ikke kommet frem signaler som tyder på utfordringer knyttet til kapasitet eller kvalitet.

- *Helse Midt-Norge skal sikre at de som har helseforetakene som læringsarena opplever at praksis/turnus er strukturert og at det gis god veiledning.*

Kvaliteten vurderes jevnt over som god, men det kan være krevende å opprettholde god kvalitet i perioder med store interne omstillinger og/eller når studentantallet av ulike grunner blir høyere enn planlagt.

- *Helse Midt-Norge skal medvirke til at forsøk med tre måneders psykiatritjeneste i turnustjenesten for leger kan gjennomføres.*

Det rapporteres fra helseforetakene at dette er på plass

- *Helse Midt-Norge skal planlegge og bidra til videreutdanning og etterutdanning av helsepersonellet for å møte nåværende og framtidige krav til og utfordringer i tjenesten.*

Helse Midt-Norge gjennomfører en rekke videreutdannings- og etterutdanningaktiviteter, både i og mellom Helseforetakene. HMN ser likevel et behov til å systematisere og styre kompetanseutviklingen i noe større grad. Derfor vedtok styret høsten 08 "Handlingsplanen for strategisk HR". Handlingsplanen krever bla at det skal etableres kompetanseplaner på ulike nivåer i foretakene og i foretaksgruppen. Planene skal omfatte en beskrivelse av behov for kompetanseheving, videreutdanning og etterutdanning og klargjøre ansvar og oppgavefordeling for realisering.

- *Helse Midt-Norge skal sørge for et tilstrekkelig antall stillinger for tannleger under spesialistutdanning i oral kirurgi og oral medisin*

St. Olavs Hospital melder om at alle overlegestillingene innen kjevekirurgi er besatt

- *Helse Midt-Norge skal bidra til at det utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene (herunder effektive utdanningsløp) og til god nasjonal, regional og lokal fordeling av leger og mellom spesialiteter.*

HMN vurderer fortløpende søknader om omgjøring av utdanningsstillinger til fast overlegestillinger. Søknad om slik omgjøring sendes Nasjonalt Råd/Helsedirektoretet til avgjørelse.

Det arbeides med et nytt nasjonalt register for leger knyttet til lokalt PRS-register og Nasjonalt Råds id nummer for leger. Når dette trår i funksjon, vil en letter få oversikt over legehjemlene og utdanningskapasiteten.

HMN er representert i Nasjonalt Råd og har jevnlig kontakt om legestillingene ved foretakene

Pasientopplæring

- *Helse Midt-Norge skal sørge for at pasienter og pårørende som har behov for tilrettelagt opplæring får et kvalitativt godt tilbud om dette. Det er et hovedmål å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Slik opplæring kan ivaretas i lærings- og mestringssentre eller i andre deler av spesialisthelsetjenesten. Det er en målsetning at brukerne trekkes inn i utforming av dette arbeidet. Det vises i denne sammenheng til likemannsarbeid.*
- *Helse Midt-Norge skal sørge for at det er kvalitativt gode Lærings- og mestringssentre (LMS) ved alle helseforetak.*
- *Helse Midt-Norge skal tilby opplæring og bidra til innsikt i pasienters egen sykdom for pasienter med kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse.*

Revisjon av handlingsprogram for opplæring av pasienter og pårørende (2004-2007) er under arbeid. En arbeidsgruppe med repr. fra HF og brukere har gitt råd. Ferdigsstilles for høring våren 2009. Styrebehandles deretter (avhengig av høriingsrunder og behandling av tillitsvalgte). Fagnettverk mellom lærings- og mestringssentra i hf har blitt videreutviklet siden oppstart i 2002. Opplæring til pasienter og pårørende foregår både i avd og lærings- og mestringssentra. Ansvaret lagt til avd. med lærings- og mestringssentra (LMS) som pedagogisk støtte og ressurs i hf. LMS i alle HF. En forsker ansatt i NTNU/samfunnsmed. innen området opplæring av pasienter og pårørende og brukermedvirkning siden 2005. Det er etablert forskningsnettverk på feltet. Det pågår et regionalt evalueringsprosjekt av opplæringstiltak. Dette er et samarbeid mellom HF og NTNU/ISM. Hensikten er å kartlegge endringer i deltakeres/pasienters mestringsevne. StO rapporterer: aktivitet som 2007. Det arbeides med å utvikle en hensiktsmessig koordinering av LMS slik at disse får en felles adresse utad. StO ber om at det tas initiativ til at det regionalt utarbeides en felles rapporteringsmal som bedre kan beskrive den totale mengden opplæringstiltak som foregår, samt se utviklingstrekk og behov i arbeidet (dette er i samsvar med HMN 2010 og er ikke gjennomført)

- *Helse Midt-Norge skal sørge for at spesialisthelsetjenesten i sin region driver aktiv informasjon overfor foreldre om helsemessige konsekvenser ved og forbudet mot kjønnslemlestelse, samt søke å avverge at jenter blir utsatt for kjønnslemlestelse.*

Dette ivaretas. Eksempelvis er det på Nordmøre utviklet rutiner og gjennomført mottak for kvinner med overgrepssproblematikk. I Romsdal er det startet samarbeidsmøter mellom kommune og sykehus om det samme. Kommunene har fått midler til slikt arbeid og utvikling av mottaksordninger. Begge bykommunene er interessert i samarbeid med sykehuset. Ved St. Olavs Hospital HF har en avsatt en 40 % stilling til forebygging av omskjæring.

- *Helse Midt-Norge skal gi råd til foreldre med funksjonshemmede barn om tilbud i Norge, og råd i forhold til bruk av utenlandske metoder.*

Helse Midt-Norge RHF har i egen styresak i 2006 delegert ansvaret for informasjon og beslutninger angående Doman m.v. til det enkelte helseforetak og dette følges opp.

2.2 Rapportering på krav i foretaksprotokoller

Resultatkrav 2008

- *For 2008 vil for første gang de fulle avskrivningskostnadene knyttet til åpningsbalansen i foretaksgruppen i Helse Midt-Norge RHF være dekket av tilsvarende bevilgning i basisrammen.*

Dette er ivaretatt i budsjett og gjennom løpende rapportering.

- *I tråd med Stortingets krav skal Helse Midt-Norge RHF håndtere sin omstillingsutfordring slik at ordinært regnskapsmessig resultat for foretaksgruppen i 2008 er i balanse, svarende til et årsresultat på null kroner. Foretaksmøtet presiserte at økte pensjonskostnader som følge av endrede økonomiske parametere utover kostnadsnivået hensyntatt i basisrammen til Helse Midt-Norge RHF, ikke inngår i resultatkravet for 2008. Som grunnlag for kostnadsføring underveis i 2008 forutsettes det at budsjettert pensjonskostnad beregnet ut fra parametersett fastsatt 31. desember 2007, legges til grunn.*

Foreløpig rapportering tilsier et resultat foran budsjett.

- *Foretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge RHF innretter sin samlede virksomhet, herunder den aktivitetsfinansierte pasientbehandlingen og investeringer, slik at resultatkravet kan nås. Foretaksmøtet presiserte viktigheten av at budsjettert aktivitet ikke overstiger kravene satt i oppdragsdokumentet. Foretaksmøtet la til grunn at nødvendige omstillingstiltak må vurderes i henhold til gjeldende rammer for helseforetak.*

Oppfølging av avvik ivaretas i dialogmøter med foretakene.

Endringer av resultatkrav 2007

- *Pensjonskostnadene for 2007 har økt med om lag 465 mill. kroner for Helse Midt-Norge RHF som følge av endrede økonomiske parametere. Det er i St.prp. nr 10 (2007-2008) lagt til grunn at denne kostnadsøkningen skal unntas fra resultatkravene til de regionale helseforetakene.*

Dette er ivaretatt.

- *Resultatkravet for 2007 som ble satt i foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF 15. februar 2007, endres på grunn av økte pensjonskostnader fra at regnskapsmessig resultat ikke skal overskride et underskudd på 85 mill. kroner til at regnskapsmessig resultat ikke skal overskride et underskudd på 550 mill. kroner.*

Nytt resultatkrav fra HOD i foretaksmøte i juni 2008. Vedtatt i styremøte i HMN i august 2008.

Styring og oppfølging i 2008

- *De regionale helseforetakene har et helhetlig ansvar for drift og investeringer innen sin helseregion. Det er avgjørende for Helse Midt-Norge RHF sin langsiktige*

økonomiske stilling og framtidige handlingsrom at resultatkravet nås og at nødvendig omstilling og effektivisering finner sted. Selv om ikke Helse Midt-Norge RHF vil nå eiers resultatkrav i 2007 uttrykte foretaksrådet tilfredshet med at Helse Midt-Norge RHF synes å ha stanset og til dels også snudd den negative trenden de økonomiske resultatene har hatt de senere år. Foretaksrådet uttrykte også tilfredshet med en vesentlig bedret kvalitet på de tall som rapporteres til departementet. Foretaksrådet understreket betydningen av at styret fortsatt sikrer betryggende styring og oppfølging av helseforetakenes økonomi i 2008.

Resultatutvikling følges opp i forbindelse med hvert styremøte. Investeringer følges opp tertialvis.

- *På grunn av manglende resultatoppnåelse i 2007 fant foretaksrådet det nødvendig å legge mer detaljerte føringer for det regionale helseforetakets styring og oppfølging både når det gjelder styringsbudskap og krav til oppfølging og rapportering. Dette gjelder blant annet bedre kontroll med bemanningsutviklingen og styrenes behandling av økonomirapporter. Presiseringer ble gjort på følgende områder:*

Utvidet rapportering på bemanningsutvikling til styret i HMN hvert tertial.

Risikostyring og intern kontroll

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

Helse Midt-Norge RHF har en rekke virkemidler som benyttes for å sikre intern kontroll innad i RHFet og i foretaksgruppen.

Helseforetaksgruppen:

HMN har en rekke etablerte systemer, dokumenter, prosesser og fora hvor det gjøres avsjekk på status i forhold til definerte mål med tilhørende indikatorer, og hvor en kan definere korrigerende tiltak der det viser seg nødvendig. Høsten 2008 ble det foretatt en gjennomgang av alle disse verktøyene for å sette dem inn i et helhetlig, sammenhengende system for at de skal kunne utnyttes optimalt som et verktøy for risikostyring.

I 2009 vil HMN ha på plass et integrert og helhetlig system som gir ledelsen på alle nivå et verktøy som bidrar til bedre prioritering, ressursstyring og risikostyring. Dette innebærer blant annet forbedret planlegging av alle møtepunkter med helseforetakene sett i forhold til årlige prosesser knyttet til budsjettplanlegging for kommende år, overordnede signaler gjennom St. prp. nr.1, operasjonalisering av krav gitt i oppdragsdokument fra eier og i foretaksrådet, utarbeiding av styringsdokument til helseforetakene m.v.

Internt på RHF:

Helse Midt-Norge har jobbet systematisk og planmessig for å etablere systemer for risikostyring. Det er utarbeidet en plan for systematiske årlige revisjoner innen internkontroll og HMS. En egen plan for "Ledelsens gjennomgang i 2008" er behandlet i ledermøte og vil være mal for det videre arbeidet. Ledelsen har/kommer til å gjennomføre lovpålagt opplæring innen HMS i løpet av året. Det ble høsten 08 valgt nytt verneombud og arbeidet med å etablere Arbeidsmiljøutvalg startet ved utgangen av året. EQS tas aktivt i bruk i Helse Midt-Norge RHF og avviksmeldingssystem er utarbeidet.

- *Styret skal minimum en gang per år ha en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaksgruppen med hensyn på risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik. Rapport fra styrets gjennomgang skal forelegges Helse- og omsorgsdepartementet ved rapportering for 2. tertial 2008. I tillegg skal det redegjøres for styrets arbeid i Årlig melding.*

Dette er ivaretatt.

- *Styrets kontrollkomité skal heretter benevnes "styrets revisjonskomité". Revisjonskomiteen har et særlig ansvar for styrets kontroll og tilsynsfunksjon. Revisjonskomiteen skal bestå av tre styremedlemmer hvor minst ett av medlemmene skal ha regnskapskompetanse eller revisjonskompetanse.*

Dette er ivaretatt

Økt kontroll med bemanningsutviklingen

- *Foretaksrådet forutsatte at Helse Midt-Norge RHF sikrer at fullmaksstrukturen i foretaksgruppen er utformet slik at fullmakter til å ansette eller opprette stillinger skal ligge på høyere eller samme nivå som tildelt budsjettansvar. Tilsvarende skal gjelde for bruk av innleid arbeidskraft og godkjenning av overtid.*

Det er rapportert fra alle HF om at dette er på plass.

- *Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at det innen 1. mai 2008 er etablert et utvalg for hvert av de underliggende helseforetakene som skal godkjenne alle nyopprettede stillinger og ansettelse i vakante stillinger i helseforetaket.*

Det enkelte HF har etablert ordninger for godkjenning av nye stillinger og ansettelse i vakante stillinger.

- *Foretaksrådet forutsatte at Helse Midt-Norge RHF sikrer at helseforetakene etablerer rutiner for at egne ansatte blir omdisponert på tvers av divisjoner, avdelinger og poster slik at bruken av innleid personell kan reduseres.*

Det er etablert rapporteringsrutiner på alle nivå i foretaksgruppen slik at bruken av innleid helsepersonell løpende følges opp. Videre er det iverksatt en rekke tiltak for å bedre sammenhengen mellom aktivitetsplaner og bemanningsplaner. Tiltakene omfatter både effektiv håndtering av avvik fra planlagt bemanning (som felles vikarpool ved St Olav) og et koordinert langsiktig planleggingsarbeid (Årplan for Helse Nord-Tøndelag).

- *Helse Midt-Norge RHF må sikre at underliggende helseforetak følger etablerte rutiner ved ansettelse, oppretting eller omdisponering av stillinger som er omfattet av legefordelingssystemet.*

Det enkelte helseforetak har implementert rutiner ihht kravene i legefordelingssystemet. Parallelt med dette bidrar HMN i utviklingen av en standardisert nasjonal løsning som vil sikre felles registrerings- og oppfølgingspraksis.

- *Helse Midt-Norge RHF må sikre at bemanningen i det enkelte helseforetak er sammensatt på en hensiktsmessig måte i forhold til foretakets oppgaver.*

Dette er ivaretatt

- *Foretaksrådet la til grunn at Helse Midt-Norge RHF sikrer at underliggende helseforetak planlegger og gjennomfører ferieavviklinger på en mest mulig kostnadseffektiv måte.*

Alle foretak har utviklet gode rutiner for å koordinere ferieavviklingen mellom avdelinger og enheter. Gode rutiner og planlegging i god tid har ført til færre utfordringer og avvik. Samtlige foretak opplever en forbedring fra tidligere år men det er fortsatt et forbedringsområde i forhold til koordinering og planlegging. For St.Olav er det spesielt vanskelig å skaffe ferievikarer innenfor enkelte fagområder. Foretakene vil fortsatt jobbe med forbedringer. Målet for 2008 er nådd.

Tiltak som er satt i verk er bedre planlegging og koordinering gjennom:

- Tydeliggjøring av ferieperioden og lavaktivitetsperioden
- Bedre vurdering av behov for ferievikarer
- Tidlig kontakt med vikarbyrå
- Sterkere samarbeid mellom klinikker og avdelinger
- Sterkere involvering av hovedledelsen, AMU og tillitsvalgte

Konsekvensanalyser og tiltak i forbindelse med omstilling 2008

- *Foretaksrådet påpekte viktigheten av at det ved periodeavslutninger utarbeides gode og realistiske prognoser for forventet årsresultat. Det forutsettes at de regionale helseforetakene har en mer aktiv oppfølging av helseforetakenes gjennomføring av omstillingsplanene i 2008 enn i 2007.*

Dette ivaretas i dialogmøter med foretakene.

- *Helse Midt-Norge RHF skal sikre at det iverksettes tiltak som bidrar til at styrene i underliggende helseforetak har direkte kontroll med at omstillingstiltakene er konkretisert og gjennomførbare.:*

Omstillingstiltakene i Helseforetakene rapporteres løpende til styrene og er integrert i den løpende styringsdialogen mellom foretakene og RHF'et. RHF'et har gått særskilt inn i HNR i forhold til omstillingen i voksenpsykiatri ved deltagelse i et felles prosjekt.

- *HMN skal legge sterkere vekt på å sikre at det enkelte helseforetak til en hver tid har en plan med konkrete tiltak som viser nødvendig omstilling for å nå økonomisk balanse. Konsekvensene av tiltakene skal være beskrevet og framdriftsplanen for gjennomføring skal være realistisk.*

Omstillingsarbeidet i foretakene følges opp i dialogmøter.

- *HMN skal vektlegge omstillingstiltak som kan bidra til kostnadseffektiv drift på lang sikt prioriteres framfor kortsiktige engangseffekter,*

Sees i sammenheng med resultatkrav og styrets vedtatte investeringsbudsjett for 2008.

- *HMN skal se til at det etableres oppfølgingsrutiner slik at alternative tiltak kan iverksettes ved manglende måloppnåelse av planlagte tiltak.*

Følges opp i tilknytning til løpende rapportering og i dialogmøter.

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

Samarbeidet med de ansatte både regionalt og i det enkelte Helseforetak er strukturert godt i det løpende forbedringsarbeidet. I enkelte større omstillingsprosesser som voksenpsykiatrien i HNR, har foretaket slitt med å etablere den nødvendige tilliten mellom arbeidsgiver og de tillitsvalgte.

Ansatte og deres tillitsvalgte bidrar sterkt til det løpende forbedringsarbeidet i den enkelte enhet. Likevel er det et uforløst potensial, særlig knyttet til å ta i bruk avvikssystemet som grunnlag for læring og utvikling.

- *Foretaksmøtet oppfordret Helse Midt-Norge RHF til å bidra til en mer utstrakt erfaringsutveksling rundt økonomisk styring og kontroll mellom de regionale helseforetakene. Dette gjelder blant annet tema som budsjettering, periodisering, omstilling og oppfølging. De regionale helseforetakene må selv finne frem til en egnet form for erfaringsutveksling.*

Erfaringsutveksling har i gjennom året skjedd i tilknytning til enkeltsaker og ikke systematisert.

Rapporteringsrutiner

- *Foretaksmøtet understreket at økonomiske rapporter skal behandles av styrene så raskt det lar seg gjøre slik at eventuelle korrigerende tiltak kan iverksettes uten unødig opphold. Dette innebærer blant annet at styrenes møtekalender må tilpasses eiers rapporteringstidspunkter.*

Søkes ivaretatt ved fastsettelse av dato for styremøter. Ansvarlig kontorleder.

- *Rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet gjennom ØBAK 2008, skjema E2 og tilhørende informasjon, skal fortrinnsvis styrebehandles i forkant av oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet. Som et minstekrav forutsettes det at styret mottar kopi av oversendelsen til Helse- og omsorgsdepartementet. Foretaksmøtet forutsatte videre at styret tar en aktiv rolle ved behandling av perioderegnskaper.*

Ivaretas ved løpende rapportering.

- *Gjennom ØBAK 2008 videreføres rapporteringsopplegget for 2007 med enkelte endringer. Det forutsettes at det resultatoppsettet som benyttes ved rapportering til eier også benyttes ved styrebehandling hos Helse Midt-Norge RHF og tilhørende foretaksgruppe. Det skal rapporteres til eier på den økonomiske utviklingen i helseforetaksgruppen hver måned (vedlegg 1). Nytt av året er at det skal oversendes en fullstendig rapportering også av juli-tall. For januar 2008 forventes det at Helse Midt-Norge RHF rapporterer på enkelte av parametrene i ØBAK 2008 i tråd med presisering i vedlegg 1.*

Ivaretatt gjennom rapportering for 2008

- *Departementet vil følge opp den økonomiske utviklingen i Helse Midt-Norge RHF gjennom månedlige møter.*

Ledelsen ved HMN RHF har deltatt i månedlige oppfølgingsmøter med HOD gjennom året.

Investeringer og kapitalforvaltning

- *Helse Midt-Norge RHF har et helhetlig ansvar for investeringer og drift. I dette ligger også ansvar for å forvalte kapital og andre materielle verdier i helseforetakene.*

Styret for Helse Midt-Norge behandler alle byggesaker større enn 30 mill. kr i ide-, konsept- og forprosjektfasen samt salg av eiendom til større verdi enn 10 mill. kr. Det forutsettes at fremdrift/avvik rapporteres i forbindelse med tertialrapporteringen. Det er innført husleie i foretaksgruppen bl.a. med det for øye å sikre realkapitalen.

Låneopptak og driftskreditter

- *Det er bevilget totalt 1 720 mill. kroner i lån til investeringsformål i 2008. Helse Midt-Norge RHF tildeles 730 mill. kroner i låneramme for 2008. Foretaksmøtet forutsatte at denne lånerammen kun kan benyttes til finansiering av Nye St. Olavs Hospital og igangsatte prosjekter i Opptappingsplanen for psykisk helse.*

Låneramme på 730 mill kroner er fordelt med 11 mill kroner til Knausen DPS, 3,72 mill kroner til Nidaros DPS og resterende 715,28 mill kroner til Nye St Olavs Hospital.

Investeringer og kapitalforvaltning

- *Foretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge RHF må sikre at det foreligger vedlikeholdsplaner i regionen som sikrer god forvaltning av eksisterende kapital. Disse planene må omfatte oppgraderingsbehov og ses i sammenheng med nye investeringsprosjekter. Helse Midt-Norge RHF skal rapportere status for arbeidet med vedlikeholdsplaner sammen med rapporteringen for 2. tertial 2008.*

Det er tidligere registrert at foretakene i begrenset grad utarbeider systematiske vedlikeholdsplaner da en ikke har funnet dette hensiktsmessig pga manglende tilgang på vedlikeholdsmidler og/eller manglende sikkerhet for at budsjetterte midler faktisk blir stilt til disposisjon. Det er minnet om at rapportering av status skal foreligge for 2. tertial 2008.

Låneopptak og driftskreditter

- *Stortinget har godkjent en samlet ramme for driftskreditter i 2008 på 7,3 mrd. kroner. Det er departementet som godkjenner driftskredittrammen for det enkelte regionale helseforetak. Helse Midt-Norge RHF har en godkjent driftskredittramme på inntil 1 700 mill. kroner. Dersom Helse Midt-Norge RHF har behov for å øke driftskredittrammen må det søkes departementet om dette.*

Helse Midt-Norge søkte i juli om tillatelse til å øke kassekredittrammen. Etter dialog og møter fikk Helse Midt-Norge den 27.10.2008 tillatelse til å øke driftskredittrammen til 1 950 mill kroner. Ved årskiftet var totalt trekk 1 758 mill kroner.

Investeringer og kapitalforvaltning

- *Fra 2008 er basisrammen økt med 229 mill. kroner for å kunne gjenanskaffe bygg og utstyr. Følgende forutsetninger er lagt til grunn for bevilgningsøkningen:*

Helse Midt-Norge har økt andel avskrivningsmidler til investeringer i Nye St Olavs Hospital, Knausen DPS og DPS Nidaros i 2008 i forhold til tidligere planer.

Låneopptak og driftskreditter

- *Helse Midt-Norge RHF skal rapportere til departementet på låneopptak, likviditet og kontantstrøm (vedlegg 1).*

Låneopptak for 2008 ble rapportert 7.1.2009. Faktisk likviditet og periodisert prognose rapporteres i ØBAK, mens kontantstrøm er rapportert tertialvis.

Investeringer og kapitalforvaltning

- *Investeringer skal som hovedregel ikke lånefinansieres. Helse Midt-Norge RHF må planlegge framdriften på framtidige investeringsprosjekter innenfor det etablerte nivået i basisbevilgningen.*

Helse Midt-Norge planlegger låneopptak for ferdigstilling av Nye St Olavs Hospital. Vider vil utbygging av ny barneavdeling i Ålesund og nytt Molde sjukehus kreve noe låneopptak. Etter ferdigstilling av disse prosjektene planlegges ikke videre låneopptak.

- *Økningen av basisrammen skal i 2008 finansiere større igangsatte prosjekter samt investeringer under Opptappingsplanen for psykisk helse. Investeringsaktiviteten i 2008 skal ikke økes utover tidligere planlagt nivå.*

Økningen av basisramme knyttet til avskrivningsmidler er i 2008 gått til finansiering av investeringer i Nye St Olavs Hospital, DPS Knausen og Nidaros DPS.

- *Selv om økte inntektsrammer muliggjør større grad av gjenanskaffelse av bygg og utstyr kan ikke alle investeringsplaner realiseres parallelt. Helse Midt-Norge RHF må fordele den likviditetsmessige rammen til finansiering av investeringer mellom helseforetak i regionen i forhold til prioriterte investeringsprosjekter.*

Helse Midt-Norge har med bakgrunn i ovenstående bl.a. forskjøvet oppstart av utbyggingen av Nye Molde Sjukehus. Styret har i sak 104/08 vedtatt følgende: Styret legger til grunn at sykehuset skal realiseres innenfor en kostnadsramme på 2,5 mrd. kroner (prisnivå oktober 2008) og med byggestart 2012.

- *Til større prioriterte prosjekter kan det gis mulighet for lånefinansiering. Eventuelle lån til nye prosjekter i 2010 må meldes inn ved egen lånesøknad som en del av plan- og meldingssystemet, hvor frist for innspillet til statsbudsjettet er 15. desember 2008.*

Det ble 15.12.2008 sendt inn lånesøknad for 2010. Det ble søkt om lån til Nye St Olavs Hospital, Ny barneavdeling i Ålesund, samt Nye Molde Sjukehus – totalt 580 mill kroner for 2010.

- *Foretaksrådet presiserte at det i de tidlige planleggingsfasene for nye investeringer ikke må foretas tomtekjøp, inngås opsjonsavtaler eller foretas andre disposisjoner som på en uheldig måte legger føringer for den endelige investeringsbeslutningen.*

Helseforetakene er gjort kjent med dette i foretaksråd.

- *Helse Midt-Norge RHF skal presentere en samlet vurdering av planlagte investeringer i de kommende årene i Årlig melding. Det skal beskrives hvordan prosjektene er planlagt realisert innenfor tilgjengelige ressurser og framtidig økonomisk bæreevne.*

Investeringsrammen for Helse Midt-Norge i de kommende år er sterkt presset og det har vist seg vanskelig å finne rom for alle ønskede utbygginger ihht de planer som foreligger.

Helse Midt-Norge har i henhold til krav fra eier ikke anledning til øke kassekreditten, og nivået på årsresultatet og investeringer må til sammen ligge på et nivå som ikke forverrer foretaksgruppens samlede likviditet. I beregning av RHF's handlingsrom til investeringer for 2009 er det tatt utgangspunkt i at årsresultatet er styrende for størrelsen på investeringer (egenfinansiering).

I møte med Helse- og omsorgsdepartementet 3.10.2008 presenterte Helse Midt-Norge hvordan kommende års investeringer er tenkt gjennomført. Det anses realistisk å planlegge for en byggestart av nye Molde sykehus i 2012 samt oppstart for ny barneavdeling i Ålesund i 2009. Det er helt avgjørende at vi holder kontroll med økonomien for å kunne gjøre nye tunge investeringer i årene som kommer. HMN har fortsatt betydelige omstillingsutfordringer i årene som kommer.

I 2009 er rammen til Helse Midt-Norge økt med 224 millioner kr i omfordelingsmidler begrunnet i Magnussen-utvalgets utredning. Utjevning av de forskjellene som Magnussen-utvalget dokumenterte, skjer over to år og gjør at HMNs inntektsgrunnlag vil ligge høyere enn før. Som følge av at HMN har fått økte rammer i 2009 vil HMN benytte 124 mill kr av disse til investeringer. Investeringsrammen (egenfinansiering) vil som følge av dette øke fra 582 mill kr til 706 mill kr i 2009. I 2010 må det foretas en ny vurdering av investeringsrammen og HMNs handlingsrom i forhold til egenfinansiering.

Investeringsstilskudd - fase 2 av nye St. Olavs Hospital

- *Stortinget vedtok ved behandling av St.prp. nr. 1 (2003-2004) særskilt investeringsstilskudd på 1 240 mill. (2004)-kroner som bidrag til gjennomføring av fase 2 ved Nye St. Olavs Hospital. I proposisjonen ble det klargjort at eventuelle merkostnader ville være et anliggende for Helse Midt-Norge RHF.*

Dette er hensyntatt i planer for fremtidig finansieringsbehov for Nye St Olavs Hospital HF.

- *Foretaksmøtet viste videre til Stortingets behandling av St.prp. nr. 65 (2004-2005) hvor særskilt tilskudd til fase 1 av Nye St. Olavs Hospital ble fastsatt til 2,9 mrd. kroner. Det ble her anført at ved fastsettelse av dette tilskuddet ble også kostnader i fase 2 hensyntatt. I proposisjonen var det understreket at før Helse Midt-Norge beslutter igangsetting av fase 2, var det påkrevd at det forelå tilstrekkelige analyser og planer som redegjorde for hvordan den økonomiske belastningen som påhviler Helse Midt-Norge RHF i forbindelse med utbyggingen av St. Olavs Hospital, skulle håndteres.*

Det vises til langtidsbudsjett 2009-2014

- *Foretaksmøtet viste til protokoll fra foretaksmøte 19. desember 2005 hvor det bl.a. heter; "Styret i Helse Midt-Norge må foreta nødvendige vurderinger og tilpasninger av fase 2 innenfor nye og endelige rammebetingelser og regionens samlede økonomi. Som en del av vurdering og tilpasning av kostnadsrammen for fase 2, må Helse Midt-Norge RHF selv vurdere mulig prioritering av et psykiatrisenter samt andre investeringsprosjekter i regionen."*

Det vises til langtidsbudsjett 2009-2014

- *I foretaksmøte 21. april 2006 ble det uttrykt bekymring knyttet til de beregninger som Helse Midt-Norge RHF la til grunn for å håndtere de framtidige kostnadene ved St. Olavs Hospital. Det ble her vist til både risikoelementer og uklarheter knyttet til flere av forutsetningene. På dette grunnlag uttrykte foretaksmøtet forventning om at styret ville ta nødvendige grep for å følge opp tidligere styringsbudskap.*

Det vises til langtidsbudsjett 2009-2014

- *I foretaksmøte 15. februar 2007 ble det satt krav om eksterne gjennomganger av fase 2, både med hensikt å redusere investeringskostnadene samt vurdere framtidig driftsøkonomi når fase 2 ferdigstilles. Disse gjennomgangene har i liten grad bidratt til ønsket og forventet reduksjon i samlede framtidige kostnader ved utbyggingen. Tvert imot ser det nå ut til at den tidligere forutsatte reduksjonen av framtidig driftsnivå ikke vil la seg realisere. Samlet sett vil dette stille Helse Midt-Norge RHF i en meget krevende økonomisk situasjon når fase 2 av St. Olavs Hospital skal tas i bruk fra og med 2010, som det så langt ikke er funnet tilfredsstillende løsninger på.*

Det vises til langtidsbudsjett 2009-2014

- *Foretaksmøtet understreket Helse Midt-Norge RHF's helhetlige ansvar for å planlegge sin virksomhet slik at denne kan gjennomføres på en forsvarlig måte innenfor tilgjengelige økonomisk rammer. Dette innbefatter også at det samlede investeringsnivået må tilpasses innenfor disse rammebetingelsene. Foretaksmøtet forutsatte derfor at Helse Midt-Norge RHF innen 1. mars 2008 oversender*

langtidsbudsjett som viser hvordan kostnader ved Nye St. Olavs Hospital vil bli håndtert innenfor Helse Midt-Norge RHF sine økonomiske rammer.

Langtidsbudsjettet ble oversendt HOD etter styrebehandling i RHF

- *For 2008 tildeles Helse Midt-Norge RHF 412 mill. kroner av samlet fastsatt investeringstilskudd til prosjektet. Med dette er det totalt utbetalt 971 mill. i løpende kroner. Resterende tilskudd utgjør 416 mill. (2008)-kroner.*

Dette er hensyntatt i beregning av fremtidig finansieringsbehov til Nye St Olavs Hospital.

- *Tilskuddet blir utbetalt med like deler i hhv. februar, april, juli og oktober. Det skal gis tilbakemelding om prosjektets framdrift og kostnadsutvikling hvert tertial i 2008 (vedlegg 1). Prosjektet skal også omtales i Årlig melding.*

Tertialrapportering fra Helsebygg Midt-Norge behandles av styret i Helse Midt-Norge og oversendes deretter Helse- og omsorgsdepartementet.

Samordning av stabs- og støttefunksjoner

- *Foretaksrådet viste til utredning som er gjennomført av de regionale helseforetakene under ledelse av Helse Sør-Øst RHF om mulig samordning av stabs- og støttefunksjoner. Dette med bakgrunn i sak i foretaksrådet i februar 2007. Foretaksrådet uttrykte anerkjennelse for det arbeidet som er utført. Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å arbeide videre med saken i tråd med de anbefalinger som er gitt i fellesutredningen datert 15. november 2007. Dette innebærer at det skal etableres nasjonale fellesløsninger innenfor områdene HR/lønn, økonomi/regnskap og innkjøp. Formålet med å etablere nasjonale fellesløsninger er å: Sikre riktig kvalitet på tjenestene, felles standarder og harmoniserte løsninger. Gi god ledelsesinformasjon og beslutningsstøtte. Bidra til gevinstrealisering gjennom å redusere kostnader for ikke-medisinske tjenester.*

Basert på nasjonale krav til samordning, har HMN bidratt til den nasjonale anskaffelsen innen HR-område. Det er besluttet at rekrutteringsdelen av den nasjonale anskaffelsen vil bli implementert i HMN i løpet av -09. Videre skal de øvrige elementene i den nasjonale anskaffelsen vurderes opp mot eksisterende løsninger i HMN. Beslutning om evt. skifte av applikasjoner vil fattes i slutten av første tertial.

HMN har utformet prosjektet nasjonal standardisering av nøkkeltall innen HR-område og vil bidra til realisering av prosjektets målsetting.

HMN leder den nasjonale anskaffelsen for økonomi, regnskap og logistikk.

- *Etableringen av nasjonale fellesløsninger må minimum sikre felles standarder og harmonisering, felles systemløsninger og opprettelse av et nasjonalt oppgjørskontor for gjestepasienter. Det må også tas nødvendige organisatoriske grep for å sikre realisering av felles nasjonale løsninger. Dette vil bl.a. kreve felles nasjonale systemløsninger og felles styring og koordinering av systemene innad i hver region. De regionale helseforetakene har ulike forutsetninger for å gå inn i prosessene knyttet til etablering av felles nasjonale løsninger, men foretaksrådet forutsetter at man aktivt søker å nå de målsettinger som er satt og bruker nødvendige ressurser i*

det videre arbeidet. Foretaksrådet bemerket at Helse Sør-Øst RHF har særskilte utfordringer knyttet til raskt å få på plass enhetlige løsninger for hele regionen for å sikre nødvendig oppfølging og styring av helseforetaksgruppen. Foretaksrådet la til grunn at etableringen av felles nasjonale løsninger ikke skaper unødige hindringer for Helse Sør-Øst RHF i arbeidet med sammenslåingen av de to tidligere regionene. Det er en forutsetning at de regionale helseforetakene deltar i et forpliktende samarbeid. Foretaksrådet la videre til grunn at alle de regionale helseforetakene skal over på de nasjonale fellesløsningene på sikt.

HMN har jobbet i mange år innenfor de administrative områdene for å etablere og utvikle systemlighet, standardiserte rapporter og likhet i arbeidsprosessene. Foretaksgruppen fremstår i dag som godt koordinert, relativt effektiv, og med gode styringsdata. Dette medfører at HMN relativt raskt kan implementere nasjonale standarder.

I NPSS (se ovenfor):

- HMN bidrar aktivt i realisering av et nasjonalt oppgjørskontor.
 - HMN bidro aktivt i den nasjonale anskaffelsesprosessen innen HR-område
 - Vil implementerer deler og vurderer å implementere hele HR-pakken
 - Leder standardiseringsarbeidet innen HR-område
 - Leder anskaffelsesprosessen knyttet til økonomi, regnskap og logistikk
- *Foretaksrådet ba Helse Midt-Norge RHF om å delta i et arbeid ledet av Helse Sør-Øst RHF og sammen med de øvrige regionale helseforetakene legge fram en felles fremdriftsplan for dette arbeidet, innen 1. november 2008. Foretaksrådet var opptatt av at det legges til rette for gode prosesser for å sikre ansattes medvirkning, og at det etableres gode omstillings- og endringsprosesser.*

Dette er gjennomført. Helse Midt-Norge deltar i prosjektstyre. Det er etablert representasjon fra ansattes organisasjoner i alle prosjekter

HR-Området - personell som innsatsfaktor i helseforetakene - Oppfølging av sykefravær og tiltak for inkluderende arbeidsliv

- *Foretaksrådet ba om at Helse Midt-Norge RHF setter interne mål for virksomhetens planlagte IA-arbeid for 2008. Det skal settes mål for følgende områder: Redusert sykefravær, beholde og rekruttere personell med redusert funksjonsevne, og øke den reelle pensjoneringsalder*

Det er fastsatt mål for reduksjon av sykefravær på 10 % for alle foretak. To av helseforetakene har innfridd målet. Det er vedtatt en overordnet seniorpolitikk for Helse Midt-Norge. Denne følges nå opp med foretaksvise seniorpolitiske tiltak.

- *Helse Midt-Norge RHF skal fortsette å rapportere på sykefravær i henhold til gjeldende rapporteringsrutiner på gjennomførte tiltak og resultatutvikling i forhold til virksomhetens interne måltall. Disse forholdene skal omtales særskilt i Årlig melding.*

Sykefraværet rapporteres etter gjeldende rapporteringsrutiner månedlig. Terialvis er det en grundigere gjennomgang av sykefraværet. HFene har etablert konkrete tiltak for å nå sykefraværmålene. Sykefravær og nærvær vil også bli fulgt opp som en del av Handlingsplanen HR.

- *Foretaksrådet ba Helse Midt-Norge RHF om å ha oppmerksomhet knyttet til prosjektet "Aktive Sykehus" som allerede er igangsatt ved flere sykehus, og som har som siktemål blant annet å redusere sykefraværet.*

Det er kun Helse Nord Trøndelag som har innført prosjektet Aktive sykehus som er pilot. De andre foretakene har ulike varianter av "trim til jobben prosjekter", men ikke så omfattende og systematisk som Aktive sykehus prosjektet.

Helse Sunnmøre har i lengre tid jobbet med et tilretteleggingsprosjekt for gravide med gode resultater. Prosjektet har ført til at gjennomsnittstid på jobb har økt fra 21 til 30 uker i svangerskapet. St. Olav planlegger å gå i gang med et tilsvarende prosjekt for gravide. Om de andre foretakene skal gå i gang med prosjekt Aktive sykehus i tillegg til allerede etablerte trim til jobben prosjekter må vurderes opp mot ressursbruk og andre prioriterte oppgaver.

HMN viser for øvrig til tiltak fra foretaksrådet der Helse Midt-Norge RHF blir bedt om å sette interne mål for virksomhetens planlagte IA-arbeid for 2008. Det skal settes mål for følgende områder: Redusert sykefravær, beholde og rekruttere personell med redusert funksjonsevne, og øke den reelle pensjoneringsalder

- *De regionale helseforetakene ble i foretaksrådet i januar 2006 pålagt å utvikle gjennomgående retningslinjer for ansattes bierverv. I foretaksrådet i februar 2007 ble de regionale helseforetakene bedt om å påse at aktuelle retningslinjer, lovgivning og gjeldende avtaler er godt kjent og etterleves av alt personell i helseforetakene slik at det ikke kan reises spørsmål ved de ansattes integritet, habilitet og uavhengighet.*

Bortsett fra Helse Nord Trøndelag (HNT) registrerer alle foretak bierverv i henhold til etablerte lokale og regionale prosedyrer i administrative systemer. HNT skal implementere ny systemløsning i løpet av første kvartal 2009. Informasjon til ansatte gis skriftlig ved inngåelse av arbeidsavtale og generell rådgivning til ledelsen blir gitt i enkeltsaker. Prosedyrer ligger i PersonalWeben.

- *Foretaksrådet ba om at Helse Midt-Norge RHF utvikler felles systemer for enhetlig rapportering og kontroll av bierverv, i forbindelse med de regionale helseforetakenes videre arbeid med organiseringen av stabs- og støttefunksjoner.*

Det er utarbeidet en kravspesifikasjon til personalsystemet i HMN knyttet til bierverv. Dette vil bli levert og implementert i løpet av februar 09.

HR-Området - personell som innsatsfaktor i helseforetakene - Reduksjon av uønskede deltidstillinger

- *Det er en prioritert oppgave for regjeringen å redusere bruk av uønsket deltid. Dette må gjenspeiles i helseforetakenes HR strategier og i faktiske ansettelsesforhold. De regionale helseforetakene ble i foretaksrådet i februar 2007 bedt om å kartlegge bruk av deltidstillinger i underliggende helseforetak. Oversikten viser at det er et betydelig antall deltidansatte ved helseforetakene, men det er vanskelig å sammenlikne mellom regionene på grunn av ulik registrering.*

Foretaksmøtet viste til undersøkelsen som er gjennomført i Helse Vest RHF, og anmodet om at Helse Midt-Norge RHF gjennomfører tilsvarende undersøkelse.

Andelen deltidsstillinger har gått ned i Helse Midt-Norge, men en kan pt ikke vise til noe valid tallgrunnlag for denne påstanden.

Bortsett fra Sykehusapotekene og Helse Nord Møre og Romsdal har alle foretak gjennomført tilsvarende undersøkelse som Helse Vest for å kartlegge uønsket deltid. Alle foretak fikk lav svarprosent som gjør det vanskelig å trekke valide konklusjoner i forhold til problemstillingen. Helse Vest sin modell var omfattende og ressurskrevende i forhold til hva det ga. Helse Nord Trøndelag fikk 80 som meldte tilbake om uønsket deltid men har ennå ikke lyktes med å finne gode løsninger for disse. St.Olav har heller ikke lyktes med å redusere andelen deltidsstillinger på mindre enn 50 %. Utfordringen i forhold til dette er mindre hos de små foretak. For de store foretak er utstrakt bruk av turnusplaner en utfordring. Savner nasjonale føringer på dette.

Det vil være viktig at de foretak som har gjennomført undersøkelsen gjennomfører medarbeidersamtaler med de som har meldt tilbake at de ønsker økt stillingsandel.

Dette skal prioriteres i løpet av 2009.

- *Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å: kartlegge bruk av uønsket deltid i helseforetakene og årsaken til denne, konkretisere og iverksette tiltak for å tilrettelegge for at arbeidstakere som ønsker økte stillingsandeler skal få dette, og måle effekt av iverksatte tiltak (reduksjon i uønsket deltid).*

Bortsett fra Sykehusapotekene og Helse Nord Møre og Romsdal har alle foretak gjennomført tilsvarende undersøkelse som Helse Vest for å kartlegge uønsket deltid. Alle foretak fikk lav svarprosent som gjør det vanskelig å trekke valide konklusjoner i forhold til problemstillingen. Helse Vest sin modell var omfattende og ressurskrevende i forhold til hva det ga. Helse Nord Trøndelag fikk 80 som meldte tilbake om uønsket deltid men har ennå ikke lyktes med å finne gode løsninger for disse. St.Olav har heller ikke lyktes med å redusere andelen deltidsstillinger på mindre enn 50 %. Utfordringen i forhold til dette er mindre hos de små foretak. For de store foretak er utstrakt bruk av turnusplaner en utfordring. Savner nasjonale føringer på dette.

Det vil være viktig at de foretak som har gjennomført undersøkelsen gjennomfører medarbeidersamtaler med de som har meldt tilbake at de ønsker økt stillingsandel.

Dette skal prioriteres i løpet av 2009.

- *Helse Midt-Norge RHF skal rapportere til eier på kartlegging av uønsket deltid og konkretisering av tiltak innen 1.juli 2008. Det skal rapporteres på effekt av iverksatte tiltak i Årlig melding for 2008 (vedlegg 1).*

Bortsett fra Sykehusapotekene og Helse Nord Møre og Romsdal har alle foretak gjennomført tilsvarende undersøkelse som Helse Vest for å kartlegge uønsket deltid. Alle foretak fikk lav

svarprosent som gjør det vanskelig å trekke valide konklusjoner i forhold til problemstillingen. Helse Vest sin modell var omfattende og ressurskrevende i forhold til hva det ga. Helse Nord Trøndelag fikk 80 som meldte tilbake om uønsket deltid men har ennå ikke lykket med å finne gode løsninger for disse. St.Olav har heller ikke lykket med å redusere andelen deltidsstillinger på mindre enn 50 %. Utfordringen i forhold til dette er mindre hos de små foretak. For de store foretak er utstrakt bruk av turnusplaner en utfordring. Savner nasjonale føringer på dette.

Det vil være viktig at de foretak som har gjennomført undersøkelsen gjennomførere medarbeidersamtaler med de som har meldt tilbake at de ønsker økt stillingsandel. Dette skal prioriteres i løpet av 2009.

HR-Området - personell som innsatsfaktor i helseforetakene - Rekruttering av personer med innvandrerbakgrunn og språkkrav til utenlandsk helsepersonell

- *Helseforetakene skal sette mål og utarbeide planer for å øke rekrutteringen av personer med innvandrerbakgrunn i henhold til regjeringens handlingsplan for integrering og inkludering som ble lagt fram i statsbudsjettet for 2008.*
- *I Årlig melding for 2008 skal det på samme måte som i Årlig melding for 2007, rapporteres på antall og andel personer med innvandrerbakgrunn i virksomheten per 1. januar 2008, hvilke mål virksomheten satte for rekruttering av personer med innvandrerbakgrunn i 2008, samt antall og andel ansatte med innvandrerbakgrunn per 1. januar 2009.*

Helse Midt-Norge RHF skal sende en samlerapport for eget område til departementet innen 15. april 2008.

Helse Midt-Norge skal gjenspeile mangfoldet i samfunnet på en god måte i møtet med pasient og pårørende. Det er derfor et personalpolitisk mål å oppnå en balansert alders- og kjønnsammensetting og å rekruttere kvalifiserte personer med innvandrerbakgrunn.

I Helse Midt-Norge har vi en felles Personalweb som blant annet inneholder våre prosedyrer ved rekruttering. Helse Midt-Norge har satt som krav at når det er kvalifiserte søkere med innvandrerbakgrunn til ledige stillinger, skal minst en innkalles til intervju.

Pr. 4.kvartal 07 lå andelen innvandrere sysselsatt i foretakene, mellom 5,6 % på St.Olav Hospital og 3,5 % i foretaket Rusbehandling Midt-Norge, med en overvekt av vestlige innvandrere. Av totalt 16.825 ansatte, var 842 med innvandrerbakgrunn, fordelt med 496 vestlig og 346 ikke-vestlig ansatte. Helse Midt Norge har ikke systemer for å rapportere antallet innvandrere og må derfor støtte seg på tall fra SSB. Tall for 2008 foreligger ikke ennå.

Når det gjelder språkkrav, ref Ot.prp. nr. 26 (2007-2008) Om lov om endringer i helsepersonelloven og alternativ behandlingsloven, der språkkrav er omtalt, legger Helse Midt-Norge aktivt til rette for språkopplæring både som del av rekrutteringsprosessen og etter tiltredelse når behovet tilsier dette. Det rekrutteres bl.a. leger fra Polen hvor språkutdanning foretas i hjemlandet før tiltredelse. Som følge av redusert innleie fra firma, er antallet vikarer med fremmedspråklig bakgrunn redusert i 2008.

Oppfølging av juridisk rammeverk og tilsyn

- *Foretaksrådet minnet om tidligere stilte eierkrav om å forelegge rapporter fra ulike typer tilsynsvirksomhet for styrene, og styrets ansvar for oppfølging av disse.*

HMN har startet arbeidet med å utvikle et område i virksomhetsportalen som har til hensikt å skaffe oversikt over alle tilsyn og hva som er gjort for å lukke avvik. Også dette vil følges opp overfor foretakene i direktørmøter (se tidligere)

Oppfølging av juridisk rammeverk og tilsyn - Stiftelser og legater

- *Foretaksrådet ba Helse Midt-Norge RHF om - sammen med de øvrige regionale helseforetakene - å etablere gjennomgående rutiner for håndtering av gaver, stiftelser, legater og fond som tilgodeser formål knyttet til spesialisthelsetjenesten.*

Saken er styrebehandlet i alle RHF-styrene i 2008

Oppfølging av juridisk rammeverk og tilsyn - Forholdet til ILO-konvensjon nr. 94

- *ILO-konvensjon nr. 94 om arbeidsklausuler i offentlige arbeidskontrakter gjelder lønns- og arbeidsvilkår for arbeidstakere som utfører oppdrag for statlige myndigheter, og har som formål å sikre like arbeidsvilkår uavhengig av nasjonalitet. Helse Midt-Norge RHF skal ved inngåelse av kontrakter ivareta de prinsipper som fremgår av ny § 11a Lønns- og arbeidsvilkår i offentlige kontrakter i lov om offentlige anskaffelser og tilhørende forskrift. Dette innebærer at leverandører skal sikre lønns- og arbeidsvilkår som ikke er dårligere enn det som følger av tariffavtaler, regulativ eller det som er normalt for vedkommende sted og yrke.*

Helse Midt-Norge RHF har gjennom et kontraktsvilkår i de avtalene der dette var aktuelt stilt krav om at forskriften overholdes.

Rikshospitalet - høyspesialisert pasientbehandling

- *Det er et nasjonalt mål å sikre lik tilgang til høyspesialisert pasientbehandling ved bruk av landsfunksjoner og flerregionale funksjoner. Rikshospitalet HF har som et høyspesialisert universitetssykehus mange formelle landsfunksjoner, flerregionale funksjoner, nasjonale kompetansesentre og bredt anlagt forskning og utdanning innen spesialisert somatisk medisin. Det er viktig å opprettholde Rikshospitalet HF's rolle innen høyspesialisert pasientbehandling og også som viktig referansesykehus for høyspesialisert medisin. De regionale helseforetakene må i samarbeid sikre at disse oppgavene videreføres. Det vises samtidig til styringssignaler vedrørende utarbeidelse av forslag til en helhetlig plan for lands-, flerregionale og eventuelt overnasjonale funksjoner for perioden 2009 - 2013, gitt i pkt 3.5.7 i oppdragsdokumentet.*

Helse Midt-Norge har tidligere i brev til de høyspesialiserte helsetjenestene og de nasjonale kompetansesentrene bedt de sørge for lik tilgang til disse enhetene. Dette følges opp gjennom de årlige rapporteringene. Vi deltar dessuten sammen med de øvrige RHFene i dette arbeidet.

Overføring av enkeltoppgjør for pasienttransport fra AV etaten til regionale helseforetak i løpet av 2009

- *Foretaksrådet til viste til protokoll fra foretaksråd februar 2007 og sluttrapport oversendt fra Helse Sør-Øst RHF datert 29. juni 2007. Helse- og omsorgsdepartementet legger til grunn at overføring av enkeltoppgjør for pasienttransport fra AV etaten til regionale helseforetak gjennomføres i løpet av 2009. Foretaksrådet påpekte at det er viktig med et nært samarbeid med så vel AV etaten som organisasjoner for brukere og behandlere i det videre arbeidet for å forberede overføringen. Det må legges vekt på å ha en informasjonsstrategi og at det etableres gode overgangsordninger mellom AV etaten og de regionale helseforetakene. Saksbehandlingsløsningen, herunder IKT-løsning, må utredes nærmere og risiko knyttet til IKT-løsning må tillegges stor vekt i vurderingen av når overføring faktisk kan skje. Det ble vist til brev fra Arbeids- og velferdsdirektoratet datert 14. november 2007 om forutsetninger knyttet til elektronisk egenandelsinformasjon til egenandelsregisteret i NAV. Foretaksrådet påpekte at organisering og lokalisering av regionale saksbehandlerenheter bør avklares så raskt som mulig, slik at det legges til rette for rekruttering av nødvendig kompetanse fra AV etaten. Foretaksrådet la til grunn at det etableres en enhetlig organisering av enkeltoppgjør for hele landet:*

1. HMN RHF deltar i det nasjonale prosjektet
2. Det er etablert en regional prosjektorganisasjon med representanter fra brukerne, ansatte og NAV.
3. Prosjektplan og risikomatrix oppdateres fortløpende både nasjonalt og regionalt.

Overføring av enkeltoppgjør for pasienttransport fra AV etaten til regionale helseforetak i løpet av 2010

- *Det skal etableres en felles enhet for de fire regionale helseforetakene som skal ivareta fellesoppgaver, samordningsoppgaver og transaksjonstunge saksbehandlingsoppgaver.*

HOD har besluttet enheten lagt til Skien.

- *Det skal også etableres flere enheter innen hver helseregion for å ivareta saksbehandleroppgaver. Organiseringen regionalt bør sees i sammenheng med organiseringen av kjørekontor og oppgjørstjenester.*

Styret i HMN RHF besluttet i november oppretting av tre lokale saksbehandlerenheter lagt til Ålesund, Orkdal og Levanger.

- *Det foreslåtte brukergrensesnittet med reiseregning/konvoluttløsning, kombinert med felles telefonnummer for service og informasjon og en felles hjemmeside for pasienttransport, legges til grunn for det videre arbeidet.*
- *Helse Midt-Norge RHF må innen 1. april 2008, i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og AV etaten, avklare endelig dato for når ansvarsoverføring skal skje.*

Det er besluttet at overføringen skal skje innen 01.01.2010.

Samordnet kommunikasjon på nett

- *Som oppfølging av pålegg i to tidligere foretaksmøter har det i 2006 og 2007 pågått et arbeid i nært samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet og de regionale helseforetakene og enkelte helseforetak om hvordan det kan legges til rette for mer samordnet kommunikasjon og mer felles bruk av stoff. Brukerorientert og samordnet kommunikasjon er en viktig del av en statlig nasjonal spesialisthelsetjeneste der lik tilgang til tjenester for alle innbyggere står helt sentralt. En første versjon av et rammeverk for nettbasert kommunikasjon i spesialisthelsetjenesten er utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet, i nært samarbeid med de regionale helseforetakene og enkelte helseforetak. Foretaksmøtet forutsatte at rammeverket følges opp av alle helseforetakene. Rammeverket skal være førende for alle endringer og videre utvikling av helseforetakenes nettsted.*

Iverksatt og implementert på RHF-nivå og i flere av HF'ene. Gjenstående HF planlegger overgang.

- *Helse Nord RHF og Helse Midt-Norge RHF, har som pilotregioner tatt rammeverket i bruk. Erfaringene herfra skal inngå i videreutviklingen av rammeverket.*

Rammeverket er implementert og system for kvalitetssikring og -utvikling etableres nå.

- *De regionale helseforetakene må i 2008 etablere et hensiktsmessig samarbeid for forvaltning av rammeverket og felles utvikling av elementer og løsninger som skal inngå i samordnet nettbasert kommunikasjon. Helseforetakene må i 2008 sette av tilstrekkelige ressurser til dette arbeidet.*

Samarbeidsformer og prosjektrettet aktivitet vil bli drøftet med andre regioner høsten 2008.

- *Helse- og omsorgsdepartementet vil opprette et felles redaksjonsråd der de regionale helseforetakene må delta. Hensikten er å legge til rette for felles utnyttelse av lokalt produsert stoff og mer koordinert ekstern kommunikasjon knyttet til nasjonal helsepolitikk.*

Ikke iverksatt fra HOD.

Pasienttransporten - bedre tilgjengelighet og ressursutnyttelse

- *Foretaksmøtet la til grunn at tjenesten ved kjørekontorene løpende må vurderes med hensyn til kapasitet, tilgjengelighet og service. Det må arbeides videre med å utvikle og forbedre systemer for elektronisk bestilling, koordinering og kontroll. Videre forutsettes det oppfølging av transportører slik at tjenestene leveres i henhold til kontrakt.*

1. Det er opprettet et nasjonal delprosjekt for IKT under prosjekt Pasientreiser. I dette videreutvikles NISSY med en egen modul. Overvåkes av en egen systemeierforum hvor HMN deltar.

2. HMN RHF har innført femsifret (05515) nummer for bestilling av pasienttransport. Ventes å bli gjennomført som nasjonalt nummer.

- *Foretaksrådet la til grunn at Helse Midt-Norge RHF legger vekt på å etablere kostnadseffektive og tilpassede transportløsninger med god tilgjengelighet. Det er utarbeidet en felles rapport fra Helse- og omsorgsdepartementet og Samferdselsdepartementet om pasienttransport og transporttilbudet i distriktene. Foretaksrådet ba om at rapporten distribueres og legges til grunn for videre utvikling av transporttilbudet i helseforetaksgruppen.*

1. Den 15.05.08 ble det gjennomført møte om saken med deltakelse fra HOD, SD, KS, Fylkeskommunene (3) og HF/RHF.
2. Det er gjennomført separate møter med samferdselsavdelingene i fylkeskommunene.
3. HMN har deltatt på nasjonalt seminar i regi av HOD og Samferdselsdep.

Innføring av automatisk oversendelse av frikort

- *Fra 1. januar 2009 vil det bli innført en løsning med automatisk oversendelse av frikort til brukerne per post. Løsningen vil basere seg på opplysninger om egenandeler hentet fra oppgjør fra behandlere og tjenesteytere. Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at samtlige egenandeler som inngår i tak 1-ordningen (uavhengig av om det er refusjon knyttet til egenandelen eller den korresponderende behandlingen) blir rapportert til NAV hver 14. dag iht. NAVs spesifikasjoner. Første oppfølging av denne rapporteringen blir våren 2008.*

Innføring er på landsbasis forskjøvet med ett år.

1. Oppgaven er tatt inn i prosjekt enkeltoppgjør (pasientreiser)
2. Det er gjennomført et forprosjekt i september.
3. Det er opprettet et nasjonalt delprosjekt under prosjekt pasientreiser for å håndtere denne oppgaven.

Bruk av frivillige mannskaper i ambulansetjenesten

- *Mannskaper fra frivillige organisasjoner utgjør en betydelig beredskapsressurs for det offentlige i forbindelse med ulykker, katastrofer, søke- og redningsaksjoner, og ved ulike kultur og idrettsarrangementer. Frivillige organisasjoner har kontrakt med helseforetak om supplerings-tjeneste for ambulansetjenesten. Tjenesten bemannes med frivillige mannskaper som i de fleste tilfeller ikke tilfredsstiller kravene til kompetanse som er fastsatt i forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide kompetansekrav og foreslå ordninger slik at disse organisasjonene fortsatt kan være et viktig supplement for helsetjenesten og redningstjenesten. Det er forutsatt at arbeidet gjennomføres i samarbeid med frivillige organisasjoner og helseforetakene, og at det slutføres i 2008.*
- *Foretaksrådet ba Helse Midt-Norge RHF se til at avtaler med frivillige organisasjoner om supplerings-tjeneste mv. blir videreført innenfor rammen av overgangsbestemmelsene i Forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, inntil det foreligger en avklaring av de frivilliges framtidige rolle som fortsatt beredskapsressurs.*

Kravet ansees delvis oppfylt:

1. HMN RHF inngikk i 2007 en rammeavtale med Røde Kors om transport av pasienter utenfor veg. Avtalen er nå under revisjon.
2. Ordinære ambulansetransporter har vist seg problematiske bl.a pga forskiftenes krav til utøvers kompetanse og kjøretøy.

3. Det pågår et arbeid med sikte på å etablere helsetransportbiler. Forslag om dette er per aug. 08 under oversending fra H-dir til HOD og SD. En slik type biler åpner muligheter for avtaler med aktuelle organisasjoner som ikke eksisterer i dag. Bestemmelser i EØS-avtalen har gjort at dette arbeidet nå er stoppet opp.

IKT

- *Det har i lang tid vært arbeidet med å ta i bruk samhandlingsløsninger og å etablere et bredt spekter av meldingstjenester over Norsk Helsenett. Elektronisk samhandling mellom ulike aktører og nivå innen helse- og omsorgstjenestene over Norsk Helsenett øker, men utviklingen går for sakte. For å få fortgang i utviklingen skal det derfor gjennomføres et "nasjonalt meldingsløft" som omfatter en rekke regionale prosjekter. Sosial- og helsedirektoratet skal lede et sekretariat som skal koordinere satsningen samt følge opp og understøtte gjennomføringen av disse prosjektene. Sosial- og helsedirektoratet skal bidra med etablering og utvikling av standarder og godkjenningsordninger, samt sikre at fastlegene og kommunehelsetjenestene blir involvert i arbeidet. Helse Midt-Norge RHF skal tilrettelegge for at fastlegekontor og kommunale pleie- og omsorgstjenester får mulighet til å utveksle basismeldinger som epikriser, henvisninger, rekvisisjoner, laboratoriesvar, pleie- og omsorgsmeldinger og resepter fra alle helseforetak i regionen. Meldingene skal overføres elektronisk over helsenettet. Meldingene skal være standardisert i henhold til samhandlingsarkitekturen.*
- *Spesialisthelsetjenesten er knyttet til arbeidet med elektroniske resepter via rekviertprosjektet i eReseptprogrammet. Gjennom eResept blir Statens legemiddelverk den sentrale leverandør og forvalter av grunnlagsdata overfor rekvierters forskrivning av legemidler og medisinsk utstyr (forskrivnings- og ekspedisjonsstøtte (FEST)). Foretaksrådet ba om at Helse Midt-Norge RHF bidrar til å utvikle standardiserte løsninger (kommunikasjonsformat og kodeverk) mot eResept og overfor intern rekvisisjon i sykehus som bygger på FEST, for å ta i bruk elektroniske resepter.*

Det er igangsatt forprosjekt og deltakelse i nasjonalt prosjekt

- *Utveksling av radiologisk informasjon byr på spesielle utfordringer innad i helseregionene og mellom helseregionene. Helse Midt-Norge RHF skal tilrettelegge for kommunikasjon mellom egne helseforetak, og skal sammen med de øvrige regionale helseforetakene bidra til å etablere løsninger for rask og hensiktsmessig informasjonsutveksling mellom helseforetak på tvers av regioner.*

Tiltaket forventes oppfylt i løpet av 2009. HMN avventer Nasjonalt prosjekt/ løsning i forhold til vedtatt systemarkitektur

- *Helse Midt-Norge RHF skal påse at helseforetakenes oppgradering av mammografiutstyr til digital teknologi blir koordinert i forhold til Kreftregisterets sentrale IT-system.*

Dette er oppfylt gjennom en god prosess mellom IT (HEMIT), MTA og fagpersoner på røntgen.

- *I henhold til lov og forskrifter skal meldinger om fødsler og svangerskapsavbrudd sendes til Medisinsk Fødselsregister ved Nasjonalt folkehelseinstitutt. Siden 2005 har det vært arbeidet med å innføre elektroniske meldinger. Meldingene danner*

grunnlaget for nasjonal statistikk over fødsler og aborter i Norge. Overgangen til elektroniske meldesystemer går meget sakte i enkelte helseforetak. Helse Midt-Norge RHF skal påse at systemet for elektroniske meldinger til Medisinsk Fødselsregister kommer på plass i løpet av 2008.

En har ikke klart å innfri kravet i 2008. Det er iverksatt prosess i HEMIT for utvikling av løsning på ny arkitekturplattform. Det pågår dialog med fagmiljøet hos Fødselsregisteret. Per 5. mars rapporteres følgende fra Hemit: En endelig gjennomgang av MFR-løsningen som Communicate har levert til Hemit blir gjennomført på 9. mars, og en forventer da at dette skal fungerer som det skal i Testmiljøet. Løsningen blir da installert i Produksjonstestmiljø og videre til Produksjonsmiljø når dette er bekreftet å være i orden. Det antas at en innen utgangen av mars og at HF'ene i HMN da kan sende meldinger elektronisk til MFR.

Fengselshelsetjenesten - krav om avtaleinngåelser

- *Foretaksrådet la til grunn at det er behov for å klargjøre spesialisthelsetjenestens samhandling med helsetjenesten i fengslene. Det er tidligere gitt oppdrag i bestillerdokumentet for 2005 i forhold til dette, samt presiseringer i eget brev av 5. november 2007. Foretaksrådet ba Helse Midt-Norge RHF om å sørge for at det etableres avtaler mellom spesialisthelsetjenesten (DPS/sykehusavdeling/HF) og kommuner som har et ansvar for helsetjenesten i fengsel/primærhelsetjenesten i fengsel, innen utgangen av første tertial 2008.*

HMN er delt mellom to kriminalomsorgsregioner. I Kriminalomsorgsområde Nord er avtalene under kontroll. I regione vest arbeides det med problemstillingen. Det ble avholdt møte med HFene i Ålesund og Molde fengsel 18 desember i samarbeid med kriminalomsorg region Vest. Det forventes forbedrede løsninger i begge helseforetakene våren 2009. Det skal avholdes ytterligere møter med region Vest om Hustad fengsel og Ålesund fengsel for å styre avtaler.

Oppfølging av klimapolitikken

- *Regjeringen har vedtatt Handlingsplan 2007-2010 Miljø- og samfunnsansvar i offentlige anskaffelser for å medvirke til at det offentlige går foran som ansvarlig forbruker og etterspørter av miljøvennlige varer og tjenester som er tilvirket etter høye etiske og sosiale standarder. Helseforetakene må med sitt betydelige forbruk ta et miljøansvar. Foretakene har gjennom sine omfattende anskaffelser også en "innkjøpsmakt" som kan bidra til å påvirke både produsent- og leverandørsiden på en positiv måte. Med en bygningsmasse på ca. 4 mill. kvm. bidrar de regionale helseforetakene til store klimagassutslipp både gjennom egen drift og gjennom anskaffelser. Innkjøp av utstyr, forbruksmateriell og tjenester utgjør mer enn 16 mrd. kroner hvert år. I tillegg er sektoren en stor byggherre med mange store utbyggingsprosjekter. Offentlige anskaffelser må gjennomføres slik at miljøhensyn integreres i anskaffelsesprosessen ved at det identifiseres og velges løsninger som har lav negativ påvirkning på miljøet. Det er viktig at foretakene har kontakt med de etablerte kompetansemiljøene, bl.a. Stiftelsen GRIP (Grønt i praksis), både for å hente kompetanse og for å bidra til å utvikle ny kompetanse. Foretakene bør aktivt delta i å utarbeide veiledende produktkriterier og konkurransegrunnlag som kan benyttes ved anskaffelser og bidra til innovasjon, produktutvikling mv.*

Helse Midt-Norge RHF deltok i en interregional arbeidsgruppe som ble ledet av Helse Vest RHF. Rapporten fra arbeidet ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet i september 2008. Arbeidet videreføres i et prosjekt med deltakelse fra Helse Midt-Norge RHF og under ledelse av Helse Vest RHF i 2009.

- *Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF følge opp regjeringens handlingsplan i forbindelse med helseforetakenes anskaffelser.*

Helse Midt-Norge RHF stiller krav til miljø i de anskaffelsene der dette er aktuelt, og har i 2008 samarbeidet med GRIP om vurdering av miljøkravene i en regional anskaffelse av risikoavfalls-, desinfeksjons- og hygieneprodukter.

- *Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å delta i et nasjonalt arbeid ledet av Helse Vest RHF for å kartlegge etablerte miljøtiltak i sektoren med overføringsverdi, og å utrede mulige nye klimatiltak innenfor spesialisthelsetjenesten.*

Representant er oppnevnt. Registrering av status i helseforetakene er gjennomført.

- *Foretaksmøtet ba videre om at de regionale helseforetakene i dette arbeidet også vurderer følgende: Hvordan helseforetakenes felles "innkjøpsmakt" kan bidra til en god nasjonal klimapolitikk innenfor regelverket for offentlige anskaffelser, herunder bidra til innovasjon og produktutvikling gjennom krav, dialog og samarbeid med aktuelle leverandører. I denne sammenheng er det naturlig å vurdere både produkter, produksjon, emballering og transport. Hvordan helseforetakene gjennom å sette krav til leverandører om sertifisering og eventuelt miljømerking kan bidra til en bedre ivaretagelse av miljøvern. Hvilken strategi bør helseforetakene velge i forhold til videre innføring av miljøledelsessystemer i helseforetakene, og herunder også vurdere eventuell bruk av tredjeparts sertifiseringer i helseforetakene.*

Dette følges opp gjennom det interregionale Miljø- og klimaprojektet

- *Foretaksmøtet ba om at rapport fra arbeidet, inklusive økonomiske og administrative konsekvenser, oversendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. oktober 2008*

Rapporten fra arbeidet i en interregional arbeidsgruppe, som ble ledet av Helse Vest RHF, ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet i september 2008. Arbeidet videreføres i et prosjekt med deltakelse fra Helse Midt-Norge RHF og under ledelse av Helse Vest RHF i 2009.

Landsverneplan for helsesektoren - kulturhistoriske eiendommer

- *Ved Kongelig resolusjon av 1. september 2006 er det satt krav om at det skal utarbeides sektorvise landsverneplaner for statlige kulturhistoriske eiendommer. Landsverneplan for spesialisthelsetjenesten er planlagt ferdigstilt sommeren 2008. Formålet med planen er å bidra til vern av et utvalg kulturminner og kulturmiljøer som dokumenterer helsesektorens historie og utvikling. Før ferdigstilling vil planen bli sendt på høring til de regionale helseforetakene. Endelig landsverneplan vil bli oversendt til Riksantikvaren, og vil danne grunnlag for en formell fredning etter kulturminneloven. Landsverneplanen skal legges til grunn for helseforetakenes eiendomsforvaltning frem til det er fastsatt endelig forskrift. Landsverneplanen skal inneholde dokumentasjon til bruk i vernesaker etter plan- og bygningsloven m.v., og vil også kunne bidra til enklere og mer forutsigbar samhandling med vernemyndighetene. Ved Kongelig resolusjon av 1. september 2006 ble det også satt*

krav om å utarbeide en forvaltningsplan for hver enkelt av sektorens kulturhistoriske eiendommer. Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å følge opp dette kravet, og minnet om at det også ville komme en egen veileder om forvaltningsplaner fra Statens Kulturhistoriske Eiendommer.

Forslag til landsverneplan er ferdigstilt og oversendt HOD. Uavklarte forhold vil bli drøftet med RA høsten 2008. Objekter som forutsettes forskriftsfredet vil bli sendt på høring våren 2009. Endelig plan vil foreligge sommeren 2009. Krav om forvaltningsplaner er gjort kjent for foretakene bl.a gjennom foretaksmøte og vil bli fulgt opp når planen er godkjent.

- *Foretaksmøtet understreket at det er viktig å bidra i kulturminnevernet både gjennom vedlikehold, planlegging og gjennomføring av nye bygningsmessige tiltak. Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å lede et utredningsarbeid der alle de regionale helseforetakene deltar for å vurdere hvorvidt det er behov for særskilt kulturminnevernkompetanse i sektoren, og hvordan denne i så fall bør organiseres. Rapport bes oversendt Helse- og omsorgsdepartementet innen 31. oktober 2008.*

Rapporten er ferdig og oversendt HOD.

Rapportering og referansegrupper for landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentre

- *Helse Midt-Norge RHF skal påse at rapportering på landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentre skjer i henhold til fastsatte krav og at det opprettes referansegrupper for alle landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra det regionale helseforetaket er tillagt ansvar for.*

HMN deltar i arbeid i regi av Helse Vest RHF.

Oppfølging av foretaksmøte med HOD den 14.03.08

- *Foretaksmøte ba om at Helse-Midt-Norge RHF må sikre at alle de påpekte avvikene i Statens helsetilsyns rapport om akuttmottakene rettes opp.*
- *Foretaksmøtet la til grunn at Helse Midt-Norge RHF må sikre at ledelsen ved helseforetakene iverksetter systematiske tiltak for å få bedre styring, ledelse og drift av akuttmottakene. Foretaksmøtet understreket at dette arbeidet må gis nødvendig prioritet og ses i sammenheng med Sosial- og helsedirektoratets arbeid som skal beskrive og foreslå ulike modeller for organisering av akuttmottakene.*

HMN deltar i Helse Sør-Østs prosjekt med akkreditering av akuttmottak som observatør. HMN vil følge opp hvert enkelt HF for å oppnå kravet. Helsetilsynets funn v/tilsyn følges opp. HMN vil vurdere å innføre akkreditering av akuttmottak etter at erfaringer fra Helse Sør-Øst foreligger. HMN forventer å kunne oppnå kravet i løpet av 2009.

- *Foretaksmøtet konstaterte at det er behov for større systematikk i de regionale helseforetakenes og helseforetakenes oppfølging av Statens helsetilsyns rapporter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av de gjennomførte tilsynene. Foretaksmøtet la til grunn at dette følges opp.*

HMN har fulgt dette opp gjennom å stille krav om dette i styringsdokumentet til helseforetakene. I tillegg er det lagt frem en regional styresak med oversikt over resultatet av tilsyn og helseforetakenes arbeide med å lukke avvik. Helseforetakene legger fram tilsvarende sak for sine styrer. I 2009 vil HMN ha utvikling av helhetlige kvalitetsprosesser

etter tilsyn og avviksmeldinger som sak i møter med helseforetakene (direktørmøter og dialogmøter). I tillegg har HMN faste møter med Helsetilsynene i regionen.

3. STYRETS PLANDOKUMENT

Denne delen av meldingen viser utviklingstrender innen demografi, medisin, infrastruktur m.v. som vil kunne få betydning for helseforetaket og "sørge for" ansvaret. Kapittel 3.1 anskueliggjør fremtidens behov, mens en i kapittel 3.2 beskriver styrets planer for å møte utfordringene.

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 660 000. E6 følger regionens midttakse fra sør mot nord, avstanden mellom grensene med Opplands og Nordland er 60 mil.

Befolkningen er i hovedsak bosatt langs kysten og de store fjordene, samt i hoveddalførene. Kommunikasjonene innen regionen er gode. En liten del av befolkningen bor på øyer, og er avhengige av fergeforbindelse til fastlandet. Tabell 1 viser at det er mange små kommuner, 50 av de 85 kommunene har mindre enn 5000 innbyggere.

Tabell 1 Antall kommuner

| | Antall kommuner etter folketall i kommunen | | | | | Totalt |
|-----------------|--------------------------------------------|-------------|-------------|---------------|---------|--------|
| | <2 000 | 2 000-4 999 | 5 000-9 999 | 10 000-19 999 | 20 000+ | |
| Møre og Romsdal | 5 | 14 | 13 | 1 | 3 | 36 |
| Sør-Trøndelag | 5 | 9 | 7 | 3 | 1 | 25 |
| Nord-Trøndelag | 9 | 8 | 2 | 3 | 2 | 24 |
| Midt-Norge | 19 | 31 | 22 | 7 | 6 | 85 |

Befolkningsutvikling

Det forventes ingen vesentlige endringer i befolkningens størrelse eller i bosettingsmønsteret de nærmeste årene. SSBs fremskrivning "middels nasjonal vekst" gir folkemengden i Midt-Norge en vekst på 6,3 prosent fra 460 tusen i 2008 til 701 tusen i 2015. På landsbasis gir denne fremskrivningen 8,2 prosent vekst, fra 4,7 til 5,1 mill.

Fremskrivningen indikerer en moderat sentraliserende tendens, både på landsbasis og internt i Midt-Norge. I Midt-Nore varierer veksten mellom foretaksområdene fra 9,3 prosent i St. Olavs foretaksområde til 2,7 prosent i Nordmøre og Romsdal. Tilsvarende tall for Sunnmøre og Nord-Trøndelag er hhv. 4,9 og 4,4 prosent. I regionen sett under ett er veksten sterkest i Ålesundsområdet (~10 %), Trondheimsområdet (~12 %) og langs aksene Trondheim-Levanger (10-12 %). Fremskrivningen viser synkende folketall for 41 av 85 av de kommunene. Endringene i bosettingsmønsteret er langsomme, og de driftsmessige konsekvensene ivaretas gjennom de årlige aktivitetskrav til foretakene.

Befolkningens aldersfordeling varierer noe innenfor regionen. I 2008 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.

Befolkningsutviklingen i foretaksområdene 2008-2015. Prosentandel av befolkningen som tilhører aldersgruppen 0-15 år.

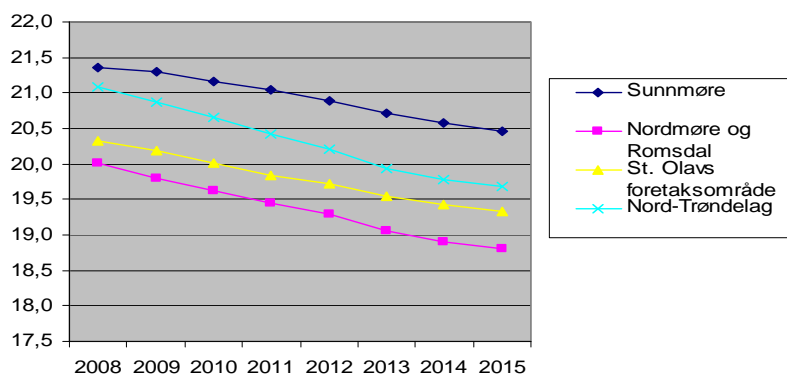


Fig 1

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 2008-2015 kommer imidlertid hele økningen i aldersgruppen 67-79 år; i aldersgruppen 80 år og derover ventes det ingen økning.

Befolkningsutviklingen i foretaksområdene 2008-2015. Prosentandel av befolkningen som tilhører aldersgruppen 67 år eller mer.

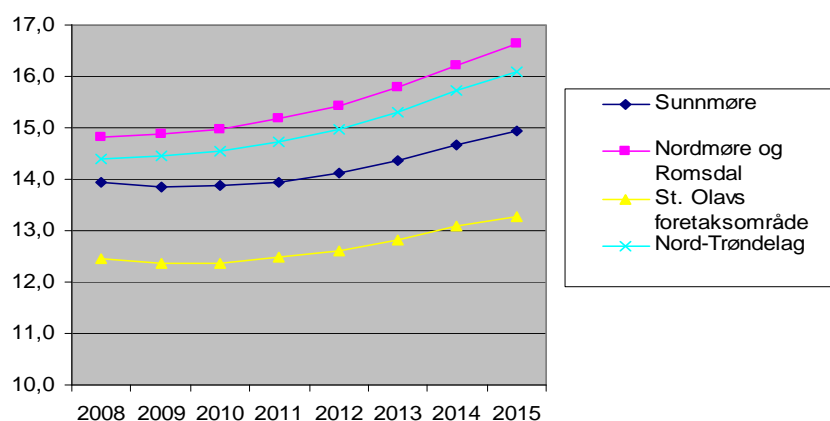


Fig 2

Behov og behovsdekning

Lange og økende ventetider er tradisjonelt benyttet som tegn på manglende behovsdekning. Figur 4 viser den gjennomsnittlig ventetid for avviklede rettighetspasienter i Midt-Norge de tre siste årene. I somatisk sektor har ventetidene endret seg lite, men bak totaltallene er det en klar økning i ventetidene for poliklinisk konsultasjon, og en reduksjon for døgn- og dagpasienter. Heller ikke ventetidene for psykisk helsevern viser noen markert tendens. Det

hevdes imidlertid at det er likevekt fordi mengden av henvisninger tilpasses kapasiteten. Det samme kan gjelde innenfor rus.

Det er også en viss datateknisk usikkerhet knyttet til kvaliteten på ventelistedata. Midt-Norge har imidlertid lange ventetider sammenlignet med de øvrige regioner, og det er naturlig å se dette som uttrykk for mangelfull behovsdekning.

Gjennomsnittlig ventetid for avviklede rettighetspasienter i Midt-Norge etter fagområde

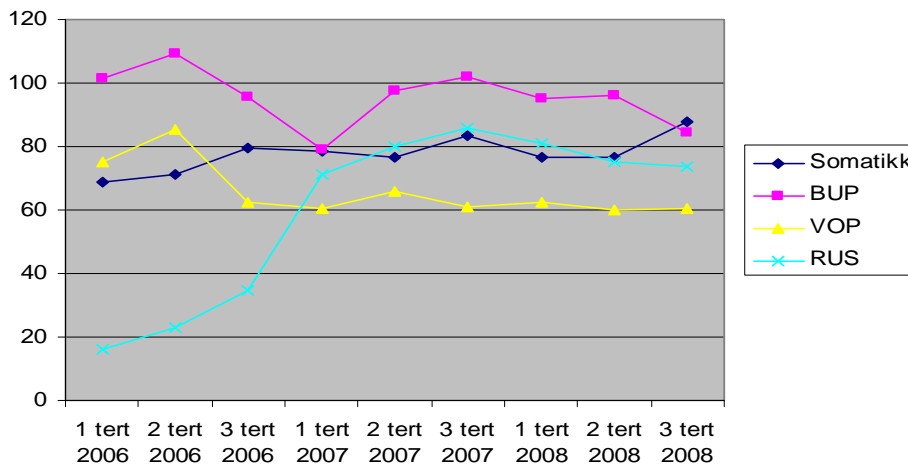


Fig 3

Magnussenutvalgets behovsnøkler kan også benyttes til å belyse graden av behovsdekning. I forrige års plandokument ble nøkkelen for somatikk benyttet til å vise at Helse Midt-Norge hadde lavere behovsdekning enn de øvrige regioner i 2006. I 2007 imidlertid Helse Midt-Norge sterkere aktivitetsvekst enn de øvrige regioner, og avstanden til de øvrige regioner ble vesentlig redusert. Mangel av pålitelige aktivitetsdata gjør tilsvarende sammenligninger vanskelige innen psykisk helsevern. Både innenfor psykisk helsevern og rus er det imidlertid erkjent at det er manglende behovsdekning, og at det både er nødvendig å øke kapasiteten og bedre 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 8,7 prosent i perioden 2008-2015. Tilsvarende tall for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmisbrukere er 6,5 og 6,3. Figur 3 viser hvordan veksten fordeler seg mellom foretaksområdene.

Den demografisk betingede veksten tilsvarer ca. 1,2 prosent per år innenfor somatikken, og ca. 0,9 prosent per år innenfor psykisk helsevern og rus. 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. Det antas at denne utviklingen videreføres. Veksten i somatisk sektor i årene som kommer anslås derfor til 2-3 prosent per år.

Demografisk betinget behovsvekst i perioden 2008-2015. Prosent vekst etter sektor og foretaksområde.

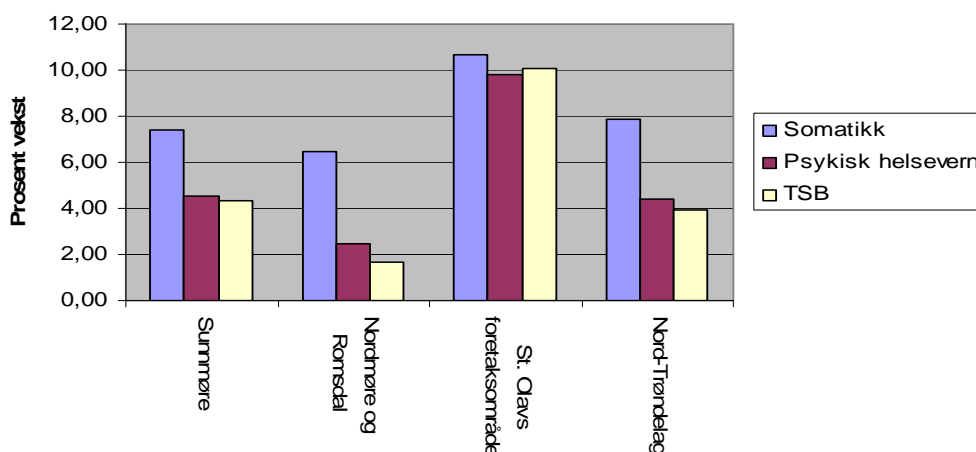


Fig 4

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere har i de senere år hatt sterkere vekst enn somatisk sektor. Dette er et resultat av opptrappingsplanen for psykisk helsevern og av politiske målsettinger for vekst, basert på en erkjennelse av at begge disse sektorene mangler kapasitet til å dekke prioriterte behov. Det antas at veksten i disse sektorene vil ligge høyere enn veksten i somatisk sektor i flere år fremover.

Kapasitet

For Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbrukere 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 kapasiteten i somatisk sektor totalt sett er noen lunde tilpasset behovene. Graden av behovsdekning kan imidlertid variere 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. Aktivitetskravene til HF har stor betydning for graden av behovsdekning i de ulike deler av regionen, og må fastsettes på en måte som bidrar til likeverdige tilbud. For at tilbudene skal være likeverdige, må graden av behovsdekning (forholdet mellom forbruk og behov) være den samme i alle deler av regionen.

Dersom man bruker Magnussenutvalgets metode for behovsberegning, viser foreløpige beregninger at det kan være grunnlag for å anta at det er forskjeller i behovsdekning innen regionen. Magnussen-utvalgets behovsnøkkel er de beste vi har, men det er ikke sikkert at den fanger opp alle relevante faktorer, og vi kan ikke se bort fra at den lokalt kan gi et litt misvisende bilde av situasjonen. Dessuten gir den bare tall for somatikken sett under ett. Totaltallene kan dekke over ikke ubetydelige forskjeller mellom fagområder og pasientgrupper innenfor hvert foretaksområde. For å sikre likeverdige tilbud, er det også nødvendig med mer detaljerte analyser. Et slikt arbeid vil i praksis måtte strekke seg over flere år. Det kan være hensiktsmessig å legge det opp som et rullerende arbeid hvor man må ta for seg tilbudene innenfor de ulike fagområdene etter tur

Avhengig av årsakene, kan de slike skjevheter reduseres på forskjellige måter:

- Endring av opptaksområder
- Justering av kapasiteten i det enkelte helseforetak
- Endring av sykehusstruktur, hvilke funksjoner det enkelte sykehus skal ha
- Påvirkning av pasientenes sykehusvalg

For å redusere et evt. overforbruk på Sunnmøre, kan man redusere Helse Sunnmøres kapasitet eller utvide opptaksområdet. Det siste vil forskyve problemet. For å redusere evt. underforbruk i St. Olavs foretaksområde kan man øke kapasiteten ved St. Olav eller forsøke å redusere bruken av St. Olav fra Nordmøre og Nord-Trøndelag. Dette dreier seg om tiltak som kan få omfattende konsekvenser, og som krever inngående vurderinger før beslutningene treffes. Det må vurderes om det skal utarbeides en plan for sykehuskapasitet, opptaksområder og pasientstrømmer i regionen.

Overordnet kapasitetsplanlegging og mer detaljerte analyser av forbruk og behovsdekning kan etter hvert gi et bedre holdepunkt enn det vi har i dag for å fastsette aktivitetskrav til foretakene. Dersom det dokumenteres at vi har tilbudsulikhet i vår region, er det RHF-ets ansvar å hensynta dette og iverksette nødvendige tiltak. Et virkemiddel kan være å målrette fremtidig kapasitetsvekst i større grad enn det vi har klart hittil.

De momenter som er nevnt ovenfor, vil være sentrale momenter som legges fram for avklaring i forbindelse med behandling av Langtidsplan/langtidsbudsjett våren 2009.

3.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger

I 2008 hadde Helse Midt-Norge en rekordstor investeringsramme. Langt det meste av dette er knyttet til investeringer i byggfase 2 i Trondheim, men det er også ferdigstilt to nye bygg innen psykisk helsevern (Knausen i Molde og DPS Nidaros i Trondheim). Disse byggene er en del av opptrappingsplanen for psykisk helsevern.

Etter utbygging av nytt universitetssykehus i Trondheim, er det nytt sykehus i Molde og ny barneavdeling i Ålesund som er prioritert. Det økonomiske handlingsrommet innenfor dagens rammer for å gjennomføre nye større investeringer er begrenset.

Arbeidet med langtidsbudsjett viser at Helse Midt-Norge har store økonomiske utfordringer knyttet til økte kapitalkostnader som følge av låneopptak for å fullføre fase 2 for det nye universitetssykehuset i Trondheim. Nye Molde sjukehus, som er under planlegging, vil også gi økte kapitalkostnader. Foretaksgruppen står med andre ord overfor betydelige utfordringer også i årene som kommer både når det gjelder driftsøkonomi og balanse.

Magnussen-utvalget, som har foretatt en bred faglig gjennomgang av fordelingsmekanismene i dagens inntekstfordelingssystem av basisbevilgningen til de regionale helseforetakene, avga sin innstilling til departementet 10. januar 2008 (NOU 2008:2). Utjevning av de forskjellene som Magnussen-utvalget dokumenterte, skjer over to år og gjør at Helse Midt-Norge sitt inntektsgrunnlag vil ligge høyere enn før.

Statsbudsjett for 2009 er med på å gi Helse Midt-Norge det nødvendige handlingsrommet for å kunne gjennomføre prioriterte tiltak og styrke tilbudet til befolkningen i Midt-Norge.

Statsbudsjettet legger også opp til at det settes av egne midler for å stimulere til og utvikle samhandlingstiltak mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Dette er i tråd med Helse Midt-Norges langsiktige strategi og et viktig innsatsområde framover for å sikre god pasientbehandling og effektiv bruk av helsekronene.

Helse Midt-Norge har fortsatt betydelige omstillingsutfordringer og må fortsette å arbeide målrettet innenfor de tildelte rammene.

3.1.3 Personell og kompetanse

HR-handlingsplan:

I 2008 ble det etablert en HR-handlingsplan for perioden 2008-2013. Hovedfokusområdet i handlingsplanen er ressursstyring, kompetanse, arbeidsmiljø. Planen er omfattende med ambisiøse mål. For å implementere planen vil det kreves en klar prioritering av oppgaver fremover. Punktene under skisserer prioriteringsområder i handlingsplanen:

➤ **Omstillingsprosesser**

Helse Midt-Norge RHF har revidert og tilpasset sine rammer for omstilling og nedbemanning i forhold til nasjonal omstillingsavtale. Selv om rammeverket er etablert, er det krevende å kjøre gode prosesser med god involvering av partene.

➤ **Samarbeid med partene**

Helse Midt-Norge RHF har videreutviklet samarbeidet mellom tillitsvalgte fra HF og RHF og ledelsen i HF og RHF. Utvikling av felles årshjul vil kunne føre til økt forutsigbarhet og bedre prosesser i fremtiden. Foretaksgruppen vil fortsette sitt samarbeid gjennom nettverk og prosjekter. Denne arbeidsformen vil videreutvikles men med økt fokus på å realisere felles gevinster innen HR-området.

➤ **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 HF 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 på 726.787 kvm hvorav 697.927 kvm er i eget eie og det øvrige leies. Av denne eiendomsmassen er 666.466 kvm benyttet til helseinstitusjoner ("formålsbygg") hvorav 641.041 kvm er i eget eie. Bokført verdi av egen eiendomsmasse pr. 31.12.2005 er 11,2 mrd. kr.

Eiendomsmassen har varierende kvalitet, men er preget av manglende vedlikehold over år og manglende tilpasning til endrede brukskrav. Det er anslått et etterslep på vedlikeholdet på 3,5 mrd. kr.

De vedtatte byggetiltakene i de nærmeste år representerer investeringer i størrelsesorden 14,5 mrd. kr. hvorav utbyggingen av Nytt universitetssykehus, St. Olavs Hospital (helsedelen) utgjør snaut 9,3 mrd. Hertil kommer universitetsdelen ved St. Olavs Hospital som finansieres av KD (tidl. UFD) som utgjør ca 25 % av den samlede utbyggingen, dvs. 2,3 mrd.

Helseforetaksgruppen (eksl. Helsebygg) har et samlet budsjett knyttet til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av bygningsmassen (ekskl. større investeringstiltak) på 368,5 mill. kr. hvorav 160 mill. kr. er kjøpte varer og tjenester.

Samlet har en p.t. ca 420 ansatte knyttet til forvaltning, drift, vedlikehold og utvikling av eiendom i Helse Midt-Norges foretaksgruppe hvorav ca 220 renholdere. Hertil kommer (p.t.) ca 80 ansatte ved Helsebygg Midt-Norge. Disse forutsettes nedtrappet til ca 20 ansatte innen 2010.

En sentral problemstilling er manglende samsvar mellom investeringsbehov og tilgang på investeringsmidler og muligheter til å svare for kapitalkostnadene spesielt mht til de store byggeprosjektene (St. Olavs Hospital og planlagt Nytt Mold sjukehus).

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. En ga her sin tilslutning til at eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge skal ha som mål å legge til rette for en optimal tjenesteproduksjon gjennom bygg og anlegg som er tilpasset behovet og de økonomiske rammebetingelsene sikre realkapitalen sørge for utvikling, forvaltning, drift og vedlikehold med en tilfredsstillende kvalitet og til en lavest mulig kostnad.

Med bakgrunn i utredningen ble innført en husleieordning i foretaksgruppen.

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

- Bidra til utviklingen av rollen som strategisk og proaktiv eiendomsforvalter
- Utvikle metoder og verktøy som gir underlag for å identifisere og beskrive krav til fordeling, størrelse og kvalitet på sykehusbygninger og deres infrastruktur

- Utvikle entydig klassifikasjoner og begreper, metoder og verktøy som kan bidra til en mer ressurseffektiv og profesjonell forvaltning og utvikling av sykehusene over tid
- Videreutvikle metoder og verktøy for strategisk planlegging og utvikling av sykehusbygninger, herunder livssyklusøkonomi
- Utvikle prototyper på analyseverktøy for planlegging og optimalisering av sammenhengen mellom kjernevirksomhet og bygg- og eiendomsforvaltning.

Med bakgrunn i ovennevnte arbeider og for å bedre grunnlaget for strategisk planlegging av eiendomsforvaltningen må det gjennomføres en systematisk gjennomgang av bygningsmassen mht bruk, egnethet og teknisk tilstand.

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. 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 verneobjekt.

3.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer

Helse Midt-Norge RHF beskriver her det regionale helseforetakets planer for å møte utviklingen, herunder de områder som skisseres i kapittel 3.1. Foretakets planer er forankret i Nasjonal helseplan og øvrige nasjonale, overordnede strategier.

Helse Midt-Norges utviklingsbehov, strategier og planer ivaretas gjennom årlig rullering av langtidsplan/langtidsbudsjett. I dette arbeidet hensyntas befolkningens behov for helsetjenester, herunder fordeling av aktivitet og ressurser til det enkelte helseforetak ift spørsmålet om tilbudslighet m.v. Dette ses i forhold til en forventet utvikling ift tilgjengelige økonomiske ressurser i foretaksgruppen.

Neste langtidsplan vil bli behandlet i det regionale helseforetakets styre i april og juni 2009.

3.2.1 "Strategi for utvikling av tjenestetilbudet fram mot 2010"

Gjennom arbeidet med Strategi 2010 har Helse Midt-Norge RHF iverksatt utredningsarbeid på flere områder for å samordne og utvikle tjenestetilbud i regionen.

Strategidokumentets mål er å forankre en strategi som sikrer befolkningen i Midt-Norge gode og likeverdige helsetjenester innenfor seks satsingsområder:

1. Psykisk helsevern og rusbehandling
2. Sammenheng i behandlingstilbudet
3. Kronisk syke og eldre
4. Trygghet og tilgjengelighet ved akutt sykdom
5. Dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet
6. Bedre bruk av tilgjengelige ressurser

De nevnte satsingsområdene har tidligere vært omtalt i plandelen i årlig melding. Nedenfor redegjøres for planer som skal utarbeides eller rulleres, og prosjekter og tiltak som skal igangsettes, fra 2009 og fremover.

3.2.2 Kvalitetsløftet

Helse Midt-Norge RHF har de senere år hatt et skarpt fokus på å komme i økonomisk balanse. Måltrettet innsats på flere nivå har gitt de ønskede resultater.

God økonomistyring har gitt Helse Midt-Norge RHF det nødvendige handlingsrom til å rette ytterligere oppmerksomhet mot kvaliteten i innholdet i de tjenester som skapes og leveres.

I det såkalte kvalitetsløftet vil en i det videre arbeid særlig fokusere på tre delelementer av kvalitetsbegrepet: Faglig kvalitet, pasientopplevd kvalitet og organisasjonskvalitet. Kvalitetsarbeidet skal over tid bidra til kortere ventetid, bedre organisering, færre uønskede hendelser for pasientene, bedre samhandling mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten og flere fornøyde pasienter.

3.2.3 Kreftplan

Helse Midt-Norge utarbeidet en kreftkirurgiplan i 2004 som beskrev hvilke kirurgiske inngrep som skulle tilbys sentralisert (ett eller få steder), og hvilke som kunne foretas i hvert sykehus. Statistikk over utførte prosedyrer innrapportert til NPR ble lagt til grunn.

Helse Midt-Norge skal revidere denne planen i 2009, og utvide den til å gjelde kreftområdet generelt. Som grunnlag for kunnskapsoppsummering og revisjon/utvidelse, skal det innhentes ny statistikk fra NPR for å se hvordan status er i forhold til tidligere plan, og på områder som ikke ble vurdert i 2004.

I arbeidet med den nye kreftplanen vil en ivareta de føringer som er gitt i oppdragsdokumentet for 2009. Arbeidet skal skje i nært samarbeid med fagmiljøene i helseforetakene.

3.2.4 Samhandlingskjeden for kronisk syke

Prosjektet "Samhandlingskjeden for kronisk syke" har som overordnet mål å gi kronisk syke et kvalitativt bedre helsetilbud ved å etablere en systematisk samhandlingskjede mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Prosjektet er inne i hovedprosjektfasen og en har foreløpig planlagt at det skal vare ut 2010.

Prosjektet er et samarbeid mellom St. Olavs Hospital HF, Helse Nordmøre og Romsdal HF og kommunene Hitra, Fræna, Sunndal, Surnadal, Orkdal og Trondheim.

Mål for prosjektet er blant annet å

- utvikle og ta i bruk en samhandlingskjede mellom kommune- og spesialisthelsetjeneste,
- vurdere bruk av et døgnbemannet kontaktsenter for kronisk syke,
- vurdere teknologisk plattform og IKT løsninger som kan være med å understøtte den nye samhandlingskjeden,
- utvikle en plan som sikrer gjensidig strukturert kompetanseoverføring mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, og
- gjennom forskning vurdere effekten av samhandlingskjeden.

Samhandlingskjeden for kronisk syke er en del av EU-prosjektet NEXES.

3.2.5 KOLS HEIM

KOLSHEIM-prosjektet er et samarbeidsprosjekt mellom Lungeavdelingen ved St. Olavs Hospital HF og Avd. Helse og Velferd i Trondheim kommune. Prosjektet startet 1.9.07 (forprosjekt), hovedprosjektet har en planlagt varighet ut 2010. InnoMed og Helse Midt-Norge RHF er samarbeidspartnere i prosjektet.

Prosjektets mål er å utarbeide et system for hjemmebasert behandling, overvåkning, omsorg og rehabilitering av pasienter med alvorlig kronisk obstruktiv lungesykdom.

Prosjektet legger vekt på bedret, mer aktiv og effektiv samhandling mellom profesjoner og nivåer i helsetjenesten. Det er utarbeidet hjelpemidler og gjennomført opplæringsprogram om KOLS for den kommunale hjemmetjenesten i Trondheim. Prosjektet skal evalueres i 2011 og resultatene publiseres.

KOLS-HEIM prosjektet har et nært samarbeid med prosjektet "Samhandlingskjeden for kronisk syke", der KOLS inngår som en av pasientgruppene sammen med pasienter med slag og hjertesvikt.

3.2.6 Fedme og sykelig overvekt

Styret for Helse Midt-Norge RHF behandlet i styresak 59/08 behandlingstilbud til pasienter med sykelig overvekt. Styret vedtok blant annet følgende:

"Det skal opprettes tverrfaglig overvektspoliklinikk for barn, ungdom og voksne i alle helseforetak. Livsstilsopphold i rehabiliteringsinstitusjon (som FoU) og kirurgisk behandling videreføres."

Arbeidet med behandlingstilbud til pasienter med fedme og sykelig overvekt pågår, og det er etablert prosjekter som strekker seg frem i tid. Nedenfor omtales to prosjekt, dels med et rapporteringsperspektiv og dels med et planperspektiv:

Overvekt og folkehelse: Forebyggende tiltak ved overvekt/fedme – modellutvikling for samhandling mellom 1. og 2.linjetjenesten"

St. Olavs Hospital, Regionalt senter for behandling av sykelig overvekt (RSSO) har igangsatt et samhandlingsprosjekt med seks kommuner i Midt-Norge (Melhus, Orkdal, Trondheim, Rissa, Ørland og Åfjord). St. Olavs Hospital HF overfører kompetanse til kommunene, parallelt med at kommunene driver et folkehelse tilbud for overvektige.

Målet er at samhandlingen mellom 1. og 2.linjetjenesten skal sikre et mer helhetlig tilbud for overvektige.

Overvektbehandlingen i Midt-Norge

Obesitaspoliklinikken (tverrfaglig overvektspoliklinikk) ved St. Olavs Hospital startet opp i mars 2008. Klinikken får i løpet av et år henvist i overkant av 500 pasienter.

Obesitaspoliklinikken og Regionalt senter for sykkelig overvekt (RSSO) har startet opp et samarbeid med barne- og ungdomsklinikken.

Hensikten bak dette er å få til en fremtidig samlokalisering da det sees at overvektsproblematikken ofte innbefatter hele familier, barn som foreldre.

Det er planlagt at RSSO og barne- og ungdomsklinikken i løpet av 2009 skal starte et barn/familie prosjekt i samhandling med Namsos kommune (i interkommunalt samarbeid med fire omliggende kommuner).

RSSO skal i tillegg i 2009 videreføre samhandlingsprosjektet som har pågått i ett år med seks kommuner i Midt-Norge (Melhus, Orkdal, Trondheim, Rissa, Ørland og Åfjord). Det er også et ønske og et behov for at det skal inkluderes flere kommuner.

Det er bygd opp et nettverk med helsepersonell i ulike kommuner som gjennom RSSO og Røros LHL får oppfølging og veiledning i arbeidet med overvektige.

Målet med prosjektet er å få etablert et tilbud for overvektige i alle kommunene i Midt-Norge.

3.2.7 Opplæring av pasienter og pårørende

Det pågår revisjon av handlingsprogram for opplæring av pasienter og pårørende (2004-2007). En arbeidsgruppe med representanter fra helseforetakene og brukere har gitt råd. Handlingsprogrammet skal ferdigstilles for høring våren 2009.

I tilknytning til revisjonsarbeidet er det iverksatt et regionalt evalueringsprosjekt av opplæringstiltak. Dette er et samarbeid mellom helseforetakene og NTNU/Institutt for Samfunnsmedisin (ISM). Hensikten er å kartlegge endringer i deltakeres/pasienters mestringsevne og framskaffe data som kan være grunnlag for diskusjoner om kvalitetsutvikling.

I revisjon av handlingsprogrammet tar en sikte på tiltak som legger til rette for at opplæringstiltak/kurs kan registreres i kvalitetssystemet (EQS) og dokumenteres i PAS (det pasientadministrative systemet) når pasientopplæringstiltak er gjennomført.

3.2.8 Rusomsorgen

Rusbehandling Midt-Norge HF ble etablert i 2004 og evaluert i 2007. Evalueringsrapporten viser at overgangen fra sosialomsorg til helsetjeneste er gjennomført med bedre resultat i Midt-Norge enn i resten av landet. Den regiondekkende foretaksorganiseringen ble besluttet videreført uten spesifikk tidsavgrænsning i styresak i juni 2007.

Rusbehandling Midt-Norge HF's strategier er nedfelt i Handlingsplan for Regionalt rusprogram 2005 -2010. Langtidsbudsjettprosessene brukes til å justere tempo og innhold i denne planen.

Førende for arbeidet er Helse Midt-Norge RHF's målsetting om at utviklingen av rusfeltet skal skje gjennom samarbeidsprosjekter med de andre helseforetakene og at samhandling med

psykisk helsevern skal videreutvikles til fordel for pasienter med både rus- og psykiske lidelser.

Økt innsats på forbygging og kompetanseheving herunder Forskning og utvikling, er strategiske satsingsområder for å gjøre feltet mer kunnskapsbasert.

Private ideelle tilbydere vil fortsatt ha en sentral plass i tilbudet til rusmiddelavhengige i Midt-Norge. Utvikling av tilbudet i tråd med opptrappingsplanen vil skje ved tett inkludering av de private avtalepartnere.

De viktigste enkelttiltak i planperioden er arbeidet med planlegging og idriftsettelse av Trondheimsklinikken høsten 2010. Videre arbeides det med planer for fellestiltak med øvrige helseforetak i regionen, inkludert økt samhandling mellom somatikk og TSB.

Felles for disse tiltakene er en ambisjon om å utvikle mer moderne behandling. Det betyr mer individuelt tilpasset og integrert behandling, som er mer kunnskapsbasert, og lettere tilgjengelig og hvor behandlingsintervensjonen kan skje på et tidligere ruskarrierestadium.

Samhandling med kommuner, brukere og pårørende er fortsatt høyt prioriterte satsingsområder.

3.2.9 Psykisk helsevern

Helse Midt-Norge RHF's strategi "Strategi for utvikling av tjenestetilbudet fram mot 2010" fastslår at det er nødvendig med en omfordeling av ressurser fra den somatiske delen av virksomheten til psykisk helsevern og rusbehandling. Dette er også krav fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Viktige oppgaver og tiltak fra og med 2009 vil derfor være:

- Tiltak som øker tilgjengeligheten for pasienter i krisesituasjoner
- Forutsigbare og effektive tjenester til mennesker med langvarige lidelser.
- Klargjøring av oppgave- og ansvarsfordeling internt i helseforetakene
- Styrking av kvalitet og kunnskap ved økt satsing på evaluering og klinisk forskning.
- Økt ressursutnyttelse ved styrket systemforståelse og samhandlingsstrukturer

"Program for psykisk helsevern i Helse midt-Norge 2007 -2010" omfatter områder og tema som Helse Midt-Norge særlig vil vektlegge i perioden 2007 – 2010. Dette gjelder spesielt brukermedvirkning / brukerinvolvering, tiltak som øker tilgjengeligheten for pasienter i krisesituasjoner, funksjons- og oppgavefordeling i psykisk helsevern, forutsigbare og effektive tjenester til mennesker med langvarige lidelser, tjenester til barn og unge sikkerhetspsykiatri, styrking av kvalitet og kunnskap ved økt satsing på evaluering og klinisk forskning, økt ressursutnyttelse ved bedre systemforståelse og samhandlingsstrukturer.

Programarbeidet er utført av en prosjektgruppe, bestående av representanter for helseforetakene, inkludert Rusbehandling Midt-Norge:

Revisjonen av Handlingsprogrammet for psykisk helsevern har følgende forankring:

- Regionalt handlingsprogram for psykisk helsevern i Helse Midt-Norge (2003)
- Helse Midt-Norges "Strategi for utvikling av tjenestetilbudet fram mot 2010,"
- Handlingsplan 2006 -2010 i Helse Midt-Norge"
- Sentrale helsemyndigheters krav og forventninger til utvikling av psykiske helsevern.

Følgende helsepolitiske styringssignaler er lagt til grunn for revisjonen:

- "Distriktpsykiatriske sentre- med blikket vent mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen" (IS-1388, 2006), en veileder for den videre utvikling av DPS.
- "Du har kommet til rett sted" (IS-1358, 2006), en veileder fra Sosial- og Helsedirektoratet for etablering av ambulante team i psykisk helsevern
- "Nasjonale strategier for psykisk helsevern" (2006), et resultat av et samarbeid mellom de regionale helseforetakene og vedtatt av styret i HMN.
- "Tiltaksplan for redusert og kvalitetssikret bruk av tvang i psykisk helsevern" (IS-1370, 2006)
- "Brukermedvirkning - psykisk helsevernfeltet. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse (IS-1315, 2006)
- "Tiltaksplan for pårørende til mennesker med psykiske lidelser", (IS - 1349, 2006)
- "Muusmannrapporten" (2005) som omhandler Divisjon psykisk helsevern ved Ullevål sykehus, men som har relevans for øvrige tilsvarende virksomheter i landet.
- Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse
- Veileder "Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene" 2007 IS
- Agledalutvalget. Rapport om tidligere hjelp til barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer
- Utviklingstrekk i helse- og sosialsektoren 2007 (IS-1443)
- Sosial- og helsedirektoratets årlige analyser av sosial- og helseområdet
- 100 nøkkeltall for helse- og sosialsektoren 2007 (IS-1444)
- Individuell plan for psykisk helse barn og unge (IS-0149)

Det er bred enighet i helseforetakene om at fagfeltet har behov for en kvalitativ styrking. Den nasjonale "Opptrappingsplan for psykisk helse" har hatt tydelige målsettinger om forbedring av kvalitet, mens den finansielle opptrapping og måling av strukturelle faktorer fikk større oppmerksomhet. Når Opptrappingsplanen avsluttes er tjenestene bedre rustet til å ta et kvalitetsløft. Handlingsprogrammet er gjennomgående innrettet for å utvikle kvalitet.

3.2.10 Planer på HR-området

Det vises til kapittel 3.1 om utfordringsbildet som den etablerte "HR-handlingsplan" søker å løse. Nedenfor utdypes status og videre planer på områdene ressursstyring, kompetanse og arbeidsmiljø.

Ressursstyring:

Helse Midt-Norge har utviklet gode rapporterings- og styringssystemer for bemanningssituasjonen. Dette betyr at linjen og styrende organer har løpende tilgang til styringsdata som brutto utbetalte månedsverk, fastlønn, overtid, mertid og innleie.

Helse Midt-Norge har sterk fokus på å koble bemanningsplanleggingen med aktivitetsplaner og et av satsingsområdene i tiden fremover er årsplanlegging. Helse Nord-Trøndelag HF har

kommet svært langt på dette området, og en vil utnytte erfaringene herfra for å få bedre ressursstyring i hele foretaksgruppen.

Kompetanse:

Det enkelte helseforetak har stor aktivitet innen kompetansehevede tiltak. Det er også etablert en rekke etterutdanningstiltak i regional regi.

Helse Midt-Norge arbeider systematisk med å tilgjengeliggjøre kunnskap på nettet og bygge e-læringsløsninger. Dette er et område med stort potensial som Helse Midt-Norge vil ha sterk fokus på også videre fremover.

Arbeidsmiljø:

I hele 2008 har Helse Midt-Norge RHF arbeidet mye med oppfølging av Arbeidstilsynets God Vakt kampanje. Dette oppfølgingsarbeidet vil videreføres i 2009 og skal sees i sammenheng med bedre aktivitets – og bemanningsplanlegging.

Tiltak som prioriteres i løpet av 2009 er utvikling av regional ledermodul for arbeidsmiljøutvikling/organisasjonsutvikling, etablering av interne prosedyrer for håndtering av mobbing og trakassering – som en del av internkontrollsystemet, og etablering og utvikling av en dedikert kompetansegruppe/ressursgruppe innenfor arbeidsfeltet "forebygging og håndtering av mobbing og trakassering".

IA-avtalen (Sykefravær, uførhet, inkludering):

Helse Midt-Norge RHF vil videreføre innsatsen på IA-området i 2009. Det skal gjennomføres en evaluering av gjennomførte tiltak og prosjekter innen IA-området for å få kjennskap til hva som virker, og dernest bredde de mest effektive tiltakene.

3.2.11 Planer på eiendomsområdet

Generelt

Styret for Helse Midt-Norge har vedtatt Reglement for bygg og eiendomsvirksomheten (sist revidert 21.2.03) og Reglement for omsetning av eiendom (24.9.02). Reglementene bygger på de føringer som er gitt i Lov om helseforetak, vedtektene til helseforetakene, Helse- og omsorgsdepartementets brev av 31.12.2002 vedr. Beslutning om og gjennomføring av investeringsprosjekter i de regionale helseforetakene og brev av 12.02.2004 vedr. Styring og kvalitetssikring av investeringsprosjekter i de regionale helseforetakene.

I henhold til reglementet skal tiltak større enn 30 mill. kr. forelegges styret for Helse Midt-Norge RHF for behandling i idefasen, konseptfasen og forprosjektfasen.

Videre forutsettes at styret for Helse Midt-Norge RHF får seg forelagt salg av eiendom som har en verdi større enn 10 mill. kr. eller som er av strategisk betydning. For øvrig har styret vedtatt Retningslinjer for utsmykking i Helse Midt-Norge (16.12.2005) og Veileder for universell tilgjengelighet i helsebygg "Bra for alle – nødvendig for noen" 19.12.2007. Helsedirektoratet vurderer å legge sistnevnte til grunn for utarbeidelse av en veileder utgitt av Helsedirektoratet.

Styret har vedtatt at Helsedirektoratets Veileder for tidligplanlegging av sykehusprosjekter skal følges i alle prosjekt som skal forelegges styret for Helse Midt-Norge.

Utbygging

Helse Midt-Norge sluttførte i 2008 utbyggingen av DPS-strukturen i henhold til opptrappingsplan psykisk helsevern. Ny familieenhet ved BUP Lian, Trondheim, DPS Knausen, Molde og DPS Nidaros, Trondheim, ble sluttført i 2008 og er nå tatt i bruk.

Gjennomføringen av St. Olavs Hospital-utbyggingen er kommet langt og byggefase 2 del 1, dvs. Gastrosenteret, Bevegelsesenteret, Akutt/hjerte-lungesenteret vil være sluttført i 2009. Byggefase 2 – del 2 – som omfatter riving av Høyblokka og bygging av Kunnskapssenteret forutsette gjennomført i tidsrommet 2010 - 2014.

Det er under planlegging nytt sykehus i Molde og styret har vedtatt konseptrapporten med visse forbehold. Konseptrapporten er under revisjon og vil bli lagt til grunn for utarbeidelse av forprosjekt som forutsettes sluttført i 2009. Byggestart er satt til 2012.

Styret for Helse Midt-Norge RHF har gitt sin tilslutning til bygging av ny barneavdeling i Ålesund. Forprosjekt vil foreligge i løpet av våren 2009 og det tas sikte på sluttføring av byggearbeidene i 2010.

For øvrig har styret gitt sin tilslutning til konseptrapport for nytt psykiatribygg ved Sykehuset Namsos. Det tas sikte på gjennomføring av byggearbeidene i 2010.

Ny sikkerhetsavdeling til erstatning for Brøset er under planlegging og forutsettes gjennomført dersom en oppnår tilstrekkelige inntekter ved salg av institusjonsområdet på Brøset.

Modifisert funksjonsprogram for nytt psykiatrisenter på Øya ble vedtatt 15.06.2005, men er lagt på is i påvente av finansiering.

Salg av eiendom

Styret for Helse Midt-Norge RHF har vedtatt at en skal selge eiendom for å redusere låneopptaket i forbindelse med utbyggingen av St. Olavs Hospital.

Det er gjennomført salg av enkelte eiendommer, Schwachs gt. 1 og Nordly (boligeiendom Østmarka). Salg av Munkvoll, St. Elisabeth hospital, Udbyes gt. 5 og boligområdet på Østmarka er igangsatt eller under forberedelse.

Markedssituasjonen er imidlertid ikke den beste og dette kan ha til følge at inntektene blir mindre enn forutsatt dersom en går for en snarlig realisering.

For øvrig er gjennomført salg av DPS Leistad (hvor salgsinntektene gikk til delfinansiering av DPS Nidaros) barnehager ved Molde sjukehus og boliger ved Sykehuset Namsos.

Helseforetakene er i foretaksmøter oppfordret til å forsere salg med sikte på delfinansiering av byggetiltak samt reduksjon av FDVU-kostnadene.

Vedlikehold

Det er beregnet et betydelig vedlikeholdsetterslep i Helse Midt-Norge – 3,5 mrd. kr.

Helse Midt-Norge vil vurdere å igangsette en systematisk gjennomgang av bygningsmassen mht bruk, egnethet og teknisk tilstand for å bedre grunnlaget for strategisk planlegging av eiendomsforvaltningen samt utarbeidelse av forvaltnings- og vedlikeholdsplaner.

Styret for Helse Midt-Norge RHF har vedtatt Strategisk plan for energibruk og øremerket midler til energi- og miljøtiltak. Det er en forutsetning at Strategisk plan følges opp i organisasjon samt at et målrettet handlingsprogram implementeres.

4. STYRETS INNSPILL TIL STATSBUDEJETTET FOR 2010

Iht. Oppdragsdokumentet for 2008 skal de regionale helseforetakene innen 15. desember 2008 gi innspill til statsbudsjettet for 2010.

I likhet med tidligere år er de administrerende direktører i de regionale helseforetakene enige om å utarbeide et felles innspill. Innspillet er drøftet i felles AD-møte 8. desember 2008.

Innspillet fra de regionale helseforetakene gjelder spesialisthelsetjenester innen somatikk, psykisk helsevern (voksne og barn/ungdom) og tilbud til rusmiddelavhengige (TSB)

Styret for Helse Midt-Norge RHF behandlet saken 18.12.08. Styret fattet enstemmig følgende vedtak:

”

1. Styret slutter seg til den foreliggende vurdering av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmisbrukere, som innspill til statsbudsjett for 2010.
2. Styret ber om at saken oversendes Helse- og omsorgsdepartementet og innarbeides i Årlig melding 2008 fra Helse Midt-Norge RHF.”

I samråd med Helse- og omsorgsdepartementet oversendes innspillet etter styrebehandlingen 18. desember 2008.

Aktivitet knyttet til pasientbehandling i helseforetakene i 2010

Somatiske spesialisthelsetjenester

Aktivitetsbehovet for somatisk sektor til og med 2010 blir her vurdert på basis av de forhold som erfaringsmessig bestemmer behovet for tjenester, og under hensyn til de helsepolitiske prioriteringer som gjelder.

Aktivitetsutvikling, prioritering og ventetider

I perioden 2003-2007 hadde den ISF-finansierte del av spesialisthelsetjenesten en gjennomsnittlig vekst på 2,65 prosent per år, målt i antall korrigerede DRG-poeng. Veksten fra 2006 til 2007 var 2,11 prosent. Det er ikke mulig å gi sikre prognoser for 2008. Det foreligger

imidlertid ingen indikasjon på at utviklingen i år vil skille seg vesentlig fra den en har hatt de senere år.

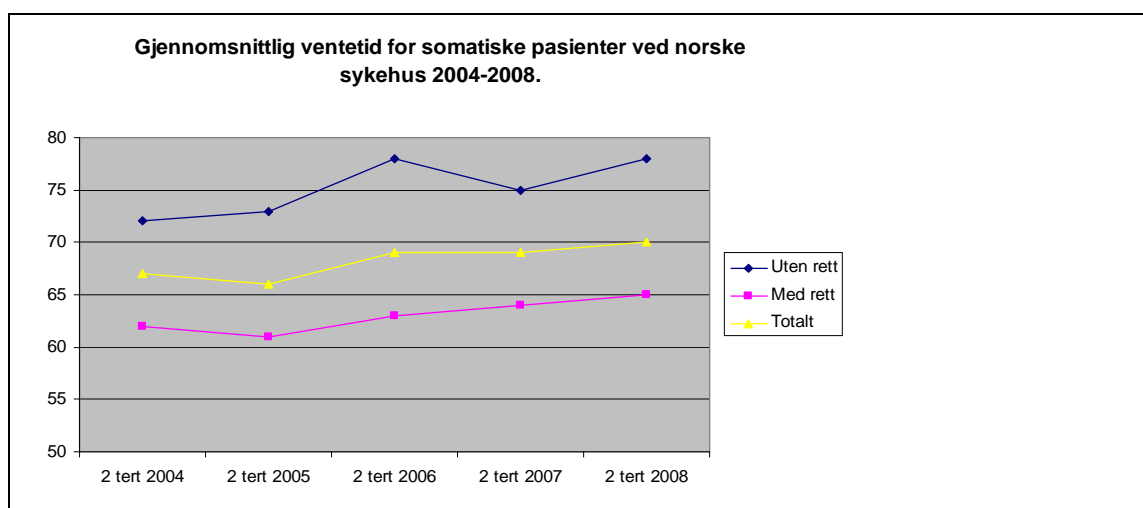
Aktivitetsvekst i den ISF-finansierte del av spesialisthelsetjenesten i 2003-2007.

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Antall korrigerede DRG-poeng | 1 013 376 | 1 031 452 | 1 072 204 | 1 101 696 | 1 124 889 |
| Prosent vekst fra forrige år | | 1,78 | 3,95 | 2,75 | 2,11 |

(Kilde: ISF-kuben)

Hvorvidt de senere års vekst har vært tilstrekkelig til å dekke behovene, kan til en viss grad belyses gjennom de endringer som har skjedd i pasientenes ventetider. Prioriteringen av pasienter er gradvis blitt strengere, slik at den andel av nyhenviste somatiske pasienter som ble gitt rett til nødvendig helsehjelp sank fra 66 prosent i 2. tertial 2006 til 61 prosent i 2. tertial 2008. På tross av dette har den gjennomsnittlige ventetid for rettighetspasientene økt. Diagrammet nedenfor¹ viser at ventetiden for rettighetspasienter har økt tre år på rad, og det tyder på at aktivitetsveksten i disse årene ikke har holdt tritt med økningen i behov.

Ventetiden for rettighetspasienter økte med ett døgn fra 2. tertial 2007 til 2. tertial 2008.



Faktorer som vil påvirke aktivitetsbehovet i perioden 2007-2010

Demografisk betinget behovsvekst

Behovet for somatiske spesialisthelsetjenester avhenger både av befolkningens størrelse og av fordeling etter alder og kjønn. Konsekvensene av befolkningsutviklingen i de nærmest kommende år er anslått ved hjelp av forbrukstall fra 2007 (ISF-kuben), SSBs befolkningsstatistikk for 2007 og SSBs fremskrivning av folkemengden 2008-2030 (alternativ middels nasjonal vekst). Analysene viser at det i perioden 2007-2010 vil kreves en aktivitetsvekst på om lag 1,15 prosent per år for å kompensere for endringene i folkemengde og aldersstruktur. Dette er litt høyere enn tilsvarende tall fra tidligere år, noe som i hovedsak kan tilskrives SSBs reviderte fremskrivning av folkemengden.

¹ Basert på data fra NPR. Tallene for 2. tertial 2005 er usikre, men eventuell feil er ikke betydelig.

Nye behov og økt grad av behovsdekning

Utvikling og spredning av ny teknologi og nye behandlingsmetoder vil fortsette, og føre til økte behov i årene som kommer. Nye behandlingsmetodene fører også til at en del pasienter vil leve lengre enn før, og dermed generere nye behandlingsbehov. Alt dette er "realvekst" som kommer i tillegg til den demografisk betingede behovsveksten. Det relative omfang av realveksten vil ikke endres vesentlig fra år til år.

Prioriteringer

Innenfor somatisk sektor skal rehabilitering, pasienter med kroniske sykdommer og syke eldre prioriteres. Det er tidligere anslått at dette isolert sett vil kreve en vekst i størrelsesorden 1 prosent per år².

Helse- og omsorgsdepartementet stiller krav om at man skal identifisere områder med overkapasitet og overføre ressurser fra disse områdene til de områder som skal styrkes. Dette har særlig kommet psykisk helsevern og rusbehandling til gode, men det arbeides stadig for å finne nye muligheter for omfordeling også internt i somatisk sektor. Det forventes at arbeidet med interne prioriteringer vil styrkes når resultatene av samarbeidsprosjektet "Riktigere prioritering" blir tatt i bruk neste år, og at de nevnte prioriteringene vil kunne gjennomføres innenfor rammen av en lavere vekst enn det som er antydnet ovenfor.

Nødvendig aktivitetsvekst i perioden 2007-2010

Målet må være et aktivitetsnivå som gjør det mulig å dekke prioriterte behov uten at rettighetspasientenes ventetider øker.

Befolkningsutviklingen alene krever en aktivitetsvekst på mer enn 1 prosent per år. Nye behov, økte krav til behovsdekning og krav om opprioritering av enkelte pasientgrupper kommer i tillegg. Det er imidlertid vanskelig å tallfeste disse faktorene.

Fra 2004 til 2005 var aktivitetsveksten i somatisk sektor 3,95 prosent, og den gjennomsnittlige ventetid for rettighetspasienter ble redusert. Fra 2005 til 2006 og fra 2006 til 2007 var veksten henholdsvis 2,75 og 2,11 prosent, og rettighetspasientenes ventetider økte på tross av strengere prioritering. Disse tallene gir ikke noe fullgodt bilde av utviklingen, men de indikerer at en vekst på under 3 prosent kan være i minste laget. Forutsatt god prioritering bør imidlertid en aktivitetsvekst på 3 prosent per år i perioden 2007-2010 både kunne gi rom for nye tilbud og gjøre det mulig å holde akseptable ventetider for prioriterte pasientgrupper.

Psykisk helsevern

Aktivitetsutvikling, ventelister og ventetider

Finansieringen av psykisk helsevern er ikke aktivitetsbasert på samme måte som de somatiske tjenestene. De samlede utgifter til voksenpsykiatri (VOP) og barne- og

² Innspill fra regionale helseforetak til statsbudsjettet for 2007, desember 2005.

ungdomspsykiatri (BUP) viser imidlertid en markert vekst i perioden 2003-2007 med en gjennomsnittlig økning på hhv. 3,7 og 7,0 prosent per år:

Utvikling i totale driftsutgifter til psykisk helsevern 2003-2007. Mill. kr faste 2007 kr.

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|--------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Ugifter VOP | 10 618 | 10 773 | 11 437 | 11 672 | 12 266 |
| Endring % fra forrige år | | 1,5 | 6,2 | 2,1 | 5,1 |
| Utgifter BUP | 1 904 | 2 052 | 2 217 | 2 374 | 2 498 |
| Endring % fra forrige år | | 7,7 | 8,0 | 7,1 | 5,2 |

(Kilde: SAMDATA 2007)

Den samlede ressursøkningen til psykisk helsevern har vært større enn for somatiske tjenester.

Aktivitetsendring psykisk helsevern VOP 2003-2007.

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Oppholdsdøgn | 1 674 000 | 1 612 000 | 1 571 000 | 1 560 000 | 1 482 000 |
| Endring % fra forrige år | | - 3,7 | -2,5 | - 0,8 | - 5,0 |
| Antall utskrivninger | 40 355 | 41 249 | 43 515 | 47 549 | 47 681 |
| Endring % fra forrige år | | 2,2 | 5,5 | 9,3 | 0,2 |
| Polikliniske konsultasjoner | 699 000 | 759 000 | 867 000 | 931 000 | 988 000 |
| Endring % fra forrige år | | 8,6 | 14,2 | 7,4 | 6,2 |

(Kilde: SAMDATA 1/2008)

Som det fremgår av tabellen ovenfor er antall oppholdsdøgn VOP i perioden 2003 – 2007 redusert med 11,5 prosent mens antall utskrivninger har økt med 18,2 prosent. Den polikliniske aktiviteten er økt med 41,3 prosent.

Det har det skjedd en aktivitetmessig omstrukturering innen voksenpsykiatrien fra innleggelse i sykehusavdelinger til behandling i DPS, poliklinikk og ambulant virksomhet, samt at ansvaret for pasienter i de tidligere psykiatriske sykehjemmene i stor grad er overført til kommunene. Dette i tråd med intensjonene i opptrappingsplanen for psykisk helse.

Tilsvarende omstrukturering har skjedd innen barne- og ungdomspsykiatrien. Antall oppholdsdøgn er i perioden 2003-2006 redusert med 9,7 prosent mens antall behandlede pasienter har økt med 62 prosent. Den polikliniske aktiviteten er økt med prosent.

Aktivitetsendring psykisk helsevern BUP 2003-2007.

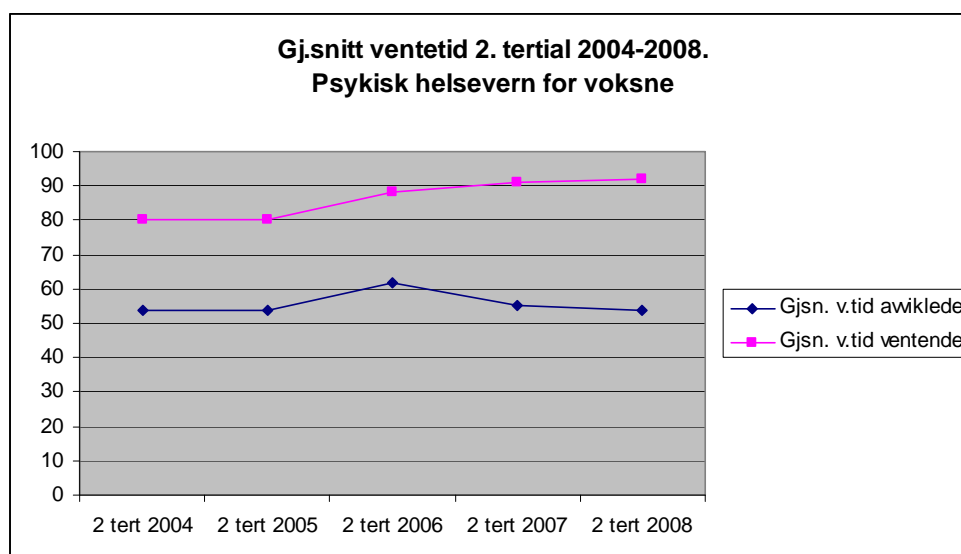
| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| Oppholdsdøgn, døgnpasienter ³ | 89 570 | 87 386 | 87 880 | 84 221 | 80 839 |
| Endring % fra forrige år | - | -2,4 | 0,6 | -4,2 | -4,0 |
| Antall behandlede pas. | 30 467 | 39 340 | 43 426 | 47 280 | 49 479 |
| Endring % fra forrige år | 4,5 | 2,9 | 10,4 | 8,9 | 4,7 |
| Polikliniske konsultasjoner | 447 000 | 496 000 | 561 000 | 642 000 | 717 000 |

³ SSB Statistikkbanken 19/11/2008

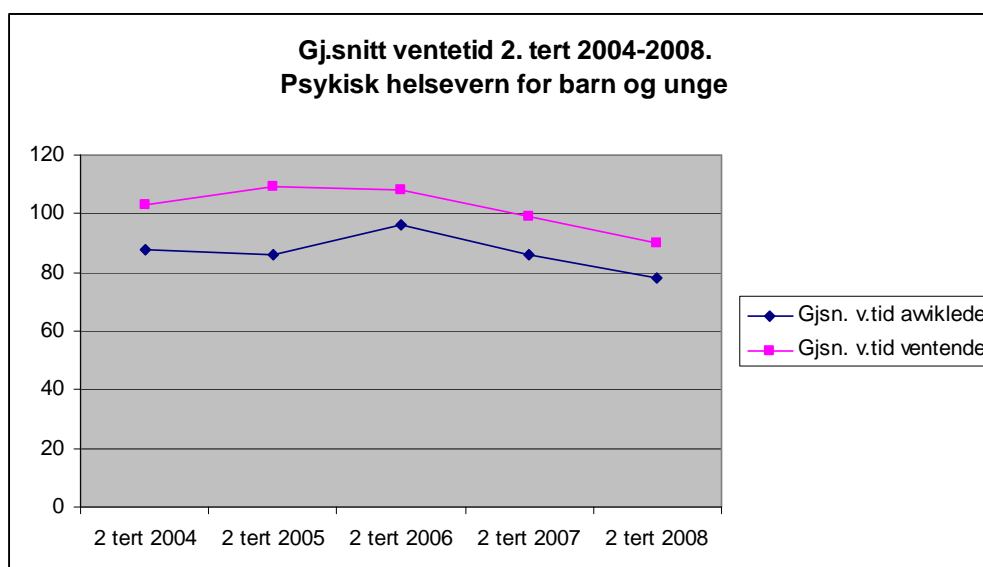
| | | | | | |
|--------------------------|------|------|------|------|------|
| Endring % fra forrige år | 28,0 | 11,0 | 13,1 | 14,4 | 11,7 |
|--------------------------|------|------|------|------|------|

Diagrammene nedenfor viser utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for pasienter i voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri. Aktivitetsveksten har medført en beskjeden reduksjon/stabilisering i ventetidene innen voksenpsykiatri mens ventetiden innen barne- og ungdomspsykiatri viser en moderat nedgang. Ressursveksten tilført gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse har gått med til å dekke den økte etterspørselen etter behandling. Ventetidsgarantien til ungdom under 23 år som ble innført i 2008 vil øke kapasitetsutfordringene.

Gjennomsnittlig ventetid psykisk helsevern for voksne beregnet per 2. tertial i årene 2004-2008.



Gjennomsnittlig ventetid psykisk helsevern for barn og unge beregnet per 2. tertial i årene 2004-2008.



Nødvendig aktivitetsvekst i perioden 2007-2010

På samme måte som innen somatikken må det påregnes en demografisk betinget behovsvekst også innen psykisk helsevern. Den øvrige behovsveksten som følge av bl.a. endret sykkelighet, bedre tilgjengelighet til tjenestetilbudene og større åpenhet om psykiske lidelser mv., er vanskelig å anslå og må vurderes ut fra utviklingen de senere år. Opptrappingsplanen for psykisk helse forutsetter en ytterligere økning av poliklinisk aktivitet, noe det også er behov for ut fra at ventetidene innen psykisk helsevern fortsatt er for lange.

Psykisk helsevern og tjenestetilbudet til rusmiddelavhengige fremstår som høyt prioriterte områder nasjonalt og regionalt. Samtidig ser en at det fortsatt er store uløste oppgaver. Det forventes videre at eier vil videreføre forutsetningen om at ressursinnsatsen innen disse områdene skal øke mer enn for de somatiske tjenestene.

Harmonisert med nødvendig vekst innen somatikken og kravet om prioritering av psykisk helsevern, må veksten derfor videreføres i samme takt som før også etter at opptrappingsplanen for psykisk helse er fullført, dvs. med omlag 3 prosent per år. Det må også arbeides videre med å utvikle finansieringsordninger og andre virkemidler for å sikre nødvendig aktivitetsvekst og prioritering av et samlet psykiatritilbud.

Tverrfaglige spesialiserte tjenester til rusmiddelmissbrukere (TSB)

Det er utarbeidet en opptrappingsplan for rusfeltet som en del av St.prp. nr 1 (2007-2008). Planen omtaler utfordringene innen rusfeltet på et overordnet nivå, men drøfter ikke om det er behov for strukturelle endringer, jfr. opptrappingsplanen for psykisk helse som hadde stort fokus på oppbygging av lokalbaserte behandlingstilbud. Planen uttrykker nasjonale prioriteringer uten at det følges opp med tilstrekkelig ressursmessig styrking.

Utvikling i totale driftsutgifter til TSB 2004-2007. Mill. kr faste 2007 kr.

| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|--------------------------|------|------|------|------|------|
| Utgifter Rus | | 1932 | 2084 | 2249 | 2323 |
| Endring % fra forrige år | | | 7,9 | 7,9 | 3,3 |

(Kilde: SAMDATA 2007)

Det dokumenteres at det har vært en betydelig satsing og prioritering fra de regionale helseforetakene. I perioden 2004 – 2007 er de regionale helseforetakenes budsjetter til rusfeltet økt fra 1,9 mrd til 2,3 mrd kroner, dvs. en økning på 0,4 mrd eller 20 prosent. Dette uttrykker til en viss grad regnskapsmessige effekter bl.a. som følge av at deler av rusfeltet tidligere var budsjettert inn under psykisk helsevern. Beregningsutvalget for spesialisthelsetjenesten har imidlertid tidligere dokumentert at den prosentvise ressursveksten til rusbehandling har vært større enn for psykisk helsevern og somatiske tjenester.

Veksten i ressursinnsats og aktivitet skyldes at området tidligere ikke var gitt tilstrekkelig prioritet og at behovene er synliggjort bl.a. gjennom rettighetsfesting. Evalueringen av rusreformen viser også at det har vært en betydelig økning i antall henvisninger og at det er opprettet mange nye behandlingsplasser.

Eksisterende data på rusfeltet gir ikke god nok informasjon om problemomfang, årsaker, ressursinnsats og resultater. Et av delmålene i opptrappingsplanen for rusfeltet er å bedre dokumentasjon og statistikk i rusfeltet. For å nå dette målet er det vedtatt obligatorisk

registrering av aktivitetsdata for enheter som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk fra 1. januar 2009. Grunnlaget for fremskrivning av aktivitetsutviklingen er derfor foreløpig mangelfullt.

Nøkkeltall for aktivitet TSB 2006-2007.

| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 |
|--------------------------|------|------|---------|--------------------|
| Døgnplasser | | | 1 588 | 1 617 ⁴ |
| Endring % fra forrige år | | | | 2 % |
| Antall innleggelser | | | 13 188 | 12 473 |
| Endring % fra forrige år | | | | -5 % |
| Oppholdsdøgn | | | 574 882 | 569 139 |
| Endring % fra forrige år | | | | -1 % |

(Kilde: SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2007 4/08)

Årsverk basert på registerbasert personellstatistikk, viser at antall årsverk har økt med en prosent. Helse- og sosialfaglige årsverk er styrket med 3 prosent og det er særlig helsefagene som er prioritert, både ved offentlige og private behandlingseinheter.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling utgjør 30 prosent av det totale døgntilbudet for tjenesteområdene rus og psykisk helsevern for voksne. Innen poliklinisk behandling utgjør poliklinisk rusbehandling 20 prosent av alle polikliniske konsultasjoner som gir refusjon og sannsynligvis er tallet betydelig høyere. Tjenesteområdet rus er en betydelig virksomhet innen spesialisthelsetjenesten, men målt i kostnader utgjør tjenesteområdet bare en sjettedel av rusbehandling og psykisk helsevern for voksne samlet sett.

Det er fortsatt betydelige utfordringer i årene fremover for å nå de krav og forventninger som følger av rusreformen, både på spesialisthelsetjenestnivå og på kommunalt nivå. Ventetidene innen feltet er generelt for lange, og noen pasientgrupper har for dårlig tilbud. Det er således behov for betydelige økninger i driftsmidlene samtidig som det er nødvendig med omstillinger i dagens tilbud.

Rammeoverføringene til regionale helseforetak på rus har i hovedsak gått til å opprettholde kapasitet, og til noe styrking av visse deltjenester, men har ikke gitt rom til videre omstilling og utbygging. Det er derfor behov for at opptrappingsplanen for rusfeltet følges opp med en betydelig og målrettet ressursvekst.

Strukturen på dagens behandlingstilbud er ulik mellom helseregionene, slik at behov for omstilling og styrking varierer. Gjennomgående bør akutfunksjoner (inkl avrusning og innleggelser etter tvang) og polikliniske og ambulante tilbud styrkes. Det bør videre være en større differensiering og styrking av enkelte deler av døgntilbudet. Samhandling med det kommunale tjenesteapparatet og oppbygging av de kommunale tilbudene er viktig.

Som en direkte konsekvens av reformen med krav til helsefaglig kompetanse må eksisterende tjenester gjennomgående styrkes med økt lege- og psykologbemanning, og annen helsefaglig bemanning der det er behov. Her vil det også være behov for å øke antall legehjemler, og å iverksette tiltak for rekruttering av helsepersonell til tjenestene.

⁴ To tredjedeler av økningen er knyttet til det offentlige tilbudet.

Det er behov for nybygg og opprustning av bygningsmassen i et betydelig omfang. Dette gjelder både offentlige og private institusjoner. Sistnevnte vil primært gi økte driftskostnader i form av høyere døgnpriser.

Oppsummert er det behov for at opptrappingsplanen for rusfeltet følges opp med en betydelig og målrettet ressursvekst på samme nivå som de foregående år, både til drift og investeringer. Det er for budsjettåret 2010 behov for en styrking av rusfeltet med 180-200 mill. kroner, samt en videreføring av satsningen ut over 2010.

Andre økonomiske forhold relatert til statsbudsjettet for 2010

De regionale helseforetakene anmoder videre om at følgende forhold vurderes prinsipielt og i forhold til fastsetting av bevilgning for 2010:

- IKT er en kritisk innsatsfaktor som skal understøtte god kvalitet, sikkerhet, likeverdighet og faglig effektivitet i pasientbehandlingen. Målene for faglig organisering og samhandling stiller store krav til IKT-støtte for kliniske prosesser på tvers av tradisjonelle skillelinjer mellom helseforetak, kommunehelsetjeneste og andre aktører i helsesektoren. Dette krever betydelige teknologiske investeringer og organisatoriske tiltak, og forutsetter vesentlig økte midler i forhold til dagens nivå. I tillegg til en ressursøkning, må det utvikles incentiver for å stimulere til bedre og økt elektronisk samhandling mellom aktørene.
- Det registreres en betydelig vekst i kostnadselementer som ligger utenfor de regionale helseforetakenes kontroll og som ikke fanges opp i inntektsmodellen og de årlige budsjettildelinger. I mange tilfeller dreier dette seg om kostnader som følger av endringer i statlige krav og rammebetingelser. Disse merkostnadene innebærer at betydelige midler må omprioriteres fra pasientrettede tiltak. Et konkret eksempel på dette er merkostnader innen luftambulansetjenesten som følge av endrede arbeids- og hviletidsbestemmelsene. Merkostnader til dette beløper seg til om lag 200 mill. kroner for årene 2008 - 2010.
- Utviklingen i de regionale helseforetakenes driftskreditter har økt jevnt de senere år. Dette blant annet på grunn av store utbetalinger i forbindelse med reguleringspremie knyttet til pensjon, i tillegg til akkumulerte regnskapsmessige underskudd. For 2008 er den øvre rammen for driftskreditter fastsatt til 7,3 mrd. kroner. Ved maksimal utnyttelse gjennom året, vil rentebelastningen for de regionale helseforetakene kunne utgjøre om lag 500 mill. kroner i 2008.

For 2009 er det lagt opp til en ordning som skal løse fremtidige likviditetsutfordringer knyttet til pensjon, og det er beregnet at dette vil redusere renteutgiftene på driftskreditter med 70 mill. kroner. De regionale helseforetakene er med dette satt i en bedre posisjon til å takle den likviditetsmessige utfordringen knyttet til økte pensjonskostnader. Imidlertid må en fortsatt bære med seg betydelige opparbeidede driftskreditter, der en stor andel er knyttet til pensjonskostnader.

Særskilte merknader fra Helse Helse Midt-Norge RHF

- Helse Midt-Norge har i 2009 store kapitalkostnader knyttet til utbyggingen ved nye St. Olavs Hospital. Disse vil øke betraktelig i 2010 og dette er kostnadselementer som i utgangspunktet ikke fanges opp i inntektsmodellen og de årlige budsjettildelinger. Selv om det er gjennomført betydelig omstilling i de siste årene må det fortsatt omprioriteres betydelige midler for å finansiere økende kapitalkostnader knyttet til slike store investeringsprosjekter. Stor gjeldsbelastning fører til at renter på langsiktig gjeld vil i 2010

utgjøre i overkant av 200 mill kr. I tillegg til stor gjeldsbelastning er det en også en utfordring knyttet til økte avskrivningskostnader. Åpningsbalansen pr 1.1 2002 for St Olavs verdsatte eiendommer og utstyr til ca 2,2 mrd kr. Etter utbyggingen vil balanseverdien av bygg og utstyr utgjøre 10 mrd kr. Den samlede netto økning i kapitalkostnader fra 2008 til 2010, som følge av investeringer ved utbyggingen, utgjør omlag 320 mill kr. Helse Midt-Norge vil i forbindelse med langtidsplan/langtidsbudsjett våren 2009, arbeide videre med plan for håndtering av økte kapitalkostnader innenfor gjeldende økonomiske rammer.

5. VEDLEGG

5.1 Årsrapport fra Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF

| | |
|-------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Internrevisjonens rapport nr. | 2009-01 |
| Revisjonsperiode: | 2008 |
| Virksomhet: | Internrevisjon |
| Oppdragsgiver: | Styret for Helse Midt-Norge RHF v/Revisjonskomiteen |
| Rapportansvarlig: | Internrevisjonssjef Ellinor Wessel Pettersen |

1. INTERNREVISJONEN I HELSE MIDT-NORGE

Styret for Helse Midt-Norge RHF etablerte i 2005 internrevisjon i det regionale helseforetaket og helseforetaksgruppen som et ledd i styrets overvåking av internkontrollen. Internrevisjonen skal på vegne av styret v/revisjonskomiteen i Helse Midt-Norge RHF påse at Helse Midt-Norge har etablert en tilstrekkelig og effektiv internkontroll og at denne fungerer som forutsatt. Internrevisjonen bidrar også med rådgivning innen internkontrollområdet.

Internrevisjonen rapporterer til styret v/revisjonskomiteen og er administrativt underlagt administrerende direktør.

Internrevisjonssjef Gunnar Sørensen sluttet i sin stilling 30. april 2008. Internrevisor Ellinor Wessel Pettersen ble konstituert i stillingen som internrevisjonssjef fra 1. mai 2008 og ble ansatt fast i stillingen fra 1. januar 2009. Stillingen som internrevisor er pr. 31. desember 2008 vakant og skal utlyses i januar 2009.

2. REVISJONSKOMITEEN I HELSE MIDT-NORGE RHF

Revisjonskomité ble opprettet gjennom vedtak i styret for Helse Midt-Norge RHF 12. april 2005 (sak 21/05). Tre av styrets medlemmer utgjør revisjonskomiteen. Revisjonskomiteen har på vegne av styret en særskilt oppgave å ha hovedfokus på styrets kontroll og tilsynsfunksjon.

2.1. *Revisjonskomiteens medlemmer*

I styremøte 31. januar 2008 (sak 07/08) oppnevnte styret følgende medlemmer til ny revisjonskomite:

Kolbjørn Almlid, leder av revisjonskomiteen
Ingegjerd Sandberg, medlem (ansatterepresentant)
Ellen Engdahl, medlem

2.2. Møter og saker

Revisjonskomiteen har avholdt 6 møter i 2008 og behandlet 33 saker.

2.3. Sekretariat

Internrevisjonen ivaretar komiteens sekretariatsfunksjon. Internrevisjonssjefen og internrevisor deltar på møtene i komiteen.

3. INTERNREVISJONENS AKTIVITETER 2008

3.1. Fokusområder

Revisjonskomiteen fastsatte følgende fokusområder for 2008:

| Fokusområder | Status |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Økonomi <ul style="list-style-type: none">• Følge bemanningsutviklingen• System for fastsetting av prognoser for årsresultat• Omstillingstiltak – rutiner ved manglende måloppnåelse• Oppfølging av Brynestadrapporten | Utsatt til 2009 |
| Nasjonale kvalitetsindikatorer - system som sikrer etterlevelse <ul style="list-style-type: none">• Epikrisetid• Korridorpasienter• Strykninger av planlagte operasjoner | Gjennomført |
| HMS – system og rutiner i det regionale helseforetaket | Gjennomført |
| Pasientforløp – avgrenset til innkalling, mottak, opphold og utskriving | Gjennomført |
| Innkjøp – oppfølging av tidligere revisjoner | Utsatt til 2009 |
| System for rapportering, håndtering og oppfølging av uønskede hendelser knyttet til pasientsikkerhet | Gjennomført |
| Ledelse – møtestruktur, informasjonsutveksling | Utsatt til 2009 |
| Beredskapssystemet <ul style="list-style-type: none">• Regionalt og lokalt planverk | Utsatt til 2009 |
| Brukerundersøkelse av tjenester fra Hemit | Startet nov.2008 |

Årsaken til at noen av de planlagte aktivitetene er utsatt, er at en stilling i internrevisjonen har vært vakant i 8 måneder i 2008.

3.2 Gjennomførte revisjoner 2008

- Etterlevelse av kvalitetsindikatorene epikrisetid, korridorpasienter og strykninger av planlagte operasjoner – gjennomført ved følgende foretak/enheter:

- Helse Sunnmøre, Volda sjukehus, kir.avd. (epikrisetid og korr.pas)
 - St. Olavs Hospital, med. klinikk (epikrisetid og korr.pas)
 - Helse Nordmøre og Romsdal, Kristiansund sykehus, med. avd. (epikrisetid og korr.pas)
 - Helse Sunnmøre, Ålesund sjukehus, gjennom kontakt med opr.avd., ortop.avd., kir.avd. og kvinneklinikken (strykn.operasjoner)
 - Helse Nord-Trøndelag, Sykehuset Namsos, kir. avd.
- **System for helse-, miljø- og sikkerhet – gjennomført ved følgende enheter:**
- Helse Midt-Norge RHF Stjørdal
- **Pasientforløp knyttet til innkalling, mottak, opphold og utskrivning av elektivt innlagte pasienter – gjennomført ved følgende foretak/enheter:**
- Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger, kirurgisk klinikk, sengepost ved ortopedisk avdeling og kirurgisk avdeling
 - St. Olavs hospital, klinikk for øre-nese-hals, kjeve- og øyesykdommer, sengepost, og kirurgisk klinikk, avdeling for dagkirurgi
- **System for rapportering, håndtering og oppfølging av uønskede hendelser – gjennomført ved følgende foretak/enheter:**
- Rusbehandling Midt-Norge HF
 - Nidarosklinikken, Trondheim
 - Vestmo behandlingssenter, Ålesund
 - St. Olavs Hospital HF
 - Klinikk for anestesi og akuttmedisin, anestesiavdeling og intensivavdeling
 - Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk, akuttenheten
 - Helse Nordmøre og Romsdal HF
 - Kirurgisk avdeling, Molde sykehus
 - Avdeling for voksenpsykiatri, Molde sykehus
 - Helse Sunnmøre HF
 - Kvinneklinikken, Volda sjukehus
 - Ambulansetjenesten Helse Sunnmøre, anestesiavdelingen Ålesund sjukehus
 - Helse Nord-Trøndelag HF
 - Ambulansetjenesten Helse Nord-Trøndelag, Prehospital klinikk Sykehuset Namsos
 - Psykiatrisk avdeling, Sykehuset Levanger
- **Oppstart brukerundersøkelse av tjenester fra HEMIT**
- Undersøkelsen gjennomføres ved alle helseforetak med unntak av sykehusapotekene

3.3 Øvrige arbeidsoppgaver:

- Sekretariat for revisjonskomiteen
- Utarbeide styresaker på vegne av revisjonskomiteen
- Utarbeide aktivitetsplan og årsrapport
- Deltager i RHF internrevisorforum, nasjonalt nettverk, 5 møter i 2008

4. SAKER SOM REVISJONSKOMITEEN HAR BEHANDLET I 2008

Revisjonskomiteen har i 2008 hatt 6 møter og har behandlet følgende saker:

- Internrevisjonens aktivitetsplan for 2008
- Oppfølging av Brynestadrapporten
- Rapport fra revisjon av helse-, miljø- og sikkerhet i Helse Midt-Norge RHF
- Rapport fra revisjoner av helseforetakenes etterlevelse av kvalitetsindikatorer
- To rapporter fra revisjon av pasientforløp
- Fem rapporter fra revisjon av helseforetakenes system for håndtering av uønskede hendelser
- Revidering av aktivitetsplan og prognoseendring av budsjett
- Revidering av instruks for revisjonskomiteen
- Behandling av fokusområder for aktiviteten 2009-2011
- Ansettelse av internrevisjonssjef

5. REGNSKAP 2008

| Resultatregnskap 2008 - Internrevisjonen | | |
|------------------------------------------|------------------|------------------|
| Konto | Regnskap | Budsjett |
| Lønn faste stillinger inkl sos.avg. | 1 300 043 | 1 857 005 |
| Konsulenttjenester | 1 159 310 | 1 200 000 |
| Kontorkostnad | 10 407 | 0 |
| Telefon og porto | 5 388 | 0 |
| Reise- og oppholdsutgifter etter regning | 115 359 | 467 576 |
| Sum | 2 590 507 | 3 524 581 |

Det tas forbehold om at regnskapet ikke er endelig avstemt for 2008 på tidspunkt for fremleggelse i Revisjonskomiteen.

5.2 Rapporteringsskjema psykisk helsevern

Ettersendes

5.3 Årsrapport fra pasientombudene

Vedlegges som separate dokument.