

**Årlig melding 2012
fra
Helse Midt-Norge RHF
til Helse- og omsorgsdepartementet**



Innhold

Innhold	2
1. Innledning.....	4
1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag.....	4
1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2012.....	5
1.2.1 Hva har vi lyktes med i 2012?	5
1.2.2 Innen hvilke områder har vi fortsatt utfordringer?	6
1.2.3 Hovedområder for styring og oppfølging.....	7
1.2.4 Det regionale brukerutvalget i Helse Midt- Norge.....	8
1.2.5 Konserntillitsvalgte og konsernverneombud	9
2. Rapportering på krav i oppdragsdokument 2012	11
2.1 Særskilte satsningsområder	11
2.1.1 Kvalitetsforbedring.....	11
2.1.2 Pasientsikkerhet	13
2.1.3 Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning.....	15
2.1.4 Samhandlingsreformen	16
2.1.5 Kreftbehandling.....	17
2.1.6 Behandling av hjerneslag	19
2.1.7 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	19
2.2 Andre områder	21
2.2.1 Psykisk helsevern.....	21
2.2.2 Habilitering og rehabilitering	22
2.2.3 Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati	23
2.2.4 Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling	24
2.2.5 Kjeveleddsdysfunksjon	25
2.2.6 Beredskap og smittevern	25
2.2.7 Forebygging	26
2.3 Utdanning av helsepersonell.....	27
2.4 Forskning	28
2.5 Innovasjon	30
3. Rapportering på krav i foretaksprotokoll.....	32
3.1 Økonomiske krav og rammebetingelser for 2012	32
3.1.1 Resultatkrav- rapportering - økonomi	32

3.1.2	Styring og oppfølging – likviditet og driftskreditter	33
3.1.3	Investeringer og kapitalforvaltning	34
3.2	Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2012	35
3.2.1	Oppfølging av samhandlingsreformen	35
3.2.2	Internkontroll og risikostyring	37
3.2.3	E-helse	39
3.2.4	Tiltak på personalområdet	40
3.2.5	Regjeringens eierskapspolitikk	42
3.2.6	Kjøp av helsetjenester fra ideelle institusjoner	43
3.2.7	Kvalitet i anskaffelsesprosessene	44
3.2.8	Landsdekkende utbygging av Nødnett	44
3.2.9	Stabs- og støttefunksjoner	45
3.3	Øvrige styringskrav for 2012	45
3.3.1	Rapportering til NPR	45
3.3.2	Bruk av IKT funksjonalitet ved dokumentasjon av medisinsk aktivitet	47
3.3.3	Fritt sykehusvalg	47
3.3.4	Regnskapshåndbok	48
3.4	Øvrige aktuelle saker i 2012	48
4.	Styrets plandokument	51
4.1	Utviklingstrender og rammebetingelser	51
4.1.1	Utviklingen innenfor opptaksområdet	51
4.1.2	Økonomiske rammeforutsetninger	58
4.1.3	Personell og kompetanse	58
4.1.4	Bygningskapital – status og utfordringer	60
4.2	Det regionale helseforetakets strategier og planer	62
4.2.1	Overordna mål og strategi	62
4.2.2	Regionale planer og strategier	65
4.2.3	Fokus 2013	68

1. Innledning

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

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

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

1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

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

Visjon:

På lag med deg for din helse

Hovedoppgaver:

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

Hovedmål / virksomhetsidé:

Pasientbehandling og opplæring:

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

Organisasjon og ledelse:

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

Forskning:

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

Økonomi:

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

Verdier:

- Trygghet
- Respekt
- Kvalitet

1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2012

1.2.1 Hva har vi lykket med i 2012?

Forebygge fristbrudd og redusere ventetid.

Arbeidet med å unngå fristbrudd har pågått siden 2010 og rutiner er lagt om for å avdekke risiko for fristbrudd, slik at tiltak kan settes inn i forkant. Helseforetakene i Midt-Norge har derfor fått som styringskrav for 2013 at fristbrudd ikke lenger skal forekomme. Dette omfatter også tiltak for å fjerne feilregistreringer fra statistikken.

Gjennomsnittlig ventetid til behandling har i 2012 vært lavere enn tidligere år, og deler av virksomheten var ved utgangen av året i ferd med å innfri målet på 65 dager. Det er arbeidet systematisk både med målet for ventetid til behandling og overfor pasienter på venteliste.

Plan for kreftomsorg i Helse Midt-Norge som ble vedtatt i 2012, gir grunnlag for arbeidet med pasientforløp og bedre kvalitet, logistikk og samhandling i alle faser av kreftsykdom. Dette skal bidra til å fjerne "flaskehals" og sikre bedre resultat i forhold til kravet om ventetid til behandling (20-dagers-normen).

Forbedring og standardisering av pasientforløp

I 2012 er det opprettet 15 fagledernetter med undergrupper og tilhørende ressurser. Fagledernetterene får sitt oppdrag fra Helse Midt-Norge RHF og blir viktige premissgivere for implementering av standardiserte prosedyrer knyttet til pasientforløp uavhengig av helseforetak i Midt-Norge. Arbeidet med pasientforløp knyttet til kreftsykdom har første prioritet.

Forbedringsarbeidet skal sikre bedre samhandling mellom helseforetak og med primærhelsetjenesten. Innad i sykehusene er det iverksatt forberedende arbeid for innføring av e-kurve som støtte i klinisk virksomhet. Utrulling starter i 2013.

Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal

Helse Møre og Romsdal HF har i 2012 gjennomført et omfattende prosjekt for utredning og forankring av en utviklingsplan for helseforetaket. Dette munnet ut i samstemmige vedtak om anbefalt modell for ett nytt sykehus for Nordmøre og Romsdal. Arbeidet legges nå opp i tråd med veileder for tidligfaseplanlegging. Nytt sykehus har førsteprioritet på Helse Midt-Norges investeringsprogram for langtidsperioden. Rullering av langtidsbudsjett for perioden 2014-2019 forventes behandlet av styret for Helse Midt-Norge RHF i juni 2013.

Samhandlingsreform

Samarbeidet med kommunesektoren både på regionalt nivå og i det enkelte helseforetak er videreført i 2012. Avtaler er etablert og det er innført rutiner for oppfølging knyttet til ordningen med utskrivingsklare pasienter. Både kommuner og helseforetak er kommet godt i gang. Etablering av kommunale ordninger for øyeblikkelig hjelp døgnopphold er under utvikling og det høstes nå de første erfaringene med kommunal medfinansiering.

Overtakelse av ambulansedrift

Ved inngangen til 2013 overtok det nyopprettede Ambulans Midt-Norge HF ansvar for ambulansedriften i Midt-Norge. I løpet av 2012 ble avtaler med private drivere avvirket og ambulansedrift var lagt til lokale sykehus, er også overført til det nye helseforetaket.

Som en del av prosjektet er det gjennomført en betydelig kvalitetsheving av tjenesten bl.a. gjennom kjøp av 60 nye ambulansbiler. Det er også gjennomført kursing og kompetansehevende tiltak, bedre stasjonsløsninger og arbeidet med harmonisering fortsetter. Ambulansforetaket er ment å ha en funksjonstid på to år. Deretter skal tjenesten overføres til sykehusforetakene i regionen.

Jobbgliding og faglig utviklingsarbeid

Helse Midt-Norge lyste i 2012 ut egne midler for å stimulere til jobbglidingsprosjekter og faglig utviklingsarbeid. 20 millioner kroner er fordelt på 20 prosjekter som på ulike måter vil være nyskapende i forhold til organisering og oppgaveløsning innad i spesialisthelsetjenesten. Flere av prosjektene bygger på samarbeid og kompetanseoverføring mellom helseforetak og primærhelsetjeneste.

1.2.2 Innen hvilke områder har vi fortsatt utfordringer?

Reduksjon av brudd på arbeidstidsbestemmelser

Gjennom innføring av system for registrering av brudd på arbeidstidsbestemmelser i helseforetakene, ble det i 2012 dokumentert at foretaksgruppen har en betydelig utfordring i forhold til bedre arbeidstidsplanlegging. Den systematiske kartleggingen gir bedre kunnskap om årsakene til at slike brudd oppstår, og dette har allerede gitt helseforetakene bedre forutsetninger for å endre praksis og iverksette tiltak.

Arbeidet med for å redusere omfanget av brudd vil få økt fokus i tiden framover. Det vil bli fulgt opp både regionalt og i det enkelte helseforetak i tett samarbeid med de ansattes organisasjoner. I den grad utfordringsbildet berører avtaleverk og bestemmelser, vil dette bli fulgt opp på nasjonalt nivå.

Reduksjon i omfang av deltidsstillinger

Helseforetakene i Midt-Norge har etablert praksis der hovedregelen er faste heltidsstillinger og det er organisert bemanningscentre samt piloter, for å øke stillingsandeler. Fortsatt er omfanget av deltidsstillinger høyt og det er nødvendig å arbeide målrettet på dette området over tid for å etablere ønsket praksis og kultur.

Pasientstrømmer

Analyser av pasientstrømmer mellom helseforetak i Midt-Norge, har dokumentert at St. Olavs Hospital opplever en økende strøm av lokalsykehuspasienter. Dette gjelder i særlig grad fra søndre del av Nord-Trøndelag og har gitt grunnlag for etablering av prosjektet "Trøndelagsfunksjoner" der målet er å iverksette tiltak for å styrke Sykehuset Levanger og å avlaste St. Olavs Hospital. Dette er nødvendig for å sikre at St. Olavs Hospital kan ivareta sine regionale funksjoner på en god måte.

Pasientsikkerhet og dokumentasjon av kvalitet

Alle helseforetak deltar i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen. Det arbeides med tiltak innen alle de definerte satsingsområdene i kampanjen og rapporteringsrutiner er på plass.

Oppfølging av resultater og forbedringsområder knyttet til kampanjen blir viktig å følge opp i tiden som kommer. Innføring av ny nasjonal meldeordning for avvik er på plass, men det gjenstår å høste kunnskap som kan anvendes i helseforetakenes forbedringsarbeid.

1.2.3 Hovedområder for styring og oppfølging

Driftsøkonomi og investeringsbehov

Foretaksgruppens resultat for 2012 er tilfredsstillende og viser at det generelt er god økonomistyring. Den underliggende drift og vekst i bemanning, tilsier at foretaksledelsen følger dette nøye.

Helse Midt-Norge har gjennomført en vellykket utbygging av nytt universitetssykehus i Trondheim og skal forsvare nedbetaling av lån og driftskreditter i årene som kommer. Dette sammen med planer for nye investeringer i nytt sykehus i Møre og Romsdal, vedlikehold og utvikling av foretaksgruppens bygningsmasse, IKT og medisinsk teknisk utstyr, vil stille store krav til resultat i årene som kommer.

Bærekraftige fagmiljøer

Samhandlingsreformen stiller helsesektoren overfor en betydelig utfordring når det gjelder kompetanseoverføring og samhandling. Det er derfor behov for å forsterke og videreutvikle samarbeidet overfor utdanningsinstitusjoner og -system.

Mange av fagmiljøene i spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge er svært sårbare og det er ikke gitt at dette kan løses gjennom å rekruttere flere leger. I tråd med føringene fra Strategi 2020 og utredninger knyttet til kompetanse og kapasitet for ulike faggrupper, vil arbeidet med pasientforløp og tjenestestruktur fortsette. Særlig oppmerksomhet vil være rettet mot vaktbærende funksjoner.

Integrasjon av psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatiske tjenester

Som eneste region valgte Helse Midt-Norge å etablere et eget helseforetak for å ivareta opptrapping og styrking av tilbudet innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Status er at fagområdet nå

nærmer seg et robust nivå og utfordringen framover blir å sikre økt samhandling mellom rus, psykiatri og somatikk i spesialisthelsetjenesten. Det er etablert et forprosjekt som skal foreslå framdrift for avvikling av Rusbehandling Midt-Norge HF og integrasjon av tjenestetilbudet i de store helseforetakene i regionen.

Omstilling fra døgn til dag

Ny kunnskap, teknologi og effektiv organisering av pasientforløp, bidrar både til økt kvalitet for pasienten og endring av klinisk praksis. Omstilling fra døgnbasert behandling til mer bruk av poliklinisk tilbud og dagbehandling, er en ønsket utvikling fordi den også bidrar til å frigjøre ressurser og sikre mer effektiv bruk av tilgjengelige ressurser.

IKT

Det er i tillegg et betydelig potensial i å utnytte teknologi for å gi pasienten lettere tilgang på spesialiserte helsetjenester og oppfølging. Helse Midt-Norge har vedtatt en IKT-strategi som skal understøtte målene i Strategi 2020 og blir nasjonal pilot for utvikle en helhetlig pasientjournal for helsetjenesten.

Desentraliserte behandlingstilbud

Strategi 2020 og innføring av Samhandlingsreformen i Midt-Norge innebærer utvikling av desentraliserte behandlingstilbud og fokus på standardisering av helhetlige pasientforløp. Vedtatt plan for kreftomsorg er et konkret eksempel på faglig forankring og innretning på dette. Etablering av distriktsmedisinske sentre, samarbeid med avtalespesialister, etablering av poliklinikker, telemedisin, bruk av ambulant tjenester og samarbeid med primærhelsetjenesten er eksempler på tjenesteorganisering som vil gi lettere tilgang på spesialiserte helsetjenester. Helse Midt-Norge har etablert et eget prosjekt for å samordne og utvikle desentraliserte behandlingstilbud i regionen.

1.2.4 Det regionale brukerutvalget i Helse Midt- Norge

Det regionale brukerutvalget i Helse Midt- Norge har sammenfattet sitt inntrykk av arbeidet som er gjort i 2012 slik:

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

- Ved gjennomgang av styresaker i RBU har det vært stort fokus på kvalitetsindikatorerne som rapporteres. Utvalget er tilfreds med at ventetider reduseres og målsettingene om null fristbrudd er nærmer å bli oppnådd. Utvalget har pekt på epikrisetid som en viktig indikator i et samhandlingsperspektiv og at epikrisetid også må omfatte poliklinisk behandling.
- Brukermedvirkning i Helse Midt-Norge RHF blir i de aller fleste saker godt ivaretatt. Som en generell betraktning vil RBU peke på betydningen av at medvirkningen må skje på tidspunkt hvor erfaringskompetansen får en reell innflytelse, gjennom deltakelse i pågående prosesser. RBU har fra 2012 etablert et arbeidsutvalg på 3 medlemmer som forbereder saker som skal behandles i brukerutvalget. Gjennom året er en rekke brukerrepresentanter til deltakelse i pågående prosjekter oppnevnt.

- RBU gjennomfører møter hvor representanter for brukerutvalgene i helseforetakene i Helse Midt-Norge deltar. Dessuten arrangeres årlig en brukerkonferanse for alle medlemmer i brukerutvalgene og hvor representanter for brukerorganisasjonene inviteres til å delta. Tema på konferansen i 2012 var legemiddelhåndtering og pasientsikkerhet.
- Oppfølging av prosjekter i Strategi 2020 har stått sentralt i utvalgets arbeid i 2012. RBU har 2 medlemmer i koordineringsgruppen for Strategi 2020
- RBU har gjennom hele året vært opptatt av pasientreiser og erfaringer som oppleves spesielt når det gjelder lange reiser til poliklinisk behandling. Erfaringer og behov for endringer er tatt opp både regionalt og nasjonalt, men erfarer at det er vanskelig og krevende å oppnå bedringer både når det gjelder nasjonale ramme som god regional praksis. Utvalget har denne saken fortsatt på dagsorden og har initiert brukerundersøkelser for å avklare og dokumentere avvik som grunnlag for videre initiativ overfor styret i Helse Midt-Norge RHF.
- RBU har gitt uttalelse og kommentarer til Regional plan for kreftomsorgen i Helse-Midt-Norge 2012 – 2020.
- RBU har gitt kommentarer til Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal HF (HMR). Denne saken har blitt viet stor oppmerksomhet i Møre og Romsdal og RBU er meget fornøyd med prosessen som er gjennomført og den deltakelsen det ble lagt til rette for med brukermedvirkning. RBU har fulgt opp arbeidet fra Brukerutvalget i HMR i saken ved behandlingen i Helse Midt-Norge RHF.
- RBU følger opp arbeidet med tettere organisering av Rusbehandling Midt-Norge HF i øvrig spesialisthelsetjeneste.
- Helse Midt-Norge RHF har i 2012 opprettet 16 regionale fagledernetter. RBU har støttet dette og mener dette kan bidra til bedre helhetlige pasientforløp og at brukermedvirkningen kan bedres gjennom dette tiltaket.
- Av andre saker RBU har vært opptatt av nevnes summarisk:
 - Organisering av avtalespesialister
 - Retningslinjer for tilskudd
 - Etablering av ambulansforetak
 - Forskningspris
 - IKT-strategiplan
 - Anskaffelse av helsetjenester
 - Årsrapporter fra bruker- og pasientombud
 - Samhandlingsavtaler
 - Oppdrags- og styringsdokumenter
 - Helseforetakenes samfunnsansvar

1.2.5 Konserntillitsvalgte og konsernverneombud

Konserntillitsvalgte og konsernverneombud har gitt følgende innspill til Årlig melding 2012 for Helse Midt-Norge:

Helse Midt-Norge leverer godt på de oppgaver eier pålegger oss, og det legges ned mye arbeid på virksomhetsnivå for å nå målene. Konserntillitsvalgte og konsernverneombud ser at dette har sin pris, med tanke på bemanning i forhold til oppgaver. Forsvarlig arbeidsmiljø, grunnbemanning, kompetanseutvikling, forskning, tilbud om hele, faste stillinger, god virksomhetsstyring er grunnmuren for kvalitet og pasientsikkerhet. Det er i dagens situasjon et betydelig krysspress på alle disse faktorer opp mot økonomi og "produksjon" og de mål som eier setter for oss. Når mål settes for helseforetakene må det etter vårt syn gjøres tilstrekkelige risikovurderinger, slik at vi kan se oppdragene i sammenheng med de utfordringer vi har.

Det er viktig med heltidsstillinger i spesialisthelsetjenesten - slik at alle har en stilling de kan leve av - det må utvikles en heltidskultur på lik linje med en kultur for faste stillinger. Faste stillinger for leger under spesialisering skulle være mulig å få til - noe helsestadsråden "bestilte" for flere år siden - dette arbeidet ser derimot ut til å ha stoppet opp. Begge disse forhold - heltidsstillinger og faste stillinger - er en klar forutsetning for å få ryddige arbeidsforhold, en åpenhetskultur og at arbeidsmiljøloven kan overholdes og etterleves.

Skal man greie å få rekruttert helsepersonell i alle yrkesgrupper må vi jobbe mer med kompetanseplaner og rett person på rett plass.

Konserntillitsvalgte og konsernverneombud støtter og berømmer det arbeidet som administrasjonen ved Helse Midt-Norge har gjort, når det gjelder rapportering av lovbrudd i henhold til arbeidstidsbestemmelsene i Arbeidsmiljøloven. Dette arbeidet er helt nødvendig og et viktig kartleggingsverktøy, om vi skal kunne ha et felles syn på situasjonen mellom oppgaver og ressurser.

2. Rapportering på krav i oppdragsdokument 2012

2.1 Særskilte satsningsområder

2.1.1 Kvalitetsforbedring

Mål 2012:

- Godkjente nasjonale medisinske kvalitetsregistre har felles infrastruktur og nasjonal dekning.

Arbeidet er underlagt en overordnet styring av Interregional styringsgruppe for medisinske kvalitetsregistre. Helse Midt-Norge RHF v/ Hemit er tildelt en nasjonal funksjon for teknologiutvikling. Helse Midt-Norge RHF har i tillegg ansvar for utvikling av 6 nasjonale registre.

Oppdraget til Helse Midt-Norge RHF's regionalt eide nasjonale registre er gitt i styringsdokument til Hemit og St. Olavs Hospital HF.

Det er etablert regional styringsgruppe for å sikre effektiv teknologiutvikling av Helse Midt-Norge RHF's registre. Hemit leverer lik teknologisk løsning til alle Helse Midt-Norge RHF's registre.

Registerarbeidet

Det er nå 8 registre i produksjon på MRS (Medisinsk registrerings system) – plattform og 7 stk under utvikling. Kvaliteten på løsningen oppleves som bra og det aller meste av ønsker og krav er så langt levert. For å skape fullverdig plattform er det fortsatt behov for utviklingstiltak på rammeverket, samt utvikling av nye registre. Av de nasjonale kvalitetsregistrene er ca 1/3 på MRS – plattform, 1/3 på papir og 1/3 på andre plattformer

Hemit har ytt bistand til alle regioner i forhold til opplæring av noder og det er i 2012 opprettet noder i Helse Sør-Øst og Helse Nord i løpet av året.

Hemit deltar også i Fagråd nasjonalt Hjerter- og karregister, Prosjektstyre Kreftregisterets nye elektroniske IKT-plattform (KNEIP) og Utredning av fellesregistre for legemidler.

I 2013 vil det bli arbeidet interregionalt for å etablere en organisering og styringsstruktur knyttet til nasjonale kvalitetsregistre som skal bidra til en bedre helhetlig gjennomføring fra planlegging til realisering av det enkelte register.

Generell utvikling av rammeverk

1. Sikkerhet. MRS har nå støtte for intern kryptering og separasjon av lokale og nasjonale data.
2. Rapporter. Innført ny rapporteringsløsning med forbedret funksjonalitet og bedre ytelse
3. Forbedring av ytelse generelt på store register
4. Rammeverk utvidet for å gi god støtte for mange registreringer over tid
5. Integrasjon.
 - a. MRS har nå en generell modul som muliggjør import av strukturerte data fra fagsystem, epj etc
 - b. Det er laget en generell eksportfunksjonalitet som kan aksesseres manuelt eller maskinelt for uttrekk av data for videre behandling i for eksempel excel eller spss.

- c. Rapport til journal – det er etablert mulighet for å lage et forslag til journalnotat som så kan klippes inn i EPJ
- d. Etablert integrasjon med den nye folkeregistertjenesten til Norsk Helse Nett. Dette gir økt funksjonalitet for alle registre bl.a. i forhold til tilgjengeliggjøring av informasjon om døde pasienter.

Målet er **ikke nådd** på nasjonalt plan.

- Årlig rapportering for nasjonale medisinske kvalitetsregistre skjer på felles elektronisk mal. Rapporteringen synliggjør i hvilken grad registrene oppfyller sitt formål.

Kvalitetsregistrene rapporterer på felles elektronisk mal.

Målet er **nådd**.

- Tiltakene i Nasjonalt helseregisterprosjekts handlingsplan for 2012 er iverksatt innenfor eget ansvarsområde. Tiltakene legges ut på www.nhrp.no etter at handlingsplanen er behandlet i styringsgruppen for prosjektet i begynnelsen av februar 2013.

Helse Midt-Norge RHF legger til grunn de overordnede føringene i Nasjonalt helseregisterprosjekt bla gjennom aktiv deltakelse i nasjonalt utviklingsarbeid i samarbeid med Folkehelseinstituttet, Senter for klinisk dokumentasjon, Norsk Pasientregister med flere.

Målet er **nådd**.

- Nytt nasjonalt system for innføring og vurdering av nye, kostnadskrevende metoder er tatt i bruk lokalt og regionalt.

Det er i løpet av 2012 etablert et tett samarbeid mellom de regionale helseforetakene, Helsedirektoratet, Kunnskapscenteret og Legemiddelverket med tanke på å ta nytt system i bruk. Sentralt i dette arbeidet har vært å fullføre mini-metodevurdering-skjemaet, avklare adekvat bruk av skjemaet, samt se dette i sammenheng med nasjonale oppgaver knyttet til metodevarsling og metodevurdering forøvrig. Mange aktører har vært involvert og arbeidet har strukket seg over hele året. I tillegg har det vært arbeidet innad i Helse Midt-Norge med informasjon til helseforetak. Det ble avholdt et miniseminar på St. Olavs Hospital HF 24. mai rettet mot klinikkledere og støttepersonell. Det var deltagelse fra hele regionen. Innledere var hentet fra Kunnskapscenteret og Helse Bergen HF.

Grunnlaget for lokal og regional implementering av nytt system er med andre ord forberedt i løpet av året. Nasjonale prosesser har vært tidkrevende, men nødvendige for å sikre felles forståelse og nasjonal og regional samordning.

Målet er i hovedsak **nådd**, og mini-metodevurdering-skjemaet blir tatt i bruk av helseforetakene fra 2013.

- Nasjonalt mandat for kliniske etikkomiteer er lagt til grunn for komiteenes virksomhet (jf. brev av 18. november 2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet).

Alle helseforetak som skal ha klinisk etisk komité har det og nasjonalt mandat for kliniske etikkomiteer er lagt til grunn for komiteenes virksomhet.

Målet er **nådd**.

- God kvalitet i rapporteringen fra psykisk helsevern til Norsk pasientregister.

Kvaliteten i rapporteringen til psykisk helsevern ble ikke forbedret for 2012. På grunn av forsinkelser i innføring av ny programvare, vil rapportering for 2013 også bli mangelfull. Det kjøres pilotering av ny innregistreringsløsning fra februar 2013 med planlagt full utrulling i alle helseforetak fra 1. september 2013. Implementering av ny programvare er tatt inn som egen oppgave til helseforetakene i foretaksprotokoll i februar 2013 hvor krav og rammer gis. Det vil aktivt følges opp i dialogmøter med helseforetakene.

Målet er **ikke nådd**, men det arbeides aktivt for at kvaliteten i rapporteringen vil være på plass senest september 2013.

2.1.2 Pasientsikkerhet

Mål 2012:

- Alle sykehus og helseforetak deltar i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen i tråd med styringsgruppens beslutninger, og rapporterer data til kampanjens sekretariat i henhold til fastsatte tidsfrister.

Sammendrag

Alle sykehus og helseforetak deltar i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen i tråd med styringsgruppens beslutninger, og rapporterer data til kampanjens sekretariat i henhold til fastsatte tidsfrister.

St. Olavs Hospital HF

Helseforetaket har etablert klinikkovergripende innsatsgrupper for de ni satsingsområdene i kampanjen. Innsatsgruppene deltar i de nasjonale læringsnettverkene og utarbeider planer for implementering av tiltakspakker i foretaket.

Våren 2012 gjennomført St. Olavs Hospital HF pasientsikkerhetskulturundersøkelsen. Foretaket endte på en svarprosent på 66,5.

Høsten 2012 har samtlige klinikker og divisjoner utarbeidet handlingsplaner for å følge opp sine resultater fra undersøkelsen. Gjennomføring av tiltak skal rapporteres i ledelsens gjennomgåelse.

Helse Nord-Trøndelag HF

Tiltakspakken for "Trygg kirurgi" er tatt i bruk ved alle aktuelle avdelinger i foretaket. Helse Nord-Trøndelag HF har ikke deltatt med team i innsatsområdet "Samstemming av legemiddellister".

Helse Møre og Romsdal HF

er i rute på de igangsatte tiltaksområda Trygg kirurgi, Legemiddelsamstemming, Hjerneslag, Fall, Urinveisinfeksjon og Sentralt venekateter, GTT (Global Trigger Tool) team er etablert og i drift på alle fire sykehus.

Til våren starter tiltaksområdene Psykisk helse og rus og Trykksår. Pasientsikkerhetskampanjen koordineres av rådgiverne i smittevern (fagavdelinga) og rapporterer til den nasjonale ledelsen i henhold til oppsatt plan. Tall frå målingene rapporteres og til ledelsen i foretaket.

Rusbehandling Midt-Norge HF

Felles styringsgruppe (regionalt lederforum rus-psykiatri) med psykisk helse etablert for innsatsområdene selvmord og overdosedødsfall. Rusbehandling Midt-Norge deltar i innsatsgruppe som ledes av St. Olavs Hospital HF (selvmord), og St. Olavs Hospital HF deltar i innsatsgruppe som ledes av Rusbehandling Midt-Norge HF (overdose). Kampanjestart for rusfeltet er i 2013, med bredding i hele regionen. Pasientsikkerhetskampanje, pasientforløp, kvalitetskultur og lederopplæring arbeides med parallelt med hensikt at de gjensidig forsterker hverandre.

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF

Sykehusapotekene har deltatt i aktiviteter knyttet til legemiddelområdet i pasientsikkerhetskampanjen. Sykehusapotekene er aktivt med i de to "teamene" (St. Olav og Ålesund) som er med i det nasjonale læringsnettverket på området legemiddelsamstemming. Sykehusapotekene er også representert i Fagrådet i Pasientsikkerhetskampanjen og i arbeidsgruppen som er ansvarlig for læringsnettverkene innen legemiddelområdet.

Målet er **nådd**.

- Ledelsen i helseforetakene følger aktivt opp egne resultater i kampanjen.

St. Olavs Hospital HF

Oppfølging av resultatene fra kampanjen forankres i ledelsen.

Oppfølging av kampanjen er også en del av Hovedprogram for forbedring og rapporteres også til styringsgruppen og inntas i ordinær tertialrapportering til Styret for St. Olavs Hospital HF.

Helse Nord-Trøndelag HF

Pasientsikkerhetskulturerundersøkelsen er gjennomført. Resultatene er ikke bearbeidet i form av at konkrete tiltak er iverksatt. Det er ikke rapportert til kampanjen om hvor stor andel av behandlingseenhetene som har bearbeidet resultatene fra undersøkelsen og iverksatt tiltak.

Helse Møre og Romsdal HF

Tall fra målingene rapporteres og til ledelsen i foretaket.

Rusbehandling Midt-Norge HF

Kampanjestart for rusfeltet er i 2013, med bredding i hele regionen. Pasientsikkerhetskampanje, pasientforløp, kvalitetskultur og lederopplæring arbeides med parallelt med hensikt da de gjensidig forsterker hverandre.

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF

Sykehusapotekene i Midt-Norge har også i 2012 hatt sterkt fokus på pasientsikkerhet, med mange aktiviteter, hvorav klinisk farmasi, automatisk legemiddelforsyning ved St. Olavs Hospital HF og innføring av e-krav i Helse Midt-Norge er av de som følges særskilt opp.

Målet er **ikke nådd**, arbeidet vil bli fulgt opp i 2013

- Helse Midt-Norge RHF har, i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, utarbeidet informasjonspakke om håndtering av endringer i meldeordningen og sikret at denne informasjonen når ut til alle ansatte.

Informasjonspakke fra Helsedirektoratet er ute på høring. Denne blir distribuert til helseforetakene når den foreligger i endelig versjon.

Informasjon om endringer i avviksmodulen i det elektroniske kvalitetssystemet EQS blir ivaretatt av hvert enkelt helseforetak.

Informasjon om ny meldeordning er ivaretatt av det enkelte helseforetak.

Målet er **nådd**.

- Det er sikret nødvendig kompetanse og rutiner ved bruk av pasientadministrative (PAS) systemer.

Alle helseforetakene arbeider kontinuerlig med forbedring av registreringene i PAS. Det er iverksatt opplæring og dette følges opp gjennom analyse av rapporter. Teknologiske mangler i PAS gjør det umulig å følge ansiennitetsdato mellom sykehus gjennom oppslag i PAS. Ansiennitetsdato som grunnlag for å håndtere forløpstider må derfor gjøres manuelt. Foretakene har samarbeidet om å utvikle hjelpeverktøy for å forbedre prosessene og gjennom dette sikre forløpstider i henhold til krav. Nødvendige endringer i PAS er i bestilling.

Målet er **nådd**.

2.1.3 Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning

Mål 2012:

- Det er iverksatt tiltak for å bedre informasjonen til pasienter og pårørende om fritt sykehusvalg.

Alle aktuelle helseforetak; St. Olavs Hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF, Helse Møre og Romsdal HF og Rusbehandling Midt-Norge HF; har lagt inn informasjon om retten til fritt sykehusvalg i pasientbrev som sendes ut, enten som avsnitt i teksten eller som vedlegg til brevet.

Alle aktuelle helseforetaks nettsteder har informasjon om fritt sykehusvalg.

Målet er **nådd**.

- Alle helseforetak har styrebehandlet mål og strategier for brukermedvirkning.

Alle helseforetakene har vedtatte handlingsplaner for sine lokale brukerutvalg.

St. Olavs Hospital HF

St. Olavs Hospital HF følger regional handlingsplan for brukermedvirkning 2010-2015. Det har ikke vært grunnlag for styrebehandling av brukermedvirkning i 2012.

Helse Nord-Trøndelag HF

Helse Nord-Trøndelag HF legger regionalt vedtatt handlingsplan for brukermedvirkning til grunn i sitt arbeid.

Helse Nord-Trøndelag HF har et aktivt Brukerutvalg som gjennom møtestruktur og representasjon er sterkt knyttet til styrets arbeid.

Helse Møre og Romsdal HF

Styret i Helse Møre og Romsdal HF behandlet handlingsplan for brukermedvirkning på styremøte 28.2.2012.

Rusbehandling Midt-Norge HF

Gjeldende handlingsplan for brukermedvirkning er styrebehandlet i 2011.

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF

Strategi for brukermedvirkning i Sykehusapotekene i Midt-Norge 2012-2016, overordnet strategi vedtatt av styret for Sykehusapotekene i Midt-Norge HF 3.12.2012.

Målet er **nådd**.

- Resultater fra pasienterfaringsundersøkelser, registrering og rapportering av uønskede hendelser og andre kvalitetsmålinger er offentliggjort på helseforetakenes nettsider.

Alle helseforetak som driver pasientbehandling benytter seg av en felles kvalitetsportal:

<http://www.helse-midt.no/kvalitet>. Her dokumenteres ventetider, antall på venteliste, antall

fristbrudd, kvalitetsindikatorer for både somatikk, psykisk helsevern og rusbehandling samt resultater fra pasientsikkerhetskampanjen.

Helseforetakene jobber med å etablere systemer for publisering av uønskede hendelser på nett. Det forventes at kravet blir oppfylt i løpet av 2013.

Målet er **delvis nådd** og forventes nådd fullt ut i 2013.

2.1.4 Samhandlingsreformen

Mål 2012:

- Det er inngått samarbeidsavtaler på de lovpålagte elementene med frist 31.1.2012 og 1.7. 2012.

Alle aktuelle helseforetak har inngått avtaler i samsvar med myndighetskrav både med hensyn til innhold og tidsfrister. Det er etablert samarbeidsutvalg som følger opp avtalene og sørger for at avtalene videreutvikles. Avtalene er omfattende og utfordrende å ta i bruk.

Det er i regionen etablert et elektronisk rapporteringssystem for å holde oversikt over status for inngåtte avtaler mellom helseforetak og kommuner.

Helse Nord-Trøndelag HF har laget felles elektronisk meldesystem hvor avvik fra de inngåtte avtaler meldes.

Målet er **nådd**.

- Det er lagt inn et eget punkt i avtalene som beskriver øyeblikkelig hjelp tilbudene i kommunene i tråd med rammene for tilskuddsordningen, slik at partene ser øyeblikkelig hjelp tilbudene sine i sammenheng og kan bli enige om løsninger som er hensiktsmessige for pasienter, kommuner og helseforetak og hindrer etablering av dobbeltpasienter eller nedtrapping av tilbudet i helseforetakene uten at tilbud er etablert i kommunene.

30 kommuner i Midt-Norge er tildelt midler til heldøgn øyeblikkelig hjelp i kommunene. 7 kommuner søkte om midler fra 1.01.12 og utløser samme sum fra helseforetakene som de er tildelt fra Helse direktoratet. Det vil ta noe tid før kommunenes tilbud er etablert, slik at bruken av sykehustjenester reduseres.

St. Olavs Hospital HF

Det er inngått avtaler om opprettelse av nye kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud der kommunene har fått statlige tilskudd. Utfordringen for St. Olavs Hospital HF blir nå å bygge ut nødvendige støttetjenester for kommunene slik at de klarer sin del av jobben og at St. Olavs Hospital HF faktisk blir avlastet for tilsvarende antall øyeblikkelig hjelp innleggelser på sykehuset.

Helse Nord-Trøndelag HF

Etablering av øyeblikkelig hjelp tilbud i kommunene, er i stor grad planlagt etablert i regi av interkommunalt samarbeid. Helse Nord-Trøndelag HF har ikke planer om å redusere sitt tilbud før tilsvarende er etablert i kommunen(e).

Helse Møre og Romsdal HF

Det er inngått avtale med følgende kommuner om opprettelse av øyeblikkelig hjelp døgntilbud: Sunndal, Fræna, Ørsta, Volda, Hareid, Ulstein, Herøy, Ørskog og Vanylven. Med unntak av Ørskog er alle kommunene godkjent av Helse direktoratet og kan starte med tilbudet i løpet av høsten 2012.

Surnadal, Halså og Rindal har inngått avtale om øyeblikkelig hjelp med St. Olavs Hospital HF. Det er også inngått avtale med Kristiansund, Averøy og Gjemnes om øyeblikkelig hjelp. Disse kommunene søker Helsedirektoratet om midler i 2013.

Målet er **nådd**.

- Avtaler om jordmortjenester, herunder følgetjenesten for gravide, er inngått innen 1.7.2012.

Arbeidet med å lage avtaler om jordmortjenester, beredskap og følgetjenester er ferdig i alle helseforetak. Noen avtaler er enda ikke underskrevet, men alle tiltak fungerer.

Målet er **nådd**.

2.1.5 *Kreftbehandling*

Mål 2012:

- Det er gjennomført tiltak for å redusere flaskehals i forløpene for kreftpasienter.

St. Olavs Hospital HF

Utredningskapasiteten for colorektalkreft er styrket. Installering av DaVinci-robot har økt behandlingsskapasiteten for prostatakreft. St. Olavs Hospital HF har satt i gang arbeid med pasientforløp for de viktigste kreftformer.

Det foreligger to oppdrag:

1. "Kreftutredning og - behandling ved St. Olavs Hospital HF"
2. "Bedre ventetidsresultatene (20-dagers forløpstid) for lungekreft, gastrointestinalkreft og brystkreft".

Hovedprosjektet har som mål å sikre kvalitet, logistikk og samhandling i alle faser av kreftsykdom. Hasteoppdraget har som mål å redusere ventetider for utredning og første linje behandling ved utvalgte store kreftgrupper.

Det er utarbeidet detaljerte planer og prosedyrer for arbeidsflyt i forløpene slik at man kan nå målet om å starte behandling innen 20 virkedager for minimum 80 % av pasientene. Flaskehals er definert, dette beskrives i egen rapport.

Man har ikke oppnådd kravene i 2012, men med implementering av nye rutiner og løsning av flaskehals forventer man å se effekt innen utgangen av februar 2013 for colorektal- og lungekreft. For brystkreft er det utfordringer knyttet til kapasitet ved, og ledelse av, brystdiagnostisk senter som det kan ta noe lenger tid å løse.

Standardiserte pasientforløp for hele forløpet for alle kreftgrupper skal være ferdig i løpet av 2014.

Helse Nord-Trøndelag HF

Samarbeider med St. Olavs Hospital HF om regionale forløp for kreftpasienter.

Helse Møre og Romsdal HF

Gjennomført arbeid med egne pasientforløp. Samarbeider med St. Olavs Hospital HF om regionale forløp for kreftpasienter.

Målet er **nådd** ved at det er gjennomført tiltak, men arbeidet videreføres i 2013.

- Pasienter som henvises med mistanke om kreft har fått utnevnt en egen kontaktperson. Kontaktpersonen skal bidra til at pasienten får nødvendig informasjon om hva som skjer når,

rettigheter og ventetider. Det vil ofte være hensiktsmessig at denne kontaktpersonen også har en aktiv rolle i å koordinere forløpet for pasienten.

St. Olavs Hospital HF

St. Olavs Hospital har med utgangspunkt i Spesialisthelsetjenestelovens § 2-5a laget en overordnet prosedyre som skal ivareta god og nødvendig oppfølging av den enkelte pasient som har behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester, samt sikre samordning av tjenestetilbudet i forbindelse med institusjonsopphold og ovenfor andre tjenesteytere og sikre fremdrift i arbeidet med individuell plan. For slike pasienter (deriblant kreftpasienter), skal det oppnevnes en koordinator, fortrinnsvis en lege.

Helse Nord-Trøndelag HF

Det er et lovkrav at alle pasienter med langvarige og sammensatte lidelser skal ha egen koordinator. For kreftpasienter faller disse inn under denne ordningen. For alle pasienter som kommer til kreftpoliklinikken, blir egne kontakter utnevnt. Det gjenstår å sikre koordinator i utredningsfasen.

Helse Møre og Romsdal HF

Saka har blitt drøftet internt og mellom fagdirektørene. Helse Møre og Romsdal HF vil, i samsvar med St. Olavs Hospital HF's løsning, knytte denne rollen til kravet i spesialisthelsetjenesteloven om koordinator for pasienter med behov for komplekse og langvarige tjenester (§2-5a). Elles er kravet ivaretatt i mange definerte pasientforløp der pasientene får oppnevnt en koordinator.

Målet er **delvis nådd** i 2012, og felles prosedyre vil implementeres i sykehusforetakene i Midt-Norge i 2013.

- Utdanningskapasiteten for onkologer og patologer er gjennomgått og vurdert.

Det er foretatt en analyse av behovet for ulike legespesialiteter, inklusive status og behov for onkologer og patologer. Regional Kreftplan er vedtatt av styret i Helse Midt-Norge RHF og det er iverksatt et prosjekt for å se på laboratorietjenestene, inklusive patologi. Kreftplanen viser at det onkologiske tilbudet må styrkes også i lokalesykehusene. For patologien må kapasiteten økes og strukturendringer vurderes. Onkologi og patologi ble styrket i fordelingen av NrID i 2012 og vil bli styrket ytterligere i 2013.

Målet er **nådd**.

- Tiltak for å redusere ventetiden for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft er iverksatt.

Helse Midt-Norge RHF har besluttet å gi hovedoppdraget til St. Olavs Hospital HF.

St. Olavs Hospital HF har laget en konkret tiltaksplan for hvordan tilleggsbevilgningen skal anvendes for å få redusert ventetid. "Aktivitetsplan. Rekonstruksjon etter brystkreftkirurgi". I dette arbeidet skal det samarbeides med Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal HF. Midlene skal inngå i et arbeid med både kortsiktige tiltak og tiltak som bygger opp robust og forutsigbar kapasitet og fagmiljø til å møte utfordringene framover med reduserte ventetider. Rekruttering av personell, både sykepleiere og leger, er startet og aktivitetsplanen vil bli fulgt. Standardisert pasientforløp er under arbeid.

Helse Nord-Trøndelag HF vil stille med operasjonsstuer og personell, kirurg vil komme fra St. Olavs Hospital HF for gjennomføring av pasienter tilhørende sjukehus i Nord-Trøndelag.

Målet er **nådd**.

- Det er lagt til rette for gjennomføring av videreutdanning i henhold til kriteriene for den nasjonale piloten i kompetanseområde palliativ medisin.

Kreftavdelingen ved St. Olavs Hospital HF er godkjent som utdanningssted for kompetanseområdet palliativ medisin.

Målet er **nådd**.

2.1.6 *Behandling av hjerneslag*

Mål 2012:

- Alle helseforetak som behandler pasienter med hjerneslag rapporterer data til Norsk hjerneslagregister.

Alle foretak/sykehus som behandler pasienter med hjerneslag rapporterer til NPR.

Målet er **nådd**.

- Det er iverksatt tiltak for å gjøre helse- og omsorgstjenesten og befolkningen oppmerksom på symptomene ved akutt hjerneslag.

Hjerneslagskampanjen er profilert på internett med adressen <http://www.helse-midt.no/hjerneslag>. I 2011 ble det trykt opp og distribuert brosjyrer og stickers med informasjon om kjennetegn ved hjerneslag.

Målet er **nådd**.

2.1.7 *Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling*

Mål 2012:

- Det samlede tilbudet innen TSB er styrket.

Sammendrag

Generelt oppfattes det at tilbudet er styrket og det er fokus på kompetanseøkning.

St. Olavs Hospital HF

Det gis et tverrfaglig og integrert behandlingstilbud til pasientene i spesialisthelsetjenesten. Der det er faglig indisert henvises det til videre behandling i Rusbehandling Midt-Norge HF.

Ellers deltar mange personer fortløpende på tverrfaglig utdanning på Senter for psykoterapi og psykososial rehabilitering som omhandler Rus og Psykiatri.

Helse Nord-Trøndelag HF

Det samlede tilbud er styrket med egen sengepost i 2011.

Ventetiden er redusert betydelig, alle får oppstart av behandling innen 14 dager. Det er etablert gruppetilbud, i første omgang til alkoholavhengige menn. TSB har fått fysioterapikompetanse.

Helse Møre og Romsdal HF

Saksutredning vedrørende oppretting av rusenhet i Nordmøre og Romsdal er klar til behandling i Styret for Helse Møre og Romsdal HF 1. halvår 2013.

Rusbehandling Midt-Norge HF

Etter en jevn økning av tilbudet innen TSB har det i 2012 vært en reduksjon i total sengekapasitet. Aktiviteten dreies i retning mer poliklinikk som er en ønsket utvikling. Kvalitet og tilgjengelighet er forbedret.

Målet er **nådd**.

- Det er etablert behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i samarbeid med kommunene i påvente av oppstart av behandling.

Sammendrag

Det arbeides systematisk med tiltak i ventetid, sammen med pasient og henviser/kommune.

St. Olavs Hospital HF

Saken er under behandling i organisasjonen. I Rusbehandling Midt-Norge HF videreutvikles dette i avtaler med kommunene. Klinikken arbeider systematisk med tiltak i ventetid, sammen med pasient og henviser/kommune. Forøvrig er det en fortløpende vurdering om pasient tas inn tidligere etter henvendelse fra henviser, pasient eller pårørende.

Helse Nord-Trøndelag HF

Fortsatt ingen venteliste for pasienter til avdeling for rusrelatert psykiatri poliklinikk eller døgn. Venteliste til annen døgnbehandling i regionen. For ventende til døgnbehandling er det allerede etablert tilbud.

Helse Møre og Romsdal HF

Felles for rusteamene Sunnmøre, Romsdal og Nordmøre er at det ikke er etablert formelle avtaler om samarbeid med kommunene ut over samarbeidsavtalene på HF - nivå. Det er samarbeidsarenaer uformelt der bl.a. pasientforløp blir tatt opp. Pasienter gis som regel tilbud om poliklinisk oppfølging i spesialisthelsetjenesten i påvente av evt. annen behandling og som behandlingsforberedende tiltak sammen med kommunale tiltak. For mange pasienter innebærer dette samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunen og NAV, gjerne i form av ansvarsgruppemøter.

Rusbehandling Midt-Norge HF

Oppdraget følges opp av helseforetakets samhandlingsleder. Videreutvikles i avtaler med kommunene. Klinikken arbeider systematisk med tiltak i ventetid, sammen med pasient og henviser/kommune.

Målet er **nådd**.

- Andel pasienter som fullfører TSB er økt.

Sammendrag

Generelt har andel som fullfører behandling økt, men det er ingen oversikt over de som trekker seg fra behandling.

St. Olavs Hospital HF

Det økte fokuset på TSB, samt økende samarbeid mellom Rusforetaket og Psykisk Helsevern indikerer at andelen pasienter som fullfører TSB er økt, men det er ingen statistikk for "frafall".

Helse Nord-Trøndelag HF

Det har vært en nedgang på andel som fullfører behandling i sengepost. 78 % gjennomførte i 2011 og det var en andel på 69 % som fullførte i 2012.

Rusbehandling Midt-Norge HF

Måles månedlig, 79,6 % fullført behandling i 2012, noe som er godt innenfor målet.
Målet er **nådd**.

- Økt oppmerksomhet på og kompetanse i behandling av pasienter med skader og avhengighet av anabole androgene steroider.

Sammendrag

Det arbeides godt med dette på St. Olavs Hospital HF, men de øvrige helseforetakene har ikke dette på plass og må arbeide videre med dette.

St. Olavs Hospital HF

Det er økt internt fokus på dette i organisasjonen, både generelt og i konkrete pasientsaker. Videre er det et økt innslag i internundervisningen om emnet. I samarbeid med Antidoping Norge er det avholdt fagdager om emnet i samarbeid med Fylkeskommunen/Videregående skoler. Det er også på dagsorden på samarbeidsmøtene mellom Rusbehandling Midt-Norge HF og Psykisk Helsevern.

Helse Nord-Trøndelag HF

I utgangspunktet er det lite henvisninger på dette i Nord-Trøndelag. Klinikken har økt fokus på området ved kartlegging av alle TSB pasientene ved innkomst. Hvis kartleggingen avdekker at omfanget er større enn det man har registrert hittil, må det iverksettes systematisk kompetanseheving av alle ansatte.

Rusbehandling Midt-Norge HF

Ivaretas i revidert fagdokument og lederforankres.

Målet er delvis **nådd** – arbeidet videreføres.

2.2 Andre områder

2.2.1 Psykisk helsevern

Mål 2012:

- Regionale og lokale planer for redusert og riktig bruk av tvang er gjennomført som ledd i den nasjonale strategien på området.

Det er ikke etablert en overordnet regional plan for "Redusert og riktig bruk av tvang". St. Olavs Hospital HF har etablert sin plan i løpet av 2012. Helse Nord-Trøndelag HF har etablert sin plan tidligere.

Helse Møre og Romsdal HF har i 2012 hatt fokus på fusjonsprosessen mellom psykisk helsevern i gamle Helse Sunnmøre og gamle Helse Nordmøre og Romsdal, og rapporterer at de ikke har hatt kapasitet til å iverksette større tiltak utover dette.

Målet er **ikke nådd** – følges opp i 2013.

- Det er lagt til rette for at BUP og DPS kan ha samkonsultasjoner med fastlege, i skolehelsetjenesten, på helsestasjon, med barnevernet mv. også for pasienter som ikke er henvist til spesialisthelsetjenesten.

Kravet er delvis oppfylt.

Felles konsultasjonsteam mellom Bufetat, BUP/HAB/VOP og kommuner er etablert/under etablering i alle aktuelle helseforetak. Det er ikke et reelt tilbud til alle kommuner enda, til det er etableringen

kommet for kort. Det gjøres ikke helt likt i alle fylker, dette er dels begrunnet i helseforetakenes organisering, dels i Bufetats og kommunal organisering/samarbeid. Det er etablert et prosjekt der det satses på felles opplæring med BUFetat og kommuner for å få til et felles kunnskapsløft på området. Det er lagt godt grunnlag for samarbeid i fylkene gjennom lokale samarbeidsutvalg (LSBU). Det er Regionalt samarbeidsråd for barn og unge (RSBU) som står som pådriver for etableringen av felles konsultasjonsteam og for opplæringsprogrammet. Fylkesmennene bidrar også i forhold til kommunene. Fortsatt arbeid for å sikre gjennomføringen vil pågå i 2013.

Målet er **delvis nådd** – følges opp i 2013.

- Det gis opplæring i og tilbud om eksponeringsterapi ved tvangslidelser.

Opplæring av personell starter i 2013, St. Olavs Hospital HF deltar i programmets første pulje. Helse Møre og Romsdal HF har avklart organisering, og vil bli invitert inn i andre pulje. Helse Nord-Trøndelag HF har opptaksområdet under anbefalt nivå for å kunne etablere et behandlingsteam som får tilstrekkelig mengdetrening over tid. Det er ikke tatt endelig standpunkt til om Helse Nord-Trøndelag HF skal hente sitt tilbud i St. Olavs Hospital HF

Målet er **delvis nådd** – følges opp i 2013.

- Kompetansen i ambulansetjenesten dekker både psykiske og somatiske lidelser.

St. Olavs Hospital HF har undervisning og hospitering i psykiatri for ambulansepersonell. Større trygghet hos ambulansepersonell oppleves. Det rapporteres om en liten nedgang i bruk av politi. Det planlegges for videre utvikling av dette programmet.

Oppdraget med økt kompetanse er tatt med i styringsdokumentet til Ambulans Midt-Norge HF for 2013.

Målet er **delvis nådd** – følges opp i 2013.

2.2.2 *Habilitering og rehabilitering*

Mål 2012:

- Den medisinskfaglige kompetansen i habiliteringstjenestene er styrket.

St. Olavs Hospital HF

Habilitering for barn og unge:

En reell økning på 40 % stilling fra oktober 2012. Det er planlagt styrking til 3 overlegestillinger fra 1.8.2013, dette er samme nivå som i 2006.

Habilitering for voksne:

Medisinskfaglig kompetanse er ikke styrket i 2012. Har stilling for psykiater og nevrolog. Begge besatt nå, men det er vanskelig å rekruttere psykiater til fagområdet. Burde hatt enda en psykiater både av hensyn til arbeidsmengde og også for å motvirke et for lite fagmiljø.

Helse Nord-Trøndelag HF

Kravet er innfridd for Habilitering for barn og unge.

Ansatt overlege i 100 % og en lege i spesialisering (LIS) i Habilitering for voksne. Dette representerer en betydelig styrking.

Helse Møre og Romsdal HF

Seksjon Habilitering for barn og unge Kristiansund er ikke tilført ytterligere medisinsk faglig kompetanse i løpet av 2012, de har tilgang til en barnelege i 20 %. De ønsker etablering av fast stilling for sykepleier og barnelege i tjenesten.

Habilitering for barn og unge Ålesund: Tilfredsstillende legetjeneste. Epilepsisykepleier er borte, ikke erstattet, det er en mangel. Rødt lys på grunn av medisinsk kompetansesituasjon i Nordmøre og Romsdal innen barnehabilitering

Helse Møre og Romsdal Habilitering for voksne: Det har ikke skjedd noen styrking av den medisinske kompetansen i voksenhabiliteringstjenesten i 2012. Det er søkt om en legehjemmel til (nevrologi) i tillegg til eksisterende overlegeshjemmel i psykiatri. Behov for å bedre samhandlingen og koordinering innad i spesialisthelsetjenesten.

Målet er **delvis nådd** – følges opp i 2013.

- Det er sikret tilstrekkelig kapasitet innen spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester til ulike grupper, og etablert tilbud til pasienter med sansetap.

Helse Midt-Norge RHF har tilstrekkelig kapasitet innen spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenester til ulike grupper, og etablert tilbud til pasienter med sansetap.

Helse Midt-Norge RHF gir dette tilbudet enten gjennom egne helseforetak, private rehabiliteringsinstitusjoner eller bruk av tilbud i andre regioner. Søknader fra fastleger om rehabilitering ved private institusjoner, i egen region eller i andre regioner, blir vurdert ved henvisningsmottaket ved sykehuset Levanger. Sykehusene henviser ved behov direkte til institusjoner i andre regioner. Det er under utvikling et eget gjestepasientoppgjør mellom regionene. Helse Møre og Romsdal HF har besluttet å samle den spesialiserte rehabiliteringen ved sykehusene, mens kommunene skal ivareta den kommunale rehabiliteringen. Helseforetaket ønsker kommunene skal ta ansvar for rehabiliteringen ved Mork og Aure. Dette er under utredning, er uavklart og har skapt debatt.

Det er ikke nok kapasitet innen habilitering til å gjennomføre intensive habiliteringstilbud.

Generelt er måloppnåelsen større innenfor rehabilitering enn innenfor habilitering.

Rehabilitering for sansetap er det svakeste område.

Målet er **delvis nådd** – følges opp i 2013.

- Økt oppmerksomhet på pasienter med narkolepsi, spesielt ved de regionale fagmiljøene for ADHD, Tourettes syndrom, narkolepsi og autisme.

Arbeidet med narkolepsipasienter har fått større oppmerksomhet. Det er flere leger involvert i oppfølgingen enn tidligere og flere som er interessert i å få kurs. Det er etablert lærings- og mestringstilbud for narkolepsi-pasienter i hele regionen ved St. Olavs Hospital HF med støtte fra Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi.

Målet er **nådd**.

2.2.3 Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati

Mål 2012:

- Tilbudet til pasienter med CFS/ME er gjennomgått med hensyn til om det bør gis ved ett eller flere sykehus i regionen for å sikre adekvat kompetanse og hensiktsmessig ressursbruk.

Tilbudet til pasienter med CFS/ME ble gjennomgått i perioden 2008 til 2010. Tilbudet gis ved alle helseforetak.

Målet er **nådd**.

- Det er etablert ambulant(e) team og regional poliklinikk.

Tilbudet har endret seg på slutten av 2012. Det er ingen helseforetak i Midt-Norge som har ambulante team.

Hysnes Helsefort er et nasjonalt og regionalt tilbud for denne pasientgruppen, men der er ingen regional poliklinikk.

Målet er **ikke nådd**.

- Det tilbys lærings- og mestringskurs til pasienter med CFS/ME.

Både Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF tilbyr lærings- og mestringskurs. St. Olavs Hospital HF benytter tilbud ved Hysnes Helsefort og poliklinisk tilbud ved Coperiersenteret (avtale med Helse Midt-Norge) til denne pasientgruppen.

Målet er **nådd**.

- Det er etablert tiltak for å sikre kunnskapsoverføring til kommunehelsetjenesten.

St. Olavs Hospital HF rapporterer at det er etablert diverse tiltak for å sikre kunnskapsoverføring til kommunehelsetjenesten.

Ved avdeling for smerte og sammensatte lidelser er det i tillegg til poliklinisk virksomhet også en Nasjonal Kompetansetjeneste for sammensatte symptomlidelser (NKSL). Dette innebærer utvikling av og videreformidling av retningslinjer, behandlingstiltak og samhandlingsprosedyrer. Fokus ved CFS/ME poliklinikken har vært å utvikle og videreformidle retningslinjer for håndtering av kronisk utmattelsessyndrom for allmennpraktikere. I tillegg har de hatt hospiteringsbesøk fra primærhelsetjenesten av forskjellige helsepersonell. CFS/ME har i tillegg vært tema ved flere anledninger på samarbeidsmøter med Nav, bestående av representanter fra hele regionen.

Helse Møre og Romsdal HF rapporterer de ikke har igangsatt kunnskapsoverføring til kommunehelsetjenesten utover individnivå.

Helse Nord-Trøndelag HF gir kurs til kommunehelsetjenesten om denne pasientgruppen.

Målet er **nådd**.

2.2.4 Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling

Mål 2012:

- Tilbudet til barn og nyfødte som trenger intensivbehandling er gjennomgått for å sikre adekvat kompetanse og hensiktsmessig ressursbruk.

Helse Midt-Norge RHF har i forberedelse til styresak i 2007 gjennomgått intensivbehandling for de minste og sykeste nyfødte. Styret vedtok at tilbudet skal finnes både i Ålesund og ved St. Olavs hospital. Det ble ved årsskiftet 2011-12 gjort en ny vurdering av om tilbudet til barn født før uke 28/26 skulle gjennomgås med tanke på sentralisering til St. Olavs hospital. Dokumentasjonen ble gjennomgått. Det framkom ikke nye opplysninger som tilsier nytt styrevedtak.

Helse Midt-Norge RHF ba fagledernetverket i regionen vurdere den samlede kapasitet og kompetanse for pasientgruppen, men uten å ta stilling til sentralisering. I tillegg ble luftambulanskapasitet vurdert etter en henvendelse fra fylkeslegen i Nord-Trøndelag (vurdering omfattet spesielt kuvøsetransport). Helse Midt-Norge RHF ba samtidig det nyetablerte Ambulansetjeneste

Midt-Norge HF i Helse Midt-Norge vurdere kapasitet for transport på bakke dersom lufttransport ikke er mulig.

Helse Midt-Norge har i dette arbeidet støttet seg til de vurderinger som er gjort av fagrådet i Helse Sør-Øst RHF.

Helse Midt-Norge RHF konkluderer med at intensivkapasiteten samlet sett er god og at tjenestene bemannes med høy kompetanse. Det er god rekruttering til stillinger. Det er startet et arbeid med regionale pasientforløp for barn, og dette vil sikre en bred vurdering av hvilke tjenestested som skal gjøre hva.

Målet er **nådd**.

2.2.5 Kjeveleddsdysfunksjon

Mål 2012:

- Det er iverksatt tiltak for å styrke tilbudet om utredning og behandling av personer med invalidiserende kjeveleddsdysfunksjon.

Helsedirektoratet utreder denne sak. Helse Midt-Norge RHF deltar i denne utredningen som ikke er avsluttet.

Målet er **ikke nådd** – det utredes videre.

2.2.6 Beredskap og smittevern

Mål 2012:

- Beredskapsplanene i regionen og i helseforetakene er oppdatert og tilpasset med utgangspunkt i erfaringene fra håndteringene av terrorangrepet 22. juli 2011 og andre tidligere hendelser.

Helse Midt-Norge RHF deltar i nasjonalt prosjekt for oppfølging av terrorhendelsen i Oslo og på Utøya 22/7 2011. Resultatet av dette prosjektet som ledes av Helsedirektoratet blir tatt inn i vårt planverk etter hvert som det ferdigstilles. Prosjektet er planlagt å gå ut 2014.

Målet er **nådd**.

- Det er fra og med 1. september 2012 iverksatt kontinuerlig registrering av alle de kirurgiske prosedyrene som inngår i NOIS og som utføres på det enkelte sykehus.

Sammendrag

Helseforetakene registrerer etter de krav som er satt av Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner (NOIS).

St. Olavs Hospital HF

Registrerer etter kravene.

Helse Nord-Trøndelag HF

Helseforetaket har startet fortløpende registrering av alle kirurgiske inngrep det er krav om i følge NOIS fra 1.9.2012. Stort arbeid som medfører betydelig økning av ressursbruk til registrering.

Helse Møre og Romsdal HF

Alle sykehusene i Helse Møre og Romsdal HF overvåker kirurgiske inngrep i henhold til NOIS-forskrift. Kristiansund piloterer ny dataløsning for innlevering av data til Folkehelseinstituttet. Data planlegges levert til Folkehelseinstituttet innen oppsatte frister.

Målet er **nådd**.

2.2.7 Forebygging

Mål 2012:

- Dokumentasjon på ernæringsstatus og oppfølgingsbehov følger med pasienten når han/hun flytter til et annet tjenestenivå eller mellom behandlingssenheter.

St. Olavs Hospital HF

Overordnet Ernæringsutvalg i St. Olavs Hospital har i 2012 fokusert på ernæringsarbeid bestående av 3 hovedområder:

- Pasientenes ernæringstilbud (mat, måltider, tilleggsernæring, alternativ ernæring til sykehusmaten)
- Forebygge og behandle underernæring (hvor dokumentasjon av ernæringsstatus og oppfølgingsbehov inngår)
- Ernæring i behandling av sykdom og samarbeid

Flere dokumenterer ernæringsstatus og oppfølgingsbehov i Doculive i 2012 enn i 2011, jfr. statistikk fra 1.jan-19.nov 2012:

Vurdering av ernæringsmessig risiko:

756 (314 i hele 2011) (343 fra 1. jan – 30. juni 2012)

Ernæringstiltak/oppfølging:

204 (165 i hele 2011) (108 fra 1. jan - 30.juni 2012)

Forbedringsprogrammet for 2013 fokuserer ytterligere på at pasienter skal vurderes for ernæringsmessig risiko ved innleggelse, jfr. mål for Kvalitet og pasientsikkerhet, siste prikkpunkt.

Helse Nord-Trøndelag HF

Det er gjennomført tilsyn i 2011 vedr skrøpelige eldre med hoftebrudd. Dette avdekket behov for bedre dokumentasjon og rutiner omkring ernæringsvurdering. Med bakgrunn i dette er ernæringsvurdering og tiltak innlemmet i pasientforløpet og nye prosedyrer er laget/ lages for dette. Opplæring i avdelingene ved EPJ- skjemaene er iverksatt.

Helse Møre og Romsdal HF

Arbeidet med implementering av Nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring i sykehus pågår. Nødvendig utstyr til avdelingene er innkjøpt.

Målet er **ikke nådd** - arbeidet må videreføres i 2013

- Helseforetakene rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om skader og ulykker til NPR.

Helseforetakene rapporterer ikke komplett på skade og ulykker. Kravene til rapportering er og blir fulgt opp i styringsdialogen med helseforetakene.

St. Olavs Hospital HF

Dette er gjennomført: Triage-systemet RETTS inneholder for hver problemstilling (ESS) en tiltakspakke som sykepleier skal gjennomføre. Ledelsen i mottaksavdelingen er tett på med påminnelser og oppfølging av skaderegistrering. Intern kontroll med stikkprøver. Styrket ledelse av Orkdal sykehus vedrørende skaderegistrering.

Helse Nord-Trøndelag HF

Det er iverksatt opplæring og reopplæring og motivasjon omkring registrering av skader.

Helse Møre og Romsdal HF

Helseforetaket rapporterer til NPR med datauttrekk fra Pasientskadedatabasene, men det står igjen en del før man kan si at man har komplett registrering og rapportering fra alle enhetene.

Målet er **ikke nådd** - arbeidet må videreføres i 2013.

- Sykehusene har etablert tilbud om tobakksavvenning i tråd med faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet.

St. Olavs Hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF har etablert tilbud som tilfredsstillende kravet. Helse Møre og Romsdal HF har etablert et begrenset tilbud som ikke tilfredsstillende kravet, men vil arbeide videre med dette i 2013.

Målet er **delvis nådd**.

2.3 Utdanning av helsepersonell

Mål 2012:

- Praksisopplæring i samarbeid med UH-sektor og aktuelle kommuner er ivarettatt og utviklet.

Sykehusforetakene sliter fortsatt med å få på plass tilstrekkelig antall praksisplasser for høyskolene. Målene nås hvert år, men det er utfordrende å skaffe sengepostpraksis til studenter slik læreplanene forutsetter.

Målet er **nådd**.

- Det er utviklet planer for etter- og videreutdanning av helsepersonell i helseforetakene som bidrar til å løse sektorens utfordringer.

Alle foretakene utarbeider kompetanseplaner som skal styre den strategiske satsingen på kompetanseheving og etter- og videreutdanning. Utfordringene er knyttet til:

- Felles metode som sikrer et konsistent beslutningsgrunnlag på ulike nivåer i foretaket / foretaksgruppen
- Om kompetanseplanene er knyttet tett nok til behovene utledet fra helseforetakenes kjerneoppgaver

Målet er **nådd**.

- Helse Midt-Norge RHF har medvirket i arbeid med mulig omlegging av turnustjeneste for leger inkludert iverksetting av tiltak høsten 2012 som kan avhjelpe kapasitetsutfordringer i dagens ordning.

Alle sykehusforetak i Helse Midt-Norge var med i en pilot vedrørende tilsetting av turnusleger i henhold til den nye ordningen hvor aktuelle kandidater må søke via helsedirektoratets turnusportal. Helse Møre og Romsdal HF, St. Olavs Hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF har startet samarbeidet med kommunene og fylkesmann ut ifra kravene i de nye forskriftene.

Målet er **nådd**.

- Det er analysert og fremlagt planer for fremtidig kompetanse- og personellbehov i 2020-perspektiv, jf. tilleggskildokument til oppdragsdokument 2011.

Foretaksgruppen har gjennomført en overordnet analyse av kapasitet og kompetansebehov for Helse Midt-Norge i 2011. I 2012 har dette blitt fulgt opp av en særskilt analyse av status og fremtidige behov for leger. Videreutvikling av kunnskapsgrunnlaget for kompetanse- og personellbehov skal skje som en løpende del av virksomhetsplanlegging og utvikling i hele foretaksgruppen.

Målet er **nådd**.

- Utdanningskapasiteten for onkologer og patologer er gjennomgått og vurdert.

Det er foretatt en analyse av behovet for ulike legespesialiteter, inklusive status og behov for onkologer og patologer. Regional Kreftplan er vedtatt av styret i HMN og det er iverksatt et prosjekt for å se på laboratorietjenestene, inklusive patologi. Kreftplanen viser at det onkologiske tilbudet må styrkes også i lokalesykehusene. For patologien må kapasiteten økes og strukturendringer vurderes. Onkologi og patologi ble styrket i fordelingen av NrID i 2012 og vil bli styrket ytterligere i 2013.

Målet er **nådd**.

- Dobbelkompetanseutdanning i psykologi er videreført ved at kliniske stillinger er tilgjengelig i helseforetakene i samarbeid med universitetene.

Foretakene oppmuntrer til dobbeltkompetanseprogram for psykologer. Psykologer ved St Olavs Hospital HF er i programmet.

Målet er **nådd**.

2.4 Forskning

(Det arbeides med et vedlegg som vil forklare forkortelsene under)

Mål 2012:

- Det er etablert en felles database for kliniske intervensjonsstudier i de regionale helseforetakene innen 1. oktober 2012, jf tilleggskdokument til Oppdragsdokument 2011.

Arbeidet med en felles database for kliniske intervensjonsstudier i de regionale helseforetakene pågår fortsatt. Helse Sør-Øst RHF leder dette arbeidet, og sentrale forskningsaktører som CRISTin og REK-ene deltar. Dette arbeidet er i realiteten en utvidelse av SPREK-databasen som benyttes ved søknad til REK, og det skal bygges opp et system for å hente ut relevant informasjon fra SPREK. Arbeidet med dette oppdraget er avhengig av at REK-ene og CRISTin finner løsninger for integrasjon. Det har vært avholdt et møte mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet, Helse Sør-Øst RHF, CRISTin og REK for å avklare forhold knyttet til eierskap, ansvar for videreutvikling og drift, samt finansiering. Helse- og omsorgsdepartementet er orientert gjennom RHF-enes strategigruppe for forskning.

Arbeidet pågår fortsatt.

- Det er utviklet et forslag til felles forskningsadministrativt system for alle typer forskningsprosjekter, jf tilleggskdokument til Oppdragsdokument 2011.

Arbeidet ledes av Helse Sør-Øst RHF, og det er nedsatt en arbeidsgruppe med deltakelse fra alle helseregioner, Forskningsrådet, CRISTin, NIFU og UH-sektor. Gruppen startet sitt arbeid høsten 2012. Sentralt i arbeidet med forskningsadministrativt system (FAS), er at systemet skal dekke alle typer forskningsprosjekter. FAS vil gjøre bruk av flere av de samme informasjonselementene som inngår i rapporteringssystemet for kliniske intervensjonsstudier, hvor koblinger med CRISTin og SPREK står

sentralt. Arbeidet pågår fortsatt og Helse- og omsorgsdepartementet er fortløpende orientert gjennom RHF-enes strategigruppe for forskning.

Arbeidet pågår fortsatt.

- Helseforetakene har styrket og videreutviklet egen infrastruktur for kliniske multisenterstudier gjennom NorCRIN.

Arbeidet ledes av Helse Midt-Norge, og alle regioner deltar. Nasjonal koordinerende enhet/sekretariat er opprettet ved St. Olavs Hospital HF. Det er ansatt koordinator for NorCRIN og kontaktperson for ECRIN (Europeisk korrespondent). I tillegg er det ansatt en representant i ECRIN Network Committee, i bistilling. Sekretariatet har vært i funksjon fra september 2012 og det er utarbeidet søknad til Forskningsrådet, om infrastrukturmidler for NorCRIN. To internasjonale multisenterstudier er innmeldt fra ECRIN. Arbeid innen flere arbeidsgrupper er igangsatt og alle partnere i NorCRIN (universitetssykehusene) er ansvarlige. Første NorCRIN-møte i regi av sekretariatet ble gjennomført i desember.

Målet er **nådd**.

- Helseforetakene har styrket egen infrastruktur og forskning på biobanker gjennom deltakelse i Biobank Norge.

Helse Midt-Norge deltar i Biobank Norge. Biobankforskning er et av flere strategiske satsningsområder i Midt-Norge og det bevilges regionale forskningsmidler fra Helse Midt-Norge RHF både til biobankinfrastruktur og til konkrete forskningsprosjekter på årlig basis.

Målet er **nådd**.

- De regionale helseforetakene har under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og med deltakelse fra NIFU, innen 30. september 2012 gjennomgått dagens indikatorer for forskningsaktivitet i helseforetakene og foreslått eventuelle endringer.

Arbeidet ledes av Helse Sør-Øst og er igangsatt. Det er oppnevnt en nasjonal arbeidsgruppe hvor alle helseregioner deltar. Arbeidsgruppen tar sikte på å levere sin rapport i mars 2013. Helse- og omsorgsdepartementet er fortløpende orientert om arbeidet gjennom de regionale helseforetakenes strategigruppe for forskning.

Målet forventes å **nås** i mars 2013.

- De regionale helseforetakene har under ledelse av Helse Vest RHF utviklet et forslag til revidert instruks for samarbeid med universiteter og høyskoler. Departementet vil spesifisere oppdraget i eget brev. Arbeidet skal ha vært forankret i samarbeidsorganene mellom de regionale helseforetakene og universiteter og høyskoler.

De regionale helseforetakene nedsatte en arbeidsgruppe under ledelse av Helse Vest RHF, og gruppen har avholdt to møter høsten 2012. Arbeidsgruppen har utarbeidet et forslag til revidert instruks for samarbeidet mellom universitet og høyskole, som er oversendt til de regionale helseforetakene for forankring og uttalelse fra de regionale samarbeidsorganene med universitet og høyskoler. Frist for tilbakemelding er satt til 1. mars 2013 og forslag til instruks skal deretter oversendes HOD innen 15. mars. Forslaget er diskutert både i de regionale helseforetakenes strategigruppe for forskning og i deres administrerende direktørers møte. I Helse Midt-Norge RHF er

forslaget gjennomgått og forankret i begge de regionale samarbeidsorganene. Samarbeidsorganene støtter forslaget og tar sikte på å utarbeide felles uttalelse som oversendes til Helse Vest RHF.

Målet er **nådd**.

- Helseforetakene har etablert mer effektive systemer for kvalitetssikring av grunnlagsdata for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene og rapportert i tråd med nye tidsfrister, jf vedlegg 3.

Nordisk Institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU) gjennomfører hvert år måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene og i private, ideelle sykehus. Til å videreføre arbeidet med å utvikle og forbedre målesystemet for ressursbruk er det oppnevnt en Ressursgruppe. Ressursgruppen har hatt tre møter i 2012 og leverte i desember 2012 et arbeidsnotat, hvor sentrale problemstillinger diskuteres. Ressursgruppens arbeid omfatter

- a) oppfølging av tidligere endringer og anbefalinger,
- b) vurdering av ressursmålingens kvalitet,
- c) vurdering av hva ressurskartleggingen bør omfatte, og
- d) samordning med universitets- og høyskolesektor.

Anbefalingene er fremlagt for og godtatt av de regionale helseforetakenes strategigruppe for forskning. Arbeidet videreføres i 2013.

Målet er **nådd**.

- Helseforetakene har utarbeidet rutiner som sikrer at pasienter får informasjon om at humant biologisk materiale i visse tilfeller kan benyttes til forskning og informasjon om retten til å reservere seg.

Som ledd i arbeidet med å videreutvikle rutiner for informasjon om reservasjonsrett er det utarbeidet en brosjyre "Delta i forskning", som informerer om reservasjonsretten. Brosjyren finnes bl.a. på nettsidene til St. Olavs Hospital HF, <http://www.stolav.no/no/Pasient/Deltaker-i-forskningsprosjekt/119060/>.

Målet er **nådd**.

2.5 Innovasjon

Mål for 2012:

- De regionale helseforetakene skal ha videreført satsingen på innovasjon i helseforetakene i tråd med nye føringer som formidles i eget brev.

Helse Midt-Norge RHF har økt sin satsing på innovasjon i 2012 gjennom å ha gått inn på eiersiden i NTNU TTO (Technology Transfer Office) og etablert forpliktende samarbeidsavtale. Bevilgninger til innovasjon var totalt 5 mill kr med 3 mill til TTO og 2 mill til andre tiltak som oppfølging av prosjekter og møteplasser for Innomed samt midler for tildeling av Innovasjonspris.

Helse Midt-Norge har deltatt aktivt i etablerte nasjonale innovasjonsfora og prosjekter.

Målet er **nådd**.

- De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Sør-Øst og i samarbeid med Cristin, ha etablert en ny, felles nasjonal database for innovasjonsindikatorer i helseforetakene.

Arbeidet ledes av Helse Sør-Øst RHF og det er nedsatt en nasjonal arbeidsgruppe. Det er tidligere pekt på utfordringer med å få data av god kvalitet og det er også laget forslag til innovasjonsindikatorer. Gruppen har imidlertid meldt tilbake at indikatorene ikke er robuste nok, og det skal derfor avholdes møter med bl.a. Forskningsrådet og CRISStin. Arbeidet rapporteres i RHF-enes strategigruppe for forskning. Helse Midt-Norge har ferdigstilt sin del av den tekniske løsningen for å kunne overføre data til nasjonal Cristin-database

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

3. Rapportering på krav i foretaksprotokoll

3.1 Økonomiske krav og rammebetingelser for 2012

3.1.1 Resultatkrav- rapportering - økonomi

- foretaksgruppen i Helse Midt-Norge skal gå i økonomisk balanse i 2012 og gjennom god styring sikre at den samlede ressursbruken til drift og investeringer og bruk av driftskreditter holdes innenfor vedtatte rammer og resultatkrav

Helse Midt-Norge har et foreløpig årsresultat på omlag 500 mill kr tilsvarende 260 mill kr høyere enn vedtatt resultatkrav. Det presiseres at det er usikkerhet knyttet til resultatet da årsregnskapet ikke er avsluttet.

Pr utgangen av 2012 har foretaksgruppen en likviditetssituasjon som er vesentlig bedre enn budsjettet. Dette er i hovedsak knyttet til forbedret resultat og forskyvning av investeringer.

Målet er **nådd**.

- lovverket for rettighetspasienter skal overholdes. Fristbrudd skal ikke forekomme.

Antallet fristbrudd varierer mellom helseforetak og over tid. Imidlertid er det en svært positiv trend for regionen med stadig færre fristbrudd. Det har vært stor fokus på dette i regionen og det er utviklet et felles system for oppfølging med mål om å planlegge drift helt uten fristbrudd. Det er en tendens til at fristbruddene øker i lavaktivitetsperiode, men mindre enn tidligere. Totalt for helseforetakene i regionen har antall fristbrudd gått ned fra 691 i januar 2012 til 209 i desember 2012, og har en andel fristbrudd per desember på 3,2 prosent.

Antall fristbrudd ved helseforetakene per desember 2012:

- Helse Møre og Romsdal HF: 83
- Helse Nord-Trøndelag HF: 13
- Rusbehandling Midt-Norge HF: 3
- St. Olavs Hospital HF: 110

Det er et klart mål at antallet fristbrudd skal elimineres, og at dette skjer tidlig i 2013.

Målet er **ikke nådd**, og arbeidet videreføres i 2013.

- gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være ned mot 65 løpedager

Det har vært et betydelig fokus på reduksjon av ventetider i 2012, og helseforetakene har arbeidet systematisert for å forbedre håndteringen av ventelister. Dette har gitt resultater ved at ventetidene er gjennomgående lavere ved alle helseforetak i 2012 enn de foregående årene. Totalt for regionen er gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 68 dager i desember 2012, som betyr at målet "ned mot 65 dager" er nådd.

Per helseforetak er fordelingen som følger:

- Rusbehandling Midt-Norge HF: 69 dager
- Helse Møre og Romsdal HF: 71 dager

- Helse Nord-Trøndelag HF: 65 dager
- St. Olavs Hospital HF: 67 dager

Den tette oppfølgingen av ventelistene vil fortsette og det er en forventning at ventetiden reduseres ytterligere i 2013.

Målet "ned mot 65 dager" er **nådd**.

3.1.2 Styring og oppfølging – likviditet og driftskreditter

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

Budsjett 2012 for alle helseforetak er sammenlignet på overordnet nivå med budsjett og regnskap for 2011. Det er også gjort kvalitetssikring av periodisering av kostnader og inntekter i budsjett 2012 og sammenligninger mot tidligere år og mellom de ulike helseforetak.

Målet er **nådd**.

- Helse Midt-Norge RHF skal rapportere til departementet ihht. opplegget som er etablert i departementets oppfølgingssystem ØBAK (økonomi, bemanning, aktivitet, kvalitet).

Det er rapportert på alle perioder, men kun foreløpig pr desember, senest 1. mars. Endelig årsregnskapet blir vedtatt 14. mai.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet forutsatte at Helse Midt-Norge RHF bidrar til at rapporten fra arbeidet med indikatorsett og analyser av produktivitetsforskjeller ferdigstilles og oversendes departementet innen 1. juli 2012

Helse Midt-Norge RHF har ledet en felles arbeidsgruppe for de regionale helseforetakene som har utarbeidet et konsept for felles indikatorsett knyttet til kostnadsnivå og produktivitet. En rapport er laget og oversendt HOD innen 1. juli, etter forutgående behandling i AD-møtet. I tillegg har rapporten blitt lagt frem for styret i Helse Midt-Norge RHF.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF ta hensyn til økte pensjonskostnader i gjestepasientoppjøret 2012, slik at dette i større grad reflekterer intensjonen om reell kostnadsdekning.

En felles nasjonal arbeidsgruppe med deltakere fra alle regionale helseforetak har gjennomført analyser og fremmet et forslag til løsning av kravet fra eier. Arbeidsgruppa baserte sin utredning på følgende premisser:

Arbeidsgruppa har tatt utgangspunkt i kostnadsøkningen som følger av økte pensjonskostnader.

- Det er ikke en total gjennomgang av inntektsfordelingsmodellen, men avgrenses til betaling for gjestepasienter.
- Arbeidsgruppa har beregnet hva ISF satsen skulle vært dersom økte pensjonskostnader var tatt hensyn til i kostnadsvektarbeidet og beregnet konsekvensene for gjestepasientoppjøret

Dette tilleggsoppgjøret håndteres i 2012 og 2013 direkte mellom de regionale helseforetakene.

- Arbeidsgruppa foreslår at Helse- og omsorgsdepartementet håndterer dette i fremtiden enten gjennom inntektsmodellen eller gjennom ISF satsene

Arbeidsgruppens konkluderer med at Helse Sør-Øst RHF skal ha tilført 31 mill kroner, hvorav Helse Nord RHF betaler 17,5 mill kroner, Helse Midt-Norge RHF betaler 6,2 mill kroner og Helse Vest RHF betaler 7,3 mill kroner.

Målet er **nådd**.

3.1.3 Investeringer og kapitalforvaltning

- HMN legger prinsipper og føringer i Helseledelse og tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter til grunn i planprosesser. Revidert veileder legger bl.a. til grunn at investeringsprosjekter skal forankres i de regionale helseforetakenes overordnede strategiplaner og i helseforetakenes utviklingsplaner.

Krav om at "Tidligfaseveilederen" skal brukes er fulgt opp i foretaksmøtene med helseforetakene og er også inntatt i revidert Reglement for bygg og eiendomsvirksomheten i Helse Midt-Norge.

Alle helseforetak har iverksatt arbeidet med utarbeidelse av utviklingsplaner for virksomheten herunder en bygningsmessig utviklingsplan. Utviklingsplanene vil foreligge i løpet av foråret 2013.

Målet er **nådd**.

- HMN skal i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene etablere en nasjonal database for registrering av sykehusbygg. Helse Sør-Øst RHF vil bli bedt om å lede arbeidet.

Arbeidet med etablering av nasjonal database er iverksatt. Ved nærmere gjennomgang av klassifikasjonssystemet ble det oppdaget feil, som har hatt til følge at tidspunkt for oppretting av databasen er forskjøvet i tid. Det tas sikte på å få gjennomført klassifisering etter ny versjon av klassifikasjonssystemet og opprettet nasjonal database i løpet av 2013.

Målet er snart **nådd**.

- Helse Midt-Norge RHF sørger for at hvert helseforetak, som en del av økonomisk langtidsplan, inkluderer plan for forbedring av minimumstilstand for bygg. Det skal rapporteres om status for arbeidet pr. 2. tertial 2012.

Alle helseforetak i Midt-Norge har gjennomført en revisjon av den tekniske tilstandsvurderingen. Samlet etterslep er beregnet til 4,3 mrd. Helseforetakene vurderer hvordan en kan forbedre den bygningsmessige standarden i forbindelse med utviklingsplanene, som forutsettes å foreligge i løpet av våren 2013.

Målet om å at hvert helseforetak har en plan for forbedring av minimumstilstand er snart **nådd**.

- For 2012 tildeles Helse Midt-Norge RHF 240 mill. kroner i lån. Foretaksmøtet forutsatte at tildelt lånebevilgning i 2012 kun benyttes til gjenværende delen av fase 2 ved St. Olavs Hospital HF.

Hele bevilgningen er tatt ut pr 31.12.12 og står som byggelån til Kunnskapsenteret blir ferdigstilt i 2013.

Målet er **nådd**.

3.2 Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2012

3.2.1 Oppfølging av samhandlingsreformen

Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF:

- bidrar til at samhandlingsavtalene med kommunene dimensjoneres slik at befolkningens behov for gode og helhetlige helse- og omsorgstjenester ivaretas og at avtalene i tilstrekkelig grad omfatter samarbeid om forebyggende tiltak og gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling

Kravet er berørt i de inngåtte avtaler mellom HF og kommuner. Framover rapporterer helseforetakene at det vil fokuseres på å videreutvikle avtalene spesielt med fokus på å konkretisere innholdet. Helse Midt-Norge RHF vil koordinere dette arbeidet i regionen.

Utfordringene er;

1. Det tar tid før kommunen har etablert alternativ til sykehusbehandling
 2. Antall utskrivningsklare pasienter er fallende og medfører ledig kapasitet i helseforetakene. Utfordringene er at helseforetakene er i dialog med kommunene slik at den ledige kapasiteten ikke benyttes til å legge inn pasienter som kommunen kan/har planer om å gi alternativt tilbud til. Helse Midt-Norge RHF vil i 2013 ha oppmerksomhet knyttet til utvikling av sykehusene i samsvar med samhandlingsreformens intensjoner.
 3. Det vil ta tid før alle kommuner er i stand til å gi tilbud til øyeblikkelig hjelp pasienter som i dag legges inn i sykehus. Det vil ta tilsvarende tid før antall øyeblikkelig hjelp pasienter som henvises til sykehus skjer i et volum som avlaster sykehusene.
- sørger for at helseinstitusjoner som de eier, eller som mottar tilskudd til sin virksomhet fra Helse Midt-Norge RHF, bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade iht. ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a og følger opp den lovpålagte veiledningsplikten overfor kommunene, jf. § 6-3 i spesialisthelsetjenesteloven

Alle helseforetak har inngått avtaler om dette. Utfordringen framover er å konkretisere avtalene/gi avtalene et innhold som forplikter kommuner og helseforetak. Arbeidet vil ta tid og følges opp gjennom det regionale samhandlingsnettverket.

Målet er **nådd** og arbeidet videreføres.

- bidrar til å styrke samhandlingen og stimulere til etablering av tilbud i kommunene, herunder døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, i tråd med føringene i oppdragsdokumentet og i henhold til regelverket for tilskuddsordningen.

30 kommuner i Midt-Norge er tildelt midler til heldøgn øyeblikkelig hjelp i kommunene. 7 kommuner søkte om midler fra 1.01.12 og utløser samme sum fra helseforetakene som de er tildelt fra Direktoratet. Det vil ta noe tid før kommunenes tilbud er etablert, slik at bruken av sykehustjenester reduseres.

St. Olavs Hospital HF

Det er inngått avtaler om opprettelse av nye kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud der kommunene har fått statlige tilskudd. Utfordringen for St. Olavs Hospital HF blir nå å bygge ut nødvendige støttetjenester for kommunene slik at de klarer sin del av jobben og at St. Olavs Hospital HF faktisk blir avlastet for tilsvarende antall øyeblikkelig hjelp innleggelser på sykehuset.

Helse Nord-Trøndelag HF

Helse Nord-Trøndelag HF følger samme tempoplan som staten har skissert. Det er ellers etablert særavtale med en av kommuneregionene. Tilbud om øyeblikkelig hjelp er etablert i Værnes-regionen hvor tilbudet er lokalisert til distriktsmedisinsk senter (DMS). Det er ønskelig at dette også lar seg realisere ved DMS-Inn-Trøndelag i løpet av 2013.

Helse Møre og Romsdal HF

Samhandlingsavdelinga og fagdirektør har kontinuerlig dialog med og inngår avtaler med de kommunene som ønsker å søke om slike plasser.

Målet er **nådd**.

- tilpasser tilbudet i helseforetakene i forhold til etableringen av nye tilbud i kommunene

St. Olavs Hospital HF

Det arbeides med å utvikle våre ulike tilbud på sykehuset slik at dette matcher kommunenes behov med deres nye ansvarsområder.

Helse Nord-Trøndelag HF

Helse Nord-Trøndelag HF vurderer egen kapasitet kontinuerlig i forhold til befolkningens behov, samt etablering av nye tilbud i regionen. Det har i 2012 ikke vært vesentlige endringer i Helse Nord-Trøndelag HF's tilbud.

Helse Møre og Romsdal HF

I forbindelse med budsjett for 2012 har Helse Møre og Romsdal HF tilpasset driften i samsvar med intensjonene i samhandlingsreformen. En reduserte sengekapasiteten med ca. 35 senger bl.a. som en konsekvens av forventningene om at kommunene ville ta et større ansvar for utskrivingsklare pasienter. I løpet av 2012 ser en stor nedgang i antall utskrivingsklare pasienter og antall liggedøgn.

Målet er **nådd**.

- bidrar til samhandling og tilrettelegging av tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i kommunene, slik at disse områdene ikke nedprioriteres

St. Olavs Hospital HF rapporterer at psykisk helse og rus er omfattet av de avtalene som nå inngås.

Helse Nord-Trøndelag HF har flere store samhandlingsprosjekt med kommuner i alle regioner. Samhandlingen fungerer og klinikken har ikke merket konsekvenser av større fokus på somatikk

Helse Møre og Romsdal HF har fått opptrappingsmidler til ACT-team og 2 samhandlingskonsulenter ved DPS. Dette bidrar likevel ikke til økt kapasitet innen TSB. Helse Møre og Romsdal HF vil ha fokus på pasientforløp og tidlig intervensjon. Jobbe med dreining av behandling av pasienter fra sykehus til DPS og fra døgn til ambulant og poliklinikk. Jobbe med å fange opp pasienter tidligere i samarbeid med 1. linje.

Gjennomført felles fagdag Rus- og psykiatri i våres med kommunene og rusforetak, begynt utdanning gruppeterapi som samarbeidsprosjekt med kommunehelsetjenesten, samarbeidsmøter med 1. linje helsetjenesten etablert på alle DPS.

Rusbehandling Midt-Norge HF har etablert tett samarbeid med psykisk helsevern både på system og klinisk nivå. Det er opprettet felles lederforum rus / psykiatri, samhandlingsstillinger på alle klinikker, flere felles samhandlingsprosjekter, herunder samarbeidsavtaler med 4 ACT (Assertive Community Team) team i regionen.

Målet er **nådd**.

- styrker forskning og innovasjon for å understøtte helhetlige og koordinerte tjenester i tråd med samhandlingsreformens målsettinger, jf. Helse- og omsorgsdepartementets *Strategi 2011-2014 Forskning og innovasjon for bedre samhandling*

Igangsett. Målrettet utlysning av forsknings- og FOUmidler til samhandling.

Målet er **nådd**.

- rapporterer på status samhandlingsreformen i oppfølgingsmøtene, med særskilt rapportering på 1. tertialmøte og 2. tertialmøte. Rapporteringen skal omfatte både tjenestetilbudet, kompetanse og økonomi. Det vil kunne komme endringer i ØBAK som følge av dette.

Helseforetakene rapporterer pr mnd gjennom AD rapporten for antall utskrivningsklare pasienter og antall døgn. Antall utskrivningsklare pasienter er høyere enn vi forventet ved starten på året.

Helseforetakene jobber godt med dette og vi forventer at kommunene vil i økende grad gi tilbud til utskrivningsklare pasienter.

Helseforetakene rapporterer i samsvar med våre krav. Antall utskrivningsklare pasienter er fortsatt høyere enn vi forventet ved St. Olavs Hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF. Det er i hovedsak byene som strever med å gi tilbud til utskrivningsklare pasienter

St. Olavs Hospital HF har rapportert til Helse Midt-Norge på status for reformen vår og høst 2012.

Vi ser en betydelig reduksjon i antall liggedøgn for utskrivningsklare pasienter. Vi ser en oppbygging av nye øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene og forbereder oss på å bygge ut/ organisere støttetjenester fra St. Olavs Hospital HF for å bistå kommunene i håndtering av enkeltpasienter; vi skal legge til rette for at rett pasient havner på rett sted til rett tid.

Målet er **nådd**.

3.2.2 Internkontroll og risikostyring

Foretaksmøtet forutsatte at:

- styret har en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetaksgruppen minimum én gang per år med hensyn til risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik.

Risikovurdering av oppdrag tas i forbindelse med 1. og 2.tertial. Status på styresaker gjennomgås halvårlig. Tilsynssaker tas opp årlig. Statusrapport på økonomi, bemanning, aktivitet og kvalitet i hvert styremøte.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet forutsatte at det ved omstilling av virksomheten, herunder innføring av ny teknologi og organisasjonsendringer, må det foreligge risikovurderinger for hvilke konsekvenser tiltaket vil ha, også for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene. Der det foreligger risiko for uønskede hendelser skal det etableres særlige overvåkingsrutiner og forebyggende tiltak for å redusere risiko.

St. Olavs Hospital HF har lenge hatt prosedyrer for både når og hvordan risikovurdering skal gjennomføres i organisasjonen.

Styret har også vedtatt akseptansekriterier for vurdering av risiko i organisasjonen. Interne prosedyrer for omstilling stiller krav om risikovurdering og involvering i prosessen.

Prosedyrene for risikovurdering er under revisjon og man ønsker å dreie fokus fra vurdering til risikostyring.

Helse Nord-Trøndelag HF legger årlige planer for revisjoner, risikovurderinger og beredskap. I tillegg følger Arbeidsmiljøutvalget opp og etterspør risikovurderinger der det anses som relevant

Helse Møre og Romsdal HF har i alle saker der det blir gjennomført større endringer, enten som organisatoriske endringer eller i saker som omhandler omlegging av struktur, gjennomført risikoanalyser og konsekvensutredninger som ledd i prosessen med endring. Sak behandlet i Helse Midt-Norge ligger til grunn for det arbeidet som blir gjennomført.

Rusbehandling Midt-Norge HF har innarbeidet punkt om risikovurdering etter konklusjon i mal for beslutningsgrunnlag.

Sykehusapotekene i Midt-Norge HF har kommet langt mht gjennomføring av risikovurderinger på ulike nivå: måloppnåelse, prosjektnivå og arbeidsprosesser med spesiell risiko knyttet til seg. Er forberedt på at større endringer skal risikostyres. Dette inngår i videreutvikling av helhetlig virksomhetsstyring. Arbeidet blir en del av implementering av regional kvalitetsstrategi (delstrategi 5 - Styring og ledelse).

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet forutsatte at Helse Midt-Norge RHF og underliggende helseforetak har en systematisk oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn

Alle underliggende helseforetak har oppfølging av tilsyn organisert som en del av kvalitetsarbeidet. Helse Midt-Norge har to årlige møter med kontaktfylkesmannen i region Midt-Norge, der funn fra gjennomførte tilsyn drøftes.

I 2012 deltok adm.dir ved helseforetakene i møtet med fylkesmannen, som ledd i å etablere en felles arena for oppfølging av tilsyn.

Helse Midt-Norge RHF tar utgangspunkt i funn ved tilsyn i foretakene for å prioritere oppfølging av IKT systemer og tiltak rettet direkte mot det enkelte helseforetak

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet forutsatte at forespørsler fra Statens helsetilsyn og andre tilsynsmyndigheter følges opp og besvares innenfor de fristene som er satt

Alle underliggende helseforetak rapporterer at de følger opp frister satt av tilsynsmyndigheten. Helse Midt-Norge RHF er kopiadressat på alle tilsynsrapporter, tilbakemeldinger og lukking av tilsyn. Med dette utgangspunktet kan Helse Midt-Norge RHF bekrefte at oppfølgingsarbeidet i helseforetakene foregår i tråd med det som rapporteres.

Målet er **nådd**.

- Helse Midt-Norge RHF må sikre at helseforetakene har metoder for å teste og overvåke eventuelle svikt i det pasientadministrative arbeidet slik at tiltak iverksettes raskt

Foretakene har utarbeidet ny prosedyre med utgangspunkt i regionalt samarbeid ved viderehenvisning av pasient ved flytting av pasient mellom sykehus i Helse Midt Norge. Denne prosedyren har som mål å sikre rett registrering i tråd med helhetlige pasientforløp. Det er utarbeidet en prosedyrepakke med hovedprosedyre og 11 delprosedyrer for registrering, rapportering og vedlikehold av ventelister.

Prosedyren om henvisninger i spesialisthelsetjenesten er revidert.

Det implementeres elektronisk saksgang.

Målet er **nådd**.

- Helse Midt-Norge RHF må følge opp arbeidet med kvalitetssikring av pasientadministrative rutiner med hensyn til organisasjons- og kompetanseutvikling

Helse Møre og Romsdal HF, Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF har igangsatt arbeid med å lage en felles opplæringspakke for personalet innenfor EPJ (Elektronisk PasientJournal) og ventelisteføring. Helse Møre og Romsdal HF har rekruttert ny PAS-konsulent for nordfylket som begynte i sitt arbeid i januar 2013.

Målet er **nådd**.

3.2.3 E-helse

Foretaksrådet ba Helse Midt-Norge RHF, i samarbeid med Helsedirektoratet og de øvrige regionale helseforetakene der det er nødvendig:

- legge til rette for implementering av helseinformasjonssikkerhetsforskriften

Helse Midt-Norge har i brev til HOD pr 1.6.2012 og 1.10.2012 meldt status på Helse Midt-Norge sitt pågående arbeid knyttet til helseinformasjonssikkerhetsforskriften.

Forskriften er imidlertid ikke endelig ferdigstilt, og på noen områder avventes tiltak på egne systemer.

Målet er **nådd**, og arbeidet videreføres i 2013.

- tilrettelegge for utbredelse av elektronisk resept i helseforetakene

Helse Midt-Norge har i brev til HOD forpliktet seg til å levere pilot for e-resept i 2014 og full utrulling til alle helseforetak i regionen i løpet av 2015. Prosjekt er igangsatt som en integrert del av Helse Midt Norge sitt e-kurve program.

Målet er **nådd**.

- bidra i de nasjonale prosjektene på e-helseområdet som bl.a. helseportal, kjernejournal, elektroniske resepter, nasjonalt standardiseringsarbeid, helse- og kvalitetsregistrene, automatisk frikort og arbeidet med felles løsning for folkeregisteropplysninger.

Helse Midt-Norge deltar aktivt innenfor alle nasjonalt initierte e-helse oppgaver og programmer og deltar med dedikerte ressurser innenfor alle beskrevne områder.

Målet er **nådd**.

- sikre at alle helseforetakene i regionen følger opp de nasjonale tiltakene for *elektronisk meldingsutveksling*. Alle helseforetak skal i løpet av 2012 ha forberedt for mottak av elektroniske henvisninger fra primærhelsetjenesten.

Helse Midt-Norge har et samordnet program for innføring av elektroniske meldinger i regionen. Alle aktuelle helseforetak kan motta og mottar elektroniske henvisninger fra de legekantor som kan sende.

Målet er **nådd**.

- bidra i arbeidet med å utvikle en standard for *elektronisk henvisning med vedlegg* mellom helseforetakene og pilotere denne

Helse Midt-Norge er av den oppfatning at det nasjonale arbeidet med standard for vedlegg til elektroniske henvisninger har stanset opp. Helse Midt-Norge ønsker å bidra til at dette arbeidet prioriteres i etablert fora for prioritering av standarder (NUIT).

Målet er **nådd**.

- bidra til å få på plass et system for elektronisk understøttelse av innføringen av melding etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3

Målet som var system på plass innen 1/7 2012 ble ikke nådd. Kvalitetsrådgiverne ved alle aktuelle helseforetak i regionen har sammen med systemleverandøren utviklet en ny meldingsmodul i kvalitetssystemet EQS som vil ivareta kravene for rapportering til Kunnskapssenteret. Pr februar 2013 har Hemit satt 1/7 som dato for igangsetting av systemet.

Denne forsinkelsen har påført helseforetakene mye ekstraarbeid med manuell håndtering av meldingene, men dette sikrer at meldingene behandles som forutsatt selv om ikke den elektroniske løsningen er på plass.

Målet er **ikke nådd**. Ferdig 1.7.2013.

3.2.4 Tiltak på personalområdet

Bemanning

- Foretaksmøtet forutsatte at Helse Midt-Norge RHF legger til rette for å øke antall læreplasser i helseforetakene for elever i videregående opplæring

Foretakene har i samarbeid med kommunene økt antall læreplasser. Det har vært problemer med rekrutteringen til plassene. Helse Midt-Norge RHF har gjennomført workshop for helseforetakene og andre aktører hvor bl.a. denne problemstillingen har vært på dagsorden.

Helse Midt-Norge RHF har gjennomført workshop for helseforetakene med fokus på økt rekruttering av helsefagarbeidere.

I forbindelse med insourcing av ambulansetjenesten er det satset spesielt på rekruttering til læreplasser innenfor ambulansefaget. Dette fagområdet er attraktivt og det har ikke vært problemer med rekruttering til disse plassene.

Målet er **nådd**.

Heltidsstillinger, midlertidige stillinger og deltidsstillinger

Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF sørger for at helseforetakene i regionen:

- som hovedregel bruker faste heltidsstillinger og begrenser bruken av midlertidige stillinger og deltidsstillinger

Det er etablert praksis i foretakene at hovedregelen er faste heltidsstillinger. Når noen slutter vurderes det om stillingen eller deler av stillingen kan tilbys ansatte i deltidsstillinger, før utlysning. For å øke andelen faste heltidsstillinger har det blitt etablert bemanningssentre med noe ulik organisering i helseforetakene. Det er også igangsatt ulike piloter med andre måter å organisere arbeidstiden på, slik at stillingsandeler kan økes. Andelen deltid er redusert og den gjennomsnittlige stillingsstørrelsen i Helse Midt-Norge er økt.

Målet er delvis **nådd**

- i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene arbeider for at permisjonspraksis ikke medfører unødvendige midlertidige tilsetninger

Det er iverksatt prosesser sammen med tillitsvalgte i alle helseforetak. Praksisen er innskjerpet og ved enkelte foretak er det gjennomført en systematisk gjennomgang av retningslinjer og konkret gjennomgang av bruk av vikarer.

Målet er **nådd**.

Foretaksmøtet viste til kravet som ble satt i foretaksmøtet i januar 2011 om å redusere andelen deltid med minst 20 prosent og ba om at Helse Midt-Norge RHF sørger for at helseforetakene i regionen:

- fortsetter arbeidet med å øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger

Helseforetakene har jobbet systematisk med å øke stillingsandelen, gjennom en rekke tiltak og prosjekter (se punkt faste heltidsstillinger). Økningen i gjennomsnittlig stillingsandel har vært 5,1 % i løpet av 2012 (jf ny nasjonal definisjon). Erfaringene viser at dette er krevende prosesser som vil ta tid.

Målet er delvis **nådd**.

- har systemer som gir oversikt over medarbeidere i deltidsstilling som ønsker høyere stillingsandel

Helse Midt-Norge har gjennomført punktundersøkelse om hvor mange som ønsker økt stillingsandel. Parallelt er det jobbet med systemutvikling, for å sikre løpende informasjon om ønsker om stillingsøkning. Dette er utviklet og vil bli implementert i 2013.

Målet er **nådd**.

- i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene finner prosjekter eller gode tiltak som kan bidra til å øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og gi flere heltidsstillinger. Det vises blant annet til avtalen mellom Fagforbundet og Spekter om å arbeide sammen for flere heltidsstillinger.

Dette gjøres. Viser til øvrige punkter i kapitlet.

Målet er **nådd**.

Ledelse

Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om:

- å sikre gode systemer for å velge kandidater og legge til rette for deres deltakelse i Nasjonalt topplederprogram
- sikre gode systemer for utvikling av fremtidige ledere på ulike nivå
- at nasjonal lederplattform ferdigstilles innen utgangen av andre tertial 2012 og inneholder plan for systematisk videreutvikling og revidering
- at nasjonal lederplattform tas i bruk som verktøy for ledelse og for å rekruttere, følge opp og utvikle ledere

Helse Midt-Norge RHF har iverksatt system for å velge kandidater til Nasjonalt topplederprogram. Helse Midt-Norge hadde kandidater til både kull 12 og 13 i 2012, i tillegg til kandidater sendte vi også

en hospitant på kull 13 høst 2012. Kandidatene som deltar på Nasjonalt topplederprogram får permisjon fra sin nåværende jobb, dette for å legge til rette for god deltakelse.

Helse Midt-Norge gjennomførte Workshop med bred deltakelse fra ledere på ulike nivå i helseforetakene for å komme med innspill til nasjonal lederplattform.

Videre har Helse Midt-Norge hatt med to ledere og en koordinator i arbeidet med å ferdigstille nasjonal lederplattform.

HR direktøren i Helse Midt-Norge har i samarbeid med de øvrige HR direktørene og i samarbeid med programsjef for Nasjonal ledelsesutvikling utarbeidet en felles styresak for behandling i HF styrene og styre til det regionale helse foretaket.

Etter at saken er behandlet i styrene i helseforetakene og det regionale helseforetaket, vil arbeidet med at nasjonal lederplattform tas i bruk som verktøy for ledelse og for å rekruttere, følge opp og utvikle ledere.

Målet er **nådd**.

3.2.5 Regjeringens eierskapspolitikk

Foretaksrådet forutsatte at Helse Midt-Norge RHF og de underliggende helseforetakene:

- er kjent med kravene som følger av regjeringens eierskapspolitikk

Regjeringens eierskapspolitikk er gjort kjent ved at styrene på begge nivå har behandlet eierskapsmeldingen av 1. april 2011 i egen styresak og Helse Midt-Norge følger opp både gjennom krav til innhold i styreinstruksjoner og de enkelte styresaker hvor eierskapspolitikken blir aktualisert.

- er kjent med kravene til samfunnsansvar, særlig på områdene menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter, miljø/klima og arbeidet mot korrupsjon

Helse Midt-Norge RHF har en høy bevissthet i forhold til ivaretagelse av samfunnsansvaret og har gjennom 2012 arbeidet aktivt med målrettede tiltak på ulike områder, herunder forberedelse av miljøsertifisering av alle helseforetak og det regionale helseforetaket innen 2014 og etablering av etiske retningslinjer i foretaksgruppen.

Arbeidet med etiske retningslinjer er ennå ikke slutført. Årsaken til dette er at styret i HMN ønsket flere innspill og bredere behandling av retningslinjene. Saken om etiske retningslinjer blir slutført våren 2013.

Helse Midt-Norge skal ivareta sitt overordnede samfunnsansvar ved å sørge for at samfunnsoppdraget blir gjennomført på en slik måte at verdiene trygghet, respekt og kvalitet blir etterlevd i hele foretaksgruppen. I ivaretagelse av samfunnsansvaret er knyttet til å ivareta menneskerettigheter, i ivareta arbeidsgiverrettigheter, arbeide mot korrupsjon og i ivareta miljø og klima.

Målet er **nådd**.

- har retningslinjer og rutiner for å operasjonalisere og ivareta samfunnsansvaret både i strategisk og operasjonell virksomhetsstyring

Styret i Helse Midt-Norge RHF fikk seg forelagt en sak som viste status på området i desember 2012 og administrasjonen fikk i oppdrag å legge fram forslag til retningslinjer for utøvelse av samfunnsansvaret i løpet av våren 2013. Retningslinjene vil bli forelagt de underliggende helseforetakene til forankring i organisasjonene og behandling i respektive styrer.

Målet er **ikke nådd** i 2012 og arbeidet vil videreføres i 2013.

- bidrar til moderasjon i lederlønnene og er kjent med og følger retningslinjene for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper fastsatt 31. mars 2011 og er kjent med Riksrevisjonens lederlønnsundersøkelse i Dokument 3:2 (2011-2012)

Det regionale styret, underliggende styrer, regional ledergruppe og ledergruppene i foretakene er gjort kjent med regjeringens eierskapspolitikk, Riksrevisjonens lederlønnsundersøkelse i Dokument 3:2 (2011-2012) og kravet om moderasjon i lederlønninger.

Målet er **nådd**.

3.2.6 *Kjøp av helsetjenester fra ideelle institusjoner*

Foretaksmøtet forutsatte at Helse Midt-Norge RHF:

- gjør seg kjent med samarbeidsavtalen når den foreligger, og legger denne til grunn for sitt samarbeid med ideelle aktører

Regjeringen og ideell sektor undertegnet samarbeidsavtalen den 03.10.12. Et viktig tiltak i avtalen er å etablere møteplass der regjeringen og ideell organisasjoner kan drøfte sentrale prinsipiell spørsmål og rammebetingelser.

Målet er **nådd**.

- benytter mulighetene som ligger innenfor regelverket for offentlige anskaffelser for å bidra til forutsigbare rammevilkår for ideelle institusjoner, herunder vurderer lengre kontraktperioder, i hvilke tilfeller det er hensiktsmessig å inngå rammeavtaler og hvordan slike avtaler skal utformes for at de ideelle organisasjonene skal få tilstrekkelig forutsigbarhet

I avtalene om tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (TSB) er dette kravet ivaretatt. Det samme gjøres i planleggingen av ny anskaffelse av spesialiserte rehabiliteringstjenester som starter i 2012 og som skal gjelde fra 2014. Helse Midt-Norge RHF har ikke avtaler på andre områder enn disse to med private ideelle organisasjoner.

Målet er **nådd**.

- har tydelig ledelsesforankring av innkjøpsaktiviteten og at overordnede målsettinger uttrykkes gjennom foretakets innkjøpsstrategier

I henhold til innkjøpshåndbok for regionale anskaffelser benyttes det en styringsgruppe ved innkjøp av helsetjenester etter en foregående risikovurdering. Styringsgruppa består blant annet av direktør for helsefag og direktør for stab og prosjektstyring. I prosjektplanen for den enkelte innkjøpsprosess fastsettes målene for anskaffelsen.

Målet er **nådd**.

- bidrar til å videreutvikle gode kvalitetskriterier og -krav for utforming av konkurransegrunnlag slik at de ideelle leverandørenes reelle fortrinn og kvaliteter blir verdsatt i de enkelte anskaffelsene

I 2012 er det bestemt å utvikle og bruke krav til kvalitet i de kommende anskaffelsene av private sykehustjenester, spesialiserte rehabiliteringstjenester og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbruk (TSB) som gjennomføres i 2013.

Målet er **nådd**.

- har gode rutiner for kontraktsoppfølging, og løpende dialog med leverandørene for effektiv kontroll med at kontrakter oppfylles og sanksjonering ved mangelfull ytelse, for å sikre tjenestenes kvalitet

Avtaleoppfølging er beskrevet i innkjøpshåndboka for regionale anskaffelser. For kjøp av helsetjenester skjer det gjennom løpende dialog med leverandørene, kontroll med aktivitets- og kostnadsrammer og årlige justeringsforhandlinger når det er avtalefestet.

Målet er **nådd**.

- videreutvikler samarbeidet med de andre regionale helseforetakene om kompetanseutvikling om offentlige anskaffelser, og at forholdet til ideelle organisasjoner blir en særskilt satsing fremover.

Kravet er oppfylt ved at innkjøp av helsetjenester fra ideelle organisasjoner gjennomføres mest mulig fleksibelt i forhold til regelverket om offentlige anskaffelser og gode praksiseksempler, samt gjennom felles møtearenaer.

Målet er **nådd**.

3.2.7 *Kvalitet i anskaffelsesprosessene*

Foretaksrådet forutsatte at Helse Midt-Norge RHF:

- følger opp evalueringer med tiltak for å styrke kvaliteten i offentlige anskaffelser av helsetjenester og anskaffelser generelt

Sluttrapporten fra evalueringen av kjøp av helsetjenester ble levert i slutten av oktober 2012 og vil bli fulgt opp i 2013 gjennom de anskaffelsene som skal gjøres da.

Målet er **nådd**.

- følger opp forhold som Riksrevisjonen har påpekt i sin undersøkelse av nasjonale rammeavtaler for leie av helsepersonell

Helse Midt-Norge har etterlyst bedre avtaler for å forbedre avtalelojaliteten til leverandørene. Derfor er det inngått nye rammeavtaler med nye leverandører av helsetjenester.

Alle avtalene er gjort tilgjengelig på Helse Midt-Norge RHF's personalweb.

Helse Midt-Norge har bygd opp et nettverk bestående av sentrale personer i helseforetakene som følger opp arbeidet. Dette har forbedret med, avtalelojalitet, avvik og statistikk.

For å nå målet om bedre avtalelojalitet har Helse Midt-Norge RHF tatt opp spørsmålet om en sentralisert bestillerfunksjon i alle helseforetak (bestilling, koordinering og fakturakontroll) uten at dette er realisert pt.

Nye avtaler fra 1.2.2013.

Målet er **nådd**.

3.2.8 *Landsdekkende utbygging av Nødnett*

Foretaksrådet forutsatte at Helse Midt-Norge RHF deltar i:

- ferdigstillingen av første byggetrinn for Nødnett
- evalueringen av første byggetrinn og oppfølgingen av denne
- oppfølgingen av gevinstrealiseringsplanen
- planlegging og gjennomføring av landsdekkende utbygging av Nødnett

Helse Midt-Norge har deltatt aktivt i realiseringen av nytt nødnett.

Planlegging lokalt i Midt-Norge er i gang. Det blir arrangert møter mellom kommuner og prosjektet.

Helse Midt-Norge har deltatt her med prosjektleder.

Det er gjennomført informasjonsmøte mellom Helsedirektoratet og alle direktører i Helse Midt-Norge.

Helse Midt-Norge deltar i styringsgruppen for etablering av Helsetjenestens Driftsorganisasjon som et HF.

Målet er **nådd**.

3.2.9 Stabs- og støttefunksjoner

- Foretaksmøtet ba om at Helse Midt-Norge RHF i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene lager et forslag til videre fremdrift i arbeidet og hvordan det videre arbeidet bør organiseres. Det bør også skisseres hvordan felles løsninger og tjenesteproduksjon best kan organiseres nasjonalt. Foretaksmøtet ba om at forslag med fremdriftsplan oversendes innen 1. april 2012.

Helseregionene leverte i 2012 fremdriftsplan i henhold til (utsatt) frist.

Arbeidet er igangsatt. Det er etablert en felles styringsgruppe for oppfølging.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å delta i et felles prosjekt for standardisering og harmonisering på økonomiområdet. Arbeidet med standardisert firesifret kontoplan skal fullføres i 2012. Det legges til grunn at det tas initiativ til ytterligere standardiseringer i 2012 bl.a. regler for fordeling av felleskostnader/-inntekter.

Helse Midt-Norge deltar i arbeidet med standardisering av firesifret kontoplan, men det er ikke fullført i løpet av 2012.

Arbeidet knyttet til regler for fordeling av felleskostnader /-inntekter er et omfattende og krevende arbeid og er ikke påstartet. Det er behov for å avklare og etablere en felles forståelse for hva denne problemstillingen gjelder før en påstarer arbeidet med løsning. Videre er det nødvendig å avklare hvor langt det er mulig og nødvendig å standardisere på tvers av helseregionene.

Det gjøres også arbeid med standardisering på andre områder. Vi viser i den sammenheng til nasjonalt indikatorprosjekt om effektivitet i sykehus. Dette arbeidet er videreført i 2013 og skal levere rapport 15. januar 2014.

Målet er **ikke nådd** og arbeidet videreføres.

3.3 Øvrige styringskrav for 2012

3.3.1 Rapportering til NPR

Ulykkesskader

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF lage en tidsplan for gjennomføring av rapportering innen 1. mars 2012.

Plan i henhold til oppdraget ble sendt innen fristen, 1. mars 2012.

Det er satt i verk en rekke tiltak for å forbedre skade- og ulykkesrapporteringen til NPR. Triage-systemet RETTS inneholder for hver problemstilling en tiltakspakke som sykepleier skal gjennomføre. Det er imidlertid en utfordring å samordne registreringene mellom legevaktene og akuttmottakene ved sykehusene. Det er også iverksatt tiltak for å etablere en ny og forbedret registreringsløsning for å kunne bedre rapporteringer og tilbakemeldinger til brukerne. Dette vil kunne bidra til høyere motivasjon for dem som registrerer, og vil også føre til bedre datakvalitet.

Målet er **nådd**.

Avtalespesialister

- Foretaksrådet ba Helse Midt-Norge RHF følge opp at avtalespesialister registrerer prosedyre- og tilstandskoder, og at det rapporteres elektronisk innen fristen til NPR

Helse Midt-Norge RHF sendte i januar en e-post til alle avtalespesialister og minnet dem på fristen for rapportering til NPR innen 20.01.12. I tillegg ble det lagt ved link til registreringsveileder for avtalespesialister versjon 1.0.

I tillegg sendte vi ut et eget brev til alle som ikke hadde rapportert inn i 2010 at sanksjoner ville iverksettes hvis de ikke rapporterte inn data til NPR. Fra helsedirektoratet vil det bli oversendt en oversikt i uke 7 over de som ikke har rapportert inn. Det vil da bli vurdert flere tiltak for rapportering. I Helse Midt-Norge er det en avtalespesialist som har bedt om fritak for rapportering til NPR. De øvrige rapporterer i henhold til krav.

Helse Midt-Norge RHF følger opp avtalespesialistene. Målet er **nådd**.

Samhandlingsreformen

- Foretaksrådet ba Helse Midt-Norge RHF sørge for at nye koder tas i bruk og rapportering i tråd med spesifisering.

Det er satt i verk tiltak for implementering av de datatekniske løsningene for å få på plass registrering av kodene i PAS. Dette er et arbeid som gjøres felles for alle helseforetak i regionen. Det vil bli gitt opplæring i korrekt bruk av disse kodene når løsningen er på plass.

Målet er **nådd**.

- Foretaksrådet ba Helse Midt-Norge RHF legge til rette for registrering og rapportering på utskrivningsklare pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Dette gjøres månedlig. Internrevisjon på området planlegges til våren 2013.

Målet er **nådd**.

Ventetider radiologi

- Foretaksrådet ba Helse Midt-Norge RHF i 2012 legge til rette for at offentlige poliklinikker og private røntgeninstitutt kan rapportere ventetider til NPR fra 2013.

Henvisninger og henvisningsperioder for somatikk og voksenpsykiatri rapporteres fra PAS. Henvisninger og henvisningsperioder fra Barne- og ungdomspsykiatri rapporteres fra Bupdata. Henvisninger og henvisningsperioder for Rusbehandling Midt-Norge HF rapporteres fra Rusdata. Ut fra rapporteringen av henvisninger og henvisningsperioder beregnes ventetidene av NPR.

Målet er **nådd**.

- Foretaksrådet ba Helse Midt-Norge RHF sørge for at det ved nye avtaler med private røntgeninstitutt kreves rapportering om forventet ventetid for lavt prioriterte pasienter til informasjonstjenesten *Fritt sykehusvalg*.

Nye avtaler med private røntgeninstitutt innebærer krav om rapportering etter de til enhver tid gjeldende retningslinjer fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Målet er **nådd**.

Øvrige krav

- Foretaksrådet ba Helse Midt-Norge RHF informere NPR om nye avtaler med private tjenesteytere. Avtalepartene skal overholde rapporteringsfrister og rapportere elektronisk. Alle private sykehus og rusinstitusjoner skal rapportere ventelistedata.

Dette er tatt inn i avtalen med rusbehandlingsinstitusjonene i 2010 og tas inn i de nye avtalene om private sykehustjenester i 2013.

Målet følges opp ved inngåelse av nye avtaler med private. Målet er **nådd**.

- Foretaksrådet ba Helse Midt-Norge RHF sikre at sykehusene har rutiner for kvalitetssikring av data før rapportering til NPR.

Det jobbes kontinuerlig med å få så god kodekvalitet som mulig.

Når tertialdata leveres NPR, skal alle kontroller i prosedyren være gjennomført.

Målet er **nådd**.

- Foretaksrådet ba Helse Midt-Norge RHF sikre at det er mulig å identifisere behandlingssted i rapporterte data. Dette er nødvendig blant annet for å kunne presentere ventelistestatistikk og kvalitetsindikatorer på korrekt nivå.

Helse Midt-Norge har lagt til rette for at behandlingssted kan identifiseres i rapporterte data til NPR.

Målet er **nådd**.

3.3.2 *Bruk av IKT funksjonalitet ved dokumentasjon av medisinsk aktivitet*

- Foretaksrådet ba Helse Midt-Norge RHF sørge for at rutiner, prosesser, opplæring og IKT-systemer bidrar til korrekt medisinsk koding i helseforetakene.

Hovedledelsen ved **St. Olavs Hospital HF** har vedtatt at alle leger i klinisk virksomhet skal gjennomgå Kodeveiledningen 2012, samt gjennomføre e-læring i medisinsk koding. I tillegg skal alle LIS-leger gjennomføre 6-timers obligatorisk kurs i medisinsk koding som arrangeres av Enhet for økonomi. Det jobbes med å effektivere tiltakene.

Helse Nord-Trøndelag HF har gjennomført omorganisering av kodesekretærer fra 1. september 2012, der kodesekretærer organiseres i klinikkene. Forslag til nye rutiner, arbeidsmetodikk og arbeidsfordeling mellom klinikk og stab er tatt opp i møter med klinikkene. Endelige rutiner skal være på plass innen 1. mars 2013.

Helse Møre og Romsdal HF har ferdigstilt arbeidet med å utarbeide opplæringsdokumenter.

Kurs i medisinsk koding tilbys til nye turnusleger. I tillegg tilbys avdelingsvis opplæring ved behov.

Gjennomført koderevisjon og gjennomført undervisning til alle sykehus i november. Undervisningen ble holdt ved Ålesund sjukehus og overført via video til de andre sykehusene

Rusbehandling Midt-Norge HF har igangsatt arbeidet. Det arbeides med forenkling.

Målet er **nådd**.

3.3.3 *Fritt sykehusvalg*

- Foretaksrådet ba om at Helse Midt-Norge RHF i 2012 iverksetter tiltak som sikrer at alle får informasjon og veiledning om fritt sykehusvalg. Informasjonen om fritt sykehusvalg bør gis sammen med at pasienten får opplyst når de har timeavtale, slik at pasienten gis et grunnlag for å vurdere om det kan være hensiktsmessig å benytte fritt sykehusvalg.

Helseforetakene har etablert praksis for å legge inn informasjon om fritt sykehusvalg enten som vedlegg til eller som del av pasientbrev.

Målet er **nådd**.

3.3.4 Regnskapshåndbok

- Foretaksmøtet ba om at regnskapshåndboken legges til grunn for de regionale helseforetakene og helseforetakenes regnskapsføring.

Ny felles regnskapshåndbok for helseregionene ble ferdigstilt som versjon 1.0 og godkjent ultimo mai. I versjon 1.0 av regnskapshåndboken følger også flere vedlegg. Det er et mål at regnskapshåndboken med vedlegg i størst mulig grad skal gi praktiske og konkret hjelp til målgruppene. Regnskapsboken ble distribuert til foretakene i Helse Midt-Norge etter RHF-ets foretaksmøte primo juni 2012.

Målet er **nådd**.

3.4 Øvrige aktuelle saker i 2012

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

Tillegg til foretaksprotokoll

Helse- og omsorgsdepartementet ber om at det i rapporten fra arbeidet med indikatorsett og analyser av produktivitetsforskjeller som skal ferdigstilles og oversendes HOD innen 1.juli 2012, eller i en tilleggsrapport, tas inn en vurdering av organiseringen av medisinske støttefunksjoner (lab/røntgen) i helseforetakene, herunder en redegjørelse for kostnadsnivået til medisinske støttefunksjoner, drøfting av potensialet for mer effektiv organisering og konkrete forslag til mulige forbedringstiltak.

Se SINTEF rapport A19615 fra 2011 Spesialisthelsetjenesten i Norden.
<http://www.sintef.no/spesnorden>.

Det skal også gjøres vurderinger av samfunnsmessige konsekvenser for øvrig f.eks for pasienter, private aktører og arbeidsplasser.

Dersom det kun er mulig å få frem en foreløpig rapport innen **1.juli**, ber vi om å få forslag til en tidsplan for endelig rapport, sammen med den foreløpige rapporten.

Helse Midt-Norge leder arbeidet.

Etter avklaring med eier, er det nedsatt styringsgruppe og prosjektgruppe. Prosjektgruppen har hatt ett møte, og rapport er planlagt oversendt eier innen 1. juli 2013.

Foretaksmøte 20.3.2013

Salg av Åsebøen 3 og 9 ved Ålesund sykehus, Helse Møre og Romsdal HF

- Frigjorte midler ved salget skal benyttes til nedbetaling av gjeld eller investeringer i varige verdier

Åsebøen nr. 3 og 9 ble solgt for samla 56 mill. kr.

Av dette er 37,5 mill kr. satt av til finansiering av en rekke ombygginger, blant anna ny ortopedisk sengepost i 7. etg, omrokking av medisinske sengeposter og kirurgiske sengeposter, etablering av ny kirurgisk ortopedisk poliklinikk og ny dagkirurgisk enhet ved Ålesund sykehus Videre er 13, 0 mill. kr. avsatt til oppgradering av boligblokker Åsebøen 5 og 7

4 mill er gått til oppgradering helikopterplass Molde
1,5 mill kr. i provisjon og salgsutgifter.
Totalt blir dette 56 mill kr.

- Engangseffekt ved salget – gevinst eller tap?
Bokført verdi på begge blokkene var 42,8 mill kr. i 2010, gevinst blir da 11,7 mill hensyntatt salgsomkostninger.

- Salg av personalboliger gjøres på en måte som ivaretar hensynet til ansatte på en tilfredsstillende måte

Vi benytter ett års leiekontrakter i alle våre boligenheter med mulighet for forlengelse til 2 år.
Alle inngåtte leiekontrakter i nr. 3 og 9 ble ivare tatt av nye eiere tilsvarende de betingelser som gjelder for øvrige leietakere hos oss.

- Gjennomført nødvendig dialog og informasjon med berørt kommune og fylkeskommune?
Forkjøpsrett var ikke ønskelig å benytte hos disse, andre tiltak var ikke aktuelle ovenfor det offentlige.

Krav til salg fulgt opp – mål nådd.

Foretaksmøte 6.6.2012

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF bidra til at det etableres øyeblikkelig hjelp tilbud i alle kommuner

Se svar under kap 2.1.4 Samhandlingsreformen.

Målet er **nådd**

- Foretaksmøtet legger til grunn at Helse Midt-Norge RHF bidrar i oppfølgingen av Helse direktoratets rapport "*Læring for bedre beredskap*"

Helse Midt-Norge RHF deltar i ulike arbeidsgrupper.

Målet er **nådd**.

- Foretaksmøtet 6.6.12 viste til oppdragsdokumentet for 2011 hvor de regionale helseforetakene blir bedt om å implementere nytt styringssystem for nasjonale tjenester. Det mangler årsrapporter for flere tjenester og et betydelig antall referansegrupper mangler. Foretaksmøtet la til grunn at opprettelse av referansegrupper og rapportering bringes i tråd med stilte krav og at HMN rapporterer særskilt til HOD innen 1.oktober 2012 om status.

Det er avholdt informasjonsmøte med ledere for nasjonale tjenester for å få rapporteringen i tråd med krav. Fulgt opp etter møte (nov. 2012).

Målet er **nådd**.

Foretaksmøte 15.10.2012

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF bidra i arbeidet med planlegging av norsk senter for partikkelterapi. Arbeidet skal inneholde plan for etablering, organisering og drift, herunder et omforent mandat med rammer for igangsetting av idfase. Frist for oppdraget settes til 1. februar 2013.

Arbeidet er igangsatt under ledelse av Helse Vest. Henrik Sandbu deltar for Helse Midt-Norge. Rapport med plan for etablering, organisering og drift, herunder et omforent mandat med rammer for igangsetting av idfase oversendt HOD 1. feb. 2013.

Målet er **nådd**.

Tillegg til Oppdragsdokument – brystrekonstruksjon

Departementet ba om følgende rapportering per 1. oktober 2012:

1. Hvor mange pasienter venter på operasjon for henholdsvis rekonstruksjon med eget vev og med protese.
2. Hvor lang er ventetiden for operasjon fordelt på rekonstruksjon med eget vev og protese.
3. Forventet antall operasjoner i 2012 for rekonstruksjon med eget vev og med protese (måltall).
4. Forventet antall operasjoner i 2013 i rekonstruksjon med eget vev og med protese (måltall).
5. Forventet antall operasjoner hos private aktører i 2012 og 2013 fordelt på rekonstruksjon med eget vev og med protese.

Departementet ba de regionale helseforetakene om å sørge for felles kvalitetssikringsprosess og samle inn tallene på en enhetlig måte, slik at rapporteringen per RHF er sammenlignbar.

I Helse Midt-Norge gjøres det i dag rekonstruksjon av bryst med protese etter kreftbehandling (eller forebygging genetisk disponert kreftutvikling) i Helse Møre og Romsdal og St. Olavs Hospital. Denne aktiviteten i Helse Møre og Romsdal er svært begrenset.

Rekonstruksjon med eget vev, stilket muskellapp og profylaktisk mastectomi hos genetisk disponerte pasienter utføres kun ved Avdeling for plastikkirurgi ved St. Olavs Hospital.

Det er p.t. ikke avtaler med private i Helse Midt-Norge om rekonstruksjon av bryst i forbindelse med kreftbehandling.

Kravet om å redusere ventetid for rekonstruksjon av bryst er gitt til de tre sykehusforetakene i Midt-Norge i de ordinære styringsdokumentene. Dette kravet forutsetter en ressursallokering og effektivisering i det enkelte helseforetak, eller også ved samarbeid mellom helseforetak, slik at ventetiden går ned. Dette oppdraget opprettholdes.

Det spesifikke oppdraget fra Helse og omsorgsdepartementet knyttet til tilleggsbevilgningen i juli skal medføre ytterligere reduksjon av ventetid samlet i regionen.

Helse Midt-Norge RHF besluttet å gi hovedoppdraget til St. Olavs Hospital HF. Helse Midt-Norge ba St. Olavs Hospital HF i samarbeid med Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal HF om å utarbeide en tiltaksplan for hvordan tilleggsbevilgningen skal anvendes for å få redusert ventetid. Planen er levert og blir iverksatt.

Når det gjelder måltall for økt kapasitet og måling av ventetider legger Helse Midt-Norge til grunn rapporteringsparametrene som er utarbeidet av felles arbeidsgruppe med deltakelse fra regionene.

4. Styrets plandokument

4.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

Helse Midt-Norge skal sørge for likeverdige tjenester for befolkningen i regionen. Analyser utført på data fra 2011 viser at befolkningens bruk av somatiske spesialisthelsetjenester i Møre- og Romsdal og Nord-Trøndelag er betydelig høyere enn i Sør-Trøndelag. For psykisk helsevern er det forbruket i Sør-Trøndelag som er høyere enn i de to andre fylkene. Ulikheter i forbruk avspeiler ikke ulikheter i befolkningens behov og det har over tid vært et forbruksmønster som ikke har vært likeverdig. Innen de enkelte fagområder kan det være til dels store geografiske forbruksforskjeller, noe som må vektlegges i den løpende utviklingen av spesialisthelsetjenesten i regionen. Dette omfatter egne HF, bruk av avtalespesialister og kjøp av tjenester fra private.

4.1.1 Utviklingen innenfor opptaksområdet

4.1.1.1 Demografisk utvikling og forventet forbruk av spesialisthelsetjenester

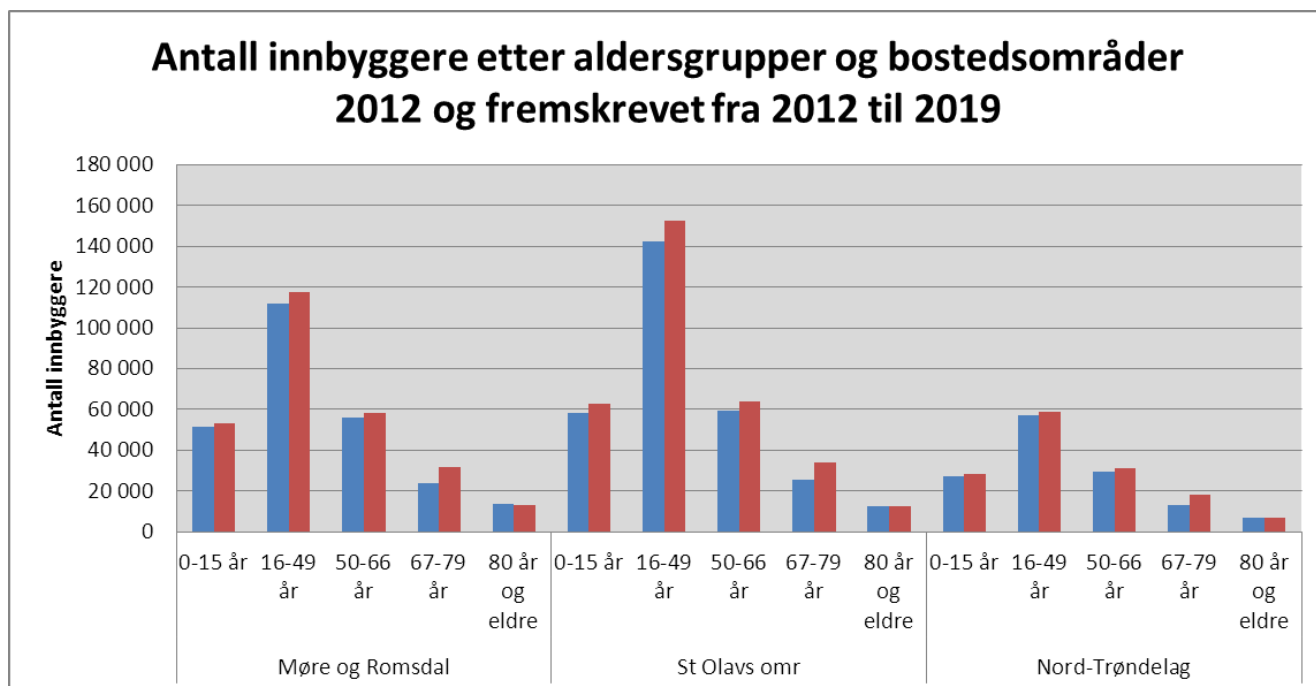
Helse Midt-Norges opptaksområde omfatter Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal. Per 1. januar 2012 var den samlede befolkningen på ca. 688 000 innbyggere. Bosettingsmønsteret er spredt i regionen, men kommunikasjonsmulighetene er gode. Mange av de store øyene er knyttet til fastlandet og stadig færre er avhengig av fergeforbindelser.

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

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

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

Fram til 2019 forventes det relativt små endringer i befolkningen samlet sett i regionen. Figur 4.1 viser befolkningen fremskrevet fra 2012 til 2019 i fem aldersgrupper for de tre bostedsområdene i Helse Midt-Norge. Framskrivningen er basert på Statistisk Sentralbyrås (SSBs) "middels nasjonal vekst".

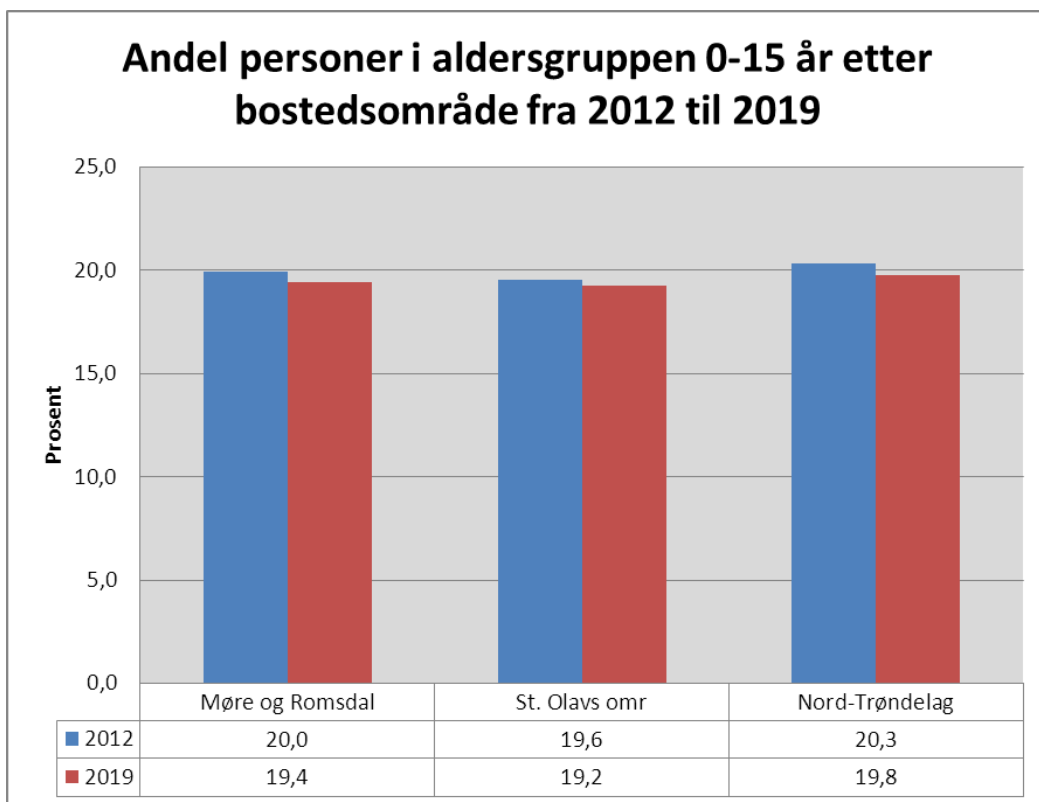


Figur 4.1 Befolkningen i Helse Midt-Norge i 2012 og fremskrevet fra 2012 til 2019 etter aldersgrupper og bostedsområder

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

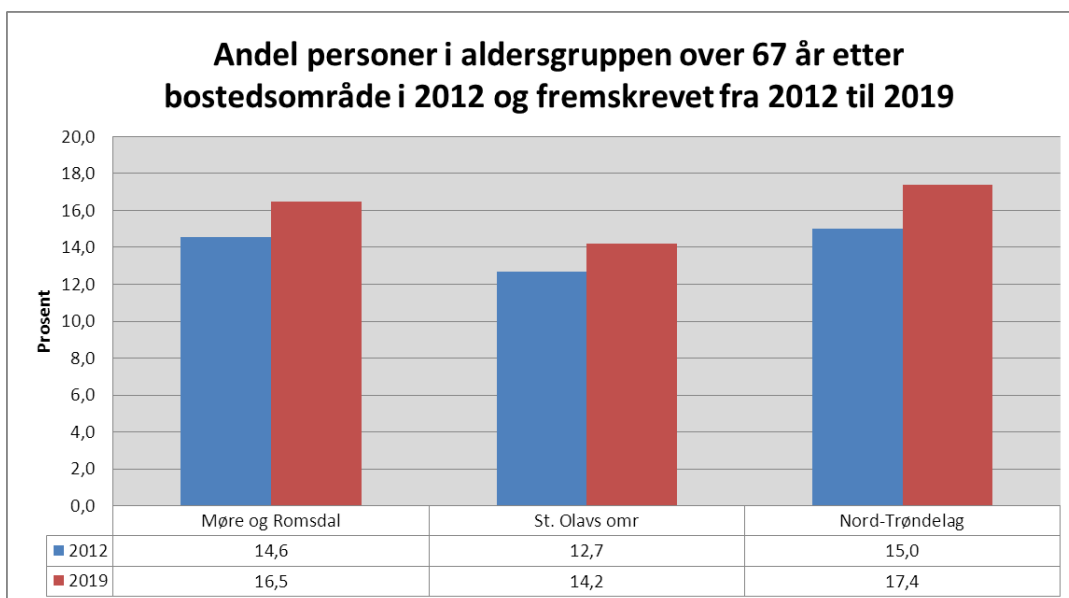
For innbyggere eldre enn 80 år er det en nedgang i befolkningstallet fra 2012 til 2019. Nedgangen er på omtrent to prosent. Det er en viss sentraliserende tendens i utviklingen i den forstand at den prosentvise veksten for aldersgruppene under 67 år er høyest i St Olavs bostedsområde. Samlet sett er det en vekst på åtte prosent i Helse Midt-Norges befolkning fra 2012 til 2019, noe som gir en årlig vekst på om lag en prosent. Det er imidlertid en dreining i retning av at aldersgruppen 67 – 79 år har en betydelig høyere prosentvis vekst enn de andre aldersgruppene. Dette er starten på en trend med at alderssammensetningen endres i retning av at det blir stadig flere eldre i befolkningen. Siden forbruksratene¹ i somatisk sektor er høyere for de eldste pasientgruppene betyr denne dreiningen at veksten i antall sykehusinnleggelses vil bli betydelig høyere enn det veksten i befolkningen samlet sett tilsier dersom forbruksratene er på samme nivå som i 2011. I figur 4.2 og 4.3 er dette illustrert ved å presentere andelen av befolkningen som tilhører henholdsvis aldersgruppen 0-15 år og 67 år og eldre i 2012 og fremskrevet til 2019.

¹ Forbruksrater er antall sykehusopphold per 1000 innbyggere. For somatisk behandling øker disse forbruksratene med økende alder i befolkningen., mens det for psykisk helsevern og rusbehandling er det imidlertid ikke samme sammenheng mellom alder og forbruk av spesialisthelsetjenester.



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

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



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

Figur 4.3 viser at alle de tre bostedsområdene i Helse Midt-Norge forventes å få en økning i andelen eldre innbyggere perioden 2012-2019. Økningen er lavest i St Olavs områdets bostedsområde. Denne

dreiningen i alderssammensetning i perioden forventes å føre til at forbruket av somatiske spesialisthelsetjenester øker mer enn økningen i befolkningstallet totalt sett (jf. den eldste befolkningens forbruksrater er høyere enn forbruksratene til den yngre befolkningen). I tabell 4.2 og 4.3 presenteres en oversikt over hvordan forventet antall sykehusopphold og polikliniske konsultasjoner for regionen blir i 2019, når forbruket innenfor aldersgruppene er lik nivået i 2011.

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

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

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

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

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

Dersom forbruksratene for de eldste pasientene øker i forhold til 2011-nivået, fører dette til en ytterligere økning i forbruket av spesialisthelsetjenester enn det som er presentert i tabellene 4.2 og 4.3. Det vil derfor være behov for å redusere veksten i bruken av spesialisthelsetjenester blant de eldre pasientene. Dette betyr at det blir viktig å sørge for at samhandlingsreformen fører til etablering av tiltak som kan bidra til dette. Når det samtidig er slik at det er en høy andel små kommuner i Helse Midt-Norge, kreves det et spesielt fokus på samarbeid både horisontalt mellom kommuner og mellom grupper av kommuner og spesialisthelsetjenesten. Å bidra til at spesialisthelsetjenesten får sin plass innenfor en mer helhetlig helsepolitisk strategi blir derfor viktig i de nærmeste årene.

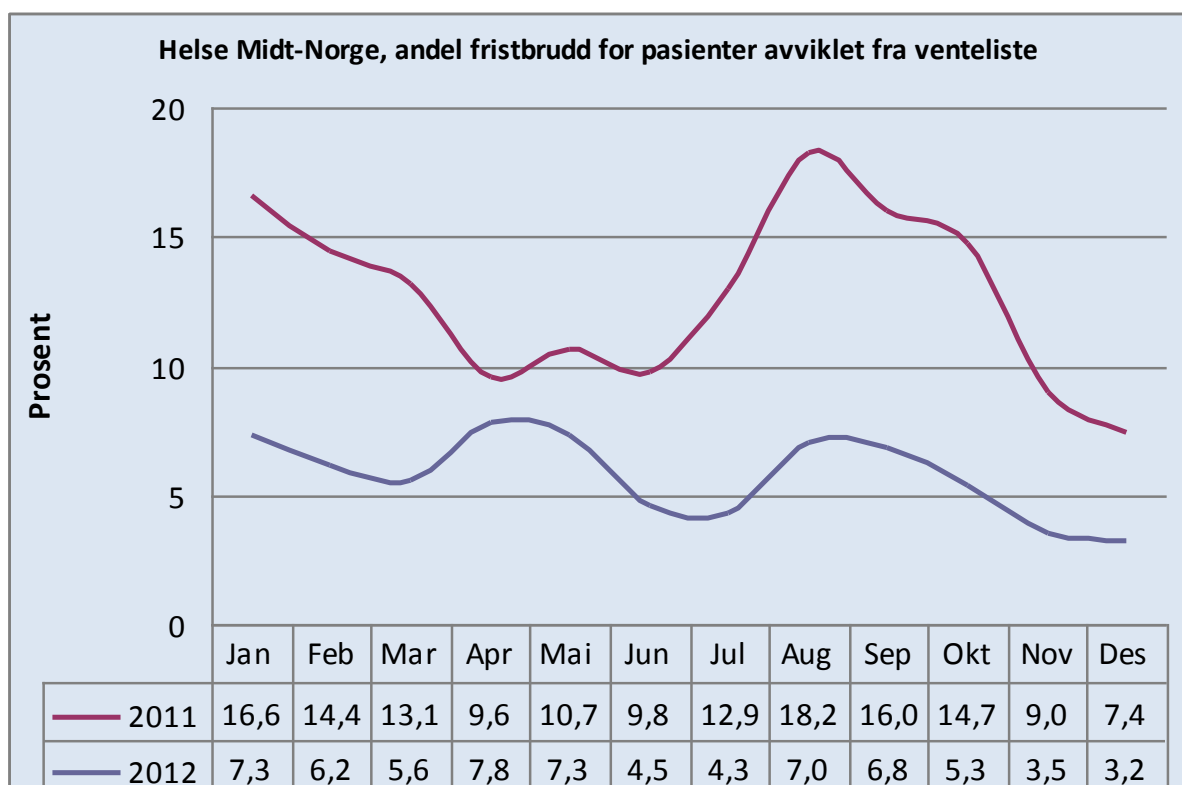
For psykisk helsevern er det vanskeligere å beregne forventet forbruk, da det er mer begrensede datagrunnlag i forhold til å beregne forbruksrater i ulike aldersgrupper. Dersom det tas utgangspunkt i aldersgruppen 0-17 år, så øker befolkningstallet med 4,4 prosent. Tilsvarende tall for aldersgruppen 18 år og over er 8,8 prosent. Dersom forbruksnivået holder seg på dagens nivå kan det forventes en økning i fremtidig aktivitet som er noenlunde lik befolkningsøkningen i de to gruppene. For psykisk helsevern for barn og unge betyr dette årlig vekst på om lag 0,6 prosent, mens det for voksne betyr en årlig vekst på om lag 1,1 prosent.

Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er hovedtyngden av pasientene som behandles eldre enn 17 år (jf. Lilleeng, 2007). I perioden 2011-2019 forventes en befolkningsvekst tilsvarende omtrent 8,8 prosent for denne aldersgruppen, eller om lag 1,1 prosent per år. Dersom forbruksnivået holder seg på dagens nivå kan det forventes en økning i fremtidig aktivitet som er noenlunde lik befolkningsøkningen.

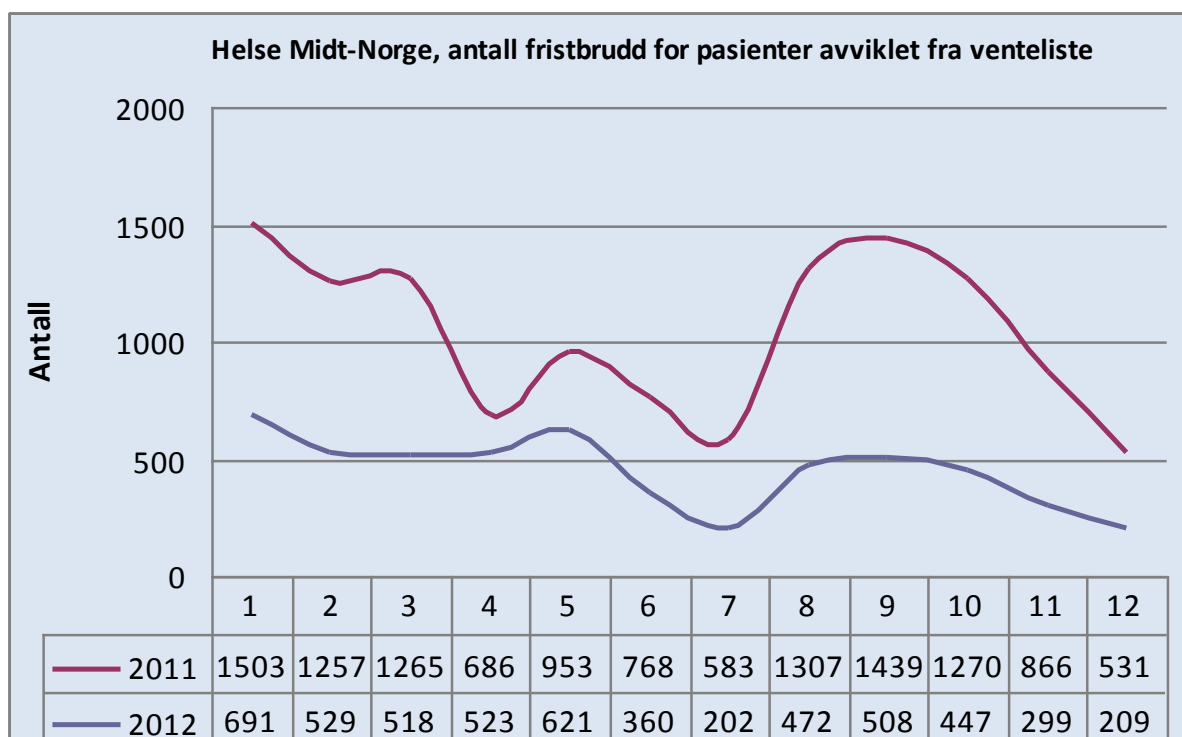
4.1.1.2 Fristbrudd og ventetider

Det er et sentralt mål for Helse Midt-Norge at fristbrudd ikke skal forekomme og at ventetiden til behandling skal være innenfor de nasjonale normene. I 2012 har det vært et mål at gjennomsnittlig ventetid skal ned mot 65 dager.

Figur 4.4 og 4.5 viser hvordan utviklingen innen henholdsvis andel og antall fristbrudd har vært i årene 2011-2012.



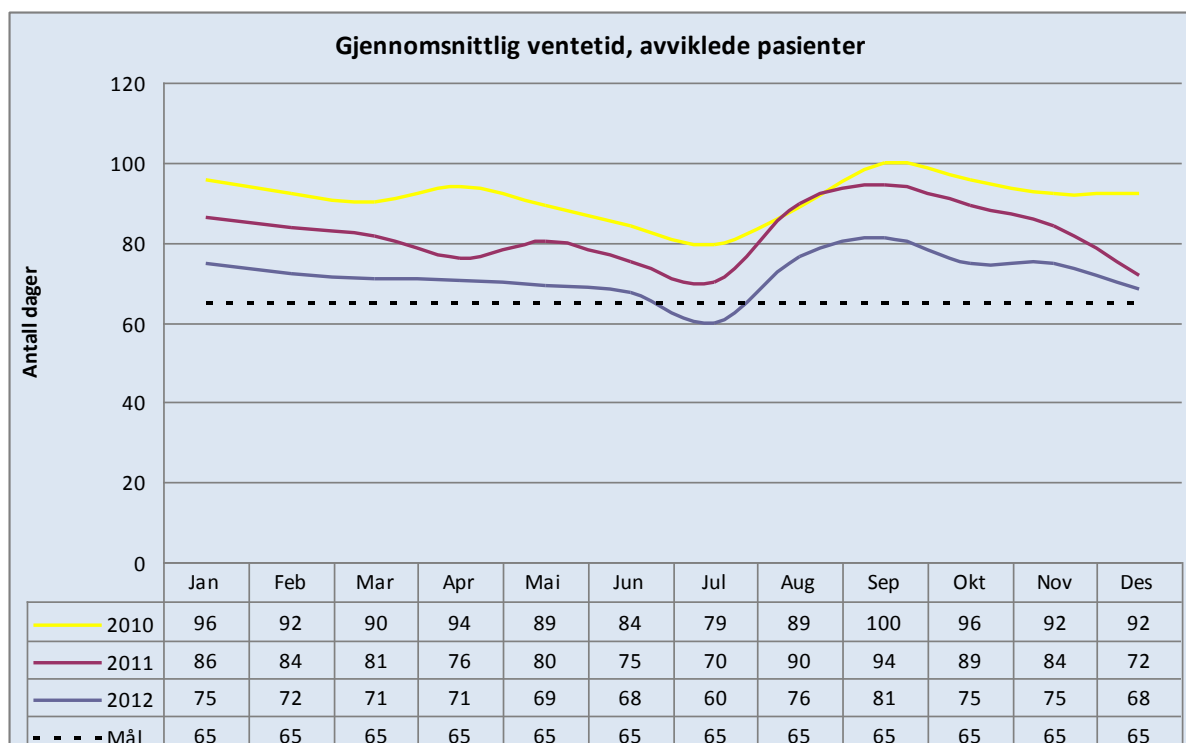
Figur 4.4 Utviklingen i andel fristbrudd for pasienter avviklet fra venteliste i Helse Midt-Norge i 2011-2012. (Kilde: NPR – månedlig ventelistedata)



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

Figurene viser at utviklingen i både antall og andel fristbrudd i 2012, gjennomgående ligger lavere enn i 2011. Det er visse sesongvariasjoner som indikerer en viss økning i fristbrudd på våren og høsten. Variasjonene er imidlertid mindre i 2012. Figurene viser også at målet om null fristbrudd ved utgangen av 2012 ikke ble innfridd. Det er et krevende mål, men innføring av nytt oppfølgingsverktøy for å varsle om kommende fristbrudd er tatt i bruk og vil bidra til stadig færre brudd. Utviklingen går i riktig retning og det vil fortsatt jobbes målrettet mot en total eliminering av fristbrudd i 2013.

I likhet med det sterke fokuset på fristbrudd, har det også blitt satt spesielt fokus på å redusere ventetidene ved helseforetakene i Helse Midt-Norge. Figur 4.6 viser utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i perioden fra 2010 til og med 2012. Ventetider for somatisk spesialisthelsetjeneste, psykisk helsevern (voksne og barn/unge) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling er inkludert i tallene. Som for fristbrudd er det en tendens til at ventetidene øker etter sommerferien, men ventetiden er kortere i 2012 for alle målepunkter enn i foregående år. Totalt for Helse Midt-Norge var man også svært nær målet om ventetid ned mot 65 dager ved utgangen av 2012, med en total gjennomsnittlig ventetid på 68 dager. Psykisk helsevern (VUP og BUP) og TSB hadde en ventetid som er kortere enn målet på 65 dager, mens det for somatikk var en ventetid på 69 dager ved utgangen av 2012.



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

4.1.1.3 Oppsummering

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

Trenden med at befolkningen får en voksende andel eldre starter i denne langtidsperioden (fram til 2019). Den store endringen på dette feltet kommer rundt 2025. Det er likevel viktig allerede nå å unngå at forbruket av spesialisthelsetjenester blant de eldste pasientgruppene øker mye i årene fremover. Betydningen av å lykkes med samhandlingsreformen i tida fremover er derfor stor. Mange kommuner i Helse Midt-Norge har relativt lavt innbyggertall, noe som krever et samarbeid mellom kommuner i tillegg til samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Helse Midt-Norge har ikke ennå nådd målet om å fjerne alle fristbrudd, selv om trenden er svært positiv. Det er derfor viktig å fortsatt holde fokus på avvikling av fristbrudd. Utviklingen i gjennomsnittlige ventetider har også gått i riktig retning i 2012, og det krever 4 dager redusert gjennomsnittlig ventetid for å nå målet i 2013 om lavere enn 65 dager gjennomsnittlig ventetid. Det er iverksatt spesifikke handlingsplaner ved helseforetakene og det skaffes kontinuerlig tilleggskapasitet hos private aktører der det er behov for det. Det vil imidlertid være behov for å

jobbe videre med å redusere ventetidene også i løpet av 2013.

4.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger

Aktivitetsnivå og aktivitetsutvikling i Helse Midt-Norge de kommende år vil være påvirket av befolkningsvekst og økt andel eldre, men også av nye behov, et ønske om bedre behovsdekning og det å ta i bruk nye og kostnadskrevende behandlingsmetoder. Samhandlingsreformen vil spille en viktig rolle. Føringerne som er lagt i Strategi 2020 vil være av stor betydning for Helse Midt-Norge.

Helse Midt-Norges "Strategi 2020" legger til grunn at mye av framtidig vekst innen helsesektoren vil skje innen primærhelsetjenesten og at det er nødvendig med en omstilling av spesialisthelsetjenesten i retning av økt bruk av dagbehandling, poliklinikker, desentraliserte behandlingstilbud og kompetanseoverføring/-støtte. Omstillings- og forbedringsarbeidet gjennomføres for å møte de store og voksende pasientgruppene behov for spesialiserte helsetjenester. Dette skal samtidig bidra til en kostnadseffektiv og bærekraftig ressursbruk. Det er felles oppfatning at det er uutnyttede ressurser i bedre samhandling mellom nivåer og mellom enheter. "Strategi 2020" og samhandlingsreformen vil få betydning for innholdet i, og omfanget av, spesialisthelsetjenesten. Det vil være viktig å sikre at vekst som skjer i denne omstillingsperioden understøtter disse prosessene og gir tilstrekkelige økonomiske rammer for å realisere oppgave- og kompetanseoverføring på tvers av nivåene i helsetjenestene.

Det er viktig for Helse Midt-Norge RHF å sikre en bærekraftig utvikling, både med hensyn tilgang på personell og økonomisk handlingsrom. Ett av virkemidlene for å etablere kvalitativt gode og kostnadseffektive tjenester er å samle noen funksjoner med relativt lavt antall pasienter og høy vaktberedskap. Overgang fra døgn- til dagbaserte behandlingstilbud vil gi redusert liggetid og behov for færre senger, men gir samtidig en mulighet til å behandle flere og sikre lettere tilgang til tjenestene. Prehospitale tjenestene er gjenstand for særskilt kvalitetsmessig satsing for generelt å kunne understøtte endringer av strukturell karakter.

Helse Midt-Norge har en særskilt utfordring i Møre og Romsdal med integrering av to tidligere helseforetak til ett. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok i desember 2012 at gitt gjeldende forutsetninger kan Helse Møre og Romsdal HF planlegge med byggestart for nytt akuttsykehus i 2018. Lånefinansiering av investeringer må sees i sammenheng med driftskostnader, men regionen står overfor betydelige investeringer og det er ønskelig å be om en oppmyking av dagens regler for lånefinansiering. Det vil ha betydning for hvor raskt regionen kan realisere tunge investeringer og ta nødvendige strukturelle grep som igjen vil gi bedre driftsøkonomi og ressursutnyttelse.

4.1.3 Personell og kompetanse

Helse Midt-Norge har kartlagt framtidig behov for kompetanse og kapasitet i spesialisthelsetjenestene. Bildet er i hovedsak sammenfallende med de nasjonale analysene, bortsett fra at regionen har hatt noe større tilgang på sykepleiere enn øvrige regioner, grunnet god utdanningskapasitet. I prosjektet "Kompetanse og kapasitet" er sårbarheten i våre legemiljøer vurdert bl.a. i forhold til hvor mange leger som deler på en vaktordning, alder, omfanget på erstatningsrekruttering, avvik fra arbeidstidsbestemmelsene og innleie fra vikarbyrå. Funnene viser at mange av våre fagmiljøer er svært sårbare og at reduksjon av sårbarhet ikke kan skje gjennom kun å rekruttere flere leger. Foretaksgruppen må frigjøre legeressurser gjennom å forbedre pasientforløpene og tilpasse strukturen, særlig for de vaktbærende funksjonene.

Helse Midt-Norge har et høyt fokus på arbeidet med å redusere avvik fra arbeidstidsbestemmelsene. Etterlevelse av arbeidslivets bestemmelser er en viktig forutsetning for sikre bærekraftige fagmiljøer

nå og i framtida. Det ble i 2012 innført systematisk registrering og rapportering på avvik i forhold til arbeidstidsbestemmelsene, som grunnlag for å iverksette nødvendige tiltak. Antall registrerte avvik går ned, og dette gjelder i særlig grad det som har vært de største typene avvik – sammenhengende arbeidstid og hviletid.

Arbeidet med å forbedre praksisen med overholdelse av arbeidstidsbestemmelsene forutsettes fortsatt å ha stort fokus i helseforetaksgruppen. Det er behov for mer kunnskap når det gjelder å klargjøre potensialet og forutsetningene for fortsatt forbedring av aktivitetsplanlegging, bemanningsplanlegging og arbeidsplanlegging, og Helse Midt-Norge RHF vil i samarbeid med helseforetakene ta initiativ til mer grundige analyser på dette feltet.

Basert på de overordnede målene i Strategi 2020 vil helseregionen framover jobbe systematisk med;

- Aktivitetsstyrt kompetanseutvikling
- Aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging
- Godt og helsefremmende arbeidsmiljø

Aktivitetsstyrt kompetanseutvikling.

For å bedre beslutningsgrunnlaget for ledere, er det behov for å utvikle felles metoder med felles systemstøtte for å beskrive hvilken kompetanse som finnes og hva som trengs av kompetanse på kort og lang sikt. Beslutningsgrunnlaget må utledes av hvilken kompetanse som trengs for å sikre god pasientbehandling i sammenhengende pasientforløp.

Langsiktige kompetansebehov vil følges opp både internt ved å lage langsiktige utviklingsløp for nøkkelmedarbeidere og eksternt ved å bli en bedre strategisk samarbeidspartner med utdanningsinstitusjonene.

Kortsiktige kompetansebehov vil følges opp med effektive rekrutteringsprosesser og både interne og eksterne kompetansehevingstiltak (inklusive etter- og videreutdanning) for egne medarbeidere.

Konkrete utfordringer:

- Videreutvikle felles kunnskapsgrunnlag om kortsiktige og langsiktige kompetansebehov i foretaksgruppen. Kompetansebehovet skal utledes av krav til kvalitet og effektivitet i arbeidsprosesser og pasientforløp
- Utvikle en strategisk handlingsplan for utdanning
- Implementere et felles, gjennomgående system som sikrer relevant kompetanseutvikling både for den enkelte medarbeider og for enheten
- Videreutvikle samarbeidet med kommuner, utdanningsinstitusjoner og foretak, både lokalt og nasjonalt, bla for å sikre god kompetansedeling
- Sikre god rekruttering og videreutvikling av ledere og nøkkelpersonell
- Videreutvikle bærekraftige fagmiljøer som sikrer god kvalitet på tjenesten og er attraktive for medarbeiderne. Dette må skje i samarbeid med primærhelsetjenesten og utdanningsinstitusjonene. HMN etablerer derfor et felles samarbeidsorgan for å sikre god koordinering mellom aktørene

Aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging

Aktivitetsplanlegging og bemanningsplanlegging er fortsatt ikke godt nok integrerte planprosesser i spesialisthelsetjenesten. Det betyr at det i mange enheter fortsatt er mangelfull planlegging i forhold til hvorvidt en har riktig kompetanse og/eller riktig kapasitet tilgjengelig ut fra aktivitetsbehovene. Dette er en utfordring både i forhold til faktisk og opplevd kvalitet og i forhold til effektiv ressursutnyttelse.

Konkrete utfordringer:

- Utarbeide og etablere standardiserte prosesser for aktivitets- og bemanningsplanlegging der alle aktiviteter som lar seg planlegge, tas hensyn til.
- Utvikle systemstøtte for nevnte prosesser
- Heve kompetansen om aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging, særlig hos ledere
- Sikre best mulig tilgjengelighet til medarbeiderressursene gjennom:
 - Redusere sykefraværet i samsvar med IA-avtalen
 - Øke gjennomsnittlig pensjonsalder
 - Øke gjennomsnittlig stillingsstørrelse
 - Redusere passiv vaktjeneste

Godt og helsefremmende arbeidsmiljø.

Å jobbe systematisk med å styrke nærværsfaktorene og stadig videreutvikle arbeidsmiljøet er en grunnleggende forutsetning både for å sikre god og effektiv pasientbehandling og for å fremstå som en attraktiv arbeidsplass.

Konkrete utfordringer:

- Videreutvikle et godt og helsefremmende arbeidsmiljø
- Sikre at foretaksgruppen har null arbeidsrelatert sykefravær
- Sikre at foretaksgruppen har null skader, ulykker eller tap
- Videreutvikle det systematiske HMS-arbeidet
- Heve HMS - kompetansen, særlig hos ledere

4.1.4 Bygningskapital – status og utfordringer

Helse Midt-Norge har en samlet eiendomsmasse på ca 700.000 kvm hvorav snaut 600.000 kvm til formålsbygg. Bokført verdi av bygg i eget eie er pr. 31.12.2012 ca 12,9 mrd. kr.

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

Estimert teknisk oppgraderingsbehov er fordelt i to kategorier, hvor:

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

Oppgraderingsbehovet omfatter ikke funksjonelle forhold – manglende egnethet pga endrede funksjonskrav.

Helseforetakene har under utarbeidelse utviklingsplaner for sin virksomhet hvor en gjør rede for den virksomhetsmessige utvikling og med bakgrunn i denne, utvikling av eiendomsmassen.

Utvillingsplanene vil foreligge i løpet av foråret 2013 og vil bl.a. ligge til grunn for langtidsbudsjett for 2014 – 2019.

- Helse Møre og Romsdal HF har som del av utviklingsplanen for helseforetaket utarbeidet en egen vurdering vedr. sykehusstruktur i Nordmøre og Romsdal og det er vedtatt at en skal legge til grunn for det videre arbeidet ett sykehus på aksen fra-og-med Hjelset til-og-med søndre del av Frei. Arbeidet med den tomtemessige avklaring påregnes sluttført medio 2014 og byggestart er tentativt satt til 2018.

Eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge har som mål

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

Hovedutfordring mht de to førstnevnte målene er to-delt:

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

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

Helse Norge har betydelige utfordringer både knyttet til gjennomføring av store byggeoppgaver og vedlikehold av bygningsmassen, jf. Riksrevisjonens undersøkelse av eiendomsforvaltningen i helseforetakene, dokument 3:11 (2010–2011)

Det er behov for å profesjonalisere bygg- og eiendomsforvaltningen for å møte fremtidens behov på en mest mulig ressurseffektiv og kvalitetsmessig god måte.

De ulike miljøene på HF/RHF-nivå er for små og sårbare til å utvikle og opprettholde kompetansen innen området. Dette tilsier at arbeidet innenfor bygg og eiendomsforvaltningsområdet bør samordnes og at en bør etablere miljø som er tilstrekkelig robuste.

Helsebygg Midt-Norge har vært et miljø med betydelig kompetanse knyttet til gjennomføring av et stort sykehusprosjekt. Helsebygg Midt-Norge står foran nedbygging og etablert/ervert/utviklet kompetanse vil gå tapt dersom en nå ikke tar grep for å sikre denne.

Helse Midt-Norge RHF har deltatt i et interregionalt prosjekt vedr. *"Samarbeid innen eiendomsvirksomheten ved de regionale helseforetakene"*. Det foreslås her etablert et interregionalt eiendomsforum som skal ha som oppgaver: standardisering, kompetanseutvikling og –formidling og utvikling og drift av databaser.

I foretaksmøtet for de regionale helseforetakene 30. januar 2013 ble helseregionene bedt om å utrede etableringen av et nasjonalt foretak for eiendomsområdet innen 1. oktober 2013.

Helse Midt-Norge RHF vil delta i det videre arbeidet vedr nasjonal samordning innen eiendomsområdet.

Organiseringen av eiendomsforvaltningen regionalt er utredet med bakgrunn i tidligere utredninger: Sak 83/07 *Eierstrategi 2010 – Eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge*, Sak 74/11 *Evalueringsrapport av eiendomsforvaltningen i Helse Midt-Norge* og Sak 09/12 *Fellestjenester i Helse Midt-Norge*.

Forretningsmodeller for Helsebygg Midt Norge er særskilt utredet.

De regionale utredningene er under behandling og det forventes at konklusjon foreligger medio 2013.

For å bedre oversikt over arealbruk og mulighetene for systematisk sammenstilling av areal- og produksjonsdata har Helse- og omsorgsdepartementet bedt om at en gjennomfører en systematisk

arealregistrering i henhold til et felles klassifikasjonssystem og etablering av en nasjonal database. Dette arbeidet er igangsatt og forutsettes slutført i løpet av 2013.

Helse Midt-Norge har deltatt i prosjektet "Miljø- og klimatiltak i spesialisthelsetjenesten" som ble initiert av Helse- og omsorgsdepartementet. I tråd med anbefalingene i prosjektet og føringer gitt av Helse- og omsorgsdepartementet i foretaksmøtet vil en innen 2014 gjennomføre miljøsertifisering av helseforetakene i henhold til ISO 14001. For øvrig vil en rekke tiltak bli fulgt opp innenfor områdene avfall, transport, bygg og miljø og innkjøp.

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

Forskrift til Helse- og omsorgsdepartementets Landsverneplan helse forelå 16. februar 2012. Arbeidet med forvaltningsplaner for verneverdige objekter er igangsatt og forventes slutført i 2013.

4.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer

Kapittel 4.2. beskriver regionens strategier og planer for å møte utfordringene, herunder arbeidet med rullering av Helse Midt-Norges gjeldende plan for strategisk utvikling (Strategi 2020).

4.2.1 Overordna mål og strategi

Strategi 2020 er Helse Midt-Norges strategiske fundament for utvikling av likeverdige og framtidsette helsetjenester for befolkningen fram mot år 2020. Strategi 2020 skal gi retning for utviklingen av spesialisthelsetjenesten, legge grunnlaget for prioriterte tiltak de neste årene og være styrende for en årlig oppdatering av tiltak og prosjektportefølje i hele foretaksgruppen.

Følgende hovedutfordringer er lagt til grunn i Strategi 2020;

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

For å møte de utfordringene Helse Midt-Norge vil stå overfor fram mot 2020, er det nødvendig å foreta nye valg og prioriteringer, både i tjenestetilbudet og i måten tjenestene organiseres på. Helse Midt-Norge har derfor definert *fem strategiske mål* som redskap for å gjennomføre nødvendige prioriteringer. Disse skal være veiledende for de valg Helse Midt-Norge skal gjøre frem mot 2020.

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

Det arbeides nå med en rullering av planen med forventet slutføring og styrebehandling i april 2013. Dette for å sikre at strategien er oppdatert både i forhold til nye nasjonale føringer, ny kunnskap og endret prioritet mellom de ulike strategiske områder. Hovedutfordringene og de strategiske målsettingene ligger fast, men det arbeides med tydeliggjøre prioriteringer av tiltak gjennom strategiske grep.

I forbindelse med rulleringen av Strategi 2020 er det foreslått følgende strategiske grep;

- Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester
- Standardisere
- Ta i bruk pasientens egne ressurser
- Sikre bærekraftige fagmiljø
- Vri ressursbruk fra drift til investering, forskning og utvikling

Det gjennomføres nå en innspillsrunde knyttet til ovennevnte grep og tilbakemeldingene vil danne grunnlaget for den endelige utformingen av de strategiske grep og hvordan disse skal forstås.

Oppgavedeling, arbeidsprosesser og samarbeidsrelasjoner er i stadig endring. Dette gjelder både på tvers av fag, enheter og nivåer. Ikke minst vil en realisering av samhandlingsreformen innebære fortsatt stort fokus på omstilling og utvikling i helseforetaksgruppen. Samhandlingsreformen er en retningsreform som skal gjennomføres over flere år, og det vil være nødvendig med et langsiktig omstillingsperspektiv for å lykkes med intensjonene. Reformen handler mye om å gjøre hele behandlingsskjeden samkjørt og bedre – ikke bare samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene men også i like stor grad samhandling innad i helseforetakene og innad i spesialisthelsetjenesten. God samhandling mellom alle involverte aktører er vesentlig for å lykkes med de foreslåtte strategiske grepene.

I tillegg vil en bred satsing på IKT og elektronisk samhandling være grunnleggende for å lykkes, jf. også omtale av IKT-strategi i kap. 4.2.2.4. Som en del av utredningen av *én journal*, er Helse Midt-Norge utpekt som en egnet region for regional utprøving. Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med Helsedirektoratet, Norsk Helsenett SF og de andre regionale helseforetakene utarbeide forslag til innhold og konkretisering av regional utprøving av *én journal* innen 1. juli 2013. Perspektivene ved bruk av IKT og etablering av en helhetlig personlig helsejournal for hver innbygger er omfattende. Dette vil påvirke hvordan vi organiserer tjenestetilbud og sikre god tilgjengelighet. Det kan være et verdifullt bidrag til forsterket innsats innen kvalitets- og forbedringsarbeid og innen forskning og innovasjon. Ikke minst vil det sette krav til oss om å sikre helhetlige pasientforløp.

I det følgende utdypes de foreslåtte strategiske grepene. Det presiseres at disse vil bli videre bearbeidet basert på innspill fra helseforetakene før endelig vedtak skal fattes av styret i Helse Midt-Norge i april 2013. De strategiske grepene vil også danne grunnlaget for prioriteringene i langtidsplan og tilhørende langtidsbudsjett.

Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester

Med dette menes at pasienter, uavhengig av bosted i regionen, alder mv, skal ha tilgang til faglig gode, effektive og pasientopplevde gode pasientforløp – tilpasset pasientens behov. Når pasienter, i alle deler av regionen, har behov for høyspesialiserte tjenester skal pasienten være trygg på at han ledes inn i riktig forløp.

For de deler av pasientforløpene som best kan ytes lokalt, skal tilgjengelighet til forløpene økes gjennom;

- Mer bostedsnære tilbud gjennom en desentralisering av spesialisthelsetjenestene
- Kompetansestøtte til kommunene
- Styrket omlegging fra døgn til dagtilbud og poliklinikk
- Bruk av private sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner og bedre styring av avtalespesialister for å bidra til en geografisk fordeling av tjenester i tråd med behov, for å sikre effektive tjenester og for å styrke tilbudet til store og voksende pasientgrupper

- Tiltak som gjør pasientene mer i stand til å ta vare på egen helse også ved å delta aktivt i beslutninger som angår dem (for eksempel nettbaserte tjenester)

Tilgjengeligheten til likeverdige spesialisthelsetjenester i Helse Midt-Norge varierer i dag mellom fag- og geografiske områder, jf. omtale i kap. 4.1.1. Det er avgjørende at tilbudet til befolkningen på ulike fagområder er rimelig likt fordelt, og at praksis reflekterer prioriteringsforskriften. Befolkning med en rimelig lik sykkelighet skal ha et likt tilbud.

Standardisere

Standardisering for å sikre bruk av beste praksis er et viktig grep for å sikre effektiv og kunnskapsbasert pasientbehandling. Standardisering av kunnskapsbaserte pasientforløp, behandlingsmetoder, arbeidsprosesser, bruk av IKT, teknologi mv. er viktige virkemidler for å utvikle god kvalitet og pasientsikkerhet. Videre vil standardisering være en viktig forutsetning for å skape likeverdige og kvalitetsmessige gode tjenestetilbud for befolkningen i regionen. Standardisering kan også bidra til effektivisering og bedre utnyttelse av samlede ressurser, men må alltid sees i et pasientperspektiv.

Krav til standardisering skal legges til grunn som et generelt prinsipp i helseforetaksgruppen bl.a. ved;

- Utviklingen av medisinske prosedyrer og pasientforløp som defineres av fagfolk på kunnskapsbasert grunnlag
- Utviklingen av ulike elektroniske systemer (pasientadministrative, journalsystemer, fagsystemer) og teknologiske løsninger
- Utvikle og ta i bruk nasjonale kvalitetsregistre
- Videreutvikle arbeidsprosesser

Gode pasientforløp basert på kunnskapsbasert behandling har blitt jobbet systematisk med i oppfølgingen av Strategi 2020. Helse Midt-Norge har etablert 16 regionale fagledernetter og 9 regionale ressursgrupper som skal bidra til å utvikle felles standardiserte pasientforløp i regionen. Fagledernettene er delt inn etter ulike diagnoser/medisinske fagområder og er satt sammen av fagpersoner med lederfunksjon i helseforetakene i Midt-Norge. Nettverkene krysser grensene for de tradisjonelle fagspesialiseringene og de understøttes av regionale ressursgrupper med særskilt kompetanse.

Ta i bruk pasientens egne ressurser

Brukerkunnskap er vesentlig for å styrke kunnskapsbasert praksis. En pasientorientert tilnærming har stor betydning for pasientsikkerhet. Feil kan forebygges gjennom pasientmedvirkning og bedre kommunikasjon mellom pasienter og helse- og omsorgspersonell.

Pårørende er en uvurderlig ressurs som kan bidra med støtte og motivasjon. Det må legges til rette for at pårørende bedre kan involveres i støttearbeidet/hjelpeapparatet rundt pasienten, forutsatt at pasienten har gitt sitt samtykke til dette.

Det skal på individnivå legges bedre til rette for at pasienter og deres pårørende bl.a. skal;

- ha tilgang til informasjon som gir grunnlag for informerte valg
- gis mulighet for å involveres mer aktivt i prosesser og beslutninger om eget behandlingsopplegg – for eksempel gjennom nettbaserte løsninger og bruk av teknologiske tjenester

Sikre bærekraftige fagmiljø

I grunnlagsarbeidet med Strategi 2020 ble det konkludert med at den viktigste endringsdriveren er en forventet mangel på kompetanse. Denne utfordringen har blitt forsterket gjennom nasjonal og regional kunnskapsinnhenting. Sikre bærekraftige fagmiljø er selve ryggraden i å klare å levere faglige gode og trygge tjenester. Derfor er planlegging av bemanning og kapasitet ut fra den aktiviteten som skal foregå avgjørende, både for å gi et godt helsetjenestetilbud, for å skape en god arbeidshverdag og for å benytte ressursene mest mulig kostnadseffektivt. Bærekraftige fagmiljø vil bl.a. kreve;

- God planlegging og styring av personellressursen ut fra tjenestens behov
- Systematisk utvikling av kompetansen til medarbeiderne
- Jobbgliding (ny fordeling av arbeidsoppgaver mellom profesjoner)
- Etterlevelse av arbeidstidsbestemmelsene
- Flytte kompetanse fra passiv beredskap til aktiv behandling
- Godt og helsefremmende arbeidsmiljø
- Jobbe for en heltidskultur og redusere bruken av deltid

Vri ressursbruk fra drift til investering, forskning og utvikling

Helse Midt-Norge har fortsatt stort behov for omstillingsprosesser og tiltak for å kunne vri ressursbruken fra drift til investeringer, forskning og utvikling. Dette er nødvendig for å kunne realisere foretaksgruppens planer for investeringer blant annet i sykehusbygg, samt for å utvikle og vedlikeholde bygg og anlegg, ta i bruk ny medisinsk teknologi og legge til rette for at mulighetene som IKT gir, utnyttes. Midler til investeringer og satsinger på forskning og utvikling må frigjøres gjennom en varig kostnadsreduksjon på drift. Dette stiller krav til bedre ressurs- og kapasitetsutnyttelse, god økonomisk styring og effektive arbeidsprosesser i alle deler av helseforetaksgruppen.

Det ligger et stort potensial i å optimalisere arbeidsprosesser. For å greie de nødvendige omstillingsprosesser er det viktig at helseforetakene har fokus på egne arbeidsprosesser, inkl. standardiserte pasientforløp. Ledere og medarbeidere må ha vilje, evne og mulighet til å arbeide sammen om videreutvikling av både fag og arbeidsprosesser, slik at tilgjengelige ressurser brukes mest mulig optimalt.

4.2.2 Regionale planer og strategier

Helse Midt-Norge har fra starten av strategiperioden jobbet systematisk gjennom ulike prosjekter og oppgaver for å operasjonalisere strategien. Det er videre utarbeidet og vedtatt regionale planer og delstrategier for en rekke fagområder med utgangspunkt i Strategi 2020.

I det følgende redegjøres nærmere for enkelte av disse.

4.2.2.1 Regional plan for kreftomsorgen i Helse Midt-Norge 2012 – 2020

Regional plan for kreftomsorgen ble vedtatt av styret i juni 2012. Målet er at diagnostikk, behandling og oppfølging av kreftpasienter skal sikre pasientene de beste muligheter for å vinne leveår, redusere konsekvenser av kreft og at pasienten i størst mulig grad kan mestre eget liv med egne ressurser.

Den samlede innsatsen for kreftomsorgen skal styrkes. Så langt det er forsvarlig og faglig fornuftig skal kreftbehandling og oppfølging i størst mulig grad tilbys nær pasientens bosted. Dette stiller større krav til samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Tiltak som involverer kommunehelsetjenesten må utvikles og besluttes i lag med kommunene.

Det vil også fortsatt være behov for å samle deler av diagnostikk og behandling for å oppnå fortsatt forbedring av behandlingsresultatene. Det legges til grunn at fremtidig organisering av kreftkirurgi skal skje i henhold til nasjonale føringer, hensiktsmessig ressursbruk og skal ivareta behovene for bærekraftige fagmiljø.

Videre utviklingsarbeid skal basere seg på en beskrivelse av helhetlige pasientforløp som uavhengig av bosted skal sikre alle innbyggerne i Midt-Norge et likeverdig tilbud. Det legges et overordnet regionalt ansvar for utvikling av pasientforløp innen kreftområdet. I Helse Midt-Norge skal denne typen overordnet regionalt ansvar ivaretas av de regionale fagledernetverkene (jf. omtale under kap 4.2.1.). Regionale pasientforløp skal følge nasjonale retningslinjer der slike finnes. Det arbeides også med en prioritert plan for hvordan diagnosespesifikke kreftbehandlingstilbud skal gjennomgås.

4.2.2.2 Fremtidig universitetssykehusfunksjon

Strategi for fremtidig universitetssykehusfunksjon ble vedtatt i styret i Helse Midt i juni 2012. Strategien legger til grunn at en viktig del av universitetssykehusfunksjonen er å stimulere til og understøtte forskning, kunnskapsutvikling og god klinisk praksis i alle helseforetakene i regionen. En vesentlig suksessfaktor for en god gjennomføring av universitetssykehusstrategien vil være velfungerende regionale fagledernetverk.

Strategien vektlegger særskilt:

- Samarbeid mellom universitetssykehuset og de kliniske virksomhetene i Midt-Norge gir et godt utgangspunkt for pasientnær forskning.
- Tett integrering mellom akademisk og klinisk virksomhet i universitetssykehuset for å fremme at kompetansen utvikles nær pasienten.
- Universitetssykehuset skal ha hovedansvar for at det tilbys forskningsbasert kunnskap, utdanning og pasientbehandling i hele regionen. Et godt universitetssykehus er nødvendig for å gi et fullverdig behandlingstilbud til pasienter i landsdelen.
- Det må være et mål at forskningsproduksjonen i regionen kommer på et nivå med forskningsproduksjonen i de andre regionale helseforetakene.
- Fokus på rekruttering til universitetssykehusene. Dette må sees i sammenheng med rekruttering til de øvrige HF i regionen ved at man bygger gode fagmiljøer av en størrelse over kritisk masse, på tvers i regionen.
- Universitetssykehuset, sammen med DMF, NTNU skal ha et overordnet ansvar for å stimulere til forskning innen alle medisinske fagområder og involvere ansatte på lokalsykehusene som aktive forskere i felles forskningsprosjekt.
- Universitetssykehuset skal være et nav for kunnskapsutvikling i regionen knyttet til behandling av de store sykdomsgruppene. Blant annet skal universitetssykehuset initiere regionale kliniske forskningsprosjekter som utnytter pasientgrunnet og forskningskompetansen i hele regionen.

Det integrerte universitetssykehuset

Det integrerte universitetssykehus i Trondheim skal legge til rette for at akademia og klinikk sammen arbeider for å sikre forskning og utdanning av høy kvalitet for bedre helse for befolkningen i Midt-Norge ved å realisere merverdien av den bygningsmessige integrasjonen.

Prosessen med å utarbeide et felles mål- og strategidokument for NTNU og St. Olavs Hospital HF er startet opp og skal slutføres i løpet av 2013. Målet er et integrert universitetssykehus hvor klinikere, vitenskapelige ansatte, stabspersonell, ledere og styrer er opptatt av, og snakker om de samme tingene.

4.2.2.3 Kvalitetsstrategi for Helse Midt-Norge 2011 – 2015 – "litt bedre i dag enn i går"

Styret i Helse Midt vedtok i 2011 en kvalitetsstrategi hvor det overordnede målet er at pasientene skal få tjenester av god kvalitet og høy sikkerhet, oppleve trygghet og bli møtt med respekt. For å

oppnå dette må en utvikle en helhetlig kvalitetskultur i regionen hvor alle arbeider for å bli litt bedre i dag enn i går.

Tiltak skal bygges opp rundt følgende strategier;

- *Kunnskap* – som grunnlag for alle tilbudte tjenester. Forskningsresultater og brukererfaringer skal anvendes systematisk. Personlig og faglig utvikling skal prioriteres høyt.
- *Samhandling om gode pasientforløp*. Tjenestene skal være organisert slik at pasientene opplever sømløse behandlingsforløp.
- *Pasientsikkerhet* - Ingen pasient skal oppleve unødig skade som følge av ytelse eller mangel på ytelse av helsehjelp.
- *Helse, miljø og sikkerhet (HMS)* - Et godt og helsefremmende arbeidsmiljø. Kvalitetskulturarbeid og HMS-arbeid skal innrettes slik at de gjensidig forsterker hverandre.
- *Styring og ledelse*. Helse Midt-Norge skal være en kvalitetsbevisst, åpen og lærende organisasjon. Styrer og ledere på alle nivå skal i ord og atferd legge til rette for at pasienter skal få tjenester av god kvalitet og høy sikkerhet samt oppleve trygghet og respekt. Kvalitetsarbeidet skal innrettes mot de områder som har størst risiko.

4.2.2.4 IKT-strategi Helse Midt-Norge

Styret i Helse Midt-Norge vedtok i november 2012 en IKT-strategi. Det arbeides nå med en handlingsplan som skal foreligge våren 2013.

I strategien er det definert strategiske mål for IKT som skal gjøre Helse Midt-Norge bedre i stand til å ta i bruk IKT-løsninger som bidrar til økt pasientsikkerhet, bedre kvalitet, effektiv drift og forbedret produktivitet i helseforetaksgruppen. IKT-løsningene skal muliggjøre realisering av Strategi 2020, og sikre god samhandling internt og med andre ledd i helsetjenesten. IKT-strategien skal understøtte Strategi 2020 som beskriver et framtidsbilde som stiller store krav til kvalitet i alle ledd i helsetjenesten. Gode pasientforløp hvor sanntids informasjon følger pasienten blir en forutsetning.

Det er definert følgende fem strategiske hovedmål for IKT som redskap for å støtte og gjennomføre nødvendige prioriteringer og endringer. Disse skal legges til grunn for de valg som skal gjøres framover:

- Standardisering
- Informasjonsdeling gjennom hele pasientforløp
- Journalsystemer i strukturert form og med aktiv beslutningsstøtte
- Bedre ressursutnyttelse og pasientlogistikk, redusert pasienttransport
- Bedre prioriterings- og gjennomføringsevne

4.2.2.5 Handlingsplan - Opplæring av pasienter og pårørende Helse Midt-Norge 2012-2016

Kunnskap og medbestemmelse er en forutsetning for forebygging og mestring av sykdom og/eller funksjonsnedsettelse. Hovedmålet for opplæring av pasienter og pårørende er å bidra til selvstendighet og evne til å mestre eget liv.

Handlingsplanen har fire delmål, som skal legges til grunn for satsingsområdene og tiltakene i helseforetakene. Opplæring av pasienter og pårørende skal:

- Integreses i helhetlige pasientforløp
- Benytte helsepedagogisk kompetanse
- Være kunnskapsbasert
- Ta utgangspunkt i både fagkompetanse og brukerkompetanse

Det vises også til regionens *Handlingsplan for brukermedvirkning 2010 – 2015* som er en rettesnor for ledere, ansatte og brukere i arbeidet for å gi brukere reell innflytelse inn mot spesialisthelsetjenesten på system- og individnivå. Handlingsplanen beskriver *hvem* som må gjøre *hva* for å sikre kvalitet i:

- Kompetanse som skal legges til grunn
- Organisering av arbeidet med brukermedvirkning
- Forskning og utviklingstiltak på feltet brukermedvirkning

4.2.2.6 *Utviklingsplaner*

Møre- og Romsdal HF har i 2012 utarbeidet en utviklingsplan, der det bl.a. er enighet og vedtak om å planlegge et nytt felles akuttsykehus for Nordmøre- og Romsdal som skal plasseres mellom dagens to sykehus. De øvrige helseforetakene vil i løpet av 2013 ferdigstille sine utviklingsplaner. Planene blir et viktig verktøy for å vise hvordan ulike virksomhetsmessige og bygningsmessige tiltak kan løse aktuelle og framtidige behov, slik at sørge for ansvaret kan ivaretas på best mulig måte. Utviklingsplanens viktigste intensjon er å beskrive hvilke endringer som er nødvendige ut fra befolkningens behov, innenfor gitte økonomiske ramme, i henhold til de overordnede strategiske vedtak (Strategi 2020) og slik at regionens sørge for ansvar blir oppfylt.

4.2.3 *Fokus 2013*

Det er fem områder som Helse Midt-Norge RHF vil følge særskilt i 2013 (fokus 2013) og som vil kreve et særskilt ledelsesmessig fokus på alle nivå i tjenesten;

- Ingen pasienter skal oppleve fristbrudd og ventetiden skal ned
- Reduksjon i avvik på arbeidstidsbestemmelsene
- Desentralisere spesialisthelsetjenesten til innbyggerne
- Riktig bruk av IKT
- Varig kostnadsreduksjon på drift

Tabellrapportering: Rapportering av styringsparametre 2012 (vedlegg 2 i oppdragsdokumentet)

Styringsparametre	Datakilde	2012	Mål
Antall produserte DRG-poeng	Regionale helseforetak	196047	194231
Refunderte polikliniske inntekter	Regionale helseforetak	385 mill kr	409,6 mill kr

Styringsparametre	Datakilde	jan.12	feb.12	mar.12	apr.12	mai.12	jun.12	jul.12	aug.12	sep.12	okt.12	nov.12	des.12	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	NPR	75	72	71	71	69	68	60	76	81	75	75	68	Ned mot 65 dager	Det har vært et betydelig fokus på reduksjon av ventetider i 2012, og helseforetakene har arbeidet systematisert for å forbedre håndteringen av ventelister. Dette har gitt resultater ved at ventetidene er gjennomgående lavere ved alle helseforetak i 2012 enn de foregående årene. Totalt for regionen er gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter 68 dager i desember 2012, som betyr at målet "ned mot 65 dager" er nådd.	Målet er nådd og ytterligere forbedring forventes i løpet av 2013
Andel fristbrudd for rettighetspasienter	NPR	7,30 %	6,20 %	5,60 %	7,80 %	7,30 %	4,50 %	4,30 %	7,00 %	6,80 %	5,30 %	3,50 %	3,20 %	0 %	Det er utviklet et felles system for oppfølging med mål om å planlegge drift helt uten fristbrudd. I 2012 har helseforetakene leiet inn ekstra personell og/eller brukt private elverandører for å få ned fristbruddene	Målet er nesten nådd og forventes nådd tidlig i 2013

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2011	2. tertial 2011	1. tertial 2012	2. tertial 2012	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker	NPR	99 %	99,00 %	98,70 %	98,00 %	100 %	Helse Midt-Norge har godt innarbeidet praksis på oppdatering av ventetiden og ingen nye tiltak er iverksatt	Målet er nådd
Andel epikriser sendt ut innen en uke	NPR	76,5 %	75,9 %	-	-	100 %	Foretakene i Helse Midt-Norge har ikke kunnet rapportere indikatoren "Epikrisetid". Dette skyldes at EPJ ikke har kunnet eksportere disse opplysningene til NPR-meldingen. Dette vil bli korrigert i 2013 og en forventer å kunne rapportere på indikatoren fra 2. tertial 2013	Målet er ikke nådd
Andel korridorpasienter	NPR	0,9 %	0,6 %	0,6 %	0,6 %	0 %	Helse Midt-Norge har svært få korridorpasienter og ligger stabilt på under 1 % gjennom hele 2012	Målet er nådd
Andel pasienter med hjerneinfarkt som får trombolyse	NPR	8,1 %	9,7 %	5,1 %	6,6 %	20 %	Det har fra 2. halvår 2011 pågått en informasjonskampanje om akutt hjerneslag i Midt-Norge - støttet av helsedirektoratet. Målet er å gjøre akutt slagsymptomer kjent og informasjon om at AMK skal kontaktes øyeblikkelig. Det pågår en tidsstudie / et forskningsprosjekt for å finne ut tidsbruk ved akutt hjerneslag. Resultater fra denne studien vil kunne være til hjelp for ytterligere å forbedre behandlingsprosedyrene for å oppnå høyere trombolysestall	Målet er ikke nådd. Målet om 20 % er sannsynligvis noe for høyt hvis en skal følge de offisielle indikasjonene og kontraindikasjonene for trombolyse. Studier blant annet fra det svenske kvalitetsregister for hjerneslag RIKS-STROKE, viser at de fleste sykehus som oppnår opp mot 20 % enten har en selektert pasientpopulasjon eller så følger de ikke de godkjente indikasjonene. Det er særlig de helt milde slagtilfeller som "feilaktig i henhold til godkjenning" blir gitt trombolyse i Sverige ved de sykehus som har opp mot 20 %. Vi følger de offisielle retningslinjer og 20 % er derfor urealistisk, men 15 % bør vi kunne nå
Andel pasienter med tykktarmskreft som får behandling innen 20 virkedager	NPR	53,2 %	67,5 %	68,8 %	77,0 %	80 %	Utstyr til gastrolab og ansettelse av lege har styrket utredningskapasiteten.	
Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager	NPR	28,20 %	34,90 %	31,20 %	45,00 %	80 %	Kapasiteten er økt ved St. Olavs hospital ved at det er tilført en overlegehjæmme	
Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager	NPR	60,5 %	67,7 %	55,5 %	64,5 %	80 %	Ingen spesielle tiltak iverksatt. Helse Midt-Norge oppfyller nesten måltallet	

Styringsparametre	Datakilde	2011	2012
Sfinkterruptur (fødselsrifter) grad 3 og 4 (Andel (prosent) fødselsrifter totalt)	MFR	Helse Møre og Romsdal HF 2,1 % Olavs Hospital HF 2,1 % Nord-Trøndelag HF 1,5 %	St. Olavs Hospital HF 2,2 % St. Olavs Hospital HF 2,1 % Helse Nord-Trøndelag HF %
Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus	Helsedirektoratet (SSB)	Helse Møre og Romsdal HF - Hospital HF 50/50 Trøndelag HF - se forklaring	St. Olavs Hospital HF 57/43 St. Olavs Hospital HF 50/50 Helse Nord-Trøndelag HF 36/64 - se forklaring

Helse Nord-Trøndelag har en annen organisering der mye av DPS-funksjonaliteten ligger inne i sykehusene i Namsos og Levanger. Helse Midt-Norge har gitt aksept for at de ikke etablerer døgnvakt for leger ved sine 2 DPS (Kolvereid med opptaksområde på 11.000 innb. og Stjørdal med 40.000) Årsveksfordelingen slik den framgår av rapportering for Helse Nord-Trøndelag vil derfor aldri nå målet med 60/40 som er satt som generelt mål i 2015. I utforming av tjenestetilbudet ivaretar Helse Nord-Trøndelag intensjonene som ligger til grunn for feringen om tilgjengelighet og lavterskeltilbud.

Styringsparametre	Datakilde	2010	2011
30 - dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd	Helsedirektoratet	90,8 %	92,4 %
30 - dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt	Helsedirektoratet	87,9 %	86,9 %
30 - dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag	Helsedirektoratet	86,8 %	86,8 %
30 - dagers risikostjert totaloverlevelse	Helsedirektoratet	94,8 %	94,8 %
Andel tvangsinnleggelse (antall per 1 000 innbyggere i opptaksområdet)	Norsk pasientregister	-	-

Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet
For 2011, siste året det er rapportert for, ligger Helse Midt-Norge med 92,4% 30-dagers overlevelse over landsgjennomsnittet på 91,6%, og høyest av de regionale helseforetakene. Imidlertid hefter det betydelig usikkerhet til dette resultatet, da det er høyere enn enkeltresultater for underliggende helseforetak. Som et aggregert tall burde det ligge mellom høyeste og laveste verdi. Det kan derfor stilles spørsmålsteget ved datakvaliteten. St. Olavs hospital har satt igang "fast track" forløp for lårhalsbruddpasienter for å forkorte preoperativ liggetid. Det er også et prosjekt mellom ortopedisk og geriatrisk avdeling samme sted for å vurdere hva som gir best utkomme, postoperativ oppfølging ved ortopedisk resp. geriatrisk avdeling.
For dette parameteret ligger Helse Midt-Norge noe over landsgjennomsnittet. Det arbeides med informasjonskampanjer om hjerneslag overfor befolkningen, implementering av behandlingsretningslinjer gjennom pasientsikkerhetskampanjen, fagnetverk og andre tiltak.
Kvaliteten i rapporteringen til psykisk helsevern ble ikke forbedret for 2012. Pga forsinkelser i innføring av ny programvare, vil rapportering for 2013 også bli mangelfull. Forventet endelig status september 2013. Helse Midt-Norge følger status for tvangsinnleggelse via Årsmelding for kontrollkomisjonene. Alle 3 foretak ligger i nedre del av skalaen for bruk av tvang. Situasjonen i forhold til omfanget av tvangsinnleggelse er ikke kritisk i våre HF, mens det å få på plass en løpende registrering og rapportering er kritisk.

Styringsparametre	Datakilde	Rapport publisert 2012				
		Pleie - personalet	Informasjon	Leger	Pårørende	Organisering
Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus. Gjennomsnittsskårer på indeksene for hver helseregion. Skala 0 - 100, der 100 er best). Helse Møre og Romsdal HF	Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringundersøkelse)	HSM: 73.6 HNR: 74.6	HSM: 70.3 HNR: 69.4	HSM: 73.1 HNR: 73.3	HSM: 76.2 HNR:76.9	HSM: 67.4 HNR:67
Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus. Gjennomsnittsskårer på indeksene for hver helseregion. Skala 0 - 100, der 100 er best). St. Olavs Hospital HF	Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringundersøkelse)	St. Olav har en gjennomsnittscore på 74,4 og ligger over, men avviker ikke signifikant fra det nasjonale snittet. (74).	St. Olav har en gjennomsnittscore på 71,5 og ligger over, men avviker ikke signifikant fra det nasjonale snittet. (70).	St. Olav har en gjennomsnittscore på 72,2 og avviker ikke signifikant fra det nasjonale snittet. (72).	St. Olav har en gjennomsnittscore på 77,5 og ligger over, men avviker ikke signifikant fra det nasjonale snittet. (76).	St. Olav har en gjennomsnittscore på 66,2 og ligger over, men avviker ikke signifikant fra det nasjonale snittet. (65).
Brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus. Gjennomsnittsskårer på indeksene for hver helseregion. Skala 0 - 100, der 100 er best). Helse Nord-Trøndelag HF	Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringundersøkelse)	Skår 77,3. Dette er den høyeste skåren i Midt-Norge og høyere enn gjennomsnitt i landet. Vi bør alltid tilstrebe å bli bedre, men det kan være verd å se på hva vi har gjort her som evt. kan forklare hvorfor vi er bedre på denne enn de øvrige indikatorene vi skal kommentere på. Drøftes i Kvalitetsutvalget.	Skår 71,8. Dette er den høyeste skåren i Midt-Norge og høyere enn landsgjennomsnittet. Her er det et forbedringspotensiale som bla. vises ved at det er den indikatoren som vi rapporterer på i denne sammenhengen som vi skårer nest dårligst på. Behandles i Kvalitetsutvalget.	Skår 75,8. Dette er den høyeste skåren i Midt-Norge og høyere enn landsgjennomsnittet. Målet er å bli enda bedre. Drøftes i Kvalitetsutvalget.	Skår 78,8. Høyeste skår i Midt-Norge og høyere enn landsgjennomsnittet. Det kan være verd å se på hva vi har gjort her som evt. kan forklare hvorfor vi skårer så høyt på denne. Målet er å bli enda bedre. Bli orientert om dette i Kvalitetsutvalget.	Skår 68,7. Høyeste skår i Midt-Norge men den indikatoren vi skårer lavest på av de vi rapporterer på. Det må være en gjennomgang i Kvalitetsutvalget med forslag på tiltak som så legges fram for Foretaksledelsen.

U.s. er presentert med basis i dei gamle helseføretaka, Helse Sunnmøre og Helse Nordmøre og Romsdal. Scoringa på ni av indeksene pr. føretak, figur 6 i rapporten, viser at ein scorar svært likt i snitt i dei to føretaka. Resultata mellom dei fire sjukehusa svingar innanfor dei ulike områda, så det er vanskeleg å gi ei einiskild kort forklaring på resultatane. Generelt ligg ein på snittet for nemnde indikatorar, verken betre eller dårlegare, og det er som sagt lite variasjon innan dei tidlegare føretaka. Ein scorar lågast på høve kring organisering, og dette er eit felt som er under arbeid jfr. at vi no har vorte eitt føretak.

Styringsparametre	Datakilde	2010	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
		Det skal ikke rapporteres på dette styringsparametre da rapporten om <i>Brukererfaringer svangerskal/føde/barsel</i> først vil foreligge våren 2013. Dette styringsparameteret vil bli videreført i Oppdragsdokument 2013.			

Styringsparametre	Datakilde	Rapport publisert 2012
		Helse Møre og Romsdal HF: Ingen avvik eller forbedringsforslag melde frå fastlegar på dette i Møre og Romsdal. Likevel nemner ein at det tidvis kjem ynskjer om meir orientering/involvering for fastlegar under pasientenopphald/poliklinisk behandling i spesialisthelsetenesta. Kontaktmøter blir gjennomførte mellom poliklinikkane og fastlegar Møre og Romsdal.Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte dette skal følges opp. St. Olavs Hospital HF: St. Olavs Hospital har positiv endring på tre indekser. Tiller DPS kommer samlet sett best ut, med statistisk signifikant høyere (til dels betydelig høyere) skår på fire av sju indekser. Rapporten er behandlet i PHs lederteam og vil bli fulgt opp avdelingsvis. Helse Nord-Trøndelag HF: I rangeringen som rapporten opererer med kommer Helse Nord-Trøndelag ut som nummer 8 av 23 RHF'er. Ser man på Levanger, Namsos og Stjørdal opp mot nasjonalt gjennomsnitt ligger vi likt med eller over nasjonalt gjennomsnitt på alle faktorer. Imidlertid er det slik at Levanger skåres lavere enn nasjonalt gjennomsnitt på veiledning, om man ser på ulike sykehus i RHF'et. Arbeidet Levanger har gjort med etablering av en samhandlingskoordinator og praksiskonsulenter vil fortsette, og mest sannsynlig påvirke dette i positiv retning fremover. Erfaringer fra Sokratesprosjektet og samhandlingsavtalene i Ytre Namdal vil også gi nyttig kunnskap. Et annet parameter som fastlegene har skåret signifikant lavere på enn tidligere gang er deres innblik i vår bemanningssituasjon. I HNT arbeides det nå med et

Styringsparametre	Datakilde	2011						Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
		Akse 1 - Klinisk psykiatrisk syndrom	Akse 2 - Spes. Utviklingsforstyrrelser	Akse 3 - Intelligensnivå	Akse 4 - Somatiske tilstander	Akse 5 - Aktuelle vanskelige psykososiale forhold	Akse 6 - Psykososialt funksjonsnivå			
Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern barn og unge	NPR	74,8	64,9	66,4	62,1	63,2	60,2	100 %	Alle HF i Helse Midt-Norge bruker BUP-data og registrer systematisk hovedtilstand. Det er variasjon mellom HF. Det vil tas opp med regionalt avdelingsledermøte i BUP med sikte på tiltak for forbedring	Målet er ikke nådd

Styringsparametre	Datakilde	2010	2011	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Datakvalitet lovgrunnlag psykisk helsevern voksne (Andel pasienter lagt inn med utfyllt lovgrunnlag)	NPR	-	-	100 %	Prosjekt for implementering av programvaren Klinisk Arbeidsflate/MW2P går igang 01.01.2013. I MW2P vil det være mulig å registrere henvisningsformalitet og første spesialistvedtak, samt alle andre kvalitetsindikatorer for psykisk helsevern. Med dette vil kvaliteten på rapporteringen fra Psykisk helsevern bli betydelig bedre, særlig med hensyn til formalitet ved innleggelse.	Målet er ikke nådd
Datakvalitet hovedtilstand psykisk helsevern voksne (Andel pasienter m/spesifisert diagnose ved utskrivelse)	NPR	73,80 %	73,60 %	100 %	Se over	Målet er ikke nådd

Styringsparametre	Datakilde	2012	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	
Andel helseforetak som har gjennomført journalundersøkelse etter GTT-metoden, i tråd med pasientsikkerhetskampanjeføringer	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	100 %	100 %	Alle sykehusforetakene har gjennomført journalundersøkelser etter GTT-metoden	
Andel helseforetak som har undersøkt pasientsikkerhetskultur i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	75 %	100 %	Alle sykehusforetakene har undersøkt pasientsikkerhetskultur, men i Rusbehandling Midt-Norge HF er dette utsatt til 2013	
Andel helseforetak som rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om ulykker og skader til NPR	Norsk pasientregister	-	100 %	Det er iverksatt opplæring og reopplæring og det motiveres for registrering av skader. Det gjennomføres intern kontroll med stikkprøver	Alle registrerer, men det er ikke komplett
Antall sykehus som har etablert tilbud om tobakksavvenning	Egne tall	100 %	100 %	Det tilbys nikotinplaster og - tyggegummi, ordinære og nettbaserte røykeavvenningskurs og ansatte, pasienter og besøkende informeres om tobakksfritt sykehus.	

98.70% 98.00%

Rapporteringsområder	Datakilde	Resultat 2012	Vurdering av måloppnåelse	Tiltak iverksatt for å nå målet
Forskning og innovasjon				
Årlig forskningspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader totalt for det regionale helseforetaket. Helseforetakene skal ha rapportert på forskningsaktivitet for 2011 til Cristin (alle vitenskapelige publikasjoner) og NIFU (avlagte doktorgrader) innen 30. mars 2012. Det er ønskelig at også vitenskapelige monografier og vitenskapelige artikler i antologier registreres og at HRCS benyttes.	Cristin Ekstern tilbyder	2011: 449 artikler / 193,41 artikkelpoeng 34,5 doktorgrader/103,5 doktorgradspoeng 2/2a publikasjoner: 22,7 % Publikasjoner med internasjonalt forfatterskap: 35,4 %	Nivå Målet er nådd	Årlige forskningspoeng fra artikler og doktorgrader beregnes hhv av CRISTin og NIFU. HMN RHF har rapportert innen fristen 30.3.2012. Forskningsaktivitet for 2011 er publisert på regjeringen.no. Helse Midt-Norge hadde i 2011 totalt 449 artikler, dvs. 193,41 artikkelpoeng. HMN hadde 34,5 doktorgrader, dvs. 103,5 doktorgradspoeng. Totalt antall publikasjonspoeng i 2011 var 296,91. Andel publikasjoner på nivå 2/2a var 22,7 % og andel publikasjoner med internasjonalt forfatterskap var 35,4 %.
Årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i det regionale helseforetaket, herunder andel til psykisk helse og rus. Rapporteringsfrist til NIFU 27. februar 2012. Fra 2013 vil endelig frist være 15. mars.	NIFU	2011: Driftskostnader til forskning 182 mill, herav 49 mill til psykisk helsevern og 13 mill til TSB. Totalt 124 forskningsårsverk, herav 37 til psykisk helsevern og 10 til TSB	Målet er nådd	Årlig ressursbruk til forskning og utvikling beregnes av NIFU. Rapport for ressursbruk til forskning i 2011 er publisert på http://www.nifu.no/publications/938873/ .
Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv. i det regionale helseforetaket på medisinske fagområder og etter forskningsart i 2012 ved bruk av Health Research Classification System. Samhandlingsforskning og forskning som en følge av terrorhandlingene i Norge den 22.07.2011 skal synliggjøres.	http://forskingsprosjekt.er.ihelse.net	Se eget ark	Målet er nådd	En oversikt over andel forskningsprosjekter og andre forskningstiltak, andel tildelte midler til disse som er finansiert av regionale forskningsmidler i Helse Midt-Norge, er klassifisert ved HRCS og vedlagt på eget ark under dette. Det vedlegges også en oversikt over andre fokusområder, hvor både nasjonale satsinger og helsetjenesteforskning inngår. Samhandlings- og helsetjenesteforskning utgjør totalt 10 millioner av de regionale forskningsmidlene. I Helse Midt-Norge er det ingen pågående forskningsprosjekter knyttet til terrorhandlingene i Norge 22.07.2011 finansiert av regionale midler.
Antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler (pr år) fra Norges forskningsråd og EUs 7. ramme-program for forskning og teknologiutvikling i 2012.	Norges forskningsråd	Det er ufullstendig rapportering på disse områdene. Det er tildelt 7,2 mill til prosjektet KOLS HEIM/HelsaMi	Målet er ikke nådd	Det startes arbeid for utvikling av lokalt register over forsknings- og innovasjonsprosjekter. Dette i påvente av nasjonalt system som skal utvikles og hvor arbeidet ledes av Helse Sør-Øst. St.Olavs Hospital v/forsknings sjef deltar i arbeidsgruppe.
Resultater (koordineringsfunksjon, nettverk, flerregionale forskningsprosjekter) for fagområder det er etablert forskningssamarbeid mellom de fire regionale helseforetakene (forankret i NSG).	RHF	Satsningene UNIKARD, NevroNor og Alvorlige psykiske lidelser er etablert tidligere. Nye satsninger er 1. kreft, 2. Muskel og skjelettsatsningen og 3. Helsetjenesteforskning. Disse er under etablering og koordineres av Helse Sør-Øst	Målet er ikke nådd	(NSG) var det i begynnelsen av 2011 etablert tre nasjonale satsingsområder/forskningsnettverk. I slutten av 2011 og i løpet av 2012 er det etablert ytterligere tre satsinger. For satsingene UNIKARD, NevroNor og Alvorlige psykiske lidelser som har pågått en stund, er det etablert en nettverksstruktur, tilsatt koordinator og det pågår forskning. Disse tre forskningssatsingene ble også evaluert høsten 2012 og resultatene ble diskutert i NSG i november 2012. En sammenfatning finnes på NSGs nettsider, http://www.helseforsk.no/?page_id=10 . For de tre nyere satsingene er status som følger: 1. Kreft (Individuell kreftbehandling basert på genprofilen av egen svulst). Satsingen koordineres av Helse Sør-Øst. Koordinator er tilsatt og fagråd er nedsatt. 2. Muskel- og skjelettsatsingen (MUSS, tidligere kalt MSPSS). Satsingen koordineres av Helse Sør-Øst. Det er tilsatt koordinator, nedsatt et fagråd og etablert et nettsted - http://www.muss.no/ . 3. Helsetjenesteforskning, koordineres av Helse Sør-Øst. Satsingen er godkjent av NSG og av de regionale samarbeidsorganene, men det gjenstår å etablere fagråd og tilsette koordinator. Med hensyn til pågående forskningsprosjekter, er det etter utlysning i regi av Forskningsrådet tildelt 3 nasjonale forskningsprosjekter i 2012 innen forskningssatsingene UNIKARD, NevroNor og Alvorlige psykiske lidelser. De tre nasjonale forskningsprosjektene finansieres av regionale midler fra RHF-ene og med toppfinansiering fra
Antall nye oppfinnelser (DOFI), utlisensieringer og bedriftsetableringer rapportert fra teknologioverførings- og kommersialiseringsenhetene i 2012	RHF	Det er ikke registrert nye oppfinnelser (DOFI), utlisensieringer og bedriftsetableringer rapportert fra teknologioverførings- og kommersialiseringsenhetene i 2012		På innovasjonsområdet er det igangsatt aktiviteter gjennom samarbeide mellom Helse Midt-Norge RHF og NTNU TTO og med betydelig finansiering fra RHF. Det forventes at dette vil gi effekt kommende år
Antall og andel innkomne elektroniske forskningssøknader med innovasjonspotensial i 2012	http://forskingsprosjekt.er.ihelse.net	Ved utlysning av de regionale forskningsmidlene fra HMN RHF i regi av Samarbeidsorganet HMN-NTNU i 2012, kom det inn til sammen 316 søknader innen ulike kategorier. Av disse var det 151 søkere (47,8 %) som hadde angitt at søknaden har et klart innovasjonspotensial, og 105 søkere (33,2 %) hadde angitt at søknaden har et mulig innovasjonspotensial. 39 søkere (12,3 %) hadde angitt at søknaden hadde lite eller ikke innovasjonspotensial, mens 21 søkere (6,7%) ikke hadde noen formening om dette.	Målet er nådd	Kun elektroniske søknader godkjennes og søker skal angi innovasjonspotensiale.

<p>Antall og verdi av innrapporterte forsknings- og innovasjonsprosjekter finansiert av Norges Forskningsråd, Regionale fond for forskning og innovasjon, Innovasjon Norge og InnoMed i 2012</p>	<p>Norges forskningsråd Innovasjon Norge InnoMed</p>	<p>Etter ny avtale skulle Norges Forskningsråd og Innovasjon Norge levere rapportering til de regionale helseforetakene fra og med 2012. Det er kun mottatt en rapport på innvilgte søknader fra NFR. Rapporteringen er derfor mangelfull. Søknader NFR:- 7 søknader, 6 av disse innvilget iflg intern rapportering, 0 iflg NFR. - Antall innrapporterte forsknings- og innovasjonsprosjekter: 2-3. Verdi iflg NFR</p>	<p>Målet er ikke nådd</p>	<p>I samarbeide med øvrig RHF igangsatt aktivitet for å forbedre rapportering fra innovasjonsaktørene. Det er også igangsatt aktiviteter for å forbedre interne rapporteringssystemer og rutiner</p>
<p>Innovasjonsindikatorerne fra helseforetakene i 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> o Antall aktive innovasjonsprosjekter med prosjektfase, samarbeidsrelasjoner og ressursbruk o Antall nye patentsøknader o Innovasjonskultur-tiltak (tekstlig omtale) 	<p>HF</p>	<p>Etter ny avtale skulle Norges Forskningsråd og Innovasjon Norge levere rapportering til de regionale helseforetaken fra og med 2012. Dette mangler. Rapporteringen er derfor mangelfull</p> <p>3 forprosjekter a' 500.000 for St.Olavs Hospital i samarbeide med nærliggende kommuner og Innomed. 2 Hovedprosjekter med midler fra Innovasjon Norge, Forskningsrådet. Samarbeide St.Olavs Hospital og Sintef Ingen nye patentsøknader</p> <p>Helse Midt-Norge har gått inn på eiersiden i NTNU TTO med betydelige midler (3 mill for 2012), og det er iverksatt ulike aktiviteter for å styrke forståelsen for- og betydningen av innovasjon bla gjennom etablering av innovasjonskoordinatorer i alle HF og jevnlig møter med disse.</p>	<p>Målet er ikke nådd</p>	<p>I samarbeide med øvrig RHF igangsatt aktivitet for å forbedre rapportering fra innovasjonsaktørene. Det er også igangsatt aktiviteter for å forbedre interne rapporteringssystemer og rutiner</p>
Infeksjoner				
<p>Andel inngrep meldt til NOIS av alle gjennomførte inngrep for hver av de fem kirurgiske prosedyrene som inngår i NOIS</p>	<p>NOIS/NPR</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hjerteoperasjoner (aortakoronar bypass) 2. Keisersnitt 3. Innsetting av proteser i hofteledd 4. Fjerning av galleblære (kolecystektomi) 5. Inngrep på tykktarm (kolon) 	<p>Rapporteringsfristen til NOIS er utsatt til 22.3. pga forsinkelser i datasystemet til FHI - data mangler</p>	

1. HRCS-klassifisering

Medisinsk fagområde	Forskningskategori	Oppsummert beløp	Prosentandel
Blood	4. Detection and Diagnosis	0	0,00 %
	5. Treatment Development	1 000 000	0,49 %
Blood Total		1 000 000	0,49 %
Cancer	1. Underpinning	751 650	0,37 %
	2. Aetiology	3 234 000	1,58 %
	3. Prevention	0	0,00 %
	4. Detection and Diagnosis	21 264 977	10,37 %
	5. Treatment Development	5 202 628	2,54 %
	6. Treatment Evaluation	1 807 833	0,88 %
	7. Disease Management	1 601 500	0,78 %
	8. Health Services	200 000	0,10 %
Cancer Total		34 062 588	16,61 %
Cardiovascular	1. Underpinning	1 590 000	0,78 %
	2. Aetiology	5 291 048	2,58 %
	3. Prevention	7 956 000	3,88 %
	4. Detection and Diagnosis	4 908 500	2,39 %
	5. Treatment Development	5 126 000	2,50 %
	6. Treatment Evaluation	6 461 000	3,15 %
	7. Disease Management	2 897 505	1,41 %
Cardiovascular Total		34 230 053	16,69 %
Ear	4. Detection and Diagnosis	878 000	0,43 %
	8. Health Services	255 000	0,12 %
Ear Total		1 133 000	0,55 %
Eye	7. Disease Management	439 000	0,21 %
Eye Total		439 000	0,21 %
Generic Health Relevance	1. Underpinning	10 377 000	5,06 %
	2. Aetiology	877 000	0,43 %
	3. Prevention	205 000	0,10 %
	7. Disease Management	128 000	0,06 %
	8. Health Services	8 703 480	4,24 %
Generic Health Relevance Total		20 290 480	9,89 %
Infection	1. Underpinning	877 000	0,43 %
	2. Aetiology	1 812 000	0,88 %
	4. Detection and Diagnosis	2 333 000	1,14 %
	5. Treatment Development	1 754 000	0,86 %
Infection Total		6 776 000	3,30 %

Inflammatory and Immune System	1. Underpinning	3 873 417	1,89 %
	2. Aetiology	2 139 877	1,04 %
	4. Detection and Diagnosis	2 035 000	0,99 %
	5. Treatment Development	14 503	0,01 %
Inflammatory and Immune System Total		8 062 797	3,93 %
Injuries and Accidents	5. Treatment Development	134 658	0,07 %
Injuries and Accidents Total		134 658	0,07 %
Mental Health	1. Underpinning	2 629 325	1,28 %
	2. Aetiology	3 508 943	1,71 %
	3. Prevention	626 671	0,31 %
	4. Detection and Diagnosis	1 942 500	0,95 %
	5. Treatment Development	515 417	0,25 %
	6. Treatment Evaluation	1 842 220	0,90 %
	7. Disease Management	1 118 422	0,55 %
	8. Health Services	1 165 000	0,57 %
Mental Health Total		13 348 498	6,51 %
Metabolic and Endocrine	1. Underpinning	246 000	0,12 %
	2. Aetiology	2 053 000	1,00 %
	4. Detection and Diagnosis	0	0,00 %
	5. Treatment Development	2 019 600	0,98 %
	6. Treatment Evaluation	439 000	0,21 %
Metabolic and Endocrine Total		4 757 600	2,32 %
Musculoskeletal	1. Underpinning	381 837	0,19 %
	2. Aetiology	1 806 000	0,88 %
	3. Prevention	877 000	0,43 %
	4. Detection and Diagnosis	3 564 000	1,74 %
	5. Treatment Development	1 416 000	0,69 %
	6. Treatment Evaluation	439 000	0,21 %
	7. Disease Management	309 362	0,15 %
	8. Health Services	975 000	0,48 %
Musculoskeletal Total		9 768 199	4,76 %
Neurological	1. Underpinning	2 750 000	1,34 %
	2. Aetiology	4 956 708	2,42 %
	3. Prevention	702 000	0,34 %
	4. Detection and Diagnosis	5 954 000	2,90 %
	5. Treatment Development	1 580 000	0,77 %
	6. Treatment Evaluation	23 993	0,01 %

	7. Disease Management	3 842 000	1,87 %
Neurological Total		19 808 701	9,66 %
Oral and Gastrointestinal	1. Underpinning	1 629 600	0,79 %
	2. Aetiology	877 000	0,43 %
	4. Detection and Diagnosis	100 000	0,05 %
	5. Treatment Development	2 144 000	1,05 %
Oral and Gastrointestinal Total		4 750 600	2,32 %
Other, se veiledning	1. Underpinning	6 384 000	3,11 %
	3. Prevention	1 227 000	0,60 %
	4. Detection and Diagnosis	4 772 417	2,33 %
	5. Treatment Development	2 207 750	1,08 %
	6. Treatment Evaluation	5 650 000	2,75 %
	7. Disease Management	865 417	0,42 %
	8. Health Services	3 858 618	1,88 %
Other, se veiledning Total		24 965 202	12,17 %
Renal and Urogenital	3. Prevention	1 284 000	0,63 %
	7. Disease Management	118 000	0,06 %
	8. Health Services	702 000	0,34 %
Renal and Urogenital Total		2 104 000	1,03 %
Reproductive Health and Childbirth	2. Aetiology	4 483 174	2,19 %
	3. Prevention	1 104 000	0,54 %
	4. Detection and Diagnosis	1 937 500	0,94 %
	6. Treatment Evaluation	2 694 000	1,31 %
	7. Disease Management	877 500	0,43 %
	8. Health Services	0	0,00 %
Reproductive Health and Childbirth Total		11 096 174	5,41 %
Respiratory	2. Aetiology	200 000	0,10 %
	4. Detection and Diagnosis	0	0,00 %
	7. Disease Management	639 000	0,31 %
	8. Health Services	200 000	0,10 %
Respiratory Total		1 039 000	0,51 %
Skin	6. Treatment Evaluation	490 417	0,24 %
Skin Total		490 417	0,24 %
Stroke	2. Aetiology	174 960	0,09 %
	4. Detection and Diagnosis	1 490 000	0,73 %
	5. Treatment Development	803 917	0,39 %
	6. Treatment Evaluation	833 000	0,41 %

	7. Disease Management	3 165 417	1,54 %
	8. Health Services	390 417	0,19 %
Stroke Total		6 857 711	3,34 %
Grand Total		205 114 678	100,00 %

2. Nasjonale strategier og satsinger

Nasjonal strategiplan	Oppsummert beløp	Prosentandel
Ikke relevant for dette prosjektet	140 327 888	68,41 %
Nasjonal KOLS-strategi	839 000	0,41 %
Nasjonal kvinnehelsestrategi	7 536 191	3,67 %
Nasjonal satsing for rusfeltet	739 000	0,36 %
Nasjonal satsing innen eldremedisin	5 788 451	2,82 %
Nasjonal satsing innen psykisk helse	10 461 576	5,10 %
Nasjonal satsing innen samhandling - pasientforløp og behandlingsskjeder	9 030 000	4,40 %
Nasjonal strategi for diabetesområdet	1 076 000	0,52 %
Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering	12 982 897	6,33 %
Nasjonal strategi for kreftområdet	16 333 675	7,96 %
Grand Total	205 114 678	100,00 %

3. Andre satsingsområder

Satsingsområder	Oppsummert beløp	Prosentandel
Global helse	4 458 756	2,17 %
Ikke relevant for dette prosjektet	76 700 803	37,39 %
Klinisk intervensjonsstudie - flere regioner deltar	5 500 882	2,68 %
Klinisk intervensjonsstudie - innen Norden	439 000	0,21 %
Klinisk intervensjonsstudie - innen regionen	17 322 022	8,45 %
Klinisk intervensjonsstudie - internasjonalt	6 013 000	2,93 %
Nasjonal satsning initiert av NSG	3 636 000	1,77 %
Prosjektet er ikke en klinisk intervensjonsstudie	80 960 215	39,47 %
Samhandlings- og helsetjenesteforskning	10 084 000	4,92 %
Grand Total	205 114 678	100,00 %