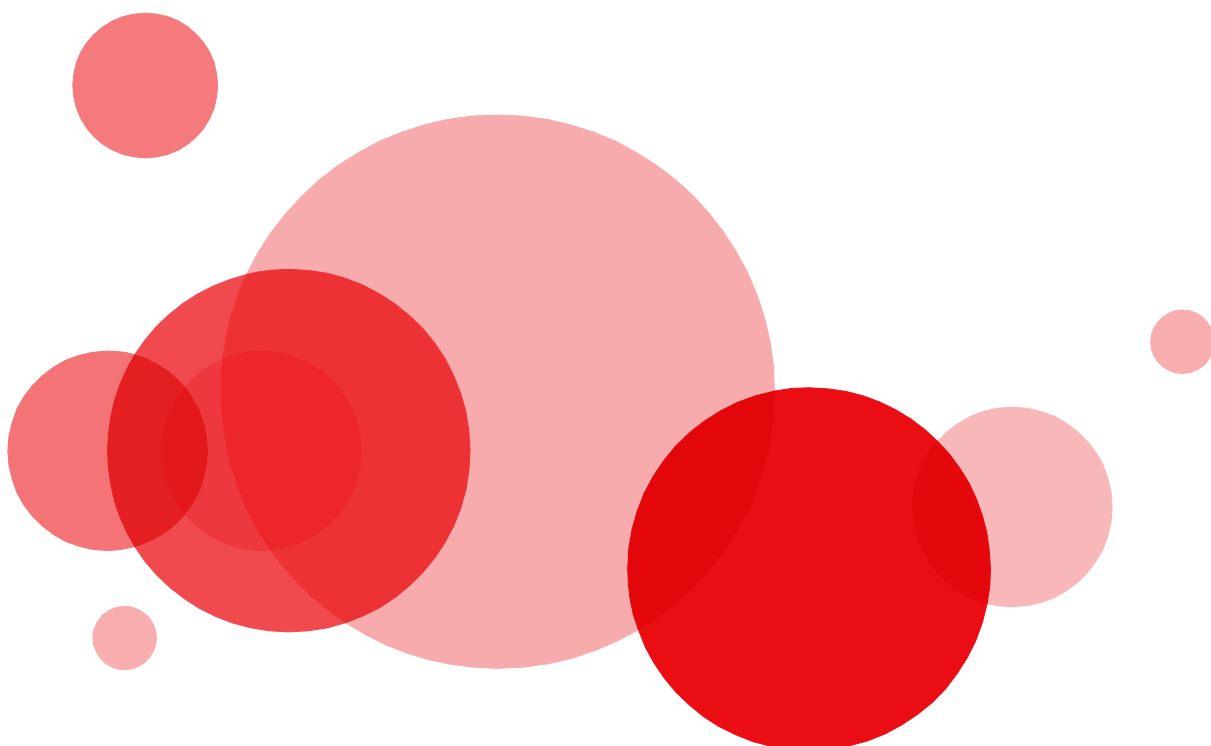


**Årlig melding 2014 for
Helse Midt-Norge RHF til Helse- og
omsorgsdepartementet**



Innhold

1. Innledning	4
1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	4
1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2014	4
2. Rapportering på krav i oppdragsdokument	10
2.1 Tilgjengelighet og brukerorientering	10
2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet	15
2.3 Personell, utdanning og kompetanse	22
2.4 Forskning og innovasjon	23
3. Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 27. juni 2014	25
3.1 Transporttilbud for psykisk syke	25
3.2 Styrking av abortmottak i spesialisthelsetjenesten	25
3.3 Implementering av pakkeforløp for kreft fra 2015	25
4. Rapportering på krav fra foretaksmøtet	26
4.1 Krav og rammer for 2014	26
4.1.1 Økonomi	26
4.1.2 Likviditet og driftskreditter	26
4.1.3 Investeringer og kapitalforvaltning	27
4.1.4 Videreutvikling av nasjonalt samarbeid – bedre samordning på tvers av regionene	27
4.2 Øvrige styringskrav 2014	28
4.2.1 Beredskap og sikkerhet	28
4.2.2 Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven	29
4.2.3 E-helse	30
4.2.4 Teknologiskifte i Telenor	31
4.2.5 Utvikling av nødmeldetjenesten	31
4.3 Rapportering og oppfølging	31
4.4 Øvrige aktuelle saker i 2014	32
5. Styrets plandokument	35
5.1 Utviklingstrender og rammebetingelser	35
5.1.1 Utviklingen innenfor opptaksområdet	35
5.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger	42
5.1.3 Personell og kompetanse	42
5.1.4 Bygningskapital – status og utfordringer	43
5.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer	46

5.2.1	Overordna strategi - Strategi 2020	46
5.2.2	Nærmere om enkelte av delstrategiene og planene	46
6.	Uttalelse fra det regionale brukerutvalget i Helse Midt-Norge	50
7.	Uttalelse fra konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Midt-Norge	51

1. Innledning

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

Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter, og vise hovedtrekkene i virksomhetens fremtidige drift innenfor de rammebetingelser som er gitt av staten som eier og helsemyndighet. Rapporten om virksomheten fra foregående kalenderår skal vise hvordan pålegg og bestemmelser som er gitt i foretaksmøtet eller satt som vilkår for bevilgninger, er fulgt opp. Rapporten skal også vise virksomhetens utvikling i forhold til det regionale foretakets plandokument.

Årlig melding er utarbeidet etter forutgående prosess i virksomhetene.

1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

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

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

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

Helse Midt-Norge reviderte i 2014 foretaksgruppas overordna strategiplan «Strategi 2020».

Våre mål er:

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

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

1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2014

Pasientsikkerhet og kvalitet

Helse Midt-Norge kommer svært godt ut i de nasjonale kvalitetsindikatorene som ble offentliggjort i november 2014 (Helsedirektoratet og Kunnskapssenteret). Både innen somatikk og psykisk helsevern er utviklingen positiv og resultatene blant de beste i landet.

Sykehusene i Helse Midt-Norge har forbedret sitt møte med pasientene det siste året og har flere tilfredse pasienter sammenlignet med landsgjennomsnittet, jf. nasjonal undersøkelse

utført av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Spesielt er pasientene fornøyd med pasientsikkerheten ved sykehusene i regionen.

Det er fortsatt utfordringer når det gjelder å bredde tiltakspakkene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. Det er i 2014 etablert et regionalt program for kvalitet og pasientsikkerhet i Helse Midt-Norge. Hovedoppgaven til det regionale programmet er å styrke innsatsen knyttet til bredding av tiltakspakkene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet.

Ventetider og fristbrudd

Reduksjon i ventetider og ingen fristbrudd har vært klare målsettinger over flere år. Den gjennomsnittlige ventetida for alle som fikk starta behandling i desember 2014 var på 63 dager.

Selv om det er registrert en positiv utvikling på slutten av året, er målet om en gjennomsnittlig ventetid lavere enn 65 dager likevel ikke nådd. Den gjennomsnittlige ventetiden sett under ett for Helse Midt-Norge var i 2014. Det arbeides kontinuerlig for å redusere ventetiden ned mot, og under, måltallet på 65 dager.

Andel og antall fristbrudd fortsetter å gå ned og antall fristbrudd er, når en ser bort fra feriemånedene, det laveste på 4 år. Andelen fristbrudd er blitt redusert fra 5,2 pst. i 2013 til 3,9 pst. i 2014. Utviklingen gjennom 2014 viser en mindre variasjon fra måned til måned, samtidig som trenden går i retning mot null. Det arbeides aktivt med spesifikke tiltak for å fjerne de siste fristbruddene og hindre at nye oppstår.

Psykisk helsevern

Gjennom de siste årene er det skjedd mye for å gjøre tilbudet innen psykisk helsevern mer tilgjengelig. Bruk av distriktpsikiatriske sentre er en viktig del av dette sammen med økt bruk av oppsøkende og ambulerende virksomhet. I tråd med helsepolitiske målsettinger har det vært en dreining fra døgninnleggelse til dag- og poliklinisk behandling, samt ambulante tjenester.

Fastlegene gir de distriktpsikiatriske sentrene (DPS) i Midt-Norge best karakter i landet (jf. undersøkelse i regi av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten).

Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblem (TSB)

Det har i flere år vært en styrking av tilbudet for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling. Opptrappingen som har pågått over flere år har bidratt til et vesentlig bedre tilbud. Tettere samarbeid mellom rus, psykisk helsevern og somatikk skal bidra til ytterligere forbedring i tilbudet. TSB tilbudet er i 2014 utvidet i tråd med nasjonale krav om økning av døgnkapasitet i de private virksomhetene.

Hovedutfordringen innenfor TSB er å sikre en videre utbygging hvor pasienten i nær dialog med styrkede tjenester i hjemkommunen kan ha en aktiv og forpliktende samhandling med spesialisthelsetjenester som sikrer behandling for pasientens sammensatte problemer. Her vil polikliniske, dag- og døgnbaserte tjenester måtte spille tett på lag ut fra pasientenes løpende behov.

Rusbehandling Midt-Norge HF ble avviklet ved inngangen til 2014, avtaler med private er videreført og utvidet, og behandlingstilbud i egen regi er overført til sykehusforetakene. Erfaringer så langt viser at integrasjonen har vært vellykket og at det er lagt til rette for

fagutvikling på tvers. St. Olavs Hospital HF ivaretar en regional funksjon som skal sikre pasientflyt i regionen, herunder håndtere komplekse pasientsaker som blant annet tvang, fritt sykehusvalg og fristbrudd.

Den gyldne regel

Helse Midt-Norge arbeider for å oppnå høyere årlig vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatiske fagområder, også omtalt som den «gyldne regel».

Utviklingen målt både i aktivitet og ventetider viser at det i 2014 var en høyere vekst i psykisk helsevern enn for somatikk. Den samlede aktivitetsveksten innen TSB har vært lavere enn for somatikk, men ventetida er klart lavere og har blitt redusert med 10 dager fra 2013. Det foreligger per d.d. ikke kvalitetssikrede regnskapstall som muliggjør en sammenligning av veksten i kostnader mellom fagområdene.

Helse Midt-Norge RHF finner det utfordrende at veksten skal måles gjennom en økning i kostnader. Fagområdene har til dels ulike kostnadsdrivere og ulik utvikling på disse. Innenfor somatikk har vi en stor kostnadsvekst knyttet til medikamenter, implantater og medisinske forbruksvarer. Slik kravet er i dag vil økte varekostnader innen somatikk utløse krav om økt aktivitet innen psykisk helse og rusbehandling.

Også psykisk helsevern og rusbehandling må utnytte ressursene på en bedre måte gjennom forbedret drift og endret praksis til pasientens beste. Det frigjør ressurser for å kunne gjøre investeringer og gi behandlingstilbud til flere. Å bruke økte kostnader som suksessparameter, er ikke noe godt mål for å skape gode behandlingstilbud. Eksempelvis er det en ønsket utvikling med tidligere intervensjon og lettere tilgang på hjelp innen psykisk helsevern. Det er behov for lavterskeltilbud og et tettere samarbeid med kommunene.

Ønsket vekst innen TSB og psykisk helsevern bør måles i form av aktivitet og resultat og ikke i økte kostnader. Kravet om større vekst i aktivitet bør ikke forhindre god total ressursstyring, noe som må skje på grunnlag av resultater i pasientbehandlingen og ikke i økte kostnader.

For 2015 har Helse Midt-Norge RHF videreført til helseforetakene kravet som er gitt fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det er omtalt både i styringsdokumentet og i foretaksprotokollen. I foretaksprotokollene er det tatt inn følgende:

«Foretaksmøtet viste til at det statlige aktivitetstaket innen somatikk er avvirket f.o.m. 2015 for å legge til rette for at helseforetakene kan øke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi til det. Aktivitet utover budsjettert aktivitet vil utløse 50 pst. ISF-refusjon. Videre viste foretaksmøtet til kravet om den «gyldne regel» om at det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk. Innen psykisk helsevern skal distriktspsykiatriske sentre og barn og unge prioriteres. Veksten skal kunne registreres/måles i hvert helseforetak. Veksten måles blant annet gjennom endring i kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet. Det forventes samtidig at produktiviteten målt som aktivitet per årsverk øker både i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

En aktivitetsøkning innen somatikk vil derfor fordre en relativt større vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling.

- *Foretaksmøtet presiserte viktigheten av at helseforetaket ser fjerning av aktivitetstaket i sammenheng med forutsetningen om at psykisk helse og tverrfaglig spesialisert*

behandling skal vokse mer enn somatikk målt gjennom endringer i kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet.

- *Foretaksmøtet forutsatte at helseforetaket innretter aktiviteten i 2015 for å ivareta mål om tilgjengelighet og mål om høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk.*

Helse Midt-Norge er nå i gang med å lage regionale planer både for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Målsettingen er at planene skal gi overordnede føringer for utviklingen av psykisk helse og TSB i Helse Midt-Norge, samtidig som de ivaretar nasjonale føringer, retningslinjer og lovkrav.

Ambulansetjenesten

Ambulansedriften i Helse Midt-Norge ble fra 1. januar 2015 overført fra Ambulanse Midt-Norge HF til de tre sykehusforetakene i regionen. Målet er å styrke forutsetningene for sømløse behandlingsforløp mellom de prehospitale tjenester og sykehusene. Overføringen ble planlagt og gjennomført som et eget overføringsprosjekt i tett samarbeid mellom Ambulanse Midt-Norge HF og sykehusforetakene. Overføringen ble gjennomført uten operative avvik.

Ambulanse Midt-Norge HF har oppnådd mye av målsettingen etter at virksomheten ble organisert i et eget foretak for to år siden. I to-års perioden er det jobbet mye med standardisering av tjenesten for å bidra til likeverdige ambulansetjenester for befolkningen i Midt-Norge. Noe av dette arbeidet er: Felles faglige retningslinjer, kompetanseheving, standardisering av utstyr og bilparken, like betingelser for ansatte og registrering av virksomhetsdata.

Personell og kompetanse

Det legges ned en betydelig innsats på alle nivå i foretaksgruppa for å få et helhetlig bilde av kompetanse -og kapasitetsutfordringene. Det viser seg at det er svært krevende å etablere helhetlige kompetanseplaner, der fremtidige kompetansebehov og sårbare fagmiljø er identifisert. For enkelte fagmiljøer, i enkelte steder i regionen er det rekrutteringsutfordringer. En del fagmiljøer er sårbare ut fra en vurdering av faglige krav til volum og kompetanseutvikling, vaktbelastning, alderssammensetting mm. Noen fagmiljøer har en svært høy gjennomsnittsalder.

Det har i 2014 vært en positiv utvikling i antall avvik på arbeidstidsbestemmelsene. Foretakene jobber systematisk og godt med dette i tett samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten.

Sykehusapotekene

Sykehusapotekene HF har tilpasset virksomheten slik at de tilfredsstiller krav fra ESA om avdelingsvise regnskap, overskuddskrav på publikumsdel og innbetaling av skatt på overskudd i publikumsdelen.

Samhandling

Erfaringene etter fire år med samhandlingsreformen viser mange positive utviklingstrekk. Alle sykehusforetakene deltar i planlegging av øyeblikkelig hjelp tilbud i kommunene (KAD-tilbud). 64 kommuner i Midt-Norge (av 84) har hittil etablert slike tilbud til sine innbyggere, og det pågår et kontinuerlig arbeid rundt opprettelse av nye tilbud.

Antall pasienter som blir værende på sykehusene etter at de der er ferdigbehandlet, dvs. utskrivningsklare, ble redusert i løpet av 2014 sammenlignet med 2013. Det er i hovedsak de store vertskommunene som har utfordringer med å tilby innbyggerne et tilbud når de er ferdigbehandlet på sykehusene.

eHelse – nytt EPJ/PAS

Det har vært arbeidet med forberedelse av anskaffelse og implementering av nytt pasientadministrativt system og ny elektronisk pasientjournal (PAS/EPJ). Det planlegges med en beslutning om iverksettelse av anskaffelse i løpet av høsten 2015. Helse Midt-Norge RHF har som målsetting at anskaffelsen skjer i samarbeid med et utvalg av kommuner i Midt-Norge. Det planlegges ut fra at anskaffelsen skal understøtte et målbilde som er i tråd med det nasjonale målbildet som vil utarbeides gjennom utredningen av St. meld. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal.

Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal

Det har over flere år vært gjennomført en grundig og krevende prosess for å framskaffe beslutningsgrunnlag for tomtevalg og oppstart av konseptfase for et nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal. I foretaksmøte 19. desember 2014 ble det fattet beslutning om at nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal skal lokaliseres på Opdøl ved Molde. Dette etter tilrådingen både fra styret i Helse Møre og Romsdal HF og fra styret i Helse Midt-Norge RHF.

Planlegging av nytt sykehus Nordmøre og Romsdal er nå videreført i en konseptfase. For befolkningen vil dette ha stor betydning for å sikre gode helsetjenester i årene framover.

En forutsetning for nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal er økonomisk bæreevne og at funksjoner i eksisterende og nytt sykehus må innrettes slik at det understøtter kostnadseffektiv drift og legger til rette for samarbeid mellom sykehusene. Styret i Helse Møre og Romsdal HF skal i løpet av våren 2015 ta stilling til en mer konkret vurdering i forhold til ramme, effektivisering og tiltaksplaner.

For å sikre et kvalitativt godt spesialisthelsetjenestetilbud og en bærekraftig økonomi er det i interimperioden til nytt sykehus er ferdig, særdeles viktig med et godt samarbeid innad i og på tvers av fagmiljø og sykehus.

Økonomi

Foretaksgruppa i Helse Midt-Norge leverer positive økonomiske resultat og de økonomiske krav som er stilt til Helse Midt-Norge i 2014 er innfridd. Det er likevel store variasjoner mellom helseforetakene. Sett i forhold til utfordringene vi står foran og forutsetningen i langtidsplan og - budsjett om varig effekt av årlig effektivisering, så er det likevel grunn til å følge inngangsfarten og resultatutviklingen tett i starten av 2015.

Helse Midt-Norge investerte for om lag 1 mrd. kroner i 2014. Foretaksgruppa står foran store og krevende investeringsoppgaver i årene framover. Det er derfor behov for en betydelig effektivisering av virksomheten i hele foretaksgruppa. I gjeldende langtidsplan – langtidsbudsjett forutsettes en årlig generell effektivisering for hele foretaksgruppa på minimum 1 pst. På bakgrunn av den økonomiske situasjonen i Helse Møre og Romsdal HF, med negativt resultatavvik i 2014 og siste forutgående år, er det inngått en langsiktig avtale som skal bidra til forutsigbarhet i omstillingsarbeidet i foretaket. Uten en slik årlig effektivisering som gir varig effekt vil ikke Helse Midt-Norge kunne muliggjøre de planlagte store investeringer innen sykehusbygg, IKT og andre investeringsbehov i regionen.

Kontinuerlig effektivisering er en del av løpende utvikling i pasientbehandlingen og ny teknologi. Ved alle foretak i regionen er det i 2014 iverksatt omfattende omstilling- og effektiviseringsarbeid med fokus på gode arbeidsprosesser, aktivitet og bemanning. Analyser viser at regionen vil ha et økonomisk grunnlag som muliggjør bygging av nytt sykehus med oppstart i 2018. Risikobildet viser imidlertid at det er behov for økt trykk på effektivisering, og det er avgjørende at det legges frem gode og realistiske planer for hvordan effektivisering og omstilling skal gjennomføres.

Sykehusbygg HF

Helse Midt-Norge RHF har hatt ansvaret for å lede arbeidet med å etablere et felles eid helseforetak for samordning innenfor eiendomsområdet. Sykehusbygg HF ble stiftet høsten 2014. Helseforetaket skal ha en desentralisert organisasjonsmodell med hovedkontor i Trondheim.

2. Rapportering på krav i oppdragsdokument

2.1 Tilgjengelighet og brukerorientering

Mål 2014:

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.

Se rapportering i vedlegg 1 (tabellrapportering for styringsparametre).

- Ingen fristbrudd.

Se rapportering i vedlegg 1 (tabellrapportering for styringsparametre).

- **Redusert ventetid, økt kapasitet og god kompetanse innen brystrekonstruksjon for pasienter med brystkreft.**

Målet er nådd.

I Helse Midt-Norge er det St. Olavs Hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF (Molde) som utfører brystrekonstruksjoner.

I løpet av 2014 er det foretatt 35 brystrekonstruksjoner med eget vev og 87 med protese ved St. Olavs Hospital HF. Det estimerte antallet operasjoner var henholdsvis 40 brystrekonstruksjoner med eget vev og 70 med protese. I Helse Møre og Romsdal HF er det utført 27 brystrekonstruksjoner med protese og 3 med eget vev. Måltallene er oppfylt.

Ventetida for brystrekonstruksjon er redusert betraktelig de siste åra. Ventetiden ved slutten av året var ved St. Olavs Hospital HF 22 uker for brystrekonstruksjon både med eget vev og med protese, mens ventetida ved Helse Møre og Romsdal HF var på 14 uker.

- **Alle ventetider på frittsykehusvalg.no er oppdatert månedlig.**

Målet er nådd.

Tilnærmet alle ventetider på fritt sykehusvalg blir oppdatert månedlig.

For desember rapporterte 99,2 pst. av alle institusjoner eid av Helse Midt-Norge RHF, mens 100 pst. av private institusjoner med tilknytning til Helse Midt-Norge RHF rapporterte. Avdelingene har kontaktpersoner som oppdaterer ventetider for sine avdelinger. Det arbeides med at kontaktpersonene har stedfortreder ved fravær og avdelingene gis tilbakemelding om ventetidene ikke er oppdatert.

- **80 % av kreftpasienter har startet behandling innen 20 dager fra mottatt henvisning**

Måltallet er samlet ikke nådd.

Helse Midt-Norge har i 2014 gjennom fagledernetverkene utarbeidet regionale standardiserte forløp for tykktarmskreft, brystkreft og lungekreft. Helseforetakene rapporterer om et kontinuerlig forbedringsarbeid knyttet til å identifisere og redusere flaskehalser.

Det er lagt en detaljert plan for implementering av de nye pakkeforløpene i hele regionen.

Innføring av pakkeforløp vil gjøre det enklere å følge opp pasientene, gi raskere behandling og bedre registreringsrutiner. Det er utviklet et eget IKT-verktøy (elektroniske Standardiserte Pasientforløp, eSP) som sørger for monitorering av pasientforløpene. Verktøyet er pilotert høsten 2014 og er nå tatt i bruk for noen kreftforløp. eSP gir sanntidsinformasjon og følger hver enkelt pasient gjennom forløpet.

Brystkreft:

To av tre sykehusforetak har nådd målet.

På landsbasis fikk 52,1 pst. av pasienter med brystkreft oppstart av behandling innen 20 dager i 2. tertial 2014. Helse Midt-Norge hadde den høyeste andelen i landet med en andel på 74,6 prosent. Dette er også en vesentlig forbedring fra samme periode i 2013 (16 pst. større andel). Andelen varierer mellom helseforetakene; Helse Møre og Romsdal HF har oppnådd 88,2 prosent, Helse Nord-Trøndelag HF har 81 prosent, mens St. Olavs Hospital HF har oppnådd 61,3 prosent.

St. Olavs Hospital HF har identifisert flaskehalsene til å være manglende mammografikapasitet grunnet for få mammariadiologer og manglende areal (ultral lyd mammae). Helseforetaket har nå økt overlegekapasiteten innen mammografi og gjennomført ombygging av mammografiarealene for å tilrettelegge for en mer optimal bruk av personellressursene. Det forventes å oppnå et høyere måltall når de nye tidene i de nasjonale pakkeforløpene er implementert i 2015.

Lungekraft:

Målet er ikke nådd.

På landsbasis fikk 38,9 prosent av pasienter med lungekraft oppstart av behandling innen 20 dager i 2. tertial 2014. Helse Midt-Norge hadde en andel på 40 prosent. Helse Møre og Romsdal HF har oppnådd 52,2 prosent og St. Olavs Hospital HF 35,5 prosent. For Helse Nord-Trøndelag HF er antallet for lavt til publisering. Utredning og behandling av lungekraftpasientene i Helse Midt-Norge går ofte på tvers av sykehusene i regionen.

St. Olavs Hospital HF

Alle pasienter henvist med mistanke om lungekraft blir registrert i et internt kvalitetsregister ved avdeling for i lungemedisin. Forløpene blir jevnlig fulgt. Andel oppstart innen 20 virkedager har økt med 5,5 prosentpoeng fra 2. tertial 2013 til 2. tertial 2014. Både innføring av standardisert pasientforløp og oppstart av PET behandling på St. Olavs Hospital HF har bidratt til dette. Det er gjort avtale med Øre-nese-hals avdelingen som vil føre til kortere ventetid for biopsier. Dette påvirker også resultatene positivt.

Tykkarmkraft

Målet er ikke nådd.

På landsbasis fikk 59 prosent av pasienter med tykkarmkraft oppstart av behandling innen 20 dager i 2. tertial 2014. Helse Midt-Norge hadde en andel på 66,3 prosent.

Helse Møre og Romsdal HF var nær med å nå målet (78,6 pst) mens Helse Nord-Trøndelag HF hadde en andel på 66,7 pst og St. Olavs Hospital HF en andel på 59,6.

St. Olavs Hospital HF har avdekket flaskehalsen som hindrer at det standardiserte pasientforløpet går som planlagt. Hovedutfordringen er colonscopikapasitet med en underdekning på omlag 25 coloscopier per uke, tilsvarende om lag et colonscopiteam. Colonscopikapasiteten er økt fra januar 2015. Foretakets daglige rapportering via eSP

(elektronisk standardisert pasientforløp) viser de de ligger på 60 pst. og at middelverdien for ventetid fra henvisning til behandling er om lag 22 virkedager.

- **Det er etablert minst ett tverrfaglig diagnosesenter for pasienter med uavklart tilstand i hver helseregion.**

Målet er nådd.

I Helse Midt-Norge fikk St. Olavs Hospital HF i oppdrag å etablere et tverrfaglig diagnosesenter for pasienter med uavklart tilstand. Senteret ble etablert i september 2014 som en organisatorisk del av kreftklinikken.

Det er etablert et pasientforløp som skal sikre rask avklaring og som har klare kjøreregler for hvem som skal henvises. Dette skal bl.a. sikre vurderingshenvisning innen 1 virkedag, deretter tilbud om poliklinisk vurdering innen 2 virkedager og avklart diagnose etter 10 virkedager. I tillegg er det etablert en kommunikasjonsplan ut i befolkningen og til kommunene.

Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal HF har i styringsdokumentene for 2015 fått i oppdrag å etablere tverrfaglige diagnosesenter for pasienter med uavklart tilstand i sine helseregioner.

- **Det er etablert minst ett prostatasentre i Helse Midt-Norge.**

Målet er nådd.

Prostatakreftsentret er etablert ved St. Olavs Hospital HF fra september 2014. Senteret er bygget opp rundt fire standardiserte pasientforløp (kurativ behandling, hormonrefrektær sykdom, metastatisk sykdom og palliasjon).

Det er opprette kontakt med kommunehelsetjenesten med formål å forbedre screening/primærdiagnostikk/kontroll av prostatapasienter. Standardisering av henvisning fra fastleger er under arbeid og det jobbes kontinuerlig med forbedring av pasientflyt og flaskehalsen innen prostatakreftforløpet. Det planlegges oppstart av regionale standardiserte pasientforløp primo 2015.

- **Det er gjennomført lokale pasienterfaringsundersøkelser på behandlingsenhetsnivå, resultatene er offentliggjort på helseforetakenes nettsider og aktivt fulgt opp i tjenesten.**

Målet er delvis nådd.

Alle tre sykehusforetakene har deltatt i den nasjonale pasienterfaringsundersøkelsen. Resultatet forelå i januar 2015. Innenfor Tverrfaglig spesialisert behandling har regionalt ledernettverk igangsatt at arbeid for å sammenstille data og identifisere/ prioritere viktige forbedringsområder som skal følges opp ved den enkelte klinikk i de tre sykehusforetakene.

Helse Nord-Trøndelag HF har i 2014 ikke gjennomført lokale pasienterfaringsundersøkelser. Metode og gjennomføring er prøvd ut ved enkelte enheter, og er tilgjengelig. Samarbeid mellom avdelingene og Forskningsavdelingen er etablert for de avdelinger som ønsker å følge opp med slike undersøkelser.

Helse Møre og Romsdal HF har gjennomført lokale pasienterfaringsundersøkelser på mange av sine klinikker. Tilbakemeldinger blir gjennomgått, systematiserte, og benyttet i forbedringsarbeid i klinikkene/avdelingene. Spørreundersøkelsene blir tilpassa mot aktuelt fagområde og rundt det en vil prøve å måle om pasienten er fornøyd/misfornøyd med. Helseforetaket foretar også en videreføring av større nasjonale undersøkelser som PasOpp, der de utdyper tema som de har fått score på som de ikke er fornøyde med.

Spissingen av undersøkelsene, setter også standarden for hvordan denne blir bredda i aktuell klinikk og også evt. som læringserfaring mellom klinikker om resultatene berører flere fagområder eller har en felles verdi.

St. Olavs Hospital HF gjennomførte i perioden 2010 – 2013 et lokalt pasienterfaringsprosjekt som del av sitt forbedringsprogram. Gjennom prosjektet ble det utviklet en metode for å måle pasienterfaringer ved St. Olavs Hospital, hvor målet var at resultatene av disse pasienterfaringene kunne være til nytte i kvalitetsforbedringen av tjenestene. Klinikkene vurderte resultatene og identifiserte noen områder som de ikke leverte optimalt på. Disse områdene ble evaluert som forbedringsområder, og det ble satt inn tiltak.

Det var også et mål med prosjektet å etablere en fullelektronisk løsning for å sikre en kontinuerlig måling av pasienterfaringer, etterfulgt av kontinuerlig forbedringsarbeid. Helseforetaket har i 2014 ikke utført noen pasienterfaringsundersøkelser på behandlingsenhetsnivå.

- **Det er etablert brukerstyrte plasser innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i alle helseforetak.**

Målet er nådd.

Helse Nord-Trøndelag HF

I Helse Nord-Trøndelag HF er det stor ambulansetjeneste og pasienter blir tilbudt innleggelse ved behov. I tillegg finnes praksis med "rett inn liste" for pasienter med alvorlig psykisk lidelse som blir innlagt på dagen ved forverring og bruk av "åpen retur" avtaler. Det er pasienten selv som kan be om innleggelse hvis han/hun står på listen.

Helse Møre og Romsdal HF

To plasser er etablert ved avdelingen i Molde og bruk er beskrevet i prosedyre. Ved avdelingen i Ålesund gjøres plass tilgjengelig for registrerte pasienter gjennom fleksible reinntak. Prosedyre er under utarbeidelse i Ålesund. Det etableres aktivitetsmåling på brukerstyrte plasser fra 2015.

St Olavs Hospital HF

Det er etablert brukerstyrte plasser ved samtlige DPS i Psykisk helsevern. Hensikten er å gi rask hjelp ved forverring eller i kriser. Nidaros og Orkdal DPS har egne øremerkede brukerstyrte døgnplasser, som det rapporteres på. Tiller DPS har ikke egne plasser til dette formålet. I stedet praktiseres systematisk bruk av mestringsplaner, som utløser raske innleggelser når andre krisetiltak er forsøkt uten effekt.

Klinikk for rus og avhengighet har pasientstyrt seng, der hensikten er å bidra til å avverge mulige rusepisoder for pasienter som har vært i døgnbehandling for rusavhengighet. Tilbudet er forebyggende, styrker brukervedvirkning og er lett tilgjengelig.

- **Det er etablert flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer for de ulike fagområdene.**

Målet er nådd.

Alle helseforetak i Helse Midt- Norge arbeider med og har utviklet ulike standardiserte pasientforløp. Helse Midt-Norge RHF har gjennom egne regionale fagledernetter i 2014 utarbeidet tre regionale pasientforløp for kreft; tykktarmskreft, brystkreft og lungekreft. I tillegg er gynekologisk kreft under revisjon.

I 2015 skal følgende regionale standardiserte pasientforløp etableres og implementeres (prioriteres):

- ✓ Psykose
- ✓ Rusakutt
- ✓ Truende for tidlig fødsel (forløpsansvarlig obstetriker)
- ✓ For tidlig fødte barn (forløpsansvarlig neonatolog)

Helse Midt-Norge RHF har meldt inn fagpersoner til Helsedirektoratet som har deltatt og fortsatt deltar i utviklingen av 28 pakkeforløp for kreft. Helse Midt-Norge RHF har etablert en regional standard for utarbeidelse av standardiserte pasientforløp som skal ivareta nasjonale krav.

St. Olavs Hospital HF har fått en regional hovedoppgave i å lede arbeidet med å implementere alle pakkeforløp for kreft.

- **Det er oppnevnt koordinator for pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester.**

Måler er delvis nådd.

Helse Nord-Trøndelag HF

Koordinerende enhet har i samarbeid med avdelingene utarbeidet en overordnet retningslinje som hver enkelt klinikk/avdeling tilpasser. I tillegg jobbes det for en ordning med koordinator for kreftpasienter på systemnivå, men ansvar for pasientadministrative forhold og riktig bruk av PAS-systemer. Helseforetaket oppgir at fokus på koordinering må skjerpes i klinikkene slik at de pasienter som har rett på koordinator får det.

Helse Møre og Romsdal HF

Helseforetaket arbeider med å integrere individuell plan som verktøy for å koordinere tjenester og tiltak for sammensatte og langvarige tjenestebehov fra flere nivå i helsesektoren.

St Olavs Hospital HF

Videre arbeid med standardiserte pasientforløp for alle typer pasienter og arbeid med mottaksfunksjonene, skal sikre at alle pasienter som trenger koordinator får det.

Nevrologisk avdeling har fått et midlertidig ansvar for å koordinere enkeltpersoner der det fremgår av henvisningen at mange aktører må samarbeide.

2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet

Mål 2014

- **Pasientsikkerhetsprogrammets tiltakspakker inngår som en del av sykehusenes ordinære aktivitet og resultatene følges opp i ledelseslinjen.**

Målet er delvis nådd.

Det er i 2014 etablert et regionalt program for kvalitet og pasientsikkerhet i Helse Midt-Norge. Hovedoppgaven til det regionale programmet er å styrke innsatsen knyttet til bredding av tiltakspakkene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. Prioriterte oppgaver i programmet er:

- ✓ Oppfølging av det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet
- ✓ Etablere egne regionale prosjekter og utviklingsområder etter behov.
- ✓ Bidra til analyse og publisering av parameter innenfor pasientsikkerhet og kvalitet
- ✓ Bidra til koordinering og erfaringsoverføring; både mellom de regionale helseforetakene og mellom helseforetak i regionen
- ✓ Sikre at pasientsikkerhetslementer integreres i øvrig forbedringsarbeid i Helse Midt Norge

Samtlige helseforetak arbeider med å få tiltakspakkene inn som en del av den daglige driften. Helse Midt-Norge RHF har innført tertialvis rapportering på spredningsgraden for tiltakspakkene, som del av det regionale programmet for kvalitet og pasientsikkerhet. Spredningsgraden (grad av implementering) er også tema i dialogmøtene med helseforetakene.

Rapportering i tertialrapportene viser en god utvikling når det gjelder spredning av tiltakspakkene innen tygg kirurgi, hjerneslag, samstemming av legemidler og selvmordforebygging. Størst forbedringspotensial er det innen forebygging av urinveisinfeksjoner, trykksår og fall.

Det er økt trykk på implementering gjennom etablering av regionalt program for kvalitet og pasientsikkerhet.

Videre er det gjennomført pasientsikkerhetskulturundersøkelse ved alle tre sykehusforetak. GTT - resultater leveres regelmessig fra alle foretak.

Det er gjennomført en regional erfaringskonferanse om pasientsikkerhet med god deltakelse fra alle helseforetak. Pasientsikkerhet har inngått som fast punkt på agendaen i styremøter og ledermøter på alle nivå i foretaksgruppa.

Helse Nord-Trøndelag HF

En rekke av tiltakspakkene er tatt i bruk, men enda gjenstår implementering av flere av disse. GTT utføres ved begge sykehus. GTT- tall brukes for hendelsesanalyse. I helseforetaket

følges det opp som viktig del av kvalitetsarbeidet, forbedringsarbeidet og del av pakkeforløpene. Styret og foretaksledelsen holdes fortløpende orientert om arbeidet.

Helse Møre og Romsdal HF

Helseforetaket er i gang med en rekke tiltak for å bedre kvalitet og pasienttrygghet. Spredning av tiltakspakkene har vist seg å være krevende og tar tid. GTT gransking foregår på alle sykehus og det er etablert et overordna granskersteam på tvers i foretaket. Oppfølging av pasientsikkerhetskulturundersøkelsen i alle enheter, og pasientsikkerhet er fast punkt på styremøter og ledermøter på alle nivå.

St. Olavs Hospital HF

- ✓ Utarbeidet nivå 1- prosedyrer og utarbeidet undervisningsopplegg for tiltakspakkene
- ✓ Tiltakspakkene skal tas inn i alle relevante standardiserte pasientforløp
- ✓ Oppdrag til alle kliniksjefer i lederavtale for 2015 å vurdere hvilke enheter som er relevante for implementering av de ulike tiltakspakkene. Dette følges opp gjennom rapportering til direktør og årlig oppsummering i Ledelsens gjennomgåelse.

Øvrige tiltak innen pasientsikkerhetsarbeidet ved foretaket:

- ✓ Videreføre pasientsikkerhetsvisitter
 - ✓ Systematisk oppfølging av uønskede hendelser – hendelsesanalyser
 - ✓ Pasientsikkerhetsvariabler integreres i utvikling av standardiserte pasientforløp
 - ✓ Forbedringskompetanse; etablerer kurs i forbedringsmetodikk for klinikere
- **Kvalitetsindikatorer og ventetider som rapporteres til Helsedirektoratet, inkludert til fritt sykehusvalg, er rapportert på sykehusnivå.**

Målet er nådd.

Alle sykehus, private og offentlige, rapporterer på sykehusnivå. Dette inkluderer også rapportering på billeddiagnostiske undersøkelser.

- **Medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status har:**
 - **nasjonal dekningsgrad**
 - **omfatter pasientrapporterte effektmål**
 - **benyttes til regelmessig evaluering av klinisk praksis, systematisk forbedringsarbeid og forskning.**

Målet er delvis nådd.

De nasjonale kvalitetsregistrene som Helse Midt-Norge er ansvarlige for, har ulik grad av modenhet. Framdriften vurderes likevel som god og registrene sikres god ressurstilgang. Det er god tilknytningsgrad (foretak som rapporterer inn til de respektive register) for de fleste registrene. Det har vært ulike utfordringer med hensyn til dekningsgrad på individnivå, men det jobbes systematisk mot Norsk pasientregister for dekningsgradsanalyser. De fire registrene tilknyttet Hjerne- og karregisteret (HKR) har igangsatt et prosjekt med

Folkehelseinstituttet, for dekningsgradsanalyser på individnivå med uttrekk fra basisregisteret. Alle helseforetakene er påminnet om forpliktelser til å levere data til alle nasjonale kvalitetsregistre, og det sendes jevnlig ut statusrapporter.

Det er et mål at alle registre (der det er mulig) skal etablere rutiner for å samle inn pasientrelaterte effektmål. Dette er et arbeid som pågår, og som vil bli implementert i samarbeid med Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og SKDE. Enkelte registre har allerede pasientrelaterte effektmål.

Kvalitetsregistrene benyttes i ulik grad til evaluering av klinisk praksis, forbedringsarbeid og forskning, avhengig av hvor langt de har kommet i utviklingsfasen. Det er et mål at utbredelsen av dette skal øke i 2015 og årene framover. Konkrete kvalitetsforbedringsprosjekter for 2015 er under planlegging sammen med SKDE.

- **Det er etablert en enhetlig og kunnskapsbasert praksis for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten.**

Målet er nådd.

Systemet for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten er etablert. Nye metoder og tilhørende utstyr kommer som del av forskning og innovasjon, og metodevurderinger eller mini-metodevurderinger skal gjennomføres før innføring/anskaffelse. Dette er tydelig forankret i linjen ved våre helseforetak.

Gjennom etablering av Regionalt senter for helsetjenesteutvikling ved St. Olavs Hospital HF vil nødvendig personell blir opplært i bruk av mini-metodevurdering, samt at klinikkene har fått informasjon om krav til bruk av denne og innmelding av saker til Bestillerforum RHF. Dette er et område som fortsatt er nytt, men som det jobbes kontinuerlig og systematisk med.

- **Det er etablert flere øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene i samarbeid mellom helseforetak og kommuner.**

Målet er nådd.

Alle sykehusforetakene deltar i planlegging av slike tilbud i de kommunene som ønsker å etablere KAD-tilbud. Det pågår et kontinuerlig arbeid rundt opprettelse av nye tilbud.

Helse Nord-Trøndelag HF

Det er i 2014 inngått avtaler og opprettet tilbud i følgende kommuner: Leksvik, Fosnes, Bindal, Nærøy, Leka, Vikna, Levanger, Verdal og Frostad.

Det er startet arbeid med avtaler for de resterende kommunene med planlagt oppstart i løpet av 2015: Namsos, Namdalseid, Flatanger, Osen, Grong, Lierne, Namsskogan, Røyrvik og Høylandet.

Helse Møre og Romsdal HF

Helseforetaket deltar i dialog og møter med kommuner som planlegger å etablere et kommunalt øyeblikkelig døgntilbud. Videre deltar de i oppfølgingsmøter etter at tilbudet er etablert.

St. Olavs Hospital HF

Alle kommuner i opptaksområdet bortsett fra Oppdal har opprettet KAD senger. Trondheimsområdet har opprettet 10 av 25 senger.

Som en del av utredningen om mottaksfunksjoner ved St. Olavs Hospital HF vurderes hvordan kommunikasjonen mellom sykehuset og KAD-tilbudene og tilbud/ tjenester ved sykehuset kan understøtte de kommunale øyeblikkelig hjelp tilbudene.

- **Det er høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Det legges til grunn at veksten innen psykisk helsevern skjer ved DPS og innenfor psykisk helsevern for barn og unge. DPS skal bygges ut og utrustes til å ta ansvar for gode akuttjenester gjennom døgnet, ambulante tjenester, poliklinikk og døgntilbud, slik at befolkningens behov for vanlige spesialisthelsetjenester er dekket. Veksten måles blant annet gjennom endring kostnader, ventetid og aktivitet.**

Målet er delvis nådd

Utviklingen i aktivitet innen psykisk helsevern viser en betydelig vekst fra 2013. Psykisk helsevern har samlet sett hatt en vekst på 4,9 prosent fra 2013 til 2014.

Det er særlig stor økning i den polikliniske aktiviteten innenfor psykisk helsevern for barn og unge, hvilket er i tråd med styringskravene fra 2014. For psykisk helsevern barn og unge har det i 2014 vært en vekst på nær 13 prosent målt i polikliniske v-konsultasjoner. Aktiviteten i psykisk helsevern for voksne, målt i polikliniske v-konsultasjoner, har økt med 7,4 prosent fra 2013 til 2014.

Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelproblemer (TSB) har kun hatt en samlet vekst i aktivitet på 0,1 pst. sist år. Den polikliniske aktiviteten har imidlertid vært svært høy, med en vekst på hele 11,1 prosent fra 2013 til 2014. Aktiviteten målt i antall utskrivninger er i samme perioden redusert med 4,6 prosent, mens aktiviteten målt ved antall oppholdsdøgn er redusert med 2,5 prosent.

Innen somatikk har veksten vært på 3,1 prosent fra 2013 til 2014, målt i DRG-aktivitet knyttet til sørge-for-ansvaret.

Utviklingen i aktivitet gir en klar indikasjon på at veksten innenfor psykisk helsevern er større enn for somatikk.

Ventetidsutviklingen gjennom 2014 viser at ventetida for de som har startet behandling innen psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i gjennomsnitt er lavere enn de som har startet behandlingen innen somatikk. Innen somatikk var den gjennomsnittlige ventetida 73 dager. De tilsvarende tallene for psykisk helsevern voksne var 54 dager, psykisk helsevern barn og unge 53 dager og tverrfaglig spesialisert behandling 52 dager.

Det er svært gledelig at ventetida innen psykisk helsevern barn og unge har gått ned med 8 dager sammenlignet med 2013 og ventetida innen TSB er hele 10 dager kortere.

Det foreligger per d.d. ikke kvalitetssikrede regnskapstall som muliggjør en sammenligning av veksten i kostnader mellom fagområdene.

- **Andel årsverk DPS har økt i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus.**

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge har de siste årene hatt en vesentlig nedgang i andel personell knyttet opp til sykehus, og en økning i personellinnsatsen ved DPS. Helse Midt-Norge RHF har imidlertid en høyere andel personell ved sykehusene enn de øvrige regionene (jf. Helsedirektoratet IS-2235). En forklaring på dette er at Helse Nord-Trøndelag ikke har skilt ut DPS-funksjonen ved sykehusene i Levanger og Namsos, og som følge av dette vil tall for DPS virksomheten framstå som liten.

Tall fra Helsedirektoratet viser at andel årsverk i DPS sammenligna med sykehus har økt fra 40 prosent til 43 prosent fra 2012 til 2013. Det rapporteres på dette årlig til SSB og det foreligger foreløpig ikke offisielle tall for 2014.

Helse Nord-Trøndelag HF

På grunn av en atypisk organisering av Sykehus/DPS-funksjoner i Helse Nord-Trøndelag HF så er det utfordrende å skille mellom DPS og sykehusfunksjoner. Det er store deler av det som teller som sykehus som utfører DPS-tjenester. Dagens skille går på at akuttseksjoner, psykoseseksjoner, aldersseksjoner og HAVO er trukket ut som sykehusfunksjon, restene av klinikkens seksjoner utfører DPS-tjenester. Fra 2015 vil psykoseseksjonene også regnes som DPS-tjenester og større del av klinikkens personellressurs vil overføres til DPS.

Helseforetaket har for 2014 oppgitt en ressursfordeling på hhv. 42,4 pst. i DPS og 57,6 pst. i sykehus, målt ut fra brutto månedsverk.

Siden skille mellom sykehusfunksjon og DPS funksjon er så marginal har det ikke vært noe fokus på å prioritere ansettelser i DPS framfor sykehus, spesielt siden både psykologer og leger er organisert i egne seksjoner og fordeles derifra til ulike enheter.

Helseforetaket har avdelinger med DPS funksjoner i Namsos og Levanger i tillegg til DPS Kolvereid og DPS Stjørdal.

Helse Møre og Romsdal HF

Helse Møre og Romsdal HF har i 2014 en ressursfordeling på hhv. 57,2 pst. i DPS og 42,8 pst. i sykehus, målt ut fra brutto månedsverk. Helseforetaket oppgir at de finner det svært utfordrende å overføre ytterligere ressurser fra sykehusnivå til DPS. I klinikk for psykisk helse oppgir de et stort press på sengekapasitet på sykehusnivå og at det er begrenset potensiale for en ytterligere dreining over til DPS.

St. Olavs Hospital HF

St. Olavs Hospital HF oppgir å ha hatt en svak økning av brutto månedsverk i sykehus i 2014 i forhold til DPS, med en andel sykehus på 50,7 pst. og andel DPS 49,3 pst. Oppgaver er overført fra sykehus til DPS fra januar 2015, noe som vil endre dette bildet.

- **Andel tvangsinnleggelses for helseregionen er redusert med 5 % sammenliknet med 2013.**

Se rapportering i vedlegg 1 (tabellrapportering for styringsparametre).

- **Døgnkapasiteten innen TSB er økt med om lag 25 plasser utover den kapasitet som gjeldende avtaler representerer for 2013. Plassene skal kjøpes fra ideelle**

virksomheter. Plassene skal bidra til mer mangfold i behandlingstilbudet, sikre at alle regioner har avtaler om TSB-plasser der rusfrihet er et mål i behandlingen (ikke LAR) og at det er tilgjengelige plasser innenfor behandlingsmetoden terapeutiske samfunn i alle regioner. Innkjøpet skal gjøres så raskt som mulig i 2014. Plassene skal kjøpes til følgende pasientgrupper:

- **Langtidsplasser for rusavhengige**
- **Pasienter med samtidig rus- og psykiske lidelser**
- **Akutt- og abstinensbehandling**
- **Gravid/familier med rusproblemer**
- **Unge med mer omfattende hjelpebehov**

Målet er nådd.

TSB tilbudet er utvidet i tråd med nasjonale krav om økning av døgnkapasitet i de private virksomhetene. Avtalene omfatter følgende:

Tyristiftelsen: Ny avtale på 35 døgnplasser i tillegg til ambulante tjenester/ polikliniske tilbud i forkant og etterkant av døgnbehandling. Dette gir en betydelig økning i pasientgjennomstrømning.

Lade behandlingssenter: Økt kapasitet/fleksibilitet for pasienter etter HOTL 10.2 og 10.3 ved en styrking av kapasiteten i eksisterende avdeling. Dagtilbud til personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse er etablert med en kapasitetsøkning på 10 pst. i forhold til dagens poliklinikk. Avrusning/abstinensbehandlingstilbudet er styrket med en kapasitetsøkning på 15 pst.

Kvamsgrindkollektivet (unge med omfattende hjelpebehov): utvidet med 8 primærplasser i døgn (langtidsbehandling). Tilsvarende økning er i gang i forhold til det polikliniske tilbudet.

I tillegg er det en styrking av TSB tilbudet, herunder rusakutt, fleksible senger i tilknytning til poliklinikk og dagtilbud ved de offentlige klinikkene i regionen.

Molde Behandlingssenter er regionens terapeutisk samfunn, og tilbyr døgnbehandling, polikliniske tjenester og dagtilbud.

- **Det er etablert ett dropout team for rusavhengige i Helse Midt-Norge.**

Målet er nådd.

Nasjonalt prosjekt Drop Out innen tverrfaglig spesialisert behandling er godt i gang med gjennomgående god deltagelse fra alle tre sykehusforetak. Prosjektet ledes og administreres av seksjon for analyse og pasientkoordinering v / St. Olavs Hospital HF i tett samarbeid med nasjonal kompetansetjeneste TSB.

Rusbehandlingen i Midt-Norge ble for øvrig i 2014 tildelt midler til et eget prosjekt for å jobbe fram tiltak for reduksjon av dropout's i Midt-Norge. Prosjektet ledes fra klinikkens seksjon for Regional analyse og pasientkoordinering i tett samarbeid med øvrige TSB-enheter i Midt-Norge. Arbeidet videreføres i 2015.

Helse Nord Trøndelag HF

Ambulant virksomhet er en del av poliklinikkdriften, den enkelte behandler ser den enkelte pasientens behov og tilpasser behandlingen etter pasientens behov. Det vurderes ikke som hensiktsmessig å etablere et eget ambulant team ved TSB i Nord-Trøndelag.

Helse Møre og Romsdal HF

Helseforetaket, ved Klinikk for rus- og avhengighetsbehandling, utøver ambulante tjenester med ulike typer individuelt vurderte tiltak, oppfølging på hjemsted, nettverksarbeid, ALOR, heimebesøk LAR mv. En videre utvikling av ambulante tjenester TSB må være gjennom et samarbeid med kommuner og psykisk helsevern, slik at en ikke etablerer flere, men styrker samhandlingen og koordinering innenfor eksisterende ambulant aktivitet.

Et eget FOU-prosjekt omkring brudd i behandling er i gang ved Molde behandlingssenter, med oppfølging av funn fra denne i 2015.

St. Olavs Hospital HF

Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin har over år registrert volum dropout's fra behandling. Ved utgangen av 2013 var det en samlet dropout på i underkant av 29 pst. mens tilsvarende tall ved utgangen av 2014 var 23 pst. Det er gledelig å konstatere at dropout's blant de yngste (16-23 år), har gått markant ned. I 2013 var det i denne aldersgruppen registrert 34 pst. mens tilsvarende tall ved utgangen av 2014 var 17 pst.

Klinikken etablerte et ambulant CL-team med drift fra 01.01.14. Målgruppen er inneliggende pasienter i somatikk og psykisk helsevern, og hvor avdelingen vurderer at pasienten bør vurderes for rusbehandling.

Klinikken har hatt som sentral målsetting å sikre god tilgjengelighet, og har derfor etablert vakttelefon for mottak av henvendelser. Denne er betjent mellom 08.00-15.30. Videre har klinikken hatt som mål at teamet skal ha relativt kort responstid på utrykning til aktuell avdeling, (samme dag, senest innen 24 timer) samt også tilby sømløs overgang til rusbehandling med oppstart i poliklinikk.

Sentralt for 2015 er å markedsføre tilbudet ytterligere internt i St. Olav. I tillegg til ambulante tjenester internt i St. Olav, har klinikken videreført ambulant virksomhet ut mot primærhelsetjeneste og hjemmeboende pasienter. Dette i tillegg til at klinikken yter tilskudd til psykisk helse sitt ACT-team.

- **Det er i samarbeid med kommunene og brukerorganisasjonene etablert et effektivt og brukerorientert utrednings- og behandlingsforløp for pasienter med langvarige smerte- og utmattelsestilstander der årsaken er uklar.**

Målet er nådd.

Det er laget et pasientforløp i samarbeid med Hysnes helsefort og smerteklinikken ved St. Olavs Hospital HF. Gjennom 2014 har det vært en god dialog med ME-foreningen. Ved langvarige utmattelsestilstander av uklar årsak gjennomfører CFS/ME-poliklinikken ved St. Olavs Hospital HF standardisert utredning av lege, psykolog og fysioterapeut samt et tverrfaglig oppsummeringsmøte før det skrives epikrise til henvisende lege og fastlege.

Den tverrfaglige smertepoliklinikken ved St. Olavs Hospital HF har i samarbeid med kommunehelsetjenesten nettopp etablert et standardisert utrednings- og behandlingsforløp for pasienter med langvarige smerte.

Videre har smerteklinikken ved flere anledninger brukt ressurser på at ansatte reiser ut til legekontorer og møter pasienter sammen med fastlegen. Det er både fastlegene og pasientene meget fornøyd med (samhandling i praksis). Dette er imidlertid ressurskrevende og gir ikke DRG takster.

- **Helse Midt-Norge RHF har inngått avtale med Helse Nord RHF om behandlingstilbud til samiske pasienter ved Samisk nasjonalt kompetansetjeneste – psykisk helsevern og rus (SANKS).**

Målet er ikke nådd.

SANKS ble i brev fra Helse og omsorgsdepartementet av 24. januar 2014 godkjent som nasjonal kompetansetjeneste. Helse Midt-Norge RHF etablerte i 2014 kontakt med Helse Nord RHF med sikte på å inngå en avtale. Prosessen mot underskrift er i gang og vil sluttføres i 2015.

2.3 Personell, utdanning og kompetanse

Mål 2014

- **Gjennomføre analyser og utarbeide planer for håndtering av behov for personell. Særlig innsats må rettes mot behovet for spesialisert kompetanse for å sikre gode tjenestetilbud.**

Målet er delvis nådd.

Det legges ned en betydelig innsats på alle nivåer i foretaksgruppa for å få et helhetlig bilde av utfordringene innen kompetanse og kapasitet. Dette viser seg at er svært krevende å etablere helhetlige kompetanseplaner der de sårbare fagmiljøene identifisert.

Regional strategi for utdanning og kompetanseutvikling som skal besluttes i styret i Helse Midt-Norge RHF i mars 2015, presiserer følgende:

- ✓ «Ledere på alle nivå skal til enhver tid ha oversikt over enhetens kompetanse og kapasitet. Kompetansebehov på kort og lang sikt skal være dokumentert, basert på systematiske analyser.
- ✓ Det skal utvikles konkrete planer for å dekke kompetansebehovet på alle nivå, basert på felles metodikk. Planene skal beskrive hvordan vi rekrutterer, utvikler og beholder våre medarbeidere og team
- ✓ Helse Midt-Norge skal synliggjøre ressursbruk og sørge for riktig ressurstilgang til utdanning og kompetanseutvikling.»

Strategien vil bli fulgt opp med konkrete tiltak i 2015.

Det er etablert et prosjekt i foretaksgruppa knyttet til fast ansettelse av leger i spesialisering (LiS). I tillegg til å tilrettelegge for forutsigbar fremdrift i spesialiseringsløpene, skal prosjektet videreutvikle beslutningsgrunnlag for hvilke typer LiS det er behov for i fremtiden.

- **Tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, også innenfor den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin som ventes godkjent i 2014.**

Målet er delvis nådd.

Det er også for legegruppa til dels manglende helhetlig behovsvurderinger. Helse Midt-Norge har lagt følgende til grunn for prioritering av utdanningsstillinger:

- ✓ sikre god implementering av kreftforløpene (for eksempel patologi, radiologi og skopi)
- ✓ sikre reduksjon av ventetider og fristbrudd (for eksempel plastikkirurgi, karkirurgi, reumatologi og geriatri)

For tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det ansatt tilstrekkelig antall leger i spesialisering i deler av Helse Møre og Romsdal HF og ved St. Olavs Hospital HF. Det vurderes tiltak for å sikre rekruttering i Molde. I Helse Nord-Trøndelag HF er det behov for å avklare knytningen med spesialisering innen psykiatri for å kunne klare å skape kvalitet og gode fagmiljø. Dette vil bli fulgt opp i regionen og mot Helse- og omsorgsdepartementet.

- **Redusere omfanget av midlertidige stillinger i helseforetakene.**

Målet er ikke nådd.

Helseforetakene jobber kontinuerlig med å øke andel faste stillinger, øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og tilby flere heltidsstillinger. Andel midlertidige stillinger er per desember 2014 på 3,6 pst. hvilket er 0,1 prosentpoeng økning fra januar 2014.

Helseforetakene rapporterer at bruk av midlertidige stillinger i hovedsak benyttes i navngitte vikariater. Helseforetakene har utarbeidet rutiner for bruk av midlertidige stillinger. Flere av foretakene rapporterer at økt bruk av bemanningssenter eller ressursenheter bidrar til å redusere bruk av midlertidige stillinger.

- **Det er gjennomført oppgavedeling og oppnådd reduserte ventetider og gode og effektive pasientforløp.**

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF lyste ut 24 millioner kroner til oppgavedeling- og samhandlingsprosjekter i 2014. Målet er å gi tilskudd til gode ideer som kan påvirke mer effektiv drift og pasientflyt. Tiltakene skal evalueres.

Det arbeides godt med å utarbeide og implementere flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer og en felles regional metodikk i alle sykehusforetakene i regionen. St. Olavs Hospital HF er faglig motor i arbeidet som utføres i tett samarbeid med de øvrige helseforetak.

2.4 Forskning og innovasjon

Mål 2014:

- **Det er etablert system for særskilt relevansvurdering, i tillegg til kvalitetsvurdering, ved tildeling av tilskuddsmidler til forskningsprosjekter og som implementeres senest i 2015. Relevans- og kvalitetsvurderinger skal benyttes ved tildeling av 100 mill. kroner til nasjonale samarbeidsprosjekter på prioriterte fagområder, jf. kap 732, post 78.**

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge har benyttet en egen komite for relevansvurdering, nyttevurdering og innstilling ved tildeling av regionale forskningsmidler både i 2013 og i 2014. Relevanskriterier er vedtatt og disse ble benyttet i vurderingsarbeidet.

Ved utlysningen og tildeling av midler til nasjonale samarbeidsprosjekter på prioriterte fagområder, jf. kapittel 732, post 78, ble kvalitetsvurderingene foretatt av Forskningsrådet. De regionale helseforetakene samarbeidet om å etablere kriterier for relevans- og nyttevurdering som ble brukt i vurderingsarbeidet. Det var nedsatt en relevanskomite bestående av representanter fra alle regioner på fagdirektørnivå og en brukerrepresentant fra hver region. Utlysningen hadde søknadsfrist 3. september, og det ble utarbeidet en innstilling i desember 2014. Vedtak ble fattet i AD-møtet i januar 2015. Helse Midt-Norge fikk tildelt ett prosjekt, og er deltager i de fleste andre som fikk tildeling.

- **De regionale helseforetakene har i samarbeid initiert minst 3 nye kliniske multiserierstudier på biotilsvarende legemidler, ME (rituximab) og føflekkreft (ipilimumab) gjennom NorCRIN nettverket eller Nordic Trial Alliance i 2014.**

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF har gitt oppdraget med NorCRIN til St. Olavs Hospital HF. De regionale helseforetakene har i samarbeid initiert og igangsatt følgende kliniske multiserierstudier i 2014:

- ✓ Ipi4 (ipilimumab) - per desember var 120 pasienter inkludert, det planlegges å inkludere inntil 150 pasienter.
 - ✓ RituxME (rituximab) - per desember var 61 av 152 pasienter inkludert.
 - ✓ Nor-Switch - per desember var 189 av 500 pasienter inkludert.
- **Felles årlig resultatrapport synliggjør eksempler på hvordan resultater fra forskning og innovasjon har bidratt til forbedret klinisk praksis/tjenesteutøvelse, i tillegg til øvrig resultatrapportering basert på nasjonalt tilgjengelig statistikk om forskning og innovasjonsaktivitet (jf. vedlegg 3 i oppdragsdokumentet for 2013).**

Målet er nådd.

Arbeidet med felles årlig resultatrapport for 2014 utarbeides av de regionale helseforetakene i fellesskap og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF.

Det ble meldt inn mange prosjekter fra alle regioner og beslutning om hvilke prosjekter som skulle synliggjøres ble gjort i fellesskap. De utvalgte prosjektene viser god bredde og synliggjør bidrag til klinisk praksis.

Det er i tillegg utarbeidet figurer og tabeller basert på ulike nasjonale datakilder med tall fra 2013. Rapporten vil bli overlevert Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen 15. mars 2015.

Øvrig resultatrapportering gjennomføres som vanlig ved årsskiftet og etter fastsatte frister.

3. Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 27. juni 2014

3.1 Transporttilbud for psykisk syke

Bevilgningen for transporttilbud for psykisk syke er styrket med 10 mill. kroner for å avlaste politiet for transportoppdrag i tilknytning til psykisk ustabile personer som kan håndteres av helsetjenesten uten politiets assistanse.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF ble tildelt 2 mill. kroner av den samlede bevilgningen på 10 mill. kroner i 2014. Dette tilleggsoppdraget ble gitt til Ambulanse Midt-Norge HF. Prosjektet "Transporttilbud for psykisk syke" er etablert og i funksjon. En plan for prosjektet ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet innen gitt frist.

De viktigste virkemidlene er etablering av et tett samarbeid mellom de prehospitale tjenestene (ambulansetjenestene, AMK-sentralene mv.), akuttpsykiatrien i spesialisthelsetjenesten, relevante kommunale tjenester og politiet. Dette for å sikre et godt samarbeid og kommunikasjon om den enkelte pasient og en hensiktsmessig løsning av hvert oppdrag. I tillegg vil det bli iverksatt en målretta kompetanseheving innen fagområdene rus og psykiatri for de prehospitale tjenestene.

Midlene for 2015 er tildelt St. Olavs Hospital HF, felles servicefunksjon for ambulansetjenesten, som skal forvalte prosjektet og midlene på vegne av alle sykehusforetakene i regionen. Dette da ambulansetjenesten fom 2015 er innlemmet i sykehusforetakene.

3.2 Styrking av abortmottak i spesialisthelsetjenesten

Departementet viser til høringsnotat om reservasjonsordning for fastleger og til brev av 7. februar 2014 til regionale helseforetak. De regionale helseforetakene skal kvalitetssikre og styrke tilbudet til abortsøkende kvinner som henvender seg direkte til sykehus.

Målet er nådd.

Helseforetakene har gjennomgått rutiner og de svarer ut kravene som er gitt i forhold til å motta abortsøkende direkte.

3.3 Implementering av pakkeforløp for kreft fra 2015

Det skal innføres 30 pakkeforløp for kreft i løpet av 2015. Pakkeforløp for de fire kreftformene brystkreft, lungekreft, tykk- og endetarmskreft og prostatakreft skal implementeres fra 1. januar 2015. Helse- og omsorgsdepartementet ber videre de regionale helseforetakene om allerede nå å starte arbeidet med å forberede implementering av pakkeforløpene fra 1. januar 2015, herunder:

- **Etablere forløpskoordinatører i alle sykehus som utreder og behandler kreftpasienter, og gi disse nødvendige fullmakter slik at forløpstidene kan overholdes. Forløpskoordinatorene må være på plass før pakkeforløpene innføres fra januar 2015.**
- **Sikre en økning i utrednings- og behandlingsskapasiteten i helseforetakene innen januar 2015.**

- **Sikre etablering av en organisasjons- og ledelsesstruktur i helseforetakene som sørger for nødvendig samarbeid internt i det enkelte helseforetak, mellom ulike helseforetak og mellom helseforetak og fastlegene.**

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge vil benytte standardiserte pasientforløp som metodikk for å implementere nasjonale pakkeforløp. Det er etablert en regional metodikk og det foreligger en tidsplan for å utvikle, implementere og monitorere regionale standardiserte pasientforløp basert på nasjonale pakkeforløp. Oppdraget er koordinert av St. Olavs Hospital HF ved regionalt senter for helsetjenesteutvikling, med deltakelse fra alle sykehusforetakene.

Arbeidet med forløpstider og koding av pakkeforløp er startet. De første regionale standardiserte pasientforløpene er på plass, og etablering av slike fortsetter i takt med Helsedirektoratet sin plan for implementering.

Helse Midt-Norge RHF har i tillegg gitt øremerkede midler til helseforetakene for å sikre systematisk forløpskoordinering. Helse Nord-Trøndelag HF har etablert egen stilling som forløpsansvarlig koordinator. Helse Møre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital HF har ikke opprettet egne stillinger men rollen som forløpsansvarlige koordinatorene er fordelt på flere klinikere og disse har fått de nødvendige fullmakter.

4. Rapportering på krav fra foretaksmøtet

Rapporteringen skal følge struktur på krav til omtale som gitt av vedlegg 1 til protokoll fra foretaksmøtet i januar. Eventuelle krav til rapportering gitt i andre foretaksmøter legges til i avsnitt 4.4, sammen med omtale av eventuelle øvrige aktuelle saker.

4.1 Krav og rammer for 2014

4.1.1 Økonomi

Kravet er innfridd.

Helse Midt-Norge har som følge av endring i pensjonskostnaden for 2014 fått økt resultatkravet til 1 449,4 mill. kroner, (jf. foretaksmøte 17. desember 2014).

Helse Midt-Norge oppfylder sitt sørge for ansvar for 2014. Korrigert for effekten av reduserte pensjonskostnader har regionen totalt en prognose årsresultat på 566 millioner kroner mot et budsjett på 534 millioner. Dette gir økt sparing til framtidige investeringer som lagt til grunn i gjeldene langtidspan og budsjett.

Ved alle foretak i regionen er det i 2014 iverksatt omfattende omstilling- og effektiviseringsarbeid med fokus på gode arbeidsprosesser, aktivitet og bemanning. Av samlet investeringsbudsjett for 2014 på 1,1 mrd. kroner er det investert for om lag 1 mrd. kroner og resterende 100 millioner kroner overføres til investeringsbudsjett 2015. Samlet er de økonomiske krav som er stilt til Helse Midt-Norge i 2014 innfridd.

4.1.2 Likviditet og driftskreditter

Kravet er innfridd.

Helse Midt-Norge sin bruk av premiefond i 2014 utgjør 179 mill. kroner. Driftskredittramman ble som følge av reduksjon i basisramma med 1/3 av redusert pensjonskostnad økt fra 1 341 mill. kroner til 2 064,3 mill. kroner (jf. foretaksmøte 17. desember 2014). Helse Midt-Norge

har i 2014 drevet sin virksomhet innenfor pålagt ramme for driftskreditt. Pr. 31. desember 2014 er det trukket 1 327 mill. kroner på driftskredittrammen.

4.1.3 Investeringer og kapitalforvaltning

Helse Midt-Norge RHF har ingen investeringsprosjekter som får lån i 2014.

4.1.4 Videreutvikling av nasjonalt samarbeid – bedre samordning på tvers av regionene

De regionale helseforetakene skal i løpet av 2014 etablere et felles eid helseforetak for samordning innenfor eiendomsområdet. Selskapet skal ha ansvar for oppgaver innen analyse, systematisering og formidling av kompetanse og erfaringer, samt rådgivning og byggherrefunksjoner ved gjennomføring av investeringsprosjekter. Helseforetaket skal ha en desentralisert organisasjonsmodell med hovedkontor i Trondheim.

De regionale helseforetakene skal etablere et felles helseforetak, Nasjonal IKT HF, lokalisert i Bergen. for strategisk samarbeid på IKT-området. Helseforetaket skal følge opp vedtatte strategiplan for Nasjonal IKT.

De regionale helseforetakene skal arbeide videre med å samordne og standardisere arbeidet med innkjøp/logistikk for å sikre en effektiv nasjonal løsning på dette området. Innen 1. september 2014 skal det legges fram forslag til hvordan en utvidet nasjonal innkjøpsorganisasjon, herunder hvordan HINAS og LIS skal inngå.

Kravene er innfridd.

Sykehusbygg HF ble stiftet høsten 2014. Sykehusbygg HF skal være en internleverandør for de regionale helseforetakene og landets helseforetak, og skal legge til rette for og bidra til standardisering, erfaringsoverføring, god ressursutnyttelse og ressurstilgang innen prosjektering og bygging av sykehus, og sørge for at erfaring fra forvaltning og drift av sykehuseiendom tas hensyn til i nye prosjekter og kommer foretakenes eiendomsforvaltning til nytte. Byggeoppdrag eller bidrag til byggeoppdrag skal bare kunne leveres til de fire regionale helseforetakene og deres underliggende helseforetak samt parter som inngår i et sameie med disse.

Helseforetaket skal ha en desentralisert organisasjonsmodell med hovedkontor i Trondheim. Grunnlaget for helseforetakets virksomhet er konkretisert i helseforetakets stiftelsesdokumenter, herunder vedtekter og foretaksavtale samt i årlig oppdragsdokument fra eierne.

Det vil være en viktig oppgave for de fire helseregionene å bidra til at selskapet blir overført oppgaver og tilført ressurser for å kunne gjennomføre oppgaver som planlagt. Oppstartsperiode forventes å vare i 1-3 år med hovedvekt på 2015. Sykehusbygg HF vil være viktig leverandør av tjenester for gjennomføring av regionens strategiske målsettinger innen for eiendomsområdet.

Det nye helseforetakets virksomhet vil omfatte to hovedkategorier av oppgaver; fellesoppgaver og prosjektoppgaver. Fellesoppgaver er oppgaver som det nye helseforetaket løpende skal ivareta for de fire helseregionene, mens prosjektoppgaver leveres etter bestilling fra et eller flere RHF/HF. Fellesoppgavene vil bestå av faglige fellesoppgaver og administrative fellesoppgaver.

Nasjonal IKT HF ble stiftet i desember 2013. Selskapet skal gi retningslinjer for IKT-utvikling i spesialisthelsetjenesten gjennom felles strategi (vedtatt av styrene i de regionale helseforetakene), samarbeid og samordning. Gjeldende strategi skal understøtte et mål bilde der IKT skal gi positive effekter for pasienter, påførende og helsepersonell, og bidra til bedre ledelse og styring. I tillegg skal Nasjonal IKT HF bidra til spesialisthelsetjenestens gjennomføring av nasjonale prosjekter og til dialog og samarbeid med relevante interessenter (for eksempel den kommunale helse- og omsorgstjenesten).

Nasjonal IKT HF skal videreutvikles som spesialisthelsetjenestens hovedarena for samhandling innenfor informasjons- og kommunikasjonsteknologi. Dette gjelder både samhandling innad i spesialisthelsetjenesten (mellom de ulike helseforetakene og de regionale helseforetakene) og samhandling med andre sentrale aktører som kommunehelsetjenesten, Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett og Norsk Helsenett.

De regionale helseforetakene har aktivt bidratt til bedre samordning på tvers av regionene gjennom etablering av Nasjonal IKT HF, samt deltakelse i nasjonale fora som eHelsegruppen, Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT) og Nasjonalt utvalg for fag- og arkitektur (NUFA).

De regionale helseforetakene har i 2014 arbeidet videre med samordning av regionenes innkjøp. Rapport om utredning av nasjonal innkjøpsfunksjon ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen 1. november. De regionale helseforetakenes videre arbeid med samordningen er konkretisert i protokoll fra foretaksmøte 7. januar 2015. I dette arbeidet inngår også innorganisering av legemiddelinnkjøpsamarbeidet LIS.

De regionale helseforetakene satte i 2014 i gang et prosjekt for mer nasjonalt samarbeid om innkjøp. Prosjektet fokuserer på de tre områdene kategoristyring, retningslinjer og rutiner og støttesystemer. Prosjektet skal avsluttes i løpet av 2015.

4.2 Øvrige styringskrav 2014

4.2.1 Beredskap og sikkerhet

Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene har:

- **etablert beredskap for kritisk infrastruktur, bl.a. vann, strøm, IKT, legemidler**
- **etablert sikringstiltak i tråd med sikkerhetsloven, bl.a. objektsikkerhetsforskriften**
- **ferdigstilt oppfølgingstiltak for spesialisthelsetjenesten etter 22. juli 2011 innen 31. desember 2014.**

Kravene er innfridd.

Revisjon av regional beredskapsplanverk er igangsatt med gjennomgang av aktuelle ROS-analyser. Rapporten fra Riksrevisjonen tas inn i dette arbeidet. Legemiddelberedskap utredes i eget nasjonalt prosjekt. Resultatet av dette arbeidet vil innarbeides i regionalt planverk.

Alle helseforetakene har etablert beredskap for kritisk infrastruktur, som vann, strøm og IKT. Alle har beredskapsplaner og øvelser er gjennomført.

Helse Midt-Norge RHF er godt i gang med å etablere en sikkerhetsorganisering i tråd med Sikkerhetsloven og tilhørende forskrifter. Plan for dette arbeidet vil bli oversendt Helse og omsorgsdepartementet innen fristen 1. juni 2015.

Oppfølgingstiltakene etter 22. juli 2011 er gjennomført innen fristen. Eksempelvis har helseforetakene registrert og kartlagt helsepersonell. Det er etablert varslingslister og situasjonsrapportering internt i foretak, mellom foretak og regionalt foretak i Helse Midt-Norge.

4.2.2 *Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven*

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å gjennomføre et felles arbeid for å utvikle og implementere nødvendige endringer i sykehusenes pasientadministrative systemer (EPJ/PAS) for best mulig etterlevelse av endringene i pasient- og brukerrettighetsloven

Kravet er delvis innfridd.

Det er initiert et samarbeid gjennom Nasjonal IKT, EPJ-systemeierforum.

Fagsystemene EPJ/PAS er besluttet skiftet ut for Helse Midt-Norge, noe som medfører at det ikke vil bli igangsatt kostnadskrevende tiltak dersom dette ikke er helt nødvendig. For etterlevelse av pasient og brukerrettighetsloven vil alternative tiltak utenom PAS/EPJ løpende bli evaluert/vurdert etablert.

Helse Møre og Romsdal HF har satt i gang et prosjekt; Betre og standardiserte pasientadministrative rutiner. I prosjektet er det gjennomført risikovurderinger og prosedyrer er utarbeidet. Opplæring og implementering pågår.

Det er etablert et regionalt delprosjekt; pasientsikkerhet og pasientadministrative rutiner under regionalt program for kvalitet og pasientsikkerhet. I dette prosjektet arbeides det med standardisering og forbedring av prosessene (jf. prosjekt i Helse Møre og Romsdal HF). I tillegg er det etablert prosesser for å sikre rapportering til Helse- og omsorgsdepartementet på følgende indikatorer;

- Gjennomsnittlig vurderingstid for henvisning
- Åpne dokumenter som er eldre enn 14 dager
- Åpne henvisningsperioder uten planlagt videre kontakt

Fra 1. januar 2015 kan det rapporteres månedlige tall på disse indikatorene.

Kravet er delvis gjennomført. Prosedyrer er utarbeidet og er under implementering.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- **bidra i arbeidet med å utvikle bedre systemstøtte for pasientrettigheter på tvers av virksomheter og IKT-systemer**
- **bidra i Helsedirektoratets arbeid med å utvikle standard for elektronisk henvisning mellom helseforetak**

Kravene er innfridd.

Helse Midt-Norge har, gjennom arbeidet med ny IKT- handlingsplan, etablert et prosjekt som har et hovedfokus på bedre systemstøtte for oppfølging av pasientrettigheter gjennom deling av informasjon gjennom hele pasientforløpet. Det pågår konkrete prosjekter på IKT for å

understøtte standardiserte pasientforløp i og mellom virksomheter. Videre deltar Helse Midt-Norge aktivt i prosjekter for digitale innbyggertjenester over Helsenorge.no

Helse Midt-Norge RHF deltar i Helsedirektoratets arbeid med å utvikle standard for elektronisk henvisning mellom helseforetak gjennom Nasjonal IKT, der Helse Sør-Øst RHF er tildelt ansvar for pilot.

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å gjennomføre implementering og utrulling av elektronisk henvisning mellom helseforetak i samarbeid med leverandørene

Kravet er ikke innfridd.

Helse Midt-Norge deltar i arbeidet med henvisninger mellom helseforetak gjennom Nasjonal IKT og der Helse Sør-Øst RHF skal pilotere løsningen. Helse Midt-Norge RHF har egen aksjon mot våre leverandører av PAS og EPJ. En leveranse vil først være på plass sent i 2015 og med utrulling i 2016.

4.2.3 E-helse

Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene

- fremlegger IKT-tiltak med konsekvenser for andre aktører til prioritering i Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT)
- forbereder for innføring av elektroniske resepter

Kravene er innfridd.

Helse Midt-Norge RHF deltar i NUIT sitt arbeid og følger opp tiltakene gjennom Nasjonal IKT som tiltakseier for spesialisthelsetjenesten.

Helse Midt-Norge RHF har i samarbeid med Helsedirektoratet igangsatt prosjekt for innføring av elektroniske resepter ved alle helseforetak i regionen i 2015. Det er utviklet løsning i EPJ (DocuLive) for tilgang via personlige sertifikater. Regionalt prosjekt koordinerer lokale innføringsprosjekt ved helseforetakene.

Foretaksmøtet forutsatte at de regionale helseforetakene tar i bruk elektroniske henvisninger og basismeldinger mellom sykehus, fastleger og pleie- og omsorgssektoren i kommunene og automatisk oppdatering av adresseregisteret og elektroniske fødselsmeldinger til Folkeregisteret

Kravene er delvis innfridd

Helse Midt-Norge har tatt i bruk alle elektroniske meldingstyper hos over 80 pst. av alle samarbeidsaktører i primærhelsetjenesten. For å oppnå 100 pst. er dette avhengig av at aktørene i primærhelsetjenesten har sine løsninger på plass.

Helse Midt-Norge har vært ledende i å ta i bruk Adresseregisteret på dette området. Tiltakene for å få dette implementert har vært ivaretatt av regionalt program for meldingsløftet i samarbeid med Norsk helsenett.

Helse Midt-Norge sender melding til fødselsregisteret i dag, men avventer nasjonalt videreutvikling i forhold til revidert melding og sending til folkeregisteret.

4.2.4 Teknologiskifte i Telenor

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å gjennomføre en felles risiko- og sårbarhetsanalyse knyttet til det forestående teknologiskiftet i Telenor.

Kravet er innfridd.

Helse Midt-Norge har igangsatt arbeid med å fase ut gammel teknologi på telefoniområdet. Utfordringsbildet i regionene er identifisert og det er satt i verk diverse tiltak for å møte disse. Flere helseforetak har gått over fra analog teknologi til digital teknologi (IP-telefoni) og det forventes at de resterende vil legge om innen tidsfrist.

4.2.5 Utvikling av nødmeldetjenesten

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å bidra til videre utbyggingen av Nødnett i tråd med endringene i revidert styringsdokument for innføringsprosjektet, fastsatt av Helse- og omsorgsdepartementet 11. november 2013.

Kravet er innfridd.

Helse Midt-Norge har etablert et regionalt prosjekt for innføring av nødnett i regionen. Videre har alle helseforetak lokale prosjekt for innføring lokalt. Prosjektet samarbeider tett med de andre regionale helseforetakenes prosjektledere, Helsedirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet og DNK.

Helse Midt-Norge har gjennomført stor aktivitet på opplæringsida i løpet av året og storparten av våre områdeinstruktører er bortimot ferdig med sin utdanning. Dette er i samarbeid med Politihøgskolen.

Per årskiftet 2014/15 anser Helse Midt-Norge RHF at våre aktiviteter på innføring av nødnett er i rute mht. AMK sentralene. Helse Møre- og Romsdal ferdigstilte ny AMK-sentral i Ålesund i desember 2014. Denne er i operativ drift og innstallering av nødnettutstyr er i rute. Det samme gjelder de andre to AMK-sentralene i regionen.

Regionen vil få en forsinket oppstart av nødnett ved små kontrollrom. Dette er legevaktssentraler og akuttmottak. Disse vil ta Nødnett i bruk over sommeren 2015. I overgangstida vil disse kontrollrommene ta i bruk nødnett ved bruk av en mobil løsning.

4.3 Rapportering og oppfølging

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å utarbeide en felles strategi med leveranser og milepæler som er nødvendig for å sikre implementering av KPP i alle helseforetak i tråd med tidsplanen.

Kravet er innfridd.

Helse Midt-Norge RHF har ledet en nasjonal arbeidsgruppe sammen med representanter fra de øvrige regionale helseforetak og Helsedirektoratet. Strateginotat for implementering av KPP-løsninger i helseforetak i Norge ble levert Helse- og omsorgsdepartementet 1. september 2014, med noen klare anbefalinger for videre arbeid. Kravet om første leveranse ble derfor oppfylt, men arbeidet videreføres også i 2015. Endelig mål er at alle helseforetak skal etablere dette innen 1. januar 2017.

Som en del av videreføringen av arbeidet ble det opprettet tre arbeidsgrupper der det skal arbeides med:

- ✓ Prinsipper for hvordan felleskostnader skal håndteres
- ✓ Metode for hvordan implantater og legemidler kan knyttes direkte til pasient (kort og lang sikt)
- ✓ Vurderingsnotat for risiko for ikke å nå mål

I foretaksprotokoll for 2015 til de regionale helseforetakene er mange av anbefalingene fra strateginotatet presisert og videreført. Første mål blir innen 1. april å levere mer konkrete planer for gjennomføring av arbeidet i hver region. Alle helseforetak i Helse Midt-Norge som forutsatt i det ordinære kostnadsvekstarbeidet som gjennomføres i regi av Helsedirektoratet.

4.4 Øvrige aktuelle saker i 2014

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

Foretaksmøte 23. mai 2014 - Årlig gjennomgang av virksomheten

Foretaksmøtet viste til krav stilt i mai 2013 om å utarbeide forslag til hvordan styrene og ledelsen kan gjennomføre årlig gjennomgang av virksomheten. Kravet var knyttet til oppfølging av Meld. St. 10 (2012–2013) ”God kvalitet – trygge tjenester”. I henhold til Lov om spesialisthelsetjenester (§3-4 a) skal enhver som yter helsetjenester sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Det arbeides med en forskrift om hvilke krav som skal stilles til et slikt arbeid og styrets ansvar for dette arbeidet er også omtalt i departementets veiledning for styrearbeid i regionale helseforetak. Å sikre god og trygg pasientbehandling utgjør således kjernen i styrenes og ledelsens overordnede ansvar. Det er viktig at kvalitetsforbedring og pasientsikkerhetsarbeidet inngår i helseforetakenes samlede virksomhetsstyring slik at virksomhetens organisering og ledelse systematisk understøtter pasientsikkerheten på en god måte. Foretaksmøtet forutsatte at styret minimum en gang i året har en samlet gjennomgang av virksomheten, basert på foreliggende sammenlignbar statistikk, som omfatter kvalitetsforbedrings- og pasientsikkerhetsarbeidet. Gjennomgangen skal legge vekt på å sikre at ledelsen aktivt understøtter dette arbeidet og at det gjøres sammenligninger og skjer læring mellom helseforetakene. Det skal rapporteres om beskrivelse av opplegget for og resultatene av gjennomgangen i 2014 i årlig melding for 2014.

Foretaksgruppa i Helse Midt-Norge har i perioden 2008 – 2014 jobbet med å etablere systemer for risikostyring for å forebygge, forhindre og avdekke avvik. Styrene skal i samme periode minimum en gang pr år ha hatt en samlet gjennomgang av tilstanden i helseforetakene med hensyn til risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik.

Helse Midt-Norge RHF har som målsetting at foretaksgruppen i perioden 2015-2017 videreutvikler etablerte systemer for risikostyringen slik at det etableres en felles modell for helhetlig virksomhetsstyring i regionen. Helse Midt-Norge RHF vil lære av tilsvarende arbeid som pågår i de tre øvrige helseregionene.

I løpet av 2015 vil internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF gjennomføre en revisjon i helseforetakene hvor man i første fase kartlegger:

- 1) kunnskap om risikostyring og internkontroll på ledelsesnivå
- 2) rammeverk for risikostyring og internkontroll i foretakene

Basert på gjennomført kartlegging vil det bli utarbeidet rapporter som beskriver «nå-situasjonen» i foretaksgruppa. Rapportene for sykehusforetakene vil foreligge medio 2015. Det vil bli etablert et regionalt prosjekt for videreutvikling av våre systemer for risikostyring for perioden 2015 - 2017. Prosjektets mandat vil ta utgangspunkt i blant annet internrevisjonens rapport etter gjennomført kartlegging i sykehusforetakene. Innen utløpet av 2015 skal prosjektet utarbeide en plan for utvikling og implementering av modell for helhetlig virksomhetsstyring i regionen. Helhetlig virksomhetsstyring er omfattende i helseforetak og i en initiell fase av arbeidet vil det bli lagt vekt på konkret arbeid med et utvalg av kritiske eller særlig viktige styringsmål som skal bidra til felles forståelse og metodisk tilnærming.

I foretaksprotokoll av 7. januar 2015 til Helse Midt-Norge RHF ble det vist til tidligere stilte krav om at de regionale helseforetakene skal utarbeide et felles opplegg for hvordan styrene kan gjennomføre en årlig gjennomgang av virksomheten med fokus på pasientsikkerhet og kvalitet, basert på foreliggende sammenlignbar statistikk. Det ble i samme protokoll vist til en modell for årlig gjennomgang av virksomheten i helseforetakene som anvendes av Helse Nord RHF. Helse Midt-Norge RHF ble bedt om å gjennomføre den årlige gjennomgangen i tråd med modellen utviklet av Helse Nord RHF. Oppgaven vil sees i sammenheng med prosjektet for videreutvikling av våre systemer for risiko- og virksomhetsstyring.

Foretaksmøte 25. juni 2014 - Etablering av nasjonal legemiddelberedskap innen spesialisthelsetjenesten

- **Foretaksmøtet ber de regionale helseforetakene om å overta beredskapssikring av legemidler som brukes i spesialisthelsetjenesten fra 01.01.2015 som en nasjonal beredskapsoppgave. Helse Sør-Øst RHF skal lede arbeidet med overtakelsen. Foretaksmøtet legger til grunn at det blir utarbeidet en plan for overtakelsen og hvordan beredskapen skal organiseres som sendes Helse- og omsorgsdepartementet innen 01.09.2014. Helsedirektoratet sin ROS - analyse skal inngå i grunnlaget for hvordan ivaretagelsen skal etableres.**

Kravet er oppfylt.

Det er nedsatt en interregional gruppe som har utarbeidet en plan for overtakelsen og hvordan beredskapen skal organiseres. Planen ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet innen gitte frist. Beredskapslageret er overtatt av de regionale helseforetakene pr. 1. januar 2015.

- **Det er behov for en gjennomgang for å klargjøre utfordringsbilde og strategier, for nasjonal legemiddelberedskap for spesialisthelsetjenesten. Implementering av ytterligere tiltak bør starte fra 2016. Foretaksmøtet ber de regionale helseforetakene om å redegjøre for dette i en rapport til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1.07.2015. Helse Sør-Øst RHF skal lede arbeidet. Relevante aktører bør delta i arbeidet med rapporten.**

Det er satt ned en interregional gruppe med deltakelse fra Helse Midt-Norge RHF. Den interregionale gruppa har utarbeidet et prosjektdirektiv for arbeidet som er godkjent av nasjonalt fagdirektørmøte. Arbeidsgruppa har månedlige møter og vil levere i tråd med prosjektdirektivet innen fastsatt frist.

Foretaksmøte 25.01.2011 - Miljø og klimatiltak

Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å etablere miljøledelse og miljøstyringssystem i helseforetakene og påfølgende sertifisering av styringssystemet i

henhold til ISO 14001-standarden. Dette arbeidet skal ta sikte på å innføre slike systemer innen utgangen av 2014.

Kravet er innfridd

St. Olavs Hospital HF og Helse Midt-Norge RHF sin IT-enhet (Hemit) ble sertifisert etter standarden NS-EN ISO 14001:2004 Miljøstyring, ytre miljø i 2013. Med unntak av Ambulanse Midt-Norge HF er de øvrige helseforetakene og Helse Midt-Norge RHF sertifisert i 2014. Ambulanse Midt-Norge HF er fra 2015 innlemmet i sykehusforetakene og vil omfattes av deres miljøstyringssystem.

Helse Midt-Norge ønsker kontinuerlig å forbedre sine miljøprestasjoner, og være i forkant i forhold til nye myndighetskrav.

Helse Midt-Norge RHF har vedtatt følgende miljøpolitikk:

- ✓ Helse Midt-Norge RHF skal i sin daglige drift bidra til en bærekraftig utvikling, og kontinuerlig redusere sin påvirkning på det ytre miljø.
- ✓ Gjeldende lovverk for helse, miljø og sikkerhet skal overholdes, og det skal arbeides kontinuerlig med å forebygge og redusere miljøpåvirkningene på det ytre miljø fra vår egen virksomhet og tjenestene vi leverer. Miljøavvik skal rapporteres og tiltak bli hurtig iverksatt.
- ✓ Leverandører, kunder og samarbeidspartnere skal kjenne til, og identifisere seg med Helse Midt-Norge sin miljøprofil

5. Styrets plandokument

Denne delen av meldingen skal vise utviklingstrender innen demografi, medisin, infrastruktur mv. som vil kunne få betydning for helseforetaket og ”sørge for”-ansvaret. Kapittel 5.1 skal anskueliggjøre fremtidens behov, mens kapittel 5.2 skal beskrive styrets planer for å møte disse utfordringene.

5.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

I kapittel 5.1 redegjøres det på generelt grunnlag for utviklingstrekk og forventede ressursmessige konsekvenser av dette i form av økonomi, personell og spesialkompetanse. Tidshorisont 3–4 år.

5.1.1 Utviklingen innenfor opptaksområdet

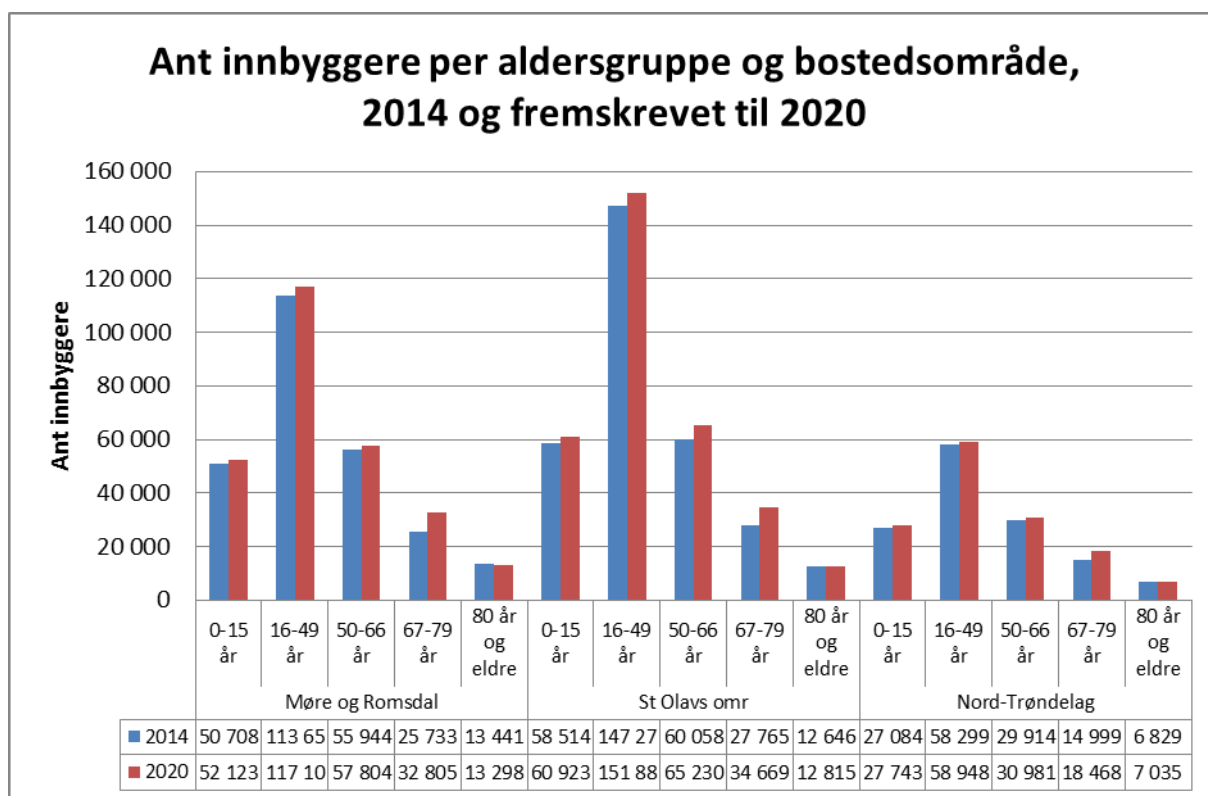
Helse Midt-Norges opptaksområde omfatter Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal. Per 1. januar 2014 var den samlede befolkningen på 702 869 innbyggere. Bosettingsmønsteret er spredt i regionen, men kommunikasjonene er gode. Mange av de store øyene er knyttet til fastlandet og stadig færre er avhengig av fergeforbindelser.

Helse- og omsorgstjenesten i kommunene er viktige samhandlingspartnere for spesialisthelsetjenesten, og samhandlingsreformen bidrar til å gjøre dette samarbeidet tettere. Antallet kommuner i regionen og antall innbyggere i kommunene har betydning for utviklingen av dette samarbeidet. Tabell 5.1 viser at 48 av 84 kommuner i Helse Midt-Norge har færre enn 5 000 innbyggere.

Tabell 5.1 *Kommunene i Midt-Norge etter folketall per bostedsområde.*

Bostedsområder	Befolkning per januar 2014	Antall kommuner etter folketall					Ant kommuner
		0-1999	2000-4999	5000-9999	10 000-19 999	20000+	
Møre og Romsdal	259 484	4	13	14	1	3	35
St. Olavs Hospital	306 260	3	10	7	3	1	24
Nord-Trøndelag	137 125	10	8	2	3	2	25
Sum Helse Midt-Norge	702 869	17	31	23	7	6	84

Fram til 2020 forventes det relativt små endringer i den samlede befolkningen i regionen. Figur 5.1 viser befolkningen fremskrevet fra 2014 til 2020 i fem aldersgrupper for de tre bostedsområdene i Helse Midt-Norge. Framskrivningen er basert på Statistisk Sentralbyrås (SSBs) “middels nasjonal vekst”.



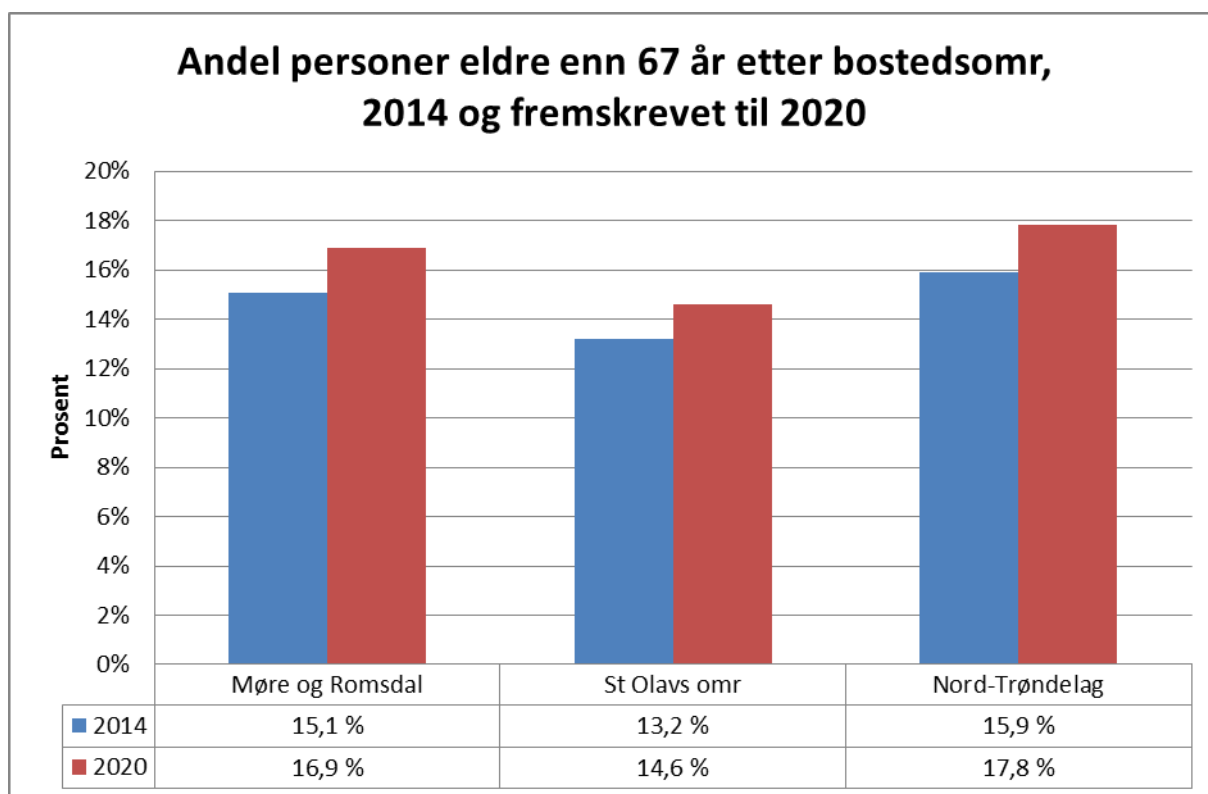
Figur 5.1 *Befolkningen i Helse Midt-Norge i 2014 og fremskrevet fra 2014 til 2020 etter aldersgrupper og bostedsområder*

For alle bostedsområdene er det aldersgruppen 67-79 år som har den høyeste prosentvise veksten fra 2014 til 2020 (mellom 23 og 27 prosent).

For innbyggere eldre enn 80 år er det en beskjeden økning i Helse Midt-Norges befolkningstall fra 2014 til 2020. Økningen er på 0,7 prosent, men utviklingen varierer fra nedgang på en prosent i Møre og Romsdal til økning på tre prosent i Nord-Trøndelag. 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 6,5 prosent i Helse Midt-Norges befolkning fra 2014 til 2020, 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 årlig prosentvis vekst enn de øvrige aldersgruppene. Dette er starten på en trend der alderssammensetningen endres slik at det blir stadig flere eldre i befolkningen. I figur 5.2 er dette illustrert ved å presentere andelen av befolkningen som tilhører aldersgruppen 67 år og eldre i 2014 og fremskrevet til 2020. Siden forbruksratene¹ i somatisk sektor er høyere for de eldste pasientgruppene enn de øvrige, betyr denne dreiningen at veksten i antall sykehusinnleggelses vil bli betydelig høyere enn den generelle befolkningsveksten tilsier, såfremt forbruksratene forblir på samme nivå som i 2013.

¹ Forbruksrater er antall sykehusopphold, dagopphold, polikliniske konsultasjoner eller pasienter per 1 000 innbyggere. For somatisk behandling øker disse forbruksratene med økende alder i befolkningen. For psykisk helsevern og rusbehandling er det ikke samme sammenheng mellom alder og forbruk av spesialisthelsetjenester.



Figur 5.2 *Andel i aldersgruppa over 67 år pr. bostedsområde i 2014 og fremskrevet fra 2014 til 2020.*

Figur 5.2 viser at alle de tre bostedsområdene i Helse Midt-Norge forventes å få en økning i andelen eldre innbyggere i løpet av perioden 2014-2020. Økningen er lavest i St. Olavs-området bostedsområde. I tabell 5.2 og 5.3 presenteres en oversikt over forventet antall sykehusopphold og polikliniske konsultasjoner for regionen i 2020, når forbruksnivået av spesialisthelsetjenester innen aldersgruppene antas å bli likt nivået i 2013.

Tabell 5.2 *Forventet antall sykehusopphold (døgnopphold) i 2020 og prosentvis endring fra 2013 til 2020 med forbruksrater lik nivået i 2013.*

Aldersgruppe	Ant døgnopph 2013	Ant døgnopph fremskrevet 2020	Endring døgnopph 2013-2020	Pst. endring 2013-2020
0-15 år	16 294	16 833	539	3,3
16-49 år	34 408	35 631	1 223	3,6
50-66 år	25 135	26 591	1 456	5,8
67-79 år	23 880	31 548	7 668	32,1
80 år og eldre	19 370	19 454	84	0,4
Totalt	119 087	130 057	10 970	9,2

Tabell 5.3 Forventet antall polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger i 2020 og prosentvis endring fra 2013 til 2020 med forbruksrater lik nivået i 2013.

Aldersgruppe	Ant dagopph og poli. kons 2013	Ant dagopph og poli. kons fremskrevet 2020	Endring dagopph og poli. kons 2013-2020	Pst. endring 2013-2020
0-15 år	88 938	91 881	2 943	3,3
16-49 år	310 141	321 163	11 022	3,6
50-66 år	240 556	254 490	13 934	5,8
67-79 år	176 620	233 334	56 714	32,1
80 år og eldre	71 021	71 329	308	0,4
Totalt	887 276	972 196	84 920	9,6

Tabellene viser at det kan forventes en økning på rundt 11 000 sykehusopphold (døgnoophold) og 85 000 polikliniske konsultasjoner fra 2013 til 2020 dersom forbruksratene innenfor pasientgruppene holdes på 2013-nivå. Dette gir en samlet vekst i perioden på om lag 9,5 prosent eller 1,3-1,4 prosent per år. Dette betyr at veksten i opphold og konsultasjoner per år blir større enn veksten i den samlede befolkningen i perioden (befolkningsvekst: ca. 0,9 prosent per år). Utviklingen i de respektive bostedsområdene vil variere jf. forskjellene i befolkningssammensetning beskrevet ovenfor.

Dersom forbruksratene for de eldste pasientene øker fra 2013-nivået, vil dette føre til en ytterligere økning i forbruket av spesialisthelsetjenester sammenlignet med det som er presentert i tabellene 5.2 og 5.3. 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 etablering av tiltak som bidrar til økt samhandling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Når det samtidig er slik at det er en høy andel små kommuner i Helse Midt-Norge, må man samarbeide både horisontalt mellom kommuner og mellom grupper av kommuner og spesialisthelsetjenesten. Å bidra til at spesialisthelsetjenesten får sin plass innenfor en mer helhetlig helsepolitisk strategi blir derfor viktig i de nærmeste årene.

For psykisk helsevern er naturlig å ta utgangspunkt i fordelingen mellom aldersgruppene 0-17 år og 18 år og eldre. For den førstnevnte gruppen øker befolkningstallet med 2,1 prosent fra 2014 til 2020. Tilsvarende tall for aldersgruppen 18 år og over er 6,5 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 en årlig vekst på om lag 0,4 prosent og for voksne 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 2014-2020 forventes en befolkningsvekst tilsvarende omtrent 6,5 prosent for denne aldersgruppa, eller om lag 1,1 prosent per år. Dersom forbruksnivået holder seg på dagens nivå kan det forventes en økning i fremtidig aktivitet som er noenlunde lik befolkningsøkningen. I Statsbudsjettet 2015 legges det føringer for en ytterligere opptrapping ved at veksten innenfor rusbehandling og psykisk helsevern skal være sterkere enn veksten innen somatisk behandling.

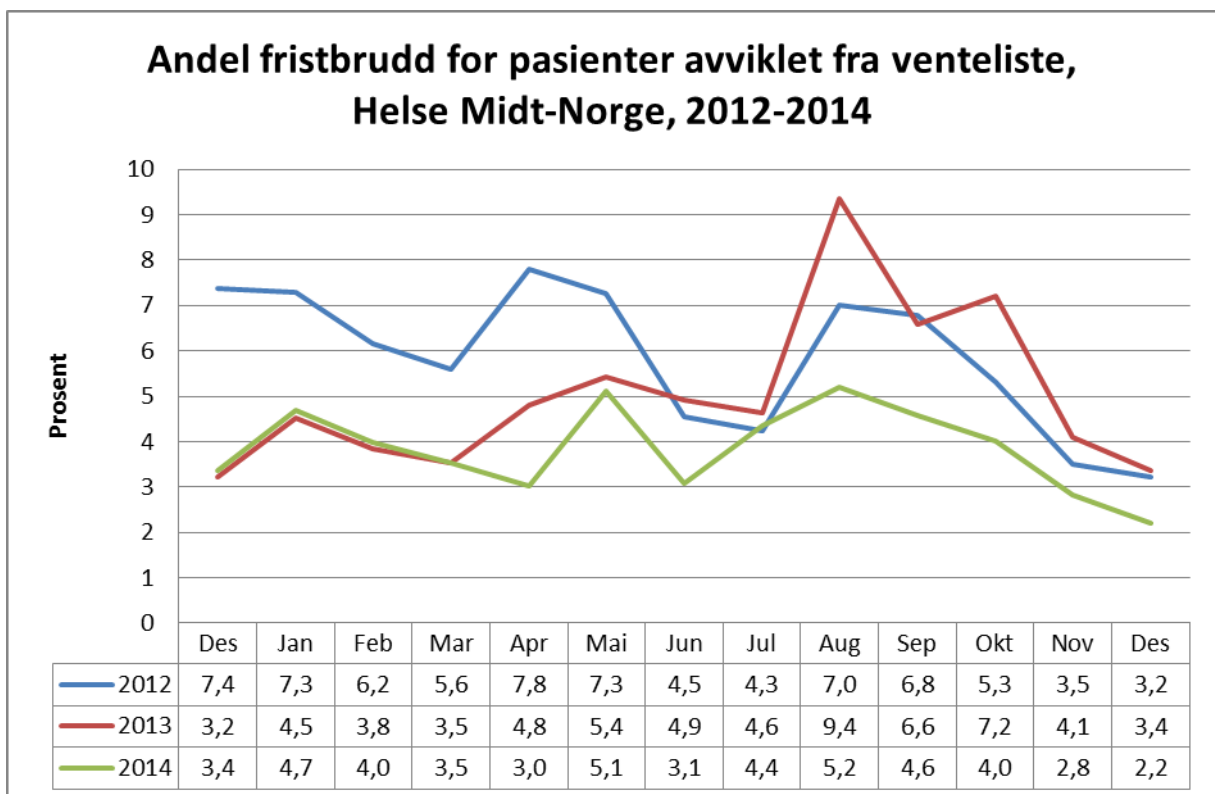
Det foreligger også klare styringssignaler om at bruken av private aktører i spesialisthelsetjenesten skal økes. Veksten i bruken av private helsetjenestetilbydere skal først og fremst skje innen tjenesteområdene psykisk helsevern og rus. Det stilles krav om at de

regionale helseforetakene i større grad gjør bruk av private aktører der dette bidrar til å redusere ventetidene på en kostnadseffektiv måte. Gjennom innføringen av fritt behandlingsvalg, vil det bli en ytterligere vekst i bruken av private tilbydere av spesialisthelsetjeneste.

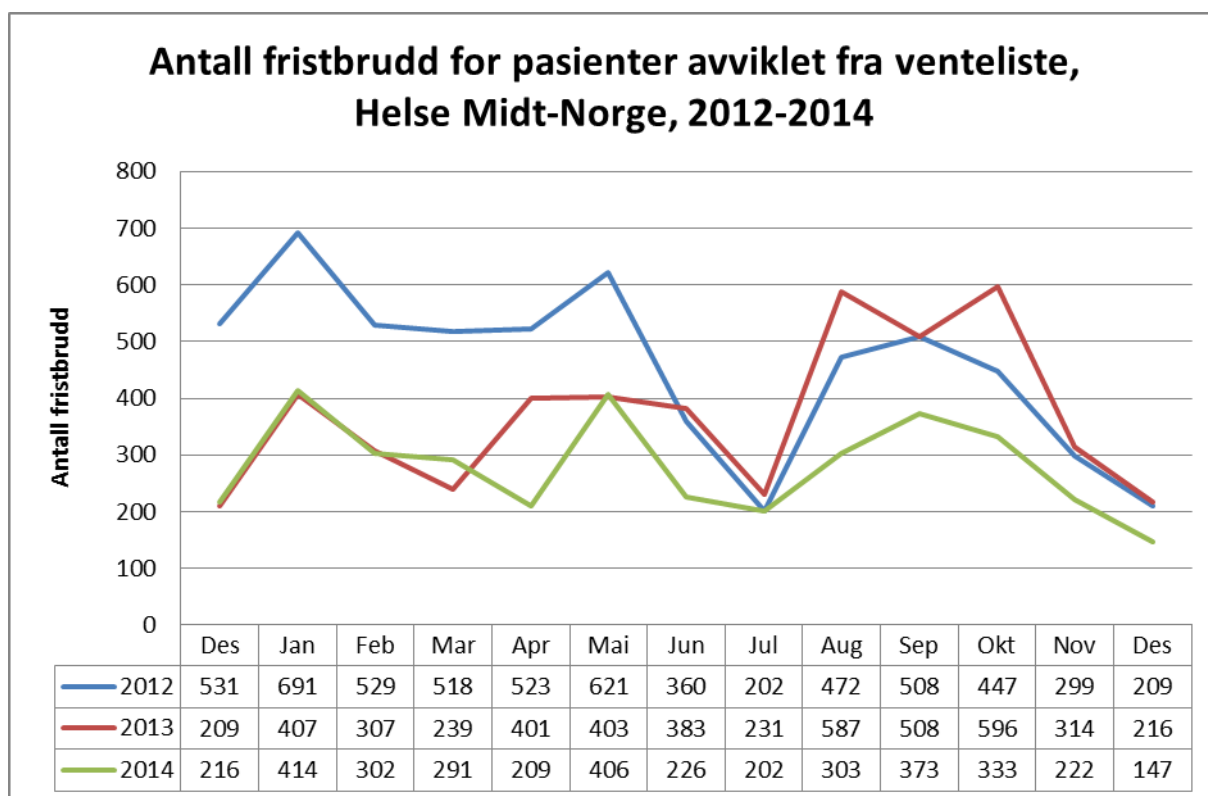
Fristbrudd og ventetider

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 2014 har det vært et mål at den gjennomsnittlige ventetiden skal være lavere enn 65 dager.

Figur 5.3 og 5.4 viser hvordan utviklingen innen henholdsvis andel og antall fristbrudd har vært i årene 2012-2014.



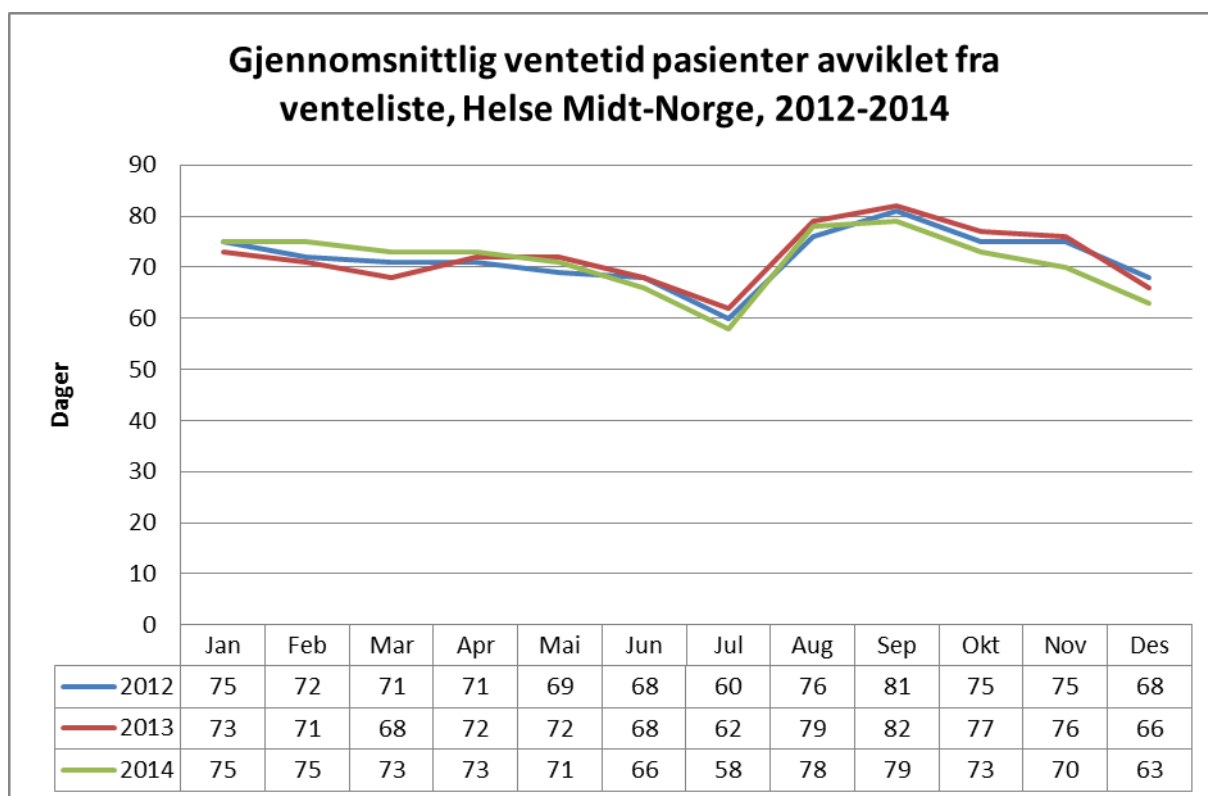
Figur 5.3 Utviklingen i andel fristbrudd for pasienter avviklet fra venteliste i Helse Midt-Norge 2012-2014 (kilde: NPR – månedlig ventelistestatistikk).



Figur 5.4 Utviklingen i antall fristbrudd for pasienter avviklet fra venteliste i Helse Midt-Norge 2012-2014 (kilde: NPR – månedlig ventelistestatistikk).

Figurene viser at både antall og andel fristbrudd gjennom størstedelen av 2014 ligger lavere enn i 2013 og 2012. Figurene viser også at målet om null fristbrudd ved utgangen av 2014 ikke ble innfridd. Det jobbes kontinuerlig med gjennomføring av tiltak for å eliminere de siste fristbruddene i helseforetakene.

Det jobbes også målrettet med å redusere ventetidene ved helseforetakene i Helse Midt-Norge. Figur 5.5 viser utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i perioden fra 2012 til og med 2014. 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 for 2014 er det en noe kraftigere reduksjon utover høsten enn tidligere år. Gjennomsnittlig ventetid for 2014 sett under ett var 72 dager.



Figur 5.5 Utvikling i gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i Helse Midt-Norge 2012 til 2014 (kilde: NPR, månedlig ventelistestatistikk).

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 yngre befolkningsgruppene. For psykisk helsevern for voksne er ikke sammenhengen mellom alder og forbruk like klar og det er her rimelig å forvente en vekst i tråd med befolkningsveksten. Det samme gjelder innen rusbehandling. 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. Dette indikerer at det vil være nødvendig med en vekst som er høyere enn befolkningsveksten i de nærmeste årene. Prioriteringssignaler fra Helse og omsorgsdepartementet trekker også i samme retning.

Trenden med at befolkningen får en økende andel eldre starter i denne langtidsperioden (fram til 2020). 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 tiden fremover er derfor stor. Mange kommuner i Helse Midt-Norge har et relativt lavt innbyggertall, noe som krever nært samarbeid mellom kommunene i tillegg til et godt samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Helse Midt-Norge er nær målet om å fjerne alle fristbrudd, og det jobbes med tiltak for å fjerne de siste bruddene og forhindre at nye oppstår. For ventetid var gjennomsnittet gjennom 2014 syv dager høyere enn målet. Det jobbes kontinuerlig for å redusere ventetiden ned mot, og under, måltallet på 65 dager.

5.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger

Helse Midt-Norge har en sentral rolle i utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Vår forvaltning av samlet ramme er viktig for hvordan utviklingen av spesialisthelsetjenesten skal skje og hvordan utfordringer skal løses. Økonomisk kontroll er viktig for stabil og forutsigbar drift, utvikling av pasientbehandlingen og handlingsrom til nye investeringer. Økonomisk kontroll er helt nødvendig, både for å kunne nå faglige mål og for å kunne gjennomføre de investeringsplaner som er lagt gjennom vår langtidsplan og -budsjett.

Helse Midt-Norge har i 2015 inntekter på vel 20 milliarder kroner. Det regionale styret har vedtatt et samlet krav til resultat for foretaksgruppa på 380 millioner kroner og et investeringsbudsjett for foretaksgruppa samlet på 763 millioner kroner. I helseforetakenes resultatkrav er det lagt til grunn behov for løpende investeringer i medisinteknisk utstyr, bygningsmessige tiltak knyttet til HMS og egenkapitalinnskudd KLP. I tillegg er det tatt høyde for at regionen må spare til fremtidige investeringer.

Foretaksgruppa står foran store investeringer i årene fremover. Det er derfor avgjørende å kunne opparbeide tilstrekkelig likviditet i forkant. I gjeldende langtidsplan – langtidsbudsjett forutsettes en årlig effektivisering innen alle tjenesteområder i foretaksgruppa. Uten en slik årlig effektivisering som gir varig effekt vil ikke Helse Midt-Norge kunne muliggjøre de planlagte store investeringer innen sykehusbygg og IKT.

I løpet av våren 2015 vil det bli utarbeidet en ny finansstrategi for foretaksgruppen som i større grad vil ansvarliggjøre helseforetakene for egne investeringer og samtidig gi en større forutsigbarhet i forhold til finansiering og styring av likviditet.

Det statlige aktivitetstaket innen somatikk er avviklet f.o.m. 2015 for å legge til rette for at helseforetakene kan øke aktiviteten der det er kapasitet og økonomi til det. Aktivitet utover budsjettet vil utløse 50 pst. ISF-refusjon. Kravet om den «gyldne regel» om at det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk gjelder. En aktivitetsøkning innen somatikk vil derfor forandre en relativt større vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling.

Det stilles krav om at de samlede ressurser skal utnyttes på en best mulig måte og i dette ligger en mer målretta/dynamisk bruk av private. I tillegg er det avtalemessig tatt høyde for å øke omfanget av kjøp fra private innen somatikk. Dette skal rettes inn mot å redusere ventetider, avhjelpe flaskehals og videreutvikle samarbeidet.

Helse Midt-Norge har ambisiøse mål for virksomheten og det er sentralt at foretaksgruppa har tilstrekkelig kraft til omstilling og fornyelse. Langtidsplan for 2015-2020 bygger på to grunnleggende prinsipper, bærekraft og langsiktighet. I dette ligger det å utvikle tjenester som dekker befolkningens behov, å investere målrettet i IKT og MTU samt vedlikeholde bygningsmassen. Samtidig skal det bygges kompetanse og videreføres satsing på forskning, innovasjon og faglig utvikling. Løpende forbedringsarbeid skal gi bedre bruk av ressursene, reduserte driftskostnader og handlingsrom for investeringer og satsingsområder.

5.1.3 Personell og kompetanse

Det legges ned en betydelig innsats på alle nivå i foretaksgruppa for å få et helhetlig bilde av kompetanse -og kapasitetsutfordringene. Det viser seg at det er svært krevende å etablere helhetlige kompetanseplaner, der fremtidige kompetansebehov og sårbare fagmiljø er identifisert. For enkelte fagmiljøer, enkelte steder i regionen er det rekrutteringsutfordringer.

En del fagmiljøer er sårbare ut fra en vurdering av faglige krav til volum og kompetanseutvikling, vaktbelastning, alderssammensetting mm. Noen fagmiljøer har en svært høy gjennomsnittsalder. Dette er en utfordring både nasjonalt, regionalt og i det enkelte helseforetak og gir en betydelig risiko i forhold til kvaliteten på det fremtidige tjenestetilbudet og foretaksgruppa sitt ansvar for likeverdige og effektive helsetjenester i hele regionen. Risikoen vil øke i årene fremover når konkurransen om helsepersonell tilspisser seg. Ansvaret for kompetanseutvikling er nå tydeligere lagt til arbeidsgiver som i større grad enn før må eie risikobildet og gjennomføre tiltak for å redusere risiko. Helse Midt-Norge må på alle nivåer styrke arbeidet med å rekruttere, utvikle og beholde våre medarbeidere og team.

I Helse Midt-Norges Strategi for utdanning og kompetanseutvikling (jf. styresak 28/15) er det lagt til grunn at Helse Midt-Norge skal kartlegge hva vi har av kompetanse, hva vi trenger av kompetanse, hva vi bruker av ressurser på kompetanseutvikling og evt. hva vi burde ha brukt på kompetanseutvikling. Målet med dette arbeidet er å identifisere risiko på ulike nivå i foretaksgruppa og beskrive hvilken ressursinnsats som kreves for å redusere denne. Dette vil være et viktig bidrag til revisjonen av Helse Midt-Norges overordnede strategi, et sentralt grunnlag for å operasjonalisere Nasjonal helse- og sykehusplan og for rullering av langtidsbudsjett/langtidsplan.

Det er etablert et prosjekt knyttet til fast ansettelse av Leger i Spesialisering (LiS). Helse Midt-Norge påtar seg et tydeligere arbeidsgiveransvar for denne gruppen. Det medfører blant annet at vi beskriver hva vi trenger av spesialistkompetanse på kort og lang sikt og hvordan spesialiseringene skal videreutvikles for å sikre god kvalitet og bedre sammenheng.

Det er vedtatt at prosjektet Kompetanseledelse skal gjennomføres i foretaksgruppa. Prosjektets mål er at det skal etableres en gjennomgående metodikk med systemstøtte for å registrere kompetansebeholdningen og utvikle kompetanseplaner på alle nivåer i foretaksgruppa.

Det ligger fortsatt et betydelig potensial i forhold til kvalitet og ressursutnyttelse, ved å sikre bedre måloppnåelse av Strategi 2020's hovedmål «Rett kompetanse på rett sted til rett tid». Arbeidet med å koble planlegging av aktivitet og bemanning skal derfor intensiveres og kobles tydeligere blant annet til utviklingen av standardiserte pasientforløp.

Bedre tilgang på arbeidskraftreserven som ligger i deltid og frafall fra arbeidslivet og redusert fravær, vil også bidra til et bedre arbeidsmiljø, bedre kvalitet og bedre ressursutnyttelse.

5.1.4 Bygningskapital – status og utfordringer

Omfang

Helse Midt-Norge har en samlet eiendomsmasse på omlag 700.000 kvm, hvorav 600.000 kvm formålsbygg. Bokført verdi av bygg i eget eie pr. 31.12.2014 er på om lag 11,5 mrd. kroner.

Teknisk tilstand

Eiendomsmassen har varierende kvalitet. De somatiske deler av St. Olavs Hospital på Øya er mindre enn 10 år gammel og i god stand, men store deler av øvrig eiendomsmasse i helseregionen har hatt for lavt vedlikehold over mange år og er ikke tilpasset endrede brukskrav. Samlet har Helse Midt-Norge RHF noe bedre gjennomsnittlig tilstandsgrad for bygningsmassen enn øvrige helseregioner (tilstandsgrad 1,4 mot 1,5 i landet som helhet), mens bygningsmassen ut over St. Olavs Hospital på Øya har noe dårligere tilstandsgrad enn landet som helhet.

Det ble gjennomført en kartlegging og vurdering av den tekniske tilstanden i bygningsmassen i 2012. 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 ble sluttført i 2013. I 2014 er data ajourført og lagt inn i den nasjonale databasen. Det fremgår at 60 pst. av bygningsmassen anses å ha en meget god eller god/tilfredsstillende teknisk standard. Omlag 1/3 del av bygningsmassen vurderes som utilfredsstillende og 3 pst. vurderes som veldig dårlig. Kartleggingen indikerer et teknisk oppgraderingsbehov er fordelt i to kategorier, hvor:

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

Anslaget for oppgraderingsbehov omfatter ikke funksjonelle forhold som manglende egnethet grunnet endrede funksjonskrav.

Investeringsbehov

Det er ikke utarbeidet en samlet regional virksomhets- og bygningsmessig utviklingsplan for Helse Midt-Norge.

Foretaksvis oversikter over investeringsbehov finnes i utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag HF av 2013, utviklingsplanen for Helse Møre og Romsdal HF (2012)/idefaserapport for nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal (2014), og utviklingsplaner psykiatri og somatikk ved St. Olavs Hospital HF (2011/2013). Ut fra disse lokale planene er samlet investeringsbehov i foretaksgruppa beregnet til 11 mrd. kroner.

Det er planlagt regional opptrapping av vedlikeholdsinnsatsen i langtidsplanen (fra 2017).

Helse Møre og Romsdal HF

Kartleggingen av bygningsmassen i Helse Møre og Romsdal fra 2012 viste at Molde sjukehus gjennomgående er i dårlig forfatning. Kristiansund og Volda sjukehus har best teknisk standard, mens vesentlige deler av Ålesund sjukehus har behov for oppgradering. Det klareste tiltaket utviklingsplanen konkluderte med, var betydningen for Nordmøre og Romsdal av å samle faglige og økonomiske ressurser for vaktbærende fag i ett felles sykehus – Sykehuset Nordmøre og Romsdal.

Det er i 2014 gjennomført idefase for nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR), og besluttet lokalisering på Opdøl/Hjelset ved Molde. Videre er det gitt føringer for hvilke hovedoppgaver sykehuset skal ivareta og for dimensjoneringen av SNR. Endelig dimensjonering og oppgavefordelingen mellom SNR og Ålesund Sjukehus vil bli gjennomgått i forbindelse med Konseptfasen for SNR. Utgangspunktet for det nye Hovedfunksjonsprogrammet er at SNR skal erstatte dagens tilbud i Molde Sykehus og Kristiansund Sjukehus.

Ålesund sjukehus skal forbli det største og mest differensierte sykehuset i fylket, men er over 40 år og står foran relativt store oppgraderinger. Sykehuset er heller ikke optimalt utformet med tanke på forventet utvikling i spesialisthelsetjenesten. Tekniske anlegg ved store deler av sykehuset har et vesentlig oppgraderingsbehov, mens det er god tilstand for dagkirurgisk

enhet, kreftavdeling, barne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri og barne- og ungdomsavdeling.

Sjukehuset i Volda har også tilpasningsbehov så vel som tekniske anlegg av eldre dato som trenger oppgradering.

Kostnadsrammen fra Idefaserapporten viser et investeringsbehov på 5,6 mrd. kroner for SNR. I tillegg kommer nødvendige tiltak i sykehusene på Sunnmøre som er anslått til 2,35 mrd. kroner. Styret for Helse Midt-Norge RHF har gjennom behandlingen akseptert en ramme for SNR på om lag 4,2 mrd. kroner, mens øvrige investeringer i helseforetaket må vurderes opp mot andre bygningsmessige tiltak i LTP.

Helse Nord-Trøndelag HF

Totalt viser utviklingsplanen et investeringsbehov på om lag 1,4 mrd. kroner. Helse Nord-Trøndelag har i 2014 gjennomført bygningsmessige investeringer for totalt 24 mill. kroner. Tilstanden er noe dårligere for de tekniske anleggene enn for bygningsmessige komponenter. Innenfor driftsbudsjettet er det benyttet 8,4 mill. kroner til vedlikeholdstiltak.

Med bakgrunn i utviklingsplan er det gjennomført ide- og konseptfaseplanlegging, utvidelse og tilpassing av areal for psykiatri Levanger «Psykiatriløftet». Arbeidet videreføres med utarbeidelse av forprosjekt i 2015. Helsebygg Midt-Norge er engasjert som prosjektledelse.

Det er omsatt to personalboliger på Levanger med samlet salgssum på 2,9 mill.kr.

Energiforbruk i foretakets bygninger har vært et gjennomgående fokusområde. Gjennomsnittlig årlig energiforbruk ligger stabilt lavt.

St. Olavs Hospital HF

St. Olavs Hospital HF har i 2014 vurdert samlet investeringsbehov til 3,2 mrd. kroner, herav 1,8 mrd. kroner til somatikk og 1,4 mrd. kroner til psykisk helsevern.

Byggene innenfor somatisk virksomhet på Øya er tilnærmet ferdigstilt og har en god kvalitet. På Orkdal skjer det løpende renovering og byggene her er av tilfredsstillende kvalitet. Deler av byggene innenfor psykisk helsevern er av dårlig kvalitet, spesielt gjelder dette på Tiller, Brøset og Østmarka. Her må det dels skje en renovering og dels nybygging. Det er mest påkrevet å få på plass et nytt bygg innenfor akuttpsykiatrien på Østmarka. Planene for dette er vedtatt og bygging igangsettes ved kommende årsskifte. Det arbeides videre med reising av det lenge planlagte psykiatribygg på Øya.

Når det gjelder sikkerhetspsykiatrien på Brøset, har det i lang tid pågått forhandlinger om overdragelse av tomt og bygningsmasse til de øvrige eiere/interessenter. En forutsetning er at avhendelsen gir St. Olavs Hospital HF en likviditetsmessig uttelling som er tilstrekkelig til å kunne reetablere vår virksomhet på Brøset i nye lokaler. Forhandlingene har ikke ført fram og det er nødvendig at man i løpet av 2015 utreder og vedtar hvordan planene for forbedring av lokalene innenfor sikkerhetspsykiatrien kan videreføres.

Årlige nivå på bygningsmessig vedlikehold er for St. Olavs Hospital HF på et brukbart nivå sammenlignet med andre sykehus i Norge, men likevel ikke tilstrekkelig til å opprettholde realverdien på byggene.

5.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer

5.2.1 Overordna strategi - Strategi 2020

Strategi 2020 er Helse Midt-Norges strategiske fundament for utvikling av likeverdige og framtidsetta helsetjenester for befolkningen. 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.

I Strategi 2020 er det identifisert fire hovedutfordringer som den samlede helsetjenesten vil møte i kommende år:

- 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

Basert på utfordringsbildet er det satt følgende fem strategiske mål 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

I regionens arbeid med å nå hovedmålene i Strategi 2020 er arbeidet konsentrert til hovedstrategiene «Bedre pasientsikkerhet og kvalitet» og «Effektivisere driften for å sikre økonomisk handlingsrom». Disse hovedstrategiene skal realiseres gjennom:

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

Det har vært lagt opp til en årlig rullering av strategien for å sikre at ny kunnskap, nye krav fra staten og andre rammebetingelser blir ivaretatt. Helse Midt-Norge er nå halvveis i planperioden for Strategi 2020, og det er nødvendig å se lengre fram enn til år 2020. Samtidig er det slik at det i løpet av 2015 er varslet å komme nye nasjonale føringer som vil kunne påvirke innhold, struktur og organisering av helsetjenesten. Helse Midt-Norge RHF vil i 2015 starte opp et arbeid med å utforme en ny strategi som ser fram mot 2030.

5.2.2 Nærmere om enkelte av delstrategiene og planene

Helse Midt-Norge har utarbeidet regionale planer og delstrategier på en rekke delområder. Disse skal være et verktøy for å sikre at mål og tiltak innenfor de ulike områdene støtter opp under de overordnede mål og strategier som er gitt gjennom Strategi 2020. Det vises også til oppsummeringen av de regionale helseforetakenes strategier og planer som er gjort i forbindelse med arbeidet med Nasjonal helse- og sykehusplan.

eHelse

Helse Midt-Norge RHF fortsetter arbeidet med operasjonaliseringen av regionens vedtatte IKT-strategi 2013-2018 med tilhørende handlingsplan. Regionen benytter i dag dels svært gamle IKT-systemer innenfor pasientadministrasjon (1986), sentrale laboratoriesystemer (1990) og elektronisk pasientjournal (2000). Alle disse er planlagt skiftet ut da de ikke tilfredsstillende krav til oppfølging av kvalitet i pasientbehandlingen, brukervennlighet og mulighet for videreutvikling.

En utskifting må nødvendigvis ta flere år, og det er derfor nødvendig med en viss grad av utvikling i tilknytning til eksisterende systemer. Helse Midt-Norge satser på å følge opp pågående nasjonal satsing på eHelse området, herigjennom standardiserte pasientforløp, pakkeforløp, fritt behandlingsvalg, pasient- og publikumstjenester. Elektronisk meldingsutveksling styrker samarbeidet med kommunehelsetjenesten. E-resept og kjernejournal er under full utbredelse i regionen. Likeledes satses det på tjenester mot Helsenorge.no gjennom digitale innbyggertjenester for spesialisthelsetjenesten (DIS). Prioriterte tiltak i Nasjonalt utvalg for IT-utvikling i helse- og omsorgssektoren (NUIT) med Nasjonal IKT HF som tiltakseier er førende for videre oppfølging.

Utskifting til ny elektronisk pasientjournal (EPJ) og pasientadministrativt system (PAS) er planlagt gjennom IKT strategi- og handlingsplan. Helse Midt-Norge RHF har som målsetting at anskaffelsen skal kunngjøres i løpet av 2015.

Det ble i 2014 gjennomført et forprosjekt i samarbeid med kommunehelsetjenesten. Forprosjektet anbefalte et helhetlig endringsprogram innen hele helsetjenesten i Midt-Norge, på tvers av nivåene, understøttet av ny felles systemløsning (PAS/EPJ). St. meld. 9 «En innbygger - en journal» vektlegger en helhetlig og integrert IKT-løsning for kommune- og spesialisthelsetjenesten inklusiv fastlegene. I tråd med dette vurderer Helse Midt-Norge i samarbeid med utvalgte kommuner en pilot for å anskaffe en ny samlet pasientjournalløsning for hele regionen.

Anskaffelsen av ny EPJ/PAS er planlagt gjennomført i perioden 2015 – 2021.

I dette arbeidet søkes løsninger som gir stor nytteverdi for pasientene og som skal bidra til å øke kvaliteten i pasientbehandlingen, bedre pasientsikkerheten, gjøre systemene mer brukervennlige og dermed sette helsepersonell i stand til å utføre sine oppgaver på en bedre og mer effektiv måte. Dette arbeidet er et vesentlig bidrag inn mot flere av tiltaksområdene som skal støtte opp om våre to hovedstrategier.

Standardiserte systemer for økonomi og logistikk er under innføring i regionen (HMN LØ). Løsningen for økonomi og logistikk skal gi grunnlag for god og pålitelig økonomistyring. Den skal tilrettelegge for effektivisering av og økt kvalitet på ikke-medisinske tjenester, for å gi bedre støtte til utføring av hovedoppgavene som er pasientbehandling, forskning, undervisning, opplæring av pasienter og pårørende.

Regionalt program for kvalitet og pasientsikkerhet

Det ble i 2014 etablert et regionalt program for kvalitet og pasientsikkerhet. Det regionale programmet for kvalitet og pasientsikkerhet deler det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammets overordna målsetning om å øke pasientsikkerheten ved å:

- ✓ redusere pasientskader
- ✓ bygge varige strukturer for pasientsikkerhet

- ✓ forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Programmet har som konkret mål at tallet på pasientskader som kan unngås, halveres innen fem år.

I program for kvalitet og pasientsikkerhet er hovedoppgaven å styrke innsatsen knyttet til bredding av tiltakspakkene i det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet. Helse Midt-Norge RHF vil bidra til analyser og publisering av parametre, bl.a. ved utvikling av et dashboard som viser utvikling på områder knyttet til pasientsikkerhet og kvalitet. Videre skal programmet bidra til koordinering og erfaringsoverføring; både mellom de regionale helseforetakene og mellom helseforetak i Helse Midt-Norge. I tillegg skal programmet bidra til å sikre at pasientsikkerhetslementer integreres i øvrig forbedringsarbeid i Helse Midt-Norge.

Strategi for utdanning og kompetanseutvikling

Det er utarbeidet en ny strategi for utdanning og kompetanseutvikling 2015 - 2020, vedtatt i styret i mars 2015.

Følgende prinsipper skal gjelde for utdanning og kompetanseutvikling i Helse Midt-Norge:

- Befolkningens og tjenestens behov skal være styrende for utdanning og kompetanseutvikling i Helse Midt-Norge
- Kompetanseutvikling og utdanning er et lederansvar
- Utdanning og kompetanseutvikling skal være en integrert og tydelig del av den kliniske aktiviteten og inkluderes i all virksomhetsplanlegging.
- Koblingen mellom forskning, utdanning, kompetanseutvikling og innovasjon skal styrkes.
- For å sikre helhetlige pasientforløp vil spesialisthelsetjenesten samarbeide med primærhelsetjenesten og utdanningssektoren om utdanning og kompetanseutvikling

Følgende langsiktige mål skal gjelde for utdanning og kompetanseutvikling Helse Midt-Norge:

- Ledere på alle nivå skal til enhver tid ha oversikt over enhetens kompetanse og kapasitet. Kompetansebehov på kort og lang sikt skal være dokumentert, basert på systematiske analyser
- Det skal utvikles konkrete planer for å dekke kompetansebehovet på alle nivå, basert på felles metodikk. Planene skal beskrive hvordan vi rekrutterer, utvikler og beholder våre medarbeidere og team
- Helse Midt-Norge skal synliggjøre ressursbruk og sørge for riktig ressurstilgang til utdanning og kompetanseutvikling
- Gjensidig kompetanseoverføring og oppgavedeling skal skje mellom profesjoner, enheter og tjenestenivåer med utgangspunkt i pasientens behov for trygge og sammenhengende tjenester
- Utdanning og kompetanseutvikling i Helse Midt-Norge skal være kunnskapsbasert, relevant og ha god kvalitet
- Helse Midt-Norge skal bidra til at utdanninger er i tråd med befolkningens og tjenestens behov
- Helse Midt-Norge skal samarbeide med utdanningssektoren og kommunene om utdanning av fremtidens helsepersonell og involvere pasienter og brukere i utvikling av utdanning

Strategi for anskaffelse av spesialisthelsetjenester fra private leverandører

Helse Midt-Norge har utarbeidet en ny strategi for anskaffelser av spesialisthelsetjenester fra private leverandører (2015 – 2018). Målsettingen er å utnytte de samlede ressurser på best mulig måte. De private skal inngå i en helhetlig vurdering av hvordan vi setter sammen det samlede helsetjenestetilbud som gir størst mulig helsegevinst for vår befolkning ut fra våre gitte økonomiske rammer.

Satsingsområdene i strategien er;

- ✓ godt samarbeid og riktig og mer dynamisk bruk av private leverandører av spesialisthelsetjenester
- ✓ Helse Midt-Norge RHF skal være en profesjonell, konstruktiv og etterrettelig avtalepart
- ✓ større styrings- og ledelsesmessig oppmerksomhet fra Helse Midt-Norge RHF på planlegging, gjennomføring og oppfølging av samarbeidet med private leverandører
- ✓ økt dialog og tettere samarbeid mellom de private leverandørene og helseforetakene
- ✓ økt deltakelse fra private leverandører i forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende
- ✓ pasienters og pårørendes erfaringer skal brukes aktivt i utforming av tjenestetilbudet
- ✓ informere aktivt om pasienters valgmuligheter

Pågående arbeid med nye strategier og planer

Det pågår arbeid med å utarbeide strategier/planer for følgende områder;

- ✓ strategi for forskning og utvikling, samt for innovasjon. Strategiene skal gjelde for perioden 2015-2020, og de legges fram for styret med forslag til vedtak i juni 2015.
- ✓ Regional plan for psykisk helsevern
- ✓ Regional plan for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
- ✓ Regional plan for billeddiagnostikk

Hovedområder for styring og oppfølging i 2015 (Fokus 2015)

Det er fem områder som Helse Midt-Norge RHF vil følge særskilt i 2015 og som vil kreve særskilt ledelsesoppmerksomhet på alle nivå i tjenesten;

- Pasientsikkerhet – færre pasientskader
- Ingen pasienter skal oppleve fristbrudd
- Ventetiden skal ned
- Reduksjon i avvik på arbeidstidsbestemmelsene
- Bærekraftig økonomi

6. Uttalelse fra det regionale brukerutvalget i Helse Midt-Norge

Det regionale brukerutvalget (RBU) i Helse Midt-Norge har sammenfattet sitt inntrykk av arbeidet som er gjort i 2014 slik:

Det regionale brukerutvalget beskriver samarbeidet med styret og den administrative ledelsen i Helse Midt-Norge RHF som meget godt. Samarbeidet med styret ble bedret fra 2012 gjennom endret organisering av deltakelse i styremøtene og dette har fortsatt på en god måte i 2013 og 2014. Forberedelse til deltakelse i styremøtene blir gjort god ved ledelsens orientering til styresaker og presentasjon av prosjekter i møtene i RBU.

- Ved gjennomgang av statusrapportering og andre styresaker i RBU har det vært stort fokus på kvalitetsindikatorer som rapporteres. Utvalget er tilfreds med at ventetider reduseres og målsettingene om null fristbrudd nærmer seg å bli nådd og at områder hvor det er vanskelig å nå målsettingene er avdekket. I 2014 har det dessuten blitt fokusert bedre på pasientsikkerhet og kvalitet. RBU har også benyttet disse møtene til å etterspørre andre saker som ikke er oppe til styrebehandling, men som har vært aktuelle av andre årsaker.
- Brukermedvirkning i Helse Midt-Norge RHF blir i de aller fleste saker godt ivaretatt. Som en generell betraktning vil RBU peke på betydningen av at medvirkningen må skje på tidspunkt hvor erfaringskompetansen får en reell innflytelse, gjennom deltakelse i pågående prosesser. Det er imidlertid fortsatt slik at brukermedvirkning blir «avglemt». RBU har registrert at endringer i sentrale lederroller fører til endringer i styring, organisering og gjennomføring av arbeidsprosesser og prosjekter. I 2014 har RBU opplevd dette som uryddig og lite oversiktlig. RBU er tilfreds med at det er lagt til rette for å systematisere styring, organisering og gjennomføring av pågående arbeidsprosesser og prosjekter i en forbedret struktur i 2015.
- RBU gjennomfører møter hvor representanter for brukerutvalgene i HFene i Helse Midt-Norge deltar. På møtet i april 2014 møtte også styreleder i HMN RHF Marthe Styve Holte. Brukerutvalgene har i 2014 utarbeidet retningslinjer for samarbeid mellom brukerutvalgene i HMN.
- RBU arrangerer årlig en brukerkonferanse for alle medlemmer i brukerutvalgene og hvor representanter for brukerorganisasjonene inviteres til å delta. Tema på konferansen i 2014 var rus og psykiatri samt brukerorientering og brukermedvirkning i spesialisthelsetjenesten. Tilbakemeldingene fra deltakerne på konferansen var meget positive.
- RBU har i flere år vært opptatt av pasientreiser og pasienters/brukeres erfaringer med tjenesten. Spesielt når det gjelder lange og krevende reiser til poliklinisk behandling. Erfaringer og behov for endringer er tatt opp både regionalt og nasjonalt, men RBU erfarer at det er vanskelig og krevende å oppnå bedringer både når det gjelder nasjonale rammer og god regional praksis. RBU har i løpet av året etterlyst oppfølging i Helse Midt-Norge RHF, men det er krevende å få til målbare forbedringer.
- RBU har i 2014 hatt stor oppmerksomhet på pasientforløp. I RBU har det vært en felles forståelse av at pasientforløp er fra «hjem og tilbake til hjem». Pasientforløp beskrives på mange gode og forklarende måter, men det er forstyrrende når vi møter «tilleggs-beskrivelser» som bidrar til at forståelsen blir en annen enn det som synes å være felles. Begrepene blir ofte benyttet uten at det blir gitt noen definisjon eller forklaring. Dette er forstyrrende og ofte forvirrende når utgangspunktet er « fra hjem og tilbake til hjem».

- RBU har fulgt opp sak om Utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal (HMR) HF. Denne saken har blitt viet stor oppmerksomhet i Møre og Romsdal og RBU er fornøyd med prosessen som er gjennomført og den deltakelsen det ble lagt til rette for med brukermedvirkning. RBU har fulgt opp arbeidet fra Brukerutvalget i HMR i saken ved behandlingen i HMN RHF. Sluttbehandlingen med tomtevalg for nytt sykehus i Nordmøre om Romsdal ble grundig behandlet i begge brukerutvalgene, noe som til slutt bidro til felles uttalelse ved behandlingen både i HMR og HMN.
- RBU har fulgt opp organisering og implementering av Rusbehandling Midt-Norge HF i øvrig spesialisthelsetjeneste i 2014. RBU er fornøyd med måten dette arbeidet er gjennomført på. RBU var opptatt av at brukermedvirkningen måtte ivaretas på en tilfredsstillende måte i HFene etter implementeringen. RBU er usikker på om dette er ivaretatt godt nok.
- Helse Midt-Norge RHF etablerte i 2012 16 regionale fagledernetverk. RBU har støttet dette og mener det kan bidra til bedre helhetlige regionale pasientforløp og at brukermedvirkningen kan bedres gjennom dette tiltaket. Deltakelse og brukermedvirkning i arbeidet har fortsatt ikke kommet på plass som forventet.
- RBU deltar i samarbeid med de øvrige regionale brukerutvalgene i de regionale helseforetakene. I takt med at det opprettes nasjonale helseforetak og igangsettes nasjonale prosjekter øker forventningene om brukermedvirkning i nasjonal sammenheng. Arbeidsoppgavene for leder og nestleder i RBU blir gjennom slik deltakelse ytterligere omfattende.
- RBU har deltatt i styremøter i Ambulansforetaket og fulgt arbeidet med å implementere ambulansetjenesten inn i sykehusforetakene i 2014. Arbeidet i 2014 har hatt stort fokus på økonomiske rammer, utvikling av tjenesten og forberedelse til overtakelse i HFene.
- Av andre saker RBU har vært opptatt av nevnes summarisk:
 - Regional plan for utvikling av habilitering i Helse Midt-Norge
 - Prosjekt «Rehabilitering i Midt-Norge»
 - Brukermedvirkning i helseforskning
 - Program for pasientsikkerhet og kvalitet
 - Fritt behandlingsvalg
 - Strategi for forskning og innovasjon
 - Program for pasientbehandling og samhandling
 - Fremtidens legespesialister
 - Strategi for utdanning og kompetanse
 - Forskningspris
 - Årsrapporter fra bruker- og pasientombud
 - Oppdrags- og styringsdokumenter

7. Uttalelse fra konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Midt-Norge

For at en offentlig finansiert helsetjeneste skal gi alle pasienter nødvendig helsehjelp av utmerket kvalitet i riktig omfang og til rett tid, er bærekraftige fagmiljøer med riktig kompetanse grunnmuren i organisasjonen. KTV/KVO er bekymret for aktivitetsøkning uten tilsvarende økning av ressurser. Det er i dagens situasjon et betydelig krysspenn mellom økonomi opp mot kvalitet, pasientsikkerhet og kompetanse. Aktivitetsnivået må ikke gå på bekostning av god pasientsikkerhet, kvalitet og forsvarlig arbeidsmiljø. Vi har gjennom

mange år sett at helselover og lovgitte pasientrettigheter vektes høyere enn arbeidsmiljølovens bestemmelser.

KTV/KVO har tidligere berømmet Helse Midt-Norge for arbeidet med å avdekke brudd på arbeidstidsbestemmelser i lov og avtaleverk. Det er fortsatt vesentlige brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Etter KTV/KVOs oppfatning dreier det seg om mangel på ressurser, fagpersonell og fokus.

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

Arbeidet med hele stillinger synes også å ha stagnert, arbeidet er viktig både for den enkelte og organisasjonen. Dette gjelder i forhold til utnyttelse av kompetanse samt fremtidig mangel på helsepersonell. Allerede i dag er dette en aktuell problemstilling i enkelte fagmiljøer, og dette vil forsterke seg i tiden fremover. Arbeidet med faste stillinger i forhold til midlertidige stillinger må videreføres. Stabilitet og forutsigbarhet blant personalet har stor betydning for pasientsikkerhet og kvalitet.

Reduksjon i ventetider og fristbrudd har vært klare målsettinger over flere år. Selv om det er registrert en positiv utvikling i slutten av 2014, er målet på en ventetid lavere enn 65 dager enda ikke nådd. I noen områder er det registrert flaskehals. En styrkning av personell i de avdekte problemområdene vil gi en fremtidig bedring av resultatet.

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

Oppdragsdokument for 2014 gir klart til uttrykk at Høies "Gylne regel" skal følges opp – noe han har understreket ved flere anledninger. Effektivisering skal selvfølgelig også foregå i psykisk helsevern og rusbehandling og det gjøres til dels i stor grad og bør berømmes. Kompetansen tilpasses samfunnets behov og forventning, men den gylne regel har aldri ment å være en effektiviseringsregel. Den har vært ment å demme opp i forhold til den voldsomme kampen om de knappe ressursene (i forhold til oppgavene både på drift og investeringssiden). En kamp mange mener somatikken ofte vinner. KTV/KVO har en stor forventning om at det satses på Psykisk helsevern og Rusforebygging, slik brukerorganisasjonene også har gitt uttrykk for. Dette må også vises i budsjetter og resultater. KTV/KVO skulle ønske at dette ble synliggjort i Årlig melding, det er ikke gjort og man kan trygt konkludere med at mål ikke er nådd.

KTV/KVO er fortsatt av den formening at store IKT investeringer og helt nødvendige Sykehusbygg er et offentlig/nasjonalt ansvar og må særfinansieres.

Tabellrapportering: Rapportering av styringsparametre 2014 (vedlegg 2 i oppdragsdokumentet)

Styringsparametre	Datakilde	2014	Mål
Antall produserte DRG-poeng	Regionale helseforetak	203 317 DRG-poeng	204 403 DRG-poeng
Refunderte polikliniske inntekter	Regionale helseforetak	496 441 mill. kroner	482 567 mill. kroner

Oppgitte DRG-poeng og polikliniske inntekter er basert på HF'enes foreløpige rapportering av desember 2014

Styringsparametre	Datakilde	2012	2013	2014	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Norsk pasientregister	72	73	72	Under 65 dager	Helseforetakene har utarbeidet konkrete planer for å nå målsettingen om ventetid under 65 dager. Dette er lagt som grunnlag for oppfølgingen med HMN RHF. Oppfølging skjer via statusrapport til styret og i dialogmøter mellom RHF og HF. Eksempel på tiltak; identifisere og få unna flaskehals for å øke kapasiteten, samordne ressursbruk mellom klinikker, sette henvisne pasienter direkte på time istedet for på venteliste, fokus på å redusere langtidsventende, tilby ventelistepasienter alternative tilbud (bl.a. hos private), sikre optimal bruk av IKT-system mv. Enkelte av helseforetakene har styrket samarbeidet med private sykehus og avtalespesialister som ledd i å redusere ventetidene. Det er økt kapasitet i private sykehus gjennom avtaler.	Den gjennomsnittlige ventetiden sett under ett for Helse Midt-Norge var i 2014 72 dager, en dag kortere enn i 2013. For regionen samlet var ventetida i desember 2014 på 63 dager, tre dager kortere ventetid enn for samme periode i 2013. Ventetiden har i siste tertial 2014 sunket betydelig ved alle tre sykehusforetakene. Selv om mange klinikker og avdelinger har gjort en betydelig innsats i løpet av 2014 for å oppnå målet, må arbeidet fortsette med stor tyngde i 2015. Herunder må det sikres læring fra de sykehus og avdelinger som hittil best har lyktes i arbeidet med å redusere ventetider.

Styringsparametre	Datakilde	3. tertial 2012	3. tertial 2013	3. tertial 2014	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Andel fristbrudd for rettighetspasienter	Norsk pasientregister	5,8	5,2	3,9	0 %	Se rapportering over ang. ventetider.	Andel og antall fristbrudd fortsetter å gå ned og antall fristbrudd er, når en ser bort fra feriemånedene, det laveste på 4 år. Andelen fristbrudd er blitt redusert fra 5,2 pst. i 2013 til 3,9 pst. i 2014. Utviklingen gjennom 2014 viser en mindre variasjon fra måned til måned, samtidig som trenden går i retning mot null (2,2 pst. i desember). Det arbeides aktivt med spesifikke tiltak for å fjerne de siste fristbruddene og hindre at nye oppstår.

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2013	2. tertial 2013	1. tertial 2014	2. tertial 2014	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Andel pasienter 18- 80 år innlagt med blodpropp i hjerne som har fått behandling med trombolyse .	Norsk pasientregister	8	9,2	12,8	10,1	20 %	Helseforetakene har gjennomført informasjonskampanjer om hjerneslag for å få pasienter og pårørende til å reagere raskt ved symptomer på hjerneslag. Pasientsikkerhetsprogrammet har også tiltakspakke for hjerneslag som følges opp. Rutiner gjennomgås og standardiserte pasientforløp for hjerneslag er på plass i samarbeid med kommunene. Det er etablert trombolysealarm og trombolyseteam.	Helse Midt-Norge ligger langt fra måltallet på 20 pst. Det er ikke faglig konsensus om målet på 20 pst. er riktig. Fra St. Olavs Hospital HF rapporteres følgende; "Vi har prioritert å gi trombolyse til de pasienter der det er dokumentert god effekt av slik behandling og liten risiko for alvorlige bivirkninger. Nylig har det kommet data som tyder på at en god del pasienter med milde slag også kan ha noe nytte av trombolyse, og vi har nå endret vår indikasjonsstilling slik at vi i større grad gir trombolyse også til milde slag.
Andel pasienter med tykktarmskreft som får behandling innen 20 virkedager	Norsk pasientregister	58,1	63,8	65	66,3	80 %	Iverksetting av pakkeforløp og mer sykdomsspesifikke forløpstider vil gi større grad av mulighet for å nå de oppsatte mål. St. Olavs Hospital HF har avdekket flaskehals som hindrer at det standardiserte pasientforløpet går som planlagt. Hovedutfordringen er colonscopikapasitet med en underdekning på omlag 25 coloscopier per uke, tilsvarende om lag et colonscopiteam. Colonscopikapasiteten er økt fra januar 2015. Foretakets daglige rapportering via eSP (elektronisk standardisert pasientforløp) viser de de ligger på 60 pst. og at middelverdien for ventetid fra henvisning til behandling er om lag 22 virkedager	66,3 prosent av pasientene i Helse Midt-Norge startet sin behandling for tykktarmskreft innen 20 dager i 2. tertial 2014. Dette er høyere enn landsgjennomsnittet på 59 pst. Helse Midt-Norge har i 2014 gjennom fagledernetverkene utarbeidet et standardisert pasientforløp for tykktarmskreft. Helse Møre og Romsdal HF var nær med å nå målet (78,6 pst) mens Helse Nord-Trøndelag HF hadde en andel på 66,7 pst og St. Olavs Hospital HF en andel på 59,6.
Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager	Norsk pasientregister	40,5	42,5	41,9	40	80 %	Iverksetting av pakkeforløp og mer sykdomsspesifikke forløpstider vil gi større grad av mulighet for å nå de oppsatte mål.	I Helse Midt-Norge fikk 40 pst. av pasientene startet sin behandling for lungekreft innen 20 dager i 2. tertial 2014. På landsbasis var andelen på 38,9 pst. Helse Møre og Romsdal HF har oppnådd 52,2 prosent og St. Olavs Hospital HF 35,5 prosent. For Helse Nord-Trøndelag HF er antallet for lavt til publisering. Utredning og behandling av lungekreftpasientene i Helse Midt-Norge går ofte på tvers av sykehusene i regionen. Utredningstida for lungekreftpasienter inkl. valg av behandling er tidkrevende. Helse Midt-Norge har i 2014 gjennom fagledernetverkene utarbeidet et regionalt standardiserte forløp for lungekreft.
Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager	Norsk pasientregister	74,1	58,5	67,8	74,6	80 %	St. Olavs Hospital HF (med en andel på 61,3 pst.) har identifisert flaskehalsene til å være manglende mammografikapasitet grunnet for få mammaradiologer og manglende areal (ultral lyd mammae). Helseforetaket har nå økt overlegokapasiteten innen mammografi og gjennomført ombygging av mammografiarealene for å tilrettelegge for en mer optimal bruk av personellressursene. Det er lagt en detaljert plan for implementering av de nye pakkeforløpene i hele regionen.	Helse Midt-Norge har hatt en positiv utvikling og hadde per 2. tertial den høyeste andelen i landet med 74,6 prosent mens landsgjennomsnittet var 52,1 pst. To av tre helseforetak har nådd målet. Helse Midt-Norge har i 2014 gjennom fagledernetverkene utarbeidet et regionalt standardiserte forløp for brystkreft.

Styringsparametre	Datakilde	2012	2013	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus	Helsedirektoratet (SSB)	DPS; 40 pst. 59 pst.	Sykehus DPS 43 pst. Sykehus 56 pst.	Helse Midt-Norge har de siste årene hatt en vesentlig nedgang i andel personell knyttet opp til sykehus, og en økning i personellinnsatsen ved DPS. Helse Midt-Norge RHF har imidlertid en høyere andel personell ved sykehusene enn de øvrige regionene (jf. Helsedirektoratet IS-2235). En forklaring på dette er at Helse Nord-Trøndelag ikke har skilt ut DPS-funksjonen ved sykehusene i Levanger og Namsos, og som følge av dette vil tall for DPS virksomheten framstå som liten. Tall fra Helsedirektoratet viser at andel årsverk i DPS sammenligna med sykehus har økt fra 40 prosent til 43 prosent fra 2012 til 2013. Se forøvrig ytterligere rapportering på dette punktet i årlig melding.

Styringsparametre	Datakilde	mai.14	nov.14	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
Sykehusinfeksjoner	Folkehelseinstituttet	5,3 pst.	Foreligger ikke per d.d.	Gjennomføring av NOIS- registrering og oppfølging av prevalensrapportering, gjøres på alle sykehus. Det jobbes systematisk med smittevern og opplæring knyttet til dette. Økt trykk på å implementere tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet.

Styringsparametre	Datakilde	2011	2012	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
30 - dagers overlevelse	Helsedirektoratet	94,8 pst.	94,9 pst. i 2012 95,2 pst. i 2013		Helse Midt-Norge ligger marginalt over landsgjennomsnittet på denne indikatoren. Implementering av tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet vil kunne bidra til forbedret resultat. I tillegg vil innføring av pakkeforløp, etablering av tverrfaglige diagosesentre og prostatasenter bidra positivt. Langsiktige tiltak vil m.a. være satsing på forskning og innføring av nye behandlingsmetoder.
Andel tvangsinnleggelse (antall per 1 000 innbyggere i helseregionen) (Norsk pasientregister	0,6 pst.	0,7 pst.	Redusert med 5 % sammenlignet med 2013	Resultatene må tolkes med varsomhet, da det har vært til dels store mangler i forhold til registrering av tvangsinnleggelse i HMN. Helseforetakene har nå tatt i bruk MyWay2pas og fom 1. tertial i 2015 vil det være mulig å sammenligne tall med 1. tertial i 2014. Basert på foretakenes egne tall har regionen samlet 1,8 tvangsinnleggelse per 1000 innbygger i 2014. Helseforetakene fokuserer på rett bruk av tvang. Som eksempel på tiltak kan nevnes kurs i konflikthåndtering, kontinuerlig arbeid med holdninger der motivering har en viktig plass, overføring av kompetanse til personell ved bytte. Ellers er fysiske omgivelser og praktisk håndtering av lovverket i fokus.

Styringsparametre	Datakilde	Publisert 2013									
		Pleiepersonalet	Informasjon	Legene	Pårørende	Organisering	Pasientsikkerhet	Standard	Ventetid	Samhandling	Utskrivning
Brukererfaringer for innleggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus. Gjennomsnittsskårer på indeksen for hver helseregion. Skala 0 - 100, der 100 er best).	Kunnskapssenteret (Nasjonale brukererfaringsundersøkelse)	Helse Midt; 77 i skår Gj.snitt landet; 76 i skår Tiltak; fokus på kompetanse, verdier og holdninger. Øke andelen hele og faste stillinger for å sikre kontinuitet og kvalitet.	Helse Midt; 72 i skår Gj.snitt landet; 71 i skår Tiltak; Informasjon skal integreres som del av pasientforløpene.	Helse Midt; 75 i skår Gj.snitt landet; 74 i skår Tiltak; Fokus på kompetanse, verdier og holdninger. Sikre nok tid til å lytte og gi pasienten medvirkning.	Helse Midt; 77 i skår Gj.snitt landet; 76 i skår Tiltak; informasjon om pasientforløp	Helse Midt; 70 i skår Gj.snitt landet; 67 i skår Tiltak; Bedre samhandling mellom profesjoner og avdelinger, bedring av koordinatorfunksjon. Arbeide med standardiserte pasientforløp for å sikre forutsigbare, godt planlagte og vitenskaplige underbygde forløp for den enkelte pasient.	Helse Midt; 90 i skår Gj.snitt landet; 89 i skår Tiltak; implementere og følge opp pasientsikkerhetsprogramets tiltakspakker. Økt trykk på dette gjennom regionalt program for kvalitet og pasientsikkerhet. Sikre læring på tvers. Integrere pasientsikkerhetsvariable i utviklingen av standardiserte pasientforløp.	Helse Midt; 75 i skår Gj.snitt landet; 71 i skår Tiltak; bedre universell utforming, sørg for godt renhold og fokus på måltider.	Helse Midt; 61 i skår Gj.snitt landet; 64 i skår Tiltak; se rapportering på styringsparameteren gjennomsnittlig ventetid.	Helse Midt; 67 i skår Gj.snitt landet; 64 i skår Tiltak; samarbeide med kommunene om å utvikle pasientforløp. Fokus på epikriser og epikrisetid.	Helse Midt; 59 i skår Gj.snitt landet; 56 i skår Tiltak; Bedre utskrivningsinformasjon, bedre epikrisetider, sørg for sammenhengende legemiddelbehandling ved utskrivning (et samarbeid mellom sykehusapoteket og det enkelte sykehus).

Styringsparametre	Datakilde	Publisert 2013
Pasientferinger med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling	Kunnskapsenteret (Nasjonale brukerefaringsundersøkelse)	Resultatene følges opp gjennom den regionale instansen for samordning innen rusområdet i Helse Midt-Norge som er tillagt St Olavs Hospital HF, seksjon for analyse og pasientkoordinering. Arbeidet involverer også det regionale faglige ledernetverket innen TSB der også de private klinikkene er representert v/ ledelse. De enkelte helseforetakene rapporterer om tiltak som; Bruke mye tid i forkant av innleggelsen, både i vurderingsinstansen og av seksjonens samhandlingskoordinator, til å vurdere hvorvidt vårt tilbud er det riktige for hver enkelt pasient, og tid til å forberede selve innleggelsen. Ved å vektlegge dette arbeidet får vi en pasientgruppe som er godt forberedt, noe vi også mener har påvirket resultatet i pasientferingsundersøkelsen. Disse resultatene kommer ikke av seg selv, og vi må jobbe godt for å holde dem ved like og forbedre dem. Fokusfremover er å fortsette det gode vurderings- og forberedende arbeidet for pasientene. I tillegg skal vi fortsette jobben med implementering av Motiverende Intervju, samt begynne jobben med å implementere Kognitiv Terapi som verktøy for miljøpersonalet. Her foreligger det en plan for å styrke kompetansen ift kognitiv terapi hos miljøpersonalet. De enkelte avdelinger har identifisert forbedringsområder og utarbeidet handlingsplaner.
Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre	Kunnskapsenteret (Nasjonale brukerefaringsundersøkelse)	Hovedbildet er at det har vært en positiv utvikling på mange områder, sett fra fastlegenes ståsted. Sammenlikning av RHF-enes resultater i 2011 med gjennomsnittet for RHF-ene viser at vurderingene gitt av fastlegene i Helse Midt-Norge er bedre enn gjennomsnittet på alle de sju indeksene. I seks av sju punkter får DPS-ene i Helse Midt-Norge beste skår sammenlignet med resten av landet. Det er gledelig at DPS-ene i Helse Midt-Norge får så gode vurderinger av fastlegene i undersøkelsen. Gjennom de siste årene er det skjedd mye for å gjøre tilbudet innen psykisk helsevern mer tilgjengelig. Utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre er en viktig del av dette sammen med økt bruk av oppsøkende og ambulerende virksomhet. Fastlegene er viktige samarbeidspartnere i behandlingsopplegget for den enkelte pasient og det er viktig at fastlegene opplever at DPS-ene er gode medspillere. Helseforetakene rapporterer at de med utgangspunkt i undersøkelsen jobbes kontinuerlig med forbedring på alle områder, men med særskilt vekt på de områdene med størst forbedringspotensiale.
Andel reinnleggelse innen 30 dager av eldre pasienter	Kunnskapsenteret (Nasjonale brukerefaringsundersøkelse)	I 2013 hadde landet en reinnleggelsesprosent på 15,4, mens HMN hadde en prosent på 15, 7. God kommunikasjon og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten i kommunene er avgjørende for at pasienten blir ivarettatt på en god måte etter utskrivning.

Styringsparametre	Datakilde	2014	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: Er målet nådd? Hvis nei, hvorfor ikke?
Antall gjennomførte mini metodevurderinger som er sendt til Kunnskapsenterets database	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten	1		Systemet for minimetodevurderinger ble etablert i 2014. I Helse Midt-Norge er det Senter for helsetjenesteutvikling ved St. Olavs Hospital HF som har fått ansvar for denne typen analyser i regionen.	Gjennom etablering av regionalt senter for helsetjenesteutvikling ved St. Olavs Hospital HF vil nødvendig personell få opplæring i bruk av mini-metodevurdering. Klinikkene har fått informasjon om krav om bruk av denne og innmelding av saker til Bestillingsforum RHF. Dette er et område som fortsatt er nytt, men som det jobbes kontinuerlig og systematisk med.
Antall beslutninger i samarbeid mellom de regionale helseforetakene om å innføre eller ikke innføre en ny metode, jf. Nasjonale metodevurderinger i system for innføring av nye metoder i spesialisthelsetjenesten	Regionale helseforetak	15		Beslutningsforum hadde oppstart i 2014. Første møte var i mai 2014, og det har vært månedlige møter etter dette.	