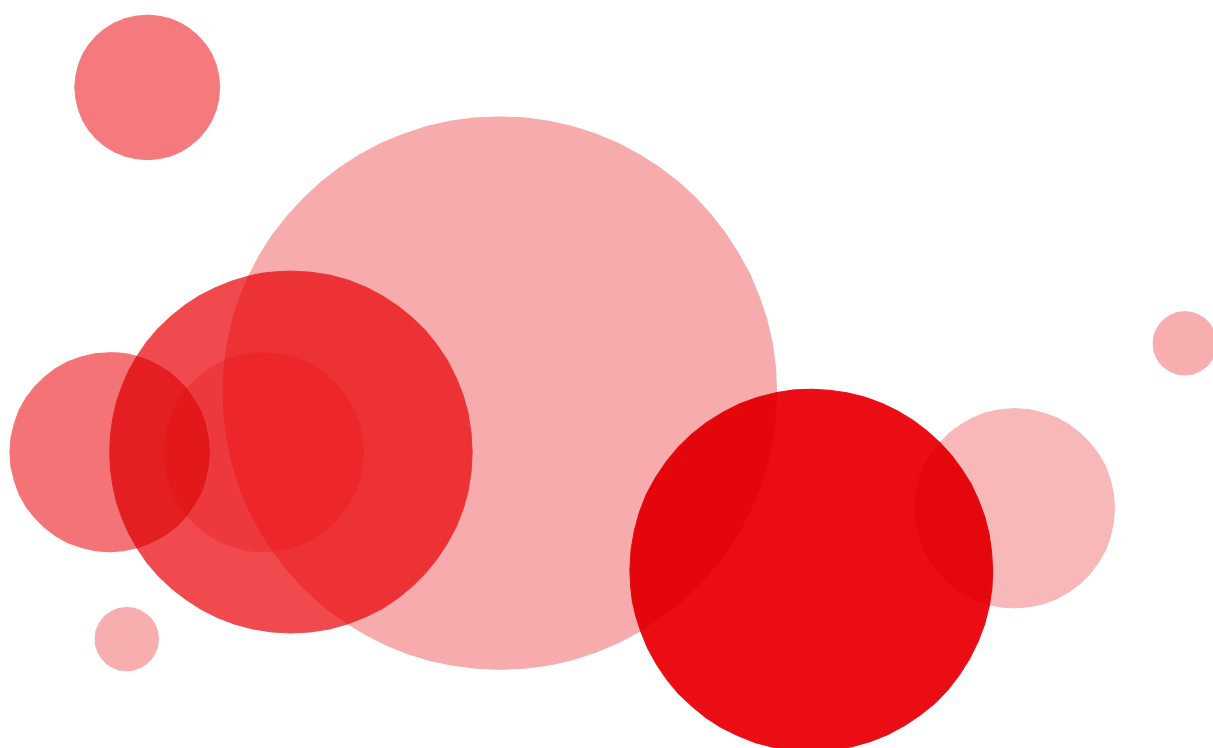


**Årlig melding 2015 for
Helse Midt-Norge RHF til Helse- og
omsorgsdepartementet**



Innhold

1. Innledning	3
1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	3
1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2015	3
2. Rapportering på krav i oppdragsdokument	7
2.1 Pasientens helsetjeneste	7
2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet	12
2.3 Personell, utdanning og kompetanse	22
2.4 Forskning og innovasjon	24
3. Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 30. juni 2015	26
3.1 Tiltak for å rekruttere og beholde blodgivere	26
3.2 Helseforetakenes kommunikasjon om resultater, utfordringer og omstillingsprosesser	27
3.3 Samfunnskontrakt for flere læreplasser	29
4. Rapportering på krav fra foretaksmøtet	30
4.1 Krav og rammer for 2015	30
4.2 Øvrige aktuelle saker i 2015	41
5. Styrets plandokument	42
5.1 Utviklingstrender og rammebetingelser	42
5.1.1 Utviklingen innenfor opptaksområdet	42
5.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger	48
5.1.3 Personell og kompetanse	49
5.1.4 Bygningskapital – status og utfordringer	50
5.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer	52
5.2.1 Overordna mål og strategier – Strategi 2020 og Strategi 2030	52
5.2.2 Nærmere om enkelte av regionale delstrategier og planer	53
6. Uttalelse fra Regionalt brukerutvalg i Helse Midt-Norge RHF	57
7. Uttalelse fra konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Midt-Norge	60
8. Vedlegg	63
8.1 Tabellrapportering: Styringsparametre og rapporteringskrav 2015	63

1. Innledning

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 2015 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 2015

Foretaksgruppa har gjort et betydelig arbeid for å redusere ventetidene og fjerne fristbruddene. Aldri før har ventetida i Helse Midt-Norge vært så kort. Ved utgangen av året var den gjennomsnittlige ventetida for de som hadde startet behandling 56 dager. For året under ett var gjennomsnittlig ventetid 67 dager. Antallet fristbrudd er også betydelig redusert og helseforetakene er nå nær målet om null fristbrudd. I desember 2015 var det en andel på 0,9 pst. som fikk behandling etter at fristen hadde utløpt. Regionens målretta arbeid med å redusere ventetider og unngå fristbrudd vil fortsette med full styrke også i 2016. I tillegg vil Helse Midt-Norge videreføre og intensivere arbeidet med å redusere unødig variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i tjenesten.

Det arbeides målrettet med å tilby en trygg og effektiv spesialisthelsetjeneste gjennom hele behandlingsskjeden ved våre helseforetak. Dette arbeidet gjenspeiles blant annet i arbeid med tiltak gjennom pasientsikkerhetsprogrammet, samt i arbeidet med å implementere standardiserte pasientforløp og pakkeforløp.

Det systematiske arbeidet med standardiserte pasientforløp fortsatte med full oppmerksomhet i 2015. Standardiserte pasientforløp utvikles og tas i bruk etter en felles metodikk i Helse Midt-Norge. Dette skal gi kunnskapsbasert og likeverdig praksis, samt kortere ventetider innen diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter. Som universitetssykehus har St. Olavs Hospital HF ansvar for at de nasjonale pakkeforløpene implementeres i helseforetakene i regionen. I 2015 omfatter dette 28 kreftforløp, forløp for psykose og rus akutt, og to forløp i nyfødtemedisin. Nesten alle er slutført. Regionen har ikke nådd måltallene på 70 pst. som er

knyttet til andel kreftpasienter i et pakkeforløp. Helse Midt-Norge RHF vil i sin dialog med helseforetakene ha stor oppmerksomhet på at tiltak skal settes inn slik at resultatene forbedres.

Arbeidet med å innføre tiltakspakkene fra det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet ble intensivert i 2015, og alle helseforetakene gjennomfører GTT-undersøkelser. Målet om spredningsgrad er ikke nådd, men det er satt i gang arbeid med alle tiltakspakkene. I 2015 ble det gjennomført flere pasientsikkerhetsprosjekt i helseforetakene med støtte fra det regionale programmet for kvalitet og pasientsikkerhet. Helse Midt Norge har med god støtte fra helseforetakene i vår region også vært pådrivere for å slå sammen pasient-sikkerhetskulturmålingen og arbeidsmiljøundersøkelsen i 2016.

Riktig legemiddelbruk er et viktig verktøy i arbeidet med å oppnå bedre pasientsikkerhet. Sykehusapotekene samarbeider med sykehusene om samstemming av legemiddellister inn og ut fra sykehus gjennom undervisning av samarbeidende helsepersonell, eller ved at kliniske farmasøyter står for selve jobbutførelsen. Det har vært en betydelig økning i antall kliniske farmasøyter på avdelinger på sykehusene i løpet av 2015, og Integrated Medicines Management benyttes som metode for det pasientrettede arbeidet. Metoden sikrer kompetanseoverføring ved at den utføres i tverrfaglig team og ved informasjon direkte til pasient for å involvere denne til å forstå egen legemiddelbehandling.

Internrevisjonen i Midt-Norge har gjennomført en revisjon for å undersøke om helseforetakene har god styring og kontroll med legemiddelhåndteringen slik at risikoen for feil og alvorlige hendelser er lavest mulig. Revisjonen viste at det er etablert systemer og rutiner, men at disse i varierende grad etterleves. Det er utarbeidet handlingsplaner for å følge opp funnene, og helseforetakene er i oppfølgingen spesielt bedt om å fokusere på implementering og etterlevelse av interne styringsdokumenter.

Sykehusene i Midt-Norge har de mest fornøyde pasientene i landet, i følge den siste PasOpp undersøkelsen fra Kunnskapssenteret. Spesielt er pasientene fornøyde med pasientsikkerheten ved sykehusene i regionen. Helse Midt-Norge er best i landet til å unngå korridorpasienter. Tall fra 2. tertial 2015 viser at Helse Midt-Norge hadde 1 pst. korridorpasienter.

Innenfor psykisk helsevern har dreiningen fra døgninnleggelse til dag- og poliklinisk behandling samt ambulant virksomhet fortsatt i 2015. I løpet av 2015 har Helse Midt-Norge utviklet et standardisert pasientforløp for psykosepasienter som nå skal implementeres ved helseforetakene. Dette er et viktig steg i riktig retning for å tilby pasientene et likeverdig tilbud av høy kvalitet.

Det er etablert rutiner for oppfølging av somatiske sykdommer til pasienter innen psykisk helsevern. Det er også etablert et strukturert samarbeid, slik at pasienter som legges inn i ved somatiske sykehusavdelinger får hjelp fra TSB og psykisk helsevern dersom dette er et behov.

Poliklinisk aktivitet har økt innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), både ved de private og offentlige klinikkene, og døgnkapasiteten er opprettholdt. Vi ser en positiv nedgang i antall fristbrudd og ventetider, noe som er i tråd med sentrale styringskrav. Det vektlegges et nært samarbeid mellom private ideelle aktører og offentlige aktører innen TSB.

Det er i 2015 igangsatt en evaluering av effekten av fusjon av Rusbehandling Midt-Norge HF inn i øvrig spesialisthelsetjeneste for å identifisere forbedringsområder og se om samarbeidet med kommunene og mellom fagområdene er ytterligere styrket etter fusjonen.

Helse Midt-Norge arbeider for å innfri den «gylne regel», som sier at det skal være en høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn innenfor somatikk. Det kan være utfordrende å sammenligne veksten i enkelte av måleparameterene. Resultatene for 2015 viser at Helse Midt-Norge har nådd målet om en sterkere vekst innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk, målt i aktivitet (polikliniske konsultasjoner), ventetider og personell. Innen psykisk helsevern voksne er målet nådd når det gjelder aktivitet (polikliniske konsultasjoner), men ikke når det måles i endringer i ventetider eller personell. Innen psykisk helsevern for barn og unge er målet ikke nådd, verken når det måles i endringer i aktivitet (poliklinikk), ventetider eller personell. Helse Midt-Norge RHF har per d.d. ikke kvalitetssikrede regnskapstall som muliggjør en sammenligning av veksten i kostnadene mellom tjenesteområdene. Helse Midt-Norge RHF vil ha tett dialog med helseforetakene om dette styringsmålet.

Antall pasienter som blir værende på sykehusene etter at de er ferdigbehandlet, dvs. er utskrivningsklare, ble redusert i løpet av 2015, sammenlignet med 2014. Dette er ofte eldre pasienter som skal overføres til sykehjem. Det er de store byene som har størst problemer med å skaffe tilbud til utskrivningsklare pasienter.

Helse Midt-Norge har som mål å overholde arbeidstidsbestemmelsene. Det har vært en positiv utvikling i antall avvik i løpet av året. Både eier og helseforetakene har fokusert på arbeidstidsordninger. Dette er et kontinuerlig arbeid. Foretakene jobber systematisk og godt, i tett samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten, for å lukke avvikene.

Helseforetakene jobber kontinuerlig med å øke andel faste stillinger, øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidstillinger og tilby flere heltidstillinger. Gjennomsnittlig stillingsstørrelse blant alle fast ansatte har vært stabil sist år og var ved utgangen av 2015 på 90,8 pst., en økning med 0,9 prosentpoeng fra i fjor. Andel fast ansatte som arbeider deltid er redusert med 1,1 pst. fra 31,1 pst. i 2014 til 30 pst. i 2015.

Styret i Helse Midt-Norge har i løpet av 2015 vedtatt tre delstrategier som må sees i tett sammenheng; Strategi for forskning, strategi for innovasjon og strategi for utdanning og kompetanseutvikling. Gjennom dette arbeidet er det lagt til rette for en mer målrettet og helhetlig satsing innen forskning, innovasjon, utdanning og kompetanseutvikling. Forskning, utvikling og innovasjon er ulike aktiviteter som er tett integrert. Sammen med utdanning og kompetanseutvikling, er disse områdene vesentlige for at befolkningen skal få en helsetjeneste av høy kvalitet, samtidig som den må være økonomisk bærekraftig. Koblingen mellom disse omtales ofte som kunnskapstriangelet. Det er dokumentert at det tar lang tid fra forskning til endring av klinisk praksis. Ved å koble elementene i kunnskapstriangelet tettere sammen, har Helse Midt-Norge som ambisjon å bidra til å redusere tidsgapet.

Helse Midt-Norge er i gang med å legge grunnlaget for beslutning om anskaffelse av ny helsejournal. Sykehusenes pasientadministrative system og elektroniske pasientjournal skal skiftes ut og det arbeides nå med å inngå forpliktende samarbeidsavtaler med kommuner i Midt-Norge. Helse Midt-Norge og kommunene ønsker en felles løsning et felles system for hele helsetjenesten i Midt-Norge og målet er at kontrakt skal være signert med valgt leverandør i 2018 og deretter innføring og gevinstrealisering i de påfølgende årene. Målet er et felles system for spesialisthelsetjenesten og kommuner og som skal være innført innen 2022. Den nye felles elektroniske helsejournalen, Helseplattformen, blir et sentralt virkemiddel for utvikling av helsetilbudet både i kommuner og sykehus.

Ambulansedriften i Helse Midt-Norge ble fra 1. januar 2015 overført fra Ambulans 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 gjennomført uten operative avvik.

Etter beslutningen i desember 2014 om lokalisering av nytt felles sjukehus for Nordmøre og Romsdal (SNR) til Hjelset i Molde kommune er det arbeidet videre med konseptrapport for prosjektet. Konseptfasen skal ferdigstilles i 2016. SNR skal erstatte dagens tilbud i Molde Sykehus og Kristiansund Sjukehus. Som del av prosjektet skal det også planlegges et distriktsmedisinsk senter i Kristiansund.

Foretaksgruppa leverer positive økonomiske resultater og de økonomiske krav som er stilt til Helse Midt-Norge i 2015 er innfridd. Det er likevel store variasjoner mellom helseforetakene.

Foretaksgruppa står foran store investeringer i årene fremover. Det er avgjørende å kunne opparbeide tilstrekkelig likviditet i forkant. I gjeldende langtidsplan og -budsjett forutsettes en årlig effektivisering med varig effekt. Uten dette vil ikke Helse Midt-Norge kunne gjennomføre de omfattende investeringene som er ønskelig for hele regionen, jf. langtidsplan og -budsjett for Helse Midt-Norge RHF 2017 – 2022.

Spesialisthelsetjenesten har fått ansvar for stadig flere dyre behandlingsmetoder, spesielt legemidler. I de nærmeste årene forventes det en kraftig økning av kostnader til nye kreftmedikamenter som PD1-hemmere. De store kostnader en innføring av PD-1 hemmere vil gi, vil måtte føre til en nedprioritering av tilbudet til andre pasientgrupper. Det er på denne bakgrunn viktig at anvendelse av nye medikamenter og behandlingsmetoder reflekteres i årlig bevilgning slik at ikke utviklingen går på bekostning av andre deler av spesialisthelsetjenesten.

Helsetjenesten i Midt-Norge står foran store muligheter i fremtiden. Helse Midt-Norge har ambisiøse mål for virksomheten og det er sentralt at foretaksgruppa har tilstrekkelig kraft til omstilling og fornyelse. I dette ligger det å utvikle tjenester som dekker befolkningens behov, å investere målrettet i IKT og MTU samt vedlikeholde og utvikle bygningsmassen. Samtidig skal det bygges kompetanse og videreføres satsing på forskning, innovasjon og faglig utvikling.

Helse Midt-Norge RHF har et tett og konstruktivt samarbeid med både Regionalt brukerutvalg og konserntillitsvalgte og konsernverneombud. Disse har gitt sine innspill til årlig melding i hhv kapittel 6 og 7.

2. Rapportering på krav i oppdragsdokument

2.1 Pasientens helsetjeneste

Mål 2015:

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.

Målet er nådd for ett sykehusforetak, men ikke for regionen samlet.

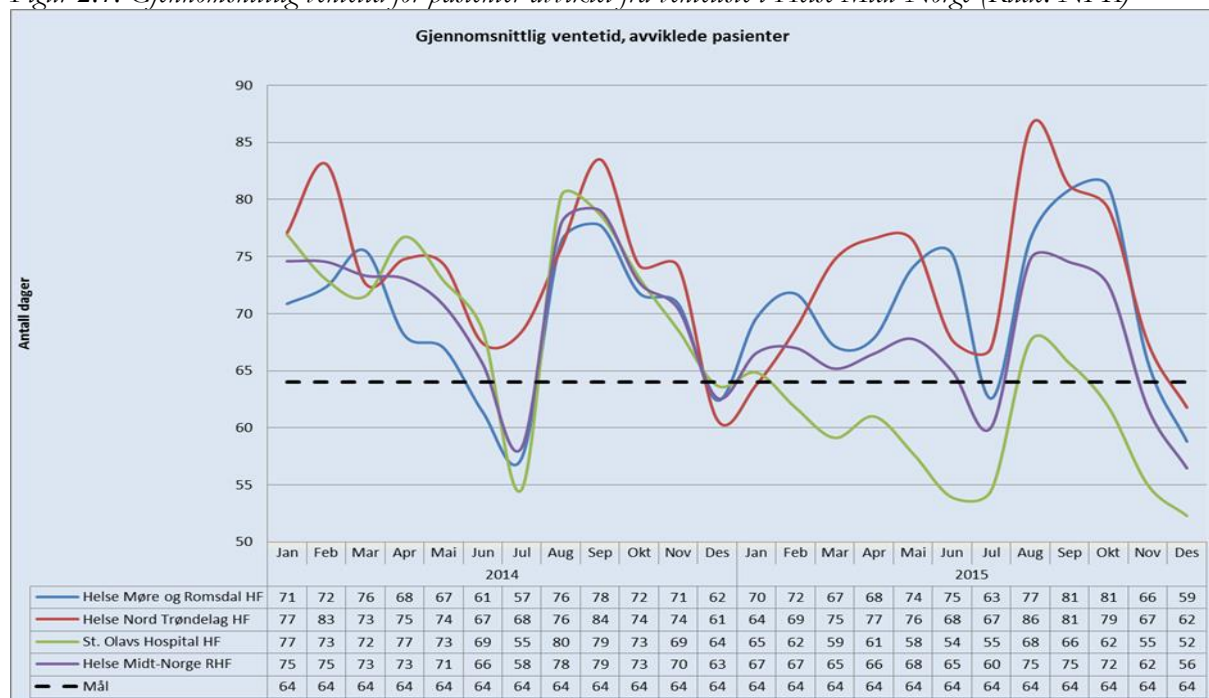
Det har blitt arbeidet målrettet og godt gjennom 2015 for å innfri målet om at gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har starta behandling skal være under 65 dager. Aldri før har ventetida vært så kort for pasientene i Helse Midt-Norge. For året samla er den gjennomsnittlige ventetiden 67 dager, fem dager kortere enn i 2014. Nedgangen er også synlig ved at regionen samla i 11 av 12 måneder (unntaket er feriemåneden juli) har hatt lavere ventetid enn året før. I fem av 12 måneder har tallet vært 65 dager eller lavere, og ved utgangen av året er den gjennomsnittlige ventetiden 56 dager (en uke kortere enn i desember 2014).

Gjennomsnittlige ventetid for alle som starta behandling i 2015 fordelt per fagområde er;

Somatikk	68 dager
Psykisk helsevern barn og unge	55 dager
Psykisk helsevern voksne	57 dager
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	45 dager
Samlet alle fagområder	67 dager

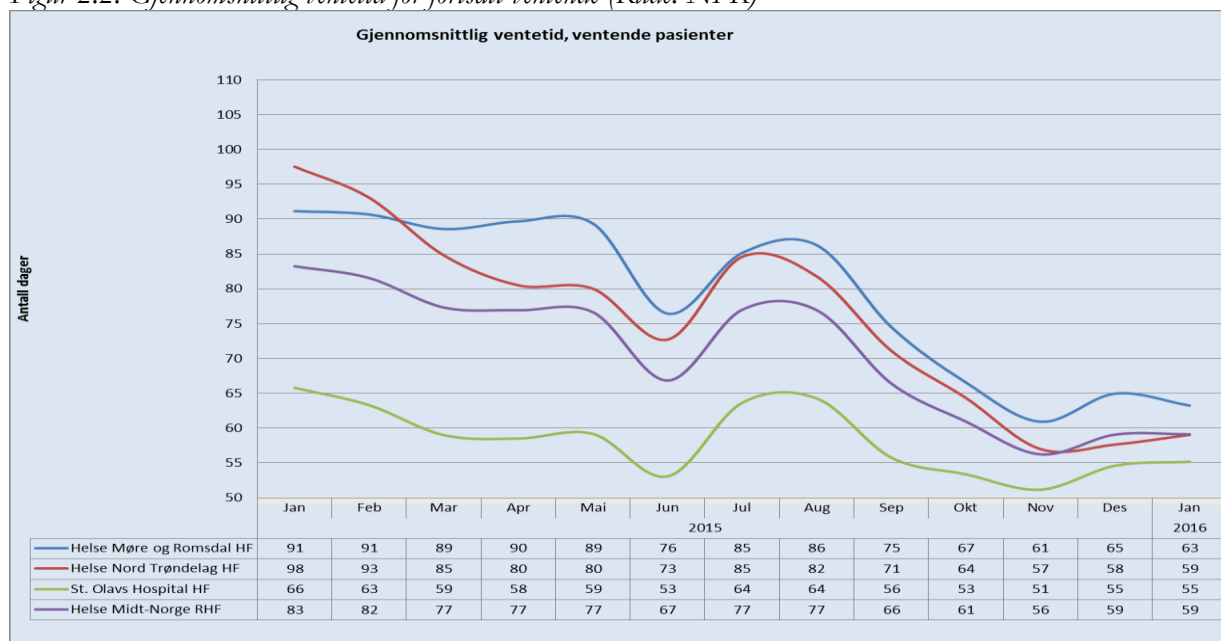
St. Olavs Hospital HF nådde som eneste sykehusforetak i Midt-Norge styringsmålet med en gjennomsnittlig ventetid på 60 dager i 2015. Tilsvarende tall for Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF er hhv 71 og 73 dager. Ved utgangen av året (desember måned) hadde imidlertid samtlige sykehusforetak resultater innenfor målkravet med ventetider mellom 52 og 62 dager, jf. figur 2.1.

Figur 2.1: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i Helse Midt-Norge (Kilde: NPR)



Videre har ventetida for de som fortsatt venter på behandling blitt kraftig redusert gjennom 2015, jf. figur 2.2. Alle helseforetakene har hatt en relativt kraftig reduksjon i gjennomsnittlig ventetid for ventende utover høsten 2015. Dette er positivt. Sammenlignet med ventelistetallene for ett år siden (desember 2014), er ventetiden for ventende pasienter nå tre uker lavere. Dette er lovende for den videre utviklingen i 2016.

Figur 2.2: Gjennomsnittlig ventetid for fortsatt ventende (Kilde: NPR)



Foretakene har hatt særskilt oppmerksomhet på å redusere antall langtidsventende, og har lyktes med dette. I desember 2015 hadde 64 pasienter ventet lengre enn ett år. Tilsvarende tall i desember 2014 var 574 pasienter.

For utfyllende redegjørelse for utførte og igangsatte tiltak for å redusere ventetider vises til vårt brev av 27. mars 2015 til Helse og omsorgsdepartementet, med oversendelse av en plan for bl.a. reduksjon av ventetider. Helse Midt-Norge RHF viser også til brev til Helse og omsorgsdepartementet av medio november, som svar på tilleggsoppdrag for 2015. Det er i dette brevet skissert både hvordan de fire regionale helseforetakene vil arbeide sammen og separat, om prosesser og tiltak, for å redusere ventetider, fristbrudd og variasjon. Se også tiltak som er omtalt i kapittel 4.1 - *Tiltak for å redusere variasjon i ventetider og effektivitet.*

Som eksempel på gjennomførte tiltak i helseforetakene kan nevnes;

Helse Nord-Trøndelag HF har hatt størst oppmerksomhet på tiltak knyttet til:

- ✓ Avvikling av de lengst ventende pasientene
- ✓ Forsvarlighet for kontrollpasienter
- ✓ Prioritere nyhenviste

Helse Møre og Romsdal HF har gjennom 2015 hatt særskilt oppmerksomhet på;

- ✓ Kontinuerlig forbedring av arbeidsprosesser
- ✓ Opplæring av merkantilt personell og ledere
- ✓ Systematisk rydding og vedlikehold av ventelister
- ✓ Alle pasienter som har venta over 200 dager skal settes på time

- ✓ Ingen nyhenviste pasienter skal settes på time/intern hast >180 dager
- ✓ Alle enheter skal etablere langsiktige aktivitetsbaserte driftsplaner
- ✓ Fortsatt aksjonspoliklinikker fram til ventetiden er redusert innenfor de rammene en har satt seg som mål og det ikke skjer fristbrudd

Helse Møre og Romsdal har redusert antallet langtidsventende (pasienter som har ventet over 200 dager) med 70 pst. Antall ventende over ett år er redusert fra 323 i desember 2014 til 41 i desember 2015. Foretaket har spesielt i siste halvdel av 2015 arbeidet intenst mot de lengst ventende pasientene, og ventetiden er lavere ved utgangen av året enn når en ser året under ett.

St. Olavs Hospital HF har sortert tiltakene under tre hovedkategorier;

- ✓ Tiltak for å bedre kapasiteten og korte ventelistene innenfor budsjett 2015. Dette er tiltak som for eksempel jobbglidningsprosjekter, endret bruk av areal og operasjonsstuer, samordning av ressursbruk mellom klinikker, sette henviste pasienter direkte på time istedenfor på venteliste, gjennomgått vaktplaner, utarbeidet retningslinjer for å avslutte pasientforløp, psykisk helsevern har spesielt sett på effektivitet hos behandlerne og fokusert på korttidsbehandling og strukturert avslutning av behandlingsforløp. Også det pasientadministrative arbeidet er styrket.
- ✓ Søknad om stimuleringsmidler. St. Olavs Hospital HF fikk tildelt ekstra stimuleringsmidler fra Helse Midt-Norge RHF som ble fordelt på prosjekter ved barn, psykisk helse, hjertemedisin, øye, øre nese hals, billediagnostikk, medisinsk klinikk og plastisk kirurgi
- ✓ Behov for økt kapasitet i private sykehus og flere avtalespesialister. Det ble avdekket behov for økt kapasitet særlig innen kirurgi, siden også for øyefaget. Kapasiteten er økt gjennom regionale avtaler med private sykehus og avtalespesialister. Sykehuset har også omprioritert internt slik at kirurgi har fått større kapasitet.

Tiltakene for å redusere ventetider er initiert og koordinert sentralt og gjennomført i den enkelte klinikk eller i samarbeid mellom klinikker.

- Ingen fristbrudd.

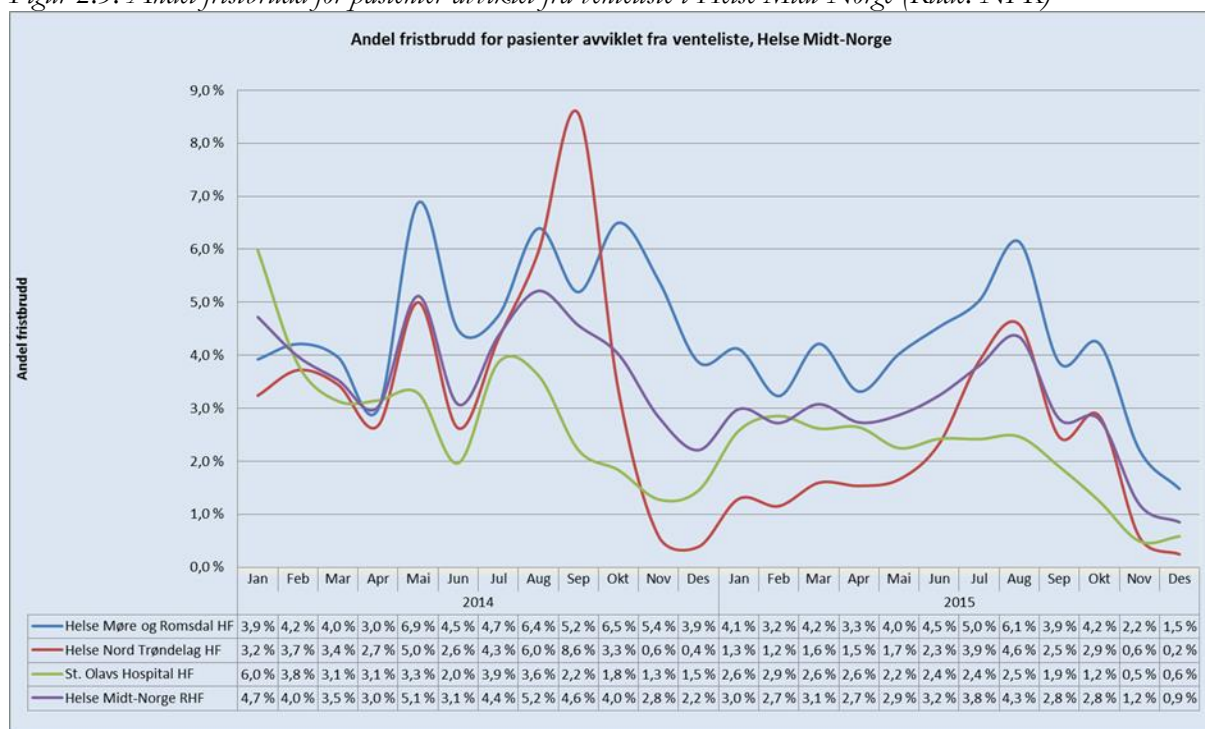
Målet er ikke nådd.

Selv om målet om å unngå fristbrudd ikke er nådd, er antallet fristbrudd betydelig redusert og helseforetakene er nær målet om null fristbrudd. Utviklingen har vært positiv gjennom året, og særlig i de siste månedene av året. Akkumulert for hele året hadde Helse Midt-Norge en fristbruddandel tilsvarende 2,7 pst., tilsvarende en reduksjon på 1,2 prosentpoeng fra 2014. Totalt opplevde 2 380 av pasientene som ble behandlet i Helse Midt-Norge fristbrudd i løpet av året. Andel fristbrudd i Helse Midt-Norge var per desember 2015 0,9 pst., tilsvarende 67 pasienter. Andelen har aldri vært lavere.

Figur 2.3 viser andel fristbrudd for pasienter som er avviklet fra venteliste, fordelt på helseforetakene. Helse Nord-Trøndelag HF hadde ved utgangen av året 0,2 pst. fristbrudd (4 pasienter), mens Helse Møre og Romsdal HF hadde den høyeste andelen med 1,5 pst. (41 pasienter).

Interne ukentlige rapporteringer fra helseforetakene, samt NPR-tall for ventende fristbrudd, gir indikasjon på at den synkende trenden fortsetter og at svært få pasienter i regionen opplever at frist ikke overholdes. Tiltakene som er gjennomført for å redusere fristbrudd er de samme som er redegjort for i omtalen av reduksjon av ventetider.

Figur 2.3: Andel fristbrudd for pasienter avviklet fra venteliste i Helse Midt-Norge (Kilde: NPR)



- Etablert flere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer.

Målet er nådd.

Helseforetakene har arbeidet med å utarbeide flere standardiserte pasientforløp, med utgangspunkt i nasjonale retningslinjer og regional metodikk. Regionalt senter for helsetjenesteutvikling ved St. Olavs Hospital HF leder arbeidet med utvikling av regionale standardiserte forløp, i samarbeid med helseforetakene i regionen. I 2015 har arbeidet med å etablere forløp innen kreftområdet blitt prioritert, og 12 av 28 regionale kreftforløp er ferdigstilte. I 2015 er det også etablert standardiserte pasientforløp innen psykose, rusakutt og truende for tidlig fødsel.

- Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 pst.

Målet er nådd for to av tre sykehusforetak, men ikke for regionen samlet.

Denne indikatoren måler andel nye kreftpasienter som inngår i pakkeforløp for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft. Målet er at minst 70 pst. av pasientene skal kodes inn i pakkeforløp. Resultatene per 2. tertial 2015 viser at to av regionens tre sykehusforetak leverte resultater som innfridde målet. Helse Møre og Romsdal HF registrerte 75,5 pst. av sine pasienter inn i et pakkeforløp og Helse Nord-Trøndelag registrerte 71,9 pst. St. Olavs Hospital HF har ikke innfridd på denne målsettingen og andelen registrerte kreftpasienter i perioden var 55 pst. Dette preger regionens totaltall, slik at regionen samlet har en andel på 66,2 pst. av nye kreftpasienter med de fire diagnosene inkludert i pakkeforløp. Tallet på landsbasis er 71,9 pst.

Det noe lave tallet for Helse Midt-Norge samlet skyldes at de spesifikke kodene for pakkeforløp ikke ble kodet for alle pasienter som skulle inngått i pakkeforløp. Dette ble imidlertid oppdaget og korrigeret. Utover høsten har bevisstheten omkring korrekt koding økt, og i det interne

monitoreringssystemet i Helse Midt-Norge, eSP, er resultatene som avleses nå betydelig høyere enn de presentert i den nasjonale målingen per 2. tertial 2015.

Pakkeforløp er i implementeringsfasen, og resultatene må tolkes med utgangspunkt i dette. Noen forbehold må tas:

- ✓ Pr. andre tertial 2015 er fortsatt innføringen av pakkeforløpene i en opplærings- og implementeringsfase i norske sykehus. Alle sykehusene har tatt i bruk pakkeforløpene. Utfordringene varierer imidlertid mellom de enkelte sykehus.
 - ✓ Det varierer mellom sykehusene hvor mange kreftpasienter de har til utredning/behandling i de ulike kreftgruppene.
 - ✓ Det varierer hvor langt det enkelte sykehus har kommet i implementeringen av pakkeforløpene.
 - ✓ Sykehusene har ulike oppgaver knyttet til utredning og behandling i pakkeforløpene. Noen sykehus tilbyr utredning/behandling gjennom hele forløpet, andre har bare tilbud om utredning eller deler av behandlingen.
- Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp er 70 pst.

Målet er nådd for to av tre sykehusforetak, men ikke for regionen samlet.

Resultatene for Helse Midt-Norge viser at Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF's tall er over det nasjonale måltallet, med henholdsvis 72,1 pst. og 70,2 pst. av pakkeforløpene gjennomført innen normert forløpstid (tall per 2. tertial). St. Olavs Hospital HF behandlet en andel på 62 pst. innen normerte forløpstider. I regionen samlet ble 67,5 prosent av pakkeforløpene gjennomført på normert tid; dvs. 2,5 pst. under måltallet. På landsbasis er andelen 61,6 pst. Videre er det variasjoner mellom de ulike kreftformene. For Kolrektalkreft og brystkreft er måltallet nådd for regionen samlet.

Det vil i 2016 satses mer på implementering av regionale standardiserte pasientforløp og pakkeforløp. En regional metodikk skal sikre dette sammen med økt ressursinnsats knyttet til implementering og enda bedre monitorering av forløpene.

- Sykehus som utreder og behandler kreftpasienter har forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter.

Målet er nådd.

Alle helseforetakene har forløpskoordinatorer som er gitt de nødvendige fullmakter. Den regionale metodikken for etablering av regionale standardiserte pasientforløp innbefatter at det skal oppnevnes forløpskoordinatorer innen hvert forløp. De skal alle ha nødvendige fullmakter til for eksempel å bestille bildediagnostikk og polikliniktimer innenfor definerte retningslinjer. Koordinatorfunksjonen er løst ulikt i helseforetakene. Noen har lagt funksjonen til eksisterende stillinger mens andre har nyoppnevnte stillinger. Det viktigste er oppnådd, i form av langt bedre og mer synlig koordinering av den enkeltes forløp.

- Sikret tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i de tverrfaglige diagnosesentrene slik at det er et tilbud til hele befolkningen i regionen.

Målet er nådd.

Tverrfaglig diagnosesenter er etablert ved Kreftklinikken ved St. Olavs Hospital HF, og har fungert etter hensikten i 2015. Siden det nå innføres tilsvarende nasjonalt pakkeforløp, skal oppgaven løses i hvert helseforetak i regionen. Arbeidet med implementering av pakkeforløpet er startet, det vil bli utviklet et regionalt standardisert pasientforløp. Diagnosesenteret ved St. Olavs Hospital HF vil fortsatt ha en regional funksjon og ta imot pasienter fra de andre helseforetakene ved behov.

- Det er etablert minst ett prostatasenter som sikrer kvalitet i den kirurgiske kreftbehandlingen.

Målet er nådd.

Prostatakreftsenteret i Helse Midt-Norge ble etablert ved St. Olavs Hospital HF fra september 2014. Prostatakreftsenteret sørger for at pasienter med påvist prostatakreft får rett diagnostikk, behandling og oppfølging. Senteret er bygget opp rundt et systematisk arbeid med pasientforløp for å gi pasientene den tryggeste og mest effektive behandlingen.

- Offentliggjøre og bruke pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid.

Målet er delvis nådd.

Kravet om offentliggjøring av nasjonale undersøkelser er ivaretatt. Det arbeides i alle foretakene med å innarbeide direkte brukertilbakemelding knyttet til behandlingsforløpene. Foreløpig er det ikke funnet gode IKT-tekniske verktøy, men det arbeides med ulike former for Questback.

Foretakene rapporterer at de har forbedringspotensial i å benytte dataene i systematisk forbedringsarbeid.

I Helse Møre og Romsdal HF arbeider med å forbedre sine system med innhenting av pasienterfaringer og bruke disse til læring i organisasjonen gjennom prosjektet "Høyr på av sjukehuset». De har også starta arbeid med et lavterskeltilbud der pasienter og pårørende kan komme med tilbakemeldinger på sine erfaringer med helsehjelpa som er gitt dem.

2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet

Mål 2015:

- Medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status har nasjonal dekningsgrad og god datakvalitet.

Målet er delvis nådd.

Det jobbes kontinuerlig med å få full dekningsgrad ved alle våre nasjonale kvalitetsregistre. For det første at alle relevante avdelinger rapporterer til registret. Dernest at rapporteringen er komplett og av god kvalitet. I dette arbeidet samarbeider registrene med Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre (SKDE) og Norsk pasientregister (NPR).

Nasjonalt dekningsgrad (institusjons- og individnivå, prosent):

	Institusjon	Individ
Norsk Hjerneslagregister	100 pst.	80 pst.

Norsk Hjerteinfarktregisteret	100 pst.	88 pst.
Norsk karkirurgiregister (NORKAR)	94 pst.	55 pst. ¹
Norsk ryggmargregister (NorSCIR)	100 pst.	93 pst
Norsk hjertesviktregister (NHSR)	85,70 pst.	ukjent

Hjerneslag:

I alt 39 av 51 sykehus har en dekningsgrad på over 70 pst. Både på sykehusnivå og i de ulike helseregionene ser vi en klar forbedring i dekningsgrad sammenlignet med tall fra 2014, noe som ikke bare kan skyldes endret metodikk for beregning av dekningsgrad. 24 sykehus oppnår en dekningsgrad på 90 pst. eller mer. For hele landet er det fra 2014 til 2015 registrert en økning i dekningsgrad fra 63 pst. til 80 pst., og alle de fire regionale helseforetakene har økt sin dekningsgrad med mer enn 10 pst.

Hjerteinfarkt:

Hjerteinfarktregisteret har en vesentlig bedring av dekningsgrad fra 83 pst. i 2014 til 88 pst. i 2015. Det er utfordrende å få god dekningsgradsanalyse på oppholdsnivå da pasientforløp ofte involverer flere foretak.

NORKAR:

Grunnen for manglende dekningsgradsanalyse er forsinket bestilling hos NPR da det initialt var planlagt validering mot Hjerte-karregisterets basisregister. Registeret gikk over til en ny IKT plattform i 2014 og det har påvirket dekningsgraden.

NorSCIR:

Dekningsgrad for PROM (selvrapportert livskvalitet) er 53 pst. og det vil iverksettes tiltak for å øke denne dekningsgraden.

Hjertesviktregisteret (NHSR):

NHSR er med i et nasjonalt dekningsgradsprosjekt med mål om å øke dekningsgraden. Følgende tiltak blir gjort for å øke dekningsgraden på institusjonsnivå:

1. Arrangere en registerseminardag med vekt på opplæring i registrering. Videre opplæring i bruk av rapportfunksjonen i registeret. Dette til eget bruk for vurdering av behandlingskvalitet og ovenfor sykehusets ledelse)
 2. Tilbud om hospitering hos etablert Hjertesvikt poliklinikk i geografisk nærhet dersom ikke-registrerende sviktpoliklinikker ikke deltar på tiltak 1.
 3. Dersom hospitering ikke gjennomføres kan registerkoordinator fra NHSR reise til de aktuelle Hjertesvikt poliklinikkene for opplæring lokalt.
- Helseforetakene har formidlet og kommunisert kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten på egnet måte.

Målet er delvis nådd.

Nasjonale kvalitetsindikatorer blir publiserte på

<https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/behandling-av-sykdom-og-overlevelse>.

Resultatene, slik de blir funne i medisinske kvalitetsregister, blir lagt fram offentlig på

www.kvalitetsregistre.no/resultat.

¹ gjelder RAAA (rumperte abdominale aortaaneurismer). Det er ingen dekningsgrads analyser for inngrepene OR RAAA og EVAR RAAA)

Alle helseforetakene deltar i nasjonal pilotering av ny web-portal. Det vises også til rapportering under kapittel 3.2 *Helseforetakenes kommunikasjon om resultater, utfordringer og omstillingsprosesser* og kapittel 4.1 *Informasjonsteknologi og digitale tjenester*.

Helse Nord-Trøndelag HF har etablert publisering av avvikshendelser. De vil videre publisere Kvalitet- og Pasientsikkerhetsutvalgets årsmelding og bruke tabellene der for tertialvis oppsummering i løpet av året. I tillegg vil eksempel på saker og særskilte teamsaker, publiseres for å vise hvordan Helse Nord-Trøndelag HF arbeider med oppfølging av avvikshendelser. Foretaket mener dette best sikrer krav til personvern og samtidig gir tilstrekkelig innsikt i foretakets kvalitetsarbeid og måten de håndterer uønskede hendelser på i sykehusene.

Helse Møre og Romsdal HF publiserer månedlig pasientskader av moderat eller alvorlig karakter på sine hjemmesider. Deres erfaring er at åpenhet rundt pasientskader og uheldige hendelser er viktig, og at dette er et viktig bidrag inn i deres arbeid med pasientsikkerhet.

Som oppfølging av ledelsens gjennomgåelse av kvalitets- og HMS systemet har styret for St. Olavs Hospital HF vedtatt å endre rutineene for publisering av informasjon om uønskede hendelser på nett. Styret presiserte viktigheten av åpenhet om uønskede hendelser. Rutinen for formidling av uønskede hendelser på nett er endret fra beskrivelse av enkelthendelser til rapportering av trender og årsaksforhold.

- Etablert pilotprosjekter til pasienter med uavklarte smerte og utmattelsestilstander

Målet er nådd.

St. Olavs Hospital HF fikk i 2015 i oppdrag å etablere pilotprosjekter til pasienter med uavklarte smerte og utmattelsestilstander. Oppstartsåret har i hovedsak gått med til å planlegge prosjektet samt opprette samarbeid med smerteklinikkene ved de øvrige universitetssykehusene, samt med Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering i Tromsø. Det er opprettet en styringsgruppe og ansatt psykolog og spesialfysioterapeut i prosjektet som begge startet opp i januar 2016. Det er også utlyst stillinger for to leger. Utredning av pasienter med felles registrering og klassifisering av smertetilstander samt felles pasientforløp for alle universitetssmerteklinikkene startet opp i januar 2016. Det er avholdt flere møter med de øvrige universitetssmerteklinikkene der det er lagt planer for opprettelse av læringsnettverk, e-læringsprogrammer for både helsepersonell og pasienter, e-terapi og lærings- og mestringskurs for pasienter. Arbeidet med og i prosjektet vil pågå gjennom hele 2016.

- Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Innen psykisk helsevern skal distriktpsikiatriske sentre og barn og unge prioriteres. Veksten måles blant annet gjennom endring i kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet.

Målet er ikke nådd.

Helse Midt-Norge arbeider for å innfri den «gylne regel», som sier at det skal være en høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn innenfor somatikk. Det kan være utfordrende å sammenligne veksten i enkelte av måleparameterene. I 2015 har det derfor i regi av Helse og omsorgsdepartementet pågått et arbeid for å avklare måleparametre, med sikte på iverksetting i 2016. Helse Midt-Norge RHF har bidratt aktivt inn i dette arbeidet.

Resultatene for 2015 viser at Helse Midt-Norge har nådd målet om en sterkere vekst innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk, målt i aktivitet (polikliniske konsultasjoner), ventetider og personell. Innen psykisk helsevern voksne er målet nådd når det gjelder aktivitet (polikliniske konsultasjoner), men ikke når det måles i endringer i ventetider eller personell. Innen psykisk helsevern for barn og unge er målet ikke nådd, verken når det måles i endringer i aktivitet (poliklinikk), ventetider eller personell.

Helse Midt-Norge RHF har per d.d. ikke kvalitetssikrede regnskapstall som muliggjør en sammenligning av veksten i kostnadene mellom tjenesteområdene. Dette vil ettersendes Helse og omsorgsdepartementet.

Andelen årsverk i psykisk helsevern har for regionen under ett økt mer i distriktpspsykiatriske sentre (3,2 pst.) enn i sykehus (1,7 pst.), sammenlignet med 2014.

Helse Midt-Norge RHF vil ha tett dialog med helseforetakene om dette styringsmålet i 2016.

Aktivitet:

Målt i polikliniske konsultasjoner hadde alle tjenesteområdene en økning fra 2014, jf. tabell 2.1. Størst økning hadde tverrfaglig spesialisert rusbehandling, med en økning på hele 8,5 pst. Psykisk helsevern voksne økte med 5,5 pst. mens psykisk helsevern barn og unge hadde kun en marginal økning. Den lave veksten for barn og unge sist år må sees i sammenheng med at Helse Midt-Norge hadde en vekst i poliklinikkraten² på 11 pst. fra 2013 – 2014 og hele 32 pst. i perioden 2010 – 2014.

Tabell 2.1 Antall polikliniske konsultasjoner fordelt per tjenesteområde

	2014	2015	Endring
Polikliniske konsultasjoner VOP	228 738	241 294	5,5 %
Polikliniske konsultasjoner BUP	125 124	125 445	0,3 %
Polikliniske konsultasjoner PH totalt	353 862	366 739	3,6 %
Polikliniske konsultasjoner TSB	33 354	36 189	8,5 %
Polikliniske konsultasjoner somatikk	710 266	741 420	4,4 %

Innen psykisk helsevern for voksne har det også vært en betydelig økning i ambulante polikliniske konsultasjoner på hele 15,9 pst. mens vi registrerer en nedgang for barn og unge, jf. tabell 2.2.

Tabell 2.2. Antall ambulante polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern

	2014	2015	Endring
Ambulante polikliniske konsultasjoner VOP	24 987	28 964	15,9 %
Ambulante polikliniske konsultasjoner BUP	6 609	5 974	-9,6 %
Ambulante polikliniske konsultasjoner PH totalt	31 596	34 938	10,6 %

Helse Midt-Norge har hatt en betydelig økning i antall døgnopphold innen TSB, hele 13,5 pst, jf. tabell 2.3. Psykisk helsevern barn og unge hadde også en større økning i døgnopphold enn somatikk. Psykisk helsevern for voksne har hatt en nedgang på 3,4 pst. i døgnopphold. Nedgangen i psykisk helsevern skyldes i stor grad nedlegging av OCD-posten på Østmarka ved St. Olavs Hospital HF fra juni 2015 samt sengeposten ved DPS Kolvereid i Helse Nord-Trøndelag.

² Polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern for barn og unge per 10_000 innbyggere 0-17 år – Samdata spesialisthelsetjenesten 2014.

Tabell 2.3 Antall døgnopphold fordelt per tjenesteområde

	2014	2015	Endring
Antall døgnopphold VOP	8 361	8 077	-3,4 %
Antall døgnopphold BUP	541	552	2,0 %
Antall døgnopphold PH totalt	8 902	8 629	-3,1 %
Antall døgnopphold TSB	1 705	1 935	13,5 %
Antall døgnopphold somatikk	112 706	114 211	1,3 %

Personellressurs

Oversikt for brutto månedsverk fordelt på tjenesteområdene viser følgende endringer fra 2014 til 2015, jf. tabell 2.4:

Tabell 2.4 Brutto månedsverk fordelt på tjenesteområde

Sum brutto månedsverk fordelt på tjenesteområde	2014	2015	Endring i prosent
Somatikk	140 213	143 717	2,5
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	3337	3514	5,3
Psykisk helsevern -voksne	27 073	27 235	0,60
Psykisk helsevern – barn og unge	5764	5754	-0,17

Tallene inneholder bare ansatte i Helse Midt-Norge sine egne helseforetak. I tillegg kommer ansatte i private foretak som leverer tjenester til spesialisthelsetjenesten i Helse Midt-Norge sitt opptaksområde (gjelder spesielt innenfor TSB).

Ventetid

Tabell 2.5 viser endringer i gjennomsnittlig ventetid fra 2014 til 2015 for alle som har starta behandling, fordelt per fagområde.

Tabell 2.5 Gjennomsnittlig ventetid per tjenesteområde

Gjennomsnittlig ventetid for alle som har starta behandling	2014	2015
Somatikk	73	68
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	52	45
Psykisk helsevern -voksne	54	57
Psykisk helsevern – barn og unge	53	55

Tabellen viser at det er lavere gjennomsnittlige ventetider innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn i somatikk. Mens ventetida både innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatikk er redusert er ventetida innen psykisk helsevern både for voksne og for barn og unge økt i 2015.

- Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, herunder behandlingstiltak uten medikamenter (medikamentfritt). Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene.

Departementet viser til brev av 24. november 2015 om medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern til de regionale helseforetakene. Vi ber det regionale helseforetaket rapportere på dette kravet i henhold til de fristene som er angitt i brevet.

Målet er innfridd.

I rapportering sendt Helse og omsorgsdepartementet i mars 2015 ble det vist til følgende;

- ✓ Det finnes et medikamentfritt behandlingstilbud ved poliklinikken i Kristiansund/Molde (Helse Møre og Romsdal HF)
- ✓ Det ble gitt flere eksempler på medisinfrie behandlingsformer som er i bruk
- ✓ Mulighet for drøfting av medisinbruk og valg av behandling legges inn i pasientforløp
- ✓ Medikamentfritt tilbud, nedtrapping av medisinbruk og medisinfrie behandlingsformer behandles i ny regional plan for psykisk helsevern

Helse Midt-Norge RHF arbeider med å etablere en enhet/post i DPS øremerket for medikamentfri behandling/nedtrapping av medikamentell behandling, i tråd med føringene gitt i brev av 24. november 2015. Alle sykehusforetakene tar del i dette arbeidet. Tilbudet utformes i samarbeid med brukerorganisasjonene og en protokoll fra dette arbeidet ble undertegnet 17. februar 2016 og er oversendt Helse og omsorgsdepartementet. Protokollen utgjør regionens plan for å utvikle tiltak for medisinfrie tilbud.

Som generelle tiltak er Helse Sør-Øst RHF sine aksjonspunkter omarbeidet til 8 aksjonspunkter for bruk av medisiner i psykisk helsevern. Videre skal drøftingstidspunkter for samvalg av behandling, også vurdering av medikamentell behandling, legges inn i alle standardiserte pasientforløp som utarbeides og tas i bruk i Helse Midt-Norge.

- Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i større grad innrette sine tjenestetilbud slik at personellet jobber mer ambulant og samarbeider nærmere med kommuner, skoler, barnevernet og fengslene. Legespesialister og psykologer inngår i det ambulante arbeidet ved distriktpspsykiatriske sentre.

Målet er nådd.

Det er arbeidet godt på ledernivå for å støtte en mer utadrettet praksis.

I Helse Nord-Trøndelag HF er dette en del av poliklinisk virksomhet, delvis også døgnposter. Dette er gjort for å unngå brudd i pasientforløpet og for å bruke personell fleksibelt. Ved DPS Stjørdal har de en forsøksordning med vurderings- og veiledningsteam.

I Helse Møre og Romsdal HF har de opprettet 4 ambulante team innen PHBU, dette dekker alle poliklinikkene i helseforetaket. TSB har utarbeidet integreringstiltak sammen med kommunene. Det er opprettet et samarbeid med Hustad fengsel. PHV har utarbeidet en egen samhandlingsstrategi med kommuner. Det er overført ressurser fra døgn til ambulante tjenester og delvis utvidet åpningstid. De ser at dette er særlig viktig ved innleggelse og utskrivning fra døgnenhet.

Ved St. Olavs Hospital HF har andel ambulante tjenester økt betydelig. Det er laget avtaler med kommunene for psykisk helsevern barn og unge (PHBU). I psykisk helsevern voksne (PHV) har

de hatt gjennomgang av akutte mottaksfunksjoner, ambulante tjenester inngår i forløpet. For TSB har de tett og forpliktende arenaflexibelt samarbeid med kommunene. Ambulante tjenester inngår. Felles vurderingspraksis i regionen innen TSB har bedret kapasitet og bedret kvaliteten på arbeidet. Dette har ført til økt dagbehandling og større vekt på ambulante tjenester.

- Startet innføring av et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern etter modell fra Storbritannia, i samarbeid med Helsedirektoratet, jf. Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017.

Målet er ikke nådd.

Helse Midt-Norge RHF er per februar 2016 ikke invitert inn i dette arbeidet av Helsedirektoratet.

For øvrig arbeider alle helseforetakene med å spre tiltakspakken «Forebygging av selvmord» ved alle relevante enheter i helseforetakene.

- Andel årsverk ved distriktpspsykiatriske sentre har økt i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus.

Målet er nådd.

Andelen årsverk i psykisk helsevern har for hele regionen samla økt mer i distriktpspsykiatriske sentre (3,2 pst) enn i sykehus (1,7 pst.) i 2015, sammenlignet med 2014.

Målet om en økning er nådd av to av tre sykehusforetak. Helse Møre og Romsdal HF har i sykehusseksjonene utfordringer med høyt belegg og krevende pasientsammensetning. De har derfor ikke funnet det forsvarlig å overføre ressurser fra sykehusavdelingene. Helseforetaket har satt i gang et kvalitetsforbedringsprosjekt ved sykehusseksjonene i Ålesund som vil kunne resultere i at det blir rom for å overføre ressurser til DPS.

Helsedirektoratet publiserte i november 2015 en rapport som viser utviklingstall for distriktpspsykiatriske sentre og sykehus i perioden 1998 til 2014. Rapporten viser at Helse Midt-Norge har hatt en ønsket utvikling hele perioden sett under ett. I 1998 var Helse Midt-Norges andel årsverk på DPS 23pst., og andelen ved sykehus 71 pst. I 2014 var tilsvarende andeler hhv. 42 pst. og 58 pst.

- Andel tvangsinnleggelse for helseregionen er redusert sammenliknet med 2014.

Det er usikkert om målet er nådd.

Det har vært en feil i uttrekket av døgndata til NPR fra Helse Midt-Norge i 2015. Primo januar 2016 ble det gjort et nytt uttrekk. Spesialistvedtakene var med i denne første innsendingen av NPR-meldingen for hele 2015. I følge NPR vil Helse Midt-Norges tall for tvangsbruk i 2015 dermed bli publisert ved neste publisering av kvalitetsindikatorer (tentativt juni 2016). Det er derfor usikkert om målet er nådd, men det er faglig innsats for å redusere tvang i alle helseforetak. Siste publiserte tall for Helse Midt-Norge er dermed fra tredje tertial 2014. Helse Midt-Norge hadde da en andel for tvangsinnleggelse i det psykiske helsevernet for voksne som tilsvarte 18,9 pst., mot 17,9 pst. nasjonalt. Blant helseforetakene hadde Helse Møre- og Romsdal den høyeste andelen med 26,8 pst., mens St. Olavs Hospital hadde den laveste andelen, med 14,4 pst.

Helse Møre- og Romsdal HF har innledet et samarbeidsprosjekt med Rådet for psykisk helse som handler om riktig og redusert bruk av tvang. Samarbeidspartnere i prosjektet er kommunene, politiet, AMK, Fylkesmannen og Klinikk for rus- og avhengighetsbehandling. Det ble i juni 2015 arrangert en fagdag om teamet. Dette skal bli en årlig møteplass hvor rett bruk av tvang er tema. Foretaket har utført en kartlegging på akuttpostene av tvangsinnleggelsene og det viser seg at det er store skilnader på hvor hvilket legevaktdistrikt tvangsinnleggelsene kommer fra. Det arbeides med et sykehusprosjekt i Ålesund som har hovedfokus på kvalitet, der ett av målene er færre overganger i et pasientforløp, noe som skal kunne bidra til reduksjon i tvangsbruk.

Øvrige tiltak som gjennomføres i regionen er:

- ✓ Konsultasjonsbistand fra ambulante akutteam til legevakt og ambulansetjenesten
- ✓ Spesialistvurdering i front ved mottak av pasienter.
- ✓ Ansatteopplæring i Terapeutisk Mestring av Konflikt (TMK)
- ✓ Utarbeiding og innføring av standardisert pasientforløp for psykose: systematikk er tenkt å kunne bidra til riktigere og redusert bruk av tvang
- ✓ Forbedret IKT-verktøy og bedre målingsmuligheter for å gi oppdatert informasjon om hvorvidt tvangsbruken faktisk går ned.

Det er innhentet egne tall fra helseforetakene som viser antall tvangsinnleggelser pr 1000 innbygger for voksne, jf. tabell 2.6. Basert på disse tallene er antall tvangsinnleggelser per 1000 innbygger for regionen samlet, uendret fra 2014 til 2015.

Tabell 2.6 Antall tvangsinnleggelser pr 1000 innbygger voksne

	Antall tvangsinnleggelser (§ 3.2 og § 3.3) pr 1000 innbygger over 18 år i 2015
Helse Midt-Norge samlet	1,8
Helse Møre og Romsdal HF	1,7
Helse Nord-Trøndelag HF	1,7
St. Olavs Hospital HF	2,15

- I samarbeid med berørte parter gjennomgått avtalene om studenthelsetjenesten slik at studenter får et tilfredsstillende tilbud.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF har i samarbeid med studentsamskipnadene utarbeidet og underskrevet overordnede avtaler med alle 4 studentsamskipnader i regionen. På grunn av sammenslåinger og endringer i universitet og høyskolesystemet skal dette gjennomgås våren 2016. Fra 2016 får alle økonomisk støtte fra Helse Midt-Norge RHF.

- Etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling får behandling for somatiske lidelser og tilsvarende, at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer.

Målet er nådd.

Det er etablert rutiner på tvers av somatikk, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern i alle helseforetak, særlig vektlegges rutiner ved innleggelse. Tiltak for å fremme samarbeid mellom disse tre tjenesteområdene blir også vektlagt i det pågående arbeidet med regionale planer for både psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Det er i 2015 utviklet et regionalt pasientforløp for psykose, der somatisk oppfølging av disse pasientene inngår som en del av forløpet.

Helse Møre og Romsdal HF:

Pasienter som blir lagt inn til rusbehandling får systematisk utredning også for somatiske lidelser, og henvises videre ved behov. Helseforetaket er i gang med utvikling av en tiltakspakke som skal være grunnlag for samarbeid mellom tverrfaglig spesialisert rusbehandling og somatiske avdelinger. Innen april 2016 skal konsultasjonstjeneste etableres.

Helse Nord-Trøndelag HF:

Klinikkene har rutiner som sikrer at alle pasienter i både tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern får vurdert somatisk helse ved indikasjon. Styrking av legebemannning ved avdeling for rus og avhengighet (ARA) vil også bidra positivt.

Underveis i behandlingen følger pasientansvarlig behandler sine pasienter og konfererer med leger om somatisk status ved behov. Det er etablert vakttelefon ved avdeling for rus og avhengighet der bl.a. somatiske og psykiatriske seksjoner kan nå de på hverdager dagtid. Det pågår et arbeid for å etablere et behandlingsløp for pasienter som innlegges i somatikken med intoxic.

St. Olavs Hospital HF:

Alle som blir tatt i mot på akuttpost og ved innleggelse blir somatisk undersøkt.

Ved hjemmebesøk kan psykiater få innsikt i pasientens evt. somatiske lidelse og henviser videre der dette er påkrevet. Nært samarbeid med fastlege er et viktig virkemiddel i denne sammenhengen, da noen pasienter enten ikke møter til fastlege, eller ikke ønskes velkommen på fastlegekontoret. LIS-leger i alle døgnenheter er et annet viktig virkemiddel for å nå målet.

Klinikk for rus- og avhengighetsmedisin har etablert konsultasjonsteam som rykker ut til sykehusets øvrige avdelinger (PH og somatikk) når klinikken kontaktes om pasienter med mulig behov for rusbehandling. I de sammenhenger det er aktuelt, tilbys pasienten sømløs overgang til rusbehandling. Klinikken leger samarbeider for øvrig tett med fastlegene omkring somatiske helseplager for våre pasienter. Der det er behov for somatisk utredning/behandling, henvises pasientene for dette. Alle pasienter i døgnbehandling har inntakssamtaler med lege, relevante prøver blir tatt og fulgt opp.

- Etablert kombinerte stillinger som sosialpediatere med arbeidssted både i Statens barnehus og barneavdeling, og avsatt ressurser til sosialpediatrisk virksomhet i barneavdelinger som ikke har Statens barnehus i sitt opptaksområde.

Målet er nådd.

I Helse Midt-Norge er det Statens barnehus i Trondheim og Ålesund. Helse Midt-Norge RHF gir øremerkede midler til St. Olavs Hospital, Barne- og ungdomsklinikken, for at de skal etablere større kapasitet med riktig kompetanse for å sikre tilbudet til barn/unge utsatt for seksuelle overgrep og for å ivareta samarbeidet med Statens barnehus. Dette skal samtidig dekke veiledning til andre helseforetak. St. Olavs Hospital HF har inngått en samarbeidsavtale med barnehuset som regulerer arbeidet for en overlege og en sykepleier.

Statens barnehus i Ålesund betjenes fra barneavdelingen ved Helse Møre og Romsdal HF – Ålesund sjukehus, der de har spesialister med kompetanse og får veiledning fra St. Olavs Hospital HF. Per i dag har en ikke en fast sosialpediater fra Helse Møre og Romsdal til dette arbeidet, men de har sørget for en midlertidig løsning i påvente av ny ansettelse.

Helse Nord-Trøndelag HF har ansatt pediater med spesialkompetanse i barneavdelingen og avsatt midler særskilt. Det er etablert samarbeidsrutiner mellom pediatri og BUP knyttet til oppfølging av pasienter og i form av ukentlige møter. Foretaket har også internundervisning på tvers mellom BUP, habiliteringstjenesten og barneavdelingen.

- Forberedt ansvarsovertakelse for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep fra 2016.

Målet er delvis nådd

Det har vært praksis i alle helseforetak at fagpersonell fra sykehusene har utført arbeidet ved overgrepsmottakene (unntatt Ålesund), men det økonomiske ansvaret har vært forskjellig. I Ålesund har legevaksleger delvis vært med i arbeidet. Praksisen er videreført og det faglige ansvaret er tatt over i alle helseforetak. De formelle avtalene er imidlertid ikke kommet på plass. Helse Midt-Norge RHF vil følge dette videre opp i 2016, i samsvar med oppdragsdokumentet for 2016.

Helse Møre og Romsdal HF og Ålesund kommune har inngått en fire-årig avtale om videreføring av det interkommunale overgrepsmottaket. Overgrepsmottaket ved Kristiansund sjukehus og Molde sjukehus vil bli drifta som før. Her gjenstår endelige avklaringer med kommunene og avtaler mellom involverte parter på sykehusene.

Helse Nord-Trøndelag HF har etablert tilbudet. De har et samarbeid med kommunalt «Vold i nære relasjoner»- mottak og St. Olavs Hospital HF sitt mottak. For barn og unge brukes mottaket ved St. Olavs Hospital HF.

St. Olavs Hospital HF har overtatt faglig og økonomisk ansvar fra 1. januar 2016. Dette medfører i realiteten ingen praksisendring fra tidligere. Avtalene er imidlertid ikke formelt kommet på plass.

- Styrket tilbudet i gynekologiske avdelinger til abortsøkende kvinner som henvender seg direkte til sykehus.

Målet er nådd.

Kvinner tas imot på direkte henvendelse og uten venting. Kapasitet og kvalitet på tilbudet er godt. Er kvinnen usikker på sitt valg tilbys samtaler rundt det.

Informasjon om tilbudet vil legges inn på foretakenes nettsider våren 2016, i forbindelse med overgang til nye nettsider.

2.3 Personell, utdanning og kompetanse

Mål 2015:

- Samarbeidsorganet mellom regionale helseforetak og universiteter/høyskoler er benyttet aktivt til planlegging av aktuelle utdanninger og saker knyttet til utdanningsområdet.

Målet er nådd.

Begge de instruksfestede regionale samarbeidsorganene med henholdsvis universitetet og høyskolene i regionen har saker som gjelder helseutdanninger på agendaen i alle møter. Dette inkluderer både grunn- og videreutdanninger, spesialistutdanninger, innhold og praksis i helsetjenesten.

Arbeidet med spesialistutdanning for leger har fått særskilt oppmerksomhet i forbindelse med etablering av regionalt utdanningscenter ved St. Olavs Hospital HF, samt innholdet i legespesialistutdanningen i lys av den nye strukturen.

For øvrig har Helse Midt-Norge tidligere hatt et samarbeidsutvalg i tillegg til de to instruksfestede samarbeidsorganene. Dette ble nedlagt i 2015, bl.a. på grunnlag av at kommunesektoren har fått representasjon inn i de instruksfestede Samarbeidsorganene.

Målet om at de regionale samarbeidsorganene er benyttet aktivt til planlegging av saker knyttet til utdanning vurderes som oppfylt.

- Tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, herunder i den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin som skal gjennomføres i henhold til Helsedirektoratets rammeverk.

Målet er ikke nådd.

Helseforetakene vurderer antall utdanningsstillinger i forhold til behovet for framtidige spesialister. Regionalt samarbeid omkring utdanning av spesialister er iverksatt. Regionens behov ved tilsetting av LIS- leger i faste stillinger er kartlagt fram til 2017 med den usikkerhet som er naturlig i slik kartlegging. Det er bedt om ny behovskartlegging i forbindelse med denne plandelen fram mot 2019. Dette har ikke foretakene greid å svare opp, og dette vil Helse Midt-Norge RHF følge opp videre i 2016. Regionalt prosjekt vedrørende endringer knyttet til fast tilsetting LIS ble avsluttet 1. juni 2015, og endringene er implementert i alle foretak fra 1. juli. Evalueringen viser at implementeringen har gått etter planen når det gjelder tilsetningsforhold og behovsdekning for gruppe 1-tjenester. Kravet til å etablere individuelle utdanningsplaner er ikke innfridd og må innskjerpes.

Helse Nord-Trøndelag HF:

Arbeidet med tilrettelegging for faste LIS- stillinger medførte en kartlegging av behov og status for LIS- stillinger. Flere avdelinger sliter med kapasiteten på legesiden. Rekruttering av LIS- leger er relativt god, mens det på spesialistsiden er problematisk på flere avdelinger (gyn føde, revmatologi, nevrologi, radiologi, geriatri, nefrologi og flere subspecialister innen kirurgi, medisin, psykiatri). Nye rutiner for oppretting av og tilsetting i legestillinger, medfører et større egenansvar for tilpassing av antall stillinger til behovene en til enhver tid ser. Det er nasjonal mangel på flere av de spesialitetene som også Helse Nord-Trøndelag HF sliter med. De satser derfor på å utdanne de spesialitetene de selv trenger. Ny spesialitet rus/ avhengighetsmedisin er i Helse Nord-Trøndelag fulgt opp i tett samarbeid med psykiatri, og det søkes å holde dette nært samlet.

Helse Møre og Romsdal HF:

Helse Møre og Romsdal har god søkning til ledige utdanningsstillinger for leger. Ved Ålesund behandlingssenter (Rus) er det tilsett 3 leger i fire utdanningsstillinger. Disse vil kunne få godkjenning som legespesialister innen rus- og avhengighetsmedisin. Det har vist seg krevende å rekruttere legespesialister til Molde for å kunne starte med utdanning innen samme spesialitet ved Molde behandlingssenter.

St. Olavs Hospital HF:

Avtalen om faste stillinger for LiS legges til grunn for det videre arbeid med langsiktige kompetanseplaner i samarbeid med fagmiljøene. Det er inngått overordnet avtale med samarbeidende helseforetak.

- Utviklet strategi for kompetansedeling og kompetanseutveksling med kommunale helse- og omsorgstjenester i regionen.

Målet er nådd.

Alle helseforetak har etablert samarbeid med kommunene for å bidra til at kommunene har kompetanse for å kunne gi innbyggerne alternativ til sykehusbehandling. Dette er et langsiktig arbeid hvor det er krevende å måle om kommunene virkelig kan gi alternativt tilbud og om dette skyldes kompetanseoverføring fra helseforetakene.

Helse Nord-Trøndelag HF:

Det er etablert et eget fagråd for tjenestevtale 6 og 7 med representasjon fra kommunene, Helse Nord Trøndelag HF, fylkesmannen og fylkeskommunen. Fagrådet har oppmerksomhet på strategier for fagutvikling, forskning og kompetansedeling. Foretaket har gjennomført dialogmøter med alle kommuneregionene, der kompetansedeling/utveksling har vært tema. Vinteren 2016 vil det gjennomføres en evaluering av kommunale øyeblikkelig hjelp døgntilbud hvor kompetanse er et viktig tema. Alle kommunene i Helse Nord-Trøndelag sitt opptaksområde har nå etablert tilbudet, og helseforetaket har tilbudt hospitering og opplæring fra akuttmottakene ved sykehusene. Det er lagt til rette for gjensidig hospitering mellom kommunene og helseforetaket med egen hospiteringsordning. Ordningen er foreløpig lite tatt i bruk, og dette er tatt opp på dialogmøtene.

St. Olavs Hospital HF:

Foretaket har sammen med kommunene i sitt nedslagsfelt opprettet et «Faglig samarbeidsorgan for kompetanse og forskning». Helseforetaket er i dialog med kommunene om å revidere den overordnede samarbeidsavtalen. Som en del av dette vil en følge opp arbeidet med å utvikle en strategi for kompetansedeling og kompetanseutvikling. Eksempler på igangsatte tiltak for kompetansedeling og kompetanseutvikling er:

- ✓ Det er opprettet hospiteringsordninger med personell fra kommunene inn i sykehuset.
- ✓ Sykehuset har gjennomført lærings og mestringskurs.
- ✓ Det er opprettet ambulante team som samarbeider med kommunene.
- ✓ FSU for rehabilitering og habilitering har arrangert felles konferanse for sykehus og kommuneansatte.
- ✓ Det er igangsatt et prosjekt for desentralisert geriatri med kompetanseutvikling for Fjellregionen og Fosen.
- ✓ Det drives kontinuerlig planlegging og utvikling av tjenesten i samarbeid med Værnesregionen, Fjellregionen, Trondheimsområdet og Fosen

- ✓ Trondheim kommune og St. Olavs Hospital har klar en avtale om et samarbeid om fordeling av pasienter når det er stort press på helsetjenestene
Oppfølgingen av Mottaksprosjektet vil sette fokus på hvordan St. Olavs Hospital kan bidra til kompetansebygging og støtteapparat for kommunene.

Helse Møre og Romsdal HF:

Aktuelle oppgaver er et prosessuelt utviklingsarbeid som pågår kontinuerlig og involverer begge tjenestenivåene. Det er et mål å redusere variasjonene i bruk av spesialisthelsetjenesten. Tilgjengelig kompetanse i kommunehelsetjenesten er en forutsetning for å oppnå dette. Arbeidet er i gang.

- Det er etablert kompetansenettverk i klinisk rettsmedisin i samarbeid med de institusjonene som i dag ivaretar rettspatologi og klinisk rettsmedisin.

Målet er delvis nådd.

Oppdraget ble gitt St. Olavs Hospital HF. Det arbeides i dag i en nettverksstruktur, men det er foreløpig ikke formelt organisert som et nettverk.

Klinisk rettsmedisin er undersøkelse av levende skadde pasienter og dekkes av voldtektsmottaket. Levende skadde barn håndteres av lege på barne- og ungdomsklinikken. Levende skadde voksne vurderes av rettspatolog. Rettslige obduksjoner utføres av 3-4 rettspatologer. Rettspsykiaterne og politi/statsadvokater har gjennomført temamøter. Her har også rettspatolog og retts toksikolog deltatt og det er planer om å gjøre dette til et bredere rettsmedisinsk forum.

2.4 Forskning og innovasjon

Mål 2015:

- Vurdert anbefalingene i HelseOmsorg21 og evt. prioritert og igangsatt tiltak innenfor helseforetakenes ansvar for forskning og innovasjon. Det forutsettes dialog mellom de regionale helseforetakene.

Målet er nådd.

Anbefalingene i HelseOmsorg21 er drøftet både interregionalt og i egen region. Flere av anbefalingene i HelseOmsorg21 er vurdert og det er igangsatt flere tiltak på grunnlag av strategien.

I egen region ligger anbefalingene i HO21 til grunn for de regionale strategiene for innovasjon og forskning som nå er vedtatt i Helse Midt-Norge. Videre har Helse Midt-Norge RHF avsatt midler til delfinansiering av HUNT 4.

Helse Midt-Norge RHF har igangsatt et arbeid med utarbeidelse av en praktisk veileder for brukermedvirkning i forskning, som bygger på de vedtatte nasjonale retningslinjene.

I tillegg har Helse Midt-Norge RHF bidratt til at informasjon om kliniske studier fra regionen finnes på helsenorge.no.

På interregionalt nivå bidrar regionen aktivt inn i dialogen omkring utarbeidelse av rutiner for nyttevurdering av forskningsprosjekter og i arbeidet med nytt forskningsprogram for klinisk behandlingsforskning. Det er også utarbeidet en egen rapport for de nasjonale tjenestene i landet, som bidrar til å synliggjøre tjenestenes samfunnsoppdrag.

- Gjennomført før-kommersielle prosjekter som en del av oppfølgingen av ”Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser” fra 2012.

Målet er delvis nådd.

Det er igangsatt en rekke tiltak i Helse Midt-Norge for å fremme innovasjon. Prosessen for å gjøre dette gjennom offentlige anskaffelser er ikke tatt i bruk ennå. Begrenset kapasitet i anskaffelsesprosessene har hindret dette, men det vil bli tatt initiativ i løpet av 2016 for å innføre denne metodikken.

Helseforetakene har ulike innovasjonsprosjekter som kan lede til offentlige innkjøp. Ved St. Olavs Hospital HF er det en rekke prosjekter kanalisert gjennom InnoMed-systemet, og NTNU TTO. I Helse Nord-Trøndelag HF er anskaffelse av håndholdt ultralyd et eksempel, og Helse Møre og Romsdal HF har to innovasjonsprosjekter i samarbeid med marin industri og simuleringsmiljøet ved NMK i Ålesund. Det er ennå tidlig å si om dette kan lede til offentlige innkjøp.

Det har i 2015 vært dialog med regionalt program for leverandørutvikling, om hvordan Helse Midt-Norge på en best mulig måte kan knytte seg til programmet, og på den måten få hjelp til å etablere rutiner på å utnytte innovasjonspotensialet i anskaffelser. Dette er også et av satsingsområdene i den nye Strategi for innovasjon 2016-2020. Eksempelvis foretas det i disse dager en anskaffelse av TSB-tjenester, der det er invitert til, og har vært, leverandørdialog i forkant av konkurransen.

- Infrastruktur, utprøvingseenheter og støttefunksjoner for kliniske studier er styrket ved universitetssykehusene.

Målet er nådd.

Infrastruktur, utprøvingseenheter og andre støttefunksjoner er nødvendig for å kunne gjennomføre kliniske studier. St. Olavs Hospital HF er tillagt rollen som nasjonalt nav for NORCRIN, som er en infrastruktur for kliniske studier. NORCRIN har også fått tildelt midler fra Forskningsrådet for å videreutvikle arbeidet innen forskning.

Når det gjelder innovasjon, deltar St. Olavs Hospital HF også i flere prosjekter hvor Innomed og NTNU Teknologi Transfer (TTO) er initiativtakere. Fremtidens operasjonsrom (FOR) ved St. Olavs Hospital er også organisert som en infrastruktur for innovasjon. Innovasjonsverktøyet Induct er tatt i bruk gjennom et pilotprosjekt med tanke på full implementering.

Kravet om at infrastruktur, utprøvingseenheter og støttefunksjoner for kliniske studier er styrket ved universitetssykehusene anses som igangsatt, og arbeidet vil fortsette i 2016.

- For å øke nytte av offentlig finansiert klinisk forskning, er det innført krav om begrunnelse dersom brukervedvirkning er fraværende i planlegging og gjennomføring av klinisk forskning eller helsetjenesteforskning. Videre er det utarbeidet felles retningslinjer for de regionale helseforetakene for hvordan prosjektsøknader skal beskrive forventet nytte for pasienten og tjenesten, og hvordan ny kunnskap kan tas i bruk i tjenesten. Nytteturderingen skal likestilles med kvalitetsvurderingen av prosjektsøknadene. Retningslinjene skal gjelde fra 2016.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge har iverksatt flere tiltak for å ivareta kravene til både brukermedvirkning og nyttevurdering i forskning.

Ved utlysning av de regionale forskningsmidlene ble det vedtatt endringer i utlysningene og i tilhørende veiledninger, slik at bruken av forskningsmidlene skjer i henhold til kravene og for å gi søkerne best mulig informasjon. Helse Midt-Norge gjennomførte deretter en søknadsprosess hvor nyttevurderingen ble likestilt med kvalitetsvurderingen av søknadene, og det ble nedsatt en egen regional komite for vurdering av nytte.

De nasjonale retningslinjene for brukermedvirkning er drøftet jevnlig med det regionale brukerutvalget i Helse Midt-Norge og ble styrebehandlet og vedtatt i juni 2015. Styret vedtok at det i tillegg skal utarbeides en egen regional veileder for brukermedvirkning. Dette arbeidet er i startfasen ved at det er innhentet innspill gjennom en regional brukerkonferanse. Arbeidet fortsetter i 2016, og det er oppnevnt brukerrepresentanter som skal bidra inn i arbeidet med veilederen sammen med forskere.

Arbeidet med felles retningslinjer for beskrivelse av forventet nytte og implementering er igangsatt. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som skal utarbeide forslag til felles retningslinjer. Dette arbeidet ble ikke ferdigstilt i 2015, men skal ferdigstilles tidlig i 2016 for å kunne tas i bruk i utlysningene.

Kravet om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i klinisk forskning vurderes som oppfylt. Kravet om utarbeidelse av felles retningslinjer for nyttevurdering vurderes som igangsatt.

- Etablere nasjonale forskningsnettverk innenfor områder der det er behov for slike, herunder for persontilpasset medisin, jf. rapport fra nasjonal utredning av persontilpasset medisin i helsetjenesten fra 2014.

Målet er nådd.

St. Olavs Hospital HF er prosjektleder for følgende to nasjonale nettverk og infrastrukturer for forskning og innovasjon;

- NorCrim er et nasjonalt nettverk og infrastruktur for pasientnær klinisk forskning.
- NorMIT er en infrastruktur for forskning og innovasjon innen bildestyrt, minimal invasiv diagnostikk og behandling. Disse er også med i et nyetablert konsortium for hel - genomsekvensering, ledet av OUS, som et ledd i utviklingen av persontilpasset medisin.

Den regionale forskningsbiobanken (Biobank1) har i tillegg lederskapet i en av arbeidspakkene i samme type infrastrukturelle tildeling fra Forskningsrådet.

3. Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 30. juni 2015

3.1 Tiltak for å rekruttere og beholde blodgivere

De regionale helseforetakene har iverksatt tiltak for å rekruttere og beholde blodgivere. Det vises til Helsedirektoratets rapport: "*Blodgiversituasjonen i Norge. Forslag til tiltak som kan bidra til et bærekraftig tilbud for blodgivning. IS-2129.*"

Målet er nådd.

Helseforetakene i Midt-Norge oppgir at de ikke har problemer med å rekruttere eller beholde blodgivere. De opplever å ha god effekt av alle nasjonale kampanjer og innlegg som deles på sosiale medier. Det er satt i verk flere tiltak både for å rekruttere og beholde blodgivere, eksempelvis;

- ✓ Det settes et mål for hvor mange som årlig bør verves
- ✓ Bruk av indikator som viser om de har vekst eller nedgang i antall givere
- ✓ Vervebrosjyrer til etablerte blodgivere (oppfordre etablerte givere til å verve nye)
- ✓ Vervebrosjyrer i velkomstmapper til nye studenter (januar og august)
- ✓ Vervestand, blant annet på kjøpesentra
- ✓ Tiltak for å korte ned ventetid for nye givere
- ✓ Planlagt fagkveld for blodgivere i løpet av 2016
- ✓ Plan for web-booking, gode rutiner for innkalling (sms)
- ✓ Dedikerte ansatte som jobber med blodgiververving – og velferd

3.2 Helseforetakenes kommunikasjon om resultater, utfordringer og omstillingsprosesser

- De regionale helseforetakene bes om å legge til rette for at Helseforetakene kommuniserer godt om resultater, utfordringer og omstillingsprosesser i eget foretak til berørte parter og offentligheten generelt.

Målet er nådd.

Pasienter og pårørende har krav på god og oppdatert informasjon om behandlingstilbud, rettigheter og helsetjenestene i Midt-Norge. Det gir den enkelte pasient mulighet til å ivareta egne rettigheter og muligheter. Helse Midt-Norge RHF har utarbeidet en kommunikasjonsstrategi som skal bidra til målrettet innsats, samordning og sikre kvalitet i dette arbeidet.

Det legges vekt på åpne og inkluderende prosesser for å skape trygghet rundt omstillingsarbeid. Kommunikasjonsstrategien skal ivareta et helhetlig samfunnsperspektiv og bidra til å sikre forankring, eierskap og medvirkning i prosessene, slik at virksomheten kan nå sine mål.

Helse Midt-Norge har vært nasjonal pilot i arbeidet med å samordne helseforetakenes nettsider og legge dem på samme plattform for www.helsenorge.no. Nettsidene er mer brukerorientert med pasientinformasjon som den bærende strategien. Nye nettsider ble lansert for Helse Midt-Norge RHF og St. Olavs Hospital HF i januar 2016, og de øvrige foretakene vil følge utover våren 2016. Arbeidet har blitt noe forsinket, noe som i hovedsak skyldes tekniske problemer i ny løsning.

Helse Nord-Trøndelag HF:

Helseforetaket fremhever at dette arbeidet er en kontinuerlig pågående prosess der de over tid utvikler kanaler og arenaer for å få fram resultater, utfordringer, endringsprosesser og ikke minst hovedfokuset på ønsket om å gi og skape gode tilbud av høy kvalitet til pasienter og brukere. Styremøtet i Helse Nord-Trøndelag er åpne, både for media og offentligheten. Sakliste og referater ligger åpent tilgjengelig, og de bedriver i tillegg aktiv informasjon til media om aktuelle styresaker. Det samme gjelder Brukerutvalg, administrativt samarbeidsutvalg og politisk samarbeidsutvalg.

Både eksternt og internt legges det vekt på å synliggjøre resultater som oppnås. Som hovedsak gjennom å dokumentere via nasjonalt, regionale og lokale rapporter, ulike målinger, spørreundersøkelser, forskningsresultater og helst kombinere fakta med pasienthistorieeksempler der pasient selv forteller hva behandlingen vi har gitt har ført til.

I åpenhet ligger også plikten og arbeidsmetodikken i å gjøre informasjon, opplevde resultater og svar åpent tilgjengelig når noe også går galt. 3.3.3.-meldinger legges ut kategorisert og oppsummert, og eksempel på enkeltmeldinger publiseres som eksempel på avvikshåndtering. Helse Nord-Trøndelag HF er aktiv utad, og deltar ofte på politiske arenaer. Både for å synliggjøre resultater, pågående prosesser, ønske om investering - men også klargjøre hva eksempelvis Regjeringens helse- og sykehusplan betyr for våre sykehus.

Foretaket benytter øvrige kanaler om internett (hnt.no), intranett (Innblikk) og HNT's Facebookside benyttes ukentlig til å spre informasjon om vår virksomhet, aktivitet og pågående prosesser.

Helse Møre og Romsdal HF:

Gjennom kommunikasjonsstrategien har foretaket definert noen hovedområder;

- «Vi skal lytte til pasienten. Pasientar og pårørande har krav på god og oppdatert informasjon om behandlingstilbod og egne rettar. Pasientar har rett til å vere ein del av si eiga behandling og bør også kunne påverke korleis dialogen med helsetenesta skal gå føre seg. Kommunikasjonsstrategien skal yte til målretta innsats, samordning og sikre kvalitet i dette arbeidet.
- Opne og inkluderande prosessar i omstilling. Omstilling er krevjande å kommunisere. Omstillingsprosessar skal i størst mogleg grad opplevast som opne og transparente. God formidling av planar og informasjon om korleis endringar vil verke inn på oss, er viktig for å få til involvering, tillit og tryggleik. Målgrupper skal ha riktig informasjon til rett tid. Kommunikasjonen i desse prosessane må ta omsyn til eit heilskapleg samfunnsperspektiv og vere med på å sikre forankring, eigarskap og medverknad i prosessane. På den måten er kommunikasjon eit viktig verkty for at verksemda kan nå måla sine. Omstillingsprosessar skal skje innan føreseielege rammer der vi må vere i stand til å handtere usemje på ein slik måte at det ikkje svekkar vårt omdømme eller skadar tilliten som omgivnadene bør ha til oss som helseteneste.
- Støtte til leiing og endringsvilje i organisasjonen. Leiarstøtte og arbeid for å utvikle kultur må gå hand i hand med kommunikasjonsarbeidet i helseforetaket. Noko som føreset eit tett samarbeid og semje om målsettingar og budskap.

I samband med styremøta gjer ein førebuande arbeid for å sikre god informasjon og legge til rette for ein open dialog om sakene som er oppe i møta. Styremøta vert streama. Leiarsamlingane (fleire pr. år) har som naturleg del av sin agenda fokus på korleis ein skal informere og involvere både eksternt og internt vedrørande utfordringar og omstillingar, endringar og utvikling.»

St. Olavs Hospital HF:

St. Olavs Hospital bruker ledelsen aktivt som kanal for intern kommunikasjon. Hovedledelsen, dialogmøter og pasientsikkerhetsvisitter er viktige virkemidler. I 2015 har det vært spesiell oppmerksomhet på forankring av strategien «Fremragende behandling». Intranettet Kilden er en viktig støttekanal. I tillegg skjer formidling gjennom stolav.no, sosiale medier (blogg, twitter,

facebook) og media. Resultater formidles spesielt gjennom å fortelle historier fra virksomheten. Sykehuset er i ferd med å lage en ny kanalstrategi for å sikre at de ulike målgruppene nås.

3.3 Samfunnskontrakt for flere læreplasser

Helseforetakene er store arbeidsgivere i det norske samfunnet og det er viktig at disse bidrar til å sikre samfunnets behov for fagarbeidere med høye kvalifikasjoner gjennom å tilrettelegge for lærlingplasser, både i egen virksomhet og gjennom å stille krav til leverandører. Vi viser til krav i foretaksmøte i januar 2013, hvor de regionale helseforetakene ble bedt om å bidra til å sikre flere lærlingplasser i tråd med målene i *Samfunnskontrakt for flere læreplasser*. Samfunnskontrakten er inngått mellom partene i arbeidslivet og har til hensikt å sikre flere lærlingplasser på flere fagområder. Regjeringen har etter dette utarbeidet en strategi for å få flere lærlinger i staten, og et viktig tiltak i denne sammenheng er at alle statlige virksomheter skal knytte til seg minst én lærling. Vi forutsetter at de regionale helseforetakene og underliggende helseforetak er kjent med Regjeringens strategi og etterlever de krav som følger av denne.

Målet er delvis nådd

Helseforetakene som lærebedrifter arbeider kontinuerlig med å bli en bedre lærebedrift, øke antall lærefag og antall læreplasser. Helseforetakene samarbeider med Fylkeskommunen om å få til tilstrekkelig volum og kvalitet på opplæringstiltakene.

Helse Nord-Trøndelag HF:

Foretaket opprettet i 2015 to nye lærlingeplasser som helsefagarbeiderlærling. De andre fagene har lærlinger på samme høye nivå som tidligere år. Det er deltakelse fra Helse Nord-Trøndelag HF på fylkets igangsatte prosjekt med mål om økt antall fagarbeidere innen renhold og kontorlag. Det er igangsatt tiltak for å vurdere mulighet for å opprette lærlingestillinger innen tekniske fag i samarbeid med eksterne bedrifter, der foretaket selv ikke kan ivareta behovene i hele fagopplæringen.

Helse Møre og Romsdal HF:

I en situasjon der foretaket skal redusere antall ansatte, har de forsøkt å opprettholde og øke antall lærlinger. Foretaket hadde i 2015 i alt 36 lærlinger fordelt på ambulanse, institusjonskøkk, helsefagarbeider og elektroreparatør.

St. Olavs Hospital HF:

St. Olavs Hospital HF hadde i år 2014 totalt 30 læreplasser i fagene helsearbeider, sikkerhet, dataelektronikk, institusjonskøkk og renhold. I 2015 ble helseforetaket Ambulanse Midt-Norge avviklet. Pr 1. januar 2015 ble tjenesten overført helseforetakene og St. Olavs Hospital fikk tilført 27 plasser i ambulansesfaget. I 2015 hadde foretaket i alt 57 lærlinger.

Tiltak:

- ✓ St. Olavs Hospital deltar hvert annet år på utdanningsmessa
- ✓ I følge oversikt over søkere til læreplasser i Sør-Trøndelag Fylkeskommune er det stort behov for læreplasser i fagene sikkerhet, dataelektronikk og Institusjonskøkk. St. Olavs Hospital har for få læreplasser å tilby i forhold til dette behovet.
- ✓ Ved en *økning* av antall lærefag bør man prioritere opplæring spesielt organisert for voksne, jf. Opplæringsloven § 4A innen portør- og logistikkfaget.

4. Rapportering på krav fra foretaksmøtet

4.1 Krav og rammer for 2015

Styring og oppfølging – gjennomgang av kvaliteten i helseforetakene

- Foretaksmøtet ba Helse Nord RHF videreutvikle sin modell for årlig gjennomgang av kvaliteten i helseforetakene ved å anvende data fra flere kilder. Helse Midt-Norge RHF skal gjennomføre sin gjennomgang i tråd med modellen utviklet av Helse Nord RHF.

Kravet er ikke innfridd.

Arbeidet er i en forberedende fase ved at Helsedirektoratet arbeider med en løsning som skal gi relevant informasjon på nasjonalt og regionalt nivå og som skal kunne benyttes i denne sammenhengen. Helse Midt-Norge deltar i dette arbeidet.

Helse Midt-Norge RHF ser også dette oppdraget i sammenheng med arbeidet som foregår i foretaksgruppa med å etablere et felles rammeverk for risiko- og virksomhetsstyring. Arbeidet omfatter også å innføre en helhetlig modell for årlig gjennomgang av kvalitet i helseforetakene etter modell fra Helse Nord. Overordnet rammeverk for risikostyring og modell for helhetlig gjennomgang av virksomheten, vil styrebehandles i løpet av våren 2016.

Tiltak for å redusere variasjon i ventetider og effektivitet

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å legge fram for departementet en plan med konkrete tiltak for å redusere ventetider og implementere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer for hvert enkelt helseforetak og regionen samlet, innen 1. april 2015.

Kravet er innfridd

Det ble utarbeidet planer for hvert enkelt helseforetak og for regionen samlet i tråd med styringskravet. Planer og konkrete tiltak ble rapportert til Helse og omsorgsdepartementet innen frist.

Helse Midt-Norge RHF delte oppdraget inn i tre deler (som dels er overlappende);

- ✓ en plan for å redusere ventetider til et gjennomsnitt under 65 dager og fjerning av fristbrudd
- ✓ en metodikk for å redusere variasjon i ventetid og effektivitet mellom sykehusene
- ✓ en metodikk for å sikre utbredelse av beste praksis, implementering av faglige retningslinjer og utvikling av standardiserte pasientforløp.

Det vises for øvrig til innsendt plan av 27. mars 2015.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å gjennomføre tiltak for å redusere variasjoner i effektivitet og ventetid mellom sykehusene, herunder:
 - sikre læring mellom avdelinger og sykehus ut fra kunnskap om beste praksis og særskilt vurdere hvilke konkrete tiltak som er nødvendig for å redusere ventetider og øke effektiviteten hos enheter som er mindre effektive enn gjennomsnittet
 - implementere faglige retningslinjer og standardisere pasientforløp
 - identifisere flaskehalser i pasientbehandlingen og konkrete tiltak for å avhjelpe disse
 - angi tiltak for bedre planlegging og organisering slik at kapasiteten ved poliklinikker, operasjonsstuer og utstyr utnyttes bedre gjennom døgnet og hvordan private aktører benyttes mer målrettet

Kravet er innfridd

På bakgrunn av innsendte planer (jf. forrige punkt) og oppfølgingsmøter første halvdel av 2015 ble kravene til det videre arbeidet på dette området ytterligere presisert i revidert oppdragsdokument av 30. juni 2015. De regionale helseforetakene har i tråd med føringene samarbeidet om prosesser og tiltak. Rapportering på dette ble sendt Helse og omsorgsdepartementet medio november 2015. I tillegg ble det gitt egne regionale redegjørelser. I oppdragsdokument for 2016 er målene og kravene knyttet til tiltak for å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen ytterligere spesifisert.

Deler av oppdraget, slik som tiltak for reduksjon av ventetid og fristbrudd, kan løses på kort tid. Det samme gjelder innføring av lengre planleggingshorisont for poliklinikker. Resten av oppdraget har ikke noen endelig tidshorisont, men forholder seg til skiftende rammebetingelser, kontinuerlig faglig utvikling og organisasjonsendring, og krever langsiktig oppbygging og samordning av kompetanse.

I foretaksgruppa i Helse Midt-Norge har det over lengre tid vært gjort et arbeid for å

- ✓ sikre lik tilgang på tjenestetilbud
- ✓ fremme beste praksis
- ✓ redusere variasjon i forbruk, ressursbruk og tidsbruk for pasienten
- ✓ skape konsensus om prosedyrer og monitorere resultater

Ut over de prosesser som er nasjonale (indikatorprosjektet, medisinske kvalitetsregistre, standardiserte pakkeforløp) foregår en rekke regionale og foretaksvisе prosjekter. Noen av disse er:

- ✓ Opprettelse av regionale fagledernetverk for å skape konsensus om beste praksis i kompetanse, prosess og prosedyre
- ✓ Utvikling av regionale standardiserte pasientforløp har i lang tid vært regionens foretrukne metodikk for å forbedre tjenesten for spesifikke pasientgrupper og det er utarbeidet en egen metodikk for utvikling av pasientforløp. Det regionale arbeidet har blitt konsolidert med de nasjonale pakkeforløpene. Det arbeides også med prosjekter der forløp inkluderer og involverer kommunehelsetjenesten³
- ✓ Utvikling av monitoreringsverktøyet eSP for arbeidet med standardiserte pasientforløp. Verktøyet er nyttig for å følge den totale utviklingen innen forløpene, til å identifisere flaskehalsar og for å effektivt monitorere enkeltpasienters forløp.
- ✓ Tilbakeholdelse av midler regionalt for målrettet å kunne prioritere områder i regionen der det har vært lange ventelister eller manglende kapasitet, gjennom spesifikke tilskudd til avdelinger eller seksjoner, eller målrettede kjøp av helsetjenester fra private aktører. Dette arbeidet startet allerede i 2011.
- ✓ Et element av «tilgjengelighetsbasert finansiering» har enkelte år vært praktisert i inntektsfordelings- og aktivitetsbestillingsarbeidet i Helse Midt-Norge. Avhengig av de enkelte HFs ventetids- og fristbruddsituasjon, har DRG-poeng og tilhørende del av ramme da blitt holdt tilbake av RHFet. Ved vesentlig forbedring utover året har midler blitt overført til HF-ene. Ved uteblitt resultat har midlene blitt brukt til økt kjøp fra private sykehus.
- ✓ Fremforhandling av avtaler som åpner for økt fleksibilitet i bruk av private tilbydere.

³ For eksempel Orkdalsmodellen, som er et forskningsprosjekt som innebærer standardisering, optimalisering, og evaluering av et diagnostisk, behandlings-, pleie- og omsorgstilbud til kreftpasienter på tvers av profesjoner og helsetjenestenivå.

- ✓ Gjennomføring av møter mellom RHF, HF og private tilbydere i fellesskap.
- ✓ Helse Midt-Norge RHF har satt av midler sentralt for å understøtte forbedringsarbeid og reduksjon av ventetid (heriblant jobbglidningsprosjekter, fjerning av flaskehals og økt bruk av private)
- ✓ Opprettelse av regionalt senter for helsetjenesteutvikling
- ✓ Oppbygging av regional analysekapasitet
- ✓ Utvikling av datavarehus – helhetlig virksomhetsstyring
- ✓ Ny integrasjon av pasientadministrativt system (PAS) til ressursstyringssystemet styrker samordning av aktivitetsplanlegging og personalressursstyring. Integrasjon mellom operasjonsplanleggingsystem og ressursstyringssystem styrker operasjons- og personellplanlegging
- ✓ Opprettelse av regionalt innsatsteam med ressurser både fra det regionale helseforetaket og helseforetakene. Innsatstemaet skal:
 - bidra til kunnskap om endringsprosesser
 - legge til rette for læring og erfaringsoverføringer i regionen
 - stimulere til varig endringsevne
 - bidra med analyser og benchmarking
 - sikre koordinering og samordning med andre relevante aktiviteter og prosesser både i regionen og nasjonalt
 - sikre koordinert innsats for å løse oppdragene knyttet til reduksjon i variasjon i ventetider og effektivitet
 - være tilpasningsdyktig ift. hvilke oppgaver som skal løses
- ✓ Ved St. Olavs Hospital HF pågår et forbedringsprogram. I Forbedringsprogrammet undervises blant annet 350 ledere i forbedringsmetodikk. St. Olavs Hospital HF jobber også med prosjekter for å bedre mottaksfunksjonen innen somatikk og psykisk helsevern ved sykehuset. Målet er å få til optimal ressursbruk, pasientflyt og riktig kapasitet i mottaket. Helseforetaket jobber også med et prosjekt som skal optimaliserer ressursbruken gjennom å få på plass flere og bedre innkjøpsavtaler, øke fokuset på avtalelojalitet, styrke av innkjøpskapasiteten og samordne innkjøpene bedre regionalt
- ✓ Ved St. Olavs Hospital HF har opererende avdelinger organisert den pre-operative delen av pasientforløpet i såkalte «pre-pol». Dette er Pre-operative poliklinikker der forundersøkelser og initielle vurderinger av pasienten foretas, vanligvis 1-2 uker før operasjonen. Målet med «pre-pol»-organiseringen har vært å redusere den preoperative liggetiden, redusere antallet strykninger av operasjoner, tilpasse pasientlogistikken til forventningene hos dagens pasienter. Så langt har andel strykninger blitt redusert fra omlag 15 pst. til om lag 7 pst. og den preoperative liggetiden blitt redusert med flere dager (ved Kirurgisk klinikk har den samlede gjennomsnittlige liggetiden blitt redusert med to dager). I tillegg avsluttes pasientforløpet for 10 pst. av pasientene etter konsultasjonen ved Pre-pol.
- ✓ St. Olavs Hospital HF har over tid jobbet målrettet med logistikk- og pasientflytarbeid for å utnytte operasjonsstuekapasiteten bedre. Ved ortopedisk avdeling har dette arbeidet blant annet bygd på detaljert logistikkplanlegging samt aktivitets- og bemanningsanalyser og arbeid med harmonisering av arbeidstid mellom ulike kapasiteter i pasientforløpene. Arbeidet med utvikling av «fast track»-modeller for behandling har vært sentralt i denne sammenhengen.
- ✓ Helse Møre og Romsdal HF har i samarbeid med det regionale senteret for helsetjenesteutvikling startet et arbeid knyttet til aktivitets- og bemanningsplanlegging.

Vedr. krav om minimum seks måneders planleggingshorisont ved poliklinikkene

Alle poliklinikkene i Helse Midt-Norge har fra 1.11. 2015 endret sine rutiner til at time skal tildeles i første svarbrev (jf. endringene i Pasient- og brukerrettighetsloven). Helse Midt-Norge

RHF stiller krav om 6-12 måneders aktivitets- og bemanningsplanleggingshorisont. Helse Nord-Trøndelag HF har de siste 10 årene hatt årsplanlegging. I de øvrige foretakene har lengden på planleggingshorisont vært varierende, fra årsplan og planlegging ned til 6 uker. Kravet om 6 måneders planleggingshorisont er videreført i foretaksprotokollene til underliggende helseforetak og følges opp i den løpende styringsdialogen mellom Helse Midt-Norge RHF og det enkelte sykehusforetak. Dette er krevende nå i oppstartsfasen, men alle klinikker arbeider med å følge opp dette.

Samarbeid med private aktører

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å øke omfanget av anskaffelser fra private leverandører innen somatikk innenfor rammen av vedtatte strategier for utvikling av samarbeidet mellom private og offentlige tjenesteytere av helsetjenester. Anskaffelsene skal bl.a. rettes inn mot å redusere ventetider, avhjelpe flaskehalsen og videreutvikle samarbeidet mellom private og offentlige tjenesteytere

Kravet er innfridd.

Helse Midt-Norge RHF har inngått avtaler med private helsetilbydere innen sykehus-, radiologi, laboratorie- og rehabiliteringstjenester. Avtalene er innrettet som kontrakter med kjøp av helsetjenester med begrenset varighet. Innen sykehustjenester og rehabiliteringstjenester gjennomføres det årlige ytelsesforhandlinger som bestemmer omfanget og profilen av kommende års kjøp. Det er ingen ytelsesavtaler innen laboratorie- eller radiologiske tjenester. Kontraktene er innrettet slik at det er rom for justeringer av hvilke prosedyrer og volum som skal leveres. Dette muliggjør «spot»-kjøp / ekstrabestillinger på områder hvor det er kapasitetsutfordringer ved helseforetakene. Helseforetakene kan overføre pasienter fritt innen de avtalene vi har, og Helse Midt-Norge RHF er i løpende dialog med de private helsetjenesteyterne for å sikre at de leverer etter avtale.

Helseregionen har økt antall DRG poeng når det gjelder kjøp fra private sykehus. Avtalene innen somatikk har i 2015 et samlet volum på 5 801 DRG-poeng. Reviderte avtaler med private sykehus er inngått fra 1.7.15. Sammenlignet med avtalestart januar 2014 er omfanget i avtalene nå 40 pst. høyere målt i DRG-poeng. Hvis vi sammenligner utviklingen mellom fagområdene er andelen ortopedi uforandret på 55 pst., mens for eksempel generell kirurgi har hatt en nesten dobling i omfanget fra 6 pst av DRG-poengene til nå 11 pst. - nettopp for å redusere ventetider innenfor operasjoner for blant annet brokk, galle, hemoroider, plastikk kirurgi og urologi.

Helse Midt-Norge RHF arbeider kontinuerlig med å sørge for at pasienter som har ventet lenge ved helseforetakene skal få tilbud blant våre samarbeidspartnere med avtale. Arbeidet består i inngåelse av overordnede avtaler og fasilitering av varige samhandlingsstrukturer. RHFets rolle er å ha oversikt over tilgjengelig kapasitet blant de private helsetjenestetilbyderne, være kontaktpunkt for partene når det gjelder spørsmål angående avtalene, inngå relevante justeringsavtaler og berede gode anskaffelser som søker å utnytte den samlede behandlingskompetansen helseforetakene og de private helsetilbyderne utgjør. Helse Midt-Norge RHF har etablert en modell for behovsvurdering i forkant av anskaffelser som har som mål å gi transparens til beslutningene omkring anskaffelser samt å anvende kunnskap om variasjon i forbruk av helsetjenester (jf. SKDE, Helseatlas) slik at en unngår tilbudsrevetterspørsel etter helsetjenester. Anskaffelsesprosessen vil fremover være en viktig arena for anvendelse av kunnskapen om overbehandling.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:
 - gå gjennom sin forvaltning av avtalespesialistene med sikte på å videreutvikle denne på kort og lang sikt og reforhandle rammeavtalene slik at nye avtaler trer i kraft senest 1.1.2016
 - delta i arbeidet med utviklingen av avtalespesialistordningen, herunder planlegging av pilotprosjekt knyttet til vurdering og tildeling av pasient- og brukerrettighet og delta i pilotprosjekt knyttet til utdanning av legespesialister i avtalepraksis.

Kravene er innfridd.

Helse Midt-Norge RHF har bidratt i forhandlingene med Legeforeningen og Psykologforeningen. Ny rammeavtale med Legeforeningen trådte i kraft med virkning fra 1. januar 2016 og det er forhandlet fram ny avtale med Psykologforeningen i januar 2016.

Helse Midt-Norge RHF arbeider for å legge til rette og utvikle gode samarbeidsformer mellom avtalespesialistene og det enkelte helseforetak. Det er tettere oppfølging av avtalespesialister når det gjelder innrapporterte data til NPR og Helfo, praksisbesøk og egen rapportering. Regionen har også styrket administrasjonen for å kunne følge opp dette. Antall avtalespesialister har økt fra 143 til 151 de siste 2 år, og det er planer om ytterligere utvidelser i form av både antall og hjemmelstørrelse. Denne utviklingen skjer i takt med behov fra de enkelte helseforetak. Helse Midt-Norge RHF har startet prosess med å involvere avtalespesialistene i fagledernetverkene.

Et pilotprosjekt skal vurdere hvordan det kan bli mulig at også avtalespesialister, gitt visse forutsetninger, kan få rett til å foreta vurdering og tildeling av pasientrettigheter og sette en frist. Helsedirektoratet skal innen utgangen av 2015 levere en plan til Helse og omsorgsdepartementet om hvordan et pilotprosjekt knyttet til vurdering og tildeling av pasient- og brukerrettigheter kan gjennomføres. Helse Midt-Norge RHF har deltatt i arbeidsgruppen til Helsedirektoratet.

Øvrige tiltak for å sikre bedre spesialisthelsetjenester

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- utarbeide en plan for innføring av KPP innenfor somatikk i alle helseforetak innen 1. april 2015. Det legges til grunn at alle helseforetakene deltar i arbeidet med kostnadsvekter for 2016.

Kravet er innfridd.

Helse Midt-Norge har utarbeidet en plan for innføring av KPP i tråd med kravet fra Helse og omsorgsdepartementet. Det er inngått kontrakt med leverandør om kjøp og implementering av et felles regionalt KPP-IKT støttesystem. Implementeringen av verktøyet som er anskaffet er startet og arbeidet vil være avsluttet i god tid før 1. januar 2017. Verktøyet skal som minimum være tilpasset nasjonal spesifisering for KPP-modellering som er publisert av Helsedirektoratet.

- bidra i Helsedirektoratets arbeid med daglig oppdaterte data i Norsk pasientregister

Kravet er innfridd.

Helse Midt-Norge forholder seg til de til enhver tid gjeldende krav om rapportering til Norsk Pasientregister (NPR). Regionen deltar også i utviklingsarbeid, i samarbeid med NPR og de øvrige RHF-ene.

Økonomiske resultatkrav

- Foretaksmøtet forutsatte at foretaksgruppen i Helse Midt-Norge innretter virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av Prop. 1 S (2014–2015), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2015, slik at sørge-for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

Kravet er innfridd.

Ved utgangen av 2015 er foreløpig samlet resultat for regionen 414 millioner kroner. Det er 31 millioner høyere enn planlagt. Av årets resultat skyldes om lag 75 millioner forsinkelser i planlagte IKT-prosjekter. Helse Midt-Norge oppfyller sitt sørge for ansvar for 2015.

Investeringer

Sykehusbygg:

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene gjennom Sykehusbygg HF om å:
 - sikre større grad av standardisering av nye sykehusbygg ved erfaringsoverføring og gjenbruk av planleggingsgrunnlag fra tidligere prosjekter
 - ivareta nasjonal database for sykehusarealer og utarbeide en samlet oversikt over klassifiserte sykehusarealer i løpet 2015
 - videreutvikle og vedlikeholde metodikk for framskrivninger, veiledere og evaluering av sykehusprosjekter og etablere nødvendig verktøy som viser tilstandsgrad ved norske sykehus
 - gjennomføre tilpasninger av landingsplasser ved sykehus til nye redningshelikoptre. Justis- og beredskapsdepartementet vil sende et eget brev om oppdraget.

Kravene er innfridd.

De regionale helseforetakene har gjennom etablering av Sykehusbygg HF, og gjennom oppdragsdokumentet til Sykehusbygg for 2015, gitt klare føringer om hvilke oppgaver som skal gjennomføres av helseforetaket. Arbeid med standardisering og erfaringsutveksling er gitt høy prioritet og det er jevnlig dialog mellom Sykehusbygg og helseregionene. Sykehusbygg er også i gang med oppdraget om å gjennomføre tilpasninger av landingsplasser ved sykehus til nye redningshelikoptre.

Ekstern kvalitetssikring:

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å evaluere ordningen med ekstern kvalitetssikring av sykehusprosjekter slik den har virket i prøveperioden. Resultater av evalueringen skal legges fram for departementet. Eventuelle endringer i ordningen må innarbeides i Veileder for tidligfaseplanlegging for sykehusbygging.

Kravet er innfridd.

Evalueringen er gjennomført.

Oljefyring:

- Foretaksmøtet la til grunn at helseforetakene intensiverer sine tiltak for å sikre målsettingen om utfasing av fyring med fossil olje i alle offentlige bygg innen 2018.

Kravet er innfridd.

Olje er faset ut og benyttes utelukkende som beredskap.

Endringer i driftskredittrammen

Kravet er innfridd.

Driftskredittrammen var ved starten på året 1 480 mill. kroner. I foretaksmøtet den 1. juni ble denne redusert ned til 1 229 mill. kroner per 31.12.2015. Endringen skyldtes økningen i pensjonskostnadene. I foretaksmøte 10. desember 2015 ble driftskredittrammen redusert ytterligere med 342 mill. kroner fra 1 229 mill. kroner til 887 mill. kroner. Helse Midt-Norge har i 2015 drevet sin virksomhet innenfor pålagt ramme for driftskreditt. Pr. 31. desember 2015 er det trukket 810 mill. kroner på driftskredittrammen.

Samordning på tvers av regionene

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:
 - gjennomgå styringsmodellen for de felles eide selskapene med sikte på mer enhetlig styring
 - sørge for at det foreligger strategier og planer for det enkelte selskap slik at potensialet ved felles organisering og eierskap utnyttes optimalt, jf. også omtale under pkt. 3.4.1 om Sykehusbygg HF og under pkt. 3.5.3 om Nasjonal IKT HF.

Kravene er innfridd.

Hovedformålet med de felles eide selskapene er å bidra til styrket og forbedret tilbud til pasientene, herunder å sikre samordning, likhet og likeverdighet samt å bidra til at oppgavene løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse. Videreutviklingen av nasjonalt samarbeid og en bedre samordning på tvers av regionene fremstår som en viktig del av den nasjonale helsepolitikken.

De regionale helseforetakene har etablert følgende felles eide selskaper:

- ✓ Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS) – etablert i 2003 med hovedkontor i Vadsø
- ✓ Luftambulansetjenesten ANS (LAT ANS) – etablert i 2004 med hovedkontor i Bodø
- ✓ Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS (Pasientreiser ANS) – etablert i 2009 med hovedkontor i Skien
- ✓ Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO HF) – etablert i 2013 med hovedkontor i Gjøvik
- ✓ Nasjonal IKT HF (NIKT HF) – etablert i 2013 med hovedkontor i Bergen
- ✓ Sykehusbygg HF – etablert i 2014 med hovedkontor i Trondheim
- ✓ Sykehusinnkjøp HF – etablert i 2015 med hovedkontor i Vadsø

De regionale helseforetakene har i 2015 videreført et felles arbeid for videreutvikling av det interregionale samarbeidet når det gjelder organisering, styring og saksbehandling i forhold til de felles eide selskapene. Hovedhensikten med dette arbeidet har vært å finne gode løsninger for styring og å videreutvikle det som fungerer bra. Dette arbeidet munnet ut i en [felles styresak](#) fremmet for styrene i de regionale helseforetakene i november/desember 2015. Saken omhandlet drøftinger og prinsipper bl.a. innen følgende tema:

- ✓ Selskapsform
- ✓ Eierstyring
- ✓ Prinsipper for styresammensetning mv.
- ✓ Deltakelse fra andre instanser/observatør

- ✓ Prinsipper for utarbeidelse og behandling av selskapenes strategier
- ✓ Opplegg for samordning og oppfølging av de felles eide selskapene

De felles eide selskapene styres gjennom et årlig oppdragsdokument. De avgir også årlig melding på linje med helseforetakene underlagt det enkelte RHF. I tillegg til rapportering på gitte oppdrag omfatter årlig melding også økonomisk langtidsplan og redegjørelse for selskapets planer og strategier. Meldingene er grunnlag for videre behandling i de regionale helseforetakene.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:
 - legge fram en plan for etablering av felles eid foretak for samordning av innkjøp innen 15. september 2015, jf. ”modell A” i Utredning av nasjonal innkjøpsfunksjon – sluttrapport. Foretaket skal være etablert 1.1.2016. Regionale ressurser og enheter skal innlemmes i foretaket innen 31. desember 2016. Helse Sør-Øst RHF ble bedt om å lede arbeidet.

Kravet er innfridd.

Sykehusinnkjøp HF ble stiftet i desember 2015 gjennom stiftelsesprotokoll, foretaksavtale samt styrevedtak i de fire regionale helseforetakene. Selskapet skal understøtte spesialisthelsetjenestens behov for innkjøpstjenester og skal sammen med helseforetakene realisere kvalitative, økonomiske og samfunnsmessige verdier innenfor alle innkjøpskategorier. Det er forutsatt at Sykehuspartner HFs virksomhet innen innkjøp/logistikk og Helseforetakenes Innkjøpsservice AS virksomhetsoverdras til Sykehusinnkjøp HF, og at og at samtlige regionale helseforetak bidrar med ressurser fra 2016.

Felles retningslinjer for brukervedvirkning

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å etablere felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukervedvirkning på systemnivå for regionale helseforetak og helseforetak innen 1. juni 2015. Arbeidet forutsettes å skje i samarbeid med de regionale brukerutvalgene.

Kravet er innfridd.

Det ble etablert et samarbeid mellom regionene under ledelse av Helse Nord RHF, der også de regionale brukerutvalgene deltok. Arbeidet ferdigstilles våren 2016.

Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:

- bidra i Helsedirektoratets arbeid med organisering og styrket virkemiddelbruk for å øke gjennomføringsevnen på IKT-området.

Kravet er innfridd.

Helse Midt-Norge er aktivt med i Helsedirektoratets arbeid for bedre organisering og styrket virkemiddelbruk for å øke gjennomføringsevnen på IKT-området. Dette synliggjøres blant annet gjennom deltakelse i alle aktuelle samarbeidsfora på området. Alle helseforetakene i Midt-Norge er involvert og samstemt på dette området.

- etablere digitale tjenester for kommunikasjon med pasienter og innbyggere, herunder samordne helseforetakenes nettsider og legge dem på samme plattform som www.helsenorge.no

Kravet er innfridd

Helseforetakene i Midt-Norge har deltatt i prosjektet «Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten». Helse Midt-Norge RHF og St. Olavs Hospital HF har vært representert med totalt tre personer i prosjektgruppen, mens de andre foretakene har vært involvert i delprosjekter. Alle foretakene i Midt-Norge startet arbeidet med å bygge opp nye nettsteder i felles løsning høsten 2015, men på grunn av forsinkelser i teknisk utvikling ble lansering utsatt til 2016. Helse Midt-Norge RHF og St. Olavs Hospital HF var oppe på ny løsning i januar 2016. Det vises for øvrig til omtale under punkt 3.2.

- sørge for at det er etablert løsninger for elektronisk kommunikasjon mellom sykehus og med andre aktører i helse- og omsorgstjenesten

Kravet er innfridd.

Helse Midt-Norge har nær 100 pst. dekning for alle basismeldinger (epikrise, henvisninger). Det er også tilnærmet full dekning for pleie- og omsorgsmeldinger.

Løsning for elektronisk rekvirering til laboratorietjenester er under implementering. Det er etablert felles journal mellom alle helseforetak.

Det avventes nasjonale løsninger for dialogmeldinger, vedlegg til meldinger og henvisning mellom helseforetak.

- sørge for effektiv overvåkning og forvaltning av IKT-systemer og nødvendig infrastruktur

Kravet er innfridd.

I Helse Midt-Norge har vår IKT-organisasjon, HEMIT, full kontroll på forvaltning og overvåking av IKT-systemene og tilhørende infrastruktur for alle helseforetak. Det foregår kontinuerlig oppgradering av infrastrukturen. Alle tiltak risikovurderes.

- samordne det strategiske arbeidet på IKT-området innenfor spesialisthelsetjenesten slik at IKT-tiltak i størst mulig grad realiseres på nasjonalt nivå, herunder sørge for at Nasjonal IKT HF tar en aktiv rolle i utvikling og gjennomføring av nasjonale IKT-tiltak

Kravet er innfridd.

Helse Midt-Norge har god samordning av det strategiske arbeidet på IKT-området. Dette er ivarettatt gjennom egen styringsstruktur på e-helseområdet med god program- og porteføljestyring. Dette er knyttet opp mot porteføljestyringen i Nasjonal IKT.

Tiltakene fra Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse og omsorgssektoren (NUIT) følges opp, og samordnes gjennom Nasjonal IKT. Helse Midt-Norge RHF har sammen med de andre helseregionene og Nasjonal IKT HF, bidratt til systematisk arbeid for å forebygge, forhindre og avdekke avvik i de pasientadministrative systemene.

- sikre at det gjennomføres felles anskaffelse i forbindelse med nye IKT-løsninger ved AMK-sentralene

Kravet er innfridd.

Helse Midt-Norge deltar med god representasjon i Nasjonal IKT sitt prosjekt på anskaffelse av felles IKT-løsning ved AMK-sentralene. Alle helseforetakene i Midt-Norge er representert i dette arbeidet.

- implementere elektronisk oppgjørløsning for h-resepter i løpet av 2015

Kravet er ikke innfridd.

Det har gjennom 2015 vært arbeidet nasjonalt med avklaringer knyttet til ny elektronisk oppgjørsordning for h-resepter. Helse Midt-Norge deltar i Nasjonal IKT sitt prosjekt for elektronisk oppgjørsordning for H-resepter. Løsningen ble ikke ferdigstilt for implementering i 2015. HELFO skal ta over fakturabehandling og oppgjør for apotekene for h-resepter. Dette vil først bli implementert i foretakene i 2016, etter at leveransene fra nasjonalt hold er utført.

- etablere systemer og rutiner som sikrer effektiv og transparent oppfølging og lukking av avvikene påpekt av Riksrevisjonen og rapportere tertialvis til departementet fra dette arbeidet. Det skal rapporteres særskilt om avvik som ikke er lukket. Foretaksmøtet viste også til tidligere styringskrav om etablering av systemer og om styrets ansvar for oppfølging.

Arbeid er igangsatt

Foretaksgruppa har iverksatt flere tiltak for å lukke avvikene som ble påpekt av Riksrevisjonen. De viktigste tiltakene er regionalt prosjekt for autentisering og tilgangsstyring og nasjonalt prosjekt på statistikk og logganalyse.

Krav om å etablere systemer og rutiner for å lukke avvik i henhold til Riksrevisjonens rapport, ses også i sammenheng med foretaksgruppas arbeid med å implementere et felles rammeverk for risikostyring og system for helhetlig årlig gjennomgang av virksomheten.

- bidra i det nasjonale arbeidet med informasjonssikkerhet, inkludert arbeidet med tjenester for autentisering (identitetsforvaltning), autorisering (tilgangsstyring) og logganalyse (avdekking av ulovlige oppslag i behandlingsrettede helseregistre). I dette ligger også kvalitetssikring og bruk av innholdet i relevante administrative registre i sektoren, blant annet Adresseregisteret.

Kravet er innfridd.

Helse Midt-Norge deltar aktivt i sentrale nasjonale fora på informasjonssikkerhetsområdet, herunder arbeidet med NORMEN.

Det er etablert et eget internt prosjekt for å realisere bedre løsninger for autorisering og autentisering. I tillegg etableres eget prosjekt for innføring av statistisk logganalyse. Dette i samarbeid med gjennomføringsprosjekt i regi av Nasjonal IKT.

Kvalitetssikring av bruk av innholdet i relevante administrative registre følges opp gjennom eget prosjekt for samhandling.

Alle helseforetakene i regionen deltar samordnet i dette arbeidet.

Miljø- og klimaarbeid

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene:

- Sikre at det blir satt relevante miljøkrav i anskaffelser og at det blir gjort målinger/registreringer som dokumenterer omfanget av anskaffelser hvor det er stilt miljøkrav.

Kravet er innfridd.

I Helse Midt-Norge er det et regionalt innkjøpsnettverk. Samarbeidet består blant annet i utarbeidelse og oppfølging av en årlig handlingsplan for regionale anskaffelsesprosjekter. I hver enkelt anskaffelse vil behovet for å stille miljøkrav bli vurdert og endelig godkjent av en styringsgruppe ved utarbeidelse av prosjektplan og konkurransegrunnlag. I dag registreres det opplysninger for hver enkelt avtale i Innkjøpsportalen om det er stilt etiske krav eller miljøkrav i anskaffelsen som er gjennomført.

Helse Midt-Norge er medlem i Stiftelsen Miljømerking sin innkjøperklubb "Svanen" og har utviklet et svært godt samarbeid, herunder ved regionale anskaffelser av bekledningsprodukter og møbler som ble gjennomført i 2015.

- arbeide videre med å utvikle konkrete miljøindikatorer som er egnet for resultatmåling

Kravet er innfridd.

Helse Midt-Norge RHF er i tråd med tidligere krav om miljøstandarder sertifisert etter standarden NS-EN ISO 14001:2004 Miljøstyring, ytre miljø. Helse Midt-Norge RHF har så langt lagt opp til at konkrete målbare miljøindikatorer bør knyttes opp til miljøsertifiseringen, for å unngå parallelle systemer for registrering og oppfølging.

Foretaksgruppa har deltatt i det nasjonale prosjektet «Grønt sykehus» sin arbeidsgruppe for å utarbeide nasjonale miljøprestasjonsindikatorer. Rapport med forslag til nasjonale indikatorer for ytre miljø for spesialisthelsetjenesten er ferdigstilt og er sendt AD-møtet til godkjenning. Rapportering er planlagt igangsatt første halvdel 2016.

Arbeidet med eget energi investeringsprogram i Helse Midt-Norge ble avsluttet med sluttrapport i juni 2015, og plan for videreføring av ENØK-arbeidet ble samtidig vedtatt. Her ble det konkludert med at innføring av konkrete krav til ENØK ikke gir god styring på området, fordi vesentlige forbedringer i stor grad er knyttet til nybygg og større investeringstiltak. Måloppnåelsen vil dermed være minst like avhengig av nybyggingstakten (og kravene som stilles til enkeltprosjektene i samarbeid med Sykehusbygg HF) som foretakenes ENØK-satsing. Slike krav til nybygg er allerede etablert. Løpende oppfølging av energibruk i bygg og periodisk vedlikehold og drift med ENØK-fokus har også noe effekt, men vil ikke alene kunne medføre at et helseforetak oppnår ambisiøse målsetninger innen energibruk.

Øvrige miljøindikatorer følges opp i eget prosjekt.

Beredskap

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å delta i prosjekt, ledet av Helsedirektoratet, som skal utarbeide oversikt over risiko og sårbarhet i helse- og

omsorgssektoren, og på basis av oversikten gi departementet anbefaling om forebyggende og beredskapsmessige tiltak.

Kravet er innfridd.

Helse Midt-Norge RHF har deltatt i prosjektet som forutsatt.

4.2 Øvrige aktuelle saker i 2015

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

Protonbehandling (foretaksmøte 9. april 2015)

- Foretaksmøtet ber de regionale helseforetakene gjennom Sykehusbygg HF å gjennomføre ekstern kvalitetssikring av idefaserapporten "Regionale sentre for protonterapi", samt samfunnsøkonomiske analyser knyttet til etablering av protonterapi i Norge. Frist for oppdraget settes til 1. august 2015.

Kravet er innfridd

Rapport med ekstern kvalitetssikring ble utarbeidet og levert Helse og omsorgsdepartementet innen fristen.

Helse Midt-Norge RHF er sammen med de andre regionale helseforetakene, i foretaksmøte 10. desember 2015, bedt om å benytte Sykehusbygg HF til å gjennomføre konseptrapport for etablering av protonbehandling i Norge. Arbeidet er igangsatt med deltakelse fra Helse Midt-Norge RHF i prosjektgruppe og arbeidsgrupper.

- Foretaksmøtet ber de regionale helseforetakene om å starte en langsiktig systematisk satsing på oppbygging av kompetanse og kunnskap om protonterapi. Det legges til grunn at kompetanseoppbyggingen skal foregå nasjonalt for å sikre at det finnes kompetent personell i alle helseregioner.

Kravet er innfridd.

Det er startet kompetanseoppbygging lokalt ved St. Olavs Hospital HF, i samarbeid med det pågående nasjonale arbeidet. Det er etablert en lokal kompetansegruppe ved St. Olavs Hospital HF bestående av to onkologer, fysiker og stråleterapeut. Disse har deltatt ved partikkelterapi kurs i utlandet, de har hospitert ved Europeisk partikkelterapisenter, og de har deltatt aktivt i den nasjonale kompetansegruppa for protonterapi. I tillegg er det innkjøpt programvare for doseplanlegging av partikkelterapi, og dette benyttes til praktisk trening/simulering av partikkelterapi.

5. Styrets plandokument

5.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

5.1.1 Utviklingen innenfor opptaksområdet

Helse Midt-Norges opptaksområde omfatter Sør-Trøndelag, Nord-Trøndelag og Møre og Romsdal. Per 1. januar 2015 var den samlede befolkningen på 709 500 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.

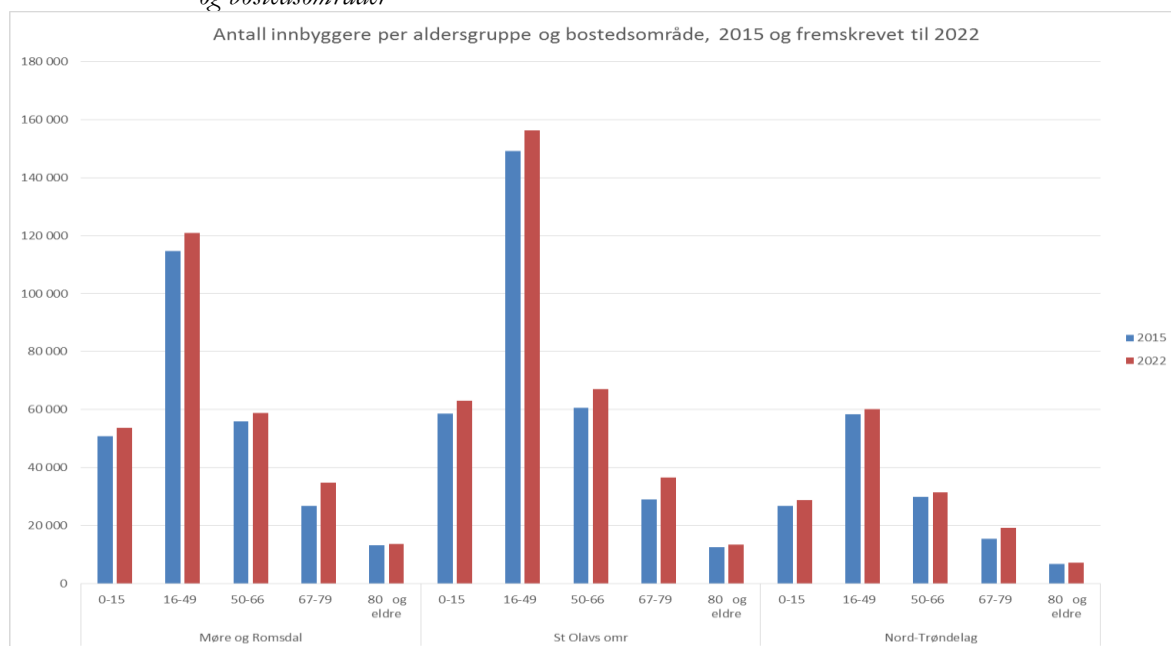
Helse- og omsorgstjenesten i kommunene er viktige samhandlingspartnere for spesialisthelsetjenesten, og samhandlingsreformen bidrar til å gjøre dette samarbeidet tettere. Antallet kommuner i regionen og antall innbyggere i kommunene har betydning for utviklingen av dette samarbeidet. Tabell 5.1 viser 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 2015	Antall kommuner etter folketall					Antall kommuner
		0-1 999	2 000-4 999	5 000-9 999	10 000-19 999	20 000 +	
Møre og Romsdal	261 681	4	13	14	1	3	35
St. Olavs Hospital	310 098	3	10	7	3	1	24
Nord-Trøndelag	137 725	10	8	2	3	2	25
Sum Helse Midt-Norge	709 504	17	31	23	7	6	84

Fram til 2022 forventes det en økning i den samlede befolkningen i regionen tilsvarende om lag 8 prosent. Figur 5.1 viser befolkningen fremskrevet fra 2015 til 2022 i fem aldersgrupper for de tre bostedsområdene i Helse Midt-Norge. Framskrivningen er basert på Statistisk Sentralbyrås (SSBs) "høy nettoinnvandring".

Figur 5.1 Befolkningen i Helse Midt-Norge i 2015 og fremskrevet fra 2015 til 2022 etter aldersgrupper og bostedsområder

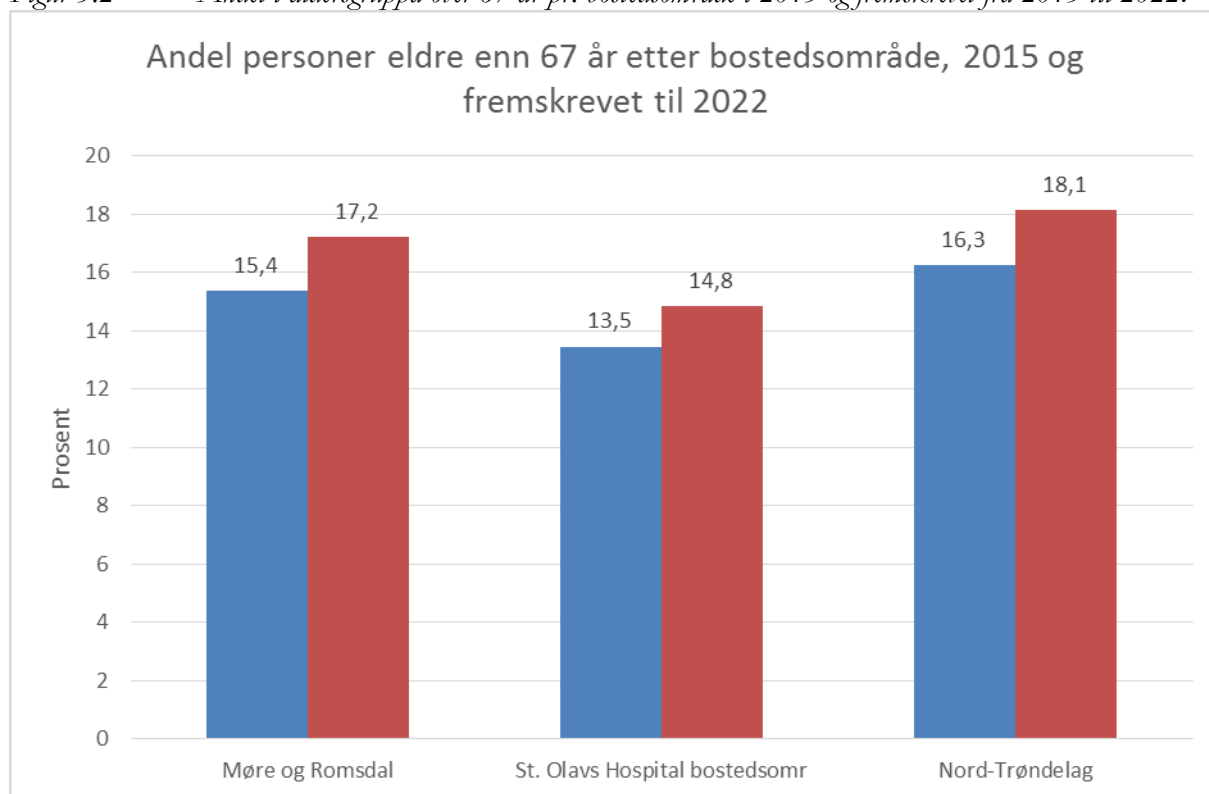


For alle bostedsområdene er det aldersgruppen 67-79 år som har den høyeste prosentvise veksten fra 2015 til 2022 (mellom 24 og 30 prosent). Den yngste aldersgruppen, 0-15 år, vokser 6,7 pst. I området til St. Olavs Hospital øker i tillegg befolkningsgruppen som er 50-66 år særlig mye, hele 11pst. fra 2015 til 2022.

For innbyggere eldre enn 80 år er det forskjellig økningstakt i de tre bostedsområdene. Mens det forventes en økning tilsvarende omtrent 2,5 pst. i Møre og Romsdal, så utgjør den forventede økningen i Nord-Trøndelag omlag 7 pst. Dette gjenspeiler den ulike alderssammensetningen i befolkningen i disse to områdene.

Fra 2015 til 2022 er det forventet en samlet befolkningsvekst i Helse Midt-Norge tilsvarende åtte prosent, noe som gir en årlig vekst på om lag 1,1 pst. Det er imidlertid en forsterket 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 2015 og fremskrevet til 2022. Siden forbruksratene⁴ 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 det den generelle befolkningsveksten tilsier, såfremt forbruksratene forblir på samme nivå som i 2014.

Figur 5.2 *Andel i aldersgruppa over 67 år pr. bostedsområde i 2015 og fremskrevet fra 2015 til 2022.*



Figur 5.2 viser at alle de tre bostedsområdene i Helse Midt-Norge forventes å få en betydelig økning i andelen eldre innbyggere i løpet av perioden 2015-2022. Økningen er lavest i St. Olav Hospitals bostedsområde. I tabell 5.2 og 5.3 presenteres oversikter over forventet antall

⁴ Forbruksrater uttrykkes ofte som antall sykehusopphold, dagopphold, polikliniske konsultasjoner eller pasienter per 1 000 innbyggere. For somatisk behandling øker disse forbruksratene med økende alder i befolkningen.

sykehusopphold og dagbehandlinger/polikliniske konsultasjoner innen somatikk for regionen i 2022, når forbruksnivået av spesialisthelsetjenester innen aldersgruppene antas å bli likt nivået i 2014.

Tabell 5.2 Forventet antall sykehusopphold (døgnopphold) i 2022 og prosentvis endring fra 2014 til 2022 med forbruksrater lik nivået i 2014.

Aldersgruppe	Ant døgnopph 2014	Ant døgnopph fremskrevet 2022	Endring døgnopph 2014-2022	Pst. endring 2014-2022
1-15	16 200	17 315	1 115	6,9
16-49	33 972	35 574	1 602	4,7
50-66	24 048	25 793	1 745	7,3
67-79	24 889	31 587	6 698	26,9
80+	19 779	20 684	905	4,6
Totalt	118 888	130 953	12 065	10,1

Tabell 5.3 Forventet antall polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger i 2022 og prosentvis endring fra 2014 til 2022 med forbruksrater lik nivået i 2014.

Aldersgruppe	Ant dagopph og poli. kons 2014	Ant dagopph og poli. kons fremskrevet 2022	Endring dagopph og poli. kons 2014-2022	Pst. endring 2014-2022
1-15	91 699	98 009	6 310	6,9
16-49	325 389	340 735	15 346	4,7
50-66	243 954	261 658	17 704	7,3
67-79	184 786	234 512	49 726	26,9
80+	74 344	77 746	3 402	4,6
Totalt	920 172	1 012 660	92 488	10,1

Tabellene viser at det kan forventes en økning på rundt 12 000 sykehusopphold (døgnopphold) og 92 000 dagbehandlinger/polikliniske konsultasjoner fra 2014 til 2022, dersom forbruksratene innen pasientgruppene holdes på 2014-nivå. Dette gir en samlet vekst i perioden på om lag 10 prosent eller 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. 1,1 prosent per år). Utviklingen i de respektive bostedsområdene vil variere jf. forskjellene i befolkningssammensetning beskrevet ovenfor.

Dersom forbruksratene for de eldste pasientene øker fra 2014-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 dempe veksten i bruk av spesialisthelsetjenester, særlig 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 vertikalt mellom grupper av kommuner og spesialisthelsetjenesten. Å bidra til at spesialisthelsetjenesten får sin plass innenfor en mer helhetlig helsepolitisk strategi blir derfor viktig i de nærmeste årene.

For psykisk helsevern er det naturlig å ta utgangspunkt i fordelingen mellom aldersgruppene 0-17 år og 18 år og eldre. For den førstnevnte gruppen øker befolkningstallet med 6 prosent fra 2015 til 2022. Tilsvarende tall for aldersgruppen 18 år og eldre er 8,4 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 0,9 prosent og for voksne en årlig vekst på om lag 1,2 prosent. Det er knyttet noe usikkerhet til hvorvidt behovet for, og forbruket av, spesialisthelsetjenester i innvandrerbefolkningen i de kommende år vil være forskjellig fra behovet og forbruket i den øvrige befolkningen. Det må derfor tas forbehold om at forbruksnivået kan bli noe forskjellig fra estimatene presentert her.

Innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling er hovedtyngden av pasientene som behandles eldre enn 17 år (jf. Lilleeng, 2007⁵). I perioden 2015-2022 forventes en befolkningsvekst tilsvarende omtrent 8,4 prosent for denne aldersgruppa, eller om lag 1,2 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 for 2016 legges det føringer for en ytterligere opptrapping innen rusbehandling og psykisk helsevern. 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. Gjennom innføringen av fritt behandlingsvalg, vil det sannsynligvis 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 2015 har det vært et mål at den gjennomsnittlige ventetiden skal være lavere enn 65 dager.

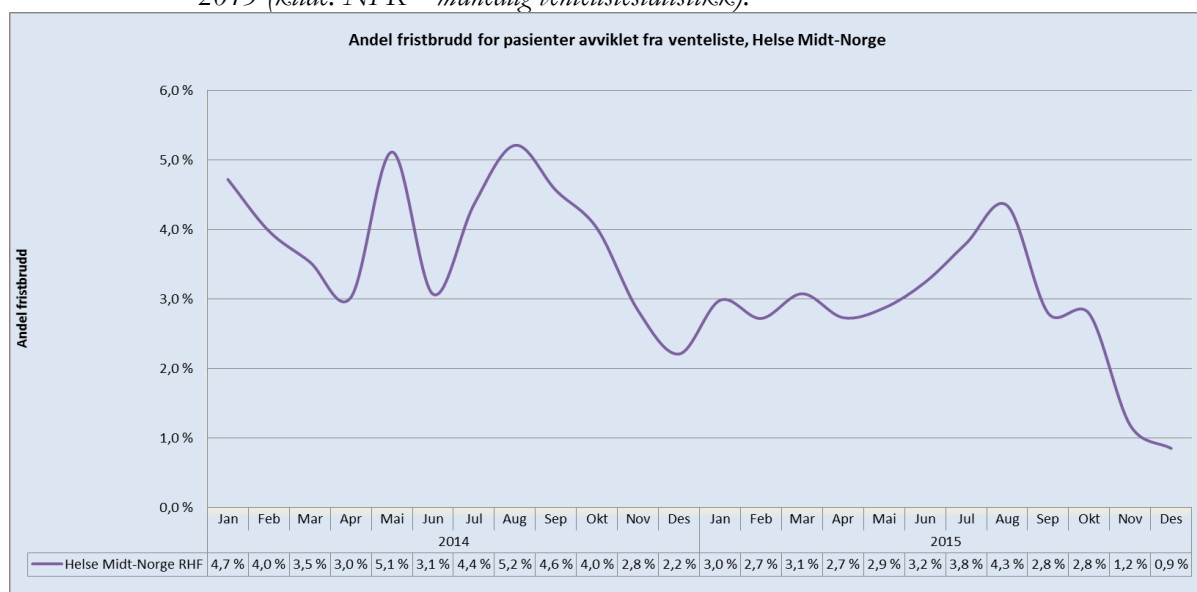
Figur 5.3 og 5.4 viser hvordan utviklingen innen henholdsvis andel og antall fristbrudd har vært i årene 2014 og 2015.

Figurene viser at både antall og andel fristbrudd gjennom størstedelen av 2015 ligger lavere enn i 2014. Høsten 2015 inntreffer et trendskifte, der antall fristbrudd faller markant. Dette sammenfaller i tid med HF-enes forberedelser og innsats inn mot innføringen av ny Pasient- og brukerrettighetslov, men er også et resultat av et intensivt arbeid i regionen for å holde ventetider nede, og hindre fristbrudd. Figurene viser at målet om null fristbrudd ved utgangen av 2015 nesten ble innfridd. Interne ukentlige målinger i Helse Midt-Norge viser at tallet har fortsatt å synke med mot null.⁶

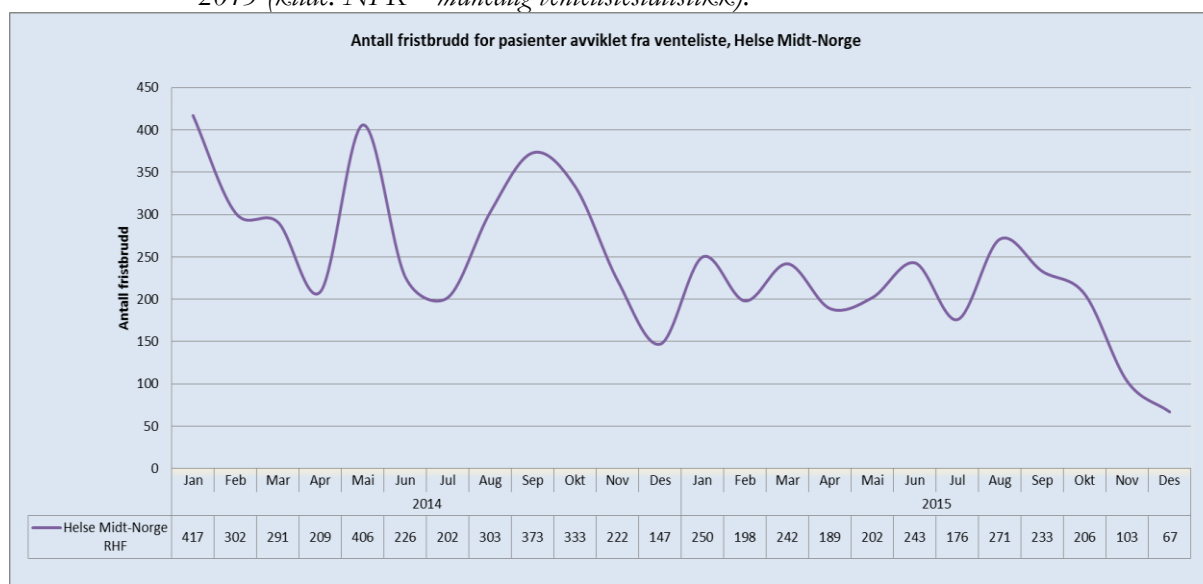
⁵ Lilleeng, S. (2007). SAMDATA Sektorrapport for rusbehandling 2006. 4/07. Trondheim: SINTEF Helse.

⁶ Pr. 10.01.2016 har Helse Nord-Trøndelag HF fire ventende fristbrudd, St. Olavs Hospital HF ni og Helse Møre og Romsdal HF 32 fristbrudd. Totalt utgjør dette 45 ventende fristbrudd i Helse Midt-Norge.

Figur 5.3 Utviklingen i andel fristbrudd for pasienter avviklet fra venteliste i Helse Midt-Norge 2014-2015 (kilde: NPR – månedlig venteliste-statistikk).

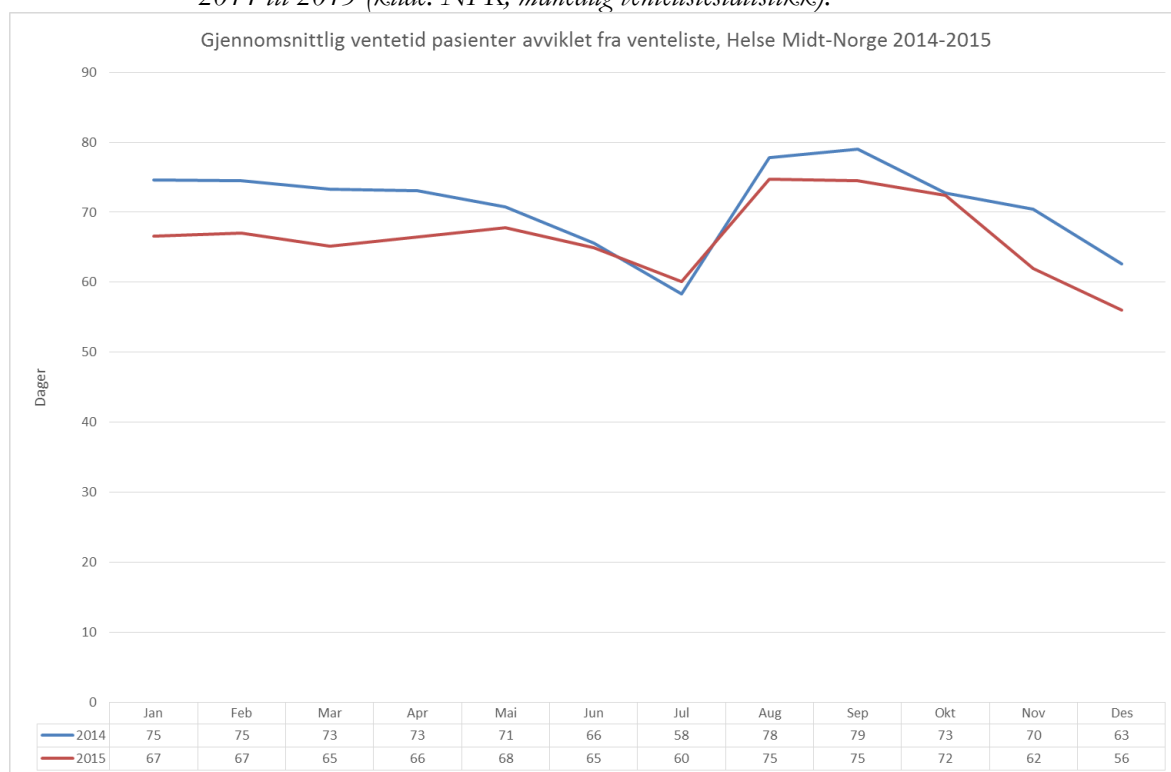


Figur 5.4 Utviklingen i antall fristbrudd for pasienter avviklet fra venteliste i Helse Midt-Norge 2014-2015 (kilde: NPR – månedlig venteliste-statistikk).



Det har vært jobbet målrettet med å redusere ventetidene ved helseforetakene i Helse Midt-Norge gjennom hele 2015. Figur 5.5 viser utviklingen i gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i 2014 og 2015. 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 noe etter sommerferien, men for 2015 er denne økningen lavere enn i 2014. Med unntak av juli måned, er den gjennomsnittlige ventetiden for hver måned i 2015 lavere enn i 2014. Videre er det en særlig kraftig reduksjon i ventetiden utover høsten. Reduksjonen er betydelig mer markant enn tidligere år. Gjennomsnittlig ventetid for 2015 sett under ett var 67 dager. Ved utgangen av desember måned var ventetiden 56 dager.

Figur 5.5 Utvikling i gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i Helse Midt-Norge 2014 til 2015 (kilde: NPR, månedlig venteliste-statistikk).



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 spesialisthelsetjenester enn de yngre befolkningsgruppene. I tillegg er det forventet at befolkningsutviklingen for befolkningen som er yngre enn 67 år blir preget av større vekst enn tidligere år på grunn av høyere innvandring (jf. omtale i kapittel 5.1.1). Dette bidrar også til en noe høyere forventet vekst for aldersgruppen under 67 år sammenlignet med tidligere år.

For psykisk helsevern for voksne er ikke sammenhengen mellom alder og forbruk like entydig og det er her rimelig å forvente en utvikling 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 noe 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 har startet i Helse Midt-Norge, og er toneangivende i denne langtidsperioden (fram til 2020). Det er derfor viktig å unngå at forbruket av spesialisthelsetjenester blant de eldste pasientgruppene øker utover dagens forbruksnivå i årene fremover. Betydningen av å lykkes med samhandlingsreformen de neste årene er derfor stor. I regionen fins det mange gode eksempler på vellykket samarbeid mellom kommuner og

spesialisthelsetjenesten. Utfordringen de neste årene blir å spre gode samhandlingsløsninger til de kommunene og sykehusene som ikke har kommet like langt.

Mange kommuner i Helse Midt-Norge har et relativt lavt innbyggertall. Dette krever et 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. Det forventes at helseforetakene vil holde seg på det nivået de har jobbet seg ned på i løpet av høsten 2015. I praksis vil det si at det omtrent ikke vil forekomme fristbrudd i regionen. Når det gjelder ventetid var gjennomsnittet for behandlede pasienter gjennom 2015 to dager høyere enn målet. Det jobbes kontinuerlig for å redusere ventetiden ned mot, og under, måltallet på 65 dager, og prognosene tilsier at helseforetakene vil være innenfor målkrevet fra starten av 2016 og utover året.

5.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger

Helse Midt-Norge sin forvaltning av samlet økonomisk ramme er viktig for hvordan utviklingen av spesialisthelsetjenesten skal skje og hvordan utfordringer skal løses. Helse Midt-Norge RHF har som oppgave å forvalte regionens økonomiske rammer på en best mulig måte over tid. Med dette forstås blant annet å tilrettelegge for en forutsigbar og langsiktig finansiering av helseforetakenes drift og investeringer, tilrettelegge for at helseforetakene har nødvendig likviditet tilgjengelig, samt bidra til å håndtere finansiell risiko knyttet til bruk av likviditet.

Nasjonal helse- og sykehusplan ble lagt frem i 2015, og planen kan legge føringer av stor betydning for både innhold, struktur og organisering av spesialisthelsetjenesten. Samtidig står Helse Midt-Norge foran både store utfordringer og muligheter på teknologisiden som krever en samordnet tilnærming der foretaksgruppa koordinerer sin innsats og samarbeider om de fellesprosjektene vi står overfor.

Helse Midt-Norge har i 2016 inntekter på om lag 22 milliarder kroner. Det regionale styret har vedtatt et samlet krav til resultat for foretaksgruppa på vel 189 millioner kroner og et investeringsbudsjett for foretaksgruppa samlet på 738 millioner kroner. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtok i juni 2015 ny finansstrategi for foretaksgruppen. Finansstrategien skal bidra til økt forutsigbarhet i økonomiske rammer over tid. Dette gjeldende både for det enkelte helseforetak og for foretaksgruppen samlet. Helse Midt-Norge RHF fastsetter økonomiske rammer og forutsetninger for det enkelte helseforetak, som blant annet omfatter inntekter, likviditet og resultatkrav, samtidig som helseforetaket selv disponerer og prioriterer tildelte midler til drift og investeringer. Helseforetaket har da ansvar for å styre virksomheten innenfor tilgjengelige rammer til drift og investering.

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

Kravet om den «gylne regel» om at det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk gjelder fortsatt og er et av hovedmålene i 2016. Aktivitetsøkning innen somatikk vil derfor forandre en relativt større vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling.

Helse Midt-Norge har ambisiøse mål for virksomheten og det er sentralt at foretaksgruppa har tilstrekkelig kraft til omstilling og fornyelse. I dette ligger det å utvikle tjenester som dekker befolkningens behov, å investere målrettet i IKT og MTU samt vedlikeholde og utvikle bygningsmassen. Samtidig skal det bygges kompetanse og videreføres satsing på forskning, innovasjon og faglig utvikling.

5.1.3 Personell og kompetanse

Riktig kompetanse skal møte pasienten i hele forløpet. Det betyr at kompetansen må organiseres og styres i forhold til pasientforløp og pasientbehandling. Dette gjelder også for morgendagens pasienter, noe som krever at ledere på alle nivåer har kunnskap om hvilken kompetanse det vil være behov for å utvikle på kort og lang sikt.

Helse Midt-Norge jobber derfor med en kompetanseportal som skal gi en oversikt over kompetansebeholdningen hos den enkelte medarbeider og i den enkelte enhet. Basert på enhetens behov og overordnede føringer, vil det utarbeides gjensidig forpliktene utviklingsplaner. I neste omgang vil medarbeiderens og enhetens kompetanse kobles til planleggingen av pasientbehandlingen gjennom ressursstyringssystemet. En sentral utfordring er å videreutvikle metodikken med standardiserte pasientforløp slik at kompetansebehovet blir tydeligere beskrevet, noe som vil lette det operative arbeidet med aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging.

For å etablere felles bilder av fremtidige utfordringer knyttet til kompetanse og kapasitet, vil implementeringen av nasjonal bemanningsmodell stå sentralt. Denne vil vise både hva foretaket og foretaksgruppen må erstatte av kompetanse som forsvinner på grunn av pensjon og turnover og hva som kreves for å møte utviklingen i befolkningen. Videre vil modellens mulighet til å se på konsekvensene av ulike endringsdrivere, som for eksempel teknologiutvikling, bidra til å få mer kunnskap om de muligheter og begrensinger vi står overfor.

Aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging er også et sentralt element i å utvikle tjenesten slik at kapasiteten utnyttes bedre. Riksrevisjonen påpekte en rekke konkrete forbedringsområder i sin rapport om bedre styring av pleieressursen. Sentrale funn som bedre planlegging på tvers av enheter og profesjoner, bedre planleggingsverktøy, bedre beslutningsgrunnlag for ledere, ledelsesstøtteverktøy og utvikling av kompetente staber som kan hjelpe ledere, vil være viktige satsingsområder i Helse Midt-Norge.

Oppsummert trenger vi derfor ledere som blant annet driver kontinuerlig forbedring, som stadig blir bedre i planlegging av aktiviteten og sikrer at pasienten møter den kompetente medarbeider og det kompetente teamet, og som planlegger for fremtidens kompetansebehov. Å være leder i spesialisthelsetjenesten er krevende og fokuset på lederutvikling må derfor styrkes.

Helse Midt-Norge er en betydelig utdannings- og læringsarena. I et perspektiv der den medisinske halveringstiden er kortere enn grunnutdanningen til en lege, vil det være viktig at den kontinuerlige læringen systematiseres og styrkes. Dette betyr at læringsperspektivet må styrkes i hverdagen gjennom kontinuerlig forbedring i forhold til beste medisinske praksis, gjennom veiledning og supervisjon og gjennom kurs og e-læring. Utdanningsaktivitet inklusive veiledning, må sikres tilstrekkelig kvalitet slik at læringsmålene nås. Utdanningen må videre planlegges og organiseres slik at den avstemmes til behandlingen og kostnadseffektivt i forhold til administrasjon.

5.1.4 Bygningskapital – status og utfordringer

Omfang

Helse Midt-Norge har en samlet eiendomsmasse på omlag 700.000 kvm, hvorav mer enn 600.000 kvm formålsbygg. Bokført verdi av bygg i eget eie pr. 31.12.2015 er på om lag 11,5 mrd. kroner.

Teknisk tilstand

Eiendomsmassen har varierende kvalitet. Det meste 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). Det ble gjennomført en kartlegging og vurdering av den tekniske tilstanden i bygningsmassen i 2012.

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.

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 slutført i 2013 og data er ajourført og lagt inn i den nasjonale databasen. Helse Midt-Norge RHF har for øvrig et pågående prosjekt LifecycleBIM hvor hele bygningsmassen skal modelleres i BIM. Dette innebærer at det etableres komplett database for å strukturere, visualisere, rapportere, søke og forvalte hele bygningsmassen - alle rom klassifiseres gjennom dette løpende i henhold til klassifikasjonssystemet for sykehusbygg. LifecycleBIM er ferdig innført på St. Olavs Hospital, og innføringen i øvrige deler av regionen vil starte opp i 2016. Det er stilt regionalt krav om at alle nye bygg/prosjekter skal modelleres i BIM.

Investeringsbehov

Det er foreløpig ikke utarbeidet en samlet regional virksomhets- og bygningsmessig utviklingsplan for Helse Midt-Norge, men det er utarbeidet foretaksvise utviklingsplaner og prioritering mellom prosjekter/satsinger foretas gjennom langtidsplan og langtidsbudsjett.

Foretaksvise 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 foretaksgruppen beregnet til om lag 11 mrd. kroner.

Årlige nivå på bygningsmessig vedlikehold er for St. Olavs Hospital HF noe høyere enn de fleste andre store sykehus i Norge, men likevel ikke tilstrekkelig til å opprettholde realverdien på byggene. Øvrige helseforetak i regionen benytter vesentlig mindre til vedlikehold enn St. Olavs Hospital. For Helse Møre og Romsdal HF er behovet for investering i oppgradering og utvikling

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

Helse Møre og Romsdal HF

Kartleggingen av bygningsmassen i Helse Møre og Romsdal HF fra 2012 viste at Molde sjukehus gjennomgående er i dårlig forfatning. Kristiansund og Volda sjukehus har bedre 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.

Etter beslutningen i desember 2014 om lokalisering av nytt felles sjukehus for Nordmøre og Romsdal (SNR) til Hjelset i Molde kommune er det arbeidet videre med konseptrapport for prosjektet. Konseptfasen skal ferdigstilles i 2016. Utgangspunktet er at SNR skal erstatte dagens tilbud i Molde Sykehus og Kristiansund Sjukehus. Som del av prosjektet skal det også planlegges et distriktsmedisinsk senter i Kristiansund.

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 bedre tilstand for dagkirurgisk enhet, kreftavdeling, barne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri og barne- og ungdomsavdeling.

Sykehuset i Volda har også tilpasningsbehov så vel som tekniske anlegg av eldre dato.

Kostnadsrammen fra vedtatt Idefase i 2014 innebærer et styringsmål på 4,2 mrd. kroner for SNR. I tillegg kommer tiltak i sykehusene på Sunnmøre som er anslått til 2,35 mrd. kroner.

Helse Nord-Trøndelag HF

Totalt viser utviklingsplanen et investeringsbehov på om lag 1,4 mrd. kroner. Tilstanden er noe dårligere for de tekniske anleggene enn for bygningsmessige komponenter. Energiforbruk i foretakets bygninger har vært et gjennomgående fokusområde. Gjennomsnittlig årlig energiforbruk ligger stabilt lavt.

Med bakgrunn i utviklingsplan er det gjennomført konseptfase og forprosjektfase for utvidelse og tilpasning av areal for psykiatri og rusbehandling i Levanger - «Psykiatriløftet». Forprosjektet ble i desember 2015 oversendt Helse Midt-Norge RHF for godkjenning og utbyggingsvedtak. Helsebygg Midt-Norge er engasjert som prosjektledelse.

St. Olavs Hospital HF

St. Olavs Hospital HF har gjennom sin utviklingsplan 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 ferdigstilt og har en god kvalitet. Prosjektet Nytt universitetssykehus i Trondheim ble avvirket i 2015 og ubrukte rammer/lånemidler er overført St. Olavs Hospital HF. Midlene skal benyttes til et senter for produksjon av virkestoffer PET.

På Orkdal skjer det løpende renovering og byggene er stort sett 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 - arbeidet med et nytt bygg innenfor akuttpsykiatrien på Østmarka er vedtatt og forberedende arbeider ble igangsatt høsten 2015. Det arbeides videre med planer for 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 i området. En forutsetning er at avhendelsen gir St. Olavs Hospital HF mulighet til å kunne reetablere virksomheten på Brøset i nye lokaler. Forhandlingene har ikke ført fram og det er helt nødvendig at man i løpet av kort tid beslutter hvordan nødvendig oppgradering av sikkerhetspsykiatrien kan gjennomføres.

5.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer

5.2.1 Overordna mål og strategier – Strategi 2020 og Strategi 2030

Strategi 2020 er Helse Midt-Norges gjeldende strategiske fundament for utvikling av likeverdige og framtidretta 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 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 har arbeidet vært 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

Helse Midt-Norge har i 2015 startet arbeidet med en ny overordnet strategi for foretaksgruppa, Strategi 2030. Den nye strategien vil ta opp i seg føringene fra Stortingets behandling av Nasjonal helse og sykehusplan. Pasientenes helsetjeneste skal være utgangspunkt for utviklingen av helsetjenesten. Regionens arbeid med en ny strategi bygger på det nasjonale utfordringsbildet;

- ✓ Befolkningen øker, befolkningens behov og sammensetning endres
- ✓ Pasientrollen endres
- ✓ Den faglige og teknologiske utviklingen skjer i høyt tempo
- ✓ Forskjeller i helsetilbudet
- ✓ Kan ikke bemanne oss ut av utfordringene

Det er lagt opp til at Strategi 2030 skal vedtas av styret i Helse Midt-Norge RHF i november 2016.

5.2.2 Nærmere om enkelte av regionale delstrategier og planer

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.

I dette kapitlet gis en omtale av de nyeste delstrategier og planer.

Strategi for forskning i Helse Midt-Norge 2016 – 2020

Helse Midt-Norge RHF har i 2015 vedtatt en ny forskningsstrategi, som bygger på oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet og HelseOmsorg21. Det overordnede målet i forskningsstrategien er at forskningen skal være internasjonalt konkurransedyktig og styrke klinisk praksis og pasientbehandling.

Følgende områder skal prioriteres i strategiperioden:

- Klinisk relevant og pasientnær forskning
- Forskning på kvalitet og pasientsikkerhet
- Helsetjenesteforskning inkludert samhandling, logistikk og tjenesteutvikling
- Translasjonsforskning, også kalt overføringsforskning
- Medisinsk teknologi
- Global helseforskning

For å drive gode sykehus, må det drives klinisk forskning i klinikken/avdelingene og påse implementering av ny kunnskap i klinisk praksis gjennom lokale og regionale pasientforløp. Helseforetakene er på ulike nivå når det gjelder forskningsaktiviteter og St. Olavs Hospital HF er, som integrert universitetsklinikk, det ledende helseforetaket i regionen. Alle helseforetak har imidlertid ansvar for å løfte egen forskningsaktivitet.

Helse Midt-Norge RHF har gjennom strategien lagt opp til en årlig økning i forskningsbudsjettet på 3 prosent realvekst, med utgangspunkt i forskningsbudsjettet 2015 (utover prisjustering). Helseforetakene skal fra sin basisbevilgning øke forskningsbudsjettene årlig med et tilsvarende beløp, i henhold til ressursbehovsindeksen i inntektsfordelingen. I tillegg opprettholdes målet fra forrige strategi om eksternt finansierte prosjekter tilsvarende én prosent av helseregionens omsetning.

Strategi for innovasjon i Helse Midt-Norge 2016 – 2020

Innovasjonsområdet har tidligere vært del av andre strategiske områder i regionen, men i 2015 vedtok Helse Midt-Norge RHF en egen innovasjonsstrategi.

Det overordnede målet for området er at innovasjonsprosjekter i Helse Midt-Norge skal styrke klinisk praksis og helsetjenesten, og gi konsekvenser for pasientbehandling. Dette skal skje gjennom økt regionalt, nasjonalt og internasjonalt samarbeid.

Følgende områder skal prioriteres i strategiperioden;

- Pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten
- Metoder for implementering av ny kunnskap
- Forbedringsprosjekter, innenfor områdene logistikk, IKT og samhandling, herunder PAS/EPJ og standardiserte pasientforløp

- Få fram innovasjonspotensialet i kliniske intervensjonsstudier og i andre forskningsprosjekter
- Få fram innovasjonspotensialet knyttet til anskaffelser

For at innovasjonsaktiviteten skal øke ved helseforetakene er det viktig at de gode idéene får spire. Styringslinjer, ansvar og roller knyttet til innovasjon i foretaksgruppen skal klargjøres. Ledere forventes å signalisere at innovasjon er ønsket, tydeliggjøre de strategiske prioriteringene og involvere medarbeidere.

Det er satt av 15 millioner kroner til finansiering av innovasjonsprosjekter i 2016, og dette skal øke til 25 millioner kroner i slutten av perioden.

Strategi for utdanning og kompetanseutvikling i Helse Midt-Norge 2015 – 2020

Styret for Helse Midt-Norge RHF vedtok strategi for utdanning og kompetanseutvikling i 2015. Strategien er sentral for å utvikle helsetjenesten og sikre god kvalitet i behandlingen i årene som kommer. Strategisk kompetanseutvikling i tjenesten og godt samarbeid med utdanningssektor er viktig for å sikre kompetanse og kapasitet i tråd med behovene framover.

Det er satt følgende mål for utdanning og kompetanseutvikling i gjeldende strategiperiode;

- 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.

En dimensjonerende driver på kompetanse er halveringstiden på medisinsk kunnskap. Den er nå kortere enn grunnutdanningen for leger (5,2 år jf. danske undersøkelser). Dette betyr at vi må bringe ny kunnskap raskere inn i Helse Midt-Norges tjenesteutøvelse, både gjennom løpende utvikling av tjenestene, gjennom måten vi driver veiledning og simulering på, og hvordan kompetanseutvikling som kurs, seminarer og nettstøttet læring gjennomføres på. Ny kunnskap må også raskere inn både i grunn og etter- og videreutdanningene. Det vises for øvrig til omtale under punkt. 5.1.3 – personell og kompetanse.

Finansstrategi Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge står overfor en utfordrende likviditetssituasjon i årene framover. Det er viktig med tydelig forståelse for og eierskap til både utfordringene som foreligger og at nødvendige

tiltak må gjennomføres. Styret vedtok i 2015 en ny finansstrategi som skal bidra til forutsigbarhet i økonomiske rammer over tid for helseforetakene og regionen.

Strategien tydeliggjør roller og ansvar innenfor finansområdet i Helse Midt-Norge som omfatter investeringer, finansiering og likviditetsstyring. Fremlagt finansstrategi ansvarliggjør helseforetakene i større grad enn tidligere. Helse Midt-Norge RHF fastsetter økonomiske rammer og forutsetninger for det enkelte helseforetak, som blant annet omfatter inntekter, likviditet og resultatkrav, samtidig som helseforetaket selv disponerer og prioriterer tildelte midler til drift og investeringer. Helseforetaket har da ansvar for å styre virksomheten innfor tilgjengelige rammer til drift og investering.

Arbeid med å redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelse

Helse Midt-Norge RHF planlegger å videreføre dette arbeidet med bred involvering fra flere miljøer, bl.a. ut fra erfaringene vi har gjort i arbeidet med fristbrudd og ventetid.

- ✓ Regionens fagledernetverket får ansvaret for å definere beste praksis i pasientforløpet. I fagledernetverket sitter fagledere på sitt felt fra alle helseforetakene
- ✓ Regional analyseenhet skal bidra med kunnskap bl. a. om hvor vi har stor variasjon
- ✓ Regionalt senter for helsetjenesteutvikling skal bidra med kunnskap om ulike alternative organisatoriske løsninger
- ✓ Regionalt innsatsteam vil ha hovedansvar for bredding. Innsatsteamet ledes fra RHF, men har medlemmer fra alle helseforetak.
- ✓ Gjennomgående stort ledelsesfokus

Erfaringene viser at betydningen av lokal ledelse og forbedringsarbeid ikke kan overvurderes. Derfor er det viktig at arbeidet bidrar til å gi autoritet til det arbeidet som skjer i daglig drift, og som er helt avhengig av lokal ledelseskraft.

E-helse

Helse Midt-Norge fortsetter arbeidet med operasjonaliseringen av regionens vedtatte IKT-strategi 2013 – 2018 med tilhørende handlingsplan. Systemer for pasientadministrasjon (PAS), pasientjournal (EPJ) og laboratoriedata tilfredsstiller ikke lenger krav til oppfølging av kvalitet i pasientbehandling, brukervennlighet samt mulighet for videreutvikling. I tråd med oppfølging av St.meld. 9 «Én innbygger – Én journal», er det etablert et program, «Helseplattformen», for anskaffelse og innføring av ny løsning for PAS og EPJ. Det arbeides nå med å inngå forpliktende samarbeidsavtaler med kommuner i Midt-Norge. Helse Midt - Norge og kommunene ønsker en felles løsning for hele helsetjenesten i Midt-Norge og målet er at kontrakt skal være signert med valgt leverandør i 2018 og deretter innføring og gevinstrealisering i de påfølgende årene. Den nye felles elektroniske helsejournalen, Helseplattformen, blir et sentralt virkemiddel for utvikling av helsetilbudet både i kommuner og sykehus.

Innebygget kunnskap i systemet for pasientjournal betyr at helsearbeiderne får hjelp til å gi riktig behandling til riktig tid, i tråd med beste praksis for pasientbehandling. Pasientjournalen skal også redusere mulighetene for å gjøre feil. Koblet sammen med forutsigbare pasientforløp får vi en mer effektiv og sammenhengende helsetjeneste som øker pasientsikkerhet og kvalitet på tvers av helsetjenestenivåene i hele regionen.

For å følge opp nasjonale handlingsplaner på eHelse-området i 2016 og videre, må eksisterende systemportefølje tilpasses og videreutvikles i den grad det er nødvendig. For prioriterte nasjonale tiltak, med Nasjonal IKT som koordinator og tiltakseier for spesialisthelsetjenesten,

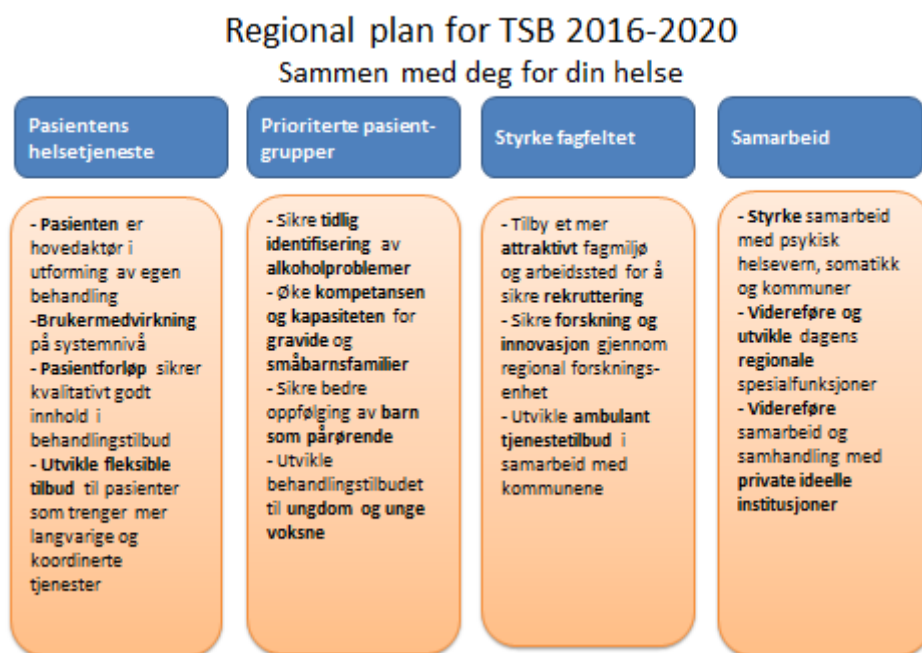
gjennomfører Helse Midt-Norge de tiltak som er pålagt, herunder oppgavene gitt gjennom oppdragsdokumentene.

Helse Midt-Norge tar i bruk nytt økonomi- og logistikksystem i 2016. Hele foretaksgruppen skal være over på det nye systemet i løpet av året. Den nye økonomi- og logistikk-løsningen vil gi endringer i prosesser, rutiner og organisering. Målsettingen er at dette skal gi bedre grunnlag for god og kostnadseffektiv økonomistyring samt tilrettelegge for effektivisering av ikke-medisinske tjenester. Dette skal videre bidra til å gi et bedre grunnlag for pasientbehandling, forskning og undervisning/opplæring.

Planer under utarbeidelse knyttet til psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

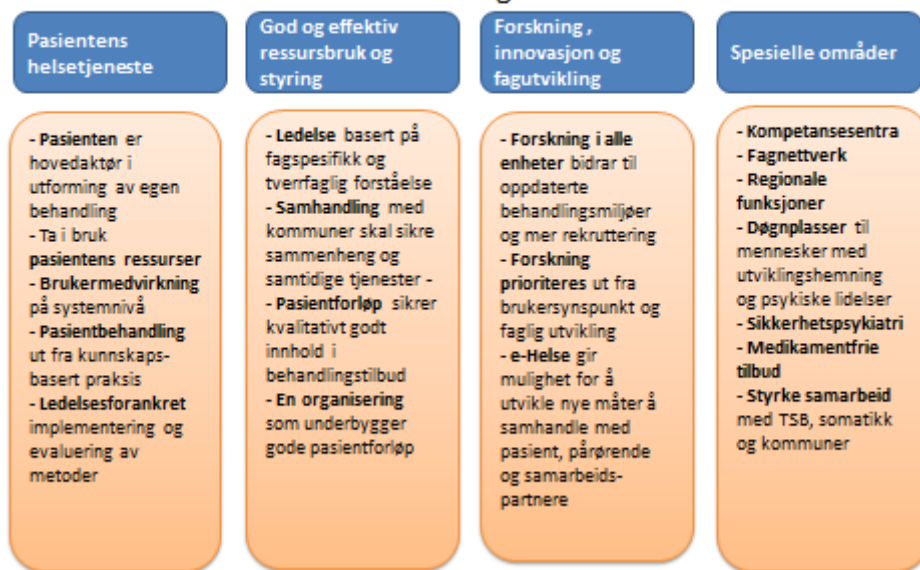
Helse Midt-Norge er i sluttarbeidet med utforming av regionale planer for hhv. psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Disse skal behandles på styremøte i Helse Midt-Norge RHF i april 2016.

Planenes prioriterte satsingsområder slik de nå foreligger kan oppsummeres i følgende (tas forbehold om endelig sluttbehandling):



Regional plan for psykisk helsevern 2016-2020

Sammen med deg for din helse



6. Uttalelse fra Regionalt brukerutvalg i Helse Midt-Norge RHF

Det regionale brukerutvalget (RBU) i Helse Midt-Norge har sammenfattet sitt inntrykk av arbeidet som er gjort i 2015 slik:

Godt samarbeid med styret. Det regionale brukerutvalget (RBU) 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. Forberedelse til deltakelse i styremøtene blir gjort god ved ledelsens orientering til styresaker og presentasjon av prosjekter i møtene i RBU.

Reduserte ventetider. 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. I 2015 har RBU dessuten etterspurt bedre fokus på pasientsikkerhet og kvalitet og at det må utarbeides kvalitetsindikatorer som ivaretar dette i statusrapporteringer. RBU benytter møtene til å etterspørre andre saker som ikke er oppe til styrebehandling, men som har vært aktuelle av andre årsaker.

Brukermedvirkning på riktig sted til riktig tid. Brukermedvirkning i Helse Midt-Norge RHF blir på de fleste områder godt ivaretatt. Som en generell betraktning vil RBU på nytt 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 fra tid til annen blir «avglemt». RBU har registrert at endringer i sentrale lederroller fører til endringer i styring, organisering og gjennomføring av arbeidsprosesser og prosjekter. I 2014 etterlyste RBU mere ryddighet i slike prosesser. RBU er tilfreds med at det har kommet på plass en forbedret struktur i 2015.

Bedre samarbeid. RBU gjennomfører møter hvor representanter for brukerutvalgene i HFene i Helse Midt-Norge deltar. I forkant av møtet i mai i 2015 oppstod en del uklarheter i forhold til

deltakelse fra brukerutvalgene i helseforetakene. Dette ble løst gjennom at de som ikke var direkte innkalt som deltakere kunne delta som tilhørere. Tidligere har RBU oppnevnt kontaktpersoner for de ulike helseforetakene i RBU. Det avtroppende regionale brukerutvalg har anbefalt en endring i denne praksisen. Kontakten mellom brukerutvalgene i Helse Midt-Norge vil framover bli ivaretatt gjennom 2 årlige møter med ledere, nestledere og sekretærer som deltakere. Hensikten med møtene er å ta opp saker av felles interesse og som vedrører alle brukerutvalgene i helseregionen.

St. Olavs Hospital HF. RBU har en del felles arbeidsoppgaver og utfordringer med brukerutvalget ved St. Olav Hospital HF. Dette har sammenheng med at flere regionale funksjoner er lagt til St. Olavs Hospital og RBU utfordres ofte på hvordan regionale oppgaver ivaretas. I 2015 ble det gjennomført et møte med representanter for brukerutvalget ved St. Olavs Hospital HF for å søke å avklare områder slik at begge utvalgene kunne være sikre på at brukervedvirkning blir ivaretatt. Eksempelvis skal brukerrepresentasjon i arbeidet med regionale pasientforløp ivaretas fra BU ved St. Olavs Hospital HF.

Fellesmøter. I februar 2015 gjennomførte RBU ett brukerutvalgsmøte over 2 dager. Hensikten med dette var å gå noe mere i dybden på enkelte saksområder. Dette var t.d. styringskrav, styringsmodeller og representasjon, krav om brukerundersøkelser, pasientforløp og pakkeforløp, samarbeid med styret i Helse Midt-Norge RHF hvor styreleder Ola H. Strand deltok. Medlemmene i RBU er dessuten opptatt av hvordan tiden i møtene i RBU best mulig kan benyttes, arbeidsmengde, orienteringer, prioriteringer og hvordan arbeid og lang reisetid skal kunne honoreres.

Årlig brukerkonferanse. RBU arrangerer årlig en brukerkonferanse for alle medlemmer i brukerutvalgene i helseregionen – også ved «avtaleinstitusjonene - hvor representanter for brukerorganisasjonene inviteres til å delta. Tema på konferansen i 2015 var Strategi 2030, samvalg, brukervedvirkning i helseforskning, samhandlingsreformen, nye websider i Helse Midt-Norge. Tilbakemeldingene fra deltakerne på konferansen var meget positive.

Brukernes kunnskaper og erfaringer. 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 også løpet av dette året etterlyst oppfølging i Helse Midt-Norge RHF, men det er krevende å få til målbar forbedringer.

Pasientforløp. RBU hadde 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». I 2015 ble begrepet «pakkeforløp» introdusert, og RBU er etter hvert bekvem med både begrep og innhold som en sentral del av et pasientforløp.

Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal. RBU har fulgt med i sak om arbeidet med planlegging av nytt sykehus i Helse Møre og Romsdal (HMR) HF. Sluttbehandlingen med tomtevalg for nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal ble grundig behandlet i begge brukerutvalgene, noe som til slutt bidro til felles uttalelse ved behandlingen både i HMR og HMN i 2014/5. RBU støtter brukerutvalget i

Møre og Romsdal både i forhold til sykehussaken, men også i forhold til det pågående omstillingsarbeidet som foregår i hele helseforetaket vedrørende økonomi og funksjonsdeling.

Fagledernettsverk. Helse Midt-Norge RHF etablerte i 2012 16 regionale fagledernettsverk. RBU har støttet dette og mener det kan bidra til bedre helhetlige regionale pasientforløp og at brukervedvirkningen kan bedres gjennom dette tiltaket. Det samme gjelder etableringen av regionale innsatsteam som ble kom på plass på slutten av 2015. Deltakelse og brukervedvirkning i arbeidet med disse regionale funksjonene har ikke kommet på plass ennå.

Nasjonalt samarbeid. 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 brukervedvirkning i nasjonal sammenheng. Arbeidsoppgavene for leder og nestleder i RBU blir gjennom slik deltakelse ytterligere omfattende. At stadig flere nasjonale helseoppgaver gjennomføres i regi av de regionale helseforetakene fører til at samarbeidet mellom de regionale brukerutvalgene må utvikles og styrkes.

Bruker- og pasientombudene. RBU har i 2015 brukt en del oppmerksomhet på årsrapportene fra Bruker- og pasientombudene i de 3 fylkene. Bruker- og pasientombudene har sitt arbeidsområde rettet mot brukere og pasienter på individnivå, men har erfaringer og synspunkter på tjenester på systemnivå. RBU har sett på utviklingstrekk og fellestrekk i saker på tjenesteområder som er relevante for RBU sitt arbeidsområde. De konklusjoner som er trukket er listet opp i et notat som er oversendt til Helse Midt-Norge RHF

Nye nasjonale retningslinjer. Utkast til nye nasjonale retningslinjer for brukervedvirkning på systemnivå i helseforetakene har vært til diskusjon og behandling ved flere anledninger. Utgangspunktet var bestilling fra HOD i Oppdragsdokumentene til de regionale RHFene. Denne saken er etter hvert plassert i Helse Nord, og innspillene fra RBU i Helse Midt-Norge er oversendt til Helse Nord. Brukerutvalgene i Helse Midt-Norge har bl.a. vært opptatt av å skape likhet i deltakelse slik at brukerrepresentanter med lange reiseavstander skal kunne delta, honoreres og refunderes på en likeverdig måte som brukerrepresentanter med kort reiseavstand. RBU har dessuten vært opptatt av at nasjonale føringer ikke må være så detaljerte at det ikke blir mulig å etablere praktiske regionale tilpasninger.

Nasjonal helse- og sykehusplan. Arbeidet med ny helse og sykehusplan har vært til informasjon og diskusjon ved flere anledninger. RBU har vært opptatt av kvalitet, nærhet og tilgjengelighet. RBU har hevdet at utfordringene ligger mere i organisering av spesialisthelsetjenester langt mindre i lokalisering og plassering av bygninger.

Strategi 2030. Grunnlaget for arbeidet med Strategi 2030 kom godt i gang i Helse Midt-Norge i 2015. Prosessen i 2016 vil avdekke i hvor stor grad Helse Midt-Norge makter å utvikle tjenestene på en måte som gjør at innholdet i Pasientens helsetjeneste kan bli en enda bedre opplevelse for pasienter i Helse Midt-Norge. Brukerutvalget har tru på at gjennom god brukervedvirkning i alle deler av virksomheten – både på individ – og systemnivå – så vil dette være mulig.

Tilskudd til brukerorganisasjonene. Helse Midt-Norge RHF utlyser og tildeler tilskudd til organisasjoner. Dette er meget viktige tilskudd som gis for at brukervedvirkning skal kunne bli ivarettatt fra organisasjonene. Dersom brukervedvirkning skal kunne fungere som forutsatt og forventet av oppdragsgiver, må det settes av midler som gjør at organisasjonene skal kunne påta seg disse oppgavene på en tilfredsstillende måte. Organisasjonene må fungere godt som ressurser for personene som deltar som brukervedvirkere på systemnivå i Helse Midt-Norge RHF. Posten

tilskudd til organisasjoner i Helse Midt-Norge RHF har ikke blitt økt i takt med forventet brukermedvirkning.

Helseforskning. Brukermedvirkning i helseforskning er et nytt og krevende arbeidsområde. Nasjonale retningslinjer er vedtatt og tatt i bruk. Forståelsen av hvordan dette skal ivaretas og praktiseres er vanskelig å få på plass på en god måte. RBU er derfor meget godt fornøyd med at styret i Helse Midt-Norge RHF fulgte opp et vedtak i RBU, med et vedtak i HMN RHF om at det skal utarbeides en regional veileder for gjennomføring av brukermedvirkning i helseforskning i HMN. Denne veilederen har ennå ikke blitt utarbeidet.

Av andre saker RBU har vært opptatt av nevnes summarisk:

- Oppnevning av brukerrepresentanter
- Brukermedvirkning i helseforskning
- Program for pasientsikkerhet og kvalitet
- Fritt behandlingsvalg
- Barneavdelinga ved Sykehuset i Kristiansund N
- Sikkerhetspsykiatri
- Regional plan for TBS og psykisk helse
- Regional plan for SFB (Svangerskap, fødsel og barsel)
- Utskriving av pasienter til kommuner med manglende opplegg for mottak
- Strategi for forskning og innovasjon
- Medikamentfri behandlingstiltak (psykiatri / rus)
- En innbygger – en journal
- Program for pasientbehandling og samhandling
- Strategi for utdanning og kompetansedeling
- Aktivitetsplaner for Internrevisjonen
- Forskningspris
- Pasientsikkerhetspris
- Årsrapporter fra bruker- og pasientombud
- Oppdrags- og styringsdokumenter
- Ambulansestructur og regionale funksjoner

Avslutning

Brukerutvalget er tilfreds med at majoriteten av helseforetakene har økonomiske resultat som gir grunnlag for investeringer i nytt sykehus i Møre og Romsdal og nye IKT-pasientsystemer. Brukerutvalget ønsker at helsetjenesten styres slik at det gis handlefrihet til realisering av de gode intensjoner som følger av styrevedtak, plan for strategisk utvikling fram mot 2030 og den økonomiske langtidsplanen.

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

Basert på eiers overordnet styringsbudskap og Helse Midt-Norges prioriteringer ble det i HMN satt særskilt fem områder som skulle ha et gjennomgående ledelsesfokus i 2015;

- ✓ Pasientsikkerhet – færre pasientskader
- ✓ Ingen pasienter skal oppleve fristbrudd
- ✓ Ventetiden skal ned

- ✓ Reduksjon i avvik på arbeidstidsbestemmelsene
- ✓ Bærekraftig økonomi

Ventetiden skal ned – Ingen pasienter skal oppleve fristbrudd.

Reduksjon i ventetider og fristbrudd har vært en prioritert over flere år og KTV/KVO er både fornøyd og imponert over arbeidet som er gjort og den positive utviklingen vi har hatt 2015, men det er en ytterst vanskelig balansegang med en aktivitetsøkning uten tilsvarende økning av ressurser.

Bærekraftig økonomi.

Den økonomiske situasjon er preget av betydelige forestående og helt nødvendige investeringer, som til dels er et resultat av tidligere tiders prioritering av drift fremfor vedlikehold og investeringer. Det er i dagens situasjon et betydelig krysspress mellom økonomi på en side og drift, investeringer til nybygg og vedlikehold, MTU, nye medisiner og IKT på en annen side. Dette har bekymret KTV/KVO i mange år. Vi registrerer at den økonomiske situasjonen for helseforetakene er forverret i 2015 og dette bringes inn i 2016. KTV/KVO er spesielt opptatt av de områder hvor HF ene selv ikke kan påvirke resultatet. Den store dreiningen av aktivitet fra døgnbehandling til dag- behandling og poliklinikk viser seg ikke å lønne seg økonomisk. Tyngre pasienter blir i større grad behandlet poliklinisk og DRG refusjonen tar ikke høyde for en ønsket utvikling. Det foregår også en betydelig "skjult effektivisering", hvor de vesentligste drivere er nye metoder, nye medisiner, økt pasientskadeerstatninger o. l.

Pasientsikkerhet- færre pasientskader

Pasientsikkerhet skal ha og har et betydelig ledelsesfokus og gir resultater, men fortsatt er det en god vei å gå før vi har en åpenhetskultur vi kan si oss fornøyd med. Åpenhetskultur er et vesentlig moment i en pasientsikkerhetssammenheng. Det samme kan man si om HMS og fra vårt perspektiv mener vi HMS behøver et større ledelsesfokus og engasjement enn det vi mener å registrere på alle ledernivå for 2015.

Reduksjon i avvik på arbeidstidsbestemmelsene

KTV/KVO har tidligere berømmet Helse Midt-Norge for arbeidet med å avdekke brudd på arbeidstidsbestemmelser i lov og avtaleverk, men det er fortsatt betydelige antall og til dels alvorlige brudd på arbeidstidsbestemmelsene og vi kan ikke se at man har lyktes i dette arbeidet i 2015 – til tross for at det er satt opp som et av fem ledelsesfokus for året. Etter vår oppfatning dreier det seg mye om mangel på ressurser, opp mot oppgavene som skal løses.

Andre kommentarer

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.

Faste stillinger for leger i spesialisering skulle effektueres fra 1. juli 2015 etter avtale mellom partene. Prosess i HMN i forkant av innføring av faste stillinger ble oppfattet som både god og ryddig – og endte med en prosjekt-sluttrapport, som begge parter hadde et eierforhold til. Innfasing av faste stillinger på det enkelte HF har ikke vært tilsvarende ryddig og god – fortsatt gjenstår det en god del før man kan si at avtalen er oppfylt. Det mangler bl. a. for de aller fleste en utdanningsplan, noe som skal presenteres sammen med arbeidsavtalen - dette oppfattes som et klart avtalebrudd.

Stedsvalg for nytt sykehus i Møre og Romsdal har skapt uro i organisasjonen. Det har vært energitappende mange steder, men videre arbeidet med planer for spesialisthelsetjenesten i Nordmøre og Romsdal er etter KTV/KVO's oppfatning under god ledelse og medvirkning. Den vanskelige økonomiske situasjonen i foretaket Møre og Romsdal er også energikrevende for hele foretaksgruppen i Midt-Norge

KTV/KVO er tilfreds med at ny administrerende direktør er på plass og berømmer han for det gode samarbeidsklima som er etablert.

KTV/KVO peker også på arbeid gjennom året med strategi for Tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern, Forskning og Innovasjon, Utdanning og Kompetanseutvikling samt prosjekt bildediagnostikk i Midt-Norge som viktig for videreutvikling av spesialisthelsetjenesten i regionen og har understøttet arbeidet helhjertet. Arbeidet med "den gylne regel" innenfor PH og TSB strever man med og man kan neppe si at målet er nådd for 2015, dette har KTV/KVO vært opptatt av i 2015 og forfulgt på flere arenaer.

8. Vedlegg

8.1 Tabellrapportering: Styringsparametre og rapporteringskrav 2015

Styringsparametre	Datakilde	2013	2014	2015	Mål
<i>Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten</i>	<i>Helsedirektoratet</i>	73	72	67	<i>Under 65 dager</i>

Styringsparametre	Datakilde	2013	2014	2015	Mål
<i>Andel fristbrudd for rettighetspasienter</i>	<i>Helsedirektoratet</i>	5,2	3,9	2,7	<i>0 %</i>

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2014	2. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: • Er målet nådd? • Hvis nei, hvorfor ikke?
<i>Andel pasienter 18- 80 år innlagt med blodpropp i hjerne som har fått behandling med trombolyse</i>	<i>Helsedirektoratet</i>	12,8	10,1	11,9	14,7	20 %	<p>Det er etablert et regionalt pasientforløp for hjerneslag som nå er implementert ved sykehusene.</p> <p>Tiltakspakken for behandling av hjerneslag er nå gjennomført ved samtlige relevante enheter i Helse Midt-Norge.</p> <p>Det er etablert rutiner internt for kortest mulig «door to needle» tid og det er regelmessig FAST-øving på sykehusene.</p> <p>Informasjonskampanjer rettet mot pasientene for å øke andelen som ankommer innen 4 timer.</p> <p>Bedre samarbeidet med prehospitaltjenester for pasienter med lang reisevei.</p> <p>Sørge for at alle avdelinger som gir trombolysebehandling benytter den nasjonale særkoden for trombolyse.</p> <p>Fortløpende vurdere indikasjonsstilling. St. Olavs Hospital har vært noe restriktiv ved milde slag fordi gevinst versus risiko er dårligere avklart for denne gruppen. For pasienter med moderate og alvorlige slag hvor effekten av trombolyse er størst er andelen som får trombolyse ved St Olavs Hospital større enn ved de fleste andre sykehus.</p>	<p>Resultatene er på vei opp, men måltallet på 20 pst. er ikke nådd for regionen samlet.</p> <p>Det er store variasjoner mellom helseforetakene. Helse Møre og Romsdal HF oppnådde som eneste helseforetak i regionen målet med en andel på 23,9 pst.</p> <p>Det har vært utfordringer i samarbeid mot prehospitaltjenester og pasientens reisetid og pasientens bevissthet til å ta kontakt med helsetjenesten i tide.</p> <p>Ved St. Olavs Hospital er tallet på indikatoren lavere enn det reelle fordi en av avdelingene som gir trombolysebehandling ikke har vært klar over den nasjonale særkoden som skal benyttes for denne behandlingen.</p>

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2014	2. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: <ul style="list-style-type: none"> • Er målet nådd? • Hvis nei, hvorfor ikke?
<i>Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp for brystkreft, kolrektalkreft, lungekreft og prostatakreft.</i>	<i>Helsedirektoratet</i>			43,9	66,2	<i>70 % ved årsslutt</i>	<p>Hele foretaksgruppa har gjennom året arbeidet intenst med å innføre pakkeforløpene.</p> <p>Helse Midt-Norge benytter standardiserte pasientforløp som metodikk for å implementere nasjonale pakkeforløp. Det er St. Olavs Hospital HF ved regionalt senter for helsetjenesteutvikling, med deltakelse fra alle sykehusforetakene som har fått oppdraget å koordinere implementeringen av pakkeforløpene på vegne av Helse Midt-Norge.</p> <p>Det er etablert et regionalt monitoreringsystem, eSP, for å overvåke pasientforløpene.</p> <p>Utover høsten har bevisstheten omkring korrekt koding økt, og i det interne monitoreringssystemet, eSP, er resultatene som avleses nå betydelig høyere enn de presentert i den nasjonale målingen per 2. tertial 2015.</p>	<p>Målet er ikke nådd for regionen samlet, men to av tre sykehusforetak har nådd målet for 2. tertial.</p> <p>Det noe lave tallet for Helse Midt-Norge samlet skyldes at de spesifikke kodene for pakkeforløp ikke ble kodet for alle pasienter som skulle inngått i pakkeforløp ved St. Olavs Hospital HF.</p>

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2014	2. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: • Er målet nådd? • Hvis nei, hvorfor ikke?
<i>Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid for brystkreft, kolrektalkreft, lungekreft og prostatakreft.</i>	<i>Helsedirektora tet</i>			84,4	67,5	<i>70 % ved årsslutt</i>	Tiltak som rapportert over. Det vil i 2016 satses mer på implementering av regionale standardiserte pasientforløp og pakkeforløp. En regional metodikk skal sikre dette sammen med økt ressursinnsats knyttet til implementering og enda bedre monitorering av forløpene.	Målet er nådd for to av tre sykehusforetak, men ikke for regionen samlet. Videre er det variasjoner mellom de ulike kreftformene. For Kolrektalkreft og brystkreft er måltallet nådd for regionen samlet. Det må tas forbehold om at fokus i første halvdel av 2015 primært var rettet mot etableringen av pakkeforløpene. Fra andre halvdel av 2015 har det vært arbeidet målrettet for at måltallet skal nås.

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2014	2. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Andel reinnleggelser innen 30 dager (som øyeblikkelig hjelp) uavhengig av alder og diagnose</i>	<i>Helsedirektora tet</i>						Per februar 2016 er Helse Midt-Norge ikke kjent med at det er publisert offentlig statistikk for denne indikatoren på www.helsenorge.no eller andre steder. På www.helsenorge.no er det publisert en rekke andre reinnleggelsesindikatorer, men ikke den varianten som er uavhengig av alder og diagnose.

Styringsparametre	Datakilde	2013	2014	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Andel pasienter med hjerneslag som legges direkte inn på slagenhet</i>	<i>Helsedirektora tet</i>	Det er kun publisert tall for 2014 for denne	90,1	Ferskeste måling som er publisert på www.helsenorge.no er fra 2014. I denne målingen er 90,1 pst. av hjerneslagpasientene i Helse Midt-Norge registrert som

Styringsparametre	Datakilde	2013	2014	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
		indikatoren		<p>direkte innlagt på slagenhet. I beskrivelsen av indikatoren heter det at det kliniske måltallet er 90 pst.</p> <p>Av Helse Midt-Norges HF har Helse Nord-Trøndelag HF den høyeste andelen med 94,1 pst. og St. Olavs Hospital HF den laveste andelen med 85,9 pst. Den relativt lave andelen ved St. Olavs Hospital skyldes først og fremst resultatet fra Orkdal sjukehus (75,2 pst.). Ved Orkdal sjukehus legges pasienter med akutt hjerneslag inn ved sengepost på medisinsk enhet med generell indremedisin. Denne sengeposten er igjen subinndelt i tre grupper, hvorav én for slagpasienter. Til denne gruppen er det knyttet personell med spesialkompetanse på slagbehandling. Ved akuttinnleggelser hender det imidlertid noen ganger at slagpasienter ved innleggelse på sengeposten tilordnes an av de to andre gruppene. Når tilstanden avklares er vanlig prosedyre at pasient overføres til gruppe for slagpasienter.</p> <p>Ved St. Olavs Hospital i Trondheim hender det tidvis at andre pasienter enn slagpasienter disponerer seng ved slagenheten. Dette kan føre til at det enkelte ganger ikke er tilstrekkelig kapasitet tilgjengelig ved slagenheten ved innleggelse av pasienter med akutt hjerneslag. Det arbeides nå med utarbeiding av "flyttelister" som skal sikre at det til enhver tid er tilstrekkelig kapasitet ved enheten.</p>

Styringsparametre	Datakilde	mai 2015	november 2015	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
Sykehusinfeksjoner	Folkehelseinstituttet	7,2	Ikke publisert per februar 2016	<p>For 2015 er det hittil kun publisert resultater fra målingen i mai 2015. Denne målingen ga et utypisk resultat for Helse Midt-Norges del. Andelen infeksjoner var på måletidspunktet 7,2 pst. og dermed høyere enn det pleier å være. Resultatet var i stor grad preget av den relativt høye andelen infeksjoner ved St. Olavs Hospital HF: 8,3 pst.. Denne andelen var igjen sterkt påvirket av en høy andel registrerte postoperative sårinfeksjoner. Helse Nord-Trøndelag HF hadde den laveste andelen infeksjoner i regionen med 5 pst.</p> <p>Ved St. Olavs Hospital jobbes det nå med et konkret oppdrag knyttet til identifisering av årsaker til den relativt høye infeksjonsandelen, og påfølgende tiltak. Alle helseforetak er bedt om å identifisere tiltak for å sikre at de når styringsmålet på 4,7 pst. i 2016. Dette vil bli fulgt opp i dialogmøtene mellom helseforetakene og Helse Midt-Norge RHF.</p>

Rapporteringskrav	Datakilde	2013	2014	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus</i>	<i>Helse- direktoratet (SSB)</i>	DPS: 44 pst Sykehus: 56 pst.	DPS; 42 pst. Sykehus 58 pst.	<p>Helsedirektoratet publiserte i november 2015 en rapport som viser utviklingstall for distriktpsykiatriske sentre og sykehus i perioden 1998 til 2014. Rapporten viser at Helse Midt-Norge har hatt en ønsket utvikling hele perioden sett under ett. I 1998 var Helse Midt-Norges andel årsverk på DPS 23pst., og andelen ved sykehus 71 pst. I 2014 er tilsvarende andeler 42 pst. og 58 pst.</p> <p>Når man ser på utviklingen fra 2013 til 2014, så viser den en nedgang fra 43 til 42 pst. i DPS-andel og en økning fra 56 pst. til 58 pst. i sykehusårsverksandel.</p> <p>Tall fra Helse Midt-Norges HR-kube viser at utviklingen i perioden 2014-2015 har vært i tråd med målet om at andelen årsverk i DPS skal øke mer enn andelen årsverk i sykehus. Det har vært en nedgang i psykisk helsevern sykehus med 1,7 pst. og en økning i DPS på 3,2 pst.</p>

Rapporteringskrav	Datakilde	2013	2014	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>	95,2	95.1		<p>De ferskeste tallene som er publisert på totaloverlevelse (30 dager) etter innleggelse på sykehus, er fra 2014. Disse tallene viser at overlevelsen i Helse Midt-Norge var på 95,1 pst. Alle tre sykehusforetak i Midt-Norge ligger jevnt på denne målingen med tall mellom 95,1 pst. og 95,2pst.</p> <p>Det arbeides systematisk og målrettet med å tilby en trygg og effektiv spesialisthelsetjeneste gjennom hele behandlingkjeden ved våre helseforetak. Dette arbeidet gjenspeiles bl.a. i arbeid med tiltak gjennom pasientsikkerhetsprogrammet, samt i arbeidet med å implementere standardiserte pasientforløp.</p>

Rapporteringskrav	Datakilde	2013	2014	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Andel tvangsinnleggelseser</i>	<i>Helsedirektor atet</i>	19,7	18,9	<i>Redusert sammenlignet med 2013</i>	<p>Målet er nådd. Det er imidlertid usikkerhet rundt tallene knyttet til manglende komplettethet i rapporteringen. Se ytterligere omtale under punkt 2.1</p> <p>Det er variasjoner mellom helseforetakene. Helse Møre og Romsdal HF har en andel på 26,8 pst, mens St. Olavs Hospital hadde lavest andel på 14.4 pst.</p> <p>Helse Møre- og Romsdal HF har innledet et samarbeidsprosjekt med Rådet for psykisk helse som handler om riktig og redusert bruk av tvang. Samarbeidspartnere i prosjektet er kommunene, politiet, AMK, Fylkesmannen og Klinikk for rus- og avhengighetsbehandling. Det ble i juni 2015 arrangert en fagdag om teamet. Dette skal bli en årlig møteplass hvor rett bruk av tvang er tema.</p> <p>Øvrige tiltak som gjennomføres i regionen er:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Konsultasjonsbistand fra ambulante akutteam til legevakt og ambulansetjeneste - Spesialistvurdering i front ved mottak av pasienter. - Ansatteopplæring i Terapeutisk Mestring av Konflikt (TMK) - Utarbeiding og innføring av standardisert pasientforløp for psykose: systematikk er tenkt å kunne bidra til riktigere og redusert bruk av tvang - Forbedret IKT-verktøy og bedre målingsmuligheter for å gi oppdatert informasjon om hvorvidt tvangsbruken faktisk går ned.

Rapporteringskrav	Datakilde	Undersøkelser/resultater fra 2014
<i>Pasienterfaringer med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp)</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>	<p>Pasienterfaringer med somatiske sykehus måles langs ni dimensjoner: pleiepersonell, leger, informasjon, organisering, pårørende, standard, utskrivning, samhandling og ventetid. Det gis gjennomsnittlig poengsum på en skala fra 0-100, hvor 100 er best. Ferskeste måletidspunkt i publiserte tall fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er 2014.</p> <p>Helse Midt-Norge skårer høyest i landet for samtlige av de ni indikatorene. Det er en tendens til at Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF skårer gjennomgående høyt. Disse to helseforetakene har de høyeste poengsummene i Helse Midt-Norge for fire av syv dimensjoner, mens Helse Møre og Romsdal HF er rangert lavest av Helse Midt-Norges HF for åtte av de ni dimensjonene. For de fleste dimensjonene ligger Helse Møre- og Romsdal HF likevel relativt høyt sammenlignet med gjennomsnitts-poengsum for de øvrige regionene.</p> <p>Samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste er sentrale tema i Helse Midt-Norges fagledernetverk (med fagpersoner fra samtlige HF i regionen). Kommunikasjon med bl.a. fastlege er også sentralt i arbeidet med utvikling av pasientforløp. Dette er viktige arenaer og prioritert arbeid for å få til læring på tvers av institusjoner og HF, og for å innføre det som til enhver tid er beste kunnskapsbaserte praksis som gjennomgående praksis. For øvrig jobbes det også målrettet og systematisk med annen arbeid som er av betydning for dimensjonene det måles på, deriblant med ventetidsreduksjon og pasientsikkerhet, og kvalitet.</p>
<i>Pasienterfaringer med døgnopphold i psykisk helsevern voksne (resultater kun på nasjonalt nivå)</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>	<p>I følge Pasienters erfaring med døgnopphold i psykisk helsevern voksne – en landsdekkende brukererfaringundersøkelse er</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forberedelse på tiden etter utskrivning • Samarbeid med pårørende • Innflytelse på eget behandlingsopplegg • Valg ved medisiner • Informasjon om behandlingstilbud og om plager/diagnose • Hjelp fra kommunen <p>noen av de områdene der spesialisthelsetjenesten fremdeles har forbedringspotensialer på landsbasis. Helse Midt-Norge RHF har fulgt opp dette blant annet gjennom en ny plan for psykisk helsevern. Disse områdene omtales og har fått interne forbedringstiltak. Samarbeid med pasient, pårørende og kommune er viktig for å bidra til at kommunene kan yte bedre tjenester. Valg ved medisiner følges spesielt gjennom tiltak til alle pasienter og spesielle tiltak gjennom en egen post/enhet øremerket medisinfri behandling eller nedtrapping av medisiner.</p>
<i>Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>	<p>Fastlegers vurdering av DPSer måles langs syv dimensjoner: bemanning, kompetanse, veiledning, henvisning, tilbakemeldinger, ventetid og akutte situasjoner. Det gis gjennomsnittlig poengsum på en skala fra 0-100. Ferskeste måletidspunkt i publiserte tall fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er 2014.</p> <p>Helse Midt-Norge skårer signifikant høyest av regionene på samtlige av de syv indikatorene. Det er en tendens til at Helse Nord-Trøndelag HF skårer gjennomgående høyt. Helseforetaket har høyeste poengsum i Helse Midt-Norge for fire av syv dimensjoner, mens Helse Møre og Romsdal HF er rangert lavest av Helse Midt-Norges HF for tre av de syv dimensjonene. Laveste rangerte helseforetak i Helse Midt-Norge for de enkelte dimensjonene ligger likevel relativt høyt sammenlignet med gjennomsnitts-poengsum for de øvrige regionene.</p> <p>Samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste er sentrale tema i Helse Midt-Norges fagledernetverk (med fagpersoner fra samtlige HF i regionen). Kommunikasjon med bl.a. fastlege er også sentralt i arbeidet med utvikling av pasientforløp. Dette er viktige arenaer og prioritert arbeid for å få til læring på tvers av institusjoner og HF, og for å innføre det som til enhver tid er</p>

Rapporteringskrav	Datakilde	Undersøkelser/resultater fra 2014
		beste kunnskapsbaserte praksis som gjennomgående praksis.
<i>Andel reinnleggelser innen 30 dager av eldre pasienter</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>	<p>De siste publiserte tallene fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten er fra 2013. Disse tallene viser sannsynlighet for reinnleggelse blant pasienter 67 år eller eldre innen 30 dager etter utskrivning. Resultatene for Helse Midt-Norge i målingen viser at sannsynligheten for reinnleggelse var 15,7 pst.. Dette er sammenfallende med landsgjennomsnittet. Helse Nord-Trøndelag HF er registrert med den høyeste sannsynligheten blant HFene i Helse Midt-Norge, med 16,3 pst. St. Olavs Hospital HF er registrert med den laveste, med 15,4 pst. For øvrig viser resultatene fra undersøkelsen at Sjukehuset Orkdal, som er en del av St. Olavs Hospital HF, har en signifikant lavere sannsynlighet for reinnleggelser enn øvrige sykehus. Registrert sannsynlighet ved Orkdal sjukehus var 13,3 pst..</p> <p>I fortolkningen av sannsynlighet for reinnleggelser, vises det til Kunnskapssenterets egen diskusjon av indikatoren på www.helsenorge.no.</p>

Rapporteringskrav	Datakilde	Undersøkelser/resultater fra 2015
<i>Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling</i>	<i>Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten</i>	<p>Kunnskapssenteret publiserte i desember 2014 en rapport som gjengir funn fra en nasjonal pasienterfaringundersøkelse for innlagte pasienter innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Dette betyr at det ikke foreligger regionale resultater.</p> <p>Hovedfunnene i rapporten er at det scores relativt høyt langs mange områder. Spesialisthelsetjenesten utfordres imidlertid på at mange pasienter opplever hverdagslivet som dårlig tilrettelagt etter utskrivning. Dette tilsier at samarbeidet med kommunene bør forbedres, og at spesialisthelsetjenesten bør bidra aktivt til dette. I dette ligger det også at pasientene generelt oppfatter at det er for lite kontakt mellom TSB-personalet og pårørende.</p> <p>Generelt rapporteres det at behandling for andre plager enn rusplagene er for dårlig tilgjengelige. Mange pasienter innen TSB har følgetilstander, både psykiske og fysiske, som kan trenge behandling, men det oppleves ikke at dette blir godt nok ivaretatt.</p> <p>I Helse Midt-Norge følges resultatene fra undersøkelsen opp i regionalt ledernetverk TSB, der også private tilbydere av spesialisthelsetjenester er deltagende. Det må jobbes mot at både offentlige og private aktører lærer av hverandre, og at variasjonene i tilbud blir minst mulig.</p>

