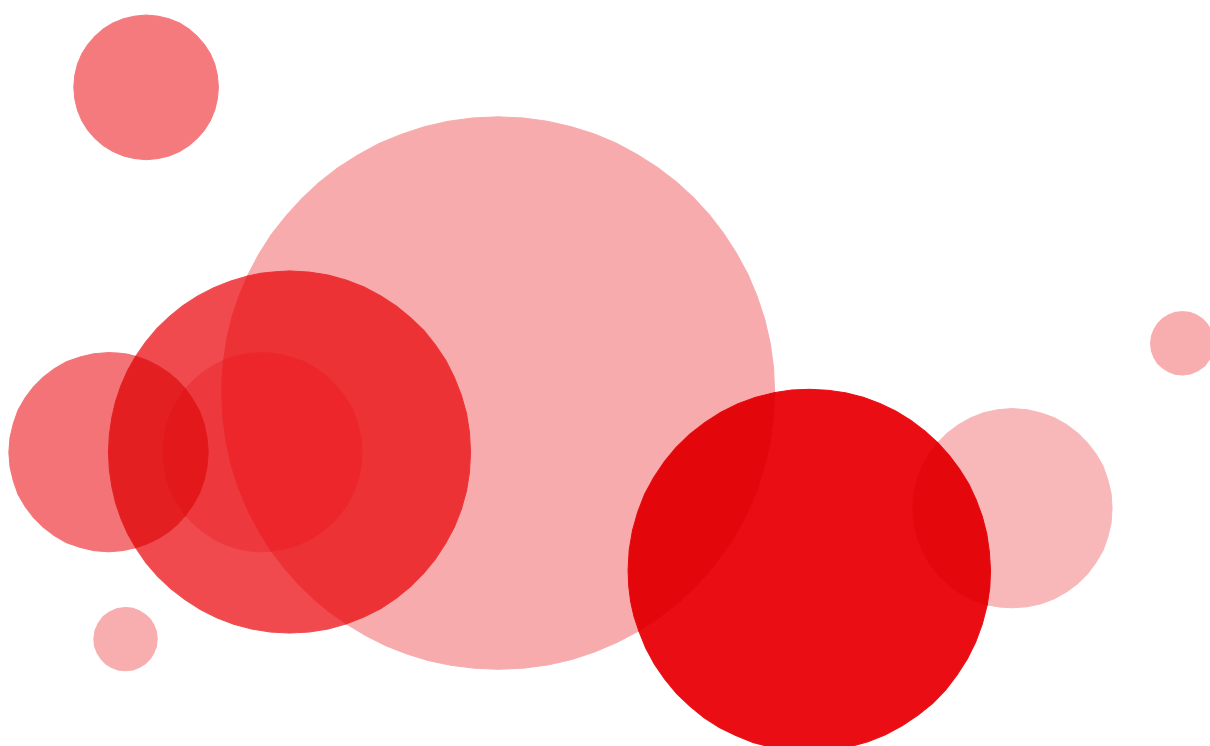


**Årlig melding 2017 for
Helse Midt-Norge RHF til Helse- og
omsorgsdepartementet**



Innhold

1. Innledning	3
1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	3
1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2017	3
2. Rapportering på krav i oppdragsdokument	8
2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	8
2.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	14
2.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	22
3. Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 28. juni 2017 og 22. august 2017	36
3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen	36
3.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling	39
3.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet	40
4. Rapportering på krav fra foretaksmøtet	45
4.1 Krav og rammer for 2017	45
4.2 Øvrige aktuelle saker i 2017	59
5. Styrets plandokument	60
6. Uttalelse fra regionalt brukerutvalg i Helse Midt-Norge	60
7. Uttalelse fra konserntillitsvalgte og konsernverneombud i Helse Midt-Norge	64
8. Vedlegg	67
8.1 Redusere unødig venting, mindre variasjon og bedre effektivitet, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet	67
8.1 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet	70
8.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Utdanning, forskning innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet	72
8.4 Rapportering 2017 Helse Midt-Norge RHF, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet	73

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 foretaksgruppen.

Helse Midt-Norge vedtok i 2016 en ny strategi for foretaksgruppen; Strategi 2030. Strategi 2030 gir en felles ambisjon for alle helseforetakene i Helse Midt-Norge; vi skal bygge en fremragende helsetjeneste til det beste for pasientene og befolkningen.

Strategien definerer fire strategiske mål for hvordan vi skal videreutvikle en fremragende helsetjeneste i Midt-Norge:

- Vi skaper pasientenes helsetjeneste.
- Vi rekrutterer, utvikler og beholder kompetent personell.
- Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse.
- Vi er gode lagspillere.

1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2017

Ventetidene i Helse Midt-Norge har aldri vært så kort som i 2017. Den gjennomsnittlige ventetiden for pasienter som har fått påbegynt behandlingen var 56 dager, noe som er en reduksjon på to dager fra 2016. Alle sykehusforetakene hadde en gjennomsnittlig ventetid under måltallet på 60 dager, og en nedgang i ventetiden fra 2016 til 2017. Helse Midt-Norge RHF har satt differensierte krav til ventetider for de ulike fagområdene. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det området med størst nedgang i ventetidene i 2017. Spesielt gledelig er nedgangen i ventetider innen psykisk helsevern for barn og unge.

Helseforetakene har gjort en betydelig innsats for å redusere både ventetider og fristbrudd. Til tross for dette har alle helseforetakene hatt en økning i **fristbrudd** i 2017, men med en positiv utvikling på slutten av året. De fleste fristbruddene var innen somatikk. Arbeid med å redusere ventetidene ytterligere og unngå fristbrudd, slik at pasientene ikke får ventetid ut over det som er medisinsk riktig og nødvendig, vil fortsatt ha stor oppmerksomhet. For noen fagområder vil en krevende rekrutteringssituasjon, og sårbare miljø med få spesialister, kunne medføre at en i perioder vil kunne møte utfordringer i forhold til disse målene.

Foretaksgruppa har gjennom året arbeidet aktivt med å **redusere variasjon** i ventetider og kapasitet. Helse Midt-Norge RHF ledet i 2017 det interregionale samarbeidet for indikator- og metodeutvikling. Helse Midt-Norges foretrukne metodikk i arbeidet med å redusere uønsket variasjon er utvikling og implementering av standardiserte pasientforløp.

Arbeidet med **standardiserte pasientforløp** har hatt stort fokus også i 2017, og regionen når målet om at 70 % av nye kreftpasienter skal inngå i pakkeforløp. Dette er et viktig tiltak for å redusere uønsket variasjon i helsetjenesten.

Helseforetakene i regionen har fortsatt utfordringer knyttet til pasientsikkerhet, til tross for at det jobbes godt med dette. Å redusere antall sykehusinfeksjoner er utfordrende. Det er spesielt St. Olavs Hospital HF som, til tross for flere tiltak, ikke når målet knyttet til reduksjon i andel **sykehusinfeksjoner**. Det ble i 2017 gitt støtte til i alt 19 pasientsikkerhetsprosjekter i regionen. Prosjektene med mål om regional samhandling ble prioritert og samtlige prosjekter hadde oppstart høsten 2017.

Alle helseforetakene i regionen jobber med å redusere forbruket av bredspektrede **antibiotika**, men en styrket innsats må til for å oppnå måltallet på 30 prosent reduksjon i år 2020 sammenlignet med 2012. Helseforetakene har etablert antibiotikastyringsprogram i tråd med Nasjonal handlingsplan mot antibiotikaresistens, samt jobber kontinuerlig med kartlegging og rapportering, og iverksetting av kompetansehevende tiltak for å øke bevisstheten og redusere forbruket av antibiotika i klinikkene.

Regionen har hatt en liten nedgang i andel **korridorpasienter** og hadde per 2. tertial 2017 lavest andel i landet med 0,5 prosent. Andelen varierer imidlertid mellom sykehusforetakene i regionen.

Andelen pasienter i Helse Midt-Norge som fikk **hjemmedialyse** i 2. tertial 2017 var 13,2 prosent, og selve måltallet på 30 prosent er dermed ikke nådd. Hjemmedialyse tilbys de som har ønske om det og der det er indisert og mulig å gjennomføre. Det er også slik at dialysebehandling tilbys desentralt flere steder i regionen.

Helse Midt-Norge har heller ikke i 2017 lyktes med å nå målet om høyere vekst innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) enn i somatikk på alle måleindikatorene. Dette omtales også som **den gylne regel**. Regionen når målene for ventetider innen TSB og psykisk helsevern barn og unge. Målet innen aktivitet nås for TSB og psykisk helsevern voksne, mens målet innen bemanning nås kun for psykisk helsevern barn og unge. Helse Midt-Norge RHF har per d.d. ikke konsoliderte regnskapstall for 2017 som muliggjør en sammenligning av veksten i kostnadene mellom tjenesteområdene.

Det er stort behov for å jobbe videre med systematisk endring og styrking av psykisk helsevern, og dette er understreket i styringsdokumentene til sykehusforetakene i 2018. Helse Midt-Norge RHF vil ha tett oppfølging av foretakene på dette området framover.

Helseforetakene er bedt om å utarbeide en plan som viser hvordan måloppnåelse skal nås i 2018 og de skal månedlig rapportere på status med fokus på effekt av tiltak, evt. avvik i forhold til plan og korrigerende tiltak.

Alle sykehusforetakene i Helse Midt-Norge utarbeidet i 2017 lokale planer for riktig og redusert bruk av **tvang**. Andelen tvangsinnleggelse til døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne har blitt redusert.

Alle offentlige og private TSB-klinikker i regionen registrerer **avbrudd i døgnbehandling**. Dette er et område det jobbes systematisk med i alle helseforetak i Helse Midt-Norge, og vi ser en positiv utvikling. Som ledd i arbeidet er det innført regionale samvalgsverktøy for pasienter i TSB, for å sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling på dette området.

Helseforetakene i Helse Midt-Norge har høsten 2017 implementert del 1 i **ny spesialistordning for leger (LIS1)** i henhold til ny forskrift. Helseforetakene er også i gang med å forberede implementeringen av del 2 og del 3 i den nye LIS-ordningen. Dette er en kvalitets- og ansvarsreform med store endringer knyttet til innhold og oppgaver i utdanningen, samt endringer i ansvar og roller. Den nye LIS-ordningen innebærer flere nye oppgaver for helseforetakene, og de står ovenfor en betydelig arbeidsmengde knyttet til å utforme og tilpasse læringsaktiviteter til læringsmålene for den nye utdanningen frem mot forskriftens ikrafttredelse 1. mars 2019. Den nye utdanningen fordrer at helseforetakene i langt større grad enn tidligere tar innover seg at de med dette blir utdanningsinstitusjoner. Det administrative og pedagogiske aspektet ved dette er krevende, både faglig, prosessuelt og ressursmessig.

Helse Midt-Norge RHF har i 2017 jobbet systematisk med å styrke **innovasjonssamarbeidet** mellom spesialisthelsetjenesten og næringslivet. Alle helseforetakene i regionen har ansatt egne innovasjonsrådgivere og er i gang med å utarbeide innovasjonsstrategier. 18 innovasjonsprosjekter i regionen fikk tildelt i alt 13,5 millioner kroner fra Helse Midt-Norge RHF i 2017. Prosjektene dekker tjeneste- og produktinnovasjon og stammer fra både Møre og Romsdal og Trøndelag.

De fire helseregionene har utviklet en ny undersøkelse for en samordnet kartlegging av pasientsikkerhetskultur, HMS og arbeidsmiljø kalt **ForBedring**. Den ble for første gang gjennomført i februar/mars 2018. Undersøkelsen skal bidra til å øke kunnskapsgrunnlaget for hvordan ansatte opplever sin arbeidshverdag, og analyser av resultatene skal gi beslutningsgrunnlag for kontinuerlig forbedringsarbeid.

Helseplattformen har i 2017 fortsatt involveringen av helseforetak, kommuner og fastleger i Midt-Norge i arbeidet som danner grunnlaget for anskaffelsen av ny elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system. Målet er en sammenhengende helsetjeneste. Etter at Helseplattformen i 2016 ble utpekt som regional utprøvingsarena for det nasjonale målbildet «En innbygger – én journal», har det nasjonale fokuset økt gjennom dialog og samarbeid. I februar 2017 ble konkurransegrunnlaget for anskaffelsen offentliggjort, og i mai ble det klart at fire leverandører ga tilbud om å levere ny journalløsning til Helseplattformen.

Sommeren 2017 ansatte de tre sykehusforetakene i Midt-Norge og Trondheim kommune egne prosjektledere for innføring av Helseplattformen. Disse skal sikre at organisasjonene er godt forberedt før innføring, og de fire samarbeider tett med programorganisasjonen. Høsten 2017 besøkte Helseplattformen helseforetakene og Direktoratet for e-helse med plakatutstilling og foredrag. Det sikret god informasjon og dialog om arbeidet ut til sluttbrukerne.

Etter gode dialogrunder med de fire leverandørene som ga tilbud innen konkurransefristen, ble det i 2017 foretatt to nedvalg, slik at anskaffelsesprosjektet ved utgangen av året sto igjen med to mulige leverandører. Dialogen med disse (Cerner og Epic) fortsetter inn i 2018.

Med sterkt fokus på pasientens reise gjennom hele helsetjenesten ønsker Helseplattformen en fremtidig løsning som gir pasienten enklere innsyn i egen journal. Samtidig skal helsepersonell i kommune, hos fastlegen og spesialisthelsetjenesten få mulighet til å dele informasjon i sanntid.

Helseplattformen har siden 2015 levert i tråd med vedtatte økonomiske planer og krav til framdrift og faglig innhold. I desember 2017 vedtok styret for Helse Midt-Norge RHF å ta opp lån for å finansiere anskaffelsen av Helseplattformen. Vedtaket ble fattet i lys av en bærekraftanalyse og etter at en eksternt kvalitetssikret konseptrapport ble presentert. Flere viktige milepæler er tilbakelagt, men de kommende fasene vil fortsatt kreve god planlegging, god involvering i linjeorganisasjonene og godt samarbeid med et sammensatt interessent- og aktørbilde.

Helse Midt-Norge RHF har i løpet av 2017 gjennomført flere store **anskaffelser fra private leverandører**, både innen rehabilitering, arbeidsrettet rehabilitering, bildediagnostiske undersøkelser og pasientreiser. Dette som en del av vårt sørge for ansvar. De nye avtalene innen rehabilitering bidrar til å heve kvaliteten på tilbudet ved at innholdet i tjenestene blir tydeligere og legespesialistkompetansen økes. I tillegg medfører organisering og metoder i behandlingstilbudet til mer individuelt tilrettelagte pasientopphold, bedre utnyttelse av tida under rehabiliteringsoppholdet og bedre grunnlag for økt samhandling med kommunene. Kontraktene innenfor pasientreiser innebærer blant annet en standardisering av vilkårene for pasienttransport, noe som er viktig for å skape forutsigbarhet for partene.

Helse Midt-Norge RHF har i tråd med styringskravet for 2017 også økt antall årsverk for **avtalespesialister** sammenliknet med 2016.

Foretaksgruppa leverer **positive økonomiske resultater** og de økonomiske kravene som er stilt Helse Midt-Norge i 2017 er innfridd. Det er likevel stor variasjon mellom helseforetakene. Foreløpig resultat ved St. Olavs Hospital HF er bedre enn resultatmålet, mens Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF begge har negative resultatavvik. Resultatavvikene skyldes i hovedsak kostnader knyttet til bemanning (både innleie og forbruk av timeverk fra egne ansatte) kombinert med en lavere aktivitet enn planlagt. I tillegg skyldes avviket høyere medikamentkostnader enn budsjettert.

Forprosjektet for **nytt Sykehus i Nordmøre og Romsdal HF** (SNR) ble godkjent av styret i Helse Midt-Norge RHF i desember 2017. SNR består av nytt akuttsykehus på Hjelset i Molde og etablering av et distriktsmedisinsk senter med poliklinikk og dagkirurgi i Kristiansund. Helse Midt-Norge er tildelt lån til SNR ved Helse Møre og Romsdal med en øvre låneramme på 3 554 mill. kroner (2018-kroner), som utbetales i takt med framdriften i prosjektet.

Helse Møre og Romsdal HF vil ha ansvar for å gjennomføre et organisasjonsutviklingsprosjekt der fagmiljøene i Molde og Kristiansund slås sammen og forberede organisasjonen på nye fysiske rammer og rutiner. Gjennom utviklingsprosjektene skal nytenking, forbedring og kvalitet settes på dagsorden i alle faser av planleggingen. OU-prosjektene skal sikre god forankring og medvirkning, samt at det etableres tverrfaglige miljøer for endringer.

Konseptrapporten for nytt **sikkerhetsbygg** ved St. Olavs Hospital HF (Østmarka) ble godkjent av styret i desember 2017. Endelig vedtak om forprosjekt og gjennomføring er ventet framlagt høsten 2018.

Hvordan foretaksgruppen **forvalter 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. Samtidig er det flere prosesser på gang som legger føringer av stor betydning for både innhold, struktur og organisering av tjenesten i regionen. Helseplattformen er i dialogfase med aktuelle leverandører og planlegger tildeling av kontrakt våren 2019. Byggingen av sykehus i Nordmøre og Romsdal er i gang og helseforetakene har utarbeidet utviklingsplaner med en tidshorisont fram mot 2035. Regional utviklingsplan vil bli lagt frem for styret i oktober 2018.

Helse Midt-Norge RHF har et **tett og konstruktivt samarbeid** med både regionalt brukerutvalg, konserntillitsvalgte og konsernverneombud. Disse har gitt sine innspill til årlig melding i hhv. kapittel 6 og 7. Alle helseforetakene har i 2017 etablert **ungdomsråd**. Rådene vil bli viktige bidrag for videre tilrettelegging av tilbudene til barn og unge.

2. Rapportering på krav i oppdragsdokument

2.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Mål 2017:

- Gjennomsnittlig ventetid skal reduseres i alle regioner sammenliknet med 2016. Gjennomsnittlig ventetid skal være under 60 dager i alle regioner.

Målet er nådd.

Aldri før har ventetida vært så kort for pasientene i Helse Midt-Norge som i 2017. I 2017 var den gjennomsnittlige ventetiden 56 dager, noe som er en reduksjon på to dager fra 2016. Alle sykehusforetakene hadde en gjennomsnittlig ventetid under måltallet på 60 dager, og en nedgang i ventetiden fra 2016 til 2017.

I 2017 hadde Helse Nord-Trøndelag HF lavest ventetid med et gjennomsnittlig på 54 dager. Helse Møre og Romsdal HF hadde den lengste ventetiden med 58 dager.

Gjennomsnittlige ventetid for alle som startet behandling i 2017 fordelt per fagområde var (2016-tall i parentes);

Somatikk	57 dager (58)
Psykisk helsevern barn og unge	56 dager (58)
Psykisk helsevern voksne	53 dager (52)
Tverrfaglig spesialisert rusbehandling	28 dager (32)
Samlet alle fagområder	56 dager (58)

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling er det området med størst nedgang i ventetidene i 2017. Det har også vært nedgang i ventetidene innen psykisk helsevern for barn og unge.

- Ingen fristbrudd.

Målet er ikke nådd.

I 2017 ble det totalt for Helse Midt-Norge registrert 1,7 prosent fristbrudd (andel pasienter som mottok behandling/utredning etter frist). Sammenlignet med tidligere år er andelen økt noe, fra 1 prosent fristbrudd i 2016. Andelen fristbrudd har økt gjennom hele 2017, men med en positiv utvikling i årets tre siste måneder.

Andelen fristbrudd var høyest i Helse Møre og Romsdal HF med 2,5 prosent, og lavest ved St. Olavs Hospital HF med 1,1 prosent. Alle helseforetakene hadde en økning både i antall og andel fristbrudd fra 2016 til 2017.

De fleste fristbruddene for avviklede pasienter var innen somatikk. Fristbruddene i psykisk helsevern er i Helse Møre og Romsdal HF, og årsaken til dette skyldes i hovedsak utfordringer knyttet til rekruttering av kompetent personell.

Alle helseforetakene har gjennom 2017 igangsatt en rekke tiltak for å redusere fristbruddene. Ved St. Olavs Hospital HF har man startet opp et logistikkprosjekt som virker lovende med tanke på å identifisere og avhjelpe flaskehalsproblematikk. Helse Møre og Romsdal HF har utarbeidet handlingsplaner for de fagområdene der de har størst utfordringer.

Handlingsplanene kombinerer ulike type tiltak i de skisserte løsningsforslagene for de ulike fagområdene, for eksempel innføring av sykepleierdrevet poliklinikk, oppstart av kveldspoliklinikk og økt samhandling.

- Andel nye kreftpasienter som inngår i et pakkeforløp skal være minst 70 pst.

Målet er nådd.

Et pakkeforløp er et standard pasientforløp som beskriver organisering av utredning og behandling, kommunikasjon/dialog med pasient og pårørende, samt ansvars plassering og konkrete forløpstider. For Helse Midt-Norge samlet ble 75,1 prosent av nye kreftpasienter inkludert i pakkeforløp i 2. tertial 2017. Resultatene er dermed innenfor det nasjonale målkravet.

Helse Nord-Trøndelag HF er det av sykehusforetakene med den høyeste måloppnåelsen på området, med 90,6 prosent av nye kreftpasienter i pakkeforløp i 2. tertial. Helse Møre og Romsdal HF hadde den laveste måloppnåelsen i regionen med 69,4 prosent i 2. tertial.

- Andel pakkeforløp for kreftpasienter som er gjennomført innen definert standard forløpstid uavhengig av type pakkeforløp skal være minst 70 pst.

Målet er ikke nådd.

Når man ser på samleindikatoren for 26 organspesifikke pakkeforløp, gjennomførte Helse Midt-Norge samlet 64,6 prosent av forløpene innen standard forløpstid i 2. tertial 2017.

I 2017 har Helse Møre og Romsdal HF den høyeste måloppnåelsen med 68,5 prosent i 2. tertial. Helse Nord-Trøndelag HF har den laveste måloppnåelsen med 56,9 prosent i samme periode. Utviklingen viser en nedgang i andel pakkeforløp fra første til andre tertial.

Både Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF melder at utfordringene først og fremst er på områdene der helseforetakene ikke har all behandling selv, men skal overføre pasienter til St. Olavs Hospital. Her har det i 2017 vært utfordringer knyttet til rutiner og kapasitet. For Helse Nord-Trøndelags del har det i 2017 også vært spesielle utfordringer knyttet til bemanning og kapasitet på urologi, men dette meldes å være i bedring i 2018.

For å bedre måloppnåelsen har helseforetakene fokus på å holde oversikten over flaskehalser, samt aktuelle tiltak. Det er også regionale oppfølgingsmøter per forløp for forløpsansvarlige leger koordinert av Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU).

- Redusere variasjonen i effektivitet og kapasitetsutnyttelse mellom sykehusene, jf. andre oppgaver.

Målet er nådd.

Arbeidsgruppe for indikator- og metodeutvikling (AIM) ble opprettet i 2015 for å jobbe med reduksjon av uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten. Representanter fra de fire regionale helseforetakene (RHF-ene), Helsedirektoratet, Helseatlas miljøet og Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) ble bedt om å bidra i arbeidet. Ledelsen av arbeidet har gått på omgang mellom regionene, og Helse Midt-Norge RHF hadde ansvar for å lede arbeidet i 2017. Arbeidet har i 2017 gått langs fire akser:

- Videreutvikling og uttesting av indikatorer som ble identifisert i 2016
- Vurdering av utvikling/bruk av indikatorer på nye fagområder
- Bruk av de nasjonale indikatorene i styringsmessig oppfølging og lokalt forbedringsarbeid
- anbefalinger for det videre arbeidet

Det vises til rapporten «Reduksjon av uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten» som ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet i oktober 2017.

I ovennevnte rapport beskrives også eksempler på regionalt endringsarbeid i Helse Midt-Norge. Eksemplene henger tematisk sammen med hverandre og understøtter hverandre:

1. Standardisering av pasientforløp
2. Helhetlig virksomhetsstyring som verktøy i standardiserings- og endringsarbeid
3. Reduksjon av kontakter som har passert planlagt tid

Andre oppgaver 2017:

- Helse Midt-Norge RHF skal følge opp Helsedirektoratets gjennomgang av kvalitet i ventelisteregistrering som er ventet publisert 1. februar 2017.

Målet er nådd.

I Helsedirektoratets rapport «Utredning av ventelisteregistrering i spesialisthelsetjenesten» fra mai 2017 adresseres blant annet problemstillinger relatert til at tekniske forhold i de pasientadministrative systemene kan bidra til henholdsvis urettmessig høy utredningsandel og urettmessig høy andel av henvisninger der det ikke gis rett til helsehjelp. utfordringene som er omtalt ser ikke ut til å berøre de tekniske løsningene som anvendes i Helse Midt-Norge. Helse Midt-Norge har derfor tatt konklusjonene fra rapporten til orientering.

For øvrig har Helse Midt-Norge blitt bedt om å stille med kontaktperson samt representanter til referansegruppe som skal jobbe med videre oppfølging på området, i regi av Helsedirektoratet. De etterspurte personene og representantene har blitt stilt til rådighet.

- Helse Midt-Norge RHF skal implementere pakkeforløp hjerneslag.

Arbeidet pågår.

Arbeidet med å implementere pakkeforløp hjerneslag ble ikke fullført i 2017, da helseforetakene har ventet på nasjonale føringer på området. Pakkeforløp hjerneslag fase 1 ble først lansert 18. desember 2017. Dette forløpet vil bli implementert våren 2018. Fase II (rehabilitering) kommer senere.

- De regionale helseforetakene skal, i samråd med Helsedirektoratet, vurdere konkrete tiltak for å bedre samhandlingen mellom sykehusene og private avtaleparter. Tiltakene skal også inkludere private med godkjenning gjennom fritt behandlingsvalgordningen, særlig der det er vesentlige forskjeller i kapasitetsutnyttelsen mellom ulike institusjoner, og tilgjengeligheten derfor kan forbedres gjennom å utnytte disse forskjellene. Som grunnlag for vurdering av tiltakene, skal det gjennomføres en kartlegging og analyse av årsakene til at samhandlingen ikke er tilfredsstillende. Helse Sør-Øst RHF leder arbeidet. Forslag til tiltak skal legges fram for departementet innen 1. juni 2017.

Målet er nådd.

Oppdraget ble gitt til de regionale helseforetakene i fellesskap, og Helse Sør-Øst RHF har ledet arbeidet. Svar på oppdraget ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i juni 2017, i form av en redegjørelse over hvilke tiltak som var vurdert med grunnlag i kravet i oppdragsdokumentet. Som et ledd i arbeidet ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant alle private leverandører som har avtale med de regionale helseforetakene, samt blant alle helseforetakene, for å sikre et så bredt grunnlag for redegjørelsen som mulig.

De registrerte svarene var i overensstemmelse med tidligere erfaringer og kunnskap.

Redegjørelsen inneholdt en oversikt over tiltakene som allerede er etablert for å få til et bedre samarbeid mellom helseforetakene og private avtaleparter, som:

- Etablering av løpende eller mer langsiktige avtaleforhold med private avtaleparter hvor man har funnet grunnlag for å ha avtaler av en viss varighet
- De private avtalepartene har enkelte steder vært inkludert i helseforetakenes plan- og utviklingsarbeid
- Private avtaleparter har innenfor enkelte områder vært inkludert ved utarbeidelse av regionale planer.
- Det er lagt inn fleksibilitet i avtalene i form av opsjoner når det gjelder avtalelengde og volum

- Det er mange steder etablert regionale vurderingsenheter for å kvalitetssikre rettighetsvurderingene og bedre oversikten over behandlingsoalternativene også hos private avtaleparter
- I en del avtaler er det nå innarbeidet en plikt både for helseforetakene og private avtaleparter til å delta på samarbeidsmøter /fagmøter etc.

Det var også lagt ved forslag til tiltak som vil kunne forbedre samarbeidet mellom helseforetakene og private avtaleparter ytterligere.

- De regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og i samarbeid med Helsedirektoratet, skal i løpet av første halvår 2017 gjennomføre en informasjonskampanje for å øke pasienters og helsepersonells kjennskap til pasientrådgivere og nettsiden «Velg behandlingssted».

Målet er nådd.

Det ble gjennomført en nasjonal informasjonskampanje i perioden 19. mai til 4. juni 2017. Informasjon ble spredd via ulike sosiale medier, nettsidene til Helsenorge, Helsedirektoratet, helseforetakene og flere betalte flater. Målet var å øke pasienters og helsepersonells kjennskap til rettigheten fritt behandlingsvalg, pasientrådgivere og nettsiden «Velg behandlingssted». Helse Midt-Norge RHF deltok i arbeidet med informasjonskampanjen gjennom deltakelse i arbeidsgruppe og finansiering gjennom regional pasientrådgiver.

Nullpunkt – og effektmåling viser fem prosentpoeng økning i kjennskap til rettigheten fritt behandlingsvalg, tolv prosentpoeng økning i kjennskap til nettsiden «Velg behandlingssted» og tre prosentpoeng økning i kjennskap til pasientrådgivere. Helse Midt-Norge ser behov for å arbeide videre med at HELFO tar kontakt med regional pasientrådgiver og at det blir mulig med direkte innvalg gjennom 800HELSE.

- Helse Midt-Norge RHF skal i 2017 gi styringsmessig prioritet til:
 - Oppfølging av forskjeller i kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus målt ved følgende indikatorer:
 - Andel og antall pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet.
 - Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten.
 - Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
 - Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet.
 - Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted.

De regionale helseforetakene skal i oppfølgingsmøter i 2017, rapportere særskilt på utviklingen i disse indikatorene innen psykisk helsevern, ortopedi,

hjertesykdommer, plastikkirurgi, øyesykdommer, og øre-nese-hals sykdommer, hensyntatt evt. forskjeller i den enkelte indikatorers relevans for ulike fagområder.

- Oppfølging av systematiske sammenlikninger mellom sykehus av dagbehandling for behandlinger/pasientgrupper og gjennomsnittlig liggetid for de prosedyrer/pasientforløp som de regionale helseforetakene har pekt på i sin rapport til departementet av 25. november 2016.

Arbeidet pågår.

Helse Midt-Norge har i 2017 prioritert oppfølging av forskjeller i kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus. Det jobbes kontinuerlig med utvikling av indikatorene. Som nasjonal indikator er andel pasientkontakter med passert planlagt tid relativt ny, og det forelå derfor nasjonale, offisielle tall først i 2017. For Helse Midt-Norge samlet har andelen i 2017 vært mellom 10 og 11 prosent. St. Olavs Hospital HF har hatt lavest andel med opptil 9,3 prosent. Helse Møre og Romsdal HF har hatt høyest andel med opptil 13,5 prosent.

For indikatoren som måler andel pasienter vurdert til ikke å ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, har den faglige oppmerksomheten primært vært rettet mot psykisk helsevern. Dette siden det andre fagområdet som det er publisert offisielle tall for, ortopedi, har svært lave andeler og liten variasjon i Midt-Norge.

Innen psykisk helsevern i Helse Midt-Norge har det i perioden 2016-2017 blitt vurdert at 13 - 15 prosent av henvisningene ikke gir grunnlag for å konkludere med at det foreligger et behov for å gi helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Innad i regionen har St. Olavs Hospital HF høyeste andeler, med i overkant av 20 prosent i 2017. Lavest andel har Helse Nord-Trøndelag HF med ca. 1 prosent.

Andel konsultasjoner som utføres utenfor fast behandlingssted, ambulant virksomhet innen psykisk helsevern, lå i 2017 for Helse Midt-Norge samlet mellom 8,4 og 9,7 prosent, med til dels store forskjeller mellom helseforetakene i regionen: Helse Møre og Romsdal HF hadde høyest andel med 14,5 prosent, mens Helse Nord-Trøndelag HF hadde lavest andel med 3,3 prosent. Det foregår faglige diskusjoner om temaet i regionen.

I løpet av 2018 vil det jobbes videre med å endre kodings-/registreringspraksis. Dette antas å påvirke tallene for kontrollandel i tiden fremover. For å kunne arbeide målrettet med indikatorene for nyhenviste, har det blitt startet et arbeid for å utvikle tilpassede rapporter i Helse Midt-Norges virksomhetsstyringssystem.. De ferdige rapportene vil inneholde tilleggsdimensjoner som antas å være viktige for å forklare forskjeller mellom enheter og fagområder.

Det vises for øvrig til rapporten «Reduksjon av uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten» levert til Helse- og omsorgsdepartementet oktober 2017.

- De regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Midt-Norge RHF og i samarbeid med Helsedirektoratet, skal innen medio oktober 2017:
 - Utføre analyser for å måle effektivitet og kapasitetsutnyttelse for poliklinisk aktivitet som kobler aktivitetsdata, HR-data og data for kostnad på pasientnivå (KPP), med sikte på å utvikle indikatorer.
 - Arbeide videre med de 5 indikatorene som ble foreslått i 2016, både for å sikre datakvalitet og optimale definisjoner, samt for å innhente og videreformidle erfaringer med bruken av indikatorene
 - Foreta systematiske sammenligninger av kapasitetsutnyttelse og effektivitet for utvalgte prosedyrer/forløp med forbruk av de samme prosedyrene/forløpene på tvers av sykehus. Det forutsettes at NPR og SKDE involveres i dette arbeidet.
 - Legge fram en plan for styringsmessig oppfølging og videre utviklingsarbeid knyttet til variasjon i effektivitet og kapasitetsutnyttelse

Målet er nådd.

Det vises til rapporten «Reduksjon av uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten» levert til Helse- og omsorgsdepartementet oktober 2017.

Helse Midt-Norge RHF har ledet arbeidsgruppa i AIM-prosjektet der alle regioner har deltatt. Prosjektet har hatt en bredt sammensatt styringsgruppe, og en referansegruppe der både tillitsvalgte og brukere har deltatt. Både Nasjonalt Servicemiljø for Medisinske Kvalitetsregistre, SKDE og kvalitetsregistermiljøet har bidratt i arbeidet.

Hovedkonklusjoner i rapporten er at arbeidet med å utvikle indikatorer (både de som er identifisert og nye) bør fortsette. I rapporten presiseres det at nasjonale indikatorer viser observert variasjon, men at en er avhengig av lokale data og et lokalt analysearbeid for å identifisere hva som er uønsket variasjon. Å identifisere uønsket variasjon er en viktig inngang til lokalt forbedringsarbeid.

Rapporten understreker at i alt forbedringsarbeid er det viktig å ha perspektiv både på «indre effektivitet», dvs. for den enkelte enhet, og på «ytre effektivitet», dvs. i et populasjonsperspektiv.

2.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Mål 2017:

- Det skal være høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Distriktpsikiatriske sentre og psykisk helsevern for barn og unge skal prioriteres innen psykisk helsevern. Veksten skal måles i gjennomsnittlig ventetid, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og «private institusjoner med oppdragsdokument») og aktivitet (polikliniske konsultasjoner).

Målet er ikke nådd.

Dette målet omtales som «den gylne regel», og Helse Midt-Norge RHF videreførte dette i styringsdokumentene for alle sykehusforetakene.

Oppsummert måloppnåelse gylne regel 2017:

	Aktivitet	Ventetid	Bemanning	Kostnader*
TSB	✓	✓	✗	✓
Psykisk helsevern voksne	✓	✗	✗	✓
Psykisk helsevern barn og unge	✗	✓	✓	✗

*Basert på tall per 2. tertial. Tall per 3. tertial foreligger per d.d. ikke.

For ventetider samlet for Helse Midt-Norge er utviklingen fra 2016 til 2017 bedre for BUP og TSB enn for somatikken. Psykisk helsevern for voksne har en dårligere utvikling i 2017 enn for somatikken.

For polikliniske kontakter er veksten fra 2016 til 2017 for TSB og psykisk helsevern for voksne høyere enn for somatikken. Psykisk helsevern for barn og unge har hatt en lavere vekst i polikliniske kontakter enn somatikken.

For bemanning er veksten fra 2016 til 2017 høyere for psykisk helsevern for barn og unge enn for somatikken. For psykisk helsevern for voksne og TSB er veksten lavere enn for somatikken. I oppdragsdokumentet til Helse Midt-Norge RHF for 2018 fremkommer det at årsverk er tatt ut som måleparameter for prioriteringsregelen. Dette da årsverkstall fra SSB ikke gir en fullstendig oversikt over årsverk etter sektor på grunn av reglene for innrapportering av fellespersonell.

Ved St. Olavs Hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF har andel årsverk økt mer i DPS enn for sykehus for psykisk helsevern for voksne i 2017. Det gjelder også pr 2. tertial for Helse Møre og Romsdal men vi mangler data pr 3. tertial.

Regionen har ikke ferdigstilt kostnader pr tjenesteområde per 3. tertial. Pr 2. tertial var status slik: Helse Møre og Romsdal HF hadde en høyere vekst i kostnader for psykisk helsevern og TSB enn for somatikk. For St. Olavs Hospital HF var kostnadsveksten høyere for VOP og TSB enn for somatikken mens for BUP var veksten lavere. I Helse Nord-Trøndelag HF var kostnadsveksten høyest for somatikken. Samlet for de tre sykehusforetakene i regionen var veksten i kostnader pr 2. tertial høyere for somatikk enn for psykisk helsevern og TSB.

Tall fra 2017 sammenliknet med tilsvarende periode 2016. Kilde ØBAK									
	1. tertial 17	% endring	2. tertial 17	% endring	3. tertial 17	% endring	Hele 2017	% Endring	
Gj.snitt ventetid somatikk	54,3	-9,2 %	57,6	2,7 %	58,8	1,0 %	56,8	-2,3 %	
Gj.snitt ventetid VOP	53,5	-0,5 %	55,5	5,9 %	49,5	2,3 %	52,7	2,2 %	
Gj.snitt ventetid BUP	56,9	-5,8 %	60,4	2,4 %	49,5	-9,8 %	55,6	-4,4 %	
Gj.snitt ventetid TSB	27,6	-23,7 %	29,2	-5,4 %	26,3	-1,6 %	27,6	-12,5 %	
Polikliniske kontakter somatikk m/ ref	286 028	2,2 %	254 700	5,3 %	288 906	4,1 %	829 634	3,8 %	
Polikliniske kontakter VOP m/ ref*	-	-	-	-	-	-	238 048	-0,3 %	
Polikliniske kontakter BUP m/ ref	44 341	-3,3 %	34 720	-3,5 %	42 681	-2,9 %	121 742	-3,2 %	
Polikliniske kontakter PHV m/ ref	-	-	-	-	-	-	-	-	
Polikliniske kontakter TSB m/ ref*	-	-	-	-	-	-	39 270	5,3 %	
Månedssverk somatikk	9 904	2,4 %	10 387	2,8 %	10 134	2,5 %	30 425	2,6 %	
Månedssverk VOP	2 287	0,8 %	2 398	1,2 %	2 327	-0,1 %	7 012	0,6 %	
Månedssverk BUP	497	4,5 %	513	6,2 %	508	3,1 %	1 518	4,6 %	
Månedssverk PHV	2 784	1,4 %	2 911	2,1 %	2 835	0,4 %	8 530	1,3 %	
Månedssverk TSB	340	1,6 %	352	2,3 %	339	-0,4 %	1 031	1,2 %	
*På grunn av endring i regelverket er ikke tall for 2017 sammenliknbare med 2016. For året 2017 og året 2016 ble gruppekonsultasjoner holdt utenfor for å gjøre t									

Utfordringene med å nå den gylne regel er mange. Rekruttering av spesialister har også vært utfordrende, både barne- og ungdomspsykiatere og psykologspesialister, noe som er med på å lage flaskehalser i systemet. Dette gjelder spesielt i Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF. Det kan ikke forsvares å tilsette annen kompetanse for å «fylle opp» antall ansatte når utredning og behandling krever spesialistkompetanse.

Det satses målrettet mot styrkning av psykisk helsevern. De fleste nye byggeprosjekter i regionen er rettet mot psykisk helsevern; som nytt akuttbygg på Østmarka (ferdig 2017), Psykiatriløftet i Helse Nord-Trøndelag (ferdig 2018), planlegging av nytt sikkerhetspsykiatribygg på Østmarka og prosjektering av nytt Senter for psykisk helse på Øya. Det vil også bli nye lokaler for psykiatri på nytt sykehus i Møre og Romsdal (SNR).

St. Olavs Hospital HF, divisjon psykisk helse, har gjennomført et prosjekt der de har sett på pasientflytlogistikken på poliklinikken for BUP. Dette er gjort sammen med logistikkmiljøet på NTNU og Regionalt senter for helsetjenesteutvikling (RSHU). Resultatene ser lovende ut og dette sammen med andre tiltak har gitt en klar nedgang i ventetid.

For å sikre bedre måloppnåelse knyttet til den gylne regel ble det i 2017 satt mer spesifikke målsettinger for ventetider og poliklinisk aktivitet pr tjenesteområde for 2017. Det ble videre innført månedlig rapportering på mål for ventetid og poliklinikk per tjenesteområde. Helse Midt-Norge RHF har en tett dialog med helseforetakene for å sikre innfrielse av styringsmålet på flere nivåer. Helseforetakene er bedt om å utarbeide en plan som viser hvordan måloppnåelse skal nås i 2018 og de skal månedlig rapportere på status med fokus på effekt av tiltak, evt. avvik i forhold til plan og korrigerende tiltak.

Helse Midt-Norge RHF er tett på helseforetakene på flere nivå med blant annet et godt utviklet fagledernetverk for både PHV, PHBU og TSB og fagsjefmøter. Her deles informasjon og erfaringer som er med på å bidra til å nå den gylne regel.

- I samarbeid med kommunene redusere antall tvangsinnleggelse innen psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere sammenliknet med 2016.

Målet er nådd.

Den nasjonale kvalitetsindikatoren viser andelen tvangsinnleggelse til døgnbehandling i psykisk helsevern for voksne. I 2. tertial 2017 var andelen tvangsinnleggelse i Helse Midt-Norge RHF 16,4 prosent, noe som var en nedgang fra 16,8 prosent i 2. tertial 2016. Andelen for landet som helhet i 2. tertial 2017 var 17,4 prosent.

Alle sykehusforetakene i Helse Midt-Norge utarbeidet i 2017 lokale planer for riktig og redusert bruk av tvang. Et av de viktigste tiltakene for å hindre tvangsinnleggelse er tidlig intervensjon. Et godt samarbeid med kommunene er avgjørende for å få dette til. Sentrale tiltak er kompetanseheving både i spesialisthelsetjenesten og ved legevakt og hos fastleger.

Helse Midt-Norge RHF har et kontinuerlig fokus på området, og følger opp sykehusforetakene gjennom månedlig rapportering. Riktig og redusert bruk av tvang har også vært tema i fagledernetverk psykisk helse i 2017, for å sikre læring på tvers.

- Registrere med mål om å redusere antall pasienter i døgnbehandling i psykisk helsevern som har minst ett tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere.

Tall for 2017 er ikke publisert.

Helseforetakene i Helse Midt-Norge registrerer bruk av tvang for pasienter i døgnbehandling. Tall for 2017 offentliggjøres ikke før i juni 2018. Det ble i 2017 satt økt fokus på registrering gjennom sykehusforetakenes utarbeidelse av lokale planer for riktig og redusert bruk av tvang.

Andel pasienter i Helse Midt-Norge i døgnbehandling i psykisk helsevern med tvangsmiddelvedtak var 5,8 i 2016. Dette er mindre enn landsgjennomsnittet som viste at tvangsmiddel ble benyttet overfor 7 pst. av pasientene.

- Registrere og sikre færrest mulig avbrudd i døgnbehandling tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

Målet er nådd.

Alle offentlige og private TSB-klinikker i regionen registrerer avbrudd i døgnbehandling. Dette er et område det jobbes systematisk med i alle sykehusforetakene i Helse Midt-Norge og utviklingen er positiv.

Som ledd i arbeidet er det innført regionale samvalg-/feedbackverktøy for pasienter i TSB, ledet av St. Olavs Hospital HF v/ klinikk for rus og avhengighetsmedisin. Målet er å hindre

avbrudd i behandling ved at pasienter med ruslidelser deltar aktivt i beslutninger om egen behandling. Bruken av verktøyet skal evalueres.

Andre oppgaver 2017:

- Helse Midt-Norge RHF skal utarbeide samarbeidsavtaler som omfatter kommunale helsetjenester, kommunalt og statlig barnevern og psykisk helsevern for barn og unge som sikrer god og lett tilgjengelig helsehjelp til barn og unge i barnevernsinstitusjoner, poliklinisk og ambulant, samt veiledning til ansatte i institusjonene. Helsedirektoratet og BUFdir skal utarbeide nasjonale føringer for innhold i avtalene.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge har en overordnet samarbeidsavtale med Bufetat Region Midt-Norge, og har sammen med Bufetat ansvaret for Regionalt samarbeidsorgan for barn/unge (RSBU). I dette organet er alle helseforetakene, Bufetat Region Midt-Norge, Fylkesmannen i Trøndelag og alle kompetansesentre på området i Midt-Norge representert.

Helseforetakene har avtaler med tilnærmet alle barnevernsinstitusjoner i regionen, med unntak av noen private institusjoner i Trondheim. Helsedirektoratet og BUF-dir sin mal for samarbeidsavtaler og mandat for en barnevernsansvarlig i hver Avdeling for psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) kom i desember 2017. Denne må gjennomgås og implementeres i 2018, men har allerede vært drøftet i Regionalt samarbeidsutvalg barn og unge (RSBU).

Helseforetakenes samarbeid med kommunene er nedfelt i de samarbeidsavtalene som allerede finnes.

- Det skal pekes ut barnevernsinstitusjon i hver barnevernsregion som skal ha ansvar for barn og unge med behov for langvarig omsorg utenfor hjemmet og med særlig store psykiske hjelpebehov med oppstart av de to første i 2018. Helse Midt-Norge RHF skal i 2017 forberede en hjemmesykehusmodell i psykisk helsevern for barn og unge rettet mot barn i disse institusjonene.

Arbeidet pågår.

Det er Bufetat som skal være eier av "Nytt institusjonstilbud". Bufetat Region Sør og Region Nord er utpekt av BUFdir til å opprette nytt institusjonstilbud i 2018 og Helse Sør-Øst og Helse Nord er samarbeidspartnere her.

Det pågår et nasjonalt utredningsprosjekt omkring opprettelse og innhold i de nye institusjonene. Her er Helse Midt-Norge representert faglig i prosjektgruppen og i prosjektstyret. Bufdir Region Midt-Norge har opprettet en ressursgruppe rundt våre fagfolk inn i prosjektgruppen, og her er alle helseforetakene representert.

Bufetat Region Midt-Norge skal opprette nytt institusjonstilbud i 2020 og PHBU (psykisk helsevern for barn og unge) skal være samarbeidspartner og ha egne ansatte inn i institusjonen. Bufetat Region Midt-Norge vil samarbeide med Helse Midt-Norge gjennom Regionalt samarbeidsutvalg for barn/unge (RSBU) for beslutning om plassering av institusjonen.

- Helse Midt-Norge RHF skal etablere Barnevernansvarlig i BUP i henhold til anbefalingene fra Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (<https://helsedirektoratet.no/nyheter/psykisk-helsehjelp-til-barn-i-barnevernet>). Direktoratene har i oppdrag å utarbeide en kortfattet beskrivelse og rutiner for en slik funksjon i løpet av første halvår 2017.

Arbeidet pågår.

Helsedirektoratet og BUFdir sin beskrivelse av funksjon og rutiner for rollen som barnevernansvarlig i Psykisk helse barn og unge (PHBU) kom i desember 2017. Det gjenstår derfor å konkretisere rollen sammen med barnevernsinstitusjoner. Det gjenstår også å finne en god organisering av dette internt i PHBU. Det finnes avtaler mellom PHBU og barnevernsinstitusjonene.

Etableringen av en barnevernansvarlig er drøftet i regionalt fagledernetverk for PHBU, og det er enighet om å implementere funksjonen i henhold til beskrivelsen fra direktoratet for å unngå uønsket variasjon innen regionen.

- Departementet utarbeider et rammeverk med bl.a. maler for kommunale forskrifter og avtaler mellom regionale helseforetak og interesserte kommuner for å legge til rette for forsøksordningen med kommunal drift av DPS, jf. avsluttet høring om saken. Rammeverket er planlagt ferdigstilt ila våren 2017. Helse Midt-Norge RHF forutsettes å legge til rette for dialog og eventuelle forhandlinger med interesserte kommuner.

Målet er nådd.

Fram til i dag har ingen kommuner i regionen med tilstrekkelig kapasitet og kompetanse vært interessert i en forsøksordning med kommunal drift av DPS. Et alternativ til overføring av driftsansvaret til kommunene er å etablere et samarbeid om kommunalt tilbud til pasienter før de er utskrivningsklare. Dette er tema som er drøftet med helseforetakene, og foretakene er i dialog med kommunene om temaet.

- Helse Midt-Norge RHF skal registrere utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling samt inngå samarbeidsrutiner med kommunene for å forberede utskrivninger om disse pasientene, jf. plan om innføring av betalingsplikt for kommunene tidligst fra 2018.

Innføring av betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter er utsatt til 2019. Registrering av utskrivningsklare pasienter har vært tema i møter med sykehusforetakene i 2017, og alle sykehusforetakene har rutiner for varsling av utskrivningsklare pasienter.

- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at kvinner i LAR får informasjon om LAR-behandling og graviditet og tilbud om nedtrapping av LAR-medikamenter, og tilgang til gratis langtidsvirkende prevensjonsmidler i regi av LAR.

Målet er nådd.

Alle helseforetakene i Helse Midt-Norge har etablert praksis som sikrer gravide kvinner i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) informasjon om graviditet, legemiddelvalg og eventuell nedtrapping av legemiddelbruk i LAR, basert på nasjonale retningslinjer på området. Alle kvinner i LAR får tilbud om langtidsvirkende prevensjonsmidler.

Tiltak er også gjennomført i én aktuell privat klinikk (Lade Behandlingssenter) for å sikre praksis i tråd med kravet.

- Helse Midt-Norge RHF skal sørge for at system for komplette og kvalitetssikrede data om tvang i psykisk helsevern er etablert. Innen 1. februar 2017 skal det gis tilbakemelding til departementet om når slikt system er på plass. Komplette og kvalitetssikrede data på tvangsinnleggelse, tvangsbehandling og bruk av tvangsmidler for 2016 skal leveres NPR ved ordinært rapporteringstidspunkt, jf. krav for 2014 og 2015 i revidert oppdragsdokument 2016.

Målet er nådd.

Tilbakemelding til departementet ble gitt innen fristen 1. februar 2017. Helseforetakene har utarbeidet sine egne planer for riktig og redusert bruk av tvang, og disse var ferdig 1. april 2017. Fra desember 2016 til og med april 2017 ble tall og registrering kontrollert manuelt i helseforetakene. Dette bedret registreringen og det ble fullstendig sammenfall mellom protokoll for Kontrollkomisjonene, pasientjournal og det pasientadministrative systemet (PAS). Helse Midt-Norge oppnådde i denne perioden over 80 prosent når det gjelder komplettethet. I løpet av manuell kontrollperiode ble det avdekket at det var manglende registrering på frivillig innleggelse.

- Som ledd i å redusere bruken av tvang, skal Helse Midt-Norge RHF gjennomføre ledelsesforankrede dialogmøter med pasienter/brukerorganisasjoner om erfaringer med tvang i alle psykisk helsevernsheter som benytter tvang. Dette skal skje i samarbeid med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse.

Arbeidet pågår.

Helse Midt-Norge RHF sendte henvendelse til helseforetakene om dette i mars 2017. To av helseforetakene har i løpet av året vært i kontakt med Nasjonalt senter for erfaringskompetanse (NSE), men på grunn av kapasitetsproblemer i NSE har det ikke vært nært samarbeid om arbeidet med å redusere tvang. Helseforetakene har fulgt opp egne planer på dette området.

- Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet etablere Stifinner'n ved Trondheim fengsel.

Målet er nådd.

St. Olavs Hospital HF ved klinikk for rus og avhengighetsmedisin har, i samarbeid med Trondheim fengsel, etablert rusavdeling etter Stifinnermodell ved Trondheim fengsel. Avdelingen ble offisielt åpnet 1. september 2017. Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) er integrert i rusavdelingen og har stedlig tjeneste to dager i uken. Helse Midt-Norge RHF har bevilget midler til tiltaket i en prosjektperiode over tre år (2017-2019).

- Helse Midt-Norge RHF skal etablere Narkotikaprogram med domstolkontroll.

Målet er nådd.

Narkotikaprogram med domstolskontroll (ND) er et alternativ til ubetinget fengselsstraff for rusmiddelavhengige som dømmes for kriminalitet knyttet til rusavhengigheten. Helse Midt-Norge deltar i arbeidsgruppen for nasjonal utrulling av ND ledet av Kriminalomsorgsdirektoratet. Helseforetakene har utpekt kontaktpersoner som har ansvar for å sikre koordinering og samarbeid med Friomsorgen, som har hovedansvaret for etablering av tilbudet. Helseforetakene har også utpekt ND-kontakt i kommunen for ND-dømte som skal i behandling i spesialisthelsetjenesten.

- Helse Midt-Norge RHF skal påse at helseforetakene forebygger ev. uønskede tilpasninger som følge av omleggingen av finansieringsordningen for poliklinisk psykisk helsevern og rusbehandling i 2017, og at omleggingen brukes som et virkemiddel for å understøtte ønsket faglig innretning av disse tjenestene.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF har gjennom året fulgt med på evt. effekter av omleggingen av finansieringsordningen. Når det gjelder psykisk helsevern, følges omleggingen til innsattsstyrt finansiering (ISF) gjennom fokus på riktig og lik registrering på hver avdeling. Oppfølging av inntekt gjøres i egen prosess.

Poliklinisk aktivitet i tverrfaglig spesialisert rusbehandling er uendret etter omlegging til ISF, med unntak av ny treningspoliklinikk fra 2017. ISF-regelverket legges til grunn for

registrering av poliklinisk aktivitet.

Inntektsgrunnlaget er en egen sak. Det ser ut til at vekting/satser er satt for lavt i 2017. Dette med bakgrunn i at klinikkens faktiske aktivitet ligger over budsjett, men ligger under budsjetterte DRG-poeng.

Helse Midt-Norge RHF kan ikke se at endring i finansieringsordning har medført uønskede tilpasninger.

2.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Mål 2017:

- Andel sykehusinfeksjoner skal være mindre enn i 2016.

Målet er nådd.

For 2017 er det hittil kun publisert resultater fra målingen i mai 2017. Helse Midt-Norge hadde da samlet en andel sykehusinfeksjoner på 5,5 prosent, noe som er en nedgang fra 6,4 prosent på tilsvarende tidspunkt i 2016.

Det er stort variasjon mellom helseforetakene på dette området. Helse Nord-Trøndelag HF ligger lavest med en andel på 3,3 prosent, mens andelen i Helse Møre og Romsdal HF var 3,4 prosent.

St. Olavs Hospital HF hadde den største andelen; her fikk 7,9 prosent av innlagte pasienter påvist sykehusinfeksjon pr mai 2017. Ved siste prevalensundersøkelse ved St. Olavs Hospital i november 2017 var forekomsten av sykehusinfeksjoner 10,4 prosent. Dette til tross for at helseforetaket nå over en toårsperiode har arbeidet med en rekke tiltak for å bedre måloppnåelsen. Eksempler på tiltak er etablering av læringsnettverk, fagdirektøren har faste møter med klinikkene der smittevern er tema, to overleger har blitt frikjøpt i deler av stillingene for å se forekomsten og forebyggingsmuligheter for disse infeksjonene og erfaringsbesøk hos andre sykehus.

- Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombolysebehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse. Mål: minst 50 pst.

Det foreligger ikke tall for andelene pasienter med trombolysebehandling ved hjerneslag som får behandling innen 40 minutter innen 40 minutter for 2017. I 2016 hadde Helse Midt-Norge andel på 58,9 prosent.

St. Olavs Hospital HF sine egne tall fra 2017 viser at 71 prosent av pasientene med hjerteinfarkt trombolysbehandling fikk behandling innen 40 minutter etter innleggelse. Tall fra Helse Nord-Trøndelag HF viser en måloppnåelse på 67,4 pst. ved utgangen av 2017, og «door to needle- time» viser svært gode resultater, noe som betyr at pasienter blir diagnostisert og avklart for indikasjon raskt og effektivt. Slagenheten på Levanger har også beste overlevelsestall i landet for hjerneslagpasienter, og har slik vist til gode behandlingsresultater over år.

- Ingen korridorpasienter.

Målet er ikke nådd.

Med korridorpasient forstås pasient som er plassert i seng på korridor, bad, skyllerom, dagligstue m.m. på sykehus. Helse Midt-Norge har en andel korridorpasienter i 2. tertial 2017 på 0,5 prosent. Dette er en nedgang fra 0,6 prosent i 2016.

Det er færrest korridorpasienter ved St. Olavs Hospital HF (opp mot 0,4 prosent), mens Helse Nord-Trøndelag HF hadde lavest måloppnåelse i 2017 med en andel korridorpasienter opp mot 2,3 prosent.

Det er særlig i vintermånedene sykehusene opplever stort antall korridorpasienter i forbindelse med influensaperioder og andre infeksjonssykdommer og komplikasjoner knyttet til forverring av tilstand for kronikere i slike perioder. Ved Helse Nord-Trøndelag HF gjør avdelingene tiltak for å sikre at korridorbruken blir minimalisert og er så kortvarig som mulig, og at det er de «riktige» pasientene som ligger i korridor. Helseforetaket har på overordnet nivå arbeidet opp mot kommunene for å se på bruken av sykehusene, utnytting av de samhandlingsverktøy som er etablert og sikre at DMS' ene blir brukt best mulig og at kommunene har kapasitet til å ta i mot utskrivningsklare pasienter. På kort sikt må det skapes kultur for nært samarbeid mellom sengepostene i hvert sykehus, og i noen tilfeller flytte pasienter mellom sykehusene. Det vurderes regelmessig rapportering av grunnlag for korridorbruk for å skape bedre oversikt og slik få etablert mer målrettede tiltak.

- Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse skal være minst 30 pst.

Målet er ikke nådd.

Andelen pasienter i Helse Midt-Norge som fikk hjemmedialyse i 2. tertial 2017 var 13,2 prosent, og måltallet er dermed ikke nådd.

I 2017 har St. Olavs Hospital HF hatt den høyeste andelen i regionen med ca. 22 prosent, mens Helse Møre og Romsdal HF har hatt den laveste andelen med 10 prosent.

Hjemmedialyse tilbys de som har ønske om det og der det er indisert og mulig å gjennomføre. Helseforetakene arbeider for å få til en høyere andel hjemmedialyse, men alle helseforetakene i Helse Midt-Norge tilbyr dialysebehandling desentralt.

Helse Møre og Romsdal HF har tatt grep for å øke andel pasienter som får hjemmedialyse, blant annet gjennom økt fokus på oppfølging av pasienter som nærmer seg dialyse, da hjemmedialyse krever tidligere planlegging og stillingstaken til dialysestart.

- 30 pst. reduksjon i samlet forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020 sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzyminhibitorer og kinoloner).

Arbeidet pågår

For Helse Midt-Norge rapporteres det per 1. tertial 2017 en reduksjon av forbruket av bredspektrede antibiotika på 5,2 prosent sammenliknet med 2012. Helse Midt-Norge RHF hadde høyest antall definerte døgn doser (DDD) av et utvalg bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn i norske sykehus i 2. tertial 2017 på 18,4.

En styrket innsats må derfor til for å oppnå måltallet på 30 prosent reduksjon i år 2020. Alle helseforetak i regionen har etablert antibiotikastyringsprogram, samt jobber kontinuerlig med kartlegging og rapportering, samt kompetansehevede tiltak for å øke bevisstheten og redusere forbruket av antibiotika i klinikkene.

Regionalt kompetansesenter for smittevern er fra medio 2017 styrket med ressurser for å understøtte og koordinere helseforetakenes arbeid med å redusere antibiotikaforbruket. Alle helseforetak i regionen vil heretter samkjøre for å nå felles antibiotikamål. Dette innebærer blant annet:

- ✓ Kartlegging av antibiotikaforbruk i eget helseforetak ned til avdelingsnivå
- ✓ Kartlegging av lokal resistenssituasjon
- ✓ Implementering av tiltak for å redusere og rasjonalisere antibiotikaforbruket
- ✓ Evaluering av tiltak

Helse Nord-Trøndelag HF har registrert den største nedgangen i forbruk i 2017 med 26 prosent. St. Olavs Hospital HF har en nedgang på 8,7 prosent sammenliknet med 2012.

Sykehusapotekene Midt-Norge HF er involvert i antibiotikastyringsprogrammene ved samarbeidende sykehus. Det leveres blant annet statistikk på forbrukstall og utføres prevalensmålinger. Det er gjennomført kompetansehevede tiltak for farmasøyter i organisasjonen i 2017, og dette vil bli videreført i 2018.

Andre oppgaver 2017:

- Helse Midt-Norge RHF skal utvikle former for ambulante tjenester innen rehabilitering og voksen- og barnehabilitering.

Målet er nådd.

Habiliteringstjenester i Helse Midt-Norge har tradisjonelt hatt utbredt praksis med ambulante tjenester. Dette har fortsatt gjennom 2017, og både Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal HF rapporterer at deres ansatte bruker 30-40 prosent av sin arbeidstid ambulant.

Ambulant arbeid vurderes nødvendig når pasienten av ulike årsaker ikke bør ut av vante omgivelser, og/eller utredning/behandling i kjente omgivelser gir mer valid informasjon om pasientens fungering. Ambulant virksomhet vurderes videre hensiktsmessig for å få til nødvendig samarbeid med større antall av pasientens nærpå personer (dvs. pårørende, kommunale personalgrupper etc.). Til tross for tilrettelegging blir videokonferanse relativt sjeldent benyttet som alternativ til ambulant arbeid fordi dette vanskelig lar seg tilpasse av faglige og praktisk hensyn.

- Helse Sør-Øst RHF skal på vegne av de fire regionale helseforetakene, fra 1. januar 2017 og inntil avtalene utløper, forvalte avtaler og tilhørende midler på 57 mill. kroner under kap. 732, post 70, jf. Raskere tilbake-ordning, som i 2016 har vært forvaltet av Arbeids- og velferdsetaten. De regionale helseforetakene skal, under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, innen 1. juni 2017 vurdere fremtidig bruk av midlene på 57 mill. kroner etter avtalenes utløp. Midlene skal målrettes arbeidsrettet rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og bidra til å understøtte opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, helhetlige og koordinerte rehabiliteringsforløp, tiltak der samarbeid med kommunene er en integrert del av virksomheten og styrking av spesialisthelsetjenestens veiledning overfor kommunene, jf. Prop. 1 S (2016-2017).

Målet er nådd.

Midlene er fordelt i tråd med oppdraget, og det er inngått avtaler med private leverandører.

Innretningen på tilbudet er tjenester til personer som har rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og som med sikte på videre yrkesaktivitet vurderes å komme tilbake til/ i arbeid som følge av den behandlingen som gis. Tilbudet skal gis til personer med muskel og skjelettlidelser, vanlige psykiske lidelser eller allment uspesifiserte lidelser, alle i henhold til diagnoseoversikt. Pasientene skal ha rett til helsehjelp. Formålet med behandlingen er å bidra til mestring av helsetilstanden og styrke pasientens arbeidsevne. Tilbudet skal spesielt være innrettet mot å øke pasientens mulighet for arbeidslivsdeltagelse og mestring av arbeidslivets krav. Med arbeidslivsdeltagelse forstås også deltagelse i skole og utdanning. Intensjonen med arbeidsrettet behandling er at pasienter som behandles kan tilbakeføres til arbeidslivet, få økt arbeidsevne og oppleve jobbmestring.

- De regionale helseforetakene skal i felleskap innen 1. mai 2017 vurdere hvilke elementer i Raskere tilbake-ordningen som bør videreføres innenfor spesialisthelsetjenestens ordinære pasienttilbud. Det skal særlig gis en vurdering av tilbud som har vist seg å være effektive, tverrfaglige tilbud og tilbud som stimulerer til

samtidighet i behandling og arbeidsrettet bistand. De regionale helseforetakene skal innhente eventuelle erfaringer og vurderinger av ordningen fra Helsedirektoratet.

Målet er nådd.

Utredningen, som er utarbeidet av de regionale helseforetakene i fellesskap, ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 1. mai 2017.

- Helse Midt-Norge RHF skal utvikle flere samvalgsverktøy for å gi pasienter mulighet til å delta aktivt i egen behandling og sikre at kvalitetssikret verktøy som publiseres på helsenorge.no, tas i bruk i alle helseforetak.

Arbeidet pågår.

Helseforetakene har fått opp flere behandlingstekster på sine nettsider. Behandlingstekstene beskriver hva som skjer før, under og etter behandling/undersøkelser, i tillegg til hele pasientforløpet/programmet. Denne prioriteringen er basert på nasjonale brukerundersøkelser som viser hvilken informasjon pasienter og pårørende ønsker – og forventer – å finne på helseforetakene sine nettsider.

Helseforetakene publiserer også via sine nettsider kurs for pasienter og pårørende.

I 2017 ble fagfeltet habilitering og rehabilitering inkludert på «velg behandlingssted» sine sider i tjenesten helsenorge.no. Dette siden de private rehabiliteringsinstitusjonene som har avtale med Helse Midt-Norge RHF nå er en del av Fritt behandlingsvalg.

Helse Nord-Trøndelag er innenfor flere fagfelt godt i gang med samvalgsarbeidet. Det jobbes godt med tolketjeneste og migrasjonshelse har vært et satsingsfelt i Helse Nord-Trøndelag sitt engasjement i Health Promoting Hospital (Helsefremmende sykehus). Satsingen på medikamentfrie tilbud følges opp. De samvalgsverktøy som nasjonalt skal etableres vil bli tatt i bruk så langt som mulig.

Det er ikke gjennomført noen strukturert prosess for å ta i bruk tjenester på Helsenorge.no i foretakene, noe som medfører at det er noe varierende bruk av Helsenorge mot våre pasienter.

- Helse Midt-Norge RHF skal legge til rette for et system for fagrevisjoner i helseforetakene. De regionale helseforetakene skal etablere et nasjonalt nettverk for å utvikle kompetanse og bistå med læring og erfaringsoverføring. Helse Nord RHF skal lede dette arbeidet.

Arbeidet pågår.

Oppdraget ble gitt de regionale helseforetakene i fellesskap, og Helse Nord RHF har ledet arbeidet på vegne av RHF-ene. Et system for fagrevisjoner innebærer etablering av et nettverk for kompetanse og erfaringsoverføring. Arbeidet er lagt opp slik at det skal gi faglig læring,

læring på systemnivå, samt en drøfting av etiske, juridiske og miljømessige konsekvenser av revisjonene.

Arbeidet startet høsten 2017 og Helse Midt-Norge RHF deltar i den interregionale arbeidsgruppen. Arbeidet med å gjennomføre oppdraget fortsetter i 2018. Sykehusforetakene i Midt-Norge er i 2018 bedt om å bidra med fagpersonell og personell med tilstrekkelig revisjonskompetanse til å gjennomføre kliniske fagrevisjoner.

- Helse Midt-Norge RHF skal delta i læringsnettverket Gode pasientforløp når kommunene i helseforetakenes opptaksområde deltar.

Målet er nådd.

Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord Trøndelag HF deltar i læringsnettverk i tråd med kravet. Igangsetting av forløpet for «den eldre multisyke pasient» ble startet i Møre og Romsdal våren 2017 med stor deltakelse fra kommuner og helseforetaket. I forbindelse med dette arbeidet ble det etablert forbedringsteam i 31 kommuner og ved alle sykehusene. Disse forbedringsteamene inngår nå i læringsnettverket som KS gjennomfører for Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke.

- De regionale helseforetakene skal etablere et nasjonalt klinisk nettverk for behandling av barn og unge med seksuelle atferdsproblemer. Det skal legges vekt på tverrfaglig samarbeid, blant annet med barnevernet. Helse Vest RHF skal lede nettverket.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge deltar med en fagperson fra St. Olavs Hospital HF inn i nettverket, som i tråd med oppdraget er ledet av Helse Vest RHF. Det er et mål at det skal være en representant fra hvert helseforetak i regionen i nettverket innen utgangen av 2018.

Oppdraget faller sammen med at Helse Midt-Norge følger opp Regional plan for psykisk helsevern 2016 - 2020 med å opprette en regional ressursgruppe som skal veilede omkring barn/unge med utfordrende seksuell adferd og voldelig atferd i helseforetakene. Den regionale ressursgruppen skal også utarbeide en regional plan for å håndtere voldelige barn og unge i en innleggelsessammenheng.

- Helse Midt-Norge RHF skal bygge opp tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å tilby alle barn som avhøres ved Statens barnehus, medisinsk undersøkelse ut over de kliniske rettsmedisinske undersøkelsene som rekvireres av politiet. Dette er en del av de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar. Undersøkelser som ikke krever spesialisert utstyr, skal foretas på barnehuset. Helse Midt-Norge RHF skal innen 1. mai levere en plan for oppbygging av kompetanse og kapasitet. Planen skal beskrive

hvordan kapasiteten kan styrkes gjennom bruk av sosialpediatere og annet helsepersonell, herunder sykepleiere.

Arbeidet pågår.

Å bygge opp tilstrekkelig kompetanse og kapasitet til å tilby alle barn som avhøres ved Statens barnehus medisinske undersøkelser tar både til og ressurser.

Tilbakemelding fra helseforetakene er at tilskuddene på området i 2017 er brukt målrettet til sosialpediatrisk tjenestetilbud og til kompetanseheving. Til tross for dette bemerkes at de ikke har nådd mål om at 100 % av alle barn skal undersøkes. Arbeidet med å bygge opp tilstrekkelig kapasitet og kompetanse fortsetter i 2018. Helse Midt-Norge RHF leverte plan for oppbygging av kompetanse og kapasitet på området i mai 2017.

- Helse Midt-Norge RHF skal sikre at hendelser der anbefalingen om at den fødende skal ha en jordmor hos seg så tidlig som mulig i aktiv fase av fødselen og til fødselen er over, ikke blir fulgt opp, blir dokumentert i helseforetakenes avvikssystemer og at resultatene blir brukt til kvalitetsforbedring.

Målet er nådd.

For Helse Midt-Norge anses målet som oppnådd. Det er litt ulik tilnærming til målinger i helseforetakene; noen teller manuelt i avtalte perioder, mens andre leser av i fødeprogrammet Natus i avtalte perioder. Det er også litt ulikt hva det meldes avvik på. Avvik blir fulgt opp med målrettet forbedringsarbeid. Helse Midt-Norge RHF vil i løpet av 2018 ta opp ulikheter i måling og melding av avvik til drøfting i Regionalt fagledernetverk for gynekologi og obstetikk.

Resultatene er brukt til kvalitetsforbedring i alle sykehusforetakene.

- De regionale helseforetakene skal i samarbeid etablere et prosjekt for å sikre sammenhengende og helhetlige pasientforløp for barn under 18 år med moderate og alvorlige hjerneskader. Arbeidet ledes av Helse Midt-Norge RHF som skal utarbeide en projektskisse innen 1. april 2017.

Målet er nådd.

Projektskisse ble utarbeidet innen 1. april 2017. Det er levert statusrapport til Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2018. Sluttrapport for samarbeidsprosjektet skal leveres innen 1. april 2018.

- Helse Midt-Norge RHF skal bidra i Helse Nord RHF sitt arbeid med strategisk videreutvikling av spesialisthelsetjenester til den samiske befolkningen med nødvendig samhandling og kommunikasjon, slik at den samiske befolkningens behov

for spesialisthelsetjenester blir godt ivaretatt, og at kompetansen om samisk helse, kultur og språk blir gjort tilgjengelig også i andre deler av landet.

Arbeidet pågår.

Helse Nord RHF arbeider med mandat for arbeidet. Mandatet for arbeidet skal oversendes Sametinget før det blir endelig godkjent. Alle regionale helseforetak vil bli tatt med i arbeidet fra høsten 2018.

Både St. Olavs Hospital HF og i Helse Nord-Trøndelag HF har kontaktpersoner for spørsmål rundt tilrettelegging for samisk befolkning. Helse Midt-Norge har også tolkeavtale som innbefatter sørsamisk tolkning.

Helse Midt-Norge RHF har oppnevnt en person for å delta i Samisk nasjonalt kompetansesenter – psykiske helse og rus (SANKS) sin referansegruppe. Det planlegges en tre-dagers konferanse i Midt-Norge høsten 2018 i regi av SANKS og Snåsa kommune, hvor Helse Midt-Norge skal bidra økonomisk.

Helse Midt-Norge RHF vil delta i tiltak for den samiske befolkningen på etterspørsel fra Helse Nord RHF.

- Helse Midt-Norge RHF skal bruke kunnskap om uberettiget variasjon i sin styringsmessige oppfølging av helseforetakene, herunder følge opp eksempler på uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester som er avdekket gjennom helseatlas. De målsatte indikatorene som er identifisert gjennom rapporten Indikatorer for måling av uberettiget variasjon, SKDE november 2016, skal brukes i oppfølgingen av helseforetakene. De regionale helseforetakene skal i fellesskap, under ledelse av Helse Nord RHF, videreføre arbeidet med å dokumentere eksempler på uberettiget variasjon i forbruk av helsetjenester.

Målet er nådd.

SKDE (Nasjonalt Servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre) har introdusert flere helseatlas, som synliggjør geografiske forskjeller i forbruk av helsetjenester. I Helse Midt-Norge har dette arbeidet blitt fulgt opp ved å oppdatere flere av atlasene med ferskere tall, samt ved å synliggjøre utviklingen i Helse Midt-Norge og kaste lys over hvilke tjenestetilbydere som bidrar med tjenestene befolkningen mottar. Dagkirurgi- og barnehelseatlas har blitt oppdatert over flere år. Oversiktene har blant annet blitt presentert for, og vært diskutert i, ulike nettverk på forskjellig nivå, der også tillitsvalgte og brukerutvalg har deltatt. På oppfordring har oversiktene blitt også distribuert til ulike fagpersoner og -nettverk i helseforetakene.

De oppdaterte helseatlasoversiktene har videre blitt benyttet ved innledende behovskartlegging i forbindelse med kjøp av private spesialisthelsetjenester. Oversiktene har da blant annet blitt brukt i møter mellom RHF og HF, der behovet for tjenester innen

enkeltfagområder har blitt diskutert. Oversiktene har også blitt benyttet aktivt i det regionale helseforetakets oppfølgingsarbeid overfor avtalespesialister med driftsavtale. Oversiktene har både blitt brukt i vurdering av opprettelse av nye hjemler/omdisponering av eksisterende hjemler, samt i dialogen med enkeltspesialister om innretningen på deres aktivitet. I forbindelse med sistnevnte arbeid har tidvis mer detaljerte analyser, ned på enkeltprosedyre og enkeltdiagnosenivå, blitt utført.

Arbeidet med reduksjon av uønsket variasjon i forbruket av spesialisthelsetjenester har også blitt løftet inn i samhandlingsarbeidet med kommunen, ettersom volumet av henvisninger inn i spesialisthelsetjenesten ofte er assosiert med et evt. under- eller overforbruk av tjenester. Gjennom det interregionale samarbeidet i Arbeidsgruppen for indikator- og metodeutvikling (AIM) har Helse Midt-Norge bidratt med forslag på fagområder/pasientgrupper som kan være interessante for analyser i fremtidige helseatlas.

Når det gjelder oppfølging av rapporten «Indikatorer for måling av uberettiget variasjon» så gjøres tiltak først og fremst gjennom arbeidet med å standardisere behandlingsopplegget for pasientene, slik at best practice i størst mulig grad blir gjennomført. Helse Midt-Norges foretrukne metodikk i arbeidet med å redusere uønsket variasjon er utvikling og implementering av standardiserte pasientforløp.

Videre samarbeider Helse Midt-Norge RHF med serviceseksjonen for de nasjonale kvalitetsregistre Helse Midt-Norge forvalter. I de tilfellene der midtnorske enheter avviker fra ønsket praksis, har det blitt presentert mer dyptgående analyser for å identifisere mønster og evt. forklaringer på resultatene. Videre har tallgrunnlag og problemstillinger blitt presentert og diskutert i det regionale fagsjefmøtet. Det planlegges oppfølging av temaet i fagsjefmøtet og i det regionale kvalitets- og pasientsikkerhetsnettverket.

- De regionale helseforetakene skal etablere et nasjonalt nettverk av regionale kompetansesentre for persontilpasset medisin og et nasjonalt anonymt frekvensregister for arvelige humane genvarianter, begge under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og i dialog med Helsedirektoratet og Direktoratet for eHelse. Helsedirektoratet har ansvar for å koordinere oppfølging av strategien.

Målet er nådd.

Arbeidet pågår, og oppdraget vil bli løst gjennom et prosjekt kalt «Nasjonale oppdrag innen persontilpasset medisin» som koordineres av Helse Sør-Øst RHF. Det er etablert en felles styringsgruppe for begge oppgavene som inngår i oppdraget.

Helse Midt-Norge deltar i arbeidet og har oppnevnt representanter til styringsgruppen, til arbeidsgruppen for kompetansesentra og til arbeidsgruppen for nasjonal variantdatabase.

Statusrapport fra arbeidet ble presentert for Helse og omsorgsdepartementet i møte 5. januar 2018. Ny statusrapport vil bli forelagt departementet i løpet av mars 2018.

Det er etablert en norsk portal for medisinsk-genetiske analyser, med oversikt over analyser som utføres i Norge til enhver tid (se <http://www.genetikkportalen.no/>).

- De regionale helseforetakene skal i samarbeid etablere enhetlige arbeidsprosesser og systematikk for innsamling og analyser av data om forbruk, effekt, sikkerhet og kostnader for legemidler, andre etablerte metoder i Nye metoder og utprøvende behandling (off-label bruk) som gis enkeltpasienter, f. eks. ved bruk av elektroniske kurver, FEST og SAFEST programmet og nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Formålet er bl.a. å kunne fase ut metoder som ikke har forventet nytte. Arbeidet skal gjennomføres i dialog med Direktoratet for eHelse og aktørene i system for nye metoder.

Arbeidet pågår.

Oppdraget er omtalt i rapporten «Overgang til faglig likeverdige legemidler», overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 1. november 2017. Oppdraget er videreført i Oppdragsdokument i 2018, og det er Helse Sør-Øst RHF som har koordineringsansvar på området.

- Helse Midt-Norge RHF skal i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og under ledelse av Helse Nord RHF, utarbeide en elektronisk statusrapport for de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene. Rapporten skal vise måloppnåelse for arbeidet, herunder dekningsgrad og bruk av kvalitetsregistre til kvalitetsforbedring og forskning.

Målet er nådd.

Rapporten «Status for nasjonale medisinske kvalitetsregistre 2017» er utarbeidet av Helse Nord RHF v/Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre (SKDE). Rapporten er ferdigstilt og ble overlevert Helse- og omsorgsdepartementet 13. november 2017.

- Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for økt bruk av avvikssystemet i analyse av enkelthendelser, statistikk og risikoanalyser, og ta i bruk samme klassifikasjonssystem som meldeordningen til Helsedirektoratet for bedre utnyttelse av meldingene.

Arbeidet pågår.

Alle helseforetakene i Midt-Norge har jobbet med dette i 2017. Meldeskjema for registrering av uønskede hendelser i avvikssystemet er standardisert regionalt og det er tilpasset nasjonalt klassifikasjonssystem fra Helsedirektoratet. Helse Nord-Trøndelag HF arbeider med å få på

plass likt system for alle ulike avviksmeldinger som ansatte er forventet å kunne melde fra om, slik at man får et helhetlig system. Dette vil da være likt St. Olavs Hospital og Helse Møre og Romsdal HF sine system.

For å bidra til økt bruk av avvikssystemet, har helseforetakene i 2017 fokusert på kompetanseutvikling og opplæring. Helse Møre og Romsdal HF har igangsatt arbeid med standardisering av prosessene omkring håndtering av uønskede hendelser, for bedre utnyttning av meldingene til læring og kvalitetsforbedring. Ved St. Olavs Hospital er det utviklet et sanntidsanalyseverktøy som er transparent slik at både ledere og ansatte kan følge trender og årsaker til uønskede hendelser. Trender og analyser fra meldesystemet legges fram tertialvis for Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalget og er del av administrerende direktørs tertialrapport til styret. HMS/ kvalitetsgruppene på klinikkene følger opp klinikkinterne trender og iverksetter nødvendige tiltak som følge av disse analysene

Personell, utdanning og kompetanse

- Helse Midt-Norge RHF skal implementere del 1 i ny spesialistutdanning for leger/iverksette ny ordning for spesialistutdanning i henhold til ny forskrift, med ansettelse i LIS1-stillinger fra og med høsten 2017.

Målet er nådd.

Helseforetakene i Helse Midt-Norge har implementert del 1 i ny spesialistordning for leger i henhold til ny forskrift. De første 85 nyansatte LIS1-legene begynte sitt utdanningsløp etter ny ordning 1. september 2017, fordelt på 43 i Helse Møre og Romsdal HF, 20 i Helse Nord-Trøndelag HF og 22 ved St. Olav Hospital HF.

Alle helseforetakene i regionen har tatt i bruk Kompetanseportalen for alle ansatte. Systemet benyttes også som sentralt IKT-støtteverktøy i den nye LIS-ordningen, hvor hver enkelt LIS tildeles en utdanningsplan og hvor progresjon knyttet til læringsmål og læringsaktiviteter dokumenteres løpende. Alle LIS er tildelt egne veiledere.

Det regionale utdanningscenteret ved St. Olavs Hospital HF har gjennomført opplæring av veiledere i ny ordning ved Sykehusene i Ålesund, Levanger, Namsos og St. Olav. Det gjenstår imidlertid fortsatt å få gjennomført opplæring av flere veiledere, da det på grunn av driftssituasjonen i helseforetakene ikke har latt seg gjøre å få gjennomført opplæring for alle disse. Regionalt utdanningscenter ved St. Olavs Hospital HF har høsten 2017 knyttet til seg en egen pedagogisk ressurs til å jobbe målrettet med utvikling og gjennomføring av veilederkurs.

Helse Midt-Norge RHF er nå i gang med et regionalt innføringsprosjekt for del 2 og del 3 i ny LIS-ordning, og som ledd i dette prosjektet vil det utarbeides en langsiktig regional plan for å sikre at alle veiledere får kursing og opplæring.

Helseforetakene har også opplevd det som utfordrende å integrere opplæring i felles kompetansemoduler i den kliniske arbeidshverdagen. Det regionale innføringsprosjektet vil i samarbeid med helseforetakene jobbe for å etablere en felles forståelse for hvilket mulighetsrom legene har for å integrere opplæringen i disse modulene.

- Helse Midt-Norge RHF skal planlegge for å iverksette del 2 og 3 (LIS2 og LIS3) i ny ordning for spesialistutdanning henhold til ny forskrift.

Arbeidet pågår.

Helseforetakene i Helse Midt-Norge er i gang med å forberede implementeringen av del 2 og del 3 i den nye LIS-ordningen. St. Olavs Hospital HF, Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal HF er i ferd med å etablere egne innføringsprosjekter, og har avsatt dedikerte ressurser for å håndtere koordineringen internt i helseforetaket. Helseforetakene har valgt å organisere sine innføringsprosjekter noe forskjellig seg imellom, og er i ferd med å utarbeide mandater for disse.

Det regionale utdanningscenteret ved St. Olavs Hospital ble høsten 2017 forsterket med en pedagog i 50 prosent stilling, i tillegg til leder for utdanningscenteret i 50 prosent stilling samt en koordinator. Fra årsskiftet er senteret ytterligere forsterket med en kurskoordinator, og St. Olavs Hospital HF og Helse Midt-Norge RHF har tilført senteret flere midler i budsjettet for 2018 slik at det bemannes tilstrekkelig for å ivareta sitt mandat.

Helse Midt-Norge har sammen med faglinjen i helseforetakene jobbet målrettet med å utarbeide en ansvars- og rolleforståelse for del 2 og del 3 i ny ordning for spesialistutdanning. Som ledd i dette arbeidet etableres det nå et regionalt innføringsprosjekt for implementeringen, som skal fungere som bindeledd mellom helseforetakene, det regionale utdanningscenteret og det nasjonale prosjektet frem mot 1. mars 2019.

Helse Midt-Norge etablerte 1. januar 2018 en egen Enhet for Kompetanse og Læring, som får et regionalt ansvar knyttet blant annet til utvikling av Kompetanseportalen og læringssystemet Læringsportalen som verktøy i del 2 og del 3 i ny LIS-ordning.

Tatt i betraktning at læringsmålene og forslag til anbefalte læringsaktiviteter for del 2 og del 3 i ny ordning på nåværende tidspunkt ikke er offentliggjort, vil det være en krevende prosess å implementere den nye ordningen. Det regionale innføringsprosjektet eies av HR-direktør i Helse Midt-Norge RHF og tar sikte på å forankre arbeidet videre i en styringsgruppe hvor helseforetakene er representert ved fagdirektørene. Konserntillitsvalgt for Akademikerne vil også være del av styringsgruppen.

Foruten koordinering av de lokale innføringsprosjektene vil det regionale innføringsprosjektet i samarbeid med det regionale utdanningscenteret se nærmere på etablering av langsiktige planer for utdanning av veiledere. Det skal også se nærmere på hvordan felles kompetansemoduler kan integreres i del 2 og del 3 i ny ordning.

Helseforetakene planlegger nå for involvering av sine lokale utdanningsråd, som vil ha en rolle i utarbeidelsen av utdanningsplaner i helseforetakene.

Forskning og innovasjon

- De regionale helseforetakene og Forskningsrådet skal vurdere mulighetene for økt samordning av kriteriene for nytte, samt evaluere forståelsen og effekten av nye kriterier for hhv kvalitet, nytte og brukermedvirkning.

Arbeidet pågår.

Det er startet et interregionalt arbeid for å løse dette oppdraget, via de regionale helseforetakenes Strategigruppe for Forskning. Helseregionene har tidligere vedtatt felles vurderingskriterier og disse benyttes i alle regioner. Helse Vest RHF har innhentet informasjon fra alle regioner om hvordan disse praktiseres. Vurdering av kvalitet og nytte gjøres av samme komité, og vektet likt, i alle regioner. Innstilling gjøres noe ulikt, men den baserer seg på foreliggende vurderinger av kvalitet og nytte for det enkelte prosjekt.

Det har ikke blitt avholdt dialogmøte med Forskningsrådet i 2017, men dette vil bli fulgt opp i 2018.

Andel prosjekter med brukermedvirkning er økende i alle regioner og ligger nå på ca. 80 prosent i Helse Midt-Norge. Det er likevel litt tidlig å si noe om effekten av dette. En felles nasjonal veileder for brukermedvirkning i forskning er under utarbeidelse, og denne forventes ferdigstilt våren 2018. Både brukerrepresentanter og forskere er med i dette arbeidet.

- Helse Midt-Norge RHF skal styrke innovasjonssamarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og næringslivet i samsvar med regjeringens handlingsplan for oppfølging av HelseOmsorg21-strategien.

Målet er nådd.

Alle helseforetakene i Helse Midt-Norge har i 2017 ansatt egne innovasjonsrådgivere. Disse vil fungere som bindeledd mellom spesialisthelsetjeneste og næringsliv, og på den måten bidra til en styrking av innovasjonssamarbeidet. I Helse Nord-Trøndelag HF fokuserer innovasjonsrådgiveren blant annet på å legge til rette for at sykehusene skal kunne bli en testarena for innovasjonsbedrifter som ønsker å prøve ut tjenester og materiell/utstyr.

De ulike helseforetakene i regionen utarbeider også egne innovasjonsstrategier, der fokus på samarbeid med næringsliv vil være et av punktene. I Helse Nord-Trøndelag HF er det allerede etablert et nært samarbeid om innovasjon gjennom Trøndelag Forskning og Utvikling (TFoU) og innovasjonsbedriften Proneo. Det er også etablert et stort svensk-norsk samarbeid kalt VålTel (velferdsteknologi).

Gjennom møter med Innovasjon Norge og Leverandørutviklingsprogrammet, er det også fra Helse Midt-Norge sin side tatt initiativ til å utforske hvordan innovasjonssamarbeidet med næringslivet kan styrkes.

- Helse Midt-Norge RHF skal følge opp rapporten fra den nasjonale arbeidsgruppen for samordning mellom universiteter og helseforetak (Husebekkutvalget) innenfor sitt ansvarsområde. Det forutsettes at oppfølgingen skjer i dialog med universitets- og høyskolesektoren og øvrige regionale helseforetak. De regionale helseforetakene skal sammen med universitetene særlig vurdere mulighetene for harmonisering av rutiner og retningslinjer på tvers av sektorene, regionalt og nasjonalt. Der det er hensiktsmessig, bør Helse Midt-Norge RHF vurdere å etablere fellesfunksjoner med universitetet(ene).

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF ga i styringsdokument 2017 St. Olavs Hospital HF et særskilt ansvar for oppfølging av oppdraget, og det er en uttrykt målsetting at St. Olavs Hospital skal være ledende i arbeidet for integrering av de to sektorene.

Oppdraget er fulgt opp med flere dialogmøter mellom partene, og flere konkrete tema har vært drøftet i det regionale Samarbeidsorganet og underutvalgene i løpet av 2017. Tilrettelegging for samarbeid om utdanning, forskning og innovasjon har vært vektlagt i integrasjonsarbeidet, og forskning og innovasjon relatert til Helseplattformen har inngått i dette.

Samarbeidsorganet vedtok i møte i november 2017 at det skulle opprettes ett felles regionalt utvalg for infrastruktur innen forskning og innovasjon som skal arbeide for bedre regionalt samarbeid og utnyttelse av eksisterende infrastruktur, strategiske og økonomiske prioriteringer. Mulighetene for en felles forskningsstøtteenhet (Clinical Trials Unit, CTU) og et felles redelighetsutvalg for forskning er utredet. Dette arbeidet fortsetter i 2018.

St. Olavs Hospital og MH-fakultetet ved NTNU har under tilsetning en felles integrasjonsdirektør med ansvar for forskning, innovasjon og utdanning.

3. Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 28. juni 2017 og 22. august 2017

3.1 Redusere unødvendig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen

Andre oppgaver 2017:

- Det vises til Helsedirektoratets rapporter *Kvalitet i ventelistedata* (2014) og *Utredning av ventetidsregistrering i spesialisthelsetjenesten* (2017) hvor det framgår at registreringstekniske forhold knyttet til pasientadministrative systemer kan ha ført til at
 - andelen pasienter som registreres med frist til utredning er for høy
 - at andelen henvisninger som registreres som avvist av spesialisthelsetjenesten er for høy.

De regionale helseforetakene skal sørge for at riktige opplysninger registreres i de pasientadministrative systemene og rapporteres til Norsk pasientregister, herunder sørge for at det gjennomføres endringer i de pasientadministrative systemene i henhold til det som framkommer i rapportene.

Målet er nådd.

I Helsedirektoratets rapport «Utredning av ventelisterregistrering i spesialisthelsetjenesten» adresseres blant annet problemstillinger relatert til at tekniske forhold i de pasientadministrative systemene kan bidra til henholdsvis urettmessig høy utredningsandel og urettmessig høy andel av henvisninger der det ikke gis rett til helsehjelp. Utfordringene som er omtalt ser ikke ut til å berøre de tekniske løsningene som anvendes i Helse Midt-Norge. Helse Midt-Norge tar konklusjonene fra rapporten til orientering.

For øvrig har Helse Midt-Norge blitt bedt om å stille med kontaktperson samt representanter til referansegruppe som skal jobbe med videre oppfølging på området, i regi av Helsedirektoratet. De etterspurte personene og representantene har blitt stilt til rådighet.

- Helsedirektoratet fikk i 2016 i oppdrag å utrede og planlegge en løsning for nasjonale KPP-data (kostnader på pasientnivå) i NPR med sikte på etablering av en nasjonal KPP-database fra 1.1.2018. De regionale helseforetakene skal sørge for at alle helseforetak leverer data inn til den nasjonale databasen. Det forutsettes at de regionale helseforetakene legger til rette for at KPP anvendes i det lokale forbedrings- og planarbeidet i helseforetakene. De regionale helseforetakene skal innen 1. november 2017 redegjøre for departementet for status for bruk av KPP i lokalt forbedrings- og planarbeid i helseforetakene.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF rapporterte status på området til Helse- og omsorgsdepartementet i henhold til fristen. Helse Midt-Norge har utviklet og implementert en felles modell for KPP for alle tre sykehusforetakene. Implementeringen ble gjennomført i løpet av 2016. Kostnad per pasient har to hovedformål: Helseforetakene skal levere data inn til den nasjonale databasen og bruke KPP i lokalt forbedrings- og planarbeid i sykehusene.

Det har blitt kalkulert KPP-modell med både 2015 og 2016 data, og våren 2017 utgjorde modellen med 2016-data foretakenes kostnadsvekt-leveranse for somatisk virksomhet til Helsedirektoratet. Det ble høsten 2017 arbeidet med pilot for etablering av KPP-modell for virksomhet innen psykisk helsevern, samtidig som det skjer en del endringer i modellene for å tilpasse seg en løsning for levering av nasjonale KPP-data. Det er et tett regionalt samarbeid knyttet til felles kalkylemetoder og videreutvikling av verktøy til bruk i foretakene, noe som gir et godt utgangspunkt for at Helse Midt-Norge skal lykkes med å ta i bruk KPP-data til forbedrings- og planarbeid.

Avtalespesialister

- Stortinget slo gjennom behandlingen av prioriteringsmeldingen i 2016 fast at de foreslåtte prinsippene for prioritering skal gjelde for spesialisthelsetjenesten. Dette innebærer at også pasientbehandling som finner sted i avtalepraksis skal være underlagt disse prinsippene. Dette er til dels reflektert i rammeavtalene som er inngått mellom de regionale helseforetakene og avtalespesialistenes organisasjoner. I avtalene heter det bl.a. at den enkelte avtalespesialist skal foreta undersøkelser, diagnostikk og behandling i henhold til lov og forskrift, nasjonale og regionale planer, og gjeldende faglige retningslinjer og behandlingsveiledere. Avtalespesialisten skal videre organisere sin venteliste i henhold til gjeldende prioriteringsveiledere. Avtalespesialistene har imidlertid ikke juridisk kompetanse til å vurdere og tildele pasientrettigheter. Med endringen i pasient- og brukerrettighetsloven i 2015 er loven endret med sikte på å gi disse behandlerne slik kompetanse. Det har samtidig vært en felles vurdering mellom departementet, de regionale helseforetakene og avtalespesialistenes organisasjoner at det må gjennomføres et forsøksprosjekt før slik kompetanse kan gis til alle avtalespesialistene. Departementet gir i revidert oppdragsdokument ansvaret for å gjennomføre et slikt forsøksprosjekt til de regionale helseforetakene, i samråd med foreningene og etater, jf. nærmere spesifisert oppdrag nedenfor. Samtidig varsler departementet at det tas sikte på gi avtalespesialistene både rett og plikt til å tildele pasientrettigheter innen utgangen av kommende stortingsperiode.

De regionale helseforetakene skal utrede og foreslå konkrete pilotprosjekter som skal prøve ut rettighetsvurdering i tilknytning til avtalespesialistpraksis, både innenfor psykisk helsevern og somatisk(e) fagområde(r). Arbeidet skal ledes av Helse Vest RHF. Arbeidet skal skje i samhandling med Den norske legeförening og Norsk psykologforening og må koordineres med Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse. Frist: 15. oktober 2017.

Målet er nådd.

I et felles notat datert 18. oktober 2017 fra de regionale helseforetakene til Helse og omsorgsdepartementet er det gjort rede for hvordan det foreslås å prøve ut vurdering av rett til helsehjelp knyttet til avtalepraksis. De regionale helseforetakene peker i notatet på ulike modeller for utprøving av vurdering av rett til helsehjelp. Arbeidet ble ledet av Helse Vest RHF, i samarbeid med Legeforeningen og Psykologforeningen, samt Helsedirektoratet og Direktoratet for e-helse.

- Spesialistutdanningen av leger og tannleger er besluttet lagt om. Det vises til etablert forsøksordning med utdanning av legespesialister (LIS) i avtalepraksis. Driftsansvaret for ordningen som nå ligger i Helsedirektoratet, overføres til de regionale helseforetakene så snart som mulig og vil ved prøveprosjektets slutt 1. mars 2019 bli ivaretatt av den nye spesialistutdanningen for leger. Avtalespesialistene må integreres i utdanningsløpene for legespesialistene, særlig i spesialiteter der dette er nødvendig for å sikre gode utdanningsløp og der kapasitetshensyn tilsier dette. Arbeidet må utføres i dialog med Helsedirektoratet og tilrettelegges opp mot ny spesialiststruktur og definerte læringsmål.

Arbeidet pågår.

De regionale helseforetakene, ved Helse Sør-Øst RHF, overtok i juni 2017 ansvaret for forsøksordningen med utdanningen av legespesialister i avtalepraksis. Det er etablert en prosjektgruppe og styringsgruppe som arbeider med å få lagt et fundament for at helseforetak og avtalespesialister skal kunne inngå avtaler om spesialistutdanning i avtalepraksis fra 1. mars 2019. Prosjektet ser blant annet på økonomisk rammeverk for avtalene. Arbeidet bygger på erfaringer fra den forsøksordningen Helsedirektoratet hadde driftsansvaret for, herunder erfaringene til de to avtalespesialistene som i denne perioden hadde leger i spesialisering.

- Det vises til arbeidet med å inngå samarbeidsavtaler mellom avtalespesialister og sykehus, jf. de inngåtte rammeavtaler. De regionale helseforetakene skal oppsummere erfaringer vedr. inngåelse av samarbeidsavtaler med avtalespesialistene. Helse Nord RHF skal, på vegne av alle de regionale helseforetakene, levere en samlet statusrapport til HOD innen 20. november 2017

Målet er nådd.

Statusrapport ble levert Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen. De regionale helseforetakene tilrår primært en modell med rettighetsvurdering i tilknytning til eksisterende vurderingsenhet i et helseforetak/DPS. Videre er tilrådingen av denne modellen utprøves innenfor psykisk helsevern, dernest innenfor somatikk.

Arbeidet er igangsatt og alle tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge har inngått samarbeidsavtaler med avtalespesialister. Det er inngått flest avtaler innen psykisk helsevern.

Alle avtalespesialister skal ha inngått samarbeidsavtale med helseforetakene ved utgangen av 2018.

3.2 Prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

Andre oppgaver 2017:

- De regionale helseforetakenes sluttevaluering av prosjektet Transport av psykisk ustabile personer forutsettes å foreligge sammen med årlig melding for 2017. Det skal rapporteres på omfang av politioppdrag, brukertilfredshet og på utvikling mht omfanget av akuttinnleggelser. Rapportering og oppsummering skal gjøres i samarbeid mellom helseforetakene og aktuelle politidistrikt, jf. revidert oppdragsdokument 2014 og departementets brev av 1. desember 2014 etter Stortingets behandling av Prop. 93 S (2013-2014).

Målet er nådd.

Prosjekt «Transport av psykisk ustabile pasienter» ble i Helse Midt-Norge organisert under Fellesfunksjon for ambulansetjenesten i Midt-Norge. Dette er en felles støtteenhet for ambulansetjenesten i alle tre sykehusforetak. Prosjektet er gjennomført i tett samarbeid med alle sykehusforetak i regionen og regionens politidistrikter. Det har vært noen utfordringer knyttet til at politireformen og sammenslåing av politidistrikter har vært gjennomført i prosjektperioden, men det har likevel vært stor aktivitet og involvering fra alle parter i prosjektet. Det pågår planlegging av oppfølging av prosjektet videre.

Prosjektrapport er vedlagt årlig melding.

- Det vises til departementets brev av 30. mars 2017, der Helsedirektoratet sammen med de regionale helseforetakene ved kompetansesentrene for sikkerhet-, fengsels- og rettspsykiatri bes om å bistå i arbeidet med å planlegge for nasjonal utbredelse av modell for rettspsykiatri. Helse Midt-Norge RHF skal etablere en styringsgruppe med blant annet SIFER, Domstolsadministrasjonen og Riksadvokaten. Styringsgruppen skal bidra med å sette i verk og kvalitetssikre oppdragene for nasjonal utbredelse.

Målet er nådd.

Oppdraget ble gitt til St. Olavs Hospital HF. Styringsgruppa ble etablert i tråd med oppdraget og sluttrapport levert 8. januar 2018.

3.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet

Andre oppgaver 2017:

- Som følge av beslutninger i Nye metoder og gjennom overføring av flere legemidler fra folketrygden, utgjør finansiering og forvaltning av legemidler en stadig større oppgave for de regionale helseforetakene. Dette setter økte krav til regionale helseforetaks kapasitet til å forvalte legemiddelområdet, og fordrer evne til å realisere gevinster både gjennom anbudskonkurranser og overgang til faglig likeverdige, men rimeligere legemidler.

I 2018 tas det sikte på å overføre flere legemiddelgrupper fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Som varslet i Prop. 129 S (2016–2017) legges det opp til å overføre finansieringsansvaret for gjenværende legemidler i noen legemiddelgrupper/terapiområder der finansieringsansvaret allerede er overført, samt for terapiområder der det forventes nye legemidler som kan føre til konkurranse. Dette vil blant annet omfatte legemidler til behandling av hiv, hepatitt B, alvorlig astma og mastocytose. For at de regionale helseforetakene skal få tid til å forberede seg til overføringen, herunder bestille metodevurderinger, ble dette varslet allerede i Prop. 129 S (2016–2017).

De regionale helseforetakene skal:

- Etablere tilstrekkelig kapasitet for å gjennomføre anbudskonkurranser knyttet til legemidler finansiert av regionale helseforetak, herunder legemiddelgrupper som overføres fra folketrygden til de regionale helseforetakene i 2018. Kapasiteten skal dimensjoneres med sikte på å realisere gevinstpotensialet knyttet til anbud.
- Sørge for at det er tilgjengelig strukturert legemiddelinformasjon i spesialisthelsetjenesten for å understøtte bruk og forskrivning av legemidler i sykehus.
- Sørge for tilstrekkelig kapasitet til å gjennomføre metodevurderinger. Departementet viser i denne sammenheng til at det i statsbudsjettet for 2016 ble understreket at dersom behovet for metodevurderinger overstiger det antall metodevurderinger som da ble lagt til grunn for SLVs og FHIs bevilgninger og rammer, kan disse finansieres over regionale helseforetaks egne rammer.

De regionale helseforetakene skal innen 1. november 2017 redegjøre for departementet for hvordan disse styringskravene er fulgt opp.

Målet er nådd.

Det vises til «Rapport om overgang til faglig likeverdige legemidler og tilgrensende oppdrag» som ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 1. november 2017.

- De regionale helseforetakene skal i samarbeid legge til rette for at pasienter i hele landet får økte muligheter for deltakelse i kliniske studier i Norge og i utlandet. Det innebærer at nettsiden for pasientrettet informasjon om alle pågående og planlagte

kliniske studier på helsenorge.no er oppdatert og komplett, og at pasienter i hele landet gis en likeverdig mulighet for å bli vurdert for deltakelse i kliniske studier.

Målet er nådd.

En ny løsning for informasjon om kliniske studier er etablert som en del av Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten. Den nye løsningen for kliniske studier gjør det enklere for forskere å publisere informasjon om kliniske studier. Informasjon knyttet til individuelle kliniske studier er strukturert og skal om kort tid vises på helsenorge.no med mulighet for lenke fra helseforetakenes egne nettsider.

En arbeidsgruppe har gjennomgått ny mal for registrering av kliniske studier på stolav.no og nettsiden forventes ferdig oppdatert våren 2018. Informasjon om hvordan studiene skal beskrives og publiseres er sendt til alle enhetsledere på divisjon- og klinikknivå.

For å kartlegge alle pågående kliniske studier som inkluderer, eller skal inkludere, pasienter er det tatt utgangspunkt i CRISTIN prosjektkatalog. Alle prosjektledere er kontaktet direkte og de får bistand i arbeidet med beskrivelse av studiene og med publisering.

Det lages en retningslinje for hvordan arbeidet skal videreføres for å sikre at nettsiden til enhver tid er oppdatert. Videre vil Unimed Innovation AS styrkes for bedre å legge til rette for gjennomføring av industrifinansierte studier.

- Siden 2015 har sykehusene regravert celleprøver til kvinner som har fått livmorhalskreft, og som har hatt normale celleprøver mindre enn fem år tidligere. Sykehusene har ansvar for å sikre at kvinner med livmorhalskreft får informasjon om tidligere celleprøver som har vært feiltolket. De regionale helseforetakene må sørge for at sykehusene har gode rutiner for hvordan man informerer kvinner som har fått en betydelig endret diagnose etter en regravert av tidligere prøver. Det vises også til økning i tilskudd til Kreftregisteret omtalt i vedlegg 1.

Målet er nådd.

Temaet ble diskutert i Regionalt fagledernetverk for gynekologi og obstetikk høsten 2017. Ingen kjenner til at det har vært slike tilfeller i Helse Midt-Norge. Det ble derfor satt i gang en rutinesjekk, men ellers ingen tiltak.

- Det tas sikte på en omlegging av Raskere tilbake-ordningen fra 2018. Med forbehold om Stortingets behandling av statsbudsjettet 2018, vil dagens midler i Raskere tilbake-ordningen på kap. 732, post 79 og helserelaterte midler i ordningen på kap.732, post 70, overføres til de regionale helseforetakenes ordinære bevilgninger for pasientbehandling (kap. 732, postene 72-77) i 2018. Dette innebærer at midlene inkluderes i beregningsgrunnlaget for ISF under post 76 og polikliniske refusjoner under post 77. Med grunnlag i de regionale helseforetakenes anbefalinger, forutsettes det at tilbud med gode resultater videreføres. Hvert regionale helseforetak skal i 2018

videreføre sine kjøp av helsetjenester knyttet til tidligere Raskere tilbake midler på samme nivå som i 2017. For å unngå brudd i pasientenes behandlingsforløp, skal hvert regionale helseforetak vurdere mulighetene for forlengelse av avtaler der det er aktuelt.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF har i 2017 inngått avtaler med tre private leverandører som gir tilbud til personer som har behov for arbeidsrettet behandling. Helseforetakene i regionen viderefører de tilbudene som faller inn under anbefalingene fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det er igangsatt et arbeid for å tilpasse alle tilbudene i helseforetakene til nevnte anbefalinger.

- Utgiftene til laboratorievirksomhet ved sykehusene (kap. 732, post 77) har vist en langvarig og sterk vekst. Veksttakten i 2017 har økt. Departementet vil vurdere alternative tiltak i forslag til statsbudsjett 2018. Laboratorieanalyser kan rekvireres av både primær- og spesialisthelsetjenesten. Departementet ber de regionale helseforetakene kartlegge om rekvisisjonene inkluderer den nødvendige (kliniske) informasjon som er nødvendig både for å vurdere om prøvene faktisk skal analyseres og for å tolke analysene. De regionale helseforetakene skal også foreslå tiltak som kan iverksettes dersom kartleggingen skulle konkludere med at informasjonsgrunnlaget ikke er tilstrekkelig. Departementet ber om at resultatet av kartleggingen samt forslag til tiltak sendes til departementet innen 1. mai 2018.

Arbeidet pågår.

Helse Midt-Norge RHF vil rette en henvendelse til helseforetakene med forespørsel om status på området. Helse Midt-Norge RHF vil koordinere tilbakemeldingene og rapportere til departementet innen fristen.

- Helse Nord RHF skal lede et fellesprosjekt mellom de regionale helseforetakene for å samordne arbeidet med nye samvalgsverktøy og bidra til at eksisterende verktøy tas i bruk. Dette er en oppfølging av oppgave gitt i oppdragsdokument 2017. Prosjektet bør i tillegg omfatte Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, FHI, KS, relevante profesjonsorganisasjoner og brukere/pasientorganisasjoner.

Målet er nådd.

Arbeidet med fem nye samvalgsverktøy er i slutfasen, og arbeidet med fire nye samvalgsverktøy er under oppstart/produksjon. Modellen «Mine behandlingsvalg» opprettholdes, utvikles og vedlikeholdes. Arbeidet ledes av Helse Nord RHF, og utføres i nært samarbeid med partnere i tråd med kravet.

- Med utgangspunkt i Helsedirektoratets rapport Områder i helsetjenesten med mangelfullt kunnskapsgrunnlag og mulig etablering av kvalitetsregistre (2016) og de regionale helseforetakenes sørge-for-ansvar (og ansvar for etablering og drift av medisinske kvalitetsregistre), skal de regionale helseforetakene sammen utarbeide en plan for prioriterte fagområder for utvikling av nye medisinske kvalitetsregistre. Planen skal inkludere fremtidig håndtering av områder med lavt pasientvolum og mulighet for internasjonalt samarbeid i nordisk og europeisk regi. Helse Nord RHF skal koordinere arbeidet.

Arbeidet pågår.

Oppdraget er gitt til de regionale helseforetakene i fellesskap og koordineres av Helse Nord RHF. Det er igangsatt en utredning som gjennomføres av Nasjonalt servicemiljø for Medisinske kvalitetsregistre, SKDE, og det er opprettet en styringsgruppe for arbeidet på fagdirektørnivå. Arbeidet er noe forsinket, men det er lagt en plan for å sikre at arbeidet blir ferdigstilt våren 2018.

- De regionale helseforetakene skal gjøre seg kjent med og følge opp Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene, herunder sette i gang et arbeid for å følge opp de områder som Riksrevisjonen har påpekt og som er innenfor de regionale helseforetakenes ansvarsområde, herunder helseforetakene. Det vises til Dokument 3:5 (2016-2017) Riksrevisjonens undersøkelse av medisinsk kodepraksis i helseforetakene, og Stortingets behandling av denne, jf. Innst. 297 S (2016-2017).

Arbeidet pågår.

Helse Midt-Norge RHF videreførte oppdraget til helseforetakene i regionen. Medisinsk koding og forbedring av kodepraksis er et kontinuerlig arbeid i helseforetakene, som også inngår i opplæring av ansatte.

For å bedre måloppnåelse, igangsatte Helse Nord-Trøndelag HF i 2017 et arbeid med involverte faggrupper for å kartlegge kodepraksis, i første omgang for polikliniske pasienter. Arbeidet kan senere utvides til å gjelde inneliggende pasienter. Også St. Olavs Hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF vil følge opp temaet i større grad i 2018. Sistnevnte helseforetak melder om behov for økt kompetanse i legegruppa når det gjelder medisinsk koding, og vil foreta revisjon av opplæringsplaner, som også skal ligge til grunn i kompetansekrav til faggruppene.

- De regionale helseforetakene skal under ledelse av Helse Sør-Øst RHF utrede en nasjonal ordning med et ekspertpanel i spesialisthelsetjenesten der pasienter med alvorlig livsforkortende sykdom kan få en ny vurdering av sine muligheter for annen etablert behandling i Norge eller utlandet. Panelet skal også gi pasienter en likeverdig mulighet til å bli vurdert for deltakelse i kliniske studier i Norge eller utlandet. Utredningen skal omfatte forslag til organisering, praktisk tilrettelegging og

finansiering av ordningen, herunder sekretariatsfunksjon. Ordningen skal ivareta ulike pasientgrupper og fagområder og bør der det er hensiktsmessig utnytte kompetansen i nasjonale tjenester eller internasjonalt gjennom de europeiske referansenettverkene (ERN). Det bør ses hen til annet relevant pågående arbeid i de regionale helseforetakene om tilgang til legemidler uten markedsføringstillatelse. Det legges til grunn at ordningen finansieres innenfor gjeldende rammer og etablerte finansieringssystemer. Vi ber om at en utredning sendes departementet innen 1. november d.å. Det tas sikte på at ordningen etableres fra 2018.

Målet er nådd.

De regionale helseforetakene har i fellesskap, og under ledelse av Helse Sør-Øst RHF, utredet en nasjonal ordning med et ekspertpanel i spesialisthelsetjenesten. Utredningen ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet 1. november 2017.

De regionale helseforetakene vil i 2018 arbeide med å etablere ordningen, i tråd med oppdraget.

- De regionale helseforetakene skal under ledelse av Helse Sør-Øst RHF og i samarbeid med Helsedirektoratet utvikle pasientrettet informasjon for å gi pasienter bedre grunnlag for å velge om de vil delta i kliniske studier. Etikkmiljøer og pasientorganisasjoner bør trekkes inn i arbeidet. Informasjonen skal gjøres tilgjengelig på helsenorge.no og i alle sykehus.

Målet er nådd.

Ny løsning for informasjon om kliniske studier er etablert som en del av felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten. Den nye løsningen for kliniske studier gjør det enklere for forskere å publisere informasjon om kliniske studier. Pasientrettet informasjon er utviklet i samarbeid med Helsedirektoratet og med de regionale helseforetakenes strategigruppe for forskning, der også etiske problemstillinger har vært diskutert. Dette har bidratt til forbedring av struktur og innhold i informasjon.

Ny tekst er lagt ut på helsenorge.no. Videre er opplegg for informasjon knyttet til individuelle kliniske studier strukturert og skal om kort tid vises på helsenorge.no med mulighet for lenke fra helseforetakenes egne nettsider.

På regionalt nivå er oppdraget ivaretatt av St. Olavs Hospital HF. Kliniske studier som ledes fra St. Olavs Hospital vil i løpet av våren 2018 bli registrert og publisert på stolav.no. Målet er at pasienter får kjennskap til kliniske studier og mulighet til å bli vurdert for deltakelse.

4. Rapportering på krav fra foretaksmøtet

4.1 Krav og rammer for 2017

4.1.1 Styring og oppfølging

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene utarbeide utviklingsplaner innen 31. desember 2018, slik at det foreligger samlede regionale planer som grunnlag for neste nasjonale helse- og sykehusplan.

Arbeidet pågår.

Innenfor rammen av Nasjonal helse- og sykehusplan og basert på målene i Strategi 2030 startet helseforetakene i 2016 arbeidet med å utarbeide sine utviklingsplaner.

Sykehusforetakene har levert sine planer til Helse Midt-Norge RHF innen 1. mars 2018. Disse planene har vært på høring og er styrebehandlet i det enkelte helseforetak. Det er også kontakt med de andre regionene for å sikre tilstrekkelig samordning for at planene kan gi et samlet bilde og være grunnlag for neste nasjonale helse- og sykehusplan.

Den regionale utviklingsplanen skal presentere framskrivninger og kapasitetsbehov og konkretisere hvilke strategiske mål og tilhørende tiltak som kan legge grunnlag for en bærekraftig helsetjeneste i regionen fram mot 2035. Videre vil den regionale utviklingsplanen sammenfatte helseforetakenes utviklingsplaner og kvalitetssikre disse opp mot regionens samlede sørge-for-ansvar og kapasitetsbehov. Etter planen skal den regionale utviklingsplanen sluttbehandles i styret i Helse Midt-Norge RHF i oktober 2018.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene etablere et samarbeidsutvalg for miljø- og klimatiltak med representanter fra alle fire regioner, samt Sykehusbygg HF og Sykehusinnkjøp HF. Arbeidet må organiseres slik at man får et hensiktsmessig samarbeid med vernetjeneste og tillitsvalgte.

Målet er nådd.

Samarbeidsutvalget for miljø- og klimatiltak er etablert i tråd med føringene og har vært i drift siden januar 2017. Utvalget er ledet av Helse Vest RHF.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene finne et hensiktsmessig felles format for dokumentasjon og rapportering av spesialisthelsetjenestens arbeid med samfunnsansvar.

Målet er nådd.

Regionene ble i 2017 enige i å arbeide videre med en felles rapportering av samfunnsansvar, basert på et rapporteringssystem utviklet av Helse Sør-Øst RHF. Dette elektroniske rapporteringsverktøyet vil tas i bruk i alle regionene i forbindelse med innhenting av data til

rapport for samfunnsansvar. Første årlige rapportering vil være i 2018, med rapportering for kalenderåret 2017.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene utvikle nasjonale systemer for vurdering og oppfølging av krav til etikk og miljø i anskaffelser av legemidler, som sikrer at kravene blir ivaretatt i hele leverandørkjeden.

Arbeidet pågår.

De regionale helseforetakene har videreført oppdraget til Sykehusinnkjøp HF. Sykehusinnkjøp HF, divisjon legemidler samarbeider med Upphandlingsmyndigheterna i Sverige. De har jobbet med miljøfokus siden 2010 og er ledende i arbeidet med å få frem ett nytt kravsett for legemidler (forventet medio 2018). Formålet med samarbeidet er å utvikle nasjonale system for vurdering og oppfølging av krav til etikk og miljø i anskaffelser av legemidler, som sikrer at kravene blir fulgt opp i hele leverandørkjeden. Det er blant annet utarbeidet et utkast til felles prosjektplan (norsk/svensk) for utvikling av et system for sporbarhet i leverandørkjeden.

Sykehusinnkjøp HF har videre initiert en nasjonal arbeidsgruppe med Statens legemiddelverk og bransjeorganisasjonene, i tillegg til deltakelse fra Legemiddelindustriens miljøfagsgruppe. Nasjonale innspill herfra tas med videre inn i det nordiske samarbeidet om oppfølging av leverandører av legemidler. Dette samarbeidet dekker både arbeidstakerrettigheter og miljøbelastning i verdikjeden, med spesielt fokus på å redusere global utvikling av antibiotikaresistens. Det er nordisk vilje for å harmonisere miljøkrav som stilles i legemiddelanskaffelser, og med dette er det behov for å utarbeide en felles vurderingsskala/metodikk for evaluering. Ambisjonsnivået er på sikt felles nordiske basiskrav i anskaffelser.

4.1.2 Organisatoriske krav og rammer

Åpenhet og dialog i helseforetakene

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å samarbeide om å øke kunnskapsgrunnlaget, analysere årsaksforhold, utvikle strategier og tiltak, og utvikle felles indikatorer for å måle forbedringer i forholdet mellom ledelse og ansatte.

Målet er nådd.

De fire helseregionene har utviklet en ny undersøkelse for en samordnet kartlegging av pasientsikkerhetskultur, HMS og arbeidsmiljø kalt ForBedring. Den ble for første gang gjennomført i februar/mars 2018.

Formålet med den nye undersøkelsen er forbedring av arbeidsmiljø og pasientsikkerhetskultur. Undersøkelsen er et dialogverktøy mellom ledere og ansatte og kartleggingen skal bidra til å øke kunnskapsgrunnlaget for hvordan ansatte opplever sin

arbeidshverdag. Analyser av resultatene skal gi beslutningsgrunnlag for kontinuerlig forbedringsarbeid.

Felles nasjonal rapport skal utvikles og indikatoren «sikkerhetsklime», som består av seks spørsmål knyttet til meldekultur og åpenhet, skal rapporteres til Helse- og omsorgsdepartementet.

Utvikling av heltidskultur

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å motivere og tilrettelegge for at ansatte velger høyere stillingsprosent og helst 100 pst. stilling i samarbeid med organisasjonene, tillitsvalgte og utdanningssektoren.

Arbeidet pågår.

Helseforetakene i Helse Midt-Norge har i samarbeid med organisasjonene og tillitsvalgte jobbet med tiltak som skal motivere og tilrettelegge slik at ansatte får muligheten til å velge høyere stillingsandel. Deltidsansatte har via ansattportal mulighet til å registrere hvorvidt de ønsker høyere stillingsandel. Ledere skal ut i fra ønskene vurdere hvilke løsninger som er mulig innenfor egen enhet.

De foretak som har bemanningskontrollutvalg som godkjenner all rekruttering, følger opp ledere som ønsker å lyse ut deltidsstillinger med en virkemiddelpakke. Denne virkemiddelpakken inkluderer blant annet samarbeid på tvers av enheter i klinikk eller på tvers i foretaket og ulike tiltak knyttet til turnus og vaktlengde. I tillegg kan de foretak som har bemanningscenter/ressursenheter tilby tilleggs-stilling opp til 100 prosent til deltidsansatte.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene sikre at helseforetakene i større grad enn nå tilbyr nyutdannet helsepersonell hele faste stillinger.

Arbeidet pågår.

Helse Midt-Norge har per dags dato ikke mulighet til å hente ut oversikt over antall/andel nyutdannede helsepersonell i 100 prosent stilling. Etter planen skal dette være på plass til rapportering første tertial 2018. Alle foretak i Helse Midt-Norge har som hovedregel at 100 prosent stilling skal tilbys til alle nytilsatte uavhengig av utdanningstidspunkt og utdanning.

St. Olavs Hospital HF har i sitt bemanningscenter mange faste ansatte i hel stilling som et virkemiddel til å dekke både kort og langt vikarbehov. Per januar 2018 var det ansatt 19 traineesykepleiere, disse er ansatt i faste hele stillinger. Helse Nord-Trøndelag HF og Møre og Romsdal HF vurderer også å etablere bemanningscenter, som skal fungere som sykehusenes egne interne «vikarbyrå», blant annet med tanke på å opprette traineestillinger for nyutdannede.

Vold og trusler mot helsepersonell

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å bidra i Helsedirektoratets kartlegging av omfanget av vold og trusler mot helsepersonell og medpasienter, og av hvordan helsetjenestens arbeidsgivere ivaretar beredskap for forebygging og håndtering av vold og trusler som del av HMS-arbeidet.

Målet er nådd.

Helseforetakene i Helse Midt-Norge registrerer alle hendelser knyttet til vold og trusler mot helsepersonell og medpasienter i felles kvalitetssystem EQS. I 2014-2015 ble det innført elektronisk registrering av personskader, inkludert vold og trusler. Psykisk helsevern ved St. Olavs Hospital HF bruker i tillegg skjema for registrering og forebygging av utagerende atferd og håndtering av utagerende personell. De enheter som er særlig utsatt har gode sikringstiltak, innøvde rutiner og særskilt opplæring. Dette er særlig gjeldende innen psykisk helse og rus. Foretakene gjennomfører ROS-analyser, spesielt ved utsatte enheter.

Oversikt over antall hendelser med vold og/eller trusler mot helsepersonell er tidligere rapportert til Helsedirektoratets for perioden 2012-2016. I 2017 deltok Helse Midt-Norge, sammen med de andre regionale helseforetakene, i en workshop i regi av Helsedirektoratet. Her bidro helseforetakene inn med sin kunnskap om omfang av vold og trusler, og hvordan man jobber med dette i samarbeid med vernetjenesten. Helsedirektoratet laget deretter en rapport med utgangspunkt i tema diskutert i workshopen, og de regionale helseforetakene fikk komme med innspill til denne. Regionene har i fellesskap utviklet indikator for å rapportere på omfanget vold og trusler som implementeres fra 2018.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene samarbeide med tillitsvalgte og vernetjenesten i arbeidet med å utvikle tiltak for å forebygge og ivareta beredskap for håndtering av vold og trusler.

Målet er nådd.

Forebygging av vold og trusler er en del av det systematiske HMS-arbeidet i alle helseforetak. Dette er beskrevet i interne prosedyrer/HMS-planer for kartlegging, risikovurdering, forebygging og håndtering i det enkelte foretak. Tilpassede opplæringsprogram er også etablert i foretakene, i tillegg til HMS grunnopplæring som koordineres sentralt i helseforetakene. Omfanget av vold og trusler har vært kartlagt både i arbeidsmiljøundersøkelsen som gjennomføres annethvert år for hele foretaksgruppen og i årlig HMS-kartlegging.

Det er ulik praksis mellom psykisk helsevern og somatikk på dette området. Psykisk helsevern jobber mer systematisk med forebygging gjennom opplæring av ansatte i hvordan man forebygger utagerende atferd og håndterer utagerende personer. Psykisk helsevern har også en beredskap for voldsepisoder o.l. ved at ansatte går med personlige alarmer og kan tilkalle et team med kolleger som bistår når noe skjer. Når det gjelder somatikken, finnes det

ingen tilsvarende systematikk. Det gjennomføres innimellom kurs/erfaringsoverføring fra psykiatrien på enkelte avdelinger i somatikken på bakgrunn av enkeltforespørsler, uten at dette er satt i system.

Alle tiltak som beskrevet over er utarbeidet i tett samarbeid med tillitsvalgte og vernetjenesten.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene samarbeide med de andre regionale helseforetakene om å øke kunnskapsgrunnlaget på området og utvikle felles indikatorer for registrering, rapportering og oppfølging. Helse Vest RHF bes lede dette arbeidet.

Målet er nådd.

Helse Midt Norge RHF har, under ledelse av Helse Vest RHF, vært med å utvikle felles indikator for Vold og trusler gjennom det interregionale HR/HMS-indikatornettverket. Ansatte i Helse Midt-Norge registrerer hendelser knyttet til mot vold og trusler mot helsepersonell og medpasienter i felles kvalitetssystem EQS. I 2014-2015 ble det innført elektronisk registrering av personskader, inkludert vold og trusler, gjennom Min Arbeidsplan. Foretakene følger opp registrerte hendelser i ledelseslinja og i klinikkene sine HMS/kvalitetsutvalg.

Samordning på tvers av regionene

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å sikre at de felleseide nasjonale foretakene har rammebetingelser som sikrer en utvikling i tråd med fastlagte mål og strategier.

Målet er nådd.

De felleseide helseforetakene blir styrt gjennom årlige oppdragsdokument som angir krav og oppgaver, aktivitetskrav og finansiering. Det er etablert et årshjul for styring og oppfølging av de regionale helseforetakenes felleseide helseforetak. Arbeid med oppdragsdokument og budsjett/finansiering inngår i årshjulet og blir utarbeidet i nær dialog med det enkelte helseforetak. Videre gjennomføres det oppfølgingsmøter mellom de regionale helseforetakene og det enkelte felleseide helseforetak.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene rapportere ved behov på status for felleseide foretak i oppfølgingsmøter med departementet.

Målet er nådd.

Det vises til møte 7. juni 2017 mellom Helse og omsorgsdepartementet og styreledere/administrerende direktører i de felleseide helseforetakene og administrerende direktører i de regionale helseforetakene. Målet med møtet var å orientere om

helseforetakenes virksomhet, status og planer for utviklingen fremover samt evt. særskilte utfordringer.

Oppfølging av Primærhelsetjenestemeldingen

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å samarbeide med Helsedirektoratet om utvikling av en nasjonal modell for styrket faglig dialog mellom leger i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten innenfor helseforetaksområdene (kollegagrupper). Det bes om at Helse Sør-Øst RHF tar et særskilt ansvar for å gjennomføre en pilot.

Målet er nådd.

Utvikling av piloteringen har i 2017 pågått i regi av Helsedirektoratet. Helse Sør-Øst RHF har vært medvirkende i arbeidet. Pilotprosjektet vil bli gjennomført i 2018.

Samordning på helseregisterfeltet

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å delta i styringsgruppen for program for utvikling av fellesløsninger for helseregistrene og på registerområdet i den nasjonale styringsmodellen for e-helse.

Målet er nådd.

Det er Direktoratet for e-helse som har fått i oppdrag å følge opp den nasjonale helseregisterstrategien gjennom et program for utvikling av fellesløsninger for helseregistrene. I den forbindelse er Helsedataprogrammet etablert av direktoratet, med styringsgruppe, referansegruppe og arbeidsgrupper.

De regionale helseforetakene deltar i styringsgruppen med representanter med kompetanse fra områdene IKT, forskning og registerfaglig.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene sikre en styringsmodell på tvers av de regionale helseforetakene som gir fremdrift i kvalitetsregisterarbeidet og utvikling av medisinske kvalitetsregistre i tråd med nasjonale føringer.

Arbeidet pågår.

Oppdraget er gitt til de regionale helseforetakene i fellesskap. AD-ene i de fire RHF-ene har besluttet at regionenes styring og organisering av arbeidet med medisinske kvalitetsregistre skal evalueres i 2018.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene sikre at utviklingen av medisinske kvalitetsregistre knyttes tettere opp mot journalsystemene gjennom IKT-strategiene i de regionale helseforetakene.

Arbeidet pågår.

Helse Midt-Norges nasjonale medisinske kvalitetsregistre driftes i dag av Norsk Helsenett SF. Videre utvikling med tanke på at registrene skal knyttes tettere opp til journalsystemene ses opp mot arbeidet med Helseplattformen. Helseplattformen skal anskaffe og innføre ny, felles pasientjournal ved sykehus, fastleger og kommuner i hele Midt-Norge.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene legge til rette for en samlet drift av de medisinske kvalitetsregistrene hos Norsk Helsenett SF.

Målet er nådd.

Det er besluttet at alle de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene skal driftes hos Norsk Helsenett SF. Ved utgangen av 2017 driftes 26 av 54 nasjonale kvalitetsregistre hos Norsk Helsenett, og det er lagt en plan for flytting av de gjenværende registrene i 2018. Alle registrene i Helse Midt-Norge driftes hos Norsk Helsenett SF.

Samordning av framskrivninger

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å sikre samordning av framskrivninger av kapasitetsbehov. Det skal redegjøres for arbeidet innen 1. november 2017.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF har deltatt i en arbeidsgruppe med representanter fra de fire regionale helseforetakene og Sykehusbygg HF for å sikre nasjonal samordning av framskrivninger av kapasitetsbehov. Arbeidet er ledet av Helse Sør-Øst RHF. Rapport ble levert til Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen 1. november 2017.

Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å delta i det nasjonale arbeidet med én innbygger – en journal i regi av Direktoratet for e-helse, bistå Helse Midt-Norge RHF i arbeidet med Helseplattformen, samt delta i arbeidet med nasjonal porteføljestyring som forvaltes av Direktoratet for e-helse.

Målet er nådd.

Helse Midt Norge RHF har i 2017 deltatt på alle arenaer knyttet til nasjonal porteføljestyring og arbeidet knyttet til én innbygger – en journal (EIEJ). Dette gjennom prosjektstyrer, workshops og nasjonale særtema i Helseplattformen. EIEJ har dratt stor nytte av Helse Midt-Norge sin kravspesifikasjon knyttet til Helseplattformen i arbeidet med felles kommunal løsning. Helseplattformen som nasjonal utprøvningsarena for EIEJ synliggjør også behovet for nasjonal utvikling innen kodeverk, terminologier, felles IKT-grunnmur og nasjonale tjenester. Det oppleves god støtte fra Direktoratet for eHelse og Helse- og omsorgsdepartementet i dette arbeidet.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene bidra i arbeidet med å utvikle samordnet og kvalitetssikret informasjon til innbyggerne og etablere digitale innbyggertjenester på den nasjonale helseportalen www.helsenorge.no.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF deltar i Nasjonal IKT HF sitt prosjekt for digital innbyggertjenester, og har et regionalt prosjekt for et begrenset område innenfor disse tjenestene.

Helse Midt-Norge RHF har også sammen med de andre regionene samarbeidet om å skrive, kvalitetssikre og oppdatere innhold på de nye nettsidene til helseforetakene.

Arbeidet med Helseplattformen er det store løftet knyttet til digitale innbyggertjenester.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene rapportere innen 1. mai 2017 på status for innføring og bruk av eksisterende tekniske løsninger for meldingsutveksling og samhandling. Rapporteringen skal omfatte løsninger mellom helseforetak i og utenfor egen region, de kommunale helse- og omsorgstjenestene og for kjernejournal og e-resept. Rapporteringen skal inkludere en oversikt over områder hvor det fortsatt brukes papirbaserte rutiner.

Målet er nådd.

Rapport ble levert i henhold til krav. Helse Midt-Norge har etablert løsninger for all standard elektronisk samhandling mellom første- og andrelinjetjenestene. Det var nær 100 prosent måloppnåelse for slik samhandling mellom primærleger og helseforetak i regionen og mellom kommunehelsetjenesten og helseforetakene i 2017.

Laboratoriesvar sendes fra våre helseforetak, men det har vært en utfordring at svar ikke kan mottas. Det er søkt unntak for dette, begrunnet med at regionen er i ferd med å skifte laboratedatasystem som vil være på plass i løpet av 2019. Det innføres videre en løsning for interaktiv henvisning og rekvirering som skal være på plass 2017-2018.

Samhandling mellom helseforetakene i regionen skjer gjennom at det er etablert felles regional journal. Kjernejournal og e-resept er innført fullt ut, men det er pågående aktiviteter for å utnytte hele potensialet i løsningene samt å ta i bruk nyutvikling/endringer (som kommer fra Direktoratet for e-helse).

Det brukes fortsatt en del fax. Dette er det rapportert på tidligere, og det har ikke skjedd endringer i omfang i 2017. Det er behov for å etablere og ta i bruk standard arkitektur-løsninger for å kunne samhandle elektronisk på gjenværende områder. Problemområdet er også meldt til Nasjonal IKT HF for mulig oppfølging.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene bidra i arbeidet med program for felles infrastruktur, sektorens mottaksprosjekt for modernisert Folkeregister og program for kodeverk og terminologi som ledes av Direktoratet for e-helse.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge har deltatt i styringsgruppe, bidratt i prosjektgrupper og gjennomført lokale aktiviteter som har vært en del av den nasjonale prosjektaktiviteten.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene utarbeide en felles plan for utvikling av nye tjenester og løsninger som er av nasjonal betydning og som har overføringsverdi mellom de regionale helseforetakene. Planen skal ferdigstilles innen 1. oktober 2017.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF har gjennom Nasjonal IKT HF (NIKT) deltatt i arbeidet med å utvikle en felles plan for felles tjenester i spesialisthelsetjenesten. Felles plan for utvikling av nye tjenester og løsninger er utviklet og levert i samarbeid mellom de fire regionale helseforetakene og Nasjonal IKT HF. Noen av disse prosjektene/tjenestene har NIKT tatt videre med Direktoratet for eHelse og Helse Midt-Norge deltar i flere nasjonale prosjekter her.

- Foretaksmøtet ba Helse Midt-Norge RHF om å sikre kommunal deltakelse i anskaffelsesdialogen til Helseplattformen.

Målet er nådd.

Helseplattformen har i 2017 fortsatt involveringen av kommuner og fastleger i Midt-Norge i arbeidet som danner grunnlaget for anskaffelsen av ny elektronisk pasientjournal og pasientadministrativt system. Målet er en sammenhengende helsetjeneste. Kommunene deltar aktivt i anskaffelse av Helseplattformen med egne prosjektdeltagere. I tillegg er de representert i referansegrupper, sitter i styringsgruppen og det er etablert en egen eierstyringsgruppe med Trondheim kommune. Trondheim kommune har et særskilt ansvar for å følge opp de andre kommunene.

Beredskap og sikkerhet

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å i samarbeid, og ved bruk av CBRNE-senteret, etablere beredskap for ambulansetransport og spesialisthelsetjenestens håndtering ved utbrudd av alvorlige smittsomme sykdommer.

Målet er nådd.

Foretaksmøtets beslutning er fulgt opp gjennom utredning i samarbeid mellom de regionale helseforetakene og andre berørte instanser. Mandat for beredskapsordningen ble godkjent av de fire regionale helseforetakenes administrerende direktører i møte 25. september 2017. Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte er etablert ved Oslo universitetssykehus HF, i tilknytning til CBRNE-senteret.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene ved bruk av CBRNE-senteret, i samarbeid med Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og Forsvaret, utvikle nasjonale løsninger for medisinsk evakuering med fly og helikopter.

Målet er nådd.

Nasjonalt medisinsk utrykningsteam for høyrisikosmitte er etablert ved Oslo universitetssykehus HF, i tilknytning til CBRNE-senteret. Evakuering med fly og helikopter er en del av denne løsningen.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å implementere Helsedirektoratets *Veileder for helsetjenestens organisering på skadested.*

Målet er nådd.

Veilederen er implementert i ambulansetjenesten i alle tre sykehusforetak i Helse Midt-Norge.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å sørge for tilfredsstillende informasjonssikkerhet med utgangspunkt i vurdering av risiko og sårbarhet, og oppfølging gjennom internkontroll.

Målet er nådd.

Informasjonssikkerhet er et område med stort fokus i Helse Midt-Norge, både i den løpende driften og spesielt i arbeidet med Helseplattformen.

Det er i 2017 gjennomført gjennomganger av leverandørtilganger både i Helse Midt-Norge IT HF (Hemit) og de andre helseforetakene for å sikre at disse er i tråd gjeldende retningslinjer. Det gjennomføres risikovurderinger av alle nye løsninger som godkjennes av det enkelte helseforetak.

Det er også startet et prosjekt som skal understøtte foretakene i å etterleve kravene i nye personvernforordningen (GDPR) som trer i kraft fra 25. mai 2018. Prosjektet vil gjøre en gjennomgang av informasjonssikkerheten på relevante områder og bidra i arbeidet med å revidere styringssystem for informasjonssikkerhet i Helse Midt-Norge.

Organisering av AMK-sentralene

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å følge opp anbefalingen om at koordineringen av ambulanshelikoptertjenesten og flight following av ambulanshelikopteroppdrag utføres fra én AMK-sentral i hver region.

Arbeidet pågår.

Helse Midt-Norge har startet arbeidet med å følge opp anbefalingen om at koordinering av ambulanshelikoptertjenesten skal skje fra en AMK-sentral i regionen. Det er nedsatt en arbeidsgruppe med deltagere fra alle helseforetakene i regionen, Luftambulansetjenesten HF og Norsk Luftambulans AS. Gruppen skal levere rapport innen medio mars 2018. Helse Midt-Norge planlegger å konkludere i saken kort tid etter at rapporten er levert.

Sivilt-militært samarbeid

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å bidra i arbeidet med revideringen og harmoniseringen av Sivilt beredskapssystem (SBS) og Beredskapssystemet for Forsvaret (BFF).

Målet er nådd.

Arbeidet med revisjon og harmonisering av Sivilt beredskapssystem (SBS) og Beredskapssystemet for Forsvaret (BF), inkludert utvikling av SBS Helse har pågått i 2017 under ledelse av Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Midt-Norge RHF har sammen med Helse Nord RHF representert de regionale helseforetakene i denne arbeidsgruppen for SBS Helse. Det planlegges at første versjon av Helse-SBS skal foreligge i april 2018 slik at den kan brukes opp mot Nasjonal helseøvelse som finner sted i oktober - november 2018.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene i samarbeid utvikle eget beredskapsplanverk i tråd med gradert Sivilt beredskapssystem (SBS) herunder hvordan man omgjør gradert planverk på regionalt nivå til ugradert planverk i helseforetakene.

Arbeidet pågår.

Arbeidsgruppen for Helse-SBS i Helse- og omsorgsdepartementet har dette som en av sine oppgaver. Arbeidsgruppen er i ferd med å etablere et «brodokument» som vil peke på de elementene som må være på plass i nasjonalt/regionalt/lokalt planverk for at SBS skal kunne brukes.

Samtidig gjennomføres en revisjon av regional helseberedskapsplan som vil ta disse elementene opp i seg. Når første versjon av Helse-SBS er ferdig i april 2018 vil dette arbeidet kunne slutføres.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene delta i planleggingen og gjennomføringen av NATO-øvelsen Trident Juncture som skal gjennomføres i Norge i 2018.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF er tungt inne i prosessene mot NATO-øvelsen som finner sted høsten 2018. Dette gjør vi både for å ivareta Host Nation Support kravene, og ved å delta i planleggingen av nasjonal helseøvelse som går i tilknytning til NATO-øvelsen.

4.1.3 Økonomiske krav og rammer

Økonomisk resultatkrav og endringer i driftskredittrammen

- Foretaksmøtet la til grunn at de regionale helseforetakene skal drive sin virksomhet innenfor gjeldende driftskredittrammer, samt innretter virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av Prop. 1 S (2016–2017), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2017, slik at sørge-for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF har et foreløpig resultat for 2017 på 250-300 mill. kroner. Dette er 10-66 mill. kroner bedre enn styringsmålet. Helse Midt-Norge RHF har innfridd krav om å drive innenfor gitt driftskredittramme.

Investeringer og lån

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å revidere veileder for tidligfaseplanlegging slik at den blir samstemt med veileder for utviklingsplan.

Målet er nådd.

Arbeidet med revidering av veileder for tidligfaseplanlegging er gjennomført i regi/samarbeid med Sykehusbygg HF og de fire regionale helseforetakene. Ny veileder ble vedtatt i styrene i de regionale helseforetakene høsten 2017.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene benytte standardromskatalogen som er utarbeidet av Sykehusbygg HF og bidra med evaluering av nye prosjekter.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF har gjennom bygge- og eiendomsreglementet vedtatt at styrende dokumenter fra Sykehusbygg HF skal legges til grunn for arbeidet med alle nybygg- og rehabiliteringsprosjekt. Avvik fra felles grunnlag skal rapporteres. Kravene følges også opp gjennom de enkelte byggeprosjekt.

Protonsenter

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å utrede to protonsentre i Norge. Utredningen skal planlegge for bygging av ett senter innen 2022, og videre etappevis utbygging, avhengig av kapasitetsbehov og utvikling i behandlingsteknologi. Plasseringen av sentrene blir eventuelt i Oslo og Bergen. Det bes om en anbefaling av valgt alternativ innen 15. oktober 2017.

Målet er nådd.

Utredningen er gjennomført i felles regi av de fire regionale helseforetakene og med Sykehusbygg HF som prosjektleder. Anbefalinger om dimensjonering og lokalisering ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i tråd med kravet.

Ressursutnyttelse og kvalitet i tjenesten

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å legge prinsippene for prioritering til grunn for innføring av nye legemidler og metoder i spesialisthelsetjenesten. De regionale helseforetakene og Statens legemiddelverk skal etablere en felles tilnærming til hvordan prinsippene for prioritering skal operasjonaliseres i tråd med forslagene i meldingen og tilpasset endringene i legemiddelforskriften som vil bli sendt på høring i 2017.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF har i 2017 deltatt i et arbeid sammen med Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk på dette området. En likelydende styresak, der prinsippene for prioriteringer ved innføring av nye legemidler og andre nye metoder ble gjort rede for, ble behandlet i styrene i de regionale helseforetakene høsten 2017

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene utrede hvordan prinsippene for prioritering kan vektlegges i utformingen av regionale og lokale utviklingsplaner.

Arbeidet pågår.

Arbeidet med den regionale utviklingsplanen pågår og vil i henhold til oppdraget fra Helse og omsorgsdepartementet ferdigstilles innen utgangen av 2018. Prinsippene for prioritering vil tas med som en del av arbeidet med den regionale utviklingsplanen. En del av dette er eksempelvis arbeidet med å redusere uønska variasjon og økt oppmerksomhet rundt pasienter med kroniske og sammensatte lidelser.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene legge til rette for at lederopplæringene som tilbys i ulike deler av tjenesten gir ledere en klar forståelse av deres ansvar for å innrette sin virksomhet i tråd med prinsippene for prioritering.

Arbeidet pågår.

Generelt er prioritering et punkt som har stor fokus i ledelsen ved alle helseforetak, både i daglige beslutninger og i større vurderinger. I beslutninger knyttet til for eksempel nye pasientforløp, organisering av tjenestene og nye investeringer vurderes alltid nytte, ressurser og alvorlighet/viktighet.

Foretakene har lederavtaler med de øverste ledernivåene og delvis med nivåene under. Gjennom lederavtaler forpliktes ledere i helseforetakene til et avtalt budsjett, kvalitet, HMS og andre mål i styringsdokument og forbedringsprogram, noe som er en viktig premisse for ledernes prioriteringer.

Foretakene i Helse Midt-Norge har i fellesskap utviklet et mottaks- og opplæringsprogram for nye ledere der lederrollen og leders ansvar tas spesielt opp. Programmet var ferdigstilt ved utgangen av 2017 og skal implementeres i 1. kvartal 2018. Foretakene i regionen er også i gang med å lage et felles utviklingskonsept for ledergrupper der blant annet ledergruppens evne til å ta beslutninger og prioritere vil ha sterk fokus.

Kontinuerlig forbedring, kunnskap og ferdigheter i ledelse av sykehus, klargjøring av lederrollen og økt forståelse for økonomistyring og andre styringssystemer er noen sentrale tema i lederutviklingsprogrammet «Synlig og ansvarlig ledelse» ved St. Olavs Hospital HF, der også forløpsansvarlige er inkludert. Gjennom programmet får ledere tilført kunnskap, samt trenes i å bli tryggere og mer reflektert slik at de blant annet skal være i stand til å gjøre gode prioriteringer i sitt daglige arbeid. I Helse Møre og Romsdal HF er det eksempelvis innført en ny ledelsesstruktur for å sikre tydelighet rundt strategisk retning og mål, gode arbeids- og beslutningsprosesser og god gjennomføringskraft.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å sikre at Sykehusinnkjøp HF gjøres i stand til å fremme innovasjon og legge til rette for bruk av nye innovative løsninger.

Målet er nådd.

De regionale helseforetakene har lagt til rette for dette gjennom følgende føring i oppdragsdokumentet for Sykehusinnkjøp HF i 2017; «Innovative anskaffelser er et hovedverktøy for innovasjon og et viktig virkemiddel for å utvikle nye og bedre tjenester i dialog mellom pasienter, fagmiljøer og næringslivet. Sykehusinnkjøp HF skal bidra til økt bruk av denne anskaffelsesformen.»

Sykehusinnkjøp HF, er deltagende i to innovasjonspartnersaker som er støttet av Innovasjon Norge. Det er i 2017 innledet et innovasjonssamarbeid med «C3 Center for Connected 17 Care» ved Oslo universitetssykehus HF, Sunnaas sykehus HF og Oslo kommune gjennom prosjektet «Et slag for fremtidens helsetjeneste». Prosjektet skal styrke samspeillet mellom ny teknologi og organisatorisk innovasjon i oppfølging av slagpasienter og skal gjennomføres i 2018.

Divisjon nasjonale tjenester i Sykehusinnkjøp HF jobber med en pilot ved bruk av metoden «value based procurement». Pilotanskaffelsen omfatter nasjonal avtale for infusjonspumper BHM. Arbeidet utføres i samarbeid med Medtek Norge/Medtech Europe. Divisjonen er i dialog med NHO leverandørutviklingsprogrammet for å igangsette en innovativ anskaffelse innenfor avfallshåndtering sammen med divisjon nord og divisjon Midt-Norge.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å arbeide for overgang til rimeligere legemidler. Foretaksmøtet ba om at det innen 1. juni 2017 legges fram forslag for Helse- og omsorgsdepartementet til konkrete tiltak for hvordan helseforetakene kan stimuleres til overgang til rimeligere men faglig likeverdige legemidler.

Målet er nådd.

Frist for overlevering av rapport med tiltak ble utsatt til 1. november 2017 og «*Rapport om overgang til faglig likeverdige legemidler og tilgrensede oppdrag*» ble oversendt Helse og omsorgsdepartementet innen utsatt frist. Helse Sør-Øst RHF har ledet arbeidet.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å inngå flere driftsavtaler med avtalespesialister, slik at antall avtalte årsverk i hver region i 2017 blir vesentlig høyere enn i 2016. De regionale helseforetakene skal innenfor rammen av ny rammeavtale gjennomføre tiltak for å bedre samhandlingen mellom offentlige sykehus og avtalespesialister.

Målet er nådd.

Helse Midt-Norge RHF har økt antall årsverk for avtalespesialister med 4,9 årsverk i 2017 sammenliknet med 2016. Økningen har skjedd ved økning av deltidshjemler og opprettelse av ny hjemler. Økningen har vært innen fagområdene øre-nese-hals, øye, gynekologi, psykiatri, nevropsykologi og klinisk psykologi.

4.2 Øvrige aktuelle saker i 2017

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

- De regionale helseforetakene skal i samarbeid med Helsedirektoratet igangsette prosesser for flytting og overføring av sekretariatet for Nye metoder fra Helsedirektoratet til Helse Sør-Øst RHF. Det forutsettes at sekretariatet overføres med de ressurser som tilligger sekretariatet per i dag som tilsvarer 4 årsverk. Sekretariatet for Nye metoder skal bli involvert i prosessene rundt overflyttingen.

Målet er nådd.

Sekretariatet er overført Helse Sør-Øst RHF i tråd med oppdraget.

5. Styrets plandokument

Det vises til kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet. I samråd med Helse- og omsorgsdepartementet er kapittel 5, styrets plandokument, sterkt forenklet. Dette gjelder både utviklingstrender, rammebetingelser og RHF-enes strategier og planer.

Helse Midt-Norge RHF viser i denne sammenheng til Helse Midt-Norges *Strategi 2030, Langtidsplan og budsjett 2018 – 2022, Langtidsplan og budsjett 2019 – 2030 – prinsipper og forutsetninger og innspill til statsbudsjettet fra de regionale helseforetakene.*

I tillegg vil Helse Midt-Norge RHF vise til det pågående arbeidet med regional utviklingsplan som vil ferdigstilles i løpet av oktober 2018.

6. Uttalelse fra regionalt brukerutvalg i Helse Midt-Norge

Det regionale brukerutvalget (RBU) i Helse Midt-Norge har sammenfattet sitt inntrykk av arbeidet som er gjort i 2017 slik:

Det regionale brukerutvalget (RBU) beskriver samarbeidet med styret og den administrative ledelsen i Helse Midt-Norge RHF som meget godt. Forberedelse til deltakelse i styremøtene blir gjort ved ledelsens orientering til styresaker og presentasjon av prosjekter i møtene i RBU. Deltakelsen i styremøtene er gode og inkluderende og innspill fra det regionale brukerutvalget blir lyttet til og tatt hensyn til.

Samarbeidet med administrasjonen er meget viktig for at det regionale brukerutvalget skal kunne fylle de roller som er forventet. Dette skjer både i prosesser og i møter i brukerutvalget. Tidligere var det en utfordring at de presentasjoner som ble gjort for det regionale brukerutvalget ble mye ren informasjon og mindre presentasjoner av utfordringer hvor det ønskes råd, kommentarer og innspill fra brukerutvalget. Dette har bedret seg slik at det blir samtaler om utfordringer og aktuelle løsninger.

- Ved gjennomgang av statusrapportering og andre styresaker i RBU har det vært stort fokus på kvalitetsindikatorene som rapporteres. Utvalget er tilfreds med at ventetider reduseres og målsettingene om null fristbrudd nærmer seg å bli nådd. RBU har etterspurt bedre fokus på pasientsikkerhet og kvalitet og at det må utarbeides kvalitetsindikatorer som ivaretar dette i statusrapporteringer. I 2017 har det vært stort engasjement og utfordringer vedrørende oppfølgingen av "den gyldne regel" innenfor psykisk helsevern og rusbehandling. RBU benytter også møtene til å etterspørre andre saker som ikke er oppe til styrebehandling, men som har vært aktuelle av andre årsaker.
- Medlemmene i RBU er dessuten opptatt av hvordan tiden i møtene i RBU best mulig kan benyttes, arbeidsmengde, orienteringer, prioriteringer og hvordan arbeid skal kunne prioriteres.

- Arbeidsutvalget møtes i forkant av møtene i RBU og går igjennom saker og henvendelser og setter opp utkast til innkalling og sakliste til møtene i RBU. Arbeidsutvalget får i flere saker fullmakt til oppfølging av saker etter behandling i RBU, og dette gjøres sammen med administrasjonen.
- 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 brukerkompetansen får en reell oppmerksomhet og innflytelse, gjennom deltakelse i pågående prosesser. Det er imidlertid fortsatt slik at brukermedvirkning fra tid til annen blir «avglemt», men disse «forglemmelsene» er redusert. RBU har registrert at endringer i sentrale lederroller fører til endringer i styring, organisering og gjennomføring av arbeidsprosesser og prosjekter. Dette fører ofte til at det kan være utfordrende å kunne delta i de prosesser som foregår. Dette gjelder når faglige regionale nettverk er tillagt oppgaver å være styringsgrupper.
- RBU gjennomfører møter hvor representanter for brukerutvalgene i HFene i Helse Midt-Norge deltar. Fra 2016 har det blitt gjennomført møter hvor leder, nestleder og sekretær i brukerutvalgene har deltatt. Hensikten med møtene er å ta opp saker av felles interesse og som vedrører flere av brukerutvalgene i helseregionen.
- RBU har en del felles arbeidsoppgaver og utfordringer med brukerutvalget ved St Olav HF. Dette har sammenheng med at flere regionale funksjoner er lagt til St Olav HF og RBU utfordres ofte på hvordan regionale oppgaver ivaretas. Representanter fra RBU møter representanter for brukerutvalget ved St Olav HF for å søke å avklare områder slik at begge utvalgene kunne være sikre på at brukermedvirkning blir ivaretatt.
- 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 2017 var brukermedvirkning, foredrag fra tema fra Forskningsprisen 2016, samarbeidsavtalene, arbeid med utviklingsplaner og dilemmaer i beslutningsprosessene. I tillegg Helseplattformen – pasientenes helsetjeneste og tema vedrørende legemiddelgjennomgang.
- RBU deltar i samarbeid med de øvrige regionale brukerutvalgene i de regionale helseforetakene. I takt med at det opprettes nasjonale helseforetak og igangsettes nasjonale prosjekter, øker forventningene om brukermedvirkning i nasjonal sammenheng. Arbeidsoppgavene for leder og nestleder i RBU blir gjennom slik deltakelse ytterligere omfattende. At stadig flere nasjonale helseoppgaver gjennomføres i regi av de regionale helseforetakene fører til at samarbeidet mellom de regionale brukerutvalgene må utvikles og styrkes.
- Helse Midt-Norge RHF har etablert 17 regionale fagledernetverk. RBU har støttet dette og mener det vil bidra til bedre helhetlige regionale pasientforløp og at brukermedvirkningen kan bedres gjennom dette tiltaket. Det samme gjelder etableringen av regionale innsatsteam som kom på plass på slutten av 2015. Deltakelse

og brukermedvirkning i arbeidet med disse regionale funksjonene har ikke kommet på plass ennå.

- Grunnlaget for arbeidet med Strategi 2030 kom godt i gang i Helse Midt-Norge i 2015. Prosessen i 2016 var inkluderende for RBU og gode diskusjoner i brukerutvalget ble brakt inn i prosessen for Strategi 2030. RBU støtter de fire felles målområdene som er beskrevet. Disse skal være førende for pasientens helsetjeneste i årene framover. Utfordringene er å få det til. Arbeidet med utviklingsplaner i helseforetakene 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 fortsatt tro på at god brukermedvirkning i alle deler av virksomheten – både på individ- og systemnivå – vil gjøre dette mulig. Arbeidet i 2017 har skjedd i helseforetakene, og RBU vil møte sakene i 2018.
- Brukermedvirkning i helseforskning er et 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 skulle utarbeides en regional veileder for gjennomføring av brukermedvirkning i helseforskning i HMN. Denne veilederen ble utarbeidet i 2016 og brukt i forbindelse med behandling av søknader om forskningsmidler i 2016. Brukerutvalgene i Helse Midt-Norge har ved flere anledninger diskutert dette temaet, og på brukerkonferansen i november 2017 var dette også på dagsorden og ble diskutert. I 2017 ble det initiert en nasjonal veileder, og etter hvert viser det seg at den har mye til felles med den regionale i Helse Midt-Norge. En nasjonal veileder for brukermedvirkning vil måtte erstatte den regionale.
- RBU startet i 2016 et arbeid med tema «Folkskikk». Hensikten med dette er å redusere uønsket atferd fra helsepersonell overfor pasienter og pårørende. Det ble utarbeidet opplegg for arbeidet og prosjektet gjennomføres med en egen arbeidsgruppe som ledes fra RBU, men det hovedsaklige arbeidet foregår i arbeidsgruppen og i godt samarbeid med St Olavs hospital. Dette arbeidet ble videreført i 2017. RBU møter stor velvilje og forståelse for at dette temaet blir brakt opp som sak, men en konkretisering i styrende dokumenter er ennå ikke oppnådd.
- Helse Midt-Norge RHF utlyser og tildeler tilskudd til organisasjoner. Dette er meget viktige tilskudd som gis for at brukermedvirkning skal kunne bli ivarettatt fra organisasjonene. Dersom brukermedvirkning 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. De er viktige for rekruttering og opplæring av brukerrepresentanter, og organisasjonene må fungere godt som ressurser for personene som deltar som brukermedvirkere på systemnivå i Helse Midt-Norge RHF. Brukermedvirkning både på individ og systemnivå må sees på som beslutningsstøtte i alle deler av spesialisthelsetjenesten. Dersom dette skal kunne fungere på en god måte må posten tilskudd til organisasjoner i Helse Midt-Norge RHF økes i takt med forventet brukermedvirkning.

- RBU får henvendelser om pasientreiser. Mange av disse henvendelsene gjelder saker som er knyttet til Pasientreiser HF's praksis og gjeldende bestemmelser om refusjon av reiser til og fra behandling. Representant fra RBU har i 2017 deltatt i arbeidet med grunnlag for kravspesifikasjoner og anbudsutlysning.
- RBU har i flere år brukt 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. Rapportene avdekker stort behov for samhandling mellom tjeneste-områder og tjenestenivå.
- Ungdomsråd er opprettet i de tre aktuelle helseforetakene i Helse Midt-Norge. Det er ennå ikke opprettet noen formell kontakt mellom Ungdomsrådene og RBU, men det er kontakt mellom brukerutvalgene i helseforetakene og ungdomsrådene.
- RBU har tatt opp sak om ernæring i sykehus. Dette er begrunnet i at medlemmer i brukerutvalget erfarer at kompetansen på ernæring kan bedres både i sykehusene, og når det gjelder rådgiving overfor pasienter og pårørende. Engasjementet har blant annet ført til brukerrepresentasjon i ernæringsråd og innspill til revisjon av faglige innhold i helse- og sosialfagutdanningene. RBU vil arbeide videre med dette tema i 2018.
- Av andre saker RBU har vært opptatt av nevnes summarisk:
 - Oppnevning av brukerrepresentanter
 - Anskaffelse av rehabiliteringstjenester
 - Bruk og registrering av tvang innen psykisk helse
 - Raskere tilbake
 - Kvinnslandutvalget
 - Nye retningslinjer for brukerutvalg – lokale og regionale avvik
 - Internrevisjonsrapporter
 - Helseplattformen, pasientens helsetjeneste
 - Regional funksjon for intensiv habilitering av barn og unge
 - Revidert nasjonal Traumeplan
 - Utredning av behov for døgnplasser innen spesifikke målgrupper ROP
 - Regionale og lokale utviklingsplaner
 - Økonomi- og logistikkprosjektet
 - Felleseide nasjonale selskaper
 - Arbeid med døgnplasser for mennesker med utviklingshemming og psykisk lidelse i spesialisthelsetjenesten.
 - Innføring av pakkeforløp innen TSB og PH
 - Program K2 – videre arbeid med SAP (HMN LØ fase 2)
 - AIM – indikatorer og pasientsikkerhetsprogrammet – helseatlasvariasjoner
 - ForBedring 2018 – kartlegging av sikkerhetskultur
 - Revisjon av kommunikasjonsstrategi
 - Økonomisk bærekraft i HMN RHF

- Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfaglige utdanninger
- Konseptrapport sikkerhetspsykiatri St Olavs hospital
- Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfaglige utdanninger
- Konseptrapport nytt sykehus Nordmøre og Romsdal (SNR)
- Avtalespesialister
- Endring av organisering av samarbeidsorganene mellom HMN RHF og Universiteter/Høgskolene
- Nasjonale kvalitetsregistre
- Regional plan for billeddiagnostikk
- Plan for psykisk helse
- «Den gyldne regel» innen psykisk helse
- Medikamentfri behandlingstiltak (psykiatri / rus)
- Helse Midt-Norges Forskningspris
- Oppdrags- og styringsdokumenter
- Årshjul for RBU

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

Det har gjennom 2017 vært et stabilt og regelmessig samarbeid mellom regional foretaksledelse og KTV/KVO, og det er fokus på videre utvikling av dette samarbeidet. KTV/KVO ser med tilfredshet på at HMN skårer høyt på pasienttilfredshet. Det gjøres derfor et godt arbeid av ansatte i HMN på tross av de utfordringer de møter i sin arbeidshverdag. Basert på eiers overordnet styringsbudskap og Helse Midt-Norges prioriteringer ble det i HMN fokusert på tre områder som skulle ha et gjennomgående ledelsesfokus i 2017;

- 1. Reduksjon av unødig venting og variasjon i kapasitetsutnyttelsen**
- 2. Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling**
- 3. Bedre kvalitet og pasientsikkerhet**

1. Reduksjon i ventetider og fristbrudd har vært prioritert over flere år og KTV/KVO er fornøyd både over arbeidet som er gjort og den positive utviklingen som har fortsatt gjennom 2017, men det er en ytterst vanskelig balansegang med en aktivitetsøkning uten tilsvarende økning av ressurser. En konsekvens er at ansatte i helseforetakene settes i dårlig stand til å utvikle helsetjenesten i tråd med ønsket aktivitetsøkning og effektivisering. Sett med våre øyne er de politiske mål med helsetjenesten langt høyere enn de ressurser som stilles til disposisjon og dette setter de ansatte på betydelig «strek».
2. KTV/KVO har i flere tidligere Årlige meldinger påpekt at en strever med å nå målet for «den gylne regel». Selv om Helseministeren har gitt helseforetakene i oppdrag å

prioritere psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), har ikke veksten i psykisk helsevern, særlig barn og ungdomspsykiatri (BUP), vært tydelig nok. HMN sliter med å nå målene, dette gjelder både aktivitet, ventetider og rekruttering. Man har nå en strategi/handlingsplan for både PH og TSB, men det gjenstår å følge den tydeligere opp fra HMN's side. KTV/KVO har lenge ment at her har man et betydelig forbedringspotensial.

3. Pasientsikkerhet og bedre kvalitet har fått et høyere ledelsesfokus, og dette sees også i sammenheng med ansattes arbeidssituasjon og HMS. Men fortsatt opplever for mange pasienter uønskede hendelser. Blant annet sykehusinfeksjoner og feilmedisinering forekommer med uønsket stor hyppighet og det er også stor variasjon mellom sykehusene i regionen. Travelhetens innvirkning på pasientsikkerhet og kvalitet må fokuseres sterkere enn det man har sett i 2017. Det forventes et mer systematisk arbeid for bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Uønsket variasjon skal reduseres. Det er et mål å stimulere til utvikling av en kvalitetsorientert ledelse og etablere systemer som skal bidra til en sikkerhetsfokusert og lærende kultur. I praksis ser vi imidlertid at pasientsikkerheten daglig blir utfordret, variasjonen mellom helseforetakene øker, andelen fristbrudd øker, beleggsprosenten er langt over det som er bra og pasienter legges på avdelinger de ikke hører hjemme, I tillegg er meldefrekvensen bekymringsfull lav og de ansatte opplever en betydelig økt presset arbeidsdag. KTV/KVO er bekymret for ensidig fokus på korridorpasienter og ikke på konsekvenser av høyt pasientbelegg.

Andre kommentarer

KTV/KVO mener HMN er i en krevende stilling både økonomisk og likviditetsmessig og har store økonomiske utfordringer foran seg, da spesielt rettet mot det nye sykehuset i Nordmøre og Romsdal (SNR) og Helseplattformen. Dette har KTV/KVO påpekt gjentatte ganger og vi er ikke mindre bekymret nå enn tidligere år. Situasjonen er svært krevende med hensyn til nødvendige investering både i bygg, medisinsk-teknisk utstyr, IKT og ikke minst nye og dyre medisiner, dessuten er det et betydelig vedlikeholdsetterlep i alle underliggende HF. De økonomiske utfordringer vi sammen står overfor er energikrevende for hele foretaksgruppen i Midt-Norge.

Faste stillinger for leger i spesialisering (LIS) skulle effektueres fra 1. juli 2015 etter avtale mellom partene, men tall viser at dette ikke er fulgt opp tilstrekkelig. Ny ordning for spesialistutdanning for leger – tverrregionalt prosjekt er under arbeid og det er av stor betydning for framtidig helsetjeneste at dette arbeidet forankres godt ut i organisasjonen. Det er etablert et Regionalt Utdanningscenter (RegUt), men arbeidet synes ikke å ha kommet tilfredsstillende i gang i 2017 og det har bekymret mange.

Reduksjon i avvik på arbeidstidsbestemmelsene har vært en intensjon i flere år. KTV/KVO er bekymret for at dette arbeidet ikke får stort nok fokus og nødvendig oppfølging. Mange av

disse bruddene er å betrakte som alvorlige med tanke på ansattes helse, men er også utslagsgivende for pasientsikkerheten.

Åpenhetskultur er et vesentlig moment i en pasientsikkerhetssammenheng og her er det fortsatt et betydelig forbedrings potensiale. Det samme kan man si om HMS og fra KTV/KVO's perspektiv mener vi HMS behøver et langt større ledelsesfokus og engasjement enn det vi mener å ha registrert tidligere, men som vi nå også dessverre må gjenta. Dette gjelder for alle ledernivå i 2017.

Arbeidet med hele stillinger synes å ha stagnert. Dette skrev KTV/KVO i årlig melding for 2015 og 2016. Det har ikke skjedd store endringer i 2017. Dette arbeidet er viktig med de utfordringer helsetjenesten står over for; optimal ressursutnyttelse, bedre kvalitet i tjenesten og pasientsikkerheten. Hele stillinger er også viktig for den enkelte ansatte. KTV/KVO opplever ikke at det er en hovedregel at vi rekrutterer nyutdannet helsepersonell inn i hele faste stillinger, selv om dette er målet. Da vi ikke har tall på dette bør det legges fokus på denne problemstillingen fram i tid.

KTV/KVO mener vi kun lykkes med en god utvikling av helsetjenesten gjennom god medvirkning fra både pasienter/brukerorganisasjoner, ansatte og ikke minst fagmiljøene. Prosjektet SNR virker også godt styrt i 2017 med en bred involvering av disse og med deltakelse fra lokalsamfunnet.

Det synes for KTV/KVO at det arbeides godt med Helseplattformen, med god prosjektstyring. Implementering av Helseplattformen vil bli krevende. Etablering av implementeringsprosjekter i HF-ene samt standardiseringsprosjektet er særdeles viktige for å nyttiggjøre de muligheter Helseplattformen gir, både for faglig og organisasjonsmessig utvikling.

8. Vedlegg

8.1 Redusere unødig venting, mindre variasjon og bedre effektivitet, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet

Mål 2017 Helse Midt-Norge RHF	Mål	Datakilde	Publiserings-frekvens	Rapportering				
				2014	2015	2016	2017	
Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelse-tjenesten	Redusert i alle regioner sammenliknet med 2016. Skal være under 60 dager i alle regioner	Helse-direktoratet	Månedlig	2014	2015	2016	2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				72	60	58	56	I 2017 hadde Helse Nord-Trøndelag HF høyeste måloppnåelse med gjennomsnittlig ventetid tilsvarende 54 dager. Helse Møre og Romsdal HF hadde lavest måloppnåelse med 56 dager.
Andel fristbrudd for avviklede pasienter	0 %	Helse-direktoratet	Månedlig	2014	2015	2016	2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				3,9	2,6	1,0	1,6	I 2017 hadde Helse Nord-Trøndelag HF høyeste måloppnåelse med andel fristbrudd tilsvarende 0,9 %. Helse Møre og Romsdal HF hadde lavest måloppnåelse med 2,5 %.
Andel nye pasienter som inngår i et pakkeforløp for kreft (samlet for 24 krefttyper)	Minst 70 %	Helse-direktoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				84,6	83,7	82,0	75,1	I 2017 hadde Helse Nord-Trøndelag HF den høyeste måloppnåelsen med 90,6-98,6 % (hhv 2. og 1. tertialresultater). Helse Møre og Romsdal HF hadde den laveste måloppnåelsen i regionen med 72,8 % i 1. tertial 2017 og 69,4 % i 2. tertial.
Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet for 26 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid	Minst 70 %	Helse-direktoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				76,2	78,7	76,9	64,6	I 2017 har Helse Møre og Romsdal HF den høyeste måloppnåelsen med hhv 79,4 % i 1. tertial og 68,5 % i 2. tertial. Helse Nord-Trøndelag HF har den laveste måloppnåelsen med hhv 73,8 % og 56,9 % i samme perioder.
Oppfølging av forskjeller i kapasitetsutnyttelse og effektivitet på tvers av sykehus målt ved følgende indikatorer: <ul style="list-style-type: none"> • Andel og antall 		Helse-direktoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
						Andel passert planlagt	Andel passert planlagt	<u>Andel kontakter med passert planlagt tid:</u> Som nasjonal indikator er andel pasientkontakter med passert planlagt tid relativt ny, og det forelå derfor ikke nasjonale, offisielle tall for

<p>pasientkontakter, for nyhenviste og pasienter i et forløp, hvor planlagt dato er passert ved rapporteringstidspunktet</p> <ul style="list-style-type: none"> • Andel pasienter vurdert til å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten • Andel nyhenviste i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totalt antall polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet • Andel kontroller i spesialisthelsetjenesten, sett opp mot totale polikliniske konsultasjoner innenfor fagområdet • Andel polikliniske konsultasjoner der aktivitet utføres utenfor fast behandlingssted 				<p>Andel pasient er vurdert å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (PHV): 12,9</p> <p>Ambulant virksomhet: 8,4%</p>	<p>Andel pasient er vurdert å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (PHV): 13,7</p> <p>Ambulant virksomhet: 9,7%</p>	<p>tid: 10,4</p> <p>Andel pasient er vurdert å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (PHV): 14,8</p>	<p>tid: 11,3</p> <p>Andel pasient er vurdert å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten (PHV): 14,1</p>	<p>2016.</p> <p>I Helse Midt-Norge har St. Olavs Hospital hatt lavest andel, mellom 8,2 % og 9,3 % i 2017. Helse Møre og Romsdal har hatt høyest andel: 13,4 % -13,5 %.</p> <p><u>Andel pasienter vurdert å ikke ha behov for helsehjelp i spesialisthelsetjenesten:</u> For denne indikatoren har den faglige oppmerksomheten primært vært rettet mot psykisk helsevern, da det andre fagområdet som det er publisert offisielle tall for, ortopedi, har svært lave andeler og liten variasjon i Midt-Norge.</p> <p>Innen psykisk helsevern har det i perioden 2016-2017 blitt vurdert at 13 % -15 % av henvisningene ikke gir grunnlag for å konkludere med at det foreligger et behov for å gi helsehjelp i spesialisthelsetjenesten. Innad i regionen har St. Olavs Hospital HF høyeste andeler, i overkant av 20 % i 2017. Lavest andel har Helse Nord-Trøndelag med ca. 1 %.</p> <p>Andel konsultasjoner som utføres utenfor fast behandlingssted, <u>ambulant virksomhet</u> innen psykisk helsevern, lå i 2016 mellom 8,4 % og 9,7 %, med til dels store forskjeller mellom HF-ene i regionen: Helse Møre og Romsdal HF hadde høyest andel med 14,5 %, Helse Nord-Trøndelag den laveste, med 3,3 %. Ratetallene varierer tilsvarende. Det foregår faglige diskusjoner om temaet i regionen.</p> <p>Når det gjelder indikatorene for <u>kontroller</u>, har HF-ene i Helse Midt-Norge gitt tilbakemelding om at det tidvis er krevende å skille mellom kontakttypekategoriene «utredning», «behandling» og «kontroll». I Helse Midt-Norge har det derfor, i løpet av 2017, blitt lagt til to nye kategorier i det pasientadministrative systemet: «forløpspasienter i utredning» og «forløpspasienter i behandling». I løpet av 2018 vil det jobbes videre med å endre kodings-/registreringspraksis. Dette antas å påvirke tallene for kontrollandel i tiden fremover.</p> <p>For å kunne arbeide målrettet med indikatorene for nyhenviste,</p>
---	--	--	--	--	--	--	--	--

							<p>har det blitt startet et arbeid for å utvikle tilpassede rapporter i Helse Midt-Norges virksomhetsstyringssystem (Datavarehus). De ferdige rapportene vil inneholde tilleggsdimensjoner som antas å være viktige for å forklare forskjeller mellom enheter og fagområder.</p> <p>Det vises for øvrig til rapporten "Reduksjon av uønsket variasjon i kapasitetsutnyttelse og effektivitet i spesialisthelsetjenesten" levert til Helse- og omsorgsdepartementet oktober 2017.</p>
--	--	--	--	--	--	--	--

8.1 Prioritering av psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet

Mål 2017 Helse Midt-Norge RHF	Mål	Datakilde	Publiseringsfrekvens	Rapportering				
				1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Veksten måles i gjennomsnittlig ventetid for avviklede, kostnader (kostnader til avskrivninger, legemidler og pensjon synliggjøres, men holdes utenfor), årsverk (helseforetak og «private institusjoner med oppdragsdokument» og aktivitet (polikliniske konsultasjoner). Kommunal ø-hjelpsplikt innføres i psykisk helsevern og rus fra 2017, og midlene overført fra hvert RHF til KMD synliggjøres i ressursbruken innen psykisk helsevern og TSB (fordelingen av overførte midler til KMD er om lag 96 og 4 pst.).	Prosentvis større reduksjon i ventetid. Prosentvis større økning i kostnader, årsverk og aktivitet.	Gjennomsnittlig ventetid: Helsedirektoratet Kostnader: de regionale helseforetakenes regnskap Årsverk: de regionale helseforetakenes HRsystemer og SSB for private polikliniske konsultasjoner: Helsedirektoratet (Helfo)		1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				Årstall der dette er mulig				Se kommentarer s. 15-17.
Antall tvangsinnleggelser i psykisk helsevern for voksne per 1000 innbyggere i helseregionen	Redusert sammenlignet med 2016	Helsedirektoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
					16,8%		16,4%	Se for øvrig kommentarer s. 17.
Antall pasienter i døgntilrettelagt behandling i psykisk	Redusert sammenlignet	Helsedirektoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat

helsevern med ett eller flere tvangsmiddelvedtak per 1000 innbyggere	med 2016							[Tall for 2017 fra Helsedirektoratet er så langt ikke publisert/gjort tilgjengelig for RHF-ene. Tall presentert på helsenes nettsider viser ikke tertialtall, men tall for 2016 samlet] 2016: Antall pasienter i døgnbehandling med tvangsmiddelvedtak pr 10 000 innbyggere i Helse Midt-Norge: 3,8.
Avbrudd døgnbehandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling.	Registrere og sikre færrest mulig avbrudd	Helsedirektoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				14,7%	15,2%	15,7%	17,2%	I 2017 hadde Helse Møre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital HF svært lik andel i 1. tertial (hhv. 16,4 % og 16,3 %). I 2. tertial var tilsvarende andeler 16,9 % og 15,8 %. For Helse Nord-Trøndelag og private institusjoner med avtale med Helse Midt-Norge mangler informasjon om avslutningstype for en relativt høy andel av de avsluttede behandlingsoppholdene i perioden det skal rapporteres tall for. Det må tas forbehold om dette for tallgrunnlaget som rapporteres fra nevnte institusjoner, samt når man fortolker totaltallene for Midt-Norge.

8.3 Bedre kvalitet og pasientsikkerhet. Utdanning, forskning innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende skal underbygge god og forsvarlig pasientbehandling, jf. tabell 1 i oppdragsdokumentet

Mål 2017 Helse Midt-Norge RHF	Mål	Datakilde	Publiserings-frekvens	Rapportering				
				mai.17		nov.17		Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
Andel sykehusinfeksjoner	Redusert sammenliknet med 2016	Folkehelse-instituttet	2 ganger årlig	5,5		[Tall foreligger ikke ennå]		
Andel pasienter med hjerneinfarkt som er trombololysebehandlet, og får denne behandlingen innen 40 minutter etter innleggelse.	Minst 50 pst.	Helsedirektoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
								Tertialtall foreligger ikke, kun tall for hele året 2016. Se kommentarer s. 23.
Andel korridorpasienter på sykehus	0 %	Helsedirektoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				1,2%	0,6%	1,1%	0,5%	I 2017 hadde St. Olavs Hospital HF høyeste måloppnåelse med 0,2 % - 0,4 % korridorpasienter. Helse Nord-Trøndelag HF hadde laveste måloppnåelse med 1,3 % -2,3 %.
Andel dialysepasienter som får hjemmedialyse	Minst 30 pst.	Helsedirektoratet	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				13,1%	13,8%	13,6%	13,2%	I 2017 har St. Olavs Hospital HF hatt den høyeste andelen i regionen med ca. 21 %. Helse Møre og Romsdal HF har hatt den laveste andelen med 7-8 %.
Forbruk av bredspektrede antibiotika i norske sykehus i 2020	30 % reduksjon i samlet bruk i 2020	Sykehusenes Legemiddels-statistikk	Tertialvis	1. tertial 2016	2. tertial 2016	1. tertial 2017	2. tertial 2017	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
				18,9	19,9	18,0	18,4	

sammenliknet med 2012. (Målt som disse fem bredspektrede midlene: Karbapenemer, 2. og 3. generasjons cefalosporiner, penicillin med enzymhemmer og kinoloner)	sammenliknet med 2012								I 2017 hadde Helse Møre og Romsdal HF det laveste forbruket av definerte døgndoser blant HF-ene i Helse Midt-Norge med 18,0-18,7. Helse Nord-Trøndelag HF hadde det høyeste forbruket, tilsvarende 20,7-23,5.
---	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	---

8.4 Rapportering 2017 Helse Midt-Norge RHF, jf. tabell 2 i oppdragsdokumentet

Rapportering 2017 Helse Midt-Norge RHF	Mål	Datakilde	Publiserings-frekvens	
30 dagers overlevelse etter innleggelse i 2016 (uansett årsak til innleggelse)		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig)	<p>Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.</p> <p>For Helse Midt-Norge totalt var det 95,4 % overlevelse etter innleggelse på sykehus i 2016. Det er nesten ingen forskjell mellom HF-ene i regionen. Andelen ligger mellom 95,4 og 95,6 %.</p>
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag i 2016		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig)	<p>Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.</p> <p>I Helse Midt-Norge er overlevelsen etter hjerneslag 87,9 %. Det er små forskjeller innad i regionene: 87,2-88,2 %. Forskjellene er ikke signifikante.</p>
30 dagers overlevelse etter innleggelse for hoftebrudd i 2016		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig)	<p>Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.</p> <p>Helse Midt-Norge har 92,5 % overlevelse etter hoftebrudd. Dette er signifikant høyere overlevelse enn i sammenligningsgrunnlaget. St. Olavs Hospital HF har 93,5 % overlevelse, og har sammen med Diakonhjemmet sykehus AS, signifikant høyere overlevelse enn andre HF/sykehus. Møre og Romsdal HF har den laveste overlevelsen i Midt-Norge, tilsvarende 91,5 %.</p>

30 dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt i 2016		Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Folkehelseinstituttet)	Publiseres i 2017 (gjennomføres årlig)	<p>Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.</p> <p>Helse Midt-Norge har en overlevelse etter hjerteinfarkt tilsvarende 92,2 % i 2016. Den høyeste overlevelsen har Helse Nord-Trøndelag HF og St. Olavs Hospital HF med 92,7 %. Møre og Romsdal HF har den laveste overlevelsen, med 91,3 %. Forskjellene er ikke statistisk signifikante.</p>
Andel pasientskader basert på GTT-undersøkelsene	Reduseres med 25 % innen utgangen av 2018, målt ut fra GTTundersøkelsen for 2012	GTT-undersøkelsene. Helsedirektoratet	Årlig	<p>Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.</p> <p>2016: 136 journaler med minst én pasientskade, av 730 journaler. Til sammen 176 pasientskader er identifisert. Andel: 19 pst.</p> <p>2015: 124 journaler med minst én pasientskade, av 960 journaler. Til sammen 150 pasientskader er identifisert. Andel: 13 pst.</p> <p>2014: 139 journaler med minst én pasientskade, av 960 journaler. Til sammen 163 pasientskader er identifisert. Andel: 14 pst.</p>
Andel relevante enheter i regionen hvor tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet er implementert.	100 %	RHF's rapportering til pasientsikkerhetsprogrammet	Årlig	<p>Kort vurdering av eget resultat og på hvilke måte resultatet skal følges opp.</p> <p>Se figur under. Tall per 2. tertial 2017.</p>

