

**Styringsdokument 2009
for Helse Nordmøre og
Romsdal HF**

Stjørdal, 23. februar 2009

Innhold

1.	INNLEDNING.....	4
2.	DOKUMENTETS OPPBYGGING OG RAPPORTERINGSKRAV	5
3.	TILDELING AV MIDLER TIL HELSE NORDMØRE OG ROMSDAL HF	6
3.1	Tildeling av midler	6
3.1.1	Resultatkrav.....	6
3.1.2	Finansieringsmodell.....	6
3.1.3	Fordeling av inntekter 2009	6
3.1.4	Raskere tilbake	8
3.2	Investeringsramme	8
4.	OPPFØLGING AV DEPARTEMENTSKRAV OG REGIONALE STYREVEDTAK ...	9
4.1	Pasientbehandling - Aktivitet.....	9
4.2	Pasientbehandling - Kvalitet	10
4.2.1	Behandlingskvalitet	10
4.2.2	Pasientsikkerhet	10
4.2.3	Prioritering	11
4.2.4	Tilgjengelighet.....	11
4.2.5	Brukermedvirkning	12
4.3	Pasientbehandling - Områder med særskilt fokus.....	12
4.3.1	Samhandling	12
4.3.2	Akuttmottak.....	14
4.3.3	Lokalsykehusenes akutfunksjoner	14
4.3.4	Fødselsomsorg.....	14
4.3.5	Psykisk helsevern	15
4.3.6	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)	16
4.3.7	Barn som pårørende	17
4.3.8	Rehabilitering og habilitering.....	18
4.3.9	Nasjonale strategier på kreft, diabetes, KOLS, kvinnehelse, spesialisthelsetjeneste for eldre, tiltak innen smertebehandling mv	18
4.3.10	Lands- og flerregionale og overnasjonale funksjoner.....	19
4.3.11	Beredskap og smittevern.....	19
4.4	Utdanning av helsepersonell	20
4.5	Forskning	21
4.5.1	Forskning.....	21
4.5.2	Innovasjon	21
4.6	Opplæring av pasient og pårørende.....	22
4.7	Andre oppfølgingskrav	22

Vedlegg 1: Styringsvariabler/indikatorer/måltall	23
Vedlegg 2: Utdanning av helsepersonell – dimensjonering.....	26

1. INNLEDNING

Dette styringsdokumentet inneholder de vilkår og forutsetninger som ligger til grunn for bevilgningen til Helse Nordmøre og Romsdal HF sin virksomhet i 2009 og vil sammen med foretaksprotokollen utgjøre det samlede styringsbudskap til helseforetaket.

Helse Nordmøre og Romsdal HF skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor de rammer og mål som er gitt og de ressurser som blir stilt til rådighet i dette dokumentet. Det overordnede målet for virksomheten er at alle som trenger spesialisthelsetjenester skal få et likeverdig tjenestetilbud, uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi og livssituasjon.

Styringsdokumentet er utarbeidet på grunnlag av nasjonal politikk, operasjonalisering av de krav som er knyttet til det regionale helseforetakets totale "sørge-for"-ansvar, og styrets vedtak for foretaksgruppen for å nå overordnede mål, herunder regionale handlingsplaner.

Lover, forskrifter og andre myndighetsvedtak utgjør rammene for virksomheten, og foretaksledelsen skal påse at det er etablert systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivningen. Systemene skal være dokumenterte.

Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at virksomheten arbeider for en kultur der det er trygt å melde fra om avvik og uønskede hendelser. Internkontroll skal tillegges stor vekt, og foretaket skal ha systemer som bidrar til at feil og uheldige hendelser resulterer i læring og utvikling. Det foreligger en internrevisjonsrapport som omhandler revisjon av system for rapportering, håndtering og oppfølging av uønskede hendelser i foretaksgruppen knyttet til pasientsikkerhet. Rapporten kan lastes ned fra Virksomhetsportalen.

De mål styret for Helse Midt-Norge RHF har fastsatt i "Overordnet strategi for Helse Midt-Norge" skal være retningsgivende for foretakets virksomhet. Det samme gjelder øvrige regionale strategier og handlingsprogram som styret har vedtatt.

Det forutsettes at manglende oppfølging av styringskrav gitt for 2008, jfr rapportdel i årlig melding, blir realisert i 2009. Det regional helseforetaket vil følge dette opp gjennom dialogmøter.

Helse Midt-Norge RHF forutsetter at Helse Nordmøre og Romsdal HF setter seg inn i St.prp. nr. 1 (2008-2009) og oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet til det regionale helseforetaket.

2. DOKUMENTETS OPPBYGGING OG RAPPORTERINGSKRAV

For å forenkle arbeidet med rapportering i årlig melding både for HF og RHF, er dokumentet bygget opp i samsvar med oppdragsdokumentet fra Helse- og omsorgsdepartementet av 8. januar 2009 til det regionale helseforetaket.

Krav fra eier knyttet til aktivitet, er lagt inn i bevilgningskapitlet, kapittel 3 og kap 4.1. Tiltak utledet av de krav departementet har satt overfor det regionale helseforetaket, er presentert i kapittel 4. Noen av tiltakene som skal følges opp for å oppfylle departementets målsettinger, vil også være tiltak fra regionale handlingsplaner.

Helse Midt-Norge RHF har gjennomgått styringskravene fra departementet og vurdert hvilke oppgaver som best løses i det regionale helseforetaket, i ett eller flere HF, eller i foretaksovergrepene nettverk, prosjekt m.v. Dette fremkommer slik i styringsdokumentet:

1. Tiltak som det enkelte helseforetak har i oppgave å følge opp står i egen ramme med bollepunkter, under overskriften "*Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak*".

Alle disse punktene skal rapporteres i årlig melding.

2. Tiltak som følges opp i regional regi, men hvor helseforetaket forventes å bidra i en prosjektfase eller ift implementering, står omtalt i eget avsnitt under aktuelle fagområder med overskriften "*Videre må helseforetaket være forberedt på oppfølgingsaktiviteter knyttet til følgende:...*".

Her er det ikke rapporteringsplikt ift årlig melding, med unntak av eventuelle regionale prosjekt som er klar for implementering i 2009.

3. I tillegg har Helse- og omsorgsdepartementet definerte styringsvariabler, måltall og indikatorer som det skal rapporteres på. Disse er satt som bollepunkt og merket med grått under overskriften "*Helseforetaket skal følge med på og rapportere på følgende styringsvariabler*".

Disse styringsvariablene, måltallene og indikatorene har ulike rapporteringskrav knyttet til seg. Noen skal rapporteres månedelig i ØBAK, noen tertialvis og noen bare i årlig melding. I styringsdokumentet er disse omtalt under det aktuelle fagområdet og ikke i forhold til hvordan de skal rapporteres. Derfor er det i vedlegg 1 satt opp en tabellarisk oversikt over styringsvariablene, måltallene og indikatorene og hva som skal rapporteres hvor, og hvor ofte. Merk at tiltakene som skal rapporteres i årlig melding ikke inngår i tabellen.

Det gjøres oppmerksom på at ovennevnte rapporteringskrav ikke endrer innrapporteringskravene til NPR, FHI og eventuelt flere.

En detaljert beskrivelse av indikatorene fremgår i ØBAK.

Hvert underkapittel som ovennevnte tiltak m.v. presenteres i, innledes med en kort omtale av nasjonale mål og føringer.

3. TILDELING AV MIDLER TIL HELSE NORDMØRE OG ROMSDAL HF

3.1 Tildeling av midler

3.1.1 Resultatkrav

Helse Midt-Norge RHF har et krav om økonomisk balanse i 2009. Bevilgningen for 2009 setter regionen i bedre stand til å nå kravet om økonomisk balanse i 2009, men det er fortsatt behov for at omstillingsprosesser og tiltak for å redusere kostnader fortsetter. Regionen har betydelige utfordringer knyttet til framtidige kapitalkostnader og likviditeten er presset som følge av tidligere års underskudd. Foretaket må ha kontinuerlig fokus på styring av egen likviditet og sørge for at behovet for kassekreditt til enhver tid blir så lite som mulig.

Norsk regnskapsstiftelse vedtok i 2007 en veiledning for fastsettelse av økonomiske og demografiske forutsetninger ved beregning av ytelsesbaserte pensjonsordninger. Veiledningen blir regelmessig oppdatert og tar i større grad enn tidligere konsekvensene av kortsiktige endringer i renteutviklingen mv. Noe som igjen gir større variasjoner i de økonomiske forutsetningene. De økonomiske forutsetningene har stor innvirkning på de årlige pensjonskostnadene. I statsbudsjettet for 2009 er rammen til Helse Midt-Norge styrket til finansiering av pensjonskostnader. Etter denne endringer holdes ingen del av pensjonskostnadene utenom resultatkravet. Resultatkravet kan bli justert i løpet av året med bakgrunn i endring av pensjonskostnaden som følge av endring i økonomiske forutsetninger. Resultatkravet til Helse Nordmøre og Romsdal HF settes lik et overskudd på 27,9 millioner kroner.

3.1.2 Finansieringsmodell

Fordeling av inntektene mellom helseforetakene er foretatt på bakgrunn av finansieringsmodellen, hvor basisrammen beregnes ut fra de faktorer som bestemmer helseforetakenes ressursbehov.

Følgende styringsparametere inngår:

- a) Hvor stor kapasitet (ønsket aktivitet) det enkelte helseforetak skal ha på de ulike virksomhetsområder.
- b) Hvor høyt kostnadsnivå styret vil akseptere innenfor somatisk sektor i det enkelte helseforetak. For psykisk helsevern er modellen fremdeles under utvikling og vil etter planen først bli gjeldende i 2010.
- c) Hvor stort økonomiske resultat styret krever av det enkelte helseforetak.

I tillegg blir enkelte områder/oppgaver finansiert særskilt. Dette gjelder blant annet pasienttransport, ambulanse, finansiering av avskrivninger, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert rusbehandling og pasienttjenester som ikke er direkte knyttet til aktivitet.

3.1.3 Fordeling av inntekter 2009

Tildelingen som er angitt nedenfor gir rammer for den virksomheten foretaket skal gjennomføre i 2009. Det forutsettes at beløpet skal ta høyde for samlet lønns- og prisvekst i 2009.

Helse Midt-Norge fikk økt basisbevilgning med bakgrunn i Magnusssen-utvalgets utredning. Disponering av disse midlene er vedtatt i styresakene 127/08 og 136/08. Den delen som er fordelt til helseforetakene i forhold til fordelingsnøkkelen er forutsatt å skulle dekke helseforetakenes deltakelse i økt innsats innenfor de strategiske satsingsområdene i Helse Midt-Norge 2010. Dette innebærer at den *økte* innsatsen innenfor samhandling, habilitering og rehabilitering m.v. må finansieres av helseforetakene. I tillegg til oppfølging av handlingsplaner vil det i 2009 bli behov for ressurser til arbeidet med å innføre et nytt økonomi- og logistikksystem for hele regionen.

Helse Nordmøre og Romsdal HF må i 2009 vurdere om psykisk helsevern skal unntas effektiviseringskravet og tildelt ramme må sees i sammenheng med dette. I tillegg må helseforetaket prioritere styrking av fys.med i tråd med gjeldende plan og evt utvikling av samarbeidstiltak med kommunene.

(beløp i 1 000 kr)	HNR
Basisramme somatikk	640 523
Basisramme psykisk helsevern	260 211
Særfinansiering	510 917
Sum ramme 2009	1 411 651
ISF inntekt	338 833
"Ny" ISF inntekt	35 415
Polikliniske refusjoner	45 683
Sum ramme og estimert ISF og poliklinikk	1 831 583

I 2009 har Helse Nordmøre og Romsdal HF fått følgende elementer finansiert særskilt over basisrammen:

(Beløp i 1 000 kr)	HNR
Pasienttransport	85 301
Ambulanser	102 399
Befolkningsrelaterte og øvrige midler	31 218
Regional ordning fritt sykehusvalg	940
Midler til dekning av økte pensjonskostnader	91 695
Tilskudd til turnustjeneste	1 035
Tilskudd differensiert arbeidsgiveravgift	3 367
Avskrivningsmidler:	
Psykisk helsevern	18 262
Basis avskrivningsmidler	76 686
Tilbakeføring basisramme tilsvarende avdrag	21 057
Psykisk helsevern:	
Omstilling HNR 2009	14 414
Tilskudd styrking psykisk helsevern	64 544
Sum	510 917

Pasienttransport

Inntekter til finansiering av pasienttransportkostnader er fordelt med bakgrunn i kostnad 2006.

Ambulansedrift

Fordeling av midler til finansiering av ambulansedrift er foretatt med bakgrunn i historisk kostnad 2006. Eventuelle økte kostnader utover dette må håndteres av foretaket innenfor rammen.

Behandlingshjelpemidler

Ansvar for behandlingshjelpemidler er en regional ordning som administreres av St. Olavs Hospital. Det enkelte foretak er ansvarlig for kostnader knyttet til behandlingshjelpemidler. Merkostnader utover tildelt beløp belastes det respektive foretak.

Tilskudd til turnustjeneste

I 2009 er det lagt inn 1,035 mill kr til finansiering av turnustjeneste. Dette ble tidligere tildelt etter søknad. Tilskuddet skal kompensere for å ha turnuskandidater i klinisk tjeneste, veilederprogrammer og kurs for turnuskandidatene. Hoveddelen av kostnadene for kandidater i turnustjeneste i sykehus dekkes imidlertid av basisbevilgningen.

3.1.4 Raskere tilbake

Helse Midt-Norge har i 2009 fått tildelt 98,6 mill kroner knyttet til ordningen "Raskere tilbake", herav 3,6 mill kr til videreføring av utdanningskapasiteten ved arbeidsmedisinsk avdeling og 35 mill kr til drift av Hysnes Helsefort. Aktivitet som kommer inn under ordningen dekkes særskilt og skal ikke finansieres av inntektsfordelingen beskrevet i pkt 2.2.3. Tildelingen av ramme for "Raskere Tilbake" blir kommunisert i eget brev..

3.2 Investeringsramme

Helse Nordmøre og Romsdal har i 2009 fått tildelt 71,1 mill kr i investeringsramme i henhold til tabellen under. Investeringsrammen utbetales som avskrivningsmidler.

tall i 1000 kroner

Nye Molde Sjukehus	30 200
MTU, pålagt HMS, avsluttende byggsaker	35 900
EK-tilskudd KLP	5 000
Investeringsramme Helse Nordmøre og Romsd	71 100

I tillegg kan helseforetaket få tildelt investeringsmidler til særskilte ENØK-tiltak.

3.3 Likviditet

Helse Nordmøre og Romsdal HF kan ikke ta opp lån eller driftskreditter ut over det som er gis av eller fastsettes av Helse Midt-Norge RHF. I tillegg til regelmessig rapportering av likviditetsprognose må eier varsles i god tid, og senest 4. uker ved eventuelt behov for utvidet driftskreditramme. Administrasjonen i Helse Midt-Norge RHF kan i deler av året, av hensyn til foretaksgruppens totale ramme, fastsette en lavere ramme for driftskreditten

4. OPPFØLGING AV DEPARTEMENTSKRAV OG REGIONALE STYREVEDTAK

4.1 Pasientbehandling - Aktivitet

Stortingets bevilgning til Helse Midt-Norge RHF for 2009 forutsetter en generell vekst i pasientbehandlingen på 1 ½ prosent fra 2008 til 2009. Departementet krever streng aktivitetsstyring, og de aktivitetstall som spesifiseres nedenfor er maksimumstall som foretaket ikke skal overskride.

Når det gjelder den behandling som i all hovedsak finansieres av basisbevilgningen, f.eks. habilitering, rehabilitering og psykisk helsevern, har vi ingen gode gjennomgående aktivitetsmål. Oppfølgingen av kravet om større prosentvis vekst i psykisk helsevern enn i somatisk virksomhet må derfor baseres på kostnader. Opptrappingsmidlene for psykisk helse og de øremerkede midler til behandling og rehabilitering innenfor prosjektet "Raskere tilbake" skal ikke telles med i denne sammenligningen.

Det legges til grunn at midlene til tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (TSB) benyttes i samsvar med de spesielle krav som stilles til gjennomføringen av Opptrappingsplanen for rusfeltet.

Det øremerkede tilskuddet innen TSB og til helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte innen prosjektet "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen. Det skal gå tydelig frem av årlig melding at denne forutsetningen er fulgt opp.

Mål for 2009

- Antall DRG-poeng "sørge-for" (ved eget foretak og kjøpt fra andre RHF samt TNF-hemmere) ekskl. poliklinikk og "Raskere tilbake" skal ikke overstige 24 089 DRG-poeng
- Refusjon for somatisk poliklinisk virksomhet (ISF) skal ikke overstige 35,4 mill kr
- Polikliniske refusjoner (lab/rtg og psykisk helsevern) skal ikke overstige 45,7 mill kr
- Den prosentvise kostnadsvekst i psykisk helsevern for barn, unge og voksne og rusbehandling i foretaket skal være større enn den prosentvise vekst i foretakets somatiske virksomhet.

Rapporteres månedlig i ØBAK.

Helseforetaket skal følge med på og rapportere på følgende styringsvariabler/indikatorer:

- Antall DRG-poeng produserte i egne foretak
- Antall DRG-poeng produsert i andre RHF...
- Antall DRG-poeng for andre RHF
- Inntekter/antall refusjonspoeng for somatisk poliklinisk virksomhet
- Refunderte polikliniske inntekter lab og røntgen
- Refunderte polikliniske inntekter/antall refusjonspoeng
- Prosent kostnadsvekst fra 2008 pr sektor

Indikatorene skal månedlig rapporteres i ØBAK.

4.2 Pasientbehandling - Kvalitet

Helseforetaket skal tilby befolkningen likeverdig tilgang til helsehjelp av god kvalitet fra livets begynnelse til livets slutt. Helse Nordmøre og Romsdal HF skal i henhold til målsettingen i den nasjonale kvalitetsstrategien (2005-2015), tilby tjenester som er virkningsfulle, er trygge og sikre, involverer brukerne og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet. De skal også være tilgjengelig og rettferdig fordelt og utnytte ressursene på en god måte.

4.2.1 Behandlingskvalitet

God behandlingskvalitet krever at forebygging, behandling, og rehabilitering er basert på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap om effektive tiltak for å oppnå helsegevinst.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre er et viktig verktøy for å dokumentere behandlingsprosess, til bruk i eget kvalitetsforbedringsarbeid og som grunnlag for forskning. Helseforetakene skal registrere i nasjonale medisinske kvalitetsregistre innenfor fagområder der dette er utviklet.

Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

- Helseforetaket skal implementere nasjonale faglige retningslinjer og veiledere.

Videre må helseforetaket være forberedt på oppfølgingsaktiviteter knyttet til følgende:

Det er varslet nye nasjonale retningslinjer våren 2009 for å styrke forebygging, behandling og rehabilitering av slag i en helhetlig behandlingsskjede. Helseforetaket forventes å delta i ulike prosesser knyttet til dette arbeidet. Helse Midt-Norge RHF vil komme tilbake med nærmere informasjon om dette når det blir aktuelt.

Helse Midt-Norge RHF har fått i oppdrag å utvikle tekniske fellesløsninger for nasjonale medisinske kvalitetsregistre. Dette arbeidet skjer gjennom HEMIT. Arbeidet er forankret i helseforetaksstrukturen, og det skal etableres samarbeid med SKDE.

Helseforetaket må videre være forberedt på å delta i nasjonalt kvalitetsarbeid, herunder utvikling av nasjonale medisinske kvalitetsregistre, nasjonale faglige retningslinjer og nasjonale kvalitetsindikatorer.

4.2.2 Pasientsikkerhet

Det er et mål at antall feil og uønskede hendelser reduseres. Internrevisjonen har i 2. halvår 2008 gjennomført revisjon av system for rapportering, håndtering og oppfølging av uønskede hendelser i foretaksgruppen. Det er utarbeidet rapporter fra revisjonene og disse er behandlet i Revisjonskomiteen. På bakgrunn av rapportene er det utarbeidet en oppsummeringsrapport. Denne ble behandlet i Revisjonskomiteen 4. februar 2009 og legges frem for styret for Helse Midt-Norge RHF den 12. mars 2009. Helseforetaket bes sette seg inn i rapporten (som er å finne på Virksomhetsportalen, under styreadministrasjon), og legge den grunn for det videre arbeid med internkontroll knyttet til pasientsikkerhet.

Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

- Det skal sikres gode systemer for pasientsikkerhet på alle nivå.
- Helseforetaket skal videreutvikle systemer som sikrer at ansatte rapporterer feil og uønskede hendelser, og at dette bidrar til forbedringsarbeid i foretaket.
- Ledelsen skal legge grunnlag for en god pasientsikkerhetskultur preget av åpenhet om, og trygghet til å melde fra om, feil og uønskede hendelser.
- Nasjonal enhet for pasientsikkerhet skal ha informasjon om uønskede hendelser i regionen som grunnlag for enheten til å avdekke risikoområder og årsakene til disse. De lovpålagte meldeordningene skal uavhengig av dette følges opp på ordinær måte.
- I arbeidet med å fremme pasientsikkerhet skal helseforetaket anvende læringsinformasjon utarbeidet av Nasjonal enhet for pasientsikkerhet.
- Helseforetaket skal i samarbeid med Sykehusapoteket HF bidra til utvikling av riktig legemiddelbruk.
- Prevalens av sykehusinfeksjoner skal rapporteres i årlig melding.

4.2.3 Prioritering

Pasientene skal sikres et likeverdig tilbud på tvers av diagnosegrupper, geografi og sosial status. Den enkelte pasient skal vurderes i henhold til prioriteringsforskriften.

Helseforetaket skal følge med på og rapportere på følgende styringsvariabel:

- Andel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp.

Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

- Delta i det regionale arbeidet ifm praktiseringen av prioriteringsforskriften.
- Iverksette tiltak for at veilederne utarbeidet i prosjektet "Riktigere prioritering" tas i bruk i helseforetaket.
- Aktiviteten innen rehabilitering/habilitering skal minst styrkes med 1,5 pst., jf. St.prp.nr 1 (2008-2009).
- Aktivitetsveksten innen rehabilitering/habilitering og psykisk helsevern skal dokumenteres og rapporteres i årlig melding

4.2.4 Tilgjengelighet

Helsetjenesten skal tilby helsehjelp på riktig nivå til riktig tid, uavhengig av pasientens økonomi, sosial status, bosted, alder, kjønn og etnisk bakgrunn. Tjenestene må være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Det innebærer både fysisk tilgjengelighet og tilgjengelighet knyttet til kulturell og språklig forståelse.

Helseforetaket skal følge med på og rapportere på følgende styringsvariabler:

- Andel av ventetid som er oppdatert på nettsiden fritt sykehusvalg siste fire uker.
- Andel pasienter som er vurdert innen 30 dager.
- Ventetid til vurdering innen BUP skal være mindre enn 10 dager.
- Andel rettighetspasienter som gis behandling innen 65 dager i psykisk helsevern/og eller TSB for personer under 23 år.

- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen somatikk skal ikke øke.
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen BUP skal reduseres.
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen VOP skal reduseres.
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen TSB skal reduseres.
- Andel fristbrudd for rettighetspasienter.
- Det skal være færre enn fem pst. strykninger av planlagte operasjoner.

Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

- Helseforetaket skal etablere tolketjenester til pasienter som har behov for dette.
- Helseforetaket skal iverksette tiltak for å styrke de ansattes språk- og kulturkompetanse knyttet til samisk befolkning og andre grupper med særskilte behov.
- Det skal settes av kr 125 000 til arbeid med å etablere flere tilbud om lysbehandling av psoriasispatienter i samarbeid med kommunehelsetjenesten, i tillegg til midler som ble avsatt i 2008.

4.2.5 Brukermedvirkning

Brukermedvirkning i utvikling av helsetjenestene skal bidra til å gjøre tjenestene mer treffsikre og skal skje både på systemnivå og på individnivå.

Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

- Helseforetaket skal sikre at brukermedvirkning på systemnivå gjenspeiler befolknings sammensetningen i opptaksområdet. Om nødvendig må det legges spesielt til rette for dette sett i lys av ulikheter i språk og kultur.
- Helseforetaket skal iverksette tiltak for at alle pasienter, uavhengig av språk og kulturell bakgrunn, gis mulighet til deltagelse i mottakelse av helsehjelp.
- Helseforetaket skal sikre at brukerne tilbys informasjon og opplæring som setter den enkelte i stand til å medvirke i tjenestetilbudet.
- Helseforetaket skal styrke helsepersonells kompetanse innen brukermedvirkning
- Helseforetaket skal følge opp regionalt handlingsprogram for brukermedvirkning som vil bli ferdigstilt i 2009.
- Helseforetaket skal iverksette tiltak for å sikre brukermedvirkning i forskning.

4.3 Pasientbehandling - Områder med særskilt fokus

4.3.1 Samhandling

Pasienter og deres pårørende skal møte en helhetlig helsetjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige pasientforløp som ivaretar god behandlingskvalitet. Særlig viktig er dette for pasienter med langvarige behandlingsforløp og eller sammensatte behov, som for eksempel syke eldre, syke barn og unge, pasienter med kroniske lidelser, pasienter med psykisk lidelser, rusmiddelavhengige og terminale pasienter. Alle helseforetak

skal videreutvikle samhandlingen med kommunene både når det gjelder samhandlingstiltak og møtefora.

God samhandling utvikles bla gjennom standardiserte pasientforløp. Helse Midt-Norge har utviklet en felles metodikk for standardiserte pasientforløp. Denne metodikken skal legges til grunn for arbeidet med forbedring pasientforløp. Alle helseforetak skal arbeide med forløp for slagpasienter. St. Olavs Hospital er prosesseier for slagforløpet.

Helseforetaket samarbeide med kommunehelsetjenesten om henvisningspraksis og rutiner for utskrivning av pasienter.

Arbeidet med å utvikle samhandlingen med kommunene må ses i sammenheng med arbeidet med å utvikle lokalsykehusene.

Korridorpasienter er et uttrykk utfordringer knyttet til organisering av tjenesten og at samhandling mellom sykehus og øvrig helsetjeneste ikke er tilfredsstillende. Det er en målsetting at det ikke skal være korridorpasienter. Innen akuttpsykiatri er det ikke forenlig med forsvarlig virksomhet å ha korridorpasienter.

Det vises til det pågående arbeidet med ny samhandlingsreform. Alle helseforetak skal etablere egne tiltak/prosjekt og delta i regionale prosjekt som følge av reformen.

Helseforetaket skal følge med på og rapportere på følgende styringsvariabler:

- Minst 80 pst. av epikrisene skal sendes ut innen syv dager.
- Det skal normalt ikke være korridorpasienter.
- Andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan skal økes.

Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

- Helseforetaket skal delta i regionalt samhandlingsnettverk som skal ha som mandat å komme med forslag til nye tiltak, overføre erfaringer på tvers av helseforetakene og tiltak som sørger for at samarbeidsavtalene/samarbeidsutvalgene videreutvikles.
- Helseforetaket skal etablere og sørge for finansiering av samhandlingstiltak sammen med aktuelle kommuner.
- Helseforetaket skal gi faglig oppfølging, støtte og veiledning til den kommunale omsorgstjenesten slik at denne kan ivareta sine nye og krevende oppgaver. Dette gjelder særlig i forhold til utredning, diagnostikk og behandling av akutte tilstander og kroniske lidelser, samt løpende oppfølging av medisinsk behandlingsopplegg og veiledning av lokalt behandlingsapparat.
- Helseforetaket skal rapportere hvilke tiltak som er gjennomført for å sikre helhetlige pasientforløp for å ivareta pasienter med stort samhandlingsbehov.
- Helseforetaket skal ta i bruk elektronisk individuell plan, SAMPRO.
- Helseforetaket skal delta i arbeidet med å utvikle og implementere elektroniske løsninger
- Helseforetaket skal samarbeide med kommunene og ta i bruk de elektroniske løsninger som Meldingsløftet og andre prosjekter legger til rette for.

- Midlene som Helse Midt-Norge RHF tidligere disponerte for å støtte opp om samhandlingstiltak er etter vedtak i styret fordelt til helseforetakene Helseforetaket må derfor sette av midler for å finansiere nye samhandlingstiltak, jfr. bevilgningskapitlet. I forbindelse med langtidsbudsjettarbeidet vil videre finansiering av samhandlingsprosjekt bli tatt opp.

4.3.2 Akuttmottak

Statens helsetilsyn avdekket i et landsomfattende tilsyn i 2007 at mangelfull styring og ledelse preget hverdagen i akuttmottakene og at dette til tider ga uforsvarlig pasientbehandling i de fleste akuttmottak. Dette må rettes opp.

Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

- Foretaksledelsen skal sikre at arbeidet med å etablere systematiske tiltak for bedre styring, ledelse og drift av akuttmottakene gis nødvendig prioritet.

4.3.3 Lokalsykehusenes akutfunksjoner

Det skal opprettholdes et desentralisert sykehusstilbud, som blant annet sikrer nærhet til akutfunksjoner. Det er et krav fra eier at ingen lokalsykehus skal legges ned.

Regjeringen legger opp til at det akuttmedisinske tilbudet ved lokalsykehusene må sees i sammenheng med, og tilpasses lokale forhold gjennom likeverdige prosesser som bidrar til trygghet og kvalitet.

Lokalt tilpassede behandlingsskjeder, tilrettelagt kompetanse og forpliktende nettverk mellom sykehusene, vil bidra til å sikre kvaliteten i det akuttmedisinske tilbudet.

Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

- Helseforetaket skal delta i arbeidet med å revidere plan for prehospitaltjenester.

4.3.4 Fødselsomsorg

Det skal legges til rette for en helhetlig svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg i samarbeid med primærhelsetjenesten.

Det er et mål å sikre drift av fødeinstitusjoner hele året.

Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

- Sommer- og feriestengninger av fødeinstitusjoner skal ikke skje pga økonomiske årsaker alene. Dersom det ikke lar seg gjøre å avvikle lovpålagt ferie forsvarlig, kan det stenges, men stengningsperioden skal gjøres kortest mulig og det skal iverksettes nødvendige tiltak for å sikre forsvarlighet i samarbeid med kommunen.
- Dersom det er nødvendig med sommerstengning, skal helseforetaket skal samarbeide med andre helseforetak om planer for sommerstengning.

- Erfaringer fra en eventuell sommerstenging skal rapporteres i årlig melding.
- Helseforetaket skal bidra til at elektronisk innmelding av data til Medisinsk fødselsregister kan skje for alle fødeinstitusjoner i regionen.

Videre må helseforetaket være forberedt på oppfølgingsaktiviteter knyttet til følgende:

Det er planlagt at en stortingsmelding om svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg skal legges fram for Stortinget tidlig i 2009. Departementet vil komme tilbake til eventuelle oppdrag til Helse Midt-Norge RHF etter at Stortinget har behandlet meldingen, og helseforetaket må være forberedt på oppfølgingstiltak, herunder deltakelse i regionalt samhandlingsnettverk.

4.3.5 Psykisk helsevern

Det overordnede målet er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Helseforetaket forpliktes til å gjennomgå ”program for psykisk helsevern 2007 – 2010 og lage en oversikt over hvor langt helseforetaket er kommet med å gjennomføre de tiltak som foretakene er ansvarlig for. Resultatet av dette arbeidet rapporteres halvårlig.

De overordnede målene og verdigrunnet fra Opptappingsplanen skal legges til grunn i det videre arbeidet for å sikre et godt tilbud innen psykisk helsevern. Samhandlingen mellom helsearbeiderne og pasienter skal inkludere pasientens pårørende. Det skal rapporteres på hvordan denne føringen er fulgt opp i årlig melding.

Helseforetaket skal følge med på og rapportere på følgende styringsvariabler:

- Andel av tvangsinnlagte i psykisk helsevern skal reduseres.

Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

- Helseforetaket skal drive utviklingsarbeid/omstillingsarbeid med hovedvekt på mer utadrettede og ambulante tjenester og oppfølging.
- Det skal arbeides for bedre samhandling mellom DPS, BUP og det kommunale og 1.-linjetilbudet inklusive barnevernet.
- Det skal være god samhandling mellom helsearbeiderne og brukerne (pasient og pårørende).
- Helseforetaket skal tilstrebe en ressursfordeling mellom tjenestene iht DPS-veilederen.
- Helseforetaket skal innholdsmessig yte tjenester iht DPS-veilederen.
- Helseforetaket anbefales å benytte Helsedirektoratets DPS-kartlegging fra 2008 som referanse i omstillingsarbeidet.
- Rusmiddelproblemer hos pasienter som henvises til psykisk helsevern skal registreres, og det skal iverksettes tiltak for å sikre at disse pasientene får et helhetlig behandlingstilbud. Det skal etableres utredningsrutiner som sikrer at rusproblemer hos alle pasienter etterspørres, registreres i journal og kartlegges. Registreringen skal gjøres rapporteringsbar og inngå i tertialrapporteringen.
- Helseforetaket skal om å legge til rette for at unge med tilbud innenfor psykisk helsevern for barn og unge kan beholde sin behandler også etter fylte 18 år og inntil fylte 23 år, ref Stortingets vedtak om dette.
- Det skal etableres systemer for etterlevelse av lovkrav, og dette skal inngå i tertialrapporteringen.
- Helseforetaket skal ta i bruk Helsedirektoratets veileder for poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge (IS – 1570).

- Helseforetaket skal ta i bruk Helsedirektoratets Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS 1511).
- Helseforetaket skal følge opp Helsedirektoratets veileder om samarbeid med og oppfølging av pårørende innen psykiske helsetjenester (IS-1512). Helseforetaket skal iverksette tiltak for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern, jf. bl.a. handlingsplan om redusert og kvalitetssikret bruk av tvang.
- Helseforetaket skal sørge for gode og verdige transportordninger for psykisk syke, som bidrar til at bruken av tvang og av politi reduseres til et minimum.
- Helseforetaket skal iverksette tiltak som bidrar til flere pasienter fullfører behandling.
- Helseforetaket skal prøve ut en ordning med brukerstyrte plasser, dvs døgnplasser som i henhold til individuelle rettighetskontrakter innebærer at den enkelte bruker for en avgrenset innleggelsesperiode kan legge seg inn selv når vedkommende føler behov for det. Det vises til erfaringer fra Jæren DPS.

Videre må helseforetaket være forberedt på oppfølgingsaktiviteter knyttet til følgende:

Helse Midt-Norge skal initiere et arbeid i samarbeid med flere aktører, for å etablere rutiner/systemer i den offentlige spesialisthelsetjenesten som innebærer at henvisninger til spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern bli koordinert, slik at pasienter slipper å henvende seg til flere tjenesteytere for å få hjelp. Dette gjelder særlig henvisninger til avtalespesialister. Konkrete driftsløsninger skal være iverksatt innen utgangen av april 2009. Helseforetaket forventes å delta i utviklingen av disse rutine/systemene.

Helseforetaket skal i årlig melding særskilt rapportere på følgende:

- Antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS per 10.000 innbygger
- Prosentvis fordeling av årsverk totalt mellom sykehus og DPS.
- Antall og andel pasienter over 18 år behandlet i henholdsvis sykehus og i DPS per 10.000 innbygger fordelt på døgninnleggelse, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste.
- Antall barn og unge per 10 000 innbyggere under 18 år som har mottatt behandling fra ambulant tjeneste.
- Andel ikke planlagte reinnleggelse i akuttavdelinger innen 30 dager per 10 000 innbygger.

4.3.6 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)

Regjeringen la i St.prp.nr.1 (2007-2008) fram en opptrappingsplan på rusfeltet for perioden 2007-2010. To sentrale mål i planen er i perioden å styrke kvaliteten og kapasiteten på tjenestene innen TSB, inkludert legemiddelassistert rehabilitering (LAR). Videre er det et mål at forpliktende samhandling i tjenestene til rusmiddelavhengige styrkes, både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Mange rusmiddelavhengige har også til dels omfattende psykiske lidelser. Det er derfor et mål å styrke samhandlingen mellom psykisk helsevern og TSB.

I Opptrappingsplanen legges det også vekt på at det skal etableres flere ambulante team og virksomheter. Innsatsen for å oppnå bedre rutiner for samhandling for å unngå behandlingsavbrudd skal styrkes. Økt brukermedvirkning står sentralt. Forskning og kompetanse på rusfeltet skal også styrkes.

Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

- Helseforetaket skal delta i et arbeid sammen med de øvrige helseforetak i regionen for videreutvikle samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester og barnevern for gravide rusmiddelavhengige i LAR og annen tverrfaglig spesialisert behandling og etablere rutiner for registrering av slike tiltak. Antall barn som fødes av kvinner i LAR (jf. melding til medisinsk fødselsregister) og hva slags tilbud disse pasientene mottar skal rapporteres i årlig melding. Rusbehandling Midt-Norge HF har fått i oppdrag å initiere dette arbeidet.
- Helseforetaket skal sikre at alle pasienter som blir henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige også skal vurderes for sine behov for øvrige tjenester innen spesialisthelsetjenesten. Helseforetaket må videre forplikte seg til å følge opp og bidra til både utredning og behandling der annen kompetanse enn TSB er nødvendig.
- Helseforetaket skal iverksette tiltak som bidrar til flere pasienter fullfører behandling.
- Helseforetaket skal sikre gode rutiner ved utskriving etter endt behandling eller ved behandlingsavbrudd slik at forholdene legges til rette for god oppfølging for kommunale tjenesteytere.
- Helseforetaket skal i samarbeid med Kriminalomsorgen legge forholdene til rette for at innsatte som gis anledning til dette, kan sone etter § 12 i straffegjennomføringsloven i institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.
- Helseforetaket skal sørge for at ambulansetjenesten som rykker ut overfor rusmiddelavhengige ved overdoser, i samarbeid med kommunale tjenester sikrer videre oppfølging etter nødvendig behandling på stedet. Helseforetaket skal ta initiativ til å etablere samarbeidsavtaler med kommuner for å sikre at slik oppfølging skjer.

4.3.7 Barn som pårørende

Det er et mål å styrke rettstillingen for barn av foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade.

Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

- Helseforetaket skal iverksette tiltak for at barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade identifiseres. Pasientene eller omsorgspersonen bør informeres om barns generelle behov for støtte og oppfølging når foreldrene er syke, samt om andre hjelpetilbud. I samråd med pasienten eller omsorgsperson bør barnet tilbys relevant oppfølging, så som informasjon og vurdering av behov for helsehjelp.
- Helseforetaket skal sørge for at barnas behov kartlegges og at etterfølgende vurdering av tiltaksbehov journalføres i samråd med omsorgspersonen. Ved behov for særlig oppfølging av barna ut over det behandlingsinstitusjonen selv kan bidra med skal det sørges for at barna blir vist til riktig tiltak/annen ansvarlig instans.

Videre må helseforetaket være forberedt på oppfølgingsaktiviteter knyttet til følgende:

Regjeringen vil våren 2009 legge fram lovforslag for å styrke rettstillingen for barn av foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller

skade. Departementet vil komme tilbake til Helse Midt-Norge RHF etter at lovforslaget er behandlet i Stortinget, og helseforetaket må være forberedt på oppfølgingstiltak.

4.3.8 Rehabilitering og habilitering

Oppfølgingen av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering skal gjøre at rehabilitering og habilitering får den posisjon i helse- og omsorgstjenesten som de overordnede helse- og velferdspolitiske målene tilsier.

Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

- Helseforetaket skal i egen rapport rapportere om hvilke tiltak som er gjennomført og hva som er planlagt gjennomført i løpet av 2009 for å oppnå målene i den nasjonale strategien. Det bes spesielt om en redegjørelse om forskning, kompetansehevede tiltak og habiliteringstilbud til barn og unge med omfattende behov, herunder de med alvorlige hodeskader. Frist for denne rapporteringen settes til 15. mai 2009.
- Det er et mål at rehabilitering er en integrert del av behandlingen i alle kliniske avdelinger. Helseforetaket skal rapportere for hvilke pasientgrupper det er etablert pasientforløp hvor dette er ivaretatt.
- Helseforetaket skal dokumentere at de har habilitering og rehabilitering med i sitt arbeid med pasientforløp. Private rehabiliteringsklinikker må inkluderes i dette arbeide.
- Helseforetaket skal delta i regionalt fagnettverk innen rehabilitering/habilitering.

Videre må helseforetaket være forberedt på oppfølgingsaktiviteter knyttet til følgende:

Helse Midt- Norge RHF har innenfor sitt ”sørge for”-ansvar har ansvar for helsehjelp til mennesker med hørselsproblemer, herunder tilpasning av høreapparater. Det skal igangsettes et arbeid slik regionen får et helhetlig opplegg som også omfatter driftavtaleleger og private audiografer, i tillegg til de offentlige hørselssentralene. Helseforetaket vil kunne bli bedt om å bistå i dette arbeidet.

4.3.9 Nasjonale strategier på kreft, diabetes, KOLS, kvinnehelse, spesialisthelsetjeneste for eldre, tiltak innen smertebehandling mv

I 2006 ble det utgitt nasjonale strategier for tre diagnosegrupper; kreft, diabetes og KOLS. De regionale helseforetakene har ansvar for implementeringen av strategiene og for at målene i strategiene på spesialisthelsetjenestens område nås. Helseforetakene skal bistå i dette arbeidet.

Helse- og omsorgsdepartementet har høsten 2008 utarbeidet en strategi for spesialisthelsetjenester for eldre 2008-2012. Det er en målsetting at helseforetakene i samarbeid med de kommunale tjenestene, herunder fastlege og pleie- og omsorgstjenesten, bidrar til helhetlige behandlings- og rehabiliteringskjeder, innrettet mot eldre pasienters behov. Strategien legger til grunn et systematisert arbeid for å forene de ressurser og den kunnskap som finnes om Eldres behov for spesialisthelsetjenester. Strategien bygger på Helsedirektoratets rapport ”Respekt og kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre – forslag til mål og strategier”(IS-1498). Helseforetakene må være forberedt å delta i arbeidet med å implementere de nasjonale strategiene.

Strategiplan for kvinners helse ble presentert i St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Strategiplanen løper fram til 2013 og skal følges opp i helseforetakene.

Helseforetakene skal sikre at fokus på ernæring inngår i det samlede tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten.

Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

- Helseforetaket skal utvikle og prøve ut nye modeller for lungerehabilitering, herunder utvikle dagtilbud for rehabilitering av personer med KOLS.
- Helseforetaket skal sikre at nye faglige retningslinjer på diabetesområdet blir implementert i tjenesten, videreføre arbeidet med veiledning rettet mot personer med, eller som er i risikogruppen for, å utvikle type 2-diabetes samt ta i bruk diabetesjournal.
- Helseforetaket skal følge opp Strategiplan for kvinners helse ble presentert i St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Strategiplanen løper fram til 2013.
- Helseforetaket skal arbeide for at Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma og allergisykdommer blir nådd.
- Helseforetaket skal følge opp handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008-2011 for å bidra til målet om at ingen jenter/kvinner skal bli kjønnslemlestet i Norge.
- Helseforetaket skal iverksette tiltak for forebygging og behandling av barn og unge med sykkelig overvekt, herunder videreutvikle tverrfaglig overvektspoliklinikk for barn, unge og voksne og samhandling med kommunehelsetjenesten. (Se styresak 59/08)
- Helseforetaket skal etablere tverrfaglig til bud til kroniske smertepasienter i samarbeid med kommunene.

4.3.10 Lands- og flerregionale og overnasjonale funksjoner

Det er et nasjonalt mål å sikre lik tilgang til og bruk av landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og evt overnasjonale tilbud om høyspesialisert pasientbehandling.

Det er et nasjonalt mål å øke antall organdonasjoner fra dagens 19,9 donasjoner per million innbyggere til 30 donasjoner.

Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

- Helseforetaket skal legge til rette for at potensielle donorer identifiseres, og at helsepersonell tar opp spørsmålet om organdonasjon i tråd med retningslinjene beskrevet i rundskriv I-9/2003.
- Ved donasjon av hornhinner skal det innhentes samtykke i tråd med rundskriv I-6/2008.
- Helseforetaket skal sikre at donoransvarlig lege får arbeidstid for å kunne ivareta oppgavene med organdonasjon, samt å styrke faglig opplæring av helsepersonell i spørsmål om organdonasjon, spesielt i arbeidet med kommunikasjon med pårørende.

4.3.11 Beredskap og smittevern

Helseforetaket skal medvirke til helhet og samhandling i sektorens smittevern og beredskapsarbeid.

Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

- Helseforetaket skal videreutvikle/etablere samarbeidsformer med kommunene, og øvrige samarbeidspartener i egen og andre helseregioner, bl.a. om forebyggingstiltak på smittevernområdet, landsfunksjonen for behandling for behandling av pasienter utsatt for atom-, biologiske og kjemiske hendelser, om operativ samhandling og ressursdisponering ved kriser.
- Helseforetaket skal delta i revisjon av regional handlingsplan ang smittevernarbeid, antibiotikaresistens og sykehusinfeksjoner, og implementere denne i virksomheten.
- Helseforetaket skal oppdatere, videreutvikle og øve sine beredskapsplaner, herunder oppdatere ROS-analyser knyttet til kritisk infrastruktur, ferdigstille tiltak som sikrer at helseforetakene har sikre systemer for kritiske innsatsfaktorer – som IKT, vann- og strømforsyning.
- Helseforetaket skal delta i regionale nettverksmøter.
- Helseforetaket skal ha innarbeidet beredskapshensyn i tjenestens logistikkssystemer og leveranseavtaler.

4.4 Utdanning av helsepersonell

Utdanning av helsepersonell skal bidra til å sikre et kompetent og tilstrekkelig antall helsepersonell i hele helsetjenesten. Dette er en sentral forutsetning for faglighet og kvalitet i tjenesten. Utdanningsoppgaver omfatter tiltak knyttet til grunnutdanning (elever/lærlinger/studenter), turnustjeneste, videreutdanning, etterutdanning og spesialistutdanning for å møte nåværende og framtidige krav til tjenesten.

Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

- Helseforetaket skal delta i det regionale samarbeidsorganet
- Helseforetaket skal videreutvikle det lokale samarbeidsutvalget mellom helseforetaket og aktuelle høgskole/universitet
- Helseforetaket skal ta imot og følge opp turnusleger og turnusfysioterapeuter i sykehus etter vedtak hos fylkesmannen.
- Helseforetaket skal følge opp registreringspraksis ift legenes stillingsstruktur via Nasjonalt Råds database for rapportering og styring av NR id. Nummer.
- Helseforetaket skal etablere riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for elever/lærlinger/studenter i grunnutdanning og turnuskandidater i turnustjeneste.
- Det skal rapporteres på antall etablerte praksisplasser for elever, lærlinger og studenter i grunnutdanning og turnuskandidater i turnustjeneste, herunder gjennomført tjeneste i psykisk helsevern.
- Helseforetaket skal, i samarbeid med fylkeskommunene, sørge for at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsefagutdanningen. Det skal rapporteres på antall læreplasser i ambulansearbeiderutdanningen og helsefagarbeiderutdanningen i årlig melding.
- Helseforetaket skal samarbeide med kommunene slik at det totale behovet for helsearbeidere dekkes.

Videre må helseforetaket være forberedt på oppfølgingsaktiviteter knyttet til følgende:

Det skal gjøres et regionalt arbeid med å videreutvikle personalsystemet slik at rapporteringsgrunnlaget bedres. Helseforetaket må være forberedt på å delta i dette arbeidet.

Videre skal helseforetaket følge opp handlingsplanen HR med å etablere en strategisk helhetlig kompetanseplan hvor fremtidige risikoområder innen definerte kompetanseområder identifiseres og tiltak for å reduseres risiki beskrives.

Helse Midt-Norge RHF skal iverksette tiltak for å bidra til økt utdanning i rekrutteringsutsatte legespesialiteter, dvs. der det er diskrepans mellom forventet behov og tilgang på spesialister. Helseforetaket skal bidra i dette arbeidet.

Helse Midt-Norge RHF bidrar til å utvikle et nasjonalt system for å registrere og styre NR id.-numrene, ref eget tiltakspunkt over. Dette vil bli implementert i foretaksgruppen etter nasjonal ferdigstilling og helseforetaket må være forberedt på å delta i implementeringen.

4.5 Forskning

Forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater og nye løsninger i tjenesten (innovasjon) er viktig for å sikre at tjenestetilbudet som gis er trygt, kostnadseffektivt og gir en helsegevinst.

4.5.1 Forskning

Det er et mål å styrke pasientrettet klinisk forskning av høy kvalitet og relevans i helseforetakene, i tråd med de føringene som er gitt i Nasjonal helseplan (2007-2010). Kjønnsperspektivet i klinisk forskning skal ivaretas.

Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

- Helseforetaket skal rapportere på både resultater og ressursbruk til forskning til NIFU STEP og bruke e-rapport systemet utviklet av Helse Vest for rapportering på pågående forskningsprosjekter, jf. <http://forskningsprosjekter.ihelse.net> samt bidra med kompetanse og ressurser i nasjonalt utviklingsarbeid med sikte på samordning og videreutvikling av nasjonale målesystemer
- Helseforetaket skal rapporteres på årlig publikasjonspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader og avlagte doktorgrader totalt for HMN (beregnet av NIFU STEP).
- Det skal rapporteres på årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i HMN, herunder andel til psykisk helse og rus (beregnet av NIFU STEP).
- Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv i HMN på utvalgte prioriterte fagområder innen forskning, herunder rus, psykisk helse, rehabilitering/habilitering, kvinnehelse, kreft, kols, diabetes og eldre skal rapporteres i årlig melding. Rapporteringen skal baseres på elektronisk rapportering, jf. portalen <http://forskningsprosjekter.ihelse.net>

4.5.2 Innovasjon

Helse Midt-Norge RHF skal bidra i arbeidet med å implementere nasjonal satsning på behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2011). De regionale helseforetakene skal bidra til å øke antall forsknings- og utviklingskontrakter mellom norske

leverandørbedrifter og helseforetak (OFU-kontrakter) innenfor helse gjennom å stille nødvendige ressurser i form av kompetanse.

Helseforetaket må være forberedt på å stille ressurser til disposisjon i dette arbeidet.

Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

- Helseforetaket skal delta i nettverk med innovasjonsansvarlige i helseforetak. Nettverket skal sikre at det i årlig melding rapporteres på følgende (rapport fra nettverket sendes RHF innen 15. januar 2010):
 - Antall OFU (evt IFU) kontrakter og tildelte midler fra Innovasjon Norge
 - Antall FORNY (kommersialisering av FOU- resultater), BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter) og KBM (kompetanseprosjekter med brukermedvirkning) prosjekter samt tildelte midler fra Norges forskningsråd til innovasjonsprosjekter
 - Antall registrerte oppfinnelser (DOFI)
 - Antall registrerte patenter
 - Antall lisensavtaler
 - Antall bedriftsetableringer

4.6 Opplæring av pasient og pårørende.

Pasienter og pårørende som har behov for tilrettelagt opplæring, skal få et kvalitativt godt tilbud om dette. Det er et hovedmål å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Slik opplæring kan skje i samarbeid mellom kliniske fagmiljø og lærings- og mestringssentre.

Helseforetaket skal følge opp og rapportere på følgende tiltak:

- Helseforetaket skal tilby opplæring i lærings- og mestringssentre eller andre deler av spesialisthelsetjenesten til de pasienter som har behov for det, herunder pasienter med kroniske sykdommer og funksjonsnedsettelse.
- Helseforetaket skal ha og videreutvikle programmer for habilitering og rehabilitering i samarbeid med lærings- og mestringssenteret.

I tillegg til ovennevnte tiltak som følger av myndighetskrav, legger det regionale helseforetaket til grunn at helseforetaket skal sikre at brukere deltar i planlegging, gjennomføring og evaluering av opplæringstiltak, styrking av lærings og mestringssentrene bemanningsmessig og kompetansemessig, samt å delta i evaluering av tiltakenes effekt. Videre at helseforetaket legger til rette for likemannsarbeid.

Regionalt handlingsprogram for opplæring av pasienter og pårørende (revisjon) blir ferdigstilt i 2009. Helseforetaket skal følge opp dette.

4.7 Andre oppfølgingskrav

Helse Midt-Norge RHF viser til at det samlede styringskravet til Helse Nordmøre og Romsdal HF fremgår av dette styringsdokumentet og foretaksmøteprotokoll fra februar 2009. Det varsles her at en i foretaksmøteprotokollen bl a vil stille krav til tiltak for realisering av handlingsplan på HR-området.

Vedlegg 1: Styringsvariabler/indikatorer/måltall

Det vises til kapittel 2 om rapporteringskrav. I det følgende fremgår hva som skal rapporteres månedelig, tertialvis, samt i årlig melding, og hva som kun skal rapporteres i årlig melding.

Styringsvariablene er definert ved at de er målsatt og følges tertialvis. Styringsvariabler som også er lovkrav defineres som nivåsett.

Det gjøres oppmerksom på at rapporteringen under ikke endrer innrapporteringskravene til NPR, FHI og eventuelt flere.

En detaljert beskrivelse av indikatorene fremgår i ØBAK.

Styringsvariabler/måltall/indikatorer som skal rapporteres tertialvis samt i årlig melding (dvs. 2. tertialtall inntas i årlig melding):

	Nytt i 2009	Nivåsett	ØBAK	Rapportering
Antall produserte DRG poeng.	-	x	Hver måned	
Inntekter for somatisk poliklinisk virksomhet/antall refusjonspoeng.	-	x	Hver måned	
Refunderte polikliniske inntekter.	-	x	Hver måned	
Andel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp.	-	x	Tert.vis	
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen somatikk skal ikke øke.	-	x	Tert.vis	
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen BUP skal reduseres.	-	x	Tert.vis	
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen VOP skal reduseres.	-	x	Tert.vis	
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært	-	x	Tert.vis	

avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen TSB skal reduseres.				
Andel ventetid på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker.	-	x	Tert.vis	
Andel pasienter som er vurdert innen 30 dager.	Ny	x	Tert.vis	
Ventetid til vurdering innen BUP skal være mindre enn 10 dager.	-	x	Tert.vis	
Andel rettighetspasienter som gis behandling innen 65 dager i psykisk helsevern/og eller TSB for personer under 23 år.	Ny	x	Tert.vis	
Andel fristbrudd for rettighetspasienter.	-	x	Tert.vis	
Minst 80 pst. av epikrisene skal sendes ut innen syv dager.	-	x	Tert.vis	
Det skal normalt ikke være korridorpasienter.		x	Tert.vis	
Det skal være færre enn fem pst. strykninger av planlagte operasjoner.	-	x	Tert.vis	
Andel pasienter som har fått tildelt individuell plan skal økes.	Tidligere indikator som er målsatt	x	Tert.vis	
Andel av tvangsinnlagte i psykisk helsevern skal reduseres.	Tidligere indikator som er målsatt	x	Tert.vis	

Måltall og indikatorer som skal rapporteres i årlig melding

	Nytt i 2009	Referanse i styringsdok	Rapportering
Prevalens av sykehusinfeksjoner.	NPR-indikator, ny i årlig meld.	4.2.2	
Andel ikke planlagte reinnleggelser i akuttavdelinger innen 30 dager per 10 000 innbyggere.	Spesifisert ift 08	4.3.5	
Antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS per 10 000 innbyggere innen psykisk helsevern.	Endret ift 08	4.3.5	
Antall barn og unge pers 10 000 innbyggere under 18 år som har mottatt behandling fra ambulant tjeneste innen psykisk helsevern.	Endret, dvs ikke lenger målsatt	4.3.5	
Antall og andel pasienter over 18 år behandles i henholdsvis sykehus og i DPS per 10 000 innbygger fordelt på døgninnleggelser, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste innen psykisk helsevern.	Ny, dvs endret ift 08	4.3.5	
Prosentvis fordeling av årsverk mellom sykehus og DPS innen psykisk helsevern.	Ny	4.3.5	
Antall læreplasser i ambulansesarbeiderutdanningen og helsefagarbeiderutdanningen.		4.4 <i>(NB. Denne indikatoren er plassert under tiltak)</i>	

Vedlegg 2: Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

GRUNNUTDANNING omfatter studier ved videregående skoler, høyskoler og universiteter hvor elevene/lærlingene/studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommune har ansvar for de videregående skolene. I de fleste fylker er det et opplæringskontor som i samarbeid med praksisarenaene skal sikre læreplasser i de yrkesfaglige utdanningene, f.eks. innen den nye helsefagarbeiderutdanningen.

VIDEREUTDANNING omfatter legespesialistutdanningen og studier ved fagskoler, høyskoler og universiteter hvor studentene har helseforetakene som praksisarena (og arbeidsplass). Høyskoler som tilbyr videreutdanning, skal i forkant inngå avtaler med helseforetakene om praksisplasser. Eventuell uenighet skal søkes løst i samarbeidsorganet.

Kunnskapsdepartementet fastsetter årlige aktivitetskrav for enkelte studier ved utdanningsinstitusjonene (jf. Helsemod/ www.ssb.no).

Følgende aktivitetskrav er fastsatt for 2009/2010:

Helse region	Høgskole Universitet	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK- sykepleie	Jord mor ¹
		Syke pleie	Radio grafi	Bio ingeniør	Fysio terapi	Ergo terapi	Verne pleie		
Helse Sør-Øst	Akershus	108					142	20	35
	Gjøvik	161	25					10	
	Hedmark	138						12	
	Lillehammer						23		
	Oslo	368	38	62	144	51		95	
	Østfold	95		28			64	17	
	Diakonova	82						30	
	Lovisenberg diak.	160						37	
	Diakonhjemmet	99							
	Univ. i Agder	209					23	21	
	Buskerud	137	15						
	Telemark	111					55		
	Vestfold	119						40	---
Helse Vest	Bergen	169	31	22	51	22	58	37	35
	Sogn og Fjordane	128					29	7	
	Univ. i Stavanger	159						32	
	Stord/Haugesund	153						10	
	Betanien Diakonale	63						15	
	Haraldsplass diakonale høgskole Diakonhjemmet	60					76		
Helse Midt-Norge	Molde	99					23		
	Nord-Trøndelag	191					26		
	Sør-Trøndelag	197	34	39	57	48	59	55	---
	Ålesund	105		30				24	
Helse Nord	Bodø	125						23	
	Finnmark	63							
	Harstad	78					33		
	Narvik	35							
	Tromsø	110	30	21	22	24		40	20
SUM		3.522	173	202	274	145+	535+	525	90

Behovet for praksisplasser er høyere enn aktivitetskravet fordi utdanningsinstitusjonene som følge av forventet frafall må ta opp et høyere antall personer enn det aktivitetskravet viser. Samarbeidsorganet må komme frem til hvor mange praksisplasser det skal legges til rette for (jf. Instruks om de regionale helseforetakenes forhold til universiteter og høyskoler, revidert 20.

¹ Fra 2009/2010 er det også fastsatt aktivitetskrav for jordmorutdanningen. Høgskolen i Vestfold og Høgskolen i Sør-Trøndelag har opptak av jordmorstudenter annet hvert år. For 2010/2011 er aktivitetskravet hhv 14 og 21 for Høgskolen i Vestfold og Høgskolen i Sør-Trøndelag.

januar 2004). RHFene har et felles ansvar for tilrettelegging av praksisplasser for desentraliserte utdanninger og utdanninger som ikke er etablert i alle helseregioner, f eks **audiografutdanningen** ved Høgskolen i Sør Trøndelag med aktivitetskrav 31.

Følgende aktivitetskrav er fastsatt for hhv medisin, psykologi og farmasi ved universitetene:

Universitet	Medisin	Psykologi	Farmasi
Universitetet i Oslo	209	77	57
Universitetet i Bergen	127	60	
NTNU	116	35	
Universitet i Tromsø	89	22	24

TURNUSTJENESTE kompletterer grunnutdanningen og er for noen yrkesgrupper et vilkår for å få autorisasjon. Turnuskandidatene har helseforetakene som tjenestested. Helsedirektoratet (SAFH) fastsetter hvor mange turnusplasser for leger og fysioterapeuter det skal legges til rette for og formidler dette i brev til hvert av RHFene (www.safh.no/lenker/turnus).

FORDELING AV NYE LEGESTILLINGER

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 4-2 kan departementet årlig fastsette antall nye legestillinger og fordele disse på de ulike spesialitetene. Innenfor denne rammetildelingen har de regionale helseforetakene et ansvar i å bidra til at det utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene. God lokal, regional og nasjonal fordeling av leger og mellom spesialiteter skal legges til grunn. For 2009 er fordelingen som følger:

	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt	Helse Nord	SUM
Overlegestillinger (overlege/avtalespesialist)					
Utdanningsstillinger (herunder fordypningsstillinger)	10	10	10	5	35
”til RHFets disposisjon”	5				5
SUM	15	10	10	5	40

RHFet skal i tillegg til å etablere utdanningsstillinger, også bidra til effektive utdanningsløp. RHFene skal i samarbeid sørge for at det utdannes minst 10 geriatere årlig i planperioden, jf. oppfølging av Omsorgsplan 2015 og Verdighetsgarantien. RHFet skal i sin fordeling av nye stillinger for øvrig prioritere psykiatri fordi dette feltet fortsatt er i en oppbyggingsfase. Utdanningskapasiteten ved de arbeidsmedisinske avdelingene er styrket med til sammen 20 mill pr år til overlegestillinger og utdanningsstillinger. Disse stillingene kommer i tillegg til den årlige fordelingen av nye stillinger. Det skal rapporteres særskilt for bruk av midlene.

RHFet må vurdere omdisponering av ubesatte stillinger, før det tildeles nye stillinger. Dette gjelder også for utdanningsstillinger, for ikke å svekke utdanningskapasiteten i regionen. RHFet skal bidra til en avvikling av legestillinger opprettet utenfor legefordingssystemet i 2009, til den nye NR-databasen tas i bruk i fra 2010.

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR) skal ha oversikt over stillingsstrukturen for leger i helseforetakene. RHFet skal systematisk og fortløpende melde inn endringer slik at NRs database (www.nr.dep.no) til enhver tid er oppdatert RHFet skal på forespørsel innrapportere hvordan fordelte stillinger er benyttet og gi en oversikt over ubesatte stillinger.