



# **Styringsdokument 2010 for Helse Nordmøre og Romsdal HF**

Stjørdal, 10. februar 2010

# Innhold

1.	Innledning.....	4
2.	Tildeling av midler .....	5
2.1	Resultatkrav.....	5
2.2	Fordeling av inntekter 2010 .....	6
2.3	Raskere tilbake .....	7
2.4	Investeringsramme 2010 .....	8
2.5	Likviditet .....	8
3.	Aktivitet.....	8
4.	Kvalitet, prioritering og pasientrettigheter .....	9
4.1	Kvalitetsforbedring.....	9
4.2	Prioritering .....	10
4.3	Pasientsikkerhet – trygge og sikre tjenester .....	10
4.4	Tilgjengelighet og brukermedvirkning.....	11
5.	Pasientbehandling.....	12
5.1	Helhetlige pasientforløp og samhandling.....	12
5.2	Psykisk helsevern .....	13
5.3	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB) .....	14
5.4	Habilitering og rehabilitering .....	15
5.5	Områder med særskilt fokus .....	15
5.5.1	Kronisk smerte .....	15
5.5.2	Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME).....	15
5.5.3	Organdonasjon/transplantasjon .....	15
5.5.4	Cochleaimplantasjon/rehabilitering .....	15
5.5.5	Prehospitale tjenester.....	16
5.5.6	Nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten .....	16
5.5.7	Lands- og flerregionale og overnasjonale funksjoner .....	16
5.5.8	Smittevern .....	17
5.5.9	Beredskap.....	17
5.5.10	Sykelig overvekt.....	17
6.	Utdanning av helsepersonell .....	17
7.	Forskning.....	19
7.1	Forskning.....	19
7.2	Innovasjon .....	20
8.	Pasientopplæring .....	20
9.	Forholdet til Helsedirektoratet .....	21

10.	Oppfølging og rapportering.....	21
11.	Vedlegg 1: Utdanning av helsepersonell – dimensjonering.....	23

## 1. Innledning

Helse Midt-Norge, RHF (HMN) stiller gjennom styringsdokumentet de midlene som styret i HMN har bevilget til disposisjon for Helse Nordmøre og Romsdal HF.

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 dokumentet. Videre skal oppgavene utføres i henhold til våre grunnleggende verdier: Trygghet, respekt og kvalitet. Organisasjonen skal på alle nivå kjennetegnes ved en synlig og ansvarlig ledelse.

HMN er gitt et samlet ansvar for at befolkningen i regionen får tilgang til spesialisthelsetjenester slik dette er fastsatt i lover og forskrifter.

Helse Nordmøre og Romsdal HF skal levere spesialiserte helsetjenester til befolkningen innenfor den ramme som er gitt i dokumentet og i samsvar med lover og forskrifter.

Midlene tildelt i styringsdokumentet er forutsatt å sette Helse Nordmøre og Romsdal HF i stand til å realisere dette oppdraget.

Helse Nordmøre og Romsdal HF må innenfor sine økonomiske rammer sørge for at virksomheten innrettes slik at ventetidene til utredning/diagnostikk og behandling reduseres. Dette forutsetter at det rettes særskilt oppmerksomhet på den polikliniske virksomheten. Det er en forutsetning at Helse Nordmøre og Romsdal HF i 2010 leverer et økonomisk resultat som angitt i kapittel 2 i dette dokumentet. Dersom krav til økonomisk resultatoppnåelse og gjennomføring av aktivitetskravet kommer i konflikt med hverandre, skal økonomisk resultatoppnåelse prioriteres foran andre oppgaver. Helse Nordmøre og Romsdal HF må i så fall dokumentere at den interne produktiviteten minst er på nivå med året før.

Helse Nordmøre og Romsdal HF skal sørge for at forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas på en god måte, og at disse oppgavene underbygger god og forsvarlig pasientbehandling. Det skal legges vekt på likeverdige helsetjenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, herunder innvandrergupper. Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt. Samiske pasienters rett og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres fra planleggingsfasen, gjennom utredningsfasen, og når beslutninger tas.

Lover, forskrifter og andre myndighetsvedtak utgjør rammene for helsetjenesten. Helse Nordmøre og Romsdal HF skal ha dokumenterte systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivningen. For å sikre at avvik fra tilsyn og andre uønskede hendelser blir fanget opp i hele organisasjonen, må Helse Nordmøre og Romsdal HF legge til rette for at hele organisasjonen lærer kollektivt av feil og systemsvikt.

Det vises til St. meld. nr 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid, som er planlagt behandlet i Stortinget 24.4.2010. Helse Nordmøre og Romsdal HF bes om at samhandlings- og koordineringsfunksjonen får en like tydelig ledelsemessig og organisatorisk forankring som de spesialiserte funksjonene har i dag. Regjeringens samhandlingsreform legger til rette for at spesialisthelsetjenesten i samarbeid med kommunene skal utvikles i en spesialisert retning i kombinasjon med vekt på standardiserte behandlingsforløp og pasientenes behov for koordinerte tjenester. Dette er i tråd med Helse Midt-Norges strategi og et viktig innsatsområde framover for å sikre god pasientbehandling og effektiv bruk av helsekronene. Helse Nordmøre og Romsdal HF bes om, i samarbeid med kommunene, å prioritere videreutvikling av standardiserte pasientforløp i 2010.

HMN forutsetter at Helse Nordmøre og Romsdal HF til enhver tid setter seg inn i og forholder seg til de vedtak som fattes av styret for HMN.

HMN forutsetter videre at helseforetaket orienterer seg om Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til RHF'et.

Styringsdokumentet har en oppbygning der de langsiktige og overordnede målene blir omtalt i en innledning under hver overskrift. Deretter følger oppgaver og styringsparametre for 2010 som skal bidra til å oppfylle de langsiktige målene. Relevante målsettinger og krav gitt i tidligere styringsdokument er gjeldende. Langsiktige mål under kap. 5 er skrevet inn i dokumentet til helseforetaket til orientering, selv om det ikke er knyttet spesielle oppdrag til dette målet i 2010.

Helse Midt-Norge RHF sender ut Årlig brev til avtalespesialistene i regionen. Vi ber om at Helse Nordmøre og Romsdal HF legger til rette for et godt samarbeid med avtalespesialistene i sitt nedslagsområde. Blant annet med målsetning om redusert ventetid for pasientbehandling.

Helse Midt-Norge RHF har avtaler med private sykehus og private røntgeninstitutt. For å nå målsetningen om redusert ventetid for pasientbehandling er det viktig at disse avtaler blir benyttet der det er nødvendig.

## **2. Tildeling av midler**

Grunnlaget for Helse Nordmøre og Romsdal HF's inntekter fremgår av styresak 111/09 i HMN. Helse Nordmøre og Romsdal HF skal i 2010 basere sin virksomhet på tildelte midler som følger av tabell 1.

Gjennom de aktivitetsbaserte finansieringssystemene gjøres deler av budsjettet avhengig av antall pasientbehandlinger og kompleksiteten i behandlingen. Prioriteringene som gjøres med hensyn til hvilke pasienter som skal behandles og hva slags behandling den enkelte pasient skal gis, skal være uavhengige av de aktivitetsbaserte tilskuddene. Det er ikke ment at finansieringen gjennom de aktivitetsbaserte finansieringssystemene dekker hele kostnaden ved undersøkelse eller behandling. Derimot skal de aktivitetsbaserte tilskuddene sammen med basisbevilgningen legge grunnlag for gjennomføring av kravet til aktivitet. Det er avgjørende at Helse Nordmøre og Romsdal HF er seg dette bevisst for å kunne oppnå tilfredsstillende kostnadskontroll.

Helse Midt-Norge har et ambisiøst investeringsnivå i årene som kommer. For å kunne realisere dette er det av avgjørende betydning at Helse Nordmøre og Romsdal HF bidrar med sin del gjennom å levere et økonomisk resultat i samsvar med det krav som fremgår av kapittel 2.1.

Helse Nordmøre og Romsdal HF har en betydelig omstillingsutfordring i 2010, men har også et potensiale for å forbedre sin produktivitet sammenlignet med andre helseforetak. Helse Nordmøre og Romsdal HF forutsettes derfor å arbeide videre med intern produktivitetsforbedring, omlegging av tjenesten til dag og poliklinisk virksomhet, bedre og mer standardiserte pasientforløp mv.

### **2.1 Resultatkrav**

Styret i Helse Midt-Norge RHF har vedtatt et budsjett (sak 03/10) med krav om resultatmessig overskudd på 269 mill kroner i 2010. Det er fortsatt behov for at omstillingsprosesser og tiltak for å redusere kostnader fortsetter. Regionen har betydelige utfordringer knyttet til 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.

Helse Nordmøre og Romsdal HF skal i 2010 levere et regnskapsmessig resultat i 0 eller bedre.

## 2.2 Fordeling av inntekter 2010

Tildelingen som er angitt nedenfor gir rammer for den virksomheten foretaket skal gjennomføre i 2010. Det forutsettes at beløpet skal ta høyde for samlet lønns- og prisvekst i 2010.

### *Nukleærmedisin*

St. Olavs Hospital skal utføre regionale oppgaver innenfor nukleærmedisin. Helse Sunnmøre HF, Helse Nordmøre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra med kr. 500.000,- hver, til sammen kr.1.5 millioner, for å dekke aktuelle driftsutgifter. St Olavs Hospital HF fakturerer halvårlig pr 30.06.10 og 31.12.10. St Olavs Hospital HF og Helse Nordmøre og Romsdal HF skal i samarbeid finne en løsning i forhold til en overgangsordning så lenge Helse Nordmøre og Romsdal HF har egen nukleærmedisinsk kompetanse.

### *Tilskudd til turnustjeneste*

I 2010 er det lagt inn 1,008 mill kr til finansiering av turnustjeneste. Fordeling av ramme etter antall lege og fysioterapi turnuskandidater. 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.

### *Psykisk helsevern*

Det er på regionnivå holdt av 35 mill kr til psykisk helsevern til senere fordeling. Disse midlene kan utløses gjennom en dokumentasjon av at aktivitetsutviklingen er større enn kostnadsutviklingen. Den konkrete utforming og definisjon av hva som skal inngå i aktivitetsberegningene som skal ligge til grunn for tildelingen vil skje gjennom en prosess mellom Helse Midt-Norge og helseforetaket. Helse Midt-Norge vil ta initiativ til denne prosessen. Det vil i sammenheng med dette bli definert på hvilket tidspunkt i 2010 den senere fordelingen vil kunne skje.

Tabell 1

<b>Inntektsramme budsjett 2010</b>	
(beløp i 1 000 kr)	HNR
<b>Somatikk</b>	<b>631 573</b>
<b>Psykisk helsevern</b>	<b>320 377</b>
<b>Særfinansiering</b>	<b>484 740</b>
Sum ramme	1 436 690
<b>ISF inntekt</b>	<b>377 969</b>
<b>Posedialyse</b>	<b>2 402</b>
<b>Polikliniske refusjoner</b>	<b>59 284</b>
Sum ramme og estimert ISF og poliklinikk	1 876 315
<b>Tilskudd turnustjeneste</b>	<b>1 008</b>
Sum bevilgning, jf Prop 1 S (2009-2010)	1 877 323
Gjestepasientinntekt	11 306

I 2010 har Helse Nordmøre og Romsdal HF fått følgende elementer finansiert særskilt over basisrammen:

Tabell 2

Fordeling 2010 (1 000 kr)	Helse Nordmøre og Romsdal HF
<b>Pasienttransport</b>	<b>89 887</b>
<b>Ambulanseer</b>	<b>122 902</b>
<b>Diverse befolkningsrelaterte og spesielle komponenter</b>	<b>41 748</b>
<b>Regional ordning fritt sykehusvalg</b>	<b>969</b>
<b>FOU (forskning, utdanning, med komp, sentre)</b>	<b>4 301</b>
<b>Inntekt til økte pensjonskostnader</b>	<b>94 538</b>
<b>Tilskud i differensiert arbeidsgiveravgift</b>	<b>3 471</b>
<b>Omfordeling lånerente</b>	<b>-5 087</b>
<b>Tilskotering basisramme tilvarende avdrag langsiktige lån</b>	<b>20 698</b>
<b>Anskaffingsmidler:</b>	
<b>Basis-anskaffingsmidler</b>	<b>89 217</b>
<b>Sum</b>	<b>470 640</b>
<b>Psykiatriske helsetjenester</b>	
<b>Omsøkingsskatt HNR</b>	<b>14 100</b>
<b>Sum</b>	<b>14 100</b>
<b>Totalt</b>	<b>484 740</b>

#### *Pasienttransport*

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

#### *Ambulansedrift*

Fordeling av midler til finansiering av ambulansedrift er basert på faktiske kostnader for kontrakter med eksterne aktører, samt foretakets egne ambulanser. I finansieringsgrunnlaget inngår både bil- og båtambulanser.

#### *Diverse befolkningsrelaterte og spesielle komponenter (Behandlingshjelpemidler)*

Ansvaret for behandlingshjelpemidler er en regional ordning som administreres av St. Olavs Hospital. Det enkelte foretak er ansvarlig for kostnader knyttet til behandlingshjelpemidler.

#### *Forskning og utdanning*

Helse Nordmøre og Romsdal HF har fått tildelt følgende til forskning og utdanning:

- 4,301 mill i regional økning FoU

Ev inntekter fra andre finansieringskilder som skal brukes til FoU skal komme i tillegg til dette.

Det er videre satt av 129,328 mill kr under Helse Midt-Norge RHF, som vil bli fordelt av Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og universitetet etter søknad.

#### *Omfordeling rentekostnader langsiktig lån*

Det er lagt til grunn en omfordeling av 31 % av budsjettert rentekostnad på langsiktige lån, totalt 130,7 mill kr. Dette tilsvarer en omfordeling etter basisramme 2009 på 40,5 mill kr. Dette medfører en omfordeling av rammen fra Helse Nordmøre og Romsdal HF til St. Olavs Hospital HF på totalt 5,087 mill kr.

### **2.3 Raskere tilbake**

Helse Midt-Norge har i 2010 fått tildelt 101,052 mill kroner knyttet til ordningen "Raskere tilbake", herav 3,7 mill kr til videreføring av utdanningskapasiteten ved arbeidsmedisinsk avdeling og 36,1 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. Tildelingen av ramme for "Raskere Tilbake" og Hysnes Helsefort blir kommunisert i eget brev.

## 2.4 Investeringsramme 2010

Helse Nordmøre og Romsdal HF har i 2010 fått tildelt 22,3 mill kr i investeringsramme i henhold til tabellen under. Investeringsrammen utbetales som avskrivningsmidler.

Tabell 3

	<i>tall i 1000 kroner</i>
Nye Molde Sjukehus	12 000
HMS-tiltak	4 000
Inventar og annet	1 300
Egenkapitalinnskudd KLP	5 000
<b>Investeringsramme Helse Nordmøre og Romsdal HF</b>	<b>22 300</b>

I tillegg kan helseforetaket få tildelt investeringsmidler til særskilte ENØK-tiltak og medisin teknisk utstyr etter søknad. Basert på om budsjettert resultat nås og konseptrapport for Nye Molde sjukehus godkjennes i Helse- og omsorgsdepartementet, kan rammen økes senere.

## 2.5 Likviditet

Helse Nordmøre og Romsdal HF kan ikke ta opp lån eller driftskreditter ut over det som 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

## 3. Aktivitet

Den ressursrammen som samlet blir stilt til rådighet i dette dokumentet legger til rette for den aktivitet i pasientbehandlingen i Helse Nordmøre og Romsdal HF som er bestilt jfr. tabell 4 og 5.

Det forutsettes at Helse Nordmøre og Romsdal HF planlegger sin virksomhet slik at en større andel av aktiviteten skjer ved dag og poliklinisk behandling enn gjennom behandling ved innleggelse og at aktivitetsveksten er større innenfor psykisk helsevern enn innenfor somatikk. Videre forutsettes det at Helse Nordmøre og Romsdal HF innretter aktiviteten slik at ventetiden reduseres for de pasienter som har ventet lengst og slik at avtalte behandlingsfrister blir overholdt

Da Helse Nordmøre og Romsdal HF ikke nådde aktivitetsmålet i 2009, er det avgjørende at aktivitetsnivået fortløpende blir fulgt opp i 2010. Ved ev målkonflikt mellom aktivitetsmåloppnåelse og tildelte ressurser, er det de tildelte ressurser som gjelder. Dette under forutsetning av at produktiviteten kan dokumenteres minst på nivå med året før. HMN vil også kunne ta opp spørsmålet om mulig avkortning av basisinntekten dersom avvik fra aktivitetsmålsettingen blir for stort.

### Aktivitetsmål 2010

#### Psykisk helsevern

Fra og med 2011 vil inntektene bli fordelt etter aktivitet. For 2010 har styret for Helse Midt-Norge beskrevet krav til vekst i aktivitet og produktivitet. Dette nødvendiggjør at man har

konkrete aktivitetsmål. I psykisk helsevern er det uklare definisjoner av hvordan aktiviteten skal måles. Dette gjelder særlig typer tiltak som ambulant virksomhet. Det vil derfor være nødvendig å gjennomføre et arbeid som klargjør dette før 2011. Det er også behov for å beskrive bedre og definere tydeligere hva som skal være registreringspraksis for å kvalitetssikre aktivitetsmålene. Dette er et arbeid som er startet i et samarbeid mellom RHF-et og helseforetakene. I tillegg må helseforetakene i løpet av første halvår 2010 initiere et arbeid som skal ha som mål å beskrive aktivitetsnivå og produktivitet for 2010 og hvordan aktivitetsøkning og produktivitetsøkning skal skje. Helse Midt-Norge RHF vil koordinere dette arbeidet. Konklusjonene må rapporteres til RHF-et innen utgangen av første halvår 2010. I disse konklusjonene må det inngå en vurdering av hvordan og på hvilket nivå måltallene for 2011 kan settes i forhold til en langsiktig målsetting om at aktivitetsnivået skal være på nivå med det basisrammen tilsier iberegnet en årlig produktivitetsvekst.

Ut fra ovenstående vil det ikke bli definert konkrete aktivitetsmål for 2010. Imidlertid vises det til tildelingskapitlet (2.2 Fordeling av inntekter 2010), der 35 mill er holdt av til senere fordeling. Dersom foretakene i år skal bruke hele basisrammen for psykisk helsevern innenfor VOP og BUP, og samtidig opprettholde minst samme produktivitet som tidligere, vil det kreves en aktivitetsvekst som er langt høyere enn den som i utgangspunktet var drøftet i dialog med foretakene. Bl.a. med tanke på tilgangen på fagpersonell vil det være urealistisk å sette måltallene på dette nivået allerede i 2010. Det vil likevel framover bli satt stort fokus på å bygge opp aktiviteten i psykisk helsevern med sikte på å komme opp på ovennevnte nivå innen kortest mulig tid.

### Somatikk

Helseforetakets aktivitetsmål knyttet til somatikk settes for 2010 til følgende; ref styresak 111/09

Tabell 4

Aktivitetskrav somatikk 2010	Helse Nordmøre og Romsdal HF
DRG-poeng sørge for	24 719
DRG-poeng fra pasienter i andre regioner	393
<b>Samlede DRG-poeng 2010</b>	<b>25 112</b>

## 4. Kvalitet, prioritering og pasientrettigheter

### 4.1 Kvalitetsforbedring

Kvalitetsforbedring er en kontinuerlig prosess som må forankres organisatorisk hos ledelsen på alle nivå i tjenesten. Forebygging, behandling og rehabilitering skal være basert på relevant, pålitelig og oppdatert kunnskap og erfaring om effektive tiltak for å oppnå helsegevinst.

Nasjonale medisinske kvalitetsregistre skal styrkes ved å videreutvikle felles løsninger for bedre effektivitet, bedre datakvalitet og bedre utnyttelse av data til kvalitetsforbedring og forskning.

Pasienter med behov for oppfølging må sikres at informasjon fra sykehusoppholdet (epikrise) sendes tidsnok til å sikre kontinuitet i behandlingen.

Barn som pårørende skal sikres god oppfølging når foreldrene er innlagt i sykehus.

Innen akuttpsykiatri er det ikke faglig forsvarlig å ha korridorpasienter.

Det er fortsatt stor variasjon i forskrivningspraksis av legemiddelgruppen TNFhemmere mellom ulike sykehus. Nasjonale faglige retningslinjer er godt kjent og har høy legitimitet i fagmiljøet, men de har ikke bidratt til større grad av likhet i forbruk mellom regionene.

Arbeidet til kliniske etikkomiteer skal videreføres.

### **Oppgaver**

- Sikre at barn som pårørende får god oppfølging når foreldre er innlagt i sykehus ved å oppnevne barneansvarlig personell
- Helseforetakene skal verifisere samsvar mellom praksis og retningslinje gjennom internrevisjoner. I 2010 skal bruk av TNF-hemmere revideres
- Helseforetakene skal iverksette tiltak for å redusere sykehusinfeksjoner fra foregående år. Måleindikatorerne er den nasjonale kvalitetsindikatoren for prevalens av sykehusinfeksjoner

### **Styringsparametre:**

*Indikator produseres løpende i GSS og rapporteres månedlig med kommentarer*

- Andel epikriser sendt innen syv dager etter utskrivning (mål: minst 80 %).
- Andel korridorpasienter (mål: ~ 0).
- Andel strykninger av planlagte operasjoner (mål: <5 %).

*Rapporteres i årlig melding*

- Prevalens av sykehusinfeksjoner (mål: skal reduseres).
- Antall helseinstitusjoner (somatiske sykehus, institusjoner innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige) som har barneansvarlig personell.

## **4.2 Prioritering**

Pasienter skal sikres et likeverdig tilbud av god kvalitet uavhengig av alder, kjønn, bosted, økonomi, diagnose og etnisk bakgrunn. Prioriteringsveilederne skal legges til grunn for å sikre enhetlig vurdering av rett til nødvendig helsehjelp.

### **Oppgaver**

- Helseforetaket skal etablere en praksis hvor tildeling av rett til nødvendig helsehjelp, i løpet av året, nærmer seg nasjonalt nivå.

### **Styringsparametre:**

*Tertialvis rapportering*

- Andel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp.

## **4.3 Pasientsikkerhet – trygge og sikre tjenester**

Antall feil og uønskede hendelser i helsetjenesten skal reduseres. Det er et ledelsesansvar på alle nivå å sikre velfungerende systemer for melding av uønskede hendelser. Ansatte skal oppleve det trygt å melde, og meldingene skal følges opp ut fra et system- og læringsperspektiv.

### **Oppgaver:**

- HF skal aktivt bruke avvikshendelser i kvalitetsforbedringsarbeidet (inkl NPE- meldinger, tilsynsrapporter mm).
- Helseforetaket skal etablere ordninger som gir sikker legemiddelbruk i pasientforløpene

- Helseforetakene skal implementere *Håndbok i legemiddelbåndtering* i samarbeid med sykehusapoteket.
- Helseforetaket skal sammen med sykehusapotekene etablere systemer som sikrer kontinuitet i legemiddelbehandlingen ved utskriving. Dette innebærer informasjon, nødvendige legemidler og utstyr ved utreise
- Helseforetaket skal en gang pr år legge frem for HF-styret en sak som viser oversikt over avvik, korrigerende tiltak og hva en ha lært av det.

#### 4.4 Tilgjengelighet og brukermedvirkning

Tjenestene må være tilgjengelige og innrettet etter brukernes behov. Det innebærer både fysisk tilgjengelighet, og tilgjengelighet knyttet til kulturell og språklig forståelse.

Helse Nordmøre og Romsdal HF skal innenfor sine økonomiske rammer iverksette tiltak for å redusere ventetidene til behandling.

Brukere skal sikres medvirkning i egen helsehjelp, og medvirke i utviklingen av helsetjenester på systemnivå.

Handlingsplan for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge (2010-2015) *angir delmål og tiltak* som skal legges til rette for at spesialisthelsetjenesten utformes i samarbeid med brukerne, og at helsetjenesten nyttiggjør seg resultater av brukermedvirkning.

#### Oppgaver:

- Helse Nordmøre og Romsdal HF skal sikre at pasienter og pårørende informeres om klageadgang
- Helse Nordmøre og Romsdal HF skal sikre at publikum får god informasjon om de mest vanlige behandlingstilbudene
- Helseforetakene skal følge opp og rapportere på Handlingsplan for brukermedvirkning i Helse Midt-Norge (2010-2015)

#### Styringsparametre:

##### *Tertialvis rapportering*

- Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker (mål: 100 %).
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen somatikk (mål: skal reduseres).
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen psykisk helsevern for barn og unge (BUP) (mål: skal reduseres).
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen psykisk helsevern for voksne (VOP) (mål: skal reduseres).
- Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelbrukere (TSB) (mål: skal reduseres).
- Andel pasienter som er vurdert innen 30 dager (mål: 100 %).
- Andel pasienter innen BUP som er vurdert innen 10 dager (mål: 100 %).
- Andel rettighetspasienter som gis behandling innen 65 dager i psykisk helsevern og/ eller TSB for personer under 23 år (mål: 100 %).
- Antall pasienter som har fått tildelt individuell plan (mål: skal økes).
- Andel fristbrudd for rettighetspasienter (mål: skal reduseres).

## 5. Pasientbehandling

Det er nødvendig med fortsatt utvikling og omstilling av spesialisthelsetjenestetilbudet for å møte endringer i sykkelighet, i alders- og befolkningssammensetning, ny medisinsk teknologi og endret pasientrolle. Arbeidet med en bedre arbeidsdeling mellom sykehus skal videreføres.

Ved omstilling av spesialisthelsetjenestetilbudet må det legges til rette for gode prosesser. Lokale løsninger må utformes i samarbeid med brukere, ansatte i foretaket, politisk ledelse i berørte kommuner og kommunehelsetjenesten.

Det er viktig at det finnes gode tilbud når det gjelder palliativ pleie og hospice. Tilbudene skal inngå som en integrert og naturlig del av spesialisthelsetjenesten og kommunens samlede helse- og omsorgstilbud.

Fagområdet ernæring inngår som en del av både forebygging, behandling, habilitering og rehabilitering av en rekke sykdommer. Helseforetakene skal sikre at fokus på ernæring inngår i det samlede tjenestetilbudet i spesialisthelsetjenesten.

Arbeidet med oppfølging av strategier skal fortsette i 2010. For 2010 gjelder blant annet følgende strategier for spesialisthelsetjenesten: Nasjonal strategi for spesialisthelsetjenester for eldre (2008-2012), Nasjonal strategi for kreftområdet (2006- 2011), Nasjonal strategi for diabetesområdet (2006-2011), Nasjonal strategi for KOLSområdet (2006-2011), Strategiplan for kvinners helse (2003-2013), Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011), Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma og allergisykdommer (2008-2012), Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012) og Nasjonal strategi for forebygging av ulykker som medfører personskaade 2009 - 2014.

Det forutsettes at en arbeider målrettet mot prioriterte pasientgrupper som syke eldre, kronisk syke, og pasienter med sammensatte lidelse.

I tillegg forventes det at man har fokus på overholdelse av behandlingsfrister og grupper med lang ventetid. Dette vil bli fulgt opp i dialogmøtene.

### 5.1 Helhetlige pasientforløp og samhandling

Helse Nordmøre og Romsdal HF skal tilby pasienter og brukere en helhetlig tjeneste som er godt samordnet, preget av kontinuitet og med helhetlige behandlingsskjeder og pasientforløp som ivaretar god behandlingsskvalitet. Helse Nordmøre og Romsdal HF skal sørge for at pasientperspektivet, gjennom utvikling av forløpstenkingen, ligger til grunn for utvikling av tjenester og for utarbeidelse av egne strategier og planer. Erfaringer fra prosjekter som Pilotsykehusprosjektet (partssamarbeidet), og andre samhandlingsprosjekter skal vektlegges der dette er hensiktsmessig.

Sommer- og feriestengninger av fødetilbudet skal ikke skje pga. økonomiske årsaker alene. Det kan stenges dersom det ikke lar seg gjøre å avvikle lovpålagt ferie forsvarlig, men stengningsperioden skal gjøres kortest mulig, og det skal iverksettes nødvendige tiltak for å sikre forsvarlighet i samarbeid med kommunene og andre helseforetak.

#### Oppgaver:

- Helseforetaket skal ha rutiner og kompetanse som sikrer at ernæring er en integrert del av behandlingstilbudet og at veiledningsoppgaven ovenfor kommunene ivaretas på ernæringsområdet.

- Helseforetaket skal samarbeide med andre HF for å redusere negative konsekvenser av ev sommerstegning av fødetilbud.
- Helseforetakene får ansvar for følgetjeneste for gravide til fødeinstitusjon fra 1.1.2010. Helseforetaket skal delta i regionalt arbeide med å definere krav til overtakelsen.
- Helseforetaket skal videreutvikle perinataalkomiteens rolle som ledd i å styrke kvalitetsarbeidet.
- Helse Nordmøre og Romsdal HF skal iverksette tiltak på systemnivå for at veiledningsplikten overfor kommunehelsetjenesten ivaretas. Dette innebærer f. eks å etablere systemer som sikrer god tilgjengelighet til kompetent faglig rådgiving for fastleger og leger i vakt, og systemer som sikrer at kompetanseoverføring til kommunehelsetjenesten er en integrert del av all ambulant virksomhet.
- Helseforetaket skal være i dialog med kommunene i arbeidet med å utvikle tjenestetilbudet til pasientene.
- Helseforetaket skal sammen med kommunene utvikle samhandlingstiltak.

### **Styringsparametre:**

#### *Rapporteres i årlig melding*

- Andel pasienter med hjerneslag som får trombolyse ved de enkelte helseforetak.

## **5.2 Psykisk helsevern**

Det overordnede målet i psykisk helsearbeid er å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Det er fremdeles behov for omstilling av psykisk helsevern fra hovedtyngde på døgn/institusjonsbehandling til mer utadrettet og ambulant tjeneste og oppfølging, og Helse Nordmøre og Romsdal HF skal derfor videreføre arbeidet med omstilling slik at sykehusfunksjonene blir spisset og de distriktpsykiatriske sentrene (DPS) blir i stand til å utføre de oppgaver som forventes.

Tilbudet til barn og unge skal prioriteres. Brukermedvirkning skal være det bærende prinsippet i organisering av det psykiske helsevernet, noe som innebærer at individuell plan må bli mer utbredt.

Det forutsettes at Helse Nordmøre og Romsdal HF er kjent med og følger opp Helsetilsynets rapport om DPS: "Landsdekkende tjenester, men varierende kvalitet?" (4/2009).

Helse Nordmøre og Romsdal HF skal i samarbeid med kommunehelsetjenesten redusere bruk av tvang og sørge for at praksis samsvarer med gjeldene helselovgivning.

### **Oppgaver:**

- Helseforetaket skal sørge for å følge opp lovendring som krever at det for alle helseinstitusjoner innen spesialisthelsetjenesten fra 01.01.10 skal oppnevnes "barneansvarlig personell".
- Helseforetaket skal følge opp de retningslinjer som kommer i forbindelse med ny Nasjonal strategi for redusert og riktig bruk av tvang. Helseforetaket skal i samarbeid med kommunehelsetjenesten redusere bruk av tvang og sørge for at praksis samsvarer med gjeldende helselovgivning.
- Helseforetaket skal sørge for at rusproblemer hos pasienter som henvises til psykisk helsevern skal undersøkes, og det skal iverksettes tiltak for å sikre at disse pasientene får et helhetlig behandlingstilbud for sin rusmiddelavhengighet.
- Helseforetaket skal arbeide aktivt for at gode erfaringer fra brukerstyrte tiltak blir tatt i bruk ved alle DPS (Jfr. "Brukerorienterte alternativer til tvang" (SINTEF 2008) og "Brukerstyrte plasser" (Jæren DPS)).

- Helseforetaket skal arbeide aktivt for å etablere og realisere ambulante tilbud overfor både voksne og barn og unge enten ved etablering av egne ambulante team eller ved integrering av utvidet ambulant aktivitet innen eksisterende virksomhet.
- Helseforetaket skal øke aktiviteten i 2010 i forhold til 2008 og 2009. Det er et krav at produktiviteten også skal øke. Dette betyr at aktivitetsøkningen skal være større enn kostnadsøkningen. Det er et mål at den generelle aktivitetsutvikling skal være større på poliklinikk, ambulant virksomhet og dagbehandling enn på døgnbehandling. Helseforetaket forpliktes i stor grad til å prioritere utviklingen innen psykisk helsevern i forhold til både ressursgrunnlag og produktivitet.

### **Styringsparametre:**

#### *Rapporteres tertialvis*

- Antall tvangsinnleggelses per 10 000 innbyggere og prosentandel av tvangsinnleggelses per institusjon (mål: skal reduseres).

#### *Rapporteres i årlig melding*

- Andel ikke planlagte reinnleggelses i akuttpsykiatriske avdelinger innen 30 dager per 10 000 innbyggere (mål: skal reduseres).
- Andel og antall pasienter over 18 år behandlet i sykehus og DPS per 10 000 innbygger fordelt på døgninnleggelses, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste innen psykisk helsevern.
- Antall og andel pasienter over 18 år behandlet i dagtilbud og poliklinisk virksomhet (mål: skal økes).
- Antall konsultasjoner innen ambulant virksomhet for barn og voksne (mål: skal økes med 10 %).
- Prosentvis fordeling av årsverk mellom sykehus og DPS - tjenester innen psykisk helsevern (mål: andel årsverk innen DPS skal øke).
- Antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS per 10 000 innbyggere innen psykisk helsevern.

### **5.3 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmisbruk (TSB)**

I tråd med Opptrappingsplan for rusfeltet (2007-2010) skal kvaliteten og kapasiteten innen TSB, inkludert legemiddelassistert rehabilitering (LAR) styrkes for å redusere ventetider og sørge for et sammenhengende behandlingsforløp, slik at det ikke oppstår ventetid mellom ulike deler av TSB (f. eks. avrusning og videre behandling). Rusbehandling Midt-Norge, HF skal sørge for at LAR inngår som en integrert del av øvrig TSB.

Den helsefaglige kompetansen i TSB skal styrkes.

Mange rusmiddelavhengige har også til dels omfattende psykiske lidelser. Arbeidet med å styrke samhandlingen mellom psykisk helsevern og TSB skal fortsette.

Forskning og kompetanse på rusfeltet skal styrkes.

#### **Oppgaver:**

- Helseforetaket skal fokusere på å styrke kvaliteten og kapasiteten innen rusbehandling for å redusere ventetider og sørge for et sammenhengende behandlingsforløp, bl.a. slik at det ikke oppstår unødvendig ventetid mellom ulike deler av rusbehandlingen (f. eks. avrusning og videre behandling).
- Helseforetaket skal fokusere på å videreutvikle samarbeids- og samhandlingsaktivitetene mellom psykisk helsevern og rusforetaket.

## **Styringsparametre:**

*Rapporteres i årlig melding*

- Antall årsverk for leger, legespesialister og psykologer i tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (mål: skal økes).
- Antall barn som fødes av kvinner i LAR-behandling og hva slags tilbud disse pasientene mottar.

## **5.4 Habilitering og rehabilitering**

Oppfølging av Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering (2008-2011) skal bidra til at dette feltet får den posisjon som de overordnede helse- og velferdspolitiske mål tilsier. Det betyr at habilitering og rehabilitering må bli riktig og bedre prioritert innad i de ulike tjenesteområdene. Retningsgivende for arbeidet er helhetlige behandlings- og rehabiliteringsløp, samhandling og brukermedvirkning, tilgjengelighet og likeverdighet i tilbudet. En gjennomgang halvveis i strategiperioden viser at arbeidet med å gjennomføre flere tiltak er godt i gang. Arbeidet som er påbegynt og arbeid med områder som gjenstår forutsettes fullført i løpet av de to siste årene i strategiperioden.

Helse Nordmøre og Romsdal HF skal sørge for at alle de pasienter som har behov for habiliterings/rehabiliteringstjenester på spesialisert nivå skal kunne motta slike tjenester til riktig tid.

### **Oppgaver:**

- Realisere regional plan for helhetlig habiliterings-/rehabiliteringstilbud til hørselshemmede, noe som blant annet vil kreve avtale mellom de ulike helseforetak og alle kommuner i aktuelle geografiske område
- Avdelinger som ivaretar rehabilitering skal som en del av driften utføre ambulerende tjenester

## **5.5 Områder med særskilt fokus**

### *5.5.1 Kronisk smerte*

Tilbudet til pasienter med kronisk smerte skal styrkes kapasitets- og kompetansemessig

### *5.5.2 Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME)*

Det skal sikres et adekvat tilbud om diagnostikk, behandling og rehabilitering, herunder tilbud om lærings- og mestringskurs, til pasienter med CFS/ME. Tilbudet skal utvikles i samarbeid med kommunene og Nasjonalt kompetansenettverk for CFS/ME. Det nyopprettede døgntilbudet til de sykeste pasientene med CFS/ME i Oslo Universitetssykehus HF skal tas i bruk.

### *5.5.3 Organdonasjon/transplantasjon*

Det er et nasjonalt mål å øke antall organtransplantasjoner til 30 donasjoner per mill. innbyggere.

### *5.5.4 Cochleaimplantasjon/rehabilitering*

Det er et nasjonalt mål at volumet på cochleaimplantatoperasjoner skal videreføres og at CI-opererte får habilitering og rehabilitering.

### 5.5.5 Prehospitale tjenester

#### Oppgave:

- Helse Nordmøre og Romsdal HF skal sikre at helseforetaket innen 1.4.2010 oppfyller kompetansekravene i forskrift om akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.

### 5.5.6 Nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten

Nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten skal bidra til å heve kvaliteten på helsetjenestene som utføres, inkludert å utføre dem så kostnadseffektivt som mulig gjennom oppbygging og spredning av nasjonal kompetanse. Nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten skal sikre kvalitet i hele bredden av helsetjenesten, samtidig som spesialiserte oppgaver og nye trender ivaretas gjennom forskning og kompetanseoppbygging. Kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger skal i tillegg gi individuelle og familierettede tilbud.

Innen 1.3.2011 skal de regionale helseforetakene rapportere på nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten gjennom felles rapporteringssystem, jf. portalen på <http://hoyspesial.ihelse.net/Hsliste.aspMidt-Norge> RHF. Rapporteringen skal være behandlet i de faglige referansegruppene, og ligge til grunn for Helsedirektoratets årlige gjennomgang av rapporteringen fra de regionale helseforetakene.

I tråd med oppdraget, har de regionale helseforetakene i samarbeid, i regi av Helse Vest RHF, utarbeidet et helhetlig forslag til hvilke nasjonale kompetansesentra i spesialisthelsetjenesten det er behov for i et femårsperspektiv, og hvor disse bør lokaliseres. Helsedirektoratet er bedt om å vurdere forslaget, og gi en helhetlig anbefaling til departementet senest 15.3.2010. Det er lagt til grunn at Helsedirektoratet sikrer at forslaget behandles i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, og at berørte parter høres på en hensiktsmessig måte, jf. brev av 17.3.2008.

### 5.5.7 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. Målet med etablering av en landsfunksjon eller en flerregional funksjon er å bidra til helsemessige tilleggsgevinster for pasienten ved økt faglig kvalitet, rettferdig og likeverdig tilgang til helsetjenester og kostnadseffektivitet i nasjonal sammenheng.

Innen 1.3. 2011 skal de regionale helseforetakene rapportere på lands- og flerregionale funksjoner gjennom felles rapporteringssystem, jf. portalen på <http://hoyspesial.ihelse.net/Hsliste.aspMidt-Norge>. Rapporteringen skal være behandlet i de faglige referansegruppene, og ligge til grunn for Helsedirektoratets årlige gjennomgang av rapporteringen fra de regionale helseforetakene.

I tråd med oppdraget, har de regionale helseforetakene i samarbeid, i regi av Helse Vest RHF, utarbeidet et helhetlig forslag til hvilke lands- og flerregionale funksjoner det er behov for i et femårsperspektiv, og hvor disse bør lokaliseres. Helsedirektoratet er bedt om å vurdere forslaget, og gi en helhetlig anbefaling til departementet senest 15.3.2010. Det er lagt til grunn at Helsedirektoratet sikrer at forslaget behandles i Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering, og at berørte parter høres på en hensiktsmessig måte, jf. brev av 17.3.2008.

### 5.5.8 Smittevern

Nasjonal strategi for forebygging av infeksjoner i helsetjenesten og antibiotikaresistens (2008-2012) legger føringene for de regionale helseforetakene og helseforetakenes arbeid med smittevern. Forskning på og overvåkning av sykehusinfeksjoner og antibiotikabruk er et spesielt innsatsområde i oppfølgingen av strategien i 2010. De regionale helseforetakene må ha god oversikt over hva som rapporteres til regionale/nasjonale registre, prevalensundersøkelser, antall inngrep som overvåkes prospektivt (insidens) i de ulike foretak, og om data leveres databehandler innen fristen og hvordan data tilbakeføres til å kvalitetssikre tjenesten i det enkelte helseforetak. I denne sammenhengen har de regionale helseforetakene ansvar for å legge til rette for teknisk og personellmessige forhold for overvåkning, og Helse Nordmøre og Romsdal HF har ansvaret for å levere kvalitetssikret materiale og kvalitetssikring i egen virksomhet.

#### Oppgaver:

- Helseforetaket skal bruke data fra infeksjonsregistrene i sitt arbeid for å forbedre kvaliteten på pasienttilbudet.
- Helse Nordmøre og Romsdal HF skal sørge for å rapportere forekomst av postoperative infeksjoner i samsvar med NOIS-veilederen

### 5.5.9 Beredskap

Helse Nordmøre og Romsdal HF skal medvirke til kvalitet og samhandling i sektorens beredskaps- og smittevernarbeid i samarbeid med HMN, kommuner, fylkesmenn, Helsedirektoratet, Folkehelseinstitutt, Strålevernet og andre samarbeidspartnere.

#### Oppgaver:

- Helse Nordmøre og Romsdal HF skal håndtere og følge opp erfaringer fra ny influensa A (H1N1).
- Helse Nordmøre og Romsdal HF skal oppdatere og øve relevante deler av sine planverk i løpet av året.

### 5.5.10 Sykelig overvekt

For å redusere ventetid og møte utviklingen av overvekt og fedme i befolkningen må behandlingstilbudet til pasienter med sykkelig overvekt gradvis trappes opp (jf. Styret i Helse Midt-Norge RHF, sak 59/08).

Det forventes at helseforetaket øker kapasiteten slik at behovet for kirurgi ivaretas og at ventetiden for kirurgisk behandling reduseres.

Arbeidet med tverrfaglig overvektspoliklinikk for barn, unge og voksne skal fortsette. Der det er hensiktsmessig, anbefales etablering av poliklinikken i samarbeid med diabetesbehandling.

Plastikkirurgi må tilbys i samsvar med det øvrige behandlingstilbudet. Behandlingen kan gis i helseforetak og i samarbeid med de private sykehus som Helse Midt-Norge har avtale med.

#### Oppgave:

- Tverrfaglig overvektspoliklinikk i skal være etablert i 2010.

## 6. Utdanning av helsepersonell

Utdanning av helsepersonell er et sentralt virkemiddel for å sikre riktig kompetanse og tilstrekkelig antall helsepersonell i helsetjenesten, både på kort og lengre sikt.

Utdanningsoppgaver omfatter tiltak knyttet til grunnutdanning, turnustjeneste, videreutdanning, etterutdanning og spesialistutdanning. Ledelsesforankring og god organisering og veiledning av praksis- og turnusordningene bidrar til at helseforetakene framstår som gode og attraktive læringsarenaer. Etablerte samarbeidsorganer med utdanningsinstitusjoner og samarbeidsavtaler legger rammer for utdanningsoppgavene og tjenester som skal ytes. Særlig oppmerksomhet bør rettes mot behov for nye temaer i grunnutdanningene som oppfølging av nasjonale strategier og satsningsområder.

Vedlegg 1 viser aktivitetskravene Kunnskapsdepartementet har satt til universiteter og høyskoler. Behovet for praksisplasser er noe høyere enn aktivitetskravet fordi opptaket reflekterer et forventet frafall i studietiden. Samarbeidsorganene er viktige arenaer bl.a. for vurdering av antall praksisplasser. Også som følge av økningen i studieplasser i 2009, er det av stor betydning at samarbeidsorganene benyttes for å sikre tilstrekkelig og kvalitativt gode praksisplasser. De regionale helseforetakene har et felles ansvar for tilrettelegging av praksisplasser for desentraliserte utdanninger og utdanninger som ikke er etablert i alle helseregioner.

Gjennom fordeling av legestillinger og tilrettelegging av effektive utdanningsløp har de regionale helseforetakene ansvar for at det utdannes et tilstrekkelig antall legespesialister innen de ulike spesialitetene.

I Oppdragsdokument 2010 har Helse Midt-Norge RHF fått tildelt 7 nye LIS-hjemler. I tillegg vil det i løpet av inneværende år komme 12 nye geriatrjhjemler på landsbasis.

Fordi de 10 hjemlene for 2009 ikke er fordelt på de ulike HF, vil de fordeles sammen med hjemlene for 2010.

År	HSM HF	HNR HF	Stolav HF	HNT HF	RMN HF	Sum
2009	4	0	5	1	0	10
2010	2	1	3	1	0	7

Helse Midt-Norge er i Oppdragsdokumentet fra departementet pålagt å utnytte hjemler som ikke er i bruk. Før Helse Midt-Norge foretar en endelig fordeling av tildelte hjemler med NR id nummer, må Helse Nordmøre og Romsdal HF sende inn rapport til Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling en oversikt over ledige hjemler pr 31.12.09, jfr eget brev fra Helsedirektoratet. Kopi av denne rapporten skal sendes Helse Midt-Norge RHF.

Det forventes at helseforetaket i samarbeid med Helse Midt-Norge RHF, bidrar til å utvikle nye metoder for analysere av kompetansebehov knyttet til de enkelte pasientforløp og arbeidsprosesser, samt å etablere et nasjonalt system for måling av ressursbruk til utdanning i helseforetakene.

#### **Oppgaver:**

- Helseforetakene skal videreutvikle helseforetaket som en attraktiv læringsarena for ansatte.
- Gjennom arbeidet i Samarbeidsorganene skal helseforetakene bidra til at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsefagarbeider- og ambulanséfagutdanningen.
- Helseforetaket skal sørge for at ansatte får innsikt i kulturforståelse og ferdigheter i kommunikasjon med mennesker fra ulike kulturer.

## **Styringsparametre:**

*Rapporters i årlig melding:*

- Antall praksisplasser
- Antall læreplaner innefor helsefagarbeider- og ambulansetutdanningen
- Status på arbeidet med etablering av nasjonalt system for måling av ressursbruk til utdanning

## **7. Forskning**

Forskning, forskerutdanning, formidling og implementering av forskningsresultater og innovative løsninger i tjenesten er viktig for å sikre ny kunnskap som kan føre til at tjenestetilbudet som gis er trygt, kostnadseffektivt og gir en helsegevinst.

### **7.1 Forskning**

Det er et mål å styrke pasientrettet klinisk forskning, herunder forskerinitierte kliniske intervensjonsstudier av høy kvalitet og relevans i helseforetakene. Det er et mål å sikre oppbygning av forskningskompetanse innen forskningssvake fagområder, samtidig som det er viktig å stimulere forskningsmiljøer av høy kvalitet slik at disse miljøene kommer i posisjon til å få eksterne midler nasjonalt og internasjonalt, f. eks gjennom EUs 7. rammeprogram. Det er nødvendig å sikre god infrastruktur for gjennomføring av kliniske studier og for forskningsbasert utvikling og utprøving av ny teknologi i Norge, herunder å etablere en nasjonal oversikt over pågående og slutførte kliniske studier i helseforetakene.

HMN har i styresak 111/09 prioritert ressursvekst innen forskning. Av kapittel 2 foran fremgår forventet minimumsnivå for ressursbruk; 4,301 mill kr; fra Helse Nordmøre og Romsdal HF's budsjett for 2010.

HMN har krav om å øremerke *minst 2 mill.* av basisbevilgningen tildelt over kap. 732, post 72-75 til forskning rettet mot samhandling med de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Med dette menes forskning som bidrar til kunnskapsgrunnlaget for helhetlige pasientforløp og mer koordinerte tjenester for pasientene.

Det tas sikte på å etablere en felles nasjonal database for registrering av vitenskapelige publikasjoner (norsk vitenskapsindeks) i helse, universitets- og høyskole- og instituttsektoren fra 2011. Databasen skal benyttes som grunnlag for nasjonal måling av vitenskapelig publisering i helseforetakene.

Helse Midt-Norge RHF har i styrevedtak 72/09 den 25.6.09 vedtatt Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge RHF 2009 – 2014. Den har en rekke strategiske tiltak på regionalt og lokalt nivå.

St. Olavs Hospital HF skal være en motor i det regionale forskningsarbeidet og skal bidra med å trekke de andre helseforetakene med seg

Forskningen skal holde en høy etisk kvalitet basert på Helse Midt-Norges grunnverdier

### **Oppgaver:**

- På bakgrunn av den regionale strategiplanen, skal Helse Nordmøre og Romsdal HF utarbeide en lokal handlingsplan

- Helse Nordmøre og Romsdal HF skal bidra i et regionalt forskningsnettverk, blant annet gjennom deltakelse i Regionalt forskningsutvalg (RFU)
- Helseforetak Nordmøre og Romsdal HF skal ha eget forskningsutvalg og en forskningsenhet som ivaretar forskningen i foretaket. Forskningsaktiviteten skal være ledelsesforanket
- Helse Nordmøre og Romsdal HF skal delta aktivt i innsamling av forskningsrelevante opplysninger i samarbeid med det nasjonale rapporteringssystemet (NIFU-STEP)
- Det skal årlig utarbeides en oversikt over foretakets forskningsaktivitet som rapporteres opp til styret.

## 7.2 Innovasjon

Utvikling og implementering av nye produkter, diagnostikk- og behandlingsmetoder, tjenester og organisatoriske løsninger i helsetjenesten (innovasjon) er viktig for å øke offentlig verdiskapning gjennom økt kvalitet og kostnadseffektivitet i tjenestene.

Under Stortingets behandling av St. meld. nr. 7 (2008-2009) Et nyskapende og bærekraftig Norge ble det besluttet å forlenge den pågående satsingen på behovsdrevet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren til ti år, forutsatt en positiv halvveisevaluering, og å utvide denne til også å omfatte forskningsbasert innovasjon.

Det er et potensial for å utnytte den samlede nasjonale kommersialiseringskompetansen bedre, bl.a. gjennom økt samarbeid med universitets- og høyskolesektoren.

Det er forventet at Helse Midt-Norge RHF skal bidra i arbeidet med å implementere nasjonal satsing på innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren (2007-2017).

### Oppgave:

- Helseforetaket skal utnevne innovasjonsansvarlig innen 1.4.2010.

### Styringsparametre:

*Rapporteres i årlig melding*

- 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 patentsøknader og registrerte patenter.
- Antall lisensavtaler.
- Antall bedriftsetableringer.
- Antall forprosjekter finansiert av InnoMed.

## 8. Pasientopplæring

For personer med kronisk sykdom er god opplæring og mestring av sykdommen like viktig som medisinsk behandling. Helse Nordmøre og Romsdal HF skal påse at pasienter og pårørende som har behov for opplæring får et kvalitativt godt tilbud om dette. Slik opplæring kan ivaretas i et lærings- og mestringssenter eller i andre deler av spesialisthelsetjenesten. Pasientopplæringen skal bidra til å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Lærings- og mestringstiltak forutsettes å være et likeverdig samarbeid mellom brukere og fagfolk i kunnskapsformidling og kunnskapsdialog.

Gjennomgang og ev. revisjon av Handlingsprogram for pasient- og pårørendeopplæring er utsatt til 2010 når innholdet i Samhandlingsreformen er kjent.

#### **Oppgave:**

- Helseforetaket skal påse at tilbud om lærings- og mestringsaktiviteter er tilpasset pasientenes språklige og kulturelle bakgrunn, herunder pasienter med samisk bakgrunn. Tilbudene skal være tilpasset pasienter med ulike funksjonshemninger, f. eks. pasienter med syns- og hørselshemming.
- Helseforetaket skal delta i pågående regionalt kvalitetsutviklingsprosjekt vedrørende beskrivelse av innhold og evaluering av effekt av opplæringstiltak
- Helseforetaket skal samarbeide med kommuner for å bygge opp kompetanse og lærings- og mestringsstilbud i kommunene

## **9. Forholdet til Helsedirektoratet**

Departementet har i tildelingsbrev gitt Helsedirektoratet i oppdrag å bidra til å håndtere sentrale innsatsområder i spesialisthelsetjenesten. Dette kan være innspill som brukes som underlag for departementets politikkutforming eller tiltak som retter seg mot de regionale helseforetakene.

Det er av stor viktighet for gjennomføringen av Helsedirektoratets pålagte oppgaver at direktoratet og de regionale helseforetakene finner egnede samarbeidsformer. Helsedirektoratet konkretiserer i fellesrundskriv IS-1/2010 hvilke oppgaver direktoratet vil søke samarbeid med de regionale helseforetakene om.

Departementet forutsetter at de regionale helseforetakene bidrar til finansiering av Helsebiblioteket slik at tilskuddet i 2010 blir på samme nivå som i 2009.

## **10. Oppfølging og rapportering**

Oppfølging gjennom plan – og meldingssystemet skal gi HMN informasjon om måloppnåelse i forholdet til sørge-for- oppdraget gitt av eier.

Det fremgår hvilke styringsparametre som skal rapporteres henholdsvis tertialvis og i årlig melding. De styringsparametrene som skal rapporteres tertialvis sammen med regnskapstall i henhold til rapporteringsmal vil bli overlevert Helse Nordmøre og Romsdal HF i foretaksmøtet i februar 2010. Det legges til grunn at det brukes data fra Norsk pasientregister (NPR) for de styringsparametrene det er aktuelt. NPR –data fra foregående tertial kan brukes når det rapporteres på styringsparametre. HMN kan be om ytterligere informasjon dersom det er uklarheter rundt enkelte styringsparametre.

Oppfølging av at tiltak utarbeides og måloppnåelsen av disse gjøres gjennom året via egen matrise i virksomhetsportalen.

Pr 1. tertial skal tiltak knyttet til oppgavene være registrert i matrisen.

Pr 2. tertial skal en rapportere hvorvidt tiltakene fører til måloppnåelse og ev. om ikke hvilke nye tiltak som iverksettes.

Helseforetaket har ansvar for at avvik fra gitte oppgaver og styringsparametre meldes til HMN når slik avvik blir kjent.

I årlig melding skal det rapporteres på hvordan helseforetaket har fulgt opp oppgaver og styringsparametre i styringsdokumentet for 2010 og oppgaver som gis gjennom foretaksmøter. Rapporteringen skal følge rapporteringsmalen som departementet har fastsatt. Det skal fremgå av årlig melding at brukerutvalget har vært med i utformingen og har behandlet den. Frist for innsendelse av styrets årlige melding er 20.1.2011.

## 11. Vedlegg 1: Utdanning av helsepersonell – dimensjonering

**GRUNNUTDANNING** omfatter studier ved videregående skoler, høyskoler og universiteter hvor elevene/lærlingene/studentene har helseforetakene som praksisarena. Fylkeskommunene har ansvar for de videregående skolene og for å sikre den enkeltes rett til slik utdanning. I de fleste fylker er det et opplæringskontor som i samarbeid med praksisarenaene skal sikre læreplaner i de yrkesfaglige utdanningene.

**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](http://www.ssb.no)). Følgende aktivitetskrav er fastsatt for 2010/2011 for Helse Midt-Norge:

Høgskole Universitet	Obligatorisk praksis			Ikke obligatorisk praksis			ABIOK- sykepleie	Jordmor **
	Sykepleie	Radiografi	Bioingeniør	Fysioterapi	Ergoterapi	Vernepleie		
Molde	99					23		
Nord-Trøndelag	211					26		
Sør-Trøndelag	217	34	39	57	48	59	55	21
Ålesund	130						39	

Øket aktivitetskrav i Revidert nasjonalbudsjett 2009 i sykepleie-, ABIOK- og jordmorutdanningen er videreført i 2010.

De fleste ABIOK-utdanningene har ikke årlige opptak, og aktivitetskravene for disse gjelder gjennomsnittlig studiepoengproduksjon. Høgskolen i Sør-Trøndelag og Høgskolen i Vestfold har opptak annet hvert år på jordmorutdanningen. Det vil si at det totale aktivitetskravet for jordmor ved de statlige høyskolene vil være 80 i 2011/2012.

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. januar 2004). Regionale helseforetak 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	87	57
Universitetet i Bergen	127	70	
NTNU	116	45	
Universitetet i Tromsø	89	32	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 de regionale helseforetakene ([www.safh.no/lenker/turnus](http://www.safh.no/lenker/turnus)).