

Styringsdokument for 2005 til St. Olavs Hospital HF

INNHold

1 Innledning.....	3
2 Oppdraget for 2005	4
2.1 Pasientbehandling.....	4
2.1.1 Overholdelse av lover og myndighetskrav.....	4
2.1.2 Prioritering	4
2.1.3 Kvalitet	4
2.1.4 Forebyggende og helsefremmende arbeid.....	4
2.1.5 Brukermedvirkning	5
2.1.6 Desentraliserte tjenestetilbud og samhandling med førstelinjetjenesten.....	5
2.1.7 Ventetider og behandlingsfrister	6
2.1.8 Rehabilitering og habilitering.....	6
2.1.9 Psykisk helsevern	6
2.1.10 Rusbehandling	7
2.1.11 Hjertemedisin i Midt-Norge	7
2.1.12 Behandling av sykkelig overvekt	7
2.1.13 Fødselsomsorg.....	8
2.1.14 Smittevern	8
2.1.15 Laboratoriemedisin.....	8
2.2 Utdanning av helsepersonell	8
2.3 Forskning og utvikling	9
2.4 Opplæring av pasienter og pårørende.....	10
2.5 Kommunikasjon og samfunnskontakt.....	11
2.6 Organisasjon og ledelse.....	11
2.6.1 Arbeidsprosesser og ledelse	11
2.6.2 Strategisk kompetansestyring.....	11
2.6.3 Helse, miljø og sikkerhet.....	12
2.7 Økonomistyring og effektivisering	12
3 Bevilgning for 2005.....	13
3.1 Basistilskudd	13
3.2 Innsatsstyrt finansiering	14
3.3 Refusjon poliklinisk virksomhet	14
3.4 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern.....	14
3.5 Tilskudd til forskning, utdanning m.v.	14
3.6 Tilskudd til syketransport.....	15
3.7 Gjestepasientoppgjør	15
3.8 Finansiering av avskrivninger	15
3.9 Investeringsiltak	16
4 Resultatkrav	17
4.1 Økonomistyring og effektivitet	17
4.2 Kvalitet	17
4.3 Samhandling.....	17
4.4 Organisasjon og ledelse.....	17
5 Rapportering	18
5.1 Økonomi, aktivitet og kvalitet.....	18
5.2 Pasientdata og ventelistedata.....	18
5.3 Beredskapsplan.....	18
5.4 Årlig melding	18

1 Innledning

St. Olavs Hospital HF skal drive sin virksomhet i samsvar med nasjonale helsepolitiske retningslinjer og prioriteringer, og det forutsettes at de lover og forskrifter som gjelder for virksomheten etterleves fullt ut.

Helseforetakets virksomhet skal bygge på det verdigrunnlag og innrettes mot de mål som styret for Helse Midt-Norge RHF har fastsatt i "Overordnet strategi for Helse Midt-Norge". De strategier, handlingsprogrammer og planer som styret for Helse Midt-Norge RHF har vedtatt for ulike virksomhetsområder er gjeldende for foretaket.

Dette dokumentet angir særlige mål og retningslinjer som skal gjelde for foretakets virksomhet i 2005, og de økonomiske midler som blir stilt til rådighet. Dokumentet bygger på planer og handlingsprogrammer vedtatt av styret for Helse Midt-Norge RHF, på "Bestillerdokument 2005" til Helse Midt-Norge RHF fra Helse- og omsorgsdepartementet og på "Protokoll fra foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF", datert 13. januar 2005. Disse dokumentene forutsettes kjent. I 2005 skal det legges særlig vekt på:

- *At tilbudet innen psykisk helsevern og behandling av rusmiddelmisbrukere reelt blir styrket*
- *At foretaket skal gå i balanse i 2005*
- *Effektiv internkontroll av at lover og forskrifter etterleves*

Innenfor de rammer som her trekkes opp, har St. Olavs Hospital stor frihet til å planlegge og organisere sin virksomhet, iverksette tiltak og disponere sine ressurser med sikte på å nå de mål som er satt for virksomheten. De planer som utarbeides og de resultater som oppnås skal rapporteres til Helse Midt-Norge gjennom Årlig melding.

Helse Midt-Norge har på vegne av Staten det overordnede ansvar for at regionens befolkning skal ha tilgang til nødvendige spesialisthelsetjenester. Helseforetakets rolle i dette er primært å betjene befolkningen i eget opptaksområde med tjenester innenfor de fagområder foretakets institusjoner er tillagt i Regional Helseplan 2001-2004 og i nyere planer vedtatt av Helse Midt-Norge RHF; dette skal ha prioritet fremfor tilbud rettet mot andre pasientgrupper. Vesentlige endringer i dette må godkjennes av Helse Midt-Norge RHF.

I samsvar med gjeldende helsepolitiske retningslinjer vil Helse Midt-Norge inngå avtaler med private sykehus og laboratorier i og utenfor regionen, spesielt på områder hvor det fortsatt er lange ventetider.

Helse Midt-Norge imøteser en utvikling hvor det kan bli økende konkurranse om pasienter. Helseforetaket må iverksette tiltak for å befeste en posisjon som en kvalitetsmessig god og konkurransedyktig leverandør av spesialisthelsetjenester.

I det følgende blir Helse Midt-Norges oppdrag til helseforetaket for 2005 beskrevet.

2 Oppdraget for 2005

2.1 Pasientbehandling

2.1.1 Overholdelse av lover og myndighetskrav

Helseforetaket skal sørge for at de tjenester som tilbys oppfyller de krav som er fastsatt gjennom lover og forskrifter, og av helsemyndighetene. Det forutsettes at helseforetaket har et operativt internkontrollsystem som ivaretar dette. I 2005 skal det legges særlig vekt på å sikre at pasientenes rettigheter etter pasientrettighetsloven, herunder individuell plan og pasient-ansvarlig lege, blir oppfylt.

I løpet av 2005 vil Helse Midt-Norge iverksette en internrevisjon innenfor helseforetakets internkontroll med vekt på overholdelse av lover og myndighetskrav.

2.1.2 Prioritering

Følgende pasientgrupper og områder skal ha særlig prioritet

- Psykisk helsevern
- Rusbehandling
- Habilitering, rehabilitering
- Pasienter med sammensatte og kroniske sykdommer
- Kreftbehandling, herunder lindrende behandling

Helseforetaket skal øke ressursinnsatsen i tilbudet til pasienter med psykiske lidelser ut over tildelte opptrappingsmidler, og den relative veksten skal være større i psykisk helsevern og rusbehandling enn i somatikk.

Områder med overkapasitet skal identifiseres, og ressurser frigjøres og overføres til de områder som må styrkes. Dette skal komme til syne gjennom ressursfordelingen.

Ved vurdering av nyhenviste pasienter skal helseforetaket følge prioriteringsforskriftens kriterier for rett til nødvendig helsehjelp.

2.1.3 Kvalitet

Helseforetaket skal etablere og vedlikeholde et kvalitetsstyringssystem i tråd med Helse Midt-Norges kvalitetsstrategi. Det skal rapporteres på regionale og nasjonale kvalitetsindikatorer. For øvrig vises til resultatkrav i kapittel 4.2.

Når det gjelder korridorpasienter, er målet som før at det ikke skal forekomme. Resultatkravet er satt til høyst én prosent, ut fra en vurdering av hva det er realistisk å oppnå i 2005.

2.1.4 Forebyggende og helsefremmende arbeid

Helseforetaket skal styrke den forebyggende innsatsen. Arbeidet skal prioritere individrettet forebyggende helsearbeid og pasientopplæring, følge opp og gjøre kjent informasjon fra risikoovervåkningsregistre og være aktiv i samarbeid med lokale aktører. Helseforetakene skal bidra med kunnskap, være premissleverandør og initiator.

Helseforetaket skal bidra med rådgivning til kommunene i deres arbeid med befolkningsrettet forebyggende arbeid.

Helse Midt-Norge RHF har i samarbeid med helseforetakene innledet et samarbeid med de tre fylkeskommunene i regionen med sikte på å utvikle en samlende organisasjonsstruktur og en overordnet plan for den regionale satsningen innen forebyggende og helsefremmende arbeid. Arbeidet forutsettes også å inkludere KS/regionens kommuner.

2.1.5 Brukermedvirkning

Brukerne skal ha en sentral rolle i planlegging og utvikling av tjenestetilbud ved alle helseforetak. Dette innebærer både samarbeid med brukerne om plan- og utviklingsarbeid og samarbeid med den enkelte pasient om behandlingsopplegg.

For å få til dette må brukerutvalgene involveres i prosesser som påvirker tjenestetilbudet og få nødvendige ressurser. Et godt samarbeid mellom helseforetak, brukerutvalg og brukerorganisasjoner er avgjørende for å løse utfordringer som helseforetakene står overfor.

Brukerperspektivet skal legges til grunn i behandlingssituasjoner. Den enkelte pasient må få kunnskap om og reell innvirkning på sitt behandlingsopplegg, og være en aktiv samarbeidspartner i gjennomføring av opplegget.

Helseforetaket skal legge til rette for at frivillige organisasjoner kan bidra med likemannsarbeid og annet helse- og omsorgsarbeid.

Helseforetakene skal i 2005 gjennomføre nasjonale pasienterfaringsundersøkelser ved somatiske barneavdelinger og døgnavdelinger i psykisk helsevern. Resultatene fra undersøkelser i 2004 skal benyttes i arbeidet med å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen.

Det skal rapporteres om resultat og videre planer i Årlig melding.

2.1.6 Desentraliserte tjenestetilbud og samhandling med førstelinjetjenesten

God tilgjengelighet og kort reisetid er en viktig dimensjon ved mange tjenester. Særlig gjelder dette for høyvolumtjenester og tjenester til pasienter med kroniske sykdommer.

Helsedepartementet har utpekt desentralisering av spesialisthelsetjenesten og samarbeid med primærhelsetjenesten som et prioritert satsingsområde.

De regionale helseforetakene har i 2004 utarbeidet felles strategiske tiltak for samhandling og desentralisering. Hovedlinjene i disse strategiene legges til grunn også for arbeidet i de enkelte helseforetakene i Helse Midt-Norge.

Arbeidet med å utvikle samarbeidet med kommunene skal videreføres, og arbeidet med implementering av praksiskonsulentordningen skal fortsette.

Det vil i 2005 bli avsatt midler på RHF til planlegging av pilotprosjekt i alle helseforetakene for å få evaluert ulike organisasjonsmodeller i "gråsonen" mellom nivåene. Det forutsettes at Helseforetakene også avsetter egne midler for gjennomføring av disse pilotprosjektene.

Helseforetakene må ved omdisponering av egne midler bidra til at igangsatte samhandlingstiltak innenfor lindrende behandling og eldre videreføres også i 2005.

Det bør prøves ut modeller for samhandling innen pasient- og pårørendeoppøring. Tiltakene må utvikles i et likeverdig samarbeid med brukere og kommunehelsetjeneste.

St. Olavs Hospital må bidra til at "intermediæravdelingen" på Saupstad og Hospice-avdelingen ved "Havstein" videreføres. Planarbeidet med Fosen DMS vil bli videreført.

Helse Nordmøre og Romsdal må bidra til gjennomføringen av prosjektet lindrende behandling

2.1.7 Ventetider og behandlingsfrister

Arbeidet med å redusere ventetidene skal videreføres i 2005. Målet er at ventetidene innenfor somatikken ikke skal overskride 120 dager for noe fagområde eller omsorgsnivå, og 90 dager innen psykisk helsevern og behandling av rusmiddelmissbrukere. Ventetidene for barn og unge skal være kortere. For øvrig vises til resultatkrav i kapittel 4.2.

Når systemer for rapportering av frister og fristbrudd er kommet på plass, vil det bli knyttet mål og resultatkrav til disse størrelsene.

Helseforetaket skal månedlig rapportere forventede ventetider til Fritt sykehusvalg, Norge.

2.1.8 Rehabilitering og habilitering

Styret for Helse Midt-Norge har gitt sin tilslutning til Handlingsprogram for fysikalsk medisin og rehabilitering og habilitering i Helse Midt-Norge RHF 2005-2010.

I henhold til vedtatt plan må disse utfordringene ha funnet sin løsning innen 2010. Planen forutsetter at foretakene i løpet av 2005 skal

- ha etablert ”koordinerende enhet” jfr. forskriftene §13 og styrket samarbeidet med kommunehelsetjenesten
- starte oppbygging av tverrfaglige ambulante team
- sikre brukermedvirkning, på individnivå og på systemnivå
- sikre at individuell plan tas i bruk i henhold til forskrift
- delta aktivt i de regionale fagråd i rehabilitering og habilitering
- delta i arbeidet med oppgave- og funksjonsfordeling
- styrke samarbeidet med de private opptreningsinstitusjonene
- delta i utvikling av tilbud om intensiv habilitering av barn i Helse Midt-Norge
- etablere rapportering av ventelistedata innen fagområdene
- prioritere FoU innenfor området

2.1.9 Psykisk helsevern

Helseforetaket skal i 2005 gjennomføre de tiltak som kreves for at fremdriften i opptrappingsplanen og handlingsprogrammet opprettholdes, herunder de investeringer som etter det fastsatte investeringsprogram skal gjøres i 2005. Helseforetaket skal spesielt fokusere på målet om å gi tilbud til minst 5% av barne- og ungdomsbefolkningen senest innen 2008.

I tråd med nasjonale prioriteringer skal psykisk helsevern i 2005 ha større prosentvis ressursvekst enn den somatiske del av virksomheten. Planer om nedleggelse av døgnplasser må avklares med Helse Midt-Norge RHF.

Helseforetaket skal forvalte tilskudd til psykisk helsevern i tråd med intensjoner i opptrappingsplanen og innenfor de rammer som gjelder for øremerkede tilskudd. Det stilles særlige krav til rapportering både på innsatsfaktorene økonomi og personell og på aktivitet, jfr. Kap. 5.1.

Helse og omsorgsdepartementet har stilt særlige krav til reduksjon av ventetid. Dette går fram av Kap 4.2.

Helseforetaket skal fortsette arbeidet for å redusere bruken av tvang. Målet er at helseforetakene i Helse Midt-Norge skal ligge innenfor 33-percentilen når det gjelder tvangsbruk i norske helseforetak.

Helseforetakene skal utvikle tilstrekkelig kompetanse i diagnostikk og behandling av barn, unge og voksne med ADHD. St. Olavs Hospital skal fortsatt ha et særlig ansvar for å ivareta kompetansefunksjon i ADHD-team (jfr. St.Prp.nr 1 (04-05) Kap 743.70).

Helseforetakene skal generelt bidra til å utvikle tilbudet til pasienter utsatt for vold og traumer. Helse Midt-Norge RHF vil komme tilbake til et koordinert innsats på dette området.

Helseforetaket er ansvarlig for at det ved utgangen av 2005 skal være minst ett ambulant team ved hvert foretak. Helseforetakene skal forberede utvidelse av ambulante tjenester til også å inngå i alle DPS fra 2006.

Helseforetakene skal etablere / oppdatere samarbeidsavtaler mellom DPS og berørte kommuner. Disse avtalene skal være et supplement til helseforetakenes avtaler, og spesifikt sikre sammenhengende tjenestetilbud til psykisk syke pasienter og veiledning av personell. Videre skal helseforetakene ha samarbeidsavtaler med fengsler i opptaksområdet.

Helseforetaket skal bygge opp kompetanse i rusrelatert psykiatri slik at pasienter med rusmiddelavhengighet og psykiatriproblemer også skal kunne motta tjenester i DPSene.

Barne- og ungdomspsykiatrien og rusinstitusjoner skal gi nødvendig bistand til barn og unge som mottar tiltak fra barnevernstjenesten. For å sikre systemer for å avdekke behov for psykiatrisk bistand skal det, der dette ikke er etablert, utarbeides avtale mellom BUP, rustjeneste og Barnevern

2.1.10 Rusbehandling

Behandling av pasienter med rusproblemer er et av de områder helseforetakene særlig skal prioritere i 2005. Alle helseforetakene skal legge til rette for og sørge for tverrfaglig spesialisert rusbehandling slik at denne pasientgruppen også får nødvendig tilgang til psykiatriske og somatiske helsetjenester. Ved alle DPS skal det etableres kompetanse og tilbud til personer med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelavhengighet.

Regionalt rusprogram for rusbehandling i Midt-Norge, (vedtas våren 2005) skal legges til grunn for arbeidet med mennesker med rusrelaterte problemer. Rusbehandling Midt-Norge HF skal ha et regionalt koordinerende ansvar og følge opp de prioriteringer som er nedfelt i programmet.

Institusjoner for behandling av rusproblemer skal gi nødvendig bistand til barn og unge som mottar tiltak fra barnevernstjenesten

2.1.11 Hjertemedisin i Midt-Norge

Helseforetaket skal i 2005 delta i det regionale arbeid for å følge opp vedtak i styret for Helse Midt-Norge RHF om behandling av akutt hjerteinfarkt, og utruste de ambulanser det har ansvar for med nødvendig utstyr for prehospital EKG.

2.1.12 Behandling av sykkelig overvekt

Helse og omsorgsdepartementet stiller krav om at det skal opprettes behandlingstilbud til personer med helseproblemer som følge av sterk overvekt og fedme. En nasjonal arbeidsgruppe har utviklet retningslinjer for behandlingen. Det er opprettet en regional arbeidsgruppe for å videreføre arbeidet i Helse Midt-Norge.

Det skal gis kirurgisk og ikke-kirurgisk (konservativt) tilbud til barn og voksne med sykkelig overvekt i Helse Midt-Norge. Forebyggende arbeid og rehabilitering vektlegges. Det skal opereres 80 pasienter i 2005; 40 ved St Olavs Hospital, 20 i Helse Sunnmøre/Ålesund sjukehus og 20 i Helse Nord-Trøndelag/Namsos.

I 2005 skal det ved St. Olavs Hospital HF etableres ett regionalt senter for behandling av sykkelig overvekt. Helse Nord-Trøndelag, St. Olavs Hospital, Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Sunnmøre skal inngå i et nettverk ledet av St Olavs Hospital HF. Senteret skal koordinere det totale behandlingstilbudet, forskning og kvalitetsutvikling på området. Det anbefales at lærings- og mestringssentrene bistår med koordinering av forberedelser og oppfølgingstilbud. Desentrale tilbud vektlegges, med primærhelsetjenesten og frivillige organisasjoner som viktige samarbeidspartnere.

2.1.13 Fødselsomsorg

Helseforetakene skal legge til rette for økt samarbeid med kommunene og kontinuitet innen fødselsomsorgen.

St Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag skal oppnevne representanter til felles perinataalkomite i Trøndelag og til den regionale perinataalkomite (jfr. Dokumentet Perinataalkomiteer i Helse Midt-Norge, 2004)

Helse Sunnmøre og Helse Nordmøre og Romsdal skal oppnevne representanter til felles perinataalkomite i Trøndelag og til den regionale perinataalkomite

2.1.14 Smittevern

I tråd med Regional handlingsplan for smittevern skal helseforetakene i løpet av 2005 ha etablert et opplegg for smittevern bistand til de kommuner som ønsker dette. I løpet av 2005 skal overgang fra prevalens- til insidensregistrering av sykehusinfeksjoner forberedes. Helseforetakene skal delta i dette arbeidet.

Helseforetakene skal samarbeide med Folkehelseinstituttet om håndhygienekampanjen.

2.1.15 Laboratoriemedisin

Styret for Helse Midt-Norge RHF har gitt sin tilslutning til plandokumentet "Med laboratoriemedisin inn i fremtiden". I 2005 skal foretakene:

- ha organisert de laboratoriemedisinske spesialitetene i en avdeling eller klinikk med enhetlig ledelse
- delta i forpliktende foretaksovergripende nettverk med mandat og oppgaver som beskrevet (jfr. pkt.2.1 i planen)
- følge opp arbeidet med å styrke patologitjenestene slik styret har vedtatt.

2.2 Utdanning av helsepersonell

Helseforetaket skal stille nødvendig kapasitet til rådighet for praksisundervisning av studenter i medisin, psykologi og øvrige helsefag. Det samme gjelder turnusundervisning og videre- og etterutdanning.

Helse Midt-Norge er pålagt å stille praksisplasser til disposisjon for de helsefaglige grunnutdanninger i høgskolene i samsvar med årskullstørrelser fastsatt av Utdannings- og forskningsdepartementet. Utgifter til praksisstudier er finansiert gjennom helseforetakets ramme, bortsett fra øremerkede midler tildelt gjennom høgskolenes budsjett. Helseforetaket skal stille det nødvendige antall plasser til rådighet innenfor sine områder.

Helse Midt-Norge legger til grunn for dette kravet at en i samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og høgskolene i regionen kommer til enighet om antall praksisplasser som kreves. Helse Midt-Norge erkjenner at det kan by på problemer å stille til rådighet det antall praksisplasser som bestillerdokumentet fra departementet krever. Helse Midt-Norge vil i løpet av våren ta initiativ til å utvikle felles kriterier for å kartlegge antall praksisplasser som helseforetaket kan stille til rådighet. Resultatet av dette arbeidet vil danne grunnlag for den framtidige dialogen med departementet.

Dagens kapasitet for utdanning av legespesialister skal opprettholdes.

Helseforetaket skal bidra til å innfri kravene i samarbeidsavtalen inngått mellom Helse Midt-Norge og høgskolene i regionen og mellom Helse Midt-Norge og NTNU.

Helseforetaket skal rapportere antall medisinerstudenter som har deltatt i den kliniske undervisningen.

Helseforetakene skal fortløpende melde endringer i stillingsstrukturen for leger til databasen i sekretariatet for Nasjonalt råd for spesialutdanning og legefördeling.

Helseforetaket skal sørge for tilstrekkelig kapasitet og finansiering av videre- og etterutdanning for alt sitt personell.

2.3 Forskning og utvikling

Forskning og utvikling er en del av spesialisthelsetjenestens lovpålagte oppdrag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF har vedtatt ”Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge RHF 2004 – 2007”. Det er opprettet et regionalt forskningsråd som skal gi råd til RHF-ledelsen råd om strategier og prioriteringer.

Foretakene skal etablere rutiner som sikrer korrekt rapportering av forskning og utviklingsarbeid i tråd med sentrale føringer.

FoU-virksomheten innenfor foretakene skal være tverrfaglig med fokus på klinisk forskning inkludert overføring av kunnskap fra epidemiologisk forskning og basalmedisinsk forskning (translasjonsforskning).

I 2005 skal helseforetaket:

- ha gitt FoU den formelle og reelle forankring i foretakets ledelse
- etablere system og rapportere pågående forskning og utviklingsarbeid
- rapporteringen skal utformes og rapporteres i henhold til sentrale bestemmelser som danner grunnlag for den statlige forskningsfinansieringen
- ha etablert forskningsutvalg med brukerrepresentasjon
- ha avsatt minimum 0,75 % av brutto driftsbudsjett for FoU –virksomhet
- arbeidet aktivt for å få støtte til FoU fra forskningsråd, kreftforening o.a.
- kartlegge det samlede ressursbruk til FoU -virksomhet i eget foretak

- følge opp Helse Midt-Norges strategiplan for opptrapping av stipend og postdoc-stipend
- styrke samarbeid og samhandlingen med universitet og høgskolene i tråd med vedtak i samarbeidsutvalgene
- delta i den årlig regionale FoU – konferanse
- gi innspill til årets beste forskningsprosjekt
- rapportere bruk av midler tildelt fra Samarbeidsorganet

2.4 Opplæring av pasienter og pårørende

Opplæring av pasienter og pårørende er en av spesialisthelsetjenestens lovpålagte oppgaver.

Helse Midt-Norge har utarbeidet Handlingsprogram for pasient- og pårørendeopplæring 2004-2007. Helseforetaket skal følge opp krav fra 2004 om tiltaksplan i tråd med Handlingsprogrammet.

Helseforetaket skal gi et helhetlig opplæringstilbud til pasienter og pårørende med behov for opplæring. Opplæringstiltak skal legge til rette for å fremme selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Opplæringen skal omfatte livsstilsveiledning der dette er relevant. Pasienter med kroniske og sammensatte lidelser, psykiske lidelser og rusproblemer skal prioriteres.

Opplæring av pasienter og pårørende er de kliniske avdelingenes ansvar. Som en ressurs og støtte til disse skal det være etablert lærings- og mestringssenter i alle helseforetak.

I helseforetak som dekker et stort geografisk område, bør det være flere lærings- og mestringssentra, slik at dette tilbudet er lett tilgjengelig for personer med kronisk sykdom og funksjonsnedsettelse, og for deres familier.

Helseforetaket skal fortsette å utvikle lærings- og mestringssentrenes helsepedagogiske kompetanse og kvalitet. Målet er å utvikle et fagmiljø som skal være en støtte til de kliniske avdelingene i deres gjennomføring og utvikling av opplæringstiltak. Forskning og utviklingsarbeid, personell, helsepedagogisk kompetanse, areal og utstyr er en forutsetning for denne utviklingen. Helseforetaket skal ivareta denne oppgaven.

I løpet av 2005 skal det etableres et formalisert samarbeid mellom lærings- og mestringssenteret og de kliniske avdelingene. Dette kan eksempelvis gjøres gjennom opplæringskontakter i avdelingene. Viktige oppgaver er å samle kunnskap om eksisterende opplæringstiltak, og å planlegge og utvikle nye tilbud som integreres i behandlingsskjeden. Helseforetaket skal kommunisere tiltakene til pasienter, pårørende, primærhelsetjenesten og helsepersonell.

Regionalt kompetansesenter for pasientinformasjon og pasientopplæring (KPI) skal bidra til utviklingen av opplæring av pasienter og pårørende som fagfelt. Dette gjøres i samarbeid med lærings- og mestringssentrene. I 2005 initieres et evalueringsarbeid og et arbeid for å utvikle hensiktsmessige indikatorer for pasient- og pårørendeopplæring.

Helseforetaket skal rapportere om resultat og videre planer for opplæring av pasienter og pårørende i Årlig melding. St. Olavs Hospital må klargjøre forholdet mellom det planlagte Helseressurssenteret og lærings- og mestringssenter.

2.5 Kommunikasjon og samfunnskontakt

Det er utarbeidet kommunikasjonsstrategier basert på felles mal for alle helseforetakene. De legger rammer og gir føringer for kommunikasjonen i foretaksgruppen. Helse Midt-Norge står midt i store omstillinger, og evnen til god kommunikasjon vil være avgjørende for å lykkes.

I 2005 skal helseforetaket

- Ha jevnlig og systematisk dialog med kommunene i nedslagsfeltet, politisk og administrativt. Helse Midt-Norge RHF skal delta i de politiske møtene
- Iverksette informasjonstiltak for å styrke samhandlingen rundt den enkelte pasient og samhandling med primærhelsetjenesten og andre samarbeidspartnere
- Planmessig synliggjøre resultater og kvalitet i tilbudet
- Utvikle og gi informasjon til pasient og befolkning om rettigheter og tilbud

2.6 Organisasjon og ledelse

2.6.1 Arbeidsprosesser og ledelse

Helseforetakene skal sørge for at alle ledere har kjennskap til hvilke resultatkrav som stilles. Ledere skal tildeles den myndighet som er nødvendig for å kunne oppfylle kravene.

I 2005 skal ledernivå 3 prioriteres når det gjelder ledelsesutvikling. Helseforetaket skal fokusere på sammenhengen mellom faglig ledelse og ressursstyring i all ledelsesutvikling.

Alle ansatte skal kjenne sin leders forventninger. Dette innebærer tydelig ledelses- og ansvarsstruktur for alle ansatte:

- Ansatte er kjent med sin leders *forventninger og prioriteringer* når det gjelder faglig kvalitet.
- Medarbeidersamtaler gjennomføres for alle ansatte. Medarbeidersamtalen skal benyttes som et lederverktøy i kommunikasjon, samhandling, faglig utvikling og evaluering av medarbeideres resultater.

Basert på foretaksgruppens IT investeringer skal arbeidsprosesser bedres og gevinster realiseres.

Det vil bli initiert regionale prosjekter som skal bidra med å ta ut de gevinstmuligheter som ligger i EPJ, PACS/RIS og PRS systemet. Lederansvaret for omlegging av innarbeide arbeidsprosesser ligger fortsatt lokalt. Kompetanse i endringsledelse vil være avgjørende for å nå målene.

Det er et lederansvar å påse at brukerne medvirker i planlegging og utvikling av tjenestetilbudet.

2.6.2 Strategisk kompetansestyring

For å sikre tilgang på kompetente medarbeidere på kort og lang sikt, skal all kompetanseutvikling kunne relateres til fastsatte mål, oppgaver og funksjoner helseforetaket er satt til å ivareta.

Virksomheten skal kartlegges og sårbarhetsområder i forhold til kompetanse skal identifiseres. Medarbeideres alderssammensetning anses for å være en kritisk faktor innen enkelte fagområder, og bør tillegges særlig vekt.

Det skal utvikles gode metoder (systemer) for kompetansestyring og elektroniske verktøy som PRS skal videreutvikles og benyttes.

2.6.3 Helse, miljø og sikkerhet

Planmessige og systematiske tiltak skal videreføres i 2005. Helseforetakene skal utvikle gode rutiner for avvikshåndtering som skal implementeres i EQS systemet.

Implementering av miljøledelse forutsettes gjennomført i løpet av 2005.

2.7 Økonomistyring og effektivisering

Foretaket skal drives på en effektiv og rasjonell måte innenfor de økonomiske rammer som er satt av eier og innenfor det budsjett som er vedtatt av foretaket og dets eier. God økonomisk styring er en forutsetning for at dette skal oppnås.

Administrerende direktør er ansvarlig for at foretaket til enhver tid har god økonomisk styring.

For 2005 er det overordnede økonomiske mål for St. Olavs Hospital HF et resultat minimum i balanse. Den endelige åpningsbalanse per 1.1.2002 og dermed avskrivningskostnadene for 2005, vil ikke bli klarlagt før våren 2005. Etter dette vil endelige kostnader og dermed resultat for 2005 kunne budsjetteres.

For at hovedmålet skal nås, er blant annet følgende forhold av vesentlig betydning:

- Kompetanse innenfor økonomi- og likviditetsstyring må ytterligere styrkes i 2005. Foretaksgruppen vil i 2005 tillegge løpende prognoser for resultat og likviditet større vekt, og St. Olavs Hospital må legge stor vekt på utvikling av systemer og metoder for å gi presise rapporter for disse områder. Det forutsettes at de rapporterings- og budsjettverktøy som er anskaffet blir benyttet aktivt.
- Det vil være nødvendig med betydelig kostnadsreduksjoner i 2005. I denne forbindelse påpekes nødvendigheten av at man aktivt deltar i og lojalt støtter opp om foretaksgruppens logistikkprosjekt. Det forutsettes at helseforetakene benytter seg av og følger opp de avtaler som inngås. Helseforetakene vil i 2005 bli bedt om rapportering på status når det gjelder avdelingenes oppfølging av inngåtte innkjøpsavtaler.
- Videre påpekes at man i 2005 vil få reduksjoner i takstene knyttet til laboratorie- og røntgenundersøkelser. For å unngå økning i netto kostnader innenfor dette området forventes at det arbeides aktivt med reduksjon av antallet utførte prøver av denne art, dog innenfor det medisinske forsvarlige.
- Tildeling av og oppfølging av økonomisk ansvar til ledere for operative enheter vil fortsatt være av vesentlig betydning for å oppnå tilstrekkelig kvalitet i den økonomiske styring
- I 2005 vil prosjektet gjennomgående styringssystem bli videreført og i stor grad implementert. Det er nødvendig å avsettes tilstrekkelige ressurser til implementering av dette viktige styringsredskapet.

- Regionens betydelige satsing på IKT vil bli videreført i 2005. I takt med innføring av ny og mer effektiv teknologi, er det en forutsetning at foretaket legger stor vekt på å realisere de gevinster innføring av ny teknologi gir mulighet for.
- Psykisk helsevern er et av våre mest prioriterte områder, og det er foretakets ansvar at dette reelt gjenspeiles i ressurs- og budsjett disponeringen for 2005. Det forutsettes at de tildelte opptrappingsmidler sammen med øvrige bevilgede midler, medfører økt og forbedret pasienttilbud innen dette området. Rutiner for tilstrekkelig resultatrapportering og –oppfølging må implementeres.

3 Bevilgning for 2005

Tildelingen som er angitt nedenfor gir de samlede rammer for den aktivitet som St. Olavs hospital HF skal gjennomføre i 2005.

(1 000 kr)

Bevilgning St. Olav hospital	
Basisramme	2 245 115
Estimert ISF-refusjon	1 349 476
Estimert RTV-refusjon	303 327
Tilskudd til forskning, utdanning og nasjonale medisinske	141 800
Tilskudd til psykisk helsevern	65 957
Sum bevilgning 2005	4 105 675

(1) Basistilskudd (kap 732 post 74) , tilskudd til syke transport (kap 732 post 70) og tilskudd omlegging av arbeidsgiveravgift (kap 732 post 70)

3.1 Basistilskudd

Basistilskuddet er fordelt med utgangspunkt i 2004. Det forutsettes at vederlaget skal ta høyde for samlet lønns- og prisvekst. Det er ikke foretatt endringer i fordelingsnøkkel mellom helseforetakene. Dette vil bli gjenstand for vurdering i forbindelse med utarbeidelse av ny inntektsfordelingsmodell.

Det er foretatt noen særskilte justeringer av inntektsrammene som er nærmere omtalt nedenfor.

Basisbevilgningen til Helse Midt-Norge er i sum redusert med 946,1 mill. kr for å finansiere økt ISF-sats, jf omtale nedenfor. St. Olavs hospital HF sin basisbevilgning er redusert med 460,955 mill. kr som følge av dette.

I 2005 er basisrammen til St. Olavs Hospital og Sunnmøre økt med hver 1,175 mill.kr til utdanning av stråleterapeuter. Videre er rammen til helseforetakene styrket knyttet til finansiering av videreutdanning av sykepleiere. Dette ble i 2004 finansiert av det regionale helseforetaket.

Nasjonalt Råd har innvilget tre stillingshjemler innen geriatri. Rammen til St. Olavs hospital HF, Helse Sunnmøre HF samt Helse Nordmøre og Romsdal HF er hver styrket med 0,45 mill kr til finansiering av 1 ass. lege stilling innen geriatri.

Det er lagt 3,317 mill. kr til finansiering av ny kreftavdeling i Helse Sunnmøre HF. Dette er finansiert ved en omfordeling fra Helse Nord-Trøndelag, Helse Nordmøre og Romsdal samt St. Olavs hospital. I tillegg omdisponeres midler innen rammen til Helse Sunnmøre HF.

Rammen til helseforetakene er styrket med til sammen 0,7 mill. kr i 2005 til finansiering av reisekostnader i forbindelse med deltakelse i regionale prosjekter og arbeidsgrupper.

3.2 Innsatsstyrt finansiering

Helse Midt-Norge RHF har lagt opp til at helseforetaket gis vederlag etter ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF). Refusjonssatsen for ISF er økt fra 40 pst. til 60 pst. i 2005. Som følge av dette er basisbevilgningen til Helse Midt-Norge redusert med 946,1 mill. kr hvorav St. Olavs hospital HF har fått redusert basisrammen med 460,955 mill. kr, jf omtale over.

ISF-refusjon for St. Olavs Hospital HF på 1,349 mrd. kr (inkl tilleggsrefusjon) er beregnet med bakgrunn i en aktivitet på 72 900 DRG-poeng. Aktivitetsnivået som er lagt til grunn er helseforetakenes budsjett (utarbeidet desember 2004) for aktivitet 2005.

3.3 Refusjon poliklinisk virksomhet

Tilskuddet dekker refusjon for poliklinisk virksomhet ved offentlige helseinstitusjoner inkl. laboratorie- og røntgenvirksomhet. Basisbevilgningen og de aktivitetsbaserte tilskuddene skal til sammen legge et grunnlag for å videreføre aktivitetsnivået. I statsbudsjettet 2005 er det lagt opp til at satsen for laboratorie- og røntgenvirksomhet halveres fra 1.mai 2005. Som følge av reduksjonen er basisbevilgningen til Helse Midt-Norge økt med 65 mill. kr. St. Olavs hospital HF har fått økt basisbevilgningen med 38,141 mill. kr som følge av dette.

3.4 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern

Helse Midt-Norge RHF har ansvar for å videreføre arbeidet med opptrappingsplanen for psykisk helse og er tildelt 164,883 mill. kr i driftstilskudd. Av bevilgningen til St. Olavs hospital inngår 3,21 mill. kr til subsidiering av sikkerhetsavdelingen ved Brøset.

Bevilgningen skal sette spesialisthelsetjenesten i stand til å gjennomføre planlagt styrking av psykisk helsevern. Midlene skal nyttes til reell kvalitetsforbedring og aktivitetsøkning i henhold til opptrappingsplanens intensjoner. Aktivitetsnivået skal videreføres slik at tilbudet i 2005 minst skal være på samme nivå med 2004 og i tillegg bli supplert med de ytterligere tiltak som følger av midler fra opptrappingsplanen. Den psykiatriske del av virksomheten skal ha høyere prosentvis ressursvekst enn den somatiske del av virksomheten. Gevinster ved effektivisering skal komme psykisk helsevern til gode.

3.5 Tilskudd til forskning, utdanning m.v.

Basistilskudd til forskning på 30,6 mill.kr, tilskudd til medisinske nasjonale kompetansesentra på 24,6 mill.kr og tilskudd til utdanning på 86,6 mill.kr er lagt inn i rammen til St. Olavs hospital HF. Planlegging og oppfølging ovennevnte og tilhørende virksomhetsområde utføres av St. Olavs Hospital HF.

Det skal rapporteres til Helse Midt-Norge RHF på virksomheten til de ulike landsfunksjoner og nasjonale medisinske kompetansesentra i tråd med rundskriv I-19/2003 innen 10. februar 2006.

3.6 Tilskudd til syketransport

Ansvar for syketransport, oppholdsutgifter og transport av helsepersonell ble overført til de regionale helseforetakene i 2004. Finansiering av syketransport er endret fra 2005 slik at ytterligere 25 % av utgiftene blir dekt av de regionale helseforetakene.

I 2005 er det satt av 224,091 mill. kr til finansiering av syketransport i Helse Midt-Norge. I tillegg kommer administrasjon av ordningen på samlet 31,635 mill. kr hvorav 25,208 mill. kr er budsjettert under RHF.

I basisrammen til St. Olavs hospital HF inngår 74,488 mill. kr til finansiering av syketransport og oppholdsutgifter.

3.7 Gjestepasientoppgjør

Gjestepasientoppgjør gjelder pasienter som blir behandlet ved offentlige sykehus utenfor egen region og ved private klinikker/sykehus. Henvisningsmyndighet er som før delegert til aktuell sykehusavdeling. Når det gjelder fritt sykehusvalg kan fastlege henvise direkte til ønsket sykehus.

Helse Midt-Norge RHF har ansvar for

- behandlingsoppgjør for pasienter som blir behandlet utenfor egen region og for pasienter utenfor vår region som blir behandlet hos oss innen somatikk..

Helseforetaket har ansvar for

- å levere månedlig underlag for innkreving av behandlingsoppgjør.

Det enkelte helseforetak har ansvar for gjestepasientoppgjør innen psykisk helsevern og rusbehandling.

3.8 Finansiering av avskrivninger

Departementet har lagt til grunn at fordeling av inntekter til finansiering av avskrivninger inngår som ordinære inntekter i basisbevilgningen. For Helse Midt-Norge RHF er det lagt inn 446,9 mill. kr i basisbevilgningen i forbindelse med dette. Opptrappingsmidler i psykiatri (investeringsmidler) er inkludert i dette beløpet med 97,501 mill. kr.

St. Olavs hospital HF er tilført 214,902 mill. kr til finansiering av avskrivninger i 2005. Herav utgjør 38,329 mill. kr investeringsmidler psykiatri.

Investeringsmidler psykiatri er fordelt ihht godkjente prosjekter på den nasjonale opptrappingsplanen, mens øvrige avskrivningsmidler er fordelt i tråd med styresak 54/03

3.9 Investeringstiltak

Forutsatt gjennomføring av vedtatte/igangsatte tiltak i henhold til foreliggende planer er det samlede investeringsbehov i 2005 på om lag 1,75 mrd kr hvorav nytt universitetssykehus i Trondheim utgjør om lag 1,3 mrd. kr

Midler til avskrivninger og foreløpig tildelt låneramme er ikke tilstrekkelig til å dekke likviditetsbehovet til planlagte investeringer i 2005. Som følge av den økonomiske situasjonen helseforetaksgruppen er i, er det nødvendig at det utvises betydelig tilbakeholdenhet med investeringer i 2005.

Detaljert investeringsbudsjett med finansieringsforslag skal forelegges Helse Midt-Norge RHF innen 1. mars 2005.

4 Resultatkrav

4.1 Økonomistyring og effektivitet

- Helseforetaket skal gå i balanse eller ha et positivt årsresultat
- Den psykiatriske del av virksomheten skal ha høyere prosentvis ressursvekst enn den somatiske
- Kostnadsindikatoren (SAMDATA) skal høyst være XX
- Antall konsultasjoner per behandlerårsverk i psykiatriske poliklinikker skal økes med XX prosent fra 2003.

4.2 Kvalitet

- Antall pasienter på venteliste skal reduseres med minst 10 % på hvert omsorgsnivå.
- Antall somatiske pasienter med ventetid over 120 dager reduseres med 30 %.
- Antall VOP-pasienter med ventetid over 90 dager skal reduseres med XX prosent.
- Antall BUP-pasienter med ventetid over 30 dager skal reduseres med XX prosent.
- Antall pasienter innen rusbehandling med ventetid over 90 dager skal reduseres med XX prosent.
- Ved utgangen av året skal ingen pasient ha ventet mer enn ett år.
- Ingen pasient skal vente mer enn 48 timer på operasjon for lårhalsbrudd.
- Gjennomsnittlig andel korridorpasienter på årsbasis skal i 2005 være høyst 1 %.
- Strykninger av innlagte pasienter som er ført på operasjonsprogrammet skal ligge under 5 %.

4.3 Samhandling

- Helseforetaket skal i løpet av 2005 ha minst ett ambulant team innen psykisk helsevern.
- 80 % av epikrisene skal være sendt senest 7 dager etter utskrivning

4.4 Organisasjon og ledelse

- Alle ansatte skal i løpet av 2005 ha medarbeidersamtale med sin nærmeste leder.
- Kompetanseplaner for virksomheten skal legges frem for helseforetakets styre.
- I løpet av året skal det stilles målbare krav til alle leder på nivå 1,2 og 3.
- Gevinstene av Pacs/Ris realiseres skal realiseres som forutsatt i det regionale gevinstrealiseringsprosjektet.
- Sykefraværet skal være høyst 6 prosent.

5 Rapportering

5.1 Økonomi, aktivitet og kvalitet

Helseforetaket skal jevnlig avgi rapporter til Helse Midt-Norge RHF innenfor områdene økonomi, personal, aktivitet og kvalitet. Rapporteringen skal skje i henhold til gjeldende instruks, maler og rapporteringskalender.

I henhold til bestillerdokumentet 2005 fra HOD, skal behandlingstilbudet for pasientgrupper innen psykisk helse og rus styrkes. Det vil bli utvidet rapportering på områdene i forhold til tidligere år og rapporteringen skal skje i henhold til vedlegg til styringsdokumentet og retningslinjer og maler som blir sendt ut.

Større endringer i Helse Midt-Norges krav til rapportering, ut over den rapportering vi er pålagt av eier, vil bli tatt opp i direktørmøtet.

5.2 Pasientdata og ventelistedata

Helseforetaket skal rapportere månedlige pasientdata og ventelistedata til NPR i samsvar med gjeldende forskrifter. Det er foretakets ansvar at disse data er korrekte og fullstendige. Helse Midt-Norge RHF innhenter data direkte fra NPR for å analysere og evaluere foretakenes virksomhet og befolkningens tilgang til og bruk av spesialisthelsetjenester.

5.3 Beredskapsplan

Beredskapsplan skal rapporteres i Årlig melding i henhold til kapittel 11.3 i regional beredskapsplan.

5.4 Årlig melding

Foretaket skal utarbeide årlig melding for 2004 etter gjeldende mal. Frist for oversendelse til det regionale foretaket er 15. desember 2005.