



ST. OLAVS HOSPITAL HF

Styringsdokument 2003

Fra Helse Midt-Norge RHF

Dato:

OVERSENDESBREV

Vedlagte styringsdokument er basert på tilsvarende styringsdokument fra Helsedepartementet gitt til Helse Midt-Norge RHF, gjennomførte drøftinger i budsjettprosessen, samt styret for HMN RHF sine strategiske mål for 2003.

Oppdraget for helseforetaket blir å sørge for måloppfyllelse i h.h.t føringene i styringsdokumentet. Alle med lederstillinger skal følges opp med skriftlige resultatkrav alt etter stillingens innhold og betegnelse.

Avviksrapportering skal skje i henhold til egen rutine.

Stjørdal
18.02.03

Paul Hellandsvik
Adm. direktør
Helse Midt-Norge RHF

INNHOOLD

1	INNLEDNING	5
2	HOVEDMÅL OG STRATEGIER	6
2.1	Hovedmål	6
2.2	Fokusområder 2003	6
2.3	Nasjonale strategier og styrings signaler.....	6
3	OPPDRAGET FOR 2003	7
3.1	Pasientbehandling	7
3.1.1	Oppfølging av lovbestemmelser.....	7
3.1.2	Ventelister og booking.....	7
3.1.3	Korridorpasienter	8
3.1.4	Kvalitet.....	8
3.1.5	Brukermedvirkning.....	8
3.1.6	Funksjons- og oppgavefordeling.....	9
3.1.7	Samhandling med førstelinjetjenesten	9
3.1.8	Beredskap.....	9
3.1.9	Nye oppgaver og tiltak.....	10
3.2	Pasientopplæring	10
3.3	Utdanning av helsepersonell	11
3.4	Forskning	11
3.5	Kommunikasjon og samfunnskontakt	12
3.6	Organisasjon og ledelse	12
3.6.1	Nettverksarbeid.....	12
3.6.2	Implementering av felles personalpolitikk	12
3.6.3	Effektivisering av støttefunksjoner	13
3.6.4	Realisering av gevinster i pågående prosjekter innenfor IT m.m.	13
3.6.5	Ledelsesstøtte og lederutvikling.....	13
3.6.6	Omstilling, overtallighet og nedbemanning.....	13
3.7	Økonomistyring	14
4	BEVILGNING FOR 2003	15
	ST. OLAVS HOSPITAL HF	15
4.1	Tildeling av midler 2003 – St. Olavs Hospital HF	15
4.1.1	Basistilskudd	16
4.1.2	Innsatsstyrt finansiering.....	16
4.1.3	Refusjon poliklinisk virksomhet.....	16
4.1.4	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern.....	17
4.1.5	Fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede.....	17
4.1.6	Regionsykehustilskudd.....	17
4.1.7	Nasjonal kreftplan	17
4.1.8	Gjestepasientoppgjør	17
4.1.9	Kjøp av private helsetjenester.....	17
4.2	Investeringsrammen 2003	18
4.2.1	Investerings tiltak.....	18

5	RESULTATKRAV TIL HELSEFORETAKET	20
5.1	Effektivitet	20
5.2	Kvalitet	20
5.3	Samhandling med primærhelsetjenesten	20
5.4	Ledelse	20
6	KRAV TIL RAPPORTERING	21
6.1	Økonomi og aktivitet.....	21
6.2	Pasientdata	21
6.3	Kvalitetsindikatorer	21
6.4	Sammenstilling av rapporteringskrav til Helse Midt-Norge	21

1 INNLEDNING

Gjennom dette dokumentet klargjøres mål, retningslinjer og resultatkrav for helseforetakets virksomhet, samt hvilke økonomiske midler som stilles til rådighet. Dokumentet bygger bl.a. på Helsedepartementets styringsdokument til Helse Midt-Norge for 2003, som forutsettes kjent, på Helse Midt-Norges egne strategier og prioriteringer, og på den informasjon om helseforetakets virksomhet og planer som fremkommer i foretakets årlige melding for 2002. Styringsdokument, budsjett og årlig melding henger nøye sammen, og er de sentrale dokumenter i den årlige styringssyklus mellom Helse Midt-Norge og det enkelte helseforetak.

Innenfor de rammer som her trekkes opp, har helseforetaket stor frihet til å planlegge og organisere sin virksomhet, iverksette tiltak og disponere sine ressurser med sikte på at de overordnede mål for virksomheten skal bli virkeliggjort. De planer som utarbeides og de resultater som oppnås, skal rapporteres tilbake til Helse Midt-Norge gjennom de årlige meldinger.

Helse Midt-Norge har på vegne av Staten det overordnede ansvar for at befolkningen i regionen skal ha tilgang til nødvendige spesialisttjenester. Helseforetakets rolle i dette fremgår i hovedsak av den regionale helseplan. Når ikke annet er angitt, forutsettes det at helseforetaket planlegger sin virksomhet med sikte på å betjene det opptaksområde det er tildelt innenfor de fagområder som fremgår av Regional Helseplan (-99), og gir dette prioritet foran tjenestetilbud rettet mot andre pasientgrupper.

For å innfri sine forpliktelser overfor pasientene, vil Helse Midt-Norge etter behov inngå avtaler med private spesialister og sykehus innenfor og utenfor regionen og stimulere til at pasienter som ikke innen rimelig tid får sine behov dekket ved egne helseforetak, benytter disse.

Som eier vil Helse Midt-Norge arbeide for at helseforetaket skal bli en konkurransedyktig leverandør av spesialisttjenester og til en god arbeidsplass for sine ansatte. Hovedstrategien er å fremme den ønskede utvikling gjennom de mål og krav som stilles til helseforetaket, spesielt gjennom styringsdokumentet, og at helseforetaket selv skal initiere de tiltak som er nødvendige. Dette krever vilje og evne til nytenkning og omstilling i helseforetaket.

I det følgende blir Helse Midt-Norges oppdrag til helseforetaket nærmere beskrevet, de økonomiske rammer angitt og spesielle resultatkrav og krav til rapportering spesifisert. Det forutsettes at helseforetaket er kjent med de lover og forskrifter som gjelder for virksomheten. En oversikt over de mest aktuelle er tatt med som vedlegg til dette dokumentet.

2 HOVEDMÅL OG STRATEGIER

2.1 Hovedmål

I styringsdokumentet for 2002 fastsatte styret for Helse Midt-Norge følgende hovedmål for de neste årene:

- Det skal være orden og styring på økonomien (Kap. 3.7)
- All uverdigg og unødvendig venting skal bort (Kap. 3.1.2)
- Problemet med korridorpasienter skal være løst (Kap. 3.1.3)

Disse hovedmålene opprettholdes for 2003.

2.2 Fokusområder 2003

I 2003 vil Helse Midt-Norge rette oppmerksomheten mot fire fokusområder som er valgt med særlig sikte på at de skal understøtte arbeidet for å nå hovedmålene:

- Kvalitet
- Effektivitet
- Samhandling med primærhelsetjenesten
- Ledelse

2.3 Nasjonale strategier og styrings signaler

Disse fremgår av Helsedepartementets styringsdokument til Helse Midt-Norge. Her oppsummeres noen punkter som har særlig betydning for helseforetaket:

- Det foreligger et forslag til endringer i lov om pasientrettigheter. Dette vil medføre at pasientens rett til fritt sykehusvalg utvides til å omfatte private sykehus, når sykehuset har avtale med det aktuelle regionale helseforetak om dette. Det inneholder også en bestemmelse om at pasientene skal ha rett til en individuelt fastsatt behandlingsfrist.
- Styringsdokumentet fra Staten til Helse Midt-Norge RHF presiserer at de regionale foretak ikke skal utnytte sitt ”sørge for-ansvar” til å understøtte sin rolle som eier og overordnet leder av helseforetaksgruppen, og at private sykehus skal behandles på lik linje med helseforetakene som leverandører av spesialisttjenester.
- Det legges opp til at sykehusene om få år skal rangeres og tildeles ”stjerner” på grunnlag av den score de oppnår på de nasjonale kvalitetsindikatorene, bl.a. som veiledning til pasienter som skal velge sykehus

Disse signalene peker i en retning: Pasientenes makt skal økes mens helseforetakene i økende grad vil måtte konkurrere om pasientene, både innbyrdes og med private aktører.

I tillegg til de generelle signaler inneholder styringsdokumentet fra Helsedepartementet til Helse Midt-Norge inneholder en rekke konkrete anvisninger for hvordan virksomheten skal organiseres og drives. Noen av disse omtales i det følgende. De øvrige vil bli fulgt opp på annen måte i løpet av første tertial.

3 OPPDRAGET FOR 2003

3.1 Pasientbehandling

Det forutsettes at pasientbehandlingen i 2003 skal kvantitativt ligge på minst samme nivå som i 2002. Aktivitetsmålene for det enkelte foretak er angitt i kapittel 5.1. De følgende punkter gjelder forhold som helseforetaket må ha særlig for øyet i 2002 for å sikre brukerne et best mulig tjenestetilbud.

3.1.1 Oppfølging av lovbestemmelser

I styringsdokumentet til Helse Midt-Norge RHF for 2003 peker departementet på at det gjennom tilsynsrapporter er identifisert saksområder er det mer gjennomgående ikke har vært god nok oppfølging av gjeldende lovbestemmelser. Dette gjelder bl.a. ordningen med pasientansvarlig lege og utarbeidelse av individuelle planer. Helse Midt-Norge ber helseforetakene forsikre seg om at gjeldende lover blir praktisert, om nødvendig iverksette tiltak for rette opp avvik og rapportere tilbake gjennom Årlig melding for 2003.

3.1.2 Ventelister og booking

De tiltak som ble annonsert i styringsdokumentet for 2002 er i hovedsak gjennomført. For regionen sett under ett er det oppnådd betydelige reduksjoner i antall ventende, men målet om 30% reduksjon i 2002 er ikke nådd. Den største del av reduksjonen skyldes sanering. Også bruk av private sykehus og spesialister har bidratt vesentlig, og bare en mindre del av reduksjonen kan tilskrives økt tjenesteproduksjon i egne foretak.

For å gjøre slutt på uverdigg og unødvendig venting vil Helse Midt-Norge iverksette følgende tiltak i 2003:

- Arbeidet med å sanere ventelister og kvalitetssikre ventelistedata videreføres
- På områder hvor ventetidene er lange, vil man fortsatt stimulere til bruk av private aktører og sykehus i andre regioner
- I løpet av annen tertial 2003 innføres det en ordning hvor pasienter som søker sykehusbehandling skal gis individuelle behandlingsfrister
- Det iverksettes et eget program for å forberede innføringen av individuelle behandlingsfrister i samarbeid med helseforetakene

En ordningen med individuelle behandlingsfrister vil trolig bli lovfestet ved endring i pasientrettighetsloven.

Helseforetaket skal sørge for:

- At de ventelistedata som rapporteres til NPR gir et korrekt og fullstendig bilde av ventelistesituasjonen i helseforetaket
- At de ressurser foretaket har til rådighet utnyttes fullt ut for å øke kapasiteten på de områder hvor ventetidene er lange, herunder å gjennomføre de endringer i organisasjon, ledelse og rutiner som dette måtte kreve
- At pasienter som har ventet lenge, og som foretaket ikke kan love behandling innen rimelig tid, får beskjed om dette. Samme beskjed gis til henvisende lege. Foretaket skal oppfordre pasienten om å søke behandling annet sted, og informere pasient og henvisende lege om hvor man kan få informasjon om alternative tilbud.

- At innføringen av individuelle behandlingsfrister blir godt forberedt, og at foretaket deltar aktivt i det program som iverksettes av Helse Midt-Norge for å forberede denne reformen

Helseforetakene oppordres til å ta i bruk elektronisk timebestilling, og skal i løpet av 2003 ha utarbeidet en plan for dette.

3.1.3 Korridorpasienter

Det er en målsetting å unngå korridorpasienter. I løpet av 2002 har situasjonen bedret seg en del, og arbeidet er inne i en positiv utvikling. Det forventes at helseforetakene fortsetter arbeidet med tiltak for å fjerne overbelegg og korridorpasienter.

3.1.4 Kvalitet

Evnen til å tilfredsstillende brukernes behov er det viktigste suksesskriterium for et helseforetak, og den vil få økt betydning når helseforetakene om få år vil bli rangert etter kvalitet.

Kvalitet skal vurderes i tre perspektiv, pasientopplevd kvalitet, faglig kvalitet og ledelseskvalitet. Det skal stilles kvalitetskrav til alle aktiviteter i Helse Midt-Norge. Det skal være systemer i alle ledd for overvåking, sikring og forbedring av kvalitet. Noen felles kvalitetsindikatorer skal rapporteres systematisk innefor bestemte områder for sammenligning.

Helse Midt-NorgeRHF vil

- utarbeide et overordnet program for kvalitetsutviklingsarbeid som inneholder kompetanseheving og systemutvikling
- etablere et ressursnettverk mellom foretakene for metodisk kvalitetsutvikling
- videreføre arbeidet med utvikling av nasjonale og regionale kvalitetsindikatorer
- utvikle regionale medisinske kvalitetsregistre. Helse Midt-Norge RHF har valgt 4 registre, minst to av dem skal piloteres i 2003
- stimulere til medisinsk forskning

Helseforetaket har ansvar for

- å overvåke og kontinuerlig søke å forbedre kvaliteten på tjenestetilbudet
- å rapportere på de nasjonale og regionale kvalitetsindikatorer
- rapportere spesifikt på forbedringstiltak etter pasienttilfredshetsundersøkelsen
- bidra aktivt i videreutvikling av det metodiske kvalitetsarbeidet i regionen
- å rapportere til kvalitetsregistret i henhold til nærmere spesifisering

3.1.5 Brukermedvirkning

Gjennom brukermedvirkning skal brukernes erfaring og kompetanse komme til nytte i vår planlegging og virksomhet. Helseforetakene skal sikre brukermedvirkning på alle nivå - fra enkeltindivid til strategisk nivå.

I 2002 er det opprettet brukerutvalg både på regionalt nivå og ved det enkelte foretak. I 2003 skal helseforetakene samarbeide med brukerutvalgene for å finne hensiktsmessige arbeidsformer og arbeidsområder.

Resultatene fra den regionale pasienttilfredshetsundersøkelsen høsten 2002 vil foreligge i 2003. Det forventes at disse benyttes til kvalitetsforbedringsarbeid ved de ulike avdelingene.

3.1.6 Funksjons- og oppgavefordeling

I helseforetak som består av flere sykehus har foretaket ansvar for at funksjons- og oppgavefordelingen mellom sykehusene er hensiktsmessig i forhold til overordnede mål. I Årlig melding for 2003 skal disse foretakene rapportere status, planer og fremdrift i arbeidet med disse spørsmålene.

Helse Midt-Norge skal sørge for en hensiktsmessig funksjons- og oppgavefordeling mellom helseforetakene, og vil i samarbeid med disse utrede alternative måter å organisere spesialisttjenesten på, herunder funksjons- og oppgavefordeling mellom sykehus, distriktsmedisinske sentra (jfr. kap. 3.1.9) og samhandling med primærhelsetjenesten (jfr. kap. 3.1.10). Dette arbeidet vil videreføres i 2003.

Helse Midt-Norge vil utrede den eksisterende funksjonsfordeling mellom regionene sett fra eget ståsted, og vil bringe diskusjonen videre mot de øvrige regionale foretak.

3.1.7 Samhandling med førstelinjetjenesten

Helse Midt-Norge har utpekt samhandling med førstelinjetjenesten som ett av sine strategiske satsningsområder. Følgende tiltak prioriteres:

I løpet av 2003 skal alle helseforetakene i regionene ha praksiskonsulenter: Helse Sunnmøre to, Helse Nordmøre og Romsdal to, St. Olavs Hospital og OSS skal øke med to til sammen, Helse Nord-Trøndelag skal ha to. Praksiskonsulentene skal arbeide for å bedre samarbeidet mellom sykehusene og kommunehelsetjenesten, bl.a. ved å kvalitetssikre henvisnings- og innleggingsrutinene.

I løpet av 2003 skal alle foretakene i regionene ha inngått konkrete avtaler om samarbeid med de kommuner som sokner til foretaket.

Orbit-prosjektet har gjort utstrakt bruk av IKT for å styrke samhandlingen mellom Orkdal sykehus og kommunehelsetjenesten i området. Prosjektet videreføres og Helse Midt-Norge vil i løpet av 2003 ta stilling til om dette prosjektet skal gjøres til et regionalt pilotprosjekt for samhandling mellom sykehus og primærhelsetjeneste.

Helse Midt-Norge vil medvirke til at det kommer i gang pilotprosjekt med distriktsmedisinske senter i Sør-Trøndelag og i Møre og Romsdal i tråd med rapporten *Distriktsmedisinske senter fra Sosial- og helsedirektoratet*. Vi vil at distriktsmedisinske senter og distriktpspsykiatrisk senter sees i sammenheng. Helse Midt-Norge ser distriktsmedisinske sentra som et mulig middel til å gjøre spesialisttjenester mer tilgjengelige i distriktene, og til å utvikle gode samhandlingsmønstre mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

3.1.8 Beredskap

Lov av 23.juni 2000, nr 56 – Lov om helsemessig- og sosial beredskap, stiller krav om at RHF/HF og underliggende sykehus skal utarbeide beredskapsplaner innen 01.07.2003. Dette basert på forutgående risiko- og sårbarhetsanalyser. Det er iverksatt et eget prosjekt for å nå dette målet. Fra Helse Midt-Norges side planlegges det gjennomført en beredskapskonferanse i løpet av 2003.

3.1.9 Nye oppgaver og tiltak

Behandlingshjelpemidler

I 2003 overføres finansieringsansvaret for behandlingshjelpemidler og tilhørende forbruksmateriell tilknyttet medisinsk behandling til de regionale helseforetak.

Helsetjenester til rusmiddelbrukere.

Ot.prop 3 (2002-2004) foreslår at de regionale helseforetakene pr 1.1.2004 skal overta ansvaret for avrusning som krever tett medisinsk og helsefaglig oppfølging, utredning og kartlegging av egnede behandlingsbehov og spesialisert behandling i poliklinikk eller i institusjon. Tilbudene skal sees i nær sammenheng med de somatiske og psykiatriske helsetjenestene, og private aktører innen rusomsorgen skal fortsatt ha en viktig rolle. I løpet av 2003 utarbeider det regionale helseforetaket i samarbeide med fylkeskommunene og Helsedepartementet planer for hvordan denne nye pasientgruppen skal integreres i foretakets tilbud. Målsetningen er at alle helseforetakene i regionen skal ha et "lavterskeltilbud" for avrusning og at de øvrige helsetjenester som disse pasientene skal ha, kvalitetsmessig tilsvarer det andre pasientgrupper får.

Nasjonal enhet for fritt sykehusvalg

Første mai 2003 etableres Nasjonal enhet for fritt sykehusvalg i regi av Sosial- og helsedirektoratet. Tjenesten skal tilby brukerne et nettsted med oppdatert og kvalitetssikret informasjon om historiske og forventede ventetider samt annen informasjon som er relevant for pasientens valg av sykehus. Det forventes at helseforetakene aktivt benytter tjenesten og at det blir gitt oppdatert og nødvendig informasjon til nettstedet.

3.2 Pasientopplæring

Opplæring til pasienter og pårørende er en av foretakets lovfestede oppgaver. Pasientinformasjon- og opplæring er vesentlig del av behandlingen for alle pasienter, tilpasset individ og sykdomsutvikling. Informasjon- og opplæringstiltak er en forutsetning for å bedre kunne mestre livet ved kronisk sykdom og/eller funksjonshemming, og for å hindre forverring av helsetilstanden.

Ved de fleste helseforetakene er det etablert lærings- og mestringssentra som skal være en felles ressurs som avdelingene/fagområdene kan samarbeide med. Lærings- og mestringssentra skal etableres ved alle helseforetakene innen utgangen av 2003.

Det er opprettet et regionalt kompetansesenter for pasientinformasjon og pasientopplæring. Dette er lagt til Helse Sunnmøre HF. Det er også opprettet et universitetsstipend med sikte på doktorgrad.

Helse Midt-Norge vil i samarbeid med foretakene videreutvikle lærings- og mestringssentra og det regionale kompetansesenterets rolle innfor lærings- og mestringsarbeid.

Lærings- og mestringssenteret skal utvikles til å bli:

- En likeverdig møteplass der fagpersonell og brukere samarbeider når opplæringstiltak planlegges, iverksettes og evalueres.
- Et lærested for brukere med kronisk sykdom/funksjonshemming hvor de kan tilegne seg kunnskaper for å mestre hverdagen.

- Et lærested for helsearbeidere for å øke deres bevissthet og evne til å formidle kunnskap om sykdom, funksjon og helse på en slik måte at det fører til økt selvstendighet for brukerne.
- Et veilednings og informasjonssenter.

Helse Midt-Norge vil i samarbeid med helseforetakene og pasientorganisasjonene:

- Kartlegge status for lærings- og mestringsarbeid innenfor kronisk sykdom og funksjonshemming.
- Utvikle en plan for pasient- og pårørendeopplæring.
 - Arbeide langsiktig med utvikling av kompetanse.
 - Arbeide med oppgavedeling og samarbeid innen regionen og mellom regionene.
- Initiere forskning, fagutvikling og undervisning innenfor området i samarbeid med universitet og høyskoler.

3.3 Utdanning av helsepersonell

Det forutsettes at foretaket driver sin utdanningsvirksomhet i samsvar med spesialisttjenesteloven, foretaksloven og gjeldende rammeavtaler. Foretaket skal gjennom Årlig melding til Helse Midt-Norge for 2003 rapportere omfanget av sin utdanningsvirksomhet spesifisert per personalkategori, gi en vurdering av om dette er hensiktsmessig og presentere eventuelle planer for endring.

Helse Midt-Norge og foretakene vil sammen med høyskolene utarbeide felles rammeavtale som skisserer samarbeidet mellom foretakene og høyskolene i regionen. Rammeavtalen vil inkludere beskrivelse av samarbeidsorganets oppgaver, myndighet og sammensetting.

Helse Midt-Norge vil ta initiativ for å utvikle strategisk kompetanseplan i samarbeid med foretakene.

3.4 Forskning

Helseforetakene skal drive forskning innen både somatikk og psykisk helsevern, inklusive klinisk forskning og helsetjenesteforskning. Samarbeidet med universitet og høyskoler er sentralt i dette arbeidet, jfr. rammeavtalen mellom Helse Midt-Norge og NTNU.

Styringsdokumentet for 2003 fra staten til Helse Midt-Norge RHF forutsetter at samarbeidet mellom NTNU og Helse Midt-Norge skal ha en reell funksjon ved å tilrettelegge og prioritere forskningen i regionen. Departementet peker på at det i innværende år vil starte en registrering av pågående forskningsaktivitet ved helseforetakene basert på en publiseringsanalyse. Foretakene vil bli nærmere orientert om dette så snart de sentrale føringer foreligger.

Styret for Helse Midt-Norge har bevilget 1% av brutto budsjett til forskning. Midlene skal administreres av samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og NTNU. Helse Midt-Norge vil komme tilbake med oversikt over hvordan disse midlene blir disponert. Det forutsettes at foretakene allokere ressurser til foretaksintern forskning uavhengig av dette.

Foretakene oppfordres til å ta kontakt med samarbeidsorganet HMN/NTNU dersom de har behov for å drøfte sin forskningspolicy, eller for bistand med å tilrettelegge og prioritere egen

forskning. Foretakene oppfordres også til å sikre at forskningsvirksomheten blir dokumentert gjennom publikasjoner o.a.

Helseforetakene skal gjennom Årlig melding til Helse Midt-Norge for 2003 rapportere og dokumentere omfanget av sin forskningsvirksomhet, gi en vurdering av om den er tilstrekkelig og presentere eventuelle planer for endring.

3.5 Kommunikasjon og samfunnskontakt

Det er utarbeidet en egen kommunikasjonsstrategi for Helse Midt-Norge som 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.

Det bør kontinuerlig være en åpen og kritisk debatt om offentlig tjenesteyting. Helse Midt-Norge må ha en åpenhetskultur som understøtter dette. Samtidig må det være et mål å utvikle profil og renommé som skaper tillit i befolkningen og som kan gi Helse Midt-Norge en offensiv posisjon i samfunnet. Foretakene må makte å samkjøre disse hensynene. Følgende områder står spesielt i fokus:

- Intern kommunikasjon og forankring av endringsprosesser
- Pasientinformasjon, herunder informasjon om fritt sykehusvalg og det nye nasjonale nettstedet som åpner 01.05.03 (styres av Sosial- og helsedirektoratet)
- Synliggjøring av kvalitet og resultater
- Samhandling med primærhelsetjenesten
- God praktisering av offentlighetsloven og tilrettelegging for innsyn i for- og etterkant av styremøtene
- Dialog med lokale myndigheter

3.6 Organisasjon og ledelse

3.6.1 Nettverksarbeid

For at HMN skal lykkes med sine målsetninger må foretaksgruppen samarbeide på tvers av RHF og HF'ene om felles utviklingstiltak. Mye av dette samarbeidet vil i HMN skje gjennom faglige nettverk. Nettverkene skal bidra til en arbeidsmåte der felles utfordringer løses i fellesskap. Nettverkene har et selvstendig ansvar for å identifisere mål og tiltak som kan bidra til å nå overordnede mål, samt sikre riktig beslutningspunkt i linjen for de tiltak det arbeides med. En prioritert oppgave for 2003 blir å få nettverkene til å fungere etter intensjonen, slik at nettverksjobbing skaper verdi for foretaksgruppen.

3.6.2 Implementering av felles personalpolitikk

Det ble i 2002 vedtatt en felles overordnet personalpolitikk for foretakene i Helse Midt-Norge. Foretakene er ansvarlig for at denne følges opp og implementeres på foretaksnivå. I dette arbeidet må ledere på alle nivå involveres. Som en integrert del av lederevaluering, skal ledere måles opp mot krav til gjennomføring av personalpolitikken. Fagnettverk innenfor personal- og organisasjon vil ta ansvar for koordinering av felles oppfølgingstiltak.

3.6.3 Effektivisering av støttefunksjoner

I løpet av 2002 har det vært arbeidet med effektivisering av støttefunksjoner innenfor og mellom flere HF'er. Dette arbeidet vil fortsette i 2003. Det legges opp til en rendyrking av kunde- og leverandørrollen, slik at støttefunksjonene i større grad kan dokumentere pris og kvalitet på sine tjenester. Dette innebærer også at linjeledelsen må utvikle og profesjonalisere sin rolle som bestiller og kjøper av tjenester.

Fra 01.03.03. etableres en felles resultatenheter innenfor IT. Dette skal bli en profesjonell og effektiv tilbyder av tjenester til foretakene. Foretakene som kunder kan bidra til å utvikle resultatenheter som leverandør. I løpet av 2003 vil man vurdere hvorvidt det er hensiktsmessig å organisere flere støtteoppgaver i felles resultatenheter. Det er viktig at foretakene bidrar til gode analyser på dette området.

3.6.4 Realisering av gevinster i pågående prosjekter innenfor IT m.m.

Styret i HMN vedtok i oktober 2002 ny IT-strategi for HMN. Den nye strategien legger vekt på god styring av IT-prosjektene. Alle IT-prosjekter ha en tydelig forankring og eierskap i ledelsen. Pågående prosjekter må gjennomgås og vurderes både når det gjelder finansiering, organisering, fremdrift og forutsetninger for gevinstrealisering. Ingen nye prosjekter skal settes i gang uten at det foreligger en klar plan for realisering av gevinster.

For HMN er det en prioritert oppgave å hente ut gevinster av alle de IT-investeringer som har vært gjennomført i regionen. Gevinstene oppstår i HF'ene, og må identifiseres og hentes ut av linjeorganisasjonen i det enkelte HF. Dette krever at ledelsen følger opp prosjektene tett og har fokus på gevinstrealisering. Eksempler på IT-investeringer som skal føre til gevinster, er EPJ, PAS og PRS.

For PACS/RIS er det opprettet et eget gevinstrealiseringsprosjekt. Fagavdelinga i HMN er eier av forprosjektet som skal identifisere og beskrive gevinster knyttet til PACS/RIS. I første omgang forutsetter prosjektet aktiv deltagelse fra fagfolk i helseforetakene. Prosjektet har som målsetning å produsere beslutningsgrunnlag for gevinstuttak i størrelsesorden 100 millioner kroner. Dette vil kreve oppfølging på beslutningssiden, både i HF'ene og RHF. .

3.6.5 Ledelsesstøtte og lederutvikling.

Igangsatt regionale program for lederutvikling vil bli videreført i 2003, og det er viktig at deltakelse her prioriteres som ledd i den strategiske kompetanseutviklingen.

Det vil bli igrangsatt tiltak for å utvikle felles grensesnitt på intranettløsninger og utvikling og tilrettelegging av ledelsesstøttesystemer i denne sammenheng. Det skal utvikles evalueringssystemer for ledelse, og ledere på alle nivå skal evalueres med utgangspunkt i dette

3.6.6 Omstilling, overtallighet og nedbemanning

De effektiviserings- og forbedringstiltak som er igrangsatt og planlegges igrangsatt vil i løpet av 2003 synliggjøre overtallighet innenfor deler av virksomheten. Håndteringen av overtallighet skal skje med grunnlag i felles overordnet personalpolitikk, og det skal legges vekt på kontinuerlig dialog med tillitsvalgte i prosessen. Det vil på nyåret bli forelagt for styret i RHF et forslag til felles retningslinjer for nedbemanning som er forankret i foretaksledelsen for de enkelte foretak og drøftet grundig med tillitsvalgte. Disse retningslinjene skal praktiseres i nedbemanningprosesser.

Det må i budsjett for 2003 tas høyde for gjennomføring av nødvendige omstillingstiltak, herunder eventuelle kostnader knyttet til nedbemanning. Det vil også bli lagt inn en sentral pott til omstillingstiltak som skal være tilgjengelig for foretakene etter nærmere definerte kriterier.

3.7 Økonomistyring

Foretakene skal drives på effektiv og rasjonell måte innenfor de økonomiske rammer som er satt av eier. God økonomisk styring er en forutsetning for at dette skal oppnås. Administrerende direktør har ansvaret for at foretaket til enhver tid har god økonomisk styring.

For å oppnå målet om et resultat minimum i balanse i 2004 er det nødvendig med betydelig effektivisering i driften. Kravene er innarbeidet i budsjett for 2003.

For at målene skal kunne nås, er det av vesentlig betydning at den enkelte leder har et klart definert økonomisk ansvar med konkrete økonomiske måltall. Rutiner og prosedyrer for sikring av korrekt regnskapsføring og rapportering, samt IT-systemer for understøttelse av økonomistyringen må videreutvikles. Det samme gjelder målesystemer som grunnlag for planlegging, oppfølging og benchmarking av inntekter og kostnader.

4 BEVILGNING FOR 2003

ST. OLAVS HOSPITAL HF

Foretakene skal drives på effektiv og rasjonell måte innenfor de økonomiske rammer som er satt av eier. God økonomisk styring er en forutsetning for at dette skal oppnås.

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

Følgende mål er satt for inneværende år:

- Fra eier er det forutsatt at det oppnås et resultat minimum i balanse i 2004. For å oppnå dette er det nødvendig betydelig effektivisering i driften. Kravene er innarbeidet i budsjett for 2003.
- Kompetanse innenfor økonomi- og likviditetsstyring skal styrkes i 2003. Dette gjelder foretakets ledelse, økonomiavdelingen og i de enkelte resultatenheter. Enhver leder skal ha tilstrekkelig økonomisk kompetanse til å kunne ivareta sitt ansvar for økonomisk styring.

For at målene skal kunne nås, er følgende forhold av vesentlig betydning:

- Den enkelte leder har et klart definert økonomisk ansvar, med konkrete økonomiske måltall.
- Videreutvikling av rutiner og prosedyrer for sikring av korrekt regnskapsføring og rapportering
- Videreutvikling av IT-systemer for understøttelse av økonomistyring
- Videreutvikling av målesystemer som gir grunnlag for planlegging, oppfølging og benchmarking av inntekter og kostnader

4.1 Tildeling av midler 2003 – St. Olavs Hospital HF

De største finansieringskildene til Helse Midt-Norge er basistilskudd, regionsykehustilskudd og aktivitetsavhengige refusjoner (ISF-inntekter og poliklinikkrefusjon). I tillegg kommer øremerkede tilskudd og inntekter i form av egenandeler ved poliklinisk virksomhet.

I 2003 er det samlet satt av 1 % av driftsbudsjett til forskningsaktivitet.

Tildelingen som er angitt nedenfor gir de samlede rammer for den aktivitet som St. Olavs Hospital HF skal gjennomføre i 2003. Det forutsettes at ressursrammen som samlet blir stilt til rådighet legger til rette for at aktivitetsnivået fra 2002 skal videreføres i 2003. St. Olavs Hospital HF har anledning til å øke aktiviteteten dersom dette kan skje innenfor budsjettets rammer.

Tilbudet innen psykisk helsevern skal i sum minst være på nivå med 2002 og i tillegg bli supplert med de ytterligere tiltak som følger av de tildelte midlene fra Opptrappingsplanen.

Kap/post	Betegnelse	St. Olavs Hospital HF	Samlet bevilgning til Helse Midt-Norge
732/74	Tilskudd til St. Olavs Hospital HF	1 197 054 000	3 730 800 000
732/76	Innsatsstyrt finansiering	1 033 122 000 ¹	2 359 000 000 ¹
732/77	Refusjon poliklinisk virksomhet	288 118 000 ²	613 000 000 ²
732/78	Tilskudd til regionsykehus	494 820 000	494 820 000
743/75	Tilskudd til styrking av psykisk helsevern	65 188 000	171 400 000
	Sum inntektsramme	3 078 303 000	

4.1.1 Basistilskudd

Basistilskuddet er fordelt med utgangspunkt i 2002. I tillegg er det foretatt en omfordeling mellom foretakene med utgangspunkt i kostnadsdata fra SAMDATA 2000/2001. Det forutsettes at vederlaget skal ta høyde for samlet lønns- og prisvekst.

Spesielle forhold

Aure Opptreningscenter innlemmes i Helse Nordmøre og Romsdal HF. Som følge av dette er basisrammen til Helse Nordmøre og Romsdal HF styrket med 1,55 mill. kr.

Når det gjelder Helse Sunnmøre, Helse Nordmøre og Romsdal og St. Olavs Hospital HF er basisbevilgningen styrket for å ta høyde for oppgradert ambulansetjeneste.

I 2003 legger Helsedepartementet opp til å bruke de ”nye” kostnadsvektene for hjertekirurgi. St. Olavs Hospital HF har fått et tillegg i basisrammen på 22,05 mill. kr forbundet med dette.

Videre er 2 mill. kr øremerket for å videreføre ultralydutdanningen for jordmødre ved Najsonalt Senter for Fostermedisin ved St. Olavs Hospital HF.

4.1.2 Innsatsstyrt finansiering

Helse Midt-Norge RHF har lagt opp til at helseforetaket gis vederlag etter ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF). Helse Midt-Norge RHF har angitt volum for leveranser av ISF tjenester, jf. resultatkrav i kap. 5.

Ved aktivitetsvekst ut over planlagt aktivitet må St. Olavs Hospital HF selv dekke kostnadene ut over ISF-refusjon.

Vederlaget er anslagsvis fastsatt for å ta høyde for samlet lønns- og prisvekst gjennom året.

4.1.3 Refusjon poliklinisk virksomhet

Refusjon for poliklinisk virksomhet er et direkte forhold mellom det enkelte helseforetak og Rikstrygdeverket. Statens refusjoner for poliklinisk virksomhet inkl. pasientens egenbetaling dekker om lag halvparten av gjennomsnittskostnadene. Resterende dekkes gjennom basisbevilgningen fra Helse Midt-Norge. Ved aktivitetsvekst ut over planlagt aktivitet må St. Olavs Hospital HF selv dekke kostnader ut over refusjon og egenbetaling.

¹ Overlagsbevilgning. Utbetaling styres av regelverket og nivået på aktiviteten.

² Overlagsbevilgning. Utbetaling styres av regelverket og nivået på aktiviteten.

4.1.4 Tilskudd til styrking av psykisk helsevern

Helse Midt-Norge RHF har ansvar for å videreføre arbeidet med opptrappingsplanen for psykisk helse og er tildelt 171,4 mill. kr i driftstilskudd. 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.

Av bevilgningen er 3 mill. kr satt av til subsidiering av gjestepasienter ved sikkerhetsavdelingen ved Brøset.

I forbindelse med finansiering av avtalespesialister er Helse Sunnmøre samt Helse Nordmøre og Romsdal styrket med hver 1 mill. kr. Helse Nord-Trøndelag er styrket med 2 mill. kr til finansiering av avtalespesialister. Helse Nord-Trøndelag er videre styrket med 3 mill. kr øremerket behandlingstilbud til personer med spiseforstyrrelser.

4.1.5 Fagenhet for tvungen omsorg for psykisk utviklingshemmede

Helse Midt-Norge har fått ansvaret for å etablere fagenhet for psykisk utviklingshemmede lovbrøyttere. Utgifter til etablering av og drift samt gjennomføring av særreaksjon utenfor fagenheten dekkes over egen bevilgning.

4.1.6 Regionsykehustilskudd

Planlegging og oppfølging av regionsykehustilskudd og tilhørende virksomhetsområde er overlatt til St. Olavs Hospital HF.

Midler til opplæring av sykepleiere innen ultralyd ved Kompetansesenteret ved St. Olavs Hospital er overført fra basisrammen under regionsykehustilskuddet til tilskudd til særskilte funksjoner.

4.1.7 Nasjonal kreftplan

Bevilgningen fordeles etter søknad til Sosial- og helsedirektoratet. Søknadsfrist er 15. februar 2003. Helseforetakene har ansvar for å forberede aktuelle søknader om midler som sendes Helse Midt Norge RHF, jf. Styringsdokument for Helse Midt-Norge RHF.

4.1.8 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.

Helseforetaket har ansvar for

- å levere månedlig underlag for innkreving av behandlingsoppgjør

4.1.9 Kjøp av private helsetjenester

Helse Midt-Norge RHF har inngått avtaler med private tjenestetilbydere som omfatter både billediagnostikk og behandling/operativ virksomhet. I 2003 må St. Olavs Hospital HF dekke kostnadene med de henvisninger som styres fra eget helseforetak.

4.2 Investeringsrammen 2003

Helsedepartementet har gjort en rekke endringer i budsjetteringen av basisbevilgningen. Departementet har lagt til grunn at fordeling av inntekter til avskrivninger skal inngå som ordinære inntekter i basisbevilgningen. For Helse Midt-Norge RHF er det lagt inn 337,91 mill. kr i basisbevilgningen i forbindelse med dette.

Det er videre overført 47,5 mill. kr til basisbevilgningen, som tidligere var øremerket investeringer knyttet til Opptrappingsplanen for psykisk helse. Endringen medfører at investeringer til psykisk helse i sin helhet finansieres over basisbevilgningen fra og med 2003.

4.2.1 Investeringstiltak

Forutsatt gjennomføring av vedtatte/igangsatte tiltak i henhold til foreliggende planer er det samlede investeringsbehov i 2003 (ekskl. Nytt universitetssykehus i Trondheim) 691 mill. kr

Det forutsettes at utstyr og vedlikehold finansieres over driftsbudsjettet til de respektive helseforetak.

Vedtatte tiltak på opptrappingsplan psykiatri videreføres/iverksettes. I tillegg er medtatt alderspsykiatrisk post i Ålesund i tråd med anbefalinger i revidert regional psykiatriplan.

Investeringer innenfor IT forutsettes gjennomført i henhold til vedtatt IT-strategi og de prioriteringer som her er foretatt, totalt 190 mill. For å sikre god styring, koordinering og gjennomføring av de store IT-prosjektene er den vesentligste delen av investeringene budsjettent sentralt – kr. 115 mill. Inkludert her er investeringer som skjer via Helsebygg i forbindelse med utbyggingen av St. Olav Hospital HF - 19 mill. I tillegg til investeringer i systeminnføringer, programvare og utstyr, er det tatt høyde for kostnader som må tas for å sikre gevinstrealisering. Det vil også påløpe noen mindre investeringer for å hente ut driftsgevinster i forbindelse med etablering av felles resultatenheter innenfor IT (investeringer i helpdesk, serverutskifting m.m.).

Bygningsmassen i Helse Midt-Norge har varierende teknisk standard og er mer eller mindre tilpasset de krav en i dag stiller til sykehusanlegg. Det foreligger en rekke merknader og/eller pålegg fra tilsynsmyndighetene (branntilsyn, arbeidstilsyn, fylkeslegen) ved alle sykehusene og alle har et betydelig etterslep på vedlikehold med verdiforringelse og behov for ekstraordinære vedlikeholdstiltak til følge.

For å ivareta krav til helse, miljø og sikkerhet (HMS) bør en ut ifra erfaringer budsjettere med 150 kr. pr. kvm. For å sikre realkapitalen bør en i tillegg budsjettere med 100 kr. pr. kvm. Driftstilpasningstiltak krever ytterligere 100 kr. pr. kvm. Hertil kommer kostnader forbundet med ekstraordinære tiltak pga. etterslep på vedlikehold.

Helseforetakene har ansvar for bygningsmassen. I 2003 skal det utarbeide planer for et systematisk vedlikehold av eiendommene slik at realkapitalen ivaretas og at bygningsmassen tilfredsstiller lov- og forskriftskrav samt funksjonskrav. Tiltak som kan rette opp eller forebygge overtredelser av krav fastsatt i eller i medhold av helse-, miljø- og sikkerhetslovgivningen forutsettes gitt prioritet i 2003.

Følgende investeringstiltak er vedtatt for St. Olavs Hospital HF (mill. kr):

Investeringsiltak 2003	Beløp
DPS Orkdalsregionen	27 900
DPS Tiller	25 000
Haukåsen BUP - familie/barn	17 600
Sum Psykiatriplanen	70 500
Investeringer på IT-planen	35 000
Totalt St. Olavs Hospital HF	105 500

5 RESULTATKRAV TIL HELSEFORETAKET

Det stilles resultatkrav til St. Olavs Hospital HF på hvert av de fire fokusområdene, slik det er angitt nedenfor.

5.1 Effektivitet

Måleeffektivitet:

- Minst 59.500 DRG-poeng totalt
- Minst 7.200 DRG-poeng dagpasienter og dagkirurgi
- Minst 261.000 polikliniske konsultasjoner
- Minst 37 prosent av de polikliniske konsultasjoner skal være nyhenvisninger

Kostnadseffektivitet:

- Kostnadsindikatoren (SAMDATA) skal forbedres med 1,5 prosent i forhold til 2001
- Antall konsultasjoner per behandlerårsverk i psykiatriske poliklinikker skal økes med 30 prosent fra 2002

5.2 Kvalitet

- Antall pasienter på venteliste reduseres med 30%
- Antall pasienter med ventetider over 120 dager reduseres med minst 30%
- Ved utgangen av året skal ingen pasient ha ventet mer enn ett år
- Gjennomsnittlig andel korridorpasienter i perioden skal reduseres med 30%
- Hvert foretak skal ha utarbeidet en forskningsstrategi

5.3 Samhandling med primærhelsetjenesten

- 80 prosent av epikrisene skal sendes høyst 7 dager etter utskrivning
- Innen årets utgang skal foretaket ha inngått samarbeidsavtaler om pasienter som er utskrivningsklare og overførbare til kommunalt helsetjenestenivå med de kommuner som sogner til foretaket

5.4 Ledelse

I løpet av 2003 skal ledelsesfunksjonen i alle foretak evalueres i tråd med overordna strategi 2003-2006 med spesielt fokus på:

- resultatoppnåelse
- internkommunikasjon
- forankring av endringsprosesser

6 KRAV TIL RAPPORTERING

6.1 Økonomi og aktivitet

Helseforetaket skal hver annen måned avgi økonomi- og aktivitetsrapporter til Helse Midt-Norge i henhold til gjeldende instruks.

6.2 Pasientdata

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 innhenter data direkte fra NPR for å analysere og evaluere foretakenes virksomhet og befolkningens tilgang til og bruk av spesialisthelsetjenester.

6.3 Kvalitetsindikatorer

Et nasjonalt system for kvalitetsindikatorer er under etablering i regi av Sosial- og helsedirektoratet. I 2003 skal det rapporteres på følgende kvalitetsindikatorer:

- Pasientrapportert standard
- Pasienterfaring med personalet
- Pasientrapportert organisering
- Pasientrapportert informasjon
- Pre-operative liggetider ved lårhalsbrudd
- Epikrisetid
- Korridorpasienter
- Sykehusinfeksjoner
- Tvungen innskrivning i psykiatrisk institusjon

I tillegg vurderer Helsedepartementet rapportering på 30 dagers overlevelse ved lårhalsbrudd, hjerteinfarkt og hjerneslag. Det vil bli sendt ut nærmere informasjon om systemet, med nærmere angitte krav til rapportering av data.

6.4 Sammenstilling av rapporteringskrav til Helse Midt-Norge

Rapporteringen til Helse Midt-Norge omfatter økonomidata, aktivitetsdata og andre resultatstørrelser, og bygger på data som allerede blir innsamlet rutinemessig, eller som skal inngå i rapporteringen av nasjonale kvalitetsindikatorer. I tabellen nedenfor er rapporteringskravene for 2003 sammenstilt med angivelse av hva som skal rapporteres hver måned, hver tertial og for året under ett.

Tabell 6.1 Sammenstilling av rapporteringskrav

	Rapporteringsfrekvens		
	Hver 2. mnd	Tetialvis	Årlig
Antall DRG-poeng totalt	X		
Antall DRG-poeng dagbehandling og dagkirurgi	X		
Antall polikliniske konsultasjoner somatikk:			
Totalt	X		
Nyhenviste	X		
Antall polikliniske konsultasjoner psykiatri:			
Totalt	X		
Nyhenviste	X		
Antall polikliniske konsultasjoner per behandlerårsverk psykiatri			X
Kostnadsindikator (Samdata)			X
Antall pasienter med ventetid >120 dager	X		
Antall pasienter med ventetid >365 dager	X		
Antall pasienter på venteliste	X		
Antall strykninger fra operasjonsprogrammet	X		
Prosent av epikriser sendt høyst 7 dager etter utskrivning*		X	
Prosent av epikriser sendt elektronisk			X
Pre-operative liggetider ved lårhalsbrudd*			X
Gjennomsnittlig andel korridorpasienter i perioden	X		
Antall rapporterte sykehusinfeksjoner*		X	
Prosent tvangsinnleggelser i psykiatrisk institusjon		X	
Prosent sykefravær		X	
Antall nye doktorgrader			X
Antall vitenskapelige publikasjoner			X
Økonomirapport iflg. instruks	X		

De størrelser som skal rapporteres blir nærmere definert i eget skriv. Når det gjelder de data som skal inngå i det nasjonale system for kvalitetsindikatorer avventer vi nærmere avklaring fra SHD. I tabellen er disse er merket

* Skal samordnes med tilsvarende størrelse i det nasjonale system for kvalitetsindikatorer