

Ingrid Finboe Svendsen (leder)
Hilde Grimstad (nestleder)
Bjørn Arild Gram (medlem)
Kristine Fagerland (medlem)
Nils Kvernmo (medlem)
Annbjørg Støa (medlem)
Rolf G. Larsen (medlem)
Janne E. Jacobsen (medlem)

Vår ref.:
2018/1087 - 8285/2018

Deres ref.:

Dato:
09.04.2018

Innkalling til styremøte i Helse Nord-Trøndelag 16. april 2018

Styret for Helse Nord-Trøndelag kalles med dette inn til møte
mandag 16. april 2018, kl. 12.30.

Møtet finner sted på Sykehuset Namsos, møterommet Bråholmen.

I forkant av møtet gjennomfører styret et lukket styreseminar jmf. *helseforetaksloven § 26a, pkt. 2*. Tema; styrets arbeidsform, sak på et forberedende stadium.

AGENDA styremøtet

Sak 24/2018	Orienteringer fra adm. direktør
Sak 25/2018	Driftsrapport februar 2018
Sak 26/2018	Bærekraft 22 - bestillerrollen og avtalelojalitet
Sak 27/2018	Revisjonsrapport ledelse i Helse Nord-Trøndelag
Sak 28/2018	Den gylne regel - status Helse Nord-Trøndelag pr. 1.4.2018
Sak 29/2018	Kvalitet

- Sak 30/2018 Andre orienteringssaker**
1. Protokoll styremøte Helse Midt-Norge RHF 15.3.18
2. Protokoll brukerutvalget Helse Nord-Trøndelag 10.4.18
3. Evt. andre orienteringer
- Sak 31/2018 Eventuelt**
- Sak 32/2018 Godkjenning av protokoll**

Ingrid Finboe Svendsen

Styreleder
sign.

Torbjørn Aas

Adm. direktør
sign.

Kopi: Styrets varamedlemmer
Administrativt samarbeidsutvalg v/leder
Brukerutvalget

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 24/2018 Orienteringer fra adm. direktør

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	16. april 2018	24/2018
Saksbeh: Svein H. Karlsen		
Arkivkode: 012		
Saksmappe: 2018/1087		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar informasjonen til orientering.

SAKSUTREDNING:

Sak 24/2018 Orienteringer fra adm. direktør

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Samlerapport Forbedring 2018

Bakgrunn for saken

Adm. direktør informerer sitt styre om aktuelle saker. Dette er et fast punkt på styrets agenda. Saken legges fram vanligvis uten saksutredning.

I forbindelse med orientering omkring arbeidsmiljø- og pasientsikkerhetsundersøkelsen ForBedring 2018 legges samlerapporten for Helse Nord-Trøndelag med som vedlegg.

Adm. direktør vil orientere om følgende saker:

- ForBedring 2018
- Eventuelt andre aktuelle saker

Konklusjon

Adm. direktør anbefaler at styret tar informasjonen til orientering.

ForBedring 2018 Standard rapport for 100317-Helse Nord-Trøndelag HF

Norsk helsetjeneste skal være pasientens helsetjeneste. Helsesektoren er en virksomhet med høy risiko, og det hender at pasienter og brukere blir unødig skadet i møte med helsetjenesten.

Denne undersøkelsen er en samordning av medarbeiderundersøkelsen, helse-, miljø- og sikkerhets – kartlegging (HMS) samt pasientsikkerhetskulturundersøkelsen. Resultatene fra denne nye spørreundersøkelsen skal brukes til lokalt forbedringsarbeid av pasientsikkerhetskultur, arbeidsmiljø og HMS. Undersøkelsen gir ledere og medarbeidere informasjon om hvordan arbeidsforholdene oppleves, og gir innspill til risikovurdering av pasientsikkerheten, arbeidsmiljøet og HMS i enheten. Denne rapporten er en av flere datakilder til det systematiske arbeidet med å redusere risiko for uønskede hendelser i pasientbehandling og arbeidsmiljøet.

God pasientsikkerhet og godt arbeidsmiljø påvirker hverandre, og bør sees i en sammenheng ved kartlegging og forbedring.



OPPSUMMERING AV UNDERSØKELSEN

2/13

DELTAKELSE I UNDERSØKELSEN

Det er viktig for troverdigheten til resultatene at flest mulig deltar med sine synspunkter. Svarprosent er et resultat, og kan være et tiltaksområde. Hvis svarprosenten er lavere enn 70%, er det viktig å undersøke hva som kan gjøres i fremtiden for å få til en bedre deltakelse. Kriteriene for deltakelse i ForBedring inkluderer nå alle ansatte som har en stillingsprosent, i motsetning til tidligere hvor kravet var minimum 30% stilling.

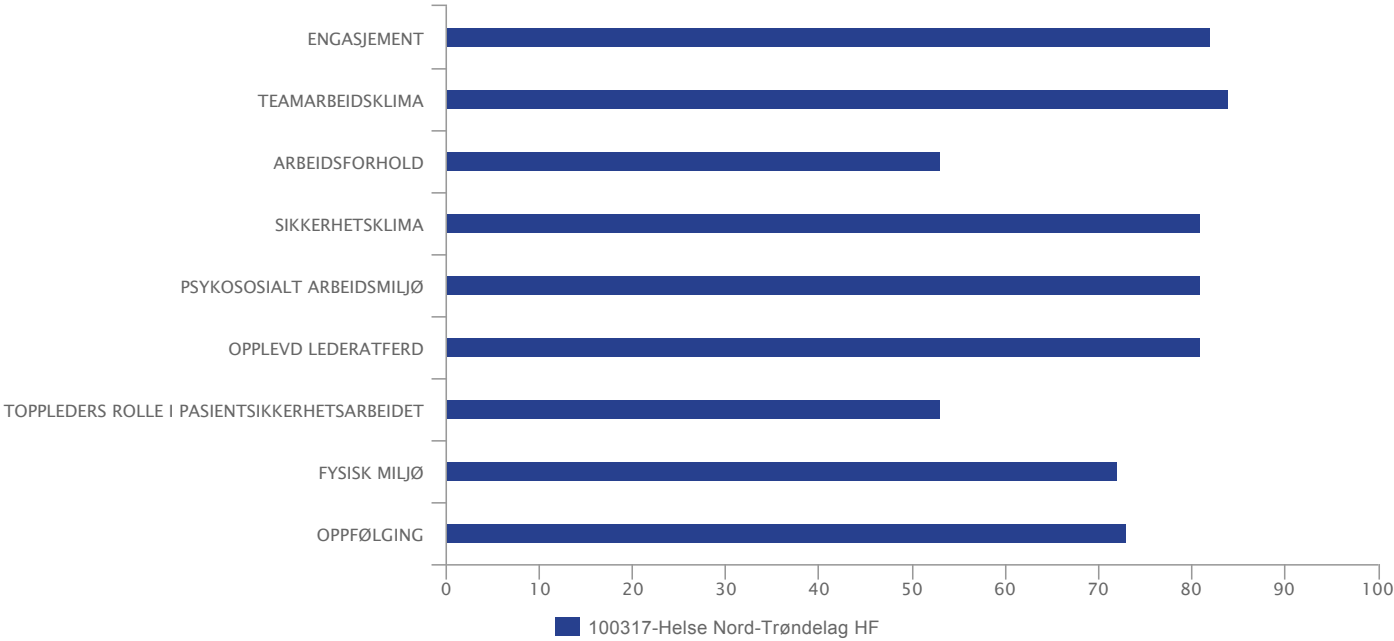
Antall utsendte	Antall svar	Svarprosent
2927	2479	85%

Antall utsendte	Totalt antall utsendte spørreskjemaer per rapport
Antall svar	Antall svar er antall spørreskjema som er åpnet
Svarprosent	Andel påbegynte spørreskjema av totalt utsendte skjema

HOVEDRESULTAT PER TEMA

Under oppsummeres hovedresultatene på de ulike temaområdene i undersøkelsen. Detaljene for hvert temaområde fremkommer utover i rapporten. På neste side vises veiledningen til hvordan tabellene skal leses. Antall svar er antall spørreskjema som er åpnet og som er helt eller delvis besvart. Skår>=75 vises kun på denne siden og indikerer hvor mange prosent av de ansatte som har svart «Litt enig» eller «Helt enig».

	Antall svar	Resultat i år	Skår >= 75 i år	Resultat i fjor	Skår >= 75 i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
ENGASJEMENT	2405	82	77%	--			
TEAMARBEIDSKLIMA	2398	84	82%	--			
ARBEIDSFORHOLD	2389	53	29%	--			
SIKKERHETSKLIMA	2389	81	72%	--			
PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ	2348	81	71%	--			
OPPLEVD LEDERATFERD	2365	81	75%	--			
TOPPLEDERS ROLLE I PASIENTSIKKERHETSARBEIDET	1631	53	33%	--			
FYSISK MILJØ	2374	72	53%	--			
OPPFØLGING	2266	73	72%	--			



Om rapporten

ForBedring kartlegger ulike forhold som virker inn på pasientsikkerheten og ansattes trivsel, motivasjon, og arbeidshelse. Rapporten gir en oppsummering av svarene, og er et redskap til å iverksette et forbedringsarbeid.

Bruk rapporten til å:

1. Utforske resultatene i samarbeid med medarbeidere og lokalt verneombud.
2. Velge ut bevarings- og forbedringsområder
3. Utarbeide tiltak som legges inn i handlingsplanen for egen enhet

Oppfølging

Forbedringsbehov som går på tvers av enheter eller som ikke kan løses av enheten, løftes til det nivået som kan håndtere problemstillingen.

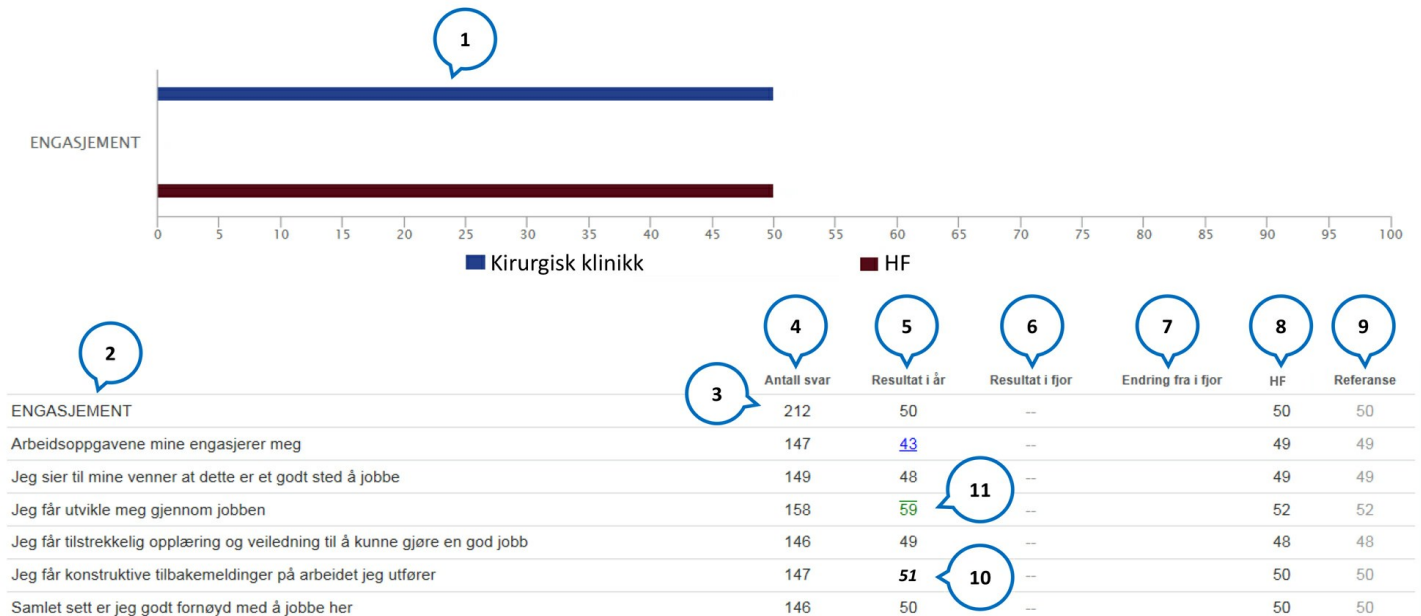
Det er nødvendig å ha en samtale i medarbeidergruppen for å finne ut hva resultatene i rapporten faktisk betyr, og hvilke områder som oppleves som viktigst å prioritere som bevarings- og forbedringsområder.

Spørreskjemaet er laget for å få frem ulike oppfatninger. Variasjon i svarene er derfor naturlig og ønskelig. Variasjonen gjenspeiler ulike måter å forstå og fortolke de forhold det spørres om. Viktige nyanser og fortolkninger kommer best frem i samtaler med de som kjenner forholdene i den enheten det rapporteres for. Selv et resultat hvor enheten skårer blant de med 15 % høyest skår kan vise seg å være et forbedringsområde. Et resultat blant de med 15 % lavest skår, kan i noen tilfeller være et naturlig resultat, og noe som enheten ikke oppfatter som ett forbedringsområde.

Enheter som har gjennomgående høye skår, bør vurdere om annen informasjon kan være relevant for å utarbeide bevarings- og forbedringstiltak. Dette kan for eksempel være interne kartlegginger, revisjoner, brukerundersøkelser etc.

Lesing av resultatene

Hvert resultatområde har en innledning, og resultatet er presentert med en graf og en tabell. Grupper av spørsmål som hører naturlig sammen oppsummeres i et tema. Referansen som benyttes baserer seg på tidligere undersøkelser (gjelder ikke i 2018 da dette er første året undersøkelsen gjennomføres).



1. Grafisk presentasjon av temaene. Mørk blå farge er enhetens resultat i år og dyp rød farge er helseforetakets resultat i år.
2. TEMA vises i STORE bokstaver og inneholder grupper av spørsmål som naturlig hører sammen.
3. Tallene som vises på samme linje som TEMA, gjelder samlet for de underliggende spørsmålene.
4. Kolonne «Antall svar» viser antall personer som har besvart spørsmålet.
5. Kolonne «Resultat i år» viser enhetens resultat på en skala fra 0-100. 0 regnes som minst ønskelig/mest belastende og 100 regnes som minst belastende/mest ønskelig.
6. Kolonne «Resultat i fjor» er tom, siden undersøkelsen gjennomføres for første gang i 2018.
7. Kolonne «Endring fra i fjor» er tom, siden undersøkelsen gjennomføres for første gang i 2018.
8. Kolonne «HF» viser årets resultat samlet for helseforetaket.
9. Kolonne «Referanse» er tom, siden undersøkelsen gjennomføres for første gang i 2018.
10. Tall som er uthevet i **fet og kursiv** indikerer høy spredning. Det er kun der variasjon på et spørsmål eller TEMA er betydelig større enn normalt at resultatet presenteres i **fet og kursiv**.
11. Blå skrift og understrek indikerer at enheten er blant de med 15% med lavest skår. Grønn skrift og overstreket indikerer at enheten er blant de med 15% høyest skår.

OBS! TEMA FYSISK MILJØ:

I dette temaet vises tallene antall deltakere som har svart de ulike svaralternativene. For svaralternativene «Helt uenig» og «Litt uenig» vises antall svar i **rødt**, for «Hverken enig eller uenig» vises antall svar i **gult**, og for «Litt enig» og «Helt enig» vises antall svar i **grønt**.

ENGASJEMENT

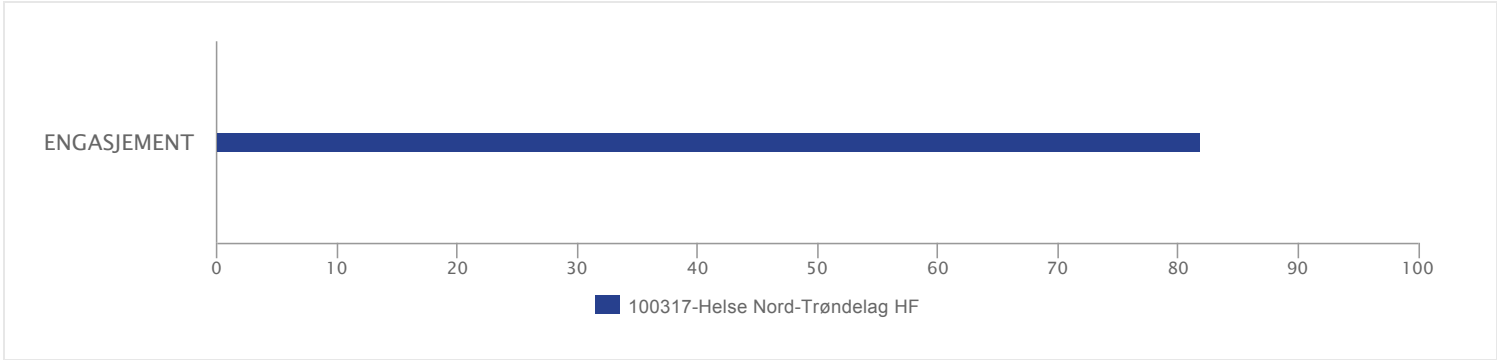
5/13

Engasjerte medarbeidere er de som får anerkjennelse, tilbakemeldinger og mulighet for personlig utvikling gjennom sitt arbeid. Engasjement virker inn på en rekke ulike prestasjoner.

Høyt jobbengasjement virker positivt inn på motivasjon og jobbutførelse, det fremmer service og lojalitet.

Engasjement gir bedre økonomisk resultat og reduserer turnover, ulykker, svinn og kvalitetsfeil.

Høy skår indikerer et høyt engasjement.



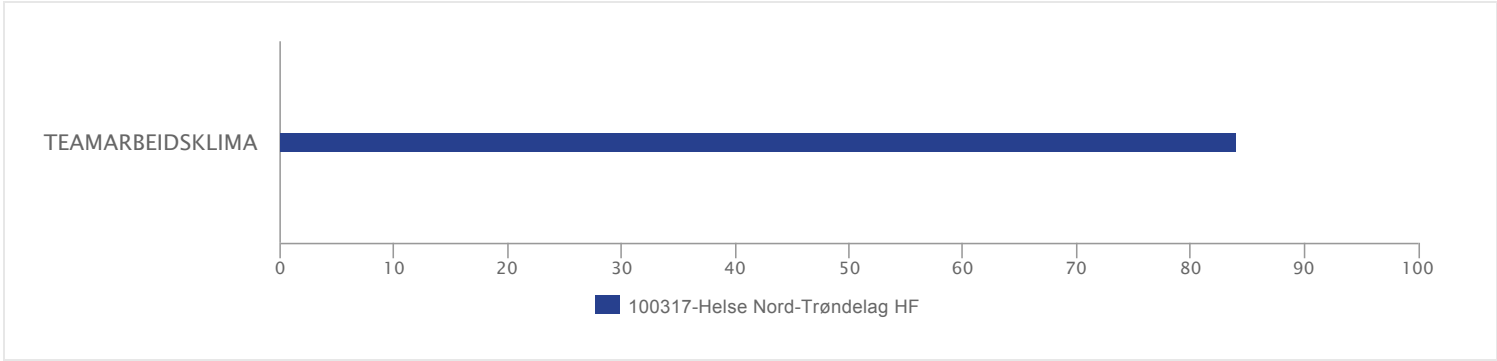
	Antall svar	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
ENGASJEMENT	2405	82	--		
Arbeidsoppgavene mine engasjerer meg	2396	91	--		
Jeg sier til mine venner at dette er et godt sted å jobbe	2382	86	--		
Jeg får utvikle meg gjennom jobben	2381	81	--		
Jeg får tilstrekkelig opplæring og veiledning til å kunne gjøre en god jobb	2384	77	--		
Jeg får konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet jeg utfører	2388	70	--		
Samlet sett er jeg godt fornøyd med å jobbe her	2396	87	--		

TEAMARBEIDSKLIMA

6/13

Teamarbeidsklima belyser åpenhet, samarbeid og støtte mellom kollegaer og yrkesgrupper, både internt og på tvers av enheter. Manglende koordinering og samhandling mellom enheter i sykehus er et risikoområdet innen pasientsikkerhet som det er viktig å kartlegge.

Høy skår indikerer et godt teamarbeidsklima.

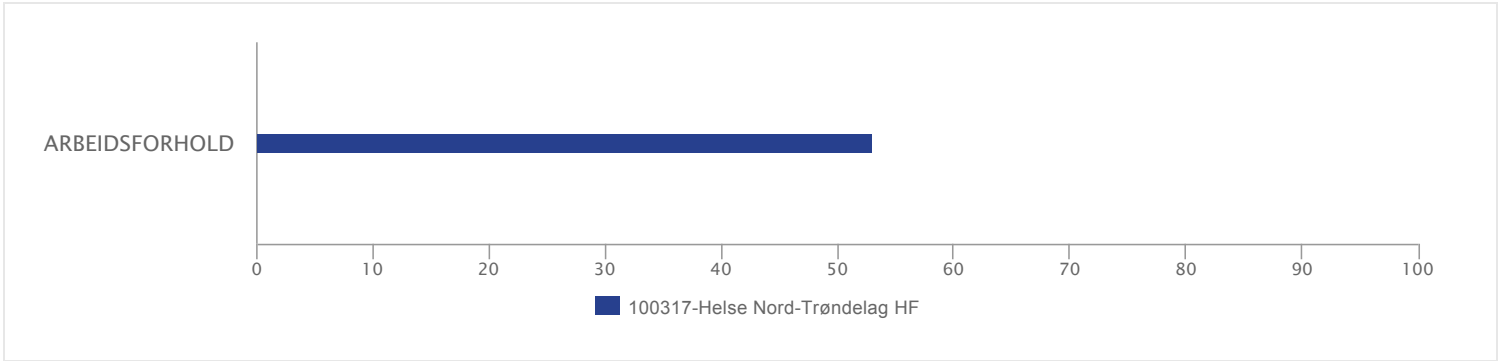


	Antall svar	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
TEAMARBEIDSKLIMA	2398	84	--		
Forskjellige yrkesgrupper samarbeider godt her	2360	83	--		
Samarbeid med andre enheter fungerer godt	2351	76	--		
Jeg får støtte og hjelp fra mine arbeidskolleger når jeg trenger det	2383	90	--		
Her er det lett å spørre når det er noe jeg ikke forstår	2382	90	--		
Det er lett å si fra om problemer i pasientbehandlingen her	2088	79	--		

ARBEIDSFORHOLD

7/13

Arbeidsforhold belyser arbeidsmengde og tempo, samt tilgjengelige ressurser og hjelpemidler. Det tar opp ulike belastninger som kan virke negativt inn på motivasjon og helse. Dette er risikoforhold som det er viktig å ha under oppsikt.
Høy skår indikerer at det finnes tilstrekkelig med ressurser og hjelpemidler, samt at arbeidsmengde og tempo er lite belastende.

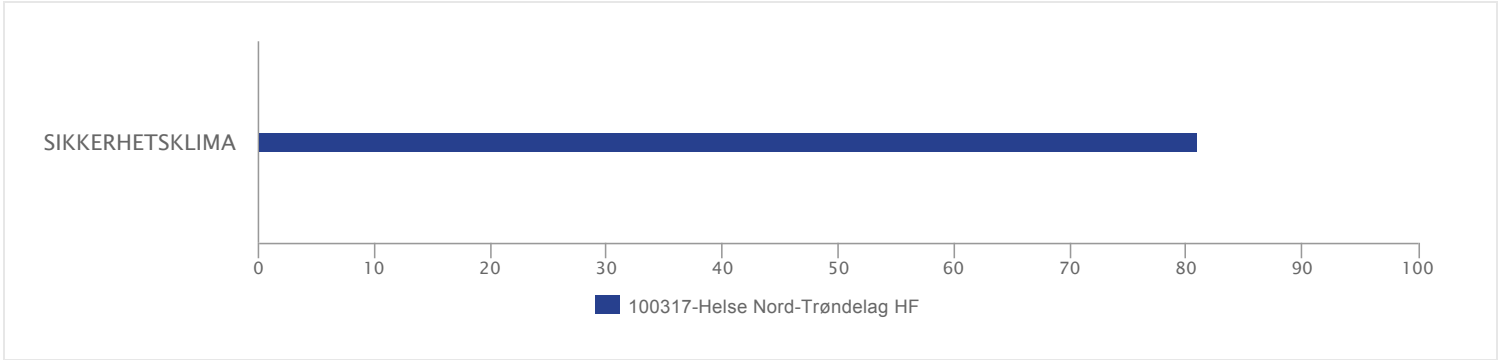


	Antall svar	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
ARBEIDSFORHOLD	2389	53	--		
Jeg må noen ganger utføre arbeidsoppgaver uten tilstrekkelig med ressurser eller hjelpemidler til å fullføre dem	2344	46	--		
Arbeidsbelastningen min er for stor (antall oppgaver, arbeidstempo eller krav til å gjøre flere ting samtidig)	2374	47	--		
Jeg rekker sjelden å ta pause eller spise i løpet av en arbeidsdag/vakt	2379	67	--		

SIKKERHETSKLIMA

8/13

Sikkerhetsklima kartlegger varslingskulturen, og hvor trygg og åpen denne er. Det belyser forhold som virker inn på kvaliteten og pasientsikkerheten. **Høy skår indikerer en god varslingskultur og åpenhet.**

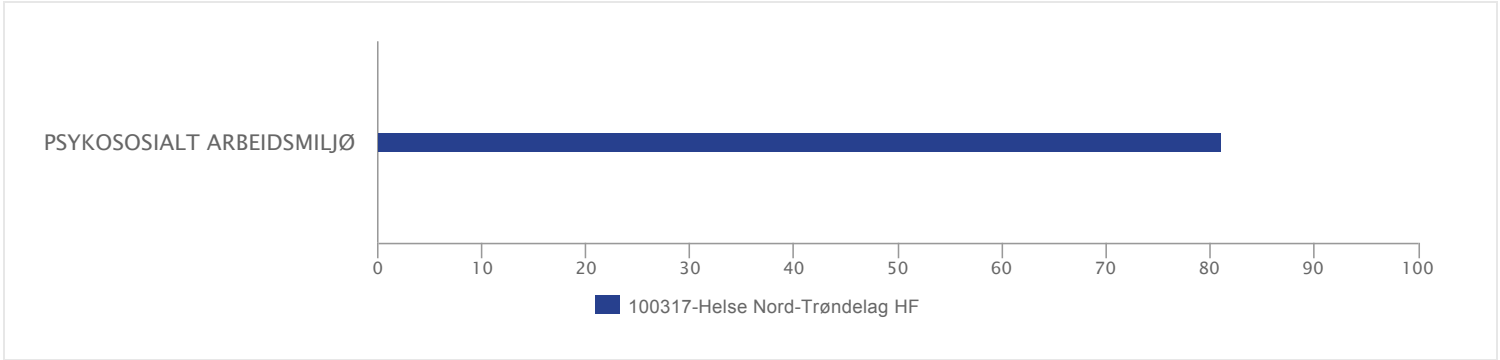


	Antall svar	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
SIKKERHETSKLIMA	2389	81	--		
Jeg melder fra om avvik og hendelser som kan føre til skade eller feil	2338	81	--		
Det er trygt å si i fra om kritikkverdige forhold her	2330	76	--		
Vi diskuterer åpent de feil og hendelser som oppstår for å lære av dem	2351	79	--		
Mine kolleger oppmuntrer meg til å si fra om jeg er bekymret for sikkerheten	2238	78	--		
Her blir medisinske feil (behandlingsrelaterte forhold som gir/kunne gitt negativt utfall for pasient) håndtert riktig	1928	82	--		
Jeg ville føle meg trygg hvis jeg var pasient her	2287	87	--		

PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ

9/13

Teamet psykososialt arbeidsmiljø tar opp mobbing, trakassering, diskriminering og hvordan ansatte blir ivaretatt hvis en hendelse skulle oppstå.
Høy skår indikerer trygt arbeidsmiljø og god håndtering av eventuelle konflikter.

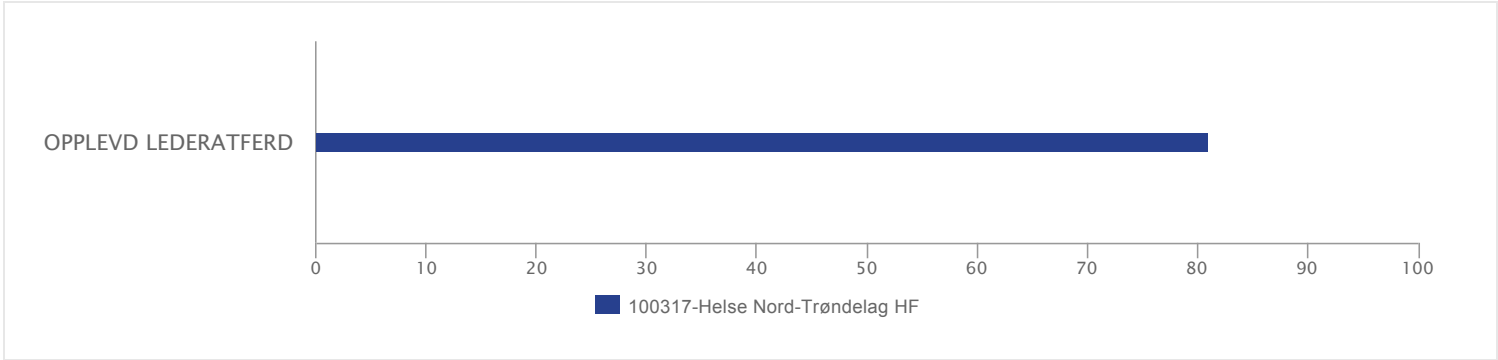


	Antall svar	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ	2348	81	--		
Jeg vil bli godt ivaretatt om jeg skulle bli utsatt for trusler eller vold her	2086	86	--		
Her blir ingen utsatt for mobbing eller trakassering	2189	75	--		
Her blir ingen utsatt for seksuell trakassering	2063	91	--		
Her blir ingen utsatt for diskriminering	2125	84	--		
Når konflikter oppstår her blir de håndtert på en god måte	2218	68	--		

OPPLEVD LEDERATFERD

10/13

Temaet belyser relasjonen mellom leder og medarbeidere.
Ledelse har stor betydning for arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. **Høy skår indikerer god ledelse.**

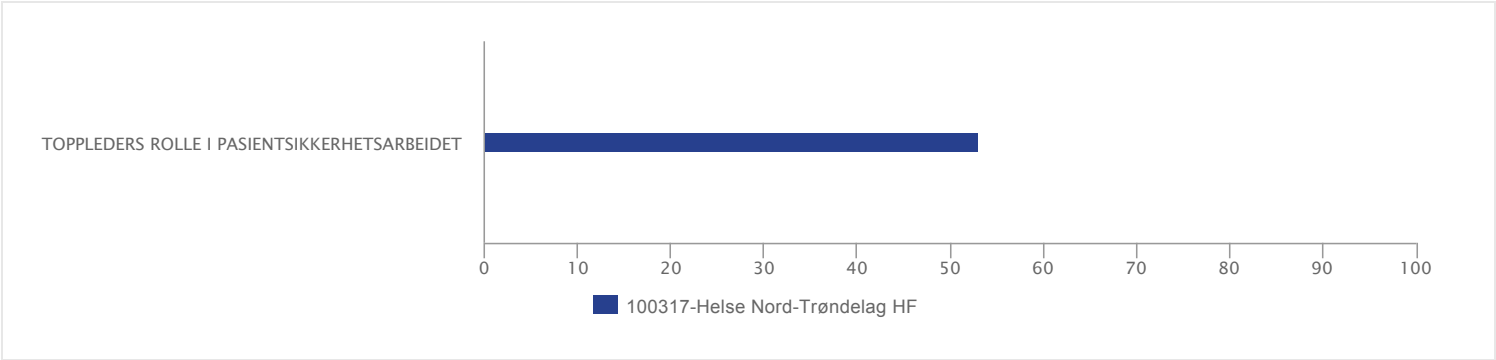


	Antall svar	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
OPPLEVD LEDERATFERD	2365	81	--		
Min nærmeste leder har tydelige forventninger til mitt arbeid	2330	84	--		
Min nærmeste leder er tilgjengelig for meg når jeg har behov for det	2354	84	--		
Min nærmeste leder følger opp uønskede hendelser og forbedringsforslag	2265	79	--		
Min nærmeste leder oppmuntrer meg til å si ifra når jeg har en annen mening	2291	78	--		

TOPPLEDERS ROLLE

11/13

Høy skår indikerer tillit til at administrerende direktør støtter godt opp om arbeidet med pasientsikkerheten.



	Antall svar	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
Administrerende direktør støtter opp om arbeidet med pasientsikkerheten i helseforetaket	1631	53	--		

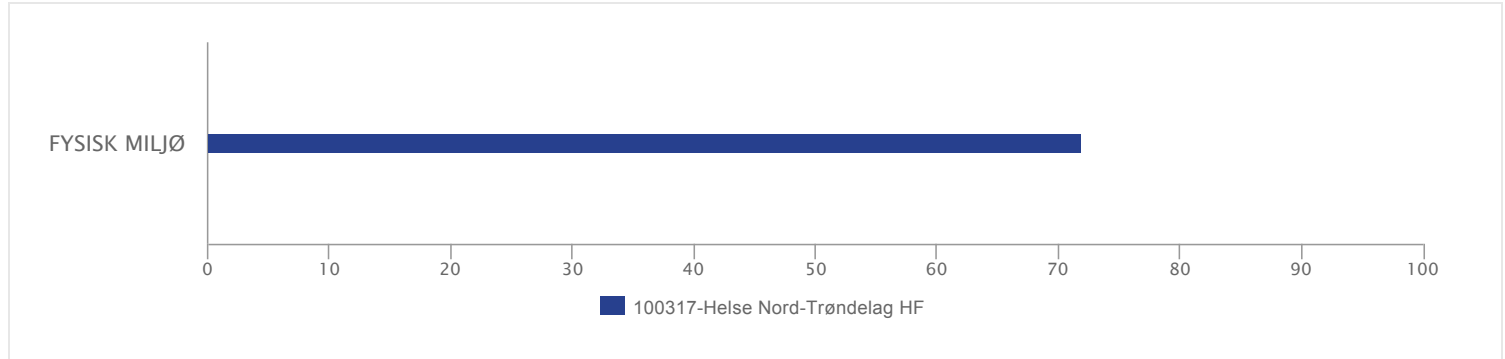
FYSISK MILJØ

12/13

Temaet kartlegger ulike forhold som medfører risiko for helseplager, og ivaretar arbeidsmiljøloven, samt Forskrift om organisering, ledelse og medvirkning.

Svarene for dette temaet vises på en ulik måte enn for de andre teamene.

Her viser resultatet antall deltakere som har svart de ulike svaralternativene.



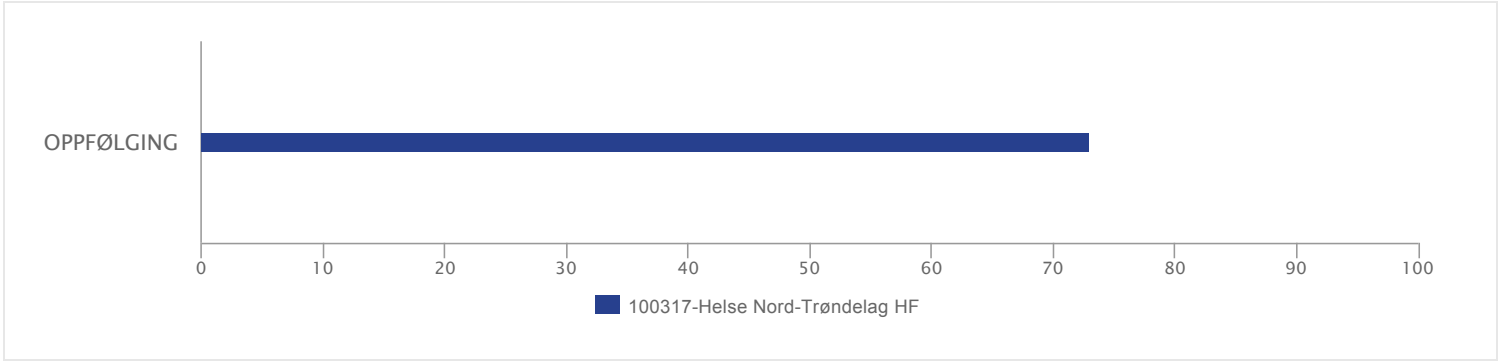
	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig	Vet ikke/ikke relevant
FYSISK MILJØ						
Det er et godt fysisk arbeidsmiljø her (luft, lys, støy, støv, vibrasjoner, og lignende.)	315	680	207	683	476	15
Her arbeides det godt med brannvern	49	146	255	677	1181	65
Her tilrettelegges arbeidet slik at muskel- og skjelettplager forebygges	138	385	371	770	584	129
Her blir alle godt beskyttet mot skadelige kjemikalier og biologiske farer	27	122	285	504	945	496
Her arbeides det godt med smittevern	35	147	279	610	916	389
Her arbeides det godt med strålevern	25	49	356	237	519	1190
Her er sikkerheten ved bruk av maskiner, tekniske hjelpemidler, eller utstyr godt ivaretatt	17	55	285	433	916	662
Her arbeides det godt med å unngå negativ påvirkning på det ytre miljøet	53	130	463	546	709	473

OPPFØLGING

13/13

Oppfølging av undersøkelsen kartlegger om det arbeides systematisk med forbedringer og om de ansatte var involvert i oppfølgingen av forrige undersøkelse.

Høy skår indikerer at det arbeides systematisk med forbedringer og at det er en høy grad av involvering.



	Antall svar	Resultat i år	Resultat i fjor	Endring fra i fjor	Referanse
Her arbeides det systematisk med å forbedre arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten	2266	73	--		

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 25/2018 Driftsrapport februar 2018

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	16. april 2018	25/2018
Saksbeh:	Stein Erik Breivikås	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2018/1087	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar driftsrapporten for februar 2018 til orientering.

SAKSUTREDNING:**Sak 25/2018 Driftsrapport februar 2018****VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

Ingen

ØVRIG INFORMASJON

Helse Nord-Trøndelag har i likhet med øvrige helseforetak i regionen regnskapsavslutning den 9. virkedagen etter overgang til ny måned. Med bakgrunn i dette har det ikke vært mulig å legge fram driftsrapport for mars i styremøtet 16. april 2018.

1. SAMMENDRAG / GENERELL VURDERING

Tabellen under viser de viktigste KPI-ene i driften til Helse Nord-Trøndelag HF.

KPI matrise 2018 Helse Nord-Trøndelag HF		Hittil i år				Avvik denne periode	Utvikling *
		Resultat	Mål	Avvik			
Aktivitet	DRG-poeng somatikk	5 900	5 558	342	●	372	↑
	Polikliniske opphold SOM	23 001	21 626	1 375	●	318	↑
	Polikliniske opphold VOP	7 758	8 294	-536	●	-389	↓
	Polikliniske opphold BUP	3 106	3 105	1	●	-	↓
	Polikliniske opphold TSB	1 016	1 153	-137	●	-118	↓
	Ventetid pasienter behandlet SOM	53	53	-	●	-2	↑
	Ventetid pasienter behandlet VOP	53	45	8	●	7	↓
	Ventetid pasienter behandlet BUP	87	40	47	●	34	↓
	Ventetid pasienter behandlet TSB	26	30	-4	●	-4	↑
	Andel fristbrudd pasienter behandlet	1,6 %	0,0 %	1,6 %	●	1,3 %	↓
Finans	Økonomisk resultat (mill kr)	1,30	0,00	1,30	●	0,86	↓
	Lønnskostnader (mill kr)	-352,69	-361,97	9,28	●	7,74	↑
HR	Bemanning (brutto mnd.verk)	5 400,21	5 347,72	52,49	●	26,54	↑
	Netto sykefravær	8,8 %	8,8 %	0,1 %	●	0,4 %	↓
	Avvik arbeidstidsbestemmelsen i % av vakter	0,0 %	0,0 %	0,0 %	#DIV/0!	-	→

2. Kvalitet

Den gjennomsnittlige ventetiden var 51 dager i februar som er innenfor kravet. Det er fortsatt uklarheter knyttet til ventetidstallene til BUP på grunn av oppdatering av systemene. Det ligger fortsatt betydelige antall konsultasjoner som ikke er registret. Dette medfører at tallene fortsatt ikke er korrekte og det jobbes for å ta igjen dette etterslepet som dessverre krever mye manuelt arbeid. Foretaket hadde 23 fristbrudd i februar, og de ventede fristbruddene tilsier at det kommer tilsvarende eller litt høyere antall i mars også.

3. Aktivitet

HNT har lagt opp til en aktivitetsvekst noenlunde i samsvar med bestilling fra eier, selv om foretaket ikke forventer å kunne innfri veksten innen psykisk helsevern og rus.

Aktiviteten var langt høyere enn planlagt innenfor somatikken i februar, men under planlagt innfor psykisk helsevern og rus. Både poliklinikk og døgnopphold var høyere enn forventet i februar. Det er noe usikkerhet rundt disse tallene innenfor psykiatri og rus i forhold til at ikke alle konsultasjoner er registret.

4. Økonomi

Foretaket fikk et resultat på 858 TNOK i februar, slik at det akkumulerte resultatet er 1,3 MNOK hittil i år. Foretaket hadde høyere inntekter enn forventet som følge av den høye DRG-produksjonen i måneden. Til tross for dette hadde foretaket kontroll på lønnskostnadene som var godt under budsjett. Det var et overforbruk på medikamenter som kan ha sammenheng med den høye aktiviteten. Klinikken leverer gode økonomiske resultater i starten av året, som et resultat av godt arbeid med å holde kostnadene nede og økte overføringer.

5. Økonomisk tiltaksarbeid

Kort sikt - nedbemanningsprosessen fortsetter omtrent som planlagt. Klinik for Medisin og rehabilitering mangler fortsatt en plan for å realisere sin andel av nedbemanningen. Det er streng kontroll i forhold til ansettelser, og planleggingen reduksjon av årsverk pågår ute i klinikkene. Det jobbes videre med de andre kortsiktige tiltakene også, og det ser ut til at satsningen på korrekt DRG-koding begynner å vise resultat.

Lang sikt - det jobbes videre med Bærekraft 22-prosjektet. Det har vært fremdrift i nesten alle delprosjektene siden i sommer, men arbeidet har utfordringer på noen av bestillingene fra Styret. Sintef Helse er nå inne og bistår utredningene rundt funksjonsfordeling mellom lokasjoner og ikke-lovpålagt aktivitet i HNT.

6. Personal

Foretaket hadde et sykefravær på 9,2 prosent i februar, som er høyere enn samme periode i 2017. Sykefraværet har hatt en god trend de siste månedene hvis det sammenlignes med samme periode året før. De påfølgende månedene vil vise om den gode trenden fortsetter og at sykefraværet i februar var et enkelttilfelle. Det er fortsatt gledelig med utviklingen og trenden til brutto månedsverk. I februar var den lavere enn i 2017.

7. Administrerende direktørs kommentar

Administrerende direktør er fornøyd med de gode økonomiske resultatene de to første månedene av året, men vet at det kreves hardt arbeid gjennom hele året for å opprettholde den gode trenden for økonomien. Det jobbes godt både på kort og lang sikt for å forbedre de økonomiske resultatene i foretaket, men det er noe bekymring knyttet til framdriften. Det anses også krevende å kunne innfri Den gylne regel i 2018, selv det er veldig tidlig på året. Administrerende direktør registrerer det høye sykefraværet i februar og avventer og ser om det er en enkeltstående måned eller om den gode trenden de siste månedene fortsetter.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 26/2018 Bærekraft 22 - bestillerrollen og avtalelojalitet

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	16. april 2018	28/2018

Saksbeh: Stein Erik Breivikås og Espen Ruud Sollien

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2018/1087

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret vedtar anbefalt innkjøps- og bestillerrolle i Helse Nord-Trøndelag HF.
2. Styret ber adm. direktør sørge for at klinikkene og sentrene i Helse Nord-Trøndelag HF tilpasser sin bestillerrolle og prioritere deltagelse i anbudsprosesser for å sikre høy avtaledekning og høy avtalelojalitet.

SAKSUTREDNING:

Sak 26/2018 Bærekraft 22 - bestillerrollen og avtalelojalitet

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Mandat i henhold til Styrets vedtak Sak 18/2017 (punkt 9), Bestillerrollen i HNT og avtalelojalitet
2. Sluttrapport Bestillerrollen i HNT og avtalelojalitet
3. Samarbeidshåndbok, Sykehusinnkjøp HF, RHF, HF og driftssenter for logistikk og økonomisystem (DSLØ)

Bakgrunn for saken

Langtidsbudsjettet til Helse Nord-Trøndelag HF viser at foretaket ikke er langsiktig økonomisk bærekraftig. Dette er basert på foretakets planlagte investeringer og dagens kostnadsnivå på virksomhetens drift. Foretaket er avhengig av å forbedre driften med 60 – 70 MNOK på årsbasis, for å kunne være økonomisk bærekraftig.

Dersom Helse Nord-Trøndelag ikke klarer å løse disse utfordringene, vil helseforetaket raskt havne i en situasjon hvor foretakets likviditet ikke vil kunne forsvare det vedtatte investeringsnivået i langtidsbudsjettet. Konsekvensen av dette vil være at det ikke vil bli mulig å utvikle Helse Nord-Trøndelag i tråd med vedtatte planer.

I styremøte 6. mars 2017 (Sak 18/2017) vedtok Styret å utrede ti områder som skal bidra til løse den langsiktige økonomiske bærekraften til foretaket.

Vedtaket (punkt 9)

- *Styret ber om at innkjøps/bestillerrollen i foretaket utredes med tanke på redusere antall bestillere og for å øke avtalelojaliteten. Denne utredningen ses i sammenheng med arbeidet med nytt fullmakts-reglement.*

Det nye helseforetaket *Sykehusinnkjøp HF* overtok 01.01.2017 store deler av innkjøpsfunksjonen til Helse Nord-Trøndelag. Det forventes at Sykehusinnkjøp bidrar til å standardisere innkjøpene og anskaffe landsdekkende avtaler. Sykehusinnkjøp skal kjøre innkjøpsprosesser for Helse Nord-Trøndelag, mens foretaket må bestille mye av varene sine selv basert på rammeavtaler anskaffet av Sykehusinnkjøp.

Det er derfor naturlig å ta en gjennomgang av bestillerrollen i foretaket og selve avtaleforvaltningen. Det er for mange i foretaket som har myndighet til å bestille varer og tjenester, noe som påvirker avtalelojaliteten. Det er også startet et arbeid med å revidere fullmaktreglementet i foretaket som vil kunne påvirke bestillerrollen. Det bør være en målsetning å redusere antall ansatte som kan bestille varer og tjenester, og det bør være tydelig hvem som eier alle avtalene til Helse Nord-Trøndelag i forhold til avtaleforvaltningen. Dette vil kunne gi besparelser ved innkjøpene til foretaket.

Orientering til styret

Hovedmålsettingen med dette prosjektet er å lage en omforent og forankret bestiller rolle i forhold til hvem som kan gjøre innkjøp i foretaket. Prosjektet har besvart og anbefalt løsning på 6 delmål tilknyttet dette. En oppsummering av delmålene er gjengitt nedenfor.

1) Lage en omforent modell/prosesskart over hvordan bestilling og innkjøp skal gjennomføres i Helse Nord-Trøndelag etter at Sykehusinnkjøp HF har blitt en viktig del av denne prosessen.

Hensikt med å lage en omforent modell for bestillerrollen er å understøtte virksomhetens hovedstrategier og bidra til å bedre den økonomiske bærekraften. En omforent modell/prosesskart skal også bidra til å gi en felles forståelse for gjennomføring av anskaffelser, og sikre en bedret tjenesteproduksjon gjennom mer effektiv ressursbruk. Anskaffelsene skal gjennomføres med tverrfaglig deltagelse for å sikre kvaliteten i anskaffelsene fra et faglig-, økonomisk- og teknisk perspektiv. Et viktig ledd i dette er å tydeliggjøre roller, fullmakter, ansvar og myndighet.

Alle anskaffelser skal gjennomføres i tråd med *Lov- og Forskrift om offentlige anskaffelser*, og hovedprinsippene om konkurranse, likebehandling, forutberegnelighet, etterprøvnbarhet og forholdsmessighet.

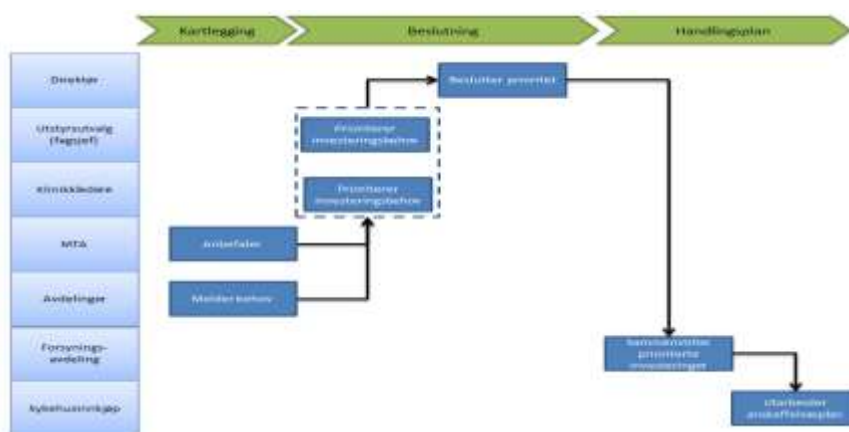
Etter at Sykehusinnkjøp overtok store deler av ansvaret for innkjøpsfunksjonen, er mye av ansvaret for selve anskaffelsesprosessen overført ut av HNT og til Sykehusinnkjøp.



Prosjektet har utarbeidet modell/prosesskart over hvordan bestilling og innkjøp skal gjennomføres i HNT for å sikre gode og besluttede prosesser. Den enkelte delprosess (behov, anskaffelsesplan, anskaffelse og bestilling) er beskrevet av prosjektet.

Behovsprosessen kan deles i fire hovedgrupper; investeringer, rammeavtaler, ad-hoc anskaffelser og enkeltkjøp/ikke-avtalefestede kjøp.

Alle investeringer som ikke er akutte vil inngå i årlig budsjettprosess for foretaket. I budsjettprosessen vil MTA (medisinsk teknologisk avdeling) komme med anbefalinger for utskiftninger av MTU (medisinsk teknisk utstyr). Leder for MTA, klinikkledere (utstyrsutvalg) og medisinsk fagsjef sørger for at alle aktuelle investeringer gjennomgår en rangering/prioritering og sørger for å få prioritert investeringsplan besluttet. Forsyningsavdelingen bistår med praktisk sammenstilling av hele HF-ets investeringsbehov og oversender/bestiller dette til Sykehusinnkjøp.



2) Kartlegg hvor mange bestillere vi har pr i dag. Vurdere om vi bør redusere antallet.

I SAP (økonomi og logistikksystem) har Helse Nord-Trøndelag (pr 21.11.17) 453 bestillere som kan bestille varer internt i HNT og ut mot eksterne leverandører. Disse bestillerne fordeler seg noe ulikt i de ulike seksjoner, avdelinger og klinikker. Antall bestillere pr. seksjon varierer fra 1,5 til 5,8 i de enkelte klinikker.

- HNT har mange anmodere/bestillere i SAP
 - o Antallet bør reduseres
- Interne bestillinger kommer i mange kanaler (telefon, mail, fellespostkasser, bestillingssystem med fellesbrukere osv) og fra mange ansatte.
 - o Bestillingene bør struktureres
 - o Antall bestillere bør reduseres og samkjøres med SAP-bestillere
- Mange bestillinger pr telefon og mail (23.000 faktura uten innkjøpsordre i 2017)
 - o Bestillingene bør inn i SAP (de som kan)
 - o Vil redusere antall bestillere
- Kjøp for utgiftsrefusjon har høye transaksjonskostnader
 - o Kjøp uten rekvisisjon bør unngås
- Investeringsanskaffelser bestilles av klinikkleder og utføres av Sykehusinnkjøp
 - o Forsyningsavdelingen koordinerer mot Sykehusinnkjøp

3) Definere hvem som skal være bestillere HNT. Dette skal ses i sammenheng med nytt fullmaktreglement for foretaket.

Det er viktig at den enkelte klinikk, avdeling og seksjon har tilstrekkelig med bestillere for å støtte pasientbehandlingen gjennom at varer og tjenester skal være tilgjengelig til rett tid, rett pris, rett kvalitet og på en kostnadseffektiv måte som sikrer gevinstrealisering.

Hovedregelen er at alle bestillinger skal gjennomføres i SAP.

- Den enkelte budsjettansvarlig kan delegere bestillerfunksjonen, maks 2 bestillere pr seksjon*
- Bestillerfunksjonen gjelder både interne og eksterne bestillinger.

- Alle interne/eksterne bestillinger skal anvises/godkjennes før effektivering, ref. fullmaktsreglementet.

**Enkelte spesialavdelinger har flere bestillere, ref. Eget punkt i fullmaktsreglementet.*

4) Redusere antall bestillere til 300 i HNT.

Det foreslås en opprydding i bestillerrollen i den enkelte klinikk, avdeling og seksjon. Enkelte har pr i dag mange definerte bestillere i SAP. En profesjonalisering av bestillerfunksjonen vil gjøre det lettere å forholde seg til SAP og inngåtte avtaler.

Fordeler med å redusere antall bestillere i HNT (150 færre SAP bestillere):

- Profesjonalisering av bestillerfunksjonen*
- Felles bestillere uavhengig av system (SAP, Plania, kjøkken, Medusa etc)
- Tidsbesparende, mer tid til pasientarbeid
- Mer bruk av superbrukere og operasjonelle innkjøpere i forsyningsavdelingen
- Lavere lisenskostnader

**Det forutsettes at det jobbes kontinuerlig med å øke brukervennligheten i SAP.*

5) Øke avtaledekningen i HNT til 90 prosent.

Hensikten med å øke avtaledekningen er å effektivisere anskaffelser samt å sikre at en større andel anskaffelser er dekket igjennom en fastlagt ramme. En høy avtaledekning øker sannsynligheten for at anskaffelsene er gjennomført i henhold til hovedprinsippene i Lov- og forskrift for offentlige anskaffelser samt virksomhetens anskaffelsesprosedyre. Videre vil en høy avtaledekning føre til reduserte følgekostnader, da kjøp utenom avtale har en større sannsynlighet for at kjøper har dårligere vilkår rundt garantitid, dårligere betalingsbetingelser og lite fastlagte rutiner for leveranse.

Viktige faktorer for å øke avtaledekningen:

- Sykehusinnkjøp, RHF og HF har ett felles ansvar for å øke avtaledekningen i regionen
- Gode totalrapporter for avtaledekning (uavhengig av system)
- Riktig behovsinnmelding og prioritering av anbudsprosesser
- Kapasitet sykehusinnkjøp
- HNT klarer å stille med tilstrekkelig fagressurser, samt styringsgruppe

6) Øke avtalelojaliteten i HNT og sørge for at innkjøpene gjennomføres med SAP.

Avtalelojalitet måler i (prosent) hvor stor grad inngåtte avtaler benyttes ved anskaffelse av varer og tjenester.

Viktige faktorer for økt avtalelojalitet:

- Fagressurser fra HNT med i anbudsprosesser, sikrer god brukertilfredshet
- Kjennskap til avtalene, god avtaleimplementering og god tilgjengelighet avtaler
- Færre bestillere og enkelt å velge avtaleprodukter i SAP
- Tydelig eierskap til inngåtte avtaler i HNT
- God forvaltning av avtalen
- Kjøp utenfor eksisterende avtale krever godkjennelse fra klinikkleder, ref. EQS prosedyre

Estimert økonomisk effekt av foreslåtte tiltak.

Økt bruk av SAP , reduksjon faktura uten innkjøpsordre*	2,5 MNOK
Reduksjon interne bestillinger 5 %	0,4 MNOK
Restriksjoner direktekjøp i butikk	0,25 MNOK
Avtaledekning 90 % , bedre pris 5 %, avtalelojalitet 100 %	3,5 MNOK

*Lavere transaksjonskostnader, forutsetter at frigjort tid tas ut eller omsettes i økt tjenesteproduksjon.

Konklusjon:

Det utarbeides oppdrag til den enkelte klinikk/senter der de bes å gjennomføre de endringer som foreslås i delprosjektet.

- Redusere antall bestillere pr. klinikk, maks 2 pr. seksjon
- Utarbeide og innføre rutiner som sikrer at kun de med bestillingsfullmakt foretar bestillinger
- Bidra til at det etableres og følges opp rapportering/indikator
 - o Avtaledekning
 - o Avtalelojalitet
 - o Antall bestillere
 - o Andel faktura uten innkjøpsordre (bestilling foretatt utenfor SAP)
 - o Avdelingsrapporter forbruk varekostnader og tjenester osv

HNT bør foreta benchmarking opp i mot andre foretak/sykehus for å lære om deres vare/tjenestelogistikk og ha som mål å etablere beste praksis.

Det bør også vurderes om en skal forenkle fakturagodkjenningen, der transaksjonskostnaden er høyere enn den reelle fakturakostnaden.

Anbefaling:

Adm. direktør anbefaler at Styret vedtar anbefalt innkjøps- og bestillerrolle i Helse Nord-Trøndelag HF, og at helseforetakets ledelse får i oppdrag å sørge for at klinikkene og sentrene i Helse Nord-Trøndelag HF tilpasser sin bestillerrolle og prioritere deltagelse i anbudsprosesser for å sikre høy avtaledekning og høy avtalelojalitet.

Bærekraft 22

Mandat iht styrets vedtak pkt. 9

Bestillerrollen i HNT og avtalelojalitet

Bakgrunn

Langtidsbudsjettet til Helse Nord-Trøndelag HF viser at foretaket ikke er langsiktig økonomisk bærekraftig. Dette er basert på foretakets planlagte investeringer og dagens kostnadsnivå på virksomhetens drift. Foretaket er avhengig av å forbedre driften med 60 – 70 MNOK på årsbasis, for å kunne være økonomisk bærekraftig. Dersom man ikke klarer å løse disse utfordringene, vil man raskt havne i en situasjon hvor foretakets likviditet ikke vil kunne forsvare det vedtatte investeringsnivået i langtidsbudsjettet. Konsekvensen av dette vil være at det ikke vil bli mulig å utvikle Helse Nord-Trøndelag i tråd med vedtatte planer.

I styremøte 6. mars 2017 (sak 18) vedtok styret for HNT å utrede 10 områder som skal bidra til løse den langsiktige økonomiske bærekraften til foretaket.

Styrevedtak 9

- Styret ber om at innkjøps/bestiller rollen i foretaket utredes med tanke på redusere antall bestillere og for å øke avtalelojaliteten. Denne utredningen ses i sammenheng med arbeidet med nytt fullmakts-reglement.

Det nye helseforetaket Sykehusinnkjøp HF overtok 01.01.2017 store deler av innkjøpsfunksjonen til Helse Nord-Trøndelag HF. Det forventes at Sykehusinnkjøp HF kommer til å prøve å standardisere innkjøpene og anskaffe landsdekkende avtaler. Sykehusinnkjøp skal kjøre innkjøpsprosesser for Helse Nord-Trøndelag HF, mens foretaket må bestille mye av varene sine selv basert på rammeavtaler anskaffet av Sykehusinnkjøp HF. Det er derfor naturlig å ta en gjennomgang av bestiller rollen i foretaket og selve avtaleforvaltningen. Det er for mange i foretaket som har myndighet til å bestille varer og tjenester, noe som påvirker avtalelojaliteten. Det er også startet et arbeid med å revidere fullmaktreglementet i foretaket som vil kunne påvirke bestiller rollen. Det bør være en målsetning å redusere antall ansatte som kan bestille varer og tjenester og det bør være tydelig hvem som eier alle avtalene til Helse Nord-Trøndelag HF i forhold til avtaleforvaltningen. Dette vil kunne gi besparelser ved innkjøpene til foretaket.

Målsetninger

Diskusjonstema og forslag til tiltak skal være innenfor rammene som er vedtatt i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Hovedmålsetningen med dette prosjektet er å lage en omforent og forankret bestillerrolle i forhold til hvem som kan gjøre innkjøp i foretaket.

- 1) Lage en omforent modell/prosesskart over hvordan bestilling og innkjøp skal gjennomføres i HNT etter at sykehusinnkjøp HF har blitt en viktig del av denne prosessen.
- 2) Kartlegg hvor mange bestillere vi har pr i dag. Vurdere om vi bør redusere antallet.
- 3) Definere hvem som skal være bestillere HNT. Dette skal ses i sammenheng med nytt fullmaktreglement for foretaket.

- 4) Redusere antall bestillere til i HNT.
- 5) Øke avtale dekningen i HNT til prosent.
- 6) Øke avtalelojaliten i HNT og sørge for at innkjøpene gjennomføres med SAP.

Resultatmål/milepæler (hva skal leveres og når)

Milepæl		Ferdig innen
1	Fremdriftsplan utarbeidet.	
2	Omforent modell/prosesskart over hvordan bestilling og innkjøp er ferdig	
3	Definert hvem som skal være bestillere HNT	
4	Det er fremlagt en anbefaling på antall bestillere til i HNT	
5	Øke avtaledekningen i HNT til prosent	
6	Fremlagt forslag til tiltak som skal bidra til å øke avtalelojaliten i HNT og sørge for at innkjøpene gjennomføres med SAP	
7	Diskusjon i foretaksledelsen og de berørte fagmiljø/klinikker	
8	Beslutning av direktør, og utarbeidet styresak	
9	Ferdig styrebehandlet	
10		

Organisering

Arbeidsgruppa består av:

Espen Ruud Sollien, leder av arbeidsgruppa
Frode Bertelsen, innkjøper forsyningsavdelingen
Wenke Bogen Thun, avd. leder kirurgi Namsos
Astrid Tromsdal, avd. leder kirurgi Levanger
Elsa Holm, avdelingssykepleier medisin Levanger
Trond Hustad, prosjektleder eieinndomsavdelingen
Harald Økland Thorsen, økonomirådgiver
Jørund Eidsaunet, FTV EL og IT Forbundet
Tone Wanderås, VO

Arbeidsgruppa må involvere formelle fora/nettverk/andre personer der det er hensiktsmessig, samt knytte til seg relevant kompetanse i saker der det er nødvendig. Arbeidsgruppa må bidra til samarbeid/avklaringer mot andre arbeidsgrupper i Bærekraft 22, samt pågående arbeid med Strategisk utviklingsplan.

Rapportering

Det rapporteres til Stein Erik Breivikås i koordineringsmøter en gang i måneden, og ut over dette når det er nødvendig.

Økonomi/ressursbruk

- Arbeid og reisevirksomhet dekkes innenfor det ordinære driftsbudsjettet der den enkelte arbeidsgruppedeltager er ansatt.

Levanger,
Torbjørn Aas
Administrerende direktør

Sluttrapport

Bestillerrollen og avtalelojalitet HNT

Forfatter Espen Ruud
 Sollien

Dato 05.04.2018

Versjonsnr 1.0(ERS)

Godkjent av

Dato

Innhold:

<u>1</u>	<u>INNLEDNING</u>	<u>4</u>
1.1	ENDRINGSHISTORIKK	4
1.2	FORMÅLET MED DOKUMENTET	4
1.3	DOKUMENTETS OMFANG OG AVGRENSNING	4
1.4	REFERANSER	4
1.5	DEFINISJONER OG TERMINOLOGI.....	4
	<u>PROSJEKTETS BAKGRUNN</u>	<u>5</u>
<u>2</u>	<u>PROSJEKTORGANISERING</u>	<u>5</u>
<u>3</u>	<u>MÅL</u>	<u>6</u>
3.1	RESULTATMÅL (DELMÅL).....	8
3.1.1	LAGE EN OMFORENT MODELL/PROSESSKART OVER HVORDAN BESTILLING OG INNKJØP SKAL GJENNOMFØRES I HNT ETTER AT SYKEHUSINNKJØP HF HAR BLITT EN VIKTIG DEL AV DENNE PROSESSEN.	8
3.1.2	KARTLEGG HVOR MANGE BESTILLERE VI HAR PR I DAG. VURDERE OM VI BØR REDUSERE ANTALLET	18
3.1.3	DEFINERE HVEM SOM SKAL VÆRE BESTILLERE HNT. DETTE SKAL SES I SAMMENHENG MED NYTT FULLMAKTREGLEMENT FOR FORETAKET.	25
3.1.4	REDUSERE ANTALL BESTILLERE TIL 300 I HNT	26
3.1.5	ØKE AVTALE DEKNINGEN I HNT TIL 90 PROSENT.	26
3.1.6	ØKE AVTALELOJALITEN I HNT OG SØRGE FOR AT INNKJØPENE GJENNOMFØRES MED SAP. 29	
<u>4</u>	<u>ØKONOMI</u>	<u>31</u>
<u>5</u>	<u>LEVERANSEFORLØP</u>	<u>31</u>
<u>6</u>	<u>FORLØPET I PROSJEKTARBEIDET</u>	<u>32</u>
6.1	STYRING	32
6.2	INFORMASJON	32
6.3	OPPSUMMERING AV UTFORDRINGENE VED GJENNOMFØRINGEN	32
<u>7</u>	<u>ANBEFALT OPPFØLGING.....</u>	<u>33</u>

7.1	OPPFØLGING ETTER ENDT DELPROSJEKT	33
------------	--	-----------

1 Innledning

1.1 Endringshistorikk

Versjon	Endring	Dato	Forfatter
0.1	Første utkast	10.01.2018	ERS
0.2	Oppdateringer	31.01.2018	ERS
0.8	Oppdateringer med innspill fra øvrige prosjektdeltagere og strategisk innkjøper Marius L Kristoffersen	13.03.2018	ERS
0.9	Oppdatert med oppsummeringer	16.03.2018	ERS
1.0	Små oppdateringer etter presentasjon i foretaksledermøte 20.03.18.	05.05.2018	ERS

1.2 Formålet med dokumentet

Hensikten med dette dokumentet er å beskrive bestillingsprosessen og anbefalinger fra prosjekt «Bærekraft 22, delprosjekt 9, bestiller rollen og avtalelojalitet i HNT». Dokumentet skal benyttes som beslutnings grunnlag for eventuelle endringer i bestillingsprosessen og for å oppnå høy avtalelojalitet i HNT.

Målgruppen for dokumentet er foretaksledelsen, øvrige ledere og bestillere av varer og tjenester i HNT.

1.3 Dokumentets omfang og avgrensning

Dokumentet summerer opp prosjektets måloppfyllelse og gjennomføring, og referer til øvrige leveranser fra prosjektet.

1.4 Referanser

1. Prosjektmandat
2. Prosjektplan
3. Samarbeidshåndbok, Sykehusinnkjøp HF, RHF, HF og driftssenter for logistikk og økonomisystem (DSLØ)
4. EQS prosedyrer HNT

1.5 Definisjoner og terminologi

Ord/ uttrykk	Forklaring
Sykehusinnkjøp HF	Gjennomfører anskaffelser for alle helseforetak i Norge. Sykehusinnkjøp er i hovedsak de som gjør anskaffelsene og gjennomfører anbud, og som forvalter avtalene etter at de er inngått.
DSLØ	Driftssenteret logistikk og økonomi. Forvalter av masterdata og videreutvikling av SAP
Avtaledekning	$\frac{\text{Innkjøpsvolum dekket av avtaler (NOK)}}{\text{Totalt innkjøpsvolum (NOK)}} \times 100\% = \text{avtaledekning (\%)}$
Avtalelojalitet	Viser hvor stor del av kjøpene som faktisk kjøpes på inngåtte avtaler.

Avrop	Bestilling av varer/tjenester fra en rammeavtale.
Havari	Uforutsett driftsstans av utstyr som medfører at utstyret må repareres eller erstattes for å fungere.
SAP	Elektronisk planleggings- og oppfølgingsverktøy innen produksjon, logistikk, lager, innkjøp og økonomi.

Prosjektets bakgrunn

Langtidsbudsjettet til Helse Nord-Trøndelag HF viser at foretaket ikke er langsiktig økonomisk bærekraftig. Dette er basert på foretakets planlagte investeringer og dagens kostnadsnivå på virksomhetens drift. Foretaket er avhengig av å forbedre driften med 60 – 70 MNOK på årsbasis, for å kunne være økonomisk bærekraftig. Dersom man ikke klarer å løse disse utfordringene, vil man raskt havne i en situasjon hvor foretakets likviditet ikke vil kunne forsvare det vedtatte investeringsnivået i langtidsbudsjettet. Konsekvensen av dette vil være at det ikke vil bli mulig å utvikle Helse Nord-Trøndelag i tråd med vedtatte planer.

I styremøte 6. mars 2017 (sak 18) vedtok styret for HNT å utrede 10 områder som skal bidra til løse den langsiktige økonomiske bærekraften til foretaket.

Styrevedtak 6. mars 2017

- Styret ber om at innkjøps/bestiller rollen i foretaket utredes med tanke på redusere antall bestillere og for å øke avtalelojaliteten. Denne utredningen ses i sammenheng med arbeidet med nytt fullmakts-reglement.

Det nye helseforetaket Sykehusinnkjøp HF overtok 01.01.2017 store deler av innkjøpsfunksjonen til Helse Nord-Trøndelag HF. Det forventes at Sykehusinnkjøp HF kommer til å prøve å standardisere innkjøpene og anskaffe landsdekkende avtaler. Sykehusinnkjøp skal kjøre innkjøpsprosesser for Helse Nord-Trøndelag HF, mens foretaket må bestille mye av varene sine selv basert på rammeavtaler anskaffet av Sykehusinnkjøp HF. Det er derfor naturlig å ta en gjennomgang av bestiller rollen i foretaket og selve avtaleforvaltningen. Det er for mange i foretaket som har myndighet til å bestille varer og tjenester, noe som påvirker avtalelojaliteten. Det er også startet et arbeid med å revidere fullmaktreglementet i foretaket som vil kunne påvirke bestiller rollen. Det bør være en målsetning å redusere antall ansatte som kan bestille varer og tjenester og det bør være tydelig hvem som eier alle avtalene til Helse Nord-Trøndelag HF i forhold til avtaleforvaltningen. Dette vil kunne gi besparelser ved innkjøpene til foretaket.

2 Prosjektorganisering

Rolle	Ansvar
Ansvarlig for delprosjektet	Leder av arbeidsgruppen
Arbeidsgruppe	Har ansvar for å gjennomføre oppgaver i henhold til prosjektplan og oppdrag fra del prosjektleder.

Styringsgruppe	Foretaksledelsen
Referansegruppe	Det er ikke opprettet egen referansegruppe, men delprosjektdeltagerne har vært i kontakt og fått informasjon fra referansepersoner i enkelte avdelinger.

Rolle	Navn	Telefon	E-post adresse
Prosjektleder	Senterleder Stein Erik Breivikås	98 02 10 34	stein.erik.breivikas@hnt.no
Delprosjekt ansvarlig	Espen Ruud Sollien, avd.leder forsyning	41 51 91 55	Espen.Ruud.Sollien@hnt.no
Arbeidsgruppen	Frode Bertelsen, innkjøper forsyning Wenke Bogen Thun, avd.leder kir Namsos Astrid Tromsdal, avd. leder kir Levanger Elsa Holm, avd.sykep. Med lev Trond Hustad Prosjektleder eiendom Jørund Eidsaunet El og it forbundet Tone Wanderås Hovedverneombud Harald Ø. Thorsen Controller økonomi		Deltatt i innledende del av prosjektet med datainnsamling.

3 Mål

Overordnet mål

Styret ber om at innkjøps/bestiller rollen i foretaket utredes med tanke på redusere antall bestillere og for å øke avtalelojaliteten. Denne utredningen ses i sammenheng med arbeidet med nytt fullmakts-reglement.

Diskusjonstema og forslag til tiltak skal være innenfor rammene som er vedtatt i Nasjonal helse- og sykehusplan.

Hovedmålsetningen med dette prosjektet er å lage en omforent og forankret bestillerrolle i forhold til hvem som kan gjøre innkjøp i foretaket.

Delmål

- Lage en omforent modell/prosesskart over hvordan bestilling og innkjøp skal gjennomføres i HNT etter at sykehusinnkjøp HF har blitt en viktig del av denne prosessen.
- Kartlegg hvor mange bestillere vi har pr i dag. Vurdere om vi bør redusere antallet.
- Definere hvem som skal være bestillere HNT. Dette skal ses i sammenheng med nytt fullmaktreglement for foretaket.
- Redusere antall bestillere til i HNT.
- Øke avtale dekningen i HNT til prosent.
- Øke avtalelojaliten i HNT og sørge for at innkjøpene gjennomføres med SAP.

Prosjektgruppen har hatt fokus på følgende forsyningskjeder og bestillingsalternativer:

- Forbruksvarer, lagervarer
- Medisinske forbruksvarer, bestilling
- Drift av eiendom, bygg og anlegg
- Investeringer (mtu utstyr)

Avgrensing

- Innkjøp/foreskriving av legemidler i HNT er eget prosjekt og omtales ikke videre her.

Kostnader og ressursbruk.

- Det er ikke lagt opp til en kostnadskreven prosess for å gjennomføre dette delprosjektet. Arbeid og reisevirksomhet dekkes innenfor det ordinære driftsbudsjettet der den enkelte arbeidsgruppedeltager er ansatt.
- Estimert tidsforbruk: Møtevirksomhet / egeninnsats

Leveringsdato

- Sluttrapport presentert i foretaksledelsen: 20.03.2018
- Sluttrapporten vedtatt i styre, april 2018

Liste over alt som ble levert

- Word sluttrapport
- PowerPoint med oppsummering fra sluttrapport
- Styresak Helse Nord-Trøndelag
- Gjeldende fullmakt-reglement er styrende for sluttrapporten

Løsninger/tiltak, forutsatt positivt vedtak i styre

- Det forutsettes at den enkelte klinikk tilpasser seg vedtaket
- Det må på enkeltområder utarbeides klare prosedyrer (lagret EQS)
- Enkelte innspill må bringes inn i kommende budsjettprosesser

3.1 Resultatmål (delmål)

Delprosjektet har 6 delmål som alle besvares i denne sluttrapporten, delprosjektet har valgt å beskrive dagens prosess og ny prosess på alle delmål. Enkelte av delmålene går litt inn i hverandre, og kan derfor bli beskrevet flere ganger.

3.1.1 Lage en omforent modell/prosesskart over hvordan bestilling og innkjøp skal gjennomføres i HNT etter at sykehusinnkjøp HF har blitt en viktig del av denne prosessen.

Hensikt med å lage en omforent modell for bestillerrollen, er å understøtte virksomhetens hovedstrategier og bidra til å bedre den økonomiske bærekraften. En omforent modell/prosesskart skal også bidra til å gi en felles forståelse for gjennomføring av anskaffelser og sikre en bedret tjenesteproduksjon gjennom mer effektiv ressursbruk. Anskaffelsene skal gjennomføres med tverrfaglig deltagelse for å sikre kvaliteten i anskaffelsene fra et faglig-, økonomisk- og teknisk perspektiv. Et viktig ledd i dette er å tydeliggjøre roller, fullmakter, ansvar og myndighet.

Alle anskaffelser skal gjennomføres i tråd med Lov- og Forskrift om offentlige anskaffelser, og hovedprinsippene om konkurranse, likebehandling, forutberegnelighet, etterprøvbarhet og forholdsmessighet.

3.1.1.1 Modell

Etter at Sykehusinnkjøp HF overtok store deler av ansvaret for innkjøpsfunksjonen, er mye av ansvaret for selve anskaffelsesprosessen overført ut av HNT og til Sykehusinnkjøp HF. Figur 1 viser HNTs ansvar iht samarbeidsavtale med Sykehusinnkjøp.

Figur 1 – Helseforetakenes ansvar i samarbeidet med Sykehusinnkjøp

2.2.3 Helseforetakene

2.2.3.1 Helseforetakene som premissgiver

Helseforetakene som premissgiver har følgende ansvar innenfor innkjøpsprosessen:

- Bidra til utarbeidelse av beslutningsgrunnlag for anskaffelsesplan med prioriterte anskaffelser
- Bidra til utvikling av kategoriene, samt utarbeidelse av strategi
- Bidra til opprettelse av permanente produktråd innen strategisk viktige områder der dette er besluttet

2.2.3.2 Helseforetakene som bestiller

Helseforetakene som bestiller har følgende ansvar innenfor innkjøpsprosessen:

- Forberede organisasjonen på hvilke anskaffelser som skal gjennomføres
- Deltaker i styringsgruppe ved anskaffelsesprosjekter
- Delta med fagressurser i anskaffelsesprosjektene
- Ansvar for implementering og avtalelojalitet
- Ansvarlig for sortimentsavgrensning

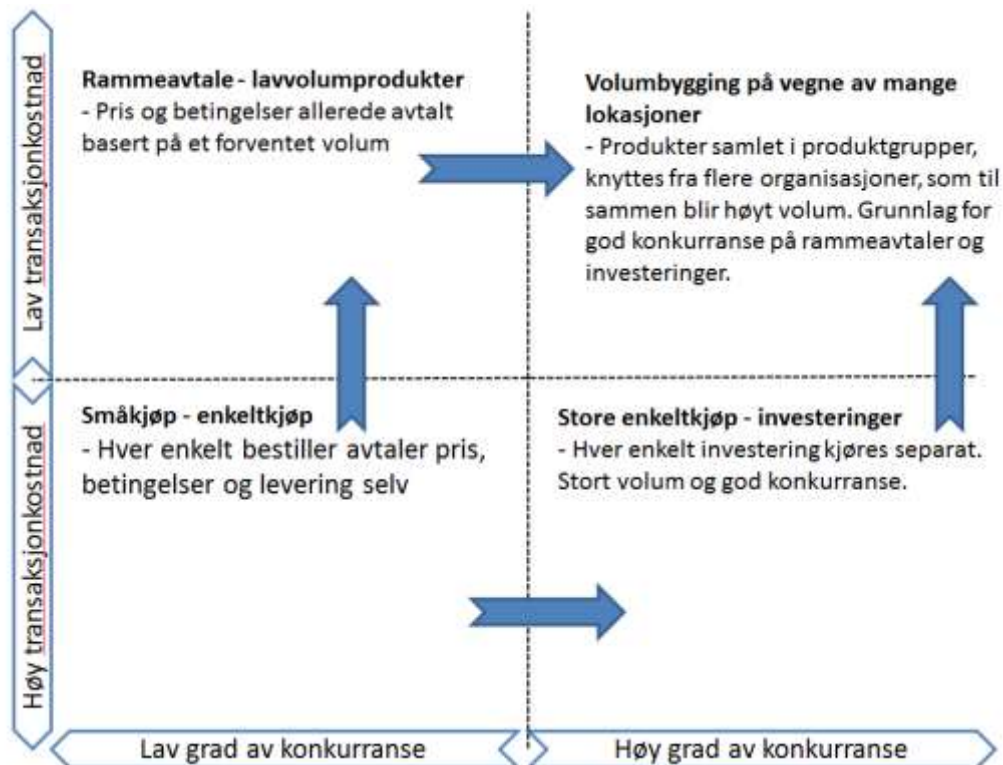
Dette vil være utgangspunktet for en omforent modell/prosesskart for anskaffelser i HNT. Gjennomføringen vil i hovedtrekk følge modell beskrevet i figur 2.:

Figur 2 – Ansvar og hovedtrekk i anskaffelser med Sykehusinnkjøp



Det er knyttet forventninger til at sykehusinnkjøp skal bidra til volumbygging av anskaffelser, slik at det blir færre men større anskaffelsesprosesser (se figur 3). Dette vil være et godt bidrag til å spare ressurser ifm anskaffelser, og i tillegg gi effekter i form av bedre betingelser, bedre pris og mer profesjonelt gjennomførte prosesser. Samarbeidet med sykehusinnkjøp vil dermed forventes å flytte en stor andel av HNTs anskaffelser over fra bestilling til avrop fra en allerede inngått avtale.

Figur 3 Forventet endring i anskaffelsesmønster ved involvering av sykehusinnkjøp



3.1.1.2 Behovsprosess

Behovsprosessen beskriver foretakets gjennomføring i forkant av anskaffelsesprosessene.

Behovene kan deles inn i 4 hovedgrupper:

Investeringer

Alle kjøp av varer over 100.000,- og antatt levetid over 3 år skal behandles som ett investeringskjøp og gjennomføres av Sykehusinnkjøp HF.

Rammeavtaler

Avtale som en eller flere oppdragsgivere inngår med en eller flere leverandører, og som har til formål å fastsette kontraktsvilkårene for de kontrakter som oppdragsgiveren skal inngå i løpet av en bestemt periode, særlig om pris og mengde.

Ad-hoc anskaffelser

Kjennetegnes ved at det er et uforutsett behov. Eksempler på dette kan være i forbindelse med et havari av utstyr eller lignende. Utstyret må da erstattes umiddelbart.

Enkeltkjøp/ikke-avtalefestede kjøp

Anskaffelser som det ikke er hensiktsmessig å opprette rammeavtale på. Det kan være at årlig volum eller kjøpsfrekvens er for lav til at det er hensiktsmessig.

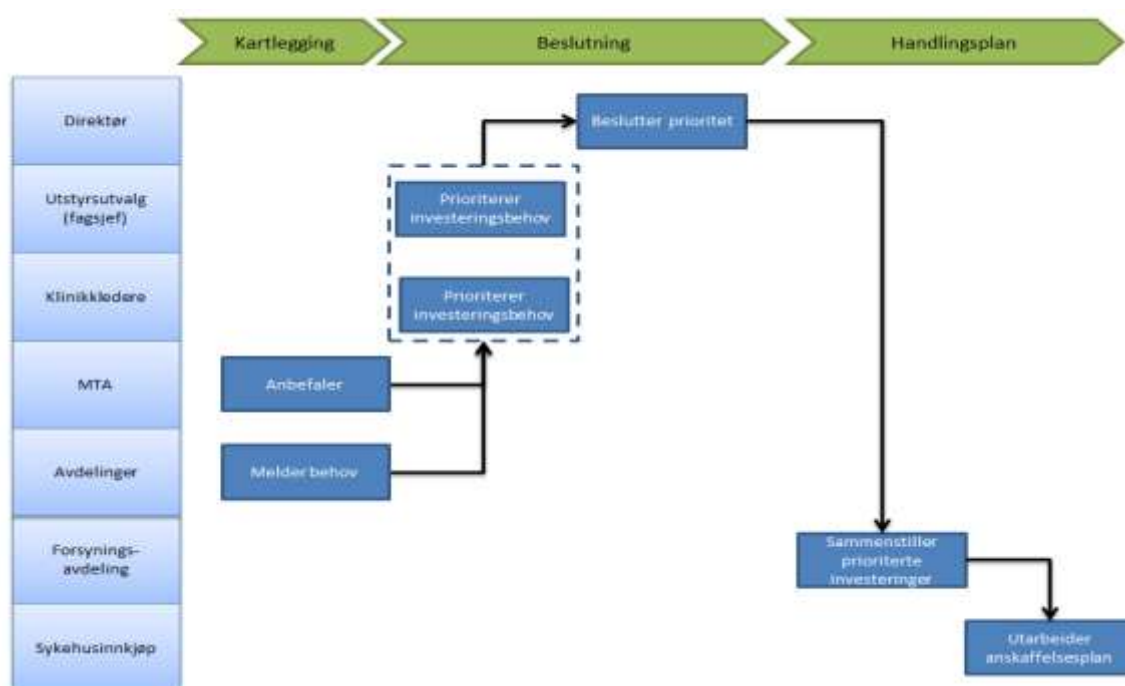
Investeringer

Alle behov for investeringer bør defineres, planlegges, prioriteres og sammenstilles i en årlig plan for anskaffelser for å sikre at sykehusinnkjøp setter av ressurser og gjennomfører anskaffelser ut fra HNTs prioriterte behov. Som et ledd i dette er det en stor fordel for begge involverte parter at det fokuseres på mer langsiktighet i planleggingen. En langsiktig utskiftningplan/investeringsplan vil kunne gi en større forutsigbarhet for både leverandører, HNT og Sykehusinnkjøp.

Investeringsanskaffelser initieres ved at alle avdelingene melder og prioriterer sine behov til klinikkleder. Parallelt med dette holder medisinskteknologisk avdeling (MTA) oversikt over utstyrsparken for medisinskteknisk utstyr (MTU). Dersom behovet er akutt, som for eksempel ved havari, vil anskaffelse måtte iverksettes umiddelbart. Det er beskrevet egen prosess for dette i punkt ad-hoc anskaffelser.

Alle investeringer som ikke er akutte vil inngå i årlig budsjettprosess for foretaket. I budsjettprosessen vil MTA komme med anbefalinger for utskiftninger av MTU. Leder for MTA, klinikkledere (utstyrsutvalg) og fagsjef sørger for at alle aktuelle investeringer gjennomgår en rangering/prioritering og får **prioritert investeringsplan besluttet**. Forsyningsavdelingen bistår med praktisk sammenstilling av hele HF'et investeringsbehov og oversender/bestiller dette til Sykehusinnkjøp. Modellen for HNT er gitt i figur 4.

Figur 4 – Oversikt over ansvar i behovsprosessen



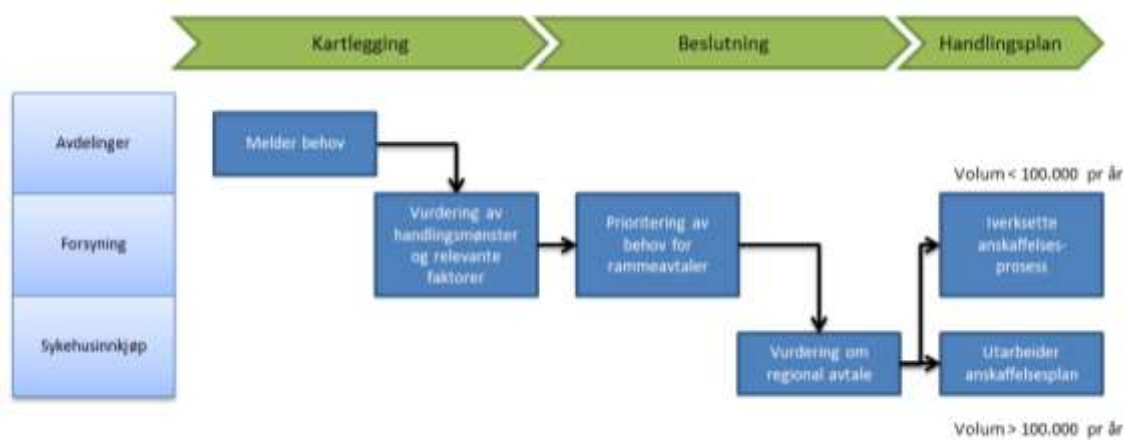
Rammeavtaler

Formålet med å inngå rammeavtaler er å fastsette kontraktsvilkår for kjøp hvor det er lite hensiktsmessig å gjennomføre anskaffelses prosess hver gang det skal bestilles en vare. Kontraktsvilkår som pris, kvalitet, leveringsbetingelser og andre relevante faktorer som f. eks. kritikalitet, er med på å avgjøre om det skal inngås nye rammeavtaler.

Avdelingenes bestillinger over tid, samt uttrykte behov for forenkling danner grunnlaget for avgjørelse om ny rammeavtale skal opprettes. Vurdering av fornyelse av eksisterende rammeavtaler gjøres i forkant av utløp av avtaler, og meldes til sykehusinnkjøp iht frister satt i de aktuelle avtalene.

Dersom rammeavtalen har et årlig volum på mindre enn 100.000 NOK, og det blir vurdert til at det ikke kan hentes ut vesentlige effekter ved å slå sammen avtalen med andre HF, kan anskaffelsen utføres av forsyningsavdelingen i HNT. Modell for behovsprosessen ifm rammeavtaler er gitt i figur 5.

Figur 5 - Behovsprosess for rammeavtaler



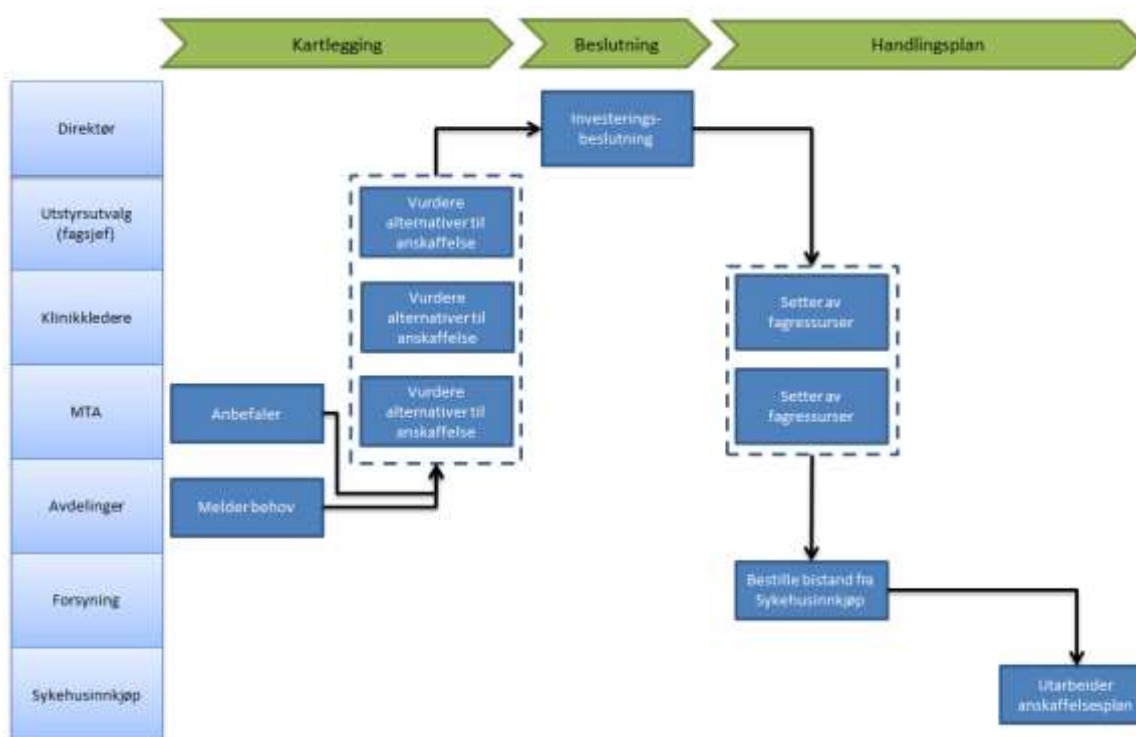
Ad-hoc investeringer

HNT skal tilstrebe og ha alle sine investeringsbehov planlagt og tatt med i prosessene beskrevet for investeringer eller rammeavtaler, ovenfor. Dette for å ha best mulig styring på midlene og for og effektivt kunne planlegge gjennomføringen av anskaffelser. Behovsprosessen for Ad-hoc beskriver handling dersom et kjøp faller utenfor de 2 nevnte punktene. Eksempler kan være:

- Havari/kassasjon
- Ikke forutsette og akutte investeringsbehov (f.eks følgekjøp)

Ved ad-hoc anskaffelser vil det være behov for å iverksette anskaffelse umiddelbart. Før en anskaffelsesprosess kan iverksettes, skal alternativer til anskaffelse vurderes. Det kan være at behovet kan dekkes ved hjelp av lån av utstyr frem til neste budsjetttrunde, eller ved at det blir utført andre strukturelle endringer midlertidig eller permanent. Kommer utstyrsutvalget frem til at anskaffelsesprosess må iverksettes, tas dette fra foretakets budsjettpost for uforutsett anskaffelse. Klinikkleder melder så til forsyningsavdelingen om det umiddelbare behovet, og oppgir fagressurser for gjennomføring av anskaffelsesprosess. Forsyningsavdelingen vil utforme bestillingsdokumentet for ad-hoc bestilling, på vegne av foretaket, til Sykehusinnkjøp. Videre vil forsyningsavdelingen sørge for at sykehusinnkjøp prioriterer denne anskaffelsen før andre planlagte anskaffelser.

Figur 6 - Behovsvurdering rundt ad-hoc



Enkeltkjøp/ ikke-avtalefestede behov

Tradisjonelt har en stor del av foretakets behov for kjøp av utstyr/tjenester blitt foretatt som enkeltkjøp, i de tilfeller den enkelte avdeling har hatt behov som ligger under 100.000 pr år. Det er knyttet en forventning til at denne mengden enkeltkjøp reduseres etter at sykehusinnkjøp har kommet inn i bildet. Det skal tilstrebes og samle volumer for å knytte disse opp mot enten felles anskaffelsesprosesser for investeringer eller at de knyttes opp mot avrop av en inngått rammeavtale, som vist i figur 3.

3.1.1.3 Anskaffelsesplan for HMN

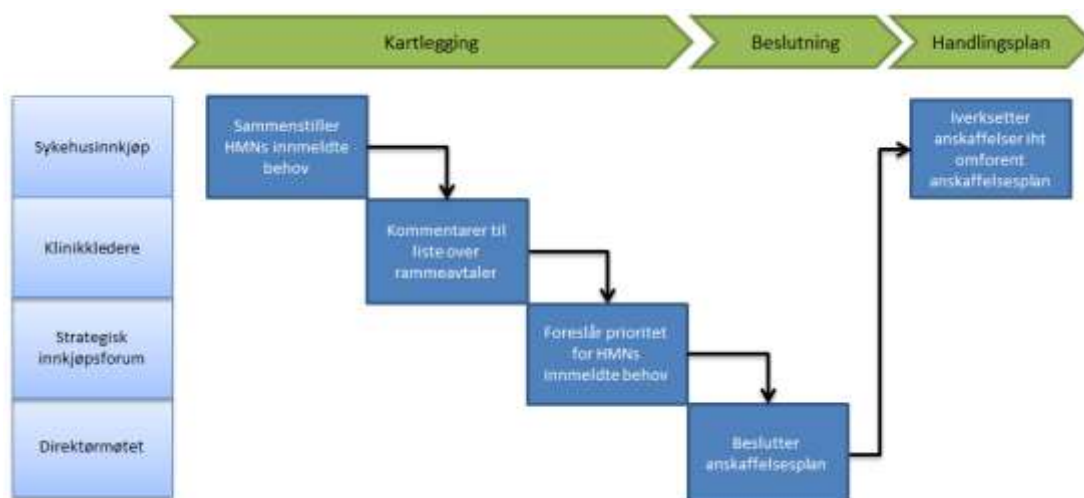
Målsettingen for denne delen av prosessen er å komme frem til en omforent, realistisk og forpliktende plan for anskaffelser i HMN kommende år. Arbeidet rundt å utarbeide en omforent anskaffelsesplan for regionen, og dermed også HNT, ligger hos Sykehusinnkjøp. Prosessen er beskrevet i detalj i samarbeidshåndboken.

HNT har i denne fasen av prosessen ansvaret for at prioritering av investeringer og nye rammeavtaler må være ferdigstilt slik at endeling anskaffelsesplan kan foreligge 1. november hvert år. Dermed krever dette at prosessen/modellen som er beskrevet under punktene investering og rammeavtaler blir påbegynt i god tid før denne fristen. Et virkemiddel for å forenkle prosessen her er blant annet å ha fokus på langtidsplaner for utskiftninga av MTU. I tillegg har HNT et ansvar for å holde sykehusinnkjøp oppdatert på langtidsbudsjett for investeringer, slik at de kan tilpasse sin egen ressurs mot innmeldt behov.

Dialog med klinikker og relevante fagmiljøer er viktig for å sikre planer som samsvarer med forventet tidspunkt for leveranse.

Direktørmøtet i HMN godkjenner anskaffelsesplanen.

Figur 7- Prosess for omforent anskaffelsesplan – region



3.1.1.4 Anskaffelsesprosess

3.1.1.4.1 Anskaffelsesprosess i regi av sykehusinnkjøp.

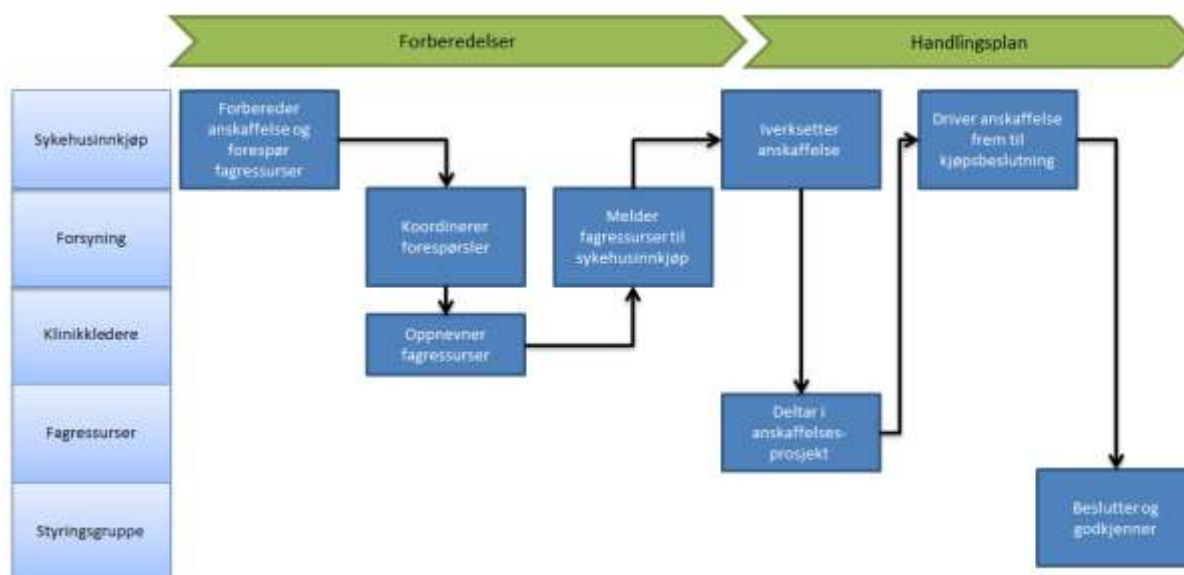
Proessen består av aktiviteter knyttet til analyse, utarbeidelse av prosjektplan, konkurransegrunnlag, kunngjøring, gjennomføre anskaffelses prosedyre, tildeling og signering av kontrakt. Anskaffelsesprosessene omtalt i dette punktet gjelder både for investeringer, ad-hoc bestillinger over 100.000 og rammeavtaler.

HNT har i denne fasen ansvaret for å melde opp ressurser til prosjektgruppe, styringsgruppe, og eventuelt referansegruppe. Dette gjøres via forsyningsavdelingen og henvendelser går direkte til

aktuell klinikkleder/avdelingsleder. Ansvar for å sikre deltagelse i anskaffelsene vil her sitte hos den respektive klinikk. I prosjektgruppen er man oppnevnt som regional prosjektdeltaker. Dette betyr at man som prosjektdeltaker representerer alle helseforetakene i Helse Midt-Norge. Klinikkleder i HNT gir den enkelte fagressurs mandat og fullmakt til å kunne fatte beslutninger på vegne av helseforetaket innen aktuelle anskaffelse, denne retten fraskriver HNT seg om vi ikke stiller med fagressurs i anskaffelsene.

Manglende deltagelse i disse prosessene vil også kunne medføre en redusert implementeringsevne i foretaket. Dette vil kunne påvirke foretakets avtalelojalitet, men HNT er forpliktet til å ta i bruk inngåtte avtaler selv om vi ikke deltar i anbudsprosessene.

Figur 8 - Ansvar i anskaffelsesprosess



3.1.1.4.2 Anskaffelser i HNTs regi

Anskaffelsesprosesser som kjøres i HNTs regi i den nye modellen, vil være anskaffelser som er for små til at sykehusinnkjøp ønsker å prioritere. Prosessen som er omtalt i dette punktet gjelder for:

- ad-hoc-anskaffelser sykehusinnkjøp ikke har ressurser til å gjennomføre
- enkeltkjøp under 100.000 som ikke umiddelbart er mulig å knytte opp mot større volumer
- rammeavtaler sykehusinnkjøp ikke har ressurser til å gjennomføre, eller som er så små i volum at det er lite hensiktsmessig at det gjennomføres av sykehusinnkjøp

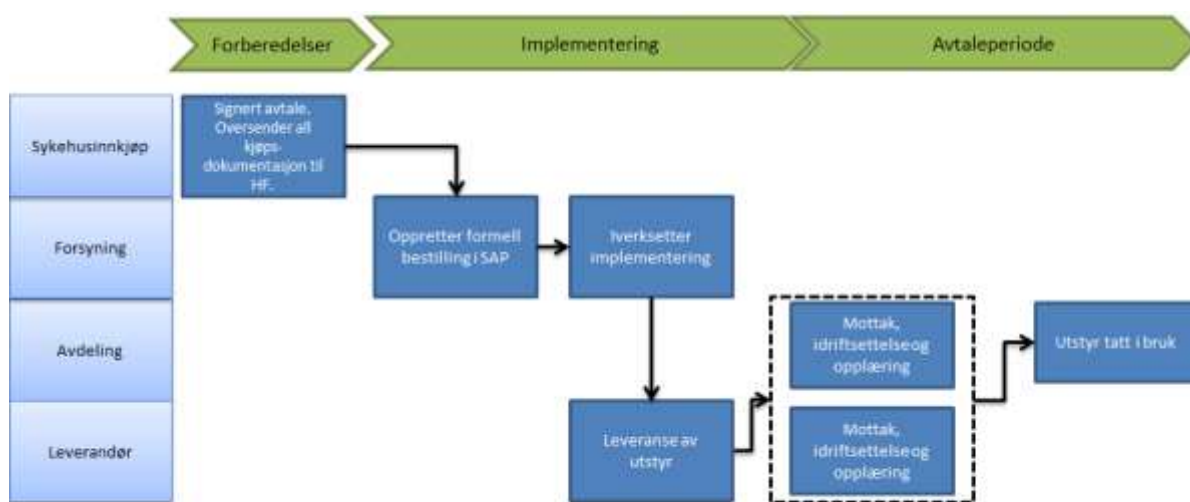
Anskaffelsesprosedyren som benyttes her er beskrevet i HNTs EQS, og representer ingen endring etter sykehusinnkjøp har kommet på banen.

3.1.1.5 Bestilling, lagring

Bestilling av utstyr/tjenester er selve ordren som går fra HNT til en leverandør om levering av et gitt antall definerte varer og/eller tjenester. Denne fasen av prosessen omfatter aktiviteter knyttet til avrop fra inngått rammeavtale eller kjøpsavtale. Den formelle bestillingen av utstyr/tjenester fra investeringskjøp, rammeavtaler og enkeltkjøp er HNTs ansvar.

Investeringer som er inngått av Sykehusinnkjøp vil bli overført til HNT ved beskrevet prosedyre i samarbeidshåndboken. Selve utstyret/tjenesten som skal anskaffes vil bli bestilt i SAP av innkjøper i forsyningsavdelingen. For mange av investeringene vil det være behov for koordinering av leveransedetaljer i forkant av en leveranse. Spesielt gjelder dette for investeringer av teknisk karakter.

Figur 9 - Bestilling og idriftsettelse ved investeringskjøp



Ad-hoc anskaffelser som er utført av sykehusinnkjøp vil håndteres lik for avsnitt over.

Rammeavtaler som er inngått av Sykehusinnkjøp vil bli overført til HNT ved beskrevet prosedyre i samarbeidshåndboken. Det er kritisk for avtalelojaliteten at brukerne gjøres kjent med avtalene i forkant av avtaleperioden, og at det er gode prosesser for implementeringen. Det skilles mellom teknisk og fysisk avtaleimplementering, hvor den tekniske avtaleimplementeringen tar for seg registrering av avtalens masterdata i SAP. Fysisk implementering er å gjøre brukere og lokale logistikk- og forsyningsentre klar for å ta i bruk avtalene. Den fysiske implementeringen kan omfatte opplæring. Det er HNT som står ansvarlig for implementeringen av alle avtaler.

Etter at en avtale er implementert, vil etterlevelse foregå ved avrop av produkter på rammeavtalen. Dette skal ivaretas av bestillerfunksjonen som er medarbeidere som har fått delegert myndighet, gjennom fullmaktsreglementet, til å ivareta denne funksjonen på vegne av sin seksjon/avdeling/klinikk.

Forutsetninger for gjennomføring av modellen:

Det er viktig at sykehusinnkjøp i forespørsel om oppnevning av fagressurs til prosjektgruppe og deltager i styringsgruppe gjør rede for omfang av anbudsprosessene, herunder omfang av møtevirksomhet/tidsbruk for fagressurser. Det er fra HF'ene i regionen meldt inn til Sykehusinnkjøp at det må tilstrebes at fagressursene benyttes godt og at merkantile oppgaver utføres av andre i prosjektgruppen. Skype møter for avklaringer er å foretrekke fremfor dagssamlinger. Det bør også komme klart frem hvilke produktkategorier det skal gjennomføres anskaffelser innen, her ønskes gjerne en oversikt over produkter som er omfattet av anbudet så fagmiljøene kjenner igjen hvilke produkter det er snakk om.

Den årlige anskaffelsesplan er et godt hjelpemiddel for å kunne planlegge uttak av fagressurser, det er i samarbeidshåndboken også avtalt at ressursforespørsler om fagressurser skal sendes ut senest tre måneder før oppstart av anbud.

3.1.2 Kartlegg hvor mange bestillere vi har pr i dag. Vurdere om vi bør redusere antallet

Bestillerfunksjonen i HNT skal støtte pasientbehandlingen gjennom at varer og tjenester skal være tilgjengelig til rett tid, pris, kvalitet og på en kostnadseffektiv måte som sikrer gevinstrealisering.

Bestillere må ha:

- Kjennskap til type varer som avdelingen benytter/utstyrskompetanse
- Bestiller kompetanse – kunne bestille varer ut fra system/retningslinjer i HNT/SAP
- Bestilleren må være tilgjengelig for å utøve rollen
- Bestilleren må ha lett tilgang til inngåtte avtaler

Bestillerfunksjonen ivaretas i dag av medarbeidere som har fått delegert myndighet gjennom fullmakts reglementet til å ivareta denne funksjonen på vegne av sin seksjon/avdeling/klinikk. I tillegg har vi innført forsyningskonseptet aktiv forsyning på forbruksvarer/medisinske forbruksvarer der forsyningsavdelingen har påtatt seg bestillerfunksjonen for å frigjøre pleiepersonell til pasientnært arbeid. Det må arbeides for utvidelse og økt bruk av aktiv forsyning til avdelinger hvor dette passer aktivitet og omfang.

Det bestilles varer og tjenester både internt i HNT, mellom foretakene i HMN og eksternt.

Våren 2016 innførte HNT nytt økonomi og logistikksystem (SAP), der vi fikk klart definerte roller og fullmakter for hvem som kan utføre bl.a bestilling av varer og tjenester. Ved innføringen av SAP ble 5 av 14 forsyningskjeder på logistikksiden integrert, de øvrige 9 forsyningskjeder er tenkt implementert gjennom fremtidige idriftsettelse, men kun forsyningskjede «legemidler» er besluttet implementert.

Følgende 5 forsyningskjeder er implementert:

Figur 12 – Forsyningskjeder Helse Midt-Norge

Forsyningskjeder implementert (5):

- **Forbruksvarer**
- **Medisinsk Teknisk utstyr (MTU)**
- **Helsetjenester**
- **Tjenester**
- **IKT**

Forsyningskjeder ikke implementert (9):

- **Sterilt sirkulasjonsutstyr**
- **Mat og næringsmidler**
- **Tøy**
- **Behandlingshjelpemidler**
- **MTU FDV**
- **Blod**
- **Utstyr**
- **Eiendom, bygg og anlegg**
- **Legemidler**

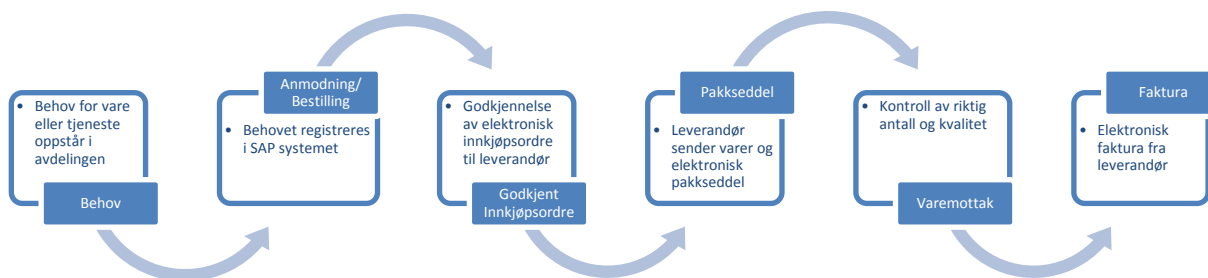
I SAP har vi (pr 21.11.17) 453 anmodere som kan bestille varer internt i HNT og ut mot eksterne leverandører. Disse anmoderne fordeler seg noe ulikt i de ulike seksjon-avdeling-klinikker:

Figur 13 – Antall anmodere pr seksjon

Klinikk	Antall			
	avdelinger	seksjoner	anmodere	anmodere pr seksjon
Klinikk for kirurgi	13	30	77	2,6
Klinikk for kvinne, barn og familie	4	10	40	4,0
Klinikk for medisin og rehabilitering	10	20	51	2,6
Klinikk for medisinsk service	5	14	69	4,9
Klinikk for prehospitale tjenester	3	11	17	1,5
Klinikk for psykisk helsevern og rus	5	28	56	2,0
Senter for intern service	5	17	99	5,8
Senter for virksomhetsstøtte og utvikling	4	12	33	2,8

I tillegg til en person som anmoder (legger bestillingen inn i system) må eksterne bestillinger godkjennes av anviser med godkjent fullmakt. Anmodning av varer internt i HNT (foretaksinternt) har stående anvisning/godkjenning.

Figur 14 – Innkjøp til betaling



HNT har klart definert bestillingsfullmakt utifra stillingskategori. Disse er lagt inn i SAP og anvisning/godkjenning av innkjøpsordre og faktura styres automatisk til riktig nivå. Samme fullmakts reglement gjelder også for alle bestillinger som skjer utenfor SAP, pga at forsyningskjeden ennå ikke er klargjort for bruk av SAP.

Figur 15 – Fullmaktshierarki HNT

Inntill	Anvisningsfullmakt
50.000	Seksjonsleder (4.nivå)
500.000	Avdelingsleder (3. nivå)
5.000.000	Klinikk/senter leder (2. nivå)
Over 5 mill	Adm.dir

Bestillinger utenfor SAP:

For bestillinger som foretas utenfor SAP, er ikke bestiller rollen godt nok definert og heller ikke fulgt opp godt. Enkelte system har felles bruker for bestilling og andre bestillinger kommer fra ansatte som oppdager behovet. Prosjektet har undersøkt ulike bestillingsalternativer utenfor SAP og kommer frem til at det er stor variasjon fra seksjon til seksjon i HNT på hvor sentralt styrt bestillingsfullmaktene er. Det er også variasjon i hvilken type bestillinger som foretas. Vi har nedenfor tatt for oss noen forsyningskjeder som ikke er implementert i SAP og har ulike bestillings system pr. i dag, eller benytter kun manuelle bestillinger pr telefon og mail.

For de forsyningskjeder som ikke er implementert i SAP, benyttes ulike bestillingsmåter:

- Plania for interne bestillinger av serviceoppdrag til eiendomsavdelingen
- Webportal for bestilling av matvarer fra kjøkken og møte mat
- Bestillinger på reparasjoner og vedlikehold til MTA
- Bestilling pr. mail og telefon
- Direktekjøp i butikk

Bestillinger til eiendomsavdelingen:

Dagens modell har flere kanaler for bestilling av brukertilpasninger og serviceoppdrag:

- Direkte kontakt med utfører/tilfeldige aksjoner (blir sjelden dokumentert hvis det tas på strak arm, tap av inntekt EA og manglende dokumentasjon)
- Telefonkontakt til håndverker medfører ofte manglende dokumentasjon og tap av inntekt fordi arbeidsordre ikke lages. Ved akutte hendelser skal teknisk vakt kontaktes (strømbrudd, lekkasjer osv).
- Melding/forespørsel på e-post. Som oftest gir det en arbeidsordre som resultat, men ikke alltid.
- Bestilling via bestillingsportalen i Plania – best for alle parter – Målsetting 100% bestilling via web.

I tillegg har vi for mange bestillere av interne oppdrag. Det fører også til at vi får flere henvendelser om samme behov/tiltak. Dette gir merarbeid i avklaringsfasen. Det må differensieres mellom ulike typer oppdrag.

- Daglig vedlikehold/vaktmestertjenster må være enkelt å få gjennomført og få bestilt.
- Husleieavtalen forklarer hva som er dekket av denne avtalen og hva som må bestilles for avdelingens regning. Alle bestillere må ha kunnskap om innholdet her.

Med bestillere som er tett på egen avdelingsleder, vil ansvar for innhold og økonomi komme bedre under kontroll. Videre så må den som mottar bestillingen vurdere innholdet og i noen tilfeller dobbeltsjekke om ting skal iverksettes. Enkle regler for dette kan være:

- Må være enkelt og tilrettelagt for brukerne ved å benytte bestillingsportalen i Plania. Opplæring må vurderes for å få økt lojalitet til verktøyet.
- Må være begrenset antall brukere (ledere) for bestilling av større planlagte oppdrag. Kartlegging må være gjennomført og økonomi avklart før bestilling.
- Må kunne prioritere (hastegrad) på bestillinger. Legges inn i Plania med dato for iverksetting og ferdigstilling – gir forutsigbarhet og redusert ressursbruk.

Ved å strukturere og standardisere bestillerfunksjonen for oppdrag til eiendomsavdelingen vil en kunne avverge bestilling av oppdrag som ikke er klarert med budsjettansvarlig før eiendom starter jobben med oppdraget. En vil også kunne frigjøre ressurser på så en får utført flere oppdrag. Ved en reduksjon i interne ordre på 5% vil dette utgjøre ca kr 400' i redusert kostnad.

Bestillinger til kjøkken:

Det er ikke definert noen klare bestillere mot kjøkkenet, de ekspederer de bestillinger som mottas, bare det er påført avdeling og kostnadssted.

- Avdelinger med inneliggende pasienter bestiller måltider til pasienter med matkort
- Mat til dag pasienter og andre enkle bestillinger bestilles via Web portal
- Møtemat bestilles via bestillingsskjema på innblikk

Bestilling på nett fungerer godt iflg de avdelinger prosjektet har vært i kontakt med.
Det er ikke klart definerte bestillere for matbestilling i avdelingene.

Bestillinger på reparasjoner og vedlikehold til MTA

Bestillinger til MTA pr i dag

- De fleste henvendelser til MTA skjer pr telefon og omfatter serviceoppdrag samt bestilling av forbruksmateriell tilknyttet MTU (Eks: blodtrykksmansjetter, EKGkabler, SPOsensorer)
Telefonisk henvendelse til MTA ved hasteoppdrag.
- MTA har en felles e-postadresse som kan benyttes ved oppdrag som ikke haster, et fåtall benytter denne. Mail sendes i de fleste tilfeller direkte til personell ved MTA – omfatter bestilling/serviceoppdrag som ikke haster.
- Noe MTU leveres direkte til MTA
- Henvendelser til MTA gjøres av alle typer personell, ikke bare ledere eller andre med delegert bestillerfunksjon.

Bestillinger til MTA - fremtidig praksis

- Hasteoppdrag bør fortsatt gjøres pr telefon til MTA.
- Henvendelser til MTA gjøres av leder for avdeling/seksjon i klinikkene eller annen person med delegert ansvar.
- Elektroniske henvendelser
Medusa er et system der MTA pr i dag har oversikt over alt MTU samt vedlikehold/service; med tilgang for ledere avdelinger/seksjoner.
Medusa har en henvendelsesmodul der web-brukere kan melde inn saker til MTA – men modulen er ikke virksom pr i dag. MTA ser for seg at man kan ta i bruk henvendelsesmodulen i Medusa for oppdrag som ikke haster. (bestillinger/vedlikehold)

Direktekjøp i butikk (kjøp uten bestilling) for utgifts refusjon gjennom regnskap/lønn. Dette kan i utgangspunktet virke som en kostnadseffektiv anskaffelse, men regner man med transaksjonskostnaden ved fakturahåndtering (anslått til ca kr 800 pr faktura) og arbeidstiden til personen som utfører innkjøpet, vil kjøpene bli relativt mye dyrere.

I 2017 ble det i HNT utbetalt ca 440 utgifts refusjoner med en total kostnad på 1,2 millioner. Dette prosjektet ser ikke på budsjett disponeringen til den enkelte klinikk, men mener det bør settes inn tiltak for å redusere kostnadene vi har ved innkjøp og transaksjonskostnadene ved faktura/utleggs håndteringen. I tillegg er det viktig at vi forholder oss til inngåtte rammeavtaler.

Ved å pålegge bruk av rekvisisjon/innkjøpsordre for innkjøp, vil vi sikre godkjenning av bestillingene før de effektueres. Det vil sikre at innkjøpsordrene knyttes til inngåtte rammeavtaler som igjen vil gi en høyere avtalelojalitet. For utlegg knyttet til reise bør en pålegge at reiseregning benyttes i stedet for utgifts refusjon.

Ett forholdsvis lavt anslag på innsparings potensiale ved innkjøps og transaksjonskostnadene for denne type direkteinnkjøp ligger på ca 250 tusen pr. år.

Bestilling pr mail og telefon. Noen bestillere velger fortsatt å benytte mail og telefon for å bestille varer/tjenester. Dette er en utfordring da disse bestillingene genererer ekstraarbeid/utgifter og vi har vanskeligheter med å dokumentere at våre innkjøp følger inngåtte rammeavtaler. Kjøp utenfor systemet (SAP) genererer fakturahåndtering i etterkant med attestant og anvisere. Disse kjøp omtales som Non'PO (kjøp uten innkjøpsordre i SAP)

Ved å benytte SAP til bestilling får vi en godkjenning av kjøpene før vi har forpliktet HNT (se figur 14), foretar vi bestillingene på mail og telefon vil HNT i enkelte tilfeller bli forpliktet uten at det foreligger en godkjenning fra person med fullmakt. I tillegg får vi ikke utnyttet funksjonaliteten i SAP med automatisk fakturamatch ved forhåndsgodkjenning av innkjøpsordre.

I 2017 ble det registrert i overkant av 23.000 fakturaer som ikke var knyttet til innkjøpsordre i SAP (bestilling gjort utenfor systemet). Transaksjonskostnad ved manuell fakturahåndtering i SAP, er mye høyere en om en hadde en allerede godkjent innkjøpsordre å matche fakturaen mot. Ved å anslå en reduksjon på 75% av beregnet transaksjonskostnad på fakturahåndtering (75% av kr 800,-) vil en kunne anslå ett besparingspotensiale på denne kostnaden for HNT.

Ved å få 20% av disse 23.000 faktura (4.600) inn som en godkjent innkjøpsordre, ville dette gitt en innsparing på over 2,5 mill, fordelt på ulike avdelinger i HNT, forutsatt at frigjort tid blir tatt ut eller omsatt til annen tjenesteproduksjon.

For å øke innkjøpene gjennom SAP må det jobbes med opplæring, samt forbedring av bestiller funksjonaliteten i SAP. Dette vil redusere innkjøp utenom SAP, tidsbruken for å gjøre innkjøpene i SAP og noe som frigjør ressurser til pasientbehandling.

Eksempler på forbedringer i SAP:

- Varekataloger må utbedres (bedre varebeskrivelser og mer bilder)
- Arkiv/søkefunksjonen bør forbedres, dra nytte av tidligere bestillinger
- Forpakkingsstørrelser, artiklene må ha hensiktsmessig forpakkingsstørrelse for avdelingene.

Bestilling av låneutstyr

Bestilling og inngåelse av avtale for låneutstyr, er viktig for å opprettholde daglig drift og den faglige utviklingen i HNT. Dette gjelder utprøving av utstyr, samt lån av utstyr for å dekke

midlertidige behov. I fullmakts reglementet er avdelingsleder på 3. nivå gitt bestillerfullmakt og klinikkleder gitt anvisningsmyndighet for bestilling av låneutstyr.

Investeringer

Investeringsanskaffelser initieres ved at alle avdelingene melder og prioriterer sine behov til klinikkleder. Parallelt med dette holder medisinskteknologisk avdeling (MTA) oversikt over utstyrsparken for medisinskteknisk utstyr (MTU). Dersom behovet er akutt, som for eksempel ved havari, vil anskaffelse måtte iverksettes umiddelbart. Det er beskrevet egen prosess for dette tidligere i dokumentet.

Alle investeringer som ikke er akutte vil inngå i årlig budsjettprosess for foretaket. I budsjettprosessen vil MTA komme med anbefalinger for utskiftninger av MTU. Leder for MTA, klinikkledere (utstyrsutvalg) og fagsjef sørger for at alle aktuelle investeringer gjennomgår en rangering/prioritering og får prioritert investeringsplan besluttet. Dette blir så videreformidlet til forsyningsavdelingen som sammenstiller hele HF'et investeringsbehov og oversender dette til sykehusinnkjøp. Det er klinikklederne som bestiller investeringsanskaffelsene.

Ofte vil investeringer i medisinteknisk utstyr generere ombygginger av bygninger og teknisk infrastruktur. Erfaringer her er at forarbeid og kartlegging av dette ikke gjøres godt nok. Årsak er at man har fokus kun på selve utstyrsinnkjøpet da dette er mest interessant for bestiller. Konsekvens av dette er at man pådrar seg ekstrakostnader ved gjennomføringen og at budsjettkontroll er vanskelig. I tillegg generer uforutsette hendelser her ekstra timeforbruk for alle fag som er involvert. For å bedre på dette bør alle prosjekteiere gjennomføre en analyse av investeringen og benytte en sjekkliste for alle fagområder til dette. Budskapet er at ved alle innkjøp av medisinteknisk utstyr og ved behov for tilpasninger i avdelingen, må det nedsettes en gruppe personer som kan planlegge helhetlig. Involvering av fagressurser fra Eiendomsavdelingen på et tidlig stadium er viktig her. Tiltakene vil bidra til at vi får kontroll på prosess og økonomi, og derigjennom en optimal utnyttelse av tilgjengelige ressurser.

Det er tidligere foreslått å opprette en prosjektleder stilling i HNT for å ivareta alle interesser og kostnadselementer ved større investeringsprosjekter i MTU. I dagens prosedyre er det avdelingen som skal foreta investeringen som har dette ansvaret, men på større prosjekter ser vi at det ville vært hensiktsmessig og kostnadsbesparende og ha en prosjektleder her.

Oppsummering: Kartlegge antall bestillere i dag, bør vi redusere antallet:

- HNT har mange anmodere/bestillere i SAP
 - o Antallet bør reduseres
- Interne bestillinger kommer i mange kanaler (telefon, mail, fellespostkasser, bestillingssystem med fellesbrukere osv) og fra mange ansatte.
 - o Bestillingene bør struktureres
 - o Antall bestillere bør reduseres og samkjøres med SAP bestillere
- Mange bestillinger pr telefon og mail (23.000 faktura i 2017)
 - o Bestillingene bør inn i SAP (de som kan)
 - o Vil redusere antall bestillere
- Kjøp for utgifts refusjon har høye transaksjonskostnader
 - o Kjøp uten rekvisisjon bør unngås
- Investeringsanskaffelser bestilles av klinikkleder og utføres av Sykehusinnkjøp
 - o Forsyningsavdelingen koordinerer mot Sykehusinnkjøp

3.1.3 Definere hvem som skal være bestillere HNT. Dette skal ses i sammenheng med nytt fullmaktreglement for foretaket.

Det er viktig at den enkelte klinikk/avdeling/seksjon har tilstrekkelig med bestillere for å støtte pasientbehandlingen gjennom at varer og tjenester skal være tilgjengelig til rett tid, pris, kvalitet og på en kostnadseffektiv måte som sikrer gevinstrealisering.

Hovedregelen er at alle bestillinger skal gjennomføres i SAP.

For å frigjøre tid til pasientarbeid er det viktig at forsyningsavdelingen får benyttet sin bestiller kapasitet og kompetanse, gjennom avdelingens operasjonelle innkjøpere. De har god innsikt i gjeldende lokale, regionale og nasjonale innkjøpsavtaler, men må benytte fag kompetanse /kunnskap i de enkelte spesial avdelinger for å få til en effektiv forsyning.

- Den enkelte budsjettansvarlig (ref. fullmaktsreglementet) er ansvarlig for hvem i egen enhet som kan foreta anmodninger/bestillinger i SAP.
- Den enkelte budsjettansvarlig kan delegere bestillerfunksjonen, maks 2 bestillere pr seksjon.*
- I kategori IKT utstyr er bestillingsfunksjonen tildelt en person pr klinikk.
- Det skal foreligge navneliste over delegert bestillerfunksjon.
- Bestillerfunksjonen gjelder både interne og eksterne bestillinger.
- Alle interne/eksterne bestillinger skal anvises/godkjennes før effektivering, ref. fullmaktsreglement

Den enkelte klinikk definerer sine bestillere ut i fra disse retningslinjer.

**Enkelte spesialavdelinger har flere bestillere, ref. eget punkt i fullmakts reglementet.*

3.1.4 Redusere antall bestillere til **300** i HNT

Det foreslås en opprydding i bestiller rollen i den enkelte klinikk, avdeling og seksjon. Enkelte har pr i dag mange definerte bestillere i SAP. En profesjonalisering av bestillerfunksjonen vil gjøre det lettere å forholde seg til SAP og inngåtte avtaler.

Den største effekten har HNT ved å sammenstille bestillerfunksjonen i foretaket, dvs at det kun er de definerte bestillere som kan bestille varer/tjenester på vegne av HNT, både internt og ekstern. For interne bestillinger som ikke er lagt inn i SAP, får den utførende enhet (eks eiendom, kjøkken, osv) en kontrollerende rolle mht bestillerfullmakt.

En reduksjon fra dagens bestillere ned til maksimalt 2 pr seksjon vil utgjøre ca 150 færre SAP bestillere i HNT. På sikt vil dette redusere lisenskostnaden i SAP, eller i hvert fall redusere økte lisenskostnader etter hvert som vi tar i bruk SAP innen flere forsyningskjeder.

På områder der vi pt ikke har definerte bestiller roller vil det måtte jobbes for en systemløsning (eks plania, medusa, tøy og kjøkken) med personifisert pålogging, vi vil med dette få en bedre oversikt over bestillerfunksjonen.

Fordeler med å redusere antall bestillere i HNT (150 færre SAP bestillere):

- Profesjonalisering av bestillerfunksjonen*
- Felles bestillere uavhengig av system (SAP, Plania, kjøkken, Medusa etc)
- Tidsbesparende, mer tid til pasientarbeid
- Mer bruk av superbrukere og operasjonelle innkjøpere i forsyningsavdelingen
- Lavere lisenskostnader

**Det forutsettes at det jobbes kontinuerlig med å øke brukervennligheten i SAP.*

3.1.5 Øke avtale dekningen i HNT til **90** prosent.

Hensikten med å øke avtaledekningen er å effektivisere anskaffelser samt å sikre at en større andel anskaffelser er dekket igjennom en fastlagt ramme. En høy avtaledekning øker sannsynligheten for at anskaffelsene er gjennomført i henhold til hovedprinsippene i lov- og forskrift for offentlige anskaffelser samt virksomhetens anskaffelses prosedyre. Videre vil en høy avtaledekning føre til reduserte følgekostnader, da kjøp utenom avtale har en større sannsynlighet for at kjøper har dårligere vilkår rundt garantitid, dårligere betalingsbetingelser og lite fastlagte rutiner for leveranse.

Effektiviseringen skjer i første omgang i form av at priser, kvalitet, betingelser og mengder blir fastlagt for en periode. Videre fører økt avtaledekning til en positiv effekt ved at den reduserer foretakets transaksjonskostnader. Dersom et produkt/tjeneste er dekt av en avtale, er det ikke behov for å gjennomføre en forutgående prosess, men enkle avrop fra avtalen hvor mengde og type/kvalitet blir de eneste faktorene avdelingene trenger å bestemme seg for i forkant av en bestilling.

Spesielt for teknisk kompliserte kjøp (som MTU) er det en stor fordel å ha en så høy avtaledekning som mulig, da det foreligger mange punkter som må avklares i forkant, selv for kjøp av små innkjøpsvolum.

Det samme gjelder avtaledekning på IT-programvare som er knyttet til medisinskbehandling, her tilsier utviklingen at man får stadig mer programvare inn i virksomheten knyttet til medisinteknisk utstyr. Bestillerfunksjonen her er knyttet til behandler i virksomheten og innkjøp skjer basert på en medisinfaglig vurdering, noe som er helt riktig. Likevel må det med rimelig sikkerhet kunne påstås, at det på dette området er et potensiale for å kunne oppnå gevinster gjennom å etablere rammeavtaler i forkant, og systematisk leverandøroppfølging i etterkant av anskaffelse.

Sykehusinnkjøp, RHF og HF har et felles ansvar for å øke avtaledekningen i Helse Midt-Norge. Prosessene som gjennomføres i forbindelse med avtaleinngåelse vil medføre at klinikker/avdelinger vil måtte avgi fagressurser til deltagelse. Dette for å sikre tverrfaglighet i anskaffelsene, slik at fagfolk blir involvert i anskaffelser og sikrer at kvalitet og produkt blir riktig. For å øke avtaledekningen er det nødvendig å gjennomføre analyser på kjøpsvolum knyttet mot ulike leverandører. Dette for å kunne ha et bevist forhold til hvilke produkter, leverandører og områder det er mest hensiktsmessig å ha avtaler på.

Behovsinnmeldingen til regionale anskaffelser kommer fra ulike parter, i samarbeidshåndboken mellom Sykehusinnkjøp og HF'ene er følgende områder nevnt som aktuelle.



Behovsanalyse innen eget foretak

En ABC-analyse vil i første omgang kunne gi et godt bilde på hvor HNT skal fokusere på behov fra eget foretak. ABC-analysen er en modell benyttet i mange bedrifter/foretak for å kunne avgjøre hvilke leverandører/produkter det er viktig å ha fokus på. Den følger Pareto's lov om 80-20 skjevfordeling. For anskaffelser kan kjøpene deles inn i 3 klasser: A, B, og C.

- A-produkter er produkter som utgjør typisk 10-15% av alle kjøp, men som står for rundt 80% av alt volum i verdi.

- B-produkter er produkter som utgjør typisk 15-30% av alle kjøp, men som står for rundt 15% av alt volum i verdi.
- C-produkter er alle resterende kjøp, typisk 65-75% av alle kjøp, men som står for bare rundt 5% av alt volum i verdi.

Å ha fokus på alle A- og B- produktene kan det derfor oppnås en avtaledækning på 90-95% ved kun å ha fokus på de 25-45% kjøpene med størst verdi. Å fokusere på alle kjøp som kommer inn under C-gruppen vil være mer ressurskrevende i forhold til gevinst sammenlignet med avtaler i A- og B-gruppen. De største effektene i reduserte priser og reduserte følgekostnader kommer i rekkefølgen A, B og C. Det vil fortsatt være gunstig å ha avtaler for enkelte kjøp utført innenfor C-gruppen, men her er transaksjonskostnaden for avtaleinngåelse mye større.

Sykehusinnkjøp viktig premissgiver til økt avtaledækning

I oppdragsdokumentet til Sykehusinnkjøp så står det følgende rundt dette med avtaledækning som en del av overordnet krav:

«Synliggjøre avtaledækning for hver region, både innenfor kategoriene og som lovlige avtaler av totalt inngåtte avtaler. I tillegg skal det utarbeides handlingsplan med mål om høy avtaledækning for hver enkelt region.»

For å kunne svare ut oppdragsdokumentet har Sykehusinnkjøp iverksatt en jobb for å få en første oversikt over dekningen. Her ser de på anbudspakker innenfor innkjøpskategoriene. Denne vil imidlertid ikke inneholde tall, men kun markert med farge for å vise at det innenfor anbudspakken finnes en avtale enten lokalt, regionalt eller nasjonalt. Det vil være en rapportering med mange premisser. Det vil etter hvert som man får utarbeidet ett mer pålitelig datagrunnlag bli rapportert på avtaledækning fra Sykehusinnkjøp.

Det arbeides hardt i sykehusinnkjøp for å oppfylle oppdragsdokumentet rundt avtaledækning, men de er fortsatt ett stykke fra å ha dette klart. Utfordringen med å sammenstille den totale avtaledækningen er kompleksiteten knyttet til bestillings metoder, systemer og type avtaler lokale, regionale og nasjonale.

Det er ikke kommet noen offisielle rapporter på avtaledækningen til det enkelte foretak, men en kikk i førsteutkastet av en analyse ser vi at HNT har treff innenfor ca 35-40% av innkjøpskategoriene, men man har ikke systemer som viser hvor stor total avtaledækning HNT har målt i kroner (omsetning).

For å komme opp mot 90% avtaledækning er det helt nødvendig at **sykehusinnkjøp har kapasitet** til å gjennomføre det ønskede antall anskaffelsesprosesser for avtaler. Videre er det avgjørende at **HNT klarer å stille med fagressurser** i alle anskaffelsene der det er nødvendig, slik at avtalen blir sikret riktig kvalitet på produktene og implementeringsarbeidet vil kunne gjennomføres på en god måte.

Estimat for lavere varekost ved økt avtaledækning

Ved beregning av estimat for besparelse har vi tatt utgangspunkt i en avtaledækning på 30%. (Medikamenter, Laboratorierekvisita er holdt utenfor pga tilnærmet 100% avtaledækning og 100% lojalitet)

Estimert vil det være ca 120 millioner innen eksterne varekostnader som HNT vil kunne få en økonomisk effekt av ved å øke avtaledækningen med gode avtaler. Beregningen forutsetter 100% avtalelojalitet.

Estimert beregningsgrunnlag varekostnader	120 000	120 000	120 000
Estimert avtaledækning	60 %	80 %	100 %
Økt volum på dekning	36 000	60 000	84 000
Estimert kostnadsbesparelse 2,5%	900	1 500	2 100
Estimert kostnadsbesparelse 5%	1 800	3 000	4 200
Estimert kostnadsbesparelse 10%	3 600	6 000	8 400

Viktige faktorer for å øke avtaledækningen:

- Sykehusinnkjøp, RHF og HF har ett felles ansvar for å øke avtaledækningen i regionen
- Gode totalrapporter for avtaledækning (uavhengig av system)
- Riktig behovsinnmelding og prioritering av anbudsprosesser
- Kapasitet sykehusinnkjøp
- HNT klarer å stille med tilstrekkelig fagressurser, samt styringsgruppe

3.1.6 Øke avtalelojaliten i HNT og sørge for at innkjøpene gjennomføres med SAP.

Avtalelojalitet måler i (%) hvor stor grad inngåtte avtaler benyttes ved anskaffelse av varer og tjenester. Det jobbes med å få på plass gode rapporteringer på både avtaledækning og avtalelojalitet, rapporter som tar med seg innkjøp i SAP og øvrige system. Pr i dag har vi kun rapportering på dette fra de innkjøp som gjennomføres i SAP.

Pr. januar 2018 var avtalelojaliteten for innkjøpsordre i SAP 94%, utifra en avtaledækning på 26%. Det er tekniske utfordringer knyttet til den beregnede avtaledækningen i SAP, så den reelle ligger nok noe høyere enn dette tallet.

Målet er å oppnå avtalelojalitet tett oppunder 100% og at brukerne er fornøyd med de varer og tjenester som tilbys.

Avtalelojalitet til inngåtte rammeavtaler er i all hovedsak avhengig av 4 faktorer:

- **Brukertilfredshet** - Brukeren må ha tiltro til at produktet oppfyller minimumskrav til bruk. Dette kan kun sikres ved en sterk faglig deltagelse i anskaffelsesprosjektene. Det er derfor viktig at deltagerne er kompetente til å avgjøre hva som er nødvendig kvalitet. Det må også være en grad av tverrfaglighet i deltagelsen, slik at det sikres at hele livsløpet for kjøpet blir ivaretatt. Den som skal gjøre vedlikehold eller lignende må også ha tiltro til produktet. Klinikene har derfor et ansvar for å stille med riktig ressurs til de ulike anskaffelsesprosessene.

- **Kjennskap til avtalen** – Det må være slik at bestillerne har kjennskap til avtalene, og har oversikt over hvilke avtaler som er relevant for deres avdeling. For å sikre at avtalene blir kjent ut i avdelingene, er det nødvendig med en god implementering. I implementeringsprosessen får brukere mulighet til å gjøre seg kjent med produkter som er knyttet til rammeavtaler, og opplæring til å kunne benytte produktene som omfattes av avtalen. Forsyningsavdelingen har ansvaret med å sørge for god implementering, samt at avtalene for de ulike klinikkene/avdelingene er kjent.
- **Enkle avropsmekanismer** – Det må oppleves enkelt for brukerne å få bestilt produktene fra avtalen. Ved å sørge for god opplæring av bestillerne i SAP, vil det i første omgang kunne gi en stor effekt ved at brukerne vil frigjøre sin egen ressurs til å kunne gjøre andre ting enn til å håndtere bestillinger. Et redusert antall bestillere vil igjen føre til at bestillerne utfører dette oftere, og dermed er sikrere i rollen.
- **God avtaleforvaltning** – Organisasjonen må kunne forvente å få den hjelpen de trenger fra leverandøren, og dermed også kunne løse de oppgaver produktene/tjenestene i avtalen er tiltenkt å gjøre. Dersom en leverandør ikke er proaktiv nok eller ikke hjelper brukeren i tilstrekkelig grad, vil risikoen for illojalitet i avtaler øke.

Utfordringen ligger i de innkjøpsavtaler som ennå ikke er implementert i SAP, her må man sørge for en god implementering, tilgjengelighet til avtalene og at forsyningsavdelingen benyttes til bestilling. Pr. i dag ligger avtalene tilgjengelig i passord beskyttede Innkjøpsportalen og ProWeb og inneholder både lokale, regionale og nasjonale avtaler med produkter og priser. Helseforetakene i HMN har gitt tilbakemelding om at dette ikke er en tilfredsstillende tilgjengeliggjøring og det jobbes nå med en portal der den enkelte bestiller kan finne gyldige avtaler innen sitt fagfelt.

Avtalelojalitet på personlig it-utstyr oppfattes å være god i dag, gjennom eksisterende bestiller organisering, der HNT har kun en IT-bestiller pr klinikk og alle bestillinger blir gjennomført i SAP. Avtalelojalitet på nye løsninger(systemer) kan være en utfordring. Anskaffelse av nye løsninger som går via Hemit er OK, disse henvises tilbake til IT-sjef for godkjenning og HNT har kontroll på lojaliteten oppimot eksisterende innkjøpsavtaler. Anskaffelse av løsning tilknyttet medisinsk utstyr er vanskeligere.

Det bør etableres ett system i HNT, som administreres av forsyningsavdelingen, der hver innkjøpsavtale får ett tydeligere eierskap. Det eksisterer pr. i dag avtaler der HNT ikke har ett klart nok avklart eierskap og da blir implementeringen og lojaliteten til avtalene ikke godt nok fulgt opp.

Arbeidet med avtalelojalitet må ha forankring i foretaksledelsen, da det i enkelte tilfeller vil kunne medføre endrede arbeidsprosedyrer å forholde seg til inngåtte rammeavtaler. Ny avtale om kredittkort er en avtale som kunne vært bredere implementert. Men pga litt uklart eierskap til avtalen er denne videreført etter samme lest som tidligere. Her ville en implementering av andre elementer i avtalen kunne ført til endrede arbeidsprosesser.

Dersom ett avtaleprodukt ikke kan benyttes av faglige og/eller tekniske årsaker, så skal dokumentasjon fremskaffes og godkjennes av klinikkleder, jfr EQS prosedyre.

Viktige faktorer for økt avtalelojalitet:

- **Fagressurser fra HNT** med i anbudsprosesser, sikrer god brukertilfredshet
- **Kjennskap til avtalene**, god avtaleimplementering og god tilgjengelighet avtaler
- **Færre bestillere og enkelt å velge avtaleprodukter i SAP**
- **Tydelig eierskap til inngåtte avtaler i HNT**
- **God forvaltning av avtalen**
- **Kjøp utenfor eksisterende avtale** krever godkjenning fra klinikkleder, ref. EQS prosedyre

4 Økonomi

Det er ikke lagt opp til en kostnadskrevende prosess for å gjennomføre dette delprosjektet. Arbeid og reisevirksomhet dekkes innenfor det ordinære driftsbudsjettet der den enkelte arbeidsgruppedeltager er ansatt.

Estimert tidsforbruk: Møtevirksomhet / egeninnsats

	August	September	Oktober	November	Desember	Januar	Februar	Mars	
9 prosjektdeltagere, snitt 75% oppmøte	4	6,75	6,75	6,75	6,75	6,75	6,75	6,75	
Antall møter	3	4	4	2	3	3	6	5	
Snitt timer pr møte	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	
Arbeid mellom møtene	10	10	10	10	10	20	30	70	
Timeforbruk pr mnd	28	50,5	50,5	30,25	40,175	50,175	90,75	120,625	
Sum estimert antall timer i prosjektet									461,375
Estimert timekostnad inkl sos avg	438	438	438	438	438	438	438	438	
Sum estimert prosjektkostnad, personell	12 259	22 111	22 111	11 245	17 678	22 056	39 734	52 814	202 007

5 Leveranseforløp

Prosjektet er noe forsinket med sluttleveransen. Det har til tider vært utfordrende å få fremdrift i delprosjektet da prosjektdeltagerne har prioritert driftsoppgaver i en hektisk produksjons periode. Det har vært enighet i prosjektgruppen om prioriteringene, men det har gått utover fremdriften i prosjektet.

Opprinnelig prosjektplan:

Milepæl		Ferdig innen	Forslag i prosjekt gruppen
1	Fremdriftsplan utarbeidet.		
2	Omforent modell/prosesskart over hvordan bestilling og innkjøp er ferdig	01.01.2018	Uke 51
3	Det er fremlagt en anbefaling på antall bestillere til XX i HNT - Fordelt på ulike nivå/bestillingsalternativer	15.01.2018	Uke 2
4	Definert hvem som skal være bestillere HNT - Utfordring til klinikker	13.04.2018	Uke 15
5	Øke avtaledekningen i HNT til XX prosent - Fremskriving, avhengig av sykehusinnkjøp	15.01.2018	Uke 2
6	Fremlagt forslag til tiltak som skal bidra til å øke avtalelojaliten i HNT og sørge for at innkjøpene gjennomføres med SAP	02.02.2018	Uke 5
7	Diskusjon i foretaksledelsen og de berørte fagmiljø/klinikker	28.02.2018	Uke 9
8	Beslutning av direktør, og utarbeidet styresak	02.03.2018	Uke 9
9	Ferdig styrebehandlet (orienteringssak)	12.03.2018	Uke 11

6 Forløpet i prosjektarbeidet

6.1 Styring

Delprosjektet har ikke vært involvert i styringsgruppas møter.

Delprosjektleder har gjort fortløpende avklaringer og rapportert til prosjektleder og øvrige delprosjektledere. Forslag til sluttrapport legges frem for styringsgruppen.

6.2 Informasjon

Delprosjektet har levert statusrapport til prosjektleder.

Delprosjektet har levert estimert besparingspotensiale ved økt avtaledekning til styremøte sept. 17

Delprosjektgruppen er sammensatt av berørte klinikker (kirurgi, medisin, senter for intern service).

Alt prosjektmateriell ligger åpent og tilgjengelig på intranett.

Det er ikke foretatt øvrige informasjons runder om dette delprosjektet spesielt.

Det gjennomføres en høringsrunde på dokumentet før det presenteres for styre i HNT.

6.3 Oppsummering av utfordringene ved gjennomføringen

Det kunne med fordel vært bedre kommunikasjon og samarbeid mellom ulike delprosjekter innen bærekraft 22. Ulik fremdriftsplan og arbeidsmetodikk har gjort dette utfordrende, samt at vi fra oppstart ikke har vært dette bevist nok.

Det er utfordrende å drive prosjektarbeid samtidig med ordinær drift, med fordel kunne prosjektet engasjert prosjektsekretær i større grad tidlig i prosjektet. Dette hadde fritatt prosjektdeltagerne all produksjon av materiell/innhold selv.

I innspurten av prosjektarbeidet har det vært svært høy pasientaktivitet på sykehusene og det sammenstilt med høy aktivitet og mange prosjektmøter, har litt lavt oppmøtet på enkelte prosjektmøter

hindret god fremdrift i prosjektet. Det har også vært noe mangelfull organisering av prosjektmøtene, noe jeg som delprosjektleder tar ansvaret for.

7 Anbefalt oppfølging

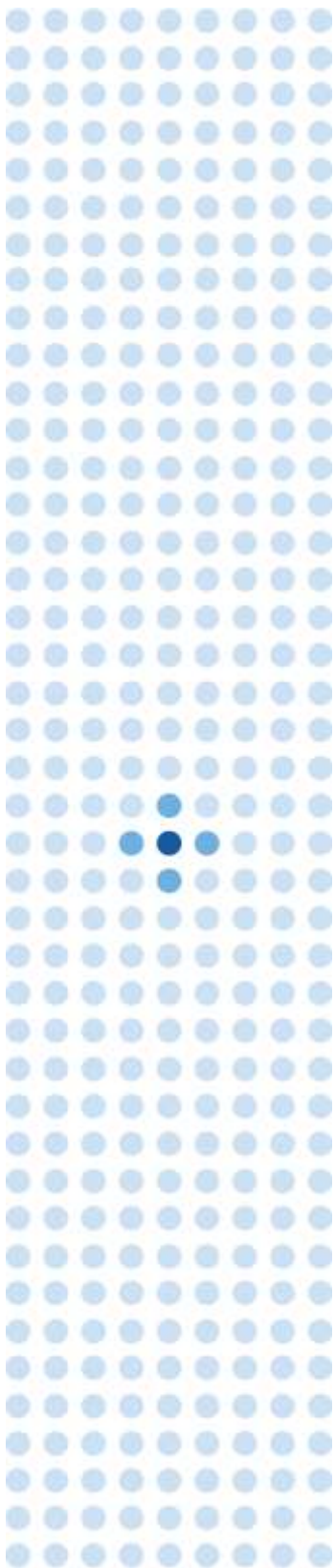
7.1 Oppfølging etter endt delprosjekt

Det anbefales at det utarbeides oppdrag til den enkelte klinikk/senter der de forplikter seg til å gjennomføre de leveranser/endringer som foreslås i delprosjektet.

- Redusere antall anmodere/bestillere pr. klinikk, maks 2 pr. seksjon
- Utarbeide og innføre rutiner som sikrer at kun de med bestillingsfullmakt foretar bestillinger
- Bidra til at det etableres og følges opp rapportering/indikatorer innen:
 - o Avtaledekning
 - o Avtalelojalitet
 - o Antall bestillere/anmodere
 - o Andel faktura uten innkjøpsordre (bestilling foretatt utenfor SAP)
 - o Avdelingsrapporter forbruk varekostnader, tjenester osv

HNT bør foreta benchmarking opp i mot andre Sykehus for å lære om deres vare/tjenester logistikk og ha som mål å etablere beste praksis i HNT.

Det bør også vurderes om en skal forenkle fakturagodkjenningen, der transaksjonskostnaden er høyere enn den reelle fakturakostnaden. Tolketjenester er ett eksempel på dette.



HELSE  MIDT-NORGE

 SYKEHUSINNKJØP

Samarbeidshåndbok Sykehusinnkjøp – Helse Midt-Norge
Utarbeidet av: Arbeidsgruppe Sykehusinnkjøp – HMN
Godkjent av: Strategisk innkjøpsforum

Endringer (logg overordnet endringer i de enkelte versjonene)

Versjon	Initialer	Dato	Endringer / Avklaringer
1.0	RØ	12.12.17	Versjon 1.0 til behandling i Strategisk innkjøpsforum 15.12.17
1.1	RØ	05.01.18	Mindre presiseringer som ble mottatt ved godkjenning i Strategisk innkjøpsforum 15.12.17 er innarbeidet

Innhold

1	Innledning	5
1.1	Formål	5
1.2	Ansvar	5
1.3	Omfang	5
1.4	Aktørene	6
1.5	Ansvarsmatrise	6
2	Styringsmodell og organisering	7
2.1	Styringsmodell	7
2.2	Organisering og overordnet ansvar	9
2.2.1	Helse Midt-Norge RHF	9
2.2.2	Driftssenteret for Logistikk og Økonomi (DSLØ)	10
2.2.3	Helseforetakene	10
2.2.4	Sykehusinnkjøp HF	11
2.3	Møtestrukturer	11
2.3.1	Strategiske møter	12
2.3.2	Taktiske møter	12
2.3.3	Operative møter	12
2.3.4	Møteforum i Helse Midt-Norge	13
2.4	Roller og mandat	14
2.4.1	Styringsgruppe og prosjektgruppe pr. anskaffelse	14
2.4.2	Produktråd	14
2.4.3	Strategisk innkjøpsforum	14
2.5	Kvalitetssikring	15
3	Innkjøpsprosessen	16
3.1	Planlegging	16
3.2	Anskaffelse	16
3.3	Implementering	16
3.4	Forvaltning	16
4	Planlegging	18
4.1	Langtidsplaner (utestår)	18
4.2	Behovsinnmelding	18
4.3	Prioritering	19
4.3.1	Prosess for utarbeidelse av anbefalt anskaffelsesplan	20
4.3.2	Prosess for godkjenning av anskaffelsesplan	21
4.4	Bemanning	21
4.5	Ad-hoc anskaffelser	21
4.6	Revidering og rullering av anskaffelsesplan	21
4.7	Ansvarsmatrise planlegging	21
5	Anskaffelse	23
5.1	Initiere og planlegge	23
5.1.1	Masterdata	23
5.1.2	Bestille ressurser	24
5.1.3	Gjennomføre forbruks- og markedsanalyse	25
5.1.4	Etablere prosjekt- og styringsgruppe	25
5.1.5	Gjennomføre forberedende aktiviteter	25
5.1.6	Utarbeide foreløpig anskaffelsesstrategi og prosjektplan	25
5.1.7	Gjennomføre oppstartsmøte med prosjektgruppe	25
5.1.8	Vurdere behov for markedsdialog	26
5.1.9	Anskaffelsesstrategi og prosjektplaner oppdateres og godkjennes	26
5.2	Gjennomføre prekvalifisering (ev.)	26
5.3	Utarbeide konkurransegrunnlag	27

5.4	Gjennomføre konkurranse og utarbeide avtale	28
5.5	Avtaleinformasjon	29
5.6	Ansvarsmatrise anskaffelse	30
6	Implementering	32
6.1	Planlegge og tilrettelegge for implementering	33
6.1.1	Kontraktsoverlevering - implementeringsmøte	33
6.1.2	Implementeringsplan	34
6.2	Gjennomføre implementering og utfasing	34
6.2.1	Informasjon	35
6.2.2	Masterdata	35
6.2.3	Opplæring	36
6.2.4	Evaluerings	37
6.3	Ansvarsmatrise implementering	38
7	Forvaltning	39
7.1	Masterdata	40
7.1.1	Forvaltningsansvar masterdata	40
7.1.2	Avvik masterdata	40
7.1.3	Endringer i kontrakt	41
7.1.4	Katalogvedlikehold i SAP	41
7.1.5	Rapportering/analysegrunnlag	41
7.2	Avvik	42
7.2.1	Avvik leveringskvalitet og pris	42
7.2.2	Avvik produktkvalitet	43
7.3	Endringer	43
7.4	Leverandørkontakt	44
7.5	Analyse og rapportering	45
7.6	Leverandør- og markedsutvikling	46
7.7	Ansvarsmatrise forvaltning	47
8	Innkjøpsprosess legemidler (utestår)	48
9	Innkjøpsprosess IKT (utestår)	48
10	Innkjøpsprosess MTU (utestår)	48
11	Regionale anskaffelser av helsetjenester og pasientreiser (utestår)	48
12	Vedlegg	49
12.1	Ordliste	49
12.2	Innkjøp HF og RHF	49
12.3	Implementeringsansvarlig HF og RHF	49
12.4	Brev til Helse Midt-Norge vedr. oppnevning fagressurs	50
12.5	Mandat fagressurs	51

1 INNLEDNING

1.1 FORMÅL

Samarbeidshåndboken skal beskrive overordnet grensesnitt og oppgavefordeling mellom aktørene som er involvert i innkjøpsprosessen, samt formelle møtefora, mandater, beslutningsmyndighet og fullmakter.

Detaljeringen i form av rutiner gjøres utenfor Samarbeidshåndboken.

1.2 ANSVAR

Samarbeidshåndboken eies i fellesskap av Sykehusinnkjøp HF og Helse Midt-Norge. Revideringer skjer løpende, men minimum 1 gang pr. år. Revisjoner godkjennes av Nettverk strategisk innkjøp og logistikk.

1.3 OMFANG

Samarbeidshåndboken beskriver prosesser og ansvarsfordelinger knyttet til både nasjonale innkjøp, regionale innkjøp og lokale innkjøp. Nasjonale, regionale og lokale innkjøp er beskrevet i kapittel 2-7, spesielle forhold knyttet til innkjøp av legemidler er beskrevet i kapittel 8, spesielle forhold knyttet til innkjøp av IKT er beskrevet i kapittel 9, spesielle forhold knyttet til innkjøp av medisinsk teknisk utstyr (MTU) er beskrevet i kapittel 10 og regionale innkjøp av helsetjenester og pasientreiser er beskrevet i kapittel 11.



1.4 AKTØRENE

Samarbeidshåndboken beskriver prosesser og grensesnitt som inkluderer følgende aktører:

Aktør	Forklaring
Sykehusinnkjøp HF	Omfatter både Sykehusinnkjøp HF sin divisjon Midt-Norge, divisjon Nasjonale tjenester og divisjon Legemidler
HF/foretak	Omfatter alle foretakene i Helse Midt-Norge
Helse Midt-Norge RHF	Regionalt helseforetak
Foretaksgruppen	Helse Midt-Norge RHF og alle underliggende foretak
Driftssenter LØ/DS LØ	Driftssenter Logistikk og økonomi inngår som avdeling i Helse Midt-Norge RHF
Leverandører	Leverandører som gir tilbud til Helse Midt-Norge og leverandører som leverer varer og tjenester til Helse Midt-Norge.

1.5 ANSVARSMATRISE

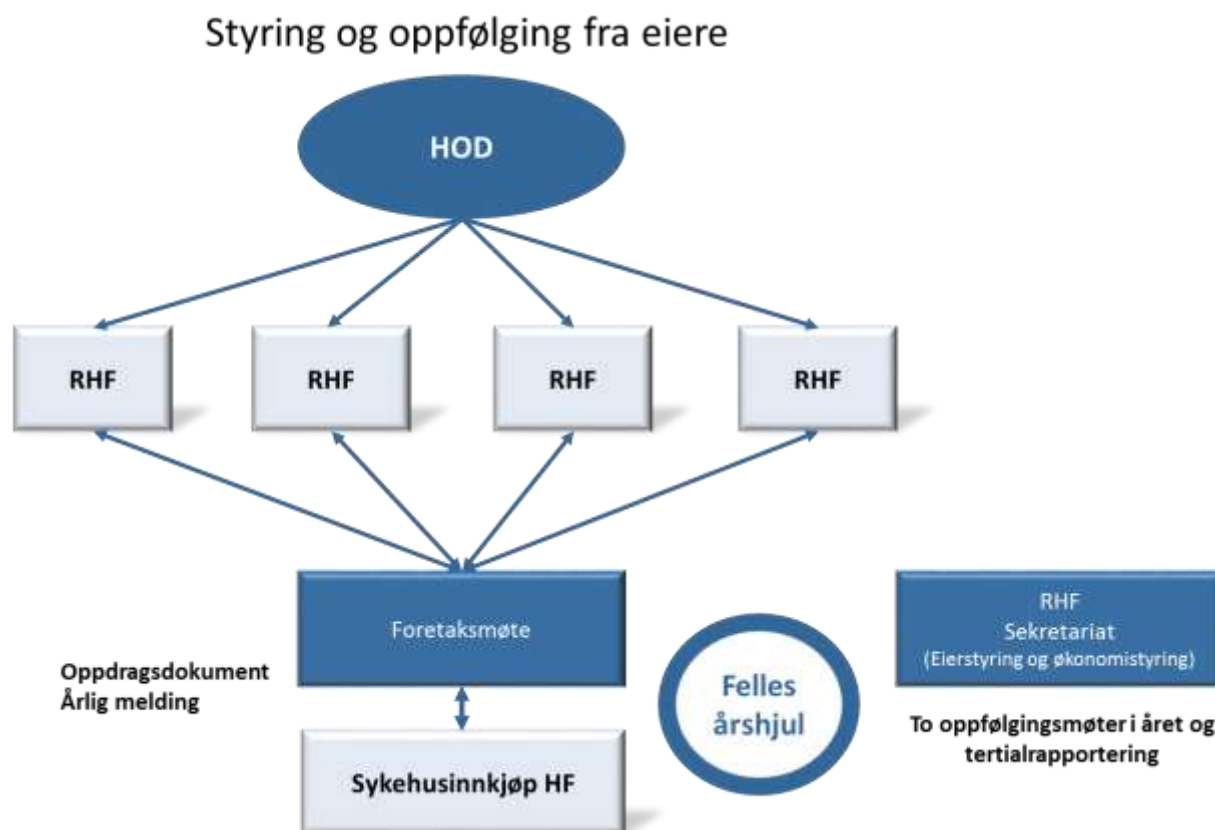
DIFI har utarbeidet en mal som kan brukes til å beskrive ulike funksjoner og roller samt ansvarsdelingen mellom rollene i en konkret anskaffelse. Denne HUKI-matrisen benyttes for å beskrive rollefordelingen mellom aktørene som er involvert i innkjøpsprosessen. Ansvarsmatrisen for innkjøpsprosessene finnes i slutten av hvert kapittel.

Rolle	Beskrivelse
Hovedansvarlig	Individet som har det endelige ansvaret Kun én «H» kan tildeles en aktivitet/beslutning, dvs. kun en rolle/person er ansvarlig
Utfører	Individ(er) som utfører tiltak. Ansvarlige for implementering. «U» kan deles mellom flere roller/personer
Konsulteres	Individ(er) som konsulteres før endelig beslutning fattes/tiltak utføres. «K» trenger to-veis kommunikasjon
Informeres	«I» behøver bare en-veis kommunikasjon

2 STYRINGSMODELL OG ORGANISERING

2.1 STYRINGSMODELL

Formålet med styringsmodellen er å sikre at det er god kommunikasjon mellom eierne, styret og ledelsen i foretaket. De regionale helseforetakene har det overordnede ansvaret for å utvikle strategier for de felleseide selskapene. Strategier og mål formidles i det årlige oppdragsdokumentet.



Styringsmodellen:

- Styringsmodellen skal bidra til tydeliggjøring av roller, ansvar og oppgaver med tilhørende møteplasser på strategisk, taktisk og operativt nivå som skal bidra til å sikre at sykehusene får levert de innkjøpstjenestene de har behov for
- Skape forutsigbarhet i samspillet mellom Sykehusinnkjøp, HF og RHF

«Y-modellen»:

- *Premissgiver* er de regionale helseforetakene som setter rammer for oppgavene som skal utføres og setter premisser for forholdet mellom foretakene som bestiller og Sykehusinnkjøp som utfører.
- *Utfører* er Sykehusinnkjøp og er den som utfører oppgaven.

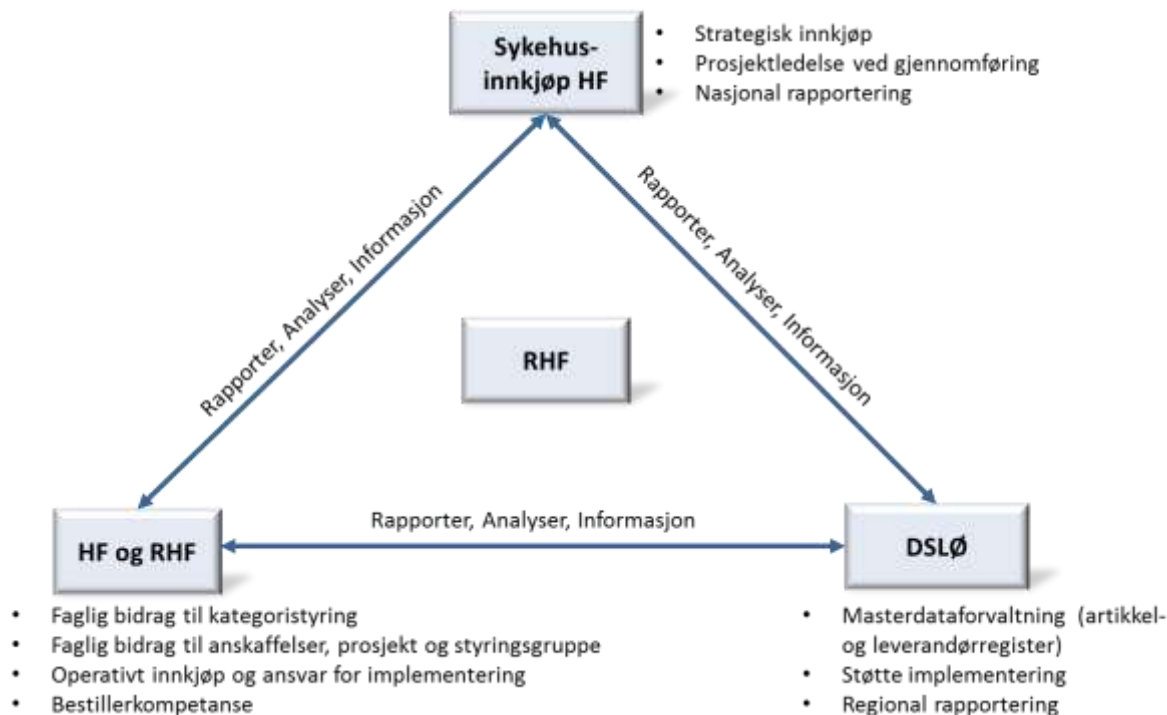
- *Bestiller* er foretaksgruppen og er den som bestiller og representerer oppgaven som skal utføres.



Strategisk innkjøp: Ansvar for strategi ligger hos Sykehusinnkjøp, men premissgiver er HF/RHF.

Operativt innkjøp: Ansvar for utførelse av anskaffelser, minikonkurranser, avtaleforvaltning ligger hos Sykehusinnkjøp. HF/RHF har ansvaret for avrop (bestilling) på avtaler.

2.2 ORGANISERING OG OVERORDNET ANSVAR



2.2.1 Helse Midt-Norge RHF

2.2.1.1 Helse Midt-Norge RHF som premissgiver

Det regionale helseforetaket Helse Midt-Norge RHF er ett av fire foretak som eier Sykehusinnkjøp HF hvor de administrerende direktørene har ansvar for eierstyring og oppfølging.

Det regionale helseforetaket eies av staten med det hovedansvar å sørge for spesialiserte helsetjenester til innbyggerne i fylkene Møre & Romsdal, Sør Trøndelag og Nord Trøndelag. I tillegg har Helse Midt-Norge RHF et tett og forpliktende samarbeid med private tjenestetilbydere.

Det regionale helseforetaket skal være helseforetakenes sin mulighet til å påvirke de rammer og retningslinjer som settes til Sykehusinnkjøp.

Helse Midt-Norge RHF har følgende ansvar innenfor innkjøpsprosessen:

- Eierstyring gjennom oppdragsdokument til Sykehusinnkjøp HF
- Overordnet ansvar for innkjøpsprosessen (jf. kapittel 3) gjennom tydelige prosesser, rolleavklaringer og grensesnitt
- Koordinering og felles prioriteringer av anskaffelser
- Sørge for involvering av fagressurser fra RHF

- Bidra til utvikling av kategoriene, samt utarbeidelse av strategi
- Ansvar for anskaffelse av helsetjenester og pasientreiser

2.2.1.2 Helse Midt-Norge RHF som bestiller

RHF som bestiller har følgende ansvar innenfor innkjøpsprosessen:

- Forberede organisasjonen på hvilke anskaffelser som skal gjennomføres
- Deltaker i styringsgruppe ved anskaffelsesprosjekter
- Delta med fagressurser i anskaffelsesprosjektene
- Ansvar for implementering og avtalelojalitet
- Ansvarlig for sortimentsavgrensning

2.2.2 Driftssenteret for Logistikk og Økonomi (DSLØ)

DSLØ har følgende ansvar innenfor innkjøpsprosessen:

- Masterdataforvaltning (artikkel- og leverandørregister)
- Ansvarlig for uttrekk av masterdata og transaksjonsdata ved gjennomføring av anskaffelser
- Sikre statistikk og underlag fra SAP
- Regional rapportering innenfor logistikk og økonomi
- Støtte implementering inkl. masterdata i SAP
- Taktisk avtaleforvaltning for Helse Midt-Norge
- Oppdatering av kataloger og kontrakter i SAP

2.2.3 Helseforetakene

2.2.3.1 Helseforetakene som premissgiver

Helseforetakene som premissgiver har følgende ansvar innenfor innkjøpsprosessen:

- Bidra til utarbeidelse av beslutningsgrunnlag for anskaffelsesplan med prioriterte anskaffelser
- Bidra til utvikling av kategoriene, samt utarbeidelse av strategi
- Bidra til opprettelse av permanente produktråd innen strategisk viktige områder der dette er besluttet

2.2.3.2 Helseforetakene som bestiller

Helseforetakene som bestiller har følgende ansvar innenfor innkjøpsprosessen:

- Forberede organisasjonen på hvilke anskaffelser som skal gjennomføres
- Deltaker i styringsgruppe ved anskaffelsesprosjekter
- Delta med fagressurser i anskaffelsesprosjektene
- Ansvar for implementering og avtalelojalitet
- Ansvarlig for sortimentsavgrensning

2.2.4 Sykehusinnkjøp HF

Selskapet Sykehusinnkjøp HF ble stiftet i 2015 og eies av de fire regionale helseforetakene med 25 % prosent eierandel hver.

Sykehusinnkjøp HF er å anse som en innkjøpssentral på vegne av Helse Midt-Norge RHF med underliggende foretak for anskaffelser som omfattes av samarbeidet.

Sykehusinnkjøp skal sikre at alle anskaffelser skjer i samsvar med lov og forskrift, og at de er i samsvar med helseforetakenes behov.

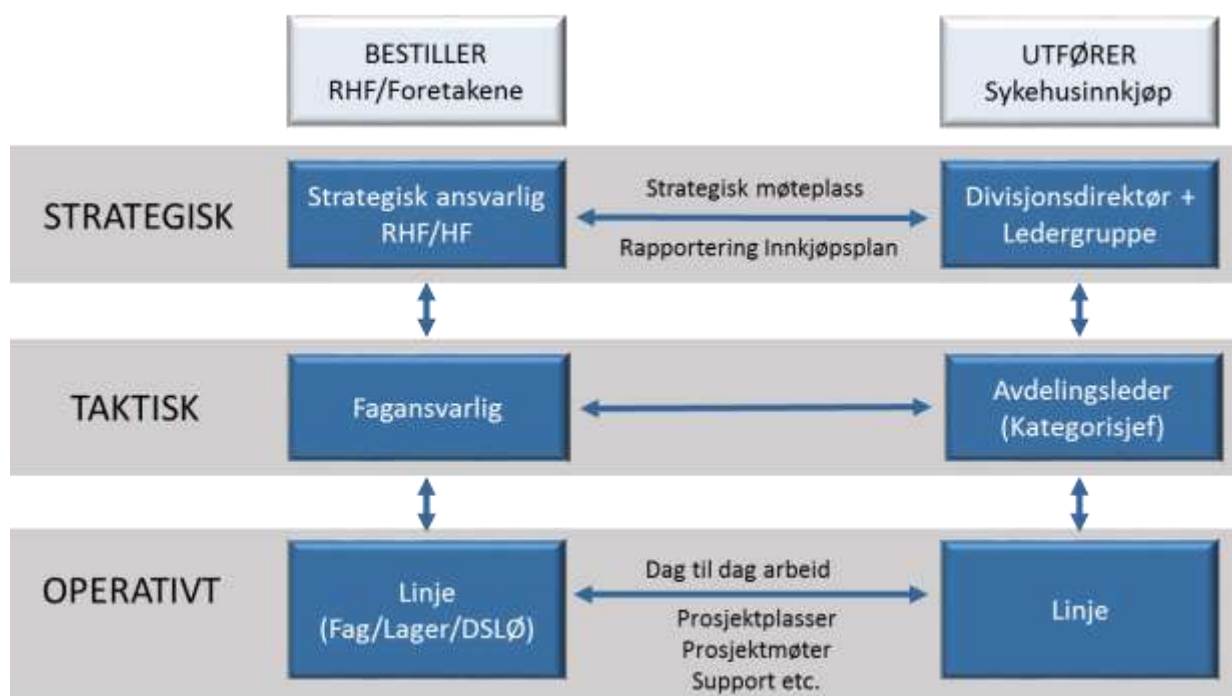
Sykehusinnkjøp har følgende ansvar som utfører innenfor innkjøpsprosessen:

- Ivareta strategiske føringer gitt gjennom oppdragsdokument og Samarbeidsavtale (SLA-avtale)
- Prosessdriver for planleggingsprosessen som skal resultere i anskaffelsesplan
- Gjennomføre anskaffelsesprosessene iht. anskaffelsesplan
- Tilrettelegge for avtaleimplementering
- Ansvar for avtaleforvaltning og utvikling av forvaltningsstrategi
- Ansvar for etablering og utvikling av kategoristrategi

2.3 MØTESTRUKTURER

Sykehusinnkjøp har strategisk og operativt ansvar for innkjøp i samarbeid med Helse Midt-Norge RHF og underliggende foretak.

Det blir etablert samarbeidsavtaler som regulerer samspill med tilhørende møteplasser mellom aktørene. Møtestrukturen i samarbeidsavtalen er beskrevet i figuren under.



Forholdet mellom Sykehusinnkjøp HF og helseforetakene reguleres av *Samarbeidsavtalen*, hvor arbeidsdelingen mellom partene tydeliggjøres. Partene skal møtes jevnlig for å sikre god informasjonsflyt og et godt samarbeid.

Det legges opp til tre typer møteplasser:

- Strategiske møter
- Taktiske møter
- Operative møter

2.3.1 Strategiske møter

Møter på strategisk nivå er møter mellom nivå 1- og 2-ledere i Sykehusinnkjøp, og nivå 1- og 2 ledere i helseforetakene og de regionale helseforetakene. Sykehusinnkjøp HF fasiliteter disse møtene, som ledes av RHF/HF. Oppfølgingsmøter med eierne er også en viktig strategisk arena.

Tertialvise eieroppfølgingsmøte er også en viktig strategisk arena.

Hensikten med møter på strategisk nivå er i fellesskap å foreta en årlig prioritering av innkjøpsplaner og tjenesteleveranser.

Ved vesentlig avvik fra plan skal Sykehusinnkjøp HF foreslå tiltak eller behov for omprioriteringer som besluttes på strategisk nivå.

Møter på strategisk nivå skal omfatte gjennomgang av status innenfor de ulike kategoriene, oppdatering av strategi og tiltaksplan, samt oppfølging av tiltak. Det skal også være gjennomgang av status for avtaledekning og gevinstrealisering.

2.3.2 Taktiske møter

Taktiske møter er møter mellom Sykehusinnkjøp divisjon Midt-Norge og det enkelte helseforetak i Midt-Norge. Fagansvarlig på taktisk nivå (jf. figur i 2.3) er Innkjøp HF/RHF.

Hensikten med møter på taktisk nivå er i fellesskap å foreta en årlig prioritering av innkjøpsplaner og tjenesteleveranser.

Det skal fremlegges status innenfor de ulike kategoriene, oppdatering av strategi og tiltaksplan, samt oppfølging av tiltak.

Ved forsinkelser eller andre avvik skal Sykehusinnkjøp HF foreslå tiltak eller behov for omprioriteringer. Tiltak som er vesentlige skal besluttes på strategisk nivå.

Taktiske møter skal i forkant av strategiske møter, avklare status på behov for fagressurser i nye anskaffelsesprosjekt.

2.3.3 Operative møter

Operative møter (dag-til-dag arbeid) er typisk lokale, regionale og nasjonale prosjektmøter, kategorimøter eller møter i produktråd.

Hensikten med møter på operativt nivå er å gi overordnet informasjon om:

- Inngåtte avtaler

- Hvordan ansvarsforholdene er regulert for hele anskaffelses- og forvaltningsprosessen
- Hvorvidt avtaler forventes å gi gevinst

2.3.4 Møteforum i Helse Midt-Norge

For Helse Midt-Norge er følgende møter avtalt på de ulike nivåene:

Møteforum	Deltagere	Møteeier	Tema	Frekvens
Direktørmøte	Alle administrerende direktører i Helse Midt-Norge	Adm. dir. RHF	Anskaffelsesplan Innkjøpssaker	Innkjøps-saker 1-2 ganger i året
Sykehusinnkjøp – HF/RHF (pr. foretak)	Leder Sykehusinnkjøp div. Midt-Norge Hovedledelsen i HF/RHF	Leder Sykehusinnkjøp	Innspill til anskaffelsesplan i forkant av fremleggelse ADMøtet	1 gang pr. år
Strategisk innkjøpsforum	Leder Sykehusinnkjøp div. Midt-Norge Koordinator Sykehusinnkjøp div. Midt-Norge Innkjøp HF/RHF/Hemit Leder DSLØ	Dir. stab og prosjektstyring RHF	Innkjøpsprosessen Anskaffelsesplan – planlegging, oppfølging, risiko og risikoreduserende tiltak	Månedlig
Operativt møte DSLØ - Sykehusinnkjøp	DSLØ: Teamleder Kontrakt og Masterdata, Kontraktforvalter etter behov. Sykehusinnkjøp Midt: Koordinator, Prosjektledere etter behov	Teamleder Kontrakt og Masterdata	Nye avtaler og planlegging. Oppfølging og avklaring saker på taktisk nivå. Statistikk. Endringer i avtaler	Hver 2. uke
Ledermøte DSLØ - Sykehusinnkjøp	Leder DSLØ Leder Sykehusinnkjøp	Leder DSLØ	Status samarbeid Eventuelt	Månedlig
Oppstartsmøte med prosjektgruppe	Prosjektleder for aktuelle anskaffelser Prosjektdeltagere Kontrakts- og katalogforvalter DSLØ	Prosjektleder Sykehusinnkjøp	Analyser Omfang Erfaringer Forventninger Overordnede	Pr. anskaffelse

	Øvrige fagpersoner kan delta ved behov		føringer	
Implementeringsmøte	Implementerings-ansvarlige HF/RHF Prosjektleder for aktuelle anskaffelser Kontrakts- og katalogforvalter DSLØ Øvrige fagpersoner kan delta ved behov	Avtaleforvalter Sykehusinnkjøp	Gjennomgang av anskaffelsesprosessen, diskuterte temaer i prosessen, kontrakt, risiko-vurderinger gjort, samt eventuelle andre forhold	Månedlig eller etter behov

2.4 ROLLER OG MANDAT

2.4.1 Styringsgruppe og prosjektgruppe pr. anskaffelse

Det oppnevnes en styringsgruppe og en prosjektgruppe pr. anskaffelse. Det sendes forespørsel fra Sykehusinnkjøp til HF/RHF om hvem som skal inngå i styringsgruppen og hvem som skal inngå i prosjektgruppe og/eller referansegruppe.

- Brev fra Sykehusinnkjøp til HF/RHF – se vedlegg i kapittel 12.4
- Mandat fagressurs – se vedlegg i kapittel 12.5

2.4.2 Produktråd

Det er under utprøving en modell med bruk av Produktråd. Dette vil evalueres og senere besluttet om det skal videreføres, ev. justeres.

2.4.3 Strategisk innkjøpsforum

Strategisk innkjøpsforum sine oppgaver ble beskrevet og gjennomgått i forumet i møte i januar 2017:

- Premissgivning – innspill til styret i Sykehusinnkjøp HF
- Regionale kategoristrategier – igangsetting og godkjenning
- Kategoristrategier, årlig handlingsplan og statusrapporter fra Sykehusinnkjøp – divisjon nasjonale tjenester – orientering
- Årlig handlingsplan og statusrapporter fra Sykehusinnkjøp – divisjon Midt-Norge – igangsetting og godkjenning
- Økonomi – budsjett og regnskap i Sykehusinnkjøp – divisjon Midt-Norge – godkjenning og orientering
- Revisjon, tilsyn og rapportering – koordinering

- Samordning og koordinering av prosjekter relatert til innkjøp
- Andre behov – prioritering og igangsetting
- Aktiviteten i forumet styres etter et årshjul

Mandatet til Strategisk innkjøpsforum skal gjennomgås for å vurdere behov for revidering (*ikke ferdigstilt*).

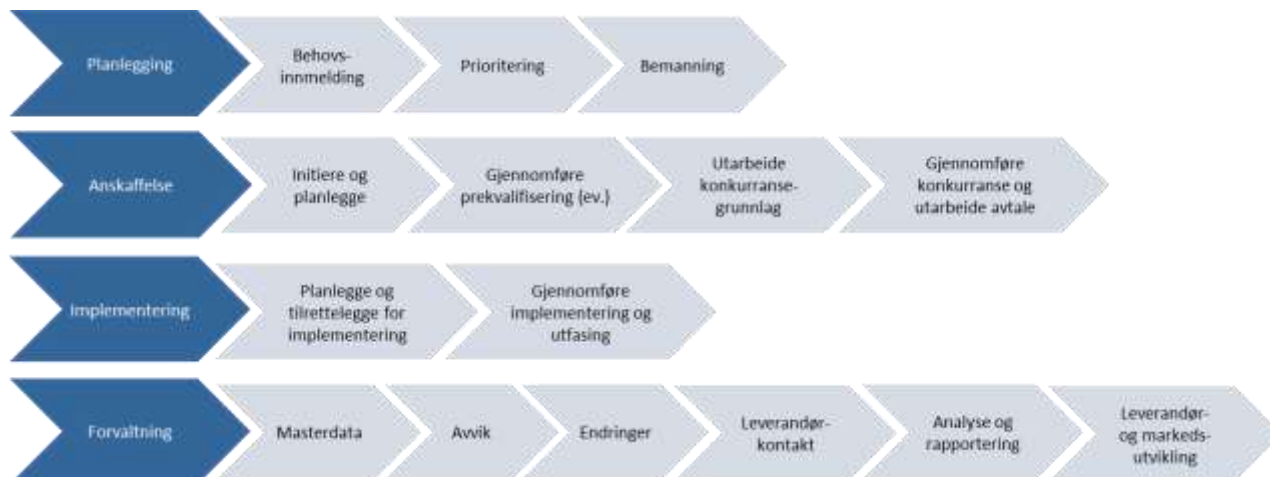
2.5 KVALITETSSIKRING

Kvalitetssikring Sykehusinnkjøp har ansvar for å gjennomføre en risikovurdering av det enkelte anskaffelsesprosjekt hvor omforente risikofaktorer inngår. Risikovurderingens resultat (grønn, gul, rød) påvirker grad av involvering fra RHF i anskaffelsesprosessen. Anskaffelsesprosjekter hvor risiko vurderes som «grønn» gjennomføres uten involvering av RHF. I tilfeller hvor risiko endres underveis i anskaffelsesprosessen, må også grad av involvering av RHF revurderes.

Sykehusinnkjøp har ansvar for at gjennomføring av anskaffelsesprosesser skjer iht. Lov og forskrift om offentlige anskaffelser og at det foreligger interne kvalitetssikringsrutiner som sikrer dette.

3 INNKJØPSPROSESSEN

Innkjøpsprosessen kan inndeles i følgende hovedprosesser som beskrives nærmere i de påfølgende kapitlene:



3.1 PLANLEGGING

Prosessen består av aktiviteter for å sikre en helhetlig plan hvor de riktige anskaffelsene blir prioritert og hvor det planlegges med involvering av de riktige ressursene i Sykehusinnkjøp, foretak og RHF.

3.2 ANSKAFFELSE

Prosessen består av aktiviteter knyttet til masterdata, initiering og planlegging, gjennomføring av eventuell prekvalifisering, utarbeidelse av konkurransegrunnlag, gjennomføring av konkurranse og utarbeidelse av avtale.

3.3 IMPLEMENTERING

Prosessen består av aktiviteter knyttet til lokal implementering av avtale.

3.4 FORVALTNING

En god og robust avtaleforvaltning gir godt grunnlag for sortiments-, leverandør- og markedsutvikling innenfor de ulike kategorier. Forvaltning starter når implementeringen er utført, senest ved signeringstidspunkt. Forvaltningsprosessen kan deles inn i operativ, taktisk og strategisk forvaltning;

Operativ forvaltning:

Grunnleggende oppfølging og korrigeringer utført på artikkelnivå, gjerne enkeltstående tilfeller som utføres primært blant operativt personell i HF og DSLØ.

Avviksanalyser og rapporter, utvikling av sortiment og betingelser, samhandling og standardisering som håndteres/utføres av Sykehusinnkjøp.

Taktisk forvaltning:

Oppfølging og korrigeringer av systematiske avvik, gjennomføre vedtatte tiltak og optimalisere kontraktsforhold.

Rapportering og avviksanalyser på som understøtter prosessene.

Strategisk forvaltning:

Oppfølging og iverksettelse av tiltak og prosesser for å realisere betingelser i kontrakter.
Gjennomføre tiltak og legge til rette for gevinstrealisering

Bidra til gode analyser og rapporter på leverandører og avtaler på tvers av kategorier.

4 PLANLEGGING



Planleggingsprosessen inngår som en del av årshjulet og skal være ferdigstilt innen 01.11 hvert år. Det vil være områder som ikke kan ferdigstilles totalt sett før budsjett for kommende år er godkjent (f.eks. MTU-investeringer). Målsettingen for planleggingsprosessen er å få helhetlige planer som ivaretar de anskaffelser som ønskes prioritert og de ressurser som finnes til rådighet i foretakene, RHF og i Sykehusinnkjøp.

4.1 LANGTIDSPLANER (UTESTÅR)

4.2 BEHOVSINNMELDING



Både Sykehusinnkjøp, HF og RHF har ansvar for å melde behov for anskaffelser til Regional koordinator i Sykehusinnkjøp som sørger for å utarbeide oversikt over det totale behovet for anskaffelser (se figur Figur 1 Bruttoliste som grunnlag for prioritering).

Sykehusinnkjøp har ansvaret for å melde inn:

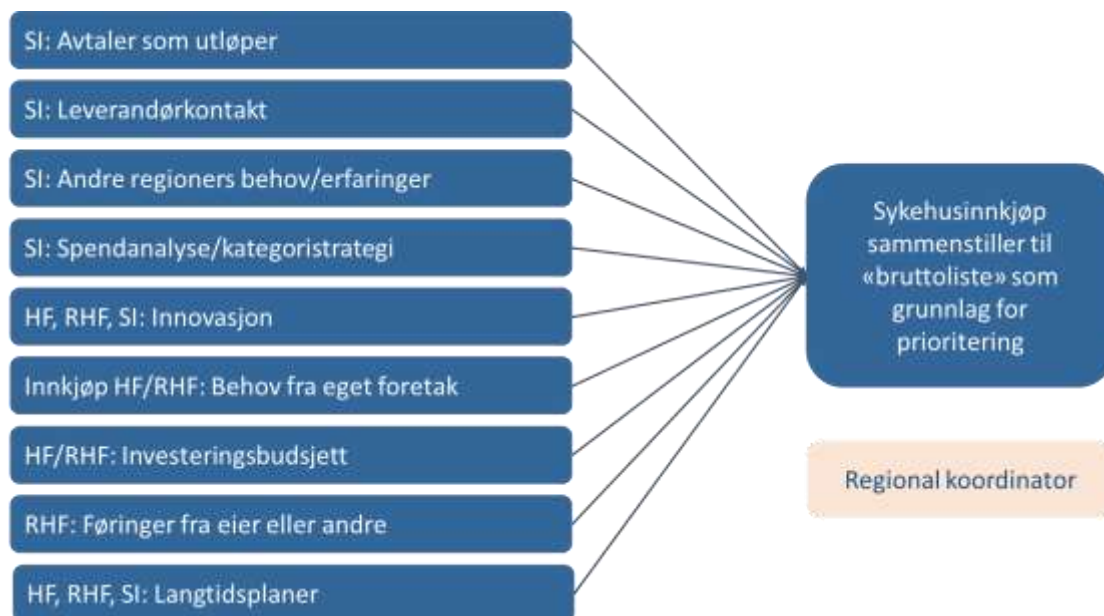
- Oversikt over avtaler som utløper i kommende år og starten på påfølgende år
- Behov for nye anskaffelser eller endring i eksisterende avtaler på bakgrunn av
 - Kontakt med leverandørmarkedet
 - Andre regioners behov/erfaringer
 - Kjennskap til/behov for innovasjon
- Behov beskrevet i kategoristrategi/spendanalyse
- *Behov i vedtatte langtidsplaner (utestår)*

Foretakene har gjennom Innkjøp HF ansvaret for å melde inn:

- Behov identifisert i eget foretak
- Langtidsbudsjett investeringer
- Investeringsbudsjett for kommende år (vil komme etter 1.11)
- Behov for nye anskaffelser eller endring i eksisterende avtaler på bakgrunn av
 - Kjennskap til/behov for innovasjon
 - Kjennskap til/behov for endringer i prosesser, behandlingsmetoder mv.

RHF har ansvaret for å melde inn:

- Behov identifisert i eget foretak
- Behov for nye anskaffelser eller endring i eksisterende avtaler på bakgrunn av
 - Kjennskap til/behov for innovasjon
 - Kjennskap til/behov for endringer i prosesser, behandlingsmetoder mv.
- Føringer som har framkommet fra eier eller andre styrende organer

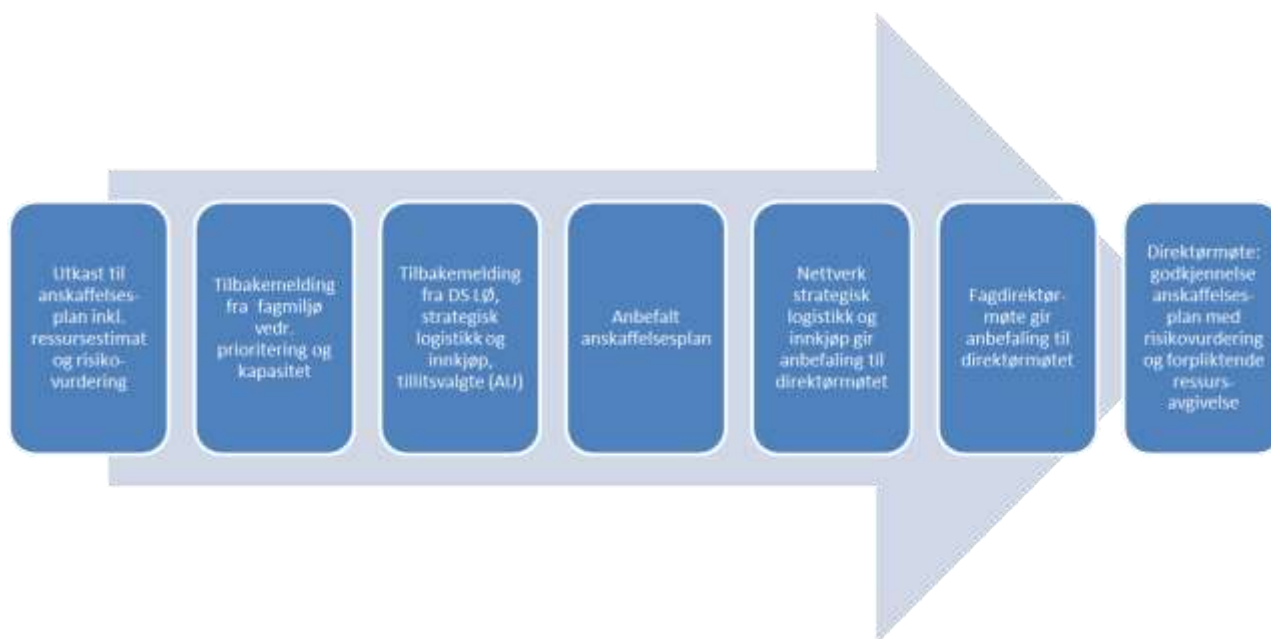


Figur 1 Bruttoliste som grunnlag for prioritering

4.3 PRIORITERING



Målsettingen med prioriteringsprosessen er å komme fram til en omforent, realistisk og forpliktende plan for anskaffelser kommende år (se Figur 2).



Figur 2 Anskaffelsesplan

4.3.1 Prosess for utarbeidelse av anbefalt anskaffelsesplan

Basert på årshjulet utarbeider Sykehusinnkjøp en plan for prioriteringsprosessen og sørger for å utarbeide anbefalt anskaffelsesplan for nasjonale og regionale anskaffelser.

Anskaffelsesplanen skal minimum inneholde:

- Anbefalte anskaffelser
- Gevinstestimat (hvis mulig)
- Start- og sluttidspunkt
- Ressursestimat for fagressurser
- Tillitsvalgtes deltagelse
- Risikovurdering (grønn/gul/rød)

Sykehusinnkjøp samarbeider med HF og RHF i arbeidet fram mot en anbefalt anskaffelsesplan:

- Innkjøp RHF/HF er ansvarlig for å innhente innspill fra aktuelle fagmiljøer (helsefag, bygg og eiendom, logistikk, HR mv) når det gjelder prioriteringsrekkefølge og om det er mulig å avgi ressurser iht. estimert tid og omfang. Innkjøp HF er ansvarlig for å gi innspill til risikovurderingene pr. anskaffelse.
- Innkjøp RHF/Stab og prosjektstyring RHF er ansvarlig for å innhente innspill fra Driftssenter LØ og strategisk innkjøp og logistikk når det gjelder prioriteringsrekkefølge og ressursestimat, samt innspill fra tillitsvalgte om hvilke anskaffelser tillitsvalgte skal være involvert i. RHF er ansvarlig for å gi innspill til risikovurderingene pr. anskaffelse.
- Sykehusinnkjøp er ansvarlig for å oppdatere anskaffelsesplanen basert på tilbakemeldinger fra HF og RHF

4.3.2 Prosess for godkjenning av anskaffelsesplan

For å sikre riktige prioriteringer og en realistisk og forpliktende plan er det nødvendig at flere aktører er involvert i prosessen fram til en godkjent anskaffelsesplan:

- Nettverk for strategisk innkjøp behandler anskaffelsesplan og gir sine anbefalinger til direktørmøtet
- Fagnettverk (som er berørt av anskaffelsesplanen) behandler anskaffelsesplan og gir sine anbefalinger til direktørmøtet
- Direktørmøtet godkjenner anskaffelsesplanen med risikovurderinger og med forpliktende ressursavgivelse

4.4 BEMANNING



Med utgangspunkt i den besluttede anskaffelsesplanen er Sykehusinnkjøp, HF, DSLØ og RHF ansvarlig for følgende i eget foretak:

- Forberede organisasjonen på hvilke anskaffelser som kommer og gjøre anskaffelsesplan tilgjengelig i eget foretak
- Planlegge ressursavgivelse til anskaffelse og implementering
- For anskaffelser som er vurdert å ha «gul» eller «rød» risiko skal RHF planlegge med en representant inn i styringsgruppen, ev. planlegge med andre måter for involvering

4.5 AD-HOC ANSKAFFELSER

Parallelt med utarbeidelsen anskaffelsesplan må det avtales mellom Sykehusinnkjøp, HF og RHF hvilket ressursomfang i Sykehusinnkjøp som skal reserveres til ad-hoc anskaffelser.

4.6 REVIDERING OG RULLERING AV ANSKAFFELSESPLAN

Sykehusinnkjøp er ansvarlig for at anskaffelsesplanen revideres og rulleres 3 ganger årlig.

4.7 ANSVARSMATRISSE PLANLEGGING

Nr.	Aktivitet / Beslutning	Innkjøp HF	Innkjøp RHF	Impl. ansv. HF/RHF	Logistikkavd. HF	Operativ innkjøper HF	SI leder/ koordinator	SI prosjektleder ansk.	Styringsgruppe ansk.	Prosjektgruppe ansk.	Fagressur HF /RHF	SI avtaleforvaltning	DSLØ	Strat. innkjøpsforum	Fagdirektørmøte	Direktørmøte
1	Totaloversikt over behovet for anskaffelser	U	U				HU				K			K	K	

2	Utarbeide utkast til anskaffelsesplan						HU										
3	Risikovurdering av anskaffelsene	K	K				HU								K	K	
4	Vurderinger av prioritering og kapasitet til anskaffelse og implementering	HU										U					
5	Vurderinger fra DSLØ, strategisk logistikk og innkjøp, tillitsvalgte (AU) om prioritering, kapasitet og involvering		HU														
6	Anskaffelsesplan	K	K				U							I	K	K	H
7	Revidert anskaffelsesplan	K	K				U							I	K	K	H

H – hovedansvarlig (individet som har det endelige ansvaret)

U – utfører (individ(er) som utfører tiltak – ansvarlige for implementering)

K – konsulteres (individ(er) som konsulteres før endelig beslutning fattes/tiltak utføres)

I – informeres

5 ANSKAFFELSE



Proessen består av aktiviteter knyttet til analyse, utarbeidelse av prosjektplan, konkurransegrunnlag, kunngjøring, gjennomføre anskaffelsesprosedyre, tildeling og signering av kontrakt.

5.1 INITIERE OG PLANLEGGE



På bakgrunn av vedtatt anskaffelsesplan utføres følgende oppgaver i starten av anskaffelsesprosessen:

5.1.1 Masterdata

DSLØ eier SAP materialmaster med alt innhold. Innkjøpsprosessen vil bidra til utvikling og kvalitetssikring av materialmaster med innspill både fra Sykehusinnkjøp, foretaksgruppen og DSLØ.

DSLØ eier mal for konverteringsliste og ajourfører innholdet i denne etter innspill/behov fra Sykehusinnkjøp og foretaksgruppen. Konverteringslisten er master for materialoversikten gjennom hele anskaffelsen. Sykehusinnkjøp har ansvar for at det er full integrasjon mellom konkurransegrunnlaget og denne konverteringslisten. Denne integrasjonen ivaretas ved at alle dokumenter inneholder HMN artikkelnummer. Konverteringslisten brukes også som verktøy ved implementering i foretakene.

5.1.1.1 Analyse

Det gjennomføres et oppstartsmøte ca. 3 måneder før anskaffelsesprosessen starter (jf. anskaffelsesplan). I forkant av dette møtet gjør Sykehusinnkjøp en bestilling til DSLØ av et dataunderlag med masterdata og forbrukstall. Underlaget spesifiseres i henhold til Nasjonal Kategoristruktur. Bestillingen må tydelig vise kategori, anbudspakker og/eller innkjøpsgrupper og eventuelt hvilke leverandører eller tidligere avtaler det gjelder. I tillegg må avtalenummer fra innkjøpsportalen på eksisterende avtaler oppgis i bestillingen når eksisterer avtaler som skal erstattes gjennom den nye anskaffelsen.

DSLØ foretar uttrekk fra SAP og sender dette til kvalitetssikring til Innkjøp HF før oversendelse til Sykehusinnkjøp.

Datagrunnlaget som leveres fra DSLØ til Sykehusinnkjøp vil være todelt når det eksisterer avtaler som skal erstattes av ny anskaffelse:

1. **Informasjon om forbrukstall** mv. som vil gjelde alle artikler som treffes av bestillingen (både de som er del av eksisterende kontrakter og de som ikke er det).
2. **Oppstilling av artikler** i eksisterende kontrakter. Denne oppstillingen er grunnlaget for konverteringslisten som skal utarbeides.

For forsyningskjeder som ikke benytter SAP som logistikksystem så vil DSLØ gi beskjed til Sykehusinnkjøp om at datagrunnlag ikke kan leveres. Sykehusinnkjøp kontakter da leverandør for å skaffe tilveie datagrunnlag.

5.1.1.2 Konverteringslisten

Etter oppstartsmøte kompletterer Sykehusinnkjøp oppstillingen av eksisterende kontraktsdata med artikler som skal inngå i konkurransegrunnlaget. Behov for nye artikler, utgående artikler eller endringer av eksisterende oppstår etter vurderinger fra Sykehusinnkjøp og tilbakemeldinger fra fagressurser eller HF. Sykehusinnkjøp sammenstiller disse og oversender en oppdatert og ferdig kvalitetssikret konverteringsliste til DSLØ som utfører opprettelsene/endringene i SAP. Kvalitetssikringen innebærer at artikkelbeskrivelser, kategoriseringer og basiskvantumsenheter (minste enhet som man håndterer varen i) for alle artiklene i konverteringslista er vurdert.

Når endringer er utført i SAP; og nye artikler er komplettert med HMN artikkelnummer, returneres konverteringsliste til Sykehusinnkjøp; og danner grunnlaget for utarbeidelsen av konkurransegrunnlag.

Konverteringslisten skal så langt mulig inneholde:

- HMN artikkelnummer
- Materialer på utgåtte kontrakter innenfor anbudspakken, og som utgår
- Konvertering fra gamle leverandør artikkelnummer til nye leverandør artikkelnummer
- Materialer på nye kontrakter som skal implementeres

Deler av denne informasjonen vil bli oppdatert etter at anskaffelsen er gjennomført, dette beskrives nærmere i kapittel 6 om implementering.

Aktuelle hjelpemidler:

- *Mal for konverteringsliste (eksisterende versjon må kvalitetssikres)*
- *Fast utforming av datagrunnlag med forbrukstall og kontraktsoppstilling (må utarbeides)*

5.1.2 Bestille ressurser

Sykehusinnkjøp sørger for å be om ressurser til anskaffelsesprosessen:

- Gjennom prosess med utarbeidelse av anskaffelsesplan kartlegges ressursbehovet til den enkelte anskaffelse på bakgrunn av innspill fra Sykehusinnkjøp og RHF/HF (jf. kapittel 4)
- Minimum 3 måneder før planlagt oppstart av anskaffelse gjennomføres ressursbestilling til Innkjøp HF/RHF på bakgrunn av forpliktet ressursavgivelse i anskaffelsesplan. Dette gjelder ressurser til prosjektgruppe, styringsgruppe, og eventuelt referansegruppe.

5.1.3 Gjennomføre forbruks- og markedsanalyse

Sykehusinnkjøp gjennomfører forbruks- og markedsanalyse knyttet til anskaffelsen basert på

- Masterdata og forbrukstall/analyser fra SAP levert av DSLØ
- Leverandørstatistikk (innhentet fra leverandører)
- Faglige føringer gitt av RHF/HF
- Innovative føringer gitt av RHF/HF

5.1.4 Etablere prosjekt- og styringsgruppe

Sykehusinnkjøp initierer oppnevnelsen av prosjekt- og styringsgruppe for anskaffelsen:

- Prosjektgruppe basert på forpliktet ressursavgivelse i anskaffelsesplanen
- Styringsgruppe med faglig kompetanse
- Hvis anskaffelsen er vurdert å ha «rød» eller «gul» risiko skal det avklares med Innkjøp RHF om RHF skal være representert i styringsgruppen eller det skal avtales andre former for involvering
- Sørge for avklaring om hvordan tillitsvalgte skal være involvert i de anskaffelser hvor dette er aktuelt
- Habilitetserklæring for prosjekt- og styringsgruppe
- Taushetserklæring for prosjekt- og styringsgruppe

5.1.5 Gjennomføre forberedende aktiviteter

Sykehusinnkjøp sørger for å gjennomføre forberedende aktiviteter internt i Sykehusinnkjøp

- Utarbeide interessentanalyse
- Utarbeide milepælsplan
- Oppdatere risikoanalyse (jf. kapittel 4)
- Oppdatere business case (jf. kapittel 4)

5.1.6 Utarbeide foreløpig anskaffelsesstrategi og prosjektplan

Sykehusinnkjøp utarbeider utkast til anskaffelsesstrategi og prosjektplan på bakgrunn av:

- Forbruks- og markedsanalyse
- Interessentanalyse
- Risikoanalyse
- Milepælsplan
- Business case
- *Finansstrategi (krav til tilbud i flere valutaer for definerte anskaffelser dette gjelder - utestår)*

5.1.7 Gjennomføre oppstartsmøte med prosjektgruppe

Sykehusinnkjøp sørger for å gjennomføre oppstartsmøte med prosjektgruppen. Formålet med oppstartsmøtet er å gi prosjektgruppen en innføring i prosjektets omfang, samt å innhente erfaringer og forventninger fra regionene. Oppstartsmøtet skal ha fokus på de overordnede føringer for prosjektet, herunder anskaffelsesstrategi, omfang og gjennomføring. Øvrige konkurransedokumentet, herunder kravspesifikasjon, bør ikke ha hovedfokus i dette møtet.

5.1.8 Vurdere behov for markedsdialog

På bakgrunn av foreløpig prosjektplan, og i diskusjon med prosjektgruppen i oppstartsmøtet, så vurderer Sykehusinnkjøp behovet for dialog med markedet (for eksempel leverandørkonferanse) i forkant av utarbeidelse av konkurransegrunnlag.

5.1.9 Anskaffelsesstrategi og prosjektplaner oppdateres og godkjennes

Sykehusinnkjøp sørger for følgende aktiviteter som gjennomføres sammen med prosjektgruppen:

- Oppdatere anskaffelsesstrategi
- Oppdatere prosjektplan
- Oppdatere milepælsplan
- Oppdatere interessent-analyse
- Oppdatere risikoanalyse
 - herunder vurdering av risiko knyttet til samfunnsansvar, etisk handel, miljø
- Oppdatere business case
- Oppdatere plan for tillitsvalgtes involvering
- Ferdigstille anskaffelsesstrategi og prosjektplan og oversende dette for godkjenning av styringsgruppe

5.2 GJENNOMFØRE PREKVALIFISERING (EV.)



Sykehusinnkjøp sørger for at det i prosjekt- og styringsgruppe gjennomføres vurderinger og besluttes om det skal gjennomføres prekvalifisering. Fagressurser fra HF/RHF deltar i prosjektgruppe og styringsgruppe. Hvis prekvalifisering skal gjennomføres sørger Sykehusinnkjøp for at følgende aktiviteter gjennomføres:

- **Utarbeide kvalifikasjonskrav**
 - I samarbeid med prosjektgruppen utarbeides og kvalitetssikres prekvalifiseringsgrunnlag
- **Godkjenne kvalifikasjonskrav**
 - Styringsgruppen godkjenner prekvalifiseringsgrunnlaget
- **Kunngjøring av konkurranse, og følge opp spørsmål**
 - Kunngjøre konkurranse
 - Ved behov gjennomføres en prekvalifiseringskonferanse etter kunngjøring. Prosjektgruppen kan delta ved behov
 - Håndtere søknader og innkomne spørsmål. Prosjektgruppen bistår i utforming av svar på innkomne spørsmål
- **Vurdere leverandører mot kvalifikasjonskrav**

- Gjennomføre åpning av søknader om prekvalifisering
- Vurdere kvalifikasjonskrav i samarbeid med prosjektgruppe
- Avvise søkere som ikke oppfyller kvalifikasjonskrav
- Utarbeide innstilling på prekvalifisering
- **Styringsgruppen godkjenner prekvalifisering**
- **Søkere informeres om resultatet av prekvalifiseringen**

5.3 UTARBEIDE KONKURRANSEGRUNNLAG



Sykehusinnkjøp sørger for at det utarbeides konkurransegrunnlag. Fagressurser fra HF/RHF deltar i prosjektgruppe og styringsgruppe. For å ferdigstille konkurransegrunnlaget gjennomføres følgende aktiviteter:

- **Utarbeide konkurransebestemmelser**
 - I samarbeid med prosjektgruppen utarbeides konkurransebestemmelser på bakgrunn av føringer/beslutninger fra prosjektplanen
- **Utarbeide kravspesifikasjon**
 - I samarbeid med prosjektgruppen utarbeides kravspesifikasjoner knyttet til anskaffelsen
- **Utarbeide prisskjema**
 - På bakgrunn av mottatt grunnlagsdata (masterdata), utarbeides det i samarbeid med prosjektgruppen et prisskjema med estimer
 - *Hensynta krav til tilbud i flere valutaer iht. Finansstrategi (utestår)*
- **Utarbeide logistikkkrav**
 - I samarbeid med prosjektgruppen og ansvarlige for logistikk i HF/RHF innarbeide logistikkkrav som en del av kravspesifikasjonen
- **Utarbeide krav vedrørende smittevern**
 - I samarbeid med prosjektgruppen og Regionalt senter for smittevern utarbeide krav vedrørende smittevern der dette er aktuelt
- **Utarbeide krav vedrørende databehandling**
 - I samarbeid med prosjektgruppen utarbeide krav vedrørende databehandleravtaler mv. der dette er aktuelt
- **Utarbeide avtaleverk**
 - I samarbeid med prosjektgruppen utarbeides avtaleverket. Gjøres med utgangspunkt i gjeldende maler

- **Utarbeide andre nødvendige dokumenter til konkurransen**
 - I samarbeid med prosjektgruppen utarbeides andre nødvendige dokumenter til konkurransen. Gjøres med utgangspunkt i gjeldende maler
- **Utarbeide og teste evalueringsmodell**
 - Evalueringsmodell utarbeides
 - Evalueringsmodellen testes ut i samarbeid med prosjektgruppen
- **Kvalitetssikre konkurransegrunnlag**
 - Prosjektgruppen kvalitetssikrer konkurransegrunnlaget
 - Konkurransegrunnlaget kan sendes på høring til:
 - Leverandører/markedet
 - Referansegrupper
 - Andre interessenter
- **Konkurransegrunnlag godkjennes av styringsgruppen**

5.4 GJENNOMFØRE KONKURRANSE OG UTARBEIDE AVTALE



Sykehusinnkjøp sørger for å gjennomføre konkurranse og utarbeide avtale. Fagressurser fra HF/RHF deltar i prosjektgruppe og styringsgruppe. RHF involveres gjennom styringsgruppedeltagelse i anskaffelser med høy risiko. RHF konsulteres hvis endringer i risikobildet for anskaffelser vurdert til lav risiko.

I gjennomføring av konkurranse og utarbeiding av avtale inngår følgende aktiviteter:

- **Kunngjøre konkurranse**
 - Konkurransen kunngjøres
- **Gjennomføre eventuell tilbudskonferanse**
 - Tilbudskonferanse kan gjennomføres etter kunngjøring. Prosjektgruppen kan delta ved behov.
 - Innkomne spørsmål til konkurransen besvares i samarbeid med prosjektgruppen
- **Evaluerer tilbud, og gjennomføre eventuelle forhandlinger**
 - Tilbudsåpning
 - Gjennomføre kvalifisering på grunnlag av kvalifikasjonskravene i konkurransen
 - Avvise tilbydere som ikke oppfyller kvalifikasjonskravene
 - Evaluere tilbud på bakgrunn av kriteriene i konkurransegrunnlaget

- Kravspesifikasjonen
- Prisskjema
 - *Herunder i samarbeid med bank, RHF og HF evaluere tilbud i flere valutaer iht. Finansstrategi (utestår)*
- Vareprøver påsyn/utprøving
- **Ved forhandlinger; invitere til forhandlinger**
 - Gjennomføre forhandlinger
 - Motta endelig tilbud
- **Utarbeide og kvalitetssikre innstilling**
 - Etter gjennomført evaluering skal utarbeides Innstilling som grunnlag for styringsgruppens beslutning om valg av leverandør(er)
 - Utarbeide endelig business case som vedlegg til innstillingen
- **Styringsgruppen godkjenner innstilling/tildeling**
- **Informere og tildele; samt eventuell klagehåndtering**
 - Utarbeide tildelingsbrev, samt kvalitetssikre dette.
 - Tildele
 - Håndtere eventuelle innsynsbegjæringer. RHF involveres hvis det mottas klage på innsynsbegjæringer
 - Håndtere eventuelle klager, og svare ut disse
 - Prosjektgruppen involveres ved behov. RHF involveres hvis det er anskaffelser med «gul» eller «rød» risiko.
- **Planlegge ferdigstillelse og implementering (se kapittel 6)**
 - Utarbeide og ferdigstille kontrakter
- **Signering av kontrakter**
 - Kontrakter sendes leverandør for signering og parafering
 - Signerte kontrakter sendes RHF/HF for kontrasignering og arkivering *(ikke endelig avklart hvordan dette skal gjøres for både å dekke forretningsmessige behov og lovkrav)*
 - Kontrasignerte kontrakter sendes leverandør
- **Kunngjøre/informere**
 - Kontraktstildeling kunngjøres

5.5 AVTALEINFORMASJON

Avtaleinformasjonen skal lagres slik at det både tilfredsstillers behovet for tilgjengelighet for brukerne av avtalen, Innkjøp HF, Sykehusinnkjøp og at lovmessige krav oppfylles.

Informasjon	Ansvarlig	System	Brukere
Avtaleinformasjon	Sykehusinnkjøp	Mal for overlevering av avtale	Innkjøp HF/RHF

			DSLØ
Avtalen – i sin helhet og underskrevet	Sykehusinnkjøp RHF	Sykehusinnkjøp: ePhorte <i>RHF: under avklaring</i> <i>HF: under avklaring</i>	Sykehusinnkjøp Innkjøp HF/RHF
Avtalen - i sin helhet (unntatt offentlighet)	Sykehusinnkjøp	Nasjonale: ProWeb (tilgangsstyring) <i>Regionale: under avklaring om Proweb kan benyttes</i> <i>Lokale: under avklaring om Proweb kan benyttes</i>	Sykehusinnkjøp Innkjøp HF/RHF DSLØ
Avtalen - utdrag (offentlig)	Sykehusinnkjøp	Nasjonale: Sykehusinnkjøp.no <i>Regionale: under avklaring om Proweb kan benyttes</i> <i>Lokale: under avklaring om Proweb kan benyttes</i>	Sykehusinnkjøp Innkjøp HF Anmodere HF/RHF
Avtalen – avtalehode og artikkel	Sykehusinnkjøp	Innkjøpsportalen (tilgangsstyring: Aktører utover Sykehusinnkjøp, får kun lesetilgang)	Sykehusinnkjøp Innkjøp HF/RHF DSLØ
Artikkel og kontrakt	DSLØ	SAP (5 forsyningskjeder p.t.)	Innkjøp HF Operative innkjøpere HF Anmodere HF

5.6 ANSVARSMATRISE ANSKAFFELSE

Nr.	Aktivitet / Beslutning	Innkjøp HF	Innkjøp RHF	Impl. ansv. HF/RHF	Logistikkavd. HF	Operativ innkjøper HF	SI leder /koordinator	SI prosjektleder ansk.	Styringsgruppe ansk.	Prosjektgruppe ansk.	Fagressur HF /RHF	SI avtaleforvaltning	DSLØ	Strat. innkjøpsforum	Fagdirektørmøte	Direktørmøte
1	Forberedende aktiviteter	U	U					HU					U			
2	Ressursbestilling (med utgangspunkt i anskaffelsesplan)	U	U					HU								
3	Bestilling av Masterdata (grunnlagsdata)							H					U			
4	Leverer Masterdata	K	K										HU			
5	Innhente leverandørstatistikk							HU								
6	Faglige og innovative føringer	HU	HU													
7	Utarbeide og godkjenne anskaffelsesstrategi og prosjektplan							U	H	K						
8	Gjennomføre og godkjenne prekvalifisering							U	H	K						
9	Utarbeide og godkjenne konkurransegrunnlag							U	H	K						
10	Gjennomføre konkurransen inkl. evaluering							U	H	K						

11	Utarbeide og godkjenne innstilling							U	H	K						
12	Utarbeide og signere kontrakt							U	H	K						
13	Utarbeide overlevering av avtale	I	I					HU		K				I		
14	Utarbeide konverteringsliste							U						HU		

H – hovedansvarlig (individet som har det endelige ansvaret)

U – utfører (individ(er) som utfører tiltak – ansvarlige for implementering)

K – konsulteres (individ(er) som konsulteres før endelig beslutning fattes/tiltak utføres)

I – informeres

6 IMPLEMENTERING



Implementering av avtaler er en forutsetning for å gjøre brukerne kjent med avtalene og avtaleproduktene, og for å kunne gjøre avrop via Helse Midt-Norge sitt økonomi- og logistikksystem. Gode prosesser for implementering av avtaler bidrar til å sikre avtalelojalitet og gevinstrealisering.

Implementering skiller i to, teknisk implementering og fysisk implementering;

- **Teknisk implementering** er registrering av masterdata i Innkjøpsportalen og registrering av masterdata i Helse Midt-Norge sitt økonomi- og logistikksystem. Gjennom dette sørges det for tilgjengeliggjøring av avtalene/varer for anmodning for brukerne.
- **Fysisk implementering** er å gjøre lokale logistikk- og forsyningssentre og brukerne av avtalene klare for å ta i bruk avtalene/varene.

Implementering av forskjellige typer avtaler krever forskjellige prosesser;

Generelle/tverrfaglige forbruksvarer: Dette er varer som benyttes på tvers i hele helseforetaket. Her kreves det utstrakt informasjon til kundene og det krever utstrakt opplæring om det er store endringer/kompleks avtale. I tillegg krever det utfasing/innfasing av varer i lokalt forsyningssenter og vanligvis kreves det en del utbytting av bestillingskort for aktiv forsyning.

Fagspesifikke forbruksvarer: Dette er varer som benyttes i en klinikk eller på en seksjon. Det er vanligvis enkelt og finne rett kontaktperson og å informere berørte. Opplæring er enklere å koordinere og gjennomføres vanligvis på ett sted, noe som gjør implementeringen mindre tidskrevende. Også for fagspesifikke forbruksvarer kreves det utfasing/innfasing av varer i lokalt forsyningssenter og det krever vanligvis noe utbytting av bestillingskort for aktiv forsyning.

Tjenester: Dette er tjenester som enten benyttes på tvers i hele helseforetaket eller i en klinikk/seksjon/avdeling. Implementering vil her koordineres gjennom Implementeringsansvarlig HF/RHF, mens selve implementeringen vil i hovedsak gjøres av fagpersoner (f.eks. HR, Økonomi, Helsefag) på oppdrag fra Implementeringsansvarlig HF/RHF.

6.1 PLANLEGGE OG TILRETTELEGGE FOR IMPLEMENTERING



6.1.1 Kontraktsoverlevering - implementeringsmøte



Avtaleforvalter i Sykehusinnkjøp sørger for innkallelse til månedlige Implementeringsmøter. I implementeringsmøter deltar Implementeringsansvarlige HF/RHF, Prosjektleder for aktuelle anskaffelser og Kontrakts-/katalogforvalter DSLØ. Øvrige fagpersoner kan delta ved behov.

Prosjektleder for anskaffelsen deltar i Implementeringsmøte med kontraktsoverlevering med for gjennomgang av anskaffelsesprosessen, diskuterte temaer i prosessen, kontrakt, risikovurderinger gjort, samt eventuelle andre forhold.

Overleveringen skjer gjennom ferdig utfylt *Mal for overlevering av avtale til HMN*, samt at avtalen registreres i systemene (jf. oversikt i 5.5). Hvis det ikke er mulig å legge ut avtalene elektronisk skal de sendes på e-post til Innkjøp HF og RHF, Logistikk og forsyning på HF og til DSLØ på RHF.

Kontraktsoverlevering skal gjennomføres senest 3 måneder før avtalestart om ikke annet er avtalt. Avtalestart bør så langt det er mulig ikke finne sted i perioden fra 15. juni – 15. august.

Kritiske punkt som må avklares ved avtaleoverlevering:

1. **Utfylt *Mal for overlevering av avtale til HMN* hvor det framgår:**
 - a. Hvem er fagressurs og hvem er i referansegruppen
 - b. Kontaktpunkt leverandør, både forvaltning av avtalen og produktansvarlig
2. **Masterdata**
 - a. Masterdata må inneholde generisk tekst på artikler og HMN-artikkelnummer så langt dette er opprettet
 - b. Masterdata må ha rette enhetsanordninger
 - c. Konverteringslister – hva utgår/hva er nytt – nye avtalepartnere
 - d. Tilleggssortiment/hovedsortiment – sortimentsadministrering
3. **Anskaffelsesprotokoll**
4. **Implementeringsperiode**
 - a. Når er HF klare for å ta i bruk avtalene – implementeringsperiode
5. **Kontaktpersoner**
 - a. Kontaktpersoner/ansvarlige HF/RHF
 - b. Ett kontaktpunkt inn til Sykehusinnkjøp HF
 - c. Hvem er avtaleforvalter hos Sykehusinnkjøp HF
6. **Forvaltning**
 - a. Endringer av avtale i avtaleperioden- distribusjon av endringer
 - b. Avvikshåndtering

6.1.2 Implementeringsplan



Implementeringsplan skal utarbeides for implementering av avtaler vedrørende varer, tjenester og investeringskjøp/engangskjøp.

Implementeringsansvarlige HF/RHF vurderer avtalens kompleksitet og behov for opplæring, kritikalitet og eventuelle utfordringer. Implementeringsansvarlige HF/RHF er ansvarlig for å sjekke med DSLØ om alle nødvendige endringer i SAP lar seg gjennomføre til gitt dato, dette inkluderer også om informasjon blir klar for endringer som foretakene selv må gjennomføre basert på informasjon fra DSLØ (forsyningsregister, infoposter mv.). Med utgangspunkt i dette sørger Implementeringsansvarlige HF/RHF for utarbeidelse av implementeringsplan som skal inneholde følgende elementer:

1. **Tidsplan implementering**
2. **Informasjon til berørte parter (brukere, Logistikk og forsyning HF, Aktiv forsyning HF), herunder**
 - a. Konverteringslister
 - b. Sortimentsadministrasjon
 - c. Informasjon om konsignasjon
3. **Plan for ut- og innfasing av varer (ansvar: Logistikk og forsyning), herunder**
 - a. Avklare status utgående varer (beholdningsstatus/restlager)
 - b. Avklare behov for nye bestillingskort. Informasjon til Aktiv forsyning.
 - c. Opprette/oppdattere infoposter
 - d. Avklare hva som skal være lagervarer og skaffevarer ut i fra estimert salgsvolum
4. **Plan for opplæring**
 - a. Opprette kontakt med produktspesialist hos leverandør
5. **Plan for involvering av andre relevante parter**
 - a. Medisinskteknisk avdeling, Allmennteknisk avdeling, Smittevern osv.

Aktuelle hjelpemidler:

- *Mal for implementeringsplan (ikke ferdigstilt)*
- *Sjekkliste for implementering (ikke ferdigstilt)*
- *Prosedyre for implementering til EQS (ikke ferdigstilt)*

6.2 GJENNOMFØRE IMPLEMENTERING OG UTFASING



Implementeringsansvarlige HF/RHF er hovedansvarlig for å gjennomføre aktiviteter knyttet til informasjon, opplæring og evaluering. Driftssenter LØ er hovedansvarlig for å gjennomføre aktiviteter knyttet til masterdata.

6.2.1 Informasjon



Implementeringsansvarlig HF/RHF er ansvarlige for å distribueres avtaleinformasjon til alle berørte parter;

- **Informasjon om nye avtaler publiseres på lokalt intranett**
- **Informasjon via e-post til logistikkavdelingen**
 - Informasjonen som distribueres logistikkavdelingen, må inneholde detaljer som endring av leverandør, endringer i pakningsstørrelse, bytte av bestillingskort og liknende
- **Informasjon via e-post til Aktiv forsyning**
- **Informasjon via e-post til Medisinteknisk avdeling, Allmennteknisk avdeling m.fl.**
- **Informasjon via e-post til andre relevante**
 - HF har flere råd, utvalg og andre grupper som er satt sammen fra flere klinikker, som kan være nyttig og hensiktsmessig å informere og benytte i implementering

6.2.2 Masterdata



God kvalitet på masterdata er en forutsetning for å oppnå en vellykket implementering.

6.2.2.1 Konverteringsliste

Etter tildeling integrerer Sykehusinnkjøp materialene i konkurransegrunnlaget med konverteringslisten. Endelig konverteringsliste ferdigstilles med nye kontrakter, priser og salgsenhet/innkjøpsenhet.

6.2.2.2 Kontrakt

Sykehusinnkjøp oppretter avtalen i innkjøpsportalen og oversender endelig konverteringsliste til DSLØ; eventuelle endringer i materialdata utover priser og salgsenhet/innkjøpsenhet må merkes tydelig. Denne forsendelsen må også inneholde kopi av kontraktsdokumentene eller link til hvor disse kan finnes. Kontraktsforvalter i DSLØ registrerer kontrakten i SAP. Utgåtte kontrakter avsluttes i SAP.

6.2.2.3 Leverandørkatalog

DSLØ oppretter leverandørkatalog i SAP med basisinformasjon fra kontrakt. DSLØ innhenter katalog på avtalt format fra leverandøren og bidrar til videre å berike leverandørkatalogen.

6.2.2.4 Formidle kontraktsinformasjon til HF/RHF

DSLØ kompletterer konverteringslistene og oversender disse til HF/RHF. DSLØ er ansvarlig for formatet informasjonen sendes til HF/RHF på. Da skal det fremgå av konverteringsliste hvilke HMN artikler som videreføres, hvilke kontrakter som utgår, hvilke nye kontrakter som kommer inn og hvilke HMN artikler som utgår fra kontrakt.

6.2.2.5 Foretaksintern katalog

DSLØ oppdaterer foretaksintern katalog med endringer relevante i forhold til inngått kontrakt.

6.2.3 Opplæring



Opplæring gjennomføres for at brukerne skal bli kjent med varen, dens egenskap og hvordan denne fungerer i praksis. Ikke alle inngåtte avtaler krever opplæring av brukerne, men man må i hvert enkelt tilfelle vurdere behovet. Dette gjøres av Implementeringsansvarlig HF/RHF sammen med fagressurs fra anbudet og eventuelle referanseressurser.

Implementeringsansvarlig HF/RHF sørger for planlegging og koordinering av opplæring. I dette inngår følgende aktiviteter:

- **Avklare brukere**

- DSLØ må bistå Implementeringsansvarlig med uttak av rapporter som viser brukeravdelinger og forbruk per måned
- Implementeringsansvarlig må vurdere om det er andre aktuelle som bør delta i opplæring, som f.eks. aktive forsynere, medisinteknisk avdeling, allmenteknisk avdeling, andre råd og utvalg

- **Planlegging av opplæring**

- Implementeringsansvarlig avtaler telefonmøte/møte med leverandøren for å organisere en eventuell opplæring
- Implementeringsansvarlig orienterer brukerne om opplæring og avklarer om med avdeling/leverandør om det skal gjennomføres felles opplæring eller seksjonsvise opplæringer
- Implementeringsansvarlig organiserer formøte med leverandør hvor også fagressursen fra anbudet deltar.
- Fagressurs bør aller helst styre gjennomføringen, mens implementeringsansvarlig organiserer på forhånd og er støtte i gjennomføringen. Partene avtaler hvem gjør hva ut i fra tid tilgjengelig.
- Der hvor det eksisterer produktråd, må disse også få medansvar for implementeringen. Disse kjenner organisasjonen og brukerne bedre, og vil få eierskap til avtalen og bidra til å besørge avtalelojalitet.

Aktuelle hjelpemidler:

- *Beskrivelse av standardisert opplæringsprosess (ikke ferdigstilt)*

6.2.4 Evaluering



Etter gjennomført implementering har Implementeringsansvarlig HF/RHF ansvaret for å gjennomføre evaluering av implementeringen.

Evalueringen dokumenteres i form av evalueringsrapport og inneholder vurdering av grad av suksess innenfor følgende områder:

1. **Informasjonen** nådde fram til alle brukere
2. **Masterdata** rett i SAP
3. **Enkelt å anmode** varer i SAP
4. **Logistikk og forsyning var klare til å distribuere avtalevarer** i HF i løpet av 1 måned etter avtalestart
5. **Opplæring** gjennomført hos alle brukeravdelinger (avdelinger ansvarlig for internopplæring hos de som ikke kunne delta).
6. **Leverandøren har klart å distribuerer avtaleartikler** uten forsinkelser i henhold til leveringstid i avtale, og levert alle varelinjer som bestilt.
7. **Sortimentet** som er avtalefestet er komplett uten mangler som naturlig hører hjemme til denne avtale.
8. **Ingen rapporterte avvik** på avtalevarer
9. **Ingen brukere som nekter å ta i bruk** avtalevarer pga. endring av funksjonalitet, brukerhåndtering, koblingsvansker, usikkerhet o.l.
10. **Måling av avtalelojalitet** ifht. anmodet varelinjer fra avtalen. Kontrollsjekk av ikke-avtalevarer som fortsatt ligger igjen i SAP og fritekstanmodninger som burde vært anmodet mot avtale. Dette skal gjøres innen 6-9 måneder etter implementering

Rapporten sendes til gjennomlesning av fagressursen fra anskaffelsen før den ferdigstilles. Ferdigstilt rapport oversendes til Avtaleforvalter i Sykehusinnkjøp HF.

Sykehusinnkjøp HF informeres løpende om avvik. Uansett avvik skal det alltid forsøkes løst uten eskalering/på laveste nivå (se 7.1.2).

Sykehusinnkjøp HF's avtaleforvalter, fagressurs fra anskaffelsen og Implementeringsansvarlig vil før prøvetiden utgår i Implementeringsmøtet evaluere om avtalen fungerer.

Aktuelle hjelpemidler:

- Prosedyre for registrering av produkter utenfor avtale (*utestår: revisjon, innarbeidelse av dokumentasjon av avvik fra bruk av avtale, dokumentasjon på kvalitetskrav ved alternative produkt*)
- *Mal for evalueringsrapport implementering (ikke ferdigstilt)*
- *Mal for evalueringsskjema til brukere (ikke ferdigstilt)*
- *Mal for avviksskjema til Sykehusinnkjøp (ikke ferdigstilt)*

6.3 ANSVARSMATRISE IMPLEMENTERING

Nr.	Aktivitet / Beslutning	Innkjøp HF	Innkjøp RHF	Impl. ansv. HF/RHF	Logistikkavd. HF	Operativ innkjøp HF	SI leder /koordinator	SI prosjektleder ansk.	Styringsgruppe ansk.	Prosjektgruppe ansk.	Fagressur HF /RHF	SI avtaleforvaltning	DSLØ	Strat. innkjøpsforum	Fagdirektørmøte	Direktørmøte
1	Konverteringsliste med utgangspunkt i mottatt masterdata	I	I					HU		K			I			
2	Utarbeide implementeringsplan/milepælsplan i implementeringsmøte	U	U					HU					U			
3	Overlevering av avtale/implementeringsmøte			I	I			HU					I			
4	Korrekt masterdata på avtale i innkjøpsportalen				I							HU	I (U)			
5	Utarbeider implementeringsplan - informasjon			HU	I											
6	Innhenter katalog/leverandørkatalog												HU			
7	Utarbeide konverteringslister lokale avtaler og regionale			K	I			HU								
8	Utarbeide konverteringsliste Nasjonale avtaler			K	I			HU					U			
9	Sortimentadministrasjon – ferdigstille konverteringslister			H						U						
10	Planlegge utfasing av utgående sortiment			I	HU					K						
11	Gjennomføre oppstartsmøter med leverandører			HU	K					I						
12	Avtaler opplæring og tidsplan			HU						UK						
13	Tilgjengeliggjøre Kontrakt og Katalog i SAP (obs: når er HF-ene klare)			K									HU			
14	Evaluerings av implementeringen			HU	K			I		K		K	I			

H – hovedansvarlig (individet som har det endelige ansvaret)

U – utfører (individ(er) som utfører tiltak – ansvarlige for implementering)

K – konsulteres (individ(er) som konsulteres før endelig beslutning fattes/tiltak utføres)

I – informeres

7 FORVALTNING

De ulike prosessstegene innenfor forvaltning kan defineres som:



Forvaltningsprosessen starter når implementeringen er utført, senest ved signeringstidspunktet. Prosessen kan deles inn i operativ, taktisk og strategisk forvaltning;

Operativ forvaltning:

Grunnleggende oppfølging og korrigeringer utført på artikkelnivå, gjerne enkeltstående tilfeller som utføres primært blant operativt personell i HF og DSLØ.

Avviksanalyser og rapporter, utvikling av sortiment og betingelser, samhandling og standardisering som håndteres/utføres av Sykehusinnkjøp.

Taktisk forvaltning:

Oppfølging og korrigeringer av systematiske avvik, gjennomføre vedtatte tiltak og optimalisere kontraktsforhold.

Rapportering og avviksanalyser som understøtter prosessene.

Strategisk forvaltning:

Oppfølging og iverksettelse av tiltak og prosesser for å realisere betingelser i kontrakter. Gjennomføre tiltak og legge til rette for gevinstrealisering

Bidra til gode analyser og rapporter på leverandører og avtaler på tvers av kategorier.

En god og vellykket implementering gir et godt grunnlag for optimal forvaltning av avtalen i ettertid:

Nasjonale avtaler (*utestår avklaringer*):

Spesielle forhold knyttet til forvaltning av nasjonale avtaler og organisering av dette må avklares nærmere.

Regionale/lokale avtaler:

Tidspunkt for at forvaltning i Sykehusinnkjøp - divisjon Midt-Norge overtar forvaltningen avklares i Implementeringsmøtet.

7.1 MASTERDATA



7.1.1 Forvaltningsansvar masterdata

Forvaltningsansvaret for masterdata i innkjøpsportalen ligger hos Sykehusinnkjøp, mens ansvaret for masterdata, material og leverandør i SAP er Driftssenteret (DSLØ) sitt ansvar.

- Detaljer og rutiner for vedlikehold av leverandører/artikler/avtaler i Innkjøpsportalen er Sykehusinnkjøps ansvar. Innkjøpsportalen er bestemmende for informasjon på artikkel.
 - Mal etablert for artikler
 - Malverk/prosedyrebeskrivelse for ensartet bruk av innkjøpsportalen blir utarbeidet
- Detaljer og rutiner for vedlikehold av artikler/avtaler/leverandør i SAP er DSLØs ansvar.
 - Malverk for materialvedlikehold
 - Standard for artikkel; artikkelbeskrivelse, kvantumsenheter og kategorisering
 - Kvalitetssikring og vedlikehold av leverandørregister
- Koordinering og eierskap til nasjonal kategoristruktur ivaretas av Sykehusinnkjøp. Koordinering av HMNs endringsønsker/-behov ivaretas av DSLØ som sørger for å ta dette videre med Sykehusinnkjøp. DSLØ har ansvar for implementering av nye versjoner i SAP.

Aktuelle hjelpemidler:

- *Mal for materialvedlikehold (eksisterende versjon må kvalitetssikres)*
- *Standard for artikkel (må kvalitetssikres)*

7.1.2 Avvik masterdata

Foretakene rapporterer avvik når disse avdekkes på følgende måter.

- **Innkjøpsportal**
 - Avvik i innkjøpsportal varsles Sykehusinnkjøp via e-post til Forvaltning Midt (*egen e-postadresse skal etableres – ikke ferdigstilt*). Sykehusinnkjøp korrigerer avvik og sørger for at informasjon om korrigeringen formidles til DSLØ.
- **Materialmaster, SAP**
 - Avvik på enkeltmaterialer rapporteres via SAP Masterdata Governance (MDG), material til DSLØ. Sykehusinnkjøp kan varsle på e-post til (hmn-artikkel@helse-midt.no).
 - Systematiske avvik og behov for massekorreksjoner på flere material (> 10) varsles DSLØ via e-post til HMN-Artikkel (hmn-artikkel@helse-midt.no).
- **Leverandørmaster, SAP**

- Avvik på enkeltleverandører rapporteres via SAP Masterdata Governance (MDG), leverandør til DSLØ.
- Systematiske avvik og behov for massekorreksjoner på leverandør varsles DSLØ via e-post til HMN Driftssenteret (hmn.driftssenteret@helse-midt.no).
- **Kontraktsdata, SAP**
 - Prisavvik på ordrebekreftelse og faktura avklares direkte mellom HF og leverandør
 - Prisavvik og avvik i kontraktsinnhold varsles DSLØ via e-post til HMN Kontrakt (hmnkontrakt@helse-midt.no). DSLØ avklarer og korrigerer innmeldte avvik og følger opp systematiske avvik, og sørger for eskalering videre til SI dersom det er påkrevd.
- **Katalogdata, SAP**
 - Mangler og avvik i kataloginnhold varsles DSLØ via e-post til HMN Katalog (hmn.katalog@helse-midt.no). DSLØ korrigerer innmeldte avvik og følger opp systematiske avvik, eventuelt i samråd med leverandør og sørger for eskalering videre til Sykehusinnkjøp dersom det er avvik som berører inngått kontrakt.

7.1.3 Endringer i kontrakt

Merkantile endringer i kontrakt, eksempelvis prisendringer, sortimentsendringer og prolongeringer registreres direkte i Innkjøpsportalen av Sykehusinnkjøp; og DSLØ varsles samtidig via e-post til HMN Kontrakt (hmnkontrakt@helse-midt.no) slik at ajourføring av kontrakt som finnes i SAP sikres. DSLØ varsler løpende på e-post til HFene iht. distribusjonsliste om relevante endringer som er foretatt i SAP, herunder:

- Nye og utgående artikler i kontrakt
- Prolongeringer
- Artikkelbeskrivelser
- Kvantumsenheter

7.1.4 Katalogvedlikehold i SAP

DSLØ har ansvar for kvalitetssikring, komplettering og berikelse av leverandørkataloger i SAP. Dette i direkte dialog med etablert leverandørkontakt. Sykehusinnkjøp bistår DSLØ dersom leverandører ikke er i stand til å levere kataloginnhold i henhold til avtale.

7.1.5 Rapportering/analysegrunnlag

DSLØ skal bistå Sykehusinnkjøp og foretakene med relevante masterdatauttrekk fra SAP ved behov. Behov for rapporter meldes til HMN Driftssenteret (hmn.driftssenteret@helse-midt.no) som vurderer hvordan behovet best kan møtes ved tilpasning av eksisterende eller behov for utvikling av nye rapporter.

DSLØ vil bistå med hente ut et fast rapportsett (skal produseres) som skal ivareta overordnet oppfølging på avtaleporteføljen grunnlag for analyser av avtalelojalitet, leveringspresisjon, leveringsgrad.

7.2 Avvik



Avvik kan oppstå på flere områder og ansvaret for oppfølging av avvik er avhengig av hvilke type avvik det gjelder. Både HF/RHF, DSLØ og Sykehusinnkjøp vil være involvert i avviksprosessen. Uansett hvilket avvik det gjelder er målsettingen at det alltid skal forsøkes løst uten eskalering/på laveste nivå.

7.2.1 Avvik leveringskvalitet og pris

Nivå	Type avvik	Ansvar
Operativt	Grunndata/merkantile vilkår Eksempler: <i>Enkeltavvik på innkjøpsordre/bekreftelser</i> <i>Enkeltavvik på faktura/innkjøpsordre Forsinkede enkeltleveranser</i> <i>Enkeltskader på vare/brekkasje</i> <i>Enkeltmangler/manko i leveranser</i> <i>Enkeltavvik på fakturering</i>	Operasjonell innkjøper og lager HF
Taktisk	Eskalerte saker og systematiske avvik Eksempler: <i>Eskalerte enkeltsaker fra HF</i> <i>Systematisk avvik på innkjøpsordre/bekreftelser</i> <i>Systematisk avvik på faktura/innkjøpsordre</i> <i>Systematisk avvik i leveringstid</i> <i>Systematisk avvik ifbm. skade/brekkasje (retur)</i> <i>Systematisk avvik/manko i leveringsgrad (antall levert vs. bestilt)</i> <i>Systematisk avvik på bruk av kvantumsenheter i kontrakt/innkjøp vs. faktura</i>	Katalog- og kontraktsforvalter DSLØ
Strategisk	Eskalerte saker, langsiktige systematiske avvik, kontraktsforhold Eksempler: <i>Ikke avklarte enkeltsaker mellom DSLØ og leverandør (uenighet om avtaleinnhold, gyldighet, prisoppdateringer)</i> <i>Langsiktige systematiske avvik som leverandør ikke agerer/retter/fører seg på.</i>	Sykehusinnkjøp RHF involveres hvis anskaffelser med høy risiko eller endret risiko.

Tolking av kontrakt, igangsetting og vurdering av sanksjoner o.l.

7.2.2 Avvik produktkvalitet

Sykehusinnkjøp er ansvarlig for oppfølging av avvik som gjelder produktkvalitet/avvik på funksjon/nytte. I dette inngår også tilbakekalling og rest-/erstatningssaker/reklamasjon. Fagpersoner HF må være involvert i godkjenningen av erstatningsprodukt.

Innrapportering av avvik på varens funksjon/nytte gjøres på følgende måte (graden av alvorlighet definerer involvering fra de enkelte):

- Innkjøp HF eskalerer til Avtaleforvalter Sykehusinnkjøp via e-post (*vil etableres felles epostadresse - ikke ferdigstilt*) eller pr telefon. *Vil bli etablert egnet skjema/løsning – ikke ferdigstilt.*
- Avtaleforvalter Sykehusinnkjøp gir tilbakemelding om status og tiltak til Innkjøp HF
- Ved større/alvorlige avvik avklarer Sykehusinnkjøp med Innkjøp HF involvering av linjeledelse ved HF/RHF

7.3 ENDRINGER



Med endringer menes både endringer i avtale eller tilhørende dokumenter (vedlegg/bilag), prisendringer, endringer på sortiment og prolongeringer. I tillegg gjelder dette endringer på nasjonal kategoristruktur. Sykehusinnkjøp er ansvarlig for saksbehandling og gjennomføring av alle endringsprosessene. Informasjon om gjennomførte endringer gjøres via oppdatering av Innkjøpsportalen og gjennom nødvendig korrespondanse med RHF/HF og DSLØ. Kontraksnummer i Innkjøpsportal brukes som ID i all korrespondanse.

Type endring	Innspill fra	Prosess/involvering	Beslutningstaker
Endringer i avtale eller tilhørende dokumenter (vedlegg/bilag)	Sykehusinnkjøp RHF/HF DSLØ Leverandør	Sykehusinnkjøp sørger for involvering av Innkjøp HF og anbefaler endringer til RHF (nasjonale og regionale avtaler) eller HF (lokale avtaler)	Nasjonale og regionale avtaler: Direktør stab og prosjektstyring RHF Lokale avtaler: Sendes til Innkjøp HF som sørger for signering iht. fullmaktsreglement
Prisendringer innenfor avtalen	Sykehusinnkjøp RHF/HF	Sykehusinnkjøp vurderer iht. kontrakt	Sykehusinnkjøp

	DSLØ		
Prisendringer på ikke-avtaleprodukter	RHF/HF DSLØ Leverandør	DSLØ og HF vurderer	DSLØ Operative innkjøpere HF
Endringer på sortiment	Sykehusinnkjøp RHF/HF DSLØ Leverandør	Sykehusinnkjøp sørger for involvering av fagressurser HF fra anskaffelsen.	Nasjonale og regionale avtaler: Direktør stab og prosjektstyring RHF Lokale avtaler: Sendes til Innkjøp HF som sørger for signering iht. fullmaktsreglement
Tillegg på sortiment	Sykehusinnkjøp RHF/HF DSLØ Leverandør	Sykehusinnkjøp sørger for involvering av fagressurser HF fra anskaffelsen.	Nasjonale og regionale avtaler: Direktør stab og prosjektstyring RHF Lokale avtaler: Sendes til Innkjøp HF som sørger for signering iht. fullmaktsreglement
Prolongeringer	Sykehusinnkjøp RHF/HF	Avtaleforvalter/prosjektleder Sykehusinnkjøp kontakter Innkjøp HF for informasjon, avklaring og mandat til å utføre prolongering på eksisterende betingelser på gjeldende avtale. Dette skal skje 6 måneder før utløp av avtalen. Egnede maler skal benyttes til dette	Nasjonale og regionale avtaler: Direktør stab og prosjektstyring RHF Lokale avtaler: Sendes til Innkjøp HF som sørger for signering iht. fullmaktsreglement
Endringer på nasjonal kategoristruktur	Sykehusinnkjøp RHF/HF DSLØ Leverandør	DSLØ samler opp innspill til endringer fra HMN som oversendes Sykehusinnkjøp for videre oppfølging.	<i>uavklart</i>

Responstid ved henvendelser om endringer vil bli spesifisert/beskrevet nærmere i senere versjon basert på SLA.

7.4 LEVERANDØRKONTAKT



Sykehusinnkjøp har hovedansvaret for leverandørkontakt, men også HF/RHF og DSLØ vil ha kontakt med leverandør på operativt og taktisk nivå. Intern kommunikasjon mellom aktørene (Sykehusinnkjøp, HF, RHF, DSLØ) bør som hovedregel ikke inngå i kommunikasjon med leverandør.

Nivå	Type saker	Ansvar
Operativt	Leveranse kvalitet Pris/fakturerings Forhold relatert til SAP Inngå Samhandlingsavtale (EHF) Implementere Samhandlingsavtale (EHF) Løpende avtaleforvaltning (endringer pris, sortiment mv)	HF/RHF HF/RHF DSLØ <i>Uavklart</i> DSLØ Sykehusinnkjøp
Taktisk	Optimalisere avtaler Følge opp krav fra kontrakt inkl. krav til miljø, menneskerettigheter og andre samfunnshensyn mv. Systematiske avvik	Sykehusinnkjøp Sykehusinnkjøp DSLØ
Strategisk	Dialog og utvikling med leverandør	Sykehusinnkjøp

7.5 ANALYSE OG RAPPORTERING



Sykehusinnkjøp og DSLØ har ansvaret for gjennomføring av analyser og rapportering knyttet til avtaler.

Sykehusinnkjøp har med utgangspunkt i data fra leverandørstatistikk og Innkjøpsportalen ansvaret for:

- Analyser av sortimentsutvikling
- Analyser av avtaledekning (*ikke ferdigstilt avklaring mot DSLØ*)
- Analyser av totalspend
- Utarbeidelse og oppfølging av business case
- Analyser av avvik

DSLØ har med utgangspunkt i data i SAP ansvaret for (*ikke ferdigstilt rapporter og avklaringer mot HF og Sykehusinnkjøp*):

- Analyser av avtalelojalitet
- Analyser av avtaledekning

- Være aktiv i å finne gode løsninger for optimal logistikkflyt mellom leverandør og våre kunder.
- Sikre gode og riktige betingelser som ivaretar de ulike HF sine behov
- **Samfunnsansvar**
 - Menneskerettigheter – være en pådriver for å respektere menneskeverdets ukrenkelighet
 - Miljø - være en pådriver for å unngå skadelig miljøpåvirkning og sørge for en bærekraftig utvikling.
 - Arbeidsliv – være en pådriver for å sikre gode og anstendige arbeidsforhold
 - Forretningsmessig integritet – være en pådriver på å motvirke korrupsjon og håndtere gråsoner på en god måte.
 - Omgivelser/samfunn/verden – være en pådriver for at leverandører er med å bidrar positivt lokalt og globalt.

7.7 ANSVARSMATRISE FORVALTNING

Nr.	Aktivitet / Beslutning	Innkjøp HF	Innkjøp RHF	Impl. ansv. HF/RHF	Logistikkavd. HF	Operativ innkjøp HF	SI leder /koordinator	SI prosjektleder ansk.	Styringsgruppe ansk.	Prosjektgruppe ansk.	Fagressurser HF /RHF	SI avtaleforvaltning	DSLØ	Strat. innkjøpsforum	Fagdirektørmøte	Direktørmøte
1	Overlevering av avtale							HU								
2	Korrekt masterdata på avtale i innkjøpsportalen							H				U	I			
3	Avviksbehandling merkantilt operativt nivå					HU							I			
4	Avviksbehandling merkantilt taktisk nivå			K		K						I	HU			
5	Avviksbehandling merkantilt strategisk nivå			KI		K		I				HU	KI			
6	Avviksbehandling funksjon/nytte			K		K		U		K		HU				
7	Endringsbehandling avtale (inkl. vedlegg/bilag)			I				K		K		HU	I			
8	Endringsbehandling sortiment			I				K		K		HU	I			
9	Endringsbehandling prolongering	H	H	K				K				U	I			
10	Heving/oppsigelse av avtale/deler av avtale	HK	HK	K				U		K		I	I			
11	Leverandørkontakt – operativt nivå			U		HU							U			
12	Leverandørkontakt – taktisk nivå											HU	U			
13	Leverandørkontakt – strategisk nivå											HU				
14	Analyse/rapportering – data fra SAP	I	I	I								I	HU			
15	Analyse/rapportering – data fra leverandør, andre kilder	I	I	I								HU	I			
16	Leverandør- og markedsutvikling	IK	IK	I								HU				

H – hovedansvarlig (individet som har det endelige ansvaret)

U – utfører (individ(er) som utfører tiltak – ansvarlige for implementering)

K – konsulteres (individ(er) som konsulteres før endelig beslutning fattes/tiltak utføres)

I – informeres

8 INNKJØPSPROSESS LEGEMIDLER (UTESTÅR)

Under utarbeidelse og vil oppdateres i senere versjon.

9 INNKJØPSPROSESS IKT (UTESTÅR)

Må vurderes om IKT dekkes av de beskrevne innkjøpsprosesser eller om det er behov for eget kapittel. Vil oppdateres i senere versjon.

10 INNKJØPSPROSESS MTU (UTESTÅR)

Må vurderes om MTU dekkes av de beskrevne innkjøpsprosesser eller om det er behov for eget kapittel. Vil oppdateres i senere versjon

11 REGIONALE ANSKAFFELSER AV HELSETJENESTER OG PASIENTREISER (UTESTÅR)

Under utarbeidelse og vil oppdateres i senere versjon.

12 VEDLEGG

12.1 ORDLISTE

Begrep	Forklaring
DSLØ	Driftssenter Logistikk og økonomi
Business case	Begrunnelse for gjennomføring av anskaffelsen som inneholder formål, alternativer, gevinst, kostnad, risiko
Spendanalyse	Økonomisk forbruksanalyse; hvor mye er kjøpt i kroner på et produkt, avtale, området etc.
Totalspend	En komplett oversikt over økonomisk forbruk; hvor mye er kjøpt innen en kategori, fra en leverandør på tvers av avtaler, totalt på en avtale etc.

12.2 INNKJØP HF OG RHF

Foretak	Kontaktpunkt
Helse Nord-Trøndelag HF	Espen Ruud Sollien (EspenRuud.Sollien@helse-nordtrondelag.no)
St. Olavs hospital HF	Maria Svensson (maria.svensson@stolav.no)
Helse Møre og Romsdal HF	Hallgeir Hartvigsen (Hallgeir.Hartvigsen@helse-mr.no)
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Unni Hjellupvik (Unni.Hjellupvik@sykehusapoteket.no)
Helse Midt-Norge RHF	Randi Østbø (randi.ostbo@helse-midt.no)
Hemit	Siri Berg (Siri.Beate.Berg@hemit.no)

12.3 IMPLEMENTERINGSANSVARLIG HF OG RHF

Foretak	Kontaktpunkt
Helse Nord-Trøndelag HF	Marius Løvlie Kristoffersen (MariusLovlie.Kristoffersen@helse-nordtrondelag.no)
St. Olavs hospital HF	Maria Svensson (maria.svensson@stolav.no)
Helse Møre og Romsdal HF	Hallgeir Hartvigsen (Hallgeir.Hartvigsen@helse-mr.no)
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Unni Hjellupvik (Unni.Hjellupvik@sykehusapoteket.no)
Helse Midt-Norge RHF	uavklart
Hemit	Katharina Hammer Strøm (Katharina.Hammer.Strom@hemit.no)

12.4 BREV TIL HELSE MIDT-NORGE VEDR. OPPNEVNELSE FAGRESSURS

Oppnevning av fagressurs til prosjektgruppe og deltaker i styringsgruppe

Oppnevning av fagressurs

Sykehusinnkjøp HF, divisjon Midt-Norge ber om oppnevning av fagressurs til deltakelse i regional prosjektgruppe, samt bekreftelse på mandat til fagressurs for gjennomføring av anskaffelse i henhold til vedtatte anskaffelsesplan xxx.

Oppnevning må være gjort skriftlig innen xxx (3 måneder).

Det skal avsettes tilstrekkelig tid til at fagressurs skal kunne delta i forbindelse med forberedelse og gjennomføring av anskaffelsen, samt etterfølgende kontraktsoppfølgning.

Deltakere i forrige anskaffelse

Prosjektgruppe for anskaffelse gjennomført i xxx besto av følgende personer:

Navn Stilling Enhet (RHF/HF/Sykehusinnkjøp HF)

I tillegg var det utnevnt en egen evalueringsgruppe/ressursgruppe/ev. andre grupper som bestod av:

Tentativ framdriftsplan

Følgende framdrift er skissert:

Aktivitet	Nov	Des	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sept
Oppstart											
Utlysning											
Tildeling											
Virkningsdato											

Mandat

Fagressurs gis mandat og fullmakt til å kunne fatte beslutninger på vegne av helseforetaket.

For de helseforetak som ikke stiller med fagressurs vil man med dette akseptere at fagressurer fra andre helseforetak som sitter i prosjektgruppen beslutter på vegne av hele foretaksgruppen.

Helseforetakene er forpliktet til å implementere valgte produkt/tjeneste i tråd med inngått avtale.

Oppnevning av styringsgruppe

Det bes om oppnevning av deltaker til styringsgruppe i prosjektet.

Styringsgruppen gir rammene for det arbeidet prosjektet skal utføre. Det er styringsgruppen som godkjenner alle sentrale dokumenter i prosessen og godkjenner også avvising, innstilling, samt andre forhold av betydning.

Fra Sykehusinnkjøp stiller xxx i styringsgruppen.

Kostnader

Hvert helseforetak dekker egne utgifter i forbindelse med deltakelse.

Signatur klinikkshjef og fagdirektør HF

.....

Vedlegg :

Mandat fagressurs

12.5 MANDAT FAGRESSURS

Mandat prosjektdeltaker

Formålet

Sykehusinnkjøp HF skal anskaffe xxxxxx.

Vedtaket følger av anskaffelsesplan som er besluttet av helseforetakene i Helse Midt-Norge.

Det opprettes en regional prosjektgruppe som er satt sammen av fagpersonell som har god kunnskap om det som skal anskaffes. Prosjektgruppens viktigste oppgave er å utarbeide en god kravspesifikasjon, samt gjennomføre evaluering som sikrer at konkurransen ivaretar de faglige hensyn som er viktig både for brukere og pasienter.

Prosessen skal tilrettelegges for at de riktige varer og tjenester velges av fag, slik at man får avtaler som gir kvalitet og verdi for våre fagfolk for oppnåelse av best mulig pasientbehandling.

Representasjon

I prosjektgruppen er det oppnevnt regionale prosjektdeltakere. Dette betyr at man som prosjektdeltaker representerer alle helseforetakene i Helse Midt-Norge.

Fagressurs gis mandat og fullmakt til å kunne fatte beslutninger på vegne av helseforetaket.

Det anbefales at man etablerer en egen referansegruppe i eget foretak, for å ha flere diskusjonspartnere med i prosessen for å sikre informasjon og forankring både av kravspesifikasjon, valg av leverandør(er), implementering og avtalelojalitet.

Roller og gjennomføring

Styringsgruppen

Styringsgruppen gir rammene for det arbeidet prosjektet skal utføre. Det er styringsgruppen som godkjenner alle sentrale dokumenter i prosessen og godkjenner også avvisning, innstilling, samt andre forhold av betydning.

Prosjektleder

Sykehusinnkjøp HF sin rolle er å lede prosessen basert på vedtatte strategier, samt sikre at anskaffelsen gjennomføres i tråd med lover og forskrifter om offentlige anskaffelser.

Prosjektleder rapporterer til Styringsgruppen.

Prosjektgruppen

Prosjektgruppen er det utførende ledd i arbeidet med anskaffelsen. Under ledelse av en prosjektleder fra Sykehusinnkjøp HF, er det prosjektgruppen som innhenter grunnlagsdokumentasjon, utarbeider konkurranse- og kontraktsstrategi og prosjektplan, samt konkurransegrunnlag (herunder kravspesifikasjon). Det er også prosjektgruppen som primært står for evaluering av innkomne tilbud.

Prosjektgruppen brukes som rådgivere i implementeringsfasen, samt ved avtaleforvaltningen.

Referansegruppen

I hvert helseforetak bør det opprettes referansegrupper bestående av fagpersonell med kunnskaper og erfaring innen de områder som dekkes av anskaffelsen.

Referansegruppene kan være fast oppnevnte grupper som virker over lengre tid, eller de kan være spesifikt oppnevnt for et konkret prosjekt. Størrelsen og sammensetningen på referansegruppen vil være overlatt til det enkelte Helseforetak å beslutte.

Referansegruppens sammensetning skal sikre forankring på HF-nivå, samt yte faglig støtte til prosjektgruppen ved behov. Som prosjektdeltaker har man ansvar for å holde dialog med sin referansegruppe, slik at den kunnskapen som finnes i gruppen kan komme prosjektet til gode.

Rammer og regelverk

Regelverk

Alle anskaffelsesprosjekter som gjennomføres av Sykehusinnkjøp HF på vegne av helseforetakene er underlagt Lov og forskrift om offentlige anskaffelser. Det er ikke nødvendig som prosjektdeltaker å ha inngående kunnskap om regelverket, da prosjektleder med juridisk støtte fra Sykehusinnkjøp HF vil ivareta dette.

Habilitet

Det skal signeres en egenerklæring om habilitet. Hensikten bak denne egenerklæringen er å avdekke om prosjektdeltaker har bindinger/relasjoner som kan føre til at det kan reises tvil om deltakeren, og dermed prosjektets, upartiskhet.

Når skjema fylles ut er det derfor viktig å vurdere om det foreligger slike forhold som gjør at man kan oppfattes som partisk. Selv om et forhold ikke er av en slik art at det nødvendigvis ville gjøre en inhabil etter lovens bokstav, så vil det likevel kunne oppfattes som uheldig av andre. Ved tvil oppgis det i skjemaet, slik at det kan vurderes om dette er noe som bør hensyntas.

Taushetsplikt

I anskaffelsesprosessen skal man være oppmerksom på den taushetsplikt som pålegges prosjektgruppens medlemmer. Man må derfor også gjøre egen referansegruppe oppmerksom på viktigheten av at sensitiv informasjon ikke gis ut. I en eventuell dialog med aktuelle tilbydere skal en samlet prosjektgruppe enes om hvilken informasjon som skal formidles.

Prosjektmøter

På det første møtet i prosjektgruppen skal det settes opp en fremdriftsplan for arbeidet.

Det er påkrevd at nærmeste leder til prosjektdeltakere har satt av den tid som forberedelse og gjennomføring av anskaffelsesprosjektet krever.

Kontaktopplysninger og prosjektleder hos Sykehusinnkjøp HF

Prosjektleder for denne anskaffelsen i Sykehusinnkjøp HF er **xxxxxx**.

Dersom det er spørsmål kan **xxx** kontaktes på telefon **xxxxxxxxx** eller e-post **xxxxxxxxx**.

Signatur prosjektdeltaker HF

Signatur klinikksjef

.....

.....

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 27/2018 Revisjonsrapport ledelse i Helse Nord-Trøndelag

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	16. april 2018	27/2018
Saksbeh: Svein H. Karlsen		
Arkivkode: 012		
Saksmappe: 2018/1087		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar internrevisjonens rapport til orientering.

SAKSUTREDNING:

Sak 27/2018 Revisjonsrapport ledelse i Helse Nord-Trøndelag

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Internrevisjonens rapport

Bakgrunn for saken

I Lov om helseforetak (helseforetaksloven) § 37a slås det fast at de regionale helseforetakene skal etablere en uavhengig og objektiv internrevisjon. I Helse Midt-Norge er ordningen etablert og RHF-ets internrevisjon har i 2017 og 2018 gjennomført revisjon av «Ledelse i Helse Nord-Trøndelag».

Internrevisjonen skal gjennom en systematisk og strukturert metode og avgivelse av bekreftelse bidra til forbedringer i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring.

Internrevisjonens rapport

I helseforetaksloven står det følgende om rapportering til styret:

Internrevisjonen skal rapportere funksjonelt til styret og administrativt til daglig leder. Internrevisjonen skal også omfatte helseforetakene som det regionale helseforetaket eier, og inngåelse og oppfølging av avtaler med andre tjenesteytere.

Med bakgrunn i dette vil internrevisjonssjef Jørgen Midtlyng legge fram hovedfunnene og anbefalinger i revisjonsrapporten for styret.

Rapporten ble ferdigstilt og avlevert 9. april 2018.

Konklusjon

Adm. direktør anbefaler at styret tar internrevisjonens rapport til orientering.

Revisjonsrapport

Ledelse i Helse Nord Trøndelag HF

Versjon: 2.0
Dokumentstatus: Godkjent
Forfatter: Midtlyng, Jørgen
Godkjent av: Midtlyng, Jørgen
Godkjent dato: 09.04.2018

Dokumenthistorikk

VERSJON	DATO	VERSJONSBEKRIVELSE
1.0	2018-03-16	Utgitt for faktaverifikasjon
2.0	2018-04-09	Frigitt for revidert part og oppdragsgiver

Sammendrag

Sykehusenes eier startet arbeidet med utvikling av ledere i spesialisthelsetjenesten nokså umiddelbart etter sykehusreformen i 2002. De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å delta i dette arbeidet i 2004 gjennom Nasjonalt topplederprogram. Sykehusenes eier gjentok i 2011 betydningen av lederrollen og ledernes rolleforståelse, og ga de regionale helseforetakene i oppdrag å utvikle og forankre en egen plattform for ledelse i helseforetakene. *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak* ble frigitt i 2012, og de regionale helseforetakene fikk samme år i oppgave å følge opp plattformen. Styret i Helse Midt-Norge RHF behandlet oppgaven i styresak 31/13 og fattet vedtak om videre oppfølging i sin foretaksgruppe.

Internrevisjonen har fulgt opp gjennomføring av styrevedtaket i sak 31/13. Fokuset i revisjonen har vært å vurdere systemet for lederutvikling og lederstøtte, og ikke selve ledelsesutøvelsen. Revisjonen er utført i Helse Nord-Trøndelag HF, Helse Møre og Romsdal HF, St.Olavs Hospital HF og Helse Midt-Norge RHF. Det utarbeides individuelle rapporteres til hvert av helseforetakene og en samlet rapport til Helse Midt-Norge RHF.

Internrevisjonen om ledelse i Helse Nord-Trøndelag HF er gjennomført som planlagt og har bestått av omfattende dokumentgjennomganger, intervjuer av 25 ledere fra nivå 1 (toppleder) til nivå 4 (førstelinjeleder) i tre klinikker og stab, samt stikkprøvetaking i avviksmeldinger.

Vedtaket i styresak 31/13 i Helse Midt-Norge RHF om Nasjonal lederplattform er fulgt opp både med styrebehandling og tiltak i Helse Nord-Trøndelag HF. Tiltakene omfatter en bredt anlagt lederopplæring, regionale ledersamlinger for erfaringsdeling, utvikling av støttefunksjoner for ledere og implementering av IT-verktøy for medarbeidersamtaler og kompetanseutvikling. I tillegg er et tiltak for ledermobilisering og mottak av nye ledere i oppstartfasen.

Tiltakene som så langt er gjennomført er derimot ikke tilstrekkelig effektive med hensyn til å oppnå hensikten med den nasjonale lederplattformen: *å utvikle et felles sett av holdninger, kunnskap og ferdigheter hos lederne i spesialisthelsetjenesten*. Til det varierer revisjonsresultatene for mye. Det er lite systematisk bruk av lederkravene i utvikling av ledere.

For ytterligere å få ut effekt av tiltakene som er startet gir internrevisjonen følgende anbefalinger:

- Videreutvikle lederopplæringen for å sikre felles forståelse av god ledelse i Helse Nord-Trøndelag HF. Videreutviklingen bør omfatte økt bevissthet om ledelsesprinsippene i Helse Midt-Norges personalpolitikk, og kunnskap om viktige prinsipper i normgivende kilder for ledelse og ledelsessystemer.
- Videreutvikling av prosessen for medarbeidersamtaler og kompetanseutvikling for å sikre en systematisk og målforankret utviklingsprosess for ledere basert på kjerneverdiene og de nasjonale lederkravene. Prosessen må forsterke bruken av individuelle utviklingsplaner og ivareta ulike kliniske behov.

Innhold

1. Bakgrunn og mål for revisjonen.....	5
2. Revisjonens konklusjon, hovedfunn og anbefalinger.....	6
3. Revisjonens funn, merknader og anbefalinger	10
3.1. De nasjonale kjerneverdiene	10
3.2. De nasjonale lederkravene	12
3.3. Erfaringsdeling og utvikling av felles forståelse for ledelse	14
3.4. System for lederrekruttering, –utvikling og –oppfølging.....	16
3.5. Styrking av ledelse nærmest pasienten	18
3.6. Ledelse i profesjonsutdanningene	19
3.7. Organisering av det videre arbeidet	19
4. Oppsummering av revisjonsaktivitetene	20
4.1. Dokumentgjennomganger.....	20
4.2. Intervjuer	27
4.3. Stikkprøver	29
5. Forberedelse og gjennomføring	31
5.1. Bakgrunn for revisjonen.....	31
5.2. Problemstilling	34
5.3. Omfang og avgrensning	34
5.4. Revisjonsgrunnlaget og kriteriene	34
5.5. Revisjonsaktiviteter.....	36
5.6. Metode.....	36
5.7. Revisjonens oppdragsgiver	37
5.8. Revisjonslaget og representantene for revidert part	37
5.9. Revisjonens tidsplan og lokaliteter	37
5.10. Revisjonens prosedyrer.....	37
Appendiks A: Åtte gode råd om lederutvikling	38
Appendiks B: Personalpolitikken ledelsesprinsipper	39
Appendiks C: Forslag til prosess for lederutvikling.....	40

1. Bakgrunn og mål for revisjonen

Ledelsesbegrepet slik vi kjenner det i spesialisthelsetjenesten i dag ble etablert gjennom sykehusreformen og revidert Lov om spesialisthelsetjenester i 2001. Bestemmelsen i lovens §3-9 regulerer organiseringen av ledelsesansvaret på sykehus, og videreførte prinsippet om én ansvarlig leder på alle nivåer, samt muligheten til å stille kvalifikasjonskrav til ledere. Det nye med bestemmelsen i § 3-9 var plikten til å utpeke medisinskfaglige rådgivere for leder når det vurderes å være nødvendig for å sikre forsvarlighet i tjenestene. Plikten gjelder for alle organisatoriske nivå og skal vurderes konkret ved hver enkelt anledning. Regelverket la på denne måten opp til en tydelig, fleksibel og autonom måte å organisere og lede arbeidet i helseforetak på.

Innenfor disse rammene startet arbeidet med utvikling av et felles sett av holdninger, kunnskap og ferdigheter hos ledere nokså umiddelbart etter reformen. *Styringsgruppen for nasjonale ledelsesutviklingstiltak* koordinerte arbeidet nasjonalt med forpliktende deltakelse fra de regionale helseforetakene. I 2012 ble arbeidet med *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak* ferdigstilt. Plattformen spesifiserte blant annet hvilke nasjonale kjerneverdier og lederkrav lederskapet i spesialisthelsetjenesten skal tuftes på.

Helse og Omsorgsdepartementet ba gjennom foretaksmøter i 2012 de regionale helseforetakene om å ta i bruk den nasjonale lederplattformen som verktøy for ledelse og for å rekruttere, følge opp og utvikle ledere. Styret i Helse Midt-Norge RHF behandlet saken i 2013 og videreførte oppgaven til helseforetakenes styrer samme år.

Målet med denne revisjonen har derfor vært å undersøke hvor langt helseforetakene har kommet i dette arbeidet. Fokuset i revisjonen har vært å vurdere systemet for lederutvikling og lederstøtte basert på styrevedtak 31/13, og ikke selve ledelsesutøvelsen.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Det vises til oppdrag gitt i foretaksmøte i Helse Midt-Norge RHF den 30.1.2012, pkt. 5.4, Ledelse.

1. Styret viser til prosessen med utvikling av en nasjonal lederplattform og legger til grunn:
 - a. At de nasjonale kjerneverdiene og lederkravene utgjør felles grunnlag for ledelse i Helse Midt-Norge.
 - b. At det jobbes videre med erfaringsdeling og felles forståelse av hva som utgjør god ledelse i helseforetak.
 - c. At det utvikles et system for lederrekruttering, -utvikling og -oppfølging i hvert helseforetak, med konkrete planer for å sikre kompetente ledere på alle nivå i organisasjonen
 - d. At det legges spesiell vekt på å styrke ledelse nærmest pasientbehandlingen
 - e. At regionene samarbeider om og bidrar til å få ledelse inn som tema i profesjonsutdanningene
 - f. At det videre arbeidet med gjennomføring av disse forpliktelsene legges til regionalt nivå i tett samarbeid mellom regionene.

2. Styret ber om at denne saken forelegges helseforetaksstyrene i Helse Midt-Norge for oppfølging.

Figur 1: Utklipp fra vedtaket fattet av Helse Midt-Norge RHF i sak 31/13 den 25. april 2013.

2. Revisjonens konklusjon, hovedfunn og anbefalinger

Helse Nord-Trøndelag HF behandlet saken om nasjonal lederplattform den 12. juni 2013 i styresak 29/13 *Nasjonal lederplattform – oppfølging i Helse Nord-Trøndelag*. Styret tok administrerende direktørs redegjørelse til orientering.

Helse Nord-Trøndelag HF var i gang med konkrete tiltak innen lokal og nasjonal lederopplæring allerede i 2008. I perioden etterpå er det fulgt opp med regionale ledersamlinger for erfaringsdeling, utvikling av støttefunksjoner for bl.a. for å frigjøre tid til ledelse, og videreutvikling av ledelsessystemet for kvalitet. Det er nylig implementert IT-verktøy for medarbeidersamtaler og kompetanseutvikling, og tiltak for ledermobilisering og mottak av nye ledere er i oppstartfasen.

Nasjonal ledelsesutvikling har pekt på nødvendigheten av å ha både teoretisk, praktisk og personlig innsikt for å takle dilemmaer som helseledere står i. Internrevisjonen kan bekrefte at Helse Nord-Trøndelag HF har arbeidet aktivt for å gi ledere slik innsikt i samarbeid med Helse Midt-Norge RHF og Nasjonal ledelsesutvikling. Det gjenstår imidlertid å videreutvikle dette arbeidet i en systematisk og regelmessig praksis for å gi ledere personlig innsikt om ledelse, og en målforankret utviklingsplan ut over det man kan forvente gjennom en generell medarbeidersamtale.

Internrevisjonen finner at kjerneverdiene er godt kjent blant ledere og at de nasjonale lederkravene er mindre kjent. Årsaken er etter internrevisjonens vurdering at kjerneverdiene er kommunisert tydeligere, og at lederkravene ikke er systematisk tatt i bruk i praktisk arbeid med lederutvikling.

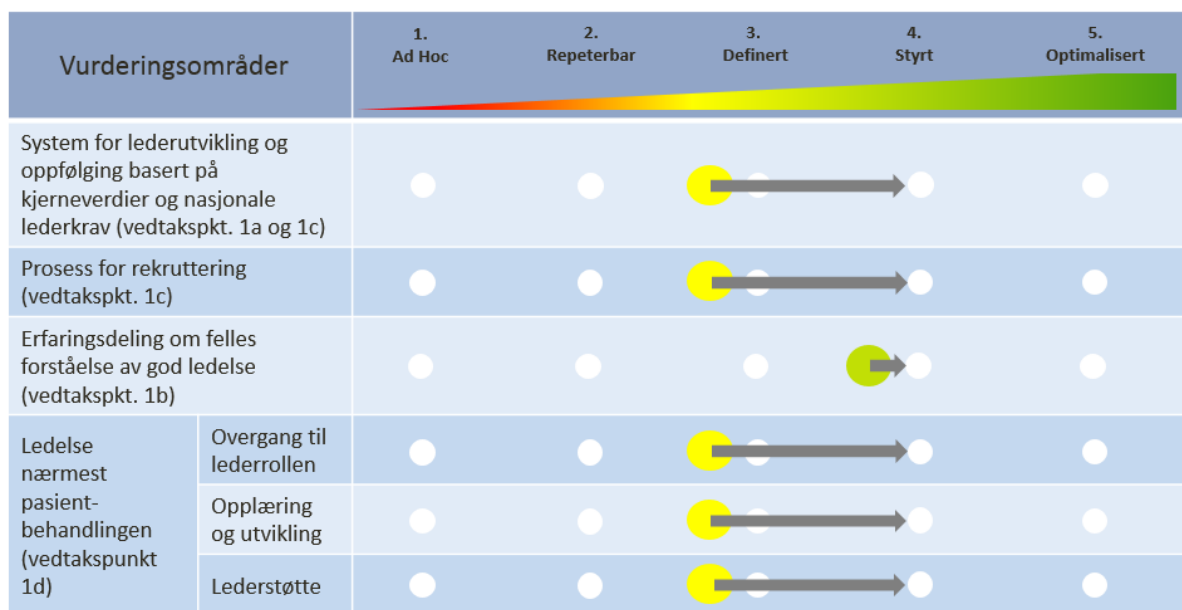
Internrevisjonen kan på overordnet nivå ikke bekrefte at Helse Nord-Trøndelag HF er i mål med hensyn til intensjonen i *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak*: å utvikle et felles sett av kunnskap og ferdigheter hos ledere til å håndtere krevende eksterne og interne utfordringer.

Figur 2 (neste side) illustrerer konklusjonen for de ulike områdene nevnt styrevedtak 31/13. Flere av områdene når ikke helt opp til nivået *definert*, først og fremst fordi lederkravene ikke er tatt i bruk systematisk i en lederutviklingsprosess (en ledervariant av medarbeidersamtalen).

For å få ut effekt av tiltakene som er startet gir internrevisjonen følgende overordnede anbefalinger:

- Videreutvikle lederopplæringen for å sikre felles forståelse av god ledelse i Helse Nord-Trøndelag HF. Lederopplæringen bør omfatte ledelsesprinsippene i Helse Midt-Norges personalpolitikk, og kunnskap om viktige prinsipper i normgivende kilder for ledelse og ledelsessystemer.
- Tilpasse prosessen for medarbeidersamtaler og kompetanseutvikling slik at den blir bedre egnet for lederutvikling. Prosessen må være målforankret og basert på kjerneverdiene og de nasjonale lederkravene. Prosessen må lede til individuelle utviklingsplaner for ledere og ivareta ulike kliniske behov.

Ved å implementere anbefalingene mener internrevisjonen at Helse Nord-Trøndelag HF kan oppnå *definert* nivå relativt raskt, og *styrt* nivå på litt lenger sikt. Tiltakene vil etter internrevisjonens syn bidra til å forsterke effekten av de tiltakene Helse Nord-Trøndelag HF har gjennomført i samarbeid med Helse Midt-Norge RHF og Nasjonal ledelsesutvikling.



● Vurdering av dagens nivå i en modenhetsskala på 5 nivå.
→ Forventet effekt av internrevisjonens anbefalinger.

Figur 2: Figuren illustrerer 5 modenhetsnivå tilsvarende en forenklet bruk av rammeverket Capability Maturity Model (CMM). Helse Nord-Trøndelag HF sitt modenhetsnivå i forhold til styringssignalene gitt i styrevedtak 31/13 i Helse Midt-Norge RHF, er i ferd med å nå nivået Definert. Nivået Styrt kan oppnås gjennom å iverksette revisjonens anbefalinger. Forklaring til de ulike nivåene er gitt nedenfor:

1. Ad Hoc: Lederutviklingsprosessen er ad hoc og til tider kaotisk. Ingen systematikk eller systematisk målforankring.
2. Repetierbar: Enkelte lederutviklingsprosesser er bruk for å gi opplæring, kompetanse og bevissthet omkring lederutvikling.
3. Definert: Det eksisterer en komplett standardprosess for lederutvikling og lederoppfølging i organisasjonen.
4. Styrt: Prosessen er forutsigbar. Helseforetakene har satt kvalitetsmål både for lederutviklingsprosessen og resultat av prosessen.
5. Optimalisert: Helseforetakene evaluerer og forbedrer prosessen kontinuerlig.

På de neste sidene er det satt opp en tabellarisk oversikt over revisjonsresultatene og revisjonens anbefalinger.

Tabell 1 viser en oversikt over sentrale observasjoner og vurderinger for vedtakspunkt 1 a) –d) i styrevedtak 31/13. Vedtakspunktene 1 e) og f) rapporteres i samlerapport til Helse Midt-Norge RHF.

Tabell 2 gir en mer detaljert framstilling av revisjonens overordnede anbefalinger, samt kapittelreferanser til mer utførlige beskrivelser av revisjonens funn, merknader og anbefalinger.

Tabell 1: Hovedfunnene i forhold til tema i vedtakspunkt 1 a) – d) i Helse Midt-Norge RHF sin styresak 31/13 om Nasjonal lederplattform.

Punkt i styrevedtak	Status	Kommentar
1a) de nasjonale kjerneverdiene utgjør et felles grunnlag for ledelse	Bekreftes	Kjerneverdiene er referert, drøftet og kommunisert i blant annet underlagsdokument for framtidig organisering (fase 1, 25. nov. 2016) og i <i>Strategisk utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag HF – planperiode 2018 – 2022 og framtidsutsikter mot 2035</i> . Kjerneverdiene er også lett tilgjengelige og tydelig kommunisert via helseforetakets intranettsider Innblikk. De er innarbeidet i svært mange av helseforetakets styringsdokumenter og i det lokale lederutviklingsprogrammet (LUP). Intervjuede ledere kjenner til kjerneverdiene.
1 a) de nasjonale lederkravene utgjør et felles grunnlag for ledelse	Kan ikke bekreftes	Intervju og dokumentgjennomganger har vist at de nasjonale lederkravene er vesentlig mindre kjent enn de nasjonale kjerneverdiene. Ledere praktiserer jevnt over ikke en målforankret, systematisk og regelmessig refleksjon basert på lederkravene, som en basis for individuelle utviklingsplaner. Helse Nord-Trøndelag HF har imidlertid iverksatt flere tiltak i samarbeid med Helse Midt-Norge RHF som er tilrettelagt for å etablere en slik praksis relativt raskt.
1b) erfaringsdeling	Delvis bekreftet	Helse Nord-Trøndelag HF har utviklet og gjennomført egne tiltak og deltatt i nasjonale og regionale aktiviteter for å dele erfaringer og utvikle felles forståelse for god ledelse i helseforetak. Intervjuene gir en oppfatning av at det er få tverrfaglige arenaer for samhandling og erfaringsdeling rundt temaet ledelse for ledere på nivå 3 og 4
1b) felles forståelse	Kan ikke bekreftes	Intervjuene avdekker betydelig variasjon i oppfatningen av ledelse og prosessen for lederutvikling. Internrevisjonen har derfor vurdert at gjennomførte tiltak i nåværende form ikke har vært effektive, og at det er vesentlig å fullføre systematikken i lederutviklingsprosessen.
1c) at det etableres et system for lederrekruttering	Delvis bekreftet	Intervjuene viser at det har vært en viss terskel for å gå inn i rollen som leder. Rekruttering har i stor grad drevet av driftsmessige behov med konstituert leder som løsning. Helse Nord-Trøndelag HF har sluttet seg til ledermobiliseringsprogrammet. Kapasiteten i programmet er foreløpig begrenset. Supplerende tiltak kan være nødvendig.
1c) system for utvikling og oppfølging	Delvis bekreftet	Helse Nord-Trøndelag HF har planlagt og utført viktige tiltak for opplæring og erfaringsdeling rettet mot ledere siden 2008. Planene er evaluert og kontinuerlig videreutviklet. Prosesser for ledermottak, en systematisk, regelmessig og målforankret refleksjon omkring hver enkelt leders plan for utvikling, og oppfølging av en slik plan, er imidlertid ikke satt i system ut over generelle medarbeidersamtaler.
1d) styrke ledelse nærmest pasientbehandlingen	Delvis bekreftet	Det er utført tiltak for å styrke ledelse nærmest pasienten. Tiltakene omfatter støtte og oppfølging fra overordnet leder, opplæring og lederstøtte. Intervjuene viser imidlertid at opplevelsen av støtten er personavhengig og variabel. Internrevisjonen kan derfor ikke fullt ut bekrefte at tiltakene har vært effektive.

Tabell 2: Tabellen viser en mer detaljert framstilling av de overordnede anbefalingene fra revisjonen. Kapittelreferansene viser til mer utførlig beskrivelser av revisjonens funn, merknader og anbefalinger.

Hva	Kap.
Fortsatt legge anerkjent standard til grunn for systematisk videreutvikling av ledelsessystemet i helseforetaket. Helse Nord-Trøndelag HF kan vurdere om det er hensiktsmessig å benytte sektorspesifikke versjonen av ISO-9001 standarden (NS-EN 15224:2016) fremfor den generelle standarden (NS-EN 9001:2015).	3.1.5
Videreutvikle kvalitetspolitikken (EQS ID 22847) slik at den oppfyller punkt 5.2 Policy i NS-EN 15224:2016 Ledelsessystemer for kvalitet EN ISO 9001:2015 for helsetjenester.	3.1.5
Tilpasse IT-verktøyet Kompetanseportalen slik at det kan brukes til en systematisk og regelmessig ledervariant av medarbeidersamtalen. Tilpassingen bør sikre: - at ledere kan reflektere over egne utviklingsbehov basert på ledeordene definert ved de nasjonale kjerneverdiene og lederkravene (se eksempel i Appendiks C). - at refleksjonen utføres som en årlig prosess; først på egen hånd, deretter i samråd med ledere på samme nivå (hvis aktuelt), og til sist sammen med overordnet leder (målforankring). - at resultatet av refleksjonen kan dokumenteres i form av en egen utviklingsplan. - at verktøyet kan generere data for egen KPI om lederutvikling	3.2.5
Sikre at den enkelte leder selv tar ansvar for å gjennomføre ledervarianten av medarbeidersamtalen, og at refleksjonen omfatter: - målforståelse - oppdatert utfordringsbilde - gjeldende kompetanseplaner	3.2.5
Sikre at den enkelte leder forankrer refleksjonen i dialog med overordnet leder (90-graders evaluering).	3.2.5
Sikre at den enkelte leder forankrer refleksjonen i dialog med sideordnet leder når det er hensiktsmessig (180-graders evaluering). Kan ha betydning i forbindelse med organisasjonsutvikling og utvikling av standardiserte pasientforløp.	3.2.5
Sikre at overordnede ledere opparbeider seg ferdigheter til å reflektere sammen med underordnet leder på en støttende måte.	3.2.5
Sikre at overordnede ledere følger opp at underordnede ledere vedlikeholder en individuell utviklingsplan regelmessig.	3.2.5
Videreutvikle LUP-grunnmodul med opplæring i <i>pliktene og oppgavene</i> som er nedfelt i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.	3.3.4
Videreutvikle LUP-grunnmodul med opplæring i prinsipper og krav som er nedfelt i NS-EN 15224:2016 Ledelsessystemer for kvalitet EN ISO 9001:2016 for helsetjenester, eller tilsvarende.	3.3.4
Ta initiativ til en tilsvarende opplæring i regionale samarbeidet omkring ledelse, og spesifikt for toppledere i Nasjonalt topplederprogram.	3.3.4
Arbeide videre med risikobasert etterfølgerplanlegging.	3.4.3
Videreføre systemtiltak som sikrer førstelinjeledere tid til strategisk arbeid, forbedringsarbeid og personalledelse ved siden av løpende driftsoppgaver.	3.5.5

3. Revisjonens funn, merknader og anbefalinger

3.1. De nasjonale kjerneverdiene

Internrevisjonen kan bekrefte at de nasjonale kjerneverdiene utgjør et felles grunnlag for ledelse i Helse Nord-Trøndelag HF. Kjerneverdiene er referert, drøftet og kommunisert i flere sentrale skriftlige kilder i Helse Nord-Trøndelag HF. Blant annet i underlagsdokument for framtidig organisering (fase 1, 25. nov. 2016) og i dokumentet *Strategisk utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag HF – planperiode 2018 – 2022 og framtidsutsikter mot 2035*. Kjerneverdiene er også lett tilgjengelige og tydelig kommunisert via helseforetakets intranettsider Innblikk. De er innarbeidet i svært mange av helseforetakets styringsdokumenter og i det lokale lederutviklingsprogrammet (LUP). Intervjuede ledere kjenner til kjerneverdiene.

3.1.1. Kommunikasjon og bevissthet

De nasjonale kjerneverdiene er tydelig kommunisert i Helse Nord-Trøndelag HF sin kvalitetspolitikk. Kvalitetspolitikken er dokumentert i ledelsessystemet for kvalitet, og ledere synliggjør gjennom intervju en bevissthet for kjerneverdiene. Dette er i overensstemmelse med anerkjent standard for ledelsessystemer og med den plikten helseforetaket har til å planlegge og gjennomføre virksomheten etter *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og sosialtjenesten* (§ 6a og 7b).

3.1.2. Ledelsessystemet

Helse Nord-Trøndelag HF har inntil nylig arbeidet systematisk for å oppnå sertifisering etter kravstandarden *NS-EN ISO 9001:2015 Ledelsessystemer for kvalitet*. Ambisjonen om sertifisering er lagt vekk på grunn av en krevende økonomisk situasjon.

Helse Nord-Trøndelag HF oppfyller delvis kravene til kvalitetspolitikk i sektorspesifikk standard for ledelsessystemer: *NS-EN 15224:2016 Ledelsessystemer for kvalitet EN ISO 9001:2015 for helsetjenester*. Standarden har kliniske tilleggspunkter til NS-EN ISO 9001:2015. Ett av tilleggspunktene er etiske verdier. Kvalitetspolitikken i Helse Nord-Trøndelag HF oppfyller langt på vei dette punktet. Begge standardalternativene er nyttige supplement til *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren*.

3.1.3. Nytt IT-verktøy

Helse Nord-Trøndelag HF har tatt i bruk et nytt IT-verktøy for medarbeidersamtaler og kompetanseutvikling (*Kompetanseportalen*). Verktøyet kan håndtere sammenhengen mellom kompetanseplaner, kompetansegivende kurs og individuelle utviklingsplaner systematisk. Dersom Helse Nord-Trøndelag HF lykkes med å ta i bruk *Kompetanseportalen* på denne måten, vil det etter revisjonens syn forsterke etterlevelsen av forskriftens krav i §§ 6a) og 6 f) om å planlegge, § 7b) om å gjennomføre, § 8b) om å evaluere og § 9c) om å korrigere. Det vil også møte standardenes krav til å bestemme og vedlikeholde *Organisasjonens kunnskap* (7.1.6) og *Kompetanse* (7.2).

Overordnet vil det etter internrevisjonens syn bidra til å styrke Helse Nord-Trøndelag HF sin posisjon i forhold til kjerneverdien *kvalitet i prosess og resultat*.

3.1.4. Kjerneverdien Kvalitet i prosess og resultat

Målsetningen med revisjonen har blant annet vært å undersøke om de nasjonale kjerneverdiene utgjør et felles grunnlag for ledelse i Helse Midt-Norge. Som en del av vurderingen er det utført en stikkprøvebasert test for kjerneverdien *kvalitet i prosess og resultat*. Testen er utført på prosessen for avviksbehandling, som er en sentral forutsetning blant annet i Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgssektoren. Området er brukt som et eksempel, og resultatene kan ikke overføres til andre områder. Metoden som er benyttet er forklart i kap. 5.6.3.

Testen har tatt for seg kvaliteten i avviksbehandlingen ved å se på sammenhengen mellom årsaksanalyse, tiltak, evaluering av tiltak og bedømmelse av effekt etter tiltak. Resultatene viser at kvaliteten i denne forbedringsprosessen varierer mye, og at kvaliteten i hovedsak ikke holder normative krav.

Kvaliteten i årsaksvurderingene varierte mye og var for størstedelen av utvalget lav. Konkrete vurderinger omkring lav kvalitet er:

- 98% av utvalget hadde dokumenterte vurderinger av årsak, dog med utydelig eller helt fraværende skille mellom direkte og bakenforliggende årsaker.
- skillet mellom korreksjoner (oppretting av feil) og korrigerende tiltak (fjerning av årsak til feil) var utydelig eller fraværende.
- kontrollen av skriftlig arbeidsrutiner ble gjennomført for kun 31% av utvalget.
- kontrollen av utført opplæring ble gjennomført i kun 7% av utvalget. Avviksbehandlingen er dermed ikke egnet til å fastslå om mangelfull kompetanse, opplæring eller bevissthet opptrer som årsaksfaktor ved feil.
- tiltak er registrert og i noen grad fulgt opp for kun 27% av utvalget.
- effekten av tiltak var bedømt som effektivt i 90% av tilfellene.

Hver enkelt leder er ansvarlig for kvaliteten på arbeidsprosessene i egen enhet/avdeling/klinikk. Internrevisjonen vil derfor påpeke behovet for at ledere skaffer seg kunnskap om prinsippene for normative metoder og krav innen avviksbehandling, og sikrer økt kvalitet i prosessen for avviksbehandling. I datamaterialet finnes det eksempler på avviksbehandling av høy kvalitet og som er godt egnet for erfaringsoverføring og læring.

3.1.5. Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Helse Nord-Trøndelag HF om:

- å fortsatt legge anerkjent standard til grunn for systematisk videreutvikling av ledelsessystemet i helseforetaket. Helse Nord-Trøndelag HF kan vurdere om det er hensiktsmessig å benytte sektorspesifikke versjonen av ISO-9001 standarden (NS-EN 15224:2015) fremfor den generelle standarden NS-EN 9001:2015.
- å videreutvikle kvalitetspolitikken (EQS ID 22847) slik at den oppfyller punkt 5.2 Policy i *NS-EN 15224 Ledelsessystemer for kvalitet EN ISO 9001:2015 for helsetjenester*.

3.2. De nasjonale lederkravene

Internrevisjonen kan ikke bekrefte at de nasjonale lederkravene utgjør et felles grunnlag for ledelse i Helse Nord-Trøndelag HF. Revisjonsaktivitetene har vist:

- at de nasjonale lederkravene var vesentlig mindre kjent enn kjerneverdiene.
- at ledere ikke praktiserer en systematisk og regelmessig refleksjon basert på lederkravene med tilhørende målforankring og individuelle utviklingsplaner.

Lederkravene utgjør pr. nå ikke et tilstrekkelig felles grunnlag for ledelse i Helse Nord-Trøndelag HF.

3.2.1. Regelmessig og systematisk oppfølging

Helse Nord-Trøndelag HF har gjennomført lederopplæring både lokalt (ledernivå 3 og 4) og nasjonalt (ledernivå 1 og 2) i et betydelig omfang. Opplæringen har omfattet de nasjonale lederkravene og demonstrert hvordan lederkravene kan brukes i refleksjon omkring ledelse. Nasjonalt topplederprogram fremhever at opplæring bør følges opp med praktisk trening og videre at treningen bør deles opp i separate sesjoner over et lengre tidsrom, ref. Appendix A.

Lederopplæringen er stort sett ikke omsatt i systematisk og regelmessig praktisk trening for ledere ut over casebasert arbeid og hospitering. Forventningen har vært at treningen skal være individuell, målforankret, basert på lederkravene, og resultere i individuelle utviklingsplaner. Det er påvist enkelte eksempler, men praksisen er ikke foretaksovergripende.

Helse Nord-Trøndelag HF har tatt i bruk IT-verktøyet *Kompetanseportalen*, ref. kapittel 3.1.3. Etter internrevisjonens vurdering vil en implementering av lederutviklingsprosessen i dette verktøyet kunne hjelpe Helse Nord-Trøndelag HF til å oppnå en effektiv lederutvikling i tråd med styrevedtak 31/13.

3.2.2. Utviklingsplan

I høringsutgaven av Helse Nord-Trøndelag HF sin utviklingsplan¹ er utvikling av ledere i stor grad knyttet til mottak, opplæring og programmer, og i mindre grad til praktisk, systematisk og regelmessig refleksjon i retning av individuelle og målforankrede utviklingsplaner for ledere. Internrevisjonen vil påpeke med referanse til kap. 3.2.1 at dette ikke har vært effektivt nok.

3.2.3. Helse Midt-Norges personalpolitikk

Helse Midt-Norges personalpolitikk er et overordnet regionalt strategidokument som blant annet inneholder *prinsipper for ledelse*. Disse prinsippene understøtter rådene om lederutvikling som er gitt i Nasjonalt topplederprogram.

Personalpolitikken er referert fra *Personalweb* på helseforetakets intranettsider *Innblikk*, og er derfor vurdert å være kommunisert ut i organisasjonen.

Ledelsesprinsippene i personalpolitikken konkretiserer hva ledere i Helse Midt-Norge har ansvar for å utføre. Ett av punktene omfatter *kommunikasjon og oppfølging av mål og*

¹ Strategisk utviklingsplan for Helse Nord-Trøndelag HF – planperiode 2018–2022 og framtidsutsikter mot 2035

resultatkrav. Punktet understreker etter revisjonens syn betydningen av å forankre lederutviklingen sterkt i et felles målbilde, og å ha en lederutviklingsprosess som ivaretar ledelsesprinsippene på en effektiv måte.

3.2.4. Regional handlingsplan for strategisk HR.

Personalpolitikken ligger også til grunn for *Regional handlingsplan for strategisk HR*. I utgaven for perioden 2015 – 2016 er de nasjonale lederkravene spesifikt referert. Planen inneholder også helt konkrete tiltak for å heve kompetansen hos ledere, bedre IKT-støtte og ledelsesinformasjonssystemer.

Helse Nord-Trøndelag HF har utført tiltak for kompetanseheving og IKT-støtte.

Kompetanseportalen og ulike lederopplærings- og lederutviklingstiltak er eksempler på dette.

Regional handlingsplan for strategisk HR omfatter også tiltak for å identifisere flaskehalser og innsatsområder. Anbefalingen i kap. 3.2.5 omfatter innsatsområder som internrevisjonen mener er vesentlige for å oppnå tilstrekkelig effekt av tiltak som allerede er iverksatt.

3.2.5. Anbefalinger

Internrevisjonen anbefaler Helse Nord-Trøndelag HF om:

- å tilpasse IT-verktøyet Kompetanseportalen slik at det kan brukes til en systematisk og regelmessig ledervariant av medarbeidersamtalen. Tilpassingen bør sikre:
 - at ledere kan gjennomføre refleksjon om egne utviklingsbehov basert på ledeordene definert gjennom de nasjonale kjerneverdier og lederkravene (se eksempel i Appendiks C).
 - at refleksjonen kan utføres som en årlig prosess; først på egen hånd, deretter i samråd med ledere på samme nivå (hvis aktuelt), og til sist sammen med overordnet leder (målforankring).
 - at resultatet av refleksjonen kan dokumenteres i en egen utviklingsplan.
 - at verktøyet kan generere data for egen KPI om lederutvikling
- å sikre at den enkelte leder tar ansvar for å gjennomføre ledervarianten av medarbeidersamtalen, og refleksjonen omfatter:
 - målforståelse
 - oppdatert utfordringsbilde
 - gjeldende kompetanseplaner.
- å sikre at den enkelte leder forankrer refleksjonen i dialog med overordnet leder (90-graders evaluering).
- å sikre at den enkelte leder forankrer refleksjonen i dialog med sideordnet leder når det er hensiktsmessig (180-graders evaluering). Kan være aktuelt i forbindelse med organisasjonsutvikling og utvikling av standardiserte pasientforløp.
- å sikre at overordnede ledere opparbeider seg ferdigheter til å reflektere sammen med underordnet leder på en støttende måte.
- å sikre at overordnede ledere følger opp at underordnede ledere vedlikeholder en individuell utviklingsplan regelmessig.

3.3. Erfaringsdeling og utvikling av felles forståelse for ledelse

Internrevisjonen kan bekrefte at Helse Nord-Trøndelag HF har utviklet og gjennomført egne tiltak og deltatt i nasjonale og regionale aktiviteter for å dele erfaringer og utvikle felles forståelse for god ledelse i helseforetak. Internrevisjonen kan imidlertid ikke bekrefte at tiltakene har gitt en tilstrekkelig felles forståelse. Intervjuene avdekker at oppfatningene spriker og at arbeidet med lederutvikling ikke har kommet langt nok med hensyn til en målforankret refleksjonsprosess omkring ledelse. Intervjuene gir også en oppfatning av at det er få tverrfaglige arenaer for samhandling og erfaringsdeling rundt temaet ledelse for ledere på nivå 3 og 4

Tiltakene som internrevisjonen har vurdert omfatter:

- LUP Grunnmodul: helseforetakets tiltak for lederutvikling på nivå 3 (avdelingsnivå) og 4 (seksjonsnivå – førstelinjeledelse).
- deltakelse i Nasjonalt topplederprogram: primært for ledere på nivå 1 (administrerende direktører) og nivå 2 (klinikkledere).
- Regionale ledersamlinger
- lokale/klinikkvise tiltak i helseforetaket
- ledermobilisering (se kap. 3.4.1)

3.3.1. LUP-grunnmodul

Det lokale lederopplæringsprogrammet i Helse Nord-Trøndelag HF omtales som *LUP Grunnmodul*. Programmet ble utviklet i første versjon i 2008, og er siden evaluert og videreutviklet i samråd med Høgskolen i Nord-Trøndelag (nå Nord Universitet).

Internrevisjonen har registrert at arbeidet som er utført i forbindelse med *LUP grunnmodul* har hatt stor betydning. Mange ledere har fått anledning til å gjennomføre programmet. De fleste lederne som internrevisjonen har snakket med sier at opplæringen har hatt nytteverdi. Nytteverdien er i hovedsak knyttet til nettverksbygging og deling av erfaringer.

3.3.2. Tverrfaglige arenaer

Intervjuene med ledere på nivå 3 og 4 gir en oppfatning om at det er få tverrfaglige arenaer/forum for samhandling og erfaringsdeling rundt temaet ledelse. Noen ledere refererer til fagbaserte regionale samhandlingsnettverk. Det kan reises spørsmål om hvorvidt dette er tilstrekkelig i forhold til å møte forventningen som er nedfelt i nasjonale strategier:

- *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak og Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019)* viser til økt behov for tverrfaglig samhandling og en innsats for å redusere siloer i helsevesenet. Økt omfang av standardiserte pasientforløp på tvers i linjeorganiserte klinikker aktualiserer temaet ytterligere.
- *Veileder til Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten 2005 – 2015 (« ... og bedre skal det bli!»)* peker blant annet på at tydelig fordeling av ansvar, myndighet, oppgaver og samhandling på langs i en tiltakskjede og på tvers av tjenestetyper og nivåer er en forutsetning for god samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet.

3.3.3. Ulike behov

Regional handlingsplan for strategisk HR 2015 – 2016 (punkt 3.4 om ledelse) peker på at ledere står i et krysspress mellom ulike forventninger. Intervjuene i Helse Nord-Trøndelag HF viser tilsvarende at ledelse utøves ulikt i ulike kliniske situasjoner (akutt/intensiv vs. elektiv). Internrevisjonen vil derfor gi en merknad om at *erfaringsutveksling og felles forståelse* ikke bør forveksles med behovet for å kunne lede ulike kliniske eller helsefaglige oppgaver på ulike måter. Det som er felles og uavhengig av spesifikke målformuleringer er:

- at ledere har totalansvar innenfor sitt ansvarsområde og må finne løsninger for å håndtere dette totalansvaret (jf. ledelsesprinsippene i personalpolitikken)
- at valgt måte å lede på skal være hensiktsmessig både for å den aktuelle spesifikke oppgaven i pasientbehandlingen, og for alle etterfølgende/tilgrensende trinn i pasientbehandlingen (jf. eksempel vis punktene 8.3.2 h) og 8.3.5 b) i NS-EN ISO 9001:2015 og/eller NS-EN 15224:2016)

3.3.4. Anbefalinger

I tillegg til anbefalingene gitt i kapitler ovenfor, anbefaler internrevisjonen Helse Nord-Trøndelag HF om:

- å videreutvikle LUP-grunnmodul med opplæring som omfatter pliktene og oppgavene nedfelt i *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.
- å videreutvikle LUP-grunnmodul med opplæring i prinsipper og krav som er nedfelt i *NS-EN 15224: 2015 Ledelsessystemer for kvalitet EN ISO 9001:2015 for helsetjenester*, eller tilsvarende.
- å ta initiativ til en tilsvarende opplæring i regionale samarbeidet omkring ledelse, og spesifikt for toppledere i Nasjonalt topplederprogram.

3.4. System for lederrekruttering, –utvikling og –oppfølging

Rekruttering: Intervjuene har vist at det er en viss terskel for å gå inn i rollen som leder. Rekruttering er i stor grad drevet av driftsmessige akutte behov med konstituert leder som løsning. Helse Nord-Trøndelag HF har sluttet seg til ledermobiliseringsprogrammet, men kapasiteten i programmet er foreløpig begrenset. Internrevisjonen kan ikke bekrefte at lederrekrutteringen er tilstrekkelig satt i system.

Utvikling: Revisjonen kan bekrefte at Helse Nord-Trøndelag HF har iverksatt viktige tiltak knyttet til lederutvikling, ref. kap. 3.2.1. Revisjonen kan ikke bekrefte at prosessen for lederutvikling er tilstrekkelig satt i system ut over generelle medarbeidersamtaler.

Oppfølging: Intervjuene har avklart at det ikke er iverksatt systematisk og regelmessig oppfølging av ledere ut over det som gjøres gjennom generelle medarbeidersamtaler. Helse Nord-Trøndelag HF har imidlertid hatt opplærings- og samlingsbaserte planer for å sikre kompetente ledere på alle nivå siden 2008. Planene for opplæring er gjennomført, evaluert og videreutviklet kontinuerlig

3.4.1. Rekruttering

Intervjuene har avdekket at det er en viss terskel for å gå inn i lederrollen og at det er ikke har vært etablert et effektivt system for lederrekruttering. En tilsvarende utfordring ble omtalt i rapporten *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak (Nasjonal ledelsesutvikling 2012)*:

«Rekrutteringsprosessene oppleves flere steder å være like mye preget av tilfeldigheter og behov for raske løsninger som av målrettet talentspeiding og systematikk».

Sitat fra rapporten Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak (kap.6.2)

Mange av lederne revisjonen har snakket med har blitt bedt om å søke på lederstillinger ut fra et umiddelbart driftsmessig behov. Det er identifisert gode eksempler på etterfølgerplanlegging, men praksisen er ikke foretaksovergripende. Blant lederne som internrevisjonen har snakket med er det også identifisert betydelige personlige initiativ for å sikre kontinuitet og kompetanse i ledernivåene nærmest pasienten.

I mange tilfeller har det vært utfordrende å finne søkere med tilstrekkelig faglige kvalifikasjoner. Dette har bidratt til en relativt høy andel konstituerte ledere. Samtidig forteller en rekke ledere som internrevisjonen snakket med at de verken hadde planer om, eller ønske om, å påta seg lederrolle når tilbudet eller muligheten oppsto. Etter å ha stått en tid i lederstilling forteller imidlertid de fleste lederne at de er tilfreds med å ha tatt utfordringen.

Helse Nord-Trøndelag HF deltar i 2018 med åtte deltakere i Helse Midt-Norges ledermobiliseringsprogram. Programmet skal gi medarbeidere fra ulike faggrupper med interesse og potensial for ledelse en mulighet til å utforske hva det innebærer å være leder. De foreløpige tilbakemeldingene fra potensielle ledere som har gjennomført programmet er oppgitt å være positive.

Rekrutteringsprosessen er nå videreutviklet og standardisert på tvers i Helse Midt-Norge. Prosessen er kjent som *Ledermobilisering – Vegen til ledelse* og implementeres i 2018. Prosessen er tilpasset stillingsnivå og er rettet mot rekruttering av klinikere til lederstillinger.

3.4.2. Utvikling og oppfølging

Mottak av nye ledere har vært personavhengig og til dels tidkrevende. *Kompetanseportalen* for Helse Nord-Trøndelag HF blir nå utviklet til å håndtere et standardisert mottaksopplegg for ledere. Fra 2018 får potensielle framtidige ledere som nevnt muligheten til å delta i *Regionalt ledermobiliseringsprogram*. Internrevisjonen vurderer begge tiltakene som et viktig startpunkt for utvikling av ledere.

Utviklingstilbudene for ledere i Helse Nord-Trøndelag HF er eksempelvis årsstudium i ledelse ved Høgskolen i Nord-Trøndelag (nå Nord Universitet) og LUP grunnmodul. I tillegg deltar ledere i regionalt lederutviklingsnettverk. Nesten samtlige av lederne som revisjonen har snakket med har gjennomført LUP grunnmodul. De fleste av disse lederne gir god tilbakemelding på tematikk og kursholdere i opplæringen. Flere av lederne forteller at programmet var til stor hjelp i overgangen til lederrollen.

Planlegging for å dekke faglig kompetansebehov foregår på klinikk- og/eller avdelingsnivå. Systematisk kompetansekartlegging for den enkelte leder opp mot behovet er foreløpig ikke vanlig praksis. Mal for medarbeidersamtaler er heller ikke spesielt godt egnet for oppfølging og utvikling av ledere. Noen ledere benytter malen som sjekkliste, mens andre støtter seg på lederavtaler eller de nasjonale lederkravene i gjennomføringen av samtalen.

Normative kilder for ledelsessystemer (forskrift og ISO-standard) stiller krav å utvikle og forbedre prosesser. Internrevisjonen legger derfor vekt på at dette også må gjelde lederutviklingsprosessen på en slik måte at prosessen sikrer kontinuitet, systematikk og en relevant målforståelse. Et slikt initiativ skal være påbegynt i ved Helse Nord-Trøndelag HF i 2012. Initiativet fikk gode tilbakemeldinger men ble ikke videreført.

3.4.3. Anbefaling

Ved siden av deltakelse i ledermobiliseringsprogrammet og utvikling av mottaksopplegg i *Kompetanseportalen*, anbefaler internrevisjonen at Helse Nord-Trøndelag HF arbeider videre med risikobasert etterfølgerplanlegging. Det vil si at områder hvor det bedømmes som driftskritisk å ha kontinuerlig og faglig kvalifisert ledelse på plass bør ha konkrete planer for etterfølger.

3.5. Styrking av ledelse nærmest pasienten

Internrevisjonen kan bekrefte at det er gjort tiltak for å styrke ledelsen nærmest pasienten. Tiltakene omfatter støtte og oppfølging fra overordnet leder, opplæring og lederstøtte. Intervjuene viser imidlertid at opplevelsen av støtten er personavhengig og variabel. Internrevisjonen kan derfor ikke fullt ut bekrefte at tiltakene har vært effektive.

3.5.1. Rekruttering

Utfordringsbildet omtalt i kap. 3.4.1 er særlig knyttet til rekruttering av førstelinjeledere:

- Intervjuene har avdekket at tilgang til klinisk kompetanse er en knapphetsfaktor. Utfordringen opptrer oftest i driftsmessige situasjoner hvor det er behov for å rekruttere ledere raskt.
- *Meld. St. 12 Kvalitet og pasientsikkerhet* seksjon 8.3 refererer til erfaringer fra tilsyn som viser at det er behov for ledere med mer kompetanse om ledelse og tjenestene de skal lede. Stortingsmeldingen påpeker også at førstelinjelederen har en nøkkelrolle i arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet.
- Helse Midt-Norge har rekruttering som ett av sine fire strategiske mål i Strategi 2030.

Derfor vesentlig etter revisjonens syn at Helse Nord-Trøndelag HF arbeider aktivt med etterfølgerplanlegging for førstelinjeledere.

3.5.2. Overgang til lederrollen, opplæring og utvikling

Både *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*² og *NS-EN 15224:2016*³ stiller krav til systematisk og hensiktsmessig opplæring. Internrevisjonen anser ikke at prosessen for mottak og opplæring av nye ledere og fortløpende utvikling har oppfylt disse kravene fram til i dag.

Mange av førstegangs førstelinjeledere internrevisjonen har snakket med har hatt en overgang til lederrollen gjennom en praktisk innføring i stillingen av overordnet leder. Kvaliteten i praksisen har vært personavhengig og kan styrkes med en systematisert mottaksprosess.

Lederutviklingsprogrammet har vært tilgjengelig for omtrent alle lederne som internrevisjonen har snakket med. De fleste har fått tilbud om denne typen opplæring relativt raskt etter at de startet som ledere første gang.

Internrevisjonen har lagt vekt på det fokuset som Nasjonal helse- og sykehusplan (2016 – 2019) har på rollen til lederne som står nærmest pasienten. Planen vektlegger at lederne nærmest pasientene blant annet har et betydelig ansvar for å stille krav til og følge med på arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet, og at det etableres en åpenhetskultur hvor det

² Plikten til planlegging i omfatter å ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, ref §6 f). Plikten til gjennomføring omfatter å sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystemet, ref. §7 b).

³ Seksjon 7.2 i standarden stiller krav til kompetanse.

oppleves trygt og meningsfullt å melde fra om uønskede hendelser og egne feil. Disse lederne skal også være i stand til å skape rammer for trygg og god helsehjelp gjennom å støtte den enkelte ansatte, gi konstruktive tilbakemeldinger og sikre at tiltak for bedre kvalitet, pasientsikkerhet og pasientopplevelse eies av de ansatte.

Internrevisjonen har også lagt vekt på at førstelinjeledere ved sykehus i Helse Midt-Norge de nærmeste årene vil ha en viktig rolle i å ta i bruk ny felles pasientjournal (PAS/EPJ) for sykehus og kommuner i hele Midt-Norge. Det er derfor nødvendig å fremheve betydningen av at Helse Nord-Trøndelag HF legger til rette et mottaksopplegg som setter nye førstelinjeledere i stand til å takle begge utfordringene på best mulig måte.

3.5.3. Tid til ledelse

Førstelinjeledere beskriver en hverdag hvor de er dratt mellom mange aktiviteter. Ofte i kombinasjon med høy beleggsprosent (sengeposter). Ansvar for lede førstelinjen slik at pasientene opplever trygghet, respekt og kvalitet, blir beskrevet som meget stort.

Styringsrammene beskrives som krevende. Revisjonen vil bemerke følgende:

- at Helse Nord-Trøndelag HF har utført tiltak for å sikre tid til ledelse. Intervjuene viser at det er fremdeles behov for å gjennomføre tiltak for å sikre tid til ledelse for førstelinjeledere.
- det er vesentlig at tid til ledelse omfatter forventningene til førstelinjeledernes bidrag til en vellykket innføring av ny EPJ/PAS gjennom prosjektet Helseplattformen. Forventningene er høye innenfor organisasjonsutvikling, og ledere vil ha en nøkkelrolle i dette arbeidet. Helseplattformen er et strategisk hovedtiltak i Helse Midt-Norge og et viktig tiltak nasjonalt for å oppnå framgang med hensyn til kvalitet, effektivitet og pasientsikkerhet i helsetjenestene.

3.5.4. Lederstøtte

De fleste førstelinjelederne oppgir at de har tilgang til administrativ støtte og forbedret IT-støtte. De fleste oppgir også at de gjennomfører årlige medarbeidersamtaler med overordnede ledere som følges opp gjennom året. Malen som brukes for medarbeidersamtalen oppleves imidlertid som lite hensiktsmessig for ledere. Revisjonen gir i kap. 3.2.5 en anbefaling om å etablere en ledervariant av medarbeidersamtalen.

3.5.5. Anbefaling

I tillegg til anbefalingene gitt i kapitlene ovenfor anbefaler Internrevisjonen at Helse Nord-Trøndelag HF viderefører systemtiltak som sikrer førstelinjeledere tid til strategisk arbeid, forbedringsarbeid og personalledelse ved siden av løpende driftsoppgaver.

3.6. Ledelse i profesjonsutdanningene

Styret har lagt til grunn at regionene samarbeider om og bidrar til å få ledelse inn i profesjonsutdanningene. Denne delen av vedtak 31/13 er ikke vurdert spesifikt for Helse Nord-Trøndelag HF, og rapporteres i egen samlerapport til Helse Midt-Norge RHF.

3.7. Organisering av det videre arbeidet

Internrevisjonen kan bekrefte at det videre arbeidet med gjennomføring av forpliktelsene i vedtak 31/13 er lagt til regionalt nivå i samarbeid med regionene.

4. Oppsummering av revisjonsaktivitetene

I dette kapittelet gis korte sammendrag av de vesentligste revisjonsaktivitetene.

4.1. Dokumentgjennomgørelser

4.1.1. Formell oppfølging av RHF-vedtak 31/13 i Helse Nord-Trøndelag HF

Dokumentgjennomgåelsen viser at styret i Helse Nord-Trøndelag HF har fulgt opp Helse Midt-Norge RHF sitt styrevedtak i sak 31/13 den 12. juni 2013 i styresak 29-13 *Nasjonal lederplattform – oppfølging i Helse Nord-Trøndelag*.

Statuskapitlet i saksframlegget gjør rede for:

- Helse Nord-Trøndelag HF sin deltakelse i det regionale arbeidet med *Nasjonal Plattform for Ledelse i Helseforetak (NPLH)*.
- Deltakelse i Helse Midt-Norge sitt regionale lederprogram.
- Deltakelse i Nasjonalt topplederprogram.
- Lederutvikling innenfor eget ansvarsområde: (LUP) for ledere på nivå 3 og 4.
- Lederstøtteprosjekt (2013 – 2014) med mål å frigjøre tid til ledelse for på nivå 3 og 4.

De øvrige revisjonsaktivitetene viser at Helse Nord-Trøndelag HF har gjort mange tiltak for å følge opp den nasjonale lederplattformen i tråd med styringskravene i RHF styresak 31/13. Internrevisjonens hovedkonklusjonen er at Helse Nord-Trøndelag HF ikke er i mål med arbeidet. Det er behov for mer systematikk, regelmessighet og praktisk tilnærming i arbeidet.

4.1.2. Lokal lederopplæring

Dokumentgjennomgåelsen viser at Helse Nord-Trøndelag HF har arbeidet aktivt og i henhold til overordnede strategier med opplæring av ledere på nivå 3 og 4.

Lederopplæringen har fått navnet LUP Grunnmodul. Arbeidet med LUP Grunnmodul startet i samarbeid med Høgskolen i Nord-Trøndelag (nå Nord-Universitet) i 2008. Første kull gjennomførte programmet høsten 2009. LUP har blitt gjennomført årlig deretter. Målsetningen har vært at alle aktuelle ledere skal gjennomføre programmet innen 2016.

LUP Grunnmodul er jevnlig evaluert og har stort sett fått gode tilbakemeldinger. Programmet er oppdatert to ganger. Første gang i forbindelse med *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak* i 2012 hvor de nasjonale kjerneverdier og lederkravene ble innarbeidet i moduler og egen kurshåndbok. Andre oppdatering i 2016 omfattet en oppdatering på utfordringsbildet for Helse Nord-Trøndelag HF, IKT og systembruk, samt personalledelse.

Dagens utgave av LUP Grunnmodul med 4 ledersamlinger og 2 hospiteringsdager inneholder:

- Klinikervis opplæring av nytilsatte ledere, sjekklister for nye ledere og lederstøtte i IT-verktøyet *Kompetanseportalen*.
- Samlingsbasert modul som tar for seg strategi og endringsledelse, personalledelse, IKT-utvikling og IKT-bruk og faglig ledelse.
- Modul som innebærer kollegahospitering.

Dokumentgjennomgåelsen har påvist en rekke dokumenter som omtaler en systematisk tilnærming til lederutvikling. De mest framtreddende dokumentene er:

- *Ledelse i HNT - Arbeidsgruppen for gjennomføring og utvikling av LUP i HNT.*
Dokumentet tar for seg de nasjonale kjerneverdiene og lederkravene. Det gir også en beskrivelse av det totale lederutviklingstilbudet: Opplæring av nytilsatt leder, LUP Grunnmodul, Lederutvikling i klinikken, Nasjonalt topplederprogram, Nasjonal ledelsesutvikling, Nasjonalt/regionalt ledermobiliseringsprogram og Regionalt lederutviklingsnettverk.
- *Program for lederutvikling ved Helse Nord-Trøndelag 2012-2013 (Detaljprogram samling 1-4).* Tema i programmet har vært: Ledelse og strategi, fag- og forskningsledelse, ressursstyring og arbeidsmiljø.
- *Program for lederutvikling ved Helse Nord-Trøndelag 2016*
Beskrivelsen omfatter kurs i endringsledelse, arbeidsgiverrollen, kommunikasjon, samhandling mellom klinikker/avdelinger, enhetlig ledelse, forbedringsarbeid, målstyring med mer.

4.1.3. Lederstøtteprosjektet

Dokumentgjennomgåelsen viser at Helse Nord-Trøndelag HF har arbeidet aktivt med tiltak innen lederstøtte.

Lederstøtteprosjektet i Helse Nord-Trøndelag HF var en oppfølging av prosjektet *Helse Nord-Trøndelag med en moderne HR-funksjon - Et utrednings- og analyseprosjekt*. Prosjekt pågikk fra til 2012 og var bygget på tilbakemeldinger fra mellomledere ved de store kliniske avdelingene med døgndrift, om stor oppgaveportefølje og behov for avlastning i administrative oppgaver. Man ønsket å prøve ut oppgaveglidning fra leder til sekretær.

Helse Nord-Trøndelag HF søkte og fikk prosjektmidler for å finansiere to sekretærstillinger i ett år og ti måneder. Lederstøtteprosjektet hadde til hensikt å prøve ut lederstøtte i form av oppgaveglidning fra ledere til sekretærer. Prosjektet ble prøvd ut ved Medisinsk klinikk Levanger, samt GynFøde-avdelingen og Kirurgisk klinikk i Namsos over en periode på 23 måneder fram til 2014. Lederstøtteprosjektet ble oppsummert med 5 anbefalinger for bruk av lederstøtte:

1. Lederstøtte i form av oppgaveglidning fra ledere til sekretærer fungerer og gir lederne mer tid til ledelse.
2. En sekretær kan støtte flere ledere, og det er uproblematisk at 5-7 ledere deler på en ressurs.
3. Store avdelinger med døgndrift har størst behov for lederstøtte.
4. Sekretærer som driver lederstøtte bør kjenne sykehuset som organisasjon godt og ha god kjennskap til de viktigste datasystemene som benyttes, både pasientrelaterte systemer, personaladministrative systemer og office-pakken.
5. Sekretærene bør ha en så tett organisatorisk og fysisk tilhørighet til lederne som mulig.

4.1.4. Regional lederutvikling

Dokumentgjennomgåelsen viser at Helse Nord-Trøndelag HF har deltatt på regional lederutvikling. Arbeidet med regional lederutvikling har pågått siden 2008 og ble første gang gjennomført i 2009. Det regionale initiativet har omfattet ledere på nivå 1 og nivå 2, mens lederutviklingen på nivå 3 og 4 skulle ivaretas av helseforetakene selv, se kap. 4.1.2.

Den regionale foretaksledelsen deltatt på regionalt lederutviklingsprogram siden 2011.

Helse Nord-Trøndelag HF var vertskap for samlingen i 2017. Tidligere evaluering av regionale samlinger har identifisert et ønske om tydeligere mål og hensikt med samlingene og at det settes av bedre tid. Samlingen ble utvidet med en halv dag i 2017.

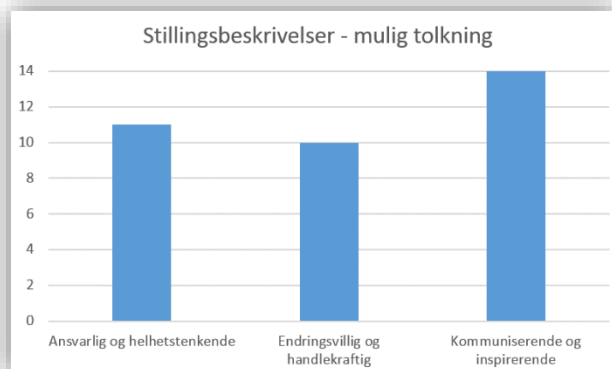
4.1.5. Stillingsbeskrivelser og utlysningstekster

Dokumentgjennomgåelsen viser at det ikke er noen klar sammenheng mellom stillingsbeskrivelser, utlysningstekstene som blir brukt til å rekruttere ledere inn i stillingene, og kjerneverdien og nasjonale lederkrav i Helse Nord-Trøndelag HF. Se Figur 3 og Figur 4 på neste side.

Revisjonen vil gi en merknad om at det er et betydelig potensiale for å kommunisere de nasjonale kjerneverdiene og lederkravene, samt krav til prosessen for lederutvikling, i Helse Nord-Trøndelag HF sine stillingsbeskrivelser for ledere.

Dokumentgjennomgåelsen gikk ut på å undersøke sammenhengen mellom stillingsbeskrivelser (lederstillinger), utlysningstekster til stillingene og de nasjonale lederkravene. Sammenligningen er gjort med en romslig tolkning av teksten (innholdet kan tolkes i retning av) og en rigid tolkning (sammenligning av ord). Resultatene viser at det er mulig med litt god vilje å tolke tekstene i retning av de nasjonale lederkravene (Figur 3). Dersom man sammenligner mer rigid er det en viss forekomst av ordet *endringsvilje*. De øvrige nasjonale lederkravene er ikke påvist i det undersøkte materialet (Figur 4).

Utvalget i undersøkelsen omfatter 7 stillinger og er for lavt til å trekke bastante konklusjoner. Internrevisjonen anbefaler likevel Helse Nord-Trøndelag HF å vurdere om systematisk bruk av de nasjonale lederkravene i klinikkens stillingsbeskrivelser og utlysningstekster kan styrke arbeidet med å utvikle felles holdninger, kunnskap og ferdigheter hos ledere.



Figur 3: Antall poeng av totalt 14 mulige poeng. (2 poeng for hele begrepet - eks. ansvarlig og helhetstenkende - 1 poeng for deler av begrepet, 0 poeng når det ikke var mulig å tolke teksten i retning av begrepet).



Figur 4: Antall poeng av 7 mulige. Sammenfall ga poeng. Omstillingsvilje ble akseptert som synonymt med endringsvillig

4.1.6. Personalpolitikk og ledelse

Dokumentgjennomgåelsen viser at Helse Nord-Trøndelag HF har bygget arbeidet med ledelse og lederutvikling på personalpolitikken med ledelsesprinsippene i Helse Midt-Norge. Innholdet er imidlertid ikke er gjort tilstrekkelig kjent blant ledere i helseforetaket, og det gis to merknader til dette:

- den overordnede personalpolitikken ikke er oppdatert til å reflektere de nasjonale lederkravene. Helse Nord-Trøndelag HF har et selvstendig ansvar for å påse og eventuelt påvirke at overordnede føringer er hensiktsmessige.
- Sammenhengen mellom ledelsessystemet EQS i Helse Nord-Trøndelag HF og ledelsesprinsippene i personalpolitikken er kun svak. Hensikten med å ha en politikk er i henhold til Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §6c å oppnå bekjentgjøring i virksomheten. Denne hensikten støttes også av anerkjente ledelsesstandarter med tanke på å kommunisere en politikk for å skape bevissthet om vesentlige styringssignaler i organisasjonen.

Gjeldende versjon av personalpolitikken ble opprettet i 2002 og omfatter Helse Midt-Norges ledelsesprinsipper (ref. Appendiks B). Dokumentet ble oppdatert i 2008 i forbindelse med styrebehandling av Handlingsplan for strategisk HR (RHF styresak 107-08). Endringene omfattet samhandling og lønnsdannelse. Ledelsesprinsippene er ikke oppdatert til å reflektere lederkravene i *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak*.

Arbeidet med ledelse og lederutvikling i Helse Nord-Trøndelag HF bygger på Helse Midt-Norges overordnede personalpolitikk. Dette framgår av styresaker behandlet i perioden 2008 – 2014⁴ og av helseforetakets *Personalweb* som er tilgjengelig fra intranettsiden *Innblikk*.

⁴ HNT styresaker: 31-2008 om kompetanseplanlegging og kompetanseutvikling for ledere (lederutvikling); 13-2010 om å sikre foretaket som attraktiv arbeidsgiver gjennom aktiv personalpolitikk og livsfasepolitikk; 17-2012 om regional kreftplan

Det er imidlertid ingen omfattende sammenheng mellom ledelsessystem EQS i Helse Nord-Trøndelag HF og personalpolitikken ledelsesprinsipper (ref. Appendix B). Kun en av tre klinikker i revisjonsomfanget har etablert sammenhengen. Dette er representativt for hele Helse Nord-Trøndelag HF.

Med den vektleggingen som helseforetaket selv har gjort, vektleggingen om ledelse i nasjonale strategier og i RHF-styrets vedtak i sak 31/13, mener revisjonen at sammenhengen mellom overordnet strategi og helseforetakets ledelsessystem EQS er for svak i forhold til kravet om systematisk styring etter Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (§3 og § 6c).

4.1.7. Regionale handlingsplaner for strategisk HR

Dokumentgjennomgåelsen viser at handlingsplanene er oppdatert med hensyn til kjerneverdier og nasjonale lederkrav, og at det er iverksatt flere nødvendige tiltak på regionalt nivå. Ett av de viktige er utvikling av IT-verktøyet *Kompetanseportalen*. Revisjonen vil gi to merknader:

- verktøyet *Kompetanseportalen* har et uforløst potensiale som består i å lage en ledervariant av prosessen for medarbeidersamtalen. Helse Nord-Trøndelag HF har et selvstendig ansvar for å påse og eventuelt påvirke at *Kompetanseportalen* utvikles hensiktsmessig for Helse Nord-Trøndelag HF.
- Behovet for felles policy på personalområdet går igjen i flere styresaker (se nedenfor) og står som innsatsområde i HR handlingsplan for 2014 – 2015. Revisjonen har ikke lyktes med å identifisere en oppdatering av policy/politikk etter 2008.

De regionale handlingsplanene bygger på overordnet personalpolitikk, ref. kap. 4.1.6.

De nasjonale kjerneverdiene og lederkravene ble nevnt som et felles fundament for tiltakene i handlingsplanen for 2014 – 2015. Verdiene og kravene ble helt eksplisitt referert i handlingsplanen for 2015 – 2016. Lederutvikling forankret i de nasjonale lederkravene omtales imidlertid ikke på tiltaksnivå. Det er likevel identifisert flere tiltak som revisjonen vil bedømme som nødvendige men ikke tilstrekkelige for å svare ut vedtaket i styresak 31/13 i Helse Midt-Norge RHF.

Handlingsplanen for 2014 – 2015 har utarbeidelse av *felles policy* som ett av innsatsområdene. Dette innsatsområdet gjentas i handlingsplanen for 2015 – 2016 sammen med behovet for videreutvikling av HR-kompetanse. Spørsmålet om policy er også behandlet i Helse Midt-Norge RHF sitt styre i følgende saker

- Sak 42/11 i forbindelse med Strategi 2020 og aktivitetsbasert turnusplanlegging
- Sak 51/12 i forbindelse med tiltak innen ledelse i forbindelse med risikogjennomgang
- Sak 98/16 om rammeverk for HMS-arbeid

Videre er det diskutert et behov for kulturendring i forbindelse med sak 66/15 om avvik fra arbeidstidsbestemmelsene (Arbeidstilsynet)

Revisjonen vil derfor reise spørsmålet om vedlikeholdet av den overordnede personalpolitikken. Siste oppdatering er fra 2008, samtidig som behovet for oppdatering har vært påpekt i flere styresaker. Spørsmålet tas med i oppsummeringsrapport for styret i Helse Midt-Norge RHF.

4.1.8. Topplederprogrammet

Dokumentgjennomgåelsen viser at topplederprogrammet blant annet setter fokus på praktisk trening og refleksjon over egne utfordringer og utviklingsmuligheter. Revisjonens merknader er gjengitt i teksten nedenfor.

Dokumentgjennomgåelsen har omfattet evalueringsrapporten for topplederprogrammet (Deloitte, 2008) og topplederprogrammets programpresentasjon for kull 21, presentasjon *åtte gode råd om lederutvikling*, og gjeldende gjennomføringsprogram for alle dager.

Revisjonen vil peke på tre forhold:

1. Evalueringen av Topplederprogrammet (Deloitte, 2008) resulterte i 6 utviklingsmuligheter. To av dem var:

- Et tydeligere faglig fundament for bedre forståelsesramme og begrepsapparat som de mer praksisnære innslagene kan sees i forhold til
- Konkrete verktøy og metoder for å drive endring, og trening og praktisk jobbing med hvordan man kan få til ønsket omstilling og utvikling.

Revisjonen ser at de samme utviklingsmulighetene fortsatt er til stede. Revisjonen gir anbefalinger som kan bidra til å realisere mulighetene ytterligere, basert på tiltak som helseforetakene har utført, dels i samarbeid med det regionale helseforetaket og nasjonal ledelsesutvikling. Revisjonens anbefalinger vil konkret omfatte en lederversjon av medarbeidersamtalen og bruk av relevant standard som et supplement til ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

2. Blant de *åtte gode rådene om lederutvikling* er det eksplisitt nevnt behov for gjentatte økter med praktisk trening. Revisjonen ser det samme behovet og kommer med anbefaling om målforankret 90- eller 180-graders evaluering, systematikk og kontinuitet.
3. *Jeg-perspektivet*, som revisjonen savner i helseforetaket, er allerede ivaretatt i Topplederprogrammet, se Figur 5. Det som mangler er å få *jeg-perspektivet* tydeligere på plass først og fremst i helseforetakenes linjeorganisasjoner og dernest i oppgaveorganiseringen som utvikler seg i forbindelse med standardiserte pasientforløp.



Figur 5: Revisjonens anbefaling kan bidra til å oversette Topplederprogrammets fokus på å kombinere kunnskaper, ferdigheter og holdninger i praktisk ferdighetstrening i helseforetakene. Figuren er hentet fra Nasjonalt topplederprogram.

4.1.9. Strategi 2030

Dokumentgjennomgåelsen viser at Strategi 2030 knytter ledelse til to av fire strategiske mål. Strategien er eksplisitt på felles målbilde.

Revisjonen vil gi en merknad om at et felles målbilde må ivareta ulike kliniske behov.

Strategi 2030 er overordnet for hele foretaksgruppen og innrettet *til det beste for pasientene*. En vesentlig erkjennelse ved strategien er at dagens organisering og drift av helsetjenestene ikke vil være bærekraftig i forhold til utfordringsbildet helsetjenestene står ovenfor.

I forhold til *ledelse* peker bakgrunnsdokumentet for strategien blant annet på *kultur, lederskap og medarbeidere* som kan møte det skisserte mulighets- og utfordringsbildet. *Ledelse* er spesifikt knyttet til to av de 4 strategiske målene på følgende måte:

- Utsagnet «*Vi har synlige og ansvarlige ledere som arbeider mot felles mål*» er knyttet til det strategiske målet «*Vi rekrutterer, utvikler og beholder høyt kompetent personell*».
- Utsagnet «*Utdanning, kompetanseutvikling, forskning, innovasjon, kunnskapsoppsummeringer, bruk av teknologi, kvalitetssystemer og ledelse er sentrale virkemidler for en kunnskapsbasert helsetjeneste*» er knyttet til det strategiske målet «*Vi tar i bruk kunnskap og teknologi for en bedre helse*»

For Helse Nord-Trøndelag HF sin del har revisjonen sett nærmere på styresak 57/16, hvor spørsmålet om framtidig organisering er behandlet. Beslutningsnotatet til styresaken er spesifikt på de nasjonale kjerneverdiene. De nasjonale lederkravene er imidlertid ikke nevnt. Beslutningsnotatet drøfter utfordringene om framtidig organisering med følgende utsagn om ledelse:

- For å greie å håndtere utfordringene som vil komme, må vi videreutvikle struktur, prosesser og ikke minst ledelse, der målet er å flytte flest mulig beslutninger nærmest pasienten. (s.3)
- Helse Nord-Trøndelag HF har behov for å gjøre tydeliggjøre foretaksledelsens strategiske rolle (s. 6)
- Direktøren ønsker tillitsbasert ledelse med minst mulig kontroll og styring.

Begrepet *Tillitsbasert ledelse* brukes men er ikke utdypet i forhold til betydning. Dersom man forutsetter at tillit utvikles gjennom relasjoner og er et uttrykk for kvaliteten i relasjonene, vil arbeidet med kvaliteten i relasjonene være vesentlig. Erfaringer gjort i andre store organisasjoner^{5,6} peker bl.a. på to forhold:

- det må trenes på å oppnå kvalitet i relasjoner
- og det må være tid nok til å utvikle relasjonene.

Internrevisjonen vil legge vekt på at et av hovedmålene med Lov om spesialisthelsetjenester er å arbeide for god ressursutnyttelse⁷. En viser også til Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus⁸ (kap 3.2), og til Helse Midt-Norge RHF sitt styrevedtak av 9. mars 2017⁹ som understreker behovet for nødvendig løpende effektivisering av driften. Helse Midt-Norge RHF sitt vedtak er tatt hensyn til i grunnlag for Helse Nord-Trøndelag HF sin styresak 34/2017 *Langtidsplan og -budsjett 2018 – 2023*. I dette ligger det en forventning til at Helse Nord-Trøndelag HF sikrer god effekt av tiltak som allerede er påkostet.

4.2. Intervjuer

4.2.1. Innretning og omfang

Revisjonen har fokusert på fire hovedtema og gjennomført en tematisk analyse på følgende områder:

- innføring av de nasjonale lederkravene og kjerneverdiene
- erfaringsdeling og felles forståelse av ledelse
- system for lederrekruttering, -utvikling og -oppfølging
- styrking av ledelse nærmest pasientbehandlingen.

For å forstå hvordan Helse Nord-Trøndelag HF har jobbet med disse områdene har revisjonen forsøkt å få tak i ledernes perspektiv og opplevelse av områdene ovenfor. Intervjuene har omfattet:

- 29 ledere og 3 medarbeidere fra stab

⁵ Artikkel i Ledernytt 18. september 2016 av Grete Johansen: <https://www.ledernytt.no/tillitsbasert-ledelse.5908681-112372.html>

⁶ Tillitsbasert ledelse virker, Bård Kuvaas, BI Business review 15. mars 2017.

<https://www.bi.no/forskning/business-review/articles/2017/03/tillitsbasert-ledelse-virker/>

⁷ Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. §1-1- pkt. 4

⁸ Dokument 3:4 (2013–2014) Riksrevisjonens undersøkelse av effektivitet i sykehus. Riksrevisjonen, 28.

november 2013: https://www.riksrevisjonen.no/rapporter/Documents/2013-2014/Dokumentbase_3_4.pdf

⁹ Sak 21/17 Langtidsplan og budsjett 2018 - 2023 Prinsipper og forutsetninger

- Klinikk for medisinsk service, Klinikk for medisin og rehabilitering, Klinikk for psykisk helsevern og rus og Senter for virksomhetsstøtte og utvikling
- Seksjonsledere, avdelingsledere og klinikkledere fra både Levanger og Namsos Sykehus, samt HR-rådgivere og leder for senter for virksomhetsstøtte og utvikling

4.2.2. Generelt inntrykk

Revisorene møtte motiverte og engasjerte ledere – hvor de fleste var innom dilemmaet mellom trange økonomisk rammer og kvaliteten i tjenesten som tilbys pasientene. Lederne opplever i stor grad at de blir fulgt opp og får støtte fra overordnede ledere, og at Helse Nord-Trøndelag HF har et godt opplæringstilbud for ledere. Flere ledere skulle midlertidig ønsket seg en ledervariant av malen som brukes i medarbeidersamtalen.

4.2.3. De nasjonale kjerneverdiene og lederkravene

De fleste lederne synliggjorde god kjennskap og godt eierskap til kjerneverdiene. For de nasjonale lederkravene var det motsatt. Lederkravene var til dels lite kjent og lite brukt. En av 29 ledere som ble intervjuet hadde aktivt gjort tiltak for å bruke de nasjonale lederkravene som ledeord i refleksjon omkring ledelse.

4.2.4. Erfaringsdeling og felles forståelse av ledelse

Intervjuene har vist at oppfatningene av ledelse spriker selv om opplæringen har vært omfattende og noen ledere har deltatt i ulike aktiviteter for erfaringsdeling.

Intervju med ledere på nivå 3 og 4 gir en oppfatning av at det er få tverrfaglige arenaer/forum for samhandling og erfaringsdeling rundt temaet ledelse. Noen ledere refererer til klinikkbaserte regionale samhandlingsnettverk.

Intervjuene har vist at ledelse utøves ulikt i ulike kliniske miljø.

4.2.5. System for lederrekruttering, -utvikling og –oppfølging

Intervjuene viste videre at det både er en viss terskel for å gå inn i lederrollen – spesielt for klinikere, og at det ikke har vært etablert et effektivt system for lederrekruttering. (En tilsvarende utfordring ble omtalt i rapporten *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak (Nasjonal ledelsesutvikling 2012)*).

Ledere har gjennomgående hatt tilbud om lederopplæring som del av utviklingen. Men intervjuene viste også at opplæringen ikke var fulgt opp systematisk med praktisk regelmessig videreutvikling, med unntak av ett tilfelle. Intervjuene har totalt sett avdekket at det ikke er iverksatt en foretaksovergripende systematisk oppfølging av ledere.

4.2.6. Styrking av ledelse nærmest pasientbehandlingen.

Intervjuene avdekket at tilgangen på ledere med klinisk kompetanse i disse stillingene er en knapphetsfaktor. Denne informasjonen må sees i sammenheng med informasjonen om at det er en viss terskel for å gå inn i lederrollen, ref. kap. 4.2.5. Intervjuene avdekket videre at tid til ledelse er en utfordring og at det fremdeles er behov for å gjennomføre tiltak for å frigjøre tid til ledelse for førstelinjeledere.

4.3. Stikkprøver

Det ble tatt stikkprøver fra systemet for avviksmeldinger. Hensikten har vært å få fram mer konkret informasjon om spesielle egenskaper ved avviksbehandlingen og å diskutere resultatet i forhold til den nasjonale kjerneverdien kvalitet (*kvalitet i prosess og resultat*). Utgangspunktet for diskusjonen har vært totalansvaret og de pliktene og oppgavene som hører med.

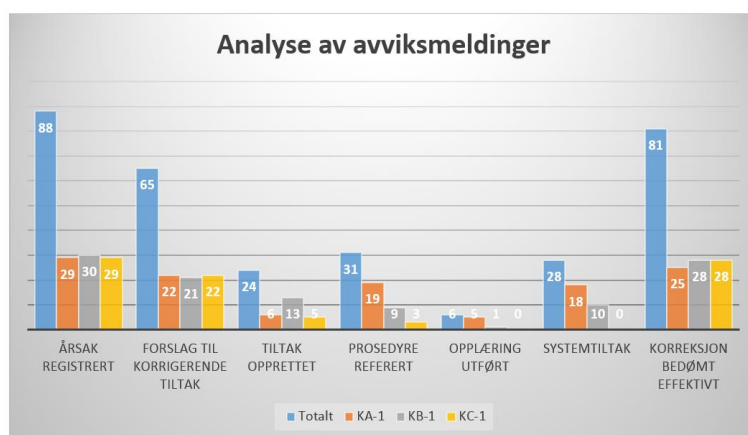
I diskusjonen er det lagt vekt på standardiserte tolkninger av begrep knyttet til kvalitet. Revisjonen har benyttet seg av internasjonalt anerkjente definisjoner og prosesskrav¹⁰.

En viktig aktivitet for å kunne iverksette effektive tiltak når det skjer feil er årsaksvurdering. Det er nærliggende å trekke en begrepsmessig parallell til kjente kliniske uttrykk som *anamnese* og *diagnose*, som et underlag for virkningsfull behandling.

Det ble gjennomført en tilfeldig trekning av et utvalg på 30 meldinger pr. klinikk fra en meldingspopulasjon registrert mellom 1. januar 2015 til 31. desember 2016. Fra hvert utvalg ble forekomsten av årsaksvurdering (*forekommer* eller *forekommer ikke*). I tillegg ble det registrert annen relatert informasjon knyttet til avviksbehandlingen (Figur 8).

Resultatet er:

- De fleste (98% av utvalget) avvik og hendelser som blir registrert i meldesystemet blir årsaksvurdert i en eller annen form. Omfanget av underrapportering er ikke kartlagt.
- Kvaliteten i årsaksvurderingene og systematikken i den videre behandlingen oppfyller i liten grad standardenes krav til systematisk avviksbehandling. Korrigerende tiltak¹¹ er bare i liten grad knyttet til årsak, og det skilles bare i liten grad mellom direkte og bakenforliggende årsaker. Noen gode eksempler er imidlertid påvist i det undersøkte materialet.



Figur 6 Resultat fra stikkprøvebasert analyse av avviksbehandlingen.
Kodene KA-1 til KC-1 refererer til de enkelte klinikkene i populasjonen for undersøkelsen.

¹⁰ NS-ISO 9000:2015 Ledelsessystemer for kvalitet (grunntrekk og terminologi)

NS-EN 15224:2016 Ledelsessystemer for kvalitet EN ISO 9001:2015 for helsetjenester

¹¹ Tiltak for å fjerne årsak til avvik/hindre gjentakelse

Undersøkelsen ga noe tilleggsinformasjon av interesse:

- Avviksbehandlingen omfatter kontroll av skriftlig arbeidsrutiner/prosedyrer i 31% av utvalget. Selv om dokumentasjonskravet er forholdsmessig, bedømmes dette som et lavt tall og et område som bør forbedres.
- Avviksbehandlingen omfatter kontroll av opplæring i kun 7% av utvalget. Meldingsbehandlingen er dermed ikke egnet til å fastslå om mangelfull kompetanse, opplæring eller bevissthet opptrer som årsaksfaktor ved feil. Metodikken bær forbedres.
- Andelen registrerte tiltak er på 27%. Samtidig er effekten av korreksjoner og/eller korrigerende tiltak er bedømt i 90% av tilfellene. Begrepsbruken er inkonsekvent og det er grunn til å stille spørsmålsteget ved systematikken og til sist effektiviteten i avviksprosessen.
- Riksrevisjonen har nylig publisert¹² sin undersøkelse av myndighetenes arbeid med å sikre god henvisningspraksis fra fastlegene til spesialisthelsetjenesten. Rapportens kapittel 3.2.2 tar opp helseforetakenes ansvar for å sikre god henvisningspraksis. Datamaterialet som er hentet ut ved Helse Nord-Trøndelag HF inneholder eksempler på hvordan Helse Nord-Trøndelag HF benytter avvikssystemet til å håndtere, følge opp og dokumentere tiltak for å sikre god henvisningspraksis.

Oppsummert kan ikke internrevisjonen bekrefte at kjerneverdien kvalitet i prosess og resultat fungerer godt i det daglige arbeidet med feil og hendelser. Noe av årsaken kan etter revisjonens syn ligge i skjemaenes utforming. Det vil derfor være relativt lett å forbedre prosessen. Revisjonen er kjent med at nytt skjema ble tatt i bruk fra 1. januar 2018, blant annet for å fange opp nye rapporteringskrav fra eier. Effekten av denne omleggingen er ikke vurdert.

¹² Dokument 3:4 (2017–2018)

5. Forberedelse og gjennomføring

5.1. Bakgrunn for revisjonen

5.1.1. Rammene for ledelse i spesialisthelsetjenesten

Arbeidet med *ledelse* i spesialisthelsetjenesten er omfattende og har en lang historikk. Det har vært naturlig for revisjonen å se tilbake til utredningen *1997 NOU 2 Pasienten først! Ledelse og organisering i sykehus*. Utvalget som fikk mandatet for utredningen skulle foreslå tiltak innenfor ledelse og organisering som kunne bedre driften i norske sykehus. Bedret drift i sykehusene ble konkret oversatt til å dekke *pasientenes behov* på en bedre måte.

Sosial- og helsedepartementet utdypet samtidig betydningen av at sykehus skal ivareta pasientens behov - de såkalte «Pasienten først»-retningslinjene. Retningslinjene omfattet ti punkter som konkretiserte hva sykehus må svare på for å oppfylle pasientens behov.

Ledelsesbegrepet ble i 2001 rammet inn i Lov om spesialisthelsetjenester. Bestemmelsen i §3-9 regulerer organiseringen av ledelsesansvaret på sykehus, og fastsetter prinsippet om én ansvarlig leder på alle nivåer og muligheten til å stille kvalifikasjonskrav. Dette prinsippet var en videreføring av gjeldende rett. Eier og ledelse skulle fremdeles stå fritt til å vurdere hvilke kvalifikasjoner som er nødvendige eller ønskelige hos ledere.

Det nye med bestemmelsen i §3-9 var plikten til å utpeke medisinskfaglige rådgivere for leder. Denne plikten inntreffer når det blir vurdert som nødvendig for å sikre forsvarlighet i tjenestene. Bestemmelsen gjelder for alle organisatoriske nivå og det er krav om konkret vurdering ved hver enkelt anledning¹³. Bestemmelsen i §3-9 la på denne måten opp til både en autonom, tydelig og fleksibel måte å organisere og lede arbeidet i helseforetak på.

Kravet om forsvarlige helsetjenester betyr i praksis at eier og ledere skal organisere og tilrettelegge helsehjelpen slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. Dette står fast og er tydeliggjort i oppdatert rundskriv om lederansvar i sykehus¹⁴, og oppdatert internkontrollforskrift som har fått tittelen *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten*.

Eierstyringen innenfor helseforetaksmodellen reguleres av Helseforetaksloven og utøves gjennom foretaksmøter. Vedtak i foretaksmøter har i henhold til loven status som beslutninger *av vesentlig betydning*, og utdyper bestillingen fra eier ut over det som er gitt av regelverket. Rapporteringen tilbake til eier gis gjennom Årlig melding fra helseforetakene.

5.1.2. Utvikling av et felles sett av holdninger, kunnskap og ferdigheter hos ledere

Det systematiske arbeidet med lederutvikling i spesialisthelsetjenesten startet umiddelbart ved iverksetting av sykehusreformen i 2002. På nasjonalt nivå ble *Styringsgruppen for nasjonale ledelsesutviklingstiltak* oppnevnt samme år. Oppdraget var å ha et særlig fokus på toppledere gjennom nasjonalt topplederprogram, halvårige nasjonale direktørsamlinger og andre tiltak av nasjonal karakter. Hensikten var å utvikle et felles sett av holdninger, kunnskap

¹³ Rundskriv I-2002-9 Lederansvaret i sykehus (opphevet)

¹⁴ Rundskriv I-2013-2 Lederansvaret i sykehus, 28. mai 2013.

og ferdigheter hos lederne i spesialisthelsetjenesten. Forankringen av dette oppdraget regionalt ble formalisert i Foretaksmøtene januar 2004. De regionale helseforetakene fikk da i oppgave å *videreføre sin deltagelse* i styringsgruppen for nasjonal ledelsesutvikling.

Helse Midt-Norge RHF startet også umiddelbart arbeidet med å etablere et felles grunnlag for ledelse. Foretaksgruppens *prinsipper for ledelse* ble utviklet som en del av foretaksgruppens overordnede personalpolitikk¹⁵ i 2002. Prosessen ble kjørt nokså fort gjennom, og utløste en del kritiske kommentarer for liten mulighet til medvirkning i arbeidet. Foretaksgruppens prinsipper for ledelse som ble vedtatt den gangen inneholdt likhetstrekk med lederkravene som ble tydeliggjort 10 år senere i forbindelse med Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak.

Ledelse i Helse Midt-Norge var igjen diskutert i 2005 i forbindelse med foretaksgruppens strategi fram mot 2010. Strategien¹⁶ omfattet i hovedsak en strukturell avklaring i forhold til sykehus og tjenestetilbud¹⁷, og sykehusreformens ambisjon om rasjonell ressursforvaltning og et helhetlig samfunns- og ledelsesmessig ansvar. Prinsippene for ledelse som ble diskutert omfattet i stor grad *samhandling, helhet og et pasientrettet verdigrunnlag*. Medvirkning i prosessen var fremdeles en utfordring i 2005.

Samhandlingsperspektivet var også tema da den overordnede personalpolitikken og prinsippene for ledelse ble revidert i 2008 i forbindelse med gjennomgangen av Regional handlingsplan for strategisk HR 2008 – 2013. Helseforetak og tillitsvalgte stilte seg bak politikken, som skulle videreutvikles og tilpasses lokalt i helseforetakene. Kommentarene i denne runden omfattet utfordringer med vanskelig språk og et omfattende dokument. Friheten som ble gitt til å bearbeide prinsippene for ledelse lokalt i helseforetakene rimet godt med autonomien og fleksibiliteten som det ble tilrettelagt for i regelverket, ref. kap. 5.1.1.

Høsten 2009 startet arbeidet med strategi fram mot 2020. Arbeidet omfattet refleksjon omkring kompetanseutvikling og behovet for synlig og ansvarlig ledelse for å få dette til. Derfor ble det lagt opp til en videre satsing på systematisk lederutvikling og lederstøtte. Helse Nord-Trøndelag HF startet den videre satsingen allerede i 2008.

Strategi 2020 som ble vedtatt i juni 2010 inneholder ingen eksplisitte formuleringer om ledelse. Implisitt berører strategien ledelse på flere punkter:

- 3 av 5 strategiske mål har tema som adresserer ledelse ganske direkte: organisering skal underbygge gode pasientforløp; økonomisk bærekraft; og rett kompetanse på rett sted til rett tid.
- tiltakene i strategien skal gjennomføres i tråd med nasjonal helsepolitikk¹⁸. På området for ledelse betyr det å utvikle et felles sett av holdninger, kunnskap og ferdigheter hos lederne i spesialisthelsetjenesten, slik det ble formulert allerede i 2002.

¹⁵ Styressak 104/02 ([saksframlegg](#)) og Styresak 99/02 ([saksframlegg](#)), ([kommentarer](#)), ([merknader](#)), ([utkast til personalpolitikk](#)).

¹⁶ Helse Midt-Norge 2010; Styresak 81/05 Helse Midt-Norge 2010-utredning. Strategi for utvikling av tjenestetilbudet frem mot 2010 ([saksframlegg](#)) ([vedlegg](#)).

¹⁷ Sak 41/06 Eierstrategi Helse Midt-Norge ([saksframlegg](#)), ([strategi](#))

¹⁸ Punkt 11 i RHF-styrets vedtak i sak 62/10

- styret bestiller¹⁹ egen sak om behovet for kompetanse og rekruttering av personell.
- styret understreker²⁰ betydningen av god kommunikasjon og forankring av strategien.

Styret fikk i april 2011 en orientering²¹ om arbeidet med kompetanse og kapasitet. Orienteringen omfattet blant annet at ledere skal arbeide oppgaveorientert og systematisk med kompetanse- og personalplanlegging, og at det skal gjennomføres tiltak for å styrke og støtte ledere i dette arbeidet. Systematisk utvikling av felles sett av holdninger, kunnskap og ferdigheter hos ledere var ikke en del av dette arbeidet.

Foretaksmøtet i januar 2011 understreket på nytt *betydningen av lederrollen og ledernes rolleforståelse* i arbeidet med å videreutvikle gode og likeverdige helsetjenester til befolkningen. Styringsgruppen for Nasjonal ledelsesutvikling ble bedt om å ta initiativ til og lede et arbeid med å utvikle og forankre en egen plattform for ledelse i helseforetakene. De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å bidra til arbeidet. Krav til arbeidet var at lederplattformen skulle konkretisere verdier, prinsipper, retningslinjer og krav til lederatferd i helseforetakene, og at den skulle være *et redskap* for å styrke utøvelsen av ledelse i helseforetakene.

Innholdet i lederplattformen ble utformet i samarbeid med nærmere 1000 ledere i landet sykehus, arbeidstakerorganisasjonene²² og arbeidsgiverorganisasjonen Spekter, Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon, og fagpersoner fra ulike kunnskapsmiljøer. Tillitsvalgte og brukere var også invitert til å delta på flere av aktivitetene som prosjektet har gjennomført. Styringsgruppens rapport *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak* ble publisert i mai 2012 og inneholdt anbefaling om hvilke nasjonale kjerneverdier og lederkrav som skal utgjøre plattformen for lederskap i spesialisthelsetjenesten. Det var blant annet disse kjerneverdiene og lederkravene de regionale helseforetakene fikk i oppgave å følge opp i Foretaksmøtet 2012.

I april 2013 ble saken behandlet i Helse Midt-Norge RHF sitt styre²³. Gjennom vedtaket ba styret helseforetakene i Midt-Norge om å følge opp saken om nasjonal lederplattform, inklusive å tilrettelegge for god ledelse på nivået nærmest pasienten.

5.1.3. Internrevisjonens aktivitetsplan

Styret i helse Midt-Norge RHF vurderer hvert år internrevisjonens aktivitetsplan ut fra en risiko- og vesentlighetsvurdering. Tema *ledelse* ble tatt inn i planen i 2010 som fokusområde for perioden 2011 – 2012. I 2011 ble oppgaven definert videre til å skulle undersøke hvordan lederskap utøves i foretaksgruppen. I 2012 ble oppgaven bestemt utsatt med tanke på en ny vurdering igjen for perioden 2013 – 2015. Saken ble ikke avklart i 2013, men fikk i 2014 en tentativt plan for gjennomføring i 2015/2016. Denne planen ble endret på nytt i 2015, med tentativ gjennomføring i 2016-2017 og med rammer for ledelsen og utøvelse av ledelse som mulige innretninger for revisjonen. Revisjonen startet i 2017.

¹⁹ Punkt 16 i RHF-styrets vedtak i sak 62/10

²⁰ Punkt 26 i RHF-styrets vedtak i sak 62/10

²¹ RHF-styresak 42-11 Statusrapport pr. februar 2011.

²² Den norske legeforening, Det norske sykepleierforbund, Fagforbundet

²³ Helse Midt-Norge RHF styresak 31/13

5.2. Problemstilling

Problemstillingen i revisjonen er orientert omkring Helse Midt-Norge RHF sitt styrevedtak i sak 31/13. Vedtaket gikk ut på å sikre at de nasjonale kjerneverdiene og lederkravene blir gjort til et felles grunnlag for ledelse i Helse Midt-Norge, og at det legges vekt på ledelse nærmest pasientbehandlingen (se Figur 1).

Revisjonen har ønsket å undersøke hvor langt arbeidet har kommet på alle punktene i styrets vedtak og å komme med anbefalinger får å bidra til å ta prosessen ett steg videre. Den målsetningen mener revisjonslaget å ha oppnådd.

5.3. Omfang og avgrensning

Revisjonen har omfattet:

- de 4 ledelsesnivåene i de to sykehusene tilhørende Helse Nord-Trøndelag HF (Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos).
- strategiske føringer fra eier

5.4. Revisjonsgrunnlaget og kriteriene

Grunnlaget for revisjonen har vært:

- det regionale helseforetakets styrevedtak i sak 31/13 om Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak.
- Rapporten Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak, mai 2012.
- Helseforetaksloven
- Lov om spesialisthelsetjenester
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgssektoren

Revisjonskriteriene som er utledet fra styrevedtak i sak 31/13 i Helse Midt-Norge RHF følger strukturen i vedtaket. Kriteriene er ikke formulert på annen måte enn ordlyden i vedtaket. Vedtaket er gjengitt i sin helhet Figur 1.

Revisjonskriteriene er utdypet med grunnlag i:

- Spesialisthelsetjenestelovens §3-4a om systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgssektoren
- NS-EN 15224: 2016 og har tittel *Ledelsessystemer for kvalitet EN ISO 9001:2015 for helsetjenester*²⁴

²⁴ Fastsett som Norsk Standard (NS) av Standard Norge i mars 2016. Standard Norge har enerett på å fastsette og utgi Norsk Standard og er norsk medlem i bl.a. den europeiske standardiseringsorganisasjonen CEN.

Revisjonen har også lagt vekt på at de nasjonale kjerneverdiene og lederkravene, samt anbefalingene i *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak*, er godt forankret i alle de fire helseregionene, og at de inngikk i de regionale helseforetakenes svar på oppgaven som Helse og Omsorgsdepartementet ga gjennom Foretaksprotokollen i 2011.

Revisjonen har også tatt hensyn til hvordan krav til ledelse har blitt tydeliggjort i forskrift og anerkjente standarder:

- Ny forskrift om Ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten trådte i kraft 1. januar 2017. Forskriften utgjør det rettslige grunnlaget for kravene til internkontroll på sektoren, og stiller tydeligere krav til den øverste ledelsen når det gjelder systematisk styring og medarbeidernes medvirkning. Systematikken knyttet til oppfølgingen av eiers styringskrav er derfor vektlagt i revisjonen.
- Tilsvarende har økte krav trådt i kraft gjennom oppdaterte internasjonale standarder for ledelsessystemer. Standardene har relevans for vurderingene i denne revisjonen fordi de er godkjent i Norge og angir hvordan systematisk styring og ledelse skal forstås i europeisk sammenheng. Relevant standard for denne revisjonen er NS-EN 15224: 2016²⁴.

ANBEFALINGER

1. Bruk av lederkravene

Lederkravene i en utarbeidet kortversjon må gjøres kjent for alle ledere og medarbeidere i spesialisthelsetjenesten. Foretakene må utforme lokaltilpassede opplegg for innarbeidelse av plattformens innhold i videre arbeid med rekruttering, lederutvikling og lederevaluering.

2. Førstelinjelidelse

Prosjektet avdekker store utfordringer for førstelinjelidere. Det anbefales sterkt at de regionale helseforetakene videreutvikler og styrker lederutviklingstiltak for førstelinjelidere. Det bør utarbeides en felles mal for mottak, opplæring, utvikling og oppfølging av førstelinjelidere som foretakene kan ta utgangspunkt i når det skal lages lokale tiltak.

3. Livsløpsperspektiv på ledelse

Det er igangsatt viktige prosesser i flere foretak og regioner på ulike deler av ledelsesforløpet fra rekruttering og talentutvikling til etterfølgerplanlegging. Dette arbeidet bør samordnes og videreføres. Et livsløpshjul for ledelse som dekker alle faser av lederkarrieren bør utvikles.

4. Nasjonalt rammeverk for lederkravene

Med utgangspunkt i det arbeidet som allerede er lagt ned i nasjonal lederplattform, og inspirert av det rammeverk som National Health System (NHS) i Storbritannia har laget, anbefaler prosjektet at det jobbes videre med ytterligere konkretisering og operasjonalisering av en samlet modell og et felles rammeverk for ledelse i spesialisthelsetjenesten. Medarbeidere og ledere ser ut til å mangle et overgripende bilde, en samlet modell og et tydelig referansepunkt for hva ledelse i helseforetak skal være. Et slikt rammeverk vil kunne gi det samlede lederskapet i spesialisthelsetjenesten identitet og løft, og bør legges til grunn for alle ledelsesmessige prosesser: rekruttering, opplæring, videreutvikling og evaluering av ledere i helseforetak.

5. Lederkravene i profesjonsutdanningene

Ledelsesfaglige temaer og nasjonale lederkrav bør introduseres i de formende år mens man er under utdanning. En helsefaglig identitet må være bygget på kunnskap om hvordan man samlet sett kan drive en god og sammenhengende helsetjeneste til beste for pasienten. Prosjektet anbefaler at det tas initiativ til å innføre de nasjonale lederkravene i studentundervisningen ved universitet og høyskoler som utdanner til helse- og medisinskfaglige profesjoner.

Figur 7: Prosjektet *Nasjonal plattform for ledelse i helseforetak* utarbeidet 5 anbefalinger om ledelse i helseforetak.

5.5. Revisjonsaktiviteter

Revisjonen er satt sammen av følgende aktivitetstyper:

- Dokumentgjennomgåelser
- Intervjuer
- Stikkprøver.

Dokumentgjennomgåelsene framgår av overskriftene under kap. 4.1 og har vært brukt til:

- å bedømme systematikken og kontinuiteten i arbeidet med å utvikle et felles sett av holdninger, kunnskap og ferdigheter hos ledere.
- å utvikle intervjuguide for revisjonen

Intervjuene har hatt til hensikt å bedømme oppfatningene hos ledere når det gjelder arbeidet med å utvikle et felles sett av holdninger, kunnskap og ferdigheter hos ledere.

Stikkprøvene har hatt til hensikt å bedømme systematikken, kvaliteten og bruken av årsaksvurderinger når det oppstår avvik. Konklusjonen denne aktiviteten er også brukt som en indikator for verdien *kvalitet i prosess og resultat*.

5.6. Metode

5.6.1. Representativitet

Revisjonens representativitet er forsøkt ivaretatt gjennom å velge ulike klinikktyper. I samråd med foretaksgruppens fagsjef ble det bestemt at revisjonen skulle dekke både somatikk, psykisk helse og rus. Innen somatikken ble det videre plukket ut klinikker med dominerende andel egne tjenester, og dominerende andel tverrgående tjenester.

5.6.2. Anonymisering

Resultater fra intervjuer og annen personidentifiserbar aktivitet er aggregert for i størst mulig grad å anonymisere enkeltbidrag og å etablere et overordnet resultat for helseforetaket. Anonymiseringen av enkeltbidrag har også vært viktig for i størst mulig grad få fram reelle subjektive oppfatninger i intervjuene.

5.6.3. Kvantitativ metode - stikkprøver

Metoden er utformet for å gi en innledende ide om sannsynligheten for at ledere sørger for systematisk årsaksvurdering i avviksbehandlingen. Estimert sannsynlighet er bestemt gjennom tilfeldig trekning av 30 avviksmeldinger i en populasjon definert av påstartede meldingsskjema i perioden 1. januar 2015 til 31. desember 2016 per klinikk. Fordelingsfunksjonen og følgelig konfidensintervallet for estimert sannsynlighet per klinikk vil ikke være kjent. På foretaksnivå vil gjennomsnittsverdien av klinikkens gjennomsnittsverdier være normalfordelt og bedre egnet for å følge med konfidensintervallet for indikatoren over tid. Revisjonen vil argumentere for at denne metodikken bidrar til å følge med på utviklingen over tid i *prosessbidraget* til verdien *kvalitet i prosess og resultat*. Betydningen antas å være størst med tanke på reduksjon i kvalitetskostnader og hyppigheten av opplevd mangelfull kvalitet hos pasientene.

Omfanget av kartleggingen tar utgangspunkt i stikkprøvestørrelse på 30 meldinger valgt fra en populasjon avgrenset av meldinger registrert i perioden 1. januar 2015 til 31. desember 2016.

5.7. Revisjonens oppdragsgiver

Revisjonens oppdragsgiver er styret i Helse Midt-Norge RHF. Oppdraget er gitt gjennom styrets godkjenning av internrevisjonens *Revisjonsprogram 2017 – 2019* datert 9. mars 2017.

5.8. Revisjonslaget og representantene for revidert part

Revisjonslaget har bestått av:

- Jørgen Midtlyng, Revisjonsleder – Helse Midt-Norge RHF
- Jørgen Melbye, medrevisor – EY
- Tove Albrechtsen, medrevisor – EY
- Finn Holm, rådgiver – EY

Representanter for revidert part har vært:

- Torbjørn Aas, Administrerende direktør – Helse Nord-Trøndelag RHF
- Nina Gravaune, revisjonskoordinator/helsefaglig rådgiver - Helse Nord-Trøndelag RHF
- Pauline Kolset, revisjonskoordinator/prosjektkoordinator - Helse Nord-Trøndelag RHF

5.9. Revisjonens tidsplan og lokaliteter

Revisjonen ble varslet 30. juni 2017 og igangsatt med åpningsmøte 28. september 2017. Intervjuer ble utført over 5 dager i perioden 28. september til 3 november 2017. En av disse dagene ble utført ved Sykehuset Namsos. Øvrig gjennomføring ble utført ved Sykehuset Levanger.

Det ble intervjuet 25 linjeledere og 4 personer tilhørende stab/HR. 16 av linjelederne var førstelinjeledere. Det ble gjennomført oppsummeringsmøte med ledergruppen i Helse Nord-Trøndelag HF 5. desember 2017.

Revisjonsrapporten er forelagt Helse Nord-Trøndelag HF for verifikasjon i perioden xx-xx.

5.10. Revisjonens prosedyrer

Prosedyrer for revisjonen er dokumentert i eget styringsdokument ID 707 for internrevisjonen.

Appendiks A: Åtte gode råd om lederutvikling

Punktene nedenfor utgjør de åtte gode rådene om lederutvikling i nåværende utgave av nasjonalt topplederprogram:

- **Erkjennelse om at ledere kan trenes og utvikles til å bli bedre ledere.**
- **Foreta en grundig behovsanalyse om ønskede utfall – hva vil vi oppnå? Ikke vær generelle.**
- **Benytt et bredt sett av læringsaktiviteter, undervisning, informasjon, demonstrasjoner og praktisk trening. Ved begrenset tid – prioriter praktisk trening.**
- **Vær forsiktig med å bruke ekstra ressurser på 360-graders vurderinger.**
- **Benytt flere separate sesjoner over et lengre tidsrom i stedet for en sammenhengende og lang sesjon.**
- **Begrens bruken av utviklingsprogrammer som gjennomføres i form av egenstudier – bruk heller interne og/eller eksterne ressurser – trenger støtte.**
- **Konsulter ekspertise utenfor ditt eget fagfelt, programmet skal være evidensbasert og praktisk relevant.**
- **Inkluder kunnskap og ferdigheter som omfatter effektive samspill og gode relasjoner med kollegaer og medarbeidere.**

Christina N. Lacerenza, m.fl.

DN – Bård Kuvås, m.fl.

Appendiks B: Personalpolitikkenes ledelsesprinsipper

Utdrag fra Helse Midt-Norge RHF sin gjeldende personalpolitikk, vedtatt i styresak 107/08.

Ledelsesprinsipper

Ledelse er å utvikle og fordele ressurser på en måte som gjør at medarbeiderne oppnår resultater.

Våre ledere skal systematisk følges opp og evalueres av sin leder. Administrerende direktør vil bli evaluert av sitt styre.

Dette betyr at ledere har ansvar for:

- at det settes realistiske mål for egen resultatenhet i tråd med de føringer, resultatkrav og rammer som er fastsatt for denne
- en prioritering og fordeling av aktiviteter og oppgaver som samsvarer med resultatenhetens mål.
- at kompetanse, økonomi og teknologi er tilpasset oppgaver og mål.
- at mål og resultatkrav kommuniseres systematisk og følges opp med evalueringer av og tilbakemeldinger til den enkelte medarbeider. Dette kan skje igjennom hensiktsmessig rapportering, medarbeidersamtale og lønnsamtaler
- at det raskt iverksettes nødvendige korrigerende tiltak når det er behov for at det utvikles effektive team og en samhandlingskultur som bygger opp under helheten i Helse Midt-Norge

Dette betyr at ledere i Helse Midt-Norge skal:

- være fremtids-, endrings- og handlingsorientert
- være fokusert på mål og resultater
- systematisk analysere og evaluere virksomheten
- kunne prioritere
- delegere, støtte og skape engasjement gjennom tydelige budskap, krav og tilbakemeldinger
- utvikle gode team og positive prosesser
- ta beslutninger og sørge for gjennomføring

Appendiks C: Forslag/eksempel til prosess for lederutvikling

Mine utviklingsmål fra forrige periode

Nasjonale kjerneverdier	Trygghet for tilgjengelighet og omsorg	Respekt i møtet med pasienten	Kvalitet i prosess og resultat
Nasjonale lederkrav	Ansvarlig og helhetstenkende	Endringsvillig og handlekraftig	Kommuniserende og inspirerende

Evaluering av forrige periodes utviklingsmål (måloppnåelse 1 – 5. 3 = som forventet/godt)

Nasjonale kjerneverdiene	Trygghet for tilgjengelighet og omsorg	Respekt i møtet med pasienten	Kvalitet i prosess og resultat
Nasjonale lederkrav	Ansvarlig og helhetstenkende	Endringsvillig og handlekraftig	Kommuniserende og inspirerende

Mine utviklingsmål for neste periode

Nasjonale kjerneverdiene	Trygghet for tilgjengelighet og omsorg	Respekt i møtet med pasienten	Kvalitet i prosess og resultat
Nasjonale lederkrav	Ansvarlig og helhetstenkende	Endringsvillig og handlekraftig	Kommuniserende og inspirerende

Årshjulet

Mars: Leders egenrefleksjon. Setter seg egne mål ut fra egen målforståelse. Kontroll mot kompetanseplaner. Fokus på sitt bidrag til å nå driftsmessige og strategiske mål.

Mai: Refleksjon sammen med overordnet leder. Støttende. Sikrer målforankring.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 28/2018 Den gyldne regel - status Helse Nord-Trøndelag pr. 1.4.2018

Saken behandles i: Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	Møtedato 16. april 2018	Møtesaksnummer 28/2018
--	----------------------------	---------------------------

Saksbeh: Paul Georg Skogen

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2018/1087

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar statusrapporteringen til etterretning og ber om at resultatutviklingen for barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien rapporteres månedlig. Styret påpeker at det er spesielt viktig at ventetidskravene nås.

SAKSUTREDNING:

Sak 28/2018 Den gylne regel - status Helse Nord-Trøndelag pr. 1.4.2018

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

- 1) Brev til Helse Midt-Norge, rapport Den gylne regel (datert 28.03.2018)
- 2) Tiltaksplan BUP 2018-2019

Bakgrunn for saken

I forbindelse med styrets møte 12. mars i år, Sak 19/2018 (Styringskrav og rammer 2018), ble det protokollert følgende:

1. *Styret tar redegjørelsen om eiers overordnede styringsbudskap, gjennom styringskrav og rammer for 2018, til etterretning.*
2. *Styret vil følge resultatutviklingen nøye gjennom måneds- og tertialrapporteringen.*
3. *Styret understreker spesielt viktigheten av å nå målene knyttet til den gylne regel.*
4. *Styret ber om at det i neste styremøte legges fram en sak med en risikovurdert plan for hvordan Helse Nord-Trøndelag planlegger å nå ventetidskravene innenfor barne- og ungdomspsykiatrien.*

Med bakgrunn i styrevedtaket er saken satt på sakskartet.

Orientering til styret

I Helse Nord-Trøndelag er barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) organisert i *Klinikk for kvinne, barn og familie*. Voksenpsykiatrien (VOP) er på sin side organisert i *Klinikk for psykisk helsevern og rus*.

Ut fra dette har de to klinikkene samarbeidet om statusrapporteringen til styret.

Klinikklederne Tore Andersen (kvinne, barn og familie) og Kathinka Meirik (psykisk helsevern og rus) vil sammen med medisinsk fagsjef Paul Georg Skogen legge fram statusrapport pr. 1. april 2018 og risikovurdert tiltaksplan.

Som vedlegg til saken følger rapporteringen Helse Nord-Trøndelag har avgitt til det regionale helseforetaket (brev datert 28.3.2018) og tiltaksplanen.

Konklusjon:

Adm. direktør anbefaler at styret tar statusrapporteringen til etterretning og gjentar at resultatutviklingen for barne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien skal rapporteres månedlig. I tillegg minne om at styret mener det er viktig at ventetidskravene nås.

Helse Midt-Norge RHF
Postboks 464

7501 Stjørdal

Vår ref.:
2018/546 - 11218/2018

Deres ref.:

Dato:
28.03.2018**Styringskrav og rammer 2018, Plan for "Den gylne regel" Helse Nord- Trøndelag HF**

Helse Nord- Trøndelag HF viser til Styringskrav og rammer for 2018, og rapporteringskrav 1. april 2018 for plan med risikovurdering av tiltak for hvordan vi arbeider med «Den gylne regel».

Det er lagt vekt på tiltak som er realistiske gitt de gjeldende rammevilkår, og en statusgjennomgang av hvor vi står ved rapporteringstidspunktet. Det er stor vilje til å strekke seg langt innen psykisk helsevern og rus-området for å sikre pasientene så korte ventetider som mulig, utredning, behandling og oppfølging i tråd med beste praksis og et tilbud som fortsatt skal være ledende nasjonalt på sine områder.

For Klinikk for kvinne, barn og familie og BUP sin del, har året startet med en svært krevende innføringsperiode for MyWay2PAS. Erfaringene gjort ved innføringen her i HNT vil gjøre tilsvarende innføring ved de andre HF'ene betydelig lettere. Både arbeidsprosess, programvare og bemanning rundt innføringen har vært svært krevende, og bidratt til forsinkelser i registrering av konsultasjoner, usikkerhet omkring reelle ventetider og realisert aktivitet og et betydelig tap av kapasitet i en fra før presset situasjon. Dette medfører at status pr i dag vedr. reelle ventetider, realisert aktivitet og fristbrudd for BUP, er usikre. Det gjenstår 5-600 uregistrerte pasientkontakter. Det har vært jobbet ekstra i flere uker for å få registrert etter, men jobben har tatt betraktelig mer tid og ressurser enn forventet. Vi beklager sterkt situasjonen vi er kommet opp i, og skal gjøre det vi kan for å få rettet opp i dette i samarbeid med det regionale prosjektet. Arbeidet som er gjort vil lette arbeidet med den videre breddingen av MW2PAS ved St. Olavs hospital HF og Helse Møre og Romsdal HF. BUP er som eneste enhet unntatt fra nedbemanningskravene som resten av HNT er pålagt. Viser til direktørens plan for reduksjon av 50-70 årsverk innen utgangen av første halvår 2017.

For Klinikk for psykisk helsevern og rus, VOP og TSB, ligger de generelle kravene om nedbemanning fast på linje med de somatiske klinikkene. Dette sammen med flere ytre forhold som klinikken ikke selv kan styre, medfører at forutsetningene for å kunne øke kapasitet og aktivitet i 2018 vil være begrenset. Det er imidlertid et stort ønske om å lykkes med å løfte kvaliteten i fagområdene i klinikken, og det skal i 2018 gjennomføres store investeringer i Psykiatriløftet som vil gi muligheter til videre satsing på VOP og TSB i tiden som kommer. I klinikken sin kompetanseplan er det skissert flere tiltak knyttet til rekruttering som dessverre ikke har hatt effekt som planlagt. Det har vært større avgang på personell enn forventet - til andre HF, til avtalespesialistpraksis og av andre grunner - slik at selv om en har rekruttert relativt bra og utdannet flere behandlere, så har en ikke klart å sikre tilstrekkelig antall behandlere for å kunne møte krav til økt aktivitet der en har behov.

For VOP sin del er det viktig å få fokusere på hva en har gjort for å være der en er i dag som nasjonalt ledende innen flere områder innen PHV. Dette for å klargjøre hvorfor VOP sin «andel» av «Den gylne regel» på mange måter allerede er oppfylt med den målrettede innsatsen som over flere år er gjennomført.

Fakta for status «Den gylne regel» i Helse Nord- Trøndelag HF pr februar 2018

Det ble ved budsjettprosessen 2018 gitt signal og føringer for å møte «Den gylne regel» ved å bidra til en liten reduksjon i aktiviteten i somatikken og en liten økning for psykisk helsevern og rus samlet sett, jfr. tabell 1. Økningen skulle ligge på BUP-området, VOP og TSB uendret aktivitet og somatikk en liten nedgang.

Tabell 1, Plan 2018 og status for aktivitet pr februar 2018:

<u>Den gylne regel</u>				
ISF-refusjon berettigede polikliniske opphold				
Sektor	Realisert 2017	Plan 2018	Endring	Endring %
VOP	44 750	44 750	0	0,00 %
BUP*	16 378	17 250	872	5,32 %
PHV	61 128	62 000	872	1,43 %
TSB	6 335	6 335	0	0,00 %
SOM	129 379	126 573	-2 806	-2,17 %
* BUP tallene er beheftet med usikkerhet, både faktiske tall 2017 og plantall 2018				
ISF-refusjon berettigede polikliniske opphold				
Sektor	Realisert pr feb 2018	Plan pr febr 2018	Avvik	Avvik %
VOP	7 758	8 294	-536	-6,91 %
BUP*	3 106	3 106	0	0,00 %
PHV	10 864	11 400	-536	-4,93 %
TSB	1 016	1 153	-137	-13,48 %
SOM	23 001	21 626	1 375	5,98 %
* Realiserte BUP tall pr februar er beheftet med usikkerhet pga etterslep i registreringen som følge av migreringen til MyWay-2-PAS				

Realisert ser vi i siste del av Tabell 1, at aktiviteten både ved VOP og TSB hittil i 2018 er under det som var planlagt, mens det for somatikken har vært en aktivitet til dels betydelig over plan. Minner om at tallene for BUP ikke er klare, slik at det dessverre fortsatt er en usikkerhet omkring tallene.

Ventetidene i somatikken er i rute på 53 dager i gjennomsnitt, TSB har fortsatt lave ventetider godt under målet på 30 dager, mens VOP er på 53 dager, målet er 45 dager. BUP-tallene er usikre, målet er 40 dager.

Tabell 2, Status pr februar 2018, ventetid avviklede:

Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter Helse Nord-Trøndelag (kilde: NPR-ventelistekube)				
Sektor	Realisert pr feb 2018	Plan pr febr 2018	Avvik	Avvik %
VOP	53	45	8	15,09 %
BUP*	87*	40	47	54,02 %
PHV	55	45	10	18,18 %
TSB	26	30	-4	-15,38 %
SOM	53	53	0	0,00 %
* Realiserte BUP tallene pr februar er beheftet med stor usikkerhet pga etterslep i registreringen som følge av migreringen til MyWay-2-PAS				

Status og plan for «Den gylne regel», BUP Helse Nord-Trøndelag, pr 1. april 2018:

BUP jobber med 3 konkrete tiltak, konkretisert i vedlagte handlingsplan for BUP, vedlegg 1.

- Rekruttere og beholde
- Systematisering av arbeidsprosesser i pasientforløp
- Avklaringsteam

Rekruttere og beholde:

En forutsetning for å lykkes med å oppfylle «Den gylne regel» er at BUP må lykkes med å rekruttere og ikke minst beholde de vi rekrutterer. Dette har vært en krevende utfordring over mange år. Pr i dag har avdelingen en for stor turnover. Dette koster penger, det tar mye tid og vi mister rutinerne medarbeidere som oftest erstattes av mer urutinerne nyutdannede som naturlig nok ikke har den samme kompetanse og erfaring. De to siste årene har det sluttet 22 medarbeidere ved BUP HNT av ulike årsaker. Som eksempel har vi i dag på BUP poliklinikk, Namsos, 5 ubesatte stillinger som er vakante og under utlysning/ansettelse. Det utgjør ca. 22 % av alle ansatte på BUP Namsos. Mangel på spesialister er i tillegg spesielt kritisk fordi det også reduserer muligheten for å øke annen bemanning når vi ikke har tilstrekkelig med spesialister som kan gi opplæring/veiledning og kvalitetssikre deres arbeid.

Systematisering av arbeidsprosesser i pasientforløp:

Innføring av 8 nasjonale pakkeforløp i løpet av høsten 2018 vil forhåpentligvis når implementeringsperioden er gjennomført, på sikt gi en gevinst med tanke på kvalitet, tidsbruk og frigjøring av kapasitet. BUP er velkjent med forløpsmetodikken og har jobbet systematisk med dette over tid. Vi har hatt kontakt med BUP, St. Olavs hospitalHF, for å lære

av deres erfaring med et logistikkprosjekt som de har gjennomført i samarbeid med RSHU. Deres erfaringer vil bli fulgt opp også hos oss. Vi vil ha fokus på å definere evalueringspunkt undervegs i behandlingsforløpet og avslutningstidspunkt. Det er i dag en utfordring at enkelte behandlingsforløp får en varighet som er svært lang og som sett utenfra kan være vanskelig å forsvare. Det planlegges også en økning av sekretærressurs på BUP, slik at behandlerne får brukt mindre tid på administrative oppgaver og samtidig styrke den administrative pasientlogistikken.

Avklaringsteam:

BUP har startet et prosjekt for å endre organiseringen av inntaksarbeidet. Målet er å øke kvaliteten på rettighetsvurderinger og redusere variasjonen på vurderingene. Teamet skal bidra til bedre vurdering av ressursbehov i hver enkelt sak og system for avklaring av uklare og «dårlige» henvisninger («snu noen i døra»). Teamet skal arbeide korttidsfokustert med muligheter for ambulant aktivitet ved å reise ut og vurdere pasientens behov sammen med henvisende instans i kommunen. Tilsvarende prosjekt er gjennomført andre steder i landet med god effekt (DPS Stjørdal, Sørlandet sykehus og BUP Indre Salten).

Status og plan «Den gylne regel» for Klinikk for psykiatri og rus, pr 1. april 2018:

Klinikk for psykisk helsevern og rus har tre hovedutfordringer i 2018:

- Manglende spesialistkompetanse
- Organisatoriske endringer knyttet til innføring av pasientforløp og Psykiatriløftet
- Tidligere gevinstrealisering ved overføring av aktivitet fra døgnetil poliklinikk

Manglende spesialistkompetanse

Klinikk for psykisk helsevern og rus har i dag 18 seksjoner (19 hvis en regner enheten på Steinkjer som en egen enhet). Av disse er 6 (7 hvis vi regner enheten på Steinkjer som en egen enhet) rene polikliniske seksjoner og 7 seksjoner inneholder både sengeseksjon og poliklinikk. For å kunne sikre god faglig kvalitet på polikliniske tjenester, er det anbefalt å ha minimum to spesialister, både lege og psykolog, pr poliklinisk enhet, jfr Tabell 3:

Tabell 3: Oversikt over enheter og spesialistbemanning, Klinik for psykisk helsevern og rus:

Avdeling	Seksjon	Døgn	Poliklinikk	Døgn og Poliklinikk	Minimum antall spesialister	Minimum antall spesialister for god faglighet
DPS Stjørdal	Allmenn			X	2	6
	Krise/Korttid			X	2	6
Avdeling Levanger	Allmenn			X	2	6
	Akutt	X			2	3
	Psykoze			X	2	6
	HAVO		X		2	4
	Alder		X		2	4
Avdeling Namsos	Akutt	X			2	3
	Allmenn			X	2	6
	Alder			X	2	6
	Psykoze			X	2	6
	DPS Kolvereid		X		2	4
ARA	ARA døgn	X			2	2
	ARA Namsos		X		2	4
	ARA Levanger		X		2	4
RKSF	RKSF Poliklinikk		X		2	4
	RKSF Stjørdal	X			2	3
	RKSF Levanger	X			2	3
Steinkjer	Allmenn		X		2	4
Summering:		5	7	7	38	84

Tabell 3 viser at det er et minimumsbehov for 38 lege-/psykologspesialister, men for å sikre et tilbud i tråd med de nasjonale retningslinjene for anbefalt bemanning, burde en nærme seg 84 lege-/psykologspesialister. Klinikken har pr 23.3.18, 22 psykologspesialister og 23 legespesialister, totalt 45 spesialister. Klinikken er altså 7 spesialister fra et minimums- nivå for spesialistbemanning. Situasjonen blir ytterligere forsterket ved at flere av spesialistene er i redusert stilling og noen nærmer seg pensjonsalder. Klinikken har flere av spesialistene i lederstillinger, noe som på mange måter er en ønsket utvikling, men som samtidig medfører redusert kapasitet for klinisk arbeid.

I tillegg må det bemerkes at klinikken de siste tre årene har mistet spesialister til stillinger opprettet av Helse Midt- Norge RHF, 4 psykologspesialister (til nyopprettede avtalespesialisthjemler) og en legespesialist (rådgiverstilling). I et lite helseforetak som i all hovedsak må utdanne egne spesialister, er dette merkbart. HNT er innforstått med at vi vil og skal være en leverandør av spesialister og erfarne utdanningskandidater til St. Olavs hospitalHF, men det er viktig at det regionalt ikke blir stimulert til dette gjennom konkurranse om betingelser.

Organisatoriske endringer knyttet til innføring av pasientforløp og Psykiatriløftet

Pakkeforløp innebærer å etablere nasjonale, normgivende forløp for utredning og behandling. Forløpene skal bygge på nasjonale og internasjonale faglige retningslinjer og veiledere der disse finnes, alternativt på best tilgjengelig kunnskap og faglig konsensus.

Til sammen 9 pakkeforløp skal gjennomgå høring og implementering i klinikken i 2018:

- Pakkeforløp for tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)
- Pakkeforløp for utredning av psykiske lidelser, voksne
- Pakkeforløp for utredning av psykiske lidelser, barn og unge
- Pakkeforløp for behandling i psykisk helsevern, voksne
- Pakkeforløp for behandling i psykisk helsevern, barn og unge

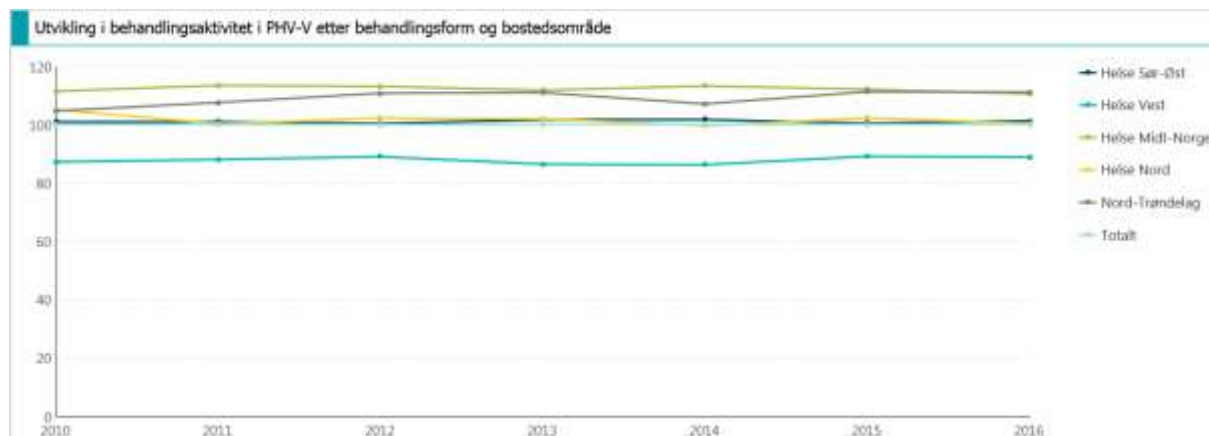
- Pakkeforløp for psykoselidelser, inkludert debuterende psykose
- Pakkeforløp for spiseforstyrrelser, barn og unge
- Pakkeforløp for tvangslidelser
- Pakkeforløp for gravide som bruker/har brukt alkohol, vanedannende legemidler og/eller illegale rusmidler

Høring og implementering av disse pakkeforløpene vil i stor grad bli utført av våre spesialister, noe som vil redusere kapasitet til pasientbehandling og tid til veiledning og kvalitetssikring av arbeid i sine respektive seksjoner.

Psykiatriløftet- det nye psykiatribygget ved Sykehuset Levanger- og videre arbeid med organisasjonsendringene i HNT' s omorganiseringsprosess Pasientorientert organisering, har tatt og vil fortsatt ta, mye tid og kreve fokus fra spesialistene som premissleverandører for god faglig kvalitet i sine seksjoner. For klinikken medfører organisasjonsendringene og planlegging av flytting inn i nye seksjoner, at behandlerressurser i større grad enn vanlig må benyttes til planlegging og tilpassing til nye roller og lokaler. Dette vil redusere deres mulighet til å opprettholde det antall polikliniske konsultasjoner de har hatt tidligere.

Tidligere gevinstrealisering i klinikken

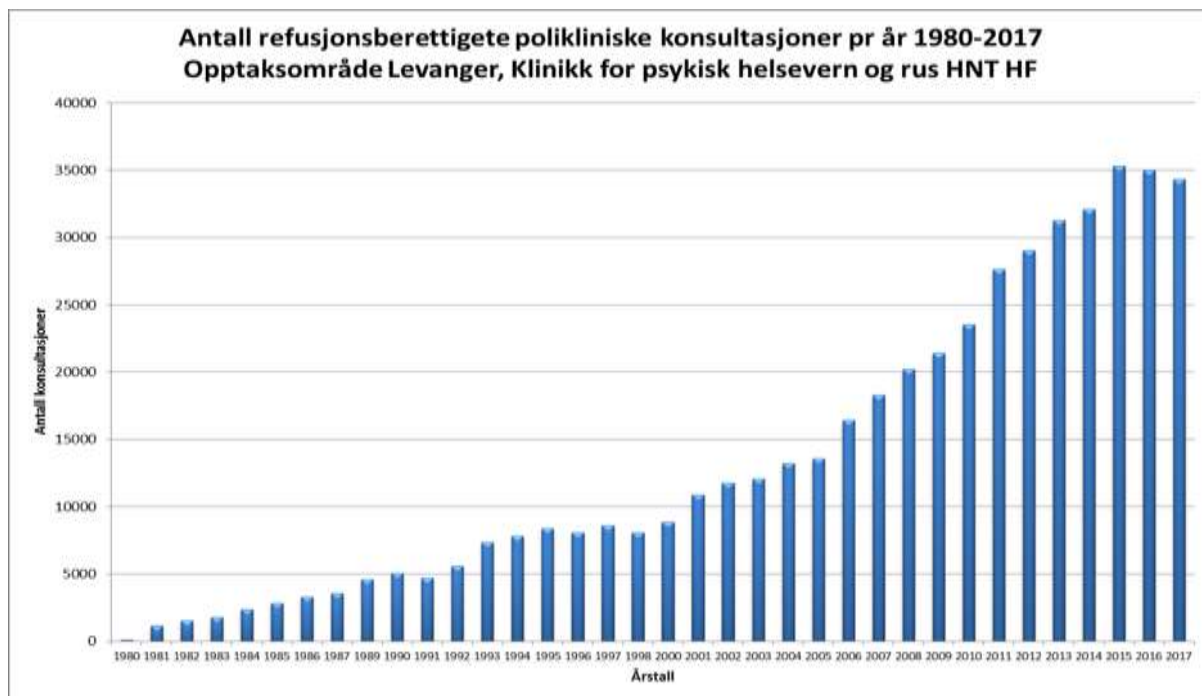
Klinikk for psykisk helsevern og rus har gjennom flere år prioritert overføring av ressurser fra døgn til poliklinikk. Klinikken har i flere år hatt en stor grad av andel av befolkningen over 18 år i poliklinisk behandling. Figur 1 viser at en relativt stor del av befolkningen over 18 år i opptaksområdet til HNT, mottar behandling poliklinisk målt mot gjennomsnittet i Norge.



Figur 1 Utvikling i behandlingsaktivitet psykisk helsevern, Norge totalt = 100

Dette betyr at det er mindre «rest publikum» som har behov for behandling ifht andre deler av landet. Dette er utfordrende når det stilles krav til videre aktivitetsøkning tilsvarende andre foretak. Behovet for videre aktivitetsøkning vurderes ikke å være til stede i samme grad som mange andre deler av landet. Dette understrekes ytterligere når vi ser nærmere på utviklingen av antall refusjonsberettigede konsultasjoner for opptaksområdet til Sykehuset Levanger gjennom de siste 37 år, jfr figur 2. Denne utviklingen indikerer når vi sammenligner

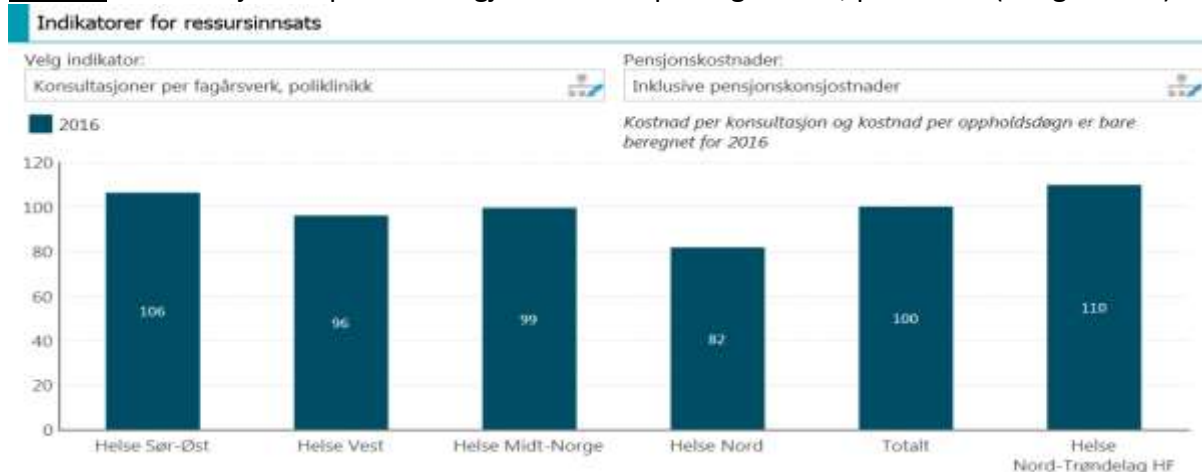
med tallene i figur 1, at en har en aktivitet som nå er «riktig» og at en har nådd en grense for hvor mange flere som bør/skal tilbys poliklinisk behandling ved dagens aktivitet.



Våre behandlere er effektive i sitt arbeid.

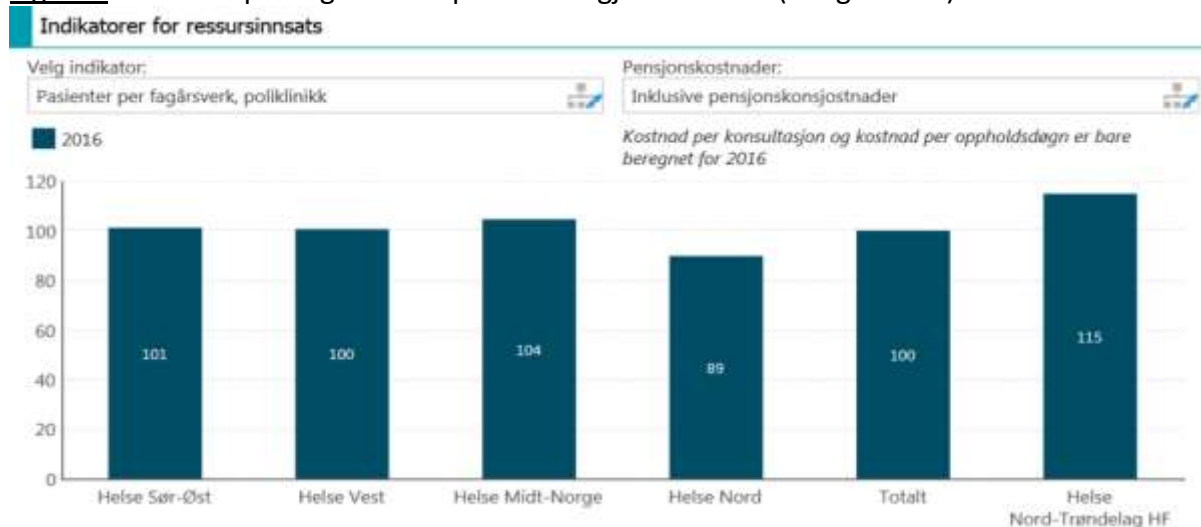
Figur 3 viser at våre behandlere gir flere konsultasjoner pr årsverk enn i andre foretak.

Figur 3: Konsultasjoner i prosent av gjennomsnitt per fagårsverk, poliklinikk (Norge = 100)



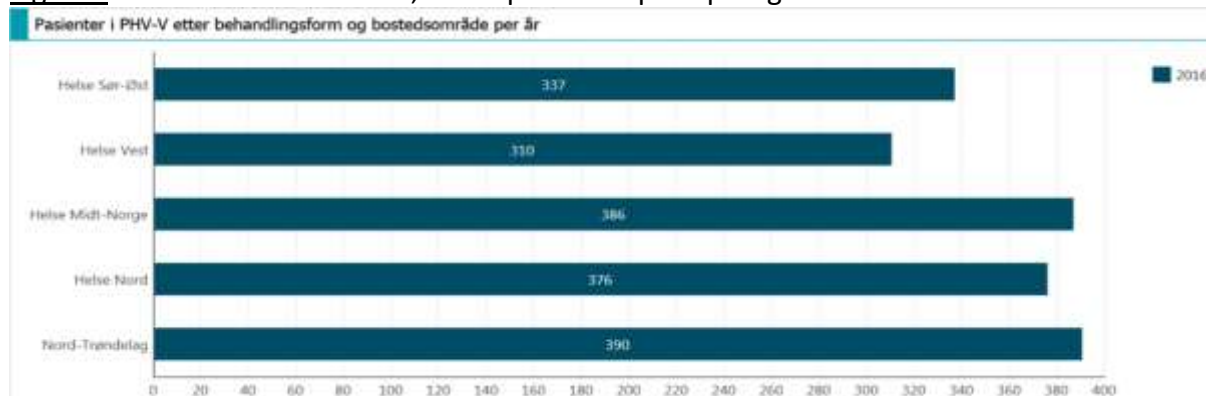
Figur 4 viser at våre behandlere har flere pasienter pr årsverk enn i andre foretak.

Figur 4: Pasienter per fagårsverk i prosent av gjennomsnitt (Norge = 100)



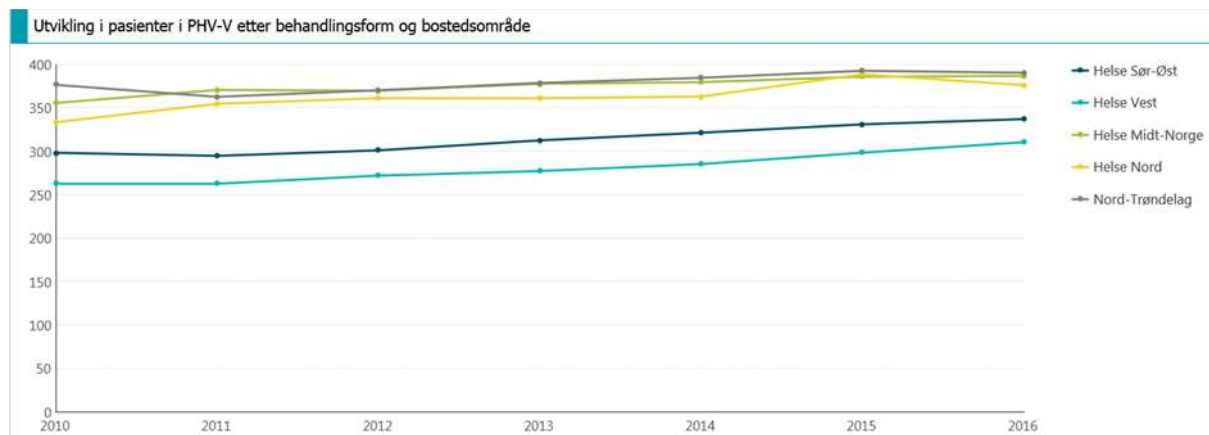
Figur 5 viser at behandlerne i Klinikken for psykisk helsevern og rus i HNT i snitt har flere pasienter enn det som er vanlig i resten av landet.

Figur 5: Pasienter i PHV voksne, antall pr 10 000 pr år pr fagårsverk



Figur 6 viser at denne høye aktiviteten hos behandlerne har vedvart over flere år.

Figur 6: Utvikling i antall pasienter PHV voksne, 2010- 2016. Tall pr 10 000 pr år pr fagårsverk



Alle tall i figurene er i prosent av nasjonale tall (Norge = 100) eller i andel pr 10 000 over 18 år. Tallene er hentet fra SAMDATA 2016.

Vurdering av tiltak VOP/ TSB

Det er stor tilgang på søkere til stillingene for annet personell enn legespesialister og psykologspesialister og kandidater til dette. Forholdet mellom universitetsutdannede og høyskoleutdannede er allerede litt skjevt, og kapasitets- og kvalitetssatsingen bør derfor ikke bedres ved tilsetting av flere høyskoleutdannede. Ny spesialistutdanning av leger vil gi HNT mulighet til selv å utdanne spesialister innen rus og avhengighetsmedisin i større grad enn i dag, og dette vil være viktig for rekrutteringen her. Å lykkes med rekrutteringen av spesialister fremover er dermed nøkkelen til å kunne lykkes med videre satsing på psykiatri og rus både vedr kvalitet og kvantitet/ aktivitet.

Satsing på alderspsykiatri og rus vil gi økt spesialistbehov fremover, og rekruttering av spesialister vil være nødvendig for å klare målsettingen her. Psykiatriløftet vil gi mulighet for slik vekst. Det er imidlertid ikke realistisk å oppnå dette i 2018, jfr begrunnelsene ovenfor.

For rusfeltet skal en øke kapasiteten på døgnbehandling for å ta tilbake mye av den døgnbehandlingen som til nå har vært kjøpt av private rusinstitusjoner. Dette er en av hovedbegrunnelsene for Psykiatriløftet. Ventetidene for TSB er lave i dag, og det blir et mål å kunne klare å holde disse på dagens nivå når vi fremover skal yte flere pasienter hjelp i egne lokaler. Dette mener vi er realistisk, men vil være krevende i 2018. Jfr plan for 2018, tabell 1.

Samlokalisering av RKSF vil gi en samling av fagmiljøet som vil kunne bedre pasientforløpene og skape et mer robust fagmiljø uten at det vil kreve nye stillinger i første omgang. En styrking av den regionale funksjonen blir en viktig oppgave fremover. Også her vil flytting som følge av Psykiatriløftet og prosessene rundt dette medføre at 2018 vil bli krevende for aktiviteten, men med gode utsikter for bedring når flytteprosess er gjennomført.

Klinikk for rus og psykiatri vil ved frigjøring av lokaler etter RKSF på Stjørdal, kunne videreutvikle tilbudet ved DPS Stjørdal. Dette vil bli et satsingsområde etterhvert som en får tilsatt tilstrekkelig med spesialister til å kunne utnytte kapasiteten en har både med gode lokaler og annet helsepersonell.

Status somatiske klinikker

Med bakgrunn i de utfordringer vi har redegjort for vedr BUP, VOP og TSB, er det nødvendig å redegjøre for status også for de somatiske klinikkene for å kunne avklare mulighet for måloppnåelse for relativ økning av PHV og rus.

Gjennom Helseatlas, SAMDATA og ulike nasjonale kvalitetsregistre, er det klargjort at HNT har en aktivitet i ulike deler av somatisk helsetjeneste og et totalt sykehusforbruk som ligger over forventet nivå. HNT er i gang med denne jobben, og gjennom Bærekraft 22- prosjektet og arbeid med standardisering og redusert variasjon må vi se hva vi selv kan gjøre for å redusere helsetjeneste- forbruket, samtidig som det er nødvendig med videre dialog med kommunene i opptaksområdet og St. Olavs hospitalHF.

Vi må gjennom en kritisk gjennomgang av vår kontrollvirksomhet for alle avdelinger. Innen noen deler av ortopedien og barnemedisinen må HNT vurdere kapasiteten og vår praksis opp mot tilsvarende tilbud andre steder- jfr krav til reduksjon av uønsket variasjon. Likedan må vi se på mulighet for å snu flere pasienter i mottak, og utrede og starte behandling poliklinisk i stedet for å legge pasienter inn. HNT har over år hatt et lavt antall avviste henvisninger i forhold til landet for øvrig, og det er nødvendig å se nærmere på vår praksis.

Disse forholdene krever endringer både internt i HNT, i samarbeidet med St. Olavs hospital og i samarbeidet med kommunene og fastlegene. Dette krever tid, dialog og enighet. Det er et økende krav fra fastleger og kommuner om at vi ikke må gå for fort frem. Deres opplevelse er at HNT har gjennomført endringer for fort og uten tilstrekkelig avklaring av kapasitet og kompetanse. Det er kommet opprop fra fastlegene i opptaksområdet til HNT om at videre oppgaveoverføring og økt belastning på fastlegene ikke vil bli akseptert og må unngås før det er etablert dialog om dette og er avklart at det er mulig for fastlegene å følge opp på forsvarlig måte. Viser også til Styringskrav og rammer 2018 der dette er viet særlig oppmerksomhet. Med bakgrunn i dette er det planlagt møteserie opp mot alle legevaktsdistriktene for avklaring av samarbeidet og mellom annet bruken av kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser. Et legeråd sammensatt av leger fra sykehusene og representanter for fastleger fra hele opptaksområdet, vil bli etablert etter modell fra Oslo, Stavanger og Trondheim. Dette vil rapportere til ASU og bli del av det videre arbeidet med samhandlingsavtalene.

Kravet til avventende oppgaveoverføring og etablering av ulike prosesser relatert til dette, medfører at det her er konkurrerende oppdrag som medfører at det på kort sikt vil påvirke muligheten til å klare reduksjon av somatisk aktivitet.

Arbeidet med kreftpakkeforløp har medført strenge krav til forløpstider, og dette har nok også bidratt til generelt kortere ventetider i somatiske klinikker. Dette har vært en ønsket

utvikling, men når vi lykkes med dette, påvirker det samtidig muligheten for å lykkes med «Den gylne regel».

HNT skal bidra til at St. Olavs hospital HF lykkes som universitetssykehus og har tilstrekkelig kapasitet til sine regionale funksjoner. For mange pasienter tilhørende HNT sitt opptaksområde, velger St. Olavs hospital HF som sitt lokalsykehus i dag. Dette medfører at HNT taper kompetanse, økonomi og omdømme og i noen fag kan stå i fare for å miste funksjoner. Dette er svært utfordrende for både HNT og St Olavs Hospital. Det gir rekrutteringsutfordringer og en selvforsterkende pasientlekkasje for HNT og kapasitetsutfordringer for St. Olavs hospital. På alle måter er det derfor viktig å snu denne pasientstrømmen. Dette er imidlertid enda en faktor som gjør at HNT ikke samtidig vil kunne lykkes fullt ut med «Den gylne regel», ettersom det er innen somatikken denne lekkasjen skjer. Det vil imidlertid være positivt for St. Olavs hospital sin måloppnåelse for «Den gylne regel» gjennom å minske somatisk aktivitet litt der.

Det meste av aktiviteten innen de somatiske klinikker er øyeblikkelig hjelp. Samhandlingen med kommunene og en bedre oppfølging av pasienter etter utskriving og poliklinisk kontakt i HNT, vil derfor være avgjørende for å redusere forbruket innen somatikken. Forebygging og fokus på gode planer ved utskriving, godt samarbeid omkring opplæring og utdanning av helsepersonell og nye måter å utføre helsetjenester på gjennom velferdsteknologi, digitalisering og felles journalsystem slik vi får gjennom Helseplattformen, vil være viktige tiltak. Det er imidlertid pasientforløpsarbeidet med standardisering, strukturering og logistikk- arbeid som uansett må gjøres, som vil være den viktigste forutsetningen for å lykkes med alt dette. Dette arbeidet er vi godt i gang med sammen med resten av regionen.

«Den gylne regel» 2018 Helse Nord- Trøndelag HF

HNT har gjennom arbeid med budsjett 2018 og gjennom arbeidet med denne planen for videre oppfølging av «Den gylne regel», forsøkt å se på ulike tiltak for å sikre best mulig måloppnåelse i 2018. Planen fra BUP viser at de tror de vil kunne nå en betydelig reduksjon i ventetider ved de tiltak som er og blir iverksatt. Vi beklager sterkt situasjonen med manglende oversikt over aktivitet, fristbrudd og ventetid som følge av MW2PAS- innføringen og har fullt fokus på å sikre rette tall så fort som mulig. VOP ser at kapasiteten og aktiviteten der p.t. er ut til å være tilstrekkelig for det behovet som er i opptaksområdet til HNT. Hovedmålet her vil bli å bedre kvaliteten på tjenestene, inkludert bedring av ventetidene. Psykiatriløftet og arbeidet med pasientforløp blir et viktig løft for hele klinikken og vil gi pasienter og ansatte bedre tilbud og en enda bedre arbeidsplass. Rekrutteringsutfordringer og et betydelig arbeid med omorganisering, innflytting i nybygg og innføring av nasjonale pasientforløp vil gi risiko for manglende måloppnåelse i 2018. 2018 vil ikke være året en henter ut effekter, men året en gjennomfører tiltak som på sikt skal bidra til å gi PHV og rusfeltet bedre kvalitet, bedre kapasitet og bidra til å sikre fortsatt god tilgang på kompetanse.

Det er med utgangspunkt i Strategisk Utviklingsplan for HNT, fra og med budsjettet for 2018 startet en overordnet strategisk plan å rekruttere og beholde kritisk personell.

Tilbakemeldingene fra Klinikk for kvinne, barn og familie og Klinikk for psykisk helsevern og rus viser hvor avgjørende dette er for å lykkes med alt annet vi skal gjennomføre. Lykkes vi

ikke med å beholde kritisk personell og rekruttere nye, er dette den største risikoen for ikke å nå våre mål med å tilby god spesialisthelsetjeneste i samarbeid med kommunene og St. Olavs hospital.

HNT vil både gjennom behovet for å ta tilbake pasienter fra St. Olavs hospital HF av det vi som lokalsykehus bør kunne følge opp selv, og med bakgrunn i den demografiske utviklingen, over tid minst måtte opprettholde og sannsynligvis fortsatt øke den somatiske aktiviteten framover. Utviklingen så langt i 2018 underbygger dette. Styringskrav og rammer 2018 viser også til at videre arbeid med overføring av oppgaver til kommunene først skal skje når kommunene er klar for videre økning av sin aktivitet. Dette begrenser muligheten for å klare reduksjon av somatisk aktivitet i 2018 utover å se på muligheter til å begrense det vi selv har kontroll over vedr forbruksrater og kontroller i somatikken.

Redegjørelsen fra klinikk for psykisk helsevern og rus viser til at det bare har begrenset virkning om de skulle få en større rammetildeling (på bekostning av somatikk) ettersom de i stor grad dekker behovet med den aktiviteten de har i dag. VOP viser også at effektiviteten i tjenesten allerede er svært god, sett i forhold til andre HF. Det er derfor urimelig å kreve en ytterligere bedring på lik linje med andre.

En satsing særlig på psykisk helsevern for barn og unge og DPS, er avhengig av at HNT lykkes med rekruttering og effekt av de tiltak som nå er satt inn og videre skal arbeides med. Samtidig må det gjøres en kritisk gjennomgang av aktivitet og videre utvikling av somatiske spesialisthelsetjenester, med mål om å begrense videre merøkning her.

HNT har tro på det som nå gjøres og de planer som er lagt, og vil jobbe hardt for at ventetidsmål skal nås. 2018 er imidlertid ikke HNT sitt år for å kunne innfri «Den gylne regel» fullt ut. HNT skal selvfølgelig jobbe hardt for å nå dette målet - det vil imidlertid kreve at de langsiktige tiltakene får mulighet til å virke.

På vegne av Helse Nord- Trøndelag HF

Paul Georg Skogen
Fagsjef HNT

Vedlegg 1: Handlingsplan «Den gylne regel», BUP, Klinikk for kvinne, barn og familie

Tiltaksplan BUP HNT 2018-2019

Tiltak	Målsetting	Hva skal til for å lykkes/ risiko-områder for ikke å lykkes	Tidsplan	Ansvarlig	Evaluering og oppfølging	
					Tiltak/Kommentar	Ansvarlig
Avklaringsteam	✓ Bedre kvalitet ✓ Økt treffsikkerhet i ressursbruk ✓ Tilbud på lavest mulig omsorgsnivå ✓ Redusert ventetid	✓ Riktig kompetanse i team ✓ Ressurser avsatt til team (tid, kompetanse) ✓ God forankring i egen organisasjon og 1. linjetjenesten ✓ Ambulant kapasitet ✓ Lønnsmidler	Oppstart prosjekt 01.09.18	Avd. leder BUP	Evaluering av fremdrift 2. hver måned	Avd. leder BUP/prosjektansvarlig
Systematisering av arbeidsprosesser: ✓ Innføring av nasjonale pakkeforløp * ✓ Fokus på framdrift og hensiktsmessig lengde på pasientforløp (jf. logistikkprosjektet St. Olavs) ✓ Definere stoppunkt/evalueringspunkt i pasientforløp ✓ Sekretærstyrt avtalebok	✓ Rett kompetanse, på rett sted til riktig tid ✓ Bedre kvalitet i pasientbehandling ✓ Redusere variasjon	✓ God koordinering ✓ Lojalitet og eierskap til metodikk ✓ Tett oppfølging av prosess ✓ Forløpskompetanse og styringsverktøy (eSP) ✓ Framdrift i nasjonalt prosjekt ✓ Lokal implementeringsplan følges	01.09.18	Avd. leder BUP	Evaluering av fremdrift 2. hver måned	Avd. leder BUP/forløpsansvarlig BUP
Redusere turn-over/rekruttere og beholde kritisk kompetanse	✓ Stabilt, robust og bærekraftig fagmiljø	✓ Godt arbeidsmiljø ✓ God ledelse ✓ God struktur på opplæring og spesialiseringsforløp		Lederteam BUP		

Tiltak	Målsetting	Hva skal til for å lykkes/ risiko-områder for ikke å lykkes	Tidsplan	Ansvarlig	Evaluering og oppfølging	
					Tiltak/Kommentar	Ansvarlig
		✓ Struktur/ forutsigbarhet i daglig drift ✓ Konkurransedyktige betingelser ✓ God veilederkompetanse (mester-svenn) ✓ Internt samarbeid om rekruttering i HNT				
Adhoc tiltak	Ekstraordinært arbeid på ettermiddag/kveld 2-3 perioder i 2018 for å ta unna etterslep.			Avd. leder BUP		

* Nasjonale pakkeforløp BUP:

Pakkeforløp for utredning ved psykiske lidelser, barn og unge

Pakkeforløp for behandling i psykisk helsevern, barn og unge

Pakkeforløp for OCD

Pakkeforløp for spiseforstyrrelser, barn og unge

En fortsatt økning i henvisningsmengden vil innebære en risiko for at målsetting ikke nås.

Manglende rekruttering av kritisk kompetanse (Barne- og ungdomspsykiatere) vil innebære økt risiko for at målsetting ikke nås.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 29/2018 Kvalitet

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	16. april 2018	29/2018
Saksbeh: Hilde Fossland (Kvalitetsleder)		
Arkivkode: 012		
Saksmappe: 2018/1087		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar informasjonen til orientering.

SAKSUTREDNING:
Sak 29/2018 Kvalitet

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Ingen.

Bakgrunn for saken

Adm. direktør ønsker at kvalitet settes fast på dagsorden, slik at styret er orientert om avviksmeldinger, pågående tilsyn, avsluttete tilsyn og andre saker som handler om kvalitet i Helse Nord-Trøndelag. Saken legges fram uten saksutredning.

Adm. direktør vil orientere om følgende saker:

- Status pasientsikkerhetsprogrammet

Kvalitetsleder Hilde Fossland orienterer på vegne av adm. direktør.

Konklusjon

Adm. direktør anbefaler at styret tar informasjonen til orientering.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 30/2018 Andre orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	16. april 2018	30/2018
Saksbeh: Svein H. Karlsen		
Arkivkode: 012		
Saksmappe: 2018/1087		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar saken til orientering.

SAKSUTREDNING:**Sak 30/2018 Orienteringssaker****VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER**

1. Protokoll styremøte Helse Midt-Norge RHF 15.3.18
2. Protokoll brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag 10.4.18
3. Evt. andre orienteringer

Konklusjon

Adm. direktør anbefaler at styret tar saken til orientering.

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 15. mars 2018 kl. 10.00-17.20
Møtested: Radisson Blu Airport Hotell Værnes
Saksnr.: 23/18 -40/18
Arkivsaksnr.: 18/5

Møtende medlemmer:

Tina Steinsvik Sund
Paul Steinar Valle
Liv Stette
Beate Skillingstad
Bjørn Gustafsson
Kristian Dahlberg Hauge
Ivar Østrem
Anita Solberg
Lindy Jarosch-von Schweder

Forfall:

Ingen

Regionalt brukerutvalg:

Snorre Ness
Steinar Waksvik

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Stig A. Slørdahl
Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)
Direktør for samhandling Daniel Haga
Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås
Direktør for helsefag Henrik A. Sandbu
Økonomidirektør Anne Marie Barane
HR sjef Trond Håvard Eidet
Kst. direktør for eierstyring Gunn Fredriksen
Internrevisjonssjef Jørgen Midtlyng

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 8. mars 2018. Samme dag ble saksdokumentene lagt ut i styreadministrasjonen.

12. mars ble følgende drøftingsprotokoller til sakene 26/18, 28/18, 29/18, 31/18 og 32/18 lagt ut i styreadministrasjonen. Drøftingsprotokoll til sak 36/18 ble lagt ut 13. mars sammen med referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 12. mars 18.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 12.03.18

Styrets leder Tina Steinsvik Sund ønsket velkommen til styremøtet.

Sak 23/18 Godkjenning av møteinnkalling og agenda

Innkalling og agenda til møtet ble godkjent.

Sak 24/18 Vurdering av styremedlemmers habilitet

Det var ingen styremedlemmer som erklærte seg inhabil i saker som behandles i dette møtet

Sak 25/18 Referatsaker

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 12.03.18
- Protokoll fra møte i styrets revisjonsutvalg 6. desember 2017
- Protokoll fra sirkulasjonssak i styrets revisjonsutvalg januar 2018
- Protokoll fra møte i styrets revisjonsutvalg 27. februar 2018
- Brev fra Ålesund arbeiderparti "Vi etterlyser realisme i styrene for HMN og HMR"
- Brev fra Rasmus Rasmussen "Ordfører Aurdal henger bjella på katten"

Sak 26/18 Prioritering av psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling - overordnet plan for å sikre måloppnåelse av den gyldne regel

Forslag til vedtak

1. Styret tar informasjon om arbeidet med overordnet plan for å sikre måloppnåelse av den gyldne regel til orientering.
2. Styret forutsetter at helseforetakene iverksetter nødvendige tiltak for å innfri kravene knyttet til prioritering av psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2018. Herunder ber styret få seg forelagt helseforetakenes egne planer for å sikre måloppnåelse.
3. Styret ber om en månedlig status med fokus på effekt av igangsatte tiltak, evt. avvik i forhold til fastsatt plan og korrigerende tiltak.

Protokoll

Styrets nestleder Paul S. Valle fremmet forslag om endring i pkt 2:

2. Styret forutsetter at helseforetakene *raskt* iverksetter nødvendige tiltak for å innfri kravene knyttet til prioritering av psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2018. Herunder ber styret få seg forelagt helseforetakenes egne planer for å sikre måloppnåelse Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Denne endringen ble enstemmig vedtatt

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret tar informasjon om arbeidet med overordnet plan for å sikre måloppnåelse av den gyldne regel til orientering.
2. Styret forutsetter at helseforetakene raskt iverksetter nødvendige tiltak for å innfri kravene knyttet til prioritering av psykisk helse og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i 2018. Herunder ber styret få seg forelagt helseforetakenes egne planer for å sikre måloppnåelse Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt
3. Styret ber om en månedlig status med fokus på effekt av igangsatte tiltak, evt. avvik i forhold til fastsatt plan og korrigerende tiltak.

Sak 27/18 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 31.01.18

Forslag til vedtak

Styret tar statusrapport per januar 2018 til etterretning.

Protokoll

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret tar statusrapport per januar 2018 til etterretning.

Sak 28/18 Utvidelse av finansieringsmodell HMN

Forslag til vedtak

1. Styret vektlegger at det er den samlede finansieringen av helseforetakene som skal sette helseforetakene i stand til å tilby likeverdige helsetjenester til befolkningen.
2. I tråd med tidligere vedtak fattet av styret i Helse Midt-Norge RHF forutsettes at Helse Midt-Norge i størst mulig grad skal fordele inntekter i henhold til en behovsmodell.
3. Nye modeller for pasienttransport, ambulansetjeneste og utdanning innføres med virkning fra 2019.

Protokoll

Det ble fremmet forslag om et tilleggspunkt fra styremedlem Ivar Østrem:

4. *Modellen evalueres i forbindelse med ny nasjonal finansieringsmodell for spesialisthelsetjenesten*

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret vektlegger at det er den samlede finansieringen av helseforetakene som skal sette helseforetakene i stand til å tilby likeverdige helsetjenester til befolkningen.

2. I tråd med tidligere vedtak fattet av styret i Helse Midt-Norge RHF forutsettes at Helse Midt-Norge i størst mulig grad skal fordele inntekter i henhold til en behovsmodell.
3. Nye modeller for pasienttransport, ambulansetjeneste og utdanning innføres med virkning fra 2019.
4. Modellen evalueres i forbindelse med ny nasjonal finansieringsmodell for spesialisthelsetjenesten

Sak 29/18 Langtidsplan og budsjett 2019 - 2030 Prinsipper og forutsetninger

1. Styret legger til grunn at foretakenes egne langtidsbudsjetter skal være et sentralt styringsverktøy for virksomheten. På bakgrunn av de store investeringene regionen står foran er det viktig å se utviklingen i et lengre perspektiv og langtidsperioden skal derfor gå frem til 2030.
2. Helseforetakene skal planlegge sin drift og egne investeringer innenfor tilgjengelige likviditet og økonomiske rammer. Alle investeringer som er planlagt gjennomført i perioden 2019-2030 skal inngå i helseforetakets langtidsbudsjett
3. Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal og Helseplattformen er Helse Midt-Norges prioriterte investeringer. Føringer fra langtidsplan og budsjett skal ligge til grunn for arbeidet
4. Styret understreker helseforetakenes ansvar for å forvalte egen bygningsmasse og legger til grunn at dette inngår i de foretaksvise langtidsplaner og –budsjett

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret legger til grunn at foretakenes egne langtidsbudsjetter skal være et sentralt styringsverktøy for virksomheten. På bakgrunn av de store investeringene regionen står foran er det viktig å se utviklingen i et lengre perspektiv og langtidsperioden skal derfor gå frem til 2030.
2. Helseforetakene skal planlegge sin drift og egne investeringer innenfor tilgjengelige likviditet og økonomiske rammer. Alle investeringer som er planlagt gjennomført i perioden 2019-2030 skal inngå i helseforetakets langtidsbudsjett

3. Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal og Helseplattformen er Helse Midt-Norges prioriterte investeringer. Føringar fra langtidsplan og budsjett skal ligge til grunn for arbeidet

4. Styret understreker helseforetakenes ansvar for å forvalte egen bygningsmasse og legger til grunn at dette inngår i de foretaksvise langtidsplaner og –budsjett

Sak 30/18 Årlig melding 2017 for Helse Midt-Norge RHF til Helse- og omsorgsdepartementet

Forslag til vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF er tilfreds med at Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2017, formidlet i oppdragsdokument og foretaksmøter, er fulgt opp og at målene er nådd på de fleste områder.

2. Styret viser til at regionen fortsatt står overfor uløste oppgaver og at det i hele foretaksgruppen må arbeides aktivt for å løse disse og sikre full måloppnåelse i forhold til eiers oppdrag.

3. Styret godkjenner utkast til Årlig melding 2017 for Helse Midt-Norge RHF, med de eventuelle merknader som framkommer i møte. Administrerende direktør gis fullmakt til å ferdigstille endelig dokument, og oversende meldingen til Helse- og omsorgsdepartementet.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF er tilfreds med at Helse- og omsorgsdepartementets styringskrav for 2017, formidlet i oppdragsdokument og foretaksmøter, er fulgt opp og at målene er nådd på de fleste områder.

2. Styret viser til at regionen fortsatt står overfor uløste oppgaver og at det i hele foretaksgruppen må arbeides aktivt for å løse disse og sikre full måloppnåelse i forhold til eiers oppdrag.

3. Styret godkjenner utkast til Årlig melding 2017 for Helse Midt-Norge RHF, med de eventuelle merknader som framkommer i møte. Administrerende direktør gis fullmakt til å ferdigstille endelig dokument, og oversende meldingen til Helse- og omsorgsdepartementet.

Sak 31/18 Helhetlig risikostyring - 10 på topp

Forslag til vedtak

1. Styret tar rapporteringen på 10 på topp risiko til orientering
2. Styret ber om å holdes løpende oppdatert om utviklingen innenfor de utvalgte risikoområdene

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret tar rapporteringen på 10 på topp risiko til orientering
2. Styret ber om å holdes løpende oppdatert om utviklingen innenfor de utvalgte risikoområdene

Sak 32/18 Leverandørstrategi IKT for Helse Midt-Norge.

Forslag til vedtak

Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner Leverandørstrategi IKT for Helse Midt-Norge, av 27. november 2017.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret i Helse Midt-Norge RHF godkjenner Leverandørstrategi IKT for Helse Midt-Norge, av 27. november 2017.

Sak 33/18 Internrevisjonens program for 2018 - 2020

Forslag til vedtak

Revisjonsprogram 2018 – 2020 godkjennes.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Revisjonsprogram 2018 – 2020 godkjennes.

Sak 34/18 Årsberetning 2017 - Internrevisjonens og styrets revisjonsutvalg

Behandlet før sak 33/18

Forslag til vedtak

Styret tar årsberetning 2016 for internrevisjonen og styrets revisjonsutvalg til orientering

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret tar årsberetning 2016 for internrevisjonen og styrets revisjonsutvalg til orientering

Sak 35/18 Fullmakt til å inngå avtale om kostnadsfordeling med kommunene - Helseplattformen

Saksdokumenter til saken er unntatt off.het jfr Off.lova § 23.1. ledd. Styret besluttet å lukke møtet jfr Helseforetakslovens § 26 a. pkt 4.

Forslag til vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF gir administrerende direktør fullmakt til å forhandle med Trondheim kommune om fordeling av felleskostnader knyttet til Helseplattformen med en øvre fullmaktsgrense i tråd med anbefalingen i saksfremlegget.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF gir administrerende direktør fullmakt til å forhandle med Trondheim kommune om fordeling av felleskostnader knyttet til Helseplattformen med en øvre fullmaktsgrense i tråd med anbefalingen i saksfremlegget.

Sak 36/18 Anskaffelse nytt laboratoriedatasystem (HMN LAB)

Saksdokumenter til saken er unntatt off.het jfr Off.lova § 23.1. ledd. Styret besluttet å lukke møtet jfr Helseforetakslovens § 26 a. pkt 4.

Forslag til vedtak

1. Styret godkjenner maksimal kostnadsramme (P85) for HMN LAB i tråd med administrerende direktørs forslag
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å beslutte inngåelse av kontrakt innenfor denne kostnadsrammen

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret godkjenner maksimal kostnadsramme (P85) for HMN LAB i tråd med administrerende direktørs forslag
 2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å beslutte inngåelse av kontrakt innenfor denne kostnadsrammen
-

Sak 37/18 Temasak - Regional utviklingsplan

Styret i Helse Midt-Norge RHF fikk opplegg for videre arbeid med Regional utviklingsplan framlagt som temasak.

Sak 38/18 Orienteringssaker

I styremøtet 15. mars 2018 ble Styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Utkast styrets årsberetning 2017 Helse Midt-Norge
- Nytt fra foretaksgruppen
- Helseplattformen status
- Status for innføring av ny modell for spesialistutdanning for leger i HMN (LIS) del 2 og 3
- Orientering om forskning, regionale forskningsmidler og samarbeid med utdanning og høyskole (UH) sektoren i Hele Midt-Norge
- Utkast til agenda styreseminar 26. og 27. april
- Styreforsikring
- Varsel - unntatt off.het iht off.lova § 13 1. ledd jfr fvl § 13 1. ledd nr. 1. Styret besluttet å lukke møtet iht Helseforetakslovens § 26 a pkt 1 under behandling av saken. Saken ble behandlet etter sak 36/18.

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar fremlagte orienteringssaker til orientering

Protokoll

Styreleder fremmet følgende alternative forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar sakene om varsel til orientering. Styreleder gis fullmakt til videre håndtering av disse på vegne av styret.

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar øvrige saker til orientering.

Dette ble enstemmig vedtak

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar sakene om varsel til orientering. Styreleder gis fullmakt til videre håndtering av disse på vegne av styret.

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar øvrige saker til orientering.

Sak 39/18 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 40/18 Godkjenning og signering av protokoller

Protokoll fra styremøtet 5. mars 18 og fra dagens møte ble godkjent og signert i møtet.

Stjørdal 15. mars 2018

Tina Steinsvik Sund

Paul Steinar Valle

Liv Stette

Kristian Dahlberg Hauge

Beate Skillingstad

Bjørn Gustafsson

Lindy Jarosch-von Schweder

Anita Solberg

Ivar Østrem

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 10.4.2018 kl. 10.00 – 14.40
Møtested: Møterom Tingvold hotell, Steinkjer
Saksnr.: 16/2018 – 23/2018
Arkivsaksnr: 2017/4527

Møteleder: Olav Malmo

Disse møtte:
Olav Malmo
Steinar Mikalsen
Unni Kristiansen
Mona B. Lersveen
Grethe Dunfjeld
Viktor Normann Iversen
Anne Lise Tangen
Emilie Haugan (leder ungdomsrådet)

Forfall:
Arne S. Antonsen (1. vara)

Fra administrasjonen:
Kommunikasjonssjef Svein H. Karlsen

Merknad til innkalling, møte og sakliste: Ingen.
Innkalling og saksdokumenter sendt via e-post 4. april. Publisert på internett samme dag.

Sak 16/2018 Temasak - slagbehandling i HNT

Protokoll

Konst. overlege Erik Semb (Sykehuset Namsos) orienterte om slagbehandling, utvikling av prosedyrer og pågående regionalt arbeid knyttet til standardisering av pasientforløp (inkl. pakkeforløp) og retninglinjer i Helse Nord-Trøndelag.

Semb viste gjennom sin orientering i hovedsak hvordan det arbeides ved Sykehuset Namsos med slagbehandling. Det er nært samarbeid mellom sykehusene, og det pågår et arbeid for å videreutvikle felles støtteverktøy i EQS (elektronisk kvalitetssystem) for behandlerne. Det er

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

et klart mål om at en enhetlig behandling og praksis kommer på plass i Helse Nord-Trøndelag i løpet av kort tid.

Utvalget ber om at administrasjonen undersøker tidsplanen for ferdigstilling av enhetlig behandling og praksis, og sørge for at utvalget gis oppdatert informasjon.

Vedtak

Brukerutvalget tar informasjonen til orientering, og ber administrasjonen undersøke tidsplanen for ferdigstilling av enhetlig behandling og praksis i Helse Nord-Trøndelag - og sørger for at utvalget gis oppdatert informasjon.

Sak 17/2018 Brukermedvirkning - rolleavklaring

Protokoll

Utvalgsleder innledet. Leder Ann Kathrin Hagen Røstad fra Seksjon for læring og mestring (LMS) i Helse Nord-Trøndelag, og fylkessekretær i Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO Trøndelag) fylkessekretær Kari Frøseth Johansen, orienterte kort om brukermedvirkning, pasient- og pårørendeopplæring og forebygging. Gjennom Lov om spesialisthelsetjenester er helseforetaket pålagt å tilby pasient- og pårørendeopplæring. I dette arbeidet er det viktig med brukermedvirkning. LMS og FFO har over år samarbeidet nært når det gjelder brukerinvolvering.

Røstad og Johansen orienterte om hvordan LMS arbeider sammen med organisasjonene om oppnevning av brukerrepresentanter.

Vedtak

Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og ber om at brukermedvirkning i Helse Nord-Trøndelag blir lagt fram som beslutningssak i kommende møte.

Sak 18/2018 Orienteringssaker

Protokoll

På vegna av adm. direktør orienterte kommunikasjonssjef Svein H. Karlsen om følgende saker:

- *Forbedring 2018*

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Arbeidsmiljøundersøkelsen og pasientsikkerhetsundersøkelsen er fra i år slått sammen til den nasjonale fellesundersøkelsen ForBedring 2018. I Helse Nord-Trøndelag ble ansattundersøkelsen avsluttet 15. mars. 85 prosent deltagelse er helseforetaket fornøyd med, og sammenlignet med St. Olavs hopsital HF (78) og Helse Møre og Romsdal (71) er det best deltagelse i Helse Nord-Trøndelag. Hovedfunnene i undersøkelsen ble lagt fram. Hver enkelt klinikk/senter/enhet skal følge opp undersøkelsen med ett forbedringstiltak og minst ett bevaringstiltak.

- *Styremøte i Helse Nord-Trøndelag 16. april 2018*

Sakliste ble sendt til styret og møtende fra Brukerutvalget 9.4. I tillegg til ordinære saker skal styret behandle en beslutningssak knyttet til Bærekraft 22-prosjektet (bestillerrolle og avtalelojalitet). Den gylne regel og ventetid innenfor barne- og ungdomspyskiatrien og voksenpsykiatrien skal legge fram statusrapport og handlingsplan for hvordan målene for 2018 skal nås. Styret i Helse Nord-Trøndelag har varslet at de ønsker fast månedelig rapportering når det gjelder Den gylne regel og ventetid.

Vedtak

Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

Sak 19/2018 Temasak - akuttpsykiatri i HNT

Protokoll

Avdelingsoverlege og psykiater Anne Slungård orienterte om tilbudet Klinikk for psykisk helsevern og rus tilbyr innenfor akuttpsykiatrien, hovedvekt på seksjonen ved Sykehuset Levanger.

Slungård ga et innblikk i utfordringer, hvilke pasientgrupper som i hovedsak gis behandling og hvordan klinikken er organisert for å yte et best mulig tilbud pasientene har behov for. Gjennomsnittlig liggetid i akuttposten er drøyt tre døgn. Ofte blir disse pasientene overført til annen sengeposter for videre behandling.

Hun orienterte i tillegg om endringer i den psykiske helsevernloven, som vil føre til økt bruk av tvang for å kunne gi nødvendig helsehjelp. Det nye lovverket vil føre til at statistikken for bruk av tvang vil få en negativ utvikling, selv om sykehusene i prinsippet ikke benytter tvang oftere enn tidligere.

Vedtak

Brukerutvalget tar informasjonen til orientering.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Sak 20/2018 Brukerutvalgets åpne post

Protokoll

Brukerutvalget satte følgende på dagsorden:

- **Ungdomsrådet i HNT**

Ungdomsrådets leder, Emilie Haugan, orienterte om etableringen av rådet og nettsiden som er etablert på www.hnt.no.

Konklusjon:

Brukerutvalget tar informasjonen til orientering og er godt fornøyd med rådets oppstart og etablering av informativ nettside.

- **Byggearbeider Arken, Sykehuset Levanger**

Det har den seinere tid vært betydelig byggearbeider i Arken, og det har ikke vært mulig å benytte forhåndsbestilte arealer til brukerrelaterte møter. Det har dessverre periodevis vært vansker med å gjennomføre planlagte møter og kurs.

Administrasjonen informerte kort om status.

Konklusjon:

Eiendomsavdelingen i HNT bes følge opp saken. Entreprenør har muntlig varslet at arbeidet knyttet til Peisestua vil være ferdigstilt 27.4., og alt bygningsarbeid knyttet til Arken skal være utført til 16.5.2018. Det bes om at de som administrerer møterommene gis nødvendig informasjon, slik at uheldige situasjoner kan unngås. Brukerutvalget er tilfreds med at saken følges opp.

- **Parkeringsutvalg Helse Nord-Trøndelag**

Brukerutvalget har oppnevnt Unni Kristiansen og Steinar Mikalsen som brukerrepresentanter til Parkeringsutvalget. Ingen er innkalt til møter. Hva er status?

Administrasjonen informerte kort om at det har vært gjennomført møter, og at det er nødvendig å be om at Parkeringsutvalget redegjør for arbeidet og forklarer hvorfor brukerrepresentanter ikke er innkalt.

Konklusjon:

Brukerutvalget ber om at administrasjonen følger opp saken.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

- **Flytting av kiosk Sykehuset Levanger**

Utvalget registrerer at Narvesen skal flyttet ut og etterspør informasjon omkring dette - sammenholdt med flyttingen av resepsjon.

Administrasjonen orienterte kort, og informerte om at Eiendomsavdelingen ønsker å komme i utvalgets mai-møte for å gi oppdatert informasjon om flytting av kiosken, flytting av resepsjon og innføring av kø-system.

Konklusjon:

Brukerutvalget er fornøyd med at Eiendomsavdelingen vil gi en orientering i kommende møte.

Sak 21/2018 Representasjon neste styremøte

Protokoll

Utvalgsleder Olav Malmo viste til at det er innkalt til styremøte i HNT 16. april 2018.

I etterkant av utsendt innkalling og sakliste har Helse Midt-Norge invitert leder og nestleder i Brukerutvalget til å delta i et felles styremøte for HF-ene og RHF-et 26. og 27. april 2018 i Trondheim.

Vedtak

Leder Olav Malmo og medlem Unni Kristiansen representerer Brukerutvalget i styremøtet 16. april 2018.

Leder Olav Malmo og medlem Mona B. Lersveen representerer Brukerutvalget i felles styremøtet 26. og 27. april 2018.

Sak 22/2018 Eventuelt

Protokoll

Utvalgsleder Olav Malmo viste til saksframlegget der administrasjonen i kjølvannet av utvalgets seminar i januar i år, og diskusjonen omkring taushetserklæring, har HNT

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

utarbeidet et nytt skjema for inngåelse av taushetsløfte. I tråd med nasjonal veileder for brukermedvirkning i spesialisthelsetjensten, anbefaler administrasjonen at Brukerutvalget beslutter at slik tauserkæring skal inngås. HNTs skjema benyttes i forbindelse med oppnevning av brukerrepresentanter.

Vedtak

Brukerutvalget beslutter at brukerrepresentanter i Helse Nord-Trøndelag som hovedregel skal signere helseforetakets taushetserklæring etter at oppnevning er foretatt.

Sak 23/2018 Godkjenning av protokoll

Protokoll fra Brukerutvalgets møte ble godkjent.

Steinkjer 10. april 2018

Olav Malmo

Steinar Mikalsen

Mona B. Lersveen

Grethe Dunfjeld

Viktor Normann Iversen

Anne Lise Tangen

Unni Kristiansen

Arne S. Antonsen

Sett:

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 31/2018 Eventuelt - justering møteplan

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	16. april 2018	31/2018
Saksbeh: Svein H. Karlsen		
Arkivkode: 012		
Saksmappe: 2018/1087		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret vedtar justert Møteplan 2018 med endringer knyttet til juni- og november-møtet.

SAKSUTREDNING:
Sak 31/2018 Eventuelt

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Ingen.

Bakgrunn for sakene

Styret i Helse Nord-Trøndelag fikk tre ny eieroppnevnte styremedlemmer 5. mars i år. I forbindelse med det nye styrets første møte (12. mars 2018), kom det fram at deler av styret har problemer med å delta på de planlagte styremøtene 1. juni og 26. november.

Møteplan Styret 2018

Med bakgrunn i oppnevning av delvis nytt styre for Helse Nord-Trøndelag HF, anbefaler administrasjonen at styret avklarer nye møtedatoer. Administrasjonen foreslår følgende:

1. juni erstattes med:

- 24. mai eller 31. mai (beholde Levanger som sted)

26. november erstattes med:

- 6. desember eller 10. desember (beholde Namsos som sted)

Konklusjon

Adm. direktør anbefaler at styret vedtar Møteplan 2018 med endringer knyttet til juni- og november-møtet - på grunnlag av drøfting og valg av nye datoer i møtet.