

Styrets medlemmer

Vår ref.:
2013/3198 - 22027/2013

Deres ref.:

Dato:
05.09.2013**Innkalling til styremøte i Helse Nord-Trøndelag 12. september 2013**

Det kalles med dette inn til styremøte i Helse Nord-Trøndelag 12. september 2013.
Møtet finner sted på Sykehuset Levanger, møterom i Arken og starter kl. 10.00

- | | |
|--------------------|---|
| Sak 34/2013 | Styrets erklæring om fastsettelse av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte i foretaket |
| Sak 35/2013 | Rustilbudet i Helse Nord-Trøndelag HF – Utvikling og utbygging |
| Sak 36/2013 | Handlingsplan etter internrevisjon HF-finansierte legemidler |
| Sak 37/2013 | Nasjonal internrevisjonsrapport for pasientreiser |
| Sak 38/2013 | Forsknings- og utredningsfondet i Helse Nord-Trøndelag – endring av navn og statutter |
| Sak 39/2013 | Miljøsertifisering av Helse Nord-Trøndelag |
| Sak 40/2013 | Driftsrapport juli 2013 |
| Sak 41/2013 | Orienteringssaker: <ul style="list-style-type: none">1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 21.06.13 og 29.08.132. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 17.06 og 09.09.133. Protokoll fra møte i Administrativt samarbeidsutvalg 11.06.134. Orientering om drift august 20135. Andre orienteringer |

Sak 42/2013 Eventuelt

Sak 43/2013 Godkjenning og signering av protokoll

Alf Daniel Moen
Styreleder
sign.

Arne Flaatt
Adm.direktør
sign.

Kopi:
Styrets varamedlemmer
Administrativt samarbeidsutvalg v/leder
Brukerutvalget v/leder

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 34/2013 Styrets erklæring om fastsetting av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	12.09.13	34/2013
Saksbeh:	HR-sjef Aud-Mai Sandberg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2013/3198	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord-Trøndelag HF ber om at foretaksmøtet gir sin tilslutning til styrets erklæring om fastsetting av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte.

SAKSUTREDNING:

Sak 34/2013 Styrets erklæring om fastsetting av lønn og annen godtgjørelse til ledende ansatte

VEDLEGG:

- Notat fra Helse Midt-Norge til helseforetakene i Helse Midt-Norge datert 02.05.2013.

Lønn og andre godtgjøringer for ledende tilsette i 2012.

Helse Nord-Trøndelag HF definerer personer som inngår i administrerende direktør sin ledergruppe som ledende tilsatte.

Det innebærer følgende stillinger: Administrerende direktør, assisterende direktør, fagsjef, kommunikasjonssjef og 9 klinikkledere.

Lønn og godtgjøring til administrerende direktør er behandlet og fastsatt av styret i styresak 45/2012. Lønn og godtgjøring til øvrige ledende tilsatte er gjort administrativt.

Lønnsjusteringer er gjennomført etter øvrige lønnsforhandlinger i helseforetaket med virkningsdato fra 01.07.12.

Retningslinjer for 2013

Til grunn for Helse Nord-Trøndelag HF retningslinjer ligger blant annet generelle retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlig foretak og selskaper (fastsatt av Regjeringen Stoltenberg II 31.3.2011) hvor hovedprinsippet er at lederlønningene i foretaket skal være konkurransedyktige, men ikke lønnsledende sammenlignet med tilsvarende selskap/foretak. Foretaket skal bidra til moderasjon i lederlønningene.

Fastsettelse av basislønn

Ved fastsettelse av basislønn skal følgende kriterier legges til grunn:

- Lønnsutviklingen i Helse Midt-Norge generelt
- Lønnsutviklingen i sammenlignbare stillinger
- Resultatvurderinger i forhold til de mål og krav styret har satt

Dette innebærer at årlige lederlønsjusteringer ikke skal skje før de årlige tariffoppgjørene i spesialisthelsetjenesten er avsluttet.

Lønnsjusteringene gjelder fra 1. juli 2013 for ledergruppen unntatt administrerende direktør som får sin lønnsjustering fra 1.1.2013.

Naturalytelser

Ledende ansatte får ytelser som gratis telefonkommunikasjon og tilsvarende basert på behov, dog begrenset til å gjelde:

- Mobiltelefon
 - Internett
 - Hjemmekontor i tråd med virksomhetens bestemmelser
 - Avisabonnement
-

Pensjonsordning

Pensjonsvilkår skal være på linje med andre ansattes vilkår i foretaket, det vil si gjennom ordinær løsning i KLP.

Sluttvederlag

Ved fastsettelser av sluttvederlag gjelder følgende prinsipper:

- Avtale om sluttvederlag kan inngås for inntil 12 måneders avtalt lønn.
- Til fradrag i sluttvederlag kommer andre inntekter oppebåret i perioden.
- Sluttvederlag gis kun når det oppstår situasjoner av slik karakter at styret av hensyn til virksomhetens videre drift beslutter at den ledende ansatte må slutte sitt ansettelsesforhold og fratre sin stilling umiddelbart.

Helse Nord-Trøndelag HR har ikke avtalt felles ordning for sluttvederlag

Andre bestemmelser

Personer i ledende stillinger skal ikke ha særskilt godtgjørelse for styreverv i andre foretak i samme konsert.

Redegjørelse for lønnspolitikken i 2012

Helse Nord-Trøndelag HF har i foregående år hatt som målsetting å tilby ledende ansatte konkurransedyktige arbeidsvilkår. Lederlønnspolitikken i det foregående regnskapsår har i hovedsak bygget på de samme prinsipper som beskrevet i punktene ovenfor.

Notat

Til: Helseforetakene i Helse Midt-Norge
Fra: Helse Midt-Norge RHF
Dato: 2013 02 05
Emne: Erklæring vedr fastsettelse av lønn og godtgjørelse for ledende ansatte

Bakgrunn

Alle regionale helseforetak fikk en ny bestemmelse i sine vedtekter i foretaksmøte januar 2012. Endringen besto av ny § 16a Ledernes ansettelsesvilkår. I vedtektene for Helse Midt-Norge innbærer dette følgende bestemmelse.

"Helse Midt-Norge RHF skal utarbeide en årlig erklæring om ledernes ansettelsesvilkår. Denne skal tas inn som en note i årsregnskapet. Erklæringen skal ha et innhold som angitt i allmennaksjelovens § 6-16 a, og skal behandles på tilsvarende vis i foretaksmøtet som avholdes i Helse Midt-Norge RHF innen utgangen av juni hvert år. Det vises til allmennaksjelovens § 5-6 tredje ledd."

Vedtektsendringene ble gjort gjeldende med virkning for regnskapsåret 2011.

Tilsvarende bestemmelse ble innarbeidet i vedtektene for helseforetakene i Midt-Norge 15. februar 2012, dog med virkning først for regnskapsåret 2012. Bestemmelsen er tatt inn som § 14a i vedtektene – Erklæring om ledernes ansettelsesvilkår:

"XX HF skal utarbeide en årlig erklæring om ledernes ansettelsesvilkår. Denne skal tas inn som en note i årsregnskapet. Erklæringen skal ha et innhold som angitt i allmennaksjelovens § 6-16 a, og skal behandles på tilsvarende vis i foretaksmøtet som avholdes i XX HF innen utgangen av juni hvert år. Det vises til allmennaksjelovens § 5-6 tredje ledd."

Ovenstående endringer gjelder de regionale helseforetakene og helseforetakene, ikke mindre aksjeselskaper og/eller andre foretak eid av RHF-et eller HF.

Bestemmelsens betydning for årsregnskapet

Vedtektsendringen innebærer for helseforetakene at det i årsregnskapene fra og med 2012 skal inngå en note som inneholder styrets erklæring om fastsettelse av lønn og godtgjørelse til ledende ansatte. Erklæringen skal inneholde:

- En redegjørelse (rapportering) av lønn og godtgjørelse til daglig leder og andre ledende ansatte for det regnskapsåret.
- Retningslinjer for fastsettelse av lønn og godtgjørelse til ledende ansatte for kommende regnskapsår.

- En redegjørelse for den lederlønnspolitikken som har vært ført det foregående regnskapsåret, herunder hvordan retningslinjene for lederlønnfastsettelsen er blitt gjennomført.
- En redegjørelse for virkningene for foretaket og eventuelt eier av avtaler om godtgjørelse som nevnt i første ledd tredje punktum nr 1 til 6 som er inngått eller endret det foregående regnskapsåret.

Notens innhold tas inn som en del av note om lønn og personalkostnader iht. nasjonal mal for årsregnskap og noter for helseregionene. Alternativt kan erklæringen tas inn som en egen note etter lønnsnoten. Helse Midt-Norges felles mal for årsregnskap er i sin helhet basert på den nasjonale malen, og erklæringen inngår dermed som en del av note 5.

I noten for lønn og personalkostnader inngår rapportering av lønn og godtgjørelse til ledende ansatte iht. regnskapslovens § 7-31b. Rapportering iht. regnskapslovens § 7-31b i stedet for § 7-31 er knyttet til tidligere krav fra Helse- og omsorgsdepartementet. Kravet er gjort gjeldende for alle foretak i helseregionene. Rapportering iht. denne bestemmelsen dekker deler av kravene som er stilt i kravene til innhold i styrets erklæring. Disse to delene av noten/rapporteringen ses i sammenheng, og plassering av informasjon er fastsett i felles mal for lønnsnoten. Forslag til innhold i slik erklæring følger som vedlegg 2 til dette notatet. Forslaget er ikke å anse som uttømmende.

Behandling i foretaksmøte

Etter foretaksmøte 15. februar 2012 skulle foretaksmøte senest i juni 2012 ha fastsatt retningslinjene for fastsettelse av lønn- og godtgjørelse for 2012. Dette ble ikke gjort og det foreligger dermed ikke fastsatte retningslinjer gjeldende for 2012 som foretakene skal redegjøre i forhold til. I årsregnskapet må eventuelle avvik i forhold til retningslinjer av den grunn være basert på tidligere føringer fra eier samt nærings- og handelsdepartementets generelle retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper. Vær oppmerksom på at det kan foreligge bestemmelser gitt av eier som er strengere enn de kravene som er gitt i de generelle retningslinjene.

Formell behandling i foretaksmøte i 2013 og etterfølgende år

Erklæringen inneholdende redegjørelse og retningslinjer inngår i behandlingen av årsregnskapet for øvrig.

Den delen av erklæringen som gjelder redegjørelse av regnskapsårets faktiske forhold innebærer en rapportering, og er dermed ikke egnet for særskilt behandling i foretaksmøte. Den inngår kun som en del av den ordinære behandlingen av årsregnskapet.

I henhold til allmennaksjelovens § 5-6 skal foretaksmøte avgi en rådgivende avstemming over styrets retningslinjer for lederlønnfastsettelse. Dette skal skje i foretaksmøte senest innen utgangen av juni. Det vil være naturlig å behandle disse i samme foretaksmøte hvor styrets årsregnskap behandles, og da som en sak etter behandling av årsregnskapet.

Forslag til foretaksmøtets beslutninger knyttet til årsregnskap, årsberetning mv følger vedlagt, jf vedlegg 1, herunder naturlig rekkefølge av behandling av de ulike sakene. Særskilte forhold som for øvrig har vært behandlet i forbindelse med disse sakene, herunder resultatkrav er ikke tatt inn i forslagene. Disse vil eventuelt komme i tillegg til vedlagte forslag.

Fastsettelse av retningslinjer

Helse Midt-Norge har i flere styresaker gjeldende fastsettelse av lønn mv til ledende ansatte, herunder daglig leder vist til de generelle retningslinjene for ansettelsesvilkår i statlige foretak og selskaper. Etter vedtektsendringene i 2012 skal det enkelte styret fastsette retningslinjer gjeldende

for det enkelte foretak iht. allmennaksjelovens bestemmelser. Disse skal, som det framgår ovenfor fastsettes av foretaksmøte. Dette innebærer at det må utarbeides retningslinjer som angir konkret hovedprinsippene for foretakets lederlønnspolitik. Retningslinjene skal angi om det skal kunne gis godtgjørelse i tillegg til basislønn, om det skal settes vilkår eller rammer for slik godtgjørelse, og hva disse i så fall går ut på, samt eventuelle ytelseskriterier eller andre tildelingskriterier.

Retningslinjene for ordninger som

- naturalytelser
- bonuser
- tildeling av aksjer, tegningsretter, opsjoner og andre former for godtgjørelse som er knyttet til aksjer eller utviklingen av aksjekursen i selskapet eller i andre selskaper innenfor det samme konsernet (ikke relevant for foretak i Helse Midt-Norge)
- pensjonsordninger
- etterlønsordninger
- alle former for variable elementer i godtgjørelsen, eller særskilte ytelser som kommer i tillegg til basislønnen

bindende for styret, hvis ikke noe annet er fastsatt i vedtektene

Dersom styret i en avtale fraviker retningslinjene, skal begrunnelsen for dette angis i styreprotokollen.

Ved utarbeidelse av retningslinjene skal blant annet tidligere gjeldende vedtak i foretaksmøter, samt nærings- og handelsdepartementets retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper legges til grunn.

Referansemateriell

Styreveilederen

www.regjeringen.no/styreveileder

Eierstyring

http://www.nues.no/www/Norsk_anbefaling_for_eierstyring_og_selskapsledelse/12_Godtgjorelse_til_ledende_ansatte/

Retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i statlige foretak og selskaper, jf vedlegg i St.m 13 (2010-2011), jf også vedlegg 3.

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/nhd/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-13-2010-2011/9.html?id=637230>

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 35/2013 Rustilbudet i Helse Nord- Trøndelag HF – Utvikling og utbygging

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	12.09.13	35/2013
Saksbeh:	Mads E. Berg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2013/3198	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret slutter seg til utfordringsbildet for rusbehandlingen i Helse Nord-Trøndelag HF. Styret ber adm.dir. legge frem en strategisk utviklingsplan for rusfeltet i foretaket.

Styret ber om at det arbeides videre med å realisere de skisserte bygningsmessige tiltak som gir mulighet for å gjennomføre en effektiv drift av det fremtidige rusbehandlingstilbudet i Helse Nord-Trøndelag HF.

SAKSUTREDNING:

Sak 35/2013 Rustilbudet i Helse Nord- Trøndelag HF – Utvikling og utbygging

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Utrykte vedlegg i saksmappen

Helse Midt-Norge RHF	Styresak 55/13 Omdanning av Rusbehandling Midt- Norge
Helse Nord- Trøndelag HF	Styresak 21/2013 Organisatorisk integrering av Rusbehandling Midt- Norge i øvrig spesialisthelsetjeneste
Helse Nord- Trøndelag HF	Styresak 22/2013 Langtidsplan og langtidsbudsjett 2014-2019

BAKGRUNN

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ble egen spesialisthelsetjeneste etter Rusreformen i 2003. Tilbudet ble ulikt organisert i de ulike helseforetak. I HNT ble rusbehandlingen fortsatt organisert som en integrert del av psykiatrisk klinikk, der det for øvrig hadde blitt drevet poliklinisk rusbehandling siden 1988 da psykiatrisk ungdomsteam ble etablert.

TSB i HNT drives ved Avdeling for rusrelatert psykiatri. Tilbudet ser i dag slik ut:

Seksjon poliklinikk Levanger	:	12 stillinger, tverrfaglig sammensatt
Seksjon poliklinikk Namsos	:	5 stillinger
Seksjon døgn (Levanger)	:	6 plasser for utredning/korttids behandling (åpnet februar 2011, samarbeid med Rusbehandling Midt-Norge).

Nordtrønderske ruspasienter med behov for døgnbehandling har fått og får fortsatt, i all hovudsak, sine tilbud ved enheter som er organisert i eller har avtale med Rusbehandling Midt-Norge. Enhetene med respektive plasser ser slik ut:

Opptaks- område	Klinikk	Lokalbaserte tilbud			Regionale funksjoner	
		Utredning og behandling	Rusakutt ¹	Avrusning ²	Familie	Omfattende rehabilitering
Møre og Romsdal	Vestmo BS	27	3	14		
	Molde BS					18
Sør- Trøndelag	Trondheimskl					34
	Lade BS	34	5	13	7	
	Kvamsgrind					22
	Tyrilistiftelsen					30
Nord- Trøndelag	ARP HNT	6		*		
Annet	Valdresklinikken					5
SUM	218 fordelt med	67	8	27	7	109

Av dette framgår at HNT totalt eier 6 av 218 døgnplasser for TSB i helseregionen. Dette tilsvarer 2,7 %.

Totalt antall liggedøgn for nordtrønderske pasienter i TSB:

	2011		2012	
I enheter organisert i RMN	9268	87 %	8588	86 %
I eget tilbud i HNT	1395	13 %	1376	14 %
Totalt	10663	100 %	9964	100 %

Med liggedøgn menes her hele spektret av døgntilbud fra avrusning, utredning, klinikkbehandlinger og mer langvarige behandlingsopphold.

Av dette framgår at det har vært og fortsatt er slik at de nordtrønderske pasientene i all hovedsak må ut av eget helseforetak for å få TSB døgnbehandling.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Rusbehandling Midt-Norge avvikles som eget helseforetak ved kommende årsskifte. Det vises til styresak 21/2013, "Organisatorisk integrering av Rusbehandling Midt-Norge i øvrig spesialisthelsetjeneste".

Under arbeidet med integrasjonsprosessen har det framkommet bred enighet om at alle HF skal ha såkalte lokalsykehusfunksjoner også når det gjelder TSB. Slike funksjoner er definert som øyeblikkelig hjelp (rusakutt), avrusning, utredning, dagbehandling og klinikkbehandlingstilbud. Andre mer spesialiserte funksjoner er det mer hensiktsmessig å fortsatt ha som regionale tilbud, for

eksempel tvangsbehandling, behandling av gravide og pasienter med behov for langvarig og omfattende rehabilitering.

HNT mangler flere av det som defineres som lokalsykehusfunksjoner, både øyeblikkelig hjelp, avrusing, dagbehandling og klinikktilbud.

Øyeblikkelig hjelp/rusakutt.

§ 3-1 om øyeblikkelig hjelp i spesialist helsetjenesteloven sier at de regionale helseforetakene skal ha ø-hjelp tilbud innenfor somatikk, psykisk helsevern og TSB.

Henvendelse og henvisning skal komme fra de vanlige henvisningsinstansene, det vil si fastlege/legevakt, sosialtjeneste/NAV, øvrig spesialisthelsetjeneste og andre med henvisningsrett.

Rusakutt innebærer at kvalifisert personell etter henvendelse/henvisning vurderer pasientens tilstand og situasjon. Utfallet kan være tilbud om videre oppfølging av kommune, poliklinikk eller innleggelse i døgnavdeling. Målsettingen er å avklare den akutte tilstanden og situasjonen, og bidra til videre oppfølging. Forutsetningene er at pasienten fyller en eller flere rusdiagnoser (ICD-10) og at pasienten ikke allerede mottar tilstrekkelig helsehjelp. Kriterier det vurderes utfra er blant annet:

- Pasienten er gravid.
- Rusmiddelinntaket utgjør en umiddelbar fare for pasientens liv og helse.
- Rusmiddelinntaket er opphørt eller endret og det er fare for alvorlige abstinensreaksjoner.
- Rusmiddelinntaket medfører akutt risiko for atferdsendring med fare for eget eller andres liv og helse.
- Rusmiddelinntaket kan føre til akutt fare for alvorlige relasjonsbrudd, sosiale konsekvenser eller funksjonsfall.

I praksis vil flere av de som faller inn under denne kategorien få bistand i form av innleggelse enten ved medisinske avdelinger eller ved psykiatrisk akuttpost ved ett av HNT sine sykehus. Dette er imidlertid ikke et tiltak som er i overensstemmelse med innholdet i rusakuttbegrepet. En tverrfaglig vurdering forankret i TSB som fagfelt mangler, og i praksis vil også disse pasientene "risikere" å vike plassen for andre akutte plasseringer med mer åpenbar somatisk eller psykiatrisk sykdomstilstand. Det er forventninger fra kommuner i fylket om at et slikt tilbud må opprettes, og fra Rusbehandling Midt-Norges side er det klart uttrykt at HNT selv skal ivareta disse vurderingene. Vi kan med andre ord ikke bruke Lade Behandlingssenter til rusakutt for nordtrønderske pasienter.

Planlagt avrusing.

Dette kan være ledd i en mer sammenhengende døgnbehandlingsplan for den enkelte eller et tiltak som viser seg nødvendig underveis i rehabiliteringsprosessen. Avrusing er ofte nødvendig i forkant av annen planlagt TSB-innleggelse eller for å avbryte pågående rusmiddelinntak for pasienter som i utgangspunktet er godt forankret i lokale tiltak eller poliklinisk oppfølging. Pr. i dag tilbys avrusing ved Lade Behandlingssenter og Vestmo Behandlingssenter. Lade brukes mest pga geografisk nærhet. Det er stort behov for avrusingsplasser i regionen og det er til dels betydelig ventetid. I praksis har ARP tilgang til en enkelt plass for avrusing ved psykiatrisk akuttpost i Levanger som spesielt brukes i forkant av innleggelse ved ARP seksjon døgnbehandling. Denne plassen er i perioder utilstrekkelig og avrusingskapasiteten kan bli en flaskehals som i neste omgang hindrer optimal utnyttelse av sengeplassene i ARP. Det er også slik at psykiatrisk akuttpost ikke er et godt tilbud spesielt for den yngste og mest sårbare pasientgruppen. Avrusingfasen er i utgangspunktet en svært vanskelig fase for de fleste og tilbudet som gis bør være spesifikt rettet mot dette formålet.

Klinikkbehandling.

Dette er en lokalsykehusfunksjon og gjelder behandlingsopphold uten særskilte komplikasjoner som tilsier regionalt tilbud. Klinikktilbudene som brukes i dag er i hovedsak avdelinger ved Lade Behandlingssenter og Vestmo Behandlingssenter. Oppholdenes varighet kan variere og pasientgruppen er også heterogen. Fra ARP sitt ståsted er det ønskelig med et eget klinikktilbud som er fleksibelt ift varighet og innhold og som kan følge opp utredning og kartlegging som tidligere er gjort enten poliklinisk eller under innleggelser. I likhet med det tilbudet vi allerede her vil det være fokus på aktiv og god miljøterapi som vektlegger mestring, opplæring og psykoedukasjon, aktivitet og nært samarbeid med pårørende og lokalt hjelpeapparat. Behandlingen skal være evidensbasert og bygge på anerkjente anbefalinger og retningslinjer.

Dagbehandling.

Dette kan etableres som et selvstendig tiltak som "forsterkning" av poliklinisk oppfølging, eller som et tilbud etter utskrivelse fra døgntilbud. Dagtilbud kan også etableres som felles tiltak med en eller flere kommuner. Plan for dette må utarbeides særskilt.

Tall fra Rusbehandling Midt-Norge viser at 52 % av nordtrønderske pasienters liggedøgn utenfor eget HF i 2012 omhandlet lokalsykehusfunksjoner.

Organisering

Det er enighet om at TSB i HNT fortsatt skal organiseres som en egen avdeling i psykiatrisk klinikk. Dette sikrer pasientene tilgang på både psykiatriske og somatiske helsetjenester på en hensiktsmessig måte som også understøtter grunntanken at TSB skal favne både rus, psykiatri og somatikk. Organiseringen sikrer også feltet tilgang på nødvendig spesialistkompetanse og et bredere fagmiljø. Det er en målsetting å stadig styrke fagfeltet, blant annet gjennom å bli godkjent som utdanningssted for den kommende spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin. Et sterkt fagmiljø på spesialisthelsetjenestenivå er også nødvendig mtp forventet kompetanseoverføring og samhandling med kommunene.

Organiseringen gjør at en styrking av TSB-tilbudet i HNT må ses i sammenheng med utviklingen for resten av psykiatrisk klinikk. Avrusing og skjermingstilbud må etableres på en måte som sikrer fleksibilitet og dermed optimal utnyttelse av både lokaler og ressurser. Dette kan ivaretas gjennom å etablere avrusing i tilknytning til ny akuttpost ved psykiatrisk klinikk.

Bygningsmessig status

Lokalene som i dag huser ARP sitt døgntilbud er svært dårlige og var også i utgangspunktet ment som en midlertidig løsning. Huset er gammelt og har dokumentert dårlig innneklima. Det er derfor et ønske å så snart som mulig finne andre løsninger. En samlokalisering av utredning og kommende klinikktilbud vil gi besparelser også ift bruk av personell.

Dimensjonering av tilbudet

Som nevnt over var 52 % av liggedøgnene utenfor eget HF i fjor lokalsykehusfunksjoner. Dimensjoneringen må imidlertid også ses i sammenheng med den forventede utviklingen i rusrelaterte lidelser. I forhold til alkohol nevnes kort at fra 1999-2010 har det i Norge vært en økning i antall innleggelser i somatiske sykehus som følge av akutt forgiftning på 132 % og en økning i innleggelser med alkoholrelatert hoveddiagnose med 64 %. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) gir sentrale indikatorer på helseutviklingen både i regionen og nasjonalt. Utvikling fra HUNT 2 til 3 viser:

- Økning i alkoholkonsumet i alle aldersgrupper
- 60 000 voksne i Midt-Norge er i risikozonen for å utvikle avhengighet
- De unge som begynner å drikke tidlig, drikker mer
- Både kvinner og menn over 60 år har doblet sitt inntak målt i ren alkohol

Styret for Helse Midt-Norge har også satt fokus på utviklingen i alkoholforbruket. I styresak 37/12 står blant annet følgende vedtak i protokollen:

”Styret er bekymret over den store veksten i alkoholforbruket som skjer i samfunnet og med de store helseutfordringer dette skaper. Styret ber om at det arbeides med å finne gode samarbeidsarenaer for å bedre det forebyggende/holdningsskapende arbeidet.”

Et utvidet TSB-tilbud skal favne alle typer rusmidler.

Flere andre faktorer har også betydning ift dimensjonering av tilbudet. Det er forventet at kommunene i økende grad blir kompetansemessig og ressursmessig i stand til å ivareta flere av de funksjoner som spesialisthelsetjenesten har i dag, også innefor rusfeltet. Spesialisthelsetjenesten må i økende grad bli ”spisset” på utredning, diagnostikk og behandling. For mange med ruslidelser fordrer dette innleggelse, blant annet for å hindre at pågående rusmiddelinntak svekker utredningens validitet. Ved dimensjonering må det tas høyde for at ruslidelser fortsatt kan oppleves stigmatiserende for den enkelte i en slik grad at man ønsker behandlingen i noe avstand fra eget hjemsted. På den annen side kan nettopp muligheten for et behandlingstilbud ved lokalsykehuset være avgjørende for at man takker ja til behandling. Geografisk nærhet til behandlingsenheten underletter kontakt med pårørende og lokalt hjelpeapparat underveis og man kan lettere skissere gode behandlingsløp videre. Muligheten for raske, kortvarige reinnleggelser ved kriser og vanskelige faser vil også være til stede i større grad enn i dag. Barne- og pårørendeperspektivet blir lettere å ivareta.

Oppsummering.

Det er faglig enighet om at befolkningen i Nord-Trøndelag skal ha tilbud om lokalsykehusfunksjoner innen TSB i eget helseforetak. Pr. i dag tilbyr vi poliklinisk behandling og innleggelse for utredning/behandling i opp til 6 uker. Poliklinisk behandling er fortsatt å anse som ”stammen” i rusbehandling, men behovet for innleggelse i kortere eller lengre perioder i det som ofte er et langt behandlingsløp er stort. Det er forventet et økende press på poliklinisk behandling i forbindelse med at LAR (legemiddelassistert rehabilitering) i høst desentraliseres til hvert enkelt HF. Det er også forventet at spørsmålet om behandling av andre avhengighetstilstander enn rusmidler vil øke.

Det er press på døgnbehandlingsenhetene og det ”sømløse” forløpet for ruspasienter er sjelden en realitet. Ved å styrke eget døgnbehandlingstilbud vil man raskere kunne overføre pasienter fra utredning eller poliklinikk over til døgnbehandling. Man unngår krevende venteperioder der allerede oppnådd behandlingsresultat forringes. En styrking av eget tilbud vil bidra til å opprettholde og forsterke samhandlingen mellom TSB, psykisk helsevern og andre deler av spesialisthelsetjenesten og vil representere en sterk støtte til kommunene. Et kommende tilbud vil bli utarbeidet i samarbeid med andre aktører som medisinsk klinikk og BFK.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Dimensjonering og utvikling av tilbudet innenfor tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord- Trøndelag HF avhenger av en forbedring av de bygningsmessige fasiliteter. Styret i Helse Nord- Trøndelag har i sak 22/2013 Langtidsplan og langtidsbudsjett 2014-2019 vedtatt slik prioritering innenfor utviklingsplanen for HNT:

1. Psykiatri ved Sykehuset Levanger, berunder nye lokaler for rusbehandling og mulig samlokalisering av RKSF (enhet for spiseforstyrrelser). Dagens rusenhet drives i midlertidige lokaler, og helseforetaket vil fra 2014 få ansvar for all rusbehandling for innbyggere i eget opptaksområde. Foretaket har videre et regionalt ansvar for pasienter med spiseforstyrrelser (RKSF). Dette tilbudet driftes i dag delvis i Levanger og delvis i Stjørdal. En samlokalisering av driften vil innebære betydelige besparelser i årlige driftskostnader.

Ved en avgjørelse om nybygg i tilknytning til eksisterende bygningsmasse ved Psykiatrisk klinikk Levanger, vil organisasjonsmessige endringer frigjøre en del ressurser. Størrelsen på disse innsparingene vil ha en sammenheng med hvilken størrelse ett nytt bygg vil få. Ved en full utbygging (to paviljonger med to etasjer) er et overslag over mulige innsparinger for HNT følgende:

- Ved en sammenslåing av våre to sengeenheter for spiseforstyrrelse (Stjørdal og Levanger), vil vi få en mulig innsparing på 9,58 pleieårsverk (forsiktig anslag) og ett årsverk knyttet til merkantil stilling. Sum 10,58 årsverk (ca 6,4 mill pr år)
- Flytting og omorganisering av Habiliteringstjenesten for voksne (HAVO) fra Arken til T-bygget samtidig som Avdeling for rusrelatert psykiatri (ARP) sitt bruk av Plikten opphører vil føre til en reduksjon av ett halvt årsverk knyttet til merkantile tjenester. Sum ca kr 0,3 mill pr år).
- Ved at ARP døgn flytter inn i nytt bygg eller V-bygg vil dette føre til et behov for en nattevaktstilling mindre, dette vil føre til en innsparing på 2 årsverk (ca 1,2 mill kr)

Disse innsparingene vil ikke redusere nåværende kapasitet eller faglig kvalitet.

Investeringskostnaden for ny toetasjers paviljong ved psykiatrisk klinikk er beregnet til 66 Mkr. Alternativ bruk av RKSF's fraflyttede arealer ved DPS Stjørdal er ikke tatt med i regnestykket.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 36/2013 Handlingsplan etter internrevisjon HF - finansierte legemiddel

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	12.09.13	36/2013
Saksbeh:	Paul Georg Skogen	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2013/3198	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord- Trøndelag tar Handlingsplan for oppfølging etter internrevisjon av HF-finansierte legemiddel til orientering.

SAKSUTREDNING:

Sak 36/2013 Handlingsplan etter internrevisjon HF - finansierte legemiddel

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

- 1) Handlingsplan for oppfølging av internrevisjon HF- finansierte legemiddel
- 2) Oppsummeringsrapport fra internrevisjonen
- 3) Internrevisjonsrapport Helse Nord- Trøndelag

Utrykte vedlegg i saksmappen

Ingen

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Internrevisjonen i Helse Midt-Norge har revidert revmatologisk og nevrologisk avdeling, Rehabiliteringsklinikken, Helse Nord- Trøndelag, sine systemer for styring og kontroll av HF- finansierte legemiddel.

BAKGRUNN

HF-finansierte legemidler er legemidler som skal behandle alvorlige kroniske inflammatoriske sykdommer innen fagområdene revmatologi, mage-tarmsykdommer (gastrologi), hudsykdommer (dermatologi) og nevrologi (MS). Fra 1. juni 2006 overtok de regionale helseforetakene finansieringsansvaret for biologiske legemidler. Fra 1. januar 2008 skjedde det samme for MS-medikamenter. Dette innebærer at apotekene sender krav om oppgjør for utlevering av de aktuelle legemidlene til det helseforetaket som pasienten hører inn under. Hensikt med overføring av finansieringsansvar var å sikre likt behandlingstilbud til alle pasienter uavhengig av bosted og hindre vridningseffekter i valg av behandling, dvs. at valg av medikament eller behandlingsform ikke avgjøres av økonomi ved avdeling eller helseforetak.

HF-finansierte legemidler blir forskrevet på såkalte H-resepter. Fra 1. januar 2009 ble H-resepter inkludert i ISF-ordningen. Dette innebærer at behandling med biologiske legemidler og MS-legemidler må koderegistreres for å utløse inntekter. 40 % av legemiddelkostnadene refunderes gjennom ISF-systemet og resten gjennom rammefinansiering.

I 2011 utbetalte helseforetakene i Helse Midt-Norge om lag 267 mill NOK for bruk av biologiske legemidler og MS-legemidler.

Formålet med revisjonen er å undersøke om de reviderte helseforetakene har etablert gode systemer som sikrer styring og kontroll med forskrivning av legemidlene og oppfølging av pasientene som får forskrevet legemidlene. I tillegg er formålet å undersøke om foretakene har systemer som sikrer styring og kontroll med økonomisk oppgjør knyttet til HF-finansierte legemidler.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Rapportene Internrevisjonsrapport Helse Nord- Trøndelag og Oppsummeringsrapport fra Internrevisjonen i Helse Midt-Norge gir i sine anbefalinger HNT anbefalinger som HNT gjennom denne Handlingsplanen vil følge opp. Flere forhold er avhengig av regionale avklaringer og regionalt samarbeid som allerede er i gang gjennom de ulike fagmiljøenes nettverk og gjennom samarbeid i regionalt PAS brukerforum.

HELHETLIG DRØFTING

HF- finansierte legemiddel er viktige og kostbare legemiddel som på mange måter har revolusjonert behandlingen av en rekke alvorlige, kroniske sykdommer. Riktige indikasjonsstilling, god oppfølging av behandlingen og pasientene som bruker slike legemiddel er viktig både faglig sett og med bakgrunn i kostnadene til behandlingen, også for økonomien i dette. Revisjonen har påpekt forhold og gitt anbefalinger som HNT gjennom denne handlingsplanen ønsker å få fulgt opp og avklart for nettopp å sikre at vi bruker

disse legemidlene på riktig måte og sikrer gode rutiner og har gode systemer omkring oppgjør og finansiering av behandlingen.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Med bakgrunn i betydelige kostnader knyttet til denne behandlingen, er gode rutiner og systemer for å sikre riktig oppgjør og finansiering, viktig. HNT bruker årlig omkring 55 mill Nkr (2011), og disse og lignende legemidler blir en stadig viktigere behandling for stadig flere sykdomsgrupper. Kontroll av inntekter opp mot de utgifter som her påløper foretaket, er derfor avgjørende. Handlingsplanen skal sikre at vi lokalt i HNT og regionalt gjennom samarbeid med fagmiljøene i de andre HF i Helse Midt-Norge, har gode systemer for dette.

Helse Midt-Norge RHF
Postboks 464

7501 Stjørdal

Vår ref.:
2012/5770 - 22524/2013

Deres ref.:

Dato:
02.09.2013

Handlingsplan- Oppfølging internrevisjon HF- finansierte legemiddel

I forbindelse med internrevisjon av HF- finansierte legemiddel i Helse Midt-Norge RHF i mars -2012 har vi fått oversendt Internrevisjonsrapport for Helse Nord-Trøndelag datert 18. april 2012 og Oppsummeringsrapport fra 4. juli 2012. I brev av 11. oktober 2012 blir vi bedt om å komme med en handlingsplan som viser oversikt over hvilke tiltak vi har tenkt å sette i gang for oppfølging av anbefalingene i rapportene.

HNT beklager med dette sen tilbakemelding, viser også til telefonisk kontakt om dette.

I Internrevisjonsrapport for Helse Nord-Trøndelag kommer internrevisjonen med anbefalinger til foretaket i kap. 8, og i Oppsummeringsrapporten blir alle foretakene gitt anbefalinger i kap. 4.2.

Ved Helse Nord-Trøndelag var det to avdelinger innenfor Rehabiliteringsklinikken som ble revidert; Revmatologisk avdeling og Nevrologisk avdeling. Rehabiliteringsklinikken er en gjennomgående klinikk, dvs. at den driver virksomhet ved begge våre sykehus; Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos. Revmatologien er samlet i Levanger, mens nevrologisk avdeling i hovedsak har sin virksomhet i Namsos, men med et poliklinisk tilbud i Levanger.

Anbefalinger gitt i Internrevisjonsrapport for Helse Nord- Trøndelag, kap. 8

1. *Begge de reviderte avdelingene bør gjennomgå sine prosedyrer for journalføring for å sikre at de opplysninger som er nødvendig for behandlingen av pasienten nedtegnes i journalen.*
Klinikkleder ved Rehabiliteringsklinikken er oversendt saken for å foreta en slik gjennomgang med de involverte parter i prosessen med utskrivning av H-resepter. HNT har satt en tidsfrist frem til 1. oktober 2013 for tilbakemelding om at dette er utført.

2. *Begge de reviderte avdelingene bør etablere/videreutvikle interne prosedyrer for behandling HF-finansierte legemidler.*

Nevrologisk avdeling og Revmatologisk avdeling bør gå gjennom sine interne prosedyrer for behandling av HF-finansierte legemidler for å se på muligheter for å forbedre disse. Her er det nasjonale retningslinjer for bruk av TNF α -hemmere og andre biologiske legemidler som skal ligge til grunn for prosedyren. Samtidig er det i oppsummeringsrapporten gitt ”Ytterligere anbefalinger til helseforetakene” i kap 4.2, pkt.1. Her er det gitt anbefaling om at ”Helseforetakene bør vurdere en felles løsning når det gjelder lokale prosedyrer/retningslinjer i utdypingen av de nasjonale faglige retningslinjene. Det bør tas utgangspunkt i pasientforløpet som er etablert ved St. Olavs Hospital, revmatologisk avdeling”.

HNT ber klinikkleder i Rehabiliteringsklinikken om å få satt i gang et arbeid ved de reviderte avdelinger for gjennomgang og revidering av interne prosedyrer. Det må også tas kontakt med fagmiljøene i de andre foretakene i Helse Midt-Norge for å få en mest mulig lik eller felles prosedyre/retningslinje i foretakene i regionen. Dette vil kreve stor involvering fra fagmiljøene. HNT vil sette frist for forslag til ny revidert prosedyre i eget foretak innen 30. november 2013. Gjennomføring innen 15. desember 2013.

3. *Helseforetaket bør sikre at pkt 1 og pkt 2 ses i forhold til foretaket som helhet.*
Viser til svar i pkt 1 og pkt 2. Det meste av behandling med HF-finansierte legemidler foregår ved Revmatisk og Nevrologisk avdeling, men de Gastroenterologiske seksjonene ved Medisinsk avdeling Sykehuset Levanger og -Sykehuset Namsos, har også pasientgrupper som får foreskrevet slik behandling. For at all slik behandling innad i foretaket skal omfattes av de samme prosedyrer/retningslinjer må også de medisinske avdelingene ta en gjennomgang som beskrevet i punktene 1 og 2 her. I samarbeid med Fagavdelingen vil avdelingene sørge for at det vil bli laget en felles EQS- prosedyre for HNT med utgangspunkt i det som blir avklart regionalt. Tidsfrist for dette arbeidet settes til 15. desember 2013.
4. *Helseforetaket bør etablere system som sikrer bedre styring og kontroll med at forskrivning av H-resepter kodes og at riktige opplysninger registreres i PAS.*
Her bør det utarbeides en felles EQS- prosedyre, slik at den er lett tilgjengelig for alle involverte parter.

Alle de poliklinikker som skriver ut slike resepter pr i dag, har egne avkrysningsrubrikker for dette på sine ”legelapper”. Det er en utfordring å få alle legene til å fylle ut dette riktig og likt. Dette er en forutsetning for at vi skal klare å registrere dette på en riktig måte. Samtidig må det stilles krav til alle leger som foreskriver H-resepter, at en bruker det elektroniske journalsystemet DocuLive. Skal det være mulig å følge opp med kontrollrutiner i ettertid, er det en forutsetning. I dag har vi rapporter fra DocuLive som lister opp alle pasienter som har fått utstedt resept på et av de preparater som er innenfor listen over HF-finansierte legemidler.

Her får Revmatologisk avdeling, Nevrologisk avdeling, de medisinske avdelingene, Fagavdelingen og Data og analyseavdelingen, frist til 30. oktober 2013 med å komme

med forslag til en prosedyre som sendes på høring. Endelig frist for prosedyre 15. desember 2013.

I tillegg bør det kjøres jevnlig møter med de leger som står for forskrivning av H-resepter slik at de får en stadig påminning om hvordan disse skal registreres. Slike møter bør legges inn som faste møter i avdelingens møteplan.

5. *Helseforetaket bør etablere et mer robust system for oppfølging og kontroll av koding og inntekter knyttet til HF-finansierte legemidler.*

I dag bruker vi det samme system som de andre foretakene i regionen for kontroll av koding og inntekter knyttet til HF- finansierte legemidler. Pr. i dag brukes kontroller via nøkkeltall i NimesVis (et analyseverktøy for å analysere kodekvalitet), samt rapporter fra DocuLive over alle resepter utskrevet på slike preparater, knyttet opp til pasientnavn og fødselsnummer. Viser her til St. Olavs beskrivelse av dette kontrollsystemet i brev fra november 2012. HNT har pr. i dag tilnærmet identiske prosedyrer for å ivareta kvalitetssikring av riktig registrering av H-resepter.

I dag er det en person i Data- og analyseavdelingen som har denne kontrollen for HNT, men det er behov for flere for å redusere sårbarheten i denne kvalitetskontrollen.

Data- og analyseavdelingen må lage en prosedyre som beskriver hvordan denne kontroll- rutinen fungerer. Denne prosedyren må peke på ansvaret i hver klinikk i forhold til oppfølging av riktig registrering og koding av H-resepter. Frist for prosedyre klar til høring 30. oktober 2013 og ferdig prosedyre 15. desember 2013.

Ytterligere anbefalinger gitt i Oppsummeringsrapporten, kap 4.2

1. *”Helseforetakene bør vurdere en felles løsning når det gjelder lokale prosedyrer/retningslinjer i utdypingen av de nasjonale faglige retningslinjene. Det bør tas utgangspunkt i pasientforløpet som er etablert ved St. Olavs Hospital, revmatologisk avdeling”.*

Viser her til pkt 2 som besvarer Anbefalinger i kap 8.

2. *Helseforetakene bør sikre full utnyttelse av muligheten for elektronisk reseptutstedelse ved forskrivning av HF-finansierte legemidler*

Med elektronisk resept forstår vi her foreskrivning av resept via DocuLive og utskriving av papirresept derfra. Viser her til foreslått håndtering av dette i pkt 4 under Anbefalinger i kap 8. Det lages rapport fra DocuLive som gir oversikt over alle resepter som er utskrevet på disse preparatene.

Ved en innføring av ”E-resept” i helseforetaket må rapporten kunne tas ut på lik linje med i dag, altså ved å generere rapporten på grunnlag av forordnet preparat, uavhengig av om det er skrevet ut som en papirresept fra DocuLive eller sendt som en elektronisk resept. Uten denne rapporten har vi ingen mulighet til å få en god nok kontroll av utstedte H-resepter.

3. *Helseforetakene bør sikre at pasientens folkeregistrerte adresse påføres reseptene.*

Her må HNT forholde seg til de systemer vi i dag har tilgjengelig, samt synkronisering mellom disse. I dag har vi PAS som vårt pasientregister. Den adressen som er registrert i PAS blir synkronisert inn til pasientens personopplysninger i journalsystemet DocuLive. Det er denne adressen i DocuLive som blir adressen på resepten.

Vi ser her en svakhet med dagens system i og med at flere pasienter kan ha en folkeregisteradresse, men en annen aktuell postadresse. For å nå pasienten er det pr i dag den aktuelle postadressen som oftest er registrert i vårt pasientregister. Her bør det bli en oppdatering av vår PAS slik at vi kan ha mulighet for å registrere både folkeregistrert adresse samt aktuell postadresse. Ved utstedelse av en resept bør da adressefeltet hente opplysninger fra folkeregistrert adresse.

For å få dette effektivisert må det sendes endringsforslag til PAS- brukergruppe på regionalt nivå. Data og analyseavdelingen skal gjøre en slik henvendelse før neste møte i PAS brukerforum.

4. *Helseforetakene bør sikre bedre styring og kontroll med at leger setter koder for legemidler utstedt på H-resept.*

Viser her til i pkt 4 under Anbefalinger i kap 8.

5. *Helseforetakene bør sikre bedre styring og kontroll med registrering av opplysninger i PAS*

I HNT er det kontortjenesten (Servicesenteret) som er ansvarlig for alle registreringer i PAS når det gjelder pasientopplysninger, registrering av konsultasjoner og innleggelser. Besøksregistrering av polikliniske data, som for eksempel registrering av H-resepter, skjer i en felles poliklinikkspedisjon, og de som registrerer har derfor liten direkte kontakt med de forskjellige fagmiljøer i poliklinikkene. Dette kan medføre mangel på dialog og daglig forbedringsarbeid omkring mangelfulle "legelapper". De avdelinger som utsteder H-resepter må i samarbeid med Servicesenteret lage prosedyrer for hvordan registreringen skal gjøres i PAS. Denne prosedyren må være klar for å sendes på høring innen 30. september 2013. Endelig prosedyre frist 15. desember 2013.

I tillegg til disse konkrete oppfølgingspunktene som følge av Internrevisjonens rapporter, er det startet et arbeid som vil se på muligheten HNT har for å kunne følge opp og kontrollere apotekenes håndtering av reseptene.

Tabell over oppfølgingspunkt og interne frister:

Oppfølgingspunkt	Ansvar	Til høring	Frist	Kommentar
HNT pkt 1: Begge de reviderte avdelingene bør gjennomgå sine prosedyrer for journalføring for å sikre at de opplysninger som er nødvendig for behandlingen av pasienten nedtegnes i journalen	Rehab klinikken		1.10.13	
HNT pkt 2: Begge de reviderte avdelingene bør etablere/videreutvikle interne prosedyrer for behandling HF-finansierte legemidler	Rehab klinikken	30.11.13	15.12.13	Til regional oppfølging
HNT pkt 3: Helseforetaket bør sikre at pkt 1 og pkt 2 ses i forhold til foretaket som helhet	Rehab klinikk Med klinikker Data/ an; Fagavd	30.10.13	15.12.13	
HNT pkt 4: Helseforetaket bør etablere system som sikrer bedre styring og kontroll med at forskrivning av H-resepter kodes og at riktige opplysninger registreres i PAS	Rehab klinikk Med klinikker Data/ an; Fagavd		15.12.13	Til regional oppfølging
HNT pkt 5: Helseforetaket bør etablere et mer robust system for oppfølging og kontroll av koding og inntekter knyttet til HF-finansierte legemidler	Data/ ananalyse Rehab klinikk Med klinikker	30.10.13	15.12.13	Samarbeid også mot Sykehusapotek
HMN pkt 1: Helseforetakene bør vurdere en felles løsning når det gjelder lokale prosedyrer/retningslinjer i utdypingen av de nasjonale faglige retningslinjene. Det bør tas utgangspunkt i pasientforløpet som er etablert ved St. Olavs Hospital, revmatologisk avdeling	Jfr HNT pkt 2, Rehab klinikk			Følges regionalt
HMN pkt 2: Helseforetakene bør sikre full utnyttelse av muligheten for elektronisk reseptutstedelse ved forskrivning av HF-finansierte legemidler	Rehab klinikk Med klinikker Data/ an; Fagavd		15.12.13	
HMN pkt 3: Helseforetakene bør sikre at pasientens folkeregistrerte adresse påføres reseptene	Data/ analyse PASbrukerforum	30.10.13	15.12.13	Regional oppfølging
HMN pkt 4: Helseforetakene bør sikre bedre styring og kontroll med at leger setter koder for legemidler utstedt på H-resept.	Rehab klinikk Med klinikker	30.10.13	15.12.13	
HMN pkt 5: Helseforetakene bør sikre bedre styring og kontroll med registrering av opplysninger i PAS	Rehab klinikk Med klinikker Serviceklinikk	30.10.13	15.12.13	

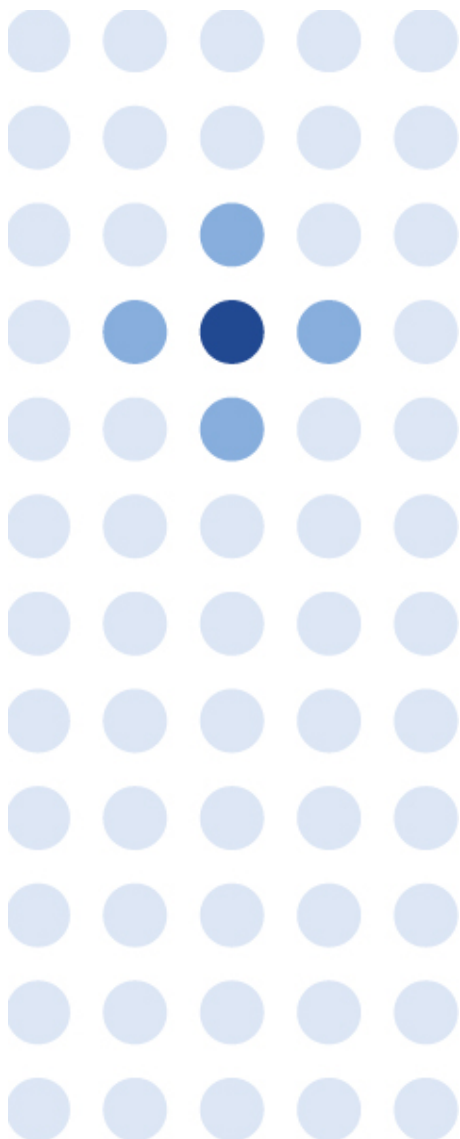
Tabellen over vil bli fulgt opp og revidert i fht frister etter hvert som det lokale og regionale arbeidet med dette avklarer videre forløp av de enkelte sakene. Noen forhold er avhengig av hverandre og forutsetter løsning regionalt før lokal, endelig gjennomføring kan skje. Data/analyse og Fagavdelingen vil følge opp fremdriften av dette.

Styret i Helse Nord- Trøndelag er orientert om internrevisjonens rapporter og denne handlingsplanen for oppfølging, i styremøte 12.9.2013.

Med hilsen

Paul Georg Skogen
Fagsjef

Saksbehandler: Bente Næssan



Oppsummeringsrapport

Helseforetakenes etterlevelse av
faglige retningslinjer for bruk av
HF-finansierte legemidler, og
betaling/oppgjør knyttet til dette

Stjørdal 4. juli 2012

HELSE  MIDT-NORGE

INTERNREVISJONEN

Innholdsfortegnelse

1. Rapportinformasjon	2
2. Innledning	3
2.1 Bakgrunn og formål	3
2.2 Omfang og avgrensing	3
2.3 Revisjonsgrunnlag	4
2.4 Metode	5
3. Sammendrag av sentrale funn og vurderinger	6
3.1 Prosess ved forskrivning/oppfølging og kontroll av økonomisk oppgjør	6
3.2 Forskrivning og oppfølging av pasient	6
3.2.1 Etterlevelse av nasjonale faglige retningslinjer og dokumentasjon av etterlevelse	6
3.2.2 Spesialistenes rolle	7
3.2.3 Etablering av lokale prosedyrer	7
3.3 Kodepraksis og kontroll av inntekter og utgifter	8
3.3.1 Koding/inntekter	8
3.3.2 Kostnader	9
3.3.3 Vurdering	9
4. Anbefalinger til helseforetakene og det regionale helseforetaket	10
4.1 Anbefalinger gitt til helseforetakene i enkeltrapporter	10
4.2 Ytterligere anbefalinger til helseforetakene	10
4.3 Anbefalinger til det regionale helseforetaket	11
5. Vedlegg	11

1. Rapportinformasjon

Revisjonsperiode: 25.01.2012 – 07.06.2012

Reviderte virksomheter: Helse Nord-Trøndelag HF
St. Olavs Hospital HF
Helse Møre og Romsdal HF

Oppdragsgiver: Styret for Helse Midt-Norge RHF v/Revisjonskomiteen

Revisorer: Ellinor Wessel Pettersen, internrevisjonen
Liv Johanne Wekre, Sykehusapoteket i Trondheim

2. Innledning

2.1 Bakgrunn og formål

Internrevisjonen skal på vegne av styret i Helse Midt-Norge påse at helseforetakene og det regionale helseforetaket har etablert en tilfredsstillende internkontroll og at denne fungerer som forutsatt. I tråd med aktivitetsplan for 2011-2013 skal internrevisjonen gjennomføre revisjon av helseforetakenes etterlevelse av faglige retningslinjer for bruk av HF-finansierte legemidler og betaling/oppgjør knyttet til dette.

HF-finansierte legemidler er legemidler som skal behandle alvorlige kroniske inflammatoriske sykdommer innen fagområdene revmatologi, mage-tarmsykdommer (gastrologi), hudsykdommer (dermatologi) og nevrologi (MS). Fra 1. juni 2006 overtok de regionale helseforetakene finansieringsansvaret for biologiske legemidler. Fra 1. januar 2008 skjedde det samme for MS-medikamenter. Dette innebærer at apotekene sender krav om oppgjør for utlevering av de aktuelle legemidlene til det helseforetaket som pasienten hører inn under. Hensikt med overføring av finansieringsansvar var å sikre likt behandlingstilbud til alle pasienter uavhengig av bosted og hindre vridningseffekter i valg av behandling, dvs. at valg av medikament eller behandlingsform ikke avgjøres av økonomi ved avdeling eller helseforetak.

HF-finansierte legemidler blir forskrevet på såkalte H-resepter. Fra 1. januar 2009 ble H-resepter inkludert i ISF-ordningen. Dette innebærer at behandling med biologiske legemidler og MS-legemidler må koderegistreres for å utløse inntekter. 40 % av legemiddelkostnadene refunderes gjennom ISF-systemet og resten gjennom rammefinansiering.

I 2011 utbetalte helseforetakene i Helse Midt-Norge om lag 267 mill NOK for bruk av biologiske legemidler og MS-legemidler.

Formålet med revisjonen er å undersøke om de reviderte helseforetakene har etablert gode systemer som sikrer styring og kontroll med forskrivning av legemidlene og oppfølging av pasientene som får forskrevet legemidlene. I tillegg er formålet å undersøke om foretakene har systemer som sikrer styring og kontroll med økonomisk oppgjør knyttet til HF-finansierte legemidler.

2.2 Omfang og avgrensing

Revisjonen er gjennomført i følgende helseforetak:

- Helse Nord-Trøndelag HF
- St. Olavs Hospital HF
- Helse Møre og Romsdal HF

Revisjonen er avgrenset til å rette seg mot bruk av HF-finansierte legemidler innen fagområdene revmatologi og nevrologi og omfatter tilfeller der pasienter selv administrerer legemidlene.

Det er satt fokus på følgende problemstillinger:

- Om det er etablert system for forskrivning og oppfølging av behandling i tråd med nasjonale og lokale retningslinjer.
- Om koding skjer i henhold til krav i regelverk.
- Om det er etablert system for kontroll av inntekter og utgifter knyttet til HF-finansierte legemidler.

2.3 Revisjonsgrunnlag

Revisjonskriterier er standarden som den innsamlede informasjonen i revisjonen vurderes opp mot. Revisjonskriteriene i denne revisjonen er utledet fra følgende kilder:

- Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 om plikt for spesialisthelsetjenesten til å yte forsvarlig helsehjelp
- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten om plikt til å etablere internkontrollsystem
- Nasjonale faglige retningslinjer for diagnostikk, attack og sykdomsmodifiserende behandling av multippel sklerose (IS-1905)
- Nasjonale faglige retningslinjer for bruk av TNF- α hemmere og andre biologiske betennelsesdempende legemidler innen revmatologi, gastroenterologi og dermatologi (IS-1478)
- Anbefalinger fra LIS (legemiddelinnkjøpssamarbeid) om valg av medikamenter
- Kodeveiledning 2012 (Kap 19)
- Avtale om oppgjør for bestemte legemidler mellom RHF og apotekene (Oppgjørsavtalen)
- Interne styringsdokumenter

Følgende momenter er sentrale som vurderingsgrunnlag i revisjonen:

Nevrologi

- Sykdomsmodifiserende behandling skal initieres og følges av nevrolog. Ukomplisert behandling med førstelinjepreparater hos stabile pasienter kan etter avtale følges vekselvis hos nevrolog og fastlege. Andre- og tredjelinjebehandling skal gjennomføres av nevrolog (IS-1905 pkt. 7 s. 24)
- Behandling skal initieres av lege med erfaring fra behandling av MS, etter de til en hver tid gjeldende anbefalinger, tilpasset den aktuelle pasient (IS-1905 pkt. 7.1.3. s. 30)
- Etter oppstart bør pasienten følges med kontroller hver 6. måned med vurdering av effekt (...) og bivirkninger. (...) Fastlegen bør også ansvarliggjøres og involveres i oppfølgingen (IS-1905 pkt. 7.1.4 s. 30)

Revmatologi

- Forskrivning skjer av spesialist innenfor de respektive fagområder og skal godkjennes av fagmiljøet ved et offentlig eller ikke-kommersielt privat sykehus med minst to spesialister i revmatologi, gastroenterologi eller dermatologi. Ved forskrivning utenfor indikasjon skal godkjennende instans være relevant universitetsklinikk (IS-1478 pkt. 2 s. 7)
- Vedtak om forskrivning skal baseres på skriftlig dokumentasjon av pasientens sykehistorie, tidligere gjennomgått behandling og aktuell tilstand. Svar fra sykehuset som behandler søknaden skal gis senest innen to uker, med kopi av vedtaket til pasienten. All korrespondanse skal dokumenteres i journal (IS-1478 pkt. 3.1. s. 8)
- Valg av preparat gjøres ut fra indikasjonsstilling, foreliggende dokumentasjon og Legemiddelinnkjøpssamarbeide (LIS) TNF/BIO spesialistgruppes anbefalinger (IS-1478 pkt. 2 s. 7 og 3.2.8 s. 9)
- Hver enkelt avdeling anbefales i tillegg å lage egne prosedyrer for behandlingen da anbefalingene ikke er detaljerte eller uttømmende (pkt. 3 s. 8)
- Alle pasienter under behandling med biologiske legemidler skal kontrolleres regelmessig av spesialist. (...) Første evaluering av behandling bør skje etter 3 måneder (IS-1478 pkt 3.6 s. 13).
- Behandlingen bør avsluttes etter 3-6 måneder dersom pasienten ikke har oppnådd tilstrekkelig behandlingsrespons (...) Terapiskifte skal avgjøres etter ny godkjenning i fagmiljøet/søknad (...) ved usikkerhet rundt kontinuering versus seponering av biologiske legemidler bør problematikken diskuteres i et større fagmiljø (IS-1478 pkt. 3.7 s. 13).
- Ved skifte til annet biologisk legemiddel også innen samme gruppe, skal det fremskaffes ny søknad jf pkt. 3.1 Forskrivning (IS-1478 pkt. 3.7.3 s. 14).

LIS-anbefalinger

- De administrerende direktørene i helseregionene har vedtatt å benytte spesialistgruppens anbefalinger som instruks i egne helseforetak. Instruksen betyr at rimeligste alternativ skal velges blant sidestilte behandlinger.
- Det kan finnes spesielle forhold hos individuelle pasienter som vil påvirke legemiddelvalget. I slike tilfelle kan behandlende lege gjøre begrunnede avvik fra anbefalingen om å velge det rimeligste alternativ. Slike begrunnede avvik skal dokumenteres i journal.

Koding/økonomisk oppgjør

- Det legges til grunn at en H-resept er en resept som innebærer at det er regionalt helseforetak som har helhetlig finansieringsansvar for legemiddelet som utleveres i henhold til resepten. Følgende rapporteringskrav gjelder ved utstedelse av H-resept for særskilte legemiddel som ledd i en helsehjelpsepisode, eller ved indirekte kostnader:
 - tilstander (ICD-10-koder) og prosedyrekoder (NCSP og NCMP) som gjelder aktuell helsehjelpsepisode registreres og rapporteres etter vanlige retningslinjer.
 - utstedelse av H-resept på legemiddel registreres og rapporteres ved nasjonal særkode WL000.
 - for spesifisering av hvilket legemiddel H-resepten gjelder angis ATC-kode eller tilsvarende særkode.
- Poliklinisk behandling med utvalgte legemidler skal rapporteres til NPR og kodes etter gjeldende retningslinjer og nasjonale særkoder.
- Følgende opplysninger skal fremkomme på fakturaen fra apotekene: det enkelte ekspederte legemiddel, herunder antall, pakningsstørrelse og pris. I tillegg skal rekvirentens navn og ID-nummer og pasientens bostedskommune fremgå (Oppgjørsavtalen).
- Følgende opplysninger skal fremkomme på resept som forskrives av lege: Legens ID-nummer, navn, helseforetak/privat sykehus, legens underskrift, pasientens fødselsnummer, navn, adresse og spesifiserte opplysninger om de legemidler legen forskriver (Oppgjørsavtalen).

2.4 Metode

Revisjonen har bestått av innhenting og analyse av relevant dokumentasjon. Det er videre innhentet aidentifisert journalmateriale for å teste etterlevelse av faglige retningslinjer, medikament-anbefalinger og lignende. Aidentifiserte journalopplysninger innebærer at navn, fødselsnummer, kjønn, bosted og lignende opplysninger som kan identifisere en person, er fjernet.

Videre har revisjonen bestått av en intervjudel der det er intervjuet personell med følgende funksjoner:

- klinikk- og avdelingsledelse
- legespesialister og annet personell som er involvert i forskrivning, behandling og oppfølging av pasienten.
- personell som er involvert i kodeoppfølgingen
- personell som er involvert i kontroll av økonomisk oppgjør knyttet til aktuelle legemidler

3.2.2 Spesialistenes rolle

I de nasjonale faglige retningslinjene innen revmatologi fremgår det at "*Forskrivning skjer av spesialist innenfor de respektive fagområder...*". Likeledes fremgår det i de nasjonale faglige retningslinjene innen nevrologi at "*Sykdomsmodifiserende behandling skal initieres og følges av nevrolog...*", og "*Behandling skal initieres av leger med erfaring fra behandling av MS...*". Ved alle de reviderte revmatologiske avdelingene og de fleste nevrologiske avdelingene har man en praksis at både overleger og lis-leger (leger i spesialisering) forskriver medikamenter på H-resept. Fra to av helseforetakene (St. Olavs Hospital og Helse Nord-Trøndelag) ble det hevdet at det ikke vil være praktisk gjennomførbart at kun spesialister skal forestå all forskrivning av H-resepter. Helse Møre og Romsdal har i prosedyreform bestemt at kun spesialister kan forskrive HF-finansierte legemidler og mente at dette ville være gjennomførbart i deres foretak.

Dersom retningslinjene leses bokstavelig kan det synes som at det kun er spesialister innen de respektive fagområdene som bør ha adgang til å initiere behandling med biologiske legemidler/MS-legemidler og forskrive legemidler på H-resept. Internrevisjonen er usikker på om retningslinjene skal tolkes helt bokstavtro. Revisjonen har vist at de fleste avdelingene har etablert et system som sikrer at spesialister er involvert i vurdering og beslutning om oppstart med/bytte av legemiddel. Selv om lis-leger har hovedansvaret for den aktuelle pasienten og forskriver legemiddelet, er det internrevisjonens oppfatning at foretakene gjennom såkalte biologiske møter o.l. tilfredsstiller retningslinjenes anbefalinger på dette punktet.

3.2.3 Etablering av lokale prosedyrer

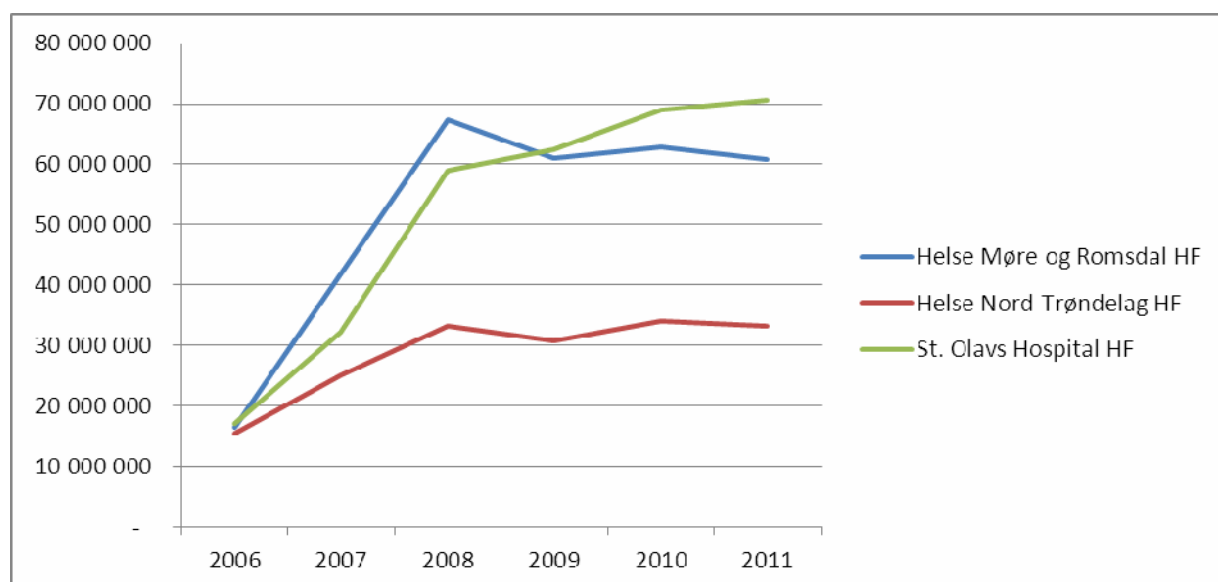
De reviderte avdelingene har i varierende grad utarbeidet lokale retningslinjer/prosedyrer for behandling med HF-finansierte legemidler. Her viste revisjonen at de revmatologiske avdelingene i større grad enn de nevrologiske avdelingene har utarbeidet egne prosedyrer som en utdyping av de nasjonale retningslinjene. Årsaken til dette kan være at de nasjonale retningslinjene for det revmatologiske fagområdet har en tydelig anbefaling om å lage egne prosedyrer for behandlingen "*da anbefalingene ikke er detaljerte eller uttømmende*". De lokale prosedyrene som er utarbeidet ved de ulike foretakene er forskjellige, også innenfor samme fagområde. Internrevisjonen mener at utarbeidelse av lokale retningslinjer egner seg til samarbeid for å etablere lik praksis i regionen innen de ulike fagområdene. St. Olavs Hospital har kommet lengst på dette området der det ved revmatologisk avdeling er utarbeidet lokale retningslinjer i form av et pasientforløp. Forløpet inneholder prosedyrer for forundersøkelser, biologisk møte, reseptforskrivning og fornyelse av resept, oppfølging av pasient og koding. Internrevisjonen antar at dette systemet vil kunne nyttes også innenfor nevrologi og andre fagområder i tilpasset form i hele regionen.

Under revisjonen kom det fram spørsmål om det regionale helseforetakets rolle i forhold til etablering av felles prosedyrer i regionen. Fra ett av foretakene ble det under revisjonsbesøket framlagt dokumentet "Regional rutinebeskrivelse for gjennomføring av behandling med TNF α -hemmere og andre biologiske legemidler i Helse Midt-Norge". De regionale rutinebeskrivelsene inneholder føringer for oppstart og gjennomføring av behandling med legemidler på H-resept, forskrivning, bruk av elektronisk H-resept i journalsystemet, lokale behandlingsprosedyrer m.m. Dokumentet er udatert og det har ikke vært mulig for internrevisjonen å få klarlagt status på dette i forhold til godkjenning og gyldighet. Internrevisjonen mener dokumentet inneholder viktige føringer på området som kan sikre lik praksis i regionen. Dokumentet bør etter vår oppfatning derfor i prosedyreform forankres og implementeres i helseforetakene.

3.3 Kodepraksis og kontroll av inntekter og utgifter

Tabell 1: Helseforetakenes utgifter (NOK) til HF-finansierte legemidler i årene 2006 til 2011. Utgiftene til selvadministrerte legemidler utlevert på H-resept og utgiftene til sykehusadministrerte legemidler er summert sammen i "Sum HF-finansierte" for det enkelte helseforetak.

Helseforetak	Kilde	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Helse Møre og Romsdal HF	H-resept	16 458 214	41 867 593	67 337 843	60 995 987	62 923 920	60 906 998
	Sykehus	10 715 976	8 004 617	6 960 898	16 722 733	30 487 595	37 795 166
	Sum HF-finansierte	27 176 196	49 874 217	74 300 748	77 720 729	93 413 525	98 704 175
Helse Nord-Trøndelag HF	H-resept	15 426 137	24 942 090	33 259 433	30 679 950	34 006 906	33 230 620
	Sykehus	13 049 901	17 964 504	20 497 019	20 168 498	23 143 226	21 804 995
	Sum HF-finansierte	28 476 038	42 906 594	53 756 452	50 848 448	57 150 132	55 035 615
St. Olavs Hospital HF	H-resept	16 991 406	32 162 574	58 879 776	62 509 261	68 940 099	70 718 219
	Sykehus	13 235 088	35 080 755	35 191 948	32 057 473	40 296 110	42 491 117
	Sum HF-finansierte	30 226 494	67 243 329	94 071 725	94 566 734	109 236 209	113 209 336



Figur 2: Helseforetakenes utgifter (NOK) for legemidler utlevert på H-resept i årene 2006-2011

3.3.1 Koding/inntekter

Opplysningene i revisjonen viser at leger, sykepleiere og sekretærer er involvert i kodearbeidet. Hovedregelen ved alle reviderte enheter er at legene setter koder på et særskilt skjema (kodeark, legelapp o.l.) når pasienten er til konsultasjon på poliklinikken. Sekretærene har ansvar for å registrere opplysningene i PAS. Sykepleiernes rolle i dette arbeidet varierer ved de ulike enhetene, fra at de setter koder ved fornyelse av resept til å ha en kontrollfunksjon som sikrer at det blir kodet og registrert.

Revisjonen har vist at kodesetting i noen tilfeller blir avglemt. I en del tilfeller blir kodingen ikke registrert i PAS eller blir registrert feil. Noen av feilene som gjøres i forbindelse med kodingen fanges pr. i dag opp av manuelle rutiner, dvs. gjennom kontroller fra sykepleiere ved aktuelle avdelinger og av dedikerte kontrollpersoner i foretaket. Det er opplyst at man gjennom slike manuelle kontroller har sikret flere millioner kroner i inntekt på de aktuelle

legemidlene. Det kan likevel ikke utelukkes at det blir gjort feil som ikke blir oppdaget og som dermed medfører økonomisk tap.

Helseforetakene har etablert en del tiltak for å forenkle kontrollen og sikre rettmessige inntekter knyttet til HF-finansierte legemidler. Ett tiltak er et krav om at alle resepter skal forskrives elektronisk. Reseptene kan da gjenfinnes i Doculive og kontrolleres opp mot PAS i forhold til koding. Revisjonen har vist at den elektroniske reseptmodulen i Doculive ikke utnyttes fullt ut i de reviderte enhetene. Et annet tiltak er at resepter kun skal forskrives for 6 måneder. Dette skal sikre at alle pasientene får fornyet resept hvert kalenderår, noe som er en forutsetning for utløsning av inntekter.

3.3.2 Kostnader

Apotekene utleverer legemidler til pasienter med grunnlag i en H-resept. I henhold til oppgjøravtalen mellom de regionale helseforetakene og apotekene skal resepten inneholde bl.a. pasientens adresse. Fakturering av kostnader for legemidler på H-resept som er utlevert ved apotekene, skjer ved utsending av papirbaserte fakturaer fra apotek til helseforetakene. Det er i henhold til oppgjøravtalen et krav at pasientens bostedskommune skal fremgå av fakturaen. Det er pasientens folkeregistrerte adresse som skal fremgå av resept og faktura. Dette skal sikre at kostnadene blir belastet det helseforetaket der pasienten er folkeregistrert.

I revisjonen kom det fram at det ved utstedelse av H-resept neppe blir sjekket om bostedsadresse som pasienten oppgir samsvarer med folkeregistrert adresse. I forhold til pasienter som har midlertidig bostedsadresse men som er folkeregistrert i en kommune som sokner til annet helseforetak, vil dette kunne ha som konsekvens at kostnadene belastes feil foretak. Inntektene vil gå til det helseforetak der pasienten er folkeregistrert i og med at kodingen registreres i PAS som igjen er koblet til folkeregisteret. Dette er en utfordring for alle helseforetakene, men kanskje først og fremst for helseforetak som ligger i områder med stor studenttilstrømming. Et eksempel fra St. Olavs Hospital viser at de ved nærmere undersøkelse fant 15 pasienter som har studentboligadresse på reseptene, men er folkeregistrert i annen helseregion. Flere av disse pasientene har fått forskrevet legemidler på H-resept gjennom flere år. Dette innebærer anslagsvis et beløp på ca. 2 mill NOK samlet på disse årene som feilaktig er belastet St. Olavs Hospital.

3.3.3 Vurdering

Revisjonen har vist at finansieringssystemet for HF-finansierte legemidler gir helseforetakene utfordringer i forhold til kontroll av inntekter og kostnader knyttet til HF-finansierte legemidler.

En del av utfordringene på dette området omhandler forhold der mulighetene til forbedring ligger utenfor foretakenes handlingsrom. Bl.a. har helseforetakene pr. i dag ikke lovhjemmel for å innhente personsensitive opplysninger fra apotekene og apotekene har på sin side ikke hjemmel for å levere ut slike opplysninger. Dette medfører bl.a. at helseforetakene ikke kan be apotekene om å få oversendt kopi av resepter som kan brukes til kontroll av kostnader opp i mot inntekter. En prosjektgruppe oppnevnt av Helsedirektoratet har i sin prosjektrapport² anbefalt at det gis en lovhjemmel for å innhente og behandle helseopplysninger i forbindelse med oppgjør og kontroll av forskrivning av legemidler på H-resept. En annen anbefaling fra prosjektgruppen er at det bør sikres en mer effektiv og fremtidsrettet oppgjørskontroll der RHFene innfører en elektronisk oppgjørssordning. Det er anbefalt at man i første omgang vurderer kjøp av oppgjørstjenester fra Helsedirektoratet i form av å utvide eksisterende oppgjørsløsning for legemidler på blå resept. Internrevisjonen vil støtte de nevnte forslagene.

Imidlertid er internrevisjonen av den oppfatning at foretakene på enkelte områder har muligheter til å fjerne risiko for økonomisk tap. Med bakgrunn i den informasjonen som er

² Bedre oppgjørssordning for H-resepter Prosjektrapport Versjon 1.0

fremkommet i revisjonen ved de tre helseforetakene, peker følgende områder seg ut som mulige forbedringsområder:

- sikre full utnyttelse av muligheten for elektronisk reseptutstedelse
- sikre at pasientens folkeregistrerte adresse påføres reseptene
- bedre styring og kontroll med at leger setter koder for legemidler utstedt på H-resept
- bedre styring og kontroll med registrering av opplysninger i PAS
- vurdere muligheten for å forbedre nåværende system for oppfølging og kontroll av inntekter og kostnader med tanke på å minske risikoen for økonomisk tap.

I følge ovennevnte prosjektrapport² fra Helsedirektoratet kan det enkelte regionale helseforetak utarbeide egne rutiner for om det er helseforetaket eller den enkelte sykehusavdeling som blir belastet de konkrete legemiddelutgiftene. I Helse Midt-Norge er praksisen at kostnader og inntekter knyttet til HF-finansierte legemidler håndteres på HF-nivå og ikke på klinikk-/avdelingsnivå. Internrevisjonen stiller spørsmål ved om denne løsningen påvirker klinikkens/avdelingens holdning til og interesse for å sikre styring og kontroll med kostnader og inntekter. Internrevisjonen mener at det regionale helseforetaket bør foreta en evaluering av dagens ordning på dette punkt for å avklare om en endring av ordningen kan være et bidrag til bedre styring og kontroll på området.

4. Anbefalinger til helseforetakene og det regionale helseforetaket

4.1 Anbefalinger gitt til helseforetakene i enkeltrapporter

Internrevisjonen har i enkeltrapportene fra revisjonen i de ulike helseforetakene gitt en del anbefalinger. Det vises til rapportene for detaljer om anbefalingene. Noen av anbefalingene går igjen i flere av rapportene og kan oppsummeres slik:

1. De fleste reviderte avdelingene er anbefalt å gjennomgå sine prosedyrer for journalføring for å sikre at de opplysninger som er nødvendige for behandlingen av pasienten nedtegnes i journalen.
2. De fleste reviderte avdelingene er anbefalt å etablere/videreutvikle interne prosedyrer for behandling med HF-finansierte legemidler.
3. Alle helseforetakene er anbefalt å gjennomgå sitt system for oppfølging og kontroll med inntekter og kostnader knyttet til HF-finansierte legemidler med tanke på etablering av et enklere og mer robust system.

4.2 Ytterligere anbefalinger til helseforetakene

Etter sammenfatning av informasjonen fra revisjonen ved de ulike foretakene, har det utkrystallisert seg en del forhold som innebærer at internrevisjonen vil komme med ytterligere anbefalinger til helseforetakene i tillegg til de som fremkommer i enkeltrapportene:

1. Helseforetakene bør vurdere felles løsninger når det gjelder lokale prosedyrer/retningslinjer i utdypingen av de nasjonale faglige retningslinjene. Det bør tas utgangspunkt i pasientforløpet som er etablert ved St. Olavs Hospital, revmatologisk avdeling.
2. Helseforetakene bør sikre full utnyttelse av muligheten for elektronisk reseptutstedelse ved forskrivning av HF-finansierte legemidler.
3. Helseforetakene bør sikre at pasientens folkeregistrerte adresse påføres reseptene.
4. Helseforetakene bør sikre bedre styring og kontroll med at leger setter koder for legemidler utstedt på H-resept.

5. Helseforetakene bør sikre bedre styring og kontroll med registrering av opplysninger i PAS.

4.3 Anbefalinger til det regionale helseforetaket

På bakgrunn av Helse Midt-Norge RHF sitt påse-ansvar i forhold til de underliggende helseforetakene, vil internrevisjonen gi følgende anbefalinger:

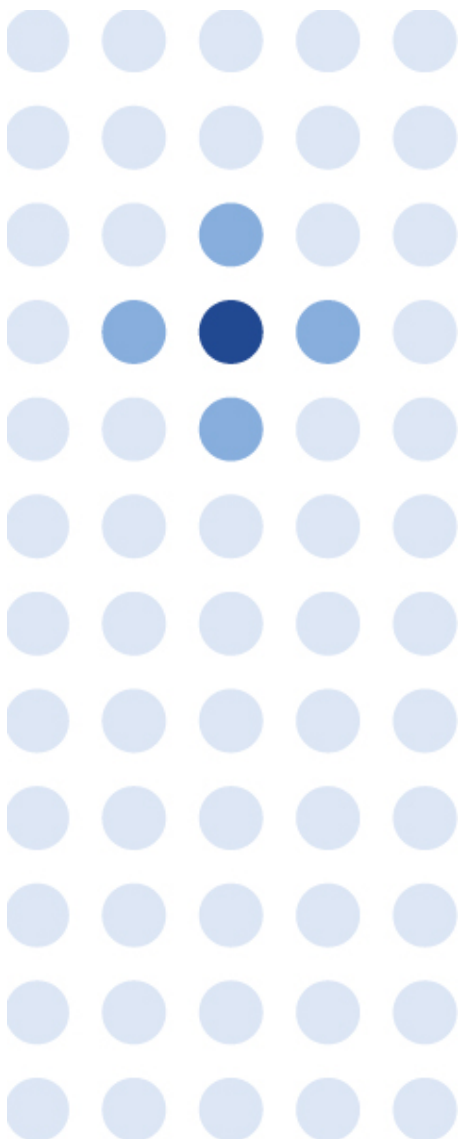
1. Det regionale helseforetaket bør evaluere dokumentet "Regional rutinebeskrivelse for gjennomføring av behandling med TNF α -hemmere og andre biologiske legemidler i Helse Midt-Norge" med tanke på eventuell revidering for å sikre at innholdet er i samsvar med nasjonale retningslinjer og oppgjørsavtalen.
2. Det regionale helseforetaket bør gjøre ovennevnte dokument gjeldende i helseforetakene.
3. Det regionale helseforetaket bør foreta en evaluering av dagens ordning vedrørende hvilket nivå kostnader og inntekter knyttet til HF-finansierte legemidler bør håndteres på i foretakene.

5. Vedlegg

Rapportene fra revisjonen ved de ulike helseforetakene har blitt forelagt revisjonsenhetene for faktaverifikasjon. Enhetene og foretakene har på denne måten fått mulighet til å korrigere opplysninger som måtte være ukorrekt framstilt fra internrevisjonens side.

Følgende rapporter fra revisjonen ved de ulike helseforetakene er vedlagt denne rapporten:

- Internrevisjonsrapport Helse Nord-Trøndelag HF, datert 18. april 2012. Revisjon gjennomført 9. mars 2012.
- Internrevisjonsrapport St. Olavs Hospital HF, datert 8. mai 2012. Revisjon gjennomført 23. mars 2012.
- Internrevisjonsrapport Helse Møre og Romsdal HF, datert 7. juni 2012. Revisjon gjennomført 26. april 2012.



Internrevisjonsrapport

Helse Nord-Trøndelag HF

Helseforetakenes etterlevelse av
faglige retningslinjer for bruk av HF-
finansierte legemidler, og
betaling/oppgjør knyttet til dette

Stjørdal 18. april 2012

HELSE  MIDT-NORGE

INTERNREVISJONEN

Innholdsfortegnelse

1. Rapportinformasjon.....	2
2. Sammendrag.....	3
3. Bakgrunn og formål	4
4. Omfang og avgrensing	4
5. Revisjonskriterier	5
6. Metode.....	5
7. Sentrale funn og vurderinger.....	6
7.1 Prosess ved forskrivning/oppfølging og kontroll økonomisk oppgjør.....	6
7.2 Organisatoriske forhold ved reviderte enheter	6
7.3 Forskrivning og oppfølging av pasient.....	7
7.3.1 Vurderingsgrunnlag basert på nasjonale faglige retningslinjer og LIS-anbefalinger....	7
7.3.2 Funn og vurderinger - nevrologi	8
7.3.3 Funn og vurderinger – revmatologi.....	9
7.4 Kodepraksis og kontroll av inntekter og utgifter	10
7.4.1 Vurderingsgrunnlag basert på kodeveiledning 2012 og øvrige retningslinjer	10
7.4.2 Funn og vurderinger	11
8. anbefalinger.....	12

1. Rapportinformasjon

Revisjonsperiode:	25.01.2012 – 18.04.2012
Virksomhet:	Helse Nord-Trøndelag HF
Oppdragsgiver:	Styret for Helse Midt-Norge RHF v/Revisjonskomiteen
Revisorer:	Ellinor Wessel Pettersen, internrevisjonen Liv Johanne Wekre, Sykehusapotekene i Midt-Norge
Kontaktpersoner:	Tore Andersen, klinikkleder Rehabiliteringsklinikken Unni Myran, avdelingsleder Avdeling for Revmatologi Ole Petter Dahl, avdelingsleder Avdeling for nevrologi

2. Sammendrag

I tråd med aktivitetsplan for 2011-2013 skal internrevisjonen gjennomføre revisjon av helseforetakenes etterlevelse av faglige retningslinjer for bruk av HF-finansierte legemidler og betaling/oppgjør knyttet til dette.

HF-finansierte legemidler er høykostlegemidler som benyttes i behandlingen av kroniske sykdommer innen bl.a. revmatologi og nevrologi (MS). Legemidlene forskrives av spesialister i helseforetakene. Pasientene henter ut medikamentene i apotek og apotekene sender regningen til det helseforetaket som pasienten tilhører i følge bostedsadressen som er oppgitt på resept. Behandling med HF-finansierte legemidler må koderegistreres for å utløse inntekter for foretakene (ISF-finansiering).

I 2011 utbetalte helseforetakene i Helse Midt-Norge om lag 267 mill NOK for bruk av biologiske legemidler og MS-legemidler.

Revisjonen er avgrenset til å omfatte revmatologisk og nevrologisk avdeling ved Helse Nord-Trøndelag HF, St. Olavs Hospital Hf og Helse Møre og Romsdal HF.

Formålet med revisjonen er å undersøke om de reviderte helseforetakene har etablert gode systemer som sikrer styring og kontroll med forskrivning av legemidlene og oppfølging av pasientene som får forskrevet legemidlene. I tillegg er formålet å undersøke om foretakene har systemer som sikrer styring og kontroll med økonomisk oppgjør knyttet til HF-finansierte legemidler.

Begge de reviderte avdelingene opplyser at de følger nasjonale retningslinjer og anbefalinger fra legemiddelinnkjøpsamarbeidet (LIS) for forskrivning av HF-finansierte legemidler og oppfølging av pasienter som behandles med disse legemidlene. Gjennomgang av mottatt journalmateriale har imidlertid vist at det i en del journaler ikke har latt seg gjøre å få verifisert at retningslinjene følges. Begge avdelingene, men i særdeleshet nevrologisk avdeling, har et forbedringspotensiale når det gjelder journalføringen på dette området.

De reviderte avdelingene forholder seg i hovedsak til de nasjonale faglige retningslinjene og har i liten grad utviklet interne retningslinjer/prosedyrer for behandling med HF-finansierte legemidler. Innenfor revmatologi er det en anbefaling i de nasjonale retningslinjene om at slike interne prosedyrer utarbeides. Internrevisjonen mener at avdelingene bør vurdere å utarbeide interne retningslinjer som understøtter beslutningen om behandling med HF-finansierte legemidler og oppfølging/kontroll av disse pasientene.

Revisjonen har vist at finansieringssystemet for HF-finansierte legemidler gir helseforetaket store utfordringer i forhold til kontroll av at foretaket får de rettmessige inntektene knyttet til disse legemidlene, og mulighetene for kontroll av om det er samsvar mellom kostnader og inntekter.

Helseforetakets utfordringer på dette området innebærer at mange forhold til mulig forbedring ligger utenfor foretakets handlingsrom. Internrevisjonen mener imidlertid at foretaket på enkelte områder har muligheter til å fjerne risiko for inntektstap. Revisjonen har vist at foretaket har et sårbart system for styring og kontroll av koding og inntekter knyttet til HF-finansierte legemidler ved at det er lagt opp til manuelle kontroller som krever stor arbeidsinnsats fra enkeltpersoner, der særlig én person blir en "krumtapp" i systemet. I tillegg har revisjonen vist at foretaket ikke har god nok styring og kontroll med at forskrivning av H-resepter kodes og med at riktige opplysninger blir registrert i PAS.

Det vises til anbefalinger i kap 8.

3. Bakgrunn og formål

Internrevisjonen skal på vegne av styret i Helse Midt-Norge påse at helseforetakene og det regionale helseforetaket har etablert en tilfredsstillende internkontroll og at denne fungerer som forutsatt. I tråd med aktivitetsplan for 2011-2013 skal internrevisjonen gjennomføre revisjon av helseforetakenes etterlevelse av faglige retningslinjer for bruk av HF-finansierte legemidler og betaling/oppgjør knyttet til dette.

HF-finansierte legemidler er legemidler som skal behandle alvorlige kroniske inflammatoriske sykdommer innen fagområdene revmatologi, mage-tarmsykdommer (gastrologi), hudsykdommer (dermatologi) og nevrologi (MS). Fra 1. juni 2006 overtok de regionale helseforetakene finansieringsansvaret for biologiske legemidler. Fra 1. januar 2008 skjedde det samme for MS-medikamenter. Dette innebærer at apotekene sender krav om oppgjør for utlevering av de aktuelle legemidlene til det helseforetaket som pasienten hører inn under. Hensikt med overføring av finansieringsansvar var å sikre likt behandlingstilbud til alle pasienter uavhengig av bosted og hindre vridningseffekter i valg av behandling, dvs. at valg av medikament eller behandlingsform ikke avgjøres av økonomi ved avdeling eller helseforetak.

HF-finansierte legemidler blir forskrevet på såkalte H-resepter. I praksis forskrives denne typen legemidler på ordinær hvit resept. Fra 1. januar 2009 ble H-resepter inkludert i ISF-ordningen. Dette innebærer at behandling med biologiske legemidler og MS-legemidler må koderegistreres for å utløse inntekter. 40 % av legemiddelkostnadene refunderes gjennom ISF-systemet og resten gjennom rammefinansiering.

I 2011 utbetalte helseforetakene i Helse Midt-Norge om lag 267 mill NOK for bruk av biologiske legemidler og MS-legemidler.

Formålet med revisjonen er å undersøke om de reviderte helseforetakene har etablert gode systemer som sikrer styring og kontroll med forskrivning av legemidlene og oppfølging av pasientene som får forskrevet legemidlene. I tillegg er formålet å undersøke om foretakene har systemer som sikrer styring og kontroll med økonomisk oppgjør knyttet til HF-finansierte legemidler.

4. Omfang og avgrensning

Revisjonen gjennomføres i følgende helseforetak:

- Helse Nord-Trøndelag HF
- St. Olavs Hospital HF
- Helse Møre og Romsdal HF

Revisjonen er avgrenset til å rette seg mot bruk av HF-finansierte legemidler innen fagområdene revmatologi og nevrologi og omfatter tilfeller der pasienter selv administrerer legemidlene.

Det settes fokus på følgende problemstillinger:

- Om det er etablert system for forskrivning og oppfølging av behandling i tråd med nasjonale og lokale retningslinjer.
- Om koding skjer i henhold til krav i regelverk.
- Om det er etablert system for kontroll av inntekter og utgifter knyttet til HF-finansierte legemidler.

5. Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er standarden som den innsamlede informasjonen i revisjonen vurderes opp mot. Revisjonskriteriene i denne revisjonen er utledet fra følgende kilder:

- spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 om plikt for spesialisthelsetjenesten til å yte forsvarlig helsehjelp
- forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten om plikt til å etablere internkontrollsystem
- nasjonale faglige retningslinjer for diagnostikk, attack og sykdomsmodifiserende behandling av multippel sklerose (IS-1905) m/vedlegg
- nasjonale faglige retningslinjer for bruk av TNF- α hemmere og andre biologiske betennelsesdempende legemidler innen revmatologi, gastroenterologi og dermatologi (IS-1478) m/vedlegg
- anbefalinger fra LIS (legemiddelinnkjøpssamarbeid) om valg av medikamenter
- kodeveiledning 2012 (Kap 19)
- interne styringsdokumenter

6. Metode

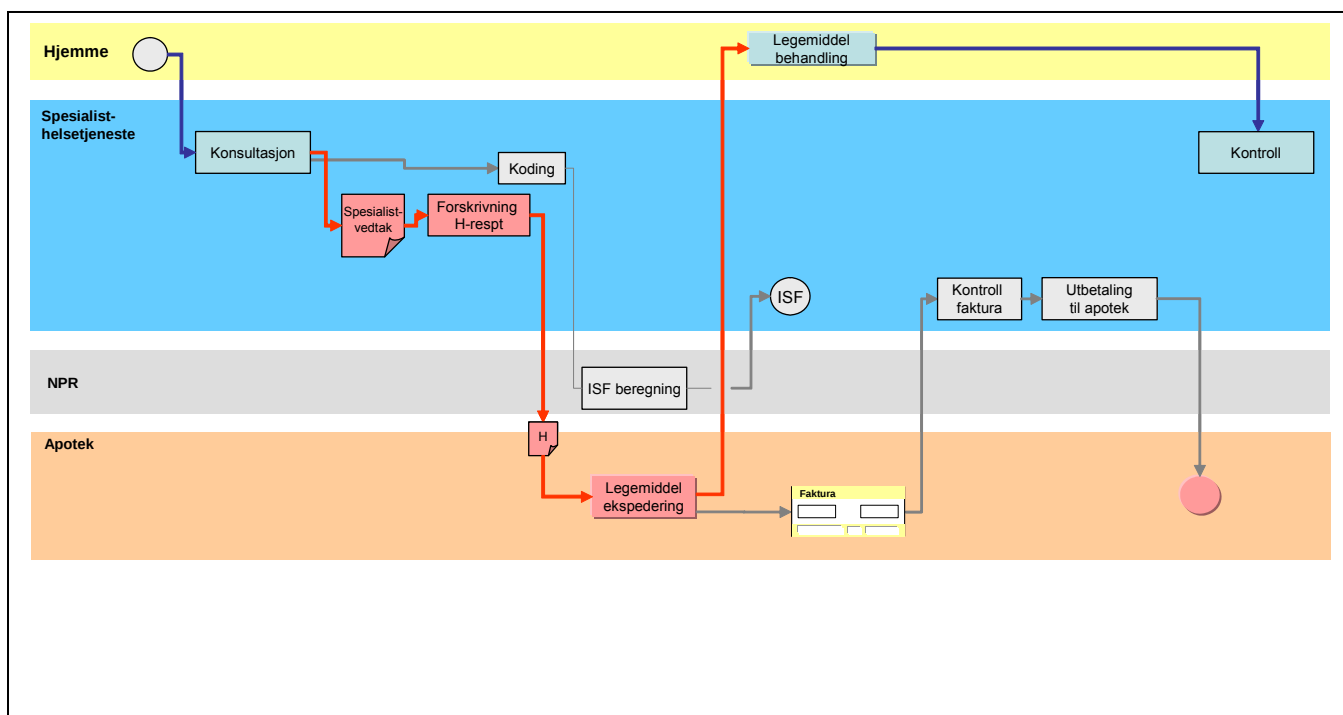
Revisjonen har bestått av innhenting og analyse av relevant dokumentasjon. Det er videre innhentet aidentifisert journalmateriale for å teste etterlevelse av faglige retningslinjer, medikament-anbefalinger og lignende. Aidentifiserte journalopplysninger innebærer at navn, fødselsnummer, kjønn, bosted og lignende opplysninger som kan identifisere en person, er fjernet.

Videre har revisjonen bestått av en intervjudel. Det er til sammen intervjuet 8 personer ved Helse Nord-Trøndelag med følgende funksjoner:

- klinikk- og avdelingsledelse
- legespesialister og annet personell som er involvert i forskrivning, behandling og oppfølging av pasienten.
- personell som er involvert i kodeoppfølgingen
- personell som er involvert i kontroll av økonomisk oppgjør knyttet til aktuelle legemidler

7. Sentrale funn og vurderinger

7.1 Prosess ved forskrivning/oppfølging og kontroll økonomisk oppgjør



7.2 Organisatoriske forhold ved reviderte enheter

Avdeling for nevrologi og avdeling for revmatologi er begge organisert i Rehabiliteringsklinikken. Klinikken er en gjennomgående klinikk for Sykehuset Levanger og Sykehuset Namsos.

Nevrologisk avdeling er organisatorisk gjennomgående med en seksjon ved Sykehuset Levanger som består av poliklinikk og en seksjon ved Sykehuset Namsos som består av sengepost og poliklinikk. Avdelingen har 6 spesialister i nevrologi. For tiden er det ingen lis-leger (leger i spesialisering) ved avdelingen. Det er i tillegg ansatt flere sykepleiere med spesialutdanning i nevrologi.

Revmatologisk avdeling har gjennomgående ledelse med virksomhet både ved Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger. Ved Sykehuset Levanger har avdelingen poliklinikk, disponible senger ved medisinsk sengepost og dagbehandlingstilbud. Avdelingen har 2 spesialister i revmatologi og 3-4 lis-leger. I tillegg er det en sykepleier med spesialutdanning i revmatologi.

¹ I tillegg kan avtalespesialister innen aktuelle fagfelt etter særskilt avtale med RHF forskrive HF-finansierte legemidler

7.3 Forskrivning og oppfølging av pasient

7.3.1 Vurderingsgrunnlag basert på nasjonale faglige retningslinjer og LIS-anbefalinger

Følgende momenter fra nasjonale retningslinjer og fra LIS-anbefalinger er sentrale som vurderingsgrunnlag i revisjonen:

Nevrologi

- Sykdomsmodifiserende behandling skal initieres og følges av nevrolog. Ukomplisert behandling med førstelinjepreparater hos stabile pasienter kan etter avtale følges vekselvis hos nevrolog og fastlege. Andre- og tredjelinjebehandling skal gjennomføres av nevrolog (IS-1905 pkt. 7 s. 24)
- Behandling skal initieres av lege med erfaring fra behandling av MS, etter de til enhver tid gjeldende anbefalinger, tilpasset den aktuelle pasient (IS-1905 pkt. 7.1.3. s. 30)
- Etter oppstart bør pasienten følges med kontroller hver 6. måned med vurdering av effekt (...) og bivirkninger. (...) Fastlegen bør også ansvarliggjøres og involveres i oppfølgingen (IS-1905 pkt. 7.1.4 s. 30)
- De administrerende direktørene i helseregionene har vedtatt å benytte spesialistgruppens anbefalinger som instruks i egne helseforetak. Instruksen betyr at rimeligste alternativ skal velges blant sidestilte behandlinger. Dette gjelder ved oppstart av behandling og ved indikasjon for endring i behandlingen (LIS).
- Det kan finnes spesielle forhold hos individuelle pasienter som vil påvirke legemiddelvalget. I slike tilfelle kan behandlende lege gjøre begrunnede avvik fra anbefalingen om å velge det rimeligste alternativ. Slike begrunnede avvik skal dokumenteres i journal (LIS).

Revmatologi

- Forskrivning skjer av spesialist innenfor de respektive fagområder og skal godkjennes av fagmiljøet ved et offentlig eller ikke-kommersielt privat sykehus med minst to spesialister i revmatologi, gastroenterologi eller dermatologi. Ved forskrivning utenfor indikasjon skal godkjennende instans være relevant universitetsklinikk (IS-1478 pkt. 2 s. 7)
- Vedtak om forskrivning skal baseres på skriftlig dokumentasjon av pasientens sykehistorie, tidligere gjennomgått behandling og aktuell tilstand. Svar fra sykehuset som behandler søknaden skal gis senest innen to uker, med kopi av vedtaket til pasienten. All korrespondanse skal dokumenteres i journal (IS-1478 pkt. 3.1. s. 8)
- Valg av preparat gjøres ut fra indikasjonsstilling, foreliggende dokumentasjon og Legemiddelinnkjøpssamarbeide (LIS) TNF/BIO spesialistgruppens anbefalinger (IS-1478 pkt. 2 s. 7 og 3.2.8 s. 9)
- Hver enkelt avdeling anbefales i tillegg å lage egne prosedyrer for behandlingen da anbefalingene ikke er detaljerte eller uttømmende (IS-1478 pkt. 3 s. 8)
- Alle pasienter under behandling med biologiske legemidler skal kontrolleres regelmessig av spesialist. (...) Første evaluering av behandling bør skje etter 3 måneder (IS-1478 pkt. 3.6 s. 13).
- Behandlingen bør avsluttes etter 3-6 måneder dersom pasienten ikke har oppnådd tilstrekkelig behandlingsrespons (...) Terapiskifte skal avgjøres etter ny godkjenning i fagmiljøet/søknad (...) ved usikkerhet rundt kontinuering versus seponering av biologiske legemidler bør problematikken diskuteres i et større fagmiljø (IS-1478 pkt. 3.7 s. 13).
- Ved skifte til annet biologisk legemiddel også innen samme gruppe, skal det fremskaffes ny søknad jf pkt. 3.1 Forskrivning (IS-1478 pkt. 3.7.3 s. 14).
- De administrerende direktørene i helseregionene har vedtatt å benytte spesialistgruppens anbefalinger som instruks i egne helseforetak. Instruksen betyr at rimeligste alternativ skal velges blant sidestilte behandlinger (LIS).

7.3.2 Funn og vurderinger - nevrologi

Opplysninger fra helseforetaket viser at det totalt er utstedt 72 H-resepter i Helse Nord-Trøndelag de siste tre måneder i 2011. Av disse er det utstedt 12 H-resepter ved nevrologisk avdeling, 9 resepter ved Sykehuset Namsos og 3 resepter ved Sykehuset Levanger. Ved Sykehuset Levanger ble omfang av forskrivning anslått til å gjelde 3-4 nye MS-pasienter med oppstart av sykdomsmodifiserende MS-legemiddel pr. år og 4-5 MS-pasienter med endring av legemiddelregimet pr. år.

Det er opplyst at avdelingen benytter de nasjonale faglige retningslinjer som gjelder på fagfeltet. Det er ikke utarbeidet interne retningslinjer eller prosedyrer. Sentralt i forbindelse med oppstart av behandling er skjemaet "Behandling med sykdomsmodifiserende legemiddel ved MS". Dette skjemaet omtales som godkjenningsskjema og signeres av to spesialister. Skjemaet er ikke oppdatert og bør evalueres og korrigeres slik at det samsvarer med dagens situasjon. Utover aktuelle skjema foreligger ikke annen skriftlige retningslinjer knyttet til f. eks utredning, behandling og oppfølging.

I intervju er det fremkommet at all forskrivning av HF-finansierte legemidler innen nevrologi skjer av spesialister. Dette bekreftes i journalgjennomgangen.

Det opplyses i intervju at hvorvidt en pasient er egnet til og vil ha nytte av behandling med et HF-finansiert legemiddel i praksis blir vurdert fortløpende. Det er ikke etablert formelt møteforum for drøftelse og avgjørelse av igangsetting, endring eller avslutning av behandling med HF-finansierte legemidler. Pasientene opplever sånn sett aldri at de får avslag på søknad om oppstart med aktuelle legemidler.

I intervju er det opplyst at ferdig utfylt godkjenningsskjema blir skannet inn i journalen til pasienten. Av de sju journalene som omhandlet oppstart av behandling med MS-medikamenter, fant internrevisjonen at det kun i ett tilfelle forelå godkjenningsskjema som viste at det var besluttet oppstart av medikamentbehandling. I journalene som beskriver skifte av et sykdomsmodifiserende MS-legemiddel, mangler i flere tilfeller journalnotat der det fremkommer hvorfor legemiddel er blitt seponert. I noen tilfeller ble seponering av sykdomsmodifiserende MS-legemiddel begrunnet med bivirkninger, men bivirkningene var da ikke alltid beskrevet.

Det fremkom under intervju at ordningen med LIS-avtalene er kjent og etterleves i forskrivningen så langt anbefalt legemiddel er egnet og at det ikke medfører store ulemper for pasienten. Journalgjennomgangen viste at valg av legemiddel kun var begrunnet i ett tilfelle. Begrunnelsen var da at pasienten fikk Copaxone fordi pasienten i større grad vil huske å sette injeksjon hver dag enn annen hver dag.

I godkjenningsskjemaet fremgår det at "Effekten av legemidlet vil bli evaluert med jevne mellomrom, dette i henhold til vedtatte retningslinjer. Det vil bli vurdert hvert år om behandlingen skal fortsette". I intervju opplyses det at pasientene følges tett opp, spesielt det første året etter oppstart med aktuelle legemiddel. Oppfølging skjer i hovedsak i sykehus. Fastlegene involveres i liten grad utover at de mottar journalnotat. Det er oppfordret til involvering av fastlegene i de nasjonale faglige retningslinjene for diagnostikk, attack- og sykdomsmodifiserende behandling av multipel sklerose, IS-1905. Når det gjelder oppfølging av pasienten etter oppstart av behandling eller endring i behandling med sykdomsmodifiserende legemidler, var det vanskelig ut fra journalnotatene å få verifisert hvilke rutiner som ligger til grunn for dette. Imidlertid viste journalene at spesialsykepleiere har en sentral rolle både i oppfølging og opplæring av pasientene.

Ut fra opplysningene i intervju kan det synes som at avdelingen følger nasjonale retningslinjer og Lis-anbefalinger. Internrevisjonen har imidlertid funnet det vanskelig å få verifisert dette godt nok i den foreliggende dokumentasjonen. Internrevisjonen mener at

avdelingen bør foreta en gjennomgang av sine prosedyrer for journalføring for å sikre at de opplysninger som er nødvendige for behandlingen av pasienten nedtegnes i journalen. Internrevisjonen er av den oppfatning at avdelingen bør vurdere om det kan være nyttig og hensiktsmessig å utarbeide interne retningslinjer som understøtter beslutningen om behandling med MS-legemidler og oppfølging/kontroll av disse pasientene.

7.3.3 Funn og vurderinger – revmatologi

Av de 72 H-resepter som ble utstedt totalt i foretaket i de siste tre månedene i 2011, er det opplyst at det er utstedt til sammen 53 H-resepter ved revmatologisk avdeling, 20 resepter ved Sykehuset Namsos og 33 resepter ved Sykehuset Levanger. Omfang av forskrivning av biologiske legemiddel ble oppgitt å være omlag 200 resepter i 2011.

Det er opplyst at avdelingen benytter de nasjonale faglige retningslinjer som gjelder på fagfeltet. Avdelingen har pr. i dag utarbeidet en prosedyre i EQS "Utredning av pasienter før oppstart med biologisk behandling". Det er knyttet to sjekklister til prosedyren, "Sjekkliste for vurdering av tuberkuloserisiko før behandling med TNF-alfa-blokkere" og "Sjekkliste biologiske", som brukes ved oppstart/endring av biologiske legemidler. I tillegg er skjemaet "Behandling med BIOLOGISKE legemiddel" tilknyttet den nevnte prosedyren. Skjemaet benyttes når det fattes vedtak om behandling med slikt legemiddel og omtales som godkjenningsskjema. I følge det som ble opplyst under intervju trenger skjemaet en gjennomgang for å sikre at innholdet er korrekt. Det fremgår f.eks. i skjemaet at søknad er behandlet av "legemiddelkomiteen for biologisk behandling", mens det under revisjonen kom fram at oppstart med behandling av biologisk legemiddel drøftes i "biologisk møte". Avdelingen ser behov for ytterligere utvikling av interne prosedyrer på området, men mener at dette arbeidet bør koordineres av RHFet for å sikre en bedre og mer lik praksis i de ulike HFene i forbindelse med behandling med biologiske legemidler.

I intervju er det fremkommet at forskrivning av HF-finansierte legemidler innen revmatologi gjøres både av spesialister og lis-leger, noe som også bekreftes i de mottatte journalene. I henhold til de nasjonale retningslinjene fremgår det at "Forskrivning skjer av spesialist innenfor de respektive fagområder..". I og med at det kun er 2 spesialister pr. i dag ved avdelingen, opplyses det at det ikke vil være praktisk gjennomførbart at disse to skal ta seg av all forskrivning. Man mener at dette heller ikke er hensiktsmessig rent faglig, da forskrivning av biologiske legemidler er en sentral del av legegjerningen innen fagområdet og dermed også en viktig del av skoleringen av lis-legene.

Ved indikasjon på oppstart med behandling av biologisk legemiddel drøftes dette i "biologisk møte". Slikt møte avholdes en gang i uka ved avdelingen der to spesialister alltid deltar. Her diskuteres sykdomshistorien, diagnose, tidligere gjennomgått behandling, nåværende legemiddelbruk og aktuell sykdomstilstand. I noen tilfeller skjer det at pasienter får avslag på behandling med et biologisk legemiddel etter vurdering av indikasjon og andre forhold.

Ved oppstart eller endringer i behandlingen med biologiske legemidler signerer alltid to spesialister på godkjenningsskjema. Når en av de to spesialistene har vært fraværende fra avdelingen av ulike årsaker, har man løst situasjonen ved å innhente hjelp fra revmatologisk avdeling ved St. Olavs Hospital. Bistand fra St. Olavs Hospital i slike situasjoner er ikke en formalisert ordning, men løses ad hoc når situasjonen oppstår. Under faktaverifikasjon av foreliggende rapport er det opplyst at man det siste året har hatt bistand fra innleide spesialister i revmatologi.

Det er opplyst at både utfylte sjekklister og godkjenningsskjema skal/bør skannes inn i pasientens journal, men pr. i dag er det kun sjekklistene som skannes inn. Journalgjennomgangen av de sju mottatte journalene som omhandlet oppstart av behandling

med biologisk legemiddel, viste at det verken forelå sjekklister eller godkjenningsskjema. I journalene var det imidlertid referert til sjekklister og til vedtak i biologisk møte.

I godkjenningsskjemaet framgår det at "Effekten vil bli evaluert med jevne mellomrom, første gang etter to-tre måneder, deretter ca. hvert halvår". I intervju bekreftes dette i hovedsak. Det er vanskelig ut fra journalnotatene å få verifisert hvilke rutiner som ligger til grunn for oppfølging av pasienten etter oppstart av behandling eller endring i behandling med biologiske legemidler. Men det fremkommer at spesialsykepleiere har en sentral rolle både i oppfølging og opplæring av pasientene.

Fastlegen får kopi av alle polikliniske notat med bl.a. oppsummering av det biologiske møtet. Samarbeid med fastlegen sies å være viktig fordi fastlegekontorene følger opp med blodprøver og dessuten har anledning til å forskrive andre legemidler til disse pasientene.

Det opplyses at ordningen med LIS-avtalene er kjent og etterleves i forskrivningen så langt anbefalt legemiddel vurderes som egnet. I de totalt 14 mottatte journalene var det til sammen gjort 25 forskrivninger av biologiske legemidler. I ni av disse forskrivningene er det gitt en begrunnelse for forskrivning/bytte av legemiddel. I ett av journalnotatene ble valg av legemiddel begrunnet med LIS-anbefaling.

Ut fra opplysningene som foreligger er internrevisjonen av den oppfatning at avdelingen i all hovedsak følger nasjonale retningslinjer og Lis-anbefalinger. Med bakgrunn i det mottatte journalmaterialet kan det imidlertid synes som at avdelingen har et forbedringspotensiale når det gjelder journalføringen i og med at det i enkelte journaler ikke lot seg verifisere at retningslinjer og Lis-anbefalinger er fulgt. Videre mener internrevisjonen at avdelingen bør videreutvikle sitt system med interne retningslinjer for å sikre et best mulig beslutningsgrunnlag for oppstart av behandling med biologiske legemidler og oppfølging/kontroll av pasientene.

7.4 Kodepraksis og kontroll av inntekter og utgifter

7.4.1 Vurderingsgrunnlag basert på kodeveiledning 2012 og øvrige retningslinjer

- Det legges til grunn at en H-resept er en resept som innebærer at det er regionalt helseforetak som har helhetlig finansieringsansvar for legemiddelet som utleveres i henhold til resepten. Følgende rapporteringskrav gjelder ved utstedelse av H-resept for særskilte legemiddel som ledd i en helsehjelpsepisode, eller ved indirekte kostnader:
 - Tilstander (ICD-10-koder) og prosedyrekoder (NCSP og NCMP) som gjelder aktuell helsehjelpsepisode registreres og rapporteres etter vanlige retningslinjer.
 - Utstedelse av H-resept på legemiddel registreres og rapporteres ved nasjonal særkode WL000.
 - For spesifisering av hvilket legemiddel H-resepten gjelder angis ATC-kode eller tilsvarende særkode.
- Poliklinisk behandling med utvalgte legemidler skal rapporteres til NPR og kodes etter gjeldende retningslinjer og nasjonale særkoder
- Følgende opplysninger skal fremkomme på fakturaen: det enkelte ekspederte legemiddel, herunder antall, pakningsstørrelse og pris. I tillegg skal rekvirentens navn og ID-nummer og pasientens kommunenummer/postnummer (basert på folkeregisteradresse) fremgå.

7.4.2 Funn og vurderinger

All koding skal registreres i det pasientadministrative systemet (PAS) og danner grunnlag for rapportering av disse opplysningene til Norsk Pasientregister (NPR). Inntektene for HF-finansierte legemidler utløses altså gjennom koding ved foretakene og hos spesialister med driftsavtale med RHFene, og gjennom rapportering av dette til NPR.

Det opplyses at hovedregelen er at legene setter koder ved utstedelse av H-resept på et såkalt kodeark (papirbasert) når pasientene er til konsultasjon på poliklinikk. Innholdet i kodearket registreres i PAS (pasientadministrativt system) av sekretær. Ved revmatologisk avdeling har man et system der sykepleierne kontrollerer om registrering av koder i PAS er gjort korrekt. Det er videre opplyst at ved revmatologisk avdeling har sykepleierne en sentral rolle i kodingen når pasientene får fornyet sine H-resepter ved at sykepleierne både setter koder og registrerer disse i PAS. Ut fra det som er opplyst har nevrologisk avdeling ikke tilsvarende system.

Ifølge det som kom fram i intervju føler legene seg sikre på at det alltid kodes for både diagnose (ICD-10-koder), prosedyrekode (NCSP og NSMP) og særkode for H-resept (WL100), da dette er noe man har et stort fokus på. Det har imidlertid fremkommet under revisjonen at det skjer feil. Et spesielt sårbart område har vist seg å være sekretærtjenesten i felles pasientmottak der det skjer at særkodene ikke blir registrert i PAS.

Feilene som gjøres i forbindelse med kodingen fanges pr. i dag opp av manuelle kontrollrutiner, dvs. gjennom kontroller fra sykepleiere (revmatologisk avdeling) og av koderådgiver i helseforetaket. Koderådgiver gjennomfører kontroller hvert tertial og en grundigere sjekk før frist for årsoppgjør. Det er manuelle rutiner som utføres på grunnlag av automatiserte rapporter fra elektronisk pasientjournal (rapport over alle utskrevne resepter på biologiske legemidler pr. pasient) og rapporter fra et system som kalles NimesVis (viser alle resepter og behandlinger som er kodet i PAS). Disse rapportene må gjennomgås manuelt, men rapportene er automatisk generert i datasystemene. Det opplyses at flere millioner kroner blir sikret gjennom disse manuelle kontrollrutinene. De manuelle kontrollene oppleves som arbeidskrevende og ressurskrevende.

I intervju kom det fram forslag om at Resepteregisteret (nasjonalt register over alle resepter som ekspederes ved landes apotek) burde benyttes som grunnlag for inntektsberegning knyttet til HF-finansierte legemidler i stedet for rapporter fra NPR. Dette ville forenkle arbeidet for helseforetakene. I tillegg mener man at dette ville medføre mer korrekte inntekter fordi man da får inntekter av de medikamentene som reelt blir utlevert fra apotek, og ikke slik som i dag at inntektene er basert på reseptforskrivningene.

Apotekene som utleverer HF-finansierte legemidler til pasientene sender faktura på kostnadene til Helse Nord-Trøndelag. Helseforetaket har en avtale med Sykehusapoteket i Levanger om kontroll av fakturaene. Det er opplyst at foretaket ikke har et system for å kontrollere fakturaene opp mot inntektene for å sikre at det er samsvar mellom kostnader inntekter. Man mener at dette heller ikke er mulig slik systemet er lagt opp i dag, der bl.a. taushetspliktreglene setter skranker for slik kontroll.

En del pasienter hjemmehørende i Nord-Trøndelag kan av ulike grunner (for eksempel studier) bli behandlet med HF-finansierte legemidler ved andre helseforetak i landet og hos avtalespesialister. I slike tilfeller skal Helse Nord-Trøndelag både betale for medikamentene og ha inntekter knyttet til disse. Det opplyses at foretaket ikke har oversikt over dette området. De antar at kostnadene blir belastet foretaket, men at det ikke er mulig å kontrollere kodingen for behandling utenfor foretaket og at man dermed ikke har muligheter til å kontrollere om man får de inntektene man har krav på for disse pasientene.

Opplysninger fra Helse Nord-Trøndelag viser at kostnadene for HF-finansierte legemidler beløper seg til ca. 55 mill. kr i 2011 (sykehus- og pasientadministrerte). Dette stemmer godt

overens med statistikk tatt ut fra Sykehusapotekenes legemiddelstatistikk (SLS). De aktivitetsbaserte inntektene (40 %) for legemidlene i 2011 beløper seg til i underkant av 21 mill kr, noe som indikerer at det for 2011 er samsvar mellom inntekter og kostnader knyttet til HF-finansierte legemidler.

Revisjonen har vist at finansieringssystemet for HF-finansierte legemidler gir helseforetaket store utfordringer i forhold til kontroll av at foretaket får de rettmessige inntektene knyttet til disse legemidlene, og mulighetene for kontroll av om det er samsvar mellom kostnader og inntekter. Denne observasjonen samsvarer godt med konklusjonen i rapport fra interregional arbeidsgruppe for HF-finansierte legemidler.

Helseforetakets utfordringer på dette området innebærer at mange forhold til mulig forbedring ligger utenfor foretakets handlingsrom. Internrevisjonen mener imidlertid at foretaket på enkelte områder har muligheter til å fjerne risiko for inntektstap. Revisjonen har bl.a. vist at foretaket har et sårbart system for styring og kontroll av koding og inntekter knyttet til HF-finansierte legemidler ved at det er lagt opp til manuelle kontroller som krever stor arbeidsinnsats fra enkeltpersoner, der særlig én person blir en "krumtapp" i systemet. Internrevisjonen mener at foretaket bør ha en gjennomgang av denne ordningen med tanke på å få etablert en enklere og mer robust system. I tillegg har revisjonen vist at foretaket ikke har god nok styring og kontroll med at forskrivning av H-resepter kodes og med at riktige opplysninger blir registrert i PAS.

8. Anbefalinger

1. Begge de reviderte avdelingene bør gjennomgå sine prosedyrer for journalføring for å sikre at de opplysninger som er nødvendige for behandlingen av pasienten nedtegnes i journalen.
2. Begge de reviderte avdelingene bør etablere/videreutvikle interne prosedyrer for behandling HF-finansierte legemidler.
3. Helseforetaket bør sikre at pkt 1 og pkt 2 ses i forhold til foretaket som helhet.
4. Helseforetaket bør etablere system som sikrer bedre styring og kontroll med at forskrivning av H-resepter kodes og at riktige opplysninger registreres i PAS.
5. Helseforetaket bør etablere et mer robust system for oppfølging og kontroll av koding og inntekter knyttet til HF-finansierte legemidler.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 37/2013 Nasjonal internrevisjonsrapport for pasientreiser

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	12.09.13	37/2013
Saksbeh:	Rune Modell	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2013/3198	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar saken til orientering.

SAKSUTREDNING:

Sak 37/2013 Nasjonal internrevisjonsrapport for pasientreiser

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Nasjonal internrevisjonsrapport for pasientreiserområdet
2. Oversendelsesbrev – Internrevisjonsrapport
3. Internrevisjonsrapport – Revisjon av tverrgående prosesser mellom helseforetak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS, datert 01.07.13

BAKGRUNN

Helse Midt-Norge fikk i oppdrag å revidere tverrgående prosesser mellom Helseforetak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS i Skien. Pasientreiser ANS er et selskap som koordinerer pasientreiseoppgjør nasjonalt. Revisjonen har fokusert på samhandlingen mellom dette nasjonale selskapet og lokale pasientreisekontor i helseforetakene.

Revisjonen ble gjennomført ved Helse Nord-Trøndelag pr 11.12.12. Revisjonsleder Ellinor Wessel Pettersen.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Revisjonsrapporten beskriver funn, vurderinger og anbefalinger etter en landsomfattende revisjon som er gjennomført i samarbeid mellom internrevisjonene i de fire helseregionene og internrevisjonen i Pasientreiser ANS.

I Helse Midt-Norge er det gjennomført revisjonsbesøk ved de tre pasientreisekontorene som finnes i regionen:

Helse Nord-Trøndelag HF (Levanger)

Helse Møre og Romsdal HF (Ålesund)

St. Olavs Hospital HF (Orkdal)

OPPFØLGING AV FUNN

Den nasjonale rapporten inneholder 19 punkter med nasjonale anbefalinger. Ikke alle disse er relevante for Helse Nord-Trøndelag, da punktene er tverrsnitt av funn fra alle landets pasientreisekontor.

Punkt 8 og 10 er definert som utilfredsstillende og fremheves derfor her. Øvrige tiltak på de 19 forbedringsområder/anbefalinger er nærmere beskrevet med status for Helse Nord-Trøndelag i vedlegg til saken (vedlegg 1)

Nr	Nasjonale anbefalinger, ref. revisjonsrapport	Rettes mot (ref. rev.rapport)	Kommentar fra Pasientreiser HNT	Tiltak Pasientreiser HNT
8	Rutiner og manuelle kontroller for tildeling, endring og avslutning av tilganger i NISSY bør forbedres. Tildelte tilganger på området må gjennomgås.	Pas ANS HFene	Følges opp av RHF og Pas ANS. Ligger i Pas ANS strategi for 2014, jfr strategisamling Gardermoen august 2013	Avventer nasjonal framdrift via Pasientreiser ANS (forvalter av datasystemet NISSY)

10	Arbeidet med etablering av et standardisert opplegg og felles verktøy for kontroll av direkteoppgjør prioriteres.	RHFene Pas ANS	Følges opp av RHF og Pas ANS. Ligger i Pas ANS strategi for 2014, jfr strategisamling Gardermoen august 2013	Avventer nasjonal framdrift via Pasientreiser ANS (krever endring i nasjonale datasystemer) HNT har i tillegg eget system for dette

Nasjonal internrevisjonsrapport for pasientreiserområdet pr juli 2013

Revisjon av tverrgående prosesser mellom helseforetak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS

Nr	Tiltak	Rettes mot	Kommentar fra Pasientreiser Helse Nord-Trøndelag
1	Det bør vurderes fastsatt et entydig mål for saksbehandlingstid i enkeltoppgjør og etableres tiltak for å sikre at saksbehandlingstiden overholdes.	RHFene HFene	Pr i dag jobbes det mot et mål om at pasient skal ha svar på sin refusjonssøknad innen 2 uker etter at den er innsendt. Helse Nord-Trøndelag har et gjennomsnitt som ligger innenfor 2 uker inkludert postgang. Vi har allerede innført tiltak som gjør at vi klarer å holde oss innenfor målet: - Bruker ressurser mellom avdelingene Enkeltoppgjør og Direkteoppgjør etter behov. - Fokus på måltall og måloppnåelse - Bemanning ift erfaringstall på trafikktopper slik at vi er i forkant av utviklingen - God kontroll på ferieavviklingen
2	Det bør vurderes om arbeidsprosess- og rutinebeskrivelser, og opplegg for lagring og versjonshåndtering av disse, kan standardiseres ytterligere.	RHFene	Kommentar fra HNT: Pasientreiser HNT ivaretar dette gjennom at vi er ISO-sertifisert
3	Det bør gjøres en samlet risikovurdering av prosessen for å beslutte hvilke kontrolltiltak som er effektive og hensiktsmessige hos hver av partene for å sikre at saker blir korrekt behandlet og utbetalt.	RHFene Pas ANS HFene	Pr i dag blir saker som har en utbetaling på over kr 2.500,- kontrollert og attestert av en annen arbeidstaker.

			Vi tar stikkprøvekontroller på saker behandlet av nye saksbehandlere for å forsikre oss om at de har en kvalitet på samme nivå som øvrige saksbehandlere ved avdelingen. Andre saker blir kontrollert ved spørsmål fra pasient. Det gjennomføres tavlemøter hver 14.dag for å sikre mest mulig lik praksis i saksbehandlingen.
4	Det bør utarbeides opplæringsplaner og legges til rette for deltakelse i kompetansehevende tiltak i pasientreisekontor hvor dette ikke er gjort.	HFene	Hver enkelt arbeidstaker gjennomfører årlig elektronisk oppfriskingskurs. Følges opp av leder. I tillegg gjennomfører Pas ANS kurs etter behov som vi deltar på. Det er laget opplæringsplan for nyansatte både på Enkeltoppgjør og Direkteoppgjør.
5	Det bør vurderes utarbeidet felles retningslinjer for hvilke avvik og uønskede hendelser vedrørende enkeltoppgjør og direkteoppgjør som systematisk bør dokumenteres, følges opp og inngå i den læringsbaserte utviklingen av pasientreiseområdet.	RHFene	Kommentar fra HNT: Gjennom ISO har vi innført felles retningslinjer for hvilke avvik som skal registreres i vårt avvikssystem.
6	Det bør vurderes om arbeidsprosess- og rutinebeskrivelser samt opplegg for lagring og versjonshåndtering av disse kan standardiseres ytterligere.	RHFene	Kommentar fra HNT: Pasientreiser HNT ivaretar dette gjennom at vi er ISO-sertifisert

7	Gjennomføring av forbedringsprosesser basert på LEAN bør vurderes gjennomført i alle pasientreisekontor.	HFene	Pasientreisekontorene i Helse Midt-Norge var pilot på LEAN på landsbasis. Ved Pasientreiser i Helse Nord-Trøndelag jobber vi etter LEAN-prinsippet både på Enkeltoppgjør og Direkteoppgjør.
8	Rutiner og manuelle kontroller for tildeling, endring og avslutning av tilganger i NISSY bør forbedres. Tildelte tilganger på området må gjennomgås.	Pas ANS HFene	Vi kan ikke sette inn tiltak på dette på egen hånd. Initiativet må komme fra systemeier i Nissy Pasientreiser ANS.
9	Det bør foretas en systematisk gjennomgang og vurdering av mislighetsrisiko som omfatter risiko både i forhold til eksterne leverandører (transportører) og egne ansatte.	RHFene HFene	Det må vurderes å gjennomføre ROS-analyse på området. Vi har uansett valgt å gjennomføre følgende tiltak: Enkeltoppgjør: Vi vil lage en rutinebeskrivelse på saksbehandling av reiseoppgjør hvor saksbehandler kan være innhålig. Direkteoppgjør: Vi vil lage en rutinebeskrivelse i de tilfeller der ansatte i Helseforetaket med tilgang i Nissy kan være innhålig.
10	Arbeidet med etablering av et standardisert opplegg og felles verktøy for kontroll av direkteoppgjør bør prioriteres.	RHFene Pas ANS	Følges opp av RHF

11	Behovene for data for styrings- og oppfølgingsformål i pasientreisekontorene bør avklares, og styringsrapporter som foretakene har behov for, bør utarbeides.	HFene Pas ANS	Pas ANS og analysenettverket som ledes av Pas ANS jobber med denne saken.
12	Det bør avklares om tiltak som er iverksatt lokalt for å hente ut data direkte fra dataleverandøren og over i andre verktøy er i samsvar med de krav som følger av helseregisterloven og personopplysningsloven med tilhørende forskrift.	HFene Pas ANS	Følges opp av Pas ANS
13	Eierne bør understreke at sikring av riktig regelverkspraktisering tilligger helseforetakene, og at Pasientreiser ANS skal bidra til økt harmonisering. Den presiserte SLA-formulering bør reflekteres i styrende dokumenter for øvrig innen pasientreiseområdet.	RHFene	Ikke aktuelt for Helse Nord-Trøndelag
14	Den etablerte styringsmodellen på pasientreiseområdet bør tydeliggjøres innholdsmessig slik at det oppnås en felles forståelse av hvordan modellen er ment å skulle fungere, herunder hvilke saker som skal behandles i rådgivende samhandlingsfora og hvem som tar beslutninger på bakgrunn av de råd som kommer fra foraene.	RHFene	Følges opp av RHF
15	Saker der det er uenighet om hvordan regelverket skal praktiseres, bør dokumenteres og avklares i eierstyringslinjen fra de regionale helseforetakene til helseforetakene.	RHFene	Følges opp av RHF

16	Det bør fastsettes tydeligere mål- og resultatkrav innenfor pasientreiseområdet til helseforetak som har pasientreisekontor.	RHFene HFene	Pasientreiser i Helse Nord-Trøndelag har resultatkrav gjennom budsjett. Gjennom ISO og LEAN har vi satt oss interne mål- og resultatkrav.
17	Det bør avklares om lokalt anskaffede IKT-systemer (eksempelvis Bliksund), som understøtter oppgaveløsingen i pasientreisekontorene, skal inngå som en del av den samlede IKT „porteføljen på området.	RHFene Pas ANS HFene	Pasientreiser i Helse Nord-Trøndelag støtter anskaffelse av bedre IKT system som understøtter bruk av Nissy fram til et ”nytt Nissy” er på plass
18	Systemeieransvaret og eventuelt databehandleransvaret for nye systemer som er tatt i bruk eller planlegges tatt i bruk i flere pasientreisekontor bør avklares.	RHFene Pas ANS	Følges opp av RHF / Pas ANS
19	Det bør etableres et systematisk opplegg for gjennomgang og oppfølging av risiko på pasientreiseområdet, slik at tiltak kan iverksettes med utgangspunkt i et omforent risikobilde.	RHFene Pas ANS HFene	RHF bør vurdere hvilke områder på pasientreiseområdet det må gjennomføres ROS-analyse.

Helse Nord-Trøndelag HF
Administrerende direktør
Sykehuset Levanger, Postboks 333
7601 LEVANGER

Vår ref.
2012/486-5

Deres ref.

Saksbehandler
Ellinor Wessel Pettersen
Internrevisjonen, tlf 971 54 311

Dato
01.07.2013

Oversendelse av internrevisjonsrapport - revisjon av tverrgående prosesser mellom helseforetak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS

Vi viser til revisjon av temaet tverrgående prosesser mellom helseforetak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS. Revisjonsbesøk ved Helse Nord-Trøndelag ble gjennomført i desember 2012.

Revisjonen er gjennomført som et landsdekkende samarbeid mellom internrevisjonene i de fire regionale helseforetakene og internrevisjonen i Pasientreiser ANS. Rapporten oppsummerer internrevisjonenes funn, vurderinger og konklusjoner for hele landet, og likelydende rapport sendes alle de reviderte helseforetak, de fire regionale helseforetakene og Pasientreiser ANS.

Foreløpig rapport har vært forelagt de reviderte foretakene, de regionale helseforetakene og Pasientreiser ANS til faktaverifikasjon og relevante tilbakemeldinger er innarbeidet i rapporten.

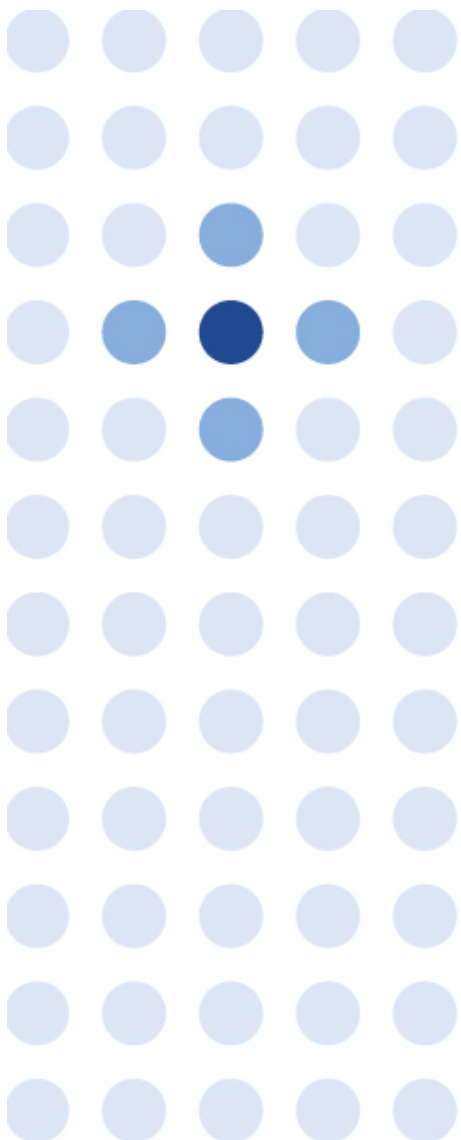
Vedlagt oversendes endelig rapport fra revisjonen. Rapporten inneholder 19 anbefalinger som dels er rettet mot flere av aktørene og dels mot den enkelte aktør i revisjonen. Internrevisjonen ber administrerende direktør om en handlingsplan som viser hvilke tiltak som tenkes igangsatt for oppfølging av anbefalingene i rapporten. Vi antar at det for de aller fleste av anbefalingene vil kreve samarbeid mellom alle aktører i forbindelse med utarbeidelse av handlingsplan. Det er ønskelig at det knyttes tidsfrister til tiltakene i handlingsplanen der dette er mulig.

Rapporten og handlingsplanen bør fortrinnsvis behandles i styret i foretaket før oversendelse av handlingsplan.

Frist for oversendelse av handlingsplan: 1. oktober 2013.

Med vennlig hilsen

Ellinor Wessel Pettersen
internrevisjonssjef



Internrevisjonsrapport

Revisjon av tverrgående prosesser mellom
helseforetak som har pasientreisekontor og
Pasientreiser ANS

Stjørdal, 1. juli 2013

INNHALDSFORTEGNELSE

1. SAMMENDRAG.....	3
2. INNLEDNING.....	5
2.1 BAKGRUNN.....	5
2.2 FORMÅLET MED REVISJONEN.....	5
2.3 OMFANG OG AVGRENSNINGER.....	5
2.4 GJENNOMFØRING OG METODE	5
3. BESKRIVELSE AV PASIENTREISEOMRÅDET	6
3.1 HVA ER EN PASIENTREISE?	6
3.2 ORGANISERING, ANSVAR OG OPPGAVER.....	6
3.3 SAMHANDLINGSARENAER OG FELLESTILTAK.....	7
4. PROSESSER KNYTTET TIL REISER UTEN REKVISISJON (ENKELTOPPGJØR)	10
4.1 REISER UTEN REKVISISJON.....	10
4.2 KLARGJØRING AV SAK OG SAKSBEHANDLING	10
4.3 REGELVERKSPRAKTISERING OG LIKEBEHANDLING	13
4.4 KONTROLL - ENKELTOPPGJØR.....	15
4.5 OPPLÆRING, VEILEDNING OG AVVIKSRAPPORTERING	17
4.6 FORVALTNING OG DRIFT AV SAKSBEHANDLINGSSYSTEMET PRO	19
5. PROSESSER KNYTTET TIL REISER MED REKVISISJON (DIREKTEOPPGJØR).....	21
5.1 REISER MED REKVISISJON	21
5.2 FORVALTNING OG DRIFT AV SAKSBEHANDLINGSSYSTEMET NISSY	22
5.3 KONTROLL – DIREKTEOPPGJØR.....	25
6. STATISTIKK- OG STYRINGSDATA OG OPPFØLGING AV RAPPORTER I STYRINGSLINJEN..	27
6.1 REVISJONSFUNN	27
6.2 VURDERINGER.....	27
6.3 ANBEFALINGER	28
7. SAMHANDLING MELLOM HELSEFORETAK MED PASIENTREISEKONTOR, PASIENTREISER ANS OG DE REGIONALE HELSEFORETAKENE	29
7.1 REVISJONSFUNN	29
7.2 VURDERINGER.....	31
7.3 ANBEFALINGER	32
8. KONKLUSJONER OG ANBEFALINGER	33
8.1 KONKLUSJONER	33
8.2 ANBEFALINGER	34
9. VEDLEGG.....	36

1. Sammendrag

Denne rapporten er utarbeidet etter en samarbeidsrevisjon mellom internrevisjonene i de fire regionale helseforetakene og internrevisjonen i Pasientreiser ANS.

Formål, omfang og avgrensninger

Formålet med samarbeidsrevisjonen har vært å kartlegge og vurdere i hvilken grad det er god styring og kontroll i de sentrale, tverrgående arbeidsprosesser mellom helseforetak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS. Revisjonen har vært avgrenset til følgende fire områder og prosesser:

- Reiser uten rekvisisjon (enkeltoppgjør)
- Reiser med rekvisisjon (direkteoppgjør)
- Rapportering og oppfølging av statistikk- og styringsdata
- Samhandling mellom helseforetak som har pasientreisekontor, Pasientreiser ANS og de regionale helseforetakene.

Internrevisjonens vurderinger og konklusjoner

Internrevisjonen konstaterer at det er lagt ned et stort og viktig arbeid på pasientreiseområdet siden ansvarsområdet ble overført fra NAV og innlemmet i de regionale helseforetakenes ”sørge for”-ansvar, og at det er etablert mange gode og velfungerende internkontrolltiltak på de områder som er omfattet av revisjonen.

Det er imidlertid avdekket områder hvor internrevisjonen mener det ikke er etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll:

- Tilgangskontrolløsningen i saksbehandlingssystemet NISSY er ikke tilfredsstillende og gir etter internrevisjonens vurdering en for høy risiko for uriktig rekvisisjonspraksis og misligheter knyttet til reiser med rekvisisjon (direkteoppgjør).
- Rutiner, verktøy og praksis for kontroll med direkteoppgjør mot leverandører er mangelfulle ved helseforetakene, og dette fører til betydelig risiko for uoppdagede feil i oppgjørene. Ved mange pasientreisekontor er det heller ikke gjennomført vurdering av mislighetsrisikoen.

Internrevisjonen har også konstatert at det bør settes i verk forbedringer av den interne styring og kontroll på følgende områder:

- Mange helseforetak/pasientreisekontor har ikke entydige mål for saksbehandlingstid å forholde seg til, og i alle regioner er det pasientreisekontor som i perioder ikke har lyktes med å holde saksbehandlingstiden på et ønsket nivå.
- Det framkommer dokumentasjon og uttalelser om at det ved flere pasientreisekontor praktiseres en saksbehandling som kan være i strid med gjeldende regelverk og/eller gitte anbefalinger. Ved uenighet om hvordan regelverket skal eller bør praktiseres, er det ikke etablert rutiner som gir tilfredsstillende sikkerhet for at målet om likebehandling blir ivaretatt gjennom eierstyringslinjen.
- Funksjonalitet for reiseplanlegging i NISSY tilfredsstiller ikke behovene ved pasientreisekontorene.
- Det er i svært liten grad fastsatt konkrete mål til helseforetakene for pasientreiseområdet.

Internrevisjonen anbefaler til sammen 19 tiltak for styrking av den interne styring og kontroll på områdene som er omtalt ovenfor. Anbefalingene går dels på arbeidsprosesser innad og mellom aktørene, og dels på selve styringsmodellen. En rekke av anbefalingene må etter internrevisjonens oppfatning vurderes og vedtas av de regionale helseforetakene (RHFene). Noen av anbefalingene retter seg imidlertid mot forhold som hører inn under ansvaret for helseforetakene som har pasientreisekontor, eller Pasientreiser ANS. De aller fleste vil kreve samarbeid mellom alle aktører.

2. Innledning

2.1 Bakgrunn

Denne revisjonsrapporten omhandler funn, konklusjoner og anbefalinger fra en landsomfattende revisjon av pasientreiseområdet, utført av internrevisjonene i hver av de fire regionale helseforetakene og internrevisjonen i Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS (heretter kalt Pasientreiser ANS). Når det i fortsettelsen refereres til *internrevisjonen*, menes denne gruppen av fem internrevisjonsenheter. Revisjonen har omfattet alle 18 helseforetak som har pasientreisekontor, de fire regionale helseforetakene og Pasientreiser ANS.

Internrevisjonen i Pasientreiser ANS gjennomførte i 2011/2012 en internrevisjon av selskapets interne styring og kontroll som del av virksomhetsstyringen. Revisjonen omfattet systemer og prosesser internt i Pasientreiser ANS, dvs. innenfor selskapets juridiske ansvar. I forlengelse av denne ble det tatt initiativ til en samarbeidsrevisjon (i fortsettelsen referert til som *revisjonen*). Dette for å få belyst helheten i prosessene mellom selskapet og pasientreisekontorene. Samarbeidsprosjektet er forankret i de respektive regionale revisjonsutvalgene og i styret for Pasientreiser ANS.

2.2 Formålet med revisjonen

Formålet med revisjonen har vært å kartlegge og vurdere i hvilken grad det er god styring og kontroll i de sentrale, tverrgående arbeidsprosesser mellom helseforetak som har pasientreisekontor og Pasientreiser ANS.

2.3 Omfang og avgrensninger

Revisjonen har omfattet følgende områder og prosesser:

- Reiser uten rekvisisjon (enkeltoppgjør)
- Reiser med rekvisisjon (direkteoppgjør)
- Rapportering og oppfølging av statistikk- og styringsdata
- Samhandling mellom helseforetak som har pasientreisekontor, Pasientreiser ANS og de regionale helseforetakene

Gjennom mottatt dokumentasjon og i intervjuer er temaet regelverksfortolkning belyst, uten at internrevisjonen selv har foretatt faglig etterprøving av den konkrete saksbehandlingspraksisen. Revisjonen har ikke omfattet praksisen for bestilling av transport eller prosessene for avtaleinngåelse og samhandling med transportørvirksomheten, men enkelte sider ved kontrollrutinene på pasientreisekontorene er vurdert. Internrevisjonen har heller ikke sett nærmere på drift og forvaltning av telefontjenesten 05515 og nettsidene pasientreiser.no.

2.4 Gjennomføring og metode

Revisjonen er gjennomført i perioden november 2012 til april 2013. Revisjonen er utført ved bruk av ulike metoder, herunder spørreundersøkelse, dokumentgjennomgang, analyse av data og rapporter, samt intervjuer med ledere og ansatte i de enkelte pasientreisekontor/helseforetak, i Pasientreiser ANS og i de regionale helseforetakene. Intervjuene ble i stor grad gjennomført som gruppeintervjuer. Faktisk tilstand er vurdert opp mot kriterier som er basert på lov- og regelverk¹, eksterne og interne mål², samt COSOs rammeverk for hhv. intern styring og kontroll og risikostyring.

¹ Pasient- og brukerrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og syketransportforskriften og internkontrollforskriften.

² Styrende dokumenter, styrevedtak og interne planer i de ulike helseforetak og hos Pasientreiser ANS.

3. Beskrivelse av pasientreiseområdet

3.1 Hva er en pasientreise?

En pasientreise er en reise til og fra offentlig godkjent behandling og er en rettighet hjemlet i lovverk. (Pasient- og brukerrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven og syke transportsforskriften.)

Det er to typer pasientreiser:

Reiser uten rekvisisjon (Enkeltoppgjør)

En reise uten rekvisisjon innebærer at pasienten selv legger ut for reisen og søker om å få refundert utgiftene i etterkant. Søknad om refusjon sendes til Pasientreiser ANS, som skanner søknaden og vedlegg og distribuerer saken elektronisk til det pasientreisekontoret hvor pasienten er hjemmehørende. Der saksbehandles oppgjøret.

Reiser med rekvisisjon (Direkteoppgjør)

Dette er reiser som pasienten får rekvisisjon til av sin behandler (medisinsk rekvisisjon) eller av sitt lokale pasientreisekontor (trafikal rekvisisjon ved manglende rutegående tilbud). Helseforetaket dekker kostnaden direkte mot transportør og pasienten betaler bare en egenandel.

3.2 Organisering, ansvar og oppgaver

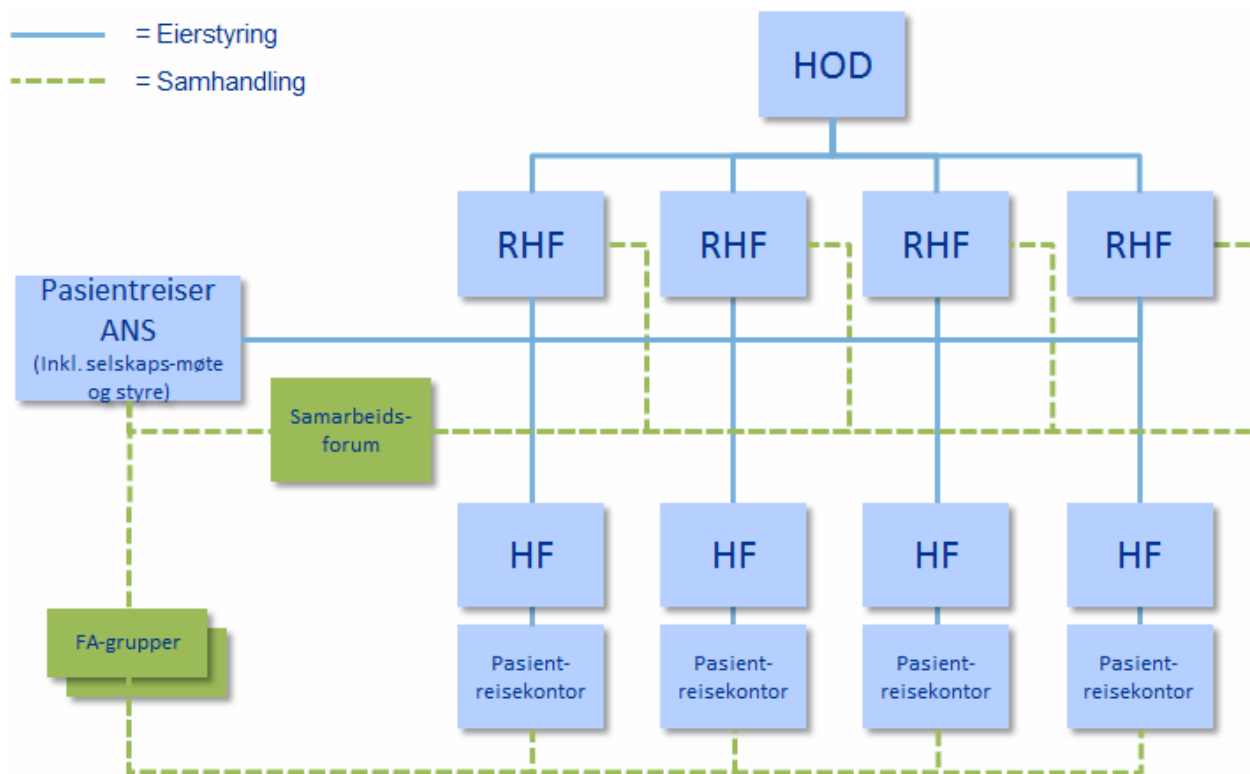
De regionale helseforetakene (RHFene) har ”sørge for”-ansvar på området pasientreiser. De underliggende helseforetakene ved sine pasientreisekontor ivaretar det løpende arbeidet, der både den juridiske myndigheten for saksbehandlingen og det økonomiske oppgjøret knyttet til ordningen er delegert til helseforetakene.

De 18 pasientreisekontorene i helseforetakene har ansvar for planlegging og bestilling av reiser med rekvisisjon (direkteoppgjør) og saksbehandler og refunderer utgifter til pasientreiser uten rekvisisjon (enkeltoppgjør). Det er fire pasientreisekontor i Helse Nord, tre i Helse Midt-Norge og fire i Helse Vest. I Helse Sør-Øst er det seks pasientreisekontor samt en regional saksbehandlerenhet (Enhet for reiseoppgjør), som saksbehandler alle reiser uten rekvisisjon i regionen. Denne enheten er lokalisert til Sykehuset Innlandet (Moelv). I de andre regionene saksbehandles reiser både med og uten rekvisisjon i samtlige pasientreisekontorer.

Pasientreiser ANS er et nasjonalt selskap, etablert som en felles enhet for de fire regionale helseforetakene, hvor formålet er definert til å oppfylle de regionale helseforetakenes ”sørge for”-ansvar på området pasientreiser. Selskapet er eid av de fire regionale helseforetakene, Helse Nord (20 %), Helse Midt-Norge (20 %), Helse Vest (20 %) og Helse Sør-Øst (40 %). Pasientreiser ANS sitt ansvarsområde er regulert i en selskapsavtale. Selskapsavtalen utgjør, sammen med det årlige oppdragsdokumentet og tjenesteleveranseavtale (SLA) med de fire RHFene, rammene for selskapets virksomhet.

Pasientreiser ANS har også systemeieransvar for saksbehandlingssystemene PRO (enkeltoppgjør) og NISSY (direkteoppgjør), telefoniløsningen 05515 samt webløsningen pasientreiser.no. I tillegg skal selskapet være et faglig kompetansesenter som skal yte juridisk bistand og opplæring til pasientreisekontorene. Samtidig skal Pasientreiser ANS bidra til harmonisering av regelverk og praksis på nasjonalt nivå og på den måten bidra til å sikre gode, likeverdige, brukervennlige og effektive løsninger for brukerne. Selskapet ivaretar videre deler av de transaksjonstunge oppgavene knyttet til enkeltoppgjør. Det er et nært samarbeid mellom Pasientreiser ANS og de 18 pasientreisekontorene. Ved pasientreisekontorene er det totalt ca 480 ansatte, mens det er ca 60 ansatte i Pasientreiser ANS.

Illustrasjonen under viser, noe forenklet, hvordan den formelle organiseringen (blå, heltrukne linjer) og samhandlingen (grønne, stiplede linjer) knytter aktørene sammen. RHF-enes eierstyring av Pasientreiser ANS og helseforetakene er synliggjort gjennom de blå linjene. I de grønne, stiplede samhandlingslinjene er også noen av de mest sentrale samhandlingsarenaene – Samarbeidsforum og FA-gruppene – tegnet inn.



Figur 1 Organisering av pasientreiseområdet

3.3 Samhandlingsarenaer og fellestiltak

De grønne linjene i figuren over illustrerer at det foreligger flere samhandlingsrelasjoner mellom RHFene, HF-ene og Pasientreiser ANS. I det etterfølgende beskrives de arenaene som er etablert, og deretter beskrives to fellestiltak.

Samarbeidsforum pasientreiser

Samarbeidsforum (SF) er etablert med bakgrunn i tjenesteleveranseavtalen, har eget mandat og består av representanter fra de fire RHFene og Pasientreiser ANS. Hovedoppgavene er bl.a. å etablere og evaluere funksjonelle arbeidsgrupper (FA-grupper), avholde driftsmøter (se under), drøfte endrings- og utviklingsbehov på et overordnet nivå, godkjenne endringer i tjenesteleveranseavtalen, samt rådgi systemeier av IKT/telefonisystemer i de oppgaver de er tillagt som systemeier. Systemeierforum inngår som en del av Samarbeidsforumet. Forumet har minimum 4 møter pr. år og ledes av Pasientreiser ANS.

Driftsmøter

Driftsmøter avholdes med de samme representantene som i Samarbeidsforum, og er forankret i tjenesteleveranseavtalen. Hovedoppgaven er å evaluere tjenesteleveranseavtalen med formål å avgi formelle tilbakemeldinger på hvordan leveransene tilsvarer de avtalte krav. Driftsmøte avholdes 2 ganger pr. år. I forkant av driftsmøtene gjennomfører Pasientreiser ANS regionale telefonmøter med lederne av pasientreisekontorene. Før telefonmøtene sender Pasientreiser ANS ut en presentasjon der lederne kan komme med innspill til møtet.

Funksjonelle arbeidsgrupper (FA-grupper)

Pasientreiser ANS skal i samarbeid med pasientreisekontorene og de regionale helseforetakene bidra til harmonisering av regelverk og praksis på pasientreiseområdet. Som en del av den etablerte forvaltningsmodellen for området er det opprettet funksjonelle arbeidsgrupper (FA-grupper); FA NISSY, FA PRO, FA 05515 og FA Regelverk. I henhold til felles mandat for gruppene, skal disse på eget initiativ eller på forespørsel fra Samarbeidsforum (SF) gi innspill til drøftinger og behandling av saker relatert til ansvarsområdet for de ulike FA-gruppene. Hver region og Pasientreiser ANS deltar med en eller to representanter i hver FA-gruppe, og regionene avgjør selv hvordan representasjonen fordeles mellom pasientreisekontorene. Hver regions representanter har ansvar for at informasjon fra FA-gruppene tilflyter de pasientreisekontor som ikke deltar i aktuell FA-gruppe, og at innspill er forankret i egen region. FA- gruppen skal så langt det er råd utrede forslag om aktuelle endringer og forbedringer.

Analysenettverk

Analysenettverket ble opprettet i 2011 og består av representanter fra hver region og Pasientreiser ANS. Hensikten med nettverket er å sikre nasjonalt samarbeid rundt analyser, rapporter og definisjoner, samt understøtte lik tilnærming til styringsinformasjon.

Strategisamling

Strategisamling arrangeres av Pasientreiser ANS årlig. Deltagere på strategisamlingen er to representanter fra hvert pasientreisekontor, hvorav en er lederen. I tillegg deltar RHF-representanter (medlemmer av SF). I etterkant av strategikonferansen gjennomfører Pasientreiser ANS regionale oppfølgingsmøter.

Pasientreisekonferanse

Pasientreisekonferansen er en årlig konferanse som bringer opp aktuelle temaer og tilrettelegger for informasjonsutveksling. Regionene bytter på å stå som arrangør og det er representanter fra Pasientreiser ANS, RHFene og pasientreisekontorene som deltar.

Nasjonalt ledernettverk

Nasjonalt ledernettverk avholder møte i forbindelse med den årlige pasientreisekonferansen. Nettverket består av de 18 lederne av pasientreisekontorene, og er et uformelt nettverk der verken Pasientreiser ANS eller regionalt helseforetak er deltagere.

Regionale nettverk

Regionale nettverk er etablert av ledere i pasientreisekontor og regional representant for å øke samarbeidet innad i regionene. I noen av regionene er det også etablert regionale FA-grupper.

Aktørene på pasientreiseområdet har også etablert følgende sentrale fellestiltak (prosjekter):

Prosjekt Kontinuerlig forbedring

I 2010 tok Pasientreiser ANS initiativ til å etablere prosjektet *kontinuerlig forbedring*. Helse Midt-Norge var pilot, og prosjektet er til nå gjennomført i Helse Nord og Helse Vest, samt enhet for reiseoppgjør i Helse Sør-Øst. I løpet av 2013 er det planlagt gjennomført i de resterende pasientreisekontorene i Helse Sør-Øst (Sørlandet sykehus har imidlertid valgt ikke å delta). Målsettingen for prosjektet har vært å kunne gi pasientene bedre service og raskere og mer lik behandling uavhengig av hvor i landet de bor. Forbedringsprosjektet bygger på LEAN-metodikk. Denne metodikken forutsetter at ansatte involveres i prosessen og at man sammen skaper en kultur for kontinuerlig forbedring i pasientreisekontorene.

Prosjekt Mine pasientreiser

Helse- og omsorgsdepartementet har besluttet at det skal gjennomføres et prosjekt for å forenkle ordningen med innsending av reiseregninger for pasientreiser uten rekvisisjon. Helse Sør-Øst har fått i oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet å lede arbeidet på vegne av RHFene. Pasientreiser ANS har blitt bedt om å ivareta ledelsen og gjennomføringen av prosjektet. I tillegg til en prosjektgruppe skal det etableres en styringsgruppe ledet av Helse Sør-Øst RHF og som for øvrig består av alle berørte instanser. Det forberedende arbeidet til regelverksforenklingen er allerede igangsatt.

Prosjektet skal omfatte områdene regelverk, prosess, organisasjon og teknologi, og skal utarbeide et forslag til IKT-basert selvbetjeningsløsning, men der man samtidig også utreder en mulig helautomatisk løsning. En forenklet ordning skal baseres på en standardsats for refusjon. Det er lagt til grunn at 2015 blir første hele år med ny selvbetjeningsløsning.

4. Prosesser knyttet til reiser uten rekvisisjon (enkeltoppgjør)

4.1 Reiser uten rekvisisjon

Ved reise uten rekvisisjon betaler pasienten, og eventuell ledsager, selv for reisen til godkjent behandling og søker om å få refundert utgiftene i ettertid. Oppgjør for reiser uten rekvisisjon omtales gjerne som enkeltoppgjør. Stønad til reisen gis etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven og syketransportforskriften. I utgangspunktet gis det utgiftsdekning tilsvarende billigste rutegående transport, men annen transport dekkes når pasientens behov og helsetilstand eller kommunikasjonsmessige forhold tilsier det.

Årlig er det ca 800 000 refusjonssøknader. Det vil si at Pasientreiser ANS i gjennomsnitt mottar ca 3 000 refusjonskrav pr virkedag. Enkeltoppgjørene utgjør totalt ca 400 millioner i årlig kostnad, eller ca 18 % av total kostnad på pasientreiseområdet, som er på ca 2,3 milliarder pr år. I gjennomsnitt var hver pasientrefusjon ca kr 500 i 2012.

Ansvar for å saksbehandle søknader om refusjon for reiser uten rekvisisjon ligger hos det helseforetaket som pasient/ledsager hører til. Selve saksbehandlingen skjer i all hovedsak ved pasientreisekontoret (som er en del av helseforetaket). Pasientreisekontorene kan, dersom det oppstår kapasitetsutfordringer som medfører uakseptabel behandlingstid, inngå avtale med Pasientreiser ANS om saksbehandlingsbistand.

Arbeidsprosessen med enkeltoppgjør er et samspill mellom Pasientreiser ANS og det lokale pasientreisekontor. Saksbehandlerne er i hovedsak knyttet til de lokale pasientreisekontorene, mens skanning og utbetaling skjer hos Pasientreiser ANS. Flere personer er involvert i ulike deler av prosessen både i Pasientreiser ANS og ved det lokale pasientreisekontor.

4.2 Klargjøring av sak og saksbehandling

I korte trekk foregår prosessene for behandling av reiser uten rekvisisjon slik: Pasienten sender søknad om refusjon (reiseregning) til Pasientreiser ANS. Her blir reisedokumentene skannet, sak opprettet i datasystemet PRO og pasient identifisert før saken overføres til riktig pasientreisekontor. Oppretting av sak og skanning skal skje i henhold til kravene som er satt i tjenesteleveranseavtalen (SLA). Saksbehandler i det lokale pasientreisekontoret henter inn saken fra PRO, behandler saken og fatter vedtak om refusjon til pasienten i henhold til gjeldende regler og praksis. Utbetaling og utsending av vedtaksbrev til pasienten gjøres av Pasientreiser ANS, mens kostnaden bæres av det lokale helseforetak.

Internrevisjonen har lagt til grunn følgende mål knyttet til prosessen:

- alle søknader blir mottatt, skannet og behandlet i henhold til de krav som fremkommer i vedlegg 1 i SLA
- saksbehandlingen skal være i samsvar med lover, regler og retningslinjer
- saksbehandlingstiden skal ikke overstige de målene som er satt

4.2.1 Revisjonsfunn

Klargjøring av sak og utsending av vedtak

Pasientreiser ANS' prosesser for mottak av søknader om refusjon, skanning og opprettelse av sak i PRO, mottak av fil med vedtaksbrev og utsending av dette, samt utbetaling til pasienter/ledsagere, ble vurdert i 2011/12 som ledd i internrevisjon av intern styring og kontroll i Pasientreiser ANS virksomhetsstyring

(rapport 3/2011 fra internrevisjonen i Pasientreiser ANS). Revisjonen viste at det er utarbeidet detaljerte rutiner for hvilke arbeidsoppgaver selskapet skal ivareta i prosessene, hvem som skal utføre dem og når oppgavene skal utføres. Beskrivelser av arbeidsprosesser og rutiner var godt dokumentert i selskapets kvalitetssystem. Ved revisjonen i 2011 ble det ikke funnet forhold som utgjorde noen vesentlig risiko for svikt i de delene av prosessene som selskapet har ansvaret for, men likevel påvist mulighet for å forbedre dokumentasjon av hvilke kontrollhandlinger som skal utføres ved mottak av krav, skanning og opprettelse av sak i PRO. Pasientreiser ANS har som ledd i sitt arbeid med kontinuerlig forbedring, iverksatt et arbeid for å gjennomgå og dokumentere aktuelle kontrollhandlinger i prosessene.

Aktivitetsdata for 2012 viser, i følge Årlig melding for 2012 fra Pasientreiser ANS, at tjenesteleveransene fra selskapet skjer i henhold til inngått SLA-avtale for tjenestene mottak av refusjonskrav, opprettelse av oppgave, utbetaling av refusjoner samt utskrift og forsendelse av vedtak, der helseforetakene (pasientreisekontorene) er tjenestemottakere.

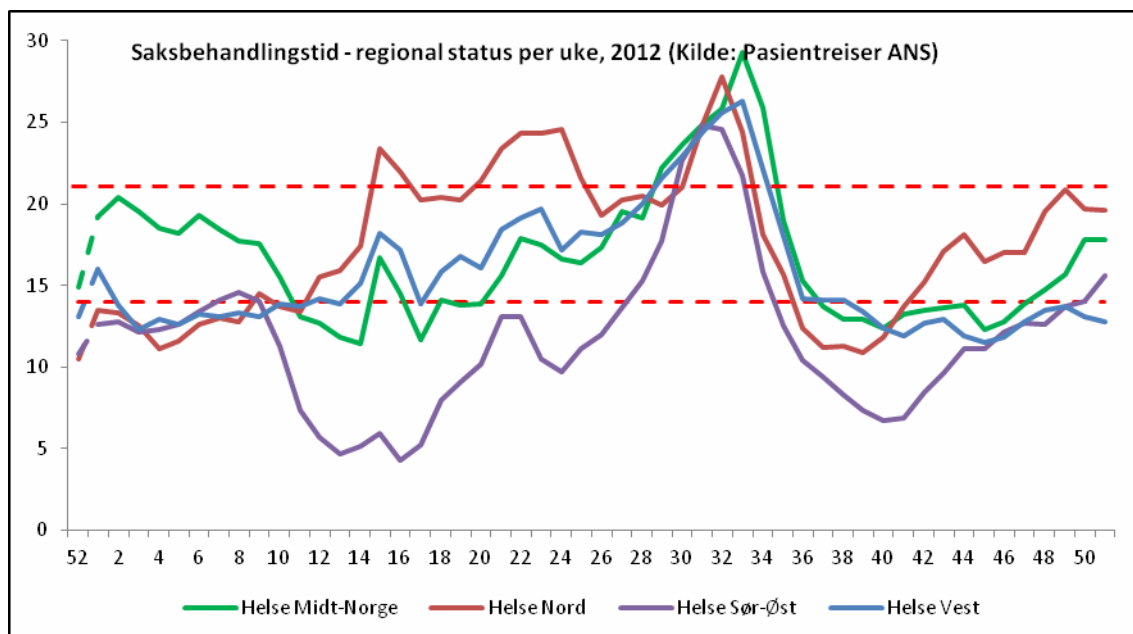
Saksbehandling

Revisjonen har vist at aktørene har ulike oppfatninger om hva som er akseptabel saksbehandlingstid for refusjonskrav. Pasientreiser ANS legger til grunn et nasjonalt mål om å saksbehandle refusjonskravene på maksimalt 14 dager. Ut fra den forståelsen offentliggjør selskapet ukentlige rangeringer av helseforetakenes saksbehandlingstider som sendes HF-ene, samarbeidsforum og ANS-styret, og tilbyr saksbehandlingsassistanse dersom saksbehandlingstidene overstiger dette nivået. Med unntak av Helse Nord, er det imidlertid ikke nedfelt konkrete krav til saksbehandlingstid i oppdragsdokumentene fra de regionale helseforetakene til helseforetakene med pasientreisekontor.

Internrevisjonen har fått opplyst at grunnlaget er lagt i sak 285-10 til AD-møtet 14. juni 2010. AD-møtet består av de administrerende direktører i de regionale helseforetakene, og er ikke et formelt vedtaksorgan i denne sammenheng. I andre sammenhenger er det AD-møtets deltakere som utgjør Pasientreiser ANS sitt selskapsmøte. I omtalte sak drøftes mulighetene for å oppnå en muntlig uttalt politisk målsetting om to ukers saksbehandlingstid. I vedtaket sluttet AD-møtet seg til foreslåtte tiltak for å få ned saksbehandlingstiden innen enkeltoppgjør "til to-tre uker i løpet av sommeren 2010". Helse Nord RHF har i Oppdragsdokumentet for 2012 satt krav om maksimalt to ukers saksbehandlingstid, ellers er internrevisjonen ikke kjent med at et mer spesifikt mål er blitt formelt vedtatt og kommunisert til helseforetakene.

Pasientreiser ANS fører som nevnt ukentlig statistikk over nasjonal saksbehandlingstid for enkeltoppgjør. Gjennomsnittelig saksbehandlingstid, fra pasient sender inn refusjonskrav til utbetaling skjer, var i 2012 15,5 dager. Statistikkene viser også at det i perioder av året kan være stor pågang av saker og at det er til dels store forskjeller mellom pasientreisekontorene når det gjelder saksbehandlingstiden. Gjennomgang av saksbehandlingstider for 2012, viste at alle regioner gjennom året har hatt saksbehandlingstider som ligger betydelig høyere enn ambisjonen om to-tre uker, og at enkelte kontor i perioder har hatt saksbehandlingstid opp mot 35 dager. Alle regioner har i forbindelse med sommerferien og ved jul/årsskifte hatt betydelig økning i saksbehandlingstiden.

Figuren under viser saksbehandlingstider gjennom 2012, på regionnivå.



Figur 2 Saksbehandlingstider, gjennomsnitt per region per uke, 2012

Pasientreisekontorene har ansvaret for å fatte vedtak om utbetaling av refusjoner. Pasientreiser ANS skal gjennom nært samarbeid med de enkelte regionale helseforetakene sikre at saksbehandlingstiden for enkeltoppgjør er akseptabel, og om nødvendig ta initiativ til å avhjelpe pasientreisekontorene med saksbehandlingen, jf selskapsavtalens pkt 6. I tråd med krav fra eierne har Pasientreiser ANS etablert en saksbehandlingsgruppe som pasientreisekontorene kan leie saksbehandlingsskapasitet fra, for å bidra til at ambisjonen om to-tre ukers saksbehandlingstid kan nås. Saksbehandlingsgruppen benyttes av flere pasientreisekontor for å ta unna køen når saksbehandlingstiden går opp, mens andre kontor heller velger å leie inn vikarer lokalt eller låner personell fra andre pasientkontor. Kontorene som velger å bruke egne lokale vikarer eller låner personell fra andre kontor, opplyser at de legger vekt på viktigheten av lokal kunnskap om geografi og reisetilbud. Dessuten legger de vekt på fleksibilitet til å gjøre flere oppgaver enn kun saksbehandling, og kostnadene knyttet til innleie av personell fra Pasientreiser ANS.

Revisjonen har vist at det i noen grad foreligger beskrivelser av arbeidsprosesser (flytskjema) ved pasientreisekontorene, og da først og fremst som et resultat av arbeidet med prosjektet for kontinuerlig forbedring (LEAN-prosjektet). Revisjonen viste videre at det i varierende grad er utarbeidet rutinebeskrivelser for de arbeidsoppgavene og kontrollene som skal gjennomføres ved pasientreisekontorene, og at det varierer i hvilken grad disse benyttes. Dersom medarbeidere har spørsmål knyttet til behandlingen av en sak, tas dette gjerne opp med leder eller kollegaer for nærmere avklaring.

Revisjonen viste også at det er ulike systemer og rutiner for lagring og håndtering av prosedyre- og rutinebeskrivelser for pasientreiseområdet. Dokumenter lagres eksempelvis i foretakets eget kvalitets-system, på eget fellesområde i pasientreisekontoret, på intranettet til Pasientreiser ANS under "Wiki" eller under fanen "Samling av nasjonale og lokale rutiner". For de pasientreisekontorene som har tatt i bruk IKT-løsningen Bliksund brukes dette også som kvalitetssystem. Flere av de intervjuede lederne og medarbeiderne i pasientreisekontorene fremholder at de opplever at det kan være uoversiktlig hvor prosedyre- og rutinebeskrivelser er lagret, og uklart hva som er siste versjon av gjeldende dokumenter.

4.2.2 Vurderinger

Revisjonen viser at mål for saksbehandlingstid ikke er entydig fastsatt og forankret. Et uklart mål med uklar status har skapt vansker i samhandlingen mellom aktørene. Pasientreiser ANS har valgt å forholde seg til et nasjonalt måltall på 14 dagers saksbehandlingstid og kommuniserer ut resultater knyttet til dette

på ukentlig basis. Helseforetakene registrerer denne publiseringen, men velger til dels å forholde seg til et løsere ambisjonsnivå på to til tre uker.

I snitt er likevel saksbehandlingstiden på landsbasis bare litt over fjorten dager. Dette er positivt. Derimot er det etter internrevisjonens syn ikke tilfredsstillende med de lange saksbehandlingstidene som periodevis oppstår. Det vurderes derfor som nødvendig å se nærmere på hvordan ressursene på pasientreiseområdet kan benyttes på en mest mulig hensiktsmessig og effektiv måte slik at målene som fastsettes for saksbehandlingstid kan nås for hele landet, hele året. Etter internrevisjonens syn bør helseforetakene og de regionale helseforetakene blant annet vurdere nærmere hvordan saksbehandlingskapasiteten som er tilgjengelig hos Pasientreiser ANS kan benyttes av pasientreisekontorene, i de tilfeller der saksbehandlingstiden for enkeltoppgjør i lengre perioder overstiger målene. I tillegg bør eierne vurdere å stille et tydeligere målkrav til helseforetakene, enn dagens omtrentlige formulering uttrykker.

I erfaringer fra arbeidet med innføring av kontinuerlig forbedringsmetodikk i pasientreisekontorene og Pasientreiser ANS trekkes det frem både fra pasientreisekontorene og fra Pasientreiser ANS, at det oppnås forbedringer innen kvalitet, mer effektive arbeidsprosesser og større grad av likebehandling. Tiltaket vurderes derfor som viktig i forhold til økt profesjonalisering og standardisering innen pasientreiseområdet på tvers av regioner og pasientreisekontor.

Gjennomgangen viste at det i noen grad er utarbeidet arbeidsprosessbeskrivelser og rutinebeskrivelser som skal være en støtte i saksbehandlingen i det enkelte pasientreisekontor, men at det er behov for en ytterligere standardisering på området. Mange ulike systemer og rutiner for å lagre prosedyre- og rutinebeskrivelser og mangelfull versjonshåndtering av dokumenter, gjør det vanskelig å holde oversikt over hvor dokumenter er lagret og hva som er siste versjon av dokumentene. En større grad av standardisering og harmonisering nasjonalt bør derfor vurderes på området, uten at dette kommer i konflikt med bruk av helseforetakenes egne kvalitetssystemer.

Kvaliteten på saksbehandlingen omtales senere i rapporten (kapittel 4.3 Regelverkspraktisering og likebehandling).

4.2.3 Anbefalinger

Nr	Tiltak	Rettes mot
Enkeltoppgjør – Klargjøring av sak og saksbehandling		
1	Det bør vurderes fastsatt et entydig mål for saksbehandlingstid i enkeltoppgjør og etableres tiltak for å sikre at saksbehandlingstiden overholdes.	RHFene HFene
2	Det bør vurderes om arbeidsprosess- og rutinebeskrivelser, og opplegg for lagring og versjonshåndtering av disse, kan standardiseres ytterligere.	RHFene

4.3 Regelverkspraktisering og likebehandling

Helseforetakenes pasientreisekontor forestår saksbehandling innen pasientreiseområdet i samsvar med regelverket innenfor det rammeverk som til enhver tid gjelder. Pasientreiser ANS som er felles kompetansesenter for pasientreisekontorene, skal yte juridisk ekspertise, drive opplæring i regelverk og bidra til harmonisering av regelverk og praksis (jf. selskapsavtalens pkt 6). Et overordnet mål for de regionale helseforetakene er å sikre likebehandling og god regelforståelse hos alle aktører som forestår arbeid innen pasientreiseområdet. Harmonisering av praksis er en viktig oppgave som krever samhandling mellom aktørene om fortolkninger, opplæring, endring av praksis, forankringer og annen bistand samtidig som pasientenes rettigheter skal ivaretas. Samhandlingen skjer bl.a. gjennom flere etablerte fora hvor FA³ Regelverk og SF⁴ er de største og viktigste. Her drøftes både kvalitet, likebehandling og pasientens rettigheter.

³ FA – Funksjonell arbeidsgruppe (fagpersonell innen saksbehandling).

⁴ SF – Samarbeidsforum (RHF koordinatorene og nøkkelpersoner i Pasientreiser ANS).

Internrevisjonen har lagt til grunn følgende mål knyttet til prosessen:

- tiltak iverksettes for å sikre harmonisering av regelverk og praksis som bidrar til likebehandling
- resultatet av arbeidet med harmonisering av regelverk og praksis gjøres kjent og tilgjengelig for saksbehandlerne på pasientreiseområdet

4.3.1 Revisjonsfunn

Likebehandling av pasienter er ett av hovedmålene på pasientreiseområdet og det er iverksatt flere tiltak for å sikre likebehandling og kvalitet i saksbehandlingen for reiser med og uten rekvisisjon. Et viktig tiltak i den anledning er arbeidet som utføres for å sørge for at det bes om regelverksfortolkninger fra Helsedirektoratet der dette måtte vise seg behov for, og kommunisere ut resultatet fra disse til pasientreisekontorene.

Et annet viktig tiltak er den nasjonale kartleggingen av praksis som har vært gjennomført to ganger i året i regi av FA-gruppe Regelverk. Fra 2013 blir det årlig frekvens på undersøkelsen. Selskapets styresak 51-2012 oppsummerer sist gjennomførte kartlegging i 2012. Det heter blant annet at "det er totalt 84 % riktige svar i kartleggingen våren 2012 mot 48 % ved forrige registrering". I saken gis det blant annet uttrykk for at økonomiske hensyn går foran hensynet til pasientenes lovfestede rettigheter ved enkelte av helseforetakene. (Enkelte helseforetak har overfor internrevisjonen gitt klart uttrykk for at de ikke kjenner seg igjen i en slik påstand.) I saken konkluderes det med at det er uheldig at enkelte helseforetak (pasientreisekontor) velger ikke å følge anbefalinger fra Helsedirektoratet og Pasientreiser ANS om hvordan regelverket skal forstås. I etterkant av kartleggingen foreslo også samarbeidsorganet FA-gruppe regelverk tiltak for å bidra til lik praksis. Internrevisjonen får opplyst at enkelte pasientreisekontorer ikke ønsket å forplikte seg til FA-gruppens forslag, da man mener at dette griper inn i den enkelte leders ansvarsområde. Det er også stilt spørsmål ved metodebruken i nevnte kartleggingsundersøkelse.

Det er også utarbeidet en nasjonal veileder som skal være et hjelpemiddel i saksbehandlingen på pasientreiseområdet. Veilederen ble tatt i bruk i juni 2012 og er tilgjengelig på intranettet til pasientreiseområdet. Det blir gjennomført opplæring i bruk av veilederen når Pasientreiser ANS har opplæring ute på kontorene. I intervjuene har det fremkommet at kontorene benytter veilederen i varierende grad, men at den oppfattes som et nyttig verktøy som bidrar til å sikre likebehandling og kvalitet i saksbehandlingen. Holdningen i pasientreisekontorene er at man generelt er innstilt på å følge felles retningslinjer, samt de råd og anbefalinger som Pasientreiser ANS gir, og at man prøver å komme til enighet slik at praksisen blir lik over hele landet.

Revisjonen har vist at det på flere områder, og fra flere hold, har framkommet utsagn om ulik saksbehandlingspraksis på pasientreiseområdet. Pasientreiser ANS har bl.a. gitt disse eksemplene på områder med ulik praksis:

- Overføringer av pasienter internt i et helseforetak (som ikke skal medføre egenandel).
- Rett til dekning av utgifter dersom pasient og eventuell ledsager velger å overnatte ved behandlingsstedet i stedet for å reise hjem mellom hver behandling.
- Dekning av reiser i tilknytning til behandling i tilfeller pasienten gjennomfører reisen mellom to dager og tre uker før eller etter behandlingstidspunktet.
- Trekk av egenandel som regnes ut og vurderes uten at man avventer HELFOs frikortvedtak.
- Anvendelse av unntakene vedrørende hvilke behandlere som skal rekvirere retur og ikke.

Internrevisjonen ser i denne rapporten ikke grunn til å gå nærmere inn på hvilke foretak dette omhandler. Internrevisjonen har heller ikke gått nærmere inn på hvor omfattende og utbredt dette er, eller hvordan utviklingen har vært over tid.

Det ble fra flere pasientreisekontor fremholdt at lokale forhold slik som geografi, klima og rutetilbud kan gi grunnlag for en praktisering av regelverket som ikke er i tråd med de anbefalingene som er utarbeidet av Pasientreiser ANS og den regionalt sammensatte FA-gruppe Regelverk. Det fremheves også at Pasientreiser ANS ikke i tilstrekkelig grad tar hensyn til lokale forhold i sin forståelse av regelverket. Prosessene for samhandling mellom partene i forbindelse med fortolkning av regelverket omtales i rapportens kapittel 7.

I flere intervjuer ble det påpekt at det kan være en utfordring å sikre likebehandling også internt blant de ansatte i kontoret. Pasientreiser ANS gir uttrykk for at det generelt er et større problem at saksbehandlerne ikke kjenner til regelverket, enn at det er ulik praksis mellom kontorene. For de kontorene som har gjennomført prosjekt for kontinuerlig forbedring fremkom det at gjennomføring av jevnlig tavlemøter med mulighet for diskusjon av felles problemstillinger, er et viktig tiltak for å sikre lik forståelse og praktisering av regelverket lokalt.

4.3.2 Vurderinger

Internrevisjonens hovedinntrykk er at pasientreisekontorene i hovedsak er lojale mot de anbefalinger som ligger i nasjonal veileder og anbefalinger som Pasientreiser ANS gir i enkeltsaker.

Samtidig er det etter internrevisjonens vurdering viktig at det bringes klarhet i omfang og utbredelse av ulik saksbehandlingspraksis som kan ha konsekvenser for rettighetene til pasienter og ledsagere. Dette gjelder særlig ulik praksis som skyldes at det legges til grunn uriktig lovforståelse, og/eller at det utøves skjønn som går ut over akseptable rammer for skjønnsutøvelse.

Etter internrevisjonens vurdering virker det samtidig uheldig at det ved enkelte pasientreisekontor, mellom enkeltsaksbehandlere, og innenfor enkeltområder kan forekomme saksbehandlingspraksis som avviker fra gitte anbefalinger, også i saker hvor det utøves skjønn som ligger innenfor de akseptable rammene for skjønnsutøvelsen.

Internrevisjonen viser til at dette har vært et sentralt samtaletema i flere år. På den positive siden gir flere uttrykk for at det er skjedd en større grad av harmonisering av saksbehandlingspraksisen over tid. Derimot vurderer internrevisjonen det som utilfredsstillende at aktørene på pasientreiseområdet ikke godt nok kan dokumentere hva som er direkte brudd på regelverket, og hva som er innenfor rammene for kontorenes frie skjønn.

Etter internrevisjonens vurdering bør det enkelte regionale helseforetak gjennom dialog med Pasientreiser ANS kartlegge omfang og utbredelse av ulik praksis. De regionale helseforetakene bør også presisere krav til regeletterlevelse overfor egne helseforetak, og følge opp de pasientreisekontorene som ulikhetene i praksis kan knyttes til. Dette gjelder i særlig grad de tilfeller der praksis ikke samsvarer med gjeldende regler, og hvor praksisavviket er størst sett opp mot nasjonale normer.

Det vises til anbefaling 15 i kapittel 7.3.

4.4 Kontroll - enkeltoppgjør

Saksbehandler ved pasientreisekontoret fatter vedtak etter endt saksbehandling. Vedtaket skal lede til utbetaling fra Pasientreiser ANS, samt brev om vedtak. Relevante kontrolltiltak er påkrevd knyttet til vedtak og utbetaling.

Internrevisjonen har lagt til grunn følgende mål knyttet til prosessen:

- det gjennomføres tilstrekkelig og hensiktsmessig kontroll av saksbehandling og vedtak

4.4.1 Revisjonsfunn

Det fremkom i intervjuer at det i pasientreisekontorene generelt er liten kjennskap til de kontrollhandlinger som Pasientreiser ANS gjennomfører knyttet til behandlingen av enkeltoppgjør. Det oppleves imidlertid at feil som oppdages raskt blir korrigert, og den løpende kommunikasjonen med selskapet oppfattes generelt som god. Tilsvarende viste revisjonen av intern styring og kontroll som ledd i virksomhetsstyringen til Pasientreiser ANS i 2011, at Pasientreiser ANS i liten grad har kjennskap til kontrollhandlinger ved pasientreisekontorene.

For enkeltoppgjør er det etablert en nasjonal praksis på at alle refusjonskrav over kr 2.500 skal attesteres av leder eller annen utpekt saksbehandler før vedtak fattes og oppgjøret utbetales. Refusjonskrav under denne beløpsgrensen behandles og godkjennes kun av én saksbehandler, men enkelte pasientreisekontor foretar likevel stikkprøvekontroller på slike oppgjør i ettertid. På denne måten kan eventuell feil praktisering av regelverket korrigeres og feilutbetalinger fanges opp og håndteres. Internrevisjonen har ikke fått fremlagt noen begrunnelse for beløpsgrensen på kr 2.500 for attestasjon av refusjonskrav.

4.4.2 Vurderinger

Etter internrevisjonens vurdering er gjensidig kunnskap om risiko i de samlede prosessene, samt tydelig omforening mellom helseforetak med pasientreisekontor og Pasientreiser ANS, en forutsetning for å oppnå god intern styring og kontroll i de tverrgående prosessene. Internrevisjonen mener derfor at det bør iverksettes tiltak for å tydeliggjøre hvilke kontrollhandlinger som gjennomføres av henholdsvis Pasientreiser ANS og pasientreisekontorene i behandlingen av enkeltoppgjør. Dette for å sikre en helhetlig forståelse av prosessen og at hensiktsmessige kontroller blir utført, samt at dobbeltkontroller unngås.

Med utgangspunkt i en gjennomført risikovurdering for hele pasientreiseområdet bør det gjøres en samlet vurdering av hvilke kontrolltiltak som er effektive og hensiktsmessige for å sikre at alle saker blir korrekt behandlet og utbetalt. I den forbindelse bør det også gjøres en vurdering av dagens grense for attestasjon av enkeltoppgjør (kr 2.500).

4.4.3 Anbefalinger

Nr	Tiltak	Rettes mot
Kontroll – enkeltoppgjør		
3	Det bør gjøres en samlet risikovurdering av prosessen for å beslutte hvilke kontrolltiltak som er effektive og hensiktsmessige hos hver av partene for å sikre at saker blir korrekt behandlet og utbetalt.	RHFene Pas ANS HFene

4.5 Opplæring, veiledning og avviksrapportering

Kapitlet omfatter opplæring, veiledning og avviksrapportering for reiser både med og uten rekvisisjon.

Opplæring av ansatte lokalt skjer i regi av det enkelte pasientreisekontor. Pasientreiser ANS tilbyr et nasjonalt opplæringsprogram som skal bidra til å gi en kontinuerlig læring og utvikling for alle ansatte på pasientreiseområdet.

Rutiner for rapportering av hendelser og håndtering av avvik skal blant annet sikre at organisasjonen kan lære av avvik, og setter i gang forbedringstiltak der det er behov for dette.

Internrevisjonen har lagt til grunn følgende mål knyttet til prosessen:

- ansatte får tilstrekkelig opplæring i regelverk, IKT-systemer og saksbehandlingsprosedyrer
- ansatte har god tilgang på oppdaterte veiledere
- avvik rapporteres og følges opp
- det foregår en kontinuerlig læring og forbedring

4.5.1 Revisjonsfunn

Opplæring og veiledning

Pasientreisekontorene rekrutterer medarbeidere fra flere ulike yrker og med ulik erfarings- og utdanningsbakgrunn. Opplæringen skjer i stor grad på jobb gjennom bruk av interne krefter.

Gjennomgangen viste at det i varierende grad er utarbeidet opplæringsplaner for de ansatte i pasientreisekontorene. Flere pekte på utfordringer i forhold til å kunne sette av nok tid til gjennomføring av kurs og kompetansehevende tiltak. Dette gjelder spesielt for de som har oppgaver knyttet til reiseplanlegging, som forutsetter høy grad av tilgjengelighet på telefon gjennom arbeidsdagen. Gjennomgangen viste likeledes at medarbeiderne ved pasientreisekontorene bare i moderat grad anser at de har fått tilstrekkelig opplæring i de krav og føringer i tjenesteavtalen med Pasientreiser ANS som er relevante for deres arbeidsoppgaver.

Pasientreiser ANS tilbyr et nasjonalt opplæringsprogram for alle som arbeider på pasientreiseområdet. Det utarbeides en årlig opplæringsplan, etter innspill fra pasientreisekontorene og FA-gruppene, der tilbudet består av e-læringskurs, kurs og fagsamlinger. Målet med opplæringen er å bidra til å sikre lik praksis og utvikle gode arbeidsprosesser. På intranettet under Pasientreiser.no er det etablert en egen opplæringsportal med relevant informasjon og mulighet for gjennomføring av e-læringskurs og påmelding til ordinære kurs og fagsamlinger. Som en del av tilbudet er det etablert en sertifiseringsordning der e-læringstilbudet dekker viktige kompetanseområder. Pasientreiser ANS gjennomfører også opplæring ved de enkelte kontorene og/eller i regionale settinger.

I intervjuene ble det gitt uttrykk for at pasientreisekontorene er godt fornøyd med det samlede kurs- og opplæringstilbudet fra Pasientreiser ANS, og ansatte ved alle kontorene benytter e-læringsmodulene.

Revisjonen viste for øvrig at det er varierende hvordan opplæring i bruk av NISSY ivaretas i det enkelte pasientreisekontor. Superbrukere ved pasientreisekontorene har tilbud om opplæring hos leverandørene av systemet (Locus), og det forutsettes at superbrukerne gjennomfører opplæring av øvrige brukere i eget kontor. Pasientreiser ANS som er systemeier ønsker å standardisere opplæringen på området, og særlig rette fokus mot felles nasjonale arbeidsprosesser og lik praksis for reiser med rekvisisjon. Fra 2013 skal systemeier derfor selv ivareta oppgaven med å gi opplæring til superbrukere i NISSY, som et tiltak for å sikre økt standardisering og lik praksis på området, jf styresak 06-2013. Systemeier har i dag etablert et standardisert opplegg for opplæring i reiser uten bruk av rekvisisjon, herunder bruken av PRO.

Rapportering og oppfølging av avvik

Alle foretakene har systemer for rapportering av avvik og uønskede hendelser som også de ansatte i pasientreisekontorene skal benytte. Internrevisjonen har ikke gått inn på avviksregistrering av rene interne forhold, slik som HMS, økonomistyring, personaloppfølging med videre, men har vurdert avviksregistrering knyttet til kjernevirksomheten for pasientreiseområdet.

Gjennomgangen viste til dels store ulikheter mellom pasientreisekontorene med hensyn til hva som rapporteres, hvilke rapporteringsrutiner som er etablert og hvilke systemer som benyttes utover det ordinære avvikssystemet i foretaket. Eksempelvis har flere kontor utviklet egne Excel-baserte verktøy, e-post eller skjema til formålet. Rapporteringen kan skje gjennom flere typer kanaler og til ulike nivåer. Behandling av avvik skjer i noen grad uten dokumentasjon, slik at man i ettertid mangler oversikt over hvilke typer avvik som har vært rapportert. Enkeltavvik og uønskede hendelser gjennomgås og drøftes både i formelle og uformelle sammenhenger i pasientreisekontorene, noe som bidrar til læring og refleksjon. Det er imidlertid i mindre grad etablert faste opplegg for gjennomgang av hovedtrekk/gjengangere i avvikene som kan danne grunnlag for systematisk læring og forbedring både internt og i samarbeidet med Pasientreiser ANS.

Pasientreiser ANS har etablert rutiner og rapporteringsvei for avvik som er av betydning for informasjonssikkerheten, og for avvik som har medført uautorisert utlevering av personopplysninger hvor konfidensialitet er nødvendig. Det er utarbeidet et eget skjema som pasientreisekontorene skal benytte til dette. Videre er det etablert rutiner for rapportering av avvik i saksbehandlingen som skal rapporteres til Pasientreiser ANS. Driftsproblemer, nedetid og lignende for PRO og NISSY skal meldes direkte til leverandøren fra pasientreisekontorene.

4.5.2 Vurderinger

Etter internrevisjonens vurdering bør det utarbeides opplæringsplaner for de ansatte i pasientreisekontorene der hvor dette ikke er gjort, samtidig som det tilrettelegges for at kurs og kompetansehevende tiltak kan prioriteres.

Pasientreisekontorene er i all hovedsak godt fornøyd med det samlede kurs- og opplæringstilbudet som Pasientreiser ANS tilbyr, men ved enkelte av kontorene pekes det på at det kan være en utfordring å få satt av nok tid til opplæring. Internrevisjonens inntrykk er at dette er en problemstilling de berørte kontorene er bevisst på å håndtere.

Internrevisjonen vurderer at det ikke er tilfredsstillende at det er til dels store ulikheter mellom pasientreisekontorene med hensyn til hva som rapporteres av avvik og uønskede hendelser på pasientreiseområdet, hvem det rapporteres til, hvordan avvikene dokumenteres, samt hvilke systemer som benyttes for denne type rapportering. Det er heller ikke tilfredsstillende at det i liten grad er etablert et opplegg for gjennomgang av avvik som grunnlag for systematisk læring både internt i virksomheten, regionalt og nasjonalt.

4.5.3 Anbefalinger

Nr	Tiltak	Rettes mot
Opplæring, veiledning og avviksrapportering		
4	Det bør utarbeides opplæringsplaner og legges til rette for deltakelse i kompetansehevende tiltak i pasientreisekontor hvor dette ikke er gjort.	HFene
5	Det bør vurderes utarbeidet felles retningslinjer for hvilke avvik og uønskede hendelser vedrørende enkeltoppgjør og direkteoppgjør som systematisk bør dokumenteres, følges opp og inngå i den læringsbaserte utviklingen av pasientreiseområdet.	RHFene

4.6 Forvaltning og drift av saksbehandlingssystemet PRO

PRO er et saksbehandlingssystem for behandling av refusjoner i forbindelse med pasientreiser der pasientene selv har lagt ut for reisen (enkeltoppgjør). Databehandleransvaret, som følger av personopplysningsloven og tilhørende forskrift, og systemeieransvaret for systemet er lagt til Pasientreiser ANS. Systemeierrollen er definert til å ha følgende innhold⁵:

- Utarbeidelse av strategiske retningslinjer.
- Administrativ og økonomisk koordinering av anskaffelser, drift og vedlikehold.
- Prioritere og koordinere ønsker om endringer og integrasjoner fra brukerne.
- Forhandle frem, inngå og følge opp avtaler med driftsleverandør og leverandører.
- Planlegging og implementering av ny funksjonalitet.
- Bindeledd mellom eier, bruker, driftsleverandør og leverandører.
- Utvikle og tilgjengeliggjøre rapporter basert på ønsker fra brukerne.

Brukere av systemet er først og fremst de som utfører saksbehandling av enkeltreiser, hvor de fleste er saksbehandlere ved pasientreisekontorene som behandler enkeltoppgjør. Behovene for samhandling mellom systemeier og pasientreisekontorene gjelder først og fremst driftstekniske forhold, opplæring, endringer i og utvikling av systemet samt informasjon om endringer. Samhandlingen er bl.a. organisert i nasjonal og regional FA gruppe. Pasientreiser ANS skal samle inn og koordinere endringsønsker, mens prioriteringer av endringer skjer i samspill med pasientreisekontorene.

Proessen med innspill/drøfting og utførelse av endring og deretter informasjon om endringen, foregår gjennom deltagerne i FA-gruppen (PRO).

Internrevisjonen har lagt til grunn følgende mål knyttet til prosessen:

- det sikres nasjonale helhetlige løsninger for effektivisering av drift og opplæring i PRO
- det sikres en god og effektiv prosess med nødvendige endringer i datasystemet i tråd med utvikling og endringer i regelverk eller andre forhold
- det sikres at informasjonskanalen fungerer effektivt slik at saksbehandlerne til en hver tid har korrekt og nødvendig informasjon for saksbehandlingen

4.6.1 Revisjonsfunn

Det er utarbeidet brukerhåndbok for PRO som beskriver hvordan systemet skal benyttes og i noen grad hvilke kontroller som skal gjennomføres. Revisjonen har vist at det ikke er foretatt en samlet beskrivelse av manuelle rutiner og programmerte kontroller i PRO. Det pågår imidlertid et arbeid i Pasientreiser ANS for å gjennomgå selskapets arbeidsprosesser og tydeliggjøre nøkkelkontroller i disse, herunder utarbeide systemdokumentasjon for systemet.

Det har vært høy fokus på å sikre stabilitet og ytelse for systemet fra systemeiers side. Revisjonen har vist at brukerne av systemet opplever at PRO er blitt mer stabilt og tilgjengelig enn tidligere. Det er utarbeidet en egen prosessbeskrivelse for registrering og håndtering av funksjonelle endringsønsker mellom pasientreisekontorene og Pasientreiser ANS og videre mot leverandøren av PRO.

Revisjonen viste at ved flere pasientreisekontor var det usikkerhet med hensyn til hva som kan forventes prioritert av ønskede endringer i systemet. Ved utgangen av 2012 har systemeier igangsatt et arbeid med å identifisere de viktigste endringsbehovene. I samarbeid med FA-gruppen for PRO og systemeierforum er

⁵ AD-møtet 2009 og SLA vedlegg 1 - 2010.

innmeldte endringsønsker fra brukerne av systemet gjennomgått, slik at det gjenstår syv prioriterte endringsønsker (av opprinnelig 142), jf styresak 18-2013 for Pasientreiser ANS. Fra pasientreisekontorer er det overfor internrevisjonen framholdt at det er de rimeligste endringene som er blitt prioritert, mens sterkt ønskede endringer med stor nytteverdi for pasientreisekontorene ikke er blitt prioritert.

Helse- og omsorgsdepartementet har startet et arbeid med regelverksforenkling og innføring av digitaliserte løsninger (selvbetjeningsløsning) for enkeltoppgjør, noe som får betydning for hva som kan prioriteres av endringer i funksjonaliteten i dagens system og som på sikt vil medføre betydelige endringer i teknologi, organisering og tilhørende arbeidsprosesser på området.

Det er oppnevnt lokale superbrukere for PRO i pasientreisekontorene. Ved feilsituasjoner og brukerspørsmål skal henvendelser gå via superbrukere direkte til leverandøren av systemet (Acando), eventuelt til Norsk Helsenett utenom normal arbeidstid. På intranettet (Pasientreiser.no) legges det fortløpende ut driftsmeldinger for systemet. Ved pasientreisekontorene ble det gitt uttrykk for at man hovedsakelig er fornøyd med denne ordningen.

Det er etablert rutiner for autorisering av brukere i PRO. Systemadministrator er ansvarlig for tildeling, endring eller sletting av tilgangsrettigheter for brukere i systemet på bestilling fra leder eller superbruker i pasientreisekontoret. Superbruker PRO i det enkelte pasientreisekontor gjennomfører kvartalsvis etterkontroll av alle aktive brukere i PRO, for å sikre at alle har riktig tilgang og at brukere som har sluttet slettes fra systemet.

4.6.2 Vurderinger

Departementets igangsatte arbeid for å forenkle og digitalisere løsningen for enkeltoppgjør vil på sikt medføre betydelige endringer både for Pasientreiser ANS og helseforetakene/pasientreisekontorene. Dette vil også ha betydning for hva som kan prioriteres utviklet av funksjonalitet i PRO på kort sikt. På denne bakgrunn finner ikke internrevisjonen det hensiktsmessig å gi anbefalinger på dette området nå.

5. Prosesser knyttet til reiser med rekvisisjon (direkteoppgjør)

5.1 Reiser med rekvisisjon

Ved reise med rekvisisjon (direkteoppgjør) får pasienten og eventuelt ledsager en rekvisisjon for reisen, og pasienten betaler kun en egenandel. Rekvisisjonen utstedes primært av lege/behandler basert på en medisinsk vurdering. Det lokale pasientreisekontor kan også utstede rekvisisjon ut fra kommunikasjonsmessige forhold. Det utstedes rekvisisjon dersom pasienten har spesielle behov og ikke kan reise med offentlig transport.

Årlig kostnad på direkteoppgjørsområdet er ca 1,8 milliarder, ca 75 % av total kostnad på pasientreiseområdet (ca 2,3 milliarder kroner). Totalt ble det utstedt om lag 3,9 millioner rekvisisjoner i 2012, eller ca 16 250 rekvisisjoner pr virkedag. I gjennomsnitt kostet hver transport om lag kr 370.

Rekvisisjon kan registreres over internett (fra behandler eller pasientreisekontor), sendes med faks (fra fysioterapeut) eller meldes på telefon (behandler). Unntaksvis utstedes papirrekvisisjon som pasienten bringer med på turen, og som transportør rapporterer inn for etterregistrering hos pasientreisekontoret.

Basert på utstedt rekvisisjon planlegger pasientreisekontorene reisen for pasienten, bestiller reisen hos transportør og foretar det økonomiske oppgjør direkte mot transportører eller andre. Dette innebærer at hele saksbehandlingen foregår lokalt på pasientreisekontorene, ofte direkte på telefon med pasienten. Det elektroniske fagsystemet som benyttes heter NISSY.

Egenandelsrapportering til HELFO⁶, systemeieransvar for NISSY, regelverkstolkning og opplæring er oppgaver som utføres av Pasientreiser ANS. Samspillet mellom partene er først og fremst organisert i FA-gruppe NISSY (nasjonalt og eventuelt regionalt) samt gjennom FA-gruppe regelverk og samarbeidsforum (SF).

Internrevisjonen har lagt til grunn følgende mål knyttet til prosessen:

- pasienter som har behov skal få utstedt rekvisisjon for reise til godkjent behandling
- det skal være lik praksis for å sikre effektivitet i opplæring og saksbehandling

5.1.1 Revisjonsfunn

Gjennomgangen viste at det er etablert til dels ulike arbeidsprosesser og ulik praksis i forbindelse med behandling og kontroll av reiser med rekvisisjon i pasientreisekontorene. Utfordringene på området er kjent og er blant annet nærmere omtalt i styresak 18-2013 for Pasientreiser ANS, der behovet for større endringer og utvikling av ny funksjonalitet innenfor reiser med rekvisisjon påpekes.

Det er over tid også gjort mange lokale tilpasninger i NISSY og utviklet lokale verktøy som understøtter oppgaveløsningen i flere av kontorene. Fra foretakene gis det uttrykk for at mangler innen de nasjonale IKT-systemene har gjort det nødvendig å innføre lokale systemer, for å reduseres økonomiske tap, og øke likebehandlingen innenfor eget foretak. Det vises til at om det fører til utfordringer med nasjonal harmonisering så er det en uheldig bieffekt av hva som benevnes som dårlige nasjonale IKT-systemer.

På tilsvarende måte som for enkeltoppgjør viste revisjonen at det i noen grad foreligger beskrivelser av arbeidsprosesser (flytskjema) og da først og fremst som et resultat av arbeidet med prosjektet for

⁶ HELFO – Helseøkonomiforvaltningen

kontinuerlig forbedring (LEAN-prosjektet), som er gjennomført i de fleste pasientreisekontorene og hos Pasientreiser ANS. Resultatet av LEAN-arbeidet oppfattes hovedsaklig positivt i de kontorene der dette er gjennomført. Prosjektet har ført til økt fokus på felles praksis, og oppfattes som et viktig tiltak for å forbedre arbeidsprosessene og sikre likebehandling. Gjennomgangen viste videre at det i noen grad er utarbeidet rutinebeskrivelser for de arbeidsoppgavene og kontrollene som skal gjennomføres ved pasientreisekontorene, men at det varierer i hvilken grad disse benyttes. Dersom medarbeidere har spørsmål knyttet til behandlingen av en sak, tas dette gjerne opp med leder eller kollegaer for nærmere avklaring. Videre viste revisjonen at det er ulike systemer og rutiner for lagring og håndtering av prosedyre- og rutinebeskrivelser for området og til dels mangelfull versjonshåndtering av dokumentene.

5.1.2 Vurderinger

De mange lokale tilpasninger i NISSY og utvikling av lokale verktøy for å understøtte oppgaveløsningen i flere av kontorene, har gjort det krevende både å etablere standardiserte arbeidsprosesser og få til lik praksis på nasjonalt nivå. Konsekvensen av dette kan være manglende likebehandling av pasientene.

Som for enkeltoppgjør viste revisjonen at det i noen grad er utarbeidet arbeidsprosessbeskrivelser og rutinebeskrivelser i det enkelte pasientreisekontor, men at det er behov for en ytterligere standardisering på området. Dagens løsning tillater ulike arbeidsprosesser og ulik praksis ved pasientreisekontorene. Ulike systemer og rutiner for å lagre prosedyre- og rutinebeskrivelser, og mangelfull versjonshåndtering av dokumenter gjør det vanskelig å holde oversikt over hvor dokumenter er lagret og hva som er siste versjon av dokumentene. En større grad av standardisering og harmonisering nasjonalt bør derfor vurderes på området, uten at dette må komme i konflikt med bruk av helseforetakenes egne kvalitetssystemer.

Revisjonen viste at erfaringene fra arbeidet med innføring av kontinuerlig forbedringsmetodikk i pasientreisekontorene og Pasientreiser ANS, har vært at dette har ført til forbedringer innen kvalitet, mer effektive arbeidsprosesser og større grad av likebehandling. Tiltaket vurderes derfor som viktig i forhold til økt profesjonalisering og standardisering innen pasientreiseområdet på tvers av regioner og kontor. Tiltaket bør derfor etter internrevisjonens vurdering gjennomføres ved alle pasientreisekontor i landet.

5.1.3 Anbefalinger

Nr	Tiltak	Rettes mot
Behandling av rekvisisjoner – direkteoppgjør		
6	Det bør vurderes om arbeidsprosess- og rutinebeskrivelser samt opplegg for lagring og versjonshåndtering av disse kan standardiseres ytterligere.	RHFene
7	Gjennomføring av forbedringsprosesser basert på LEAN bør vurderes gjennomført i alle pasientreisekontor.	HFene

5.2 Forvaltning og drift av saksbehandlingssystemet NISSY

Databehandleransvaret og systemeieransvaret for saksbehandlingssystemet NISSY er lagt til Pasientreiser ANS. Systemeierrollen er definert til å ha følgende innhold⁷:

- Utarbeidelse av strategiske retningslinjer.
- Administrativt og økonomisk koordinering av anskaffelser, drift og vedlikehold.
- Prioritere og koordinere ønsker om endringer og integrasjoner fra brukerne.
- Forhandle frem, inngå og følge opp avtaler med driftsleverandør og leverandører.
- Planlegging og implementering av ny funksjonalitet.
- Bindeledd mellom eier, bruker, driftsleverandør og leverandører.

⁷ AD-møtet 2009 og SLA vedlegg 1 - 2010.

- Utvikle og tilgjengeliggjøre rapporter basert på ønsker fra brukerne.

NISSY er datasystemet som bl.a. blir benyttet til å skrive ut rekvisisjon (e-rekvisisjon). Rekvirent kan være henviser, behandler eller pasientreisekontoret. Pasientreiser ANS har ansvar for å tilby opplæring (både system og saksbehandling) til de lokale pasientreisekontor – som igjen har ansvar for opplæring av egne ansatte, og rekvirenter hos spesialist- og primærhelsetjenesten, i bruk og utfylling av rekvisisjoner. Pasientreisekontorene bruker videre NISSY som saksbehandlingssystem for reiseplanlegging, reisebestilling og til slutt reiseoppgjør med de berørte aktører.

Videreutvikling og økt brukermedvirkning i IKT systemet er en viktig oppgave som involverer begge parter i samhandling om utvikling. Samhandlingen mellom Pasientreiser ANS og pasientreisekontorene skjer i stor grad gjennom FA NISSY og SF, både regionalt og nasjonalt.

Internrevisjonen har lagt til grunn følgende mål knyttet til prosessen:

- rekvirentene skal ha mest mulig ensartet datasystem for enkel bruk av e-rekvirering
- dataverktøyet skal være stabilt og driftssikkert
- det skal være god kontroll med tilganger
- systemet skal utvikle seg med de økte krav som stilles fra brukere og pasienter

5.2.1 Revisjonsfunn

Det er utarbeidet brukerhåndbok for NISSY som beskriver hvordan systemet skal benyttes og i noen grad hvilke kontroller som skal gjennomføres. Som for saksbehandlingssystemet PRO har revisjonen vist at det ikke er utarbeidet en samlet beskrivelse av manuelle rutiner og programmerte kontroller i NISSY. Også her pågår det imidlertid et arbeid i Pasientreiser ANS for å gjennomgå selskapets arbeidsprosesser og tydeliggjøre nøkkeltkontroller i disse, herunder utarbeide systemdokumentasjon for systemet.

Innholdet i systemeierrollen fremgår av AD-møtets definisjon fra oktober 2009 og av tjenesteleveranseavtalen vedlegg 1, som beskriver hvilke tjenester som skal leveres og målsettinger som er satt for disse. Styret i Pasientreiser ANS har redefinert innholdet i systemeierrollen, jf styresak 06-2013. Dette innebærer blant annet at Pasientreiser ANS selv skal ivareta oppgaven med opplæring av superbrukere av NISSY, som til nå har vært ivaretatt av leverandøren av systemet. I tillegg skal systemeier ha en rolle for å sikre størst mulig grad av standardiserte løsninger og arbeidsprosesser der dette er hensiktsmessig.

Det har vært høy fokus på å sikre stabilitet og ytelse for systemet fra systemeiers side. Det fremkom av intervjuene at brukerne i pasientreisekontorene opplever systemet som mer stabilt og tilgjengelig enn tidligere, men at det ved endringer i funksjonaliteten i noen grad oppstår følgefeil og ustabilitet. Det er over tid gjort mange lokale tilpasninger i NISSY noe som gjør det krevende å foreta vedlikehold og videreutvikling av systemet. Det er utarbeidet en egen prosessbeskrivelse for registrering og håndtering av funksjonelle endringsønsker mellom pasientreisekontorene og Pasientreiser ANS og videre mot leverandørene av systemet.

Ved flere av pasientreisekontorene har det vært uttrykt frustrasjon knyttet til at NISSY ikke har funksjonalitet for kontroll av oppgjør fra transportører, og for reiseplanlegging. Etter hva internrevisjonen får opplyst er det for flere år siden utviklet en oppgjørsmodule som ikke er blitt implementert, blant annet fordi testene av denne ikke har gitt tilfredsstillende resultater.

Flere pasientreisekontor har pekt på behovet for å utvikle funksjonaliteten for reiseplanlegging i NISSY, den oppleves i dag ikke å være tilpasset brukernes behov. Mangelfull funksjonalitet kan resultere i at det brukes unødvendig tid på manuelle operasjoner, eksempelvis innhenting av opplysninger eksternt.

Enkelte av kontorene legger stor vekt på å få til samkjøring av pasienter, og ønsker funksjonalitet som gir informasjon om hvor gode resultater man oppnår på dette området.

Revisjonen viser at det utvikles lokale løsninger for å kompensere for funksjonalitet som ikke ligger i NISSY i dag. Vi viser her også til revisjonsfunn omtalt i kapittel 5.3.1.

Ved pasientreisekontorene ble det gitt uttrykk for uklarhet om NISSY bør eller skal fases ut og erstattes av en ny løsning. Systemeier har ved utgangen av 2012 igangsatt et arbeid med å identifisere de viktigste endringsbehovene i NISSY. I samarbeid med FA-gruppen for NISSY og systemeierforum er innmeldte endringsønsker fra brukerne av systemet gjennomgått og redusert fra 124 til 12 prioriterte endringsønsker, og det skal gjøres en videre prioritering blant disse, jf styresak nr 18-2013 for Pasientreiser ANS.

Fra pasientreisekontorer er det overfor internrevisjonen fremholdt at det er de rimeligste endringene som er blitt prioritert, mens sterkt ønskede endringer med stor nytteverdi for pasientreisekontorene ikke er det.

Det er videre utarbeidet forslag til ny strategi for Pasientreiser ANS (2013-2015) som angir målsettinger og tiltak for utvikling av reiser med rekvisisjon, herunder plan for arbeidet med utvikling av en ny systemløsning på området. Det vises til nærmere omtale av strategiplanen i kapittel 7.1, under punktet ”Kommunikasjon og samhandling om mål og strategier”.

Det er oppnevnt lokale superbrukere for NISSY i pasientreisekontorene. Ved feilsituasjoner og brukerspørsmål skal henvendelser gå via superbrukere direkte til leverandøren av systemet (Locus), og driftsmeldinger legges fortløpende ut på intranettet.

Tilgangskontroller

For NISSY er det ikke etablert et tilfredsstillende opplegg for administrasjon og oppfølging av tilgangsrettigheter. Systemet er satt opp slik at også rekvisiter i helseforetakene, primærhelsetjenesten og hos privatpraktiserende spesialister med videre kan få tilgang til NISSY for å kunne benytte elektronisk rekvisisjon. Spesielt for brukerne i helseforetakene er det anledning til å gi seg selv tilgang, og det er også mulig å opprette brukere på fellesidenter, slik at det er umulig å spore hvem som har benyttet rekvisisjonsretten i ettertid. Det er også mulig å opprette et ubegrenset antall nye brukere på seg selv. Internrevisjonen har fått opplyst at det på revisjonstidspunktet var ca. 23 000 aktive brukere i systemet, og av disse er ca. 600 rekvisiter på pasientreisekontorene. Brukere deaktiveres dersom passord ikke byttes i løpet av 6 måneder. Revisjonen viste at det fremsto uklart hvem som har ansvaret for oppfølging av brukere i NISSY, og om det gjøres noen jevnlig oppfølging og kontroll av alle registrerte brukeres tilgangsrettigheter.

Mislighetsrisiko

Det er i liten grad foretatt systematisk gjennomgang og vurdering av mislighetsrisiko ved pasientreisekontorene, hverken i forhold til eksterne leverandører eller i forhold til egne ansatte. I intervjuene fremkom det at risikoen for at egne medarbeidere skal begå misligheter vurderes som liten både av ledelsen ved pasientreisekontorene og av Pasientreiser ANS. Det fremkom imidlertid også at det kan være høy mislighetsrisiko knyttet til bruk av eksterne tjenester, og at det er mangelfulle verktøy og ulike manuelle rutiner for å kontrollere oppgjørene som oversendes pasientreisekontorene fra transportnæringen. Gjennomgangen viste også at det er betydelige svakheter i tilgangskontrolløsningen i NISSY, se omtale i forrige avsnitt, noe som gir økt mislighetsrisiko.

Krav til habilitet ved behandling av refusjonssøknader er godt kjent blant ledere og medarbeidere ved pasientreisekontorene. Kontorene praktiserer en muntlig regel om saksbehandlingshabilitet for å sikre at personellet ikke behandler saker som berører dem selv eller noen nærstående. Internrevisjonen er imidlertid ikke kjent med at det foreligger skriftlige retningslinjer på dette området.

5.2.2 Vurderinger

Gjennomgangen viste at det er mange ønsker om funksjonelle endringer i NISSY. Samtidig er det tidligere gjort mange lokale tilpasninger i systemet, noe som gjør det krevende å foreta vedlikehold og videreutvikling av systemet med påfølgende risiko for ustabilitet og manglende tilgjengelighet til systemet og tilhørende data. Mange lokale tilpasninger gir også utfordringer i forhold til standardisering av arbeidsprosesser og opplæring av brukerne.

I forslag til ny strategi for Pasientreiser ANS (2013-2015) angis mål og plan for arbeidet med utvikling av fremtidig systemløsning for reiser med rekvisisjon. Det vises til kapittel 7.1.

Den etablerte tilgangskontrolløsningen for NISSY gir etter internrevisjonens vurdering for høy risiko for uriktig rekvisisjonspraksis og misligheter. Det bør derfor foretas en gjennomgang av både funksjonalitet for og praktisering av tilgangsstyringen, og allerede tildelte tilganger bør gjennomgås. Mer omfattende systemendringer bør inkluderes i vurderingene som skal gjøres av en fremtidsrettet systemløsning for direkteoppgjørsmrådet.

Ansvar for å etablere rutiner for tilgangsautorisasjon og – styring og kontrollere at de er på plass, ligger formelt til databehandlingsansvarlig (Pasientreiser ANS), mens HF-ene skal forestå administrasjon og løpende oppfølging. Dette bør tydeliggjøres og det bør foretas jevnlige oppfølginger av tildelte tilganger.

Det er i liten grad foretatt systematiske gjennomganger og vurderinger av mislighetsrisiko ved pasientreisekontorene, hverken i forhold til eksterne leverandører (transportører) eller egne ansatte. Flere pasientreisekontor peker på at risikoen for at avtalemotparter kan begå misligheter må vurderes som betydelig, og at sannsynligheten for å avdekke slike misligheter i mange tilfeller er liten. Pasientreisekontorene og Pasientreiser ANS er kjent med at slike misligheter har forekommet, og kan ha foregått i en utstrekning som innebærer urettmessig utbetaling av betydelige beløp.

5.2.3 Anbefalinger

Nr	Tiltak	Rettes mot
Forvaltning og drift av saksbehandlingssystemet NISSY		
8	Rutiner og manuelle kontroller for tildeling, endring og avslutning av tilganger i NISSY bør forbedres. Tildelte tilganger på området må gjennomgås.	Pas ANS HFene
9	Det bør foretas en systematisk gjennomgang og vurdering av mislighetsrisiko som omfatter risiko både i forhold til eksterne leverandører (transportører) og egne ansatte.	RHFene HFene

5.3 Kontroll – direkteoppgjør

Krav fra, og utbetalinger til, de forskjellige aktørene som leverer tjenester til pasientreisekontorene (taxi, rutegående transport, hoteller, flyselskap osv), må være gjenstand for kontroll. De fleste av disse aktørene er det inngått avtaler med, og kontrollhandlingene vil være knyttet mot betingelsene i avtalene – for eksempel antall kilometer som faktureres for en kjørt strekning. Det kan være manuelle kontroller, men også automatiske elektroniske kontroller i datasystemet, eller en kombinasjon. Skal disse kontrollene være effektive og hensiktsmessige er en samhandling om felles verktøy og tiltak nødvendig.

På dette området er Pasientreiser ANS sitt ansvar begrenset til oppgavene omkring NISSY, ikke som ledd i selve saksbehandlingsprosessen.

Internrevisjonen har lagt til grunn følgende mål knyttet til prosessen:

- kontrollhandlingene skal være hensiktsmessige og tilstrekkelige i saksbehandlingen
- tilstrekkelig og hensiktsmessig kontroll med vedtak og utbetalinger til transportører og operatører

5.3.1 Revisjonsfunn

Gjennomgangen viste store forskjeller mellom pasientreisekontorene med hensyn til omfanget av kontroller som gjennomføres, og hvilke type kontroller som gjøres av oppgjørskravene som mottas fra leverandørene (direkteoppgjør). Enkelte pasientreisekontor har, bl.a. fordi det ikke er oppgjørsmul i NISSY, etablert egne manuelle rutiner for kontroll av oppgjørene. Enkelte kontor bestiller månedlige rådatautskrifter fra programleverandøren og behandler dataene ved hjelp av egenutviklede Excel-regneark. I disse kontrollene er det avdekket til dels betydelige feil i flere av oppgjørene fra transportørene. Eksempelvis ble det på revisjonstidspunktet vist til stikkprøvekontroller som var gjennomført ved pasientreisekontorene i Oslo og Stavanger, der det var avdekket feil på henholdsvis 7 og 1 millioner kroner i mottatte oppgjør. Disse stikkprøvene har resultert i store økonomiske besparelser og det er grunn til å tro at besparelsene på landsbasis, ved fullskaladrift av en forbedret oppgjørskontroll, vil være betydelige. Det ble opplyst at som en del av prosjektet Kontinuerlig forbedring utvikles nå disse lokale oppgjørskontrollene som et «beste praksis»-tiltak, som etter hvert skal kunne tilbys samtlige pasientreisekontor.

5.3.2 Vurderinger

Gjennomgangen viste at det er høy risiko knyttet til kontroll av oppgjør fra transportører (direkteoppgjør). Det er avdekket betydelige feil i flere av oppgjørene som er kontrollert ved noen av pasientreisekontorene. Det er samtidig store forskjeller mellom pasientreisekontorene med hensyn til hvilke kontroller som gjennomføres, og hvilke verktøy som benyttes i kontrollssammenheng. Med det verktøyet som hittil har vært tilgjengelig for oppgjørskontroll har ikke alle helseforetakene hatt en reell mulighet til systematisk å gjennomføre kontroll av oppgjørene, med den konsekvens at eventuelle feil og misligheter neppe blir oppdaget. Helseforetakene kan følgelig over lengre tid ha blitt påført store økonomiske tap. Innføring av et standardisert opplegg og felles verktøy for kontroll av oppgjørene anses derfor som et viktig tiltak for å redusere risikoen på området og bør av den grunn gis høy prioritet.

5.3.3 Anbefalinger

Nr	Tiltak	Rettes mot
Kontroll – Direkteoppgjør		
10	Arbeidet med etablering av et standardisert opplegg og felles verktøy for kontroll av direkteoppgjør bør prioriteres.	RHFene Pas ANS

6. Statistikk- og styringsdata og oppfølging av rapporter i styringslinjen

6.1 Revisjonsfunn

I 2011 ble det opprettet et eget analysenettverk bestående av representanter fra åtte ulike pasient-reisekontor. Dette nettverket skal sikre nasjonalt samarbeid rundt analyser, rapporter og definisjoner og understøtte lik tilnærming til styringsinformasjon. Revisjonen har fått opplyst at det tidligere har vært lite aktivitet i nettverket, men at dette nå har tatt seg opp.

Revisjonen viste at det er utviklet en rekke rapporter i både PRO og NISSY som er tilgjengelig for pasientreisekontorene. Tilgjengeligheten til rapportene i PRO oppleves som god, men gjennomgang av statistikker for uttak av rapporter viser at svært få av rapportene er jevnlig i bruk.

Ved enkelte pasientreisekontor fremheves at NISSY har begrensede muligheter for uttak av statistikk- og styringsdata som gir grunnlag for å planlegge fremtidige behov på pasientreiseområdet. Dette har ført til at enkelte pasientreisekontor har tatt initiativ til et prosjekt hvor data hentes ut direkte fra dataleverandøren og over i egne regneark. Her skal man teste sammensetning av nye rapporter som blant annet kan bidra til bedre kontroll med oppgjør mot transportører, og bedre muligheten for uttak av statistikk- og styringsdata. Internrevisjonen har fått opplyst at dette uttrekket kan inneholde persondata og at prosjektet er planlagt videreført i regi av Pasientreiser ANS på et senere tidspunkt. Dessuten får vi opplyst at flere helseforetak får data overført til sitt hjelpesystem for avviksbehandling (Bliksund) direkte fra leverandøren av NISSY, Locus.

Revisjonen viste også at Pasientreiser ANS har arbeidet med å utvikle en ny rapportgenerator som skal kunne trekke ut data fra både PRO og NISSY, og gjøre rapporter og styringsdata mer tilgjengelig for ulike aktører på pasientreiseområdet.

Når det gjelder styringsinformasjon for enkeltoppgjør på overordnet nivå, publiserer Pasientreiser ANS ukentlig rapporter på intranettet til pasientreiseområdet. Rapportene viser blant annet saksbehandlings-tider, antall saker og antall vedtak fattet på de enkelte pasientreisekontorene. Pasientreiser ANS opplyser også at de har utviklet et prognoseverktøy for kapasitets- og ressursstyring som bidrag til å sikre likest mulig saksbehandlingstid innenfor uttalt målsetting. Det er videre utviklet et opplegg med målekort med flere periodiske styringsdata til bruk ved pasientreisekontorene. Internrevisjonen har fått opplyst at det gjenstår å iverksette dette opplegget.

Tross dette fremkommer det utsagn fra helseforetak om at behovet for rapporter og data er større enn hva som er tilgjengelig i dag.

Revisjonen viste at det foretas en oppfølging av utvalgte styringsparametre på pasientreiseområdet som ledd i den faste lederrapporteringen i helseforetakene, der fokus imidlertid hovedsakelig er på budsjett, økonomi og sykefravær. Internrevisjonens generelle inntrykk er at ledelsen ved helseforetakene i liten grad har vært involvert i prosesser for definisjon av hvilke statistikk- og styringsdata som bør være tilgjengelig på pasientreiseområdet, som grunnlag for styring, oppfølging og kontroll.

6.2 Vurderinger

Gjennomgangen viste at dagens saksbehandlingssystemer har begrensede muligheter for uttak av statistikk- og styringsdata, men at det er arbeidet med forbedringstiltak. Etter internrevisjonens vurdering er det positivt at det arbeides med å utvikle en ny rapportgenerator med data fra både PRO og NISSY. Dette, sammen med et aktivt analysenettverk, vil gjøre rapporter og styringsdata mer tilgjengelig for de

ulike aktørene på pasientreiseområdet. Dette anses som viktige tiltak for å bedre muligheten for planlegging, styring og kontroll på området.

Gjennom revisjonen er det også kommet frem at avtaler det enkelte foretak har gjort med leverandører om uttrekk av data, kanskje ikke er lovlig inngått. Etter hva internrevisjonen kan se vil det kreve godkjenning fra databehandlingsansvarlig, som er Pasientreiser ANS. I henhold til personopplysningslovens § 15 (jf. helseregisterlovens § 18) må helseforetakenes anledning til å bearbeide disse personopplysningene være skriftlig avtalt i databehandleravtalene, for å være tillatt.

6.3 Anbefalinger

Nr	Tiltak	Rettes mot
Statistikk- og styringsdata og oppfølging av rapporter i styringslinjen		
11	Behovene for data for styrings- og oppfølgingsformål i pasientreisekontorene bør avklares, og styringsrapporter som foretakene har behov for, bør utarbeides.	HFene Pas ANS
12	Det bør avklares om tiltak som er iverksatt lokalt for å hente ut data direkte fra dataleverandøren og over i andre verktøy er i samsvar med de krav som følger av helseregisterloven og personopplysningsloven med tilhørende forskrift.	HFene Pas ANS

7. Samhandling mellom helseforetak med pasientreisekontor, Pasientreiser ANS og de regionale helseforetakene

Samhandlingen mellom RHF/helseforetak og Pasientreiser ANS skal foregå på laveste effektive nivå, jf tjenesteleveranseavtalens pkt. 6 – Samhandling og kommunikasjon. Eierstyringslinjer (blå linje) og samhandlingsnettverk (grønn prikket linje) er illustrert i figur 1 i kapittel 3.2.

7.1 Revisjonsfunn

Styrende dokumenter

De viktigste styrende dokumenter som regulerer de tverrgående prosessene mellom de 18 pasientreisekontorene og Pasientreiser ANS er selskapsavtalen og tjenesteleveranseavtalen (SLA). På ett punkt har disse dokumentene ulik ordlyd som har gitt ulike føringer for selskapets oppgave med hensyn til harmonisering av regelverk og praksis. Tjenesteleveranseavtalen (SLA) formulerer et tydeligere ansvar for Pasientreiser ANS enn hva selskapsavtalen gjør, ved at SLA-avtalens ordlyd er at selskapet skal "... sikre lik nasjonal praksis..." mens selskapsavtalens ordlyd er at selskapet skal "... bidra til harmonisering av regelverk og praksis." Behovet for harmonisering av de styrende dokumenter ble påpekt av internrevisjonen i Pasientreiser ANS i en rapport i 2011.

Det er fra 2013 gjort gjeldende en revidert formulering i SLA-avtalens vedlegg 1 som innebærer at man går bort fra begrepet "sikre". Ny formulering er: "Være RHF'enes faglige kompetansesenter for regelverksfortolkning og bidra til god kvalitet og likebehandling i forvaltningen av pasientens rettigheter". Revisjonen viser imidlertid også at gammel begrepsbruk er i systematisk bruk i ny strategiplan 2013 for Pasientreiser ANS.

Roller og ansvar

Rolle-, ansvars- og oppgavefordelingen internt i pasientreisekontorene oppfattes av de ansatte i hovedsak som tydelig, mens rolle- og ansvarsfordelingen i forhold til Pasientreiser ANS og eget RHF oppleves å være mer uklar. Det oppleves i noen grad utydelighet om hvor beslutninger skal fattes, og det er langt på vei et ønske at RHFene skal ha en mer aktiv rolle knyttet til beslutninger om praksis i den enkelte region. Også fra Pasientreiser ANS' side ble det gitt uttrykk for en forventning om at RHFene skal ha en mer aktiv rolle ved beslutninger om praktisering av regelverket i regionen, enn hva de erfarer i dag.

Styrings- og kommunikasjonslinjene

I flere sammenhenger ga både pasientreisekontorene og Pasientreiser ANS uttrykk for at de opplever utfordringer knyttet til hvordan styrings- og kommunikasjonslinjene mellom partene fungerer. Selve styringsmodellen oppleves krevende.

Styringsmodellen forutsetter god samhandling og kommunikasjon mellom partene, og det er etablert flere rådgivende samhandlingsfora og prosesser for å bidra til å sikre lik forståelse og praktisering av regelverket. Gjennomgangen viste at det ikke alltid er enighet om hvordan regelverket skal praktiseres, og i slike tilfeller har ikke Pasientreiser ANS noen myndighet til å instruere pasientreisekontorene for å sikre lik praksis. Slike saker har i noen tilfeller blitt behandlet i styret i Pasientreiser ANS, men internrevisjonen kan ikke se at det på tilsvarende måte har blitt tatt opp i eierstyringslinjen fra de regionale helseforetakene og ned til helseforetakene/pasientreisekontorene.

Gjennomgangen viste videre at pasientreiseområdet i liten grad har vært gjenstand for omtale i oppdragsdokumentene fra RHFene til de enkelte helseforetakene.

I intervjuene fremkom det at det er varierende oppfatning i pasientreisekontorene om hvor godt de etablerte samhandlingsarenaer mellom pasientreisekontorene og Pasientreiser ANS fungerer. Samtidig ble det både fra ansatte i pasientreisekontorene, de regionale helseforetakene og Pasientreiser ANS fremhevet at samhandlingen oppleves å være i en positiv utvikling i retning av stadig mer omforent praksis og felles målforståelse. Det påpekes at det er mange rådgivende fora og at det er behov for en tydeliggjøring av hvilke saker som skal behandles i de ulike fora, og hvordan saker som vedrører alle pasientreisekontorene og som krever en formell beslutning skal behandles.

I intervjuer har enkelte gitt uttrykk for at samhandlingen i de nasjonale FA-gruppene fungerer tilfredsstillende. Samtidig har enkelte gitt uttrykk for at det blir for liten tid til forberedelser og samhandling internt i pasientreisekontoret eller i regionen i forkant av disse møtene, og at det kan være vanskelig å koordinere dette med arbeidet som skjer i regi av Pasientreiser ANS. Det pekes videre på at det kan være en utfordring å enes om en felles oppfatning i saker som behandles i FA-regelverk, og som kan medføre endringer i praksis og gi økonomiske konsekvenser for foretakene. Det er en forutsetning at medlemmene i FA-gruppene sikrer lokal forankring av saker som behandles i gruppene, også til de pasientreisekontorene som ikke deltar i de aktuelle gruppene. Gjennomgangen viste at det varierer hvor godt forankringen skjer i regionene, noe som også har sammenheng med at regionene har etablert ulike møte- og samhandlingsarenaer for behandling av saker på pasientreiseområdet.

Det sendes ut agenda i forkant av møter i FA-gruppene, og referater sendes deltagerne i etterkant. Både agenda og referater legges også ut på intranettet. Det fremkom likevel i intervjuene at det i pasientreisekontorene er varierende kjennskap til hvilke saker som behandles i FA-gruppene. Enkelte av lederne for pasientreisekontorene viste også til at de i for liten grad opplevde å bli involvert i saksforberedelsen før møter i FA-gruppene.

Kommunikasjon og samhandling om mål og strategier

Pasientreiser ANS har utarbeidet en strategiplan 2011 - 2013, som fastslår hvilke mål selskapet skal jobbe mot for å fylle sin leveranserolle. Målene er forankret i følgende overordnede føringer: et tydelig brukerperspektiv, sikring av likebehandling og en målbar kostnadseffektivisering. Samtlige mål berører virksomheten i pasientreisekontorene gjennom ulike tverrgående prosesser.

Helseforetakene har utarbeidet virksomhetsplaner for sine overordnede mål, som også pasientreisekontoret omfattes av og forholder seg til, men gjennomgangen viste at det i liten grad er utarbeidet lokale strategi- og virksomhetsplaner spesifikt for pasientreiseområdet. Enkelte pasientreisekontor har imidlertid utarbeidet en egen virksomhetsplan for 2013. Kontorene har fokus på egne konkrete driftsmål, som eksempelvis maksimal akseptert svartid på telefonhenvendelser, maksimal akseptert saksbehandlingstid, samkjøringsgrad mv. Ved pasientreisekontorene er det generelt lite kjennskap til styrende dokumenter og planverk for Pasientreiser ANS, eksempelvis oppdragsdokument, strategiplan og styresaker. Det fremkom at HFene/pasientreisekontorene i liten grad ser hen til Pasientreiser ANS sine mål og strategier ved utforming av egne planer og mål.

Strategiplan for Pasientreiser ANS (2011-2013) hadde fokus på å sikre stabile og velfungerende IKT-systemer, men ga ikke føringer for hvordan systemene for henholdsvis enkeltoppgjør (PRO) og direkteoppgjør (NISSY) skal videreutvikles over tid, eventuelt om nye systemer skal erstatte de eksisterende. I mangel av slike føringer har enkelte pasientreisekontor på eget initiativ utviklet eller tatt i bruk alternative dataverktøy, eksempelvis en webløsning fra leverandøren Bliksund AS for å understøtte oppgaveløsningen i kontorene (aktivitetsregistrering, beslutningsstøtte, kvalitetssystem mv). Det fremgikk ikke av strategiplanen for Pasientreiser ANS 2011 – 2013 hvordan slike systemer skal inngå i den samlede IKT-porteføljen som pasientreisekontorene benytter. Det fremgikk heller ikke hvor systemeieransvaret og databehandleransvaret for slike lokale systemer eventuelt skal ligge.

I forslag til ny strategiplan for Pasientreiser ANS (2013-2015) er det blant annet beskrevet mål og tiltak for utvikling av områdene reiser med og uten rekvisisjon, herunder plan for arbeidet med utvikling av fremtidsrettede systemløsninger. Det fremgår ikke av forslaget om lokalt utviklede eller kjøpte systemer som understøtter oppgaveløsningen i pasientreisekontorene, skal inngå som en del av den samlede IKT-porteføljen på pasientreiseområdet. Strategiplanen skal legges frem for styret i Pasientreiser ANS for behandling på styremøte i juni 2013.

Flere av lederne i pasientreisekontorene ga i intervjuene uttrykk for at de tidligere ikke i tilstrekkelig grad har vært planmessig og løpende involvert i strategiprosessen, annet enn gjennom deltagelse på den årlige felles strategikonferansen der de strategiske føringene fra Pasientreiser ANS legges frem og diskuteres. Flere av pasientreisekontorene – spesielt lederne – ga også på generelt grunnlag uttrykk for at de i større grad enn tidligere ønsker å bli involvert i prosessen rundt utforming av en felles strategi for pasientreiseområdet. Internrevisjonen er kjent med at Pasientreiser ANS, som en del av arbeidet med rullering av strategiplanen, har involvert RHF-nivået gjennom en løpende dialog med Samarbeidsforum, mens HF-nivået er involvert gjennom en dialog med FA-gruppene og møter med lederne for kontorene.

Risikovurderinger

Enkeltstående risikovurderinger er gjennomført ved enkelte pasientreisekontor og ved Pasientreiser ANS, men det er ikke etablert et systematisk opplegg for gjennomgang av risiko på pasientreiseområdet totalt sett. Dette gjelder både på et overordnet nivå, for interne prosesser i det enkelte pasientreisekontor og for tverrgående prosesser mellom helseforetak med pasientreisekontor og Pasientreiser ANS.

Kommunikasjonskilder

Det er etablert en rekke nasjonale og lokale informasjonskilder med relevant informasjon for pasientreiseområdet som er tilgjengelig for de ansatte ved pasientreisekontorene. Eksempler på dette er jevnlig nyhetsbrev fra Pasientreiser ANS, informasjon på intranettet til Pasientreiser ANS, nasjonal veileder, eget intranett, foretakets kvalitetssystem, eget fellesområde i pasientreisekontoret, Bliksund, lokalt "leksikon" og informasjon fra etablerte fora med videre. Gjennomgangen viste at de ansatte i pasientreisekontorene opplever at det er tilgang til mye relevant informasjon, men at det i en hektisk hverdag kan være krevende å forholde seg til så mange ulike informasjonskilder og så omfattende informasjon. Mange velger derfor å forholde seg til sine lokale informasjonskilder, herunder ressurspersoner i kontorene med lang erfaring fra pasientreiseområdet.

7.2 Vurderinger

Inntil desember 2012 var beskrivelsen av Pasientreiser ANS sitt ansvar for å bidra til likebehandling ulikt formulert i selskapsavtalen og tjenesteleveranseavtalen. Nå er dette rettet opp, ved at ordlyden i tjenesteleveranseavtalen er tilpasset selskapsavtalen. Det er viktig at formuleringene her er harmonisert, slik at det ikke fremstår uklart hvilken myndighet/oppgave eierne har gitt Pasientreiser ANS på dette området. I lys av dette er det derfor uheldig at begrepet «sikre likebehandling» fortsatt brukes av Pasientreiser ANS i en del andre sammenhenger, f.eks. i strategidokumenter (sak 05-2013 Styringsindikatorer 2013, sak 25-2013 Revidert strategiplan 2013-2015).

Etter internrevisjonens vurdering er det også uheldig at flere opplever roller og ansvar for involverte aktører på pasientreiseområdet som uklare. Ansvar og oppgaver bør derfor tydeliggjøres slik at gjensidige forventninger kan avklares bedre. Dette vil etter internrevisjonens syn bidra til mer effektiv styring gjennom eierstyringslinjene, samtidig som det kan oppnås enda sterkere samhandling i de rådgivende foraene.

Selv om prosesser gjennom FA-gruppen Regelverk er et viktig tiltak for å forankre og skape forståelse for endringer i praksis som må komme som følge av regelverksfortolkningene, er dette etter internrevisjonens vurdering ikke tilstrekkelige for å oppnå endringer. Det er i tillegg behov for at regelverksfortolkninger som må føre til endringer i saksbehandlingspraksis, aktivt følges opp i

eierstyringslinjen mellom de regionale helseforetakene og underliggende helseforetak med pasientreiskontor. Denne klarheten i styringsdialogen er særlig viktig dersom lokal regelverkspraktisering er i motstrid med gjeldende regelverksfortolkning eller anbefalt regelverkspraktisering. De regionale helseforetakene bør også vurdere behovet for klarere retningslinjer for skjønnsutøvelse i tilfeller hvor beslutningen skal bygge på skjønnsanvendelse.

Pasientreiser ANS har i stor grad utviklet målsettinger både for ordinær drift og for utviklingsoppgaver innenfor sitt ansvarsområde (f.eks. innarbeidet i strategiplan og årlige styringsindikatorer), og disse er også operasjonalisert innenfor selskapets ulike innsatsområder. I helseforetakene foreligger tilsvarende planer bare i varierende grad. Når Pasientreiser ANS gjennom dialog med helseforetakene og RHFene i de ulike samarbeidsforaene søker å oppnå at selskapets målsettinger forankres også hos disse, blir derfor Pasientreiser ANS en dominerende premissgiver i disse prosessene. Etter internrevisjonens syn er det viktig at de regionale helseforetakene som eiere av Pasientreiser ANS er tydeligere på sitt ansvar for å fastlegge premissene for utviklingen av området.

Internrevisjonen mener det er behov for å tydeliggjøre om lokalt anskaffede eller utviklede IKT-systemer (eksempelvis Bliksund), som understøtter oppgaveløsingen i pasientreiskontorene, skal inngå som en del av den samlede IKT-porteføljen på området. Etter internrevisjonens vurdering er det viktig at systemeieransvaret og eventuelt databehandleransvaret for slike systemer, blir avklart.

Internrevisjonen mener videre at det bør etableres et systematisk opplegg for gjennomgang og oppfølging av risiko innenfor pasientreiseområdet, slik at tiltak kan iverksettes med utgangspunkt i et omforent risikobilde.

7.3 Anbefalinger

Nr	Tiltak	Rettes mot
Samhandling mellom helseforetak med pasientreiskontor, Pasientreiser ANS og de regionale helseforetakene		
13	Eierne bør understreke at sikring av riktig regelverkspraktisering tilligger helseforetakene, og at Pasientreiser ANS skal bidra til økt harmonisering. Den presiserte SLA-formulering bør reflekteres i styrende dokumenter for øvrig innen pasientreiseområdet.	RHFene
14	Den etablerte styringsmodellen på pasientreiseområdet bør tydeliggjøres innholdsmessig slik at det oppnås en felles forståelse av hvordan modellen er ment å skulle fungere, herunder hvilke saker som skal behandles i rådgivende samhandlingsfora og hvem som tar beslutninger på bakgrunn av de råd som kommer fra foraene.	RHFene
15	Saker der det er uenighet om hvordan regelverket skal praktiseres, bør dokumenteres og avklares i eierstyringslinjen fra de regionale helseforetakene til helseforetakene.	RHFene
16	Det bør fastsettes tydeligere mål- og resultatkrav innenfor pasientreiseområdet til helseforetak som har pasientreiskontor.	RHFene HFene
17	Det bør avklares om lokalt anskaffede IKT-systemer(eksempelvis Bliksund), som understøtter oppgaveløsingen i pasientreiskontorene, skal inngå som en del av den samlede IKT-porteføljen på området.	RHFene Pas ANS HFene
18	Systemeieransvaret og eventuelt databehandleransvaret for nye systemer som er tatt i bruk eller planlegges tatt i bruk i flere pasientreiskontor bør avklares.	RHFene Pas ANS
19	Det bør etableres et systematisk opplegg for gjennomgang og oppfølging av risiko på pasientreiseområdet, slik at tiltak kan iverksettes med utgangspunkt i et omforent risikobilde.	RHFene Pas ANS HFene

8. Konklusjoner og anbefalinger

8.1 Konklusjoner

Revisjonen av intern styring og kontroll i sentrale, tverrgående arbeidsprosesser mellom helseforetak med pasientreisekontor og Pasientreiser ANS, har omfattet fire områder og prosesser: Reiser uten rekvisisjon (enkeltoppgjør), reiser med rekvisisjon (direkteoppgjør), rapportering og oppfølging av statistikk- og styringsdata, og samhandlingen mellom de involverte aktører.

Internrevisjonen konstaterer at det er lagt ned et stort og viktig arbeid på pasientreiseområdet siden ansvarsområdet ble overført fra NAV og innlemmet som en del av de regionale helseforetakenes ”sørge for”-ansvar. Det er etablert god intern styring og kontroll innenfor flere vesentlige deler av alle fire prosesser, men internrevisjonen konkluderer med at den interne styring og kontroll på to områder ikke er tilfredsstillende, og at det også på andre områder er rom for betydelige forbedringer.

Områder der det ikke er etablert tilfredsstillende intern styring og kontroll:

- Tilganger i saksbehandlingssystemet NISSY:
Den etablerte tilgangskontrolløsningen for NISSY og opplegg for administrasjon og oppfølging av gitte tilganger er ikke tilfredsstillende. Dagens løsning gir en for høy risiko for uriktig rekvisisjonspraksis og for misligheter.
- Kontroll av direkteoppgjør:
Ved pasientreisekontorene er det mangelfulle opplegg og verktøy for kontroll med leverandør-oppgjør, noe som medfører betydelig risiko for uoppdagede feil i oppgjørene. Ved flere pasientreisekontor er det ikke gjennomført systematisk gjennomgang og vurdering verken av risiko for misligheter begått av eksterne eller risiko for misligheter begått av ansatte.

Øvrige områder der det bør settes i verk forbedringer av intern styring og kontroll:

- Saksbehandlingstid for enkeltoppgjør:
Mange helseforetak/pasientreisekontor har ikke entydige mål for saksbehandlingstid å forholde seg til, og i alle regioner er det pasientreisekontor som i perioder ikke har lyktes med å holde saksbehandlingstiden på et ønsket nivå.
- Saksbehandlingspraksis innenfor enkeltoppgjør og direkteoppgjør:
Funn tyder på at det ved flere pasientreisekontor praktiseres en saksbehandling som kan være i strid med gjeldende regelverk og/eller gitte anbefalinger.
- Reiseplanlegging:
Funksjonalitet for reiseplanlegging i NISSY tilfredsstiller ikke behovene ved pasientreisekontorene.
- Styring og oppfølging på pasientreiseområdet:
Det er i svært liten grad fastsatt konkrete mål til helseforetakene for pasientreiseområdet.

8.2 Anbefalinger

Internrevisjonen har foran i rapporten anbefalt at det settes i verk til sammen 19 tiltak. Disse er i stor grad knyttet opp til de utfordringer innen intern styring og kontroll som er oppsummert i kap. 8.1.

Anbefalingene, som er gjengitt nedenfor, går dels på arbeidsprosesser innad og mellom aktørene, og dels på selve styringsmodellen. De fleste anbefalingene bør etter internrevisjonens oppfatning vurderes og vedtas av de regionale helseforetakene (RHFene). Noen av anbefalingene retter seg primært mot virksomheten i Pasientreiser ANS, andre mot helseforetakene. De aller fleste vil kreve samarbeid mellom alle aktører.

Oversikt over alle anbefalinger

Nr	Tiltak	Rettes mot
Enkeltoppgjør – Klargjøring av sak og saksbehandling		
1	Det bør vurderes fastsatt et entydig mål for saksbehandlingstid i enkeltoppgjør og etableres tiltak for å sikre at saksbehandlingstiden overholdes.	RHFene HFene
2	Det bør vurderes om arbeidsprosess- og rutinebeskrivelser, og opplegg for lagring og versjonshåndtering av disse, kan standardiseres ytterligere.	RHFene
Kontroll – enkeltoppgjør		
3	Det bør gjøres en samlet risikovurdering av prosessen for å beslutte hvilke kontrolltiltak som er effektive og hensiktsmessige hos hver av partene for å sikre at saker blir korrekt behandlet og utbetalt.	RHFene Pas ANS HFene
Opplæring, veiledning og avviksrapportering		
4	Det bør utarbeides opplæringsplaner og legges til rette for deltakelse i kompetansehevende tiltak i pasientreisekontor hvor dette ikke er gjort.	HFene
5	Det bør vurderes utarbeidet felles retningslinjer for hvilke avvik og uønskede hendelser vedrørende enkeltoppgjør og direkteoppgjør som systematisk bør dokumenteres, følges opp og inngå i den læringsbaserte utviklingen av pasientreiseområdet.	RHFene
Behandling av rekvisisjoner – direkteoppgjør		
6	Det bør vurderes om arbeidsprosess- og rutinebeskrivelser samt opplegg for lagring og versjonshåndtering av disse kan standardiseres ytterligere.	RHFene
7	Gjennomføring av forbedringsprosesser basert på LEAN bør vurderes gjennomført i alle pasientreisekontor.	HFene
Forvaltning og drift av saksbehandlingssystemet NISSY		
8	Rutiner og manuelle kontroller for tildeling, endring og avslutning av tilganger i NISSY bør forbedres. Tildelte tilganger på området må gjennomgås.	Pas ANS HFene
9	Det bør foretas en systematisk gjennomgang og vurdering av mislighetsrisiko som omfatter risiko både i forhold til eksterne leverandører (transportører) og egne ansatte.	RHFene HFene
Kontroll – Direkteoppgjør		
10	Arbeidet med etablering av et standardisert opplegg og felles verktøy for kontroll av direkteoppgjør bør prioriteres.	RHFene Pas ANS
Statistikk- og styringsdata og oppfølging av rapporter i styringslinjen		
11	Behovene for data for styrings- og oppfølgingsformål i pasientreisekontorene bør avklares, og styringsrapporter på områder innenfor eventuelle udekkede behov bør utvikles raskt.	HFene Pas ANS
12	Det bør avklares om tiltak som er iverksatt lokalt for å hente ut data direkte fra dataleverandøren og over i andre verktøy er i samsvar med de krav som følger av personopplysningsloven med tilhørende forskrift.	HFene Pas ANS
Samhandling mellom helseforetak med pasientreisekontor, Pasientreiser ANS og de regionale helseforetakene		
13	Eierne bør understreke at sikring av riktig regelverkspraktisering tilligger helseforetakene, og at Pasientreiser ANS skal bidra til økt harmonisering. Den presiserte SLA-formulering bør reflekteres i styrende dokumenter for øvrig innen pasientreiseområdet.	RHFene

14	Den etablerte styringsmodellen på pasientreiseområdet bør tydeliggjøres innholdsmessig slik at det oppnås en felles forståelse av hvordan modellen er ment å skulle fungere, herunder hvilke saker som skal behandles i rådgivende samhandlingsfora og hvem som tar beslutninger på bakgrunn av de råd som kommer fra foraene.	RHFene
15	Saker der det er uenighet om hvordan regelverket skal praktiseres, bør dokumenteres og avklares i eierstyringslinjen fra de regionale helseforetakene til helseforetakene.	RHFene
16	Det bør fastsettes tydeligere mål- og resultatkrav innenfor pasientreiseområdet til helseforetak som har pasientreisekontor.	RHFene HFene
17	Det bør avklares om lokalt anskaffede IKT-systemer(eksempelvis Bliksund), som understøtter oppgaveløsingen i pasientreisekontorene, skal inngå som en del av den samlede IKT-porteføljen på området.	RHFene Pas ANS HFene
18	Systemeieransvaret og eventuelt databehandleransvaret for nye systemer som er tatt i bruk eller planlegges tatt i bruk i flere pasientreisekontor bør avklares.	RHFene Pas ANS
19	Det bør etableres et systematisk opplegg for gjennomgang og oppfølging av risiko på pasientreiseområdet, slik at tiltak kan iverksettes med utgangspunkt i et omforent risikobilde.	RHFene Pas ANS HFene

9. Vedlegg

Tilleggsopplysninger for Helse Midt-Norge

Innledning

Revisjonsrapporten beskriver funn, vurderinger og anbefalinger etter en landsomfattende revisjon som er gjennomført i samarbeid mellom internrevisjonene i de fire helseregionene og internrevisjonen i Pasientreiser ANS. Innholdet i rapporten er dekkende for situasjonen i Helse Midt-Norge. Dette vedlegget innebærer dermed ikke andre konklusjoner eller anbefalinger enn det som framkommer i den nasjonale rapporten.

I Helse Midt-Norge er det gjennomført revisjonsbesøk ved de tre pasientreisekontorene som finnes i regionen:

Helse Nord-Trøndelag HF (Levanger)

Helse Møre og Romsdal HF (Ålesund)

St. Olavs Hospital HF (Orkdal)

Rapporten

Til kapittel 4 Prosesser knyttet til reiser uten rekvisisjon (enkeltoppgjør)

4.2 Klargjøring av sak og saksbehandling

Pasientreisekontoret i Helse Møre og Romsdal benytter vikarpoolen i Pasientreiser ANS for enkeltoppgjør. Det kom fram at de ikke var særlig fornøyd med denne ordningen. Det ble opplyst fra Møre og Romsdal at det er stor sårbarhet ved fravær, særlig på området reiseplanlegging. En av konsekvensene ved slikt fravær er at pasienter må vente lengre tid for å oppnå telefonkontakt på informasjonstelefonen. De er i ferd med å lage system med såkalt tvillingkompetanse der dedikert personell har opparbeidet seg kompetanse på både enkeltoppgjør og direkteoppgjør. De ser at lokalkunnskap er viktig. Fra ledelseshold uttrykkes det at det derfor er et ønske om å ha tilstrekkelig med ressurser på eget kontor. Egne saksbehandlere med god lokalkunnskap gjør at de også får til bedre opplæring.

Pasientreisekontorene i Helse Nord-Trøndelag og St. Olavs Hospital benytter seg ikke av vikarpoolen i forbindelse med sykemeldinger og lignende. Ved fravær brukes enten personell i egen organisasjon eller de leier inn fra eksternt firma. Også ved disse kontorene uttrykkes det at lokalkunnskap hos saksbehandlerne er viktig.

Alle tre pasientreisekontorene har i forbindelse med innføring av LEAN-metodikken etablert rutiner for saksbehandlingen. Denne metodikken innebærer at man etablerer et system for kontinuerlig og målrettet forbedringsarbeid.

Pasientreisekontoret i Helse Møre og Romsdal og St. Olavs Hospital bruker kunnskapsdatabasen WIKI og Nasjonal veileder som støtte i saksbehandlingen. Begge kildene ligger på intranettet til Pasientreiser ANS.

Pasientreisekontoret i Helse Nord-Trøndelag har faset ut kunnskapsbasen WIKI i og med at de i forbindelse med ISO-sertifiseringen har etablert en omfattende intranettportal der all nødvendig informasjonen er lagt. Lenke til Nasjonal veileder er også lagt i portalen.

4.3 Regelverkspraktisering og likebehandling

Ved alle kontorene har man en oppfatning at Nasjonal veileder er et viktig bidrag til lik praktisering av regelverket. Det fremkommer i intervju ved alle kontorene at man stort sett er lojale mot Nasjonale veileder, men at den likevel ikke brukes konsekvent. Det kom fram at man i en del tilfeller ikke var enig i regelverktolkningen som er gjort av juristene i Pasientreiser ANS. Ingen av de intervjuende visste om det forelå noe vedtak om at veilederen skal benyttes.

Antall klagesaker, egen omgjøring av klagesaker, saker oversendt til Fylkesmannen og resultatet av klagesaksbehandlingen hos klageinstans kan være ledd i arbeidet med likebehandling. Internrevisjonen har mottatt statistikk over klagesaker i perioden 01.01.12-18.12.12 som viser at det er relativt få klager på vedtakene i forhold til antall saker. Av klagesakene som er sendt videre til klageinstansen, er det ganske få klagere som har fått medhold i klagen.

Alle tre kontorene har såkalte tavlemøter hver uke der man drøfter ulike problemstillinger som man i fellesskap kommer fram til løsninger på. Tavlemøtene oppleves som et godt bidrag til likebehandling internt i det enkelte kontor.

4.5 Opplæring, veiledning og avviksrappoterering

Pasientreiser ANS har utarbeidet et nasjonalt opplæringsprogram som består av e-læringskurs, opplæring i klasserom og fagsamlinger. Det kom fram under revisjonen at pasientreisekontorene benytter seg av denne opplæringen. Alle ansatte går gjennom et sertifiseringsopplegg der de årlig må resertifiseres. Alle tre kontorene har utarbeidet egne kompetanseplaner. I Helse Nord-Trøndelag er det i stillingsinstruksene for de ulike funksjonene stilt krav om type kompetanse som kreves.

Alle tre kontorene har etablert et system for håndtering av uønskede hendelser: Revisjonen viste at kontorene har ulike ordninger:

Pasientreisekontoret i Helse Møre og Romsdal har utarbeidet et internt avvikskjema som ligger i kvalitetssystemet EQS. Det er også opprettet et internt kvalitetsråd hvor avvik tas opp og lukkes og det er laget skriftlig retningslinje for dette rådet. Det opplyses at avvikssystemet brukes både i interne og eksterne hendelser. Ikke alle kjenner like godt til EQS.

Pasientreisekontoret i Helse Nord-Trøndelag har utarbeidet prosedyre for avvikshåndtering. Det er etablert 2 avvikskanaler: uønskede hendelser registreres i EQS mens avvik i saksbehandling registreres i Feilskjema for Pasientreiser (excelark).

Pasientreisekontoret i St. Olavs Hospital har utarbeidet tre ulike prosedyrer knyttet til håndtering av uønskede hendelser, en prosedyre for avvik ved pasienttransport, en prosedyre for hendelser knyttet til direkteoppgjør og enkeltoppgjør og en prosedyre for hendelser på området informasjonssikkerhet. Det kom fram at ikke alle bruker EQS, men at dette er noe man skal ha økt fokus på framover.

Til kapittel 5 Prosesser knyttet til reiser med rekvisisjon (direkteoppgjør)

5.2 Behandling av henvendelser/søknad om rekvisisjon

Alle tre pasientreisekontorene har i forbindelse med innføring av LEAN-metodikken etablert rutiner for saksbehandlingen også på området direkteoppgjør.

I Helse Nord-Trøndelag har man gjennomført besøk hos rekvirenter der samhandlings-koordinator har besøkt alle legekontor, fysioterapeuter og kiropraktorer i hele fylket flere ganger. Formålet med besøkene er å gi informasjon om regelverk og rutiner og der man også tar opp forhold som oppleves som

utfordringer. Denne aktiviteten har ført til riktigere rekvireringspraksis og har i tillegg gitt besparelser i millionklassen.

5.3 Forvaltning og drift av saksbehandlingssystemet NISSY

Alle tre kontorene opplyste at Nissy oppleves som et tungvint system og at det er sårbart på stabilitet.

Mislighetsrisiko er sjelden tema i kontorene. Alle kontorene har en muntlig regel om saksbehandlingshabilitet som sikrer at personellet ikke behandler saker som omhandler dem selv eller nærstående. Ingen av kontorene har utarbeidet etiske retningslinjer.

Til kapittel 7 Samhandling mellom helseforetak med pasientreisekontor, Pasientreiser ANS og de regionale helseforetakene

Det er etablert et regionalt nettverk (Rn) der representant fra det regionale helseforetaket (RHF) og pasientreisekontorene møtes jevnlig. Her foregår det erfaringsutveksling og benchmarking. Rn er ikke et beslutningsforum, men et drøftingsforum der man søker å komme fram til enighet. Det uttrykkes tilfredshet med nettverket fra pasientreisekontorene. I RHFet er det en oppfatning at det man diskuterer seg fram til enighet om i Rn gir best forankring i pasientreisekontorene. Det er ikke utarbeidet mandat for Rn. RHFet ser imidlertid at det kan være nyttig med en gjennomgang av funksjonen og at dette munner ut i et mandat.

Pasientreisekontorene opplyser at rolle- og ansvarsfordelingen mellom RHF – pasientreisekontor/HF – Pasientreiser ANS oppfattes som utydelig. Likeledes uttrykkes det usikkerhet i forhold til hvor beslutningsarenaene ligger. I RHFet uttrykkes det at det kan stilles spørsmål ved den formelle styringslinjen i RHFet. Det er imidlertid en oppfatning av at AD-møtet (nasjonale) er beslutningsorgan for pasientreiseområdet.

Pasientreisekontoret i St. Olavs Hospital har utarbeidet virksomhetsplan med hovedmål og delmål for virksomheten.

Pasientreisekontoret i Helse Nord-Trøndelag har virksomhetsplan for 2013 under utarbeidelse

Pasientreisekontoret i Helse Møre og Romsdal har ikke utarbeidet virksomhetsplan, men har etablert noen mål for daglig drift.

Pasientreiser er ikke nevnt som eget område i Helse Midt-Norges Strategi 2020. Men i RHFet mener man at pasientreiseområdet likevel omfattes i strategien når det gjelder desentraliserte tjenester der man ser på hvor pasienter reiser mest og derved hvor det er bør etableres tjenestetilbud.

Pasientreiseområdet omfattes av den regionale IKT-strategien ved at det vurderes felles timebok mellom pasientreisekontorene og sykehus der pasienten har time. Denne ordningen har vært testet ut i Helse Bergen.

RHF blir orientert om styresaker fra Pasientreiser ANS ved at RHF-styremedlemmet deltar i Rn. Dermed blir også helseforetak og pasientreisekontor orientert.

Risikovurderinger og mislighetsrisiko har ikke hittil vært tema i Rn, men det skal settes på agendaen med det første.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 38/2013 Forsknings- og utredningsfondet i Helse Nord-Trøndelag – endring av navn og statutter

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	12.09.13	38/2013

Saksbeh: Marit Røvik Skjerve

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2013/3198

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord-Trøndelag godkjenner at fondets navn endres fra Forsknings- og utredningsfondet i Helse Nord-Trøndelag til Helse Nord-Trøndelags forskningsfond.

Styret i Helse Nord-Trøndelag godkjenner av statuttene for Forsknings- og utredningsfondet i Helse Nord-Trøndelag endres i samsvar med vedlagte forslag.

Endringene gjøres gjeldende fra 12. september 2013.

SAKSUTREDNING:

Sak 38/2013 Forsknings- og utredningsfondet i Helse Nord-Trøndelag – endring av navn og statutter

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

- Forslag til nye statutter for Helse Nord-Trøndelags forskningsfond

Dagens navn på fondet er ikke i samsvar med Helse Nord-Trøndelags mål om å styrke forskningen i foretaket. Utviklingsarbeid og arbeid med driftsmessige spørsmål, skal tilligge den enkelte klinikks ansvar og budsjett. Den etablerte praksisen ved tildeling av tilgjengelige midler fra fondet til forskningsformål, taler også for et navneskifte.

Styret for fondet foreslår i styremøte 06.05.13 å endre fondets navn til Helse Nord-Trøndelags forskningsfond, og som følge av dette revidere statuttene § 4, 2. avsnitt. Fondets statutter ble vedtatt av styret i Helse Nord-Trøndelag 26.05.03.

Statuttene § 4 lyder i dag:

"Tildeling fra fondets midler kan søkes av ansatte i Helse Nord-Trøndelag HF.

Fondets formål er å støtte forsknings- og utredningsarbeid knyttet til faglige og driftsmessige forhold i helseforetaket. Ved tildeling av midler skal fondsstyret spesielt ha for øye den varige nytten foretaket kan trekke av de tildelte midlene".

Fondets styre foreslår å endre statuttene § 4, 2. avsnitt til følgende ordlyd:

"Fondets formål er å støtte forskning knyttet til faglige forhold i helseforetaket". (Siste setning strykes i sin helhet)

Statuttene § 4 blir da slik:

Tildeling fra fondets midler kan søkes av ansatte i Helse Nord-Trøndelag HF.

Fondets formål er å støtte forskning knyttet til faglige forhold i helseforetaket.

Endringer legger fram for styret til godkjenning ihht. fondets § 6 *"Endringer i fondets statutter skal godkjennes av styret for Helse Nord-Trøndelag HF."*

STATUTTER FOR HELSE NORD-TRØNDELAGS FORSKNINGSFOND

Paragraf 1

Fondets grunnkapital er urørlig. Ytterligere midler kan tilføres ved inntekter fra oppdragsforskning. Eventuell annen inntekt kan tilføres fondet etter foretaksledelsens bestemmelser.

Paragraf 2

Fondets midler skal gjøres inntektsbringende i samsvar med gjeldende forskrifter for offentlige stiftelsers og legaters kapital.

Årlige renteinntekter samt årlige overføringer fra oppdragsforskning kan nyttes til formål som er nevnt i paragraf 4.

Tilgjengelige midler som ikke blir nyttet i regnskapsåret, skal tillegges kapitalen.

Paragraf 3

Fondets midler forvaltes av et eget fondsstyre. Styret skal bestå av 5 medlemmer som oppnevnes av administrerende direktør. Styret er beslutningsdyktig når minst 3 medlemmer er til stede. Helseforetakets administrasjon utfører sekretariatsoppgavene.

Helse Nord-Trøndelag HF fører fondets regnskap, som revideres av foretakets revisjon.

Paragraf 4

Tildeling fra fondets midler kan søkes av ansatte i Helse Nord-Trøndelag HF.

Fondets formål er å støtte forskning knyttet til faglige forhold i helseforetaket.

Paragraf 5

Fondsstyret utarbeider regler for kunngjøring, søknadsfrister, søknadens innhold og regler for skriftlig rapportering om hvordan bidraget er brukt.

Paragraf 6

Endringer i fondets statutter skal godkjennes av styret for Helse Nord-Trøndelag HF.

Paragraf 7

Disse statuttene gjøres gjeldende fra 12.09.2013.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 39/2013 Miljøsertifisering av Helse Nord-Trøndelag

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	12.09.13	39/2013
Saksbeh:	Miljøleder Ove Pedersen	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2013/3198	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord-Trøndelag vedtar framlagt forslag til miljøpolitikk og overordnede miljømål:

MILJØPOLITIKKEN TIL HELSE NORD-TRØNDELAG:

”Å ta hensyn til ytre miljø og klima er viktig for Helse Nord-Trøndelag HF.

Det gjør vi ved å:

- ha miljøbeviste medarbeidere og ledere
- ha oversikt over vår miljø- og klimapåvirkning
- sette oss høye miljømål som vi lever opp til
- ha et styringssystem som sørger for kontinuerlig forbedring av vår miljø- og klimapåvirkning, inkludert å forebygge forurensing
- kjøpe inn smartere og mindre slik at vi forurensar mindre
- tilfredsstille de lovbestemte miljøkrav
- våre brukere, samarbeidspartnere, kunder og leverandører skal kjenne til og identifisere seg med vår miljøpolitikk

På denne måten ønsker vi i Helse Nord-Trøndelag HF å ta vårt samfunnsansvar for en bærekraftig utvikling - for vår folkehelse og livsvilkårene for våre etterkommere.”

OVERORDNEDE MILJØMÅL FOR HELSE NORD-TRØNDELAG:

Innkjøp:

I alle vesentlige innkjøp skal det stilles krav til leverandørene med hensyn til miljø og etiske forhold.

Det skal kreves miljødokumentasjon av alle deler av produktets livsløp og tjenestens omfang.

Livsløp inkluderer råvarebruk, produksjon, emballering, transport, bruk og gjenvinning eller avhending.

Energi:

Vi skal redusere vårt energiforbruk på tre områder:

Bruke mindre areal, ta i bruk energivennlige løsninger og bedre holdninger hos oss ansatte.

Avfall:

Vi skal øke både kildesorteringsgraden og andelen riktig sortering.

Transport:

Vi skal redusere reiselengden med personbil og fly.

Det gjør vi ved å: aktivt bruke elektronisk baserte kommunikasjonsverktøy, bruke kollektivtransport, samkjøring av pasienter, samkjøring av ansatte, samlastning av varetransport, tilrettelegging for bruk av sykkel. Våre tjenestereiser med personbil og fly skal være klimanøytrale ved bruk av frivillige klimakvoter.

Utslipp:

Vi skal redusere våre utslipp av miljøskadelige stoffer til jord, luft, sjø og vann.

Det vi har av miljøfarlige stoffer skal være sikret etter gjeldende lover og forskrifter.

SAKSUTREDNING:

Sak 39/2013 Miljøsertifisering av Helse Nord-Trøndelag

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

Utrykte vedlegg i saksmappen

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Helsedepartementet har bestemt at alle helseforetak skal miljøsertifiseres etter standarden ISO 14001 innen utløpet av 2014. Det er et krav i ISO 14001 at foretakets øverste ledelse skal vedta miljøpolitikken. Det er også en del konkrete krav i standarden ISO 14001 (pkt. 4.2) til innholdet i en miljøpolitikk. Dette inkluderer bl.a. forpliktelse til kontinuerlig forbedring, følge lovkravene og egne krav, forebygge forurensing, gi ramme og retning for miljømålene, samt bli kommunisert til egne ansatte og være tilgjengelig for allmennheten. Innsatsområdene (innkjøp, energi, avfall, transport og utslipp) i de overordnede miljømålene er utarbeidet av det nasjonale prosjektet.

BAKGRUNN

Regjeringens internasjonale forpliktelser/avtaler i sammenheng med ytre miljø og klima, samt HNT's eget ønske og behov for å vise at vi tar vår del av dette samfunnsansvaret. Dette er spesialisthelsetjenesten sitt svar på miljø- og klimautfordringene. Det gir oss også en mulighet til selv å være den forandringen vi ønsker å se rundt oss.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Miljøpolitikken og de overordnede miljømålene legger føringene for de tallfestede delmålene og handlingsplanene. Aktiv miljøarbeid innebærer både besparelser og kostnader, og muligheter til betydelige positive ringvirkninger for både ytre miljø og arbeidsmiljø, samt HNT's image hos ansatte og lokalsamfunn.

INNKOMNE UTTALELSER

Miljøpolitikken og miljømålene ble godkjent av prosjektets styringsgruppe den 30. april og av foretaksledelsen 27. august 2013.

HELHETLIG DRØFTING

Miljøpolitikken og de overordnede miljømålene er svært viktige for miljøarbeidet i HNT. De vil være retnings- og normgivende for utarbeidelsen av konkrete miljødelt mål og handlingsplaner. Miljødelt målene vil bli tall- og tidsfestet, og vedtas av foretaksledelsen. Klinikkene og direktørens stab vil så utarbeide forpliktende handlingsplaner for å komme med sitt bidrag til å leve opp til miljøpolitikken og nå målene og delmålene.

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

Miljøatsingen har både en kostnadsreduserende side og en utgiftsside.

Besparelser: Reduserte kostnader til energi, reiser og avfallsbehandling, mer effektiv arbeidstid (mindre reisetid), bidrag til mindre sykefravær (for eksempel pga. mer fysisk aktivitet ved sykling), forberedt på forventede miljøavgifter.

Utgifter: Tiltak for å redusere energiforbruket (investering i mer energieffektive løsninger og bygg, isolering og styring), økt pris på miljøvennlige produkter og tjenester, kommunikasjons-utstyr for å redusere reiseaktiviteten, kjøp av klimavoter, tiltak for å bedre kildesorteringen,

tilretteleggingstiltak for mer bruk av sykkel, kurs, informasjons- og motiveringskampanjer, samt medgått arbeidstid i stab og klinikker for å gjennomføre dette.

Målet under transport inkluderer kjøp av klimakvoter for å gjøre våre tjenestereiser med fly og personbil klimanøytrale. Dette er ikke noe vi er pålagt, men eventuelt gjør frivillig for å motivere til måloppnåelse og vise at vi tar dette på alvor. Våre tjenestereiser (ikke pasienttransport) utgjør i dag ca. 250 tonn CO2 ekvivalenter. Med dagens kvotepris blir det ca. kr 7000,- pr år i kostnad for HNT. Dette er basert på CER-kvote fra Miljødirektoratet som pr dato har en markedspris på ca kr 25,- pr tonn CO2. Markedsprisen var ment å ligge på rundt 200 kr pr tonn, og dersom det skjer en gang i fremtiden betyr det en direkte kostnad på ca kr 50 000,- pr år for HNT å være klimanøytral på tjenestereiser med fly og personbil.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 40/2013 Driftsrapport juli 2013

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	12.09.13	40/2013

Saksbeh: Tormod Gilberg

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2013/3198

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar driftsrapporten for juli til etterretning.

SAKSUTREDNING:

Sak 40/2013 Driftsrapport juli 2013

VEDLEGG

Styrerapport juli 2013.

BAKGRUNN

Denne saken omfatter en samlet rapportering av status ved Helse Nord-Trøndelag HF ved utgangen av juli 2013, både med hensyn til helsefag, personell og økonomi.

SAMMENDRAG

Etter tilnærmet balanse mellom budsjett og regnskap i januar og februar, viste foretakets regnskap betydelige negative resultat i forhold til vedtatt budsjett i mars og april. De siste månedene (mai - juli) viser også negative avvik, men mindre enn de foregående månedene. Korrigert for reduserte pensjonskostnader viser resultatet et avvik på – 0,1 mill kroner i juli måned og et akkumulert avvik på – 19,5 mill kroner. Den største utfordringen synes å være knyttet til å begrense bemanning og lønnskostnader til fastsatt budsjett.

Aktivitetstall hittil i år viser at foretaket ligger betydelig over bestilt (DRG-) aktivitet i de somatiske avdelingene. Årets DRG-aktivitet prognostiseres å bli om lag 6 % over HMNs aktivitetsbestilling til HNT, dvs. noenlunde i samsvar med vedtatte driftsplaner for foretakets avdelinger.

Aktiviteten i de psykiatriske avdelingene er lavere enn det som er forventet i styringsdokumentet fra HMN, og med enda større avvik i forhold til egne plantall. Det er først og fremst innen poliklinisk aktivitet at nivået har vært lavere enn planlagt.

For rapporterte kvalitetsindikatorer var det god måloppnåelse for gjennomsnittlig ventetid pr. 31.12.12 og tilnærmet måloppnåelse i forhold til å fjerne fristbrudd. Gjennomsnittlig ventetid har økt litt hittil i år og ligger litt over fastsatte måltall, mens antall fristbrudd er tilnærmet fjernet.

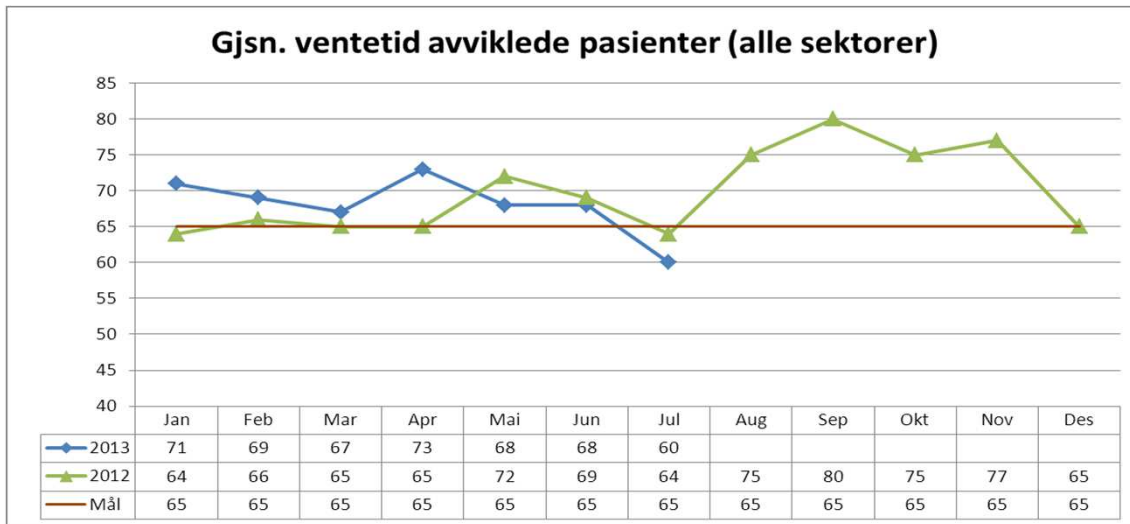
HNT prognostiserer et årsresultat for 2013 på 33,1 mill kroner. Prognosen er 12,9 mill kroner dårligere enn opprinnelig resultatkrav på 46,0 mill kroner og skyldes reduserte pensjonskostnader på 12,1 mill kroner, økte lønnskostnader på 48 mill kroner, økte inntekter på 13 mill kroner, økte varekostnader på 10 mill kroner og oppløsning av reserve/avsetning på 20 mill kroner. Prognostisert resultat er 25 mill kroner lavere enn korrigert resultatkrav. Prognostisert resultat er uendret fra forrige rapport.

Det er iverksatt tiltak med bl.a. begrenset tilsetningsstopp og redusert bruk av overtid og innleie for å redusere budsjettavviket på lønn resten av året og for å oppnå et resultat i samsvar med prognose.

Styrerapport

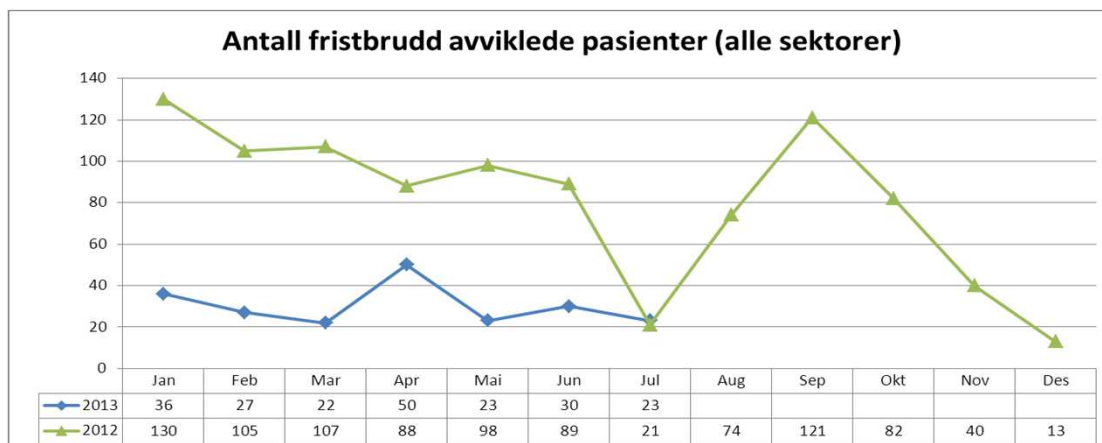
1. Pasientbehandling

1.1 Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter



Det er betydelig fokus på å redusere ventetider og å fjerne fristbrudd for rettighetspasienter. Dette har gitt resultater. Ved utgangen av 2012 nådde foretaket målsettingen om gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter på 65 dager. Foretaket hadde ved årsskiftet også svært få pasienter med fristbrudd. Gjennomsnittlig ventetid har har gått ned siste måned og ligger nå på 60 dager.

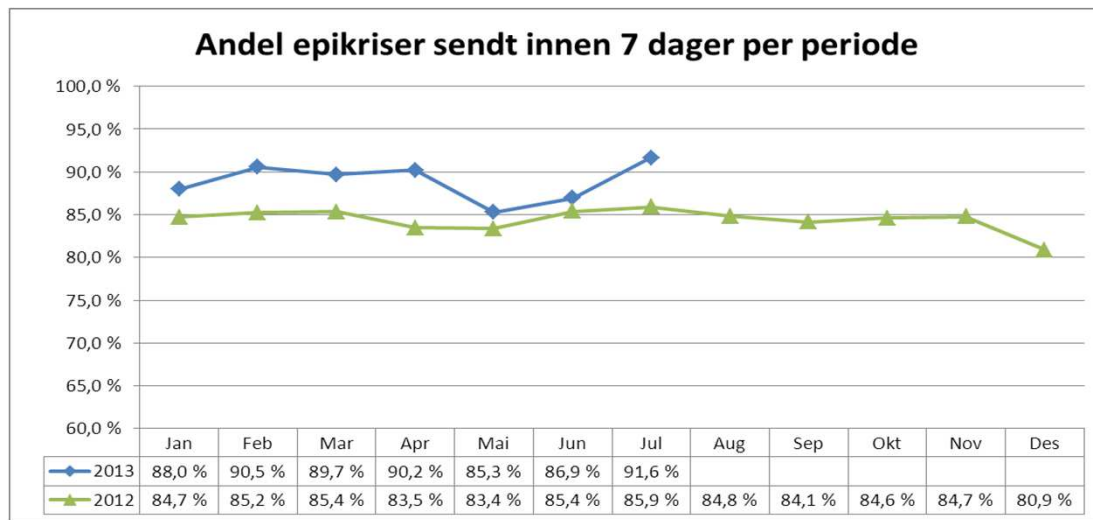
1.2 Fristbrudd avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp



Antall fristbrudd varierer litt fra måned til måned, og lå siste måned på vel 20. Det vil i tiden framover bli arbeidet med å legge opp driften slik at vi ikke skal ha fristbrudd for rettighetspasienter.

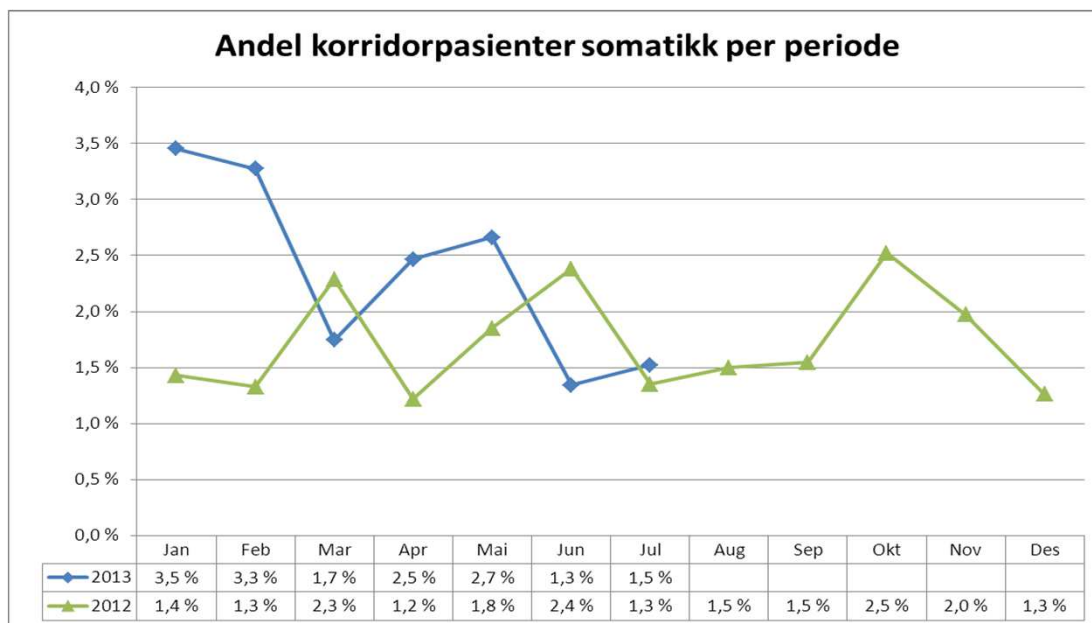
2. Kvalitet, fagutvikling og forskning

2.1 Andel epikriser sendt innen en uke



Det er betydelig fokus på epikrisetid og andel korridorpasienter som kvalitetsindikatorer. Andel epikriser sendt ut innen en uke har i flere år ligget på om lag 80 % (tidligere måltall), men er i år hevet til om lag 90 %. Det arbeides med å øke andelen videre opp mot fastsatt måltall på 100 %.

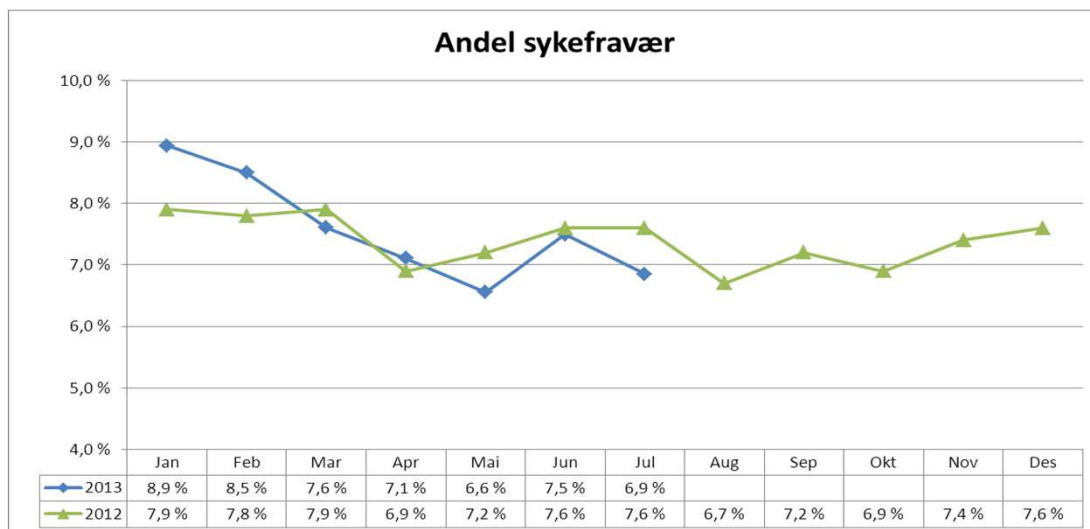
2.2 Andel korridorpasienter



Andel korridorpasienter varierer noe fra måned til måned, men er på et relativt lavt nivå.

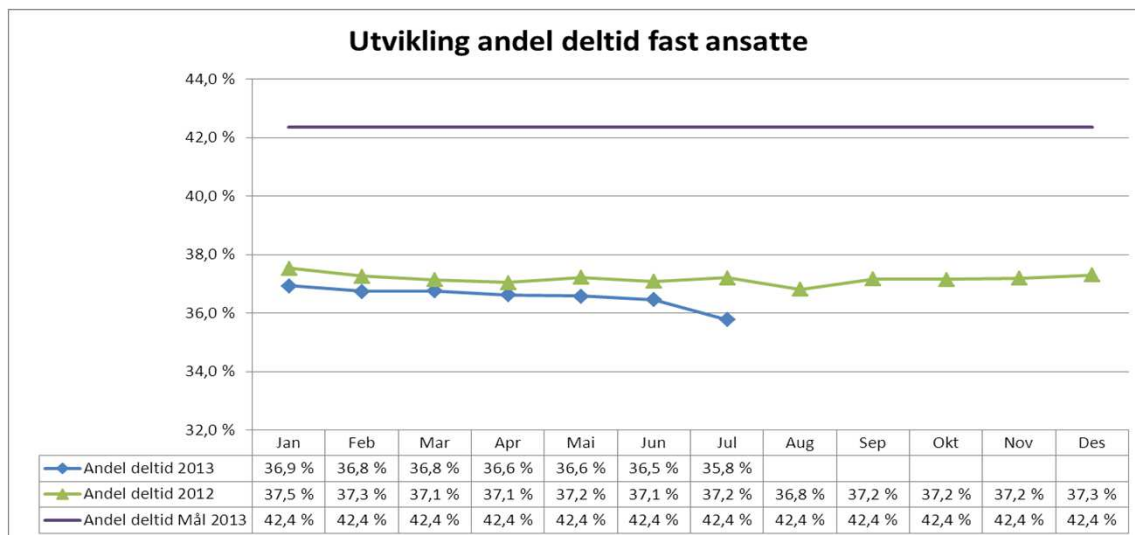
3. Medarbeider

3.1 Sykefravær

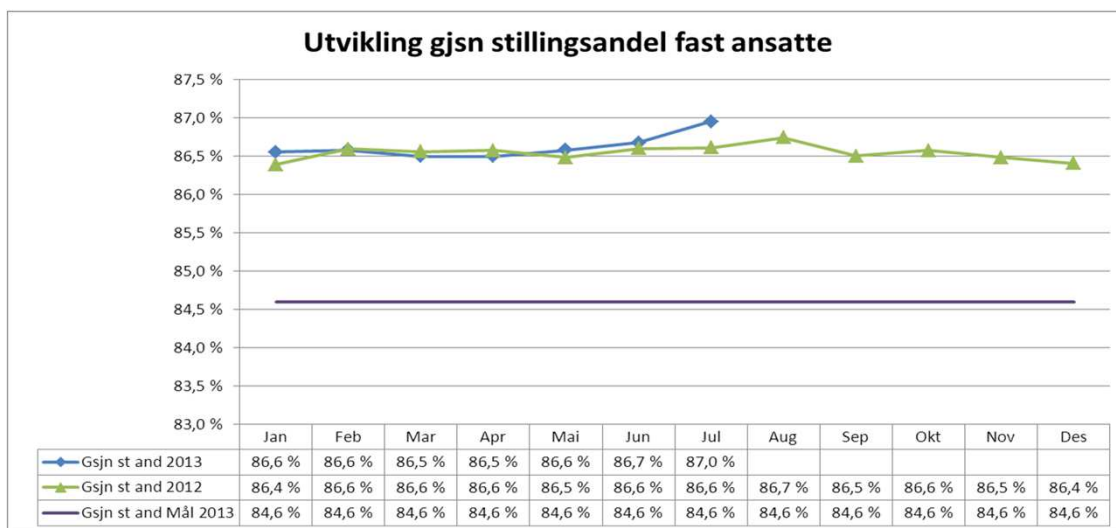


Sykefraværet i HNT var i 2012 på 7,5 %. I henhold til IA-avtalen er det et mål å redusere sykefraværet gradvis til det er nede på et langsiktig mål på 7 % i 2013. Sykefraværet i foretaket var i juli på 6,9 %, - en liten nedgang i forhold til samme måned året før. Sykefraværet hittil i år har vært på 8,0 % mot 7,6 % for samme tidsrom i fjor.

3.2 Deltid og gjennomsnittlig stillingsandel

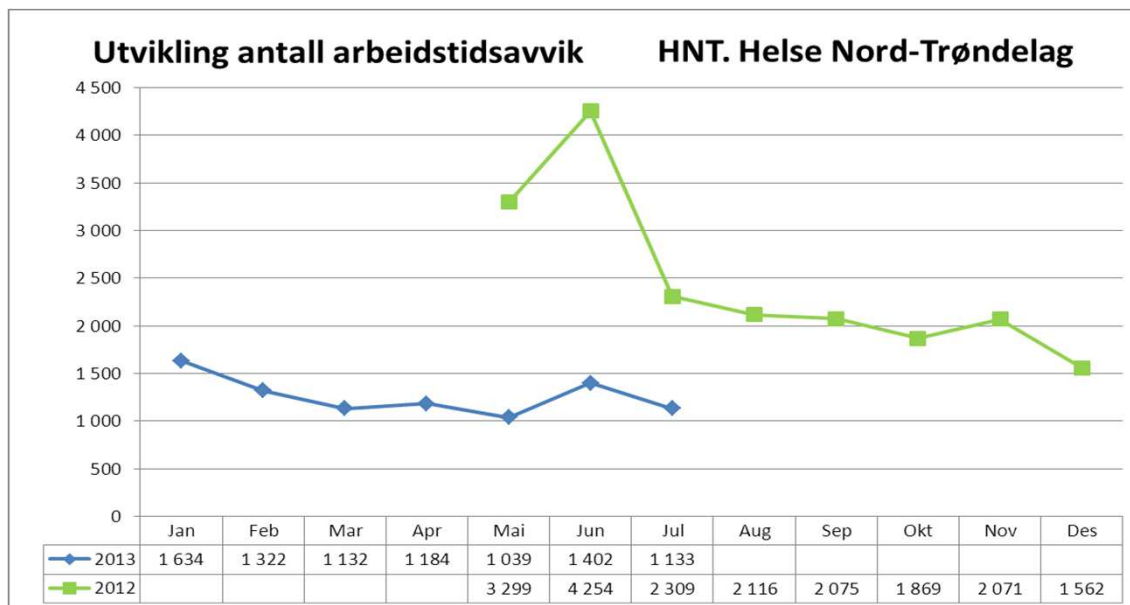


Det vises til krav som ble fastsatt i foretaksmøte i 2011 om å redusere andel deltid med minst 20 %, alternativt øke gjennomsnittlig stillingsstørrelse med 20 %. Helse Midt-Norge har nylig endret definisjonen for gjennomsnittlig stillingsandel. Andel deltid er derfor f.o.m. juni-rapporteringen lavere enn i tidligere månedsrapporter. Det er p.t. ukjent om styringsmålet for 2013 skal endres for å tilpasses ny definisjon. Foretaket forventer videre forbedring på dette området etter revisjon av årsplanene for høstens aktivitet.



Gjennomsnittlig stillingsstørrelse er et speilbilde av andel deltid. Reduksjon i andel deltid innebærer økt stillingsandel. Det er en liten, men markert økning i gjennomsnittlig stillingsandel i juli måned.

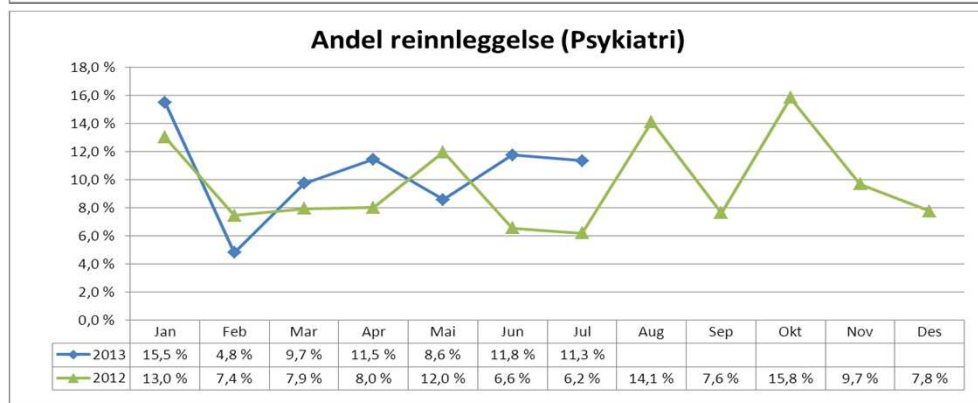
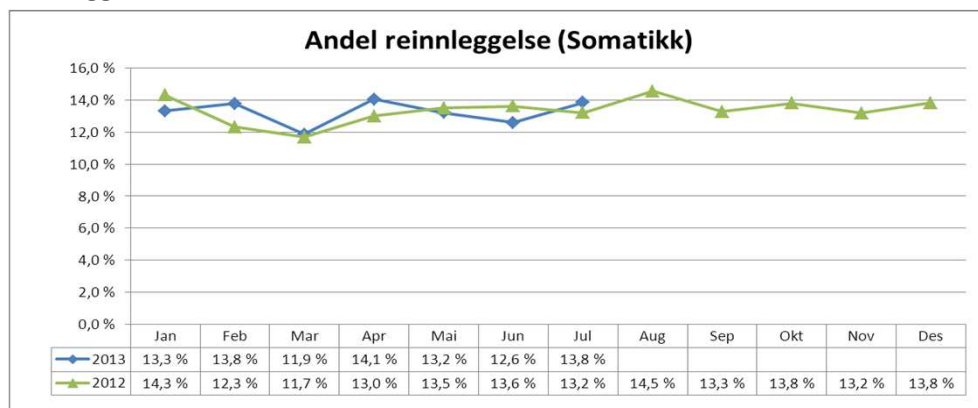
3.3 Etterlevelse av arbeidstidsbestemmelser



Antall arbeidstidsavvik har siste halvår vist en reduksjon fra ca. 2000 i november 2012 til ca. 1000 i mai 2013. I juni og juli har vi hatt en liten økning sammenlignet med mai-tallene (1402 i juni og 1133 i juli). Det skyldes forhold knyttet til ferieavviklingen uten at det ligger noen dramatik i disse tallene.

4. Samhandling

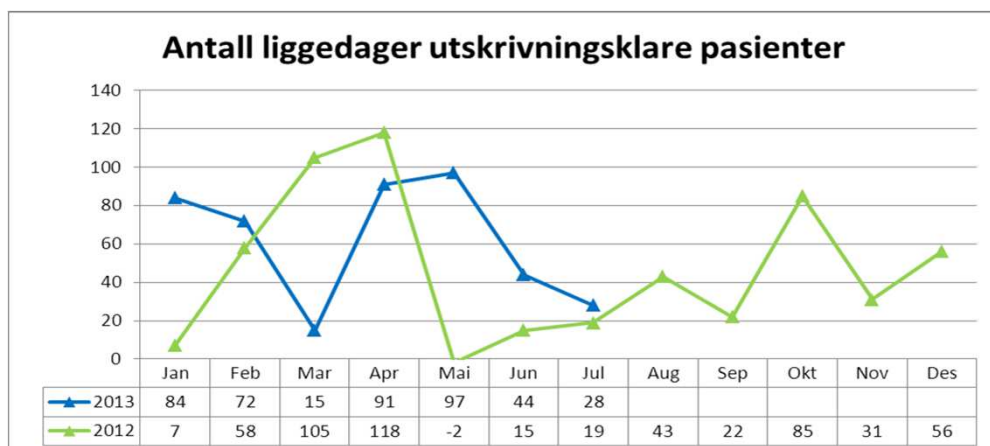
4.1 Reinnleggelser



Andel reinnleggelser i somatikken ligger ganske stabilt mellom 12 og 14 % av antall innleggelser og oppleves å være på et forsvarlig nivå. Andelen er litt høyere i medisinske avdelinger enn i de kirurgiske avdelingene.

Andel reinnleggelser i de psykiatriske avdelingene varierer noe mer og ligger mellom 5 og 15 % av antall innleggelser.

4.2 Utskrivningsklare pasienter

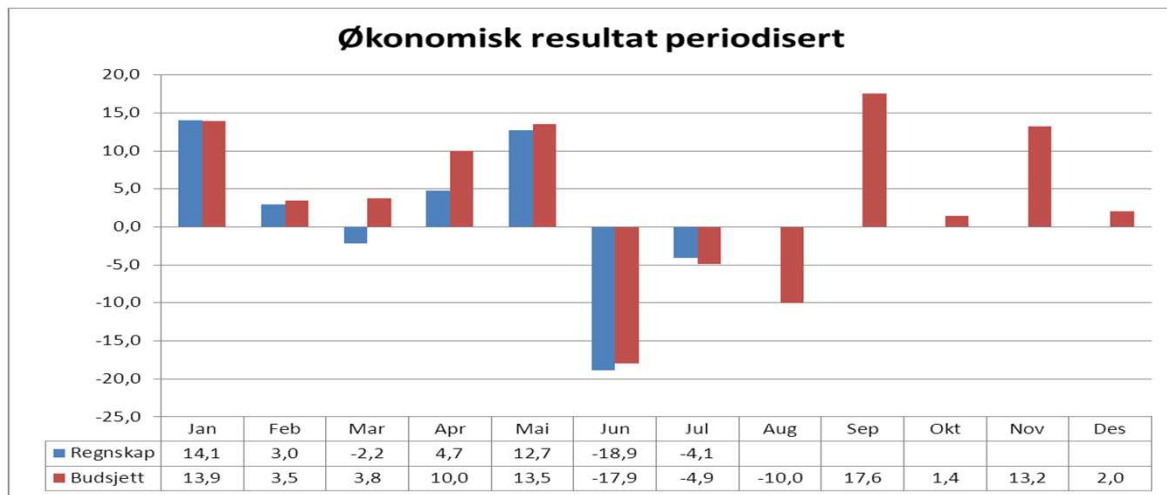


Det er siste måned registrert 8 utskrivningsklare pasienter med 28 liggedøgn i foretakets sykehus. Omfanget varierer litt fra måned til måned, men er omtrent på nivå med gjennomsnittet for 2012. Kommunene betaler 4.125 kroner pr. liggedøgn for utskrivningsklare pasienter. Hittil i år er det Steinkjer kommune som skiller seg ut med flest liggedøgn. Dette følges opp i kontakt med kommunen.

5. Økonomi og ressursstyring

5.1 Økonomisk resultat

Alle ansvarssteder	Denne periode			Hittil i år		
	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap	Budsjett	Avvik
Driftsinntekter	147 847	145 076	2 771	1 444 176	1 433 962	10 214
Varekostnader	-31 890	-27 994	-3 896	-227 505	-219 458	-8 047
Lønnskostnader	-88 727	-86 281	-2 446	-949 633	-928 805	-20 828
Andre driftskostnader	-31 710	-36 193	4 483	-261 207	-267 290	6 083
Driftskostnader	-152 328	-150 468	-1 860	-1 438 344	-1 415 552	-22 792
Driftsresultat	-4 481	-5 392	911	5 832	18 410	-12 578
Finansresultat	429	468	-40	3 513	3 381	131
Netto resultat	-4 052	-4 922	870	9 344	21 790	-12 446
Avvik knyttet til ny aktuarberegning	-1 011		-1 011	-7 046		-7 046
Netto resultat korrigert for avvik aktuarberegning	-5 063	-4 922	-141	2 298	21 790	-19 492



Foretakets resultat viser siste måned et avvik i forhold til vedtatt budsjett på 0,9 mill kroner. Korrigert for reduserte pensjonskostnader er resultatavviket siste måned – 0,1 mill kroner. Akkumulert resultat pr. juli viser et avvik i forhold til vedtatt budsjett på – 12,4 mill kroner og korrigert for reduserte pensjonskostnader et avvik på – 19,5 mill kroner. Etter to måneder med betydelige negative avvik i mars og april, har det vært mindre negative avvik de siste månedene.

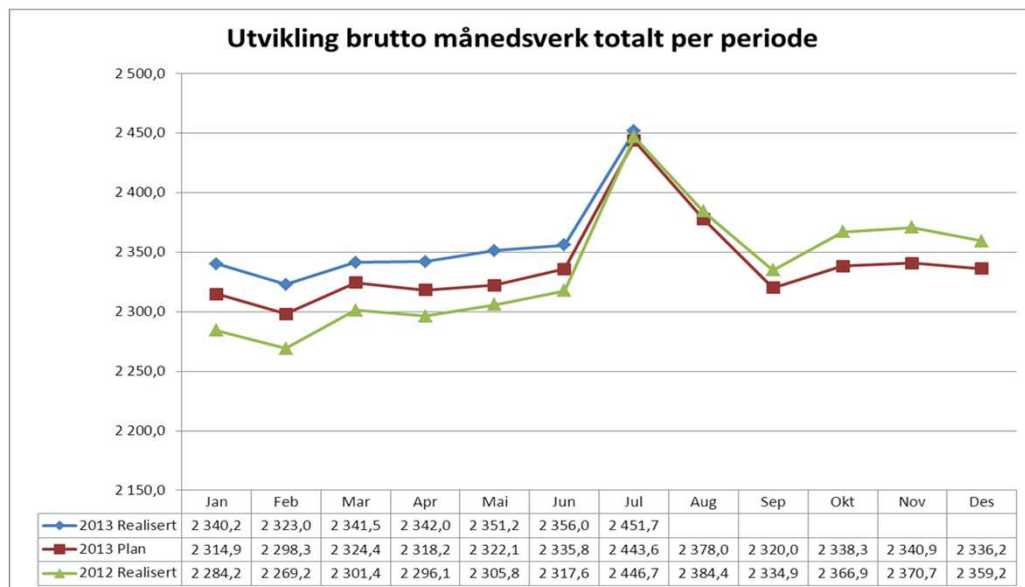
5.2 Årsprognose

Alle ansvarssteder	Hele året		
	Budsjett 2013	Prognose 2013	Avvik budsjett - prognose
Driftsinntekter	2 483 446	2 496 446	13 000
Varekostnader	-382 689	-392 689	-10 000
Lønnskostnader	-1 593 069	-1 628 977	-35 908
Andre driftskostn (6)	-405 260	-405 261	0
Andre driftskostn (7)	-62 149	-42 148	20 000
Driftskostnader	-2 443 167	-2 469 074	-25 908
Driftsresultat	40 278	27 371	-12 908
Finansresultat	5 722	5 722	0
Netto resultat	46 000	33 093	-12 908
Avvik knyttet til ny aktuarberegning		-12 092	-12 092
Netto resultat korrigert for avvik aktuarberegning	46 000	21 001	-25 000

HNT prognostiserer et årsresultat for 2013 på 33,1 mill kroner. Prognosen er 12,9 mill kroner dårligere enn opprinnelig resultatkrav på 46,0 mill kroner og skyldes reduserte pensjonskostnader på 12,1 mill kroner, økte lønnskostnader på 48 mill kroner, økte inntekter på 13 mill kroner, økte varekostnader på 10 mill kroner og oppløsning av reserve/avsetning på 20 mill kroner.

Prognostisert resultat er 25 mill kroner lavere enn korrigert resultatkrav. Prognostisert resultat er uendret fra forrige rapport.

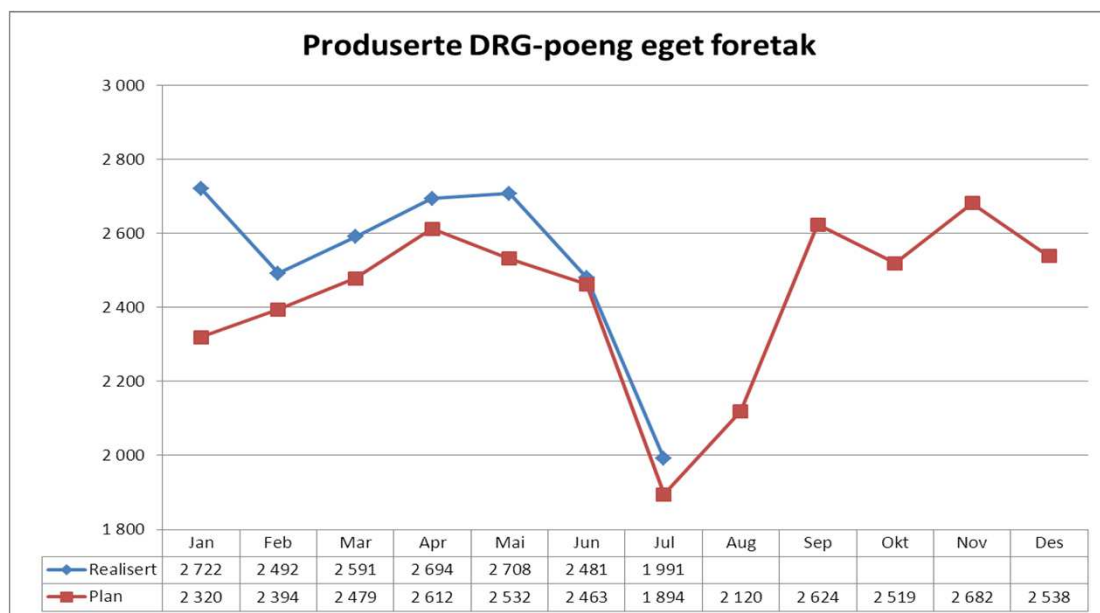
5.3 Bemanning



Foretakets bemanning, målt i brutto månedsverk, viser i juni et avvik på 20,2 månedsverk og i juli et avvik på 8,1 månedsverk. Samlet avvik hittil i år er 148,5 månedsverk. I snitt gir det et overforbruket på 21,2 månedsverk per måned. Avviket i sommermånedene er betydelig mindre enn det vi opplevde i 2012. Noe av merforbruket hittil i år er knyttet til svært høy aktivitet i enkelte klinikker tidlig på året og noe høyere sykefravær enn budsjettert i andre klinikker.

5.4 Aktivitet

5.4.1 Aktivitet somatikk

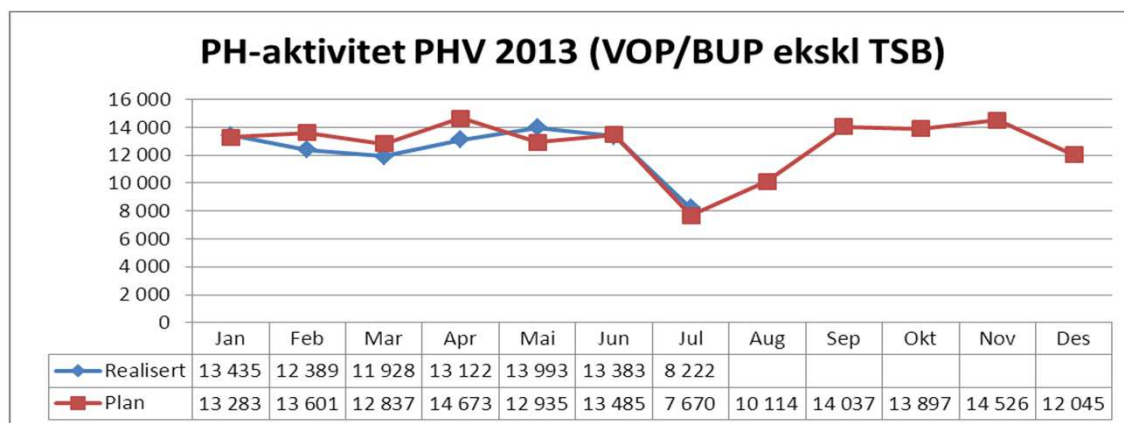


Aktivitet somatikk 2013		Hittil i år			Totalt for året			
Antall DRG-poeng		Realisert	Budsjett	Avvik %	Prognose	Budsjett	Avvik	Avvik %
Egne pasienter behandlet i egen region		17 144	16 237	5,6 %	0	28 390		
Kjøp fra andre regioner		952	824	15,4 %	0	1 413		
Antall produserte DRG-poeng "Sørge for"		18 095	17 061	6,1 %	31 589	29 803	1 786	6,0 %
Gjestepasienter fra andre regioner		535	459	16,7 %	0	789		
Antall produserte DRG-poeng i eget foretak		17 679	16 695	5,9 %	30 937	29 179	1 758	6,0 %

HMN har gjennom budsjett og styringsdokument for 2013 lagt opp til en "sørge for" - aktivitet for HNT som er om lag 4 % lavere enn realisert aktivitet i 2012. Det er denne aktivitetsforventningen som er lagt inn i foretakets budsjett og i grafen ovenfor. For å unngå fristbrudd og for å redusere pasientenes ventetider har foretakets avdelinger (i samsvar med hovedretningslinjene i statsbudsjettet) lagt opp til en aktivitet som ligger om lag 2 % over realisert aktivitet i fjor.

Årets DRG-aktivitet prognostiseres å bli om lag 6 % over HMNs aktivitetsbestilling til HNT, men omtrent i samsvar med vedtatte driftsplaner for foretakets avdelinger.

5.4.2 Aktivitet psykisk helsevern (VOP og BUP)

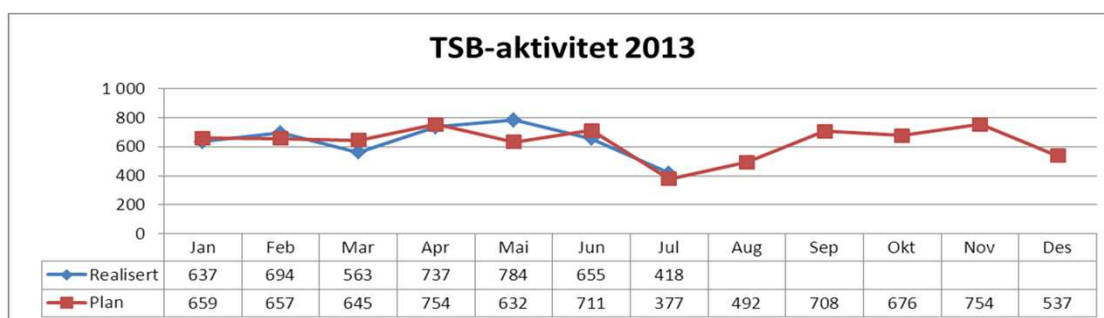


Aktivitet psykisk helsevern 2013	Hittil i år utført	Hittil i år planlagt	Avvik	Avvik i %
Psykisk helsevern voksne:				
Polikliniske v-konsultasjoner	28 482	29 364	-882	-3,0 %
Utskrivninger (sum sykehus og DPS)	735	724	11	1,5 %
Oppholdsdøgn (sum sykehus og DPS)	14 947	14 018	929	6,6 %
Psykisk helsevern barn og unge:				
Polikliniske v-konsultasjoner	12 499	14 641	-2 142	-14,6 %
Utskrivninger	77	75	2	2,7 %
Oppholdsdøgn	1 088	1 304	-216	-16,6 %
Samlemål: PH-aktivitet	86 472	88 485	-2 013	-2,3 %

Styringsdokument 2013 for HNT formidler forventninger om en aktivitetsvekst innen psykisk helsevern på minst 3 % samlet sett og at veksten primært skal knyttes til poliklinisk aktivitet.

Hittil i år er den polikliniske aktiviteten lavere enn planlagt både i VOP og i BUP. Aktiviteten knyttet til innlagte pasienter viser færre utskrivninger enn planlagt, men mer variabel utvikling når det gjelder antall oppholdsdøgn.

5.4.3 Aktivitet tverrfaglig spesialisert rusbehandling



Aktivitet TSB 2013	Hittil i år utført	Hittil i år planlagt	Avvik	Avvik i %
Polikliniske v-konsultasjoner	3 135	3 381	-246	-7,3 %
Utskrivninger	31	23	8	34,8 %
Oppholdsdøgn	1 144	935	209	22,4 %
Samlemål: TSB-aktivitet	4 487	4 435	52	1,2 %

Styringsdokument 2013 for HNT formidler forventninger om en aktivitetsvekst innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) på minst 8 % samlet sett og at veksten primært skal knyttes til poliklinisk aktivitet. Hittil i år har den samlede aktiviteten vært noenlunde i samsvar med intensjonen, men den planlagte vridningen fra innleggelse til poliklinikk er så langt ikke oppnådd.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 41/2013 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	12.09.13	41/2013
Saksbeh:	Marit Røvik Skjerve	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2013/3198	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:
Sak 41/2013 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 21.06.13 og 29.08.13
2. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 17.06. og 09.09.13
3. Protokoll fra møte i Administrativt samarbeidsutvalg 11.06.13
4. Orientering om drift august 2013
5. Andre orienteringer

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 20.06.13 kl. 1300 - kl 1700

21.06.13 kl 0900 - kl 1300

Møtested: Quality Airport Hotell, Stjørdal sentrum

Saksnr.:47/13 – 60/13

Arkivsaksnr.: 2012/561

Møtende medlemmer:

Marthe Styve Holte

Kåre Gjønnnes

Ottar B. Guttelvik

Tore Kristiansen

Gunn Iversen Stokke

Nils Håvard Dahl

Björg Henriksen

Tore Brudeseth

Vigdis Harsvik

Eva Vinje Aurdal

Kjersti Tommelstad (permisjon sak 56/13 og 57/13)

Ellen Marie Wøhni

Trond Prytz (fom sak 55/13)

Forfall:

Ingen

Regionalt brukerutvalg:

Snorre Næss

Bjørn Stian Hojem

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Daniel Haga

Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)

Direktør for stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Direktør for helsefag, forskning og utdanning Nils Hermann Eriksson (permisjon sak 52/13)

Økonomidirektør Reidun Rømo

HR direktør Sveinung Aune

Ass direktør for helsefag, forskning og utdanning Henrik A. Sandbu (21.06.13)

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 13.06.13. Samme dag ble saksdokumentene, med unntak av sak 50/13 Statusrapport Helse Midt-Norge pr. mai 2013 lagt ut.

14.06.13 ble ny versjon av styresak 52/13 Helse Midt-Norge LTB/LTP 2014-2019 lagt ut.

18.06.13 ble sak 50/13 lagt ut i styreadministrasjonen. Samme dag ble det også lagt ut et vedlegg til sak 58/13 Orienteringssaker – Faktaark ny låneordning.

19.06.13 ble følgende drøftingsprotokoller lagt ut i styreadministrasjonen:

- Sak 51/13
- Sak 52/13
- Sak 53/13
- Sak 56/13
- Sak 57/13

Det ble også lagt ut en referatsak ”Uttalelse til Helse Midt-Norge om ny finansieringsmodell og prioritering av investeringsprosjekt”, samt foretaksprotokollen fra foretaksmøtet 24.05.13 samme dag.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 17.06.13
- Tabell 6.1 Beregnet investeringsramme for effektivisering 2014-2019 (feil i saksframlegg ved en inkurie)
- Sak 55/13 vedlegg drøftingsprotokoll
- Tillegg til saksunderlag sak 55/13

Styreleder Marthe Styve Holte ønsket velkommen til styremøtet.

Innkalling til møtet ble godkjent.

Styreleder fremmet forslag om endring av saksliste. Sak 54/13 utsettes til et senere møte. Videre ble det foreslått at sak 52/13 og 53/13 tas som første i møtets dag 2. Øvrige saker behandles fortløpende. Dette forslaget fikk tilslutning.

Sak 47/13 Referatsaker

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 17.06.13
- Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 25. april 2013
- Brev fra Aure kommune vedr. tildeling av tilskudd til etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgnplasser
- Svar fra Helsedirektoratet til Aure kommune
- Uttalelse til Helse Midt-Norge om ny finansieringsmodell og prioritering av investeringsbudsjett

Sak 48/13 Valgkomiteens forslag til endringer i styret i Rusbehandling Midt-Norge HF

Forslag til vedtak:

1. Styreleder får fullmakt til å fremme sak for foretaksmøte i Rusbehandling Midt-Norge HF.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styreleder får fullmakt til å fremme sak for foretaksmøte i Rusbehandling Midt-Norge HF.

Sak 49/13 Tertialrapport Helse Midt-Norge 1. tertial 2013

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar den rapporterte utviklingen for aktivitet, ventetid, fristbrudd, kvalitet, økonomi og bemanning til etterretning.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar den rapporterte utviklingen for aktivitet, ventetid, fristbrudd, kvalitet, økonomi og bemanning til etterretning.

Sak 50/13 Statusrapport Helse Midt-Norge pr mai 2013

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar den rapporterte utviklingen for aktivitet, kvalitet, økonomi og bemanning til etterretning.
2. Styret ber administrerende direktør påse at det settes i verk nødvendige tiltak som reduserer ventetidene til under 65 dager og fjerner fristbruddene.
3. Styret i Helse Midt-Norge vedtar at rammen til Ambulanse Midt-Norge HF for 2013 økes med 50 mill kr, med en tilsvarende reduksjon i rammen for Helse Midt-Norge RHF.
4. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar risikovurderingen av oppfølgingspunkter i forhold til eiers styringsbudskap per 1. tertial 2012 til etterretning, og ber om at det legges fram en ny risikovurdering og rapport etter 2. tertial.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar den rapporterte utviklingen for aktivitet, kvalitet, økonomi og bemanning til etterretning.
2. Styret ber administrerende direktør påse at det settes i verk nødvendige tiltak som reduserer ventetidene til under 65 dager og fjerner fristbruddene.
3. Styret i Helse Midt-Norge vedtar at rammen til Ambulanse Midt-Norge HF for 2013 økes med 50 mill kr, med en tilsvarende reduksjon i rammen for Helse Midt-Norge RHF.
4. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar risikovurderingen av oppfølgingspunkter i forhold til eiers styringsbudskap per 1. tertial 2012 til etterretning, og ber om at det legges fram en ny risikovurdering og rapport etter 2. tertial.

Sak 51/13 St. Olavs Hospital HF - Utvikling av psykisk helsevern

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF fastholder at den beste løsningen for psykisk helsevern er å etablere akuttpsykiatrien for Sør-Trøndelag i et psykiatrisenter på Øya, integrert med det somatiske sykehuset og NTNU. En slik løsning har imidlertid en kostnadsramme som gjør den vanskelig å realisere på kort sikt.
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF erkjenner at det er behov for en snarlig løsning for forbedring av de bygningsmessige forhold i akuttpsykiatrien ved St. Olavs Hospital. St. Olavs vurdering om en midlertidig etablering av akuttpsykiatrien i et nytt bygg på Østmarka kan være en slik løsning.
- 3 Styret understreker at prioritering av både nybygg på Østmarka og et framtidig psykiatrisenter på Øya, vil være avhengig av tilstrekkelig egenkapital og foretakets samlede økonomiske bærekraft. Dette vil derfor handteres som en del av langtidsbudsjettet.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF fastholder at den beste løsningen for psykisk helsevern er å etablere akuttpsykiatrien for Sør-Trøndelag i et psykiatrisenter på Øya, integrert med det somatiske sykehuset og NTNU. En slik løsning har imidlertid en

kostnadsramme som gjør den vanskelig å realisere på kort sikt.

2. Styret for Helse Midt-Norge RHF erkjenner at det er behov for en snarlig løsning for forbedring av de bygningsmessige forhold i akuttpsykiatrien ved St. Olavs Hospital. St. Olavs vurdering om en midlertidig etablering av akuttpsykiatrien i et nytt bygg på Østmarka kan være en slik løsning.

3 Styret understreker at prioritering av både nybygg på Østmarka og et framtidig psykiatrisenter på Øya, vil være avhengig av tilstrekkelig egenkapital og foretakets samlede økonomiske bærekraft. Dette vil derfor håndteres som en del av langtidsbudsjettet.

Sak 52/13 Helse Midt-Norge Langtidsplan og budsjett 2014 – 2019

(Behandlet etter sak 57/13)

Forslag til vedtak:

1. Styret legger til grunn at Helse Midt-Norge skal ha en bærekraftig drift i alle foretak og en innretning av virksomheten som oppfyller målsettingene i Strategi 2020. Dette er Helse Midt-Norges fellesprosjekt.
 2. Styret viser til tidligere vedtak i sak 17/13 *Langtidsplan og budsjett 2014-2019 - prinsipper og forutsetninger*, og understreker behovet for årlig forbedringsarbeid med fokus på omstilling, innovasjon i interne arbeidsprosesser og reduksjon av kostnader.
 3. Styret forutsetter at arbeidet med strategimodell for Helse Midt-Norge blir fulgt opp i samarbeid med helseforetakene slik at regionens strategiske mål nås og at dette gir et omforent grunnlag for neste års Langtidsplan og -budsjett for foretaksgruppen.
 4. Styret vedtar følgende prioritet til framtidige investeringer i nybygg:
 1. Nytt sykehus i Møre og Romsdal
 2. Psykisk helsevern St. Olavs Hospital
- Styret ber administrasjonen komme tilbake til styret med en egen sak knyttet til nye finansieringsmuligheter.
5. Foreløpig inntektsfordeling for 2014 skal legges til grunn for foretakenes arbeid med budsjett 2014. Dette vil gi foretakene et godt grunnlag for tidlig planlegging av nødvendige forbedringstiltak for å nå resultatkrav neste år. Årsresultat og investeringer samlet må ligge på et nivå som styrker foretaksgruppens egenkapital.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret legger til grunn at Helse Midt-Norge skal ha en bærekraftig drift i alle foretak og en innretning av virksomheten som oppfyller målsettingene i Strategi 2020. Dette er Helse Midt-Norges fellesprosjekt.

2. Styret viser til tidligere vedtak i sak 17/13 *Langtidsplan og budsjett 2014-2019 - prinsipper og forutsetninger*, og understreker behovet for årlig forbedringsarbeid med fokus på omstilling, innovasjon i interne arbeidsprosesser og reduksjon av kostnader.

3. Styret forutsetter at arbeidet med strategimodell for Helse Midt-Norge blir fulgt opp i samarbeid med helseforetakene slik at regionens strategiske mål nås og at dette gir et omforent grunnlag for neste års Langtidsplan og -budsjett for foretaksgruppen.

4. Styret vedtar følgende prioritet til framtidige investeringer i nybygg:

1. Nytt sykehus i Møre og Romsdal
2. Psykisk helsevern St. Olavs Hospital

Styret ber administrasjonen komme tilbake til styret med en egen sak knyttet til nye finansieringsmuligheter.

5. Foreløpig inntektsfordeling for 2014 skal legges til grunn for foretakenes arbeid med budsjett 2014. Dette vil gi foretakene et godt grunnlag for tidlig planlegging av nødvendige forbedringstiltak for å nå resultatkrav neste år. Årsresultat og investeringer samlet må ligge på et nivå som styrker foretaksgruppens egenkapital.

Sak 53/13 IKT-strategi Helse Midt-Norge Del II, Handlingsplan

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar ”*IKT-strategi Helse Midt-Norge Del II, Handlingsplan 2013-2018*”, og ber om at denne legges til grunn for videre arbeid med IKT i foretaksgruppen.

2. Styret ber administrerende direktør videreføre det forberedende arbeidet for utskifting av nåværende pasientadministrative system og journalsystem i foretaksgruppen.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar ”*IKT-strategi Helse Midt-Norge Del II, Handlingsplan 2013-2018*”, og ber om at denne legges til grunn for videre arbeid med IKT i foretaksgruppen.

2. Styret ber administrerende direktør videreføre det forberedende arbeidet for utskifting av nåværende pasientadministrative system og journalsystem i foretaksgruppen.

Sak 54/13 Forslag til innhold og konkretisering av regional utprøving En journal – En pasient

Saken ble utsatt til et senere møte

Sak 55/13 Omdanning av Rusbehandling Midt - Norge

(Behandlet etter sak 51/13)

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF slutter seg til anbefalingene om at Rusbehandling Midt-Norge HF avvikles ved årsskiftet 2013/2014 og at aktiviteten overføres til St Olavs Hospital HF, Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF som skissert i saksutredningen.
2. Styret ber om at Styrets vedtak forelegges Helse- og Omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte etter helseforetaksloven § 30.
3. Styret viser til sitt tidligere vedtak om at ansatteforholdene i Rusbehandling Midt-Norge HF skal håndteres i henhold til bestemmelser om virksomhetsoverdragelse. For ansatte ved hovedkontor og klinikkledere som får endringer i sitt stillingsinnhold som følge av omdanningen skal det legges vekt på å finne egnede arbeidsoppgaver som sikrer at opparbeidet kompetanse kan videreføres. Her kan virkemidlene i HMNs omstillingsavtale benyttes om nødvendig.
4. For å sikre at kvaliteten i de totale tjenestene ikke forringes i overgangen, ser styret det som viktig at det bygges videre på en hensiktsmessig funksjonsfordeling og pasientflyt mellom helseforetakene. Styret legger derfor til grunn at inntektsfordelingen i en overgangsfase foretas på grunnlag av dagens fordeling av funksjoner og tilbud mellom foretaksområdene.
5. Styret ber om at administrerende direktør i forbindelse med LTP/LTB 2015-2020 legger fram en plan for videre utvikling av TSB, herunder forslag til hvordan overgangen til det ordinære inntektsfordelingssystemet skal ivaretas.
6. Styret understreker at hensikten med omdanningen er å styrke tilbudet til mennesker med sammensatte lidelser og styrke samhandlingen med kommunene for å sikre integrerte og gode pasientforløp. Styret ber om at administrerende direktør kommer tilbake med en evaluering av fusjonsprosessen, slik det er foreslått i forprosjektrapporten, og vil følge opp dette i den ordinære styringsdialogen.

Protokoll

Nestleder i styret Kåre Gjønnes fremmet forslag om følgende endring i pkt 6:

6. Styret understreker at hensikten med omdanningen er å styrke tilbudet til mennesker

med sammensatte lidelser og styrke samhandlingen med kommunene *og private* for å sikre integrerte og gode pasientforløp. Styret ber om at administrerende direktør kommer tilbake med en evaluering av fusjonsprosessen, slik det er foreslått i forprosjektrapporten, og vil følge opp dette i den ordinære styringsdialogen.

Det ble stemt over 5 første punkter samlet. Disse ble enstemmig vedtatt.

Nestleder Kåre Gjønnnes forslag til endring ble vedtatt mot 3 stemmer (Ottar Brage Guttelvik, Bjørg Henriksen og Tore Brudeseth).

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF slutter seg til anbefalingene om at Rusbehandling Midt-Norge HF avvikles ved årsskiftet 2013/2014 og at aktiviteten overføres til St Olavs Hospital HF, Helse Møre og Romsdal HF og Helse Nord-Trøndelag HF som skissert i saksutredningen.

2. Styret ber om at Styrets vedtak forelegges Helse- og Omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøte etter helseforetaksloven § 30.

3. Styret viser til sitt tidligere vedtak om at ansatteforholdene i Rusbehandling Midt-Norge HF skal håndteres i henhold til bestemmelser om virksomhetsoverdragelse. For ansatte ved hovedkontor og klinikkledere som får endringer i sitt stillingsinnhold som følge av omdanningen skal det legges vekt på å finne egnede arbeidsoppgaver som sikrer at opparbeidet kompetanse kan videreføres. Her kan virkemidlene i HMNs omstillingsavtale benyttes om nødvendig.

4. For å sikre at kvaliteten i de totale tjenestene ikke forringes i overgangen, ser styret det som viktig at det bygges videre på en hensiktsmessig funksjonsfordeling og pasientflyt mellom helseforetakene. Styret legger derfor til grunn at inntektsfordelingen i en overgangsfase foretas på grunnlag av dagens fordeling av funksjoner og tilbud mellom foretaksområdene.

5. Styret ber om at administrerende direktør i forbindelse med LTP/LTB 2015-2020 legger fram en plan for videre utvikling av TSB, herunder forslag til hvordan overgangen til det ordinære inntektsfordelingssystemet skal ivaretas.

6. Styret understreker at hensikten med omdanningen er å styrke tilbudet til mennesker med sammensatte lidelser og styrke samhandlingen med kommunene og private for å sikre integrerte og gode pasientforløp. Styret ber om at administrerende direktør kommer tilbake med en evaluering av fusjonsprosessen, slik det er foreslått i forprosjektrapporten, og vil følge opp dette i den ordinære styringsdialogen.

Sak 56/13 Etiske retningslinjer i Helse Midt – Norge

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar Etiske retningslinjer for Helse Midt-Norge

2. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber helseforetakene i Midt-Norge om å implementere de etiske retningslinjene i eget foretak. Helseforetakene bes også sørge for at de etiske retningslinjene er gjort kjent for ansatte og at det etableres rutiner for kontroll av etterlevelse.

3. Administrerende direktør gis ansvar for jevnlig revisjon av de etiske retningslinjene og gis fullmakt til mindre justeringer

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar Etiske retningslinjer for Helse Midt-Norge

2. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber helseforetakene i Midt-Norge om å implementere de etiske retningslinjene i eget foretak. Helseforetakene bes også sørge for at de etiske retningslinjene er gjort kjent for ansatte og at det etableres rutiner for kontroll av etterlevelse.

3. Administrerende direktør gis ansvar for jevnlig revisjon av de etiske retningslinjene og gis fullmakt til mindre justeringer

Sak 57/13 Avtalespesialister

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge har en målsetning om at avtalespesialistordningen skal integreres som en del av en samlet spesialisthelsetjeneste i Midt-Norge, der avtalespesialister innen utvalgte fagområder i fremtiden skal inngå som en integrert og aktiv ressurs i utformingen av faglig gode og desentraliserte pasientforløp.

2. Styret i Helse Midt-Norge ber om at fremtidig fordeling av avtalespesialister bidrar til utjevning av geografiske forskjeller.

3. Styret ber administrerende direktør om å utarbeide en helhetlig plan for organisering, fordeling og bruk av avtalespesialistene i Midt-Norge

Protokoll

Styremedlem Rune Heggedal ba om en habilitetsvurdering i saken. Han ble vurdert som inhabil og han deltok derfor ikke i behandling av saken.

Styreleder Marthe Styve Holte og styremedlem Trond Prytz fremmet i fellesskap forslag om et tillegg til pkt 3:

Styret ber om at arbeidet med planen får høy prioritet

Det ble stemt over 2 første punkt samlet. Disse ble enstemmig vedtatt.

Punkt 3 ble enstemmig vedtatt med tilleggsforslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge har en målsetning om at avtalespesialistordningen skal integreres som en del av en samlet spesialisthelsetjeneste i Midt-Norge, der avtalespesialister innen utvalgte fagområder i fremtiden skal inngå som en integrert og aktiv ressurs i utformingen av faglig gode og desentraliserte pasientforløp.
2. Styret i Helse Midt-Norge ber om at fremtidig fordeling av avtalespesialister bidrar til utjevning av geografiske forskjeller.
3. Styret ber administrerende direktør om å utarbeide en helhetlig plan for organisering, fordeling og bruk av avtalespesialistene i Midt-Norge. Styret ber om at arbeidet med planen får høy prioritet

Sak 58/13 Orienteringssaker

Styret i Helse Midt-Norge RHF tar fremlagte orienteringssaker til orientering.

I styremøte 20.06.13 og 21.06.13 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Nytt fra foretaksgruppen
- Endret låneordning
- Nasjonale kvalitetstall
- Partikkelterapi
- Foretaksprotokoll fra foretaksmøte 24.05.13

Sak 59/13 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 60/13 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoll ble godkjent og signert i møtet

Stjørdal 21.06.13

Marthe Styve Holte

Kåre Gjønnnes

Vigdís Harsvik

Ottar B. Guttelvik

Tore Kristiansen

Gunn Iversen Stokke

Trond Prytz

Kjersti Tommelstad

Eva Vinje Aurdal

Rune Heggedal

Tore Brudeseth

Ellen Wøbni

Björg Henriksen

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 29.08.13 kl 08.30 - kl 12.45

Møtested: Fosen DMS, Brekstad

Saksnr.: 61/13 – 70/13

Arkivsaksnr.: 2012/561

Møtende medlemmer:

Marthe Styve Holte

Kåre Gjønnnes

Ottar B. Guttelvik

Tore Kristiansen

Rune Heggedal

Björg Henriksen

Tore Brudeseth

Vigdis Harsvik

Eva Vinje Aurdal

Kjersti Tommelstad

Ellen Marie Wøhni

Trond Prytz

Forfall:

Gunn Iversen Stokke

Regionalt brukerutvalg:

Snorre Ness

Mona Sundnes

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Trond Michael Andersen

Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)

Direktør for stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød

Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås

Direktør for helsefag, forskning og utdanning Henrik A. Sandbu

Økonomidirektør Reidun Rømo

HR direktør Sveinung Aune

Kst. Samhandlingsdirektør Svanhild Jenssen

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 22.08.13. Samme dag ble saksdokumentene, med unntak av sak 65/13 Forslag til innhold og konkretisering av regional utprøving av En innbygger - en journal lagt ut.

Sak 65/13 ble lagt ut 26.08.13 sammen med nytt vedlegg til sak 66/13.

Vedlegg til sak 64/13 Drøftingsprotokoll ble lagt ut 27.08.13.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 26.08.13

Dagen før styremøtet besøkte styret Fosen DMS og Hysnes Helsefort.

Styreleder Marthe Styve Holte ønsket velkommen til styremøtet.

Innkalling til møtet ble godkjent.

Behandling av sak 66/13 flyttes til behandling etter sak 68/13 av praktiske årsaker.

Sak 61/13 Referatsaker

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 26.08.13
 - Pasientreiser – uttalelse fra Brukerutvalget i Helse Midt-Norge RHF
-

Sak 62/13 Statusrapport Helse Midt-Norge pr juli 2013

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar den rapporterte utviklingen for aktivitet, kvalitet og bemanning til etterretning.
2. Styret viser til en prognose på 150 mill kr bak budsjett og ser med bekymring på utviklingen i den økonomiske situasjonen i foretaksgruppen. Det er behov for å gjennomføre ytterligere tiltak for å hindre en svekket økonomiske bæreevne for foretaksgruppen. Styret ber administrerende direktør i neste styremøte å legge fram hvilke tiltak som iverksettes og hvilken effekt disse vurderes å gi for økonomisk bærekraft.
3. Styret ber om at utviklingen i ventetider, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø følges nøye.
4. Styret er fornøyd med utviklingen i sykefraværet for foretaksgruppen og det arbeid foretakene gjør for å forebygge sykefravær og for å følge opp den enkelt sykemeldte

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar den rapporterte utviklingen for aktivitet, kvalitet og bemanning til etterretning.

2. Styret viser til en prognose på 150 mill kr bak budsjett og ser med bekymring på utviklingen i den økonomiske situasjonen i foretaksgruppen. Det er behov for å gjennomføre ytterligere tiltak for å hindre en svekket økonomiske bæreevne for foretaksgruppen. Styret ber administrerende direktør i neste styremøte å legge fram hvilke tiltak som iverksettes og hvilken effekt disse vurderes å gi for økonomisk bærekraft.
3. Styret ber om at utviklingen i ventetider, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø følges nøye.
4. Styret er fornøyd med utviklingen i sykefraværet for foretaksgruppen og det arbeid foretakene gjør for å forebygge sykefravær og for å følge opp den enkelt sykemeldte

Sak 63/13 Helsebygg Midt-Norge - tertialrapport 1. tertial 2013

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar Helsebygg Midt-Norges tertialrapport 1. tertial 2013 til etterretning.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar Helsebygg Midt-Norges tertialrapport 1. tertial 2013 til etterretning.

Sak 64/13 Innfasing av nytt nødnett i Helse Midt-Norge – bygningsmessige konsekvenser for AMK Sunnmøre - Ålesund

Forslag til vedtak:

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar til etterretning at utbygging av nytt Nødnett vil starte i Midt-Norge i løpet av 2014 og ber styret i Helse Møre- og Romsdal HF igangsette nødvendig utbygging av AMK Sunnmøre.
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne forprosjekt med kostnadsoverslag

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret for Helse Midt-Norge RHF tar til etterretning at utbygging av nytt Nødnett vil starte i Midt-Norge i løpet av 2014 og ber styret i Helse Møre- og Romsdal HF igangsette nødvendig utbygging av AMK Sunnmøre.
2. Styret for Helse Midt-Norge RHF gir administrerende direktør fullmakt til å godkjenne forprosjekt med kostnadsoverslag

Styremedlem Tore Brudeseth ba om følgende protokolltilførsel

Saken har ikke vært gjenstand for noen prosess i Helse Møre og Romsdal. Det er svært uvanlig og beklagelig at ikke en byggesak til 40 mill, og som kan ha konsekvenser for et fremtidig valg av AMK sentral ikke har en helhetlig prosess i eget Helseforetak. En prosess som er varslet i slutten av 2013 om AMK struktur vil derfor ha liten legitimitet blant ansatte. Helse Midt Norge har i 5 år kjent til at utbygging av nødnett vil komme, og kunne ha rikelig tid til gode prosesser. Det er svært beklagelig at styresaken ikke er gjenstand for lokale diskusjoner og drøftinger. Vi vil hevde at helse Midt Norge har brutt Helseforetaksloven, Arbeidsmiljøloven og Hovedavtalen i denne saken.

Sak 65/13 Forslag til innhold og konkretisering av regional utprøving av En innbygger – En journal

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge ønsker å gå videre med regionalt prosjekt og regionale samarbeidsparter for å etablere nye felles dokumentasjonssystemer i tråd med vår IKT strategi og handlingsplan og det felles målbilde som framkommer i Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal.
2. Helse Midt-Norge ønsker å være en arena for erfaring og læring fra prosess, organisasjonsendring og samarbeid som helse-Norge kan nytte godt av i framtiden.
3. Adm. dir. bes videreføre arbeidet med prosjektet i samarbeid med aktuelle aktører som kommuner, fastleger og andre.
4. Styret ønsker saken til ny behandling når rammebetingelser, økonomi og prosjektbeskrivelse er ytterligere klarlagt.
5. Vedlagte rapport oversendes Helse- og omsorgsdepartementet som forslag og svar på oppdraget i foretaksmøtet 30. januar 2013.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge ønsker å gå videre med regionalt prosjekt og regionale samarbeidsparter for å etablere nye felles dokumentasjonssystemer i tråd med vår IKT strategi og handlingsplan og det felles målbilde som framkommer i Meld. St. 9 (2012-2013) Én innbygger – én journal.
2. Helse Midt-Norge ønsker å være en arena for erfaring og læring fra prosess, organisasjonsendring og samarbeid som helse-Norge kan nytte godt av i framtiden.
3. Adm. dir. bes videreføre arbeidet med prosjektet i samarbeid med aktuelle aktører som kommuner, fastleger og andre.
4. Styret ønsker saken til ny behandling når rammebetingelser, økonomi og prosjektbeskrivelse er ytterligere klarlagt.
5. Vedlagte rapport oversendes Helse- og omsorgsdepartementet som forslag og svar på oppdraget i foretaksmøtet 30. januar 2013.

Sak 66/13 Helse Møre og Romsdal HF - salg av Åsebøen 7

Behandlet i lukket møte i hht off.het
Offlova § 13 jfr. Fvl § 13.1. nr 2

Behandlet etter sak 68/13

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til salg av Åsebøen 7 og ber om at saken oversendes Helse og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøtet.

Styret forutsetter at midler fra salget ikke brukes til å redusere overskuddskravet, men benyttes til investeringer i varige verdier eller nedbetaling av gjeld.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF gir sin tilslutning til salg av Åsebøen 7 og ber om at saken oversendes Helse og omsorgsdepartementet for behandling i foretaksmøtet.

Styret forutsetter at midler fra salget ikke brukes til å redusere overskuddskravet, men benyttes til investeringer i varige verdier eller nedbetaling av gjeld

Sak 67/13 Oppfølging av vedtak fattet av styret i Helse Midt-Norge RHF første halvår 2013

Forslag til vedtak:

Styret i Helse Midt-Norge RHF er tilfredse med oppfølgingen av de vedtak styret har fattet

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret i Helse Midt-Norge RHF er tilfredse med oppfølgingen av de vedtak styret har fattet

Sak 68/13 Orienteringssaker

Styret i Helse Midt-Norge RHF tar fremlagte orienteringssaker til orientering.

I styremøte 28.06.13 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Hysnes helsefort
 - Fosen DMS
 - Nytt fra foretaksgruppen
 - Finansieringsmodellen - følgeanalyser
 - Møtekalender 2014
-

Sak 69/13 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 70/13 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoll ble godkjent og signert i møtet

Brekstad 29.08.13

Marthe Styve Holte

Kåre Gjønnnes

Vigdís Harsvik

Ottar B. Guttelvik

Tore Kristiansen

Gunn Iversen Stokke

Trond Prytz

Kjersti Tommelstad

Eva Vinje Aurdal

Rune Heggedal

Tore Brudeseth

Ellen Wøhni

Björg Henriksen

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 17.06 2013 kl. 10.40 – 14.15
Møtested: Quality Hotel Grand, Steinkjer
Saksnr.: 22/2013 – 28/2013
Arkivsaksnr: 2013/456

Møteleder: Hildur Fallmyr

Møtende medlemmer:

Hildur Fallmyr
Ola Larsen
Laila Roel

Forfall:

Øystein Bjørnes (permisjon)
Hilde Tyldum Stordahl (permisjon)
Ole Flakken
Grete Aspaas
Lillian Svedjan Blæstervold

Som vara møte:

Terje Veimo

Fra administrasjonen:

Administrerende direktør	Arne Flaatt
Referent	Marit Røvik Skjerve
Avd.leder Lærings- og mestringssenteret (LMS)	Ann Kathrin Hagen Røstad

Merknad til innkalling, møte og sakliste:

Ingen merknader.

Sak 22/2013 Godkjenning av protokoll fra møte 21.05.13

Protokoll

Møteleder viste til protokollen.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Vedtak

Protokoll fra møtet 21.05 2013 godkjennes.

Sak 23/2013 Styremøte i Helse Nord-Trøndelag 12. juni 2013

Protokoll

Administrerende direktør Arne Flaatt gjennomgikk sakene som ble behandlet i styremøte 12. juni.

Vedtak

Brukerutvalget tar saken til orientering.

Sak 24/2013 Oppnevning av brukerrepresentanter i råd, utvalg, arbeidsgrupper mv

Protokoll

Søknad og saksframlegg ble utdelt i møtet.

Brukerutvalget behandlet i tillegg, utvidelse av brukerrepresentasjon i Klinisk etisk komite, jfr. sak 20/2013

Vedtak

Brukerutvalget oppnevner følgende brukerrepresentant til gruppeopplæring for personer med diabetes og pårørende: Trude Witzøe.

Brukerutvalget oppnevner i tillegg vara for brukerrepresentanten til gruppeopplæring for personer med diabetes og pårørende.

Brukerutvalget godkjenner at FFO foretar utvelgelse av vararepresentant. Brukerutvalget orienteres om valg av kandidat i neste møte.

Brukerutvalget ber om at det oppnevnes ytterligere en brukerrepresentant til Klinisk etisk komite, og foreslår Terje Veimo (varamedlem i Brukerutvalget).

Sak 25/2013 Medisinfrie behandlingsforløp i psykiske helsetjenester

Protokoll

HELSE NORD-TRØNDELAG HF BRUKERUTVALGET

MØTEPROTOKOLL

Hildur Fallmyr ba om at Brukerutvalget må få en orientering på status medisinfrie behandlingsforløp i psykiske helsetjenester i Helse Nord-Trøndelag.

Vedtak

Brukerutvalget ber om at det i neste møte blir gitt en orientering på status medisinfrie behandlingsforløp i psykiske helsetjenester i Helse Nord-Trøndelag.

Sak 26/2013 **Handlingsplan - Opplæring av pasienter og pårørende HMN 2012-2016 - Redegjørelse for tiltaksgjennomføring tidlig i 2013**

Protokoll

Avd.leder for Lærings- og mestringssenteret Ann Kathrin Hagen Røstad orienterte om status på tiltak i forhold til ansvarsområdene i Handlingsplanen.

Vedtak

Brukerutvalget ser positivt på tiltak som Lærings- og mestringssenteret utøver. Samtidig ber Brukerutvalget om at Lærings- og mestringssenteret ser til at denne viktige kompetansen blir gitt i alle kommuneregionene. Brukerutvalget ber om å bli løpende orientert om saken.

Sak 27/2013 **Orienteringer**

Protokoll

- Rekrutteringsprosjektet i Helse Nord-Trøndelag
Arne Flaot orienterte om bakgrunnen for oppstart av prosjektet, og viste til utfordringer i forbindelse med rekruttering av fagpersoner som gir stabilitet i helseforetaket. Flaot gikk inn på flere elementer som var avgjørende for å lykkes med rekruttering.
- Andre orienteringer
 - Ola Larsen orienterte om at arrangements- og programkomiteen for Samhandlingskonferansen 2014 har gjennomført første møte.

Vedtak

Brukerutvalget tar sakene til orientering.

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF
BRUKERUTVALGET**

MØTEPROTOKOLL

Sak 28/2013 Eventuelt

Protokoll

Hildur Fallmyr presiserte nødvendigheten av at medlemmene i Brukerutvalget melder forfall.

Vedtak

Brukerutvalgets medlemmer må melde forfall, hvis de ikke har anledning til å møte, slik at det kan kalles inn varamedlemmer som kan møte, for å sikre at utvalget blir vedtaksfør.

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL**

Møtetid: 11.06.13, kl.10.00 – 14.00
Møtested: Statens Hus, Steinkjer
Saksnr.: 20/2013 - 30/2013
Arkivsaksnr: 2013/509

Møteleder: Hege Sørli

Møtende medlemmer:

Hege Sørli
Gudrun Fossem
Håkon Kolstrøm
Jacob Br. Almlid (til kl. 12)
Ragnhild H. Aunsmo
John Ivar Toft
Hilde Ranheim
Eli Hansen
Øystein Sende
Arne Flaatt

Forfall:

Runar Asp, som vara møtte Leif Edvard Vonen
Paul Georg Skogen, som vara møtte ingen.

Møtende repr. med møte og talerett:

Laila Steinmo, KS(referent)
Sølvi Sæther ansattrepresentant Helse Nord-Trøndelag, forfall, ingen vara møtte
Torgeir Skevik, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag,
Hildur Fallmyr, brukerrepresentant, forfall, ingen vara møtte
Brit Gulli Rones, ansattrepresentant KS, forfall, ingen vara møtte
Marit Voll, styreleder KS

Merknader til innkalling og sakliste:

Ingen merknader til innkalling og sakliste.

Innkalling utsendt pr. e-post.

Saksframlegg publisert på internettløsningen for styreadministrasjon: <https://ekstranett.helse-midt.no/1007/samarbeidsutvalg%20HNT/Sakspapirer/Forms/Tidligere%20r.aspx>

Presentasjonene publiseres på styreadministrasjonen:

<https://ekstranett.helse-midt.no/1007/samarbeidsutvalg%20HNT/Presentasjoner1/Forms/AllItems.aspx>

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL****Sak 20/2013 Godkjenning av protokoll fra møte 04. 04. 2013****Protokoll:**

Møteleder viste til protokollen

VEDTAK:

Protokoll fra møtet godkjennes.

**Sak 21/2013 Orientering fra arbeidsutvalgene for oppfølging av tjenesteavtalene
2, 6, 7, 9, 10 og 12**

v/Representanter for de ulike arbeidsutvalgene

Forslag til vedtak:

ASU tar orienteringen om avtalene til etterretning, og videre arbeid med konkretisering og oppfølging av avtalene tas opp på neste møte i ASU til høsten.

Protokoll:

- Aud Marit Vongraven presenterte forslagene fra gruppe 6.
- Nancy Haugan og Turid Krizak presenterte forslagene fra gruppe 2.
 - ASU sender ut oversikt over de ulike nettverkene.
- Astrid Stamnes presenterte forslagene fra gruppe 7.
 - Arbeidet med 3 av 14 tiltak i avtalene
 - I oppsummeringen vedlagt saken, mangler pkt. c for tjenesteavtale 7. Pkt. c omhandler forslag til utarbeidelse av mandat for foreslått samhandlingsorgan.
 - Behov for avgrensning mellom avtale 6 og 7.
- Anne Solberg presenterte forslagene fra gruppe 9. Elin Schive og Ingrid Hallan presenterte forslagene fra gruppe 10.
- Anne Grete Valbekkmo, kunne ikke møte. Eli Hansen presenterte derfor forslagene fra arbeidet i avtale 12.

ASU utfordres til:

 - Se på ny samhandlingsnettside på HNT's hjemmeside - om avvik. Tilbakemelding ønskes.
 - Ressursbruken – hvordan gjør vi dette?

Gruppene har lagt ned mye nyttig grunnlagsarbeid, som ASU må følge opp videre.

VEDTAK:

Orienteringen om avtalene tas til orientering, og videre arbeid med konkretisering og oppfølging av avtalene tas opp på neste møte i ASU.

Arbeidsgruppenes fremlegg må konkretiseres og prioriteres, og fordeles ut over møtene til høsten.

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL****Sak 22/2013 Oppfølging av evalueringsrapporten for tjenesteavtale 1, 3 og 5**

v/ Laila Steinmo og Olav Bremnes

- a) Rutiner for oppnevning av representanter fra partene i forbindelse med samarbeid om prosjekt, arrangement eller arbeidsutvalg og lignende.
- b) Sammensetning av ASU bør vurderes når kommuner og HNT har fått diskutert dette (høsten)
- c) Representasjon av tillitsvalgte i ASU

Forslag til vedtak:

- 1) ASU gir sin tilslutning til de vurderinger som er gjort, og anbefaler partene om å følge opp anbefalingene i det videre arbeidet med gjennomføring og implementering av avtalene.
- 2) Endringer av ordlyd i tjenesteavtale 3 og 5
 - a) Punkt 3.1.1,b i tjenesteavtale 3 og 5 endres til: Henvisning til HNT skal inneholde nødvendige og relevante opplysninger. *Med nødvendige relevante opplysninger må forstås opplysninger om funksjonsnivå, nåværende kommunale tjenester og opplysninger om medikamenter i tillegg til henvisningsskrivet fra lege.* Dette skal sikre riktig vurdering og et forsvarlig behandlingstilbud i HNT. Opplysninger om pasientens funksjonsnivå og nåværende kommunale tjenester, kan i en øyeblikkelig hjelp situasjon ettersendes.
 - b) Nytt punkt 3.1.1.f: *Kommunen sender med pasienten nødvendig utstyr slik at pasienten har dette inntil det kan skaffes.*
 - c) Punkt 5.4.1 endres slik at den er i tråd med teksten i forskrift om kommunal medfinansiering § 12 til: *Når pasienten skrives ut fra HNT, skal det følge med epikerise eller tilsvarende informasjon*
- 3) Rutiner for oppnevning av representanter fra partene i forbindelse med samarbeid om prosjekt, arrangement eller arbeidsutvalg m.m.
 - a) Representanter fra kommunene skal alltid gå via KS og fra HNT via samhandlingssjef.
 - b) Man kan gjerne ha forslag til representanter ved slike henvendelser
 - c) Det er viktig å være tydelig på oppgaven det forespørres om (hensikt / ønske om kompetanse etc.)
- 4) Drøfting om representasjon i ASU og forventninger til arbeidet tas opp til høsten, når partene har fått drøftet dette nærmere.
- 5) Representasjon av tillitsvalgte i ASU, pkt. 6.2.2 i Samarbeidsavtalen.
Det foreslås oppnevning av 2 tillitsvalgte fra hver av partene med observasjon og talerett.

Protokoll:

Eli Hansen gikk gjennom rapporten og forslag til vedtak.

AU må jobbe videre med rapporten.

Innherred Samkommune og Frosta foreslår at saken trekkes, spesielt punkt 1, 3 og 4 er for dårlig forberedt, for lite konkrete ting som tas stilling til i saken. Må utrede tydeligere hvilke tiltak som ASU skal ta stilling til.

Det ble stemt over utsettelsesforslaget. Forslaget falt, med 1 stemme.

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)

MØTEPROTOKOLL

VEDTAK:

Enstemmig vedtatt av ASU, med følgende endringer. Punkt 2 b «nødvendig utstyr erstattes med nødvendig spesialutstyr».

Det foreslås oppnevning av 2 tillitsvalgte fra hver av partene med observasjon og talerett, som sees i sammenheng med punkt 4.

Sak 23/2013 Mandat for Personalnettverket i Nord-Trøndelag

Forslag til vedtak:

ASU gir sin tilslutning til mandatet for personellnettverket i tråd med saksutredningen.

Protokoll:

Leif Vonen kom med innspill om at ASU bør sette tidsfrister når man bestiller oppdrag til personalnettverket.

VEDTAK:

ASU gir sin tilslutning til mandatet for personellnettverket i tråd med saksutredningen.

Bjørn Engelin og Kristian Skålhavn går ut. Nye representanter meldes fra ISK og Ytre Namdal så snart representanter er avklart og avtalt. KS melder de nye representantene til personalnettverket.

Sak 24/2013 Oppnevning av medlemmer i fagråd for samhandling innen smittevern

Forslag til vedtak:

Fra partene oppnevnes følgende representanter: (legges fram på møte)

KS: Eivind Steen(kommuneoverlege Steinkjer), Grete Valø (hygienesykepleier Værnesregionen DMS), Karin Grøttum (leder legevakt og legetjenester Steinkjer), Sidsel Storvik Nilsen, (Stjørdal Helsestasjonen) og Guri Kåresdatter Falck (fastlege Inderøy)

HNT: Nina Berget, Anne-Gro Fjellingsdal. Eli Hansen melder smittevernlege i etterkant.

VEDTAK:

Fra partene oppnevnes følgende representanter:

KS: Eivind Steen(kommuneoverlege Steinkjer), Grete Valø (hygienesykepleier Værnesregionen DMS), Karin Grøttum (leder legevakt og legetjenester Steinkjer), Sidsel Storvik Nilsen, (Stjørdal Helsestasjonen) og Guri Kåresdatter Falck, fastlege Inderøy

HNT: Tuberkulosekoordinator Nina Berget, smittevernrådgiver Anne-Gro Fjellingsdal og smittevernlege Randi Sudbø Brandtzæg.

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL****Sak 25/2013 Oppnevning av representanter fra kommunalt barnevern i lokalt samarbeidsutvalg for barn og unge (LSBU)****Forslag til vedtak:**

Administrativt samarbeidsutvalg oppnevner 2 representanter blant lederne av kommunalt barnevern. To kommuner oppfordres til å stille med en representant hver, fra henholdsvis nord – og sørdelen av fylket.

Protokoll:

Eli Hansen gikk gjennom saken. Leif Vonen sier at utsatte barn er medtatt i avtale 2 og individuell plan. KS adm mener at denne saken ikke hører hjemme i dette Samarbeidsutvalget. Det er rådmannsutvalget eller fylkesstyret som har ansvaret for å oppnevne representanter innen barnevern.

VEDTAK:

Saken trekkes og saken sendes til behandling i KS rådmannsutvalg/ fylkesstyret.

Sak 26/2013 Helhetlig plan svangerskaps- fødsels- og barselomsorg - oppnevning av nye medlemmer**Forslag til vedtak:**

1. Klinisk samarbeidsutvalg for Nord-Trøndelag utvides ved å oppnevne en fastlege og en kommuneoverlege. Fastlege Cathrine Fiskum, Grong og kommuneoverlege, etter forslag fra KS, oppnevnes som nye representanter fra kommunene. Tina Eilertsen, Helse Nord-Trøndelag går inn i stedet for Marianne Mathisen.
2. Til den regionale koordineringsgruppen foreslås Tina Eilertsen som vara for Wenche P. Dehli, og Sidsel M. Storvik Nilsen blir vara for Håvard Avelsgaard.

VEDTAK:

1. Klinisk samarbeidsutvalg for Nord-Trøndelag utvides ved å oppnevne en fastlege og en kommuneoverlege. Fastlege Cathrine Fiskum, Grong og kommuneoverlege, Leif Vonen, Stjørdal oppnevnes som nye representanter fra kommunene. Tina Eilertsen, Helse Nord-Trøndelag går inn i stedet for Marianne Mathisen.
2. Til den regionale koordineringsgruppen foreslås Tina Eilertsen som vara for Wenche P. Dehli, og Sidsel M. Storvik Nilsen blir vara for Håvard Avelsgaard.

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL****Sak 27/2013 Orientering om aktuelle samhandlingsprosjekter v/Eli Hansen**

- a) "Fastlegen som samhandlingsjoker" søknad om prosjektmidler for samarbeidsprosjekt.
- b) Helhetlig behandling av pasienter med hjerneslag

Forslag til vedtak:

ASU tar saken til orientering og ber om å bli holdt orientert om prosjektene underveis og ved prosjektslutt.

Protokoll:

Eli Hansen gikk gjennom begge søknadene. Pr. dags dato har vi fått vedtak fra HMN RHF om at begge prosjektene er tildelt midler, hhv. Kr 720.000 til fastlegen som samhandlingsjoker og kr 300.000 til helhetlig behandling av pasienter med hjerneslag, brev av 18.06.13 fra HMN er vedlagt.

VEDTAK:

ASU tar saken til orientering og ber om å bli holdt orientert om prosjektene underveis og ved prosjektslutt

Sak 28/2013 Orienteringer

- a) Organisatorisk integrering av Rusbehandling Midt-Norge i øvrig spesialisthelsetjeneste v/Hilde Ranheim
- b) Presentasjon av avviksmeldinger 1. tertial. v/Eli Hansen
[http://www.hnt.no/NordTrondelag/Samhandling/Kommunestatistikk/Avviksmeldinger%201.tertial%202013%20\(PP%202010\).pdf](http://www.hnt.no/NordTrondelag/Samhandling/Kommunestatistikk/Avviksmeldinger%201.tertial%202013%20(PP%202010).pdf)
- c) Informasjon om arbeid med forbedring av felles nettsted for samhandling. v/Eli Hansen <http://www.hnt.no/no/Fagfolk/samhandling/101001/>

Forslag til vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg tar saken til orientering.

Protokoll:

Punkt a går ut a) «Organisatorisk integrering av Rusbehandling Midt-Norge i øvrig spesialisthelsetjeneste» v/Hilde Ranheim» og utsettes til neste ASU møte.

Punkt b) ble gått gjennom under presentasjon av avtale 12.

Punkt c) – Det er laget felles samhandlingsside på HNT's hjemmeside. Siden er endret og fornyet. Det trengs tilbakemelding på hva partene ønsker her. Hva er nyttig å ha i samhandlingsrommet? Det er mye arbeid som må nedlegges for å kunne ha oppdatert nettside. ASU bør ta stilling til hvordan partene skal bidra med ressurser.

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)

MØTEPROTOKOLL

VEDTAK:

Administrativt samarbeidsutvalg tar saken til orientering.

Sak 29/2013 Evalueringsprosjekt knyttet til Samhandlingsreformen

v/Olav Bremnes

Forslag til vedtak:

AU gis mandat til å følge opp saken, og sikre representasjon fra de involverte partene.

Protokoll:

Finansiering og forankring på kommunesiden er ikke på plass ennå.

ASU avventer om det kommer finansiering før man tar stilling til videre arbeid med saken.

VEDTAK:

ASU fattet ikke vedtak.

Sak 30/2013 Eventuelt

Protokoll:

Ingen saker ble meldt inn under eventuelt.

Referatsaker:

Referat fra møte i politisk samarbeidsutvalg (PSU) 23. mai 2013 lå ved sakene