

Styrets medlemmer

Vår ref.:	Deres ref.:	Arkiv:	Dato :
2012/6963 - 24821/2012		012	11.10.2012

Innkalling til styremøte i Helse Nord-Trøndelag 18. oktober 2012

Det kalles med dette inn til styremøte i Helse Nord-Trøndelag 18. oktober 2012 kl. 1100.
Møtet finner sted på Sykehuset Namsos, møterom i Psykiatrisk klinikk v/kantina.

- | | |
|--------------------|---|
| Sak 31/2012 | Eiers styringskrav 2012 Helse Nord-Trøndelag HF,
2. tertialrapport |
| Sak 32/2012 | IKT-strategi for Helse Midt-Norge |
| Sak 33/2012 | Rapport fra tilsyn med revmatologiske tjenester i Helse Nord-Trøndelag HF |
| Sak 34/2012 | Endelig rapport etter tilsyn med håndtering av humant beinvev i Helse Nord-Trøndelag HF |
| Sak 35/2012 | Foreløpig rapport fra tilsyn med håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft ved Sykehuset Levanger |
| Sak 36/2012 | Kompetanse og kapasitet – Styring og koordinering av lege-ressursen |
| Sak 37/2012 | Orienteringssaker: <ul style="list-style-type: none">1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 4.10.122. Protokoll fra møte i Administrativt samarbeidsutvalg 04.10.123. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 15.10.124. Driftsrapport for september 20125. Orientering om Revmatologien i Nord-Trøndelag – Pasientundersøkelse6. Budsjett 2013 – status og budsjettprosess7. Andre orienteringer |
| Sak 38/2012 | Eventuelt |

Sak 39/2012

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 31/2012 Eiers styringskrav 2012 Helse Nord-Trøndelag HF, 2. tertialrapport

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	18.10.2012	31/2012

Saksbeh: Sveinung Aune

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2012/6963

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar status for oppfølging av styringskrav 2012 gitt av eier gjennom styringsdokument og foretaksmøteprotokoller til etterretning.
2. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar administrerende direktørs vurderinger av risikoområder til etterretning og ber om at områdene med høy risiko blir fulgt opp med korrigerende tiltak, slik at resultater innfris i tråd med skisserte målsettinger for 2012.

SAKSUTREDNING:

Sak 31/2012 Eiers styringskrav 2012 Helse Nord-Trøndelag HF, 2. tertialrapport

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. AD-rapport pr. 31.08.2012.
2. Samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument 2012 og foretaksmøteprotokoller.

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Styringsdokument 2012 for Helse Nord-Trøndelag HF.
2. Oppdragsdokument 2012 Helse Midt-Norge RHF.
3. Foretaksmøteprotokoll for HNT av 15.02.2012.

BAKGRUNN

I styresak 15/2012 ble styret orientert om hvordan administrerende direktør vil følge opp eiers samlede styringskrav. Med eiers samlede styringskrav menes her mål og krav fremsatt i styringsdokument fra RHF til foretaket, samt i Foretaksprotokollen. Gjennom de månedlige AD-rapportene og 1.tertial rapport er styret for Helse Nord-Trøndelag HF orientert om status i forhold til hovedelementer i styringsdokument og foretaksmøteprotokoll.

Nå presenteres styret for AD-rapport pr. 31.08.2011 (vedlegg 1), og liste med samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument 2012 og foretaksprotokoller (vedlegg 2).

Dette danner sammen grunnlag for tertialrapport for 2.tertial, der eiers samlede styringskrav besvares.

FAKTISKE OPPLYSNINGER OG DRØFTING

Styringsdokumentet 2012 og foretaksmøteprotokollen av 15.02.2012 består av 176 styringsparametere, små og store oppgaver. Målsettinger og oppgaver er risikovurdert etter en mal fra Helse Midt-Norge RHF. For 1.tertial var kravet at tiltak knyttet til oppgavene skulle være registrert i matrisen, mens det for 2.tertial skal rapporteres hvorvidt tiltakene fører til måloppnåelse og alternativt hvilke nye tiltak som iverksettes.

Oppgavene vurderes ut fra sannsynlighet for og konsekvens av å ikke nå målet/løse oppgaven. For områder med kritisk risiko (rød) og høy/middels risiko (gul) kreves det at tiltak settes inn for å redusere risikoen og realisere mål/forventet resultat.

Etter 2.tertial er det følgende status på mål og oppgaver:

	Kritisk risiko (rød)	Høy/moderat risiko (gul)	Lav risiko (grønn)
Antall mål og oppgaver	1.tertial: 0 2.tertial: 0	1.tertial: 94 2.tertial: 77	1.tertial: 82 2.tertial: 99

Pr. 2. tertial 2012 er ingen mål og oppgaver vurdert til å ha kritisk risiko, men fortsatt er det i overkant av 43% av oppgavene som har høy/moderat risiko. 63 av kravene vurderes allerede som oppfylt, mens det for 95 av oppgavene er igangsatt konkrete tiltak.

I vedlegg 2: Matrise virksomhetsportalen finnes en full oversikt over alle oppgaver (elektronisk tilgjengelig for alle ansatte), samt en oppsummering som viser status på hvert oppgaveområde.

OPPFØLGING I HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Helse Nord-Trøndelags styringsmodell legger grunnlaget for at man sikrer at det er sammenheng mellom mål og handlinger på alle nivåer i foretaket, og at det skapes resultater innenfor mål-områdene. Modellen består av fem nivåer der man går fra mål og strategier til tiltak og oppfølging.



Mål og strategi

På nivå 1 finner man foretakets langsiktige mål- og strategidokumenter, samt nasjonale og regionale strategier og handlingsplaner.

Styringskrav

På nivå 2 finner man årets styringskrav til foretaket, samt klinikkens oppdragsdokumenter. Oppdragsdokumenter til klinikkene danner utgangspunkt for den formelle styringsdialogen mellom administrerende direktør og klinikkledere.

Styringsparametere

På nivå 3 i styringsmodellen finner man styringsparametere tilknyttet de mål og resultatkrav hvor ansvar er direkte fordelt til klinikken via klinikkens styringskort (månedlig) og foretakets styringsmatrise (tertiarvis).

Risikovurdering

Risikovurdering er en viktig del av foretakets styringsmodell, og vi bruker metodikk og verktøy utviklet av det regionale helseforetaket.

Risikovurdering skjer månedlig i klinikkens interne oppfølging, samt i dialogmøter med direktør. I tillegg har man tertiarvis risikovurdering gjennom bruk av styringsmatrise i forhold til rapportering på styringsdokument og foretaksprotokoll.

Tiltak og oppfølging

Klinikkledere skal iverksette de tiltak som er beskrevet i budsjettopplegget for 2012. Om mulighetene for å gjennomføre tiltakene etter plan endrer seg, skal klinikkleder utarbeide forslag til alternative tiltak og etter avtale med administrerende direktør iverksette tiltak. Foretaksledelse og klinikkledelse møtes i dialogmøter for å utveksle informasjon og for å drøfte oppfølgingspunkter og tiltak.

ØVRIGE OMRÅDER SOM HAR SÆRSKILT FOKUS:

Av de 176 risikovurderte mål/oppgaver er 77 vurdert til å ha en høy/moderat risiko (gul). Av disse vil en del områder ha særskilt fokus. Dette gjøres gjennom de lederavtaler som er inngått og oppfølging av disse.

Følgende områder har særskilt fokus:

- Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
- Ventetider og fristbrudd
- Aktivitet og kostnadskontroll
- Medarbeiderutvikling
 - Deltid
 - Sykefravær

Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet:

Foretaket arbeider i tråd med nasjonal pasientsikkerhetskampanje, og har i mai måned gjennomført spørreundersøkelse til alle ansatte som har stillingsandel større enn 30% og som er i pasientrelatert arbeid. Tiltak rapporteres til Helsedirektoratet innen 1. november 2012. Det gjennomføres journalundersøkelser etter Global-Trigger Tool metoden (GTT), og resultater gjøres kjent for klinikkene internt i foretaket. Det er gjennomført læringsnettverk innenfor Trygg kirurgi, og det har i høst vært oppstart av nye læringsnettverk for blant annet hjerneslag og sene kommer også nettverk for reduksjon av trykksår.

Ventetider og fristbrudd

Ventetider

Gjennom handlingsplan for reduksjon av den totale ventetid ned mot 65 dager har foretaket realisert kraftige reduksjoner i ventetid i løpet av 2011. I 2012 har man endret fokus på ventetid til også å gjelde de avviklede pasientene i tillegg til at man fokus på de ventende pasientene. Samlet ventetid for avviklede pasienter økte noe i løpet av sommeren, og er i snitt på 67 dager akkumulert i 2. tertial. Fordelt på fagområder har somatikk 69 dager, psykisk helsevern 49 dager og rus 37 dager. Det er satt i verk en rekke tiltak i somatikken for å redusere ventetiden. Hovedtiltakene er rettet mot å frigjøre kapasitet innenfor de polikliniske tjenestene, skaffe alternative somatiske spesialisttjenester innen "private" tjenester og ha en kontinuerlig ryddighet i ventelistene.

Fristbrudd

Målsettingen er at fristbrudd ikke skal forekomme. Andel fristbrudd for avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp ligger ved utgangen av 2.tertial på 6,4%. I somatikken er andelen 6,8%, voksenpsykiatrien 1,5% og i barne- og ungdomspsykiatrien var det ingen fristbrudd på avviklede i juli og august måned. Både lokalt i begge sykehus og regionalt i HMN RHF er det maksimalt fokus på dette. Antall fristbrudd for avviklede pasienter er redusert fra et snitt på 107 pr måned i 1. tertial til et snitt på 70 pr måned i 2.tertial. Prosedyrer er gjennomgått, opplæring gitt til alle klinikkene og Foretaksledelsen er samlet i arbeidet om å oppnå 0 fristbrudd.

Aktivitet og kostnadskontroll:

For somatikken så ligger DRG aktiviteten foran planlagt nivå for 2.tertial, og man har et samlet positivt avvik på 582 DRG poeng (+3,1%) på aktiviteten i foretaket. Det forventes at dette avviket reduseres noe mot slutten av året. Innenfor voksenpsykiatrien ligger aktiviteten etter planen med et avvik på ca. 6,5% i poliklinikken. Det er igangsatt eget prosjekt for å se på tiltak for å øke aktiviteten i poliklinikken. I barne- og ungdomspsykiatrien er man også noe etter planen, og har et avvik på 1,7%. For både voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri er det likevel en bedring i måloppnåelse i 2.tertial, og samlet sett er det større aktivitetsvekst i psykiatrien enn i somatikken (vekst BUP 19,2%, vekst VOP 5,2% og vekst somatikk 3,7%).

Foretakets resultat pr. 2.tertial viser et akkumulert avvik i forhold til nytt resultatkrav på 2,4 mill kroner. Resultat hittil i år er på 2,8 mill kroner mot et budsjett (inkl. endret resultatkrav) på 0,4 mill kroner .

Foretakets pensjonskostnader vil i 2012 øke med 52,1 mill kroner i forhold til forutsetningene for årets budsjett. Helse Nord-Trøndelag har fått en økning i basisrammen på 58,1 mill kroner til dekning av merkostnader for pensjon, og samtidig en økning i resultatkravet fra 15,0 mill kroner til 21,0 mill kroner. HNT prognostiserer et årsresultat i samsvar med revidert resultatkrav på 21,0 mill kroner.

Deltid

Nasjonal indikator for deltid omhandler fast ansatte og det er i år enighet mellom regionene at det som skal måles er den juridiske stillingsandelen. Tidligere ble fast ansatte som hadde 50 % fast og 50 % vikariat beregnet inn i andel heltid, mens vikariatet nå ikke vil telle med. Det er nedsatt en egen arbeidsgruppe for reduksjon av deltid som ledes personalsjefen. Alle tiltak som iverksettes skal godkjennes av arbeidsgruppen, og tiltakene må ha en varighet på minst ett år slik at evaluering kan gjøres. For 2012 er det fastsatt et mål for andel deltid på 39,5% av totalt antall ansatte. August-tallene viser en deltidsandel på 45,2 %, og foretaket har en jevn nedgang fra utgangsverdien på 49,3% fra desember 2010.

Sykefravær

I henhold til IA-avtalen er det et mål å redusere sykefraværet med 20 % til det er nede på et langsiktig mål på 7 % i 2013. HNT har for 2012 satt et mål på 7,25 %, noe som er en reduksjon på 4,6% i forhold til 2011. Faktisk sykefravær for HNT var i perioden jan-august 2012 på 7,54 %.

DRØFTING

Administrerende direktør ser det som viktig at Helse Nord-Trøndelag HF har risikovurdert mål, styringsparametre og oppgaver i styringsdokument/foretaksprotokoll og at det blir satt krav om at det settes inn korrigerende tiltak for å redusere risikoen på de områdene måloppnåelse har alvorlige konsekvenser. Ved utgangen av 2. tertial er status at 56% (99) av oppgavene vurderes til å ha lav risiko (grønn), 44% (77) av oppgavene høy/moderat risiko (gul) og ingen av oppgavene kritisk risiko (rød).

Gjennom styringsdialogen og regelmessige dialogmøter følger administrerende direktør opp overfor lederne i organisasjonen.

Det jobbes kontinuerlig for å finne gode løsninger på de viktigste mål og oppgaver innenfor dagens rammer. Dersom oppgaver ikke kan løses innenfor dagens rammer må ressurser vurderes omfordelt. Helse Nord-Trøndelag HF's arbeidsform i forhold til eiers samlede styringskrav utvikler seg dermed fra risikorapportering til risikostyring

KONKLUSJON

Helse Nord-Trøndelag HF har ved 2. tertialrapportering identifisert 77 mål/oppgaver med høy/moderat risiko i forhold til eiers samlede styringskrav gjennom styringsdokument 2012 og foretaksmøteprotokoll av 15.02.2012.

Disse målene/oppgavene følges særskilt opp og tiltak settes inn for å redusere risikoen og øke sannsynligheten for å nå målene og løse oppgavene.

Som det er påpekt tidligere er det meget krevende å skulle følge opp og rapportere på så mange mål og oppgaver.

Administrerende direktør mener at statusrapporten etter 2.tertial viser at Helse Nord-Trøndelag HF er i rute i forhold til økonomisk resultat, herunder planlagte effektiviseringstiltak.

Oppfølging på risikoutsatte områder er beskrevet og vil bli fulgt opp.

Levanger, 8.oktober 2012

Arne Flaatt
Adm.direktør

Administrerende direktørs rapport**1. Helsefag****1.1 Aktivitet****1.1.1 Somatikk – sørge for og egen produksjon**

Tabell nr 1: Aktivitet somatikk pr august 2012

DRG-aktivitet (poeng) - 2012		Hittil i år				Totalt for året			
		Realisert	Budsjett	Avvik	Avvik %	Prognose	Budsjett	Avvik	Avvik %
3200	Kostnadskrevende legemidler utenfor sykehus	519	40	479					
	Egne pasienter i egen region	18 925	18 293	632					
	Sum egne pasienter behandlet i egen region	19 444	18 332	1 112					
3205	Kjøp fra andre regioner	948	1 134	-186					
	Sum DRG-poeng "Sørge for"	20 392	19 466	926	4,5 %	30 724	30 121	602	2,0 %
	Sum egne pasienter behandlet i egen region	19 444	18 332	1 112					
321	Gjestepasienter - salg til andre regioner	523	582	-58					
	Sum DRG-poeng produsert i egen region	19968	18914	1053	5,3 %	29 870	29 285	586	2,0 %

Det er lagt opp til en økning på om lag 2 % i DRG-produksjonen knyttet til foretakets "sørge for" - aktivitet i 2012. Ut over dette kommer evt. endring knyttet til omfang av pasienter fra andre regioner som blir behandlet i HNT. Registrert DRG-aktivitet i august var betydelig over budsjettet aktivitet. Akkumulert pr. august har foretaket en DRG-aktivitet som ligger 4 – 5 % foran plantallene. På dette grunnlag prognostiseres en aktivitet på årsbasis 2 % over fastsatte plantall.

1.1.2 Aktivitet PHV/TSB – pr tertial

Tabell nr 2: Aktivitet psykisk helsevern 2. tertial 2012

Aktivitet psykisk helsevern	Fre-kvens	Denne periode i fjor	Denne periode i år	Endring fra i fjor	Endring %	Referanse
Voksne: Forventet antall polikliniske v-konsultasjoner	Tertial	15 611	16 047			
Voksne: Faktisk antall polikliniske v-konsultasjoner	Tertial	14 300	15 503	1 203	8,4 %	
Voksne: Faktisk antall i % av forventet	Tertial	91,6 %	96,6 %	5,0 %		12.20
Voksne: Antall <u>innleggelser</u> til døgnbehandling ved psykiatriske sykehusavdelinger (fra bosted)	Tertial	320	272	-48	-15,0 %	14a
Voksne: Antall <u>innleggelser</u> med tvang til døgnbehandling ved psykiatriske sykehusavdelinger (fra bosted, §3.2 eller §3.3)	Tertial	52	53	1	1,9 %	16a
Voksne: Antall <u>innleggelser</u> til døgnbehandling ved DPS (fra bosted)	Tertial	70	107	37	52,9 %	14b

Voksne: Antall innleggelser med tvang til døgntil behandling ved DPS (fra bosted, §3.2 eller §3.3)	Tertial	6	9	3	50,0 %	16b
BUP: Forventet antall polikliniske v-konsultasjoner	Tertial	6 527	5 972			
BUP: Faktisk antall polikliniske v-konsultasjoner	Tertial	5 183	6 006	823	15,9 %	28.1
BUP: Faktisk antall i % av forventet	Tertial	79,4 %	100,6 %	21,2 %		
Samlemål for aktivitet psykisk helsevern: PH-aktivitet	Tertial	41 160	44 745	3 585	8,7 %	30

Det er lagt opp til en økning på om lag 10 % i antall polikliniske konsultasjoner i foretakets psykiatriske avdelinger i 2012, med størst vekst innen BUP. For innlagte pasienter forventes mindre endringer. Aktivitetstallene i psykiatri for andre tertial viser at det er gode muligheter for å nå fastsatte måltall.

Tabell nr 3: Aktivitet TSB (rusbehandling) 2. tertial 2012

Aktivitet TSB	Fre-kvens	Denne periode i fjor	Denne periode i år	Endring fra i fjor	Endring %	Referanse
Forventet antall polikliniske v-konsultasjoner	Tertial	1 670	1 701			
Faktisk antall polikliniske v-konsultasjoner	Tertial	1 173	1 339	166	14,2 %	21
Faktisk antall i % av forventet	Tertial	70,2 %	78,7 %	8,5 %		
Antall utskrivninger	Tertial	17	6	-11	-64,7 %	1
Antall oppholdsdøgn	Tertial	602	439	-163	-27,1 %	2

Avdeling for rusrelatert psykiatri (ARP) ble etablert i februar 2011. Tallene for 2. tertial i år for innlagte pasienter viser betydelig nedgang i aktivitet sammenlignet med aktivitetstallene for samme periode i fjor.

1.2 Ventetider

Tabell nr 4: Ventetider pr august 2012 – foreløpige tall

Ventetider	Fre-kvens	Mål	Forrige periode	Denne periode	Endring
Gjennittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Mnd		64	75	11
Andel fristbrudd for rettighetspasienter - for avviklede pasienter	Mnd	0 %	2,5 %	6,4 %	3,9 %

Det har det siste året vært betydelig fokus på å redusere og fjerne fristbrudd for rettighetspasienter. Dette har gitt resultater da foretaket de siste månedene har hatt få pasienter med fristbrudd. Det vil i tiden framover bli arbeidet med å legge opp foretakets drift slik at vi ikke skal ha fristbrudd for rettighetspasienter.

Gjennomsnittlige ventetider er siste år redusert betydelig slik at foretaket ved utgangen av 2011 hadde gjennomsnittlige ventetider ned mot 65 dager. Resultatet for august måned viser en gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter på 75 dager, - en økning på 11 dager fra forrige måned. Det vil fortsatt bli arbeidet med å redusere ventetidene for foretakets pasienter.

1.3 Kvalitetsindikatorer

Tabell nr 5: Kvalitetsindikatorer pr august 2012

Kvalitetsindikatorer	Fre- kvens	Mål	Forrige periode	Denne periode	Endring
Andel epikriser sendt ut innen en uke	Tertial	100 %	85,9 %	84,8 %	-1,1 %
Andel pasienter med tykktarmskreft som får behandling innen 20 virkedager	Tertial	80 %	68,3 %		%
Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager	Tertial	80 %	36,8 %		%
Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager	Tertial	80 %	73,7 %		%
Andel pasienter med kreft som får behandling innen 20 virkedager	Tertial	80 %			%

HNT nådde i 2011 et resultat der 84,2 % av alle epikriser var sendt innen en uke etter avsluttet sykehusopphold. Målsettingen for 2012 er at 100 % av alle epikriser skal være sendt innen en uke. HNT nådde 84,8 % i 2. tertial og vil arbeide for å øke denne andelen til fastsatte målkrav.

1.4 Samhandling

Tabell nr 6: Utskrivningsklare pasienter – antall pasienter og døgn

Utskrivningsklare pasienter	Antall pasienter	Antall døgn	Beregnet av inntekt	Avvik antall døgn
Januar	3	7	7	-
Februar	25	58	58	-
Mars	10	105	105	-
April	24	118	118	-
Mai	1	(2)	(2)	-
Juni	5	15	15	-
Juli	5	19	19	-
August	4	43	43	-
September				-
Oktober				-
November				-
Desember				-
Samlet	77	363	363	-

Det er i august registrert 4 utskrivningsklare pasienter i foretakets sykehus. Antallet har ligget på samme nivå de siste månedene og er av begrenset omfang. Kommunene betaler 4.000 kroner pr. liggedøgn for utskrivningsklare pasienter.

1.5 Raskere tilbake

HNT er for 2012 tildelt en ramme på 6,3 mill kroner for arbeid innenfor tiltaket "Raskere tilbake". Tildelingen er litt mindre enn foregående år. Det har vært liten aktivitet på dette området i sommer. Hittil i år er det utført arbeid for 3,0 mill kroner innen dette tiltaket.

2 Økonomi

2.1 Resultat

Tabell nr 7: Resultatavvik pr august 2012

Resultatavvik	Tall i tusen	Avvik tom forrige periode	Avvik denne periode	Avvik tom denne periode
3	Inntekter	38 379	9 032	47 411
4	Varekostnader	-11 640	-1 074	-12 714
5	Lønnskostnader	-41 516	-9 019	-50 535
6,7,9	Andre driftskostnader	15 121	3 885	19 006
8	Finansposter	2 582	651	3 233
Årsresultat jf budsjett:		2 926	3 475	6 401
Avvik knyttet til ny aktuarberegning				
Avvik korrigert for ny aktuarberegning		2 926	3 475	6 401
Nytt resultatkrav		3 500	500	4 000
Avvik korrigert for nytt resultatkrav		-574	2 975	2 401

Vedtatt budsjett for 2012 for Helse Nord-Trøndelag HF fastslår at foretaket skal ha et resultat på 15 mill kroner. Budsjettet overskudd skal bidra med likviditet til foretakets investeringer inneværende år. Aktuarberegning fra januar 2012 viser at regnskapsmessige pensjonskostnader for 2012 er økt etter at det økonomiske opplegget for foretaket ble fastsatt. For HNT utgjør dette en økt kostnad på 52,1 mill kroner.

I samsvar med tidligere retningslinjer og praksis har regjeringen vedtatt tilleggsbevilgning til dekning av økte pensjonskostnader i forbindelse med behandling av revidert nasjonalbudsjett i juni. Tilleggsbevilgningen til Helse Midt-Norge RHF er fordelt på helseforetakene i samsvar med vedtatt inntektsfordelingsmodell. I henhold til brev av 28.06.12 fra HMN er HNT på dette grunnlag tildelt 58,1 mill kroner i økt basisramme for 2012. I og med at bevilgningen er 6,0 mill kroner høyere enn foretakets økte pensjonskostnader, har HNT fått et revidert resultatkrav for 2012 på 21,0 (=15,0 + 6,0) mill kroner. I fortsettelsen vil vi derfor rapportere avvik i forhold til revidert resultatkrav.

Foretakets resultat i august måned viser et akkumulert avvik i forhold til nytt resultatkrav på 2,4 mill kroner. Korrigert resultatavvik pr. juli måned var – 0,6 mill kroner. Korrigert for økte pensjonskostnader, økt basisramme og nytt resultatkrav tilsier det et resultatavvik i august-regnskapet på 3,0 mill kroner.

2.1.1 Inntekter

Foretakets inntekter er i august betydelig høyere enn vedtatt budsjett. Dette skyldes delvis tilleggsbevilgning knyttet til økte pensjonskostnader og delvis økte aktivitetsbaserte inntekter.

2.1.2 Varekostnader

Varekostnadene er i august litt høyere enn budsjettet. Det skyldes fortsatt høye kostnader knyttet til forbruk av medikamenter, rekvisita og

medisinske forbruksvarer. Høye varekostnader er gjennomgående i flere klinikker og foretak og er gjenstand for oppfølgende analyser.

2.1.3 Lønnskostnader

Lønnskostnadene er i august 9,0 mill kroner høyere enn budsjettet.

4,3 mill kroner av merforbruket er knyttet til høyere pensjonskostnader enn budsjettet. Videre er noe av merforbruket knyttet til avsetning i forbindelse med årets lønnsoppgjør. Årets lønnsoppgjør er beregnet å koste 9,1 mill kroner mer enn budsjettet. 3,9 mill kroner av dette er belastet pr. august.

2.1.4 Andre driftskostnader

Under denne kostnadsgruppen er det (på art 7799) satt av en buffer på knapt 24 mill kroner for å sikre måloppnåelse hvis det skulle påløpe uforutsette kostnader eller bli svikt i inntektene.

2.1.5 Finansposter

Foretakets finansposter er siste måned noe bedre enn budsjettet.

2.2 Prognose

Tabell nr 8: Prognose pr august 2012

Prognose	Tall i tusen	Endring tom forrige periode	Endring denne periode	Endring tom denne periode
3	Inntekter	73 089		73 089
4	Varekostnader	-20 000		-20 000
5	Lønnskostnader	-76 089		-76 089
6,7,9	Andre driftskostnader	25 000		25 000
8	Finansposter	4 000		4 000
Endringer i prognosen utover budsjett		6 000	0	6 000
Budsjett 2012 (opprinnelig resultatkrav)				15 000
Prognose/estimat 2012				21 000
Nytt resultatkrav				21 000
Avvik i forhold til nytt resultatkrav				0

HNT prognostiserer et årsresultat i samsvar med revidert resultatkrav på 21,0 mill kroner. Prognosen er uendret fra forrige periode.

2.2.1 Inntekter

P.g.a. økt basisramme og høy aktivitet ligger foretakets inntekter betydelig over budsjett. Prognosen er 73,1 mill kroner over budsjett og er uendret fra forrige periode.

2.2.2 Varekostnader

P.g.a. høy aktivitet og økte enhetskostnader på medikamenter og medisinske forbruksvarer ligger foretakets varekostnader noe over budsjett. Prognosen er 20 mill kroner over budsjett og uendret fra forrige periode.

2.2.3 Lønnskostnader

I tillegg til økte pensjonskostnader (på 52,1 mill kroner) er foretakets kostnader til overtid og ekstrahjelp noe høyere enn budsjettet. Årets lønnsoppgjør blir også noe høyere enn budsjettet. Lønnskostnadene prognostiseres derfor med et avvik på – 76,1 mill kroner, - uendret fra forrige periode.

2.2.4 Andre driftskostnader

Budsjettet buffer er plassert under andre driftskostnader. Andre driftskostnader prognostiseres på dette grunnlag 25 mill kroner foran budsjett, - uendret fra forrige periode.

2.2.5 Finansposter

Foretakets finanskostnader ligger litt foran budsjett. Finanspostene prognostiseres 4 mill kroner foran budsjett, - uendret fra forrige periode.

2.3 Likviditet

HNT er for 2012 tildelt en driftskredittramme i DNB på 100 mill kroner. Driften hittil viser at vi med god margin skal holde oss innen denne rammen.

2.4 Investeringer – pr tertial

HNTs investeringsbudsjett for 2012 fordeler seg slik:

Planlagte investeringer 2012 – innen fastsatt ramme	1000 kroner
HOV/intensiv Levanger	25 300
Øvrige bygg inkl. HMS	19 700
MTU (inkl. større MTU), ekskl. leasing	33 700
EK-innskudd KLP	6 420
Sum investeringsbudsjett 2012	85 120

I tillegg til budsjettet overskudd inneværende år på 15 mill kroner har ubenyttet overskudd fra driften i 2010 og 2011 gjort det mulig å legge opp til et investeringsbudsjett i 2012 med en ramme på vel 85 mill kroner. Som medeier i KLP er økt egenkapitalinnskudd på 6,4 mill kroner obligatorisk. Ut over dette er det satt av 25,3 mill kroner til ferdigstilling av ny intensivavdeling i Levanger, 19,7 mill kroner til diverse bygningsmessige tiltak inkl. HMS og 33,7 mill kroner til nødvendig fornyelse av medisinsk teknisk og teknisk utstyr.

Oppfølging av årets investeringer rapporteres tertialvis. Ved utgangen av 2. tertial er ny intensivavdeling i Levanger ferdigstilt innen vedtatt økonomisk ramme. For øvrige investeringer er også framdriften i samsvar med fastsatte planer. Det forventes at investeringene vil bli gjennomført innen vedtatte rammer, og at rammene i hovedsak vil bli benyttet.

2.5 Produktivitet – pr tertial

Tabell nr 9: Produktivitet 2. tertial 2012

Produktivitet	Fre- kvens	Denne periode i fjor	Denne periode i år	Endring fra i fjor	Endring %	Refe- ranse
DRG-poeng per brutto månedsverk somatikk (jfr egen spesifikasjon/uttaksrutine for månedsverk)	Tertial	1,86	1,95	0,08	4,5 %	
Poliklinikker VOP: Antall v-konsultasjoner per månedsverk.	Tertial	35,25	37,65	2,4	6,8 %	12.22
Poliklinikker BUP: Antall v-konsultasjoner per månedsverk.	Tertial	26,7	30,2	3,5	13,1 %	28.3

HMN har holdt tilbake 3,9 mill kroner av basisrammen i 2012 til psykisk helsevern i HNT. Beløpet blir utbetalt dersom antall v-konsultasjoner i VOP og BUP øker med minimum 0,5 de to første tertialene i 2012 sammenlignet med samme periode i 2011. Aktiviteten i 2. tertial 2012 indikerer at dette målet er nådd.

3 HR

3.1 Bemanning/innleie

Tabell nr 10: Bemanning pr august 2012

Bemanning (Brutto månedsverk utbetalt)	Denne periode				Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Endring - forrige år	Faktisk	Budsjett	Avvik
Totalt	2 378,6	2 330,5	48,1	56,4	18 596,3	18 521,6	74,7
PHV	529,3	510,5	18,8	4,3	4 137,3	4 141,0	-3,7
- Fravær	532,8			-0,8	3 162,0		
Netto månedsverk utbetalt	1 845,8				15 434,3		

Tabell nr 11: Innleie pr august 2012

Innleie	Denne periode				Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Endring - forrige år	Faktisk	Budsjett	Avvik
Fra byrå	1 998	669	1 328	-705	9 832	3 832	5 999

Foretakets bemanning, målt i brutto månedsverk, viser i august et avvik på 48,1 månedsverk. Avviket hittil i år er omtrent på 74,7 månedsverk. Innleie fra byrå er betydelig over budsjett i august og også over budsjett hittil i år selv om det her er vanskelig å sammenligne p.g.a. endring i kontoplanen f.o.m. juni i år.

3.2 Deltid

Tabell nr 12: Andel deltid pr august 2012

Deltid	Denne periode	Forrige år	Endring	Mål 2012	Avvik
Andel deltid	45,2 %	48,2 %	-3,0 %	39,5 %	-5,7 %

Det var i fjor krav om at HF-ene skulle redusere andel deltid med minst 20 prosent uten at foretaket oppnådde særlig effekt. For 2012 er det satt et mål om at andel deltid skal reduseres til 39,5 %. Pr. august ligger foretaket 5,7 % høyere enn denne målsettingen.

3.3 Sykefravær

Tabell nr 13: Sykefravær pr august 2012

Netto sykefravær (%)	Denne periode			Akkumulert/gjsn. 2012		
	Faktisk	Forrige år	Endring	Faktisk	Mål	Avvik
Egenmelding	0,8 %	0,8 %	0,0 %	1,2 %		
Sykemelding	5,9 %	5,6 %	0,3 %	6,3 %		
Samlet for foretaket:	6,7 %	6,4 %	0,3 %	7,50 %	7,25 %	-0,25 %

I henhold til IA-avtalen er det et mål å redusere sykefraværet med 20 % til det er nede på et langsiktig mål på 7 % i 2013. Sykefraværet var i 2011 på 7,6 %. For 2012 er det et mål om at sykefraværet ikke bør overstige 7,25 %. Sykefraværet for foretaket var i august på 6,7 % og var i siste 12 måneds periode 7,5 %.

4 Generell vurdering

Foretakets drift i august og hittil i år ser i all hovedsak ut til å stemme med de planer og vedtak som er gjort for driften i 2012. Dette gjelder i særlig grad overordnede målsettinger for aktivitet og økonomi. Det er noen avvik fra måned til måned og mellom enkelte klinikker i foretaket, men akkumulerte tall hittil i år viser relativt sett god måloppnåelse for foretaket. Noe høyere aktivitet enn budsjettet ser ut til å ha ført til noe høyere kostnader og høyere inntekter enn budsjettet. For enkelte kvalitetsmål er det fortsatt nødvendig med tiltak for å øke graden av måloppnåelse.

Gjennom økt basisbevilgning på 58,1 mill kroner er det gitt dekning for økte pensjonskostnader på 52,1 mill kroner. Resultatkravet er økt med differansen på 6,0 mill kroner slik at foretakets resultatkrav for 2012 nå er på 21,0 mill kroner. HNT prognostiserer et økonomisk resultat for 2012 i samsvar med resultatkravet, dvs. 21,0 mill kroner. Prognosen er uendret fra forrige periode.

Levanger, 14.09.12

Arne Flaas
adm. dir.
sign.

Vedlegg 2 Risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument 2012 og foretaksmøteprotokoller

STYRINGSdokUMENT 2012		Antall oppgaver	Kritisk risiko	Høy/moderat risiko	Lav risiko
1-4	Overordnede føringer, lover og tildelinger				
1.	Overordnede føringer 2012	8			8
2.	Nye lover og forskrifter	1			1
3.	Nasjonale og regionale strategier og handlingsplaner	1			1
4.	Tildeling av midler	7		2	5
5	Aktivitet				
5.1	Aktivitetsmål somatikk - DRG	1		1	
5.2	Aktivitetsmål somatikk - Polikl.inntekter	1			1
5.3	Aktivitetsmål - psykisk helsevern BUP	1			1
5.4	Aktivitetsmål - psykisk helsevern for voksne	1		1	
5.5-5.12	Annet aktivitet	8		5	3
6	Særskilte satsingsområder 2012				
6.1	Ventetider	1		1	
6.2	Kvalitetsforbedring	16		10	6
6.3	Pasientsikkerhet	9		6	3
6.4	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning	9		3	6
6.5	Samhandlingsreformen	4		1	3
6.6	Kreftbehandling	8		5	3
6.7	Behandling av hjerneslag	2		2	
6.8	Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	4		1	3
7	Andre områder				
7.1	Psykisk helsevern	9		1	8
7.2	Habilitering og rehabilitering	5		2	3
7.3	Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati	2		2	
7.4	Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling	1			1
7.5	Kjeveleddsdysfunksjon	1			1
7.6	Beredskap og smittevern	2			2
7.7	Forebygging	3		2	1
7.8	Opplæring av pasienter og pårørende	6			6
7.9	Behandling av sykkelig overvekt	1			1
8	Utdanning av helsepersonell	5		2	3
9	Forskning og innovasjon	6		5	1
Total styringsdokument 2012		123	0	52	71
		100 %	0 %	42 %	58 %
FORETAKSPROTOKOLL 2012		Antall oppgaver	Kritisk risiko	Høy/moderat risiko	Lav risiko
FP 4	Resultatkrav og rammebetingelser				
FP 4.2	Styring og oppfølging i 2012	2		1	1
FP 4.3	Tildeling av midler	2			2
FP 5	Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2012				
FP 5.1	Samhandlingsreformen	6		4	2
FP 5.2	Kvalitetsforbedring	6		3	3
FP 5.3	IKT-strategi og E-helse	6		5	1
FP 5.4	Tiltak på personalområdet	17		8	9
FP 5.5	Regjeringens eierskapspolitikk	4			4
FP 5.7	Kvalitet i anskaffelsesprosessene	2		1	1
FP 6	Øvrige styringskrav for 2012				
FP 6.1	Rapportering til Norsk Pasientregister (NPR)	5		2	3
FP 6.2	Bruk av IKT-funksjonalitet - medisinsk koding	1		1	
FP 6.3	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning	1			1
FP 6.4	Regnskapshåndbok	1			1
Total Foretaksprotokoll		53	0	25	28
		100 %	0 %	47 %	53 %
Totalt Styringsdokument + Foretaksprotokoll		176	0	77	99
		100 %	0 %	44 %	56 %

Vedlegg 2 Risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument 2012 og foretaksmøteprotokoller				
Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
1.1	Overordnede føringer 2012	Helse Midt-Norge RHF (HMN) stiller gjennom styringsdokumentet de midlene som styret i HMN har bevilget til disposisjon for Helse Nord-Trøndelag HF. Helse Nord-Trøndelag HF skal utføre pålagte oppgaver og gjennomføre styringskravene innenfor de rammer og mål som er gitt og de ressurser som blir stilt til rådighet i dokumentet. Videre skal oppgavene utføres i henhold til våre grunnleggende verdier: trygghet, respekt og kvalitet og i samsvar med nasjonale prioriteringer. Styring og kontroll med kvalitet og pasientsikkerhet må ikke stå i motsetning til styring og kontroll med ressursbruken. En likeverdig vektlegging av disse områdene er en forutsetning for riktige faglige prioriteringer og høy kvalitet på pasientbehandlingen. Helse Nord-Trøndelag må innenfor sine økonomiske rammer sørge for at virksomheten innrettes slik at kvalitet og pasientsikkerhet forbedres. Spesielt forventes at målene nås i forhold til de kvalitetsindikatorene som er målsatt.	JA	Systemet for virksomhetsstyring i HNT skal ivareta at målet nås i løpet av året
1.2	Overordnede føringer 2012	Helse Nord-Trøndelag HF skal levere spesialiserte helsetjenester til befolkningen i henhold til rammer og krav som stilles i lover og forskrifter av myndighetsorgan i Helse Midt-Norge RHF.	JA	Systemet for virksomhetsstyring i HNT skal ivareta at målet nås i løpet av året
1.3	Overordnede føringer 2012	Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for at forskning, utdanning og opplæring av pasienter og pårørende ivaretas på en god måte, og at disse oppgavene underbygger god og forsvarlig pasientbehandling. Videre skal det sikres tilstrekkelig kompetanse innen alle deler av helseforetaket. Det skal legges vekt på likeverdige helsetjenester og arbeid for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper, herunder invandrergupper. Pasienter og brukere må ha trygghet for at tjenestene er tilgjengelige, og at de blir møtt med omsorg og respekt	JA	Systemet for virksomhetsstyring i HNT skal ivareta at målet nås i løpet av året
1.4	Overordnede føringer 2012	Lover, forskrifter og andre myndighetsvedtak utgjør rammene for helsetjenesten. Helse Nord-Trøndelag HF skal ha dokumenterte systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med fastsatte krav i lovgivningen.	JA	Systemet for virksomhetsstyring i HNT skal ivareta at målet nås i løpet av året
1.5	Overordnede føringer 2012	For å sikre en kontinuerlig kvalitetsforbedring i Helse Nord-Trøndelag HF, skal det etableres en systematisk oppfølging av avviksmeldinger og funn fra tilsynsmyndigheter og internrevisjoner som sikrer at hele organisasjonen og resten av foretaksgruppen lærer kollektivt av feil og systemsvikt.	JA	HNT har etablert Kvalitetsutvalg med Foretaksledelsen som deltagere. I tillegg er Arbeidsutvalg for Kvalitetsutvalget etablert for å gjennomgå aktuelle hendelser og forberede saker til Kvalitetsutvalget. Her blir saker med generell interesse og saker av særlig viktighet enten på bakgrunn av alvorlighet, hyppighet eller andre særlige grunner, gjennomgått. Det blir lagt vekt på å skape god læringskultur på tvers av klinikkene og avdelingene også gjennom den daglige avvikshåndteringen gjennom direkte tilbakemeldinger fra Fagavdelingen sine saksbehandlere. Program for internrevisjoner er lagt og blir fortløpende fulgt og supplert ved behov for nye. I Foretaksledelsen og for Styret i HNT blir alle tilsynsrapporter gjennomgått og kommentert. Arbeid er startet for system for publisering av anonymiserte avviksmeldinger. Bak dette ligger ytterligere systematisering av avvikshåndteringen i samarbeid med klinikkene.
1.6	Overordnede føringer 2012	Helse Nord-Trøndelag HF skal videreføre tiltak for å begrense bruk av deltid og midlertidige ansettelser i helseforetakene i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene. Utvikling styringsparameter	JA	Jfr pkt. 5.4.2.3, 5.4.2.4, 5.4.2.5 og 5.4.2.6.
1.7	Overordnede føringer 2012	HMN forutsetter at Helse Nord-Trøndelag HF til enhver tid setter seg inn i og forholder seg til de vedtak som fattes av styret for HMN. HMN forutsetter videre at Helse Nord-Trøndelag HF orienterer seg om Helse- og omsorgsdepartementets oppdragsdokument til RHF'et.	JA	Systemet for virksomhetsstyring i HNT skal ivareta at målet nås i løpet av året

1.8	Overordnede føringer 2012	HMN ber om at Helse Nord-Trøndelag HF legger til rette for et godt samarbeid med avtalespesialistene i sitt nedslagsområde, blant annet med målsetning om redusert ventetid for pasientbehandling.	JA	For fagene nevrologi, øye og ØNH er det i Namsos egne ressurser som også har avtalepraksis. For disse fagene er det løpende samarbeid og laget avtaler som sikrer full utnyttelse av kapasitet. For hudsykdommer, øye og ØNH, Levanger, er det avtaler med disse om interne tilsyn for inneliggende pasienter. For disse fagene har Levanger ingen egne spesialister å evt samordne ventelister med. Det er til stor hjelp og alltid lett å nå avtalespesialistene ved behov for tilsyn. Eneste forholdet som kan skape problemer, er ferieavvikling, og her har blitt gitt anmodning om størst mulig grad av tilgjengeleghet. Avtalepraksis i andre fag er det ingen faste avtaler med.
2.1	Nye lover og forskrifter	Stortinget vedtok 17. juni 2010 ny helse- og omsorgstjenestelov (lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester). I denne forbindelse vedtok Stortinget også en rekke viktige endringer i spesialisthelsetjenestelovgivningen, blant annet ny § 3-3 om meldeplikt til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. I tillegg inneholder helse- og omsorgstjenesteloven i seg selv flere forslag som indirekte har betydning for helseforetakene. Lovendringer trer i kraft 1. januar 2012. Samtidig med helse- og omsorgstjenesteloven vedtok Stortinget også ny folkehelselov (lov 24. juni 2011 nr. 29 om folkehelsearbeid). Det forutsettes at helseforetakene er kjent med innholdet i lovene og forskriftene. Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for nødvendig informasjon og opplæring til styret, administrasjon og ansatte om nye helselover og forskrifter, samt helselovgivningen generelt.	JA	Fagavdelingen følger fortløpende med i endringene i lover og forskrifter knyttet til vår virksomhet. Informasjon blir gitt i Foretaksledermøter og gjennom fortløpende oppdateringer mot klinikkene via saksbehandlingssystemet. Kurs for nyansatte blir holdt i samarbeid med Personalavdelingen. Bistand blir gitt fortløpende til enkeltpersonell og avdelinger i forbindelse med saker og hendelser. Det blir lagt fokus på opplæring og orientering om lovverk og forskrifter så langt det er mulig i all kommunikasjon med både helsepersonell og pasienter. Samarbeidsmøter blir også holdt med Fylkesmannen og Pasient og brukerombudet. Kjernevirksomhet i Fagavdelingen.
3.1	Nasjonale og regionale strategier og handlingsplaner	Det forutsettes at helseforetakene er kjent med innholdet i strategiene og handlingsplanene, og at de legges til grunn for utvikling av tjenestetilbudet på de ulike områdene. Det vises til kapittel 3 i styringsdokument 2012 for Helse Nord-Trøndelag HF samt mål/strategi område i styringsmodellen der strategier og handlingsplaner er angitt og eventuelt lagt lenker til angitte områder (http://intranett/hnt-ok/felles%20HNT/Måldokumenter.htm)	JA	Dette blir gjort kjent i virksomheten gjennom vår styringsmodell
4.1	Tildeling av midler	Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2012 oppnå et økonomisk overskudd på 15 mill kroner eller bedre. Utvikling styringsparameter	Igang satt	Kravet kan ikke oppfylles før året er omme. Gjennom avsetting av reserve/buffer i budsjettet og jevnlig oppfølging av foretakets klinikker med hensyn på måloppnåelse, er det moderat risiko for at kravet til resultat for foretaket ikke skal nås. Pr. 2. tertial: Etter at foretaket har fått økt basisramme som kompensasjon for økte pensjonskostnader, er resultatkravet for HNT nå endret til 21 mill kroner. Foretaket prognostiserer fortsatt måloppnåelse for dette styringsmålet, men vil understreke at det er noe usikkerhet knyttet til måloppnåelsen. Risikovurderingen er fortsatt "gul".
4.2	Tildeling av midler	Helse Nord-Trøndelag HF må ha kontinuerlig fokus på styring av egen likviditet og sørge for at behovet for kassekreditt til enhver tid blir så lite som mulig.	JA	Foretaket er i 2012 tildelt en kassekreditlimit på 100 mill kroner. Budsjett og drift innebærer at HNT bare unntaksvis vil være nødt til å trekke på kassekreditten. Pr. 2. tertial: Foretakets vurdering er ikke endret fra forrige rapportering.

4.3	Tildeling av midler	Helse Nord-Trøndelag HF skal sette av minst 3,8 mill kroner av basisrammen til finansiering av etablering og drift av kommunale øyeblikkelig hjelp tilbud. Dersom behovet for finansiering i 2012 blir mindre kan ubrukte midler disponeres til annen basisvirksomhet.	JA	Foretaket har i 2012 satt av en reserve/buffer på om lag 24 mill kroner. Evt. behov for midler til etablering og drift av kommunale øyeblikkelig hjelp tilbud er forutsatt dekket av denne avsetningen. Pr. 2. tertial: I tillegg til det som er skrevet ovenfor, kan det nevnes at 3 kommuner i Nord-Trøndelag innen fastsatt frist har søkt om å få etablere kommunale øyeblikkelig hjelp tilbud. Søknadene er fortsatt til vurdering. Foretaket er forberedt på å stille med sin andel til finansiering av tilbudet.
4.4	Tildeling av midler	Helse Nord-Trøndelag HF har fått tildelt 7,764 mill kroner i særfinansiering knyttet til forskning og utdanning for 2012. Helse Nord-Trøndelag HF skal innenfor økning av FoU-midler ivareta forskningsprosjekter som gjenspeiler prioriteringene i Strategi 2020. Evt. inntekter fra andre finansieringskilder som skal brukes til FoU skal komme i tillegg til dette.	Igangsatt	FoU-avdelingen jobber med en langsiktig strategiplan (2012-2016) ifht bruken av disse midlene. I planen er det tatt hensyn til forskningsaktiviteter som gjenspeiler prioriteringene i Strategi 2020. Strategiplanen skal ut på høring til det lokale forskningsutvalget samt til foretaksledelsen i løpet av mai/juni Pr 2.tertial 2012: FoU-planen har vært på høring i Forskningsutvalget, og har blitt endret i henhold til synspunktene fra medlemmene. FoU-planen skal behandles i Foretaksledelsen den 25. september.
4.5	Tildeling av midler	Helse Midt-Norge RHF har etablert regionalt henvisningsmottak for private rehabiliteringsinstitusjoner lokalisert til sykehuset Levanger. Mottaket blir i 2012 særfinansiert med 3,866 mill kroner. Henvisningsmottaket skal motta henvisning fra alle private rehabiliteringsinstitusjoner regionen har avtale med og skal samtidig være info telefon for habilitering og rehabilitering	JA	Henvisningsmottaket er i drift i henhold til avtalen mellom HMN og HNT. Pr 2.tertial: Driftes som avtalt, kontinuerlig dialog med aktuelle samarbeidspartnere.
4.6	Tildeling av midler	Aktivitet som kommer inn under ordningen "Raskere Tilbake" dekkes særskilt og skal ikke finansieres av inntektsfordelingen	JA	HNT er for 2012 tildelt en ramme på 6,3 mill kroner for arbeid innenfor tiltaket "Raskere tilbake". Aktivitet og økonomi knyttet til dette tiltaket registreres og følges opp særskilt. Pr. 2. tertial: Det er god styring på dette tiltaket. Aktivitet og økonomi er innen tildelte rammer.
4.7	Tildeling av midler	Helse Nord-Trøndelag har i 2012 fått tildelt en investeringsramme på 52,920 mill kroner. Tildelt investeringsramme er basert på at foretaket oppnår et overskudd i 2012 på 15 mill kroner. Helse Nord-Trøndelag kan i tillegg til tildelte investeringsramme få tildelt investeringsmidler til særskilte ENØK-tiltak	Igangsatt	I tillegg til oppgitte rammer i styringsdokumentet vil HNT også kunne disponere overførte ubrukte investeringsmidler fra 2011 (bl.a. knyttet til positivt resultatavvik i 2010) og 50 % av positivt resultatavvik i 2011. Videre er foretaket tildelt 12 mill kroner til større MTU i 2012. I sum utgjør dette 85,1 mill kroner i tillegg til evt. særskilte midler til ENØK-tiltak. Kravet kan ikke oppfylles før året er omme. Det legges opp til en investeringsplan i samsvar med fastsatte rammer. Pr. 2. tertial: Gjennomføring av investeringstiltakene er stort sett i samsvar med vedtatte planer. Det forventes at årets investeringer vil bli gjennomført innen vedtatte rammer.
5.1	Aktivitet	Styringsparameter: Antall produserte DRG-poeng Utvikling styringsparameter	Igangsatt	Ved utgangen av 1. tertial er man 1,9% foran planlagt nivå på DRG-aktivitet. Det er likevel noe risiko knyttet til realisering av planlagt nivå i månedene fremover. Pr. 2. tertial: Man er 3,1% over planlagt nivå, men likevel noe risiko knyttet til realisering fremover.

5.10	Aktivitet	Den samlede prosentvise aktivitetsøkningen fra 2011 til 2012 forventes å være høyere innen psykisk helsevern enn innen somatikk.	NEI	I styresak 47/2011 er det lagt til grunn en aktivitetsvekst i somatikken på ca 2% (med 4% poliklinikk og knapt 2% døgn). For psykiatrien er det planlagt økning på vel 10% i poliklinikk, og reduksjon på ca 5% i døgnbehandlingen. Pr. utgangen av mars er man noe bak planlagt nivå for psykiatrien, mens man er noe foran planen i somatikken. Pr. 2.tertial: Psyk.helsevern har økning på hhv. 19,2% i BUP poliklinikk og 5,2% i VOP poliklinikk. I somatikken er samlet økning på 3,7% målt i antall opphold/kontakter.
5.11	Aktivitet	Helse Nord-Trøndelag HF skal tilpasse kapasiteten til behovet slik at ventetiden innen poliklinisk radiologi og laboratorietjenester reduseres	NEI	Laboratorietjenester har ingen ventetider. For Bildediagnostikk er ventetiden ulik. Pr. juli: MR og CT m/kontrast -N: 5 uker / 3 uker MR og CT m/ kontrast-L: 13 uker / 7 uker MR/CT uten kontrast: kortere ventetid UL-N: 3 uker UL-L: 9 uker RTG, mammografi: 2-3 uker Nuk med: 2 uker Kreftpasienter tas fortløpende! Tiltak: Nye UL-apparat i drift: redusere ventetid Ny MR-NA: Fullstendig implementert maskin vil redusere ventetid Omorganisere noen us. m/ kontrast til ettermiddag Det jobbes kontinuerlig med å nå kravet, men mangel på faste radiologer er en utfordring på begge sykehus. Det jobbes kontinuerlig med rekruttering
5.12	Aktivitet	Helse Nord-Trøndelag HF skal sørge for at det er etablert et tilbud om øyeblikkelig hjelp innfor radiologi og laboratorietjenester ved mistanke om alvorlig sykdom	JA	Tilbud om øyeblikkelig hjelp ved mistanke om alvorlig sykdom, er etablert innenfor radiologi og laboratorietjenester. Tiltak: Holde fokus slik at tilbudet fungerer.
5.2	Aktivitet	Styringsparameter: Refunderte polikliniske inntekter i somatikk Utvikling styringsparameter	Igang satt	Pr. utgangen av mars 2012 er man i tråd med plan. Pr. 2. tertial: Man er i tråd med planlagt refunderte polikliniske inntekter.
5.3	Aktivitet	Økning i antall v-konsultasjoner BUP fra 2011 til 2012 (forventet økning på 2.000 V-konsultasjoner). Styringsparameter: antall V-konsultasjoner BUP Utvikling styringsparameter	JA	Systematisk innsats fra ledere og medarbeidere for bedre arbeidsflyt/standardiserte forløp og oppgavefordeling Pr 2.tertial: Akkumulert pr 2. tertial 2012 er det en økning på 2 250 v-konsultasjoner beregnet fra nivå på akkumulert 2. tertial 2011. Dette er en økning på 19,2%.
5.4	Aktivitet	Økning i antall v-konsultasjoner VOP fra 2011 til 2012 (forventet økning på 3.000 V-konsultasjoner). Styringsparameter: antall V-konsultasjoner VOP Utvikling styringsparameter	Igang satt	Har igangsatt et arbeid; Ny poliklinikk! Hvor vi bl annet ser på hvordan økning av V-konsultasjoner kan gjøres. De teamene som ikke har deltatt i dette arbeidet har ikke hatt en økning. Arbeidet er i gang. Hvis kravet skal nås, forventes en betydelig økning i 3. tertial. Akkumulert 2. tertial 2012 har 1524 flere v-konsultasjoner (5,2%) enn akkumulert 2. tertial 2011.

5.5	Aktivitet	Helse Nord-Trøndelag HF skal ha en drift som sikrer at fristbrudd ikke forekommer og at ventetiden til behandling er 65 dager eller kortere. I forbindelse med disse målene holdes det tilbake totalt 50 DRG-poeng, samt tilsvarende del av ramme. Offisielle ventetidstall fra NPR for avviklede fristbrudd samt gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste per 1. mars og 1. juni vil danne grunnlag for vurdering av måloppnåelse og tilbakeføring av DRG-poeng og ramme	Igangsatt	HNT har fristbrudd, men fristbruddene er få og prosessene og prosedyrene gått identifisert og implementert. Opplæring av inntakskoordinatorer i alle klinikkene og av ansvarlige leger er gjennomført. Alle prosedyrer er gjennomgått og PAS- rutinene innskjerpet. Nært samarbeid mellom Data og Analyse, IT og anvedelse og Fagavdelingen gjør at vi har meget god oversikt over fristbrudd og ventetider og kan sette inn tiltak der det trengs mest i samarbeid med avdelingene og klinikkene. Klinikkllederne er ansvarliggjort i fht sitt ansvar for å få bort fristbrudd. Ventetid for HNT juli 2012 er 64 dg, dette målet er innfridd. Fristbruddene er ikke på 0, og rent teknisk er der fortsatt en del utfordringer med vårt PAS-system i fht dette. Reelle fristbrudd skal ned til 0.
5.6	Aktivitet	I tråd med målene i Strategi 2020 forutsettes det at Helse Nord-Trøndelag HF fortsetter og intensiverer overgangen fra døgntil dagbehandling og poliklinisk behandling innenfor somatikk. Utvikling styreparametere	Igangsatt	Pr. utgangen av mars 2012 ligger man i tråd med planlagt nivå (Mål for året - Andel dag/pol på 23,2%) Pr. 2. tertial: Andel dag/pol ligger akkumulert på 22,2%, og man er litt bak målet for året som er 23,2%.
5.7	Aktivitet	Helse Nord-Trøndelag henstilles til å gjøre en aktiv vurdering av hva som anses som et hensiktsmessig volum og sammensetning (døgntil dagbehandling, dagbehandling og polikliniske konsultasjoner) av tjenestetilbudet innen hvert fagområde. I denne sammenhengen bes Helse Nord-Trøndelag om å vurdere tallmaterialet presentert i vedlegg 4 i styringsdokument 2012 for Helse Nord-Trøndelag HF, som viser forbrukt av spesialisthelsetjenester i Helse Midt-Norges HF-bostedsområder innen ulike fagområder Vedlegg 4 til styringsdokument 2012	JA	Gjennomgang av disse parametrene vil danne grunnlag for prioriteringer og dialog med avdelingene, avtalespesialistene og Foretaksledelsen i dialogmøter og Foretaksledermøter. Bevisstgjøring og en prosess som omfatter samarbeid opp mot henvisende instans (les fastleger) direkte og via Praksiskonsulentene, er også nødvendig. Meldingsløftet med elektroniske henvisninger og systematisk bruk av prioriteringsveiledere er viktige virkemiddel også. Forhold knyttet til Avtalespesialistene ligger i hovedsak utenfor HNT sin mulighet til å påvirke, utenom de som driver delt praksis i sykehusets lokaler. Her er det egne avtaler som følges opp.
5.8	Aktivitet	Innen fagområder der befolkningen i Helse Nord-Trøndelag opptaksområde har et betydelig høyere forbruk av tjenester enn landgjennomsnittet (tabell 1 i vedlegg 4 til styringsdokument 2012 for Helse Nord-Trøndelag HF), bes Helse Nord-Trøndelag HF om å redegjøre for mulige årsaker til dette. Redegjøringen oversendes Helse Midt-Norge RHF innen 1.10.2012	NEI	Svar vil bli sendt innen fristen 1.10.2012
5.9	Aktivitet	Nivået på aktiviteten eksklusive poliklinikk innenfor psykisk helsevern er samlet sett forventet å være på samme nivå i 2012 som i 2011	Igangsatt	Pr mars ligger vi etter årets plantall på aktivitet, både i forhold til utskrivninger og oppholdsdøgn, men vi har høyere aktivitet enn samme tidsrom i 2011. Naturlige svingninger. Pr august ligger over på antall sengerdøgn og under på antall utskrivninger. Dette er naturlige svingninger, sommeren i år var mer travel enn forrige år, mens våren var roligere.
6.1	Særskilte områder	Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i spesialisthelsetjenesten skal være ned mot 65 dager. Styringsparameter: gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i spesialisthelsetjenesten. Utvikling styringsparameter	Igangsatt	Vi ligger svært nær, og har i perioder gjennom vinteren oppfylt kravet. Kontinuerlig arbeid pågår for å sikre kortest mulig ventetid, og nå målet med under 65 dager i snitt. Pr 2. tertial: Ventetid for avviklede pasienter har økt noe gjennom ferieavviklingen, men vi forventer at ventetid vil gå ned mot 65 dager i snitt utover høsten.

6.2.1	Kvalitetsforbedring	Helse Nord-Trøndelag skal utarbeide handlingsplaner for implementering av den regionale kvalitetsstrategien. Handlingsplanen bør samordnes med helseforetakets arbeid med pasientsikkerhetskampanjen og lederutviklingsprogram. Handlingsplanen må identifisere målsetning for helseforetakets arbeid med kvalitetskultur og identifisere aktuelle virkemidler tilpasset utfordringene i det enkelte helseforetak.	Igangsatt	Målene i Kvalitetsstrategien inngår som en del av Ledelsens gjennomgang og tiltak beskrives, samt resultat evalueres i den sammenhengen
6.2.10	Kvalitetsforbedring	Det skal ikke forekomme korridorpasienter. Styringsparameter: andel korridorpasienter ved somatiske sykehus (mål: 0 %) Utvikling styringsparameter	Igangsatt	Fortløpende arbeid pågår for å unngå korridorpasienter. Andel korridorpasienter ved utgangen av mars er 1,7%. Pr. 2. tertial: Andel korridorpasienter akkumulert ved utgangen av august er 1,7%. Fortløpende arbeid pågår.
6.2.11	Kvalitetsforbedring	Helse Nord-Trøndelag skal sikre at kvalitetssystemet gjennomgår de nødvendige revisjoner både i struktur og innhold, og at tilgjengelig funksjonalitet tas i bruk.	Igangsatt	Det vedtas en årlig plan for revisjoner, ROS og beredskap. Bemanningsressursene er styrket i dette arbeidet. Videre er det etablert kontakt og avholdt møte med Kvalitetssjefen ved St. Olavs Hospital HF for å endre strukturen i vårt kvalitetsstyringssystem i tråd med St. Olavs HFs
6.2.12	Kvalitetsforbedring	Ved revisjoner av kvalitetssystemet i det enkelte HF skal dette skje i samspill med de øvrige HF. Det skal for alle HF arbeides for å oppnå en harmonisering av struktur og innhold i kvalitetssystemet.	Igangsatt	Møte med Kvalitetssjef St. Olavs HF avholdt, jfr. 6.2.11
6.2.13	Kvalitetsforbedring	Økt overlevelse. Styringsparameter: 30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårhalsbrudd (jf årlige data fra HDIR) Utvikling styringsparameter	Igangsatt	Avventer tall som blir lagt over til oss fra RHF f.k. fredag 4.5. Pr.2.tertiar: Fortsatt ikke mottatt tallgrunnlag.
6.2.14	Kvalitetsforbedring	Økt overlevelse. Styringsparameter: 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt (jf årlige data fra HDIR) Utvikling styringsparameter	Igangsatt	Årlige tall fra Helsedirektoratet ikke mottatt. Pr. 2.tertiar: Fortsatt ikke mottatt tallgrunnlag.
6.2.15	Kvalitetsforbedring	Økt overlevelse. Styringsparameter: 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag (jf årlige data fra HDIR) Utvikling styringsparameter	Igangsatt	Årlige tall fra Helsedirektoratet ikke mottatt. Pr.2.tertiar: Fortsatt ikke mottatt tallgrunnlag.
6.2.16	Kvalitetsforbedring	Økt overlevelse. Styringsparameter: 30-dagers risikostjustert totaloverlevelse (jf årlige data fra HDIR) Utvikling styringsparameter	Igangsatt	Ikke mottatt tall fra Helsedirektoratet. Pr.2.tertiar: Fortsatt ikke mottatt tallgrunnlag.
6.2.2	Kvalitetsforbedring	Helse Nord-Trøndelag HF skal registrere i aktuelle nasjonale helseregistre (kvalitetsregistre og sentrale helseregistre), og aktivt benytte kunnskap fra registre til styring av kvalitet i eget foretak.	Igangsatt	HNT HF har gjennom sitt arbeid ønske om aktivt å delta i oppbygging av gode helseregistre. For å sikre god kvalitet og aktivt delta i forskning og fagutvikling, er helseregistre avgjørende.
6.2.3	Kvalitetsforbedring	Helse Nord-Trøndelag HF skal i 2012 registrere data i diabetisregisteret for voksne. Styringsparameter: registrering i kvalitetsregisteret for diabetes for voksne fra Helse Nord-Trøndelag. Utvikling styringsparameter	JA	HNT HF har underskrevet kontrakt med Diabetesregisteret og starter opp med registrering.
6.2.4	Kvalitetsforbedring	Nytt nasjonalt system for innføring og vurdering av nye, kostnadskrevende metoder er tatt i bruk lokalt og regionalt.	Igangsatt	HNT HF har ved Fagsjef og ved videre deltagelse i regionalt kurs om dette, ønske om å aktivt delta i og bruke verktøy for vurdering av kostnadskrevende behandlinger.
6.2.5	Kvalitetsforbedring	God kvalitet i rapporteringen fra psykisk helsevern til Norsk pasientregister. Styringsparameter: Registrering hovedtilstand psykisk helsevern for barn og unge (mål 100 %) Utvikling styringsparameter	Igangsatt	Det er kontinuerlig fokus på korrekt registrering av pasient- administrative data, som et ledd i å oppnå god og korrekt rapportering, både internt og eksternt. Siste publiserte tall fra Helsedirektoratet er fra 2010.
6.2.6	Kvalitetsforbedring	God kvalitet i rapporteringen fra psykisk helsevern til Norsk pasientregister. Styringsparameter: Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern for voksne (mål 100 %) Utvikling styringsparameter	Igangsatt	Klinikken er avhengig at datafangsten fungerer. Vi registrerer. I følge HEMIT fungerer nå overføring av data til NPR 100%. Siste publiserte tall fra Helsedirektoratet er fra 2010.

6.2.7	Kvalitetsforbedring	God kvalitet i rapporteringen fra psykisk helsevern til Norsk pasientregister. Styringsparameter: Registrering hovedtilstand psykisk helsevern for voksne (mål 100 %) Utvikling styringsparameter	Igangsett	Klinikken er avhengig at datafangsten fungerer. Vi registrerer. I følge HEMIT fungerer nå datafangsten fra PAS til NPR 100%. Siste publiserte tall fra Helsedirektoratet er fra 2010.
6.2.8	Kvalitetsforbedring	100 % av epikriser er sendt ut innen sju dager. Styringsparameter: andel epikriser sendt ut innen 7 dager Utvikling styringsparameter	Igangsett	HNT HF har iverksatt et betydelig arbeid for å få sendt ut epikrisene raskt. I enkelte klinikker har vi enkelte målinger som viser at 100 %-målet er nådd, andre klinikker har litt igjen. Pr. 2.tertial: Akkumulert ved utgangen av august er 84,8% av epikriser sendt ut innen 7 dager (ifjor 84,1%).
6.2.9	Kvalitetsforbedring	Helse Nord-Trøndelag skal arbeide for at epikriser etter innleggelse, dagbehandling og poliklinikk sendes samme dag som behandlingen er ferdig	Igangsett	Det er ved enkelte seksjoner og avdelinger mulig å få gjort dette allerede nå. En avklaring av hva som skal være innhold i slike epikriser, er viktig å få gjort på regionalt nivå, slik at relevant og nødvendig informasjon når pasient og samarbeidende helsepersonell så raskt som mulig. Våre tall viser at de fleste epikriser allerede i dag sendes inne de tre første dagene.
6.3.1	Pasientsikkerhet	For å forbedre kvaliteten på legemiddelbehandlingen i sykehusene, skal helseforetaket i samarbeid med Sykehusapotekene i Midt-Norge HF gjennomføre og videreutvikle klinisk farmasi ed hovedmodulen: legemiddelintervju, legemiddelgjennomgang og legemiddelsamtaler.	Igangsett	HNT har iverksatt bruk av klinisk farmasøyt i en post på medisinsk klinikk og en post på kirurgisk klinikk i Levanger. Det er sterkt ønske om å fortsette ordningen og utvide denne. Svært gode erfaringer og tilbakemeldinger på ordningen. Arbeidet med dette er viktig også i fbm oppstart av ecurve- prosjektet, for å få implementert gode prosedyrer og gode arbeidsrutiner.
6.3.2	Pasientsikkerhet	Helse Nord-Trøndelag HF deltar i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen i tråd med styringsgruppens beslutninger, og rapporterer data til kampanjens sekretariat i henhold til fastsatte tidsfrister.	JA	Tiltak innenfor innsatsområdet Samstemming av legemiddellister er ennå ikke klart. Læringsnettverket Trygg Kirurgi er ferdigstilt. Foretaket har meldt på team til Læringsnettverk for hjerneslag.
6.3.3	Pasientsikkerhet	Ledelsen i Helse Nord-Trøndelag HF følger aktivt opp egne resultater i pasientsikkerhetskampanjen.	Igangsett	Resultater og tallmateriale er tilgjengelig for ledelsen og legges fortløpende inn i Extranet.
6.3.4	Pasientsikkerhet	Det er sikret nødvendig kompetanse og rutiner ved bruk av pasientadministrative systemer slik at Helse Nord-Trøndelag HF sikrer korrekt og komplett registrering. Herunder skal det gjennomføres en kvalitetssikring av de rutiner som gjelder signering av dokumenter	Igangsett	PAS- koordinator har vært avgjørende viktig for å få dette til og å få gjennomført nødvendig feils prosedyrer og kvalitet på PAS- registreringene. Fortløpende arbeid gjenstår for å sikre god oppfølging av dette videre.
6.3.5	Pasientsikkerhet	Helse Nord-Trøndelag HF skal etablere gode rutiner for forskrivning, oppfølging, koding og oppgjør for HF-finansierte legemidler. Internrevisjon i Helse Midt-Norge vil i 2012 ha fokus på dette området.	Igangsett	Det er gjennomført tilsyn med biologiske legemiddel og bruk av LIS- legemidler. Vi avventer tilbakemelding på denne.
6.3.6	Pasientsikkerhet	Helse Nord-Trøndelag HF skal aktivt delta i utviklingen av nye § 3.3. meldeordningen	JA	HNT HF bruker den web-baserte meldeordningen i påvente av at Hemit skal ferdigstille den integrerte løsningen via EQS.
6.3.7	Pasientsikkerhet	Pasientsikkerhetskultur i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer. Styringsparameter: andel sykehus som har undersøkt pasientsikkerhetskultur i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer (mål 100 %) Utvikling styringsparameter	JA	Undersøkelsen er ferdigstilt. Resultater er bearbeidet og foreligger på foretaksnivå.
6.3.8	Pasientsikkerhet	Gjennomført journalundersøkelser etter GTT-metoden. Styringsparameter: andel sykehus som har gjennomført journalundersøkelser etter GTT-metoden, i tråd med pasientikkerhetskampanjens føringer (mål 100 %) Utvikling styringsparameter	Igangsett	Tall for 2011 er rapportert innen frist. GTT går kontinuerlig.
6.3.9	Pasientsikkerhet	Fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4. Styringsparameter: andel fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4 (jf årlige data fra medisinsk fødselsregister) Utvikling styringsparameter	Igangsett	Siste publisert tall (NPR-sider) er for perioden 1.1.2010 - 31.10.2010. Andel er for denne perioden 1,3 %

6.4.1	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning	Helse Nord-Trøndelag skal legge til rette for gode pasientforløp slik at behandling starter innen frist, blant annet ved at pasienter får konkrete timeavtale ved første respons på henvisning.	Igangsatt	Standardbrev blir nå tatt i bruk. Arbeid blir iverksatt for å se på rutineene omkring dette, for å forsøke å nå målet med bare ett svarbrev til pasienten. Noen avdelinger har allerede innført direkte timeavtale i første brev. Ved andre avdelinger er dette mer krevende og gjennomgang av HNT sin brevkontakt med pasient blir gjennomgått for enklest mulige rutiner. Brevene som blir brukt vil tilsvare fellesmal for hele regionen.
6.4.1	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning	Helse Nord-Trøndelag skal sørge for at det legges inn en standardformulering i pasientbrev om at pasienten har rett til fritt sykehusvalg	JA	Informasjonen skal sikrast gjennom innføring av felles brevmal med resten av HMN RHF med St Olav sine brev som utgangspunkt for vår mal. Arbeidet starta av IT/ Anvendelse.
6.4.2	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning	Helse Nord-Trøndelag har styrebehandlet mål og strategier for brukermedvirkning	NEI	Nødvendig med avklaring opp mot Helse Midt-Norge. Helse Nord-Trøndelag legger regionalt vedtatt handlingsplan for brukermedvirkning til grunn i sitt arbeid.
6.4.3	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning	Resultater fra pasienterfaringsundersøkelser, registrering og rapportering av uønskede hendelser og andre kvalitetsmålinger er offentliggjort på helseforetakenes nettsider	NEI	Arbeid pågår i fellesskap regionalt.
6.4.4	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning	Styringsparameter: brukererfaringer svangerskap / føde / barsel (data fra de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene som publiseres i 2012) Utvikling styringsparameter	Igangsatt	Rapporten er ikke mottatt, og vi er ikke keint med innholdet i den. Resultatet følges opp når den er i hus. Vi har egen brukerundersøkelse som følges opp ved begge avdelingene.
6.4.5	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning	Styringsparameter: brukererfaringer for inneliggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus (data fra de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene som publiseres i 2012) Utvikling styringsparameter	NEI	HNT publiserer på eget nettsted når resultater foreligger.
6.4.6	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning	Styringsparameter: fastlegers erfaringer med DPS (data fra de nasjonale brukererfaringsundersøkelsene som publiseres i 2012) Utvikling styringsparameter	Igangsatt	Rapporten vil mottas, implementeres og evt tiltak iverksettes. Rapport er fortsatt ikke mottatt.
6.4.7	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning	Bedre informasjon om fritt sykehusvalg: Styringsparameter: Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker (mål 100 %) Utvikling styringsparameter	Igangsatt	Igangsatt
6.4.8	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning	Det skal ikke forekomme fristbrudd. Styringsparameter: andel fristbrudd for rettighetspasienter avviklet fra venteliste (mål 0 %) Utvikling styringsparameter	Igangsatt	Både lokalt i begge sjukehus og regionalt i HMN RHF er det maksimalt fokus på dette. Prosedyrer er gjennomgått, opplæring gitt til alle klinikkene og Foretaksledelsen er samla i arbeidet om å oppnå 0 fristbrudd. Mykje er gjort, no er det siste vegen til mål som gjenstår og her er det mykje detaljarbeid på alle nivå som er nødvendig for å avdekke tidleg det som kan bli fristbrudd og iverksette tiltak tidleg no. Slurv med legelappar og registrering av desse har også stort fokus. Pr.2. tertial: Akkumulert andel fristbrudd ved utgangen av august var 6,2% (mot 8,5% samme periode forrige år).
6.5.1	Samhandlingsreformen	Det er inngått samarbeidsavtaler for de lovpålagte elementene med frist 31.1.2012 og 1.7.2012	JA	Samarbeidsavtalen var ferdig til 1.februar. Administrativt samarbeidutvalg ASU følger opp elementer/tiltak i avtalene. ASU er godt etablert og partmessig sammensatt. Har hatt 2 møter. Konkrete tiltak vedrørende fedigforhandlede avtaler følges opp her.
6.5.2	Samhandlingsreformen	Det er lagt inn et eget punkt i avtalene som beskriver øyeblikkelig hjelp-tilbudene i kommunene i tråd med rammene for tilskuddsordningen, slik at partene ser øyeblikkelig hjelp-tilbudene sine i sammenheng og kan bli enige om løsninger som er hensiktsmessige for pasienter, kommuner og helseforetak og hindrer etablering av dobbeltkapasitet eller nedtrapping av tilbudet i helseforetakene uten at tilbud er etablert i kommunene.	JA	Det er forhandlinger på alle tjenesteavtale i NT på samme møte som ellers i landet etter de føringer staten har bestemt. - Nasjonale tidsfrister som regulerer framdrift av samhandlingsreformen

6.5.3	Samhandlingsreformen	Avtaler om jordmortjenester, herunder følgetjenesten for gravide, er inngått innen 1.7.2012	JA	Tjenesteavtale 8 inngått i forhandlingsutvalget 27/4. Det er etablert klinisk samarbeidsutvalg + regional koordinerende gruppe som arbeider med implementering av regional, helhetlig plan for svangerskap, fødsel og barsel.
6.5.4	Samhandlingsreformen	Helse Nord-Trøndelag HF har laget en plan for fremtidig utvidelse av praksiskonsulentordningen	Igangsatt	Det er avholdt møte med praksiskonsulentane og erfaringane med desse tatt opp i FL- møtet. Dialog med direktør om klargjøring av stillingane til desse praksiskonsulentane er satt i gang for meir like avtalar og mulighet til å samle konsulentane også i fht oppgaver retta mot Stab og overordna systemarbeid. Samhandlingssjef er også orientert og skal trekkast meir inn i dette arbeidet.
6.6.1	Kreftbehandling	Det er gjennomført tiltak for å redusere flaskehalsar i forløpene for kreftpasienter.	JA	I samband med tilsynet fra Fylkesmannen ved kolorektalkreft i 2012 og nye krav fra sommaren 2011 vedr maksimal ventetid for utredning og behandling av kreft, er rutinene gjennomgått ved alle aktuelle klinikkar og på overordna nivå. Tilsynet i Namsos viste at det her er lite flaskehalsar og godt samarbeid om desse pasientane. Avvika som er gitt går først og fremst på registrering/ administrative forhold. Disse blir fulgt opp. Et holdningsskapende arbeid om felles innsats og interesse for de avgjørande detaljene, er også viktig.
6.6.2	Kreftbehandling	Pasienter som henvises med mistanke om kreft har fått utnevnt en egen kontaktperson. Kontaktpersonen skal bidra til at pasienten får nødvendig informasjon om hva som skjer når, rettigheter og ventetider. Det vil ofte være hensiktsmessig at denne kontaktpersonen også har en aktiv rolle i å koordinere forløpet for pasienten.	NEI	Pr 1.5. er det ikke startet med fast pasientkoordinator for pasienter som får kreftdiagnose. I mange avdelinger er det imidlertid fortsatt bruk av pasientansvarlig behandler, og noen av oppgavene knyttet til koordineringsfunksjonen er ivarettatt her.
6.6.3	Kreftbehandling	Tiltak for å redusere ventetiden for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft er iverksatt.	JA	I forbindelse med tildeling av nasjonale ekstrasbevilgninger til dette, er HNT i gang med registrering og videre samarbeid for å gi pasientene tilbud i tråd med deres rettigheter.
6.6.4	Kreftbehandling	80 % av pasienter har forløp innenfor anbefalte forløpstider: a) 5 virkedager fra mottatt henvisning til henvisningen er vurdert, b) 10 virkedager fra mottatt henvisning til utredning er påbegynt, c) 20 virkedager fra mottatt henvisning til start av behandling.	Igangsatt	Arbeidet med dette har stort fokus og tilsynet med kolorektalkreft som no blir gjennomført, viser at vi ved Sykehuset Namsos klarer desse måla. Liknande gjennomgang blir også gjort i Levanger i samband med samme tilsyn i august. Generell kort ventetid er også med på å sikre at vi har mulighet til å klare desse måla.
6.6.4.1	Kreftbehandling	Styringsparameter: 80 % av pasienter med tykktarmskreft som får behandling innen 20 virkedager Utvikling styringsparameter	Igangsatt	Andel 2011 (NPR-tall): 55,7 % Det blir i 2012 gjennomført tilsyn fra Fylkesmannen vedr diagnostikk og behandling av kolorektalkreft. Det er gjennomført ved Sykehuset Namsos, og midlertidig rapport viser at kravene her er oppfylt. Lignende tilsyn gjennomføres ved Sykehuset Levanger til høsten. Det er gjort mye for å sikre rask vurdering av henvisninger, igangsetting av diagnostikk og behandling. Pr. 1.tertial 2012 (NPR-tall): Andel 68,2%
6.6.4.2	Kreftbehandling	Styringsparameter: 80 % av pasienter med brystkreft får behandling innen 20 virkedager. Utvikling styringsparameter	JA	Andel 2011 (NPR-tall): 79,7 % Vi oppfylte allerede i 2011 dette målet. Vi menere arbeidet med logistikk i vurdering av henvisning og videre diagnostikk og behandling, vil gi enda bedre resultat for 2012. Pr. 1.tertial 2012: Andel 73,7%.

6.6.4.3	Kreftbehandling	Styringsparameter: 80 % av pasienter med lungekreft får behandling innen 20 virkedager. Utvikling styringsparameter	NEI	Andel 2011 (NPR-tall): 41,7 % Diagnostikk og behandling av lungekreft gir store utfordringer. Vi har langt igjen til måltallet for denne kreftformen. Tett samarbeid og generell bedring av logistikken i oppfølgingen av henvisningene og påfølgende utredning og behandling, vil være avgjørende for å sikre godt system omkring dette. Pr. 1. tertial 2012 (NPR-tall): Andel 50,0%
6.6.4.4	Kreftbehandling	Styringsparameter: 80 % av pasienter med kreft får behandling innen 20 virkedager. Utvikling styringsparameter	Igangsatt	Det nasjonale målet på 80 % er et klart styringsmål for det generelle arbeidet på systemnivå vedr pasientadministrative system og en bedre logistikk og rutiner omkring henvisninger vedr kreftsykdommene og mistanke om dette. Vi er på eller nær måltallet ved noen kreftsykdommer, men har langt igjen for andre.
6.7.1	Behandling av hjerneslag	Flere pasienter med akutt hjerneinfarkt får trombolyse. Styringsparameter: Andel pasienter under 80 år med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysebehandling (mål 20 %) Utvikling styringsparameter	Igangsatt	Andel 3. tert 2011 (NPR): 5,2 % Helse Nord- Trøndelag har iverksatt arbeid for å samle fagmiljøene som behandler hjerneslag, for å sikre gode rutiner og prosedyrer slik at pasientene får forsvarlig og riktig helsehjelp. Det er i dag for stor forskjell mellom våre to sykehus, og vi har en for lav prosentandel som mottar trombolyse i fht nasjonalt måltall. I samarbeid med regionalt fagnettverk og gjennom Pasientsikkerhetskampanjen vil det bli satt fokus på dette og fulgt tett opp. Andel 1.tert 2012 (NPR): 2,9%
6.7.2	Behandling av hjerneslag	Helse Nord-Trøndelag HF rapporterer data til Norsk hjerneslagregister.	Igangsatt	HNT HF følger forventet rapportering.
6.8.1	TSB for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	Det samlede tilbudet innen TSB er styrket.	Igangsatt	Det samlede tilbud er styrket med sengeposten i 2011
6.8.2	TSB for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	Det er etablert behandlingsforberedende tiltak for rettighetspasienter i samarbeid med kommunene i påvente av oppstart av behandling.	Igangsatt	Ikke aktuelt. Ingen TSB pasienter går å venter på behandling i NT Fortsatt ingen venteliste for pasienter ved Døgnbehandling.
6.8.3	TSB for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	Andel pasienter som fullfører TSB er økt.	Igangsatt	De fleste fullfører i sengepost.Fokus på dette i poliklinikkene og tiltak vurderes satt inn Fortsatt er inntrykket fra sengepost at de fleste fullfører utredning, det er mulig at flere fullfører i år enn i fjor, men tall vil ikke være klarer før årskiftet.
6.8.4	TSB for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	Okt oppmerksomhet på og kompetanse i behandling av pasienter med skader og avhengighet av anabole androgene steroider.	Igangsatt	Igangsatt økt fokus på dette ved kartlegging av alle TSB pasientene. Hvis stort omfang iverettes systematisk kompetanseheving
7.1.1	Psykisk helsevern	Omstillingen innen psykisk helsevern videreføres. Helse Nord-Trøndelag HF skal fortsatt tilby lavterskel tilgjengelighet på DPS-nivå ved sine sykehus i Namsos og Levanger. Det kreves ikke oppbemanning til døgnberedskap for akutte innleggelser ved DPS Kolvereid og DPS Stjørdal.	Igangsatt	Helse Nord-Trøndelag HF tilbyr lavterskel tilgjengelighet på DPS-nivå ved sine sykehus i Namsos og Levanger. Økt fokus på dette internt og eksternt i forhold til samarbeidspartnere. Vaktberedskap vurderes som forsvarlig og fortsettes som før.
7.1.2	Psykisk helsevern	Helse Nord-Trøndelag HF må kunne rapportere slik at omfanget av DPS-funksjoner i sykehusene Levanger og Namsos framstår som aktivitet i DPS.	Igangsatt	Iverksetter et arbeid august 2012 for å vurdere og beskrive hvordan dette kan gjøres Arbeidet er iverksatt og forslag vil leveres klinikkleder/Klinikkråd for godkjenning 20. september 2012.
7.1.3	Psykisk helsevern	Det skal etableres regionale og lokale planer for redusert og riktig bruk av tvang i tråd med nasjonal strategi. Helse Nord-Trøndelag HF skal etablere egen plan innen 1. juni 2012. Rapportering av etablerte planer i samarbeid med kommunene 2. tertial, rapportering på gjennomførte tiltak i planen i årlig melding.	JA	HNT har utarbeidet planer for redusert og riktig bruk av tvang i tråd med nasjonal strategi. HNT deltar i arbeidet regionalt

7.1.4	Psykisk helsevern	Det er lagt til rette for at BUP og DPS kan ha samkonsultasjoner med fastlege, i skolehelsetjensten, på helsestasjon, med barnevernet mv. også for pasienter som ikke er henvist til spesialisthelsetjensten. Helse Nord-Trøndelag HF må vurdere i hvor stor grad dagens takststystemet kan anvendes på samkonsultasjoner. Og dernest: i de tilfeller hvor takstsystemet ikke kan benyttes, om det finnes hensiktsmessige måter å registrere omfanget av denne typen aktivitet.	Igangsatt	BUP arbeider systematisk med å utvikle gode pasientforløp, inntak, utredning og oppfølging av barn og unge i tett samarbeid med kommunehelsetjeneste og fastleger. Det ses på registrering av denne type aktivitet, juridiske forhold og inntektsgrunnlag, her avventer vi spesifikt oppdrag fra HMN. Faglige prosedyrer ifm med pågående ISO-prosjekt og 3 fagutviklings/forskningsprosjekt har særskilt fokus på dette. Dette arbeidet knyttes ikke spesielt opp i mot DPS, da vi mener det er viktige premisse i BUP generelt. I prosjekt familieambulatoriet samarbeides det nært med VOP/ARP.
7.1.5	Psykisk helsevern	HMN deltar i planlegging av opplæringstilbudet som iverksettes i 2013 og går i tre faser. Behandlingstilbudet skal lokaliseres på DPS-nivå	Igangsatt	HNT har plukket ut deltakere til opplæring inne OCD behandling som skal foregå i 2013.
7.1.6	Psykisk helsevern	Kompetansen i ambulansetjensten dekker både psykiske og somatiske lidelser slik at behov for assistanse fra politiet ved akutte tvangsinnleggelser reduseres.	Igangsatt	Psykiatriambulans uaktuelt i NT grunnet avstander. HNT kan bidra ved opplæring av ambulanspersonell. Rapport fra politiet; stor nedgang i henvendelser fra psykiatrien. Godt samarbeid mellom politi og psykiatri.
7.1.7	Psykisk helsevern	Styringsparameter: Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus (datakilde: Helsedirektoratet/SSB) Utvikling styringsparameter	Igangsatt	Må ses i sammenheng med aktivitetsrapportering DPS
7.1.8	Psykisk helsevern	Styringsparameter: andel tvangsinnleggelser, (antall pr 1000 innbyggere i opptaksområde, fra NPR) ELLER antall tvangsinnleggelser i opptaksområde (kontrollkomisjonen) Utvikling styringsparameter	Igangsatt	Rapportering forutsetter system for datafangst
7.1.9	Psykisk helsevern	Styringsparameter: Helse Nord-Trøndelag HF skal opprette minst 2 pilotprosjekter med felles konsultasjonsteam for spe- og småbarn sammen med Bufetat og kommuner. Et felles opplæringsprogram og erfaring fra pilotprosjekter skal legge grunnlag for senere etablering av felles konsultasjonsteam for flere aldersgrupper sammen med alle kommuner. Utvikling styringsparameter	JA	Helse Nord-Trøndelag HF arbeider med konsultasjonsteam for spe- og småbarn på tvers av fagområder HNT. I den sammenheng arbeides det med samarbeidsform med Bufetat og kommuner, vi har pt et arbeid på gang med 4 pilotkommer. I tillegg startet BUFetat opp sine spe- og småbarnestilbud i april 2012, og de er invitert til det felles konsultasjonsteamet mellom kommuner og sykehus. Fra tidligere har vi i Nord-Trøndelag etablert gjennom LSBU (lokalt samarbeidsorgan barn og ungdom) et felles konsultasjonstilbud til kommunene mellom BUP, Hab og kommunene.
7.2.1	Habilitering og rehabilitering	Den medisinsk faglige kompetansen i habiliteringstjenestene er styrket	JA	Kravet er innfridd.
7.2.2	Habilitering og rehabilitering	Det er sikret tilstrekkelig kapasitet innen spesialiserte habiliterings- og rehabiliteringstjenster til ulike grupper, og etablert tilbud til pasienter med sanseetap.	NEI	Dette er et oppdrag som både gjelder voksne, barn og unge. Det betyr at tre klinikker er involvert i dette- BFK,VOP og Rehabiliteringsklinikken. Barnehabiliteringen har i dag et tilbud til barn og unge med sanseetap sammen med Trøndelag kompetansesenter og hjelpemiddelsentralen. Koordinerende enhet har fått i oppdrag å lage samarbeidsrutiner og retningslinjer for alle med sanseetap. dette arbeidet er ikke startet på, men spilt inn som sak i koordinerende enhet.
7.2.3	Habilitering og rehabilitering	Helse Nord-Trøndelag HF skal ha en gjennomgang for behovet for medisinsk faglig kompetanse i voksenhabilitering og barnehabilitering. Helseforetaket skal gjennomføre tiltak for å få dekket behovet for medisinsk faglig kompetanse sammen med annen tverrfaglig kompetanse.	JA	Kravet er innfridd for barnehabilitering. Ansatt overlege i 100 % + LIS i voksenhabilitering; en betydelig styrking
7.2.4	Habilitering og rehabilitering	Helse Nord-Trøndelag HF skal ha en gjennomgang av kapasiteten innen habilitering for å sikre kapasitet til å gjennomføre intensive behandlingsperioder der dette er nødvendig og som en del av individuell plan.	NEI	HNT har kapasitet til å gjennomføre intensive behandlingsperioder der dette er nødvendig og som en del av individuell plan. Det er bl a ivarettatt gjennom "koordinerte innleggelser", hvor pasienten for tett, samordnet, tverrfaglig vurdering og oppfølging.

7.2.5	Habilitering og rehabilitering	Helse Nord-Trøndelag HF skal etablere flere felles pasientforløp med kommunene for habiliteringstjenestenes målgrupper.	Igangsatt	Det er utarbeidet søknad for å ivareta dette kravet slik at det blir generaliserbart gjennom det pågående ISO-prosjektet i Barn/hab/Bup.
7.3.1	Behandling av kronisk utmattelsessyndrom	Det tilbys lærings- og mestringkurs til pasienter med CFS / ME	Igangsatt	Lærings- og mestringssenteret har gjennomført slike kurs. Nye kurs vil bli satt opp i samarbeid med pasientforeningene og fagmiljøet.
7.3.2	Behandling av kronisk utmattelsessyndrom	Det er etablert tiltak for å sikre kunnskapsoverføring til kommunehelsetjenesten.	Igangsatt	BUP og VOP og fagansvarlige ved medisinsk avdeling, har gjennomført kurs med primærhelsetjenesten om Kronisk utmattelsessyndrom. I det daglige er dialogen omkring den enkelte pasient avgjørende.
7.4.1	Barn og nyfødte som trenger intensivbehandling	HMN vil initiere et prosjekt for å gjennomgå tilbudet til barn og nyfødte som trenger intensivbehandling for å sikre adekvat kompetanse og hensiktsmessig ressursbruk. Helse Nord-Trøndelag skal bidra i arbeidet.	Igangsatt	HNT deltok i et arbeid i 2011, og deltar etter initiativ fra HMN på dette arbeidet.
7.5.1	Kjeveleddsdysfunksjon	Det er iverksatt tiltak for å styrke tilbudet om utredning og behandling av personer med invalidiserende kjeveleddsdysfunksjon (TMD)	NEI	Dette punktet er uaktuelt for oss utenom viderehenvisning. ved mistanke om diagnosen?
7.6.1	Beredskap og smittevern	Beredskapsplanene i Helse Nord-Trøndelag HF er oppdatert og tilpasset med utgangspunkt i erfaringene fra håndteringene av terrorangrepet 22. juli 2011 og andre tidligere hendelser. Dette må ses i sammenheng med lovpålagte avtaleinngåelse, se pkt 6.5	JA	Planverket er oppdatert pr.02.05.2012. Det er etablert Fagråd Akuttmedisinske kjede og Fagråd Beredskap som følge av Tjenesteavtale 11 i Samhandlingsreformen. Disse har startet sitt arbeid.
7.6.2	Beredskap og smittevern	Det er fra og med 1. september 2012 iverksatt kontinuerlig registrering av alle de kirurgiske prosedyrene som inngår i NIOS og som utføres på de enkelte sykehus.	JA	HNT HF har startet fortløpende registrering av alle kirurgiske inngrep det er krav om i flg NOIS fra 1.9.2012.
7.7.1	Forebygging	Dokumentasjon på ernæringsstatus og oppfølgingsbehov følger med pasienten når han/hun flytter til et annet tjenestenivå eller mellom behandlingssenheter. Aktiv bruk av standardisert dokumentasjon i Doculive gjennomføres.	Igangsatt	Det er gjennomført tilsyn i 2011 vedr skrupelige eldre med hoftebrudd. dette avdekket behov for bedre dokumentasjon og rutiner omkring ernæringsvurdering. ME d bakgrunn i dette er ernæringsvurdering og tiltak innlemmet i pasientforløpet og nye prosedyrer er laget/ lages for dette. Opplæring i avdelingene ved EPJ- skjemaene er iverksatt.
7.7.2	Forebygging	Helse Nord-Trøndelag rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om skader og ulykker til NPR. Styringsparameter: andel sykehus som rapporterer komplette og kvalitetssikrede data om skader og ulykker til NPR (jf årlige data fra NPR, mål 100 %) Utvikling styringsparameter	Igangsatt	Det er iverksatt opplæring og reopplæring og motivasjon omkring registrering av skader.
7.7.3	Forebygging	Helse Nord-Trøndelag har etablert tilbud om tobakksavvenning i tråd med faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet. Styringsparameter: andel sykehus som har etablert tilbud om tobakksavvenning (mål 100 %) Utvikling styringsparameter	JA	Tobakksavvenning er en etablert praksis i våre sykehus.
7.8.1	Opplæring av pasienter og pårørende	Helse Nord-Trøndelag HF skal påse at pasienter og pårørende som har behov for opplæring får et godt tilbud om dette.	JA	Helse Nord-Trøndelag tilbyr opplæring til pasienter og pårørende gjennom diagnosespesifikke gruppeopplæring og opplæringstilbud på tvers av diagnoser. Pasienter og pårørende som har behov for opplæring skal få et kvalitativt godt tilbud om dette. Hvert år blir det utarbeidet en plan som viser hvilke tilbud Helse Nord-Trøndelag har innen opplæring av pasienter og pårørende. Lærings- og mestringssenteret skal være en ressurs og støtte for pasient- og pårørendeopplæring i de kliniske avdelingene. 2.tertial Lærings- og mestringssenteret skal være en helsepedagogisk og organisatorisk ressurs for de kliniske avdelingene med ansvar for opplæring av pasienter og pårørende. Dette i følge Handlingsplan for opplæring av pasienter og pårørende i Helse Midt-Norge (2012-2016)

7.8.2	Opplæring av pasienter og pårørende	Ny Handlingsplan for Opplæring av pasienter og pårørende blir ferdigstilt i 2012. Helse Nord-Trøndelag HF skal følge opp denne.	Igang satt	Handlingsplan for opplæring av pasienter og pårørende 2012 – 2016 er utarbeidet av regionalt fagnettverk for opplæring av pasienter og pårørende. Handlingsplanen er våren 2012 på høring i RHF-et, ved godkjenning implementerts handlingsplan for opplæring av pasienter og pårørende i Helse Nord-Trøndelag HF høsten 2012. 2.tertial 2012: Handlingsplan for opplæring av pasienter og pårørende Helse Midt-Norge 2012 – 2016, ble behandlet i ledergruppen for Helse Midt – Norge RHF 08.05.12 og implementeres i Helse Nord-Trøndelag høsten 2012.
7.8.3	Opplæring av pasienter og pårørende	Integrere opplæring av pasienter og pårørende i utarbeiding og gjennomføring av standardiserte pasientforløp.	JA	7.8.3 Pasient- og pårørendeopplæring skal være en naturlig del av pasientforløpene både i og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. I følge handlingsplan for opplæring av pasienter og pårørende skal Lærings- og mestringssenteret bistå prosessveilederne i arbeidet med utvikling av standardiserte pasientforløp, samt implementere overordnet retningslinje for pasient- og pårørendeopplæring i standardiserte pasientforløp. Overordnet retningslinje er utarbeidet av regionalt fagnettverk for opplæring av pasienter og pårørende, retningslinjen i EQS. Lærings- og mestringssenteret benytter 40 % stilling til denne oppgaven våren 2012. 2.tertial 2012: Lærings- og mestringssenteret benytter høsten 2012 40 % stilling til implementering av overordnet retningslinje for opplæring av pasient- og pårørendeopplæring i standardiserte pasientforløp. Lærings- og mestringssenteret inviterer seg inn på møter/arenaer for å informere og skape en dialog med klinikkledere, avdelingsledere og
7.8.4	Opplæring av pasienter og pårørende	Evaluerer opplæringstiltak ved bruk av spørreskjema Patient Activation Measure (PAM)	JA	Evaluerer av pasient og pårørendeopplæring ved bruk av spørreskjemaet Patient Activation Measure (PAM) på norsk kalt pasientaktiveringsmål er implementert elektronisk i foretaket. 2.tertial 2012: 7.8.4 Lærings- og mestringssenteret bistår med videreføring og tilrettelegging for bruk av PAM som evalueringsverktøy i opplæring av pasienter og pårørende i Helse Nord-Trøndelag og rehabiliteringsinstitusjonen Kastvollen høsten 2012.

7.8.5	Opplæring av pasienter og pårørende	Styrke forskning innen opplæring av pasienter og pårørende	Igang satt	7.8.5 Styrke forskning innen pasient- og pårørendeopplæring. Fra 2006 og frem til i dag har det blitt samlet inn data gjennom bruk av evalueringsverktøyet Pasient Activation Measure (PAM). Verktøyet måler kunnskap, ferdigheter og evne til å mestre egen helse og helsetjenestebruk, før og etter gruppeopplæring. Bidra til å styrke forskning innen fagområdet ved å informere helsepersonell og andre interesserte om tilgjengelig data som kan benyttes til forskning på fagområde pasient og pårørendeopplæring. Styrke interessen for forskning ved å samarbeid med regional forskergruppe innen pasientopplæring og brukermedvirkning ved Institutt for samfunnsmedisin (ISM), NTNU. 7.8.5 Integrere tilgjengelig forskningskunnskap på tema pasient og pårørendeopplæring/helsepedagogikk i møte med helsepersonell som driver pasient og pårørendeopplæring. Dette skjer gjennom fagmøter og fagdager i helsepedagogikk høsten 2012.
7.8.6	Opplæring av pasienter og pårørende	Arrangere kurs i helsepedagogikk for ansatte i spesialisthelsetjenesten og kommuner.	JA	7.8.6 Helsepedagogikk er bruk av pedagogiske virkemidler i helsetjenesten for å fremme læring, mestring og helse. Helsepersonell med ansvar for opplæring av pasienter og pårørende, skal ha kompetanse i helsepedagogikk. Lærings- og mestringssenteret skal være en pedagogisk ressurs i foretaket og arrangerer tre nettverksmøter i halvåret for helsepersonell som har ansvar for pasient- og pårørendeopplæring ved Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger, med ulike tema i helsepedagogikk. Samarbeider med Indre Namdal samkommune om å arrangere et tredagers kurs i helsepedagogikk for ansatte i helse- og sosialtjenesten i kommuneregionen. 2.tertial 2012: Arrangerer et tre dagers kurs i helsepedagogikk for helse/sosialfaglig personell i Indre Namdal Samkommune oktober 2012. Kurset arrangeres i samarbeid med Indre Namdal Samkommune, Fylkesmannen Nord-Trøndelag og Helse Nord-Trøndelag v/Lærings- og mestringssenteret.
7.9.1	Behandling av sykelig overvekt	Helse Nord-Trøndelag skal videreutvikle tverrfaglig overvektspoliklinikk, samhandling med kommunene og standardisert pasientforløp for behandling av sykelig overvekt.	JA	Vi er i gang med samarbeidsprosjekt regionalt, via prosjekt til Bård Kulseng.
8.1	Utdanning av helsepersonell	Helse Nord-Trøndelag HF skal i henhold til Strategi 2020 videreutvikle planer og gjennomføre kompetansetiltak innen: a) praksisopplæring i samarbeid med universitet-/høgskole-sektor og aktuelle kommuner er ivarettatt og utviklet, b) etter- og videreutdanning av helsepersonell i helseforetaket som bidrar til å løse sektorens utfordringer, c) dobbelkompetanseutdanning i psykologi er videreført ved at kliniske stillinger er tilgjengelig i helseforetaket i samarbeid med universitetene.	Igang satt	A) Ja iverksatt. B) Ja under arbeid. C) Under planlegging.
8.2	Utdanning av helsepersonell	Foretakene skal bidra til å oppnå målsettingene med overtakelse av ambulansedriften gjennom økt opptak av ambulanselæringer høsten 2012. Ansvaret for oppfølging av lærlingene overtas av Ambulans Midt-Norge HF gjennom virksomhetsoverføring fra 1.1.2013.	JA	Vi har tatt inn 10 lærlinger til høsten, mot normalt 6. Disse starter 1. september.
8.3.	Utdanning av helsepersonell	Helse Nord-Trøndelag øker opptaket av ambulanselæringer til 10.	JA	Tatt inn 10 lærlinger til høsten 2012 mot normalt 6.
8.4	Utdanning av helsepersonell	Helse Nord-Trøndelag skal identifisere, risikovurdere og ev iverksette tiltak mot sårbare fagmiljø; ref regionale analyser. Det skal være et særskilt fokus på onkologi og patologi.	JA	Prosess for kartlegging av og vurdering av sårbare miljø, er iverksatt og klinikkledere og avdelingsoverleger blir ansvarliggjort i fht gjennomgangen. I tillegg vil annet personell dras inn etter behov. ROS- vurderinger av noen av fagmiljøene en finner særlig sårbare vil bli gjennomført.

8.5	Utdanning av helsepersonell	Helsefagarbeidere og læreplasser: a) kartlegge og begrunne fremtidige behov for helsefagarbeidere basert på endret oppgavedeling mellom sykepleiere og helsefagarbeidere i eget foretak, jf Strategi 2020 regional handlingsplan HR, b) i samarbeid med RHF, kommuner og utdanningsinstitusjoner etablere tiltak for å stimulere rekrettering til helsefagarbeiderutdanningene og hindre frafall i læreperioden, c) øke antall læreplasser i eget foretak for elever i videregående opplæring.	Igangsett	a) Nei, under arbeid. Vi mangler konkret kartlegging av dagens tall og vurdering av konkrete tall for fremtiden. Kartlegging av dagens tall er gjort. HNT planlegger work shop i samarbeid med HMN og de øvrige foretakene samt utdanningsinstitusjonene for å få fortgang i dette arbeidet. b) Ja, deltar i etablert samarbeid med OKS som har ansvar for alle kommunene nord for Steinkjer og bruker ressurser på å veilede og følge opp de helsefagarbeiderlærerne som er i praksis i foretaket. c) For elever under videregående opplæring er det en samarbeidsavtale mellom fylket og HNT, om praktiske ordninger rundt bruk av læreplasser (praksisplasser for elever i vdg.skole. Ledig kapasitet i HNT. Det er ledige plasser i foretaket. Den modellen som HNT har for helsefagarbeiderlæringer i praksis lik St.Olavs modell, med unntak av lengde på perioden, og kommunene har så langt ikke vurdert det som ønskelig å gi flere fri fra kommunal praksis for å få sykehuspraksis inn i opplæringen.
9.1	Forskning og innovasjon	Helse Nord-Trøndelag HF har styrket og videreutviklet egen infrastruktur for kliniske multisenterstudier gjennom NorCRIN.	NEI	Dette er foreløpig ikke aktuelt i Helse Nord-Trøndelag
9.2	Forskning og innovasjon	Helse Nord-Trøndelag HF har styrket egen infrastruktur og forskning på biobanker gjennom deltakelse i Biobank Norge.	NEI	Dette er foreløpig ikke aktuelt i Helse Nord-Trøndelag
9.3	Forskning og innovasjon	Helse Nord-Trøndelag HF har etablert mer effektive systemer for kvalitetssikring av grunnlagsdata for måling av ressursbruk til forskning i helseforetakene og rapportert i tråd med nye tidsfrister, jf vedlegg 3 til styringsdokument 2012 for Helse Nord-Trøndelag HF	JA	I HNT er det et systematisk og tverrfaglig samarbeid knyttet til innhenting og rapportering av data i forbindelse med kartleggingen av ressursbruk til forskning og utvikling. HNT har rapportert 2011-data innen fristen til NIFU.
9.4	Forskning og innovasjon	Helse Nord-Trøndelag har utarbeidet rutiner som sikrer at pasienter får informasjon om at humant biologisk materiale i visse tilfeller kan benyttes til forskning og informasjon om retten til å reservere seg.	Igangsett	Arbeidet med å utarbeide slike rutiner er igangsatt
9.5	Forskning og innovasjon	Minst 40 % av publikasjonene fra 2012 i Helse Nord-Trøndelag HF har internasjonalt forskningssamarbeid (en eller flere utenlandske medforfattere).	Igangsett	På nåværende tidspunkt er det ikke mulig å gi et godt svar på dette, ettersom full oversikt vil være klar i løpet av 1. tertial 2013. Erfaringer fra 2011 års artikkelproduksjon i Helse Nord-Trøndelag HF, viser at 41% av artiklene (60 stk) hadde internasjonale medforfattere. Sannsynligheten for at det målet også skal oppnås i 2012 anses derfor stor. Ved behandling av søknader om tildeling av forskningsmidler i Helse Nord-Trøndelag HF er en av kvalitetsindikatorerne for tildeling av midler internasjonalt forskningssamarbeid.
9.6	Forskning og innovasjon	Minst 20 % av artiklene fra 2012 i Helse Nord-Trøndelag HF er på nivå 2/2a (publisert i tidsskrifter vurdert å ha høy kvalitet og relevans).	Igangsett	På nåværende tidspunkt er det ikke mulig å gi et godt svar på dette, ettersom full oversikt vil være klar i løpet av 1. tertial 2013. Erfaringer fra 2011 års artikkelproduksjon i Helse Nord-Trøndelag HF, viser at 25% av artiklene (60 stk) var på nivå 2. Sannsynligheten for at det målet også skal oppnås i 2012 anses derfor stor.
FP 4.2.1	Overordnede føringer 2012	Foretaksmøte presiserte at Helse Nord-Trøndelag HF må sikre realistisk budsjettering i hele foretaket både for de enkelte inntekts- og kostnadsposter og i periodiseringen av årsbudsjettene. God kvalitet i budsjetteringen er en forutsetning for nødvendig styring og kontroll med virksomheten i helseforetaket.	JA	Det legges mye arbeid i å etablere et budsjett og en driftsplan som er realistisk og i samsvar med fastsatte mål. For de fleste klinikker og for foretaket som helhet har budsjettet en kvalitet som sikrer god styring og kontroll med virksomheten. For et par klinikker har arbeidet med budsjett og driftsplaner vært mangelfullt. Her er det satt inn tiltak for å bedre kvaliteten. Pr. 2. tertial: Tidligere gitte kommentarer gjelder fortsatt.

FP 4.2.2	Overordnede føringer 2012	Helse Nord-Trøndelag HF skal rapportere til Helse Midt-Norge RHF iht opplegget som er etablert i oppfølgingssystemet ØBAK.	JA	Vi rapporter i forhold til gjeldende retningslinjer.
FP 4.3.1	Tildeling av midler	Foretaksmøte ba om at Helse Nord-Trøndelag HF legger prinsipper og føringer i Helsedirektoratets "Veileder for tidligfaseplanlegging i sykehusprosjekter" til grunn i planprosesser. Revidert veileder legge bl.a. til grunn at investeringsprosjekter skal forankres i de regionale helseforetakenes overordnede strategiplaner og i helseforetakenes utviklingsplaner.	JA	Veileder legges til grunn ved prosjektgjennomføring i henhold til reglement for bygg- og eiendomsvirksomheten
FP 4.3.2	Tildeling av midler	Foretaksmøte ba om at Helse Nord-Trøndelag HF som en del av økonomisk langtidsplan, inkluderer plan for forbedring av minimumstilstand for bygg. Det skal rapporteres om status for arbeidet innen 1. august 2012.	Igangsatt	Kartlegging av bygg og teknisk tilstand er avsluttet før påske, Multiconsult AS utarbeider oversikt behov for vedlikehold og kostnadmessig konsekvens. Rapporto foreligger i juni.
FP 5.1.1	Samhandlingsreformen	Foretaksmøtet ba om at Helse Nord-Trøndelag HF bidrar til at samhandlingsavtalene med kommunene dimensjoneres slik at befolkningens behov for gode og helhetlige helse- og omsorgstjenester ivaretas og at avtalene i tilstrekkelig grad omfatter samarbeid om forebyggende tiltak og gjensidig kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling.	JA	Forebyggende tiltak, kunnskapsoverføring og informasjonsutveksling er tjenesteavtaler det nå forhandles om og som skal være fremforhandlet i god tid før 01072012. Framdrift er som den må være i forhold til oppdragsgiver (HOD)
FP 5.1.2	Samhandlingsreformen	Foretaksmøte ba om at Helse Nord-Trøndelag HF sørger for at helseinstitusjoner som de eier, eller som mottar tilskudd til sin virksomhet fra Helse Nord-Trøndelag HF, bidrar til å fremme folkehelsen og forebygge sykdom og skade iht nye bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a og følger opp den lovpålagte veiledningsplikten overfor kommunene, jf. § 6-3 i spesialisthelsetjenesteloven.	Igangsatt	HNT arbeider med å få landet tjenesteavtalen innenfor helsefremmende/forebyggende virksomhet. Denne avtalen følger ordinær fremdrift og skal foreligge innen 01072012. HNT arbeider ellers i "Nettverk for helsefremmende/forebyggende arbeid" og planlegger Folkehelsekonferansen september 2012. Det arbeides forøvrig aktivt med tobakksforebygging og med ernæringsutfordringer.
FP 5.1.3	Samhandlingsreformen	Foretaksmøte ba om at Helse Nord-Trøndelag HF bidrar til styrke samhandlingen og stimulere til etablering av tilbud i kommunene, herunder døgntilbud for øyeblikkelig hjelp, i tråd med føringene i styringsdokumentet og i henhold til regelverket for tilskuddsordningen	Igangsatt	HNT følger samme tempoplan som staten har skissert. Også denne tjenesteavtale skal foreligge innen 01072012. Det er ellers påbegynt særavtalearbeid med en av kommuneregionene. Dette vil utvikle seg løpende.
FP 5.1.4	Samhandlingsreformen	Foretaksmøte ba om at Helse Nord-Trøndelag HF tilpasser tilbudet i forhold til etableringen av nye tilbud i kommunene.	Igangsatt	Helse Nord-Trøndelag vurderer egen kapasitet kontinuerlig ift befolkningens behov.
FP 5.1.5	Samhandlingsreformen	Foretaksmøte ba om at Helse Nord-Trøndelag HF bidrar til samhandling og tilrettelegging av tjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i kommunene, slik at disse områdene ikke nedprioriteres.	Igangsatt	HNT har flere store samhandlingsprosjekt med kommuner i alle regioner Samhandlingen fungerer og klinikken har ikke merket konsekvenser av større fokus på somatikk
FP 5.1.6	Samhandlingsreformen	Foretaksmøte ba om at Helse Nord-Trøndelag HF rapporterer på status samhandlingsreformen i dialogmøtene første gang i april 2012 og deretter i august/september. Rapporteringen skal omfatte både tjenestetilbudet, kompetanse og økonomi. Det vil kunne komme endringer i ØBAK som følge av dette.	NEI	Vi rapporterer i forhold til gjeldende krav og føringer fra Helse Midt-Norge.
FP 5.2.1	Kvalitetsforbedring	Foretaksmøte forutsatte at styret har en samlet gjennomgang av tilstanden i Helse Nord-Trøndelag HF minimum én gang per år med hensyn til risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik.	NEI	Det vil bli foretatt en samlet gjennomgang av tilstanden i Helse Nord-Trøndelag HF med hensyn til risikovurdering, oppfølging av internkontrollen og tiltak for å følge opp avvik
FP 5.2.2	Kvalitetsforbedring	Foretaksmøte forutsatte at det ved omstilling av virksomheten, herunder ved innføring av ny teknologi og organisasjonsendringer, gjennomføres risikovurderinger. Disse skal dokumentere hvilke konsekvenser tiltaket vil ha, også for andre deler av virksomheten og det samlede tjenestetilbudet for pasientene. Der det foreligger risiko for uønskede hendelser skal det etableres særlige overvåkningsrutiner og forebyggende tiltak for å redusere risiko.	Igangsatt	Viktigheten av risikovurdering påpekes. Det er en stor økning i etterspørsel av risikovurderinger, fra 2 - 3 pr år, til 13 i år.
FP 5.2.3	Kvalitetsforbedring	Foretaksmøte forutsatte at Helse Nord-Trøndelag har en systematisk oppfølging av rapporter fra ulike tilsynsmyndigheter og internrevisjonen i Helse Midt-Norge, for å sikre at tiltak iverksettes og at organisasjonen kontinuerlig lærer av gjennomførte tilsyn.	JA	HNT HF har Kvalitetsutvalg og arbeidsutvalg for Kvalitetsutvalget. Dette sikrer systematisk oppfølging av tilsynsrapporter for læring i organisasjonen.

FP 5.2.4	Kvalitetsforbedring	Foretaksmøte forutsatte at forespørsler fra Statens helsetilsyn og andre tilsynsmyndigheter følges opp og besvares innenfor de fristene som er satt.	JA	Dette er et sevsagt krav, som blir fulgt opp i tråd med med god saksbehandling. I de få tilfeller der en ser at frist ikke er mulig å overholde, blir tilsynsmyndighet kontaktet og det blir søkt om forlengelse av frist.
FP 5.2.5	Kvalitetsforbedring	Helse Nord-Trøndelag HF må sikre at de har metoder for å teste og overvåke eventuelle svikt i det pasientadministrative arbeidet slik at tiltak iverksettes raskt.	JA	Det er etablert plan i EQS for taktisk kriseledelse i Helse Nord-Trøndelag for håndtering av denne typen hendelse.
FP 5.2.6	Kvalitetsforbedring	Helse Nord-Trøndelag HF må følge opp arbeidet med kvalitetssikring av pasientadministrative rutiner med hensyn til organisasjons- og kompetanseutvikling.	NEI	PAS-koordinator og EPJ-rådgivere har høyt fokus på prosedyrer for ivestsetting og oppfølging av pasientadministrative rutiner, men foretaket har en betydelig underdekning på kapasitet på rådgivning innenfor EPJ-systemene og som fører til at vi har for dårlig måloppnåelse i forholdet til å lære ansatte i mer optimal bruk av våre EPJ-systemer
FP 5.3.1	IKT-strategi og E-helse	Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i utarbeidelsen av HMN's IKT-strategi. For å sikre at strategien bygger på tverrrfaglighet og reflekterer hvilke IKT-utfordringer det er viktigst å løse for å understøtte de gode pasientforløp, skal Helse Nord-Trøndelag HF stille med bred kompetanse som jobber nært pasientene, samt fra stab og støtte.	JA	Helse Midt-Norge har vært i foretaket og orientert om arbeidet med å få på plass en IKT-strategi som en del av Strategi 2020. HNT har utpekt en kliniker samt ass.dir. som deltakere i prosjektgruppen for utarbeidelsen av den regionale IKT-strategien og handlingsplanen. Forståelsen av viktigheten i dette arbeidet er god forankret hos ledelsen i foretaket og det er lagt stor vekt i å involvere kliniker i den prosessen som pågår rundt dette arbeidet.
FP 5.3.2	IKT-strategi og E-helse	Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag HF legge til rette for implementering av helseinformasjonssikkerhetsforskriften	Igangsatt	Informasjonssikkerhetsansvarlig og IT-sikkerhetsansvarlig i HNT er involvert i arbeidet gjennom RIF (Rådet for informasjonssikkerhet i HMN). Plane er at dette skal være ferdigstilt innen fristen som er 1. januar 2013.
FP 5.3.3	IKT-strategi og E-helse	Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag HF tilrettelegge for utbredelse av elektronisk resept	NEI	Får ikke levert løsning før i 2014. I følge møte i regional styringgruppe for Samhandling den 26.04.12, har HMN bedt om utsettelse. Dette vil bli rapportert gjennom Nasjonalt IKT og i styringsdokumentet til HMN. Avventer derfor leveranser fra det regional prosjektet.
FP 5.3.4	IKT-strategi og E-helse	Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag HF følge opp de nasjonale tiltakene for elektronisk meldingsutveksling. Helse Nord-Trøndelag HF skal i løpet av 2012 ha forberedt mottak av elektroniske henvisninger fra primærhelsetjensten.	Igangsatt	Gjennom det lokal prosjektet for innføring av meldingsløftet i Helse Nord-Trøndelag, mottar en i dag elektroniske henvisninger fra et vist antall primærleger. Det er tilrettelagt for mottak og oppfølging av e-henvisninger ute i klinikkene, men foreløpig kun for legekantor som i dag benytter WinMed.
FP 5.3.5	IKT-strategi og E-helse	Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag HF bidra i arbeidet med å utvikle en standard for elektronisk henvisning med vedlegg mellom helseforetakene og pilotere denne.	Igangsatt	Det lokale prosjektet for implementering av meldingsløftet jobber med å å pilotere en standard for elektronisk henvisning med vedlegg mellom helseforetakene og utvalgte primærleger. Foreløpig benyttes denne kun mot primærlegekantor med WinMed-løsningen.
FP 5.3.6	IKT-strategi og E-helse	Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag HF bidra til å få på plass et system for elektronisk understøttelse av innføringen av melding etter spesialisthelsetjensteloven § 3-3	Igangsatt	Avventer leveranser fra Helse Midt-Norge på elektronisk tilrettelagt rapportering av 3-3-medlinger innen 1. juli 2012 som er fristen for å kunne rapportere elektronisk til kunnskapsforlaget.

FP 5.4.1.1	Bemanning, kompetanse	Det vil bli etablert et regionalt prosjekt knyttet til kompetanseledelse i 2012. Dette skal beskrive ansvar, roller og arbeidsprosesser knyttet til kompetanseplanlegging - og utvikling. Det skal utprøves systemstøtte for prosesen. Som en del av dette arbeidet vil det etableres en Læringsportal. Det forutsettes at foretaket bidrar aktivt i dette prosjektet og at Læringsportalen tas i bruk.	Igangsatt	HNT deltar aktivt i prosjektet e-læring, men vi er avhengig av flere regionale samarbeidspartnere. Planlagt pilot til høsten. Arbeidet med kompetanseportal ledes av RHF, med HNT som deltaker og pilot i arbeid med å utvikle en kompetanseportal. Portalen vil bli et verktøy for bedre å kvalitetssikre arbeidet med individuell og generell kompetanseplanlegging. Arbeidet med utvikling av e-læringsportal er fortsatt i gang. Planlagt utrulling januar 2012.
FP 5.4.1.2	Bemanning, kompetanse	Foretaket skal aktivt stimulere til utveksling av personell med kommuner og utdanningsinstitusjoner	Igangsatt	Avventer endelig resultat av tjenesteavtale 6 og 7 i Samarbeidsavtalene.
FP 5.4.2.1	Bemanning, ressursstyring	Helse Nord-Trøndelag skal fullføre og videreutvikle arbeidet med aktivtstyrt bemanningsplanlegging (kalenderplan)	JA	Er under kontinuerlig oppfølging både på foretaks, sykehusvis og avdelingsnivå.
FP 5.4.2.2	Bemanning, ressursstyring	Helse Nord-Trøndelag skal etablere og følge opp periodiserte mål for bemanningsutvikling, sykefraværesutvikling og heltidsandel	Igangsatt	Følges opp fortløpende via månedlige AD-rapporter.
FP 5.4.2.3	Bemanning, ressursstyring	Helse Nord-Trøndelag skal sikre at faste heltidsstillinger er hovedregel og at bruken av midlertidige stillinger og deltidsstillinger begrenses.	Igangsatt	Det er en uttrykt felles oppfatning i HNT - stadfestet i foretaksledelsen våren 2011, om at arbeid i HNT skal tilstrebes organisert slik at det kan dekkes med heltidstilsetninger. HNT har nedsatt en egen arbeidsgruppe for reduksjon av deltid som ledes av personalsjefen. Alle tiltak som innebærer endring av dagens praksis for organisering av arbeidet skal godkjennes av denne arbeidsgruppa før iverksetting, og skal gjelde over tid (minst et år) slik at tilstrekkelig evaluering kan gjøres. Ansatte som gis helstilling i denne forbindelse skal få økningen som midlertidig med mulighet for fast etter prosjektet er terminert og besluttet implementert. Det er også gjort en avtale med foretakstillitsvalgte om unntak i fra tilsettingsprosedyren for tilsetninger klinikkleder kan gjøre av fast ansatte i deltidsstilling som kan tilbys hel stilling. Avtalen gjelder ut 2012. Foretaksledelsen vil behandle
FP 5.4.2.4	Bemanning, ressursstyring	Helse Nord-Trøndelag skal i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene arbeide for at permisjonspraksis ikke medfører unødvendige midlertidige tilsetninger.	JA	Dagens praksis i HNT ble innskjerpet i 2011 da en partssammensatt arbeidsgruppe utredet permisjonspraksis i HNT med formålet å hindre deltidsstillinger og midlertidige stillinger som følge av unødvendig innvilgelse av permisjoner. Rapporten og innskjerping av praksis er gjennomgått med ledere i alle klinikker vinteren 2011-2012.
FP 5.4.2.5	Bemanning, ressursstyring	Helse Nord-Trøndelag skal bidra til utviklingen av og implementering av systemer som gir oversikt over medarbeidere i deltidsstilling som ønsker høyere stillingsandel	Igangsatt	Etter kartleggingsundersøkelsen av deltid i HNT i mai 2011 er det avdelingslederens ansvar å holde ajour oversikt over hvilke deltidsansatte en til en hver tid har i avdelingen og hvem som har ufrivillig deltid. Utfordringen er å holde oversiktene ajour og kunne aggregere informasjonen på klinikk og HNT-nivå. Et elektronisk registreringssystem knyttet til RS og egenregistrering i MAP er bestilt av HMN, og forventes levert senest i oktober med implementering i november 2012

FP 5.4.2.6	Bemanning, ressursstyring	Helse Nord-Trøndelag skal i samarbeid med arbeidstakerorganisasjonene finne prosjekter eller gode tiltak som kan bidra til å øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og gi flere heltidsstillinger. Det vises blant annet til avtalen mellom Fagforbundet og Spekter om å arbeide sammen for flere heltidsstillinger.	NEI	Jf pkt 5.4.2.3 HNT har nedsatt en egen arbeidsgruppe for reduksjon av deltid. Arbeidsgruppen er partssammensatt. Arbeidsgruppen skal fremme en sak til behandling av foretaksledelsens møte 25.09.12. Saken skal tydeliggjøre status, problemstillingene knyttet til reduksjon deltid, og hvilke tiltak som bør videreføres eller tas i bruk for å få økt effekt opp mot kravet om 20 % reduksjon av antallet fast ansatte med deltid i forhold til deltidsprosenten desember 2010.
FP 5.4.2.7	Bemanning, ressursstyring	Helse Nord-Trøndelag skal følge opp arbeidet med å etablere faste tilsetningsforhold for leger i spesialisering i samråd med Spekter og RHF	Igangsatt	Følges opp i nært samarbeid med HMN og arbeidsgiverforeningen Spekter.
FP 5.4.3.1	Bemanning, arbeidsmiljø	Helse Nord-Trøndelag skal implementere og rapportere på nasjonale HMS-indikatorer	Igangsatt	Når Ressursstyringssystemet er ferdig oppdater vil HNT følge rapporteringen det legges opp til via HMN. HNT v/Personalavdelingen har månedlige temadager hvor alle linjeledere inviteres. På disse temadagene har HNT startet opplæring i hvorfor dette er et fokusområde, hvordan det blir lagt opp til registrering og videre rapportering.
FP 5.4.3.2	Bemanning, arbeidsmiljø	Helse Nord-Trøndelag skal bidra til å utvikle og implementere et system for registrering og oppfølging av personskader	JA	HNT har gjennom sitt avvikssystem sikret oppfølging av personskader.
FP 5.4.3.3	Bemanning, arbeidsmiljø	Helse Nord-Trøndelag skal bidra til evaluering og ev planlegging av en ny regional arbeidsmiljøundersøkelse	JA	HNT var aktivt med i gjennomføringen av forrige AMUS, og de ulike seksjonene og avdelingene i HNT arbeider med sine tiltaksplaner etter Amus 2011. Status pr 1.1.2012 viste at de aller fleste seksjonene har fått rapport, hadde utarbeidet handlingsplaner og arbeidet med tiltakene sine. HNT's organisasjon av veiledere etter forrige AMUS er intakt og kan bidra i en evaluering og planlegging av en ny regional arbeidsmiljøundersøkelse.
FP 5.4.3.4	Bemanning, arbeidsmiljø	Helse Nord-Trøndelag skal bidra til å utvikle felles overordnet handlingsplan for HMS og implementere denne i foretaket.	Igangsatt	Følges opp i nært samarbeid med Personalsjefnettverket i HMN. Arbeidet er igangsatt, men ikke slutført.
FP 5.4.4.1	Ledelse	Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag om delta aktivt i utviklingen av en felles policy for lederrekruttering og sikre at denne implementeres og etterleves i foretaket.	Igangsatt	HMNs arbeid med felles policy for lederrekruttering vil være en del av den nasjonale lederplattfomen. Denne forventes behandlet i de regionale styrene i august 2012. Videre organisering av dette arbeidet er derfor ukjent. HNT planlegger å tydeliggjøre vår rekrutteringsstrategi gjennom et eget prosjekt. Rekrutteringsstrategien skal tydeliggjøre tilnærming og tiltak for å møte nåværende og framtidige utfordringer knyttet til kompetansebehov og kapasitet.

FP 5.4.4.2	Ledelse	Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag sikre gode systemer for utvikling av fremtidige ledere på ulike nivå	Igangsatt	HNT har en egen arbeidsgruppe som har ansvaret for gjennomføring og utvikling av Lederutviklingsprogrammet i HNT. Følgende rammer ble satt høsten 2011 for utvikling og gjennomføring av LUP i HNT: 1. LUP grunnmodul med fire samlinger fortsetter årlig/annet hvert år etter behov 2. Utvikle og gjennomføre en påbyggingsmodul for LUP i 2012 3. Få på plass en fast veilederordning for ledere. Modellen skal bygge på kollegaveidning. 4. Bistå klinikkene i klinikkvis lederutvikling. 1. juni 2012 skal HNT ha en gjennomgang med HiNT og Senter for ledelse om viderutvikling av dagens LUP i HNT. LUPs grunnmodul starter igjen i november 2012. HNT har planer om å bygge på egen LUP med en ny modul for alle ledere. Skisse for den nye modulen har vært ute på anbudsrunde, og tilbud er mottatt inne fristen 07.09.12. Forhandlinger med mulige leverandører skal være ferdige i september, og vi antar at modulen vil starte i 2013 og gå over fire år totalt. Den nye modulen vil ha økt fokus på utvikling av den enkelte leder og klinikkens ledergrupper. Foretaksledelsen deltar fortsatt på det regionale
FP 5.4.4.3	Ledelse	Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag at nasjonal lederplattform tas i bruk som verktøy for å rekruttere, følge opp og utvikle ledere	Igangsatt	Jf 5.4.4.1 Den nasjonale lederplattformen er under utarbeidelse. Den forventes behandlet i de regionale styrene i august 2012. Videre organisering av dette arbeidet er derfor ukjent. Jf 5.4.4.2 Følges fortløpende opp av samme arbeidgruppe.
FP 5.4.4.4	Ledelse	Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag sikre at de prioritert HR-områdene kompetanse, ressursstyring og arbeidsmiljø blir integrert i lokal lederutvikling	Igangsatt	Jf 5.4.4.2 Følges fortløpende opp av samme arbeidgruppe. HNT har også et pågående prosjekt som heter "Helse Nord-Trøndelag med en moderne HR-funksjon". Den første delen - et utrednings- og analyseprosjekt, ble ferdigstilt 20.04.12. Videre oppfølging blir nå i form av et lederstøtteprosjekt inn i Medisinsk klinikk på Sykehuset Levanger og Kirurgisk og Barn og familieklinnen (somatisk del) på Sykehuset Namsos. I tillegg skal det etableres et fast HR-utvalg for HNT, og stabsfunksjonene knyttet til HR skal gjennomgås med tydelig ansvarsfordeling internt i staben og mellom stab og klinikkene.
FP 5.5.1	Regjeringens eierskapspolitikk	Foretaksmøte forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF er kjent med kravene som følger av regjeringens eierskapspolitikk	JA	Er kjent med innholdet
FP 5.5.2	Regjeringens eierskapspolitikk	Foretaksmøte forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF er kjent med kravene til samfunnsansvar, særlig på områdene menneskerettigheter, arbeidstakerrettigheter, miljø/klima og arbeid mot korrupsjon	JA	Er kjent med innholdet
FP 5.5.3	Regjeringens eierskapspolitikk	Foretaksmøte forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF har retningslinjer og rutiner for å operasjonalisere og ivareta samfunnsansvaret både i strategisk og operasjonell virksomhetsstyring.	JA	Ligger implisitt i foreliggende oppdragsdokumenter
FP 5.5.4	Regjeringens eierskapspolitikk	Foretaksmøte forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF bidrar til moderasjon i lederlønningene og er kjent med og følger retningslinjene for ansettelsesvilkår for leder i statlige foretak og selskaper fastsatt 31. mars 2011	JA	Er kjent med retningslinjene

FP 5.7.1	Kvalitet i anskaffelsesprosessene	Foretaksmøte forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF følger opp evalueringen med tiltak for å styrke kvaliteten i offentlige anskaffelser av helsetjenster og anskaffelser generelt.	Igang satt	Første versjon av innkjøpshåndbok for HMN er laget, jobber med tilsvarende for HNT, mål første versjon ferdig medio 2012 2.tertial; I regi av HMN er det nå gjennomført en kartlegging i forbindelse med mål om sertifisering av oss innkjøpere. Planen er etter dette at det skal gjennomføres en kompetanseheving med mål om at alle innkjøperne skal bli sertifisert. Skal nå i høst vurdere om vi skal nytte innkjøpsportalen som Sykehuspartner og Hinas nytter, dette vil være med å gi bedre grunnlagsmateriale i konkurransesammenheng. Ephorte brukes som arkivsystem og i hovedsak nyttes Visma KGV som konkurranseverktøy. Første utkast til innkjøpshåndbok i HNT er forsinket, men grunnlaget ligger i innkjøpshåndboken for HMN. Deltar på seminarer for å få input på å forbedre vår innkjøps prosesser
FP 5.7.2	Kvalitet i anskaffelsesprosessene	Foretaksmøte forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF følger opp forhold som Riksrevisjonen har påpekt i sin undersøkelse av nasjonale rammeavtaler for leie av helsepersonell	JA	Oppdraget er tolkettill at innrapporteringen kun skal ha fokus på vår etterlevelse av de nasjonalt inngåtte rammeavtalene. HNT har de siste par årene jobbet mye med å øke kompetansen i organisasjonen både mht. håndteringen av anskaffelsesprosessen og innholdet i avtalene. Helseforetaket sender månedlig rapporter til RHFet med oversikt over hvilke firma som brukes ved vikarinnleie i HNT. Tallene for 2012 så langt viser at det er legespesialister som er innleid, og at det i hovedsak er benyttet vikarer fra avtaleleverandørene. Ca. 1/3 av innleien er imidlertid fra enkeltmannsforetak og leverandører utenfor rammeavtalene. Det er ikke gjort noen nærmere analyse av disse tallene, men det antas at hovedårsaken er at avtaleleverandørene er forespurrt, men ikke kan levere ønsket kompetanse.
FP 6.1.1.1	Rapportering til NPR (samhandlingsreformen)	Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag HF sørge for at nye koder tas i bruk og at rapportering er i tråd med spesifikasjon	Igang satt	Brev fra Helsedirektoratet 20.12.2011 ber om at registreringskvalitet på sentrale variable som er viktig for samhandlingsreformen etterleves (bl.a henvist fra/til, folkeregistrert kommune, utskrivningsklar dato etc.). Hemit og TietoEnator har satt i verk tiltak for riktig registrering og rapportering av aktuelle variable.
FP 6.1.1.2	Rapportering til NPR (samhandlingsreformen)	Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag HF legge til rette for registrering og rapportering på utskrivningsklare pasienter innen tværfaglig spesialisert rusbehandling	Igang satt	HNT skal rapportere, men problemstillingen er uaktuell.
FP 6.1.2.1	Rapportering til NPR (ventetider radiologi)	Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag HF i 2012 legge til rette for at offentlige poliklinikker kan rapportere ventetider radiologi til NPR fra 2013	JA	HNT har oversikt over ventetider og kan rapportere når rapporteringssystem til NPR er klart. Tiltak: Fokus på ventetider
FP 6.1.3.1	Rapportering til NPR (øvrige krav)	Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag HF sikre at sykehusene har rutiner for kvalitetssikring av data for rapportering til NPR	JA	Helse Nord-Trøndelag har gode rutiner for kvalitetssikring av rapportering til NPR både når det gjelder aktivitets-, venteliste- og kvalitetsrapportering innen både somatikk, psykiatri og rus.
FP 6.1.3.2	Rapportering til NPR (øvrige krav)	Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag HF sikre at det er mulig å identifisere behandlingssted i rapporterte data. Dette er nødvendig blant annet for å kunne presentere ventelistestatistikk og kvalitetsindikatorer på korrekt nivå	Igang satt	Felles problemstilling for alle foretakene i regionen. Tiltak er satt i verk av Hemit for å kunne rapportere på tilfredstillende måte.

FP 6.2.1	Bruk av IKT-funksjonalitet - medisinsk koding	Foretaksmøte ba Helse Nord-Trøndelag HF sørge for at rutiner, prosesser, opplæring og IKT-systemer bidrar til korrekt medisinsk koding i helseforetaket	Igang satt	Styresak 48/2011 presenterte handlingsplan med tiltak for å bedre medisinsk kodepraksis. Tiltakene er innenfor 4 hovedområder: 1. Styrings- og kontrollmiljø, 2. Målsettinger for medisinsk kodepraksis, 3. Tiltak for å ha styring og kontroll med medisinsk kodepraksis og 4. Oppfølging av medisinsk kodepraksis. Alle tiltak i handlingsplanen skal være gjennomført i løpet av 1. halvår 2012. Pr. 2. tertial: Etter omorganisering av kodesekretærer fra 1. sept, skal det gjennomføres møter med hver klinikk denne høsten der arbeidsmetodikk og forslag til nye rutiner fremlegges.
FP 6.3.1	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning	Foretaksmøte ba om at Helse Nord-Trøndelag HF i 2012 iverksetter tiltak som sikrer at alle får informasjon og veiledning om fritt sykehusvalg. Informasjonen om fritt sykehusvalg bør gis sammen med at pasienten får opplyst når de har timeavtale, slik at pasienten gis et grunnlag for å vurdere om det kan være hensiktsmessig å benytte fritt sykehusvalg	Igang satt	Informasjonsbrosjyrer og innkallingsbrev til pasient er gjennomgått og standardisert. De vil bli gjennomgått på ny for "å sikre at fritt sykehusvalg er tilstrekkelig understreket og kommunisert.
FP 6.4.1	Regnskapshåndbok	Foretaksmøte ba om at regnskapshåndboken legges til grunn for Helse Nord-Trøndelag HF regnskapsføring	Igang satt	HNT legger opp til å følge regnskapsloven, god regnskapsskikk og regionens regnskapshåndbok i foretakets økonomistyring og regnskapsføring. Vi er kjent med at det pågår et arbeid med å oppdatere regnskapshåndboken og vil implementere evt. endrede rutiner. Pr. 2. tertail: Oppdatert regnskapshåndbok for regionen er nå ferdig og distribuert til alle foretak. HNT vil basere sin regnskapsføring på disse oppdaterte rutinene.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 32/2012 IKT-strategi for Helse Midt-Norge

Saken behandles i:		Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF		18.10.12	32/2012
Saksbeh:	Mads Einar Berg		
Arkivkode:	012		
Saksmappe:	2012/6963		

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar del 1 av den regionale IKT – strategien til orientering.

SAKSUTREDNING:

Sak 32/2012 IKT-strategi for Helse Midt-Norge

BAKGRUNN

Gjennomføring av IKT-strategiprojektet er vedtatt i styret i Helse Midt-Norge RHF (Sak 36/12, mai 2012). Strategiarbeidet bygger på **Strategi 2020**, som er vedtatt som hovedretning på arbeidet med utvikling av spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge.

Moderne informasjonsteknologi må støtte opp under målene som beskrives i Nasjonal Helse- og omsorgsplan 2011-2015:

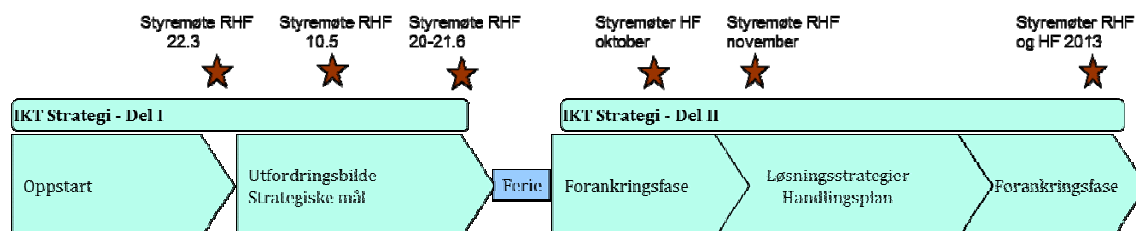
"IKT-systemer kan bidra til bedre behandling, mindre pasienttransport, bedre lokale helsetilbud, bedre utnyttelse av ressurser og styrking av pasient- og brukerrollen."

Endringer i medisinsk kunnskap, ny teknologi og nye behandlingsmetoder stiller nye krav til organisering av helsetjenesten:

"Ved innføring av ny teknologi utgjør selve teknologien bare cirka 20 prosent av de endringene som blir satt i verk. Det øvrige dreier seg om arbeidsformer og organisering".

Regjeringen vil, i løpet av 2012, fremme en stortingsmelding om elektronisk samhandling i helse og omsorgssektoren. Viktige temaer i meldingen vil være elektronisk meldingsutveksling, tilgjengelighet til pasientopplysninger, netjtjenester til pasient og bruker og kunnskapsstøtte til helsepersonell.

Første del, vedlagte dokument *IKT-strategi Helse Midt-Norge Del I, Målsetninger*, beskriver utfordringsbildet og målsetninger. Andre del, *IKT Handlingsplan 2013-2016*, vil utarbeides i neste fase og gi føringer for Helse Midt-Norges langtidsbudsjett. Handlingsplanen vil deretter rulleres. Det utarbeides en egen kommunikasjonsplan.



Formålet med IKT strategien er å formulere de strategiske målene for IKT som gjør at Helse Midt-Norge skal ta i bruk IKT-løsninger som bidrar til effektiv drift og forbedret produktivitet i helseforetaksgruppen. IKT-løsningene skal muliggjøre realisering av Strategi 2020, og sikre god samhandling internt og med andre ledd i helsetjenesten. IKT strategien skal sikre håndtering av tiltak på kort og lang sikt, både i kjernevirksomhet og staber.

Strategiske hovedmål

For å møte utfordringene beskrevet i strategien, er det nødvendig med nye veivalg, nye prioriteringer av teknologivalg, samt forbedring av måten vi organiserer, støtter og driver kjernevirksomheten.

Strategiarbeidet har derfor definert fem strategiske hovedmål for IKT som redskap for å støtte og gjennomføre nødvendige prioriteringer og endringer. Disse skal legges til grunn for de valg som skal gjøres framover:

- Standardisering
- Informasjonsdeling gjennom hele pasientforløp
- Journalsystemer i strukturert form og med aktiv beslutningsstøtte
- Bedre ressursutnyttelse og pasientlogistikk
- Bedre prioriterings- og gjennomføringsevne

Felles for de strategiske hovedmålene for IKT er at de skal bidra til å øke kvalitet i pasientbehandling, bedre pasientsikkerhet, gjøre systemene mer brukervennlige og dermed sette helsepersonell i stand til å utføre sine oppgaver på en bedre og mer effektiv måte.

Både utfordringsbildet, hovedområder og IKT støtte, og strategiske hovedmål er beskrevet i del I som nå legges fram for behandling i de lokale HF styrer i Helse Midt-Norge før vedtak i styret Helse Midt-Norge RHF. Hovedmål nr. 2 kan legge grunnlag for deling av systemer på tvers av organisatoriske grenser, og det bes om særlig oppmerksomhet på dette.

Det gjennomføres innspillsrunde iht. vedlagte liste samtidig med behandling i lokale styrer.

Det anbefales at HF styrer slutter seg til del I med eventuelle innspill og samtidig tar høyde for at en reell innspillsrunde kan gi behov for korreksjon/forbedringer i endelig styresak RHF i november.

Målsetningen om bedre prioriterings- og gjennomføringsevne vil medføre en endret organisering innenfor IKT-området. Hvis slik organisering medfører behov for styrebehandling vil administrerende direktør komme tilbake til dette i en senere styresak.

Mottagerliste innspillsrunde

Adressater for innspillsrunde	Kategori	epost-adresse	Utsendt
Fylkesmannen i Møre og Romsdal	FYLK	postmottak@fmmr.no	28.09.2012
Fylkesmannen i Nord-Trøndelag	FYLK	Postmottak@fmnt.no	28.09.2012
Fylkesmannen i Sør-Trøndelag	FYLK	postmottak@fmst.no	28.09.2012
NHO Trøndelag	INNSP	nho.trondelag@nho.no	28.09.2012
Norsk Helsenet	INNSP	post@nhn.no	28.09.2012
Pasientombudet i Møre og Romsdal	INNSP	mr@pasientogbrukerombudet.no	28.09.2012
Pasientombudet i Nord-Trøndelag	INNSP	nordtrondelag@pasientogbrukerombudet.no	28.09.2012
Pasientombudet i Sør-Trøndelag	INNSP	st@pasientogbrukerombudet.no	28.09.2012
Spekter	INNSP	post@spekter.no	28.09.2012
Høgskolen i Molde	INNSP UNIV	post@himolde.no	28.09.2012
Høgskolen i Nord-Trøndelag	INNSP UNIV	postmottak@hint.no	28.09.2012
Høgskolen i Sør-Trøndelag	INNSP UNIV	postmottak@hist.no	28.09.2012
Høgskolen i Volda	INNSP UNIV	postmottak@hivolda.no	28.09.2012
Høgskolen i Ålesund	INNSP UNIV	postmottak@hials.no	28.09.2012
NTNU, DMF	INNSP UNIV	dmf-post@medisin.ntnu.no	28.09.2012
NTNU, IME	INNSP UNIV	postmottak@ime.ntnu.no	28.09.2012
NTNU, NSEP	INNSP UNIV	arild.faxvaag@ntnu.no	28.09.2012
KS	KOMM	ks@ks.no	28.09.2012
KS Midt-Norge	KOMM	gunnar.bendixen@ks.no	28.09.2012
KS Møre og Romsdal	KOMM	alf.age.berg@ks.no	28.09.2012
KS Nord-Trøndelag	KOMM	einar.johan.jakobsen@ks.no	28.09.2012
KS Sør-Trøndelag	KOMM	ole-gunnar.kjosnes@ks.no	28.09.2012
Orkide	KOMM	steinar.holm@iktorkide.no	28.09.2012
ROR - Romsdal Regionråd	KOMM	postmottak@nesset.kommune.no	28.09.2012
Værnesregionen	KOMM	postmottak@varnesregionen.no	28.09.2012
Møre og Romsdal Fylkeskommune	KOMM FYLK	post@mrfylke.no	28.09.2012
Nord-Trøndelag Fylkeskommune	KOMM FYLK	postmottak@ntfk.no	28.09.2012
Sør-Trøndelag Fylkeskommune	KOMM FYLK	postmottak@stfk.no	28.09.2012
Aleris sykehus og medisinske senter	LEV	aleris.trondheim.ekspedisjon@aleris.no	28.09.2012
ARP Døgn HNT	LEV	postmottak@hnt.no	28.09.2012
Betania Malvik	LEV	firmapost@betaniamalvik.no	28.09.2012
Coperiosenteret	LEV	bedrift@coperio.no	28.09.2012
Curato Røntgen	LEV	trondheim@curato.no	28.09.2012
Fysikalsk Medisin 3T	LEV		
Fysmed-klinikken	LEV	sturla@fysmed.no	28.09.2012
Kastvollen Rehabiliteringssenter	LEV	post@kastvollen.no	28.09.2012
Klinikk Stokkan	LEV	post@teresstokkan.no	28.09.2012
Kristiansund og Omegn Vekst AS (Kom vekst)	LEV	ellen@komvekst.no	28.09.2012
Kristiansund Røntgeninstitutt	LEV	ekspedisjon@kirtg.no	28.09.2012
Lade Behandlingscenter	LEV	post@ladebs.no	28.09.2012
Medi 3	LEV	firmapost@medi3.no	28.09.2012
Meråker Sanitetforenings Kurbad	LEV	kari.anita.furunes@meraker-kurbad.no	28.09.2012
Muritunet, Senter for Mestring og rehabilitering	LEV	post@muritunet.no	28.09.2012
Namdal rehabilitering	LEV	post@namdalrehab.no	28.09.2012
NKS Kvamsgrindkollektiv	LEV	post@kvamsgrind.no	28.09.2012
Rosenborgklinikken	LEV	resepsjon@teresrosenborg.no	28.09.2012
Røros Rehabilitering	LEV	resepsjon@rorosrehab.no	28.09.2012
Selli Rehabiliteringssenter	LEV	post@sellino	28.09.2012
Sunnmøre MR-klinikk	LEV	sunnmøre@mr-klinikk.no	28.09.2012
Tyristiftelsen	LEV	hovringen@tyrili.no	28.09.2012
Unilabs Røntgen Trondheim	LEV	trondheim@unilabs.com	28.09.2012

Valdresklinikken	LEV	post@valdresklinikken.no	28.09.2012
Eget brev			Utsendt
<i>Helse Nord</i>		postmottak@helse-nord.no	02.10.2012
<i>Helse Sør-Øst</i>		postmottak@helse-sorost.no	02.10.2012
<i>Helse Vest</i>		helse@helse-vest.no	02.10.2012
<i>Helsedirektoratet</i>		postmottak@helsedir.no	02.10.2012
<i>HOD</i>		postmottak@hod.dep.no	02.10.2012
Eget brev			
<i>HF i regionen</i>			
<i>Helse Nord-Trøndelag</i>		postmottak@hnt.no	02.10.2012
<i>St. Olavs Hospital</i>		post.adm.dir@stolav.no	02.10.2012
<i>Helse Møre og Romsdal</i>		postmottak@helse-mr.no	02.10.2012
<i>Rusbehandling Midt-Norge</i>		postmottak@rus-midt.no	02.10.2012
<i>Sykehusapotekene i Midt-Norge</i>		postmottak@sykehusapoteket.no	02.10.2012
<i>Ambulanse Midt-Norge</i>		Hakon.Gammelseter@helse-midt.no	02.10.2012
<i>Hemit</i>		postmottak@hemit.no	02.10.2012
<i>Regionalt brukerutvalg</i>		Kjell Åge Nilsen kontaktperson	02.10.2012
<i>Tillitsvalgte (AU/KU)</i>		Hilde Kristin Beck kontaktperson	02.10.2012

IKT strategi Helse Midt-Norge

Del I, Målsetninger

Versjon: IKT strategi HMN_v90

Innhold

1	IKT-strategi i Helse Midt-Norge	3
1.1	Innledning	3
1.2	Bakgrunn og formål	3
1.3	Prosess og prosjektorganisering	4
2	Utfordringsbildet	6
2.1	Befolkningens sammensetning og behov endres	6
2.2	Tydeligere krav til dokumentert kvalitet	6
2.3	Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor	7
2.4	Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten	7
2.5	Mangelfull samhandling og kommunikasjon	7
2.6	Ikke god nok brukervennlighet	8
2.7	Aktiv klinisk beslutningsstøtte mangler	8
2.8	Ikke god nok styringsinformasjon for ledere	8
2.9	Mangelfull standardisering	9
2.10	Mangelfull prioriterings- og gjennomføringsevne	9
2.10.1	Helse Midt-Norge synes å mangle en tydelig og godt forankret styringsmodell innenfor området	9
2.10.2	Utfordringer knyttet til underleverandører	10
3	Strategiske hovedmål	12
3.1	Standardisering	12
3.2	Informasjonsdeling gjennom hele pasientforløp	13
3.3	Journalssystemer i strukturert form og med aktiv beslutningsstøtte	13
3.4	Bedre ressursutnyttelse og pasientlogistikk	14
3.5	Bedre prioriterings- og gjennomføringsevne	14
4	Hovedområder og IKT støtte	15
4.1	Pasientbehandling og pasientsikkerhet	15
4.2	Kliniske støttefunksjoner	15
4.3	Forskning og innovasjon	16
4.4	Utdanning	17
4.5	Samhandling	17
4.6	Kommunikasjon med pasienter og pårørende	18
4.7	Ledelse og styringsinformasjon	18
4.8	Administrative støttefunksjoner	19
4.9	Brukervennlighet og opplæring	19
4.10	Virksomhetsarkitektur	20
4.11	Teknologi og integrasjon	20
4.12	Målsetninger for organisering og styring av IKT virksomheten	21
5	Kort sikt	23
6	Vedlegg	24

1 IKT-strategi i Helse Midt-Norge

1.1 Innledning

Helse Midt-Norge RHF har vedtatt **Strategi 2020** som hovedretning på arbeidet med utvikling av spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge.

Moderne informasjonsteknologi må støtte opp under målene som beskrives i Nasjonal Helse- og omsorgsplan 2011-2015:

"IKT-systemer kan bidra til bedre behandling, mindre pasienttransport, bedre lokale helsetilbud, bedre utnyttelse av ressurser og styrking av pasient- og brukerrollen."

Endringer i medisinsk kunnskap, ny teknologi og nye behandlingsmetoder stiller nye krav til organisering av helsetjenesten:

"Ved innføring av ny teknologi utgjør selve teknologien bare cirka 20 prosent av de endringene som blir satt i verk. Det øvrige dreier seg om arbeidsformer og organisering".

Regjeringen vil, i løpet av 2012, fremme en stortingsmelding om elektronisk samhandling i helse og omsorgssektoren. Viktige temaer i meldingen vil være elektronisk meldingsutveksling, tilgjengelighet til pasientopplysninger, netjtjenester til pasient og bruker og kunnskapsstøtte til helsepersonell.

Første del (dette dokumentet) av Helse Midt-Norges IKT-strategi beskriver utfordringsbildet og målsetninger.

IKT Handlingsplan 2013-2016 vil utarbeides i neste fase og gi føringer for Helse Midt-Norges langtidsbudsjett. Handlingsplanen vil deretter rulleres.

Det skal utarbeides en egen kommunikasjonsplan.

1.2 Bakgrunn og formål

Helse Midt-Norges Strategi 2020 beskriver planlagt utvikling av Helse Midt-Norge for å møte fremtidens utfordringer. IKT vil være ett av flere viktige virkemidler for utvikling av helseforetaksgruppen:

- IKT vil kunne gi bedre støtte til kunnskapsbasert praksis når neste generasjons journalsystemer med strukturerte databaser og innebygget kvalitetssikring tas i bruk. Strukturerte journalsystemer vil legge bedre grunnlag for forskning og kunnskapsutvikling enn dagens journalsystemer som i hovedsak er tekstbasert.
- Automatisering ved hjelp av IKT innen ressursstyring og pasientbehandling vil bidra til å håndtere volumutfordringer når ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor.
- Forbedret samhandling mellom forvaltningsnivåene, samt effektivisering og kvalitetsutvikling i helseforetakene har frem til nå kun i begrenset grad vært basert på IKT som en muliggjør. I de kommende årene må slik effektivisering i større grad inkludere IKT, på samme måte som i næringslivet for øvrig, og IKT vil kunne legge grunnlaget for mer hensiktsmessig rapportering og ledelsesinformasjon.

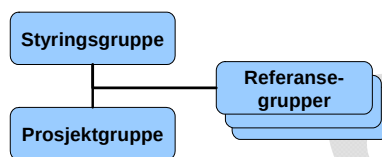
¹ Dorthe Kusk, sitert i NOU2011:11

Formålet med IKT strategien er å formulere de strategiske målene for IKT som gjør at Helse Midt-Norge skal ta i bruk IKT-løsninger som bidrar til effektiv drift og forbedret produktivitet i helseforetaksgruppen. IKT-løsningene skal muliggjøre realisering av Strategi 2020, og sikre god samhandling internt og med andre ledd i helsetjenesten. IKT strategien skal sikre håndtering av tiltak på kort og lang sikt, både i kjernevirksomhet og staber.

IKT-strategiprojektet er vedtatt i styret i Helse Midt-Norge RHF (Sak 36/12, mai 2012).

1.3 Prosess og prosjektorganisering

Prosjektet er organisert slik:



Styringsgruppen for prosjektet er koordineringsgruppen for Strategi 2020. Denne gruppen består av deler av RHF-ledelsen, direktører i Helseforetakene samt representanter fra hovedtillitsvalgte, konsernverneombud og regionalt brukerutvalg. Prosjekteier er Direktør for eierstyring i Helse Midt-Norge RHF, Torbjørg Vanvik.

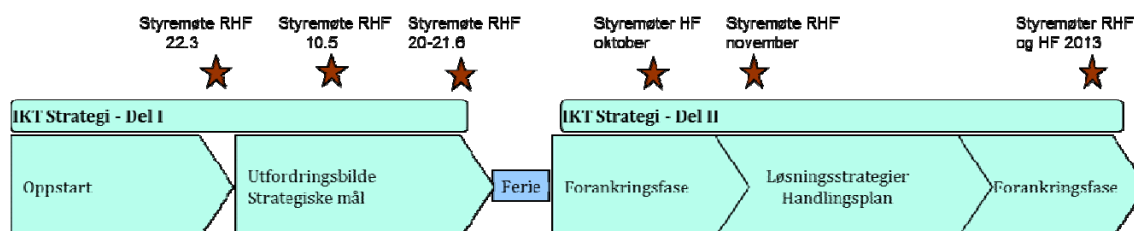
Prosjektgruppen er sammensatt av personer med bred kompetanse fra klinisk arbeid (leger og sykepleiere/andre klinikere) og stabsområder, samt på IKT og organisasjonsutvikling. Prosjektgruppen er sammensatt med bred deltakelse fra helseforetaksgruppen, og har bestått av:

Navn	Foretak	Stilling
Bård Hofstad	Helse Midt-Norge RHF	Prosjektleder
Jan Eirik Thoresen	Helse Midt-Norge RHF	Prosjektleder
Steinar Havik	St. Olavs Hospital	Seksjonsoverlege ortopedi
Simen Rønning	St. Olavs Hospital	Sykepleier, Nidaros DPS
Paul Fuglesang	Helse Nord-Trøndelag	Overlege, Kirurgisk klinikk
Henrik Erdal	Helse Møre og Romsdal	Klinikkjef, Kvinneklinikken
Lillian Bjørge	Helse Møre og Romsdal	Intensivsykepleier, Medisinsk avdeling
Liv Johanne Wekre	Sykehusapotekene i Midt-Norge	Farmasøytisk rådgiver, Trondheim
Mads Berg	Helse Nord-Trøndelag	Ass. direktør
Siri Berg	Hemit	Avdelingsleder, Tjenesteutvikling
Per Olav Skjesol	Hemit	Avdelingsleder, Prosjekt og Arkitektur
Lars H Hegrenæs	Hemit	Prosjektleder

For å sikre god forankring har prosjektet benyttet en rekke **referansegrupper** både for innspill og for validering av leveranser. Referansegruppene har inkludert ledergrupper og andre deler av linjeorganisasjonen, tillitsvalgte, brukerutvalg, nettverk/stabsnettverk samt flere eksterne aktører (se vedlegg for oversikt over referansegruppemøter og aktører).

Prosjektet har lagt vekt på å få innhentet ansattes syn, gjennom ulike møtepunkter i Helseforetakene og Helse Midt-Norge IT.

Strategien utarbeides i henhold til prosessen gjengitt i figuren under. Dette dokumentet utgjør leveransen fra Del I og inneholder utfordringsbildet, samt strategiske mål som viser hva Helse Midt-Norge ønsker å oppnå. Del II vil beskrive handlingsplan for strategiske løsningsvalg og satsningsområder.



2 Utfordringsbildet

Prosjektet har vurdert utfordringsbildet beskrevet i Strategi 2020 i forhold til IKT (kapitlene 2.1-2.4), og utvidet dette gjennom dialog med de ulike referansemiljøene (kapitlene 2.5-2.10).

Det er bred og felles enighet om utfordringsbildet innenfor IKT i Helse Midt-Norge. Bildet harmoniserer godt med det som trekkes frem som utfordringer nasjonalt, i andre regioner, tidligere strategiarbeid i Helse Midt-Norge og samhandlingsreformen.

Økende oppmerksomhet rundt behovet for bedre pasientsikkerhet er grunnleggende relevant.

2.1 *Befolkningens sammensetning og behov endres*

Den medisinske og teknologiske utviklingen går raskt. Befolkningens forventninger til at helsetjenesten skal ta i bruk ny teknologi også for informasjonsbehandling er økende.

Regjeringens digitaliseringsprogram fastslår at nettbaserte tjenester skal være hovedregelen for forvaltningens kommunikasjon med innbyggere og næringsliv.

Spesialisthelsetjenesten har i dag generelt for liten åpenhet mot pasienter og omverden. Fremtidige pasientgrupper vil i stor grad være brukere av IKT, og vil generelt stille større krav til helsetjenesten. Fremtidens pasientbehandling vil fortsatt skje i sykehus, poliklinikker, hos fastlegen og på helseinstitusjoner, men i større grad også i hjemmet. Pasienter vil stille krav til tilgjengelig informasjon på nett både om egen sykdom og egne avtaler/timer. Planlegging av opphold og registrering av ulik grunnlagsinformasjon vil pasienter selv kunne håndtere. Nettbasert samhandling med pasienter om forebyggende tiltak vil inngå som en viktig del av behandlingsforløpet, og dette må kunne skje på tvers av nivåene i helsetjenesten.

Samhandling med pasienter på nett vil bli normen samtidig som pasienter som ikke bruker nettbaserte løsninger også må ivaretas.

2.2 *Tydeligere krav til dokumentert kvalitet*

Det stilles stadig strengere krav til dokumentasjon av at virksomheten drives i henhold til etablerte krav og med tilstrekkelig kvalitet. Pasientsikkerhet har fått økende fokus samtidig som krav til dokumentasjon økes. Dagens IKT-systemer støtter dette for dårlig. Pasienter har rett på en oversikt over behandlingsresultater, samt dokumentasjon av beslutninger som er tatt i løpet av et behandlingsforløp. Slik informasjon må gjøres lettere tilgjengelig for pasientene samtidig som helsepersonell ikke må belastes med betydelig merarbeid for at informasjon skal overbringes på en trygg og hensiktsmessig måte.

Helsetjenesten må ta vare på data om virksomhetene og behandlingsresultater for å utvikle kunnskap om behandlingsforløp med best effekt.

I HMN er journalføring i hovedsak tekstbasert. Dette begrenser mulighetene til for å hente ut data til bruk i analyser og forskningsstudier. Dagens registrering i kvalitetsregistre har i praksis utviklet seg på grunn av manglende struktur i pasientjournalen.

Fremtidens sykehus- og foretaksledelse vil kreve bedre oversikt over den virksomheten de leder. Ledere på alle nivå må ha full oversikt over status for ventelister, frister og pasientadministrasjon, kvalitet i pasientbehandlingen og ressursbruk (økonomi, utstyr/areal/personell) i sanntid. Dette vil kreve muligheter for uttrekk av data fra pasientjournalen, øvrige fagsystemer, pasientadministrative systemer og øvrige ressursstyringssystemer. Dette er nødvendig for å sette ledere i stand til å treffe beslutninger på et oppdatert og faktabasert grunnlag.

2.3 Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor

Endring i demografi gjør at vi relativt sett blir færre til å hjelpe flere. IKT burde generelt kunne gi effektiviseringsgevinster, men dagens IKT-støtte i Helse Midt-Norge er ikke godt egnet for dette.

Dagens dokumentasjonsprosesser er ineffektive, for eksempel ved at informasjon registreres flere ganger.

2.4 Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten

Strategi 2020 påpeker at den økonomiske veksten i spesialisthelsetjenesten vil stanse opp.

IKT kan muliggjøre innsparing og effektivisering gjennom informasjonsdeling, beslutningsstøtte, bedre arbeidsprosesser og måter å organisere tjenestene på. Erfaringer internasjonalt² viser at IKT kan redusere omfang av feil og komplikasjoner som oppstår på sykehus, i slik grad at det fører til store kostnadsreduksjoner.

IKT-investeringer er ofte kostbare, for at IKT-investeringer skal være bærekraftige over tid må det prioriteres en tilstrekkelig andel tiltak som bidrar til økonomisk gevinst.

2.5 Mangelfull samhandling og kommunikasjon

Graden av samhandling og kommunikasjon er for lav, både mellom kolleger, mellom enheter i samme HF, mellom HF og mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette fører til utilstrekkelig informasjonsdeling langs pasientforløpet, noe som i praksis går utover pasientsikkerheten. Blant annet viser en hel del studier at legemiddelbruk kommuniseres for dårlig ved skifte av omsorgsnivå.

De enkelte helseinstitusjonene har oppnådd forbedringer ved å utvikle og ta i bruk IKT-verktøy innenfor spesifikke, relativt isolerte oppgaver. Samhandlingsreformen³ påpeker at sektoren ikke har lyktes med å utnytte de lokale "informasjonssiloene" i et samhandlingsperspektiv. Økt faglig spesialisering, med geografisk og organisatorisk spredning forutsetter elektronisk informasjonsdeling, på tvers av skillelinjene.

² Presentasjon fra Kaiser Permanente v/George C. Halvorson (Chairman and Chief Executive Officer), e-Health Week København, 7-9 mai 2012.

³ St.meld. nr. 47(2008-2009) Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid

Dagens systemer håndterer ikke godt nok balansen mellom informasjonsdeling og myndighetskrav, lover og forskrifter. Dette fører til ressurskrevende prosesser rundt tilgangstyring ved organisasjons- og prosessendringer.

Deltagelse i beslutningsprosesser rundt egen helse og sykdom, er pasientens rettighet, men helsetjenestene samhandler elektronisk med pasienter i begrenset grad. Pasientene vil i økende grad være aktive på nettet. De *blogger*, *tweeter*, og bruker sosiale medier som Facebook og PatientsLikeMe til å diskutere og dele personlig helseinformasjon. Her er det ikke loven, men pasientene, som bestemmer hva som skal deles, og med hvem.

2.6 Ikke god nok brukervennlighet

Dagens systemer oppfattes ikke av ansatte å være tilstrekkelig enkle, brukervennlige eller standardiserte. Det er for mange pålogginger og pasientsøk og integrasjonene mellom fagsystemene er ikke god nok. I tillegg blir det ikke gjennomført tilstrekkelig opplæring i bruk av systemene. Dette innebærer bl.a. mangelfull utnyttelse av funksjonalitet i IKT systemer som implementeres.

Det er i dag mangelfull dokumentasjon av arbeidsprosesser og hvordan IKT systemene skal understøtte disse.

2.7 Aktiv klinisk beslutningsstøtte mangler

Tilgang på medisinsk litteratur, ny forskning og ny teknologi er økende og gir beslutningstakere stadig flere kilder til informasjon. Passiv beslutningsstøtte er utviklet i ulik grad, men er ikke standardisert, autorisert eller validert i tilstrekkelig grad. Det er opp til hver ansatt til enhver tid å søke kunnskap og dermed holde seg faglig oppdatert.

Delrapport *IKT-strategi for Helse Midt-Norge, Beslutningsstøtte* (utarbeidet av Professor Gunnar Klein ved NTNU, Norsk Senter for Elektronisk Pasientjournal), beskriver behovet for beslutningsstøtte og utfordringer i dag.

2.8 Ikke god nok styringsinformasjon for ledere

Styringsinformasjonen som finnes i helseforetakene bærer preg av for dårlig koordinering og standardisering. Mye av utfordringene ligger i at det er vanskelig å prioritere hva som skal være gjeldende styringsinformasjon til enhver tid og til hvilket nivå i organisasjonen. I styringsdokument og foretaksprotokoll fremgår et stort antall sentrale mål som skal gi grunnlag for hva foretakene skal styre imot. I tillegg kommer regionale og eventuelle lokale strategiplaner. Utfordringen er å bearbeide disse målene og organisere målkravene på en slik måte at de gir operative styringsmål for de ulike organisatoriske nivå i helseforetakene. I forhold til utøvelse av ledelse er det en stor oppgave å plassere alle disse på korrekt nivå.

Det er en utfordring at mye av dataene som registreres i kildesystemene ikke registreres på en ensartet måte, noe som medfører mangelfull kvalitets på styringsinformasjon. Det mangler også en god forvaltning av sentrale «masterdata».

2.9 Mangelfull standardisering

Vellykket innføring av IKT-systemer forutsetter vanligvis forutgående presisering og standardisering av arbeidsprosesser og organisering. Pasientforløp er imidlertid i liten grad forhåndsplanlagte eller standardiserte, forutsigbare og avtalt mellom involverte enheter. Dette gjelder også for administrative prosesser.

Graden av medisinsk standardisering gjennom kunnskapsbaserte prosedyrer i avdelinger, mellom avdelinger i sykehus og mellom HF er for lav til å kunne støtte opp omkring kliniske beslutningsprosesser på en god måte.

Endrings- og standardiseringsevnen er for lav, både generelt og i forhold til innføring av IKT-systemer. Kommunikasjon mellom medisinske fag og teknologimiljøer går tregt, ønsker om selvstendighet er sterkere enn vurdert behov for å tenke felles og nytt.

Helseregionen har i noen grad lyktes med standardisering av teknologi som er lagt under felles forvaltning, for eksempel PC-oppsett, men i mindre grad lyktes med teknologistandardisering for grensesnitt mellom EPJ-systemet og mot medisinteknisk utstyr. Tilsvarende gjelder for telefoni og annen kommunikasjonsteknologi som personalarm- og varslingsløsninger.

Et stort antall fagsystemer fører til store opplærings- og forvaltningskostnader.

2.10 Mangelfull prioriterings- og gjennomføringsevne

Manglende gjennomføringsevne innenfor området er ikke spesielt for Helse Midt-Norge, dette er påpekt av blant annet Riksrevisjonen:

Riksrevisjonens rapport 3:7 2007-2008

"Styring av IKT er en del av det generelle ledelsesansvaret"

"Gevinstrealisering synes hittil ikke å ha fått tilstrekkelig oppmerksomhet" ("... mange foretak har ikke utarbeidet slike planer")

"Innføring av EPJ har i liten grad endret arbeidsprosesser og organisering i helseforetakene"

"Endring av arbeidsprosesser og organisering er et svært viktig virkemiddel for å få gevinst av IKT-verktøy"

"... ledelsen på alle nivå i helseforetakene har et ansvar for å legge til rette for en god bruk av EPJ for å sikre at dette blir et verktøy som støtter kjerneoppgavene i helseforetaket"

2.10.1 Helse Midt-Norge synes å mangle en tydelig og godt forankret styringsmodell innenfor området

I rapporten *IT-organisering i Helse Midt-Norge*⁴, påpekes følgende:

⁴ Rapporten "IT-organisering i Helse Midt-Norge" er utarbeidet av konsultantselskapet KPMG på oppdrag fra Helse Midt-Norge RHF. Oppdraget var å evaluere den helhetlige organiseringen bestående av den felles regionale IT-leverandøren HEMIT, IT-funksjonene ved det enkelte helseforetak og IT-rollene i det regionale helseforetakets administrasjon.

- **Uklar organisering og rollefordeling**

Tydeligst ser man dette i oppfattelsen av den interne IKT-enheten Hemits rolle på strategisk nivå. Enkelte forventer at Hemit skal bistå helseforetakene med å bestemme hva som skal bestilles, mens andre oppfatter Hemit som en leverandør på linje med andre eksterne leverandører.

- **Uklar beslutningsprosess**

IT-organiseringen for øvrig oppfattes av mange som en nettverksorganisasjon der de reelle beslutningene tas av stabsfunksjoner. Prosjekter og programmer oppfattes i svært liten grad å bli forankret i ledelsesstrukturen i helseforetakene. Dette har som konsekvens at ansvaret for å gjøre de organisatoriske og prosessmessige endringer som gir gevinst, ikke blir fulgt opp. Eierskapet for å realisere gevinster, det være seg kvalitetsmessige, effektivitetsmessige eller prosessmessige blir flytende, og prosjekter tenderer til å fortsette uten endelige avslutninger/leveranser.

- **Avtakende virksomhetsforståelse hos Hemit**

Evalueringen fastslår at man langt på vei har lyktes med målet med etablering av Hemit. Man har fått på plass sterkere standardisering og fremstår som dyktige på dette. Den daglige driften oppfattes å være bedre og mer stabil, og Hemit oppfattes på dette området som mer profesjonelle enn tidligere. I tiden siden etableringen av Hemit i 2003 har det vært naturlig utskifting av personale og reorganiseringer. Dette har medført at mange på bestillersiden oppfatter at Hemit nå mangler virksomhetsforståelse og i økende grad oppleves som en teknologifokusert IT-leverandør som ikke holder seg oppdatert og har synkende forståelse for utviklingen innenfor et moderne sykehus. Hemit oppfattes som teknologisk gode, men med mindre forståelse for helsefaglige IT-utfordringer.

- **Regional og nasjonal styring og Hemit**

Det er et helsepolitisk mål å få til et mest mulig helhetlig og sammenhengende pasientforløp. En absolutt forutsetning for dette er en tilsvarende sammenhengende informasjonsflyt. Etablering av denne informasjonsflyten forutsetter en sterk grad av styring både på regionalt og nasjonalt nivå. Evalueringen fastslår at en eventuell endring av Hemit sin organisasjonsform i seg selv ikke anses å bidra til oppnåelse av dette.

- **Svake mottaksorganisasjoner**

I en bestiller-utførermodell som man har i Helse Midt-Norge er det en forutsetning at bestiller innehar en tilstrekkelig kompetanse til å kunne møte leverandøren på en likeverdig måte og etablere en tilstrekkelig uavhengighet. Flere aktører har etterlyst at Hemit skal hjelpe dem med å fortelle hva de skal bestille, men det påpekes i rapporten at kombinasjonen av teknologiforståelse, prosessforståelse og virksomhetsforståelse bør ligge hos helseforetakene.

- **Manglende initiativer i kostnadsfordelingsmodellen**

Kostnadsfordelingsmodellen oppleves i liten grad som problematisk. Det er imidlertid en svakhet ved modellen at den ikke gir Hemit sterke økonomiske initiativer til forbedring og effektivisering¹. Modellen fremstår som bygd opp etter hva som er kostnadsdrivende elementer i de enkelte tjenestene, noe som i seg selv er fornuftig, mens effektivisering og rasjonalisering i liten grad oppmuntres. IKT er for øvrig ikke en del av diskusjonen når en diskuterer strategier for hvordan en skal møte krav om å holde økonomiske rammer.

Ytterligere kartlegging gjort av prosjektet viser at fokus og organisering i mottagerorganisasjonene med hensyn til IKT er svært ulik. Videre har det regionale helseforetaket ikke i tilstrekkelig grad prioritert ressurser til å ta en tydelig premissgiverrolle som organisasjonsmodellen har forutsatt.

2.10.2 Utfordringer knyttet til underleverandører

Utviklingen av de store systemene i Helse Midt-Norge preges av lite langsiktighet, og strategier for framtidige versjoner av systemene og totalporteføljen er uklare. Leverandørers usikkerhet om hva HMN ønsker å oppnå fører til utydelige utviklingsplaner. Integrasjon mellom systemer utvikles i hovedsak som del av enkeltvis systemprosjekt, og i mindre grad ut fra et samlet behov. Det er behov for å oppdatere applikasjons-, arkitektur- og integrasjonsstrategier.

Ledetiden for større systemendringer (det vil si fra behov oppstår til en løsning er ferdig innført) oppfattes i dag som lang. Slik ledetid er ofte så lang som 1–3 år, i enkelte tilfeller lengre. Det kan

være mulig å redusere ledetiden med tydeligere krav, samt endringer i måten utvikling og testing gjennomføres på.

Leverandørsituasjonen for noen av de store systemene preges av at Helse Midt-Norge er eneste eller en av få kunder. Selv om dette isolert sett kan gi gode muligheter for å påvirke utviklingsretning, gir det reelt sett begrenset utviklingskapasitet både hos kunde og leverandør.

UTKAST

3 Strategiske hovedmål

For å møte utfordringene beskrevet over, er det nødvendig med nye veivalg, nye prioriteringer av teknologivalg, samt forbedring av måten vi organiserer, støtter og driver kjernevirksomheten.

Helse Midt-Norge har derfor definert fem strategiske hovedmål for IKT som redskap for å støtte og gjennomføre nødvendige prioriteringer og endringer. Disse skal legges til grunn for de valg som skal gjøres framover:

- Standardisering
- Informasjonsdeling gjennom hele pasientforløp
- Journalsystemer i strukturert form og med aktiv beslutningsstøtte
- Bedre ressursutnyttelse og pasientlogistikk
- Bedre prioriterings- og gjennomføringsevne

Felles for de strategiske hovedmålene for IKT er at de skal bidra til å øke kvalitet i pasientbehandling, bedre pasientsikkerhet, gjøre systemene mer brukervennlige og dermed sette helsepersonell i stand til å utføre sine oppgaver på en bedre og mer effektiv måte.

3.1 Standardisering

Krav til standardisering legges til grunn i foretaksgruppen som generelt prinsipp. Følgende er viktige eksempler

- Medisinske prosedyrer og pasientforløp
- Opplæring og bruk av elektronisk pasientjournal, pasientadministrative system samt fagsystemer
- Forutsetninger og metoder for gevinstrealisering
- Organisering og ressursforvaltning i helseforetak/avdelinger/enheter, herunder støttetjenester (HR, økonomi)
- Begreper og IKT arkitekturer, herunder integrasjonsløsninger
- Teknologiske løsninger (medisinsk teknisk utstyr og telefoni.)

Standardiseringsønsket må følges av stabsenheter i RHF (med tilstrekkelig kontakt med brukermiljøet), HF samt håndteres av gjennomgående linjeorganisasjon ned til ledere på laveste nivå. Regionale brukergrupper må få et tydelig mandat der det er naturlig å benytte disse i standardiseringsarbeid.

Etablerte, standardiserte prosedyrer skal legges til grunn for klinisk aktivitet i Helse Midt-Norge. Fagmiljøene involveres i samtlige prosesser for arbeidet basert på internasjonalt og nasjonalt faglig grunnlag.

Standardisering må gjøres før teknologivalg, og skje i samhandling med kommuner, primærhelsetjeneste samt etter prinsipper om kunnskapsbasert grunnlag der dette finnes.

Standardisering utfordrer suverenitet og arbeidet må følges tett med tanke på krav til prosess og medvirkning.

3.2 Informasjonsdeling gjennom hele pasientforløp

Helse Midt-Norge skal dele informasjon om pasienter, ressurser og sykdom til helsearbeidere for å trygge pasienten i forutsigbare pasientforløp. Dette gjelder i hele regionen fra hjem, primærhelsetjeneste til sykehus, mellom sykehus og tilbake til hjemmet. Eksterne samarbeidspartnere både offentlige og private skal gjennom avtaler være en del av dette.

Informasjonsdeling skal ivareta pasientens og samfunnets forventning til sikkerhet, både til at informasjon skal være tilgjengelig ved sykdom og at informasjon ikke skal deles uten behov (dvs. i henhold til gjeldende lov og forskrift).

Det skal legges til grunn en registrering av informasjon, og deretter deling, ikke sending av helseinformasjon.

Det skal legges til rette for at pasientene selv kan følge sin status i pasientforløpet, samt vurdere kvaliteten i tilbudet.

3.3 Journalsystemer i strukturert form og med aktiv beslutningsstøtte

Strukturert journal avløser dagens fritekstbaserte journalsystem.

Dagens journalsystem er i prinsippet bare en digitalisering av den tidligere papirjournalen og kan best sammenliknes med et enkelt tekstbehandlingsprogram der all informasjon er lagret som en sammenhengende rekke av tegn (som bokstaver og tall). Pasientdata er kun sortert etter personnummer og dato, og den eneste måten man kan søke informasjon er å lese seg gjennom mer eller mindre velorganisert fritekst.

I den neste generasjon journalsystemer er pasientdata lagret på en strukturert måte og systemet likner derfor mer et avansert databaseprogram. I et slikt system kan data søkes og hentes på en rask og effektiv måte. Den nye måten å lagre data vil til en viss grad kreve endring i dagens arbeidsform når det gjelder datainnsamling og lagring. Gevinsten er imidlertid at data er langt mer tilgjengelig for søk og gjenbruk både i forhold til behandling av den enkelte pasient men ikke minst i arbeid med kvalitetssikring og forskning på større mengder pasientinformasjon. Ved overgang til ny journalstruktur er det viktig at alle lagrede journaldata sikres og gjøres tilgjengelig for fremtidig bruk, men «gamle data» vil i minst mulig grad konverteres inn i nytt system.

Strukturert lagring forenkler gjenbruk av data og gir mindre total ressursbruk på registrering og håndtering av helsedata. Dessuten gir strukturert lagring av data et mye bedre grunnlag for framtidig forskning. Journalen blir basis for all informasjon om pasienten, forenkler kvalitetsregisterarbeidet. Dobbeltregistrering i profesjonssystemer blir unødvendig.

Strukturen skal gi mulighet for at foretaksgruppen selv kan konfigurere systemene, uten å være avhengig av leverandøren

Aktiv beslutningsstøtte integrert i journalsystemet

Utrednings- og behandlingsalgoritmer, gjeldende retningslinjer og godkjente prosedyrer integreres og oppdateres fortløpende som en del av journalsystemet. Systemet vil kunne gi klinikerne prosess- og beslutningsstøtte i diagnostikk og behandling av pasientene. Journalsystemet skal støtte standardiserte pasientforløp og gi betydelig bidrag i arbeidet med kvalitetssikring av pasientbehandlingen og sikre likeverdighet i behandlingstilbud.

Pasientsikkerhet vil lettere kunne dokumenteres og håndteres, og dermed bedres, gjennom et strukturert og beslutningsstøttet journalsystem.

Delrapportene *IKT-strategi for Helse Midt-Norge: 1) På vei mot strukturert journal og 2) Beslutningsstøtte* (utarbeidet av Professor Gunnar Klein ved NTNU, Norsk Senter for Elektronisk Pasientjournal), beskriver definisjoner og muligheter.

3.4 Bedre ressursutnyttelse og pasientlogistikk

Helsetjeneste generelt, og spesialisthelsetjenesten spesielt er store produksjonsapparater med mange utvekslinger av tjenester og informasjon. Kompleksiteten kan medføre store kostnader. Den faglige verdiskapningen (vurdering, diagnostikk, behandling og oppfølging, fra hjem til hjem) bidrar til økt livskvalitet og økt levetid for den enkelte pasient. Verdiskapningen omfatter pasientens egenmestring. Grunnlaget for mestring er kunnskap og trygghetsskapende løsninger som gjør at pasienter har egenkontroll på livet med sykdom.

Verdiskapningen krever tilgjengelighet til relevant informasjon i de ulike steg i prosessen, fra ulike kunnskapskilder og om den enkelte pasient. Ved effektiv sammenstilling av komplekse pasientforløp, vil en kunne oppnå faglig gode, effektive løp for pasienten og kosteffektiv utnyttelse av ressursene.

IKT-systemer skal gi prosess-støtte, samt gi enkel tilgang til oppdatert informasjon for å kunne planlegge den daglige driften i det enkelte sykehus, enhetene. Denne informasjonen skal brukes til effektiv bruk av og koordinering av personell, arealer og utstyr slik at pasientene bruker minst mulig tid på sykehusoppholdet.

Elektroniske verktøy skal kunne benyttes i kommunikasjon og behandling av pasienter og erstatte behov for personlig oppmøte.

3.5 Bedre prioriterings- og gjennomføringsevne

I Helse Midt-Norge skal organisering og styring av IKT området sikre foretaksgruppens evne til å prioritere, utvikle og gjennomføre prosjekter på en god måte innenfor gitte økonomiske rammer. Ressursplanlegging og prosjektstyring må ha tilstrekkelig langsiktighet til god kompetanse- og ressursutnyttelse, men også være fleksibel i forhold til endringer.

Det skal beskrives og etableres gjennomgående prosesser. Disse skal følge linjen, involvere fagfolk og ledere på alle nivå. Beslutninger skal gjøres av administrerende direktør eller styret i det enkelte HF. Nødvendige bruker- og systemeiergrupper skal etableres med et tydelig mandat fra linjeorganisasjonen.

Styring og oppfølging av prioriterte prosjekter skal gjennomføres målrettet på en god måte og på riktig nivå.

Drift av eksisterende systemer må kontinuerlig overvåkes, evalueres og forbedres

4 Hovedområder og IKT støtte

4.1 Pasientbehandling og pasientsikkerhet

Målsetninger:	
Pasienter, innbyggere, ansatte	Helse Midt-Norge skal bruke IKT som verktøy for forbedring av helsetjenestene. IKT skal være et hjelpemiddel for å understøtte god pasientbehandling, ved å IKT skal legge til rette for kvalitetsforbedring og effektivisering av pasientforløp. IKT skal bidra til helhetlige, forutsigbare og effektive pasientforløp på tvers av nivåene i helsetjenesten. IKT skal bidra til å effektivisere og forenkle arbeidsdagen til helsepersonell IKT skal bidra til å forbedre pasientsikkerheten

HMN har ambisjon om å:

- Forbedre pasientsikkerheten gjennom bedre journal og pasientadministrative systemer
- Etablere en strukturert pasientjournal hvor data registreres iht. fastsatte maler. Dette gjør at alle data blir lett søkbare og systemet skal legge til rette for effektiv gjenbruk av innsamlet data (f.eks. i poliklinikknotat eller epikriser)
- Etablere et journalsystem som gir klinikere tilgang til aktiv prosess- og beslutningsstøtte i pasientforløpet. Faglig etablerte prosedyrer og retningslinjer på lokalt, regionalt, nasjonalt og internasjonalt nivå skal integreres i systemet og understøtte arbeidsprosesser i et utrednings- og behandlingsforløp
- Etablere en pasientjournal som tillater deling av relevant klinisk informasjon på tvers av institusjoner og nivåer i helsetjenesten
- Etablere en pasientjournal hvor klinikere har tilgang til alle relevante kliniske data i ett grensesnitt/arbeidsflate. Dette innebærer journalopplysninger, E-kurve, Laboratoriesvar, røntgensvar og bilder samt relevant informasjon fra andre kliniske fagsystemer
- Etablere løsninger som styrker pasientens mulighet for egen mestring gjennom tilgang til økt kunnskap om eget pasientforløp

4.2 Kliniske støttefunksjoner

Kliniske støttefunksjoner omfatter billediagnostikk og laboratorievirksomheten og apotekvirksomheten. Disse har systemer som må kommunisere på tvers av organisatoriske enheter.

Målsetninger:	
Pasienter, innbyggere, ansatte	Helse Midt-Norge skal ha IKT løsninger som gir klinikere rask og enkel tilgang til undersøkelser/prøvesvar fra kliniske støttefunksjoner. IKT skal bidra til å sikre en trygg og effektiv legemiddelforsyning. IKT skal legge til rette for at informasjon i kliniske støttesystemer inngår som en del av klinisk beslutningsstøtte

HMN har ambisjon om å:

- Etablere løsninger som gir klinikere rask og enkel tilgang til rekvisisjoner, undersøkelser/prøvesvar og røntgenbilder i samme grensesnitt uavhengig av fagområde.
- Etablere løsninger som gjør at all rekvisisjon og signering forenkles og foregår elektronisk. Dette gjelder både til og fra systemene i HMN
- Etablere løsninger som gir klinikere og ledere rask og god oversikt over status på alle rekvirerte undersøkelser/prøver fra kliniske støttefunksjoner
- Etablere løsninger som gjør at all bestilling av varer (legemidler, medisinsk forbruksmateriell mv.) skal foregå elektronisk
- Etablere løsninger som automatiserer arbeidsprosessene relatert til legemiddelforsyning der det er hensiktsmessig
- Etablere løsninger der alle bestillinger og leveranser skal kunne spores slik at man til enhver tid kan se status på bestillingen som er sendt.

4.3 Forskning og innovasjon

Målsetninger:	
Pasienter, innbyggere, ansatte	Helse Midt-Norge skal sørge for å ha IKT-løsninger som legger til rette for forsknings- og analyseaktiviteter, og for god og effektiv bruk av resultater fra forskning og innovasjon. IKT skal legge til rette for realisering av det integrerte universitetssykehuset, som grunnlag for forskning og innovasjon i hele regionen.

HMN har ambisjon om å:

- Etablere IKT løsninger som gjør informasjon i pasientsystemene tilgjengelig på en måte som muliggjør god og effektiv forskning og analyse av egen virksomhet og på tvers av virksomheter. Det skal være funksjonalitet for avanserte søk og spørringer i databaser samt uttrekk og sammenstilling data
- Etablere løsninger som gjør at kliniske kvalitetsregistre kan hente data direkte fra journalen uten ytterligere manuelle registreringer. Pasientopplysninger skal kun registreres en gang og direkte overføres til kvalitetsregistre
- Etablere løsninger som gjør at registrering av data kan gjøres av pasienter og pårørende, så vel som helsepersonell i eller utenfor Helse Midt-Norge
- Etablere løsninger som gjør at forskningsdata kan distribueres elektronisk på en sikker måte. både innen eget foretak, på tvers i regionen, nasjonalt og internasjonalt
- Stimulere til at IKT-behov i innovasjonsprosesser blir ivaretatt på en mer hensiktsmessig måte
- Bidra til å øke omfanget av forskning på helseinformatikk, pasientlogistikk og pasientforløp, samt på helseteknologi

4.4 Utdanning

Målsetninger:	
Pasienter, innbyggere, ansatte	Helse Midt-Norge skal ha IKT løsninger som støtter helseforetakenes lovpålagte krav om å drive utdanning av helsepersonell på en god og effektiv måte. IKT løsninger skal muliggjøre helhetlig kompetanseplanlegging for ansatte. Det skal etableres IKT løsninger som understøtter opplæring av pasienter og pårørende

HMN har ambisjon om å:

- Øke kunnskapsnivået om helseinformatikk og IKT hos helsepersonell og øvrige ansatte slik at nytteeffekten av IKT løsningene økes. Helse Midt-Norge skal søke å oppnå dette blant annet gjennom utvikling av basisutdanningene.
- Forbedre ansattes opplæring i IKT-systemene, blant annet gjennom nettbasert undervisning, e-læring og interaktiv undervisning som benytter digitale media.
- Etablere løsninger som samler og gir oversikt over ansattes kompetanse – både medisinskfaglig og annen kompetanse. Løsningen må ivareta fortløpende oppdatering av gjennomførte utdanningsløp, kurs og sertifiseringer. Eksempler er kompetansedatabase med automatisk registrering av operasjoner/prosedyrer gjennomført av klinikerne, automatisk oppdatering etter at kurs er gjennomført samt automatisk registrering av personell ved sertifisering av medisinsk teknisk utstyr (bør omfatte automatisk påminnelse når det er tid for ny utsjekk, da mye av utstyret krever årlig utsjekk.)
- Etablere løsninger med oversikt over tilgjengelige kurs, internt og eksternt.
- Etablere løsninger som kan sammenstille planlagt aktivitet og tilgjengelig kompetanse, eksempelvis ved planlegging av operasjoner, polikliniske konsultasjoner, turnusplanlegging, vaktordninger mv
- Etablere elektroniske løsninger for opplæring av pasienter og pårørende om sykdommer og behandlingsforløp ved sykehusene i HMN

4.5 Samhandling

Målsetninger:	
Pasienter, innbyggere, ansatte	Helse Midt-Norge skal ha IKT systemer som imøtekommer krav til samhandling, som blant annet fremkommer av samhandlingsreformen. All informasjonsdeling skal foregå elektronisk på alle nivå i helsesektoren: Mellom avdelinger, mellom helseforetak, mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten og med private helseaktører.

HMN har ambisjon om å:

- Etablere løsninger der informasjon deles med primærhelsetjeneste og kommunchelsetjeneste, for å sikre at rett person får tilgang til rett informasjon til rett tid.
- Etablere løsninger som gir helsepersonell i HMN felles tilgang til data i pasientjournalene når pasienter forflytter seg mellom foretak i regionen
- Etablere løsninger som gir helsepersonell i HMN tilgang til status og resultat av undersøkelser/behandling utført av private helseaktører
- Etablere løsninger som gir helsepersonell i HMN tilgang på tvers av somatikk og psykiatri, uavhengig av foretak
- Etablere løsninger for sikker elektronisk kommunikasjon mellom helseforetakene, regionalt, nasjonalt, med primærhelsetjeneste og andre eksterne samarbeidspartnere
- Etablere løsninger som gjør det mulig å sende informasjon elektronisk mellom helseregioner
- Etablere løsninger som ivaretar krav til integrasjon mot nasjonal løsninger, eksempelvis kjernejournal
- Delta i myndighetenes arbeid med endring av lover og forskrifter, blant annet for å bedre pasientsikkerhet.

4.6 Kommunikasjon med pasienter og pårørende

Målsetninger:	
Pasienter, innbyggere, ansatte	Helse Midt-Norge skal ha god kommunikasjon med pasienter, ansatte, pårørende og befolkningen. Dette er sentralt for å utføre og utvikle god pasientbehandling. Det er et mål at denne kommunikasjonen i større grad skal skje ved bruk av IKT.

HMN har ambisjon om å:

- Etablere løsninger som gir pasienter, brukere, pårørende og befolkningen generelt tilgang til egne pasientopplysninger der hvor pasientene har rett til innsyn (eksempler på informasjon som pasienter må kunne få tilgang til vil være informasjon om på røntgen-, laboratorie- andre spesialundersøkelser, informasjon om ventelistestatus og behandlingsfrister og informasjon om innleggelsestidspunkt og timeavtaler på poliklinikker)
- Etablere løsninger som gjør at klinisk personell kan kommunisere elektronisk med pasienter, brukere og pårørende på en sikker måte (eksempler på kommunikasjonskanaler er SMS, e-post og Internett, herunder dialogtjenester).
- Etablere IKT løsninger som sørger for at pasienter/pårørende som henvender seg til sykehuset raskt når frem til riktig kontaktpunkt
- Etablere IKT løsninger som muliggjør at pasientkonsultasjoner kan gjennomføres elektronisk og virtuelt for utvikle en mer fleksibel helsetjeneste og spare unødig reising. Forhold som informasjonssikkerhet, taushetsplikt, dokumentasjon skal ivaretas.

4.7 Ledelse og styringsinformasjon

Målsetninger:

Pasienter, innbyggere, ansatte	Helse Midt-Norge skal utvikle IKT løsninger som gir virksomhetsledere på alle nivå tilgang til relevant korrekt og tidsriktig styringsinformasjon, både kvalitativ og økonomisk/administrativ. Styringsinformasjonen skal være støttende for å nå virksomhetens strategiske og operative mål.
---------------------------------------	---

HMN har ambisjon om å:

- Etablere ett styringssystem som danner grunnlag for styringsdialogen i foretaksgruppen og som ivaretar kobling mellom overordnede styringsdokumenter og utvikling av relevante måleindikatorer.
 - Styringsinformasjonen skal være gjennomgående i organisasjonen
 - Styringssystemet skal gi ledere på alle nivå tilgang til relevant og tidsriktig ledelsesinformasjon
 - Dette innebærer en fleksibel løsning som kan tilpasses ledere på ulike nivå, innen ulike fagfelt
 - Informasjon fra kliniske fagsystemer skal understøtte rapporteringsbehov i styringssystemet
- Etablere en løsning som baserer seg på automatisert datafangst fra underliggende fagsystemer og erstatter dagens manuelle rapporteringsrutiner

4.8 Administrative støttefunksjoner

Målsetninger:	
Pasienter, innbyggere, ansatte	HMN skal ha IKT-systemer som legger til rette for å øke kvaliteten og effektiviteten i administrative støttefunksjoner.

HMN har ambisjon om å

- Etablere et integrert økonomi- og logistikkssystem
- Etablere oversiktlige og gode løsninger for personal- og ressursstyring
- Etablere en integrert løsning for rekruttering, lønnsbehandling og kompetanseutvikling, som ivaretar lovverk og avtaler med arbeidstakerorganisasjonene. "Riktig person, på riktig plass, til riktig tid, med riktig kunnskap og med riktig lønn"
- Etablere effektive saksbehandlings- og arkivsystemer
- Etablere løsninger som integrerer og forbedre kvalitetssystemer som en del av det kliniske arbeidet

4.9 Brukervennlighet og opplæring

Målsetninger:

Helse Midt-Norge skal ha brukervennlige og intuitive systemer som fjerner unødvendig tidsbruk. Ansatte skal gis god opplæring i bruk av IKT systemer, tilpasset sin rolle og arbeidsoppgaver.

HMN har ambisjon om å

- Etablere løsninger som sikrer god og effektiv opplæring, herunder nettbasert undervisning og e-læring
- Øke de ansattes generelle IKT kompetanse og kompetanse på systemene de bruker, gjennom krav til dokumentert opplæring
- Etablere løsninger med felles pålogging til alle systemer, tilpasset den enkeltes brukers rolle og ansvarsområde
- Vektlegge brukervennlighet når systemer velges og utvikles
- Vektlegge brukeropplæring ved implementering av systemene i den enkelte enhet

4.10 Virksomhetsarkitektur

Målsetninger:

Helse Midt Norge skal etablere en felles forståelse for hva virksomhetsarkitektur⁵ er og hva det kan benyttes til i HMN. Dette skal sikre at man utvikler IKT løsninger på en slik måte at de understøtter HMN sine mål og strategier.

HMN har ambisjon om å

- Benytte virksomhetsarkitektur⁵ for å gjennomføre bedre og mer effektive anskaffelser, utvikling, integrering av nye IKT løsninger, samt tydeliggjøre endringsbehov og gi bedre grunnlag for opplæring.

4.11 Teknologi og integrasjon

Målsetninger:

Helse Midt-Norge skal ha en IKT-plattform som gjør at en kan realisere foretakets målsetninger og ambisjoner.

Plattformen skal være fleksibel i forhold til endringer i organisering, lokalisering, arbeidsprosesser og teknologi.

HMN har ambisjon om å

- Ha en IKT-plattform som

⁵ Virksomhetsarkitektur: Beskrivelse av prosesser, organisasjon, informasjon, applikasjoner/systemer og teknologi, både hver for seg og sammenhengen mellom disse:

- o hvordan informasjon skal struktureres, lagres og deles
- o hvordan løsningene skal benytte standard fellestjenester og masterdata
- o hvilke fellestjenester man skal ha nasjonalt og regionalt med tilhørende data
- o hvordan systemer, tjenester og arbeidsprosesser skal dokumenteres
- o hvordan en felles driftsarkitektur skal se ut

- gir brukerne tilgang til de IKT-tjenestene de har behov for uavhengig av hvor brukeren befinner seg, og slik at organisatorisk tilhørighet og fysisk plassering ikke oppleves som barrierer
- er tilgjengelig fra flere forskjellige typer klienter på for eksempel PC, mobiltelefon, og andre håndholdte enheter.
- muliggjør økt samhandling mellom helseforetakene og kommunene i helseregionen
- kan skaleres og tilpasses endrede behov, samt utnytter ressurser i leverandørmarkedet
- gjør det mulig at pasienter får innsyn og mulighet til medbestemmelse
- er i tråd med gjeldende lover og forskrifter rundt sikkerhet og IT drift
- støtter medisinsk teknisk utstyr og allmennteknisk utstyr

4.12 Målsetninger for organisering og styring av IKT virksomheten

Målsetninger:
Helse Midt-Norge skal ha en IKT-organisering som evner å realisere helseforetaksgruppens strategiske mål. Dette innebærer: • Tilgang til og anvendelse av kombinert kunnskap om kjernevirksomhet og IKT • Prioritering av de riktige prosjektene iht strategier, vedtak og kapasitet • Prioritering skal skje på riktig nivå • Gevinster skal identifiseres og realiseres i linjen • Nødvendig lederforankring av prosjekter på alle nivå • Regional standardisering av systemer, prosedyrer og arbeidsprosesser • God drift, forvaltning og videreutvikling av eksisterende systemer • God ivaretagelse av opplæringsbehov slik at hverdagen for sluttbrukere forenkles • God praksis for prosjektstyring og leverandøroppfølging

HMN skal

- Styrke IKT-kompetansen på alle nivå (ledere og ansatte). Styrke virksomhetskompetanse hos IKT-ledere og ansatte.
- Ha kompetanse på helseinformatikk, arkitektur, prosjektledelse, kjøp av IKT-tjenester
- Som hovedregel legge til grunn felles regionale systemer
- Etablere gjennomgående prioriteringsprosesser som tar vare på fagfolks kunnskap om virksomheten, virksomhetsstrategi for teknologiløsninger. Det skal skapes arenaer for diskusjoner i hele organisasjonen:
Enhet – Avdeling/klinikk – Sykehus-/foretak – RHF-/ foretaksgruppe
- Før prosjekter igangsettes: Sikre at nødvendig kapasitet (både økonomi og bemanning) er på plass og gevinstrealisering er besluttet der gevinster skal hentes ut
- Benytte leverandørmarkedet ut fra en vurdering om kostnadseffektivitet og kvalitet. Ved skifte i porteføljen skal ulike leveransemodeller være en del av vurderingene
- Etablere en forvaltningsmodell som både omfatter applikasjonsdrift og forvaltning av prosedyrer og arbeidsprosesser som IKT-systemene skal understøtte

- Styrke leverandøroppfølgingen og utvikle kunde/leverandørmodeller som sikrer raskere leveranser til avtalt kvalitet

UTKAST

5 Kort sikt

I IKT-strategiens Del II, Handlingsplan, beskrives tiltak på kort og mellomlang sikt.

Tiltak på kort og mellomlang sikt skal i størst mulig grad være i overensstemmelse med langsiktige mål.

UTKAST

6 Vedlegg

Delrapport *IKT-strategi for Helse Midt-Norge: På vei mot strukturert journal* (Professor Gunnar Klein ved NTNU, Norsk Senter for Elektronisk Pasientjournal)

<http://helse-midt-norge-strukt-journal.notlong.com>

Delrapport *IKT-strategi for Helse Midt-Norge: Beslutningsstøtte* (Professor Gunnar Klein ved NTNU, Norsk Senter for Elektronisk Pasientjournal)

<http://helse-midt-norge-beslutsstod.notlong.com>

UTKAST

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 33/2012 Rapport fra tilsyn med revmatologiske tjenester i Helse Nord-Trøndelag HF

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	18.10.2012	33/2012

Saksbeh: Fagsjef Paul Georg Skogen

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2012/6963

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord- Trøndelag tar rapporten fra Fylkesmannen etter tilsyn med revmatologiske tjenester, Helse Nord- Trøndelag, til orientering.

SAKSUTREDNING:

Sak 33/2012 Rapport fra tilsyn med revmatologiske tjenester, Sykehuset Levanger

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

- 1) Rapport fra Fylkesmannen etter tilsyn med revmatologiske tjenester, Helse Nord- Trøndelag.
- 2) Revmatologisk avdeling, Helse Nord- Trøndelag, sitt svar på Fylkesmannens tilsyn.

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Viser til tilsynets rapport der lovgrunnlag er gjengitt.

SAMMENDRAG

Fylkesmannens sammendrag i brev av 14.6.2012:

Sammendrag

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag, Fylkesmannen i Møre og Romsdal og Fylkesmannen i Sør-Trøndelag gjennomførte tilsyn med polikliniske tjenester til revmatologiske pasienter ved Helse Nord-Trøndelag HF, Rehabiliteringsklinikken revmatologisk avdeling, Sykehuset Levanger, 9.- 10. mai 2012. Denne rapporten beskriver de observasjoner og funn som tilsynet avdekket.

Tilsynet er innrettet mot revmatologisk poliklinikk.

Tilsynets hovedinnretning er

- a) Sykehusets system for håndtering og vurdering av henvisninger
- b) Sykehusets system for oppfølging og kontroll av pasienter, herunder samarbeid med fastlege, kommunal helsetjeneste osv

Det ble under tilsynet gitt et avvik og to merknader:

Avvik 1

Helse Nord -Trøndelag HF, Revmatologisk avdeling sikrer ikke nødvendig helsehjelp til alle pasienter med behov for oppfølging og kontroll

Merknad 1

Helse Nord-Trøndelag HF, Revmatologisk avdeling bør gjennomgå system for dokumentasjon av medisinsk faglig vurdering av henvisninger

Merknad 2

Helse Nord-Trøndelag HF, Revmatologisk avdeling bør gjennomgå systemet for tilbagemelding til fastlege ved vurderinger av henvisninger

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Revmatologisk avdeling gir i sitt svar til tilsynet uttrykk for kapasitetsproblemer på bakgrunn av mangelen på revmatologspesialister. Mangelen på spesialister gjelder både her lokalt, regionalt og nasjonalt og i Skandinavia for øvrig. Med dette som bakgrunn gjennomgås de tiltak som er gjennomført og som videre blir gjennomført for å gi pasientene et så godt tilbud som mulig med de ressurser en har til rådighet.

- *Bedring av legekapasiteten ved midlertidig omgjøring av overlegestilling til LIS- legestilling, lånt hjemmel fra annet fagområde for ekstra LIS- lege, aktivt rekrutteringsarbeid og planer for opprettelse av ny revmatologstilling.*
- *Oppretting av poliklinikk for revmasykepleier for oppfølging og kontroll av pasienter i nært samarbeid med revmatolog. Vurdering av utvidelse av dette for systematisk gjennomgang av enkelte pasientgrupper primært kun hos revmasykepleier.*
- *Vikarinnleie av revmatolog med regelmessige mellomrom*

- *Opplæring av fastleger i henvisningsrutiner og oppfølging av revmatologiske problemstillinger. Klarere retningslinjer for tilbakeføring av pasienter til fastlege.*

Revmatologisk avdeling har også pekt på administrative forhold som er gjennomgått for å sikre at pasientene blir fulgt opp på forsvarlig måte og at en til en hver tid har kontroll på hvem som venter.

- *Alle ventelister blir gjennomgått for å avklare behov pasientene har for prioritering, evt overføring til fastlege*
- *Ventelistene blir sortert etter intern prioriteringsliste for å sikre forsvarligheten i ventetider og innkallingsrutiner.*
- *Gjennomgangen av ventelistene viser kontrollbehovet av prioriterte og uprioriterte pasienter, og ressurser blir klargjort så langt mulig for å følge opp behovene. Vikarinnleie blir fortløpende vurdert med bakgrunn i dette.*

Revmatologisk avdeling har redusert sin gjennomsnittlige ventetid samlet for prioriterte og uprioriterte pasienter betydelig det siste året, og har med dette vist at de tiltakene de har iverksatt har hatt effekt.

For ytterligere informasjon, vises det til revmatologisk avdelings svar.

HELHETLIG DRØFTING

Revmatologisk avdeling har gjennom de tiltakene de har iverksatt og videre iverksetter, øket sin kapasitet, forsøkt å redusere henvisningsmengden og redusert kontrollbehovet. Samtidig har kontrollrutinene omkring ventelistene blitt skjerpet og det er laget egne prioriteringer blant de ventende for å sikre at de som har størst behov, blir prioritert først.

Med bakgrunn i avviket som er gitt, har avdelingen iverksatt de tiltak som det innenfor rammen av personellressurser og vårt pasientadministrative systemer (PAS), er mulig å få til. Det blir fortløpende forsøkt rekruttert revmatologer og en har også fokus på å få fulgt opp egne LIS- leger for rekruttering til videre arbeid i revmatologien i håp om at noen ønsker å søke seg tilbake hit. Revmatologisk avdeling gir administrasjonen i HNT HF utfordring på å støtte opp om rekrutteringsarbeidet og de tiltak som så langt er satt i verk.

Endelig lukking av avviket tilsynet har gitt, er også et ansvar regionale og nasjonale helsemyndigheter må følge opp. Utdanningskapasiteten for revmatologer er i dag ikke fullt ut tilstrekkelig til å sikre god nok rekruttering til landets revmatologiske avdelinger. For de små avdelingene blir dermed rekrutteringsarbeidet særlig krevende.

Avdelingens arbeid med så nær maksimal utnyttelse av spesialistkompetansen til revmatologene som mulig, gjennom økt antall LIS- leger og oppretting av sykepleiepoliklinikk med jobbglidningstiltak, gir resultater, men er krevende for spesialistene. Revmatologien i Nord-Trøndelag er fortsatt sårbar med tanke på rekruttering og kapasitet.



Fylkesmannen i Nord-Trøndelag

Rapport fra tilsyn med polikliniske tjenester til revmatologiske pasienter

ved

Helse Nord-Trøndelag HF Sykehuset Levanger

Virksomhetens adresse: 7600 Levanger
Tidsrom for tilsynet: 21.02.2012 – 10.05.2012
Kontaktperson i virksomheten: Avdelingsleder Unni Myran

Sammendrag

Fylkesmannen i Nord-Trøndelag, Fylkesmannen i Møre og Romsdal og Fylkesmannen i Sør-Trøndelag gjennomførte tilsyn med polikliniske tjenester til revmatologiske pasienter ved Helse Nord-Trøndelag HF Rehabiliteringsklinikken revmatologisk avdeling Sykehuset Levanger 9.- 10. mai 2012. Denne rapporten beskriver de observasjoner og funn som tilsynet avdekket.

Tilsynet er innrettet mot revmatologisk poliklinikk.

Tilsynets hovedinnretning er

- a) Sykehusets system for håndtering og vurdering av henvisninger
- b) Sykehusets system for oppfølging og kontroll av pasienter, herunder samarbeid med fastlege, kommunal helsetjeneste osv

Det ble under tilsynet gitt et avvik og to merknader:

Avvik 1

Helse Nord-Trøndelag HF, Revmatologisk avdeling sikrer ikke nødvendig helsehjelp til alle pasienter med behov for oppfølging og kontroll

Merknad 1

Helse Nord-Trøndelag HF, Revmatologisk avdeling bør gjennomgå system for dokumentasjon av medisinsk faglig vurdering av henvisninger

Merknad 2

Helse Nord-Trøndelag HF, Revmatologisk avdeling bør gjennomgå systemet for tilbakemelding til fastlege ved vurderinger av henvisninger

Dato: 14.juni 2012

Mona B Parow
revisjonsleder

Tor-Finn Granlund
revisor

Innhold

Sammendrag	1
1. Innledning.....	4
2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold.....	4
3. Gjennomføring	5
4. Hva tilsynet omfattet	5
5. Funn.....	5
6. Regelverk.....	8
7. Dokumentunderlag.....	8
8. Deltakere ved tilsynet	10

1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter systemrevisjon ved Helse Nord-Trøndelag HF Sykehuset Levanger i perioden 21.02.2012 - 10.05.2012. Revisjonen inngår som en del av den planlagte tilsynsvirksomhet Fylkesmannen i Nord-Trøndelag, Fylkesmannen i Møre og Romsdal og Fylkesmannen i Sør-Trøndelag gjennomfører inneværende år.

Fylkesmannen er gitt myndighet til å føre tilsyn med helsetjenesten etter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 2.

Formålet med systemrevisjonen er å vurdere om virksomheten ivaretar ulike krav i lovgivningen gjennom sin internkontroll. Revisjonen omfatter undersøkelse om:

- hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema tilsynet omfatter
- tiltakene følges opp i praksis og om nødvendig korrigeres
- tiltakene er tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser.

Rapporten omhandler avvik og merknader som er avdekket under revisjonen og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfatter.

- **Avvik** er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift
- **Merknad** er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring

2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold

Tilsynet fant sted ved poliklinikken ved Revmatologisk avdeling Sykehuset Levanger, som er en del av Rehabiliteringsklinikken ved Helse Nord-Trøndelag HF. Rehabiliteringsklinikken består av 6 avdelinger. Revmatologisk avdeling har virksomhet ved Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger. Under Klinikkleder utøves ledelsen ved Revmatologisk avdeling av avdelingsleder og avdelingsoverlege.

Revmatologisk avdeling har pr i dag to overleger. En tredje overlegestilling er midlertidig omgjort til LIS-stilling. Avdelingen har tre LIS og fem sykepleiere. Det utøves sykepleiepoliklinikk ved Sykehuset Levanger. Pr i dag utøves også sykepleiepoliklinikk ved Sykehuset Namsos ved at sykepleiere fra Sykehuset Levanger reiser dit. To overleger og en LIS har avtalt utvidet arbeidstid, UTA, på mellom 3-8 timer i uken.

Revmatologisk avdeling driver poliklinikk, fra kl 0800 - 1600. Det er organisert kveldspoliklinikk mandag til torsdag. Avdelingen har tilgang til to senger ved medisinsk avdeling Sykehuset Levanger ved behov.

Revmatologisk avdeling dekker pasientområde Nord-Trøndelag samt søndre del av Nordland fylke, totalt ca 13500 innbyggere. Avdelingen har over mange år hatt lange ventelister. Det vises spesielt til rekrutteringsproblemer for spesialister i revmatologi.

3. Gjennomføring

Systemrevisjonen omfattet følgende aktiviteter:

Revisjonsvarsel ble utsendt 21.02.2012. Oversikt over dokumenter virksomheten har oversendt i forbindelse med tilsynet er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Åpningsmøte ble avholdt 09.05.2012.

Intervjuer

8 personer ble intervjuet.

Oversikt over dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Sluttmøte ble avholdt 10.05.2012.

4. Hva tilsynet omfattet

Tilsynet er innrettet mot revmatologisk poliklinikk.

Tilsynets hovedinnretning er

- a) Sykehusets system for håndtering og vurdering av henvisninger
- b) System for oppfølging og kontroll av pasienter, herunder samarbeid med fastlege, kommunal helsetjeneste osv

5. Funn

Avvik 1

Helse Nord-Trøndelag HF, Revmatologisk avdeling sikrer ikke nødvendig helsehjelp til alle pasienter med behov for oppfølging og kontroll

Avviket bygger på følgende myndighetskrav:

Lov om pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b

Lov om spesialisthelsetjeneste § 2-2

Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 2-2

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

Avviket bygger på følgende observasjoner:

Ventelisteregistreringen viser at ca 1500 pasienter har oversittet kritisk dato for medisinsk faglig begrunnet kontrolltime.

Avdelingen har etablert intern prioritering av pasientene ut fra tilstand og alvorlighet. Pasienter som ikke faller inn under prioriteringsgruppene, står på

uprioritert venteliste. Det beskrives liten kapasitet til å ta inn denne pasientgruppen.

Det gis ikke melding til pasient eller fastlege om at fastsatt kontrolltime ikke kan overholdes.

Det er iverksatt tiltak for å differensiere de alvorligs syke pasientene i ventelistene. Differensieringen er ikke gjennomført for alle ventende kontrollpasienter.

Kommentar:

Revmatologisk poliklinikk har et betydelig etterslep på polikliniske kontrollpasienter. Ventelistesituasjonen har vært utfordrende de siste par år, selv om Revmatologisk avdeling har gjort en betydelig innsats for å få oversikt over kontrollpasientene og har redusert antall på venteliste fra ca 3500. Av hensyn til pasientsikkerheten er det av stor betydning at man har tilstrekkelig oversikt over den medisinske tilstanden og behandlingen til pasientene som er satt opp til kontrolltimer ved poliklinikken. Tilsynsmyndigheten forutsetter at kontrolltidspunkter fastsettes ut fra faglige vurderinger, noe som betinger at det i hvert enkelt tilfelle må avklares om det er forsvarlig at ventetid forlenges ut over dette.

Tilsynet har avdekket at det foreligger en situasjon med betydelig omfang av overskridelser av medisinsk fastsatt kontrolldato for pasienter. Vi finner det riktig å vise til at det overfor tilsynsmyndigheten er redegjort for tiltak mht å følge opp ventelistesituasjonen. Dette inkluderer blant annet

- Periodisk innleie av spesialist i revmatologi
- Sykepleiedrevet poliklinikk
- Sykepleier foretar gjennomgang av ventelistene mht å avklare helsetilstanden hos pasientene og behov for kontrolltime ved å ta telefonisk kontakt med de pasientene det gjelder
- Det er definert tre prioriteringsgrupper ut fra tilstand og alvorlighet:
 - Rett til nødvendig helsehjelp
 - MÅ-pasienter, kode 01
 - Utredningspasienter, kode 03
- Pasienter med prioritet får koder i PAS slik at avdelingen lett kan søke de opp. De prioriterte pasienter settes opp innen frist/kritisk dato.
- Det er økt bevissthet mht å avslutte pasientforløp som kan overføres til oppfølging hos fastlegen
- Det er etablert kveldspoliklinikk med leger og sykepleiere
- Det er etablert ø-hjelps telefon som går på omgang blant legene
- Pasienten er gitt telefonkort – med telefonnummer til sykepleier og oppfordring om å ta kontakt ved forverrelse. Dette vil ved behov utløse øhjelpstid hos lege

Nevnte tiltak har foreløpig ikke hatt tilstrekkelig effekt på ventelistesituasjonen

Merknad 1

Helse Nord-Trøndelag HF, Revmatologisk avdeling bør gjennomgå system for dokumentasjon av medisinsk faglig vurdering av henvisninger

Merknaden bygger på følgende myndighetskrav:

Lov om pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2

Lov om helsepersonell § 40 jfr § 39

Forskrift om pasientjournal

Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 3

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

Merknaden bygger på følgende observasjoner:

- Den individuelle vurderingen av den enkelte pasient fremkommer ikke helt klart dokumentert i journalnotat, sjekkliste el

Kommentar:

I pasientens rett til vurdering skal det hensynstas individuelle forhold hos pasienten. Prioriteringsveileder Revmatologi gir etter tilsynsmyndighetens vurdering veiledning i forhold til dette. Det fremkommer blant annet *Individuelle forhold kan tilsi at rettighetsstatus og/eller frist blir annerledes for den aktuelle pasienten enn for tilstandsgruppen som pasienten tilhører. Det følger videre I veiledertabellen gis det en veiledende anbefaling på gruppenivå. Når en konkret henvisning skal vurderes, skal spesialisten vurdere om noen av de individuelle forhold som er nevnt i veiledertabellen er tilstede.*

Individuelle vurderinger av pasienten etter henvisning til spesialisthelsetjenesten vil være sentrale opplysninger som skal gjenfinnes i pasientjournalen.

Merknad 2

Helse Nord-Trøndelag HF, Revmatologisk avdeling bør gjennomgå systemet for tilbakemelding til fastlege ved vurderinger av henvisninger

Merknaden bygger på følgende myndighetskrav:

Lov om pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2

Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 3

Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

Merknaden bygger på følgende observasjoner:

- Det gis ikke alltid tilbakemelding til fastlegen på henvisninger etter vurdering/prioritering.
- Der pasienten er henvist fra annen avdeling i sykehuset gis det ikke tilbakemelding til pasientens fastlege. Heller ikke der pasienten blir rettighetspasient med individuell behandlingsfrist.

Tilsynsmyndigheten har for øvrig merket seg:

Det går journalnotat til både fastlege og pasient etter hver konsultasjon. Journalnotat skrives stort sett samme dag som konsultasjonen har funnet sted. Der sykepleier utfører legedelegert poliklinikk, bli journalnotatet fra sykepleier gjennomgått og godkjent av revmatolog.

Avdelingen har over år hatt fokus på å bedre henvisninger fra fastlegene. Det har vært avholdt emnekurs i revmatologi i nordfylket, og avdelingen har utarbeidet sjekkliste for henvisninger som har vært presentert i møte i Innherred medisinske forum med fastlegene. Sjekklisten benyttes også ved innhenting av tilleggsinformasjon ved mangelfulle henvisninger.

6. Vurdering av virksomhetens styringssystem

Revmatologisk avdeling har etablert system for håndtering av henvisninger. Henvisninger blir fortløpende registrert og vurdert. Gjennomgang av mottatte henvisninger viser at vurderingsfristen overholdes og rett til nødvendig helsehjelp avklares og individuelle behandlingsfrister fastsettes. Det er et overordnet styringskrav at fristbrudd for individuelle behandlingsfrister ikke skal forekomme, samt at den totale ventetiden, både for pasienter med rett og uten rett, skal ned mot 65 dager. Tilsynets gjennomgang har ikke avdekket at individuelle behandlingsfrister ikke overholdes.

Avdelingsmøter avholdes hver 14 dag. Gjennomgang av møtereferatene viser deltakelse fra hele avdelingen og med drøftelser knyttet til både fag og drift. Avdelingsmøtene fremstår således som en aktiv styringsarena for revmatologisk avdeling.

For EQS er det avklarte ansvarsroller. Det fremkommer i referat fra avdelingsmøter at det er satt fokus på at den enkelte ansatte skal gjøre seg kjent med og ta EQS i bruk. Det fremkommer under tilsynet ulik bruk av og kunnskap om EQS. Avdelingens prosedyrer ligger i EQS. Tilsynet avdekket at bare en prosedyre, som etterleves i avdelingen, var utgått på dato uten at revisjonsprosessen var ivarettatt.

Det er fremlagt veileder for klinikkvise kompetanseplaner. Det redegjøres for systematisk utdanningsløp og kompetansesikring for leger. Det foreligger ikke planlagt og systematisk sikring av sykepleietjenesten, men det redegjøres for at det gjennom året gjennomføres ulike kompetansetiltak rettet inn mot sykepleietjenesten. Det foreligger heller ingen plan for etterutdanning av overleger. Det gis mye veiledning til sykepleiere i den løpende pasientbehandlingen etter "mester/svenn" – prinsippet. Det beskrives lav terskel for å be om råd og veiledning. Avdelingen har prioritert sykepleiere inn til Høyskolen i Bergen, Videreutdanning for revmatologiske sykepleiere. Grunnet manglende søkere har høyskolen ikke hatt tilbud de siste år.

Det foreligger elektronisk avvikssystem i EQS. Det er ulik forståelse av hvordan interne avvik skal meldes. Systemet er i liten grad tatt i bruk mht interne avvik som ledd i kvalitetsarbeidet i virksomheten.

7. Regelverk

Lov om pasient- og brukerrettigheter
Forskrift om prioritering av helsetjenester med mer
Forskrift om ventelisteregistrering
Lov om spesialisthelsetjeneste
Lov om helsepersonell
Forskrift om pasientjournal
Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten
Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten

8. Dokumentunderlag

Virksomhetens egen dokumentasjon knyttet til den daglige drift og andre forhold av betydning som ble oversendt under forberedelsen av revisjonen:

*Tilsyn – polikliniske tjenester til revmatologiske pasienter
Helse Nord-Trøndelag HF Sykehuset Levanger*

- Redegjørelse for Revmatologisk avdeling
- Organisasjonskart
- Stillingsbeskrivelser
- Prosedyre – introduksjon nytilsatte i revmatologisk avdeling
- Veileder for klinikkvise kompetanseplaner 2010 – 2015
- Tilbakemelding på Rapport om spesialutdanning i revmatologi for 2010
- Undervisningsplan Revma avdeling 2011, 1. og 2. halvår
- Individuelle bemanningsplaner for leger
- Prosedyre – samarbeidsavtale HNT og kommunene
- Prosedyre – samarbeidsavtale Rheuma-Medisin
- Prosedyre – utredning av pasienter før oppstart med biologisk behandling
- Prosedyre – klargjøring og administrering av Remicade
- Pasientinformasjon Humira inj
- Prosedyre – ENBREL-informasjon
- Prosedyre – RoACTEMRA
- Prosedyre – MABTHERA
- Prosedyre – ACLASTA-bisfosfonat
- Prosedyre – Steroidpuls-iv administrering
- Prosedyre – diagnostisering og oppfølging av Sjøgrens Syndrom
- Prosedyre – Måling av ustimulert spyttkjertelflow
- Prosedyre – RØNTGEN henvising og svar
- Flytdiagram henvisinger – arbeidsbeskrivelse
- Ukeplan for leger
- Ukeplan for sykepleiere
- Prosedyre – sykepleiepoliklinikk
- Hoveddiagnoser ved revmatologisk avdeling 2011
- Prosedyre – saksgang ved behandling av pasientskader
- Avvikshåndtering, registrerte eksterne avvik 2011/2012

Dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket:

- Standardbrev til pasient og henviser
- Sjekkliste som vedlegg til henvisning til revmatolog
- Møtereferat fra avdelingsmøter
- Legelapp/kodeark
- Sjekkliste sykepleiepoliklinikk
- Avviksperm
- Brev fra Helse Midt-Norge av 02.03.11 Handlingsplan for reduksjon av den totale ventetid ned mot 65 dager
- Rapporter fristbrudd og ventetid

Gjennomgang av pasientjournaler:

Vurdering av henvisninger 24 pasienter

Journalnotat til de 20 siste pasientene ved poliklinikken som nylig har startet opp med immunsuppressiv behandling, inklusive biologiske midler

Journalnotat til de 11 siste pasientene som har startet med annen behandling, for eksempel NSAID

Korrespondanse mellom virksomheten og Helsetilsynet i Sør-Trøndelag:

- Varsel om tilsyn 21.02.2012
- Mottatt dokumentasjon 03.04.2012
- Div korrespondanse i tilretteleggingen av tilsynet

9. Deltakere ved tilsynet

I tabellen under er det gitt en oversikt over deltakerne på åpningsmøte og sluttmøte, og over hvilke personer som ble intervjuet.

Navn	Funksjon / stilling	Åpningsmøte	Intervju	Sluttmøte
Oddrun Halsan	Sykepleier		X	
Unni Myran	Avdelingsleder	X	X	X
Heidi Røsdal	kontortjeneste	X	X	X
Jan Chr Krog	Kst avdelingsoverlege	X	X	X
Gudrun Veske	Stedfortreder/sykepleier	X	X	X
Joost Dekker	overlege	X	X	X
Siv Elisabeth Rein	LIS	X	X	X
Tore Andersen	Klinikkleder	X	X	X
Asbjørn Johnsen	Sykepleier	X		X
Kristine Knudsen				X
Arne Flaatt	Direktør			X

Fra tilsynsmyndighetene deltok:

Ass.fylkeslege Tor-Finn Granlund, revisor

Rådgiver/sykepleier Åse Hansen, revisor

Seniorrådgiver/jurist Mona B Parow, revisjonsleder

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
Sykehuset Levanger
Rehabiliteringsklinikken

Svar på rapport

fra

tilsyn Revmatologisk avd. HNT HF

9.-10. mai 2012

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
Sykehuset Levanger
Rehabiliteringsklinikken

Innhold:

1.	Avvik	s. 3
2.	Innledning	s. 3
3.	Tilpasning av bemanningssituasjonen	s. 4
4.	Utfordringer i rekruttering	s. 5
5.	System for å sikre oppfølging og kontroll	s. 5
6.	Gjennomgang av ventelister	s. 6
	- pasienter som har ventet lengst	
7.	Gjennomgang av ventelister	s. 7
	- pasienter som har fått fastsatt kontrolltime i løpet av 2011 og 2012 til og med dags dato	
8.	Tilbakeføring av pasienter til fastlege	s. 8
9.	Kompetanseoverføring til fastleger	s. 8
10.	Bedring av kvalitet på henvisninger	s. 9
11.	Oppsummering av tiltakene	s. 10
12.	Sammendrag	s. 11

HELSE NORD-TRØNDELAGE HF
Sykehuset Levanger
Rehabiliteringsklinikken

280912

Svar på rapport fra tilsyn Revmatologisk avdeling HNT HF 9.-10. mai 2012

Ved tilsyn i avdelingen i mai 2012, fikk Revmatologisk avdeling HNT HF et avvik.

1. Avvik:

Helse Nord- Trøndelag HF, Revmatologisk avdeling sikrer ikke nødvendig helsehjelp til alle pasienter med behov for oppfølging og kontroll.

Det gis ikke melding til pasient eller fastlege om at fastsatt kontrolltime ikke kan overholdes. Differensiering av de alvorligste syke pasienter i venteliste er ikke gjennomført for alle ventende kontrollpasienter. Kontrolltidspunkt fastsettes ut fra faglige vurderinger, noe som betyr at det i hvert enkelt tilfelle må avklares om det er forsvarlig at ventetid forlenges ut over dette.

Tilsynet har avdekket at det foreligger en situasjon med betydelig omfang av overskridelser av medisinsk, fastsatt kontrolldato for pasienter.

2. Innledning:

Revmatologisk avd. HNT HF har i mange år hatt et kapasitetsproblem. Hovedsaklig grunnet mangel på spesialister i revmatologi, som også forekommer ved andre revmatologiske avdelinger i Midt-Norge og i andre helseregioner i Norge og i Skandinavia for øvrig.

Fagnettverket i revmatologi i HMN har bekreftet at spesialister i revmatologi er mangelvare og erfaring viser at på kort sikt blir det lite tilsig av nyutdannende spesialister i revmatologi for HNT HF, grunnet for lav spesialistutdanningskapasitet på nasjonalt nivå. På lengre sikt er man mer optimistisk, da mange unge leger har oppdaget at revmatologi er et spennende, attraktivt fagfelt i rask utvikling. Som en nokså liten avdeling i distrikt-Norge har vi altså krevende utfordringer i forhold til rekruttering, som blir ekstra krevende både på kort sikt og lengre sikt. Dette fordi mange nyutdannede spesialister ofte velger å jobbe på store avdelinger fremfor små.

Fagnettverket har ventilert at et riktigere normtall i revmatologisk fagfelt er 1 spesialist i revmatologi pr. 30 000 innbyggere. For HNT HF betyr det 4-5 revmatologer og i tillegg 2 LIS- leger, som ansees å kunne dekke nåværende behov for revmatologisk spesialisthelsetjeneste i HNT HF som har et nedslagsfelt på 135 000 innbyggere.

Dagens normtall er 1 spesialist pr. 40 000 innbyggere, som skulle tilsi 3-4 spesialister i revmatologi i HNT HF og 2 LIS- leger.

De anbefalte normtall fra fagnettverket i revmatologi og dagens normtall står i sterkt kontrast med nåværende bemanning, med 2 spesialister i revmatologi, noe som tydeliggjør underkapasitet for revmatologisk spesialisthelsetjeneste i Nord-Trøndelag.

Den kroniske underbemanning for spesialister i revmatologi i HNT HF har gjort at avdelingen selv har satt inn tiltak. Dette har til en viss grad bedret kapasiteten ved avdelingen, og har kommet revmatikere, med tilhørighet i HNT HF sitt nedslagsfelt til gode ved å redusere ventetidene.

3. Tilpasning av bemanningssituasjonen for å maksimalisere kapasitet.

Avdelingen har i tillegg til 2 spesialister i revmatologi fra 3.september 2012, 4 LIS-leger, 1 spesialsykepleier i revmatologi og 2 erfarne revmasykepleiere som driver poliklinisk virksomhet. I tillegg har avdelingen 3 erfarne sykepleiere som drifter andre oppgaver ved avdelingen.

Spesialsykepleier i revmatologi er avdelingens leder med ansvar for personal, økonomi og daglig drift. Dette frigjør avdelingsoverlegen for slike oppgaver, slik at han får mer tid til pasientarbeid, veiledning, supervisjon og undervisning av LIS leger og veiledning av revmasykepleiere.

Bevisst satsing på flere LIS-stillinger sammen med aktiv bruk av sykepleiere i kontrollvirksomheten indikerer at kapasiteten i avdelingen er maksimalt utnyttet. Ventetiden er på grunn av dette betydelig redusert den siste tiden.

Revmasykepleiere driver poliklinikk med kontroll av pasienter med etablert revmatologisk sykdom/diagnostisert tidligere som bruker sykdomsmodifiserende medikamenter eller biologiske legemidler eller kombinasjon av disse to, og i tillegg er i remisjon eller har lav sykdomsaktivitet over lengere tid. Dette for å sikre at disse pasientene forblir i remisjon og har lav sykdomsaktivitet resten av livet. Dette frigjør poliklinikktimer og øker kapasitet ved legedrevet revmatologisk poliklinikk.

Avdelingen vil forsøke å øke kapasitet på revmasykepleierpoliklinikk, for å ytterligere frigjøre poliklinikktimer ved legedrevet revmatologisk poliklinikk.

Avdelingen overveier som nytt tiltak om nyhenviste pasienter som er vurdert i følge prioriteringsveileder i revmatologi og som faller i bestemte sykdomskategorier (artrose og fibromyalgi) kan vurderes av revmasykepleier (jobbgledning) under supervisjon av overlege, som igjen frigjør poliklinikktimer ved avdelingen.

Avdelingen har og vil fortsatt leie inn spesialist i revmatologi fra vikarbyrå, som skal bidra og være med på alle pasientrelaterte aktiviteter ved avdelingen. Det gjelder kasuistikk møte, legeforum for vurdering av indikasjon for biologisk behandling, avdelingsmøter og internundervisning. Innsats av innleid revmatolog bidrar til å følge opp og bedre ventelistesituasjonen med betydelig omfang av overskridelse av medisinsk fastsatt kritisk kontrolldato for pasienter. Innleie av spesialist i revmatologi fra vikarbyrå krever derimot ekstra ordinære økonomiske ressurser og i tillegg tidkrevende kontroll på kvalitet av den innleide revmatolog.

Avdelingen ser ikke for seg at overnevnte krav til innleid revmatolog fra vikarbyrå kan realiseres ved å engasjere avtalespesialist, som arbeider utenfor sykehus uten å ha mulighet til å være fysisk tilstede ved revmatologisk avdeling.

Medisinsk avdeling ansees ikke å kunne være buffer for vurdering og behandling av revmatologiske pasienter grunnet at det generelle revmatologiske kunnskapsnivå ikke er høyt nok.

De 4 LIS-leger og de 3 revmasykepleiere som driver revmatologisk poliklinikk skaper en betydelig utfordring for de 2 spesialistene i revmatologi i forhold til revmatologisk faglige beslutninger, veiledning, supervisjon og undervisning av forannevnte LIS-leger og revmasykepleiere.

4. Utfordringer i rekruttering av spesialister i revmatologi og LIS- leger, sårbarhet og tiltak for å redusere sårbarhet.

I rapport "Kompetanse og kapasitet – Styring og koordinering av legeressurser" gir Helse Nord-Trøndelag HF tilbakemelding til Helse Midt-Norge RHF om vurdering av sårbare fagmiljø og tiltak for å redusere sårbarhet. I rapporten beskrives revmatologisk avdeling som særlig sårbar grunnet for lav nasjonal spesialistutdanningskapasitet og utilstrekkelig kapasitet for å møte etterspørselen. Dette til tross for bevisst satsing på LIS- leger og aktiv bruk av sykepleiere i kontrollvirksomhet.

I tråd med resultat av risiko- og sårbarhets (ROS)- analyse for å redusere sårbarheten har avdelingen iverksatt forbedringstiltak knyttet til pasientforløp, aktivitetsplanlegging, arbeidsplanlegging og oppgavefordeling (jobbglidning). Det gjenstår imidlertid styrking av revmatologisk fagmiljø i form av revmatologisk spesialistkompetanse med intensivering av rekruttering for spesialist i revmatologi, opprettelse av overlegehjemler og nødvendige økonomiske ressurser for å realisere forannevnte.

Avdelingen jobber derfor med å intensivere arbeidet med rekruttering av spesialist i revmatologi i den 3. overlegehjemmel så raskt som mulig. Avdelingen ser for seg ekstra stimuleringsstiltak for rekruttering som gjør at stilling ved vår avdeling blir mer attraktiv enn liknende stilling ved andre avdelinger. Avdelingen forventer dessuten at sykehusledelsen jobber aktivt for opprettelse av 4. overlegehjemmel.

Avdelingen har 3 overlegehjemler. I 2 av hjemlene er det ansatt 2 spesialister i revmatologi som nærmer seg 60 år, begge to. I den 3. hjemmel er det ansatt overlege i permisjon fram til desember 2013, som i dag bor i Amerika. Den 3. overlegehjemmel, er midlertidig omgjort til LIS – stilling, som er lettere å bemanne og samtidig øker antall tilgjengelige lege-poliklinikktimer ved avdelingen.

Avdelingen har 2 LIS- hjemler til rådighet, i tillegg til den ovenfornevnte tilgjengelige LIS-stilling. De 2 LIS- legene som er ansatt i de 2 forannevnte LIS-hjemler er i permisjon. De er under spesialisering til revmatolog ved revmatologisk avdeling Universitetssykehus i Trondheim og i Oslo etter at de hadde fullført utdanning her ved avdelingen. Avdelingen har ansatt 2 vikar LIS-leger i forannevnte stillinger.

Avdelingen har opprettet en ekstra 4. LIS-stilling i lånt hjemmel fra nevrologisk avdeling og har ansatt en allmenpraktiserende lege i den stillingen.

Avdelingen har altså bevist opprettet 2 ekstra LIS stillinger utover de 2 eksisterende hjemler, for så å øke antall tilgjengelige poliklinikktimer ved revmatologisk poliklinikk og dermed øke kapasiteten i avdelingen.

Rekruttering for spesialister i revmatologi er en stor utfordring. Av erfaring viser det seg at ferdigutdannet LIS- leger i revmatologi ikke alltid vender tilbake til sin "moderavdeling" der de har startet sin yrkeskarriere.

Avdelingen har utlyst stilling for spesialist i revmatologi flere ganger iløpet av siste 14 år og kun en lege har vist interesse. Han er tidligere allmenpraktiserende lege, og er blant annet utdannet ved revmatologisk avdeling ved HNT HF. Dette illustrerer det vanskelige rekrutteringsgrunnlaget for spesialister i revmatologi og bekrefter at revmatologi er et rekrutteringssvakt fagområde.

5. System for å sikre oppfølging og kontroll av pasienter på prioritert og uprioritert venteliste med medisinsk, revmatologisk forsvarlig fastsatt kritisk kontrolldato.

Avdelingen jobber bevisst og aktivt for å bedre kvaliteten på revmatologisk spesialisthelsetjeneste. Fagfeltet er under press, grunnet misforhold mellom kapasitet og etterspørsel, rekrutteringssvakt fagområde, høyt arbeidspress i forhold til revmatologiske faglige vurderinger, supervisjon og undervisning av LIS-leger og revmasykepleiere.

I tillegg har jobber avdelingen for å bedre pasientsikkerheten som har vært under press grunnet manglende helhetlig system for å kunne avdekke, rette opp og forebygge at pasienter med etablert revmatiske sykdommer med moderat til høy sykdomsaktivitet, eventuelt

medikamentbivirkning, for å hindre at disse pasientene blir stående uoppdaget på ikke priorotert venteliste.

Avdelingen har etablerte rutiner for å kunne differensiere mellom pasientene på prioriterte og uprioriterte ventelister. Avdelingen har innført lavterskeltilbud i form av sykepleiertelefon som er tilgjengelig faste tider i løpet av arbeidsdagen. Alle pasienter får telefonkort med sykepleiertelefonnummer og oppfordring om å ta kontakt ved forverrelse eller andre spørsmål. Ved henvendelse kan dette utløse øyeblikkelighjelpstid, framskyndet kontrolltid eller framskyndet førstgangsvurdering.

Avdelingen har definert 4 prioriteringsgrupper ut fra revmatisk helsetilstand og alvorlighetsgrad:

- Øyeblikkelighjelp-pasienter
Ø1 - er pasienter som har blitt henvist av fastlege med forespørsel om øyeblikkelighjelp, etter telefonkontakt på øyeblikkelighjelpstelefon, som går på omgang mellom legene.
Ø2- er pasienter i våre kontrollister som har hatt telefonkontakt med revmasykepleier og deretter er det besluttet behov for øyeblikkelighjelpstid.
- Pasienter under utredning med fastsatt oppfølgingstid for å komme til diagnose så raskt som mulig defineres som Ø3 i PAS-systemet.
- Pasienter som nylig har startet med sykdomsmodifiserende medikamenter, biologisk legemiddel eller kombinasjon som har behov for tett oppfølging for å oppnå predefinerte behandlingsmål så raskt som mulig, samt pasienter med etablerte bindevevssykdommer. Forannevnte pasienter defineres som MÅ i PAS-systemet.
- Pasienter med rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp og fastsatt dato for førstegangsvurdering, defineres som nyhenvist pasient vurdert i følge prioriteringsveileder i revmatologi og hvor følgeskriv til ekstern henvisning er ferdigutfyllt.

For de øvrige pasienter på uprioriterte venteliste og med fastsatt kritisk kontrolltid har avdelingen gjennomført søk på ventelistene med pasienter som har ventet lengst.

I tillegg skal det innføres som ny rutine, søk på venteliste med pasienter som nylig, for 3-12 måneder siden har fått fastsatt kritisk kontrolltid.

6. Gjennomgang av ventelister for pasienter som har ventet lengst:

Fra høst 2011 ble tiltak iverksatt for å kartlegge og å følge opp pasienter på venteliste som har ventet lengst. Før avdelingen startet med dette tiltaket, var det mer enn 3500 pasienter totalt på venteliste. Disse hadde overskredet sin medisinske revmatologiske fastsatte kritisk kontrolltid, og pasient og fastlege hadde ikke fått melding om at kontrolltid ikke kunne overholdes.

Ventelister fra 2005 og de påfølgende år ble skrevet ut, og etter nøye gjennomgang med søk i aktuelle pasientjournal i EPJ ble diagnose, eventuelle bruk av sykdomsmodifiserende medikamenter og sist beskrevne revmatologisk problemstilling, kartlagt. Ved behov ble det konferert med spesialist i revmatologi angående diagnose, bruk av medikamenter og sistnevnte revmatologiske problemstilling for å avklare nåværende individuelle revmatologiske helsetilstand. Dette for å komme til revmatologisk begrunnelse for videre kontroll eller ikke i hvert enkelt tilfelle. Deretter ble den aktuelle pasienten ringt opp for å avklare nåværende helsesituasjon i forhold til den revmatologiske diagnose, medikamentbruk og siste beskrevne revmatologisk problemstilling, for å komme til følgende beslutning:

1. Pasient som fortsatt hadde behov for kontrolltid, ble satt opp på time i den grad man hadde ledig kapasitet.
2. Den opprinnelige revmatologiske helsetilstand var ikke aktuell lengre og i samråd med pasienten, ble det vurdert om det forelå behov for videre kontroll i revmatologisk spesialisthelsetjeneste. Hvis pasienten ikke hadde behov for videre kontroll i revmatologisk spesialisthelsetjenesten, ble pasienten og fastlege skriftlig informert om dette og pasienten ble strøket fra venteliste. Hvis pasienten likevel hadde behov for kontrolltid ble pasienten oppsatt på time i den grad avdelingen hadde ledig kapasitet.

Pasienter som fortsatt hadde behov for kontrolltime skapte en utfordring for revmatologisk avdeling, da avdelingen har få ledige poliklinikkter etter at de pasientene i de ovenfor nevnte prioriteringsgruppene var satt opp.

På grunn av økt behov for poliklinikkter, har revmatologisk avdeling leid inn spesialister i revmatologi for å møte den midlertidig økte etterspørsel for kontrolltime ved revmatologisk avdeling.

Avdelingen har på nåværende tidspunkt avsluttet gjennomgang av ventelister i 2005, 2006, 2007 og 2008 og er godt i gang med kartlegging av ventelister for 2009, 2010 og 2011.

Ovenfornevnte tiltak har ført til at tallet på ventende kontrollpasienter med overskredet medisinsk revmatologisk fastsatt kritisk kontrolldato, er redusert til 1300 pasienter pr 1.september 2012. Avdelingen viderefører dette arbeidet.

7. Gjennomgang av venteliste for pasienter som har fått fastsatt kritisk kontrolltime i løpet av 2011 og 2012 til og med dags dato.

Pasienter som har fått fastsatt kritisk kontrolltime i løpet av 2011 og 2012 til og med dags dato og hvor pasient og fastlege ikke ble informert om at fastsatt kontrolltime ikke kunne overholdes, fordi avdelingen ikke hadde system for kontroll av venteliste, slik at fastsatt kritisk kontrolltime kunne overholdes. Dette har ført til overskridelse av medisinsk- og revmatologisk faglig fastsatt kritisk kontrolldato for pasienter.

Fra høsten 2012 blir tiltak iverksatt for å kartlegge og å følge opp pasienter på venteliste med fastsatt kontrolltime i løpet av 2011 og 2012 til og med dags dato.

Den 1. i hver måned skrives det ut lister av pasienter som har fått fastsatt kontrolltime i den måneden som begynner 2 måneder fram i tid, som er den 3. måned fram i tid. I nevnte liste gjennomføres nøye gjennomgang med søk i pasientenes journal/EPJ med kartlegging av diagnose, bruk av sykdomsmodifiserende medikamenter og revmatologisk problemstilling. Ved behov skal det bli konferert med spesialist i revmatologi angående diagnose, bruk av medikamenter og sistnevnte revmatologiske problemstilling for å avklare nåværende revmatologiske helsetilstand, for å komme til individuell revmatologisk begrunnelse for eventuell utsettelse av kontrolltime. Deretter vil den aktuelle pasient bli ringt for å avklare nåværende helsesituasjon i forhold til den revmatologiske diagnose, medikamentbruk og siste beskrevne revmatologisk problemstilling for å komme til følgende beslutning:

1. Pasienter som har behov for revmatologisk kontroll blir satt opp på kontrolltime i den grad man har ledig kapasitet.
2. Pasienter som ikke har behov for fastsatt revmatologisk kontroll får tilbud om å utsette kontrolltime med 3 – 6 måneder. Hvis pasienter takker ja til tilbudet, blir pasienten og fastlege skriftlig informert om dette. Pasientens opprinnelige fastsatte kontrolltime blir flyttet fram i tid i PAS- system etter avtale med pasienten, i den grad avdelingen har tilstrekkelig kapasitet på lik linje som ved pasienter som har stått på venteliste lengst og fortsatt har behov for kontrolltime.

På denne måte forsøker avdelingen å sikre at fastsatte kontrolltimer blir overholdt og forhindrer overskridelser av medisinsk- og revmatologisk faglig fastsatt kritisk kontrolltime i hvert enkelt tilfelle.

I tillegg gjør dette det mulig å gjennomføre differensiering av alle ventende kontrollpasienter for å fange opp de alvorligst syke pasientene i ventelistene.

Å jobbe proaktivt med ventelistene gir avdelingen bedre internkontroll i forhold til å evaluere om fastsatte kontrolltimer med frist mellom 3 og 12 måneder for pasienter i ulike diagnosekategorier er riktig. Hvis det viser seg at fastsatt kontrolltime for mange pasienter kan forskyves fram i tid, må avdelingen gjennomgå medisinsk faglig beslutningsprosesser med hensyn til fastsetting av kontrolltimer for de ulike revmatologiske sykdomskategorier. Dessuten vil avdelingen gjennom dette kartlegge på en bedre måte, om tilgjengelig revmatologiske poliklinikkter, knyttet opp mot eksisterende lege- og sykepleierressurs er tilstrekkelig nok for å dekke revmatologiske poliklinikkter for de ovenfornevnte ulike pasientkategorier med forhåndsbestemt fastsatt førstevurdering, kontroll og oppfølging.

8. Tilbakeføring av pasienter til fastlege.

Ny prosedyre ble utformet og godkjent av Fagnettverket i Revmatologi i Helse Midt-Norge i 2011. Denne prosedyren gjelder pasienter med diagnosen primær Sjøgren Syndrom og beskriver hvordan de skal tilbakeføres til fastlegen for å få sin videre oppfølging der. Det er sendt ut brev til alle fastleger angående oppfølging og observasjon for den pasientgruppen. Alle pasienter som blir avsluttet i avdelingen og tilbakeført til fastlege, får informasjonsskriv om hva som er viktig i forhold til eventuelle endringer i sykdommen med samtidig opplysninger om forhold som tilsier fornyet behov for vurdering i revmatologisk spesialisthelsetjeneste.

Det har siden januar 2011 fortløpende blitt vurdert om også pasienter med andre diagnoser i større grad kan tilbakeføres til fastlege. Avdelingen har endret praksis siden 2011 først og fremst for pasienter som har fått diagnoser primær polyarticular artrose, fibromyalgi, enkel form for urinsyregikt og polymyalgia revmatika.

Nylig ble det utarbeidet prosedyre for diagnosen Sjøgrens syndrom som beskriver beslutningsprosesser for å komme til medisinsk- og revmatologisk faglig forsvarlig avslutning av videre kontroll ved revmatologisk avdeling og tilbakeføring til fastleger med anbefalinger for videre oppfølging og behandling. Avdelingen tilstreber at forannevnte praksis gjennomføres også for andre ovenfornevnte diagnosegrupper i samarbeid med Fagnettverket i Revmatolog i Helse Midt -Norge, for å ha lik praksis i helseregion Midt-Norge.

Tilbakeføring av pasienter med diagnose primær Sjøgrens syndrom og pasienter med diagnoser primær polyarticular artrose, fibromyalgi, enkel form for urinsyregikt og polymyalgia revmatika vil kunne frigjøre poliklinikktimer for andre pasientkategorier med høyere medisinsk- og revmatologisk faglig prioritering.

9. Kompetanseoverføring til fastleger

For å sikre riktig oppfølging og kontroll av pasienter med diagnose primær Sjøgren syndrom, primær polyarticular artrose, fibromyalgi, enkel form for urinsyregikt og polymyalgia revmatika, samt for å informere om moderne revmatologisk behandling av pasienter med etablerte revmatologiske sykdommer ved revmatologisk avdeling, har avdelingen organisert møter med allmennpraktiserende leger.

Høsten 2010 hadde revmatologisk avdelingen ved avdelingsoverlege 2 kvelder à 3 timer med tema "Revmatologi i allmennpraksis" for fastleger i Namsos og Namdalsregionen. Kurset ble godkjent som tellende for spesialiteten, spesialist i allmennmedisin.

I februar 2012 hadde avdelingen ved revmatologer og avdelingsleder en temakveld med foredrag i forumet "Innherred medisinske forum". Dette er en arena hvor nåværende revmatologisk praksis ble gjennomgått og undervist i. Blant annet gjennomgang av prosedyrer, tilbakeføring av pasienter med diagnose primær Sjøgrens syndrom til fastlege, gjennomgang av kvalitet på henvisninger som revmatologisk avdeling mottar fra fastleger, gjennomgang av viktigheten med å fylle ut sjekklister i revmatologi når pasienter henvises til revmatologisk avdeling og til sist gjennomgang av avdelingen, drift og bemanning m.m.

Avdelingen kan tenke seg at det skal kunne utdannes "praksiskonsulenter" i førstelinje tjeneste som kan være et bindeledd mellom allmennlegene og revmatologisk spesialisthelsetjenesten for å bedre kompetanseoverføring.

Kompetanseoverføring mener vi er et tiltak som gjør det medisinsk- og revmatologisk faglig forsvarlig at pasienter med ovenfornevnte diagnoser kan kontrolleres og følges opp i primærhelsetjenesten. Dette igjen frigjør poliklinikktimer for å sikre nødvendig helsehjelp til pasienter som har størst behov for oppfølging og kontroll i revmatologisk spesialisthelsetjeneste.

10. Bedring av kvalitet på henvisninger.

Antall henvisninger som revmatologisk avdelingen mottar hver måned ligger på mellom 50-60, totalt antall mottatte henvisninger hittil i år, tom august er 440. Av de mottatte henvisninger utløser om lag 70 % førstegangsvurderinger med rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp med behandlingsfrist mellom 4-12 uker, ut fra prioriteringsveileder i revmatologi. Cirka 25 % av henvisningene utløser behov for vurdering i revmatologisk spesialisthelsetjeneste med behandlingsfrist med 52 uker i følge prioriteringsveileder i revmatologi. Behov for helsehjelp av spesialisthelsetjeneste, men ikke fra revmatologisk spesialisthelsetjeneste og henvisninger som ansees ikke å ha behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjeneste utgjør cirka 5 % av totale antall mottatte henvisninger. Utenom planlagte, elektive førstegangs vurderinger, har avdelingen øyeblikkelighjelp vurderinger som fordeles i 2 kategorier som er nevnt under de 4 definerte prioriteringsgrupper ovenfor. Første gangs konsultasjon av nyhenviste pasienter utgjør 22,4 % av alle polikliniske konsultasjoner hittil i år. Utenom planlagte konsultasjoner og øyeblikkelighjelpkonsultasjoner har avdelingen ansvar for revmatologisk tilsyn ved de øvrige kliniske avdelinger på sykehuset (#112).

Det er et nasjonalt helsepolitisk krav at ingen pasient i kategori ” rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp” skal oppleve fristbrudd. Det er en nasjonal målsetting at ventetiden for pasienter med rett til nødvendig(prioritert) helsehjelp samt pasienter med behov for helsehjelp i revmatologisk spesialisthelsetjeneste og pasienter som har behov for helsehjelp i en annen spesialitet (videresendte henvisninger) skal ligge under 65 dager.

For å bedre kvalitet på henvisninger har vi drevet med kompetanseoverføring til fastleger med informasjon angående revmatologi i allmennpraksis, moderne revmatologisk behandling av pasienter med etablerte revmatologiske sykdommer, om kvalitet på henvisninger til revmatologisk avdeling og viktigheten med riktig utfylte sjekkliste revmatologi, når pasienter henvises til revmatologisk avdeling.

Bedre kvalitet på henvisninger gjør det mulig for revmatologisk avdeling å differensiere bedre mellom pasienter som har rett til nødvendig (prioritert) helsehjelp og pasienter med behov for helsehjelp, samt å kunne fastsette time og dato for medisinsk- og revmatologisk faglig forsvarlig førstevurdering ved revmatologisk avd HNT HF. Dette for å bedre kvalitet og pasientsikkerhet samt for å utnytte tilgjengelig polikliniske timer på best mulig måte.

11. Oppsummering av tiltakene:

Tiltakene bidrar til å sikre at pasienter med rett til nødvendig(prioritert) helsehjelp, får riktig prioritering til rett tid med fastsatt time og dato til førstevurdering. Tiltakene bidrar til å sikre at pasienter under utredning og pasienter med etablert revmatologisk sykdom med prioritert eller uprioritert behov for oppfølging og kontroll, får fastsatt kontrolltime og dato samt bidrar til å sikre at den planlagte, fastsatte kontrolltime blir overholdt.

I tillegg bidrar tiltakene til å sikre differensiering av de alvorligst syke pasientene på ventelistene, slik at den opprinnelig anbefalte kontrolltiden overholdes eller eventuelt blir framskyndet. Tiltakene vil bidra til økt pasientsikkerhet og vil kunne hindre overskridelse av medisinsk-revmatologisk fastsatt kritisk kontrolldato. Tiltakene vil også sikre at pasient og fastlege fortløpende blir informert om eventuelle endringer i opprinnelig anbefalt kontroll. Tiltakene utnytter tilgjengelig poliklinikktimer på best mulig måte, øker kapasiteten og oppsummeres slik:

1. Tilpasning av nåværende bemanningssituasjonen

- Avdelingen forventer at sykehusledelsen arbeider aktivt for snarlig opprettelse av 4. overlegehjemmel.
- Optimalisering, effektivisering og utvidelse av sykepleiedrevet poliklinikk.
- Spesialsykepleier i revmatologi vil fortsatt være avdelingsleder med ansvar for daglig drift.
- Periodisk innleie av spesialist i revmatologi, noe som fører til store utfordring kostnadmessig og i forhold til supervisjon.
- Engasjement av avtalespesialist ansees som uaktuelt.

2. Utfordringer i rekruttering av spesialister i revmatologi, LIS- leger og sykepleiere

- Rekruttering av spesialist i revmatologi i den 3. overlegehjemmel realiseres så raskt som mulig. Sykehuseledelsen bør overveie ytterligere stimuleringsiltak for rekruttering.
- Fortsatt ansettelse av 4 LIS leger inntil videre.
- Fortsatt lånt hjemmel av nevrologisk avdeling.
- Ansettelse av sykepleier for å gjennomføre videre utvidelse av legedelegerte arbeidsoppgaver til sykepleier, i særdeleshet utvidelse av revmatologisk sykepleiepoliklinikk (jobbglidning).

3. System for å sikre oppfølging og kontroll av pasienter på prioriterte og uprioriterte ventelister med medisinsk- og revmatologisk forsvarlig fastsatt kritisk kontrolldato.

- Fortsettelse av sykepleiertelefon, telefonkort og differensiering i de 4 prioriteringsgrupper.
- Gjennomgang av ventelister for pasienter som har ventet lengst
- Gjennomgang av ventelister for pasienter som har fått fastsatt kontrolltime iløpet av 2011 og 2012 til og med dags dato.

4. Tilbakeføring av pasienter til primærhelsetjeneste.

5. Kompetanseoverføring til fastleger.

6. Bidra til økt kvalitet på henvisninger sendt til revmatologisk avdeling.

12. Sammendrag

Avdelingen erkjenner at det er en uforsvarlig situasjon med mange pasienter på uprioriterte ventelister som har oversittet fastsatt kritisk kontrolltime. Avdelingen har etablerte rutiner for å fange opp og å prioritere pasienter med kritisk revmatologisk helsetilstand og alvorlighetsgrad, men avdelingen manglet helhetlig system for å sikre oppfølging og kontroll av pasienter på uprioritert venteliste. Nylig har avdelingen tatt i bruk 2 tiltak for å sikre oppfølging og kontroll for denne pasientkategori og har derved forhåpentligvis økt kvalitet og pasientsikkerhet.

Avdelingens situasjon hvor kapasiteten ikke er tilstrekkelig til å møte etterspørselen, har vært kjent gjennom mange år, og har sin hovedforklaring i rekrutteringssvakt fagområde, hvilket også er en nasjonal utfordring. I tillegg har en liten avdeling i periferien med kun 2 spesialister og nærhet til en større revmatologisk avdeling, en betydelig utfordring i forhold til rekruttering. Til tross for dette har avdelingen gjennom mange år hatt et dedikert fokus på rekruttering, men har i de siste 14 år kun lyktes i å utdanne og beholde en ferdigutdannet spesialist. Avdelingens nåværende fagmiljø er vurdert som særlig sårbart i rapport ”Kompetanse og kapasitet – Styring og koordinering av legeressurser”, og er hovedforklaring på nåværende manglende evne til å ivareta nødvendige fastsatte kontroller. Dette til tross for bevisst satsing på flere LIS- leger og aktivt bruk av sykepleier i kontrollvirksomheten. Avdelingen vil fortsette å intensivere arbeidet med å rekruttere en spesialist i revmatologi i den 3. overlegehjemmel. Samtidig forventer avdelingen en betydelig innsats av sykehusledelsen i form av stimuleringstiltak for rekruttering av spesialist i revmatologi i den 3. overlegehjemmel og aktiv jobbing for opprettelse av 4. spesialisthjemmel som sannsynligvis vil bidra til rekruttering uavhengig av alle andre tiltak. Underbemannede avdelinger med fra før få spesialister, er ikke det en spesialist i revmatologi søker seg først til. Avdelingen har iverksatt tiltak for å øke antall tilgjengelige poliklinikktimer, ved å øke kapasitet med innleie av spesialister i revmatologi, maksimalisering av lege og sykepleierpoliklinikk, samt planlagt utvidelse av sykepleierpoliklinikk for å vurdere pasienter med artrose og fibromyalgi under supervisjon av overlege. For å øke kvalitet på revmatologisk spesialisthelsetjeneste og for å kunne gjøre best mulige prioriteringer innenfor tilgjengelig kapasitet, er og vil det bli iverksatt følgende tiltak: Vurdering av riktighet av fastsatte kontrollintervaller, tilbakeføring av pasienter med visse revmatiske lidelser og sykdommer til fastlege, kompetanseoverføring til førstelinjetjeneste for å sikre medisinsk- og revmatologisk forsvarlig oppfølging av tilbakeførte pasienter til faste lege og for å bidra til bedring av kvalitet på henvisninger. Vedrørende merknader i rapport fra tilsynet er avdelingen i ferd med å fullføre prosedyrer for å etablere system for dokumentasjon av medisinskfaglig vurdering av henvisninger og tilbakemelding med kopi av henvisningsvurdering og følgeskriv til ekstern henvisning til fastlege, henvisende instans og pasienten selv. Dette arbeidet vil avdelingen videreføre og videreutvikle, forhåpentligvis i samarbeid med Fagnettverket i revmatologi i Midt-Norge.

Vi håper med beskrevne tiltak og helhetlig kontrollsystem for ventelistene å kunne ha en signifikant bedret status anslagsvis i desember 2013. Fullstendig lukking av avviket ligger høyst sannsynlig lengre fram i tid. Det på grunn av for lav nasjonal kapasitet i spesialistutdanning innen revmatologisk fagfelt og på grunn av at avdelingen ligger i utkanten og dermed er sårbare fordi potensielle kandidater prioriterer større avdelinger. Her må stimuleringstiltak for rekruttering og opprettelse av nye overlegehemler inn.

Helse Midt-Norge og sykehusledelsen i HNT HF ved Direktør og Fagsjef er orientert om dette.

Vennlig hilsen

Unni Myran
Avd.leder

Joost Dekker
Avdelingsoverlege

Jan Chr. Krog
Konst.avd.overlege
Revmatologisk avd. HNT HF

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 34/2012 Endelig rapport etter tilsyn med håndtering av humant beinvev i Helse Nord-Trøndelag HF

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	18.10.2012	34 /2012

Saksbeh: Liv Sofie Kjønsstad

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2012/6963

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar saken til orientering.

SAKSUTREDNING:

Sak 34/2012 Endelig rapport etter tilsyn med håndtering av humant beinvev i Helse Nord-Trøndelag HF

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Brev av 20. september 2012 fra Statens Helsetilsyn vedlagt *Endelig rapport etter tilsyn med håndtering av humant beinvev ved Helse Nord-Trøndelag HF (HNT)*
2. Brev av 11. september 2012 fra HNT med kommentarer til *Foreløpig rapport etter tilsyn med håndtering av humant beinvev ved Helse Nord-Trøndelag HF (HNT)*

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Brev av 4. september 2012 fra Statens Helsetilsyn vedlagt *Foreløpig rapport etter tilsyn med håndtering av humant beinvev ved Helse Nord-Trøndelag HF (HNT)*
2. Helsedirektoratets godkjenning av 8.11.2011 av HNTs avdeling for laboratoriemedisin etter celleforskriften (7.3.2008 nr 222). Godkjenningsnummer 11/6492.
3. Helsedirektoratets godkjenning av 5.1.2012 av beinbanken ved Sykehuset Levanger etter celleforskriften (7.3.2008 nr 222). Godkjenningsnummer 11/6491
4. Helsedirektoratets godkjenning av 11.9.2012 av beinbanken ved Sykehuset Namsos etter celleforskriften (7.3.2008 nr 222). Godkjenningsnummer 11/6490.
5. Overordnet prosedyre for beinbanken ved Sykehuset Levanger (id 16351) med prosedyrer og dokumenter
6. Overordnet prosedyre for beinbanken ved Sykehuset Namsos (id 16484) med prosedyrer og dokumenter
7. E-post av 11.9.2012 fra avdelingsleder Wenke Bogen Thun med tilbakemelding på foreløpig tilsynsrapport fra Statens helsetilsyn
8. Erklæring av 12.9.2012 fra klinikkleder John Ivar Toft i samråd med avdelingsoverlege Kjell Griegel i forhold til vurdering av eksklusjonskriterier for lagret beinvev som er frigitt ved beinbanken Sykehuset Namsos
9. Erklæring av 12.9.2012 fra stedfortredende avdelingsoverlege Paul Fuglesang i forhold til vurdering av eksklusjonskriterier for lagret beinvev som er frigitt ved beinbanken Sykehuset Levanger
10. E-post av 3.10.2012 fra smittevernrådgiver Anne Gro Fjellingsdal, HNT med anbefaling om valg av beinbokstype
11. E-post av 12.5.2011 til Helsedirektoratet om fristutsettelse og svar av 3.6.2011 fra Helsedirektoratet
12. Godkjenningssøknader av 28.9. og 10.10.2011 og brev av 13.12.2011 og 27.8.2012 med svar på tilleggsspørsmål
13. Åtte e-poster som viser intern saksbehandling

GJELDENDE FORUTSETNINGER

1. Transplantasjonsloven (9.2.1973 nr 6)
2. Pasientrettighetsloven (2.7.1999 nr 63)
3. Helsepersonelloven (2.7.1999 nr 64)
4. Spesialisthelsetjenesteloven (2.7.1999 nr 61)
5. EU-direktivene 2004/23, 2006/17 og 2006/86
6. Forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev av 7.3.2008 nr 222 (Celleforskriften).

Celleforskriften implementerer EU-direktivene 2004/23/EF, 2006/17/EF og 2006/86/EF.

Celleforskriften stiller blant annet følgende krav til håndtering av humant beinvev:

- Håndtering av humane celler og vev beregnet til anvendelse på mennesker kan bare finne sted ved virksomheter som er godkjent av Helsedirektoratet. Godkjenning gis bare når virksomheten oppfyller celleforskriftens krav.
- Kompetansekrav til personalet ved virksomheten samt krav om internkontroll og kvalitetsstyring. Virksomheter som håndterer celler og vev, skal ha en ansvarlig person med medisinsk eller biologisk utdanning av høyere grad og minst to års praksis fra relevant fagområde etter avsluttet utdanning.
- Alle opplysninger som er kritiske for vevenes sikkerhet og kvalitet, skal være tilgjengelige i minst 10 år etter holdbarhetsdatoen, den kliniske anvendelsen eller disponeringen. Opplysninger knyttet til sporbarhet av materialet, skal være tilgjengelige 30 år.
- For at kvaliteten av celler og vev som eksponeres for omgivelsene ikke skal bli forringet, skal alt utstyr testes og valideres før bruk og vedlikeholdes jevnlig.
- Fra levende donorer kreves i utgangspunktet frivillig, uttrykkelig og informert samtykke.
- Enhver donasjon skal være vederlagsfri, men donor kan motta godtgjørelse for utgifter og ulemper i forbindelse med donasjonen (for eksempel reiseutgifter).
- Donors identitet skal ikke gjøres kjent for mottaker eller mottakers familie eller omvendt.
- Forskriften angir kriterier for når donorer skal utelukkes fra å gi materiale og stiller krav til hvordan donor skal være testet før donasjon kan finne sted. Testing skal foregå ved laboratorier som har særskilt godkjenning for dette formål.
- Det stilles krav om at celler og vev til enhver tid skal kunne spores fra donor til mottaker og omvendt. Det skal innføres et donoridentifikasjonssystem som innebærer at enhver donasjon og produkter i tilknytning til disse får tildelt en spesifikk kode. Opplysninger som er nødvendige for å sikre full sporbarhet skal oppbevares i minst 30 år. Virksomheten skal opprette behandlingsrettede helseregistre for å ivareta sporbarhetskravet og formålet med forskriften.
- Dersom alvorlige, uønskede bivirkninger berører donor eller mottaker og har sammenheng med cellene/vevet eller kan ha betydning for kvaliteten av cellene og vevet, skal dette meldes Helsedirektoratet. I tillegg skal alvorlige uønskede hendelser som skjer ved uttak, testing, prosessering, uttak og distribusjon og som kan påvirke kvaliteten og sikkerheten til celler og vev, meldes samme sted.
- Celleforskriften krever at det jevnlig og minst hvert annet år skal utføres tilsyn med virksomhetene som er godkjent.

BAKGRUNN

Prosedyrer i HNT

HNT har håndtert humant beinvev siden 1990-tallet. Ved innsettelse av hofteluddsprotese, blir leddhodet og deler av lårhalsen fjernet og erstattet med protesen. Før operasjon skal pasient vurderes etter eksklusjonskriteriene i celleforskriften. Dersom pasient ikke ekskluderes, kan pasient spørres om å gi beinvev som fjernes, til beinbank. Dette er helt frivillig. For at beinvev skal kunne brukes, må det være fritt for smittestoff (for eksempel virus, bakterier). Giver må testes for blant annet leverinfeksjoner og HIV. Dette gjøres ved blodprøver som skal tas to ganger med minimum 180 dagers mellomrom. Beinvev lagres i ultrafryser i henholdsvis karantenesone og sone for frigitt beinvev. Ultrafryser står på rein side i operasjonsavdelingene. Ved enkelte ortopediske operasjoner

kan en defekt eller svakhet i beinet medføre behov for beintransplantasjon. I slike tilfeller kan man bruke frigitt beinvev fra beinbank. Pasienter som skal motta bein fra beinbank, må gi samtykke til slik transplantasjon.

I 1993 ble det utarbeidet prosedyrer for beinbankvirksomhet ved daværende Innherred sykehus. Disse prosedyrene er gjennomgått, utbygd og omfatter i dag kravene i celleforskriften. Virksomheten ved beinbanken i kirurgisk klinikk, Sykehuset Levanger har etter dette en ny overordnet beinbankprosedyre (id 16351) som beskriver ansvar for og oppbygging av beinbank samt angir en detaljert arbeidsbeskrivelse som omfatter ortopediske leger, ortopedisk sengepost og operasjonsavdelingen. I tillegg er prosedyrene som angir konkret fremgangsmåte ved taking av beinvev (id 16354), fjerning av beinvev (id 16361) og transplantasjon av beinvev (id 16360) revidert. De nevnte prosedyrene ble utarbeidet, revidert og godkjent høst 2011. Senere revisjoner er foretatt og godkjent 22.6.2012 (innlagt i eqs 2.7.2012), 3.7 og 12.9.2012 (innlagt i eqs 20.9.2012). Avdelingsoverlegen i ortopedisk avdeling er faglig ansvarlig for beinbanken og ansvarlig person i henhold til celleforskriften. Stedfortredende avdelingsoverlege i ortopedisk avdeling er stedfortreder for beinbanken.

For virksomheten ved beinbanken i kirurgisk klinikk, Sykehuset Namsos er det utarbeidet tilsvarende prosedyrer. Overordnet prosedyre (id 16484) og øvrige prosedyrer (id 16478, id 16480 og id 16483) for beinbanken ved Sykehuset Namsos ble godkjent 4.7.2012 (innlagt i eqs 5.7.2012) og de er revidert og godkjent 24.9.2012. Avdelingsoverlegen i ortopedisk avdeling er faglig ansvarlig for beinbanken og ansvarlig person i henhold til celleforskriften. Stedfortredende avdelingsoverlege i ortopedisk avdeling er stedfortreder for beinbanken.

Godkjenningssprosess i HNT

I brev av 2.3.2011 fra Helsedirektoratet/divisjon spesialisthelsetjenester ble det opplyst om at frist for å sende søknad om å få godkjenning etter celleforskriften var 1.6.2011.

11.4.2011 ble Helsedirektoratet orientert om at kirurgisk klinikk, Sykehuset Levanger trengte godkjenning etter celleforskriften og at søknad ville bli sendt. I internt notat av 11.4.2011 ba klinikkleder Bernt Melby, kirurgisk klinikk, Sykehuset Levanger om at administrasjonen i HNT tok et hovedansvar for å koordinere arbeidet med å utforme søknad til helsedirektoratet.

Samtidig ble det tatt kontakt med klinikkleder ved kirurgisk klinikk, Sykehuset Namsos om godkjenningssøknad for beinbanken der.

Det var også nødvendig å søke om godkjenning etter celleforskriften for virksomheten som avdeling for laboratoriemedisin driver. Norsk Akkreditering ga i 2011 avvik etter ISO 15189, fordi godkjenning etter celleforskriften manglet.

12.5.2011 ba HNT i e-post til Helsedirektoratet om utsatt frist til 1.10.2011 for å levere søknader om godkjenning etter celleforskriften. Det ble vist til at HNT ønsket å foreta en gjennomgang av virksomheten for å sikre at kravene i celleforskriften etterleves og at en slik gjennomgang ikke var mulig å gjennomføre innen 1.6.2011.

I brev av 3.6.2011 uttalte Helsedirektoratet: *Vi viser til melding om at søknad om godkjenning etter celleforskriften ikke kan utfærdiges innen den opprinnelige frist og registrerer at søknad vil foreligge innen 1. oktober 2011.*

28.9.2011 og 10.10.2011 ble det sendt søknader til Helsedirektoratet om godkjenning etter celleforskriften for avdeling for laboratoriemedisin og begge beinbanker.

10.11.2011 forelå Helsedirektoratets godkjenning for virksomheten til avdeling for laboratoriemedisin.

8.11.2011 ba Helsedirektoratet om tilleggsopplysninger om følgende som gjaldt begge beinbanker: ivaretagelse av sporbarhetskravet, hvordan bein i karantene håndteres, hvordan beinvev godkjennes for bruk, hvordan opplysninger om donor registreres og journalføres og hvordan beinvev etter uttak merkes og oppbevares.

I e-post av 14.11.2011 ble de faglig ansvarlige for beinbankene orientert om Helsedirektoratets krav om tilleggsopplysninger.

13.12.2011 ble kravet om tilleggsopplysninger om beinbanken i kirurgisk klinikk, Sykehuset Levanger sendt Helsedirektoratet.

5.1.2012 forelå Helsedirektoratets godkjenning til høsting av humant beinvev ved beinbanken i kirurgisk klinikk, Sykehuset Levanger.

I e-poster av 5.6.2012 ble spørsmålet om godkjenning av beinbanken i kirurgisk klinikk, Sykehuset Namsos tatt opp. Kirurgisk klinikk, Sykehuset Namsos tok ansvaret for å følge opp dette.

27.8.2012 ble tilleggsopplysninger om beinbanken i kirurgisk klinikk, Sykehuset Namsos sendt Helsedirektoratet.

11.9.2012 forelå Helsedirektoratets godkjenning til høsting av humant beinvev ved beinbanken i kirurgisk klinikk, Sykehuset Namsos.

Helsedirektoratets nettside viser en oversikt over godkjenninger etter celleforskriften. Her fremgår det at en rekke sykehus/helseforetak søkte om og fikk godkjenning etter celleforskriften i 2011.

Helsedirektoratet krever årlig rapportering innen 1.4 fra virksomhetene som er godkjent etter celleforskriften. Det ble rapportert fra avdeling for laboratoriemedisin i 2012. Beinbankene har rapporteringsplikt første gang innen 1.4.2013.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Statens Helsetilsyn gjennomførte 20 og 21.8.2012 tilsyn hos HNT med formål å undersøke om HNTs ledelse sørger for at kravene i celleforskriften følges ved håndtering av humant beinvev beregnet til bruk på mennesker. Statens helsetilsyn har undersøkt om HNT utfører og har standardprosedyrer i tråd med kravene i celleforskriften når det gjelder:

- *Oppbevaring av beinmateriale*
- *Sporbarhet fra donor til mottaker og omvendt*
- *Hindring av sykdomsoverføring via beinmateriale*
- *Sporbarhet for produkter og materialer som kommer i kontakt med beinmateriale*

Statens helsetilsyn har vurdert hvordan ledelsen følger opp:

- *Opplæring av ansatte som håndterer beinmateriale*
- *Skriftlige prosedyrer*
- *Arvikkssystemer og meldeordninger*
- *Jevnlig og systematisk gjennomgang av aktiviteten ved for eksempel interne revisjoner og ledelsens gjennomgang*

Tilsynet ble gjennomført ved hjelp av virksomhetsrapportskjema, dokumentgjennomgang og tilsynsbesøk med stikkprøver.

I rapporten fra Statens Helsetilsyn får HNT tre avvik:

Avvik 1- HNT har ikke sørget for at Sykehuset Namsos har den nødvendige godkjenningen som kreves for å kunne håndtere beinvev til bruk på mennesker.

Avvik 2 - HNT sørger ikke for å oppfylle kriteriene for testing, utvelgelse og vurdering av beinvevsdonorer. I forhold til eksklusjonskriteriene i celleforskriften § 15 påpekte Statens helsetilsyn følgende:

- *Proseduren Beinbanken SN – 4.7.2012 (**Namsos**) beskriver at avdelingsoverlegen har ansvaret for at det blir stilt nødvendige spørsmål til pasienter som er aktuelle donorer, i samsvar med forskriften § 15 Eksklusjonskriterier. Det er ikke etablert retningslinjer og praksis for bruk av spørreskjema for å dokumentere at eksklusjonskriteriene er gjennomgått for hver enkelt donasjon. Prosedyren beskriver ikke rutine for å kontrollere at eksklusjonskriteriene er gjennomgått og vurdert, før frigiving av beinvev. Det finnes ikke dokumentasjon som viser at eksklusjonskriteriene er vurdert ved donasjon av lagret beinvev som er frigitt til bruk.*
- *Proseduren Beinbanken ved Sykehuset **Levanger** datert 3.7.2012, inneholder skjemaet Celleforskriften § 15 Eksklusjonskriterier. Skjemaet er planlagt benyttet ved kommende donasjoner av beinvev. Prosedyren beskriver ikke rutine for å kontrollere at eksklusjonskriteriene er gjennomgått og vurdert, før frigiving av beinvev. Det finnes ikke dokumentasjon som viser at eksklusjonskriteriene er vurdert ved donasjon av lagret beinvev som er frigitt til bruk.*

I forhold til dokumentasjon og karantenetid påpekte Statens helsetilsyn følgende:

- *Skjemaet Beinbanken – operasjonsavdelingen, Sykehuset **Namsos** beskriver hvilke laboratorieundersøkelser som skal utføres for donorer av beinvev. Det er ikke dokumentert på Beinbankskjema at alle obligatoriske laboratorieundersøkelser er rekvirert, analysert og besvart for frigitt beinvev på lager.*
- *Proseduren Beinbanken SN – 4.7.2012 (**Namsos**) beskriver at annen gangs obligatoriske laboratorieundersøkelser av donor skal tas minimum seks måneder etter uttak av beinvev. Ved tilsynsbesøket inneholdt beinbanken frigitt beinvev fra 12 donasjoner. Annen gangs laboratorieprøver for disse donasjonene er tatt tre til fem måneder etter uttak.*

Celleforskriften krever at levende donor skal velges ut etter en vurdering av personens helse og medisinske historie basert på et spørreskjema, og en samtale med helsepersonell som er kvalifisert og utdannet for dette formål. I tillegg stiller forskriften et minstekrav til laboratorieundersøkelser. For celler og vev som skal oppbevares i lengre perioder, kreves det også at prøvetaking og laboratorieundersøkelser gjentas etter minimum 180 dager.

Avvik 3 - HNT sørger ikke for sporbarhet til produkter og materialer som kommer i direkte kontakt med beinvev. Statens helsetilsyn uttalte følgende:

- *Prosedurene Beinbanken SN – 4.7.2012 (**Namsos**) og Beinbanken ved Sykehuset Levanger datert 3.7.2012 beskriver bruk av produkter og materialer som donert beinvev kommer i direkte kontakt med. Det er ikke etablert rutiner for å vurdere om dette er produkter og materialer som kan være kritiske for beinvevets kvalitet og sikkerhet. Det dokumenteres ikke hvilke produkter og materialer som er benyttet ved hver enkelt donasjon.*

Celleforskriften § 40 krever at virksomheter som håndterer celler og vev til anvendelse på mennesker, skal kunne identifisere og spore alle relevante opplysninger om produkter og materialer som har vært i kontakt med nevnte celler og vev.

Etter at HNT mottok den foreløpige tilsynsrapporten, ble avvikene 1 og 2 lukket. I forhold til avvik 3 ble det bedt om å få komme tilbake med svar utover det som ble anført i HNTs brev av 11.9.2012 med vedlegg.

INNKOMNE UTTALELSER

Endelig tilsynsrapport om HNTs håndtering av humant beinvev ble omtalt i Trønder-Avisa 5. og 6.10.2012.

HELHETLIG DRØFTING

I oversendelsesbrev av 20.9.2012 finner Statens helsetilsyn at det er tilfredsstillende at HNT umiddelbart har iverksatt korrigerende tiltak og tar den innsendte dokumentasjonen til etterretning. Statens helsetilsyn forutsetter at HNT følger opp og evaluerer om de iverksatte tiltakene fungerer etter hensikten. Statens helsetilsyn ber spesifikt om å få følgende dokumentasjon innen 1.12.2012:

- *Dokumentasjon som viser den videre oppfølgingen av beinbokstype under avvik 3 (jf. Helseforetakets svarbrev datert 11. september 2012)*
- *Rapport fra første systematiske gjennomgang/ internrevisjon som omfatter håndtering av beinvev inkludert de iverksatte tiltakene etter tilsynet.*

I forhold til avvik 3 har HNTs smittevernrådsgiver foretatt en vurdering basert på produktopplysninger innhentet fra leverandører og erfaringer som er gjort ved beinbanker i andre sykehus/helseforetak. Markedet tilbyr to typer beinbokser og HNTs beinbanker bruker begge. Beinvev legges i en boks som merkes. Denne boksen settes i en større boks som også merkes. Den ene beinbokstypen har flere sterile merkelapper som sikring mot forbyttning, men den mangler datablad og ce-merking. Den andre beinbokstypen har datablad og ce-merking. Den har imidlertid kun en steril merkelapp og det foreligger derfor forbyttingsfare. Smittevernrådsgiver har mottatt opplysninger fra Sykehuset Kristiansund som bruker sist nevnte beinbokstype, men som merker med vannfast tusj for å sikre seg mot forbyttning. Det er en egen prosedyre for merking av beinboksene. Denne ordningen ble godtatt av Statens helsetilsyn under tilsyn i august 2012. HNTs smittevernrådsgiver tilrår at samme ordning innføres i HNTs beinbanker. Fagsjef har i samråd med smittevernrådsgiver besluttet at dette skal være ordningen i HNTs beinbanker.

Fagsjef har videre besluttet at det skal gjennomføres internrevisjon i HNTs beinbanker i oktober/november 2012 for å kunne svare ut Statens helsetilsyn innen 1.12.2012.



HELSETILSYNET

tilsyn med barnevern, sosial- og helsetjenestene

Helse Nord-Trøndelag HF
v/administrerende direktør
Postboks 333
7601 LEVANGER

DERES REF: / YOUR REF:
2012/5050-22931/2012

VÅR REF: / OUR REF:
2012/658 II TBL

DATO: / DATE:
. september 2012

Endelig rapport etter tilsyn med håndtering av humant beinvev ved Helse Nord-Trøndelag HF

Statens helsetilsyn oversender den endelige rapporten fra tilsynet som ble gjennomført i henhold til Forskrift om håndtering av humane celler og vev, ved Helse Nord-Trøndelag HF 20. og 21. august 2012.

Rapporten er endelig og vil bli lagt ut på www.helsetilsynet.no

Det ble avdekket tre avvik under tilsynet. Statens helsetilsyn har mottatt dokumentasjon som viser at Helse Nord-Trøndelag har iverksatt tiltak for å rette opp forholdene:

- Avvik 1: Helse Nord-Trøndelag har tatt kontakt med Helsedirektoratet og fått godkjenning for håndtering av beinvev ved Sykehuset Namsos.
- Avvik 2: Helse Nord-Trøndelag har endret egne prosedyrer for å oppfylle forskriftens krav til testing, utvelgelse og vurdering av beinvevsdonorer.
- Avvik 3: Helse Nord-Trøndelag har etablert rutiner for kunne identifisere og spore produkter og materialer som kommer i kontakt med beinvev.

Vi finner det tilfredsstillende at Helse Nord-Trøndelag HF umiddelbart har iverksatt korrigerende tiltak og tar den innsendte dokumentasjonen til etterretning. Statens helsetilsyn forutsetter at helseforetaket følger opp og evaluerer om de iverksatte tiltakene fungerer etter hensikten.

Vi ber om at følgende dokumentasjon sendes Statens helsetilsyn innen 1. desember 2012:

- Dokumentasjon som viser den videre oppfølgingen av beinbokstype under avvik 3 (jf. Helseforetakets svarbrev datert 11. september 2012)
- Rapport fra første systematiske gjennomgang/internrevisjon som omfatter håndtering av beinvev inkludert de iverksatte tiltakene etter tilsynet.

Tone Blørstad
seniorrådgiver

Kopi med vedlegg til:
Statens legemiddelverk
Helsedirektoratet
Fylkesmannen i Nord-Trøndelag
Liv Kjønstad, Juridisk rådgiver (e-post)

Saksbehandler: Tone Blørstad, tlf. 21 52 99 94



Rapport fra tilsyn med håndtering av humant beinvev ved Helse Nord-Trøndelag HF

Tidsrom for tilsynet:	30. mai 2012- 14. september 2012
Kontaktpersoner i virksomheten:	Ada Beate Kolseth og Lena Collett Prytz Nordstrand

Sammendrag

Statens helsetilsyn har i henhold til forskrift om håndtering av humane celler og vev gjennomført tilsyn med håndtering av humant beinmateriale ved Helse Nord-Trøndelag HF. Denne rapporten beskriver avvik som ble avdekket under tilsynet.

Tilsynet omfattet hvordan følgende utvalgte oppgaver blir ivaretatt:

- Oppbevaring av beinmateriale
- Sporbarhet fra donor til mottaker og omvendt
- Hindring av sykdomsoverføring via beinmateriale
- Sporbarhet for produkter og materialer som kommer i kontakt med beinmateriale

Dette ble undersøkt ved hjelp av virksomhetsrapportskjema, dokumentgjennomgang og tilsynsbesøk med stikkprøver.

Tilsynet har avdekket tre avvik

Avvik 1:

Helse Nord-Trøndelag HF har ikke sørget for at Sykehuset Namsos har den nødvendige godkjenningen som kreves for å kunne håndtere beinvev til bruk på mennesker.

Avvik 2:

Helse Nord-Trøndelag HF sørger ikke for å oppfylle kriteriene for testing, utvelgelse og vurdering av beinvevsdonorer.

Avvik 3

Helse Nord-Trøndelag HF sørger ikke for sporbarhet til produkter og materialer som kommer i direkte kontakt med beinvev.

Dato:

Tone Blørstad
revisjonsleder

Thorbjørge Aaraas Nordengen
revisor

Innhold

Sammendrag	1
1. Innledning	3
2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold.....	3
3. Gjennomføring.....	3
4. Hva tilsynet omfattet	4
5. Funn.....	4
6. Vurdering av virksomhetens styringssystem	7
7. Regelverk	7
8. Dokumentunderlag.....	8
9. Deltakere ved tilsynsbesøket	9

1.

Innledning

Rapporten er utarbeidet etter tilsyn ved Helse Nord-Trøndelag HF i perioden 30. mai 2012 - 14. september 2012. Tilsynet inngår som en del av den planlagte tilsynsvirksomhet Statens helsetilsyn gjennomfører i henhold til forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev av 1. juli 2008.

Statens helsetilsyn er gitt myndighet til å føre tilsyn med helsetjenesten etter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten § 1 og forskrift om håndtering av humane celler og vev § 56.

Formålet med tilsynet er å vurdere om virksomheten ivaretar ulike krav i lovgivningen gjennom sin internkontroll (sitt kvalitetsstyringssystem). Tilsynet omfattet undersøkelse av:

- Hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema tilsynet omfatter
- Om tiltakene følges opp i praksis og om nødvendig korrigeres
- Om tiltakene er tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes

Rapporten omhandler avvik som er avdekket under tilsynet og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfattet.

- **Avvik** er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift

2.

Beskrivelse

av virksomheten - spesielle forhold

Helse Nord-Trøndelag HF har etablert beinbanker tilknyttet de ortopediske avdelingene ved sykehusene i Namsos og Levanger.

Helseforetaket fikk 5. januar 2012 godkjenning for håndtering av humant beinvev ved Sykehuset Levanger. Godkjenningen omfatter høsting, oppbevaring og bruk av beinvev internt ved operasjonsavdelingen ved Sykehuset Levanger.

Helseforetaket har ikke fulgt opp søknadsprosessen for godkjenning av beinbanken ved Sykehuset Namsos. Håndtering av humant beinvev ved Sykehuset Namsos har frem til tilsynsbesøket foregått uten godkjenning fra Helsedirektoratet.

3.

Gjennomførin

g

Tilsynet omfattet følgende aktiviteter:

Varsel om tilsyn og virksomhetsrapportskjema ble sendt 30. mai 2012.

Oversikt over dokumenter virksomheten har oversendt i forbindelse med tilsynet er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Gjennomgang og vurdering av oversendte dokumenter.

Tilsynsbesøk ble gjennomført 20. og 21. august 2012. Det ble gjennomført befarings i virksomhetens lokaler ved sykehusene i Namsos og Levanger med stikkprøver av hvordan oppgaver blir gjennomført i praksis og dokumentert.

Oversikt over dokumentasjon som ble gjennomgått under tilsynsbesøket er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Sluttmøte ble holdt i Levanger 21. august 2012.

4. Hva tilsynet omfattet

Formålet med forskriften er å fastsette kvalitets- og sikkerhetsstandarder ved håndtering av humane celler og vev til anvendelse på mennesker for å oppnå et sterkt vern av menneskers helse, herunder unngå at sykdommer overføres via celler og vev.

Statens helsetilsyn har undersøkt om Helse Nord-Trøndelag HF utfører og har standardprosedyrer for følgende oppgaver i tråd med kravene i forskriften:

- Oppbevaring av beinmateriale
- Sporbarhet fra donor til mottaker og omvendt
- Hindring av sykdomsoverføring via beinmateriale
- Sporbarhet for produkter og materialer som kommer i kontakt med beinmateriale

Vi har vurdert hvordan ledelsen følger opp disse viktige oppgavene, med vekt på:

- Opplæring av ansatte som håndterer beinmateriale
- Skriftlige prosedyrer
- Avvikssystemer og meldeordninger
- Jevnlig og systematisk gjennomgang av aktiviteten ved for eksempel interne revisjoner og ledelsens gjennomgang

5. Funn

Avvik 1:

Helse Nord-Trøndelag HF har ikke sørget for at Sykehuset Namsos har den nødvendige godkjenningen som kreves for å kunne håndtere beinvev til bruk på mennesker.

Avvik fra følgende krav: Forskrift om håndtering av humane celler og vev § 4 *Godkjenning og vilkår*.

Avviket bygger på følgende:

- Sykehuset Namsos håndterer beinvev til bruk på mennesker. Denne virksomheten omfattes av Forskrift om håndtering av humane celler og vev. Helse Nord Trøndelag har ikke godkjenning fra Helsedirektoratet for håndtering av beinvev ved Sykehuset Namsos.

Kommentar:

Håndtering av humant beinvev til anvendelse på mennesker kan bare finne sted ved virksomheter som er godkjent for dette formålet av Helsedirektoratet. Slik godkjenning gis

bare når virksomheten oppfyller kravene som følger av Forskrift om håndtering av humane celler og vev.

Avvik 2:

Helse Nord-Trøndelag HF sørger ikke for å oppfylle kriteriene for testing, utvelgelse og vurdering av beinvevsdonorer.

Avvik fra følgende krav: Forskrift om håndtering av humane celler og vev
§ 15 Eksklusjonskriterier, § 16 Valg av levende donor, § 17 Obligatoriske laboratorieundersøkelser for donorer, § 19 Tidspunkt for uttak av blodprøver eller andre prøver fra levende donor og 34 Oppbevaring og frigivelse av produkter bokstav d og e.

Avviket bygger på følgende:

- Prosedyren *Beinbanken SN – 4.7.2012 (Namsos)* beskriver at avdelingsoverlegen har ansvaret for at det blir stilt nødvendige spørsmål til pasienter som er aktuelle donorer, i samsvar med forskriften § 15 Eksklusjonskriterier. Det er ikke etablert retningslinjer og praksis for bruk av spørreskjema for å dokumentere at eksklusjonskriteriene er gjennomgått for hver enkelt donasjon.
Prosedyren beskriver ikke rutine for å kontrollere at eksklusjonskriteriene er gjennomgått og vurdert, før frigiving av beinvev. Det finnes ikke dokumentasjon som viser at eksklusjonskriteriene er vurdert ved donasjon av lagret beinvev som er frigitt til bruk.
- Prosedyren *Beinbanken ved Sykehuset Levanger* datert 3.7.2012, inneholder skjemaet *Celleforskriften § 15 Eksklusjonskriterier*. Skjemaet er planlagt benyttet ved kommende donasjoner av beinvev.
Prosedyren beskriver ikke rutine for å kontrollere at eksklusjonskriteriene er gjennomgått og vurdert, før frigiving av beinvev. Det finnes ikke dokumentasjon som viser at eksklusjonskriteriene er vurdert ved donasjon av lagret beinvev som er frigitt til bruk.
- Skjemaet *Beinbanken – operasjonsavdelingen, Sykehuset Namsos* beskriver hvilke laboratorieundersøkelser som skal utføres for donorer av beinvev. Det er ikke dokumentert ikke dokumentert på *Beinbankskjema* at alle obligatoriske laboratorieundersøkelser er rekvirert, analysert og besvart for frigitt beinvev på lager.
- Prosedyren *Beinbanken SN – 4.7.2012 (Namsos)* beskriver at annen gangs obligatoriske laboratorieundersøkelser av donor skal tas minimum seks måneder etter uttak av beinvev. Ved tilsynsbesøket inneholdt beinbanken frigitt beinvev fra 12 donasjoner. Annen gangs laboratorieprøver for disse donasjonene er tatt tre til fem måneder etter uttak.

Kommentar:

Forskrift om håndtering av humane celler og vev krever at levende donor skal velges ut etter en vurdering av personens helse og medisinske historie basert på et spørreskjema, og en samtale med helsepersonell som er kvalifisert og utdannet for dette formål. I tillegg omfatter forskriften et minstekrav til laboratorieundersøkelser. For celler og vev som skal oppbevares i

lengre perioder, kreves det også at prøvetaking og laboratorieundersøkelser gjentas etter minimum 180 dager.

Avvik 3

Helse Nord-Trøndelag HF sørger ikke for sporbarhet til produkter og materialer som kommer i direkte kontakt med beinvev.

Avvik fra følgende krav: Forskrift om håndtering av humane celler og vev § 40 *Sporbarhet*

Avviket bygger på følgende:

- Prosedyrene *Beinbanken SN – 4.7.2012* (Namsos) og *Beinbanken ved Sykehuset Levanger* datert 3.7.2012 beskriver bruk av produkter og materialer som donert beinvev kommer i direkte kontakt med. Det er ikke etablert rutiner for å vurdere om dette er produkter og materialer som kan være kritiske for beinvevets kvalitet og sikkerhet. Det dokumenteres ikke hvilke produkter og materialer som er benyttet ved hver enkelt donasjon.

Kommentar:

Forskriftens § 40 krever at virksomheter som håndterer celler og vev til anvendelse på mennesker, skal kunne identifisere og spore alle relevante opplysninger om produkter og materialer som har vært i kontakt med nevnte celler og vev.

6. Vurdering av virksomhetens styringssystem

Forskrift om håndtering av humane celler og vev til bruk på mennesker, stiller detaljerte krav både til styring og ledelse og til at involvert personell i alle ledd av prosessen har tilstrekkelig og oppdatert kompetanse. Videre krever forskriften skriftlighet og dokumentasjon i alle ledd av prosessen.

Beinbankvirksomheten ved Helse Nord-Trøndelag HF finner sted ved Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger. Virksomheten er organisert under hver sin klinikk og har ikke felles prosedyrer og retningslinjer. Helseforetaket har ikke fulgt opp søknadsprosessen for å få nødvendig godkjenning for å opprettholde beinbankvirksomhet ved begge sykehus. Virksomheten ved Sykehuset Namsos er derfor ikke godkjent i henhold til forskriften. Det er nødvendig at helseforetaket følger opp at aktiviteten knyttet til donasjon og håndtering av beinvev skjer i samsvar med forskriftens krav.

7. Regelverk

- Lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven)
- Forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev
- Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten (internkontrollforskriften)
- Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten (helsetilsynsloven)

Forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev har egne bestemmelser om internkontroll for virksomheter som håndterer humane celler og vev til anvendelse på mennesker. Disse kommer i tillegg til og utfyller de generelle bestemmelsene i internkontrollforskriften.

8. erlag

Dokumentund

Virksomhetens egen dokumentasjon knyttet til den daglige drift og andre forhold av betydning som ble oversendt under forberedelsen av revisjonen:

- Virksomhetsrapportskjema med vedlegg, utfylt for Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger
- Organisasjonskart 1.5.2012
Kirurgisk klinikk Namsos
Kirurgisk klinikk Levanger
Helse Nord-Trøndelag HF
- Prosedyrer for Sykehuset Namsos:
Beinbanken ved Sykehuset Namsos, datert 4. juli 2012
Prosedyre for taking av bein til beinbank, datert 4. juli 2012
Prosedyre for fjerning av bein fra beinbank, datert 4. juli 2012
Prosedyre for transplantasjon med bein fra beinbank, datert 4. juli 2012
Retningslinjer for vedlikehold av ultrafryseskap
Retningslinjer for opplæring i bruk av beinbank
- Skjema for Sykehuset Namsos:
Beinbankregister
Beinbanken – operasjonsavdelingen
Ultrafryser, daglig sjekk av temperatur
- Informasjon til pasienter ved Sykehuset Namsos:
Informasjon til pasienter som opereres med hofteprotese
Informasjon til pasienter som kan tenkes å trenge beintransplantasjon under ortopediske operasjoner
- Samarbeidsavtale mellom avdeling for Sterilforsyning HNT og Kirurgisk operasjonsavdeling SN og operasjon SL
- Avtale om lån av ultrafryser i ALM ved avising av ultrafryser i beinbanken SL, datert 19. juni 2012
- Leverandøravtale –
Tjenester fra Medisinsk Teknisk Avdeling og Kirurgisk Klinikk Sykehuset Levanger
- Prosedyre for Sykehusene Namsos og Levanger: *Sporbarhet av sterilt utstyr ved Sterilforsyning HNT*
- Prosedyrer for Sykehuset Levanger:
SL – Beinbanken ved Sykehuset Levanger (overordnet prosedyre) versjon 1.1
Taking av bein til beinbank, versjon 1.1
Fjerning av bein fra beinbank, versjon 1.0
Transplantasjon med bein fra beinbank, versjon 1.0
Opplæring, oppdatering og dokumentasjon, datert 14. juni 2004
- Skjema ved Sykehuset Levanger:
Beinbankjournal
Beinbankskjema
Celleforskriften § 15 eksklusjonskriterier (gyldig fra 22. juni 2012)

Informasjon til pasienter ved Sykehuset Levanger:

Informasjon til pasienter som opereres med hofteprotese

Informasjon til pasienter som kan tenkes å trenge beintransplantasjon under ortopediske operasjoner

Sjekkliste Ultrafryser

- Kvalitetshåndbok Sterilforsyning HNT versjon 1.13, datert 25. oktober 2011
- Autoklaving av gods ved Sterilforsyning HNT versjon 1.3, datert 11. januar 2011
- ALM – kvalitetshåndboken til Avdeling for Laboratoriemedisin, HNT

Dokumentasjon som ble gjennomgått under tilsynet:

- Donordokumentasjon
- Samtykkeskjema
- Sjekkliste for kontroll og vedlikehold av fryser
- Blodprøverekvisisjon

Korrespondanse mellom virksomheten og Statens helsetilsyn:

- Telefon- og e-post kontakt mellom Liv Kjønsstad Helse Nord-Trøndelag HF, og Tone Blørstad Statens helsetilsyn, vedrørende praktisk gjennomføring av tilsynet.

9. tilsynsbesøket

Deltakere ved

Namsos 20. august 2012

Navn	Funksjon / stilling	Presentasjon	Befaring	Sluttmøte Levanger 21. august 2012
Liv Kjønsstad	Juridisk rådgiver, fagavdelingen	x		x
Lena Prytz Nordstrand	Avdelingssykepleier, operasjon	x	x	v
Wenche Svendsen	Operasjonssykepleier	x	x	v
Trude Olsen	Sykepleier, Kirurgisk inntakskontor	x		
Roar Strand	Eiendom - drift	x		
Liv Guri Grongstad	Avdeling for Sterilforsyning, HNT	x		v
Wenche Bogen Thun	Avdelingsleder, akutt	x		v
Kjell Griegel	Avdelingsoverlege Ortopedi	x		v
John Ivar Toft	Klinikkleder	x		v

v: Deltok via telefon/ video fra Namsos

Levanger 21. august 2012

Navn	Funksjon / stilling	Presentasjon	Befaring	Sluttmøte
Anne-Gro Fjellingsdal	Smittevernrådgiver	x		x
Aud Marit Vongraven	Stedfortreder for klinikkleder	x		x
Liv Kjønsdal	Juridisk rådgiver, fagavdelingen	x		x
Lars Gunnar Hågensen	Avdelingssykepleier, Ort. 4	x	x	x
Bjørnar Næss	Medisinsk Teknisk Avdeling	x		x
Kari Nerlie Hofstad	Operasjonsavdelingen	x	x	x
Sissel Anne Aune	Operasjonssykepleier	x	x	x
Ada B. Kolseth	Operasjonssykepleier	x	x	x
Grethe S. Sunde	Avdeling for Sterilforsyning, HNT	x		
Sissel M. Hegdal	Medisinsk Serviceklinikk/ Lab.	x		x
Paul Fuglesang	Stedfortreder for avdelingsoverlege	x		x
Hilmar Hagen	Avdelingsleder, akuttinntak	x		
Paul Georg Skogen	Fagsjef HNT HF			x

Fra tilsynsmyndighetene deltok:

Seniorrådgiver Tone Blørstad (revisjonsleder)
Seniorrådgiver Thorbjørn Aaraas Nordengen

Statens helsetilsyn

Pb 8128 Dep.
0032 OSLO

Vår ref.:

2012/5050 - 22931/2012

Deres ref.:**Arkiv:**

302

Dato :

11.09.2012

Foreløpig rapport etter tilsyn med håndtering av humant beinvev ved Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) - kommentarer fra HNT

Helse Nord-Trøndelag HF (HNT) viser til Deres brev av 4.9.2012 vedlagt foreløpig tilsynsrapport.

Det vises også til telefonkontakt med Deres Tone Blørstad.

Korrigerer av tekst i tilsynsrapporten**Ad avvik 2:**

Beinbanken SN

Det vises til telefonsamtale mellom Tone Blørstad og Lena Collet Prytz Nordstrand 10.9.2012 hvor sist nevnte oppfattet at beskrivelse i tilsynsrapporten av faktisk situasjon ved dokumentasjon av obligatoriske laboratorieundersøkelser endres fra *"det er ikke dokumentert"* til *"det er ikke dokumentert på Beinbankskjema"*.

Sluttmøtet

På side 9 i tilsynsrapporten ber vi om at det anmerkes at overlege i ortopedi Paul Fuglesang som er stedfortreder for avdelingsoverlege, var tilstede i sluttmøtet 21.8.2012.

Andre kommentarer til avvikene**Ad avvik 1:**

HNT har i brev av 30.8.2012 til Helsedirektoratet sendt tilleggsopplysninger til søknad om godkjenning av beinbanken SN. Se vedlegg 1.

Ad avvik 2:

Beinbanken SN

Det er foretatt revisjon av prosedyrene ved beinbanken SN og etablert retningslinjer for bruk av spørreskjema som gjelder eksklusjonskriteriene i celleforskriften § 15. Det er innført kontrollrutine av om det er foretatt vurdering etter eksklusjonskriteriene i celleforskriften § 15 og dokumentasjonsrutiner.

Det foreligger erklæring av 12.9.2012 fra klinikkleder utformet i samråd med avdelingsoverlege. Erklæringen angir håndteringsmåte for frigitt og lagret bein som tidligere ikke er vurdert i forhold til eksklusjonskriteriene i celleforskriften § 15.

Alle obligatoriske laboratorieundersøkelser skal dokumenteres i beinbankskjema, og alle prøvesvar skal føres over på beinbankskjema. Det skal dokumenteres at kontroll er utført, jf punkt om oppgaver og ansvar for operasjonssykepleier med ansvar for beinbank i overordnet prosedyre og tilbakemelding fra avdelingsleder i e-post av 11.9.2012.

12 donorer er tilskrevet og forespurt om de kan tenke seg å ta nye blodprøver i henhold til prosedyren. Beinene holdes i karantene inntil svar på nye 2.gangs blodprøver foreligger og er godkjent, jf tilbakemelding fra avdelingsleder i e-post av 11.9.2012.

Se vedleggene 2, 2 b, 3, 4, 5 og 6.

Beinbanken SL

Ved beinbanken SL er det innført kontrollrutine av om det er foretatt vurdering etter eksklusjonskriteriene i celleforskriften § 15. Det skal dokumenteres i beinbankskjema at kontroll er gjennomført. Prosedyrene er revidert og godkjent i samsvar med dette.

Det foreligger erklæring av 12.9.2012 fra stedfortreder for avdelingsoverlege/leder for beinbanken. Erklæringen angir håndteringsmåte for frigitt og lagret bein som tidligere ikke er vurdert i forhold til kriteriene i celleforskriften § 15.

Se vedleggene 7, 8, 9, 10, 11 og 12.

Ad avvik 3:

HNTs smittevernrådgiver har foretatt en konkret vurdering av om beinboksene som brukes i beinbankene er produkter som kan være kritiske for beinvevets kvalitet og sikkerhet. Den ene beinbokstypen mangler produktblad. Den andre beinbokstypen har kun en steril lapp, slik at det foreligger forbyttingsfare. HNT arbeider med å sjekke ut med leverandørene om det er mulig å finne løsninger som tilfredsstiller både kravet om produktblad og å unngå forbyttingsfare. HNT ber om å få komme tilbake med ytterligere svar på dette avviket.

I forhold til begge beinbanker er det etablert rutine for dokumentasjon av sporbarhet av operasjonsinstrumenter i donors pasientjournal. Det vises til vedlegg 3) SN-Taking av bein til beinbank og vedlegg 8) SL-Taking av bein til beinbank

Med hilsen

Paul Georg Skogen
Fagsjef

Liv Sofie Kjønsstad

Saksbehandler: Liv Sofie Kjønsstad

Vedlegg:

1. Brev av 27.8.2012 fra HNT til Helsedirektoratet
2. SN-Beinbanken ved Sykehuset Namsos og 2 b. Beinbankskjema SN
3. SN-Prosedyre for taking av bein til beinbank
4. SN_Transplantasjonsprosedyre
5. Vurdering av eksklusjonskriterier for lagret beinvev som er frigitt ved beinbanken SN
6. Tilbakemelding fra avdelingsleder W.Bogen Thun på foreløpig rapport beinbank SN med godkjenning av prosedyrer og eksklusjonskriterieskjema
7. SL-Beinbanken ved Sykehuset Levanger Overordnet prosedyre med beinbankskjema
8. SL-Taking av bein til beinbank
9. SL-Transplantasjon med bein fra beinbank
10. Godkjenning av reviderte prosedyrer beinbank SL
11. Vurdering av eksklusjonskriterier for lagret beinvev som er frigitt ved beinbanken SL
12. Beinbankskjema SL

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 35/2012 Foreløpig rapport fra tilsyn med håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft ved Sykehuset Levanger

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	18.10.2012	35/2012

Saksbeh: Fagsjef Paul Georg Skogen

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2012/6963

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord- Trøndelag tar rapporten fra Fylkesmannen Foreløpig ”Rapport fra tilsyn med håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft ved Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger”, til orientering.

SAKSUTREDNING:

Sak 35/2012 Foreløpig rapport fra tilsyn med håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft ved Sykehuset Levanger

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1) Foreløpig rapport "Rapport fra tilsyn med håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft ved Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger"

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Det vises til tilsynsrapporten der lovhjemmel og overordnede målsettinger vedr ventetider er gjengitt.

SAMMENDRAG

Fylkesmannen gir følgende sammendrag av tilsynet og gir Sykehuset Levanger ett avvik:

Sammendrag

Denne rapporten beskriver de avvik og merknader som ble påpekt innen de reviderte områdene.

Ved gjennomføring av dette tilsynet ble det undersøkt om foretaket gjennom systematisk styring og forbedring sikrer forsvarlig håndtering og vurdering av henvisninger hvor det kan være mistanke om tykk- og endetarmskreft, samt forsvarlig utredning og diagnostisering frem til oppstart av behandling.

Kjernen av tilsynet var logistikk og kommunikasjon knyttet til henvisninger, legespesialistenes vurdering av henvisninger og utredning av pasientene fram til igangsetting av behandling. Tilsynet hadde fokus på tidsrommet fra sykehuset mottar en henvisning og frem til oppstart av behandling.

Fylkesmannen skulle i tilsynet avklare om foretaket sørger for forsvarlig:

*mottak, registrering og videreformidling av henvisninger
vurdering og prioritering av henvisninger
føring av ventelister og pasientlogistikk, og sikrer nødvendig helsehjelp innen fastsatt frist ved utredning, diagnostisering og iverksetting av behandling*

Helse Nord-Trøndelag HF består av to lokalsykehus; Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger. Tilsynet fant sted ved Sykehuset Levanger og omfattet Kirurgisk klinikk og Medisinsk klinikk.

Ved tilsynet ble det gjort funn som gav grunnlag for å konstatere ett avvik:

- *Sykehuset Levanger sørger ikke for at videre henvisninger håndteres iht regelverk*

Avviket bygger på følgende:

- *Når pasient henvises fra medisinsk avdeling til kirurgisk avdeling (internhenvisning) for samme tilstand går det fram av PAS (pasientadministrativ system) at det foretas en ny rettighetsvurdering. Av den grunn blir det satt en ny startdato og ny frist for pasientforløpet ved at det opprettes ny omsorgsperiode.*
- *Når pasient henvises videre fra Sykehuset Namsos foretas det en ny rettighetsvurdering ved Sykehuset Levanger. Pasienten har i disse tilfellene ikke med seg ansiennitetsdato fra start nødvendig helsehjelp.*
- *Ansiennitetsdato og rettighetsstatus etterspørres ikke når dette mangler i mottatt henvisning/ internhenvisning*

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Tilsynet med håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft er del av et landsomfattende tilsyn. Styret i HNT HF fikk gjennomgått rapporten og svaret fra det tilsvarende tilsynet ved Sykehuset Namsos, på styremøtet 6.9.2012. Administrasjonen skulle legge frem et helhetlig svar med bakgrunn i disse to tilsynene.

Avvikene er i stor grad bygget på de samme faktiske forholdene og nødvendiggjør de samme tiltak og rutineendringer ved begge sykehusene.

Det er gjennomført ny opplæring av alle involverte i fht fristsetting og oppfølging av PAS- data i HNT HF. Dette er gjort i samarbeid med regionalt PAS- nettverk, slik at rutinene innad i sykehusene og mellom sykehusene i regionen skal være like. Ventelistedata skal formidles sammen med medisinske opplysninger, og skal etterspørres om de ikke er medsendt eller er mangelfulle. Dette medfører manuelle rutiner, men er helt avgjørende for å sikre pasientene forsvarlig oppfølging og kontroll på pasientforløpet..

HELHETLIG DRØFTING

Tilsynet har avdekket behov for reopplæring i og gjennomgang av rutinene omkring PAS-registreringen og overføring av PAS- data mellom avdelingene og sykehusene. For pasienter med kreftsykdom er dette særlig avgjørende både med bakgrunn i sykdommens alvorlighet, og med bakgrunn i de målsettinger overordnet helsemyndighet har lagt for ventetider. Målet er at 80 % av pasientene skal være diagnostisert og fått iverksatt behandling inne 20 virkedager for kreftsykdom. Nøyaktige og pålitelige PAS- data for den enkelte pasienten er da avgjørende, sammen med oversikt over tilgjengelige ressurser.

Det er lagt ned et stort arbeid både regionalt og lokalt for å bedre rutinene. Dette har medført en rekke nye EQS prosedyrer og behov for opplæring av involvert personell.



Fylkesmannen i Nord-Trøndelag

FORELØPIGRapport fra tilsyn med håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft ved Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger

Virksomhetens adresse: Kirkegata 2, 7600 Levanger
Tidsrom for tilsynet: 13.1.2012 -
Kontaktperson i virksomheten: Paul Georg Skogen
Aud Marit Vongraven

Sammendrag

Denne rapporten beskriver de avvik og merknader som ble påpekt innen de reviderte områdene.

Ved gjennomføring av dette tilsynet ble det undersøkt om foretaket gjennom systematisk styring og forbedring sikrer forsvarlig håndtering og vurdering av henvisninger hvor det kan være mistanke om tykk- og endetarmskreft, samt forsvarlig utredning og diagnostisering frem til oppstart av behandling.

Kjernen av tilsynet var logistikk og kommunikasjon knyttet til henvisninger, legespesialistenes vurdering av henvisninger og utredning av pasientene fram til igangsetting av behandling. Tilsynet hadde fokus på tidsrommet fra sykehuset mottar en henvisning og frem til oppstart av behandling.

Fylkesmannen skulle i tilsynet avklare om foretaket sørger for forsvarlig:

- mottak, registrering og videreformidling av henvisninger
- vurdering og prioritering av henvisninger
- føring av ventelister og pasientlogistikk, og sikrer nødvendig helsehjelp innen fastsatt frist ved utredning, diagnostisering og iverksetting av behandling

Helse Nord-Trøndelag HF består av to lokalsykehus; Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger. Tilsynet fant sted ved Sykehuset Levanger og omfattet Kirurgisk klinikk og Medisinsk klinikk.

Ved tilsynet ble det gjort funn som gav grunnlag for å konstatere ett avvik:

- Sykehuset Levanger sørger ikke for at videre henvisninger håndteres iht regelverk

Avviket bygger på følgende:

- Når pasient henvises fra medisinsk avdeling til kirurgisk avdeling (internhenvisning) for samme tilstand går det fram av PAS (pasientadministrativ system) at det foretas en ny rettighetsvurdering. Av den grunn blir det satt en ny startdato og ny frist for pasientforløpet ved at det opprettes ny omsorgsperiode.
- Når pasient henvises videre fra Sykehuset Namsos foretas det en ny rettighetsvurdering ved Sykehuset Levanger. Pasienten har i disse tilfellene ikke med seg ansiennitetsdato fra start nødvendig helsehjelp.
- Ansiennitetsdato og rettighetsstatus etterspørres ikke når dette mangler i mottatt henvisning/ internhenvisning

31.8.2012

Einar Andersen
revisjonsleder

Toril Bjørken Skjørholm
revisor

Innhold

Sammendrag	1
1. Innledning.....	4
2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold	4
3. Gjennomføring	4
4. Hva tilsynet omfattet.....	5
5. Funn	7
6. Vurdering av virksomhetens styringssystem.....	7
7. Regelverk.....	8
8. Dokumentunderlag	8
9. Deltakere ved tilsynet.....	9

1. Innledning

Rapporten er utarbeidet etter systemrevisjon ved Helse Nord-Trøndelag HF i perioden 13.1.2012 - . Revisjonen inngår som en del av Fylkesmannen i Nord-Trøndelag sin planlagte tilsynsvirksomhet i inneværende år. Tilsyn med spesialisthelsetjenesten i Midt-Norge gjennomføres i samarbeid med Fylkesmannen i Møre og Romsdal og Fylkesmannen i Sør-Trøndelag. Tilsynet gjennomføres som del av det landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenestens håndtering og vurdering av henvisninger og utredning av pasienter med tykk- og endetarmskreft (kolorektalkreft).

Hjemmel for tilsynet er lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) § 2.

Formålet med systemrevisjonen er å vurdere om virksomheten ivaretar ulike krav i lovgivningen gjennom sin internkontroll. Revisjonen omfattet undersøkelse om:

- hvilke tiltak virksomheten har for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av lovgivningen innenfor de tema tilsynet omfatter
- tiltakene følges opp i praksis og om nødvendig korrigeres
- tiltakene er tilstrekkelige for å sikre at lovgivningen overholdes

En systemrevisjon gjennomføres ved granskning av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser.

Rapporten omhandler avvik og merknader som er avdekket under revisjonen og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfattet.

- **Avvik** er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift
- **Merknad** er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring

2. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold

Helse Nord-Trøndelag HF består av to lokalsykehus; Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger. Kirurgisk klinikk er organisert med klinikkleder i Levanger. Medisinsk avdeling er også organisert med klinikkleder i Levanger.

Tilsynet fant sted ved Sykehuset Levanger og omfattet Kirurgisk klinikk og Medisinsk klinikk.

3. Gjennomføring

Systemrevisjonen omfattet følgende aktiviteter:

Revisjonsvarsel ble utsendt 13.1.2012. Oversikt over dokumenter virksomheten har oversendt i forbindelse med tilsynet er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Formøte ble avholdt 13.3.2012.

Åpningsmøte ble avholdt 28.8.2012.

Intervjuer

13 personer ble intervjuet.

Oversikt over dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket er gitt i kapitlet Dokumentunderlag.

Sluttmøte ble avholdt 29.8.2012.

4. Hva tilsynet omfattet

Ved gjennomføring av dette tilsynet ble det undersøkt om virksomheten/ foretaket gjennom systematisk styring og forbedring sikrer forsvarlig håndtering og vurdering av henvisninger hvor det kan være mistanke om kolorektalkreft, samt forsvarlig utredning og diagnostisering frem til oppstart av behandling.

Tilsynet hadde fokus på tidsrommet fra sykehuset mottar en henvisning og frem til oppstart av behandling. Aktiviteter hos fastlege eller privatpraktiserende spesialist i forkant av at sykehuset mottar henvisningen, var ikke del av dette tilsynet.

Tilsynet omfattet pasienter innen diagnosegruppene: Ondartet svulst i tykktarm (ICD-10 kode C18), Ondartet svulst i overgangen mellom sigmoideum og endetarm (ICD-10 kode C19) og Ondartet svulst i endetarm (ICD-10 kode C20).

I tilsynet skulle tilsynsmyndigheten avklare følgende forhold:

- Sørger foretaket gjennom styring og ledelse for at tjenester til pasienter med kolorektalkreft er forsvarlige
- Sørger foretaket for forsvarlig mottak, registrering og videreformidling av henvisninger
- Sørger foretaket for forsvarlig vurdering og prioritering av henvisninger
- Sørger foretaket for forsvarlig føring av ventelister og pasientlogistikk
- Sikrer foretaket nødvendig helsehjelp innen fastsatt frist
- Sørger foretaket for forsvarlig utredning, diagnostisering og iverksetting av behandling

Kartlegging av forløpstider

Forløpstider i kreftbehandlingen ble presentert i juni 2011. De ble formidlet gjennom eierlinjen fra Helse- og omsorgsdepartementet til de regionale helseforetakene. Fra 24. juni 2011 ble forløpstidene også tatt inn i Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for ulike kreftformer.

Forløpstidene beskriver når de forskjellige elementer i et behandlingsforløp (vurdering, utredning og behandling) senest bør starte etter at spesialisthelsetjenesten har mottatt en henvisning. Målet er at 80 % av pasientene kommer innenfor forløpstidene. Forløpstidene er imidlertid ikke en ny pasientrettighet, det rettslige grunnlaget er fortsatt pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 og forskrift om prioritering av helsetjenester.

Ansvar for å følge opp måloppnåelsen av forløpstidene er lagt til Helsedirektoratet. Ved dette tilsynet har fylkesmannen likevel valgt å foreta en begrenset kartlegging av hvordan Helse Nord-Trøndelag HF, Sykehuset Levanger ligger an i forhold til forløpstidenes variabler for pasienter med kolorektalkreft.

Denne kartleggingen har utgangspunkt i et lite utvalg av pasientjournaler, og gir ikke et dekkende bilde av i hvilken grad helseforetaket oppnår målsettingene nedfelt i forløpstidene.

Fylkesmannen har ved denne kartleggingen lagt følgende forståelse av forløpstidenes variabler til grunn:

Vurdering av henvisning (5 virkedager):

- Tid fra henvisningen blir mottatt og til den er vurdert, og frist for nødvendig helsehjelp er satt. Med mottak menes her datoen for når henvisningen som ga mistanke om kreft eller hvor kreft allerede var diagnostisert blir mottatt ved sykehus i spesialisthelsetjenesten for aller første gang. I denne kartleggingen vil startpunkt altså ikke være ved en eventuell kontakt med avtalespesialist i forkant av henvisningen til sykehuset.

Oppstart av utredning (10 virkedager):

- Tid fra den første henvisningen blir mottatt og til oppstart av utredningen. Med oppstart av utredning mener vi her dato for pasientens første direkte kontakt med sykehuset for prøvetaking, undersøkelse eller annen konkret aktivitet som er nødvendig for å få utredet mistanken om kreft. Eventuell undersøkelse, poliklinisk time eller annet som er nødvendig for å innhente supplerende opplysninger om pasienten slik at spesialist kan *vurdere henvisningen og avgjøre om pasientens har rett til prioritert helsehjelp*, er i denne kartleggingen ikke regnet som oppstart av utredning.

Oppstart behandling (20 virkedager):

- Tid fra den første henvisningen blir mottatt og til oppstart av behandling av sykdommen. Med oppstart behandling menes her dato for første behandling som gis, enten i form av stråleterapi, cytostatika eller kirurgi. Midlertidig utlegging av tarm og andre lignende inngrep som av medisinske årsaker må foretas før hovedbehandling kan igangsettes regnes også som oppstart av behandling. Behandling/stabilisering av tilleggssykdommer, for eksempel hjertesykdom og infeksjoner, som må gjøres før behandlingen av selve kreftsykdommen kan starte, regnes i denne kartleggingen ikke som oppstart behandling.

Funn fra kartleggingen av 19 pasientforløp

Journalene for 19 pasienter med diagnosene tykk- og endetarmskreft (ICD-10 koder C 18.0 – 18.9, C 19 og C 20) ble gjennomgått.

- Vurdering
14 henvisninger er vurdert innen 5 virkedager. Hovedtyngden er vurdert innen 1 virkedag. Gjennomsnittlig nyttes 3,5 virkedager på å vurdere henvisninger
- Utredning
5 av 18 utredninger er startet innen 10 virkedager. Gjennomsnittlig nyttes 16,5 virkedager før utredning starter
- Behandling
4 av 17 behandlinger er startet innen 20 virkedager. Gjennomsnittlig nyttes 34 virkedager før behandling starter

Journalene for de 5 siste pasientene som er videre henvist fra Sykehuset Namsos og som fikk diagnosen kolorektalkreft for første gang ble gjennomgått. Disse var viderehenvist uten ansiennitetsdato og forløpstidene kan ikke telles.

5. Funn

Ved tilsynet ble det gjort funn som gav grunnlag for ett avvik. Det ble ikke gitt merknader.

Avvik 1: Sykehuset Levanger sørger ikke for at viderehenvisninger håndteres iht regelverk

Avvik fra følgende myndighetskrav:

- Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 jf. § 2-1 b annet ledd
- Spesialisthelsetjenesteloven § 3-2, jf. § 2-2
- Helsetilsynsloven § 3
- Prioriteringsforskriften § 4
- Ventelisteforskriften § 3 og § 4
- Internkontrollforskriften § 4

Avviket bygger på følgende:

- Når pasient henvises fra medisinsk avdeling til kirurgisk avdeling (internhenvisning) for samme tilstand går det fram av PAS (pasientadministrativ system) at det foretas en ny rettighetsvurdering. Av den grunn blir det satt en ny startdato og ny frist for pasientforløpet ved at det opprettes ny omsorgsperiode.
- Når pasient henvises videre fra Sykehuset Namsos foretas det en ny rettighetsvurdering ved Sykehuset Levanger. Pasienten har i disse tilfellene ikke med seg ansiennitetsdato fra start nødvendig helsehjelp.
- Ansiennitetsdato og rettighetsstatus etterspørres ikke når dette mangler i mottatt henvisning/ internhenvisning

6. Vurdering av virksomhetens styringssystem

PAS (pasientadministrativ system) er et komplisert og omstendelig program som i liten grad er tilpasset dagens krav. Systemet gir ikke gode totaloversikter over pasientforløpet for pasienter med kolorektalkreft. Systemet håndteres i stor utstrekning av merkantilt personell, og klinikerne er i liten grad involvert.

Ventelistedata føres for nasjonal ventelisteinformasjon og fritt sykehusvalg, klinikerne synes i liten grad å bruke informasjonen til styring av virksomheten. Etter at helsehjelpen har startet gir ikke registreringer som kreves etter ventelisteforskriften bidrag til pasientlogistikken. Foretakene må allikevel sørge for å ha forsvarlige logistikkssystemer for pasientadministrasjon i det videre utrednings- og behandlingsforløp, jf. sphsl. § 3-2.

Det enkelte foretak har et betydelig behov for pasientinformasjon, behandlingsinformasjon og styringsinformasjon langt utover det som kreves etter ventelisteforskriften, blant annet for pasientlogistikk både før og etter at man strykes fra venteliste ved iverksettelse av utredning og pasienten går inn i et lengre utrednings/behandlingsforløp. Foretaket må, foruten ventelistedata etter ventelisteforskriften, ha journal- og informasjonssystemer for pasientadministrasjon og forsvarlig pasient og behandlingslogistikk, jf. sphsl. § 3-2.

Helseforetaket har et elektronisk kvalitetssystem, EQS. Systemet benyttes i stor grad. Det er utarbeidet en rekke prosedyrer/ retningslinjer som beskriver og til en viss grad stiller krav til den pasientrettede driften. Driften er gjennom styrende dokumenter planlagt og organisert for å ivareta de oppgaver som er tillagt virksomheten.

Det er etablert et system for melding av svikt/ uønskede hendelser/ avvik og hvordan dette skal følges opp av ledere på forskjellig nivå. Dette systemet er kjent, men nyttes i liten grad i tilsette enheter.

7. Regelverk

- Lov av 30.3.1984 om statlig tilsyn med helsetjenesten
- Lov av 2. juli 1999 om spesialisthelsetjenesten
- Lov av 2. juli 1999 om pasient- og brukerrettigheter
- Forskrift av 21. desember 2000 om pasientjournal
- Forskrift av 1. desember 2000 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd
- Forskrift av 7. juli 2000 om forskrift om ventelisteregistrering
- Forskrift av 20. desember 2002 om internkontroll i sosial og helsetjenesten

8. Dokumentunderlag

Virksomhetens egen dokumentasjon knyttet til den daglige drift og andre forhold av betydning som ble oversendt under forberedelsen av revisjonen:

- Organisasjonskart for Kirurgisk klinikk, Sykehuset Levanger
- Prosedyre Tjenesteavtale3-5 om innleggelse i sykehus og om samarbeid om utskrivningsklar pasient
- Dokument Riktige prioriteringer juni 2012
- Dokument Arbeidsoppgaver Inntakskontor
- Dokument Ventelister - daglig registrering og vedlikehold, hindring av fristbrudd
- Dokument Prosedyre for mottak og behandling av henvisning til kirurgisk avdeling
- Dokument Kontrollopplegg. Siste kontrollopplegg for pasienter
- Mail om fordeling av henvisninger
- Dokument Informasjon til deg som skal opereres i magen, 2 dokumenter
- Dokument Antibiotikaprofylakse ved gastrokirurgi
- Dokument ERAS
- Dokument 1557 Ca. coli pre, per- og postoperative rutiner
- Dokument 15561 Pasientforløp ca. coli
- Dokument 1625 Funn ved tumor colonoscopi
- Dokument 16172 MDT-møte colorectal cancer o.a.
- Brukermedvirkning på system og individnivå
- Dokument Tiltak etter Intern revisjon Kirurgisk klinikk, mai 2012
- Kompetanseplan for kirurgisk og ortopedisk avdeling, sykepleietjenesten
- Kompetanseplan for kirurgiske leger
- Forskning kir. avdeling
- Dokument Deltagere undervisning, presentasjon for kirurgiske leger og ansatte ved
- Inntakskontoret,

- Dokument Årsplan for kirurgiske leger- utdrag fra 01.08-31.08 2012
- Brosjyre
- Informasjon til deg som skal opereres
- Dokument 1625 Funn ved Tumor ved colonoscopi
- Dokument Oversikt over pasientbelegg og annen driftsinformasjon
- Undervisningsmaterieell for gjennomgang av vurdering av henvisninger, prioriteringsveileder, ventelister og fristbruddproblematikk ved Kirurgisk klinikk, Sykehuset Levanger

Dokumentasjon som ble gjennomgått under revisjonsbesøket:

20 journaler gjeldende de siste pasientene som fikk diagnosen kolorektalkreft for første gang, og hvor behandling var igangsatt eller henvisning for videre utredning og/ eller behandling er sendt. Aktuelle diagnoser var:

- Ondartet svulst i tykktarm (ICD-10 kode C 18.0 - C18.9)
- Ondartet svulst i overgange mellom sigmoideum og endetarm (ICD-10 kode C19)
- Ondartet svulst i endetarm (ICD-10 kode C20)

Journalene for de 5 siste pasientene som er videre henvist fra andre sykehus (Sykehuset Namsos) og som fikk diagnosen kolorektalkreft for første gang.

- Dokument 16643: Prosedyre ved funn av cancer ved coloskopi (godkjent 27.8.2012)
- Dokument 16627: Håndtering av henvisning til fagområde fordøyelsessykdommer (godkjent 21.8.2012)
- Dokument 14841: Retningslinjer for diagnostikk og behandling av forskjellige fordøyelsessykdommer (godkjent 27.8.2012)
- Prejournal for kirurgisk klinikk, Sykehuset Levanger
- Rapport fra internrevisjon, Kirurgisk klinikk, Sykehuset Levanger (1.6.2012)

Korrespondanse mellom virksomheten og Fylkesmannen:

- Varselbrev fra Fylkesmannen i Nord-Trøndelag, datert 13.1.2012
- E-postkorrespondanse vedrørende formøte
- Brev av 14.6.2012 fra Fylkesmannen i Møre og Romsdal med oppdatert informasjon om tilsynet
- Brev datert 26.6.2012 fra Helse Nord-Trøndelag HF vedlagt etterspurt dokumentasjon
- Brev fra Fylkesmannen i Møre og Romsdal med program for tilsynsdagene, datert 21.8.2012

9. Deltakere ved tilsynet

I tabellen under er det gitt en oversikt over deltakerne på åpningsmøte og sluttmøte, og over hvilke personer som ble intervjuet.

Navn	Funksjon / stilling	Åpningsmøte	Intervju	Sluttmøte
Natalia Skorobogataia	Ventelistekoordinator, medisinsk avdeling	X	X	

Carl Platou	Overlege medisin	X	X	X
Bård Haugnes	Gastrolege	X	X	X
Arne Sollie	Overlege, Kirurgisk avdeling	X	X	X
Anne Margrethe Hustad	Helsesekretær, inntak poliklinikk	X	X	X
Tone Elden	Helsesekretær, sengepost		X	
Hans Martin Holden	Røntgenlege		X	
Tom-Harald Edna	Overlege, faglig ansvarlig	X	X	X
Reidun Fornes	Ventelistekoordinator, Kirurgisk avdeling	X	X	X
Randi Fikse	Leder poliklinikk/ kontortjenester		X	X
Aud Marit Vongraven	Klinikkssjef (stedfortreder), Kirurgisk klinikk		X	X
Mads Berg	Ass. direktør		X	X
Paul Georg Skogen	Fagdirektør		X	X
Hilde Fosslund	Leder sykepleietjenesten, Medisinsk klinikk	X		
Arne Talseth	Overlege, Kirurgisk klinikk	X		X
Tor Ivar Stamnes	Kvalitetssjef	X		
Øystein Sende	Klinikkleder, Medisinsk klinikk			X
Gunn M. Hogstad	Sekretær, Servicesenteret			X
Jan H. Sørbo	Avdelingsoverlege, Medisinsk klinikk			X
Liv Kjønsdal	Juridisk rådgiver, Fagavdelingen	X		

Fra tilsynsmyndighetene deltok:

Revisjonsleder, seksjonssjef Einar Andersen, Fylkesmannen i Møre og Romsdal

Revisor, ass. fylkeslege Inger Williams, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag

Revisor, rådgiver Toril Skjørholm, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag

Deltakere på formøte:

Formøte avholdt på Sykehus Levanger 13.3.2012 med følgende deltakere:

- Revisjonsleder, seksjonssjef Einar Andersen, Fylkesmannen i Møre og Romsdal
- Revisor, ass. fylkeslege Inger Williams, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag
- Revisor, rådgiver Toril Skjørholm, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag
- Bernt Melby, Klinikkleder, Kirurgisk klinikk
- Tom-Harald Edna, Avd. overlege, Kirurgisk avdeling
- Carl G. P. Platou, Konst. overlege, Medisinsk avdeling
- John Ivar Toft, Klinikkleder, Kirurgisk avdeling, Namsos
- Randi S. Brandtzæg, Klinikkleder, Avd. overlege, Namsos
- Randi Fikse, Seksjonsleder, Servicesenter

- Tone Elden, Postsekretær, Kir1, Servicesenter
- Unni Skinderhaug, Sykepleier, Kir 1 (standardisert pasientforløp)
- Anne Margrethe Hustad, Spesialsykepleier, Inntakskontoret
- Liv Kjønstad, Juridisk rådgiver, Fagavdelingen
- John Hjalmar Sørbø, Avdelingsoverlege, Medisinsk avdeling
- Øystein Sende, Klinikkleder, Medisinsk klinikk
- Hilde Fosland, Leder sykepleiertjenester, Medisinsk klinikk
- Bjørn Arnesen, Klinikkleder, Serviceklinikk
- Kari Auran Sjølyst, Avdelingssykepleier, Medisin H
- Wenche P. Delie, Klinikkleder, BFK
- Hilde Ranheim, Klinikkleder, Psykiatrisk klinikk
- Sissel Moksnes Hegdal, Klinikkleder, Medisinsk
- Mads Einar Berg, Ass. direktør, HNT
- Paul Georg Skogen, Fagsjef, HNT
- Tor Ivar Stamnes, Kvalitetssjef, HNT

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 36/2012 Kompetanse og kapasitet – Styring og koordinering av legeressursen

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	18.10.2012	36/2012

Saksbeh: Fagsjef Paul Georg Skogen

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2012/6963

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord- Trøndelag HF tar administrasjonens tilbakemelding på Helse Midt-Norges ”Rapport Kompetanse og kapasitet - Styring og koordinering av legeressursen”, til orientering.

SAKSUTREDNING:

Sak 36/2012 Kompetanse og kapasitet – Styring og koordinering av legeressursen

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Vedlegg:

- Tilbakemelding Rapport Kompetanse og kapasitet – Styring og koordinering av legeressursen

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Helse Midt-Norge har i følgebrev av 3.5.2012 til Rapporten, gitt HNT HF i oppdrag å følge opp rapportens innhold og gjennomføre analyser og peke på aktuelle tiltak med bakgrunn i denne.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Rapporten Kapasitet og kompetanse- Styring av legeressursen, er ledd i Helse Midt-Norges Strategi 2020. HNT HF har forelagt rapporten til alle klinikkene, gjennomgått den i Foretaksledelsen og orientert Styret i HNT HF om den. HF'ene har svart ut på litt ulik måte og HMN RHF har i sin tilbakemelding til Styret i HMN RHF til styremøtet 3.10.2012, uttrykt behov for å følge den opp videre med mer strukturerte og klare kriterier for definisjon av sårbarhet og krav til tiltak. Tilbakemeldingen fra HNT HF er medtatt i denne vurderingen. Styret i HNT HF vil bli orientert om resultatet av dette.

SAMMENDRAG OG DRØFTING

Rapporten om kapasitet og kompetanse er en oppfølging av Helse Midt-Norges strategi fram mot 2020, og skal bidra til å underbygge kvalitetshevingen og effektiviseringen som de strategiske valgene legger opp til.

Vedlagte rapport er Helse Nord-Trøndelags kartlegging som er oversendt til Helse Midt-Norge. Rapporten gir et øyeblikksbilde av kapasitet og kompetanse i helseforetaket, og bidrar til å illustrere framtidige behov for personell og kompetanse.

Rapporten synliggjør flere forhold, herunder at Helse Nord-Trøndelag:

- har en kompetansesituasjon som sannsynligvis aldri har vært bedre
- har en sårbarhet knyttet til mange av våre fagmiljø i tiden som kommer
- er en betydelig leverandør av kompetanse også til andre sykehus gjennom utdanning av LIS-leger
- har lav legedekning målt mot andre sykehus i regionen
- har fagområder med relativt tung vaktbelastning kombinert med et begrenset antall spesialister
- har områder med stort innslag av helsetjenester hos avtalespesialister som er utenfor helseforetakets kontroll

VIDERE OPPFØLGING

Helse Midt-Norges vedtatte strategi fram mot 2020 og vedtak av styret i Helse Nord-Trøndelag, legger vesentlige rammer for hvordan administrasjonen arbeider med utfordringene som vedlagte rapport peker på. Administrasjonens innsats settes derfor inn på å redusere risiko for at Helse Nord-Trøndelags tilbud skal svekkes eller trues av manglende kapasitet og kompetanse. Dette gjelder en rekke forhold, som blant annet går på tilgang av kompetent personell, samarbeidsløsninger med omkringliggende helseforetak for tilgang til oppgaver, forbedring av legedekning mv.

Administrerende direktør vil spesielt framheve følgende punkter:

1. Trøndelagsfunksjoner: Helse Nord-Trøndelag arbeider for at våre sykehus kan ha en avlastningsfunksjon i forhold til St. Olavs Hospital, noe som vil bidra til å styrke egne fagmiljø og St. Olavs Hospitals universitetsfunksjon.
2. Helgeland: Det pågår sonderinger og vil være møter mellom Helgelandssykehuset og Helse Nord-Trøndelag for å se på løsninger som kan forsterke pasienttilbudet i regionen, og en arbeidsdeling som kan styrke egne fagmiljø
3. Samhandlingsmodell: Helse Nord-Trøndelag ønsker å teste ut en modell med kombinerte stillinger for kommunehelse- og spesialisthelsetjenesten som kan bidra til styrket fagmiljø i sykehus, særlig gjennom reduksjon av vaktbelastning gjennom ekstra lege i vaktssystemet.
4. Rekrutteringsprosjekt: Intensivert og systematisk styrking av Helse Nord-Trøndelags rekrutteringsevne. Arbeidet prosjektorganiseres og startes opp høsten 2012.
5. Jobbglidning: Den regionale satsingen på jobbglidning følges opp i Helse Nord-Trøndelag for å frigjøre spesialistkapasitet. Flere prosjekt støtter opp under dette (lederstøtte, ultralyd kardiologisk sykepleier mv)

Rapporten og tilbakemeldingen fra Helse Nord- Trøndelag HF peker på forhold omkring sårbarheten av våre fagmiljø og ulikheter i forbruk av helsetjenester i vår helseregion. HNT HF har generelt en relativt lav legedekning i forhold til de andre helseforetakene i regionen. Rekruttering på LIS- legenivå er god. For overleger sliter noen fagområder med hyppig vakt, en alderssammensetning som innen få år vil medføre behov for nyrekruttering og noen har allerede behov for nyrekruttering for å fylle opp ledige legehjemler. Disse er i dag avhengig av vikarinnleie og omgjøring av stillinger fra overlege- til LIS- stillinger. I noen spesialiteter er det kun en overlege. Den regionale tildelingen av IdNr (legehjemler) har over tid ikke fullt ut vært tilstrekkelig til å sikre HNT HF et ønsket antall leger. Også de andre helseforetakene ønsker flere stillinger enn det er IdNr til, og det er på regionalt nivå satt i verk tiltak for å bedre tilgangen på IdNr.

HNT HF er avhengig av et regionalt samarbeid for å sikre god og tilstrekkelig spesialistutdanning. Nok utdanningsstillinger, stabile overlegemiljø og mer fleksible ordninger for ansettelse, særlig i forbindelse med de mest sårbare fagmiljøene og som ledd i god seniorpolitikk, er sentrale tiltak. Endringsvilje og tilpasningsevne overfor nye krav og utfordringer, samtidig med langtidsplanlegging og forutsigbarhet for avdelinger og funksjoner, er avgjørende for å kunne skape god rekruttering, robuste fagmiljø og gode spesialisthelsetjenester

Forskjellene i forbruk av spesialisthelsetjenester må følges opp ved å fremskaffe nasjonale normtall og avpasse aktivitet etter dette, og ved bruk av de nasjonale prioriteringsveilederne.

Avtalespesialistenes bidrag i spesialisthelsetilbudet i Nord- Trøndelag og den diagnostiske og behandlingsmessige kapasiteten disse bidrar med, er viktig for helheten. Avtalene er innen noen fag også avgjørende for rekruttering og kontinuitet i stillingene i HNT HF.

Helse Nord-Trøndelag HF er i ferd med å utforme og vil starte et rekrutteringsprosjekt for å følge opp de utfordringer rapporten peker på.

Helse Midt-Norge RHF

Postboks 464
7501 Stjørdal

Vår ref.:

2012/4071 - 23376/2012

Deres ref.:**Arkiv:**

300

Dato :

17.09.2012

**Tilbakemelding fra Helse Nord- Trøndelag HF, Rapport Kompetanse og kapasitet-
Styring og koordinering av legeressursen****VURDERING SÅRBARE FAGMILJØ, TILTAK FOR Å REDUSERE
SÅRBARHET****Bakgrunn**

Helse Midt-Norge RHF har i brev av 3.5.2012 gitt følgende oppdrag til helseforetakene:

Det vises videre til vedlagte regionale rapport "Kompetanse og kapasitet – styring og koordinering av legeressursene" som ble behandlet i koordineringsgruppen for Strategi 2020 den 30. mars 2012. Basert på de kriterier for robuste fagmiljøer og de scenarier som er lagt til grunn i rapporten, både hva angår kapasitet og kompetanse, konkluderes det med at Helse Midt-Norge RHF har flere sårbare fagmiljøer.

De viktigste kriteriene for å vurdere sårbarheten er:

- a) krav til kompetanse - jfr. nasjonale og regionale føringer og planer, herunder faglige krav til volum, vaktdekning og mulighetene for utvikling og vedlikehold av kompetanse m.m.
- b) kontinuitet og stabilitet i tjenesten (rekrutteringsforhold, "vikarstafetter" m.m.)
- c) krav til at vaktordninger og arbeidsplaner er innenfor de rammer som gis i arbeidsmiljølov og tariffavtaler
- d) mulighet for å tilrettelegge utdanningsløp som sikrer bærekraftig rekruttering av spesialister med tanke på langsiktige behov og erstatningsrekruttering

For fagmiljøer som identifiseres som sårbare, forutsettes det gjennomført ROS-analyser med beskrivelse av tiltak for å redusere sårbarheten. Typer tiltak vil være:

1. Forbedringstiltak knyttet til pasientforløp, aktivitetsplanlegging, arbeidsplanlegging, oppgavedeling mellom faggrupper m.m.
2. Funksjonsfordeling og/eller vaksamarbeid, basert på prinsippene i Strategi 2020.
3. Styrking av fagmiljøene i form av stillinger/ressurser, herunder skissere behov for legestillinger fram mot 2020.

Helse Nord- Trøndelag HF (HNT HF) gir i det følgende sin redegjørelse.

INNHALDSOVERSIKT

1. Generelt om rapporten og om legedekninga i Helse Nord- Trøndelag HF (HNT HF)
2. Generelle betraktninger omkring robusthet og sårbarhet av fagmiljø på mindre sykehus
3. De enkelte avdelingene og spesialitetene i HNT HF
 - Medisinsk klinikk, Namsos
 - o Generell indremedisin
 - o Endokrinologi
 - o Kardiologi
 - o Gastroenterologi
 - o Geriatri
 - Medisinsk klinikk, Levanger
 - o Generell indremedisin
 - o Endokrinologi
 - o Kardiologi
 - o Gastroenterologi
 - o Nefrologi
 - o Geriatri
 - o Lungesykdommer
 - o Infeksjonsmedisin
 - o Hematologi
 - Kirurgisk klinikk, Namsos
 - o Kirurgi
 - o Ortopedi
 - o ØNH
 - o Øye
 - o Anestesi
 - Kirurgisk klinikk, Levanger
 - o Kirurgi
 - o Ortopedi
 - o Anestesi
 - o Onkologi
 - Psykiatrisk klinikk
 - o Namsos
 - o Levanger
 - o DPS Stjørdal
 - o DPS Kolvereid
 - o Habiliteringstjenesten for Voksne
 - Barne- og Familieklubben
 - o Gynekologi/ obstetrikk Namsos

- o Gynekologi/ obstetrik, Levanger
 - o Pediatri, Levanger
 - o Pediatri, Namsos
 - o BUP, Levanger
 - o BUP, Namsos
 - o Habiliteringstjenesten for barn
- Rehabiliteringsklinikken
 - o Fysikalsk Medisin og Rehabilitering
 - o Reumatologi
 - o Nevrologi
- Medisinsk Serviceklinikk
 - o Radiologi, Namsos
 - o Radiologi, Levanger
 - o Mikrobiologi
 - o Medisinsk biokjemi

4. Sammenfatning og konklusjoner

1. Generelt om rapporten og om legedekningen i HNT HF

Rapporten peker på forhold som HNT HF på mange måter er godt kjent med, men som her blir satt inn i et regionalt perspektiv. Mange av HNT HF sine fagmiljø kommer ut som sårbare i forhold til de faktorene som her er vurdert. Fagområder med lav andel LIS- leger (leger i utdanningsstilling) og fagområder der overlegene har nådd eller snart når 60- årsgrensa, samt fagområder med bare en spesialist og fagområde med behov for vikarinnleie, er det flere av i HNT HF.

Rapporten avdekker også at HNT HF har relativt få legerressurser sammenlignet med sykehusene ellers i regionen.

Bruken av legespesialister og ulike "kulturer" i bruk av enkelte fagområder med utgangspunkt i hoveddiagnosegrupper, blir også avdekt i rapporten. Dette medfører behov for gjennomgang av årsaken til dette og tiltak for å sikre pasientene mest mulig likearta og forsvarlige spesialisthelsetjenester.

Rapporten avdekker "sårbarhet" som stemmer godt med de daglige utfordringene avdelingene har for å få rekruttert overleger.

Hovedfunn:

- HNT HF har relativt lav legebemanning
- Flere spesialiteter er "utsatt" i et sårbarhetsperspektiv (alder, rekruttering, LIS/OL)
 - Delvis pga nasjonale utfordringer som alle HF sliter med rekruttering i
 - Reumatologi, nevrologi, geriatri, laboratoriefag
 - Delvis pga regionale og lokale utfordringer (HMN RHF og HNT HF)
 - Strategi 2020 (vakt, funksjonsfordeling, usikkerhet)
 - Patologi, laboratoriefag, reumatologi, nevrologi, ØNH, øye, gyn/føde, barn, generell kirurgi, anestesi
 - Fagområder med enespesialist eller -funksjon (hematologi, infeksjonsmedisin, geriatri)
 - Fagområder med stor etterspørsel og for liten kapasitet (gastroenterologi, nefrologi, kardiologi, reumatologi)
- Forbruket av spesialisthelsetjenester er innen noen fagområder svært ulikt innen regionen og i forhold til gjennomsnittlig nasjonalt forbruk
 - Videre analyse av årsaksforhold til ulikhetene i forbruk er nødvendig. Tiltak for å sikre pasientene tilgang på gode og forsvarlige spesialisthelsetjenester må bygge på disse analysene.

2. Generelle betraktninger omkring robusthet og sårbarhet av fagmiljø i våre sykehus og aktuelle tiltak for å redusere sårbarheten

Først noen betraktninger omkring noen forhold i rapporten:

Fremskrivningen av behovet for antall legestillinger og betraktningene omkring dette i kapittel 4, jfr tabell 4.1- 4.3, bygger på forutsetningen "lik bruk av legeressursen i 2020 og 2030 som i 2010". Når vi ser underdekningen av legestillinger HNT HF har hatt over år i fht sammenlignbare fagmiljøer, vil skjevhetene bare øke, om en ikke tilfører tilstrekkelig med stillingsressurser for å skape en best mulig balanse sykehusene i mellom, før fremskrivning.

I tillegg vil nye behandlingsmetoder og kanskje også samhandlingsreformen, kunne endre forutsetningene som her ligger til grunn.

Avtalespesialistene har en særlig stilling i Nord- Trøndelag:

1) I fagområdet hudsykdommer er det utelukkende avtalespesialister som betjener fagområdet. For fagene ØNH og øye er det for Levanger kun avtalespesialister, mens det i Namsos er laget en modell der noen av legene delvis er private og delvis ansatt i foretaket. For nevrologi er det laget tilsvarende kombinert- stilling for en av legene.

2) Avtalespesialistene innen ØNH, øye og hudsykdommer i Levanger har sine lokaler samlet i sykehuset og har avtale om tilsyn med inneliggende pasienter i en mindre deltidsstilling i foretaket. Avtalespesialistene i ØNH og nevrologi i Namsos har lokaler i samme poliklinikk som de arbeider i ved foretaket.

I tillegg til disse avtalespesialistene er det noen få (ØNH, øye og psykiatri) som arbeider uten noen avtale med HF'et.

Avtalespesialistene samhandler og supplerer slik HNT HF sine øvrige fagområder, og gir pasientene en helhetlig spesialisthelsetjeneste og sikrer slik diagnostiske og behandlingsmessige muligheter for HNT HF. Avtalespesialisthjemlene er også med å trygge og sikre kontinuitet i disse fagområdene, som ellers ville vært ytterligere mer sårbare.

Avtalespesialistene har ikke avtale om vakt eller beredskap utenom de som også er ansatt i HNT HF. Det ville styrket det totale fagmiljøet om avtalespesialistene kunne ha inngått i vaktberedskapen i de fagområdene der dette er aktuelt.

Rekruttering:

Over tid ser vi at det for LIS- stillingene er godt med relevante søkere for de aller fleste avdelingene, slik at det på LIS- nivå mest handler om å ha nok IDNR å få rekruttert leger inn i.

For overlegestillingene ser en fortsatt at det enten ikke er reelle søkere eller at søkerne i stor grad har annen nasjonalitet. Dette sammen med at vi i HNT HF mange andre ligger på en lav legebemanning i de aller fleste fagområdene, gjør det svært arbeidskrevende å være overlege i HNT HF. Dette medfører i sin tur at det er mindre attraktivt å gå over fra LIS- lege til overlege i mange fagområder i HNT HF.

Vi erfarer også at med den spesialistutdanninga vi har i dag og de behovene St Olav i vår region har hatt siste åra, har mange LIS- leger valgt å fortsette på St Olav eller har søkt seg til annet sykehus, ved ferdig spesialistutdanning.

Sårbarheten til HNT HF blir også forsterket av at det innen flere fag er mangel på spesialister på nasjonalt nivå. Dermed ligger årsaksforholda til sårbarheten ikke alene hos oss, men er en nasjonal utfordring som mer og mindre rammer hele spesialisthelsetjenesten. Reumatologi, geriatri, patologi og flere andre laboratoriefag er eksempel på slike fag.

Kravene som ligger i spesialistutdanninga er også med på å forsterke sårbarheten, gjennom strikte krav til vaktordninger som er umulig å etablere i små fagmiljø- både av arbeidsmiljølov- hensyn, vakthypighet og pga for liten pasienttilgang.

En tilpasning av regelverket for å få spesialistutdanningen mer i tråd med småsykehusenes behov for spesialister med bred, generell spesialistkompetanse samtidig med en grenspesialisering/ subspesialisering eller spesialistkompetanse på flere fag, ville ha bidratt til å sikre mer robuste vaktordninger i den generelle spesialiteten og samtidig sikret spesialistkompetanse i grenspesialitet/ subspesialitet.

Å være "liten" betyr også at det er lite som skal til for å bli litt større - og her er fordelene med små sykehus: Det skal ofte svært lite til for å sikre langvarig og god stabilitet! Det erfarer vi også ved at legene som velger å ta jobb hos oss, ofte blir her og med det sikrer tilstrekkelig kontinuitet, kompetanse og et stabilt fagmiljø over mange år.

Stor grad av fleksibilitet i rutineene ved ansettelse av leger- og særlig ved ansettelse av spesialister, ville også være et viktig tiltak for å sette HNT HF i stand til å rekruttere godt. Ordningen med IDNR og styring av legerressursen gjennom årlige tildelinger av IDNR fra regionalt og nasjonalt nivå, fremmer ikke rekrutteringen på småsykehusa. Fleksibilitet særlig når overlegene nærmer seg pensjonistalder er særlig viktig. Dette gir mulighet til god opplæring av nye og god seniorpolitikk for de som ønsker å trappe ned. Å sikre fleksible ordninger i disse situasjonene, vil også fremme forskning og fagutvikling og det generelle kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeidet gjennom litt bedre bemanning og dermed litt mer tid til slikt arbeid i en periode.

Et klarere krav til at LIS- leger som er ferdige spesialister, ikke skal "okkupere" LIS- legehjemler, vil i noen fag også kunne bedre spesialist- tilgangen. Her må det et regionalt samarbeid til. Et klarere fokus på planlegging av utdanningsløpene for å unngå flaskehalser i disse, er avhengig av regionalt samarbeid og fleksible IDNR- avtaler. Krav til tjeneste på et mindre sykehus som del av spesialistutdanningen, på lik linje med kravet til tjeneste på gruppe 1- sykehus, ville også kunne skapt bedre kjennskap og nærhet til småsykehusene, og med kanskje også økt tilhørighet og lettere rekruttering.

Et regionalt samarbeid om spesialistutdanninga for å sikre gode utdanningsløp og bedre kontakten sykehusa i mellom under spesialistutdanninga, vil også kunne være med å sikre at LIS- legene søker seg tilbake etter fullført spesialistutdanning. Kan dette samarbeidet med hospitering/ arbeid hos hverandre også fortsette for de som er ferdige spesialister, vil dette kunne komme alle til gode og sikre bedre samarbeid, kompetanse og bedre forståelse for hverandres funksjon og oppgaver.

LIS- legene får en svært allsidig og god spesialistutdanning i våre sykehus, gjennom tett og nært daglig samarbeid med kjente, stabile og kompetente overleger, ved tidlig å få ansvar og oppgaver og ved hver dag å møte et variert spekter av faglige utfordringer. Vi ser også at våre LIS- leger er attraktive for St Olav og andre gruppe 2 og 3- sykehus, nettopp pga den brede faglige praksisen og erfaringene de har med seg fra våre avdelinger. Slik sett er regionen avhengig av at vi kan opprettholde stabile og rimelig robuste fagmiljø, for å bidra regionalt med tilstrekkelig LIS- legeutdanning.

HNT HF har også et ønske om mulighet til å prøve ut "Namsos- modellen" der legespesialister kan være tilsatt både ved sykehuset og i en kommune. Legen kan da bidra til styrket kompetanse og kvalitet innen sitt fagfelt i kommunen og bidra til økt stabilitet, og samtidig inngå i vaktteamet og ha regelmessig poliklinisk tjeneste på sykehuset og sikre gode tjenesteplaner og vaktordninger der.

Større muligheter og en styrking av kunnskapen i rekrutteringsarbeidet internasjonalt, vil være avgjørende for rekruttering i noen fagområder der vi på nasjonalt nivå ikke har tilstrekkelig utdanningskapasitet. Dette vil være både en lokal og regional oppgave å arbeide med.

Fokuset på "sårbarhet" og funksjonsfordeling er i seg selv også med å skape sårbarhet, gjennom usikkerheten aktuelle søkere får både i fht selve avdelingen en søker arbeid i og i fht oppgaver og funksjon avdelingene får i et Strategi 2020- perspektiv. Slik sett er de små avdelingene særlig utsatt med tanke på å sikre oppgaver som gjør det attraktivt å ta jobb der, samtidig som funksjonen lett blir sårbar da bare en eller svært få leger har den nødvendige kompetansen.

Å sikre avdelingene tilstrekkelig med funksjoner og oppgaver og skape gode fagmiljø der forskning og fagutvikling er prioriterte oppgaver, vil være viktig i arbeidet med både rekruttering og å skape robuste i fagmiljø. Trygghet for framtida opp i mot behovet for sykehus med stor grad av fleksibilitet i et helsevesen som både nasjonalt og regionalt er i stor endring, vil være forhold som den enkelte lege og hans/ hennes familie vil måtte ta stilling til. HNT HF ønsker å være en god og attraktiv arbeidsplass for både LIS- leger og overleger, men vil med dette perspektivet også være avhengig av og sårbar i forhold til regionale og nasjonale veivalg og utfordringer.

"SÅRBARHET"

- Lite fleksibilitet v/ ansettelse (ID- nr, budsjettkrav)
- Reduksjon av oppgaver/ funksjoner, mindre attraktive
- Redusert forutsigbarhet for avdeling/ funksjon
- Avstander- for nært, for langt unna- HNT HF er ramma litt av begge deler
 - For nært: Lekkasje av pasienter og helsepersonell til St Olav en risiko
 - For langt unna: Økt rekrutteringsproblem og vanskelig pasientlogistikk og –transport.
- Vaktbelastning i fht AML og nasjonale føringer
- Forskningsmulighet, forskningsmiljø og tilstrekkelig tid og ressurser til fagutvikling
- Små sykehus rammes ekstra hardt av nasjonale problemer
- Redusert funksjon eller redusert vaktberedskap i et fagområde gir umiddelbart utslag på sårbarheten for andre avdelinger. En er avhengig av hverandres kompetanse for å sikre god faglig forsvarlighet.

"ROBUSTHET"

- Alle stiller opp for alle- fellesskapsfølelse
- Tverrfaglighet og nært samarbeid mellom fagområdene gir et samlet sterkt faglig fagmiljø på tross av at hver enhet ikke er så stor
- Tett oppfølging av og varierte oppgaver for LIS- legene gir gode utdanningsvilkår (raskt ansvar, raskt interessante, varierte oppgaver)
- Stabilitet og kontinuitet når legen først er ansatt
- Stor søkning av LIS- leger
- HUNT- miljøet og forskningsmuligheter
- Mer fleksible ansettelsesmuligheter, særlig i fht seniorpolitikk og særlig sårbare fagmiljø

NOEN UTFORDRINGER OG MULIGE TILTAK:

- Samlet sett god kompetanse (Jfr småsykehus) vs samling av god enkeltkompetanse (jfr sentralisering)
 - HNT HF må utnytte egen kompetanse bedre, gjøre hverandre gode innen HF'et
 - Nye/ voksende pasientgrupper og samhandlingsreform: Økte krav/ behov for tverrfaglig behandling og oppfølging. HNT HF er godt rustet gjennom nærhet og tett samarbeid fagmiljøene i mellom, to DMS og tett samarbeid med kommunene.
- Robusthet er en regional utfordring, vi påvirkes i stor grad av hverandres "sårbarhet"
 - Usikkerhet om fremtiden gir betydelig rekrutteringsproblem og problem med å sikre stabil legedekning.
- Samarbeid om utdanningsløp og etterutdanning. Regionen må bli attraktiv som helhet, og sikre spesialistutdanning og etterutdanning av høy kvalitet.
- HNT HF må i større grad satse på egenrekruttering og arbeide målbevisst over år. Å kunne sikre spesialistkandidatene arbeid når de er ferdig, er en nøkkelfaktor her. Dette medfører igjen behov for fleksibilitet i IDNR- tildeling/ -bruken.
- Sårbarhet som øyeblikksbilde vs sårbarhet over tid
 - Robusthet i små fagmiljø kan ofte kreve mindre tiltak enn robusthet i større enheter, men sårbarheten i små fagmiljø er i perioder større. Hjelp i slike kritiske perioder gjennom regionale avtaler, sikrer robusthet over tid.
- Krav i spesialistutdanningen om arbeid i mindre sykehus:
 - Mindre sykehus har behov for spesialister med bredde i spesialiseringen. Viktig med mulighet for vaktteneste i generell spesialitet, med dagarbeid på subspecialitet. Krever endring i kravene til spesialistutdanningen for leger.
- "Namsos- modellen": Samarbeid mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste for enkelte spesialiteter for bedre utnyttelse av kompetanse på dagtid og sikre gode vaktordninger
- Behov for rekrutteringsprogram? Kompetanse for utenlandsrekruttering avgjørende i enkelte fagområder.
- Gode, regionale pasientforløp med hensiktsmessig, forutsigbar oppgavefordeling mellom kommune, gruppe 1- og gruppe 2- sykehus
- Gode muligheter til forskning og fagutvikling. F. eks. sikre forskningsaktivitet i alle fag ved oppretting av deltids forskerstillinger, jfr D- stillingene ved universitetssykehusene.
- "Fremsnakking" og "omdømmebygging" både innen HF'et og innen regionen
- Sikre at nødvendige vikarordninger er tilpasset avdelingenes behov
- I størst mulig grad unngå "alenespesialister"

Ulik forbruk av spesialisthelsetjenester ut fra hoveddiagnosegrupper (HDG)

Det er hovedsakelig innen øyefaget Nord- Trøndelag har et betydelig avvik i forbruk i sammenligning med regionen og landet for øvrig. HDG 2 som omhandler øyefaget og HDG 8, muskel, skjelett og bindevevslidelser, har særlig stor variasjon innen regionen. Øyefaget er organisert med avtalespesialister i Levanger og øyeavdeling ved Sykehuset Namsos, kombinert med avtalespesialister i Namsos. Størstedelen av

pasientbehandlingen skjer utenfor helseforetaket, og dermed utenfor vår mulighet til tiltak. Oppstart av ny behandling for våt makuladegenerasjon med injeksjoner, har medført stort kontrollbehov og vil dermed øke behovene for øyelegetjenester innen sykehusavdelingen. I ortopedifaget er det i HNT HF for liten kapasitet til å klare å ta unna henvisninger og ha akseptable ventetider og unngå fristbrudd. Her blir mange pasienter tilbudt viderehenvisning og det er i perioder behov for vikarinnleie for å klare å holde måltalene for indikatorene ventetid og fristbrudd. Dette gjenspeiles også ved behov for oppretting av ny overlegestilling i ortopedi ved Sykehuset Levanger.

Som også rapporten peker på, er det vanskelig å vurdere hva som er de ”riktige” forbruksratene så lenge det ikke finnes gode normtall. Forskjeller på nærmere 70 % tilsier likevel at noen har klart mindre kapasitet enn andre innenfor aktuelle HDG. De økonomiske konsekvensene aktuelle forbruksforskjeller medfører, gir grunn til å følge opp forskjellene og analysere årsaksforhold, samtidig med en god faglig gjennomgang av dagens praksis opp mot prioriteringsveiledere og andre aktuelle faglige standarder der dette er tilgjengelig. (jfr tabell 4.29 i rapporten).

3. De enkelte avdelingene og spesialitetene i HNT HF

Nedenforstående tabeller gir en oversikt over HNT HF som helhet og deretter Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger hver for seg.

Kolonne ”**Risiko**” gir en vurdering av sårbarhet i fht faktorene

- OL > 60 år og
- LIS < 0,4, og i tillegg ligger
- en helhetsvurdering av faktorene vikarinnleie, mange leger som nærmer seg 60, erfaringsmessig vanskelig rekruttering over år og særlig belastende vaktsystem for overleger (5- delt eller færre).

Grønn uttrykker et rimelig robust fagmiljø ut fra disse faktorene

Gul betyr fare for sårbarhet innen kort tid eller sårbarhet i moderat grad

Rødt uttrykker fagmiljø som i alle eller de viktigste faktorene over er betydelig sårbare.

Nærmere redegjørelse for noen fagområder blir gitt i de påfølgende underpunktene etter tabellene.

Helse Nord- Trøndelag HF							
Spesialitet	LIS	OL30-49	OL50-59	OL>60	Total OL	LIS/OL	Risiko (HF- nivå)
Anestesi	8 (7)	5	3	2	11 (10)	0,7	Rød
Pediatri	4 (3)	3	1	2	6	0,7	Rød
Gyn/ Obst	5 (3)	5	1	2	8 (11)	0,6 (0,3)	Rød
Kirurgi	9 (6)	2	9	1	13 (10)	0,7	Gul
-urologi			3				
-bryst/endo			2				
-karkirurgi			1				
-gastro		1	2	1			
Ortopedi	6	4	3	3	10 (11?)	0,6	Gul
Gen. Indremed	21	13	5	4	25 (22?)	0,8	Gul
-hjerne		3					
-nyre		3					
-lunge		1		2			
-gastro		2		1			
-blodsykdom			1				
-infeksjon				1			
-endokrin			2				
-geriatri							
Nevrologi	1	2,5	2		5 (4,5?)	0,2	Rød
Psykatri, VOP	15	11	8,5	4,2	25(23,7)	0,6	Grønn
Psykatri, BUP	5	2	2	1	6 (5?)	0,8	Gul
Fysikalsk med	3	3	1		4	0,8	Gul
Revmatologi	3			2	3 (2)	1,5	Rød
Radiologi	4	7	1	4	13	0,3	Rød
Øye	1	2	1		4 (3?)	0,25	Rød
ØNH	1	1	2		3	0,3	Rød
Med. Biokjemi				1	1		Rød
Mikrobiologi				1	1		Rød
Onkologi		1	1		2		(Avtale HNT/ St Olav) Gul
*Psykatri						*1,0	
*Hud						*0,6	
*Øye						*5,5	
*ØNH						*2,5	
*Nevrologi						*0,5	
Totalt	95	73	42	28			238

* = Privat avtalespesialist. Antall iflg Rapport HMN RHF Kompetanse og Kapasitet 3.5.2012

Tall i (xx) er tall oppgitt i rapport fra J Dahl, Personalavdelingen, august 2012, tallene uten (xx) er fra Rapport HMN RHF Kompetanse og Kapasitet 3.5.2012

Helse Nord- Trøndelag HF, Sykehuset Namsos							
Spesialitet	LIS	OL30-49	OL50-59	OL>60	Total OL	LIS/OL	Risiko
Anestesi	2	2	2		4	0,5	Rød
Pediatri	1	1		1	2	0,5	Rød
Gyn/ Obst	1	3		1	4	0,25	Rød
Kirurgi	3		3		3	1,0	Rød
-urologi							
-bryst/endo			1				
-karkirurgi							
-gastro			1				
Ortopedi	2	3		2	5	0,4	Gul
Gen. indremed	8	3	5	1	9	0,9	Gul
-hjerte				1			
-nyre							
-lunge							
-gastro		1		1			
-blodsykdom							
-infeksjon							
-endokrin			2				
-geriatri		1					
Nevrologi	1	4		1	5	0,2	Rød
Psykiatri, VOP	4	5	1	3	9	0,4	Gul
Psykiatri, BUP	2		1		1	2	Rød
Fysikalsk med							
Revmatologi							
Radiologi	3	4	1	3	8	0,4	Rød
Øye	1	1	1	1	3	0,3	Rød
ØNH		1	2		3		Rød
Med. biokjemi							
Mikrobiologi							
Onkologi							
*Psykiatri							
*Hud							
*Øye					+		
*ØNH					1,0		
*Nevrologi					0,5		

* = Privat avtalespesialist. Antall iflg Rapport HMN RHF Kompetanse og Kapasitet 3.5.2012

Tall i (xx) er tall oppgitt i rapport fra J Dahl, Personalavdelingen, august 2012, tallene uten (xx) er fra Rapport HMN RHF Kompetanse og Kapasitet 3.5.2012

Helse Nord- Trøndelag HF, Sykehuset Levanger							
Spesialitet	LIS	OL30-49	OL50-59	OL>60	Total OL	LIS/OL	Risiko
Anestesi	5	5	1	0	6	0,8	Gul
Pediatri	2	2	1	1	4	0,5	Rød
Gyn/ Obst	3	6	0	1	7	0,4	Rød
Kirurgi	6	3	5	1	9	0,7	Gul
-urologi			3				
-bryst/endo			1				
-karkirurgi			1				
-gastro		1	1	1			
Ortopedi	5	4	1	1	6	0,8	Gul
Gen. indremed	17	9	2	4	15	1,1	Gul
-hjerter		3		1			
-nyre		3					
-lunge		1		2			
-gastro		2					
-blodsykdom			1				
-infeksjon				1			
-endokrin							
-geriatri			1				
Nevrologi		0,4			0,4		Rød
Psykiatri, VOP	11	8	7	2	17	0,6	Grønn
Psykiatri, BUP	3	2	2	1	5	0,6	Gul
Fysikalsk med	4	2	1		3	1,3	Gul
Revmatologi	3			2	2	1,5	Rød
Radiologi	3	4	1	3	8	0,4	Rød
Øye							
ØNH							
Med. biokjemi				1	1		Rød
Mikrobiologi				1	1		Rød
Onkologi		1	1		2		Gul
*Psykiatri							
*Hud					1		(2 leger)
*Øye					5		
*ØNH					2		

* = Privat avtalespesialist. Antall iflg Rapport HMN RHF Kompetanse og Kapasitet 3.5.2012

Tall i (xx) er tall oppgitt i rapport fra J Dahl, Personalavdelingen, august 2012, tallene uten (xx) er fra Rapport HMN RHF Kompetanse og Kapasitet 3.5.2012

Gjennomgang av de enkelte klinikkene

Medisinsk klinikk, Namsos

Generell indremedisin
Endokrinologi
Kardiologi
Gastroenterologi
Geriatrici

Gastroenterolog er nylig ansatt. Geriatrici, endokrinologi og kardiologi har rimelig god robusthet i dag. Flere fagområder har imidlertid enkeltleger med eneansvar for sine fagfelt, og dette gjør det periodevis og over tid sårbart. God LIS- legesøkning. Aldersfordelingen av overlegene, gjør at innen få år vil avdelingen ha behov for nyrekruttering.

Medisinsk klinikk, Levanger

Generell indremedisin
Endokrinologi
Kardiologi
Gastroenterologi
Nefrologi
Geriatrici
Lungesykdommer
Infeksjonsmedisin
Hematologi

Levanger mangler endokrinolog, men har valgt å gjennomføre egne spesialiseringsløp av egne LIS- leger for å sikre mer varig løsning. For hematologi er det kun en spesialist i hele HNT HF. For infeksjonsmedisin er det kun en spesialist i HNT, som også er over 60 år. Disse tre fagfeltene er med bakgrunn i dette, særlig sårbare. For nefrologi er det tre spesialister, men endring i sykdomspanorama og krav til døgnberedskap for dialysepasienter, gjør dette spesialiteten arbeidskrevende og det er behov for styrking av fagområdet. For lungemedisin er to av overlegene over 60 år, klinikken har eget spesialiseringsløp for 2 LIS-leger i lunge. Kardiologi har rimelig god legedekning, men beredskapsordning og stor etterspørsel gir behov for tiltak. Her er det et meget aktivt forskningsmiljø, og det er også satt i gang jobbglidningsprosjekt med sykepleier med kompetanse i ekkokardiografi og LIS- legene får systematisk opplæring i bruk av håndholdt ultralydutstyr for orienterende ekkoundersøkelse. Slik kompetanseoverføring og aktivitet har skapt et robust og attraktivt fagmiljø. Infeksjonsmedisin er en sårbar funksjon i dag med kun en overlege i HNT HF og i tillegg alder > 60 år.

Kirurgisk klinikk, Namsos

Generell kirurgi
Ortopedi
ØNH
Øye
Anestesi

Øye og ØNH- fagene er storvolum- fag med økende pasientgrupper. Små endringer i kapasiteten, gir derfor raskt utslag i ventetider og fare for fristbrudd. Fagmiljøene er små og sårbare både ved aldersvurdering og LIS/ OL- ratio. Avtalespesialistavtaler har gjort miljøene rimelig robuste. For øyefaget er det innført ny behandling med injeksjoner for våt makuladegenerasjon, som medfører økt kontrollbehov. Øyefaget er den hoveddiagnosegruppen som har størst forskjell i forbruk i regionen. Dette må følges opp for avklaring av årsaksforhold og evt tiltak rettet mot dette.

ØNH har ikke LIS- legestilling og to av legene nærmer seg en alder der behov for nyrekruttering vil komme innen få år.

Anestesifaget har vært avhengig av vikarinnleige, og er i perioder sårbart. Stor vaktbelastning. Aktiv rekruttering har skapt bedring.

Det er behov for rekruttering av generell kirurger da fagmiljøet nå er lite og sårbart. Aktivt arbeid med effektivitet på operasjonsstuene har gitt gode resultat og det er bevisst satsing på laparoskopisk teknikk.

Ortopedi har rimelig bra spesialistlegedekning og kapasiteten tilfredstillende.

Det er gjennomført et stort arbeid i form av funksjonsfordeling innen kirurgi mellom Namsos og Levanger, der urologi er lagt til Levanger, fedmekirurgi i Namsos, og ortopedivakt på sen kveld og natt er på Levanger. Ytterligere funksjonsfordeling er så langt ikke funnet regningssvarende eller riktig faglig sett. Utfordringene vedr kapasitet og vaktbelastning er særlig stor i forbindelse med ferieavvikling, og tiltak for å styrke robustheten i slike perioder er særlig viktig. Et arbeid for å sikre nødvendig samarbeid klinikkene i HNT HF i mellom, er satt i gang med felles klinikkråd september 2012.

Kirurgisk klinikk, Levanger

Kirurgi

Ortopedi

Anestesi

Onkologi

Rekrutteringen på LIS- legenivå er god. I grenspesialitetene gastrokirurgi, urologi og bryst/ endokrinkirurgi er det utfordringer på spesialistsiden, og her trenger klinikkene innen kort tid nyrekruttering for å opprettholde aktiviteten. Vaktbelastningen for spesialistene er i perioder meget stor. I tillegg er det meldt inn behov for nye LIS- legehjemler for å styrke avdelingsarbeidet og muligheten til god veiledning og sikre en bedre egenrekruttering av spesialister.

For ortopedien er det ved Sykehuset Levanger et kapasitetsproblem med bakgrunn i den laveste ortopeddekningen sett opp mot

befolkningsgrunnlaget i Helse Midt-Norge. En tilpassing av overlegehjemlene for å gi likt tilbud i fht regionen ellers, er påkrevet.

Det har vært god forskningsaktivitet i kirurgifaget over tid, og aktiviteten og kvaliteten av arbeidet i avdelingen er godt dokumentert.

Anestesifaget er inne i en fase med mange ferske overleger med behov for oppbygging av erfaring etter avgang av fire erfarne overleger på kort tid. Overlegene går også primærvakt, og dette er over tid med på å gjøre

faget sårbart. Økt antall LIS- stillinger for å få tilfrestilt krav til AML ville bedret dette.

God søkning på LIS- legestillinger.

Forskningsaktiviteten i ortopedi og anestesi er mangelfull, og det er sterkt ønske om oppretting av stillinger tilsvarende D- stillingene ved universitetssykehusene, med deltid forskning som del av stillingen.

For onkologifaget er stillingene opprettet i HNT HF gjort i samarbeid med St Olav slik at spesialister er utlånt derfra til disse stillingene. Her er det et klart behov og søknad fra klinikken om en onkologstilling til for å sikre begge sykehusene tilstrekkelig onkologressurs.

Jfr ovenfor(Kirurgi, Namsos) vedr funksjonsfordeling og nærmere samarbeid.

Psykiatrisk klinikk

Namsos

Levanger

DPS Stjørdal

DPS Kolvereid

Habiliteringstjenesten for Voksne

Rekrutteringen til psykiatrisk klinikk har vært - og er - god. En økende ambulant tjeneste og bevisst satsing på polikliniske tilbud, medfører imidlertid et økende lege- og psykologbehov og en er avhengig av tilstrekkelig med hjemler i årene som kommer for å opprettholde og bedre dette tilbudet. Oppstart av rusposten (ARP) og et økende antall eldre i befolkningen, vil medføre økende arbeidsmengde. Avdelingen i Namsos er pga flere overleger over 60 år, sårbar og i særlig behov for rekruttering i årene som kommer.

Det er et godt forskningsmiljø i klinikken.

Klinikken har regional spisskompetanse i Regional enhet for spiseforstyrrelser.

Samarbeidet mot somatiske avdelinger er tett og godt. Rekrutteringen går i hovedsak på at egne LIS- leger går over i overlegestillinger etter endt spesialistutdanning. Det vil over tid være behov for en økning av både LIS- legebemanningen og antall spesialister for å sikre et forsvarlig behandlingstilbud.

Barne- og Familielinikken

Gynekologi/ obstetrikk Namsos

Gynekologi/ obstetrikk, Levanger

Pediatri, Levanger

Pediatri, Namsos

BUP, Levanger

BUP, Namsos

Habiliteringstjenesten for barn

Å bedre vaktbelastningen for overlegene er viktig for å bedre rekrutteringen i disse fagområdene. Behovet er 1-2 LIS- legehjemler både ved gyn/obst Namsos, gyn/obst Levanger og Barneavdelingen. En har påbegynt dette ved prioriteringene for tildeling av IDNR for 2012. Tilstrekkelig med LIS- leger reduserer vaktbelastningen på overlegene

og gir mindre alenevakter., Samtidig må en over tid arbeide for en økning av antall overlegetillinger for å kunne overholde AML/vernebestemmelser.

"Namsos- modellen" ønskes utprøvd gjennom legestilling både i HF' et og i en kommune.

I samhandlingsreformens fokus på forebyggende arbeid, er arbeidet omkring god fødselsomsorg, riktig og tidlig intervensjon ved sykdom og kronikerproblematikk i barneårene og forebyggende tiltak og undervisning omkring livsstilssykdommene, avgjørende.

Nærhet til helsetilbudet er særlig viktig for kronisk syke barn og deres familier. Fastlegetilbudet og muligheten for kommunale tilbud vil også være særlig sårbart for disse pasientgruppene. Nærhet til barneavdeling er derfor avgjørende for pasienten og familiens livskvalitet og mulighet til å følge opp sykdommen på en forsvarlig måte.

Rekrutteringen av LIS- leger er god i alle fagene, men belastningen på overlegene medfører vansker med videre rekruttering til overlege- arbeid i avdelingene.

Rehabiliteringsklinikken

Fysikalsk Medisin og Rehabilitering

Reumatologi

Nevrologi

Alle disse fagene er eksempel på fag der en forandring av spesialistreglene ville ha styrket rekrutteringsarbeidet i mindre sykehus. En kunne hatt vakt på en generell medisinsk avdeling og der håndtert ØHJ- pasienter innen eget fagområde som del av vaktarbeidet i den brede generelle indremedisinspesialiteten, samtidig som en på dagtid fikk være dedikert sin subspesialitet/ grenspesialitet/ annen hovedspesialitet. Dette ville sikre mindre sykehus nettopp de spesialistene en hadde behov for: Spesialister med en bred og god erfaring og generell medisinsk kompetanse i tillegg til sin hovedspesialitet.

For nevrologifaget er det kun et år gjeldende tjeneste for LIS- lege i dag med bakgrunn i manglende vaktordning. Dette medfører store problemer med rekruttering og gir lite mulighet for kontinuitet med tanke på å fortsette i faget ved Sykehuset Namsos.

Begge reumatologene er omkring 60 årsgrensen. En bevisst satsing på flere LIS- stillinger bidrar sammen med aktiv bruk av sykepleier i kontrollvirksomheten, til at kapasiteten i avdelingen er utnyttet maksimalt og ventetidene er siste tiden betydelig redusert. Kapasiteten er på tross av dette ikke tilstrekkelig til å møte etterspørselen. Reumatologien er på nasjonalt nivå en spesialitet med for lav spesialistutdanningskapasitet. Sårbarheten blir derfor særlig stor med de forutsetninger HNT her har.

Medisinsk Serviceklinikk

Radiologi, Namsos

Radiologi, Levanger

Begge de radiologiske avdelingene har signalisert store behov for rekruttering. De ble prioritert på LIS- legestillinger for 2012 for å sikre forvaktskiktet og starte opp rekrutteringsarbeidet med bakgrunn i mange med relativt høy alder og stor og økende arbeidsmengde. Særlig

opprettelsen av onkologspesialister og nye svært arbeidskrevende billeddiagnostiske metoder, gir en betydelig økende arbeidsmengde. En økende grad av øyeblikkelig hjelp- undersøkelser i radiolog- krevende modaliteter, krever i økende grad tilstedeværelse i vaksammenheng. Radiologifaget er en nøkkelfaktor i rask kreftdiagnostikk og i kontroll og oppfølging av dette. En økende effektivitet i pasientbehandlingen gjennom dagkirurgi og poliklinisk aktivitet, medfører økte krav til raske svar på undersøkelsene.

Rekruttering av radiologer er krevende i nasjonal sammenheng, og særlig krevende i mindre sykehus. Dette har medført vakanser og behov for vikarinnleie over mange år. Å utdanne radiologer fra "egen stall" blir derfor et hovedmål. Dette gir imidlertid ikke "raske resultater" men over tid kan det skape kontinuitet og robusthet. I tillegg må det på kort sikt satses på fortsatt godt rekrutteringsarbeidet av utenlandske radiologer både på vikarbasis og for mer langsiktig rekruttering. Teleradiologi er satt i system, men erfaringen tilsier at dette kun er en løsning som en buffer i perioder med store undersøkelsesmengder der en står i fare for å få uforsvarlig lange svartider.

Mikrobiologi

Medisinsk biokjemi

Begge disse laboratoriefagene er besatt av leger over 60 år. Det er usikkerhet i fht føringene for hvor stillingshjemlene og funksjonen over tid blir lagt i tråd med Strategi 2020 og føringene i HMN sitt laboratorieprosjekt. Dette gir vanskelige rekrutteringsforhold. Miljøene er i dag svært sårbare ved fravær og ferier og er avhengig av nært samarbeid og assistanse fra St Olav i perioder. Det er ingen LIS- hjemler i fagene i HNT HF.

4. Sammenfatning og konklusjoner

HNT HF tar rapporten til etterretning og de forhold som blir påpekt om vår sårbarhet og utfordringer stemmer godt overens med tilbakemeldingene fra klinikkene. Rapporten dokumenterer en relativt lav legebemanning generelt i HNT HF. HNT HF er avhengig av et regionalt samarbeid for å sikre god spesialistutdanning. Nok utdanningsstillinger, stabile overlegemiljø og mer fleksible ordninger for ansettelse, særlig i forbindelse med sårbare fagmiljø og som ledd i seniorpolitikk, er sentrale tiltak. Fokusering på endringsvilje tilpasningsevne overfor nye krav og utfordringer, samtidig med langtidspanlegging og forutsigbarhet for avdelinger og funksjoner, er avgjørende for å kunne skape god rekruttering, robuste fagmiljø og gode spesialisthelsetjenester. Her vil arbeid med regionale pasientforløp og satsing på forskning og fagutvikling, være gode redskap.

Et arbeid for å avklare årsakene til forskjellene i forbruk av spesialisthelsetjenester, må iverksettes. Gode normtall og oppfølging av prioriteringsveiledere, vil kunne være med å sikre en mest mulig riktig bruk av spesialisthelsetjenestene.

Det er gitt en rekke forslag til tiltak for å redusere sårbarheten i fagmiljøene og sikre god rekruttering. Det er pekt på de behovene de enkelte fagområdene har for legestillinger på LIS og overlegenivå. Regionalt, tett samarbeid i spesialistutdanningen er et sentralt punkt for å sikre gode forløp og hindre flaskehalser.

Avtalespesialistenes bidrag for helhet i spesialisthelsetilbudet i Nord- Trøndelag og den nødvendige diagnostiske og behandlingsmessige kapasiteten disse bidrar med er diskutert. Avtalene er innen noen fag også avgjørende for rekruttering og kontinuitet i stillingene.

HNT HF arbeider for å gi befolkningen i Nord- Trøndelag trygge og gode spesialisthelsetjenester og være en god samarbeidspart lokalt og regionalt.



Med hilsen

Arne Flaatt
Administrerende direktør

Paul Georg Skogen
Fagsjef

Saksbehandler: Paul Georg Skogen

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 37/2012 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	18.10.12	37/2012
Saksbeh:	Marit Røvik Skjerve	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2012/6963	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:
Sak 37/2012 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 4.10.12
2. Protokoll fra møte i Administrativt samarbeidsutvalg 04.10.12
3. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 15.10.12
4. Driftsrapport for september 2012
5. Orientering om Revmatologien i Nord-Trøndelag – Pasientundersøkelse
6. Budsjett 2013 – status og budsjettprosess
7. Andre orienteringer

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 04.10.2012 kl.09.00 –
Møtested: Rica Hell Hotell, Stjørdal
Saksnr.:68/12 – 75/12
Arkivsaksnr.: 2011/605

Møtende medlemmer:

Marthe Styve Holte
Kåre Gjønnnes
Ottar B. Guttelvik
Tore Kristiansen
Gunn Iversen Stokke
Kjersti Tommelstad
Eva Vinje Aurdal
Ellen Marie Wøhni
Nils Håvard Dahl
Björg Henriksen
Tore Brudeseth (tom sak 72/12)
Vigdis Harsvik
Trond Prytz

Forfall:

Ingen

Regionalt brukerutvalg:

Snorre Ness
Laila Langerud

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Gunnar Bovim
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
Direktør for eierstyring Torbjørgh Vanvik
Direktør for samhandling Daniel Haga
Økonomidirektør Anne Marie Barane
HR direktør Sveinung Aune
Internrevisjonssjef Ellinor W. Pettersen

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 27.09.12. Sakspapirer, med unntak av sak 69/12 ble lagt ut i styreadministrasjonen samme dag. Denne ble lagt ut 28.09.12. Vedlegg til sak 73/12
"Finansieringsmodell i Helse Midt-Norge" ble lagt ut 28.09.12

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 01.12.12
- Sak 69/12 Statusrapport Helse Midt-Norge pr. 31.08.12 – nytt saksframlegg med vedlegg
- Sak 72/12 vedlegg Drøftingsprotokoll
- Sak 73/12 vedlegg Finansieringsmodell i Helse Midt-Norge RHF tabell 2.1

3. oktober 2012 var det felles styreseminar for styrene i Helse Midt-Norge RHF og styret for Sykehusapotekene i Midt-Norge HF, hvor innovasjon var tema i tillegg til besøk hos Sykehusapotekene i Midt-Norge HF.

Styreleder Marthe Styve Holte ønsket velkommen til styremøtet.

Det var ingen kommentarer til innkalling og sakliste.

Styremedlem Bjørg Henriksen ønsket en orientering om Samarbeidsavtale mellom Helse Vest og Helse Midt-Norge. Dette ble gitt under eventuelt.

SAK 68/12 Referatsaker

Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 01.10.12
Protokoll fra møte i revisjonskomiteen 18.09.12

Sak 69/12 Statusrapport Helse Midt-Norge pr. 31.08.12 (2.tertial)

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar den rapporterte utviklingen for økonomi, aktivitet, ventetid, fristbrudd og kvalitet til etterretning
2. Styret peker på at det på tross av gode resultater er utfordringer knyttet til den underliggende drift. Styret ber adm dir følge opp overfor HFeene slik at man er særlig oppmerksomme på at det underliggende driftsnivået kan gi utfordringer i 2013.
3. Styret støtter administrerende direktørs åpenhet i arbeidet knyttet til etterlevelse av arbeidstidsbestemmelser, og peker på at dette gir et godt utgangspunkt for det videre arbeidet.

Styret konstaterer at foretakene har store utfordringer knyttet til etterlevelse av arbeidstidsbestemmelser, og at utfordringene i første rekke knytter seg til bestemmelser om sammenhengende arbeidstid og hviletidsbestemmelser. Styret forutsetter at helseforetakene iverksetter systematiske forbedringstiltak som sikrer at slike avvik forebygges.

4. Styret tar risikovurderingen av eiers samlede styringsbudskap til etterretning. Styret forutsetter at RHF og helseforetakene iverksetter tiltak på områder med høy risiko.

5. Styret legger til grunn at arbeidet med pasientsikkerhet prioriteres i hele foretaksgruppen. Styret ber om at adm dir kommer tilbake med egen sak og redegjør for arbeidet.

Protokoll

Styremedlem Kjersti Tommelstad fremmet forslag om at man i vedtakspunkt 4 tilføyde ”den foreløpige” foran risikovurderingen.

Det ble først votert over dette forslaget. Det fikk enstemmig tilslutning.

Øvrige punkter ble stemt over samlet. Disse ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar den rapporterte utviklingen for økonomi, aktivitet, ventetid, fristbrudd og kvalitet til etterretning
2. Styret peker på at det på tross av gode resultater er utfordringer knyttet til den underliggende drift. Styret ber adm dir følge opp overfor HFeene slik at man er særlig oppmerksomme på at det underliggende driftsnivået kan gi utfordringer i 2013.
3. Styret støtter administrerende direktørs åpenhet i arbeidet knyttet til etterlevelse av arbeidstidsbestemmelser, og peker på at dette gir et godt utgangspunkt for det videre arbeidet.

Styret konstaterer at foretakene har store utfordringer knyttet til etterlevelse av arbeidstidsbestemmelser, og at utfordringene i første rekke knytter seg til bestemmelser om sammenhengende arbeidstid og hviletidsbestemmelser. Styret forutsetter at helseforetakene iverksetter systematiske forbedringstiltak som sikrer at slike avvik forebygges.

4. Styret tar den foreløpige risikovurderingen av eiers samlede styringsbudskap til etterretning. Styret forutsetter at RHF og helseforetakene iverksetter tiltak på områder med høy risiko.
5. Styret legger til grunn at arbeidet med pasientsikkerhet prioriteres i hele foretaksgruppen. Styret ber om at adm dir kommer tilbake med egen sak og redegjør for arbeidet.

Sak 70/12 Halvårsrapport 1. halvår 2012 for internrevisjonen og revisjonskomiteen

Forslag til vedtak:

Styret tar halvårsrapport 1 halvår 2012 for internrevisjonen og revisjonskomiteen til orientering

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret tar halvårsrapport 1 halvår 2012 for internrevisjonen og revisjonskomiteen til orientering

Sak 71/12 Revidert aktivitetsplan for internrevisjonen

Forslag til vedtak:

Styret tar internrevisjonens reviderte aktivitetsplan for 2012-2013 til orientering.

Protokoll

Leder for revisjonskomiteen Kåre Gjønnnes orienterte om tilleggsbestilling vedr. internrevisjon av sikkerhetsavdeling, og endringer dette vil medføre i aktivitetsplan. Med utgangspunkt i dette ble forslag til vedtak endret til

Styret tar internrevisjonens reviderte aktivitetsplan for 2012-2013 med de tillegg som fremkom i møtet til orientering.

Dette ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret tar internrevisjonens reviderte aktivitetsplan for 2012-2013 med de tillegg som fremkom i møtet til orientering.

Sak 72/12 Kompetanse og kapasitet - legeressurser

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar til etterretning regional rapport ”Kompetanse og kapasitet – styring og koordinering av legeressursene”, og ber om at denne følges opp med systematisk og kontinuerlig kompetanseplanlegging, både på foretaksnivå og regionalt nivå

2. Styret legger til grunn at det i utviklingsarbeidet lokalt og i det videre arbeidet med

utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal og Trøndelagsfunksjoner tas høyde for tiltak som sikrer robuste fagmiljøer med utgangspunkt i de kriterier som er beskrevet i rapporten, herunder overholdelse av arbeidstidsbestemmelser

3. Styret konstaterer at rapporten så langt er fulgt opp ulikt av foretakene. Styret ber administrerende direktør sørge for at foretakene gjennomfører denne type sårbarhetsanalyser på en harmonisert og helhetlig måte for å sikre likeverdighet i tjenestene

4. Styret ber om at RHF sørger for en god koordinering av spesialiseringsløpene for leger i regionen med sikte på å dekke framtidige spesialistbehov i foretakene.

5. Styret ber om at RHF sørger for at det etableres nødvendige personalpolitiske virkemidler for å sikre rekruttering innenfor de mest rekrutteringsutsatte områdene.

Protokoll

Styremedlem Ottar B. Guttelvik fremmet følgende tilleggsforslag

Styret forutsetter at arbeidet med robuste fagmiljø ikke fører til en "skjult" sentralisering av faglige tilbud

Det ble stemt over alle punkter samlet. Disse ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar til etterretning regional rapport "Kompetanse og kapasitet – styring og koordinering av legeressursene", og ber om at denne følges opp med systematisk og kontinuerlig kompetanseplanlegging, både på foretaksnivå og regionalt nivå

2. Styret legger til grunn at det i utviklingsarbeidet lokalt og i det videre arbeidet med utviklingsplan for Helse Møre og Romsdal og Trøndelagsfunksjoner tas høyde for tiltak som sikrer robuste fagmiljøer med utgangspunkt i de kriterier som er beskrevet i rapporten, herunder overholdelse av arbeidstidsbestemmelser

3. Styret konstaterer at rapporten så langt er fulgt opp ulikt av foretakene. Styret ber administrerende direktør sørge for at foretakene gjennomfører denne type sårbarhetsanalyser på en harmonisert og helhetlig måte for å sikre likeverdighet i tjenestene

4. Styret ber om at RHF sørger for en god koordinering av spesialiseringsløpene for leger i regionen med sikte på å dekke framtidige spesialistbehov i foretakene.

5. Styret ber om at RHF sørger for at det etableres nødvendige personalpolitiske virkemidler for å sikre rekruttering innenfor de mest rekrutteringsutsatte områdene.

6. Styret forutsetter at arbeidet med robuste fagmiljø ikke fører til en "skjult" sentralisering av faglige tilbud

Sak 73/12 Orienteringssaker

Forslag til vedtak:

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

I styremøte 04.10..2012 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Innovasjon (gitt i styreseminar 03.10.12)
- Finansieringsmodell i Helse Midt-Norge
- Risiko knyttet til IKT prosjekter
- Nytt fra foretaksgruppen
- Strategi 2020
 - Orientering status
 - IKT strategi
- Utviklingsplan Helse Møre og Romsdal HF
- Tildeling av midler til øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene
- Ambulanse Midt-Norge HF
- Styrets evaluering orientering om prosess
- Fagledernetverk
- Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2010
- Helsetilsynsrapporter
- Møte med Helseministeren (Staur Gård og Trondheim)

Sak 74/12 Eventuelt

Det ble gitt en muntlig orientering om samarbeidsavtale mellom Helse Vest og Helse Midt-Norge

Sak 75/12 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoller fra styremøte 11.09.12 og 04.10.12 ble godkjent og signert.

Stjørdal 04.10.12

Marthe Styve Holte

Kåre Gjønnnes

Vigdís Harsvik

Ottar B. Guttelvik

Tore Kristiansen

Gunn Iversen Stokke

Trond Prytz

Kjersti Tommelstad

Eva Vinje Aurdal

Nils Håvard Dahl

Tore Brudeseth

Ellen Wøhni

Björg Henriksen

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL**

Møtetid: 04.10.12 kl. 10.00 – 13.30
Møtested: Fylkets Hus, Steinkjer
Saksnr.: 28/2012 - 36/2012
Arkivsaksnr: 2012/1316

Møteleder: Hege Sørlie

Møtende medlemmer:

Hege Sørlie
Gudrun Fossem
Håkon Kolstrøm
Runar Asp
Jacob Kr. Almlid (fratrådte kl. 1200)
Paul Georg Skogen (møtte kl. 1230)
John Ivar Toft (møtte kl. 1230)
Kari Bratland Totsås
Øystein Sende
Arne Flaatt

Forfall:

Ragnhild Holmberg Aunsmo, ingen vara møtte
Hilde Ranheim, som vara møtte Bernt Harald Opdal

Møtende repr. med møte og talerett:

For Laila Steinmo møtte Einar J. Jakobsen, KS (fratrådte kl. 1200)
Torgeir Skevik, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag
Brit Gulli Rones, ansattrepresentant KS
Brukerrepresentant, ingen møtte
Ansattrepresentant Helse Nord-Trøndelag, ingen møtte

Fra administrasjonen i Helse Nord-Trøndelag møtte:

Rådgiver Marit Røvik Skjerve (referent)

Merknader til innkalling og sakliste:

Ingen merknader til innkalling og sakliste.

Som ny representant for Værnesregionen møtte samhandlingssjef Runar Asp

Innkalling utsendt pr. e-post 24.09.12.

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 28/2012 Godkjenning av protokoll fra møte 30.08.12****Protokoll:**

Møteleder viste til protokollen.

Vedtak:

Protokoll fra møte 30.08.12 godkjennes.

**Sak 29/2012 Oppfølging og status vedtak/tjenesteavtaler fra ASU- møte 30. august
Forslag til – og beslutning om medlemmer i arbeidsutvalg/fagråd****Protokoll:**

Administrativt samarbeidsutvalg ønsker å presisere viktigheten av at lederne hos begge parter og medlemmene i Administrativt samarbeidsutvalg tar ansvar for å få forankret oppdraget, og bidra slik at arbeidsutvalgene får løst oppdraget.

Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås presenterte forslag til representanter til arbeidsutvalg/fagråd med mandat for tjenesteavtalene 2, 6, 7, 9, 10, 12 og arbeidsutvalg for årlig gjennomgang og evaluering av samarbeidsavtalen og tjenesteavtalene i henhold til Samarbeidsavtalen kap 12.

Vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg vedtar framlagt forslag til oppnevning av representanter i arbeidsutvalg/fagråd med mandat.

Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag følger opp med oppnevning av brukerrepresentanter til arbeidsutvalgene for tjenesteavtale 2 og 12.

Sak 30/2012 Om etablering og drift av øyeblikkelig hjelp døgntilbud i kommunene – status og videre utfordringer**Protokoll:**

Seniorrådgiver i Helse Midt-Norge, Svanhild Jenssen informerte om intensjonen med etableringen av øyeblikkelig-hjelp døgntilbud i kommunene og orienterte om prinsippene for tildeling av midler fra HOD.

Det ble referert uttalelse datert 11.09.12 fra Samarbeidsutvalget mellom Helse Midt-Norge RHF og KS i Møre og Romsdal, KS Sør-Trøndelag og KS Nord-Trøndelag, vedrørende tildeling av midler fra Helsedirektoratet til etablering av døgnbasert øyeblikkelig hjelptilbud i kommunene.

Administrativt Samarbeidsutvalg viser sin støtte til dette ved å oversende egen uttalelse til Helsedirektoratet.

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)

MØTEPROTOKOLL

Vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg tar orienteringen til etterretning.

Administrativt samarbeidsutvalg oversender følgende uttalelse til HOD:

Uttalelse vedrørende første tildelingsrunde fra Helsedirektoratet, midler til etablering av døgnbasert øyeblikkelig hjelp-tilbud i kommunene.

Viser til utsendt oversikt fra Helsedirektoratet over hvilke kommuner som tildeles midler etter første tildeling. Administrativt samarbeidsutvalg i Nord-Trøndelag er kritisk til utfallet av denne første tildelingsrunden, blant annet ut fra følgende:

- Realistiske kvalitetskrav er ikke ivaretatt gjennom denne tildelingen. Små kommuner tildeles midler uten at det stilles krav om interkommunalt samarbeid som kan borge for tilstrekkelig robust kompetanse og kapasitet.
- Tildelingen er i strid med kommunene i Nord-Trøndelag sin strategi om å bygge opp under forpliktende interkommunalt samarbeid for å møte både kvalitetskrav og for å utvikle robuste, kompetente driftsenheter blant annet for å tilby øyeblikkelig hjelp lokalt i stedet for sykehusinnleggelse.
- Svært mange av kommunene i Midt-Norge søkte om midler ved denne søkerunden, og mange mindre enkeltkommuner er tildelt ressurser. Kommunegrupperinger/regionsamarbeid er ikke tilgodesett.
- Tildelingen nasjonalt bekrefter at særlig større kommuner, utløser hele tilskuddet fra Helsedirektoratet. Dette selv om de bare skal etablere deler av tilbudet inneværende år. Slikt fører til at midler bindes opp, blir ikke brukt, og setter andre kommunale/interkommunalt gode søknader på vent
- Denne praksis og tildeling er tilfeldig, og synes ikke å ivareta målene om å redusere pasientstrømmen mot sykehusene. Administrativt samarbeidsutvalg i Nord-Trøndelag er redd denne første tildelingsrunden kan true legitimiteten til denne delen av reformen.

Tildelingen av midler til ø-hjelp oppleves ikke å understøtte det gode arbeidet som Helse Nord-Trøndelag og kommunene i Nord-Trøndelag har gjort og skal gjøre, med å realisere intensjon og mål i samhandlingsreformen.

Sak 31/2012 Implementeringsdokument – kostnader og eventuelle øvrige ressursbehov

Protokoll:

Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås orienterte om innhentet prisoverslag på trykking av dokumentet, og gjorde samtidig oppmerksom på at det i tillegg til dekning av kostnader vil være behov for personressurs til dette arbeidet.

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)

MØTEPROTOKOLL

Vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg støtter forslaget om å utarbeide et implementeringsdokument. Dekning av kostnader til trykking fordeles mellom Helse Nord-Trøndelag og KS.

Sak 32/2012 Fokus på Øyeblikkelig hjelp døgntilbud i DMS Værnesregionen

Hvordan vil øyeblikkelig hjelp-funksjonen bli praktisert og hvordan vil kvalitet og pasientsikkerhet bli ivaretatt? Konsekvenser for Helse Nord-Trøndelag?

Protokoll:

Ann Sissel Wangberg Helgesen, leder for Værnesregionen DMS orienterte om plan for drift av fire nye øyeblikkelig-hjelp plasser, integrert i dagens sengepost.

Klinikkleder Medisinsk klinikk Sykehuset Levanger, Øystein Sende gjorde rede for utviklingen i bruk av øyeblikkelig-hjelp plasser i Helse Nord-Trøndelag og presenterte statistiske data som viste utviklingen.

Vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg tar orienteringene til etterretning.

Sak 33/2012 Evaluering – årlig gjennomgang av avtaler 2012 (Samarbeidsavtalen kap 12)

Protokoll:

Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås viste til Samarbeidsavtalens kap. 12, og til framlagt forslag til opprettelse av arbeidsutvalg (jfr. Sak 29/2012) med mandat om gjennomgang av avtalene.

Viser til tidligere vedtak, og vedtar at evalueringen av avtalene legges fram i første ASU-møte for hvert år, og første evaluering skal være ferdig innen første møte i ASU, 7. februar.

Vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg oppretter arbeidsutvalg for årlig gjennomgang av avtalene i henhold til Samarbeidsavtalens kap 12.

Evaluering av avtalene legges fram for Administrativt samarbeidsutvalg i første møte hvert år.

Arbeidsutvalg legger fram første evaluering i Administrativt samarbeidsutvalgs møte 7. februar 2013.

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL****Sak 34/2012 Møteplan 2013****Protokoll:**

Det ble foreslått følgende møtedatoer i 2013: 7. februar, 4. april, 23. mai, 5. september, 3. oktober, 14. november

Vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg godkjenner følgende møtedatoer i 2013:

07. februar

04. april

23. mai

05. september

03. oktober

14. november

Sak 35/2012 Orienteringer**Protokoll:**

- *Oppnevning av vara for brukerrepresentant i Administrativt samarbeidsutvalg*
Det er ikke oppnevnt vara for brukerrepresentanten i Administrativt samarbeidsutvalg. Administrativt samarbeidsutvalg ber Brukerutvalget oppnevne vara brukerrepresentant til ASU.
- *Behov for egne budsjettmidler til Administrativt samarbeidsutvalg*
Ved neste gjennomgang av avtalene vurderes egne budsjettmidler til disposisjon for Administrativt samarbeidsutvalg
- *Avviksmeldinger Samarbeidsavtalen*
Kari Bratland Totsås presenterte utviklingen i avviksmelding for 2. tertial 2012

Vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg tar orienteringen til etterretning.

Administrativt samarbeidsutvalg ber om at Brukerutvalget oppnevner vara brukerrepresentant til Administrativt samarbeidsutvalg.

Sak 36/2012 Eventuelt**Protokoll:**

Ingen saker

- Neste møte i Administrativt samarbeidsutvalg 29. november.

Administrerende direktørs rapport**1. Helsefag****1.1 Aktivitet****1.1.1 Somatikk – sørge for og egen produksjon**

Tabell nr 1: Aktivitet somatikk pr september 2012

DRG-aktivitet (poeng) - 2012		Hittil i år				Totalt for året			
		Realisert	Budsjett	Avvik	Avvik %	Prognose	Budsjett	Avvik	Avvik %
3200	Kostnadskreven legemidler utenfor sykehus	578	44	534					
	Egne pasienter i egen region	21 420	20 877	543					
	Sum egne pasienter behandlet i egen region	21 998	20 921	1 077					
3205	Kjøp fra andre regioner	1 101	1 287	-186					
	Sum DRG-poeng "Sørge for"	23 099	22 208	891	3,9 %	30 724	30 121	602	2,0 %
	Sum egne pasienter behandlet i egen region	21 998	20 921	1 077					
321	Gjestepasienter - salg til andre regioner	590	664	-74					
	Sum DRG-poeng produsert i egen region	22588	21585	1003	4,4 %	29 870	29 285	586	2,0 %

Det er lagt opp til en økning på om lag 2 % i DRG-produksjonen knyttet til foretakets "sørge for" - aktivitet i 2012. Ut over dette kommer evt. endring knyttet til omfang av pasienter fra andre regioner som blir behandlet i HNT. Registrert DRG-aktivitet i september var noe lavere enn budsjettet aktivitet. Akkumulert pr. september har foretaket en DRG-aktivitet som ligger om lag 4 % foran plantallene. Det forventes noe lavere aktivitet enn planlagt resten av året. På dette grunnlag prognostiseres en aktivitet på årsbasis 2 % over fastsatte plantall.

1.2 Ventetider

Tabell nr 4: Ventetider pr september 2012 – foreløpige tall

Ventetider	Fre- kvens	Mål	Forrige periode	Denne periode	Endring
Gj.nittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Mnd		75	80	5
Andel fristbrudd for rettighetspasienter - for avviklede pasienter	Mnd	0 %	6,4 %	8,8 %	2,4 %

Det har det siste året vært betydelig fokus på å redusere og fjerne fristbrudd for rettighetspasienter. Tall for september viser imidlertid en økning både i gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter (+ 5 dager til 80 dager) og i andel fristbrudd for rettighetspasienter(+ 2,4 %-poeng til 8,8 %). Det vil fortsatt bli arbeidet med å legge opp foretakets drift slik at vi ikke skal ha fristbrudd for rettighetspasienter.

1.3 Samhandling

Tabell nr 6: Utskrivningsklare pasienter – antall pasienter og døgn

Utskrivningsklare pasienter	Antall pasienter	Antall døgn	Beregnet av inntekt	Avvik antall døgn
Januar	3	7	7	-
Februar	25	58	58	-
Mars	10	105	105	-
April	24	118	118	-
Mai	1	(2)	(2)	-
Juni	5	15	15	-
Juli	5	19	19	-
August	4	43	43	-
September	6	22	22	-
Oktober				-
November				-
Desember				-
Samlet	83	385	385	-

Det er i september registrert 6 utskrivningsklare pasienter i foretakets sykehus. Antallet har ligget på samme nivå de siste månedene og er av begrenset omfang. Kommunene betaler 4.000 kroner pr. liggedøgn for utskrivningsklare pasienter.

1.4 Raskere tilbake

HNT er for 2012 tildelt en ramme på 6,3 mill kroner for arbeid innenfor tiltaket "Raskere tilbake". Tildelingen er litt mindre enn foregående år. Etter lav aktivitet på dette området i sommer, er den nå i gang igjen. Hittil i år er det utført arbeid for 3,7 mill kroner innen dette tiltaket.

2 Økonomi

2.1 Resultat

Tabell nr 7: Resultatavvik pr september 2012

Resultatavvik	Tall i tusen	Avvik tom forrige periode	Avvik denne periode	Avvik tom denne periode
3	Inntekter	47 411	3 121	50 532
4	Varekostnader	-12 714	-3 184	-15 898
5	Lønnskostnader	-50 535	-5 707	-56 242
6,7,9	Andre driftskostnader	19 006	4 735	23 741
8	Finansposter	3 232	603	3 835
Årsresultat jf budsjett:		6 400	-432	5 968
Avvik knyttet til ny aktuarberegning				
Avvik korrigert for ny aktuarberegning		6 400	-432	5 968
Nytt resultatkrav		3 500	500	4 500
Avvik korrigert for nytt resultatkrav		2 900	-932	1 468

Vedtatt budsjett for 2012 for Helse Nord-Trøndelag HF fastslår at foretaket skal ha et resultat på 15 mill kroner. Budsjettert overskudd skal bidra med likviditet til foretakets investeringer inneværende år. Aktuarberegning fra januar 2012 viser at regnskapsmessige pensjonskostnader for 2012 er økt etter at det økonomiske opplegget for foretaket ble fastsatt. For HNT utgjør dette en økt kostnad på 52,1 mill kroner.

I samsvar med tidligere retningslinjer og praksis har regjeringen vedtatt tilleggsbevilgning til dekning av økte pensjonskostnader i forbindelse med behandling av revidert nasjonalbudsjett i juni. Tilleggsbevilgningen til Helse Midt-Norge RHF er fordelt på helseforetakene i samsvar med vedtatt inntektsfordelingsmodell. I henhold til brev av 28.06.12 fra HMN er HNT på dette grunnlag tildelt 58,1 mill kroner i økt basisramme for 2012. I og med at bevilgningen er 6,0 mill kroner høyere enn foretakets økte pensjonskostnader, har HNT fått et revidert resultatkrav for 2012 på 21,0 (=15,0 + 6,0) mill kroner. I fortsettelsen vil vi derfor rapportere avvik i forhold til revidert resultatkrav.

Foretakets resultat i september måned viser et akkumulert avvik i forhold til nytt resultatkrav på 1,5 mill kroner. Korrigert resultatavvik pr. august måned var 2,4 mill kroner. Korrigert for økte pensjonskostnader, økt basisramme og nytt resultatkrav tilsier det et resultatavvik i september på – 0,9 mill kroner.

2.1.1 Inntekter

Foretakets inntekter er i september litt høyere enn vedtatt budsjett. Dette skyldes i hovedsak tilleggsbevilgning knyttet til økte pensjonskostnader.

2.1.2 Varekostnader

Varekostnadene er i september litt høyere enn budsjettert. Det skyldes fortsatt høye kostnader knyttet til forbruk av medikamenter, rekvisita og medisinske forbruksvarer. Høye varekostnader er gjennomgående i flere klinikker og foretak og er gjenstand for oppfølgende analyser.

2.1.3 Lønnskostnader

Lønnskostnadene er i september 5,7 mill kroner høyere enn budsjettert.

4,3 mill kroner av merforbruket er knyttet til høyere pensjonskostnader enn budsjettert. Videre er noe av merforbruket knyttet til årets lønnsoppgjør. Årets lønnsoppgjør er beregnet å koste 9,1 mill kroner mer enn budsjettert.

2.1.4 Andre driftskostnader

Under denne kostnadsgruppen er det (på art 7799) satt av en buffer på knapt 24 mill kroner for å sikre måloppnåelse hvis det skulle påløpe uforutsette kostnader eller bli svikt i inntektene.

2.1.5 Finansposter

Foretakets finansposter er siste måned noe bedre enn budsjettert.

2.2 Prognose

Tabell nr 8: Prognose pr september 2012

Prognose	Tall i tusen	Endring tom forrige periode	Endring denne periode	Endring tom denne periode
3	Inntekter	73 089		73 089
4	Varekostnader	-20 000		-20 000
5	Lønnskostnader	-76 089		-76 089
6,7,9	Andre driftskostnader	25 000		25 000
8	Finansposter	4 000		4 000
Endringer i prognosen utover budsjett		6 000	0	6 000
Budsjett 2012 (opprinnelig resultatkrav)				15 000
Prognose/estimat 2012				21 000
Nytt resultatkrav				21 000
Avvik i forhold til nytt resultatkrav				0

HNT prognostiserer et årsresultat i samsvar med revidert resultatkrav på 21,0 mill kroner. Prognosen er uendret fra forrige periode.

2.2.1 Inntekter

P.g.a. økt basisramme og høy aktivitet ligger foretakets inntekter betydelig over budsjett. Prognosen er 73,1 mill kroner over budsjett og er uendret fra forrige periode.

2.2.2 Varekostnader

P.g.a. høy aktivitet og økte enhetskostnader på medikamenter og medisinske forbruksvarer ligger foretakets varekostnader noe over budsjett. Prognosen er 20 mill kroner over budsjett og er uendret fra forrige periode.

2.2.3 Lønnskostnader

I tillegg til økte pensjonskostnader (på 52,1 mill kroner) er foretakets kostnader til overtid og ekstrahjelp noe høyere enn budsjettet. Årets lønnsoppgjør ble også noe høyere enn budsjettet. Lønnskostnadene prognostiseres derfor med et avvik på – 76,1 mill kroner, - uendret fra forrige periode.

2.2.4 Andre driftskostnader

Budsjettet buffer er plassert under andre driftskostnader. Andre driftskostnader prognostiseres på dette grunnlag 25 mill kroner foran budsjett, - uendret fra forrige periode.

2.2.5 Finansposter

Foretakets finanskostnader ligger litt foran budsjett. Finanspostene prognostiseres 4 mill kroner foran budsjett, - uendret fra forrige periode.

2.3 Likviditet

HNT er for 2012 tildelt en driftskredittramme i DNB på 100 mill kroner. Driften hittil viser at vi med god margin skal holde oss innen denne rammen.

3 HR

3.1 Bemanning/innleie

Tabell nr 10: Bemanning pr september 2012

Bemanning (Brutto månedsverk utbetalt)	Denne periode				Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Endring - forrige år	Faktisk	Budsjett	Avvik
Totalt	2 332,4	2 273,3	59,1	50,4	20 932,5	20 794,9	137,6
PHV	514,1	509,5	4,6	-4,3	4 651,4	4 650,5	0,9
- Fravær	318,4			16,9	3 485,8		
Netto månedsverk utbetalt	2 014,0				17 446,7		

Tabell nr 11: Innleie pr september 2012

Innleie	Denne periode				Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Endring - forrige år	Faktisk	Budsjett	Avvik
Fra byrå	1 165	224	941	1 028	10 997	1 742	9 255

Foretakets bemanning, målt i brutto månedsverk, viser i september et avvik på 50,4 månedsverk. Avviket hittil i år er på 137,6 månedsverk. Innleie fra byrå er betydelig over budsjett i september og også over budsjett hittil i år selv om det her er vanskelig å sammenligne p.g.a. endring i kontoplanen f.o.m. juni i år.

3.2 Deltid

Tabell nr 12: Andel deltid pr september 2012

Deltid	Denne periode	Forrige år	Endring	Mål 2012	Avvik
Andel deltid	45,5 %	48,0 %	-2,5 %	39,5 %	-6,0 %

Det ble i fjor innført et krav om at HF-ene skulle redusere andel deltid med minst 20 prosent uten at foretaket oppnådde særlig effekt. For 2012 er det satt et mål om at andel deltid skal reduseres til 39,5 %. Pr. september ligger foretaket 6,0 %-poeng høyere enn denne målsettingen.

3.3 Sykefravær

Tabell nr 13: Sykefravær pr september 2012

Netto sykefravær (%)	Denne periode			Akkumulert/gjsn. 2012		
	Faktisk	Forrige år	Endring	Faktisk	Mål	Avvik
Egenmelding	1,2 %	1,4 %	-0,2 %	1,2 %		
Sykemelding	5,9 %	5,4 %	0,5 %	6,3 %		
Samlet for foretaket:	7,1 %	6,8 %	0,3 %	7,50 %	7,25 %	-0,25 %

I henhold til IA-avtalen er det et mål å redusere sykefraværet med 20 % til det er nede på et langsiktig mål på 7 % i 2013. Sykefraværet var i 2011 på 7,6 %. For 2012 er det et mål om at sykefraværet ikke bør overstige 7,25 %. Sykefraværet for foretaket var i september på 7,1 % og var i siste 12 måneds periode 7,5 %.

4 Generell vurdering

Foretakets drift i september og hittil i år ser i all hovedsak ut til å stemme med de planer og vedtak som er gjort for driften i 2012. Dette gjelder i særlig grad overordnede målsettinger for aktivitet og økonomi. Det er noen avvik fra måned til måned og mellom enkelte klinikker i foretaket, men akkumulerte tall hittil i år viser relativt sett god måloppnåelse for foretaket. Noe høyere aktivitet enn budsjettet ser ut til å ha ført til noe høyere kostnader og høyere inntekter enn budsjettet. For enkelte kvalitetsmål er det fortsatt nødvendig med tiltak for å øke graden av måloppnåelse.

Gjennom økt basisbevilgning på 58,1 mill kroner er det gitt dekning for økte pensjonskostnader på 52,1 mill kroner. Resultatkravet er økt med differansen på 6,0 mill kroner slik at foretakets resultatkrav for 2012 nå er på 21,0 mill kroner. HNT prognostiserer et økonomisk resultat for 2012 i samsvar med resultatkravet, dvs. 21,0 mill kroner. Prognosen er uendret fra forrige periode.

Levanger, 12.10.12

Arne Flaatt
adm. dir.
sign.