

Styret i Helse Nord-Trøndelag

Vår ref.:

2012/4231 - 11598/2012

Deres ref.:**Arkiv:**

012

Dato :

14.05.2012

Innkalling til styremøte i Helse Nord-Trøndelag 23. mai 2012

Det kalles med dette inn til styremøte i Helse Nord-Trøndelag 23. mai 2012 kl. 1000.
Møtet finner sted på Sykehuset Levanger, møterom i Arken.

- | | |
|--------------------|---|
| Sak 14/2012 | Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 28.03.12 |
| Sak 15/2012 | Eiers styringskrav 2012 Helse Nord-Trøndelag HF,
1. tertialrapport |
| Sak 16/2012 | Strategi for framtidig universitetssykehusfunksjon |
| Sak 17/2012 | Regional kreftplan Helse Midt-Norge RHF 2012 - 2020 |
| Sak 18/2012 | Oppnevning av representanter til Politisk samarbeidsutvalg |
| Sak 19/2012 | Orienteringssaker: <ul style="list-style-type: none">1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 10.05.122. Protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag 24.04.123. Protokoll fra møte i Administrativt samarbeidsutvalg 26.04.124. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 21.05.125. Varslede systemtilsyn våren 20126. Andre orienteringer |

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
MØTEPROTOKOLL

Møtetid: 28.03 2012 kl. 10.00 – 15.00
Møtested: Quality Hotel Grand, Steinkjer
Saksnr.: 10/2012 - 13/2012
Arkivsaksnr.: 2012/1298

Møteleder: Steinar Aspli

Møtende medlemmer:
Steinar Aspli
Inger Marit Eira-Åhrén
Torgeir Schmidt-Melbye
Peter Himo
Elinor Kjølseth
Sølvi Sæther
Rolf Gunnar Larsen
Siw Bleikvassli
Margrete Mære Husby

Forfall:
Ragnhild Torun Skjerve
Torbjørg Vanvik

Fra Brukerutvalget møte: Øystein Bjørnes

Fra Administrativt samarbeidsutvalg møte: Hege Sørli

Fra Helse Midt-Norge møte: Asbjørn Hofslie

Fra administrasjonen møte:

Arne Flaatt	Administrerende direktør
Tormod Gilberg	Økonomisjef
Trond G. Skillingstad	Informasjonssjef (referent)

Merknader til møtet: Ingen merknader.

Merknader til innkalling og sakliste: Ingen merknader.

Innkalling utsendt pr. e-post 09.02.12. Saksframlegg publisert på internettløsningen for styresaker.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

Torbjørn Vanvik hadde meldt forfall til møtet. Styret godkjenner at Asbjørn Hofslis tiltrer styret som eiers representant.

Sak 10/2012 Godkjenning av møteprotokoll fra styremøte 16.02.12

Protokoll

Steinar Aspli viste til protokollen.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Møteprotokoll fra styremøtet 16.02.12 godkjennes.

Sak 11/2012 Årsoppgjør 2011; - styrets årsberetning og årsregnskap

Protokoll

Økonomisjef Tormod Gilberg viste til saksutredningen.
Styret ga føringer for framtidige årsberetninger.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Styret vedtar framlagte årsberetning og årsregnskap med noter.

Sak 12/2012 Styreinstruks for Helse Nord-Trøndelag HF

Protokoll

Steinar Aspli viste til framlagt instruks.

Vedtak

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF vedtar vedlagte instruks for sitt styrearbeid.

Sak 13/2012 Orienteringer

Protokoll

1. *Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 22.03.12*

- Steinar Aspli viste spesielt til sak 21 om langtidsplan og budsjett. Asbjørn Hofslis redegjorde nærmere for saken,

HELSE NORD-TRØNDELAG HF
STYRET
MØTEPROTOKOLL

2. *Protokoll fra møte i Administrativt samarbeidsutvalg 22.03.12*
 - Hege Sørle redegjorde for nytt administrativt samarbeidsutvalg i tråd med inngått samhandlingsavtale mellom Helse Nord-Trøndelag og kommunene. Sørle gjennomgikk behandlede saker.
Administrerende direktør redegjorde for politisk samarbeidsutvalg. Oppnevning av representanter fra Helse Nord-Trøndelag avventes til nytt styre er oppnevnt.
3. *Protokoll fra møte i Brukerutvalget 22.03.12*
 - Øystein Bjørnes viste til behandlede saker.
4. *Driftsrapport for februar 2012*
 - Administrerende direktør gjennomgikk sentrale kvalitets- og driftsindikatorer.
5. *Andre orienteringer*
 - Administrerende direktør Arne Flaot og Levanger-ordfører Robert Svarva orienterte om utredningene som er gjort for å realisere ny helikopterlandingsplass tilknyttet Sykehuset Levanger..
 - Administrerende direktør orienterte om etablering av det regionale prosjektet Trøndelagsfunksjoner
 - Administrerende direktør orienterte om at det pågår forhandlinger med det nye ambulansforetaket i Helse Midt-Norge om oppgaver innen lønn og regnskap.

Styret for Helse Nord-Trøndelag HF gjorde slikt enstemmig

Vedtak

Styret tar sakene til orientering.

Steinar Aspli

Inger Marit Eira-Åhrén

Elinor Kjølseth

Torgeir Schmidt-Melbye

Siw Bleikvassli

Margrete Mære Husby

Asbjørn Hofslø

Peter Himø

Sølvi Sæther

Rolf Gunnar Larsen

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 15/2012 Eiers styringskrav 2012 Helse Nord-Trøndelag HF, 1.tertialrapport

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	23.05.12	15/2012

Saksbeh: Sveinung Aune

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2012/4231

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF tar status, pr. 1.tertial, 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 kritisk og høy risiko blir fulgt opp med korrigerende tiltak, slik at mål kan nåes og oppgaver blir løst.

SAKSUTREDNING:

Sak 15/2012 Eiers styringskrav 2012 Helse Nord-Trøndelag HF, 1.tertialrapport

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. AD-rapport av 15.mai 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

Gjennom styresak 06/2012 Årlig melding ble status for 2011 og planer for de nærmeste årene behandlet.

Den 16.februar 2012 ble styresak 07/2012: Styringsdokument 2012 for Helse Nord-Trøndelag HF og Foretaksmøteprotokoll av 15.02.2012. Oppfølging fra administrerende direktør, behandlet. Her ble styret orientert om hvordan administrerende direktør vil følge opp eiers samlede styringskrav.

Gjennom AD-rapportene er styret for Helse Nord-Trøndelag HF orientert om status i forhold til hovedelementer i styringsdokument og foretaksmøteprotokoll.
(O-saker i styremøtene 16/2 og 28/3)

I AD rapportene er det gjennom mal gitt av HMN RHF fokus på:

- Helsefag
 - Aktivitet
 - Ventetider
 - Kvalitetsindikatorer
 - Raskere tilbake
- Økonomi
 - Resultat
 - Prognose
 - Likviditet
 - Investeringer
 - Produktivitet
- HR
 - Bemanning/innleie
 - Sykefravær
 - Deltid
- Generell vurdering av status i HF

Nå presenteres styret for AD-rapport pr. 30.04.2012 (Vedlegg 1) og liste med samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument 2012 og foretaksmøteprotokoller pr. 1.tertial 2012 (Vedlegg 2).

Dette danner til sammen grunnlag for tertialrapport nr. 1, der eiers samlede styringskrav for 2012 besvares.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Styringsdokumentet 2012 og foretaksmøteprotokollen av 15.02.2012 består av 176 styringsparametere, små og store oppgaver. Risikovurdering av målsettinger og oppgaver er utført av ansvarlige ledere og saksbehandlere etter en mal fra Helse Midt-Norge RHF.

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) vil det kreves at tiltak settes inn for å redusere risikoen og realisere mål/forventa resultat.

Kravet fra Helse Midt-Norge RHF er at ved 1.tertialrapportering skal tiltak knyttet til oppgavene være registrert i matrisen.

Gjennomgang etter 1.tertial viser følgende status på de mål og oppgaver som er risikovurdert:

	Kritisk risiko (rød)	Høy/moderat risiko (gul)	Lav risiko (grønn)
Antall mål og oppgaver		94	82

Pr. 1.tertial 2012 er ingen mål og oppgaver vurdert til å ha kritisk risiko, men likevel har over 50% av oppgavene høy/moderat risiko.

I vedlegg 2: Samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument 2012 og foretaksmøteprotokoller finnes en full oversikt over alle oppgaver, som også er elektronisk tilgjengelig for ansatte i Helse Midt-Norge. 54 av kravene vurderes allerede som oppfylt, mens det for 104 av kravene er igangsatt konkrete tiltak.

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 (tertialvis).

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 tertialvis 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:

Gjennom inngåtte oppdragsdokumenter med hver klinikk i foretaket vil det i oppfølgingen fra administrerende direktør være fokus på:

- 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 den forbindelse sendt spørreundersøkelse til alle ansatte som har stillingsandel større enn 30% og som er i pasientrelatert arbeid. Frist for svar er 23. mai 2012. Det gjennomføres journalundersøkelser etter Global-Trigger Tool metoden (GTT), og resultater gjøres kjent for klinikkene internt i foretaket. I forhold til revisjon av kvalitetssystemet så er man i ferd med å endre strukturen i vårt kvalitetsstyringssystem i tråd med St. Olavs HF.

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 å gjelde de avviklede pasientene i stedet for de ventende pasientene. Pr. utgangen av 1.tertial er samlet ventetid for avviklede pasienter i foretaket 65 dager. Fordelt på fagområder har somatikk 67 dager, psykisk helsevern 47 dager og rus 36 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 1.tertial på 6,8%. I somatikken er andelen 7,2%, voksenpsykiatrien 3,5% og barne- og ungdomspsykiatrien 6,0%. Både lokalt i begge sykehus og regionalt i HMN RHF er det maksimalt fokus på dette. Antall fristbrudd for avviklede pasienter er redusert fra 130 i januar til 88 i april. 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 planen i 1.tertial, og man har et samlet positivt avvik på 187 DRG poeng (+1,9%) på aktiviteten i foretaket. Innenfor voksenpsykiatrien ligger aktiviteten etter planen med et avvik på ca. 9% 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 3,3%.

Pr. 1.tertial er det et akkumulert resultat hittil i år på 3,2 mill kroner mot et budsjett på 18,6 mill kroner. Dette gir så langt et negativt avvik på 15,3 mill kroner ift budsjett. Økte pensjonskostnader utgjør 17,3 mill kroner, og korrigerende for dette er det et positivt avvik på 2,0 mill kroner. I samsvar med tidligere retningslinjer og praksis forventes det at staten avklarer evt. tilleggsbevilgning til dekning av økte pensjonskostnader i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett i mai/juni.

Foretakets pensjonskostnader vil i 2012 øke med 52,1 mill kroner i forhold til forutsetningene for årets budsjett. Prognosen for 2012 på ordinær drift er et årsresultat lik 15 mill kroner, men på grunn av de økte pensjonskostnadene settes prognose for årsresultatet til – 37,1 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 iverksatt tiltak for å redusere den reelle deltiden ved at fast ansatte får midlertidige tilleggsstillinger. Dette gir altså nå ikke utslag på andel deltid. For 2012 er det på dette grunnlag fastsatt et mål for andel deltid på 39,5% av totalt antall ansatte. April-tallene viser en deltidsandel på 46,9 %, og foretaket har en jevn nedgang fra utgangsverdien på 49,4% 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-april 2012 på 7,67 %.

DRØFTING

Administrerende direktør ser det som viktig at Helse Nord-Trøndelag HF har risikovurdert mål, styringsparametere og oppgaver i styringsdokumentet og at det blir satt krav om at det settes inn korrigerende tiltak for å redusere risikoen på de områdene måloppnåelse har alvorlige konsekvenser og virker minst sannsynlig. 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 ikke oppgavene kan løses innenfor dagens rammer, må ressurser vurderes omfordelt. Helse Nord-Trøndelag HF vil på denne måten kunne ivareta en risikostyring i forhold til eiers samlede styringskrav.

KONSEKVENSER/KONKLUSJON

Som det fremgår av denne styresaken har Helse Nord-Trøndelag HF identifisert 94 mål/oppgaver med høy/moderat risiko i forhold til eiers samlede styringskrav gjennom styringsdokument 2012 og foretaksmøteprotokoll av 05.02.2012.

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

Administrerende direktør mener at det er meget krevende å skulle følge opp og rapportere på så mange store og små oppgaver slik det legges opp til. Likevel mener direktøren at statusrapporten etter 1.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, 15.mai 2012

Arne Flaatt
Adm.direktør

Saksbehandler: Sveinung Aune

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

Tabell nr 1: Aktivitet somatikk pr april 2012

DRG-aktivitet (poeng) - 2012		Hittil i år				Totalt for året			
		Realisert	Budsjett	Avvik	Avvik %	Prognose	Budsjett	Avvik	Avvik %
3200	Kostnadskrevende legemidler utenfor sykehus	267	20	247					
3201	Heldøgns pasienter	7 660	7 388	272					
3202	Dagpasienter	188	187	0					
3204	Poliklinikk (inkl dagkirurgi)	2 080	2 095	-15					
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	10195	9690	505					
3205	DRG-produksjon – kjøp fra andre regioner	584	603	-20					
	Sum DRG-poeng "sørge for"	10779	10294	485	4,5 %	30121	30121	0	0,0 %
	DRG-produksjon - egne pasienter behandlet i egen region	10195	9690	505					
321	Gjestepasienter - salg til andre regioner	233	312	-78					
	Sum DRG-poeng produsert i egen region	10429	10002	427	4,1 %	31274	31274	0	0,0 %

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 pr. april viser at foretaket ligger godt foran plantallene hittil i år.

1.1.2 Aktivitet PHV/TSB – pr tertial

Tabell nr 2: Aktivitet psykisk helsevern pr april 2012

Aktivitet psykisk helsevern	Fre-kvens	Denne periode i fjor	Denne periode i år	Endring fra i fjor	Endring %
Voksne: Forventet antall polikliniske v-konsultasjoner	Tertial		20 147		
Voksne: Faktisk antall polikliniske v-konsultasjoner	Tertial	17 879	18 355	476	2,7 %
Voksne: Faktisk antall i % av forventet	Tertial		91,1 %		
Voksne: Antall <u>innleggelser</u> til døgnbehandling ved psykiatriske sykehusavdelinger (fra bosted)	Tertial	350	378	28	8,0 %
Voksne: Antall <u>innleggelser med tvang</u> til døgnbehandling ved psykiatriske sykehusavdelinger (fra bosted, §3.2 eller §3.3)	Tertial	56	44	-12	-21,4 %
Voksne: Antall <u>innleggelser</u> til døgnbehandling ved DPS (fra bosted)	Tertial	78	43	-35	-44,9 %
Voksne: Antall <u>innleggelser med tvang</u> til døgnbehandling ved DPS (fra bosted, §3.2 eller §3.3)	Tertial	9	7	-2	-22,2 %
BUP: Forventet antall polikliniske v-konsultasjoner	Tertial		8 231		
BUP: Faktisk antall polikliniske v-konsultasjoner	Tertial	6 533	7 960	1427	21,8 %
BUP: Faktisk antall i % av forventet	Tertial		96,7 %		
Samlemål for aktivitet psykisk helsevern: PH-aktivitet	Tertial	50 140	52 528	2 388	4,8 %

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 små endringer. Aktivitetstallene i psykiatri for første tertial viser at det er gode muligheter for å nå fastsatte måltall.

1.2 Ventetider

Tabell nr 3: Ventetider pr april 2012 – foreløpige tall

Ventetider	Fre-kvens	Mål	Forrige periode	Denne periode	Endring
Gj.nittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten	Mnd	65	65	65	0
Andel fristbrudd for rettighetspasienter - for avviklede pasienter	Mnd	0 %	6,1 %	6,8 %	0,7 %

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. Det vil fortsatt bli arbeidet med å redusere ventetidene slik at en også i 2012 kan oppfylle målsettingen om en gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten ned mot 65 dager.

1.3 Kvalitetsindikatorer

Tabell nr 4: Ventetider pr april 2012 – foreløpige tall

Kvalitetsindikatorer	Fre- kvens	Mål	Forrige periode	Denne periode	Endring
Andel epikriser sendt ut innen en uke	Mnd	100 %	85,4 %	83,5 %	-1,9 %
Andel pasienter med tykktarmskreft som får behandling innen 20 virkedager	Tertial	80 %	45,5 %	-	-
Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager	Tertial	80 %	46,7 %	-	-
Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager	Tertial	80 %	82,6 %	-	-
Andel pasienter med kreft som får behandling innen 20 virkedager	Tertial	80 %	-	-	-
Antall utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten	Mnd	0	13	22	9
Antall døgn med utskrivningsklare pasienter i spesialisthelsetjenesten	Mnd	0	109	114	5

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 83,5 % i april og vil arbeide for å øke denne andelen til fastsatte målkrav.

Det er i april registrert 22 utskrivningsklare pasienter i foretakets sykehus. Dette er liten økning fra mars, men fortsatt 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. Hittil i år er det utført arbeid for 2,0 mill kroner innen dette tiltaket.

2 Økonomi

2.1 Resultat

Tabell nr 5: Resultatavvik pr april 2012

Resultatavvik	Avvik tom forrige periode	Avvik denne periode	Avvik tom denne periode
3 Inntekter	6 563	-2 388	4 175
4 Varekostnader	-6 767	506	-6 261
5 Lønnskostnader	-15 733	-5 232	-20 965
6,7,9 Andre driftskostnader	3 519	3 200	6 719
8 Finansposter	441	550	991
Årsresultat jf budsjett:	-11 977	-3 364	-15 341
Avvik knyttet til ny aktuarberegning	12 970	4 375	17 346
Avvik korrigert for ny aktuarberegning	993	1 011	2 005
Nytt resultatkrav	0	0	0
Avvik korrigert for nytt resultatkrav	993	1 011	2 005

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. Dette fordeler seg med om lag 4,3 mill kroner i økte pensjonskostnader pr. måned i 2012. I samsvar med tidligere retningslinjer og praksis forventes det at staten avklarer evt. tilleggsbevilgning til dekning av økte pensjonskostnader i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett i mai/juni.

Foretakets resultat i april måned viser et avvik i forhold til budsjettet på – 3,4 mill kroner. Korrigert for økte pensjonskostnader på 4,4 mill kroner gir dette et korrigert resultat i april på 1,0 mill kroner og hittil i år på 2,0 mill kroner.

2.1.1 Inntekter

Foretakets inntekter er siste måned litt under vedtatt budsjett. Dette skyldes bl.a. noe lavere aktivitet denne måneden enn planlagt.

2.1.2 Varekostnader

Varekostnadene er siste måned litt lavere enn budsjettet. Det kan relateres til litt lavere aktivitet og en utjevning av tidligere måneders merkostnad.

2.1.3 Lønnskostnader

Av et samlet merforbruk på lønn på 5,2 mill kroner i forhold til budsjett skyldes økte pensjonskostnader 4,4 mill kroner. Ordinære lønnskostnader er siste måned omtrent som budsjettet, men med litt økte kostnader knyttet til overtid og ekstrahjelp.

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. Ut over dette er det siste måned registrert noe lavere kostnader knyttet til energi/oppvarming enn budsjettet.

2.1.5 Finansposter

Foretakets finansposter er siste måned omtrent som budsjettet.

2.2 Prognose

Tabell nr 6: Prognose pr april 2012

Prognose – endring fra budsjett		Endring tom forrige periode	Endring denne periode	Endring tom denne periode
3	Inntekter	10 000	0	10 000
4	Varekostnader	- 15 000	0	- 15 000
5	Lønnskostnader	-64 089	0	-64 089
6,7,9	Andre driftskostnader	15 000	0	15 000
8	Finansposter	2 000	0	2 000
Årsresultat jf budsjett:		-37 089	0	-37 089
Avvik knyttet til ny aktuarberegning		52 089	0	52 089
Avvik korrigert for ny aktuarberegning		15 000	0	15 000
Nytt resultatkrav				
Avvik korrigert for nytt resultatkrav		15 000	0	15 000

Som påpekt tidligere, vil foretakets pensjonskostnader i 2012 øke med 52,1 mill kroner i forhold til forutsetningene for årets budsjett. Prognose for årsresultatet settes på dette grunnlag til – 37,1 mill kroner. Prognosen er uendret fra forrige måned.

2.2.1 Inntekter

P.g.a. høy aktivitet ligger foretakets inntekter noe over budsjett. Inntektene prognostiseres 10,0 mill kroner over budsjett.

2.2.2 Varekostnader

P.g.a. høy aktivitet og kjøp av ekstern behandling (gjestepasientutgifter) ligger foretakets varekostnader noe over budsjett. Varekostnadene prognostiseres 15 mill kroner over budsjett.

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. Lønnskostnadene prognostiseres med et avvik på – 64,1 mill kroner.

2.2.4 Andre driftskostnader

Budsjettet buffer er plassert under andre driftskostnader. Andre driftskostnader prognostiseres derfor 15 mill kroner foran budsjett.

2.2.5 Finansposter

Foretakets finanskostnader ligger litt foran budsjett. Finanspostene prognostiseres 2 mill kroner foran budsjett.

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 budsjettert 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 hvert tertial.

2.5 Produktivitet – pr tertial

Tabell nr 7: Produktivitet pr april 2012

Produktivitet	Fre-kvens	Forrige periode	Denne periode	Endring	Endring %	I fjor
DRG-poeng per brutto månedsverk somatikk (jfr egen spesifisering/uttaksrutine for månedsverk)	Tertial	2,4	-	-	-	2,5
Poliklinikker VOP: Antall v-konsultasjoner per månedsverk.	Tertial	36,2	37,6	1,4	4,0 %	39,4
Poliklinikker BUP: Antall v-konsultasjoner per månedsverk.	Tertial	33,2	35,3	2,1	6,3 %	37,6

Grunnet problemer i forbindelse med overgang til ny rapportering av poliklinisk aktivitet (BKM) er timeverk for BUP ført som estimat hittil i år. 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 fra 2. tertial 2011 til 2. tertial 2012.

3 HR

3.1 Bemanning/innleie

Tabell nr 8: Bemanning pr april 2012

Bemanning (Brutto månedsverk utbetalt)	Denne periode				Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Endring - forrige år	Faktisk	Budsjett	Avvik
Totalt	2 292,4	2 295,7	-3,3	22,6	9 141,1	9 141,3	-0,2
PHV	509,3	515,5	-6,2	6,4	2 049,5	2 067,0	-17,5
- Fravær							
Netto månedsverk utbetalt	2 046,9			47,0	8 059,5		

Tabell nr 9: Innleie pr april 2012

Innleie	Denne periode				Hittil		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Endring - forrige år	Faktisk	Budsjett	Avvik
Innleie fra byrå (1000 kr)	334	415	81	-1 890	2 261	1 543	-718

Foretakets bemanning, målt i brutto månedsverk, viser i april et avvik på - 3 månedsverk, men er helt i samsvar med budsjettet hittil i år. Innleie fra byrå er litt under budsjett i april og litt over hittil i år.

3.2 Deltid

Tabell nr 10: Andel deltid pr april 2012

Deltid	Denne periode	Forrige år	Endring	Mål 2012	Avvik
% andel deltid	46,9 %	49,6 %	-2,7 %	39,5 %	7,4 %

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. april ligger foretaket 7,4 % over denne målsettingen.

3.3 Sykefravær

Tabell nr 11: Sykefravær pr april 2012

Sykefravær snitt (%)	Denne periode			Gj snitt sykefravær siste 12 mnd		
	Faktisk	Forrige år	Endring	Faktisk	Mål	Avvik
Egenmelding	1,0 %	0,8 %	0,2 %	1,6 %		
Sykemelding	5,9 %	6,9 %	-1,0 %	6,1 %		
Samlet for foretaket:	6,9 %	7,7 %	-0,8 %	7,7 %		

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 april på 6,9 %.

4 Generell vurdering

Foretakets drift i april 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. 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.

Økte pensjonskostnader på 52,1 mill kroner i forhold til fastsatte rammevilkår tilsier at foretaket p.t. prognostiserer et økonomisk resultat for 2012 på – 37,1 mill kroner.

Levanger, 15.05.12

Arne Flaatt
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		1	7
2.	Nye lover og forskrifter	1		1	
3.	Nasjonale og regionale strategier og handlingsplaner	1			1
4.	Tildeling av midler	7		3	4
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		15	1
6.3	Pasientsikkerhet	9		5	4
6.4	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukervedvirkning	9		4	5
6.5	Samhandlingsreformen	4		1	3
6.6	Kreftbehandling	8		7	1
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		2	7
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	Kjeveleddsdisfunksjon	1		1	
7.6	Beredskap og smittevern	2		1	1
7.7	Forebygging	3		2	1
7.8	Opplæring av pasienter og pårørende	6		3	3
7.9	Behandling av sykkelig overvekt	1			1
8	Utdanning av helsepersonell	5		3	2
9	Forskning og innovasjon	6		5	1
Total styringsdokument 2012		123	0	68	55
		100 %	0 %	55 %	45 %
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 6.3	Regnskapshåndbok	1			1
Total Foretaksprotokoll		53	0	26	27
		100 %	0 %	49 %	51 %
Totalt Styringsdokument + Foretaksprotokoll		176	0	94	82
		100 %	0 %	53 %	47 %

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 kvalitetsindikatorne 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 invandrerg grupper. 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 avvismeldinger 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 Arbiedsutvalg 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 avvikhåndteringen gjennom direkte tilbakemeldinger fra Fagavdelingen sine saksbehandlere. Program for internrevisjoner er lagt og blir fortløpende fulgt og supplert ved behov for nye. I Foretaksledelsen blir alle tilsynsrapporter gjennomgått og kommentert.
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.	Igangsatt	For fagene nevrologi, øye og ØNH er det i Namsos egne ressurser som også har avtalepraksis. For disse fagene er det med dette løpende samarbeid. For hudsykdommer, øye og ØNH, Levanger, er det avtaler med disse om interne tilsyn for innleggende pasienter. 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.	Igang satt	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.
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 avsetning 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.
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 kassekredittlimit på 100 mill kroner. Budsjett og drift innebærer at HNT bare unntaksvis vil være nødt til å trekke på kassekreditten.
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.
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.	Igang satt	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
4.5	Tildeling av midler	Helse Midt-Norge RHF har etablert reginalt 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.
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.
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	Igang satt	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.

5.1	Aktivitet	Styringsparameter: Antall produserte DRG-poeng Utvikling styringsparameter	Igang satt	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.
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% døgner). For psykiatrien er det planlagt økning på vel 10% i poliklinikk, og reduksjon på ca 5% i døgnerbehandlingen. Pr. utgangen av mars er man noe bak planlagt nivå for psykiatrien, mens man er noe foran planen i somatikken.
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: MR og CT m/kontrast: 5 uker UL-L: 14 uker CT og MR u/kontrast, RTG, mammografi, UL-NA: 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
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.
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
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.
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	Igang satt	HNT har fristbrudd, men fristbruddene er få og prosessene med å få disse helt bort er godt i gang. 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. Klinikklederne er ansvarliggjort i fht sitt ansvar for å få bort fristbrudd. Vi har også deltatt i regionalt arbeid gjennom fagdirektørmøter for å samordne praksis i fht registrering ventetider og fristbrudd. Vi er ikke i mål før vi har 0 fristbrudd og ventetider under 65 dager. Vi gjennomfører også ROS-vurdering for å evaluere effekt av våre tiltak.

5.6	Aktivitet	I tråd med målene i Strategi 2020 forutsettes det at Helse Nord-Trøndelag HF fortsetter og intensiverer overgangen fra døgnbehandling til dagbehandlingen samt poliklinisk behandling innenfor somatikk. Utvikling styreparameter	Igang satt	Pr. utgangen av mars 2012 ligger man i tråd med planlagt nivå (Mål for året - Andel dag/pol på 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 (døgnbehandling, 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	Igang satt	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.
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	Frist 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	Igang satt	Pr mars ligger vi etter årets plantall på aktivitet, både i forhold til utskrivinger og oppholdsdøgn, men vi har høyere aktivitet enn samme tidsrom i 2011. Naturlige svingninger.
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	Igang satt	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.
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.	Igang satt	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	Igang satt	Fortløpende arbeid pågår for å unngå korridorpasienter. Andel korridorpasienter ved utgangen av mars er 1,7%.
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.	Igang satt	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 kvalitetstyringssystem i tråd med St. Olavs HF's
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.	Igang satt	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	Igang satt	Avventer tall som blir lagt over til oss fra RHF f.k. fredag 4.5.
6.2.14	Kvalitetsforbedring	Økt overlevelse. Styringsparameter: 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt (jf årlige data fra HDIR) Utvikling styringsparameter	Igang satt	Årlige tall fra Helsedirektoratet ikke mottatt.
6.2.15	Kvalitetsforbedring	Økt overlevelse. Styringsparameter: 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag (jf årlige data fra HDIR) Utvikling styringsparameter	Igang satt	Årlige tall fra Helsedirektoratet ikke mottatt.
6.2.16	Kvalitetsforbedring	Økt overlevelse. Styringsparameter: 30-dagers risikojustert totaloverlevelse (jf årlige data fra HDIR) Utvikling styringsparameter	Igang satt	Ikke mottatt tall fra Helsedirektoratet.
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.	Igang satt	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 diabetesregisteret for voksne. Styringsparameter: registreringer i kvalitetsregisteret for diabetes for voksne fra Helse Nord-Trøndelag. Utvikling styringsparameter	Igangsatt	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 tat 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.
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
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	Igangsatt	Klinikken er avhengig at datafangsten fungerer. Vi registrerer.
6.2.8	Kvalitetsforbedring	100 % av epikriser er sendt ut innen sju dager. Styringsparameter: andel epikriser sendt ut innen 7 dager Utvikling styringsparameter	Igangsatt	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.
6.2.9	Kvalitetsforbedring	Helse Nord-Trøndelag skal arbeide for at epikriser etter innleggelse, dagbehandling og poliklinikk sendes samme dag som behandlingen er ferdig	Igangsatt	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: legemiddelintervj, legemiddelgjennomgang og legemiddelsamtaler.	Igangsatt	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.
6.3.3	Pasientsikkerhet	Ledelsen i Helse Nord-Trøndelag HF følger aktivt opp egne resultater i pasientsikkerhetskampanjen.	Igangsatt	Resultater og tallmateriale er tilgjengelig for ledelsen.
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	Igangsatt	PAS- koordinator har vært avgjørende viktig for å få dette til og å få gjennomført nødvendig felels 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.	Igangsatt	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	Bestillingen er sendt Hemit og leverandør.
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 sendt ut til alle ansatte i >30% stilling og i pasientrelatert arbeid. Frist for svar 23.05.2012.

6.3.8	Pasientsikkerhet	Gjennomført journalundersøkelser etter GTT-metoden. Styringsparameter: andel sykehus som har gjennomført journalundersøkelser etter GTT-metoden, i tråd med pasientesikkerhetskampanjens føringer (mål 100 %) Utvikling styringsparameter	JA	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	Igang satt	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.	Igang satt	Standardbrev blir nå tatt i bruk. Arbeid blir iverksatt for å se på rutine omkringing dette, for å forsøke å nå målet med bare ett svarbrev til pasienten.
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	Igang satt	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	Igang satt	Rapporten er ikke mottatt, og vi er ikke kjent 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	Igang satt	Rapporten vil mottas, implementeres og evt tiltak iverksettes.
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	Igang satt	Igang satt
6.4.8	Tilgjengelighet, brukervennlighet og brukermedvirkning	Det skal ikke forekomme fristbrudd. Styringsparameter: andel fristbrudd for rettighetspasienter avvirket fra venteliste (mål 0 %) Utvikling styringsparameter	Igang satt	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.
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 samarbeidsutvalg 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. Samhandlingsssjef er også orientert og skal trekkast meir inn i dette arbeidet.
6.6.1	Kreftbehandling	Det er gjennomført tiltak for å redusere flaskehalser i forløpene for kreftpasienter.	Igangsatt	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. Desse blir fulgt opp.
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.	Igangsatt	
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 paseinter 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.
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.
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 sikret godt system omkring dette.
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	Igang satt	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.
6.7.2	Behandling av hjerneslag	Helse Nord-Trøndelag HF rapporterer data til Norsk hjerneslagregister.	Igang satt	HNT HF følger forventet rapportering.
6.8.1	TSB for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	Det samlede tilbudet innen TSB er styrket.	Igang satt	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.	Igang satt	Ikke aktuelt. ngen TSB pasienter går å venter på behandling i NT
6.8.3	TSB for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	Andel pasienter som fullfører TSB er økt.	Igang satt	De fleste fullfører i sengepost. Fokus på dette i poliklinikkene og tiltak vurderes satt inn
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.	Igang satt	Igang satt 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.	Igang satt	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.	Igang satt	Iverksetter et arbeid august 2012 for å vurdere og beskrive hvordan dette kan gjøres
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.	Igang satt	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	Igang satt	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.	Igang satt	Psykiatriambulanse uaktuelt i NT grunnet avstander. HNT kan bidra ved opplæring av ambulansepersonell. 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	Igang satt	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 småbarnstilbud 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 sansetap.	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 sansetap sammen med Trøndelag kompetansesenter og hjelpemiddelsentralen. Koordinerende enhet har fått i oppdrag å lage samarbeidsrutiner og retningslinjer for alle med sansetap. 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 tværfaglig 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, tværfaglig 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 mestringskurs 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	Samordning med de andre HF er satt på dagsorden i Beredskapsnettverket i HMN.
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.	Igangsatt	0

7.7.1	Forebygging	Dokumentasjon på ernæringsstatus og oppfølgingsbeho følger med pasienten når han/hun flytter til et annet tjenestenivå eller mellom behandlingssenheter. Aktiv bruk av standardisert dokumentasjon i Doculive gjennomføres.	Igangsett	Det er gjennomført tilsyn i 2011 vedr skrupelige eldre med hoftebrudd. dette avdekket behov for bedre dokumentasjon og rutiner omkring ernæringsvurdering. MED 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	Igangsett	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.
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.	Igangsett	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.
7.8.3	Opplæring av pasienter og pårørende	Integrere opplæring av pasienter og pårørende i utarbeiding og gjennomføring av standardiserte pasientforløp.	Igangsett	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.
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.

7.8.5	Opplæring av pasienter og pårørende	Styrke forskning innen opplæring av pasienter og pårørende	lgangsatt	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.
7.8.6	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 mestringscenteret skal vær 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 Ytre Namdal samkommune om å arrangere et tredagers kurs i helsepedagogikk for ansatte i helse- og sosialtjenesten i kommuneregionen.
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.	lgangsatt	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. Ansvar for oppfølging av lærlingene overtas av Ambulanse 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.	lgangsatt	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 sårbar 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.	Igang satt	a) Nei, under arbeid. Vi mangler konkret kartlegging av dagens tall og vurdering av konkrete tall for fremtiden. 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 helsefagarbeiderlærlingene som er i praksis i foretaket. c) Det er ledige plasser i foretaket. Den modellen som HNT har for helsefagarbeiderlærlinger 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 lærlingetiden.
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.	Igang satt	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).	Igang satt	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).	Igang satt	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.
FP 4.2.2	Overordnede føringer 2012	Helse Nord-Trøndelag HF skal rapportere til Helse Midt-Norge RHF ihht opplegget som er etablert i oppfølgingssystemet ØBAK.	JA	Vi rapporterer 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 legges 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.	Igang satt	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 ihht nye bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a og følger opp den lovpålagte veiledningsplikten overfor kommunene, jf. § 6-3 i spesialisthelsetjenesteloven.	Igang satt	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	Igang satt	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.	Igang satt	Helse Nord-Trøndelag vurderer egen kapasitet kontinuerlig i forhold til 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.	Igang satt	HNT har flere store samhandlingsprosjekt med kommuner i alle regioner
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.	Igang satt	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	
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-kordinator og EPJ-rådgivere har høyt fokus på prosedyrer for iverksetting 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 tverrfaglighet 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 klinikere 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	Igangsett	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.	Igangsett	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 legekontor 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.	Igangsett	Det lokale prosjektet for implementering av meldingsløftet jobber med å pilotere en standard for elektronisk henvisning med vedlegg mellom helseforetakene og utvalgte primærleger. Foreløpig benyttes denne kun mot primærlegekontor 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	Igangsett	Avventer leveranser fra Helse Midt-Norge på elektronisk tilrettelagt rapportering av 3-3-meldinger innen 1. juli 2012 som er fristen for å kunne rapportere elektronisk til kunnskapsforlaget.
FP 5.4.1.1	Bemanningsplanlegging, 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 prosessen. 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.	Igangsett	HNT deltar aktivt i prosjektet e-læring, men vi er avhengig av flere regionale samarbeidspartnere. Planlagt pilot til høsten.
FP 5.4.1.2	Bemanningsplanlegging, kompetanse	Foretaket skal aktivt stimulere til utveksling av personell med kommuner og utdanningsinstitusjoner	Igangsett	Avventer endelig resultat av tjenesteavtale 6 og 7 i Samarbeidsavtalene.
FP 5.4.2.1	Bemanningsplanlegging, ressursstyring	Helse Nord-Trøndelag skal fullføre og videreutvikle arbeidet med aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging (kalenderplan)	JA	Er under kontinuerlig oppfølging både på foretaks, sykehusvis og avdelingsnivå.
FP 5.4.2.2	Bemanningsplanlegging, ressursstyring	Helse Nord-Trøndelag skal etablere og følge opp periodiserte mål for bemanningsutvikling, sykefraværsutvikling og heltidsandel	Igangsett	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.
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 og forventes levert iløpet av første halvår 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 som ledes av personalsjefen. Arbeidsgruppen er partssammensatt. Arbeidsgruppen skal evalueres i neste møte 29.05.12 mht evne og mulighet til å komme opp med tiltak som gir effekt.
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. Det er avtalt møte for å starte dette arbeidet medio juni 2012.
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 lederplattformen. Denne forventes behandlet i de regionale styrene i august 2012. Videre organisering av dette arbeidet er derfor ukjent. HNTs arbeidet er på tenkestadiet, men planen er å tydeliggjøre vår rekrutteringsstrategi 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 for utvikling og gjennomføring av LUP i HNT: 1. LUP grunnmodell 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 kollegaveildning. 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. Foretaksledelsen deltar fortsatt på det regionale lederutviklingsprogrammet i 2012.
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 arbeidsgruppe.
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 arbeidsgruppe. HNT har også et pågående prosjekt som heter "Helse Nord-Trøndelag med en moderne HR-funksjon". Hvor den første delen - et utrednings- og analyseprosjekt, ble ferdigstilt 20.04.12 og det er gitt anbefalinger for videre oppfølging.
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 arbeidet 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
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 tolket til 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 tverrfaglig 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	Igangsett	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.
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	Igangsett	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	Igangsett	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.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 16/2012 Strategi for framtidig universitetssykehusfunksjon

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	23.05.12	16/2012
Saksbeh:	Mads Einar Berg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2012/4231	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord-Trøndelag slutter seg til strategiene for universitetssykehusfunksjonene slik de er beskrevet i *Sluttrapport Strategi 2020, Prosjekt: Fremtidig universitetssykehusfunksjon*.

SAKSUTREDNING:

Sak 16/2012 Strategi for framtidig universitetssykehusfunksjon

VEDLEGG:

Nummererte vedlegg som følger saken:

1. Oversendelsesbrev *Ad. sluttrapport Strategi 2020 prosjekt- Fremtidig universitetssykehusfunksjon* 10.10.2011 til Helse Midt-Norge
2. Sluttrapport Strategi 2020 Prosjekt: Fremtidig universitetssykehusfunksjon

BAKGRUNN

I vedtakspunkt 19 – Strategi 2020 ble administrerende direktør i Helse Midt-Norge av styret for Helse Midt-Norge bedt om å igangsette arbeidet med en strategi for universitetssykehusfunksjonen. Gunnar Bovim laget et regionalt prosjekt med Administrerende direktør ved St. Olavs Hospital HF som prosjekteier. Administrerende direktør ved St. Olavs Hospital oppnevnte en prosjektgruppe som fikk ansvar for å gjennomføre dette arbeidet. Prosjektgruppens sluttrapport er vedlagt. Prosjektgruppen oppnevnte seks bredt sammensatte arbeidsgrupper som fikk ansvar for å utrede ulike sider ved universitetssykehusfunksjonen. Samtlige helseforetak i regionen og NTNU har vært representert i de enkelte arbeidsgruppene. Arbeidsgruppenes rapporter danner grunnlaget for prosjektgruppens sluttrapport.

Helse Midt-Norge ber i brev fra 27.10.11 hvert HF styrebehandle strategien for universitetssykehusfunksjonen for å sikre god forankring av rapportene i helseforetakene.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Universitetssykehusstrategien legger viktige føringer for hvordan samspillet mellom universitetssykehuset og den øvrige spesialisthelsetjenesten skal utvikle seg framover.

For Helse Midt-Norge RHF mener administrerende direktør det vil være viktig å prioritere:

- Nasjonalt å fokusere på universitetssykehusets sentrale rolle i spesialistutdanning og grunnutdanning av leger. Ny spesialistutdanning er i støpeskjeen, og det er viktig at Helse Midt-Norge RHF bidrar aktivt til en regional profil som også styrker universitetssykehusets posisjon.
- Styrking av St. Olavs Hospitals rolle som pådriver i arbeidet med kunnskapsbasert behandling og faglig forankring av standardiserte pasientforløp.
- Gjennom sin HR-strategi legge føringer for veiledning og hospitering for alle typer helsepersonell på tvers av HF-grenser.
- Styrking av regionens nasjonale posisjon innen forskning og i arbeide med kvalitetsregister. Dette må gjøres ved å sikre den planlagte vekst i forskningsbevilgningen gjennom Samarbeidsorganet men også i budsjettprosessen å bidra til å gjøre universitetssykehuset konkurransedyktig både nasjonalt og internasjonalt.
- Å bidra til å sikre riktig pasientflyt i regionen. Funksjonsfordelingen i regionen må understøtte universitetsklinikkfunksjonen. Ansvar for lokalsykehuspasienter bør ligge

på lokale HF. De pasientene som behøver høyspesialisert behandling bør behandles ved St. Olavs Hospital og ikke ved lokale HF eller ved andre universitetssykehus.

- Å styrke en tjenlig utvikling av IKT. Alle arbeidsgruppene som har bidratt til rapporten understreker at vi har IKT-løsninger som på alle felt er tilstrekkelige for på en god måte i fremtiden å ivareta St. Olavs Hospitals funksjon som universitetssykehus.

Det henvises ellers til rapporten.

KONKLUSJON

Styret i Helse Nord-Trøndelag slutter seg til strategiene for universitetssykehusfunksjonen slik de er beskrevet i *Sluttrapport Strategi 2020, Prosjekt: Fremtidig universitetssykehusfunksjon*.

Helse Midt-Norge RHF

Postboks 464
7501 STJØRDAL

Vår referanse
11/2894-8/NISLIN
Oppgis ved henvendelse

Deres referanse

Arkiv
022

Dato
10.10.2011

Ad. sluttrapport Strategi 2020 prosjekt- Fremtidig universitetssykehusfunksjon

Revidert sluttrapport oversendes. Elementer fra diskusjon i Koordineringsgruppen 14. september 2011 er tatt inn.

De elementene i rapporten som beskriver forbedring og videreutvikling som St. Olavs Hospital HF som universitetssykehus har ansvar for ivaretas i en intern prosess knyttet til foretakets "Hovedprogram for forbedring 2012-2016" og i interne budsjettprosesser.

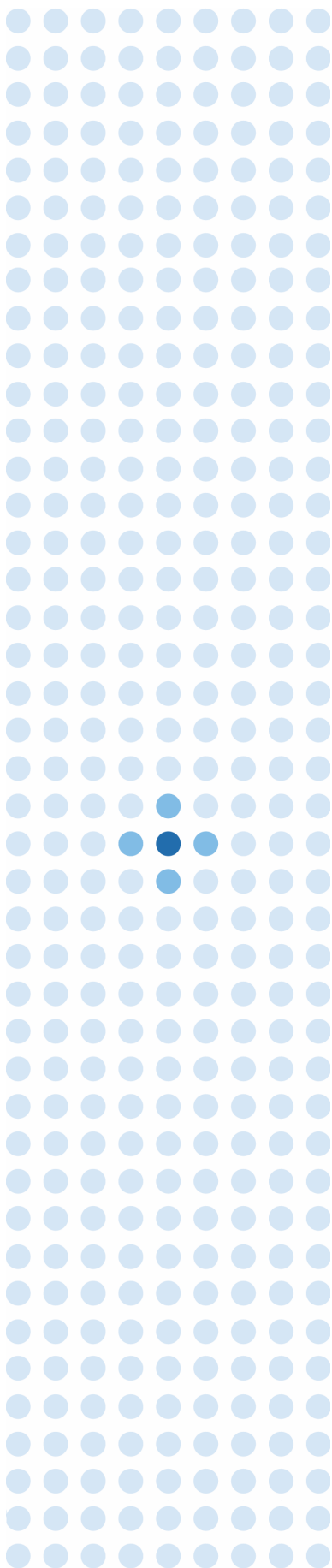
For Helse Midt-Norge RHF vil det være viktig å prioritere:

- Nasjonalt å fokusere på universitetssykehusets sentrale rolle i spesialistutdanning og grunnutdanning av leger. Ny spesialistutdanning er i støpeskjeen, og det er viktig at Helse Midt-Norge RHF bidrar aktivt til en regional profil som også styrker universitetssykehusets posisjon.
- Styrking av St. Olavs Hospitals rolle som pådriver i arbeidet med kunnskapsbasert behandling og faglig forankring av standardiserte pasientforløp.
- Gjennom sin HR-strategi legge føringer for veiledning og hospitering for alle typer helsepersonell på tvers av HF-grenser.
- Styrking av regionens nasjonale posisjon innen forskning og i arbeide med kvalitetsregister. Dette må gjøres ved å sikre den planlagte vekst i forskningsbevilgningen gjennom Samarbeidsorganet men også i budsjettprosessen å bidra til å gjøre universitetssykehuset konkurransedyktig både nasjonalt og internasjonalt.
- Å bidra til å sikre riktig pasientflyt i regionen. Funksjonsfordelingen i regionen må understøtte universitetsklinikkfunksjonen. Ansvar for lokalsykehuspasienter bør ligge på lokale HF. De pasientene som behøver høyspesialisert behandling bør behandles ved St. Olavs Hospital og ikke ved lokale HF eller ved andre universitetssykehus.
- Å styrke en tjenlig utvikling av IKT. Alle arbeidsgruppene som har bidratt til rapporten understreker at vi har IKT løsninger som på alle felt er tilstrekkelige for på en god måte i fremtiden å ivareta St. Olavs Hospitals funksjon som universitetssykehus.

Med vennlig hilsen

Nils Kvernmo
adm. direktør

Gudmund Marhaug
fagdirektør



Sluttrapport

Strategi 2020

Prosjekt: Fremtidig
universitetssykehusfunksjon

Godkjent:

Dato:

Innhold

1. Sammendrag
2. Strategisk forankring
3. Mål
4. Tolking av strategisk forankring og styrets vedtak
5. Prosjektgruppens vurderinger
6. Kommunikasjon
7. Økonomi og organisering
8. Prosjektgruppens anbefalinger

1. Sammendrag

I vedtakspunkt 19 – Strategi 2020 ble administrerende direktør ved St. Olavs Hospital HF av styret for Helse Midt-Norge bedt om å igangsette arbeidet med en strategi for universitetssykehusfunksjonen.

Administrerende direktør ved St. Olavs Hospital HF oppnevnte en prosjektgruppe som fikk ansvar for å gjennomføre dette arbeidet. Dette dokumentet er prosjektgruppens sluttrapport.

Prosjektgruppen oppnevnte seks bredt sammensatte arbeidsgrupper som fikk ansvar for å utrede ulike sider ved universitetssykehusfunksjonen. Samtlige helseforetak i regionen og NTNU har vært representert i de enkelte arbeidsgruppene.

Brukerrepresentanter har vært orientert om arbeidet.

Arbeidsgruppenes rapporter danner grunnlaget for prosjektgruppens sluttrapport.

Et viktig utgangspunkt for prosjektgruppen har vært at et godt universitetssykehus er nødvendig for å gi et fullverdig behandlingstilbud til pasienter i landsdelen. Et like viktig utgangspunkt er at grunnlaget for en tilfredsstillende universitetsklinikkfunksjon i regionen er å utnytte den felles avhengighet som samtlige helseforetak i regionen har av hverandre. Sammen har regionen et mer enn tilstrekkelig pasientgrunnlag for pasientbehandling, forskning og utdanning av internasjonal standard. St. Olavs Hospital HF er universitetssykehuset i Midt-Norge. I henhold til nye forskrifter er det sendt formell søknad pr. 1. mai 2011 om godkjenning. For på en tilfredsstillende måte å kunne fylle kravene til et universitetssykehus er det nødvendig med et gjensidig forpliktende samarbeid mellom alle HF i regionen. Forutsetningen er at samtlige foretak har et prioritert, bevisst og aktivt forhold til denne delen av sin virksomhet.

Prosjektgruppen har i utarbeidelse av rapporten vektlagt at universitetssykehuset i Midt Norge skal ha en sterk og ledende rolle når det gjelder fagutvikling i hele regionen. Universitetssykehuset har et ansvar for å bidra til faglig sterk pasientbehandling og gode pasientforløp også ved de lokale helseforetakene.

Prosjektgruppen har også hatt et sterkt fokus på at man i Helse Midt-Norge må erkjenne at forutsetningen for et velfungerende universitetssykehus er at man tilbyr en faglig attraktiv arbeidsplass ved St. Olavs Hospital. I denne sammenheng er det viktig å påpeke at universitetssykehusfunksjonen i Midt-Norge er i konkurranse med andre universitetssykehus både i Norge og i Norden og at dette er en svært konkurransefølsom virksomhet hvor tilgangen på høyspesialisert arbeidskraft er meget begrenset.

Prosjektgruppen definerer hva som menes med universitetssykehusfunksjon og viser til at fagutvikling, kompetansebygging, utdanning og god forskning er virksomheter som krever tilstrekkelig med ressurser om man skal lykkes.

Erkjennelsen av at forskningsproduksjonen i vår region er lavere enn ønskelig tilsier at nye tiltak må iverksettes dersom universitetssykehuset i Helse Midt-Norge skal skal hevde seg i konkurransen med de øvrige universitetssykehus i landet. Etablering av godt fungerende og tilgjengelig infrastruktur for forskning og en fremtidig satsning på regionale fortrinn som for eksempel Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) er en forutsetning.

I rapporten blir det også pekt på at det nye sykehuset på Øya i Trondheim legger svært godt til rette for at universitetssykehusfunksjonen kan styrkes. Den tette samlokalisering mellom pasientbehandling, forskning og undervisning er foreløpig unik i Europa.. I Psykisk helsevern har man foreløpig ikke av bygningsmessige årsaker kunnet oppnå samme fysiske integrering som i somatisk spesialisthelsetjeneste. Likevel har faget psykiatri de siste årene vist god faglig og akademisk utvikling og integrert akademisk virksomhet og klinisk arbeid på en god måte. Dette gjelder ikke bare psykiatri knyttet til Divisjon for psykisk helsevern ved St. Olavs Hospital men også psykiatritilbudet ved andre HF og i Rusforetaket. Den tette integrasjon som er i ferd med å utvikles mellom sykehusene og fakultet er et viktig og nødvendig grunnlag for en fortsatt positiv utvikling.

Prosjektgruppen har ikke spesifikt tatt stilling til spørsmål knyttet til funksjonsfordelinge HF-ene imellom i regionen. Dette er ivarettatt av andre prosjektgrupper. Prosjektgruppen anser det imidlertid som en forutsetning av pasienter med behov for høyspesialiserte tjenester henvises til universitetssykehuset.

Prosjektgruppens anbefalinger er sammenfattet i kapittel 8.

2. Strategisk forankring

Strategi 2020 skal gjøre Helse Midt-Norge i stand til å videreutvikle spesialisthelsetjenestetilbudet og møte de utfordringer som kommer i tidsperioden.

I vedtakspunkt 19 i vedtaket til styret i Helse Midt-Norge RHF om Strategi 2020 heter det:

”Styret for Helse Midt-Norge ber administrerende direktør igangsette arbeidet med en strategi for universitetssykehusfunksjonen, der en fokuserer på universitetssykehusets regionale rolle i pasientbehandlingen, utdanning og forskning. Styret ber om at de andre helseforetakene og NTNU involveres i arbeidet”.

Styret ved St. Olavs Hospital behandlet i sitt møte 18/6-10 en rapport bestilt av administrerende direktør ved St. Olavs Hospital og dekanus ved Det Medisinske Fakultet, NTNU (*Vedlagt er: Tiltaksplan for integrering av St. Olavs Hospital og Det Medisinske Fakultet, NTNU*)

Rapporten slår fast at realiseringen av det nye universitetssykehuset i Trondheim som en drivkraft innen akademisk høyspesialisert medisin i regionen innebærer et stort potensial og en forpliktelse for sykehus og universitet for en utstrakt integrasjon av virksomhetene. Effekten av et tett samarbeid mellom klinikk og fakultet vil kunne utnyttes slik at universitetssykehuset i større grad kan hevde seg både nasjonalt og internasjonalt. Det integrerte universitetssykehuset skal ha hovedansvaret for at i regionen tilbyr forskningsbasert kunnskap, utdanning og pasientbehandling.

I ”Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge RHF 2009–2014” (vedlegg) er mål og virkemidler formulert. Foretakene utfordres til å satse på forskningsområder hvor de har forutsetninger og ressurser til å nå opp på et høyt nivå. Parallelt med dette arbeidet må nasjonalt og internasjonalt samarbeid formaliseres og styrkes. St. Olavs Hospital skal ivareta bredden innen klinisk forskning og være en motor som trekker med seg de andre foretakene. Samtidig betoner strategien foretakenes gjensidige avhengighet av hverandre for å kunne øke både kvalitet og kvantitet i forskningsproduksjonen.

Forskningsproduksjonen i Helse Midt-Norge skal i løpet av perioden øke til minst 450 ISI (Internasjonal Science Indeks)- registrerte publikasjoner pr år ved at alle HF øker sin produksjon med 10 % hvert år.

Med bakgrunn i vedtakspunkt 19 har Koordineringsgruppen for prosjektene knyttet til Strategi 2020, godkjent prosjektoppdraget (vedlegg).

Prosjekteier er administrerende direktør Nils Kvernmo, St. Olavs Hospital HF.

Målbeskrivelsen som følger er hentet fra prosjektoppdraget.

3. Mål

3.1 Overordnet mål

Vedtakspunkt 19 i Strategi 2020.

3.2 Effektmål

Styret har formulert fem strategiske mål som skal være retningsgivende for utviklingen framover:

- a. Styrket innsats for de store pasientgruppene
- b. Kunnskapsbasert pasientbehandling
- c. En organisering som underbygger gode pasientforløp
- d. Rett kompetanse på rett sted til rett tid
- e. Økonomisk bærekraft

Prosjektet skal beskrive universitetssykehuset bidrag for måloppnåelse for alle fem punkter.

Hovedleveranser:

- a. Styrket innsats for de store pasientgruppene
Prosjektet skal beskrive hvordan universitetssykehuset skal være et faglig regionalt nav for kunnskapsutvikling i regionen knyttet til behandling av de store sykdomsgruppene.
Prosjektet skal beskrive universitetssykehusets funksjon i forebygging, utredning og behandling.

Prosjektet skal videre beskrive hvordan universitetssykehuset skal gi et regionalt og nasjonalt tilbud for utredning og behandling av sjeldnere og kompliserte tilstander.

b. Kunnskapsbasert pasientbehandling

- Prosjektet skal beskrive universitetssykehusets tilbud til de andre foretakene i en modell for spesialistutdanning av leger som på sikt sikrer nok kompetanse for kunnskapsbasert pasientbehandling i regionen i alle medisinske fagfelt. HMN har ”sørge for” ansvaret, men universitetssykehusets rolle når det gjelder utforming av innhold og metode skal beskrives.
- Prosjektet skal beskrive en arbeidsmodell som ivaretar universitetsklinikken veiledningsansvar for helsepersonell. Modellen skal også beskrive hospiteringsordninger.
- Prosjektet skal foreslå tiltak som sikrer at grunnutdanningen av leger til enhver tid har et innhold som reflekterer også spesialisthelsetjenestens behov.
- Prosjektet skal beskrive tiltak for å sikre at Helse Midt-Norge RHF i løpet av perioden oppnår en forskningsproduksjon på samme nivå som øvrige RHF
- Prosjektet skal beskrive hvordan universitetsklinikken i perioden kan bygge oppnødvendig regional forskningsinfrastruktur.
- Prosjektet skal beskrive strategi for etablering av flere regionale kliniske forskningsprosjekter som utnytter pasientgrunnlaget og forskningskompetansen i hele regionen.
- Prosjektet skal beskrive hvordan universitetsklinikken i perioden kan etablere flere regionale kompetansesenter som ved neste søknadsrunde i 2014 kan utvides til å bli nasjonale.
- Det skal i perioden etableres minst to kvalitetsregister etter en mal som gjør at det kan søkes om nasjonal status.

c. En organisering som underbygger gode pasientforløp

- Prosjektet skal beskrive hvordan pasientforløp organiseres på en slik måte at det bygges bro over foretaks - og forvaltningsgrenser. Det enkelte helsepersonell skal følge pasienten gjennom så stor del av forløpet som mulig. Det skal beskrives metodikk for kontroll av i hvilken grad godkjente pasientforløp implementere og følges. Prosjektet skal spesielt fokusere på de pasientgrupper er som har gjentakende besøk og opphold både på universitetsklinikken og lokale foretak.
- Prosjektet skal spesifikt beskrive metodikk som sikrer at oppfølging av pasienter som primært har vært behandlet ved universitetsklinikken får sin oppfølging ved lokalt HF der det faglig er mulig.
- Prosjektplanen skal spesifikt beskrive avgrensning mot regionalt prosjekt for elektiv kirurgi.

d. Rett kompetanse på rett sted til rett tid.

- Prosjektet skal beskrive hvordan universitetsklinikken skal sikre kvalitet og kvantitet i sine tjenester overfor øvrige foretak i regionen.
 - Prosjektplan bør beskrive universitetsklinikken tilbud til de andre foretakene innenfor de viktigste sykdomsgruppene.
 - Det skal beskrives hvordan tilbudene kan gjøres robuste og uavhengige av ferieavvikling og andre lavaktivitetsperioder.

- e. Økonomisk bærekraft
 - Prosjektet skal beskrive økonomiske konsekvenser av foreslåtte tiltak

4. Tolking av strategisk forankring og styrets vedtak

Prosjektgruppen har lagt følgende tolkning av vedtakspunkt 19 til grunn for sitt arbeid:

- Med universitetssykehusfunksjon menes:
 - Høyspesialisert pasientbehandling som kun tilbys ett sted i regionen
 - Utdanning av helsepersonell på universitetsnivå
 - Avansert forskning, - både klinisk forskning, translasjonsforskning og basalforskning
- Med universitetssykehus menes nødvendige fysiske og organisatoriske strukturene nødvendige for funksjonen:
 - St. Olavs Hospital HF
 - DMF og andre deler av NTNU som samarbeider om universitetssykehusets oppgaver
 - Sintef som samarbeidspart i prosjekter
 - Nasjonale kompetansesentrene / flerregionale funksjoner/nasjonale funksjoner
 - Sentre for fremragende forskning (SFF)
 - Sentre for forskningsdrevet innovasjon (SFI)
- At St. Olavs Hospital HF ikke bare Helse Midt-Norges største sykehus, men:
 - Er en forutsetning for å kunne tilby en fullverdig helsetjeneste i regionen
- At St. Olavs Hospital HF skal:
 - levere helsetjeneste og utdanning av internasjonal standard
 - levere forskning av internasjonal standard
- At virksomheten foregår i konkurranse med andre og er konkurransefølsom. Høy vitenskapelig kompetanse og betydelig forskningsproduksjon er en forutsetning for å kunne rekruttere høyspesialisert fagpersonell til å ivareta avansert spesialisthelsetjeneste for pasientene i regionen.
- En fullverdig universitetsklinikkfunksjon i regionen forutsetter at HF ene gjensidig utnytter hverandres pasientgrunnlag og kompetanse. Sammen har HF-ene i Midt-Norge de beste forutsetninger for pasientbehandling, forskning og utdanning av internasjonal standard.

Styring, organisering og arbeidsform

For å besvare prosjektoppdraget ble det etablert seks arbeidsgrupper med ulike mandat.

Hver arbeidsgruppe fikk i oppdrag å beskrive nødvendige IKT løsninger som ble presentert for HMN og Hemit. Det skal utarbeides en egen IKT rapport som er en del av prosjektgruppens rapport.

Gruppene besto av en representant for hvert kliniske HF. Fagdirektørene hadde ansvaret for oppnevning av medlemmer foruten til arbeidsgruppen som behandlet forskning (Gruppe 4). Denne oppgaven ble lagt til Regionalt forskningsutvalg supplert med to representanter fra St. Olavs Hospital. I enkelte andre arbeidsgrupper har DMF også vært representert.

Arbeidsgruppe 1. Grunnutdanning og spesialistutdanning for leger

Fra prosjektoppdraget:

- Grunnutdanning av leger:

Fra prosjektoppdraget:

Prosjektet skal foreslå tiltak som sikrer at grunnutdanningen av leger til en hver tid har et innhold som reflekterer også spesialisthelsetjenestens behov.

- Spesialistutdanning av Leger:

Fra prosjektoppdraget:

Prosjektet skal beskrive universitetssykehusets og universitetets tilbud til de andre foretakene i en modell for spesialistutdanning av leger som på sikt sikrer nok kompetanse for kunnskapsbasert pasientbehandling i regionen i alle medisinske fagfelt. HMN har "sørge for" ansvar, men universitetssykehusets rolle når det gjelder utforming av innhold og metode skal beskrives.

Prosjektgruppen utarbeidet med utgangspunkt i prosjektoppdraget et eget detaljert mandat som er gjengitt i prosjektplanen(vedlegg).

Arbeidsgruppe 2. Kunnskapsbasert pasientbehandling og standardiserte pasientforløp

Fra prosjektoppdraget:

Effekt mål b er kunnskapsbasert pasientbehandling

Under resultatmål:

Prosjektet skal beskrive hvordan pasientforløp organiserer på en slik måte at det bygges bru over foretaks- og forvaltningsgrenser. Det enkelte helsepersonell skal følge pasienten gjennom så stor del av forløpet som mulig. Det skal beskrives metodikk for kontroll av om godkjente pasientforløp implementeres og følges. Prosjektet skal spesielt fokusere på de pasientgrupper som har gjentagende besøk og opphold både på universitetsklinikken og lokale HF. Pasienter som primært har vært behandlet ved universitetsklinikken skal ha sin oppfølging av lokalt HF der dette faglig er mulig.

Det forutsettes at pasientforløp beskrives med basis i det som til enhver tid er å betrakte som beste praksis, og at anbefalinger i forløpene dokumenteres med referanser.

Med utgangspunkt i prosjektoppdraget utarbeidet prosjektgruppen et spesifikt mandat for arbeidsgruppe 2. Mandatet er gjengitt i prosjektplanen (vedlegg)

Arbeidsgruppe 3. Veiledning av helsepersonell – Universitetssykehusets ansvar

Fra prosjektoppdraget:

Prosjektet skal beskrive en arbeidsmodell som ivaretar universitetsklinikkens veiledningsansvar for helsepersonell. Modellen skal beskrive hospiteringsordninger.

En del av St. Olavs Hospitals universitetsklinikkfunksjon er å ivareta høyspesialisert behandling for andre HF. Pasientforløpene skal beskrive faglig riktig tidspunkt for overføring av pasienter mellom HF. Dette betinger at helsepersonell ved lokale HF har en noe høyere kompetanse innenfor behandling og pleie av enkelte sykdomsgrupper enn hva som kan oppnås gjennom videreutdanning og egen praksis. Omvendt er kunnskap om tilbudene ved lokale HF en forutsetning for helsepersonell ved universitetsklinikken når overføring av pasienter planlegges.

I tillegg ble det av prosjektgruppen formulert et detaljert mandat for arbeidsgruppe 3. Mandatet er gjengitt i prosjektplanen (vedlegg)

**Arbeidsgruppe 4.
Forskning og kvalitetsregistre**

Fra prosjektoppdraget:

- *Prosjektet skal foreslå tiltak som sikrer at Helse Midt-Norge RHF i løpet av perioden oppnår en forskningsproduksjon på samme nivå som øvrige RHF.*
- *Prosjektet skal beskrive hvordan universitetsklinikken i perioden kan bygge opp nødvendig regional forskningsinfrastruktur.*
- *Prosjektet skal beskrive strategi for etablering av flere regionale kliniske forskningsprosjekter som utnytter pasientgrunnlaget og forskningskompetansen i hele regionen.*
- *Prosjektet skal beskrive hvordan universitetsklinikken i perioden kan etablere flere regionale kompetansesenter som ved neste søknadsrunde i 2014 kan utvides til å bli nasjonale.*

Kvalitetsregistre:

Fra prosjektoppdraget:

- *Det skal i perioden etableres minst to kvalitetsregistre etter en mal som gjør at man kan søke om nasjonal status.*

Det ble av prosjektgruppen formulert et detaljert mandat for arbeidsgruppe 4. Dette er gjengitt i prosjektplanen (vedlegg)

Arbeidsgruppe 5:

Styrket innsats for de store pasientgruppene. Rett kompetanse på rett sted til rett tid.

Problemstilling:

St. Olavs Hospital HF lokalsykehusfunksjon for Sør-Trøndelag og enkelte kommuner på Nord-Møre. Denne funksjonen domineres ved St. Olavs Hospital som ved lokale HF av de store sykdomstilstandene som oftest rammer eldre mennesker. Det er viktig at så mange som mulig av disse pasientene behandles ved sine respektive lokale HF og at St. Olavs Hospital ikke overtar lokalsykehusfunksjon fra andre HF. Samtidig vil enkelte pasienter med vanlige tilstander være ekstra kompliserte eller ha tilleggstilstander som kompliserer forløpet i den grad at utredning og behandling bør regionaliseres til universitetssykehuset.

Det arbeides for tiden med en regional kreftplan og disse sykdomsgruppene skal derfor ikke Behandles i dette prosjektet.

Fra prosjektoppdraget (Hovedleveranse a og d er samlet):

- *Prosjektet skal beskrive hvordan universitetssykehuset skal være et faglig regionalt nav for kompetanseutvikling i regionen knyttet til behandling av de store sykdomsgruppene. Hva skal være universitetssykehusets funksjon innen forebygging, utredning og behandling av disse pasientgruppene*
- *Prosjektet skal beskrive hvordan universitetssykehuset skal gi et regionalt og nasjonalt tilbud for utredning og behandling av sjeldnere og kompliserte tilstander.*
- *Prosjektet skal beskrive hvordan universitetsklinikken skal sikre kvalitet og kvantitet i sine tjenester overfor øvrige foretak i regionen.*
- *Prosjektet bør beskrive universitetsklinikkens tilbud til de andre foretakene innefor de viktigste sykdomsgruppene.*
- *Det skal beskrives hvordan tilbudene skal gjøres robuste og uavhengige av ferieavvikling og andre lavaktivitetsperioder.*

Arbeidsgruppens mandat var tilnærmet tilstrekkelig beskrevet i prosjektoppdraget. Noen tillegg er formulert i prosjektplanen (vedlegg)

Arbeidsgruppe 6.

Kommunikasjon

Arbeidsgruppen oppgaver:

Utarbeide kommunikasjonsplan

Gruppen består av regionalt kommunikasjonsnettverk + kommunikasjonsleder DMF-NTNU.

Analyser/kartlegginger

De seks arbeidsgruppene som har levert bidrag til prosjektrapporten har hver enkelt gjort de nødvendige analyser og kartlegging som har vært relevant for å levere rapport i henhold til mandat. Det henvises derfor til hver enkelt rapport, vedlegg og linker.

5. Prosjektgruppens vurderinger

Prosjektgruppens vurderinger baserer seg på sluttrapport fra seks arbeidsgrupper.

Universitetssykehusets rolle i spesialistutdanningen og grunnutdanningen av leger (vedlegg: Rapport fra arbeidsgruppe 1)

Spesialistutdanningen og turnusordningen er under revisjon og denne rapporten er utarbeidet i en fase der mange spørsmål fremdeles er uavklarte fra helsemyndighetenes side. Prosjektgruppen har tatt stilling til hva som mot 2020 bør være universitetssykehusets rolle i en fremtidsrettet utdanning av leger. Det ble i 2007 utarbeidet en rapport fra et pilotprosjekt som beskrev en regional spesialistutdanning for leger (Vedlegg: *"Spesialistutdanning av leger -pilotprosjekt 2007-Prosjektbeskrivelse"*). En del av de erfaringene en da gjorde er tatt inn i prosjektgruppens anbefalinger.

Flere forhold i samfunnet generelt og i helsevesenet spesielt gjør at det er behov for en grundig gjennomgang og revisjon av spesialistutdanningen av leger. Ytre faktorer som vil spille en viktig rolle i spesialistutdanningen er endringer i sykdomspanorama og demografiske forhold (endringer i bosettings- og alderssammensetning), fri flyt av arbeidskraft innen EU/EØS-området, og endringer i arbeidstakers rettigheter i Norge (maksimum arbeidstid, generelle helse- og velferdsordninger, faste ansettelser). Færre arbeidstimer per uke og lengre og bedre velferdsordninger gjør at fire- fem års tjeneste ved en spesialavdeling i dag gir langt færre pasientkontakter enn tilsvarende tjeneste for 10 – 20 år siden. I tillegg er liggetida redusert. Selv om man ikke kan sette likhetstegn mellom mange og langvarige pasientkontakter og bedre læringsutbytte, er muligheten for slik erfaringsbasert læring redusert. Dette bør kompenseres med bedre kvalitet på utdanningen, ved for eksempel klarere struktur på utdanningen, klarere kompetansemål, tydeligere tilbakemeldinger og bedre veiledning.

Simulatortrening er et viktig tiltak som delvis kan kompensere for mindre pasientkontakt og færre prosedyrer pr. lege i spesialisering. Det er i dag mulig med svært realistisk simulatortrening innen en rekke spesialiteter. Universitetssykehuset bør prioritere å etablere slik virksomhet i betydelig omfang.

Skape forutsigbart løp for spesialistutdanninga

Det bør være slik at når en kandidat starter på en spesialistutdanning ved et av HF-ene i regionen bør han / hun vite hele utdanningen kan gjennomføres i Midt-Norge på normert tid, - under forutsetning av at kompetansekravene innfris.

For å bidra til at flest mulig utdannes på normert tid må det foreligge gjensidig forpliktende gjennomføringsplaner for hele utdanningsløpet helt fra kandidaten starter spesialiseringen.

Utdanningen bør være basert på rotasjon mellom ulike sykehus på en måte som sikrer at spesialistkandidaten oppnår kompetanse innenfor den spesialiteten han/hun har valgt, samtidig som han/hun oppnår nødvendig breddekompetanse.

Utdanningsstillinger bør opprettes som et resultat av grundige analyser av framtidig behov for helsetjenester både nasjonalt og i regionen, og som et resultat av kompetansekartlegginger utført av det regionale helseforetaket. Universitetssykehuset må forplikte seg til å gi kandidaten nødvendig tjeneste med avtalt innhold til avtalt tid.

Forskningsoppgave og gode muligheter for dobbeltløp

Gruppen anbefaler at det innføres en obligatorisk forsknings- eller fordypningsoppgave i alle spesialiteter. Dette for å sikre at alle spesialister har en kunnskapsbasert tilnærming til kliniske problemstillinger. Dette stiller igjen krav til at det stilles veiledningskompetanse til rådighet. Kompetansen kan oppnås gjennom kurs i forskningsmetode og etter godkjenning av en mindre forskningsartikkel, rapport eller evaluering. Universitetssykehuset vil ha som forpliktelse å stille

veiledningskompetanse til rådighet i spesialistutdanningen der hvor det etterspørres fra lokale HF.

Det må legges til rette for at leger som ønsker å gå inn i fordypningsstilling (stilling som kombinerer spesialistutdanning og forskning fram mot oppnådd Ph.d.) kan legge en plan for komplett dobbeltløp allerede på starttidspunktet. Også her vil universitetssykehuset ha en forpliktelse både for organisering og veiledning der det er nødvendig.

Innføre kompetansekrav

Prosjektgruppen mener at det er viktig å ta tak i de institusjonelle faktorene som bidrar til forsinkelser eller på andre måter vanskeliggjør utdanningsløpet for kandidatene. Målet for framtidig spesialistutdanning må være at flest mulig skal utdannes på normert tid gjennom en forutsigbar og sømløs utdanning.

Gruppen foreslår derfor at den tradisjonelle gruppeføringen av sykehus blir avviklet. Det er kompetansemålene som er viktige og disse kan oppnås på mange måter. Dagens ordning som sikrer en viss tid ved gruppe I og gruppe II sykehus bør erstattes av en ny ordning som baserer seg på beskrivelser av utdanningsplaner med komplett utdanningsløp hvor tjeneste på ulike sykehus og ulike avdelinger avgjøres av hvilke kompetansemål som skal nås.

Spesialistutdanningen bør beskrives med tydelige kompetansekrav, og at prinsippene i kvalifikasjonsrammeverket følges når kompetansekrav i tre kategorier (kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse) skal defineres. Framtidig utdanningsplaner bør beskrive komplette utdanningsløp hvor tjeneste ved ulike sykehus og avdelinger avgjøres av hvilke kompetansemål som skal nås. Universitetene og universitetssykehusene bør ha en sentral rolle i å beskrive det læringsutbyttet en spesialist forventes å ha etter fullført utdanningsløp.

Nasjonal spesialisteksamen og resertifisering av spesialister bør innføres. Universitetssykehuset må ha en sentral rolle i å utforme og organisere eksamen og resertifisering.

Ny organiseringsmodell

Sentralt i prosjektgruppens forslag er at universitetene får en sterkere rolle i forhold til den pedagogiske og teoretiske delen av utdanninga. Det er også behov for en klar finansieringsmodell som tydeliggjør kostnadene ved utdanningen. Kostnadene til pasientbehandling og legeutdanning bør rapporteres atskilt. Den praktisk kliniske opplæringen vil også i fremtiden være den viktigste delen av spesialistutdanningen. Det bør vurderes om koordineringen skal ivaretas av universitetssykehuset. Prosjektgruppen mener imidlertid at utdanningsstillingene "eies" av det HF sin gjør tilsettingen. Det bør også innføres rapportering av utdanningsaktiviteten i helsetjenesten. Rapportering bør følge styringslinja i HF-ene.

Hele utdanningsløpet (grunnutdanning, nybegynnerstillinger, spesialisering) bør sees i sammenheng

Grunnutdanning, turnus (eller framtidige nybegynnerstillinger) og spesialistutdanningen er deler av et sammenhengende utdanningsløp, og skal totalt sett dekke samfunnets behov for legekompentanse. De tre delene bør derfor sees i sammenheng. Helsedirektoratet foreslår at spesialiseringen skal starte allerede ved oppstart i nybegynnerstilling, rett etter avsluttet grunnutdanning. Prosjektgruppa støtter dette forslaget. Dersom det opprettes nybegynnerstillinger er det derfor svært viktig at disse bygger på samme behovsanalyse og regionale kompetanseplaner som spesialistutdanningsstillinger. Universitetssykehuset vil få en viktig rolle i å opprettholde et kontinuerlig utdanningsløp. Det vil være påtrengende viktig å etablere helhetlige utdanningsforløp for leger som også ivretar intensjonene i Samhandlingsreformen. Kompetanseoverføring mellom forvaltningsnivåene og gode pasientforløp mellom nivåene må sikres også gjennom å lage gode utdanningsløp for leger.

Regional styring og utvikling av grunnutdanninga

Innholdet i grunnutdanninga må samsvare med samfunnets behov for helsetjenester og være fleksibelt nok til å endres i takt med endrete behov. For å sikre at de ansvarlige for grunnutdanninga har innsikt i utvikling, innhold og strategi i helsetjenesten bør det opprettes *formaliserte* samarbeidsfora og kontaktpunkter mellom helseforetakene og Det medisinske fakultet. Gruppen foreslår at Samarbeidsorganet mellom HMN og NTNU årlig arrangerer et møte med deltakelse fra HMN, DMF og alle lokale HF som har medisinstudenter i praksisutplassering. Innholdet i grunnutdanningen kan belyses, slik at både forskningsbasert kunnskap og innsikt i regionens behov for kliniske ferdigheter legges til grunn for videre utvikling.

Prosjektgruppen mener at premissene ovenfor, hvor universitetssykehuset bør inneha en sentral rolle, kan bidra til at de regionale helseforetakene utdanner spesialister med høy klinisk kompetanse, med en vitenskapelig holdning, med pedagogiske ferdigheter, på normert tid samtidig som det bidrar til å sikre nok kompetanse i regionen på alle fagfelt.

Universitetssykehusets rolle i kunnskapsbasert behandling og faglig forankring av standardiserte pasientforløp (Vedlegg: Rapport fra arbeidsgruppe 2)

Spesialisthelsetjenesten utfordres på økt kvalitet både fra befolkningen og ansatte. En mer informert befolkning stiller krav om de beste tilgjengelige tjenester uten unødig ventetid. Våre ansatte stiller krav om å være en del av sterke og oppdaterte fagmiljø.

Prosjektgruppen slår fast at realiseringen av det nye universitetssykehuset i Trondheim som en drivkraft innen akademisk høyspesialisert medisin i regionen innebærer et stort potensial og en forpliktelse for sykehus og universitet for en utstrakt integrasjon av virksomhetene. Det integrerte universitetssykehuset skal ha hovedansvaret for at det i regionen tilbys forskningsbasert kunnskap, utdanning og pasientbehandling.

- Faglig innhold i retningslinjer som utarbeides og implementeres i HMN bør baseres på nasjonale/internasjonale retningslinjer som i stor grad fremkommer gjennom vitenskapelige studier. Dette sikrer kunnskapsbasert behandling og fører til at behovet for lokal ressursinnsats for å definere medisinsk faglig innhold er begrenset.
- Deltaking i medisinske kvalitetsregistre og prospektive kliniske studier gir de beste rammer for konkrete medisinske handlingsplaner og standardiserte pasientforløp, både for enkeltpasienter og for kompetanseutvikling. På sikt må målet være at kvalitetsregistre etableres innen stadig flere fagfelt da dette vil være det redskap som også gir grunnlag for en forskningsmessig oppfølging av den behandling som gis og de behandlingsresultater som nås. Universitetssykehuset skal ha hovedansvaret for å etablere regionale og seinere nasjonale kvalitetsregistre.
- Universitetssykehuset har ansvar for å ta den faglige føring i arbeidet med prosedyrer, standardiserte pasientforløp og kliniske studier. Dette er allerede nedfelt ved at fagnettverkene har leder fra universitetssykehuset. Universitetssykehuset har imidlertid ikke "kunnskapsmonopol". Den betydelige fagkunnskap som er ved lokale foretakene er også sentral i dette arbeidet.
- Det bør være universitetsansatte koordinatore for spesialistutdanninga ved alle foretak

- De eksisterende fagnettverk har i noen grad bidratt til utarbeidelse av felles prosedyrer og standardiserte pasientforløp. Arbeidet kan og bør forseres og universitetsklinikkens funksjon i nettverkene tydeliggjøres gjennom mandat og løpende beskrivelse av oppgaver. Forslag til tiltak bør forankres i fagdirektørmøtene. Ansvar for implementering av tiltak legges til hvert enkelt HF.
- Arbeidet med faglige retningslinjer/prosedyrer/standardiserte pasientforløp/kliniske studier må forankres på direktørnivå i alle foretak og inngå i klinikk-/avdelingssjefers lederavtaler. Ved universitetssykehuset må lederavtalene ha fokus på universitetsklinikkfunksjonen og levering av resultat fra fagnettverkene.
- Det er et ledelsesansvar at fagpersoner ved universitetssykehuset og ved de lokale foretak gis anledning til å delta i utarbeidelsen av nasjonale faglige retningslinjer og prospektive kliniske studier.
- I utarbeidelse av standardiserte pasientforløp må representanter fra primærhelsetjenesten delta. Sykehusenes praksiskonsulenter bør benyttes.

Metodikk i utarbeidelse av standardiserte pasientforløp og oppfølging av implementering

- Bruk av HMNs metodikk for utarbeiding av standardiserte pasientforløp er godt etablert og bør videreføres.
- Arbeidsgruppen vil advare mot at arbeidet med standardiserte pasientforløp gjøres for byråkratisk. Dette kan føre til ”mye prosess og lite resultat”. I mange tilfelle kan faglige og praktiske forbedringer nås med mindre omfattende utredninger/forløpsarbeider.
- Arbeidsgruppen advarer også mot overdreven tro på standardiserte pasientforløp i enhver sammenheng. Spesielt vil pasienter med betydelig komorbiditet kreve individuelle vurderinger hvor ”standardisering” blir mindre relevant.
- Bruk av Statistisk prosesskontroll eller annen statistikk kan benyttes for å måle om forløpene når ønsket målsetning. Dette må etableres i de enkelte avdelinger/ klinikker og følges opp jevnlig.
- Regionale eller nasjonale handlingsplaner, kvalitetsregistre og/eller kliniske studier vil ofte gi den beste ramme for implementering og evaluering av standardiserte pasientforløp.
- Universitetssykehuset bør ha en ledende rolle i å etablere regionale standardiserte pasientforløp og utarbeide og utprøve metodikk for å følge opp implementering og gjennomføring (eks. statistisk prosesskontroll og ”clinical audits”)

Organisering av samarbeid på tvers av nivå i helsetjenesten

Organisering av samarbeidet med primærhelsetjenesten er først og fremst et ansvar for de lokale HF og ligger derfor utenfor det som i denne rapporten er definert som universitetsklinikkfunksjon. Arbeidsgruppen som behandlet dette har likevel presisert en del forutsetninger for at dette arbeidet skal være vellykket.

- Pasientansvarlig lege på de forskjellige nivåer i forløpet.
- Gode epikriser / obligatoriske overflytningssamtaler
- Lettere tilgjengelighet på kollegaer
- Felles tilgang på journalsystemer, laboratorietjenester og billediagnostikk
- Faste videokonferanser
- Ambulerende tjenester/ team
- Sørge for at pasienter ikke kontrolleres på høyere omsorgsnivå enn nødvendig.

- Kompetanse og kapasitet i primærhelsetjenesten må være adekvat.
- Felles kunnskapsgrunnlag for god samhandling i helsetjenesten er viktig. Primærlegene har et sterkt ønske om at Norsk Elektronisk Legehåndbok legges til grunn.
- Bruke og videreutvikle praksiskonsulentordningen som har helhetlige pasientforløp som sitt primære oppdrag. Denne ordningen har ikke funnet sin endelige form, men har klart et utviklingspotensial.

Prosjektgruppen mener at de samme forutsetningene må være til stede mellom universitetssykehuset og de lokale HF. Universitetssykehuset har et spesielt ansvar for å legge til rette for slikt samarbeid

IKT

Prosjektgruppen mener at de viktigste tiltak som kan bedre samhandling både innad i og mellom forvaltningsgrenser ligger i bedre og mer samordnende IKT-løsninger.

IKT-løsninger er et kritisk suksesskriterium for å oppnå helhetlige pasientforløp med deling av informasjon om pasienter og prosedyrer mellom foretak og mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. En er avhengig av utvikling blant annet av følgende elektroniske verktøy:

- EPJ
- EQS
- Elin-k og Meldingstjenesteprojekt
- Nasjonal kjernejournal
- eResept
- Medisinske kvalitetsregistre
- Nytt og helhetlig pasientadministrativt som ivaretar hele pasientforløpet. Dagens system er en betydelig begrensning med tanke på å ta ut effektiviseringsgevinst og også en risiko for pasientsikkerheten.

Universitetssykehuset har et spesielt ansvar for å kravspesifisere IKT løsninger som er viktig for faglig samhandling og forskning i regionen. Nye IKT løsninger som fremmer universitetsklinikkfunksjonen må ha høy prioritet i HMN RHF.

Arbeidsgruppene har foreslått en rekke IKT løsninger. Sammen med rapportene fra arbeidsgruppene er disse oversendt IKT gruppen.

Økonomiske vurderinger

Spesifikke økonomiske beregninger er ikke foretatt, men prosjektgruppen vil hevde at styrket kompetanse, felles retningslinjer, standardiserte pasientforløp for tilstander hvor det er egnet og mulighet for bedre samhandling gjennom bedre IKT-løsninger er forhold som innehar betydelige økonomiske gevinster. Forbedret informasjonsflyt over HF-grensene via lettere EPJ-tilgang omkring felles pasienter vil være tilnærmet kostnadsfritt, og særdeles kostnadseffektivt.

Veiledning av helsepersonell – Universitetssykehusets ansvar

(Vedlegg: Rapport fra arbeidsgruppe 3)

Arbeidsgruppen har i sitt arbeid lagt vekt på følgende områder i fra prosjektoppdraget:

- Universitetssykehuset
 - skal være en drivkraft innen akademisk høyspesialisert medisin i regionen
 - har et stort potensial og en forpliktelse for sykehus og universitet for en utstrakt integrasjon av virksomhetene

- skal ha hovedansvaret for at det i regionen tilbys forskningsbasert kunnskap, utdanning og pasientbehandling
- skal inneha bredden
- skal være regionens motor innen klinisk forskning.

Hospitering defineres som et tidsavgrenset, målrettet og strukturert opphold på en enhet i den regionale helsetjeneste. Oppholdet inneholder observasjonspraksis, praksisveiledning, teoretisk undervisning, gjensidighet, oppfølging og dokumentasjon. Hospitering skal innarbeides i kompetanseplanene, tidfestes og budsjetteres

I mandatet for arbeidsgruppen har prosjektgruppens spesifikt beskrevet hospitering som en metode for veiledning av helsepersonell. Arbeidsgruppen gjorde derfor en kartlegging over i hvilken grad hospitering er brukt.

Kartleggingen viser at hospitering benyttes

- ved nye og endrede behandlingsmetoder
- ved innføring av nye prosedyrer og rutiner inklusive arbeidsflyt, organisasjon og ledelse
- for å avtemme kvalitetsnivået
- ved behov for oppfriskning av kunnskap
- ved behov for nye impulser
- for å styrke den enkelte medarbeiders kliniske arbeid
- som et ledd i spesialiseringen av leger
- ved spesialisering av ansatte innen ulike områder
- av de som til daglig er alene på et fagområde
- av alle yrkesgrupper, innen alle fagområder inklusive toppledere
- av leger utdannet i utlandet som ledd i å få norsk autorisasjon

Prosjektgruppens forslag til tiltak:

1. Det må utarbeides felles retningslinjer i regionen for hospitering. Erfaringsvis er hospitering i liten grad gjensidig. Dagens praksis er at hospitering oftest foregår ved universitetssykehuset som derfor får et eget ansvar for å beskrive hvilket tilbud for hospitering som kan gis.
2. Universitetssykehuset bør legge til rette for byttehospitering

I tillegg til å etablere hospiteringsordninger mener prosjektgruppen at universitetssykehuset har et særlig ansvar for

- a. å etablere faglige nettverk som metode for kompetanseheving også for andre enn leger
- b. å etablere felles retningslinjer og prosedyrer for hele regionen og tilgang til hverandres prosedyrer - både helseforetak og universitet/høgskoler
- c. å etablere felles datasystem NTNU/høgskolene og HFene
- d. å etablere simulatorsenter og øvingslaboratorier, - samt utvikle pedagogisk kompetanse se knyttet til ferdighetstrening
- e. å etablere kombinerte stillinger mellom høyskoler og universitetsklinikken
- f. å utvikle metodikk for E-læring. Arbeidsgruppen mener at bruk av e-læring som metode for kompetanseoverføring kan utvikles og benyttes i større utstrekning. Utvikling av andre læringsarenaer hvor bruk av IKT er et viktig hjelpemiddel, utvikles

- blant annet i utdanningsinstitusjonene. Nylig mottok HiST Utdanningskvalitetsprisen for 2011 for prosjektet "Rom for læring"
- g. å etablere videokonferanser. De etablerte fagnettverkene i regi av universitetssykehuset bør utfordres til å "gå foran" når det gjelder bruk av videokonferanse og telefon i systematisk pasientdrøfting og veiledning.
 - h. å etablere felles kunnskapsbank. Hvor finnes best kompetanse på hva? Ved å presentere kunnskapsbasen på et felles regionalt nettsted, en regional kunnskapsbank, vil samarbeidspartnere lettere kunne ta kontakt. Tilsvarende vil helseforetakene kunne legge ut sin kunnskapsbase, inklusive pasientforløpsbeskrivelser og prosedyrer til bruk i studentundervisningen. Gjennom kunnskapsbanken vil man kunne finne personer med relevant veiledningskompetanse.
 - i. å utnytte veiledningsressurser på tvers av institusjoner (veiledning på oppgaver, prosjekter, avhandlinger)
 - j. å tydeliggjøre nytten av de regionale samarbeidsorganene som felles samhandlingsarena for kompetanseutvikling. Samarbeidsorganene (SO) mellom universitet/høgskoler og helseforetakene er opprettet gjennom instruks til de regionale helseforetakene, og er således en viktig formell arena for diskusjon av helsetjenestens behov for kompetanse og utdanningsinstitusjonenes tilbud. Denne arenaen (felles SO) må benyttes når utdanninger skal endres eller tas bort og nye utdanninger skal prioriteres inn.

Universitetssykehusets rolle i forskning og i arbeidet med kvalitetsregistre

(Vedlegg: Rapport fra arbeidsgruppe 4)

Helse Midt-Norge RHF har en lavere forskningsproduksjon i forhold til regionens størrelse enn andre RHF. Forskning er det beste grunnlag for kunnskapsbasert klinisk praksis og rekruttering av høyspesialisert personell.

Prosjektgruppen foreslår tiltak for å heve forskningsproduksjonen i regionen slik at den kommer på høyde med forskningsproduksjonen i andre RHF, herunder bygge opp nødvendig infrastruktur og etablere flere regionale kliniske forskningsprosjekter. Videre beskriver gruppen hvordan det i Midt Norge kan etableres nye nasjonale kompetansetjenester og kvalitetsregistre.

I anbefalingene er det lagt vekt på tiltak som skal styrke forskningen i vår helseregion, knytte forskere i regionen tettere sammen, og ikke minst bidra til at vi kommer i posisjon til å styrke vår stilling knyttet til større satsinger. Tiltak som foreslås må i stor grad også sees i sammenheng med andre rapporter som er utarbeidet og som er referert i vedlegg.

De spesifikke tiltakene inkluderer utdanning av stipendiater som er viktig både ved St. Olavs Hospital og i de lokale foretakene og tilgjengeliggjøring og synlighet av forskningsinfrastruktur/kjernefasiliteter. Dette gjelder også oppbygning av infrastruktur dedikert til gjennomføring av kliniske prosjekter. For å øke antallet av forskningsmiljø på internasjonalt toppnivå foreslås etablert utlysning av forskningsmidler i størrelsesorden 2-3 millioner i året i en femårsperiode. Tilsvarende må universitetssykehuset styrke miljø som er i posisjon til å oppnå status som Nasjonale kompetansetjenester, og regionale fagnettverk utfordres på å foreslå, og å etablere regionale kvalitetsregistre som på sikt kan søke om nasjonal status. For å tilrettelegge for forskning må de tiltak som er foreslått for sikker IKT-støtte i forskningsprosessen gjennomføres.

En vekst i forskningsmidlene vil være nødvendig for å gjennomføre de oppsatte tiltak. Dette vil gjelde overføringene til Samarbeidsorganet, så vel som forskningsfinansieringen ved de lokale foretakene og ved universitetssykehuset.

Av spesifikke tiltak anbefaler prosjektgruppen:

1. Stipendiater er av sentral betydning for styrking av forskningen både i de lokale foretakene og St. Olavs Hospital. Det vil videre være avgjørende for denne satsingen at kompetansen blir ivaretatt og at forskningsmiljø og veilederkompetanse i de lokale helseforetakene bygger videre på disse kandidatene.
 - Ph.d. utdanningen ivaretas av NTNU og Det medisinske fakultet. Det anbefales at fakultetet gjennomgår sin kursportefølje med mål om å tilrettelegge denne bedre for kandidater fra hele regionen.
 - PhD utdanningen i de lokale foretakene styrkes.
2. Forskningsinfrastruktur/kjernefasiliteter skal bidra til å tilgjengeliggjøre avansert vitenskapelig teknologi/utstyr, prøve- og datasamlinger, samt på annet vis bidra til å tilrettelegge for ulike kategorier av forskning.
 - I gjennomføring av kliniske prosjekter er tilgang til dedikert og kompetent forskningspersonell avgjørende. Dette mangler både ved de lokale helseforetakene og ved universitetssykehuset. Ressurser til forskningsstøttepersonell vil kunne gi et løft for regionale kliniske forskningsprosjekter.

Det er nylig gjennomført et omfattende arbeid for å kartlegge og organisere kjernefasiliteter (forskningsinfrastruktur) ved det medisinske fakultet og St. Olavs hospital. Tilgang til og informasjon om disse kjernefasilitetene må gjøres kjent i hele regionen (Se vedlagt rapport: "S-sak 05-11 Prosjekt Teknisk metodiske funksjoner")

- Forskningsinfrastruktur hvor St. Olavs Hospital har eieransvar bør organiseres i en forskningsenhet.
3. For å øke antallet av forskningsmiljø på internasjonalt toppnivå foreslås etablert utlysning av forskningsmidler i størrelsesorden 2-3 millioner i året i en femårsperiode. Dette bør foregå i samarbeid mellom helseforetak og universitet. Mottakere av slik støtte skal i femårsperioden forplikte seg til å sende minst to søknader til følgende utlysninger:
 - Etablering av Nasjonale kompetansetjenester
 - K.G. Jebsen-sentre for medisinsk forskning
 - SFF/SFI
 - ERC eller andre større EU-prosjekt
 4. Fagnettverkene i helseregionen utfordres på å foreslå, og å etablere regionale kvalitetsregistre som på sikt kan søke om nasjonal status.
 - Forskningsaktiviteten knyttet til eksisterende kvalitetsregistre må styrkes.
 5. I Forprosjektrapporten "*Avklaring av behov for sikker IKT-støtte i forskningsprosessen*" (vedlegg) er det beskrevet tre tiltak i fase 1.
 - Sikker infrastruktur for lagring og tilgjengeliggjøring av forskningsdata
 - Felles forskningsportal
 - Etablering av HEMIT-tjeneste

Det anbefales at samtlige tre tiltak gjennomføres umiddelbart. Det foreslås videre at en felles forskningsportal tar utgangspunkt i tilgjengelig informasjon ved det medisinske fakultet.

6. Prosjektgruppen støtter de tiltak som er utarbeidet og prioritert fra rapporten "*Det integrerte Universitetssykehus: Tiltaksplan for integrering av St. Olavs Hospital og Det medisinske fakultet*". (vedlegg)

En vekst i forskningsmidlene vil være nødvendig for å gjennomføre de oppsatte tiltak. Dette vil gjelde overføringene til samarbeidsorganet HMN-NTNU, så vel som forskningsfinansieringen ved de lokale foretakene og ved det integrerte universitetssykehuset.

Universitetssykehusets rolle med tanke på styrket innsats for de store pasientgruppene og etablere rett kompetanse på rett sted til rett tid

(Vedlegg: Rapport fra arbeidsgruppe 5)

Oppdraget er stort med en omfattende problemstilling. For å unngå å lage en overfladisk og generell rapport har prosjektgruppens medlemmer blitt enige om å begrense problemstillingen og fokusere på sentrale problemstillinger som har betydning for håndteringen av de store pasientgruppene. Et viktig diskusjonstema har vært hva som menes med de store pasientgrupper. Det er utarbeidet en rapport fra HMN RHF som arbeidsgruppen delvis har støttet seg på. Arbeidsgruppen mener at denne rapporten er et godt grunnlag, og at det på RHF nivå må arbeides videre med disse avklaringene. Prosjektgruppen har valgt å fokusere på store pasientgrupper hvor antallet vil øke pga den demografiske utviklingen og livsstilssykdommer hvor man forventer en betydelig øket forekomst. De sykdomsgruppene som her er beskrevet er ment å tjene som eksempel på hva universitetssykehusfunksjonen knyttet til disse gruppene kan være. Spesifikt presiseres at kreftsykdommer ikke er tatt med fordi det på regionalt nivå parallelt arbeides med en regional kreftplan som har leveringsfrist 1. oktober 2011.

Et aktivt forskningsmiljø er den viktigste faktoren for å sikre god kompetanseutvikling i helsetjenesten og for å styrke faglig dynamikk og nytenking.

Universitetssykehuset har sammen med det medisinske fakultet NTNU et overordnet ansvar for å stimulere til forskning innen alle medisinske fagområder og å involvere ansatte på lokalsykehusene som aktive forskere i felles forskningsprosjekt.

Arbeidsgruppen har i liten grad svart på utfordringene for spesialisthelsetjeneste knyttet til forebygging og den kommende samhandlingsreformen. Prosjektgruppens holdning er at mesteparten av de problemene samhandlingsreformen har til hensikt å løse er knyttet til lokalsykehusfunksjonen.

Eksempel 1: Pasienter med kronisk psykisk sykdom

En ser ikke for seg flytting av mange pasienter ut av de lokale HF hvis en ser bort fra sikkerhetspsykiatri (St. Olavs Hospital) og spiseforstyrrelser (HNT)

Universitetssykehuset skal bidra til å utvikle forskningskompetanse ved de andre helseforetakene i regionen ved opplæring, veiledning og utvikling av felles prosjekter, behandlingsstudier som involverer mer enn ett sykehus vil være særlig verdifulle. Det skal etableres nettverk for å sikre evidensbasert behandling og rehabilitering til de sykeste pasientene. Universitetssykehuset bør sammen med de andre sykehusene samarbeide med kommunehelsetjenesten for å kvalitetssikre deres helsetjenestetilbud til pasientgruppen.

Eksempel 2: Pasienter rammet av hjerneslag

Nasjonale anbefalinger for behandling av hjerneslag skal følges og tjenesten skal organiseres i henhold til dette.

Svært få pasienter skal flyttes fra lokalsykehus til universitetssykehus pga hjerneslag.

Indikasjonen vil da være å få utført nevrokirurgiske inngrep/prosedyrer i forbindelse med storkarokklusjoner og forsøk på intraarteriell trombolyse eller embolektomi

En av universitetssykehusets hovedfunksjoner blir på basis av nasjonale og internasjonale retningslinjer å lage fagprosedyrer som kan tilpasses lokalt. En annen blir å initiere forskning, som også skal drives på lokalsykehusene og ved hjelp av leger der, slik som bl.a. startes opp ved fagnettverket i hjerneslag nå og hvor mer planlegges. En viktig oppgave vil bli å bidra til kunnskapsheving lokalt og sentralt ved å arrangere slagskole for pleiepersonell/terapeuter og bidra via slagnettverket til å lage fagsamlinger for leger som arbeider med hjerneslag.

Eksempel 3: Pasienter med sykkelig overvekt

Prosjektgruppen råder til at universitetssykehuset gir Regionalt senter for sykkelig overvekt nødvendige betingelser for videreutvikling av sin modell for et bredt, desentralisert, forskningsbasert behandlingstilbud. Lokalsykehusene må gis betingelser for å utvikle tilsvarende modell.

Universitetssykehusets etablerte modell for samarbeidet med kommunene videreutvikles og gis konkretiserte målsetninger.

Eksempel 4: Pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)

Universitetssykehuset må bidra med forskningskompetanse for å sikre kunnskap om evidensbasert behandling og rehabilitering til de sykeste pasientene. Universitetssykehuset bør kunne tilby lokale HF å kvalitetssikre deres helsetjenestetilbud til pasientgruppen. Dette er en modell som kan anvendes til alle pasientgrupper med alvorlige kroniske sykdommer.

Eksempel 5: Eldre pasienter med brudd som krever sykehusinnleggelse, fortrinnsvis lårhalsbrudd, og skader og sykdommer i knær og hofterledd.

For universitetssykehuset vil utfordringene være å utvikle moderne operasjonsmetoder og rasjonelle behandlingslinjer. I løpet av de siste 10 årene har det skjedd en betydelig reduksjon i liggetid etter proteseoperasjoner, og man er i ferd med å strømlinjeforme pasientforløpene ved de vanlige ortopediske operasjonene som lårhalsbrudd. Det vil være avgjørende at funksjonsfordelingen mellom universitetssykehuset og lokalsykehusene er så hensiktsmessig som mulig, og at samhandling med kommunene sikrer at alle pasientene får tilbud om opptrening for å sikre at funksjonsevnen gjenvinnes i størst mulig grad. Gjennom de regionale fagnettverkene har universitetssykehuset et spesielt ansvar for å etablere standardiserte pasientforløp viktig å understreke de betydelige utfordringene pasientforløp som underbygger disse intensjonene.

Eksempel 6: Pasienter med akutt og kronisk hjertesykdom

Både innen behandling av ischemisk hjertesykdom og hjerteklaffsykdom har det vært en utvikling mot betydelig mer skånsomme kateterbaserte ikke-kirurgiske behandlingsmetoder som i økende grad erstatter kirurgisk behandling. De nye behandlingsmetodene er ressurskrevende i forhold til tidsbruk for legene og krever kostbart medisinsk teknisk utstyr og engangsutstyr. De har imidlertid en gevinst i form av færre og mindre alvorlige komplikasjoner og kortere liggetid. Kvaliteten på kateterbasert behandling av hjertesykdom er sterkt volumavhengig og derfor er slik behandling sentralisert til universitetssykehuset. Volumet av denne type behandling har vært stabilt de senere årene.

For de store pasientgruppene er det spesielt viktig at

Alle spesialitetene har et regionalt fagnettverk formelt opprettet med ledelse og mandat.

Videokonferanse kan og bør utnyttes til faglige regionale møter og undervisning

Det etableres et lukket regionalt nett som bl.a. kan benyttes til oversending av henvisninger, prosedyrebeskrivelser og epikriser.

Man unngår unødvendig venting på behandling ved å oppdatere lokalsykehusene om hvilket tilbud som finnes ved universitetssykehuset

Universitetssykehuset sikrer at faglige retningslinjer oppdateres

Universitetssykehuset overvåker at nasjonale kvalitetsregistre benyttes og tar initiativ til selv å opprette nasjonale kvalitetsregistre

Universitetssykehuset har hovedansvaret i regionen for behandling av sjeldne og kompliserte tilstander. For noen av disse tilstandene skal universitetssykehuset ha ambisjoner om å oppnå en nasjonal funksjon, - dvs. være det eneste stedet i Norge hvor disse tilstandene behandles.

6. Kommunikasjonsplan

Overordnet budskap

Universitetssykehusfunksjonen i Midt-Norge skal styrkes gjennom nært samarbeid mellom helseforetakene, NTNU og øvrige utdanningsinstitusjoner. St. Olavs Hospital er integrert med NTNU, og miljøet er allerede nasjonalt og internasjonalt ledende på mange fagfelt. Tett samarbeid mellom sykehus, universitet og andre tunge fagmiljø i og utenfor Trondheim er en viktig årsak til dette. Ikke minst er HUNT en betydelig ressurs for forskningsaktivitet og ny kunnskap. Samarbeid mellom universitetssykehuset og de kliniske virksomhetene i Midt-Norge gir generelt et godt utgangspunkt for pasientnær forskning. Dette gjør at regionen har et betydelig pasientgrunnlag for forskningsaktiviteten. St. Olavs Hospital har en viktig rolle som motor i dette arbeidet.

Midt-Norges fortrinn ligger i nærheten mellom klinikk, forskning og utdanning. Når forskning og behandling skjer tett på hverandre, utvikles sikrere kunnskap om hva som virker bra og hva som kan bli bedre. Styrken i universitetssykehuset i Midt-Norge er at kompetansen utvikles nær pasienten, og det aller viktigste er at man på denne måten kan møte økte krav til kvalitet og dokumentasjon av tjenestene. Det gir bedre læringsmuligheter, god pasientflyt og bedre pasientbehandling.

Mål og strategiske grep

Overordnet mål

- Styrke universitetssykehusfunksjonen i Midt-Norge.
- Etablere og opprettholde en posisjon som en nasjonal og internasjonal kunnskapsorganisasjon som ligger i forkant og som myndigheter benytter som referanse for å innhente råd.
- Styrke forskningsaktiviteten i Helse Midt-Norge for å beholde og utvikle regionale og nasjonale funksjoner i tillegg til å være internasjonalt ledende på prioriterte områder.
- Tiltrekke gode og framragende fagfolk innen klinikk og forskning og legge til rette for en god og framtidsretta spesialistutdanning.

Effektmål

- Utarbeide en rullerende kommunikasjonsplan som forplikter ledere i Helse Midt-Norge.
- Etablere et formidlingsprosjekt med hovedvekt på vitenskapskommunikasjon: Formidle gode historier som viser frem fag- og forskningsresultater i helseregionen, og som støtter det budskapet Helse Midt-Norge ønsker å få frem.
- Forskning og utdanning får større plass i styre- og ledermøter.

- Tydelige og koordinerte budskap som bidrar til å vise at universitetssykehuset er mer enn Trondheims-miljøet, og favner om alle helseforetakene i Midt-Norge.

Resultatmål

- Forskningsaktiviteten i Helse Midt-Norge blir synlig regionalt, nasjonalt og internasjonalt.
- Den regionale "vi-følelsen" for universitetssykehuset i Midt-Norge styrkes, og universitetssykehusfunksjon oppleves som en styrke for alle helseforetakene i regionen.
- Formidlingssamarbeidet mellom foretakene i Helse Midt-Norge og NTNU/Det medisinske fakultet styrkes.

IKT løsninger

Arbeidsgruppene har foreslått en rekke IKT løsninger. Sammen med rapportene fra arbeidsgruppene er disse oversendt IKT gruppen.

IKT gruppen har gitt et foreløpig svar:

Prosess for realisering av IKT behov – anbefaling

Det pågår prosesser og aktiviteter i Helse Midt-Norge som er relevante for realisering av de skisserte IKT-behovene:

Handlingsplan IKT med strategiske føringer

Det ble høsten 2010 etablert et prosjekt i regi av RHF med målsetting om å utarbeide en oppdatert versjon av Handlingsplan IKT. I dette arbeidet er det tatt utgangspunkt i Strategi 2020, og det er planlagt ferdigstilling høsten 2011.

Porteføljestyling – prosess og organisering

Det er etablert en prosess for porteføljestyling av IKT-prosjekter i Helse Midt-Norge og et organ Arena for porteføljestyling (APS) som forutsettes å gi sine anbefalinger om videreføring av løpende prosjekter samt oppstart av nye prosjekter til AD/direktørmøtet. I sine anbefalinger legges det altså sterke føringer for hvilke IKT-behov som skal ha prioritet.

Identifiserte IKT-behov gjennom prosjektet Universitetssykehus anbefales sett i sammenheng med de tiltakene som vil bli foreslått gjennom Handlingsplan IKT og tatt inn i beslutningsgrunnlaget for behandling i APS-møte høsten 2011.

7. Økonomi og organisering

Arbeidsgruppene har i liten grad berørt økonomi og organisering.

Prosjektgruppens vurdering er at:

Styrking av universitetsklinikkfunksjone krever en bevisst prioritering både i RHF systemet og ved de enkelt foretak. For forskningsvirksomheten vil dette bety at det økonomiske grunnlaget må styrkes. En økt satsning på forskning vil også betinge tilsetting av kvalifisert akademisk personell akademiske deltidsstillinger på alle foretak.

For pasientbehandlingen vil bedre pasientflyt og standardiserte pasientforløp foretakene imellom bety en synlig økonomisk gevinst. Å sikre kunnskapsbasert utredning og behandling er i noen studier vist reduserte kostnader med opptil 40 % for enkelte pasientgrupper. Forhåndsdefinerte pasientforløp er også vist å gi reduksjon i antall pasientskader og dermed økonomisk gevinst. Styring av høyspesialisert behandling hindrer lekkasje av pasienter ut av regionen med åpenbar positiv økonomisk gevinst. Stabil høyspesialisert legedekning i regionen reduserer behovet for innleie av kostbar arbeidskraft fra andre deler av Skandinavia.

Universitetssykehuset utdanner i dag høyspesialisert klinisk og akademisk personell som finner beder arbeidsbetingelser ved andre universitetssykehus og flytter. Dette kan aktivt motvirkes ved å styrke universitetsklinikkfunksjonen.

Spesifikk organisatorisk anbefaling

I tillegg til samarbeidet som organiseres gjennom HMN RHF og de regionale fagnettverkene bør det etableres formelle møtepunkter mellom ledelsen i hvert HF og St. Olavs Hospital /DMF for bilateralt og mer i detalj å kunne diskutere utfordringer knyttet til universitetsklinikkfunksjonen.

8. Prosjektgruppens anbefalinger

De enkelte arbeidsgruppene har i sine rapporter kommet med sine anbefalinger. I dette kapittelet presenteres de anbefalinger som prosjektgruppen mener bør gis prioritet i det videre arbeid.

Grunnutdanning og spesialistutdanning for leger - prosjektgruppens anbefalinger:

Mye er i støpeskjeen når det gjelder spesialistutdanning og det arbeid som nå er utført i forbindelse med denne rapporten, legger godt til rette for at Helse Midt-Norge kan fremstå som en sentral aktør i de kommende, nasjonale debatter om fremtidig organisering av grunn- og spesialistutdanningen.

Spesifikke anbefalinger:

- Det bør skapes forutsigbare løp slik at en kandidat som har startet utdanningsløpet ved et sykehus i Helse Midt-Norge kan være trygg på at løpet kan gjennomføres.
- Det bør i økende grad tilrettelegges for parallelle løp, det vil si at man kombinerer utdanningsstilling og forskningsstilling. Dette bidrar til økt klinisk forskningsaktivitet og vi sikre forskningskompetanse hos kommende spesialister.
- Universitetets rolle bør styrkes når det gjelder gjennomføring av spesialistutdanningen. Det bør være universitetsansatte koordinører for spesialistutdanningen ved alle foretak.
- En nærmere avklaring av hva som er foretakenes rolle/ansvar og universitetets rolle bør finne sted.
- Det bør være universitetsansatte koordinører for spesialistutdanninga ved alle foretak
- Samarbeidsorganene mellom de regionale foretakene og universitetene foreslås som organ som også skal ha innflytelse på og ansvar for spesialistutdanning.
- Konflikten mellom krav til å bidra til aktiv pasientbehandling og krav til læringsaktivitet knyttet til spesialistutdanningen må løses. Det er for eksempel lite tjenlig at en høgt kompetent lege under spesialisering, som har flere års erfaring fra et lokalt HF, tilsettes ved St. Olavs Hospital og må der gjøre akkurat de samme oppgavene som ved det HF han/hun kommer fra. Det må erkjennes at dette i stor grad er en problemstilling knyttet til ressurskapasitet på legesiden. Det må påregnes at et universitetssykehus må ha en annen legedekning enn et sykehus som ikke er universitetssykehus.

- Generelt må muligheten for simulatorlæring utvides betydelig. Det må etableres simulatorsenter ved flere HF og det må etableres en funksjonsfordeling disse imellom. Universitetssykehuset skal ha et spesielt ansvar for pedagogisk utvikling og forskning knyttet til simulatorundervisning/læring.

Universitetssykehusets rolle i kunnskapsbasert behandling og daglig forankring av standardiserte pasientforløp - prosjektgruppens anbefalinger:

Den tette integrasjon som er i ferd med å etableres mellom sykehus og universitet i Trondheim kan bli en viktig drivkraft innen akademisk høyspesialisert medisin i regionen.

Universitetssykehuset har hovedansvar for at det tilbys forskningsbasert kunnskap, utdanning og pasientbehandling i hele regionen.

Spesifikke anbefalinger:

- Faglig innhold i retningslinjer som utarbeides og implementeres i Helse Midt-Norge bør baserer på nasjonale/internasjonale retningslinjer.
- Fagmiljø i Helse Midt-Norge bør oppfordres til å bidra i medisinske kvalitetsregistre og delta i prospektive kliniske studier. Dette er en effektiv måte å bidra til kompetanseutvikling.
- Universitetssykehuset har et særlig ansvar for å initiere arbeid med kvalitetsregistre og sørge for at regionen er representert i viktige kliniske studier.
- Universitetssykehuset har ansvar for å ta den faglige føring i arbeid med prosedyrer og standardiserte pasientforløp. Dette innebærer ikke kunnskapsmonopol til universitetssykehuset, den betydelige fagkunnskap som finnes ved lokale foretak må også med i dette arbeidet.
- Prosjektgruppen registrer at eksisterende fagnettverk i Helse Midt-Norge i begrenset grad har bidratt til utarbeidelse av felles prosedyrer og standardiserte pasientforløp. En nærmere analyse av hvorfor fagnettverkene ikke har fungert etter hensikten er nødvendig.
- Det er viktig å unngå at arbeidet i fagnettverkene blir for tungrodd.
- Det er et lederansvar at fagpersoner ved universitetssykehuset og ved de lokale foretak gis anledning til å delta i utarbeidelse av faglige retningslinjer både regionalt og nasjonalt samt delta i prospektive kliniske studier.
- I arbeid med standardiserte pasientforløp er det viktig at primærhelsetjenesten deltar. Ordningen med sykehusenes praksiskonsulenter bør videreutvikles da denne ordningen ikke synes å ha funnet sin endelige form.
- Universitetssykehuset bør ha en ledende rolle i å etablere regionale standardiserte pasientforløp og i å utarbeide og utprøve metodikk for å følge om implementering og gjennomføring som f. eks ved statistisk prosesskontroll og "clinical audits" (dvs. inspeksjoner av virksomheten enten foretatt av eksterne eller interne aktører).

- Prosjektgruppen mener det er mye å hente på ytterligere styrkning på samarbeidet på tvers av forvaltningsnivå i helsetjenesten. Det viktigste punktet er felles tilgang på journalsystemer. I tillegg er gode epikriser, videokonferanser og ambulerende tjeneste sentrale momenter.
- Det understrekes at det største potensial i å bedre samhandling på tvers av forvaltningsnivå ligger i bedre utviklede IKT-systemer. Universitetssykehuset har et spesielt ansvar for å kravspesifisere IKT-løsninger som er viktig for faglig samhandling og forskning i regionen.

Veiledning av helsepersonell Universitetssykehusets ansvar - prosjektgruppens anbefalinger:

Både for å styrke fagkompetanse og for å styrke samarbeid er hospitering et viktig tiltak. Hospitering må foregå toveis. Det er viktig for å styrke samhandling mellom helseforetakene i regionen at også fagfolk ved universitetssykehuset har god kjennskap til virksomheten ved de lokale foretakene. Av mer spesifikke tiltak som foreslås under dette punktet er:

Spesifikke anbefalinger:

- Felles retningslinjer for hospitering
- Hospitering må legges inn i kompetanseplanene
- Felles datasystem NTNU/høyskolene og helseforetakene.
- Videreutvikle arbeidet med simulatorsenter og øvningslaboratorium
- Etablere kombinerte stillinger mellom høyskoler og universitetsklinikken.
- Bedre muligheter for ytterligere bruk av e-læring

Universitetssykehuset rolle i forskning og arbeidet med kvalitetsregistre - prosjektgruppens anbefalinger:

Det må være et mål at forskningsproduksjonen i regionen kommer på nivå med forskningsproduksjonen i de andre RHFene. En forutsetning for dette er vekst i forskningsmidlene. Dette gjelder både overføring til samarbeidsorganet og styrket forskningsfinansiering ved de lokale foretakene samt ved universitetssykehuset.

Spesifikke anbefalinger:

- Stipendiater er vesentlig for forskningsaktivitet og det er Det Medisinske Fakultet sitt ansvar å sørge for god PhD-utdanning inklusive at Ph.d.-utdanningen i de lokale foretakene styrkes.
- Forskningsinfrastruktur er mangelfull ved mange kliniske avdelinger og det er vesentlig at slik struktur inklusive kjernefasiliteter bygges opp for å tilgjengeliggjøre avansert vitenskapelig teknologi/utstyr.

- Sentralt i utvikling av forskningsinfrastruktur er økte ressurser til forskningsstøttepersonell som er nødvendig for å gjennomføre kliniske forskningsprosjekter.
- Forskningsinfrastruktur hvor St. Olavs Hospital har eieransvar bør organiseres i en egen forskningsenhet.
- For å øke antallet av forskningsmiljø på internasjonalt toppnivå foreslås etablert utlysning av forskningsmidler i størrelsesorden 2-3 mill pr år i en 5-års periode. Dette er ment som støtte til et miljø som har ambisjoner om å søke til større, sentralt utlyste forskningsmidler.
- Forskningsaktivitet knyttet til kvalitetsregistre må styrkes.
- Samarbeid mellom HF i regionen er en styrke og noen ganger en nødvendighet for gode kliniske forskningsprosjekter. Universitetssykehuset har et spesielt ansvar i arbeidet med involvere alle HF i regionen.
- Samhandlingsreformen vi stille store krav til forskningsbasert evaluering av tiltak. Dette gjelder både organisatorisk endringer og en bebudet satsning på forebygging. Grunnlaget er her til stede for viktige forskningsprosjekter på tvers av HF grenser og forvaltningsnivå.
- Forutsatt riktig prioritering er det mulig å nå vedtatte mål beskrevet i regional forskningsstrategi innefor rammen av vedtatt opptrapping av bevilgning til forskning

Universitetssykehusets rolle med tanke på styrket innsats for de store pasientgruppene å etablere rett kompetanse på rett sted til rett tid - prosjektgruppens anbefalinger:

Den demografiske utvikling tilsier flere eldre pasienter og innenfor enkelte sykdomstilstander vil dette medføre økt antall behandlingstrengende og derved økt behov for ressursinnsats. Det er imidlertid vanskelig å foreta langsiktige framskrivninger av hvor ressursinnsatsen må styrkes mest.

Spesifikke anbefalinger:

- Et viktig prinsipp i håndtering av ”de store pasientgrupper” er at lokalsykehusene må etablere gode og effektive behandlingstilbud for flertallet av pasientene. Det er en potensiell risiko for universitetssykehusfunksjonen dersom universitetssykehuset blir lokalsykehus for pasienter utenfor eget lokalsykehusområde.
-
- Det er universitetssykehusets ansvar å bygge ut den høyspesialiserte behandling der det er en del av behandlingskjeden.
- Høyspesialisert behandling må sentraliseres til universitetssykehuset både av volum-kvalitets hensyn og fordi det gir det beste grunnlag for at regionen kan hevde seg i konkurransefølsomme virksomheter hvor fagpersoner med spesialkunnskap er knapphetsfaktor.
- De regionale fagnettverkene blir viktige for å følge utviklingen, definere retningslinjer og funksjonsfordeling innen de enkelte fagfeltene.

Kommunikasjonsplan og etablering av IKT løsninger

Å kommunisere en vedtatt strategi for universitetsklinikkfunksjonen i Midt-Norge fram til 2020 etter styrebehandling og formelle vedtak anser prosjektgruppen som en av de viktigste forutsetninger for implementering. Prosjektgruppen foreslår derfor at det snarest nedsettes en arbeidsgruppe for å utarbeide en konkret og detaljert gjennomføringsplan.

Prosjektgruppen anser videre at dagens IKT løsninger er helt utilstrekkelige som hjelpemiddel for å kunne ivareta god samhandling i regionen og for å virkeliggjøre universitetssykehusstrategien. Prosjektgruppen erkjenner at de begrensinger man i dag har i bruk av ellers velutviklede IKT løsninger er knyttet til en konflikt mellom personvern og pasientsikkerhet.

Prosjektgruppens holdning er at i denne vurderingen er det i dag et fra et pasientperspektiv uhensiktsmessig fokus på personvern og pasientsikkerheten ivaretas ikke optimalt.

En vedtatt strategi må derfor følges opp av nødvendige IKT investeringer og et sterkere initiativ fra RHF systemet for å etablere lovverk og retningslinjer for IKT bruk som ivaretar god pasientbehandling og pasientsikkerhet.

Organisering av prioritering og drift av IKT systemene i Helse Midt- Norge må endres. Medisinsk og helsefaglig personell er de som ser behovene. De skal beskrive dem og bestille løsninger. IKT organisasjonen skal beskrive og kostnadsberegne IKT løsningene. Tiltak må prioriteres i den ordinære budsjettprosessen ved hvert foretak og i Helse Midt-Norge RHF for å sikre at gode pasientnære løsninger etableres.

Prosjektgruppens forslag til videreføring av arbeidet:

Etter høringer og styrebehandling bør det snarest nedsettes arbeidsgrupper for å utarbeide konkrete gjennomføringsplaner.

Vedlegg:

[SLUTTRAPPORT fra Arbeidsgruppe 1](#)

[SLUTTRAPPORT fra Arbeidsgruppe 2](#)

[SLUTTRAPPORT fra Arbeidsgruppe 3](#)

[SLUTTRAPPORT fra Arbeidsgruppe 4](#)

[SLUTTRAPPORT fra Arbeidsgruppe 5](#)

[Vedtatt prosjektoppdrag behandlet 19.11.10](#)

[Prosjektplan versjon 04](#)

[Vedlegg til Sluttrapport arbeidsgruppe 2](#)

[Vedlegg 1 til Sluttrapport arbeidsgruppe 5](#)

[Vedlegg 2 til Sluttrapport arbeidsgruppe 5](#)

[Tiltaksplan for integrering av St. Olavs Hospital og Det Medisinske Fakultet, NTNU](#)

[Regional strategiplan for forskning og utvikling i Helse Midt-Norge RHF 2009–2014](#)

[Spesialistutdanning av leger -pilotprosjekt 2007-Prosjektbeskrivelse \(3\)](#)

[Hva koster region og universitetssykehusfunksjonen – rapport](#)

[Anklaring av behov for sikker IKT støtte i forskningsprosessen](#)

[S-sak 05-11 Prosjekt Teknisk metodiske funksjoner](#)

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 17/2012 Regional kreftplan Helse Midt-Norge 2012 - 2020

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	23.05.12	17/2012
Saksbeh:	Trond G. Skillingstad og Tom-Harald Edna	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2012/4231	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret støtter hovedtrekkene i framlagte utkast til ny regional kreftplan 2012-2020.

Styret legger til grunn at pasienter skal få utført kreftkirurgi innen de mest vanlige kreftformer i sitt lokale helseforetak. I tilfeller som krever meget spesialisert og kostbart utstyr bør behandlingen likevel skje ved ett av regionens sykehus.

Styret ber om at St. Olavs Hospital får en tydeligere rolle i å understøtte kirurgisk kreftbehandling som utføres i Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag.

SAKSUTREDNING:

Sak 17/2012 Regional kreftplan Helse Midt-Norge 2012 - 2020

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

- Vedlegg 1 - Regional kreftplan Helse Midt-Norge RHF 2012 - 2012, høringsbrev av 30.03.12
- Vedlegg 2 - Regional kreftplan Helse Midt-Norge RHF 2012 - 2012
- Vedlegg 3 - Arbeidsnotat dat. 30.11.11 fra Tom-Harald Edna ved utarbeidelse av Regional kreftplan

BAKGRUNN

Helse Midt-Norge gjennomfører en revisjon av regional kreftplan for perioden 2012 - 2020. Dette er en oppfølging av arbeidet knyttet til strategi 2020, og omhandler organiseringen av ulike typer kreftbehandling som utføres ved regionens sykehus. Utkastet fra Helse Midt-Norge er, med unntak av innledningskapitlet, utviklet av en skrivegruppe med representanter fra alle sykehusforetakene i Midt-Norge.

HELHETLIG DRØFTING

Følgende krefttyper er allerede sentralisert til St Olavs Hospital: Spiserørskreft, kreft i magesekken, kreft i leveren, kreft i bukspyttkjertelen, lungekreft, gynekologisk kreft, kreft i endokrine (indresekretoriske) organer, kreft i sentralnervesystemet, sarcomer (bløtdelskreft eller kreft i bein). De gjenværende krefttyper forekommer ganske hyppig. Både Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger behandler tykktarmskreft og brystkreft. I tillegg opererer Sykehuset Levanger endetarmskreft og kreft i nyrer og testikler. I perioden 2005-2009 ble det årlig diagnostisert 75 pasienter med tykktarmskreft, 29 med endetarmskreft og 76 med brystkreft og 29 med nyrekreft i Nord-Trøndelag (kilde: kreftregisteret.no). Antall med kreft i tykktarm og endetarm øker.

Innledningskapitlet i høringsutkast til ny regional kreftplan antyder retningslinjer som krever sentralisering av kreftkirurgi til Ålesund og St. Olavs Hospital. Rapporten for øvrig gir, slik vi ser det, ikke konkrete anbefalinger om hvilke sykehus som skal operere kreft. En sentralisering til to sykehus har således ikke grunnlag i skrivegruppens omforente utkast til regional kreftplan.

Argumenter kunne vært ført for å understøtte en ytterligere sentralisering, blant annet for å styrke miljøet ved universitetssykehuset. På den andre siden omhandler dette faktisk behandling i Nord-Trøndelag som har høy dokumentert kvalitet, er en integrert del av sykehusenes funksjon og fagmiljø og legger grunnlaget for å rekruttere personell til all annen kirurgi som utføres i Helse Nord-Trøndelag.

Administrasjonen finner det unaturlig å gå videre inn på en slik sentraliseringsdrøfting, ettersom vi legger til grunn at dagens kreftkirurgi fortsatt kan utføres i Levanger og Namsos innenfor rammene som er skissert i utkastet til ny regional kreftplan.

Administrasjonen vil framheve følgende i den videre behandling av regional kreftplan:

- Vi legger til grunn at pasienter skal få utført kreftkirurgi innen de mest vanlige kreftformer i sitt lokale helseforetak, for å sikre kvalitet, nærhet og helhet. I tilfeller som krever meget spesialisert og kostbart utstyr bør behandlingen likevel skje ved ett av regionens sykehus.
- St. Olavs Hospital bør få en tydeligere rolle i å understøtte kirurgisk kreftbehandling som utføres i Helse Møre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag.
- Universitetssykehusets kompetanse bør i større grad ha en aktiv rolle for faglig utvikling ved de enkelte sykehus i regionen. Det bør også legges til rette for datamateriale for forskning, uavhengig av hvilket midtnorsk helseforetak som har utført behandlingen. Helse Nord-Trøndelag oppfordrer til regional forskning som innbefatter personell i flere foretak.
- Helse Nord-Trøndelag kan dokumentere kvalitet på utført kreftkirurgi som ligger på nasjonalt og internasjonalt nivå.
- Kreftkirurgi som i dag utføres i Helse Nord-Trøndelag har relativt høyt volum, og kirurgene i Helse Nord-Trøndelag som behandler kreft får hyppig trening i de aktuelle inngrepene.
- Helse Nord-Trøndelag har MDT (multidisiplinære team) som tilfredsstiller kravene til slike team i nasjonale retningslinjer.
- Helse Nord-Trøndelag har tre erfarne onkologer med erfaring fra universitetssykehuset, og tar sikte på ytterligere styrking av fagfeltet.
- Deler av kreftkirurgien i Helse Nord-Trøndelag utføres laparoskopisk. Helseforetaket har høy kompetanse på denne typen operasjonsteknikk. Internasjonale studier underbygger at laparoskopisk teknikk reduserer antall komplikasjoner og antyder en positiv effekt på overlevelse (Laparoscopic surgery for colonic cancer, Ruben Veldkamp, 2011).
- Kreftkirurgien i Helse Nord-Trøndelag understøtter strategien med å ha en tilstrekkelig faglig bredde som virker rekrutterende i forhold til dagens og framtidens kirurger – og bidrar dermed til å opprettholde spesialiserte helsetjenester også utenfor de største sykehusene.
- Kirurgisk kreftbehandling i Helse Nord-Trøndelag bidrar til større oppmerksomhet knyttet til kreft i det aktuelle sykehuset. Dette kan ha en effekt når det gjelder tidlig oppdagelse av kreftsykdom.

Levanger 14. mai 2012

Arne Flaatt

Adm dir

Se adresseliste

Vår ref.
2010/85 - 1643/2012Deres ref.
«REF»Saksbehandler
Reidar Tessem, 74 83 99 36Dato
30.03.2012

Høring forslag til regional kreftplan 2011 - 2020

Eksisterende plan for kreftkirurgi i Midt-Norge ble vedtatt i styresak 46/04. Som en del av Prosjekt 2020 er det vedtatt å utarbeide en regional kreftplan. Mandatet for arbeidet ble gitt fra koordineringsgruppen i møte 250311. Arbeidet har vært ledet av klinikkssjef ved kreftklinikken, St. Olavs hospital, prof. Dr. med. Stein Kaasa.

Prosjektgruppen har bestått av følgende representanter:

Stein Kaasa, prosjektleder (Klinikkssjef Kreftklinikken, St. Olavs Hospital)
Torggrim Tandstad, sekretær (Overlege, Kreftklinikken, St. Olavs Hospital)
Anne D. Wanderås (Avdelingssjef stråleterapi, fysiker, St. Olavs Hospital)
Jorun Bøyum (Avdelingssjef, Kreftavdelinga Ålesund Sjukehus)
Frode Skanke (Allmennpraktiker, Røros Rehabilitering)
Tom Harald Edna (Overlege, Kirurgisk avdeling, Levanger sykehus)
Inge Holm Nygård (Overlege, Kirurgisk avdeling, Molde sykehus)
Arnhild Haugboth, brukerrepresentant (St. Olavs Hospital og Kreftforeningen)

Prosjektgruppen overleverte sitt forslag til regional kreftplan 2011-2020 til Helse Midt-Norge RHF den 14. februar 2012.

Hele gruppen stiller seg bak forslaget.

Prosjektgruppen skulle levere forslag til en samlet plan for kreftbehandlingen i regionen. Planen skulle omfatte pasientforløp som inkluderer grensesnittet mot førstelinjetjenesten, desentraliserte sykehusfunksjoner, lokalsykehus, universitetssykehus og spesialiserte nasjonale tjenester. Den skulle omfatte organiseringen av kunnskapsbasert og effektiv diagnostikk, kurativ og oppfølgende behandling i form av kirurgi, stråleterapi, medikamentell behandling og ikke-medikamentelle intervensjoner, og rehabilitering og lindrende behandling.

Helse Midt-Norge RHF ønsker en bred høringsprosess på forslaget til ny regional kreftplan.

Forslaget

I forslaget til regional kreftplan pekes det først på de nasjonale og regionale føringer og forutsetninger som ligger til grunn for en fremtidig organisering av kreftomsorgen. Deretter går en i forslaget gjennom utviklingstrekk i forekomsten av kreft blant befolkningen, økt overlevelse etter behandling, endringer i behandlingsformer og kravene til kompetanse. Det pekes også på grunnleggende elementer i organiseringen av kreftomsorgen. Forholdet mellom lokalsykehusfunksjoner og regionaliserte funksjoner drøftes. Rapporten peker spesielt på multidisiplinære team (MDT) og regionale standardiserte pasientforløp som sentrale i oppbyggingen av en god kreftomsorg.

Prosjektgruppen peker på spesielle utfordringer innen sårbare områder, med mangelen på kapasitet og kompetanse innen radiologi og patologi som det mest åpenbare. Imidlertid er det også innen flere andre fagområder behov for mer robuste fagmiljø og økt rekruttering. Når det gjelder manglende teknisk infrastruktur, pekes det spesielt på mangelen av PET-teknologi og manglende strålekapasitet. Disse forhold er løst gjennom budsjettarbeidet for 2012 og langtidsbudsjettet.

Til sist går rapporten inn på den spesifikke organiseringen av behandlingsforløpet for de viktigste store kreftgrupper, organiseringen av stråleterapi, kjemoterapi, rehabilitering og palliasjon.

Prosjektgruppen peker også på behovet for en styrking av forskning og systematisk utdanning og fagutvikling innen kreftomsorgen.

Prosjektgruppen gir under hvert kapittel i rapporten sin anbefaling til videre organisering. Disse er oppsummert i sammendraget.

Helse Midt-Norge ønsker med dette en bred høring av forslaget til regional kreftplan. Anbefalingene som er gitt vil virke inn på kvaliteten i tjenesten, organiseringen av forskjellige tilbud, lokalisering av tjenester, oppbygging av kompetanse, målretting av rekruttering og utbygging av infrastruktur.

Vi ønsker at høringsinstansene særlig uttaler seg om den faglige og organisatoriske innretningen i forslaget, inkludert opprettelse av multidisiplinære team, forhold til førstelinjetjenesten og lokalsykehusenes rolle.

Etter avslutning av høringsprosessen skal planen legges fram for styrene i de ulike helseforetak før slutt behandling i RHF styret.

Kontaktperson i Helse Midt-Norge RHF er Henrik A. Sandbu.

Høringsfrist er satt til den 27. mai 2012

Høringssvarene sendes til: postmottak@helse-midt.no

Med vennlig hilsen

Nils Hermann Eriksson
Direktør for helsefag, forskning og utdanning

Reidar Tessem

Kopi:
Prosjektleder Stein Kaasa, St. Olavs Hospital

Adresseliste:

Helseforetak, alle

Kreftforeningen seksjon Midt-Norge
Prinsens gate 32
7011 Trondheim

Regionale brukerutvalg, her

Akademikerne/Den norske legeforening v/ Randulf Søberg
UNIO/Norsk sykepleieforbund v/Ellen Wøhni
LO v/Sigmund Eidem
YS v/Trude Marsten
SAN v/Ole Stokke

AU v/Trond Håvard Eidet, her

Røros rehabiliteringssenter AS
Øverhagaen 15
7374 Røros

Meråker Sanitetsforenings Kurbad AS
7530 Meråker

PSL v/Morten Dalaker
NPF v/Jon Arne Haugum

Regional kreftplan

Helse Midt-Norge RHF

2011-2020

Innhold

1. Sammendrag og oppsummering av anbefalinger	8
2. Forankring.....	10
2.1 Mål.....	10
2.2 Aktivitet og risiko.....	10
2.3 Organisering	11
2.3.1 Gruppens anbefaling	11
2.4 Strategi 2020	12
2.4.1 Strategisk forankring	12
2.4.2 Mål.....	13
2.4.3 Avhengighet og risiko	13
2.4.4 Organisering av arbeidet	14
2.5 Nasjonale føringer	16
2.5.1 Den regionale organiseringen	16
2.5.2 Nasjonale retningslinjer.....	16
2.5.3 Tidsfrister.....	17
2.5.4 Samhandlingsreformen Stortingsmelding Nr. 47 (2008-2009)	17
2.5.5 Nasjonale føringer	18
3. Utviklingstrekk innen kreftomsorgen	19
3.1 Insidens og prevalens	19
3.2 Flere behandlingsmuligheter.....	22
3.3 Mer spesialisert behandling	22
3.4 Økt ressursbruk	24
4. Noen grunnleggende forutsetninger.....	25
4.1 Regions- og lokalsykehusoppgaver	25
4.2 Grunnleggende elementer i organiseringen av kreftomsorgen.....	25
4.3 Regionsansvar St Olavs Hospital - forankring i organisasjonen	27
4.4 Kritisk masse.....	28
5. Utviklingstrekk.....	29
6. Regionale pasientforløp, utredning og oppfølging	30
6.1 Regionale pasientforløp	30
6.2 Utredning.....	30
6.2.1 Generelt.....	30
6.2.2 Endoskopiske undersøkelser	31

6.3 Oppfølging	31
7. Patologi.....	32
7.1 Innledning.....	32
7.2 Dagens organisering	32
7.2.1 St Olavs Hospital.....	32
7.2.2 Ålesund sykehus	32
7.2.3 Molde sykehus.....	32
7.3 Utfordringer.....	32
7.4 Gruppens anbefalinger inkludert endring i funksjonsfordeling	33
8. Bildediagnostikk	34
8.1 Innledning.....	34
8.2 Dagens organisering	34
8.3 Utfordringer innen billediagnostikk	34
8.4 Gruppens anbefalinger	34
9. PET	36
9.1 Innledning.....	36
9.2 Dagens situasjon.....	36
9.3 Utfordringer.....	37
9.4 Anbefalinger	37
10. Lungekreft	38
10.1 Innledning.....	38
10.2 Dagens funksjonsfordeling	38
10.3 Kvalitetskrav	38
10.4 Gruppens anbefaling	39
11. Kreft i mage- og tarmsystemet.....	40
11.1 Innledning.....	40
11.2 Dagens funksjonsfordeling	40
11.3 Kvalitetskrav	40
11.4 Gruppens anbefaling	42
12. Urologisk kreft	44
12.1 Innledning.....	44
12.2 Kvalitetskrav	44
12.3 Gruppens anbefaling	45
13. Brystkreft	46

13.1 Innledning.....	46
13.2 Dagens funksjonsfordeling	46
13.3 Kvalitetskrav basert på EUSOMA.....	46
13.4 Gruppens anbefaling	47
14. Palliasjon.....	48
14.1 Innledning.....	48
14.2 Organisering av palliasjon basert på nasjonale føringer	48
14.3 Kompetanse.....	49
14.4 Gruppens anbefaling	50
15. Barnekreft.....	51
15.1 Innledning.....	51
15.2 Dagens organisering	51
15.2.1 Oslo Universitetssykehus	51
15.2.2 St Olavs hospital	51
15.2.3 Barne- og ungdomsavdelinger	51
16. Gynekologisk kreft.....	53
16.1 Innledning.....	53
16.2 Dagens funksjonsfordeling	53
16.3 Utfordringer.....	53
16.4 Gruppens anbefalinger inkludert endring i funksjonsfordeling	53
17. Blodkreft	54
17.1 Innledning.....	54
17.2 Dagens funksjonsfordeling	54
17.2.1 St Olavs Hospital.....	54
17.2.2 Ålesund sykehus	54
17.2.3 Andre sykehus	54
17.3 Utfordringer.....	54
17.4 Gruppens anbefalinger.....	54
18. Kreft i øre-nese-halsregionen.....	56
18.1 Innledning.....	56
18.2 Dagens organisering	56
18.3 Utfordringer.....	56
18.4 Gruppens anbefalinger.....	57
19. Sarkomer	58

19.1 Innledning.....	58
19.2 Dagens organisering	58
19.3 Gruppens anbefaling	58
Bløtvevssarkom	58
Bensarkom.....	58
20. Kreft i sentralnervesystemet	60
20.1 Innledning.....	60
20.2 Dagens organisering	60
20.3 Gruppens anbefaling	60
21. Kreftavdelinger og kreftpoliklinikker	62
21.1 Kreftavdelinger	62
21.1.1 St Olavs Hospital.....	62
21.1.2 Ålesund	62
21.2 Sykehuspoliklinikker	63
21.2.1 Nord-Trøndelag	63
21.2.2 Møre og Romsdal	63
21.2.3 Aktivitetsoversikt 2010.....	64
21.3 Andre enheter	65
21.3.1 Lungeavdelingen St Olavs hospital	65
21.4 Gruppens anbefaling	65
22. Stråleterapi.....	66
22.1 Innledning.....	66
22.2 Dagens funksjonsfordeling	67
22.3 Utfordringer.....	68
22.3.1 Kapasitet, reinvesteringer	68
22.3.2 Utstyrsnivå.....	68
22.3.3 Funksjonsfordeling	69
22.3.4 Forskning	69
22.4 Gruppens anbefaling	69
23. Kjemoterapi	71
23.1 Innledning.....	71
23.2 Dagens funksjonsfordeling	72
23.3 Ressursbruk	72
23.4 Poliklinisering	73

23.5 Prioritering.....	74
23.6 Gruppens anbefaling	75
24. Forskning	76
24.1 Gruppens anbefalinger.....	76
25. Utdanning og fagutvikling	78
25.1 Bakgrunn	78
25.2 Anbefalinger	78
26. Kreftrehabilitering, Vardesenter og likemannsarbeid.....	79
26.1 Innledning.....	79
26.2 Dagens organisering	79
26.3 Utfordringer.....	79
26.4 Vardesenteret.....	80
26.5. Kreftkoordinator.....	80
26.6. Brukergruppen.	80
26.7 Likemannsarbeid.	81
26.7 Gruppens anbefalinger.....	81
27. Vedlegg	82
27.1 Nasjonal kreftplan 1999-2003	82
27.2 Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen – Rapport 2004	82
27.3 Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2011	82
27.3.1. Forebyggende arbeid.....	83
27.3.2 Nasjonale screeningprogrammer mm.....	83
27.3.3 Kreftpasienten, helsetjenesten og samfunnet.....	84
27.3.4 Diagnostikk	84
27.3.5 Behandling.....	85
27.3.6 Alternativ behandling	85
27.3.7 Rehabilitering	85
27.3.8 Lindrende (palliativ) behandling.....	86
27.3.9. Personell – kapasitet og kompetanse	87
27.3.10 Kreftregisteret, nasjonale medisinske kvalitetsregistre og forskning	87
27.4 Samhandlingsreformen Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009).....	88
27.4.1 Utfordringer.....	88
27.4.2 Hovedgrep	89
27.4.3 Andre strategiske tiltak	91

27.4.4 Kreftområdet i Samhandlingsreformen	91
--	----

1. Sammendrag og oppsummering av anbefalinger

Forekomsten av kreft er jevnt økende, det er beregnet en økning i krefttilfeller på 27.5 % mellom 2008 til 2020. Det er forventet 4750 nye krefttilfeller i Midt-Norge i 2020.

Kreftbehandlingen blir mer skreddersydd den individuelle pasient, og kostnadene med ny diagnostikk og behandling medfører økte kostnader.

Kombinasjonen av økt forekomst og økte kostnader vil sannsynligvis medføre betydelig økte kostnader langt utover insidensøkningen fra 2010 til 2020.

Moderne kreftbehandling er multimodal og spesialisert. Dette krever etablering og formalisering av multidisiplinære team (MDT) regionalt. Hovedaktørene i et slikt team når behandlingsintensjonen er kurativ eller livsforlengende, bør være: kirurg, onkolog, billeddiagnostiker, patolog og evt. annen spesialist, for eksempel lungelege/hematolog. Det er neppe verken mulig eller ønskelig å etablere fullverdige organspesifikke MDT ved andre sykehus enn St. Olavs Hospital og Ålesund sykehus i Helse Midt-Norge.

Kurativ behandling av kreft bør skje ved enheter som oppfyller gitte kvalitetskrav og har et tilstrekkelig volum av pasienter. Konsekvensene kan være en sentralisering av kurativ kreftbehandling. Innholdet i tilbudet skal til enhver tid være basert på de nasjonale retningslinjene utgitt av Helsedirektoratet for hver enkelt kreftdiagnose, fagområder og de generelle organisatoriske føringer som blir gitt via oppdragsdokumentet og andre relevante nasjonale føringer. Samlet vil dette gi befolkningen en «garanti» om at man får et likeverdig tilbud på et høyt internasjonalt nivå.

Palliasjon bør tilbys så nært pasientens hjem som mulig, men med god nok faglighet. Det er en stor utfordring med kompetanseoverføring til primærhelsetjenesten i forbindelse med samhandlingsreformen. Dette bør settes i et system som blant annet er basert på de nasjonale retningslinjene inne palliasjon. Her bør det regionale kompetansesenteret i lindrende behandling spille en sentral rolle sammen med Avdeling for palliasjon ved St. Olavs Hospital.

Basert på nasjonale retningslinjer og regionale forhold bør det utarbeides regionale pasientforløp for alle kreftdiagnoser, samt generelle forløp for palliasjon, oppfølging etter kurativ behandling, herunder rehabilitering og diagnostikk, forebygging og behandling av seineffekter etter kurativ kreftbehandling.

Mange kreftdiagnoser utredes ved hjelp av endoskopisk teknikk. Ventetider på gastroskopi, colonoskopi, sigmoidoskopi, rektoskopi og bronkoskopi bør analyseres og disse køene bør elimineres på kort sikt.

Det er behov for en styrking av radiologifaget innen Helse Midt-Norge. Mange ressurser, både personell og økonomiske, blir tappet fra det offentlige helsevesenet over til det private markedet. Disse forholdene bør analyseres nærmere og løsninger bør finnes.

Det er et behov for etablering av PET-CT ved St. Olavs Hospital.

Patologitjenesten i Helse Midt-Norge er svært sårbar, og det er et sterkt behov for styrking av faget. Det anbefales en omorganisering med to enheter innen Helse Midt-Norge. Innføring av digital patologi er et eksempel på tiltak som vil kunne redusere sårbarheten og øke effektiviseringen av denne viktige delen av kreftdiagnostikken.

Kjemoterapi og behandling med intravenøse biologiske legemidler skal kun gis ved kreftpoliklinikker/kreftavdelinger med tilstrekkelig kompetanse. Man bør se på hvordan dette i dag er organisert ved alle helseforetak. Volumet og kompleksiteten på denne tjenesten har økt betydelig de senere årene, og det forventes at den fortsatt vil øke.

Kjemoterapi bør igangsettes, evalueres og avsluttes av onkolog, eventuelt gynekolog, lungelege med spesialkompetanse innen onkologi, hematolog eller barnelege. Den praktiske gjennomføringen av kjemoterapi bør skje så nært pasientens hjem som mulig.

Kontakter og henvisninger mellom sykehus bør kunne skje elektronisk. Hvordan dette kan skje på tvers av helseforetakene krever en snarlig vurdering, og gode løsninger bør etableres for å forebygge feil og øke effektiviteten på tvers av helseforetak i hele vårt regionale helseforetak.

Oppfølging av pasienter etter behandling bør gjennomføres så nær pasienten som mulig. Basert på retningslinjer i de nasjonale handlingsprogrammen og de regionale pasientforløpene vil mye av oppfølgingen med godt resultat kunne håndteres av pasientens fastlege. Her er det fortsatt mye arbeid som gjenstår for å sikre kvalitet og effektivitet både på et nasjonalt og regionalt nivå.

Det må være tett og enkel kontakt mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Toveis elektronisk kommunikasjon bør etableres for at dette skal kunne være sikkert og vellykket sett med pasientens øyne.

Utskifting av stråleterapiutstyr – spesielt lineærakseleratorer – tar tid og er ressurskrevende. Det er derfor behov for snarlig å utarbeide en helhetlig langsiktig plan omkring stråleterapikapasiteten i Helse Midt-Norge.

Utdanning og forskning er sentrale elementer som har bidratt til betydelig bedret overlevelse og palliasjon for mange kreftpasienter. Det er fortsatt rom for store forbedringer. Med sin oversiktlige pasientpopulasjon har Norge og Helse Midt-Norge et fortrinn og store muligheter for å gjennomføre pasientnær klinisk forskning på et høyt internasjonalt nivå. Man bør styrke det interregionale samarbeidet på dette området, og et spesielt ansvar for dette ligger hos St. Olavs Hospital i samarbeid med Det medisinske fakultet, NTNU.

2. Forankring

2.1 Mål

2.2 Aktivitet og risiko

En risikoanalyse utført i 2010 på oppdrag fra Helsetilsynet identifiserte de 15 viktigste uønskede hendelsene/forholdene i norsk kreftbehandling og rangerte disse i en risikomatrise.

Konsekvenser

Katastrofal: Tap av liv Svært alvorlig skade Høygradig invaliditet					Diagnostikk
Svært alvorlig: Irreversibel helseskade Tap av leveår Prognosetap			Strålebehandling	Kirurgi	Radiologi
Alvorlig: Reversibel helseskade Uheldige belastninger Moderate skader			Volum-kvalitet Henvisning	Infeksjoner	Patologi
Mindre alvorlig: Lettere, forbigående helseskade uten varig mén			Komplikasjoner	Informasjonsflyt	Kompetanse
Ikke alvorlig: Ingen påvist helseskade				Arbeidsmiljø	Palliasjon
					Overbehandling
					Kontinuitet
					Kommunikasjon
	Svært usannsynlig (sjeldnere enn hvert år)	Usannsynlig	Lite sannsynlig	Sannsynlig	Svært sannsynlig (ukentlig)

Sannsynlighet for at hendelsen inntreffer i en region (RHF)

Figur 2. Risikobildet i norsk kreftbehandling – de 16 viktigste uønskede hendelser/forhold.

Risikobildet er generelt vurdert som høyt. De viktigste risikofaktorene identifisert var knyttet til diagnostikk av kreftsykdom. Dette omfatter kjeden fra fastlegen til spesialisthelsetjenesten, hvor ventetid, svikt i selve informasjonsutvekslingen og dårlig koordinering på ulike måter bidrar til forsinkelser.

En annen risikofaktor som ble identifisert, var mangel på kompetanse. Det er essensielt at pasienten møter riktig kompetanse innen sin spesifikke kreftsykdom. Lave volumer og kvalitetsutfordringer ble også rangert blant de viktigste risikoindikatorene, dette gjelder blant annet innen kreftkirurgi.

De ulike risikofaktorene og anbefalingene er omtalt under de relevante kapitlene.

2.3 Organisering

Den regionale kreftomsorgen gis på alle tre nivåer. Innen spesialisthelsetjenesten har St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim en særstilling med høye forventninger til, og forpliktelser om å være en faglig pådriver og garantist for kvalitet. Det er derfor viktig at alle deler av kreftomsorgen ved St. Olavs Hospital er godt koordinert og organisert. Man bør tilstrebe å ha en tydelig og forutsigbar organisering. Det er spesielt viktig at henvisende instans vet hvordan og hvor man henviser og hvem man eventuelt kan kontakte dersom henvisning ikke blir besvart innen kort tid.

Det er i Helse Midt-Norge kun St. Olavs Hospital og Ålesund sykehus som har et komplett onkologisk tilbud. Dette er sykehus med store kirurgiske og medisinske avdelinger samt avdelinger for strålebehandling, medisinsk onkologi og palliasjon. Ved flere sykehus finnes det i dag kombinerte onkologiske og palliative poliklinikker med sengeområder, ofte organisert ved andre avdelinger.

Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten er i varierende grad utviklet, men vil være et satsningsområde de neste årene. Innen palliasjon er det føringer i det nasjonale handlingsprogrammet for hvordan man bør organisere samarbeidet. Det er godt utviklet for noen HF i Midt-Norge. Innen kirurgi, onkologi, barneonkologi og gynekologisk onkologi er oppfølging av pasienter med seneffekter mindre formalisert. Ansvar for utviklingen av det palliative tilbudet ligger hos det regionale kompetansesenteret ved St. Olavs Hospital i samarbeid med de andre palliative enhetene i Helse Midt-Norge.

Midt-Norge har et befolkningsgrunnlag på nærmere 680.000 mennesker spredt over et stort geografisk område. Moderne medisin krever i større og større grad spesialisering innen både diagnostikk og behandling. Det foreligger klare føringer fra sentrale myndigheter om at det er faglig nødvendig å sentralisere deler av tjenesten, slik som avansert bildediagnostikk, patologi-tjenester, kreftkirurgi, strålebehandling og noe av den medikamentelle kreftbehandlingen. Behovet for, og forventningene om, dette forventes å øke i tiden framover, etter hvert som ny teknologi tas i bruk både innen diagnostikk, behandling og oppfølging av kreftpasienter.

Andre tjenester må i større grad enn i dag desentraliseres, dette gjelder spesielt de palliative pasientene. Denne desentraliseringen vil gi kommunehelsetjenesten en sterkere rolle i behandling og oppfølging i alle faser av en kreftpasients sykdomsforløp. Grunnet den økende kreftinsidensen vil alle sykehus nødvendigvis måtte behandle og følge opp kreftpasienter. Spesielt den livsforlengende og palliative behandlingen bør skje så nært pasienten som mulig for å redusere reisevei og tidsbruk for en utsatt pasientgruppe.

2.3.1 Gruppens anbefaling

Det anbefales at man går nøye gjennom organiseringen av kreftomsorgen i Helse Midt-Norge. Tiltak vedrørende sentralisering og desentralisering er omtalt under de ulike kapitlene.

2.4 Strategi 2020

2.4.1 Strategisk forankring

Strategi 2020 skal gjøre Helse Midt-Norge i stand til å videreutvikle spesialisthelsetjenestetilbudet og møte de utfordringene som kommer.

Styret for Helse Midt-Norge har lagt til grunn følgende fire hovedutfordringer for helsetjenesten de neste 10 årene:

- Befolkningens sammensetning og behov endres
- Tydeligere krav til dokumentert kvalitet
- Ansatte i helsetjenesten blir en knapphetsfaktor
- Økonomisk vekst bremses for spesialisthelsetjenesten

Styret har videre formulert fem strategiske mål som skal være retningsgivende for utviklingen framover:

- Styrket innsats for de store pasientgruppene
- Kunnskapsbasert pasientbehandling
- En organisering som underbygger gode pasientforløp
- Rett kompetanse på rett sted til rett tid
- Økonomisk bærekraft

Pasientgruppen med kreft utgjør en stor andel av pasientene i Helse Midt-Norge. Det er flere som får kreft, og flere med kreft lever lenger med sykdommen. Økningen er både knyttet til veksten av antall eldre, samt en insidensøkning uavhengig av alderssammensetningen.

Mange pasienter som tidligere fikk et forkortet liv på grunn av kreft kan nå helbredes helt eller vil leve lengre på grunn av nye diagnostiske og terapeutiske tiltak.

Det er forventet at den medisinske utviklingen vil fortsette. Antallet pasienter som har/har hatt en kreftdiagnose (prevalensen) er doblet i løpet av kort tid. Denne gruppen består av pasienter med pågående kreftsykdom, pasienter med senbivirkninger etter behandling; og tidligere pasienter som har en risiko for å utvikle senbivirkninger.

God kreftomsorg krever innsats fra alle nivåer i helsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten er viktig i behandling av kreft, men et godt samarbeid med førstelinjetjenesten vedrørende diagnostikk og oppfølging er helt nødvendig for god samhandling.

Den økende insidensen og prevalensen, kombinert med høye forventninger i samfunnet til diagnostikk, behandling og oppfølging stiller også nye krav til hver enkelt pasient, de pårørende og samfunnet generelt. Likemannsarbeidet er sentralt i denne sammenhengen - man er i ferd med å etablere et Vardesenter sammen med Kreftforeningen på St. Olavs Hospital.

En regional kreftplan bør bidra til at alle pasienter som har eller har hatt kreftsykdom får tilbud om diagnostikk, behandling og oppfølging i henhold til nasjonale retningslinjer uavhengig av bosted. De nasjonale retningslinjene for behandling av kreft og organisering av kreftområdet, utgitt av Helsedirektoratet, er retningsgivende for det regionale tilbudet.

2.4.2 Mål

2.4.2.1 Overordnet mål

Kreftbehandling i Helse Midt-Norge bør være kunnskapsbasert og organisert slik at pasientens muligheter til helbredelse, forlenget liv og god palliasjon ligger på et høyt nasjonalt og internasjonalt nivå.

2.4.2.2 Effektmål

Prosjektet skal bidra til å oppfylle Helse Midt-Norges strategiske mål:

- Styrket innsats for de store pasientgruppene
- Kunnskapsbasert pasientbehandling
- En organisering som underbygger gode pasientforløp
- Rett kompetanse på rett sted til rett tid
- Økonomisk bærekraft

2.4.2.3 Resultatmål

Kreftplanen skal levere en samlet plan for organisering av kreftbehandling i regionen.

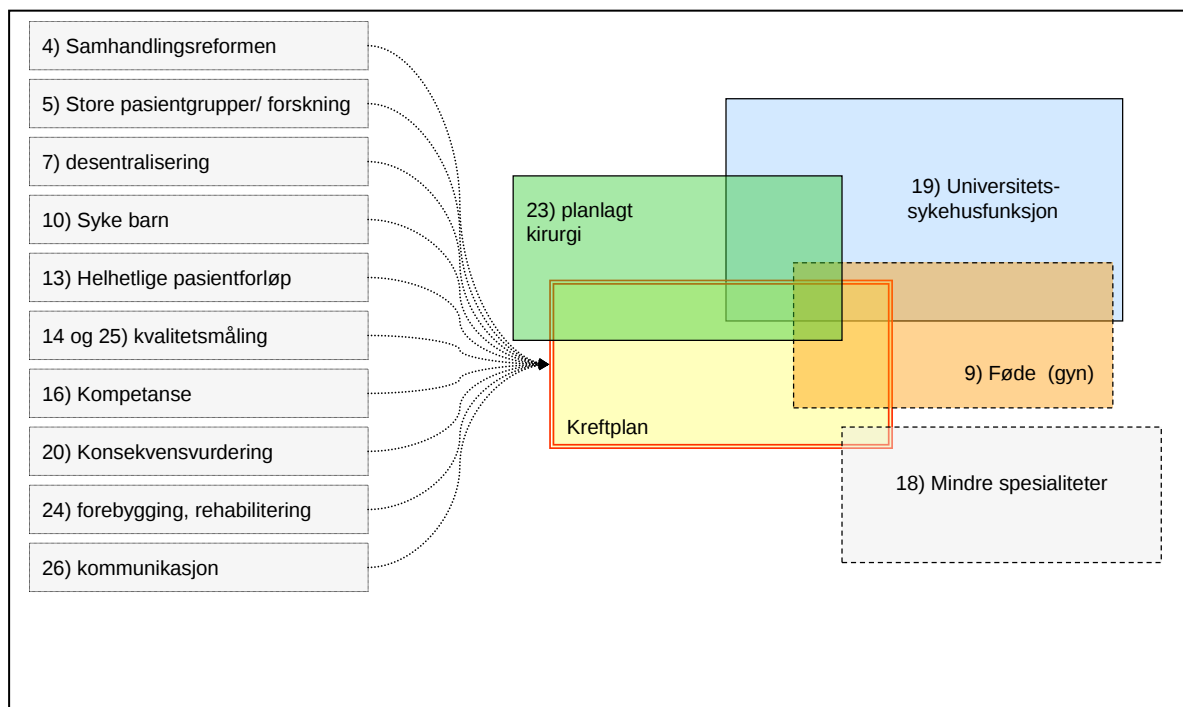
- Planen skal omfatte pasientforløp som inkluderer grensesnittet mot førstelinje, desentraliserte og sentraliserte sykehusfunksjoner, lokalsykehus, universitetssykehuset og spesialiserte nasjonale funksjoner.
- Planen skal omfatte organisering av kunnskapsbasert og effektiv diagnostikk av pasienter med mistanke om kreft, mistanke om forverring av kreft, pasienter i en palliativ fase og pasienter som er under løpende kontroll av en krefttilstand. Planen skal også omfatte nødvendige diagnostiske og behandlingsmessige tiltak utenom helseregionen.
- Planen skal omfatte organisering av kunnskapsbasert kurativ, livsforlengende og palliativ behandling, samt oppfølging av pasienter med kreft. Planen skal omfatte alle behandlingsmodaliteter slik som kirurgi, medikamentell behandling, stråleterapi og ikke-medikamentelle intervensjoner.
- Planen skal omfatte pleie og omsorg av pasientene og oppfølging av de pårørende.
- Planen skal omfatte organisering av rehabilitering og oppfølging av seimeffekter etter kreftbehandling.

2.4.3 Avhengighet og risiko

2.4.3.1 Avhengighet nasjonale prosesser

Planen skal tilpasses de nasjonale føringene som ligger i Stortingsmelding 47 (2008-2009) "Samhandlingsreformen", "Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2011" og skal være i tråd med nasjonale retningslinjer for kreftbehandling.

2.4.3.1 Avhengighet andre vedtakspunkt og regionale prosesser (RHF-oppgaver, regionale prosjekt, HF-oppgaver)



Figur 1. Illustrasjon av overlappende vedtakspunkter i Strategi 2020.

Kreftplanen har klare overlappende områder mot:

- vedtakspunkt 23 "planlagt kirurgi",
- vedtakspunkt 19 "universitetssykehusfunksjon",
- vedtakspunkt 9 "svangerskap, fødsel og barsel",
- eventuelt vedtakspunkt 18 "mindre spesialiteter"

Følgende vedtakspunkt er også førende for kreftplanen

- vedtakspunkt 4 "Samhandlingsreformen",
- vedtakspunkt 7 "desentralisering",
- vedtakspunkt 10 "syke barn",
- vedtakspunkt 13 "Helhetlige pasientforløp",
- vedtakspunkt 14 og 25 "kvalitetsmåling",
- vedtakspunkt 16 "kompetanse",
- vedtakspunkt 20 "konsekvensutredning",
- vedtakspunkt 24 "forebygging, rehabilitering",
- vedtakspunkt 4 "kommunikasjon",

2.4.4 Organisering av arbeidet

Følgende roller er definert for prosjekter under Strategi 2020:

Prosjekteier	Prosjekteier opptrer på vegne av hele regionen. Prosjekteier er ansvarlig for utforming av prosjektoppdraget, organisering, ressurssetting og gjennomføring av prosjektet .
Styringsgruppen	Koordineringsgruppen skal være styringsgruppe for prosjektet. Koordineringsgruppen er øverste ansvarlige for prosjektets gjennomføring og resultat.
Prosjektleder	Prosjektleder har ansvaret for utarbeidelse av prosjektplan. Prosjektleder har ansvaret for at prosjektet utføres innenfor rammene av regional prosjektmetodikk. Prosjektleder er ansvarlig for å følge opp prosjektets fremdrift, vurdere risiko i prosjektgjennomføring og iverksette tiltak ved behov og rapporterer til styringsgruppen.
Prosjektgruppe	Prosjektgruppa skal sammen med prosjektleder sikre leveranser i tråd med oppdraget. Geografisk representativitet er underordnet bredde i kompetanse. Arbeidsgrupper kan etableres etter behov.
Sekretariatet i RHF	Sekretariatet i RHF har ansvaret for å: • Avklare bestillinger • Adressere og koordinere bestillinger • Motta rapporteringer fra prosjektet • Sammenstille rapportering til koordineringsgruppen
Referansegruppe	Relevante faglige nettverk skal brukes som referansegruppe i faglige problemstillinger. Andre aktuelle referansegrupper: • Brukergrupper utpekt av brukerutvalget • KS • Utdanningsinstitusjoner

2.5 Nasjonale føringer

2.5.1 Den regionale organiseringen

Gjennom den regionale organiseringen av det norske helsevesenet, får det regionale helseforetaket (RHF-et) årlige oppdragsdokument fra Helse- og omsorgsdepartementet. RHF gir deretter ut deloppdrag til de ulike helseforetakene (HF-ene) i hver helseregion.

Gjennom den regionale kreftplanen ønsker man å bidra til en likeverdig behandling for alle pasienter i Midt-Norge. Dette vil skje gjennom en forutsigbar plan, oppgavefordeling mellom HF-ene og mellom spesialisthelsetjenestene og kommunehelsetjenesten.

Et grunnleggende prinsipp er at utredning, behandling og oppfølging av alle kreftpasienter i så stor grad som mulig skal være basert på et forskningsbasert fundament. Helsedirektoratet har tidligere kommet med føringer om at stråleterapi og andre kompetansekrevende diagnostiske behandlingsformer bør sentraliseres. Det nasjonale handlingsprogrammet med retningslinjer innen kreftomsorgen, utarbeidet av faggrupper oppnevnt av RHF-ene i samarbeid med Kunnskapssenteret, og utgitt av Helsedirektoratet, skal være grunnlaget for aktiviteten i Helse Midt-Norge.

For å bidra med høy faglig kompetanse i det nasjonale arbeidet med handlingsprogrammene, og ta initiativ til og/eller delta i kliniske multisenterstudier, er det ønskelig at flere klinikere har både klinisk og akademisk kompetanse. St. Olavs Hospital, i samarbeid med Det medisinske fakultet, NTNU, forventes å bidra til og stimulere til et høyt klinisk og akademisk faglig nivå ved alle helseforetakene og i kommunehelsetjenesten i Midt-Norge.

2.5.2 Nasjonale retningslinjer

Helsedirektoratet har utgitt 11 nasjonale handlingsprogrammer med retningslinjer for flere tumorformer. Flere er under utvikling og bearbeides. I tillegg til de tumorspesifikke handlingsprogrammene er det også utgitt et handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. I handlingsprogrammene er det gitt detaljerte anbefalinger om utredning, behandling og oppfølging for den aktuelle pasientgruppen.

Ved innføring av ny teknologi basert på vitenskapelige publikasjoner, bør det også gjøres kost-nytte-analyser. Kunnskapssenteret bidrar til dette. Ved betydelig økning i kostnadene, dokumentert gjennom dette arbeidet, kan det være nødvendig å fremme enkeltsaker til vurdering i Nasjonalt råd for prioriteringer i helsevesenet.

I de nasjonale handlingsprogrammene gis det også anbefalinger om organisatoriske forhold, og pasientforløp i varierende grad. Denne delen av handlingsprogrammene er i midre grad myndighetsforankret. Helsedirektoratet har gitt signaler om at man vil se nærmere på denne delen av handlingsprogrammene.

Basert på de nasjonale retningslinjene bør man utvikle nasjonale, regionale og lokale pasientforløp, disse skal være fundamentet for en optimal logistikk innad i hvert HF, mellom HF-ene og mellom HF-ene og kommunehelsetjenesten. Man bør ha som prinsipp at det utvikles regionale pasientforløp som også kan tilpasses lokale forhold dersom dette er påkrevd. Ved å basere pasientforløpene på de nasjonale retningslinjene, er målsetningen at samfunnets ressurser blir benyttet på en optimal måte slik at pasientene kan få behandling på rett sted til rett tid, på et høyt nasjonalt og internasjonalt nivå.

St. Olavs Hospital, universitetsklinikken skal påse at de nasjonale retningslinjer og regionale pasientforløp blir utviklet. Ansvaret for å implementere disse vil ligge hos det enkelte HF og de enkelte kommuner. Det forventes at St. Olavs Hospital tar et initiativ til samarbeidsprosjekter, samt utvikler pasientforløp og andre regionale standarder.

Klinisk forskning er en del av den pålagte aktiviteten i spesialisthelsetjenesten. Det forventes at St. Olavs Hospital, i samarbeid med fagpersoner ved andre sykehus i regionen, er initiativtaker og pådriver til at pasienter i Midt-Norge får mulighet til å delta i kliniske studier, og at det planlegges å utføres regionale, nasjonale og/eller internasjonale multisenterstudier. Alle regionale HF bør integreres og delta aktivt i all klinisk forskning.

2.5.3 Tidsfrister

Helsedirektoratet har på oppdrag fra Helsedepartementet utarbeidet forløpstider for utredning og behandling av kreft. Disse forløpstidene skal være retningslinjer for helseforetakene.

Forløpstidene skal legges til grunn for helseforetakenes organisering og logistikk, og er et budskap om hva pasienter med kreft generelt bør forvente av ventetid i de ulike leddene i helsehjelpen. Årsaker til avvik fra fristene bør dokumenteres i pasientjournalen.

Målet er at minimum 80 % av pasientene skal få hjelp innenfor disse fristene.

- Vurdering av henvisning: 5 virkedager fra mottatt henvisning.
- Oppstart utredning: 10 virkedager fra mottatt henvisning.
- Oppstart behandling: 20 virkedager fra mottatt henvisning.

De nasjonale faglige retningslinjene for kreft er delvis supplert med normerte forløpstider, og vil bli ytterligere videreutviklet i nær fremtid.

2.5.4 Samhandlingsreformen Stortingsmelding Nr. 47 (2008-2009)

En av de grunnleggende ideene i denne reformen er at pasientene skal behandles på rett sted til rett tid. Det vektlegges at man legger forholdene til rette for en sammenhengende behandlingsskjede mellom tredjelinjenivå (universitetssykehuset), andrelinjenivå (lokalsykehus) og førstelinjenivå (kommunehelsetjenesten).

For 2012 er de økonomiske insentivene endret ved at det nasjonalt er overført 5835 millioner fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, for Helse Midt-Norge dreier det seg om ca 850 millioner kroner. Det forventes at kommunehelsetjenesten overtar flere tilbud som spesialisthelsetjenesten har ivaretatt. Samhandlingsreformen krever et tettere og mer forpliktende samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Områder som er spesielt aktuelle for kreftomsorgen er:

- Palliasjon
- Kontroll av pasienter etter kurativ behandling
- Rehabilitering av kreftpasienter i alle stadier av sykdommen

- Oppfølging og diagnostisering av pasienter med seneffekter etter kurativ og/eller livsforlengende behandling

Se utfyllende kommentarer i kapittel 13.4.

2.5.5 Nasjonale føringer

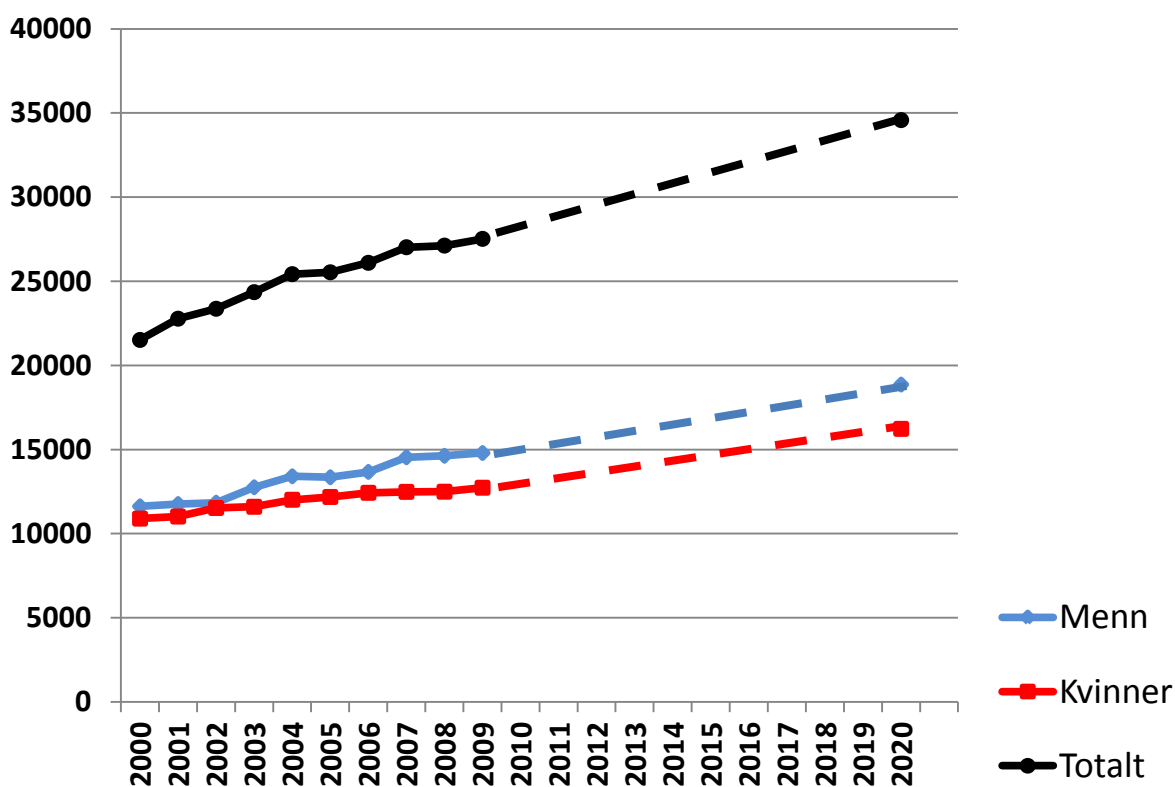
Det er utviklet en rekke nasjonale føringer utover det som er nevnt ovenfor, som nasjonal kreftplan 1999-2003, nasjonal strategi for arbeid innen kreftomsorgen – Rapport 2004, nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2011, og samhandlingsreformen (se utfyllende kommentarer over og i kapittel 13.4). For de nasjonale føringene henvises det til vedlegg, kapittel 13.1, 13.2 og 13.3.

3. Utviklingstrekk innen kreftomsorgen

3.1 Insidens og prevalens

Antall nye krefttilfeller har økt jevnt de siste 20-30 årene, og man har forventer en tilsvarende økning i hvert fall fram til 2020 (figur 1). I 2009 ble det diagnostisert 27.520 tilfeller av kreft i Norge. Det har vært en økning på 23 % i perioden fra 1999 til 2009. Det døde 10.565 personer av kreft i 2009. Befolkningen i Møre og Romsdal, Sør-Trøndelag og Nord-Trøndelag var 678.682 pr. 1. oktober 2010. Det ble diagnostisert 3728 krefttilfeller i Midt-Norge i 2009. Forekomsten av kreft i Midt-Norge ligger på samme nivå som gjennomsnittet i Norge. De store kreftgruppene prostatakreft, brystkreft, tykk-/endetarmskreft og lungekreft utgjør halvparten både av nye krefttilfeller og kreftdødsfall. Mellom 85 og 90 % av krefttilfellene blir påvist hos de over 50 år, med 50 % av tilfellene hos de over 70 år. Fremskriving av antall eldre, viser at befolkningen som er 67 år eller eldre vil vokse fra 0,6 millioner i 2009 til 1,5 millioner i 2060, en årlig økning på nesten 2 %. Det er nylig fremskrevet en årlig økning i kreftinsidensen på 2 % årlig fra 2008 til 2020, dette medfører en økning i krefttilfeller på 27.5 % i denne tolvårsperioden. Dette vil medføre 4750 krefttilfeller i Midt-Norge i 2020.

Historisk sett har Kreftregisterets estimater alltid underestimert den reelle økningen i insidens.

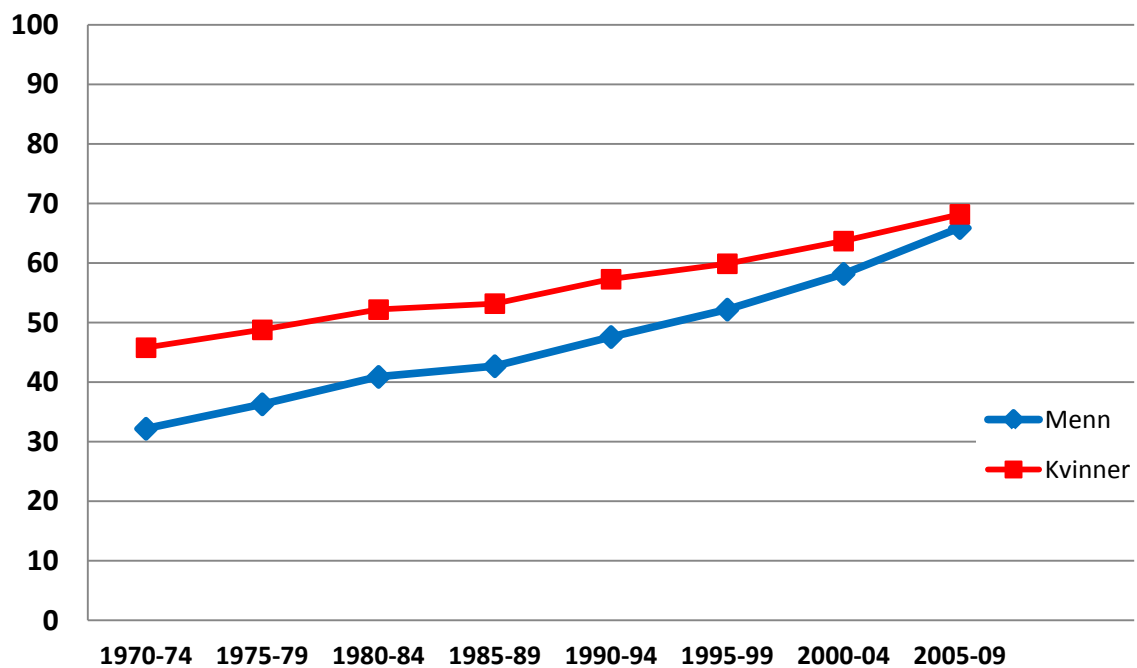


Figur 1. Antall krefttilfeller i Norge, 2000-2009 med kreftregisterets fremskrivning til 2020.

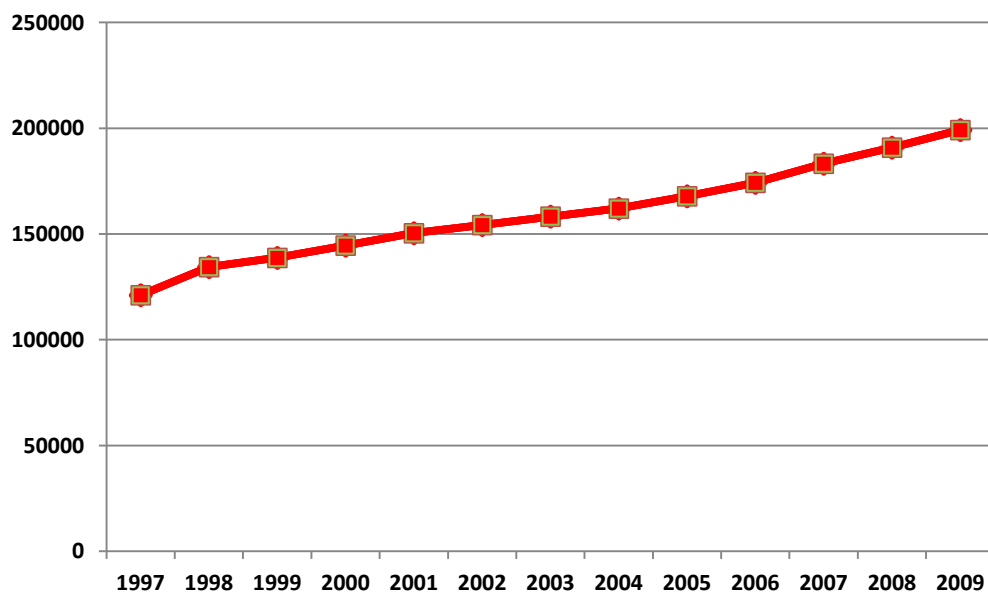
Tabell 1. Nye krefttilfeller i Midt-Norge 2009, med fremskriving fra kreftregisteret for 2020.

	Møre og Romsdal		Sør-Trøndelag		Nord-Trøndelag		Totalt	Prognose 2020
	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner	Menn	Kvinner		
Alle typer kreft	837	659	767	716	396	353	3728	4750
Prostatakreft	268		208		113		589	
Brystkreft	1	149	1	152	1	76	380	
Lungekreft	90	54	81	65	40	29	359	
Tykktarmskreft	66	84	57	73	35	40	355	
Gynekologisk kreft		71		86		39	196	
Blærekreft/urinveier	63	19	52	22	26	6	188	
Endetarmskreft	40	30	36	32	15	14	167	
Føflekkreft	28	31	35	36	15	18	163	
Hjernekreft	25	29	31	39	14	24	162	
Lymfekreft	28	23	25	22	17	10	125	
Blodkreft	28	19	24	23	15	12	121	
Bukspyttkjertelkreft	19	24	21	22	9	9	104	
Nyrekreft	24	13	23	17	12	9	98	
Kreft i magesekk	21	15	18	16	9	6	85	
Annen kreft i mage/tarm	12	17	20	16	9	9	83	
Øre-, nese- og halskreft	24	10	23	11	10	4	82	
Myelomatose	10	10	12	5	7	4	48	
Testikkelkreft	16		17		8		41	
Sarkom	3	6	3	7	3	7	29	
Spiserørskreft	9	1	7	4	3	1	25	

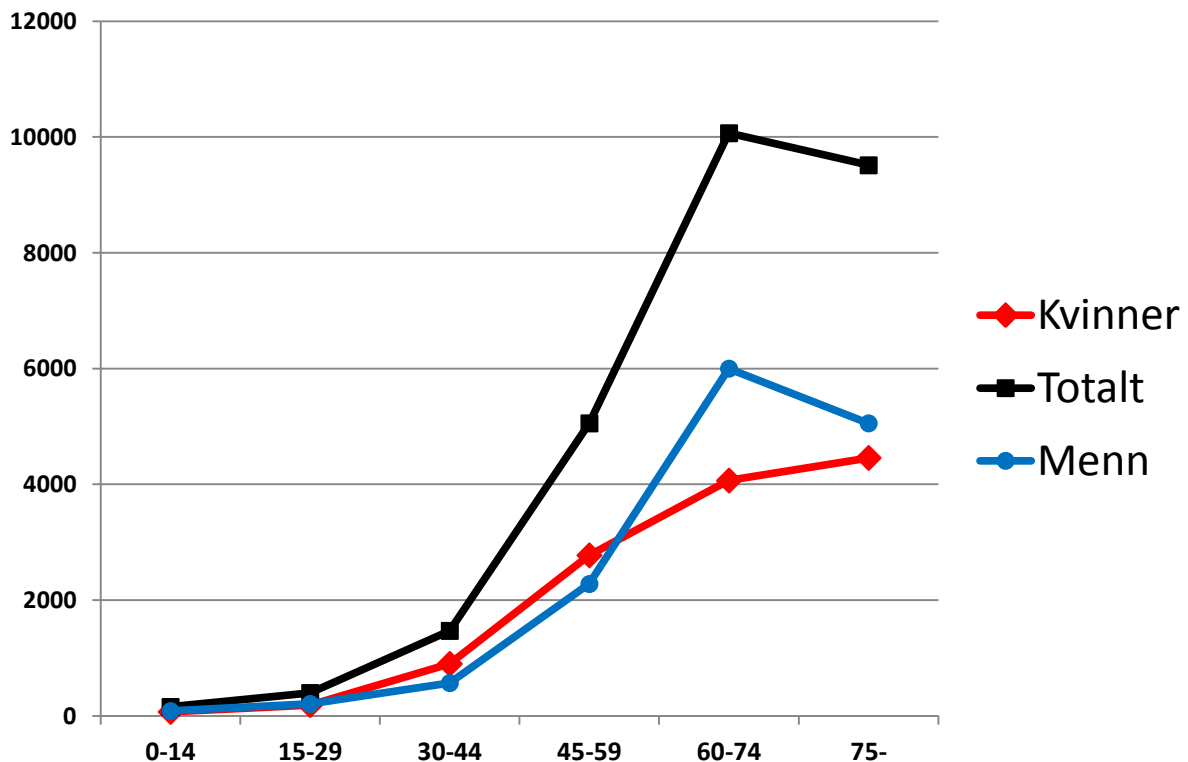
Mortalitetsraten har holdt seg relativt stabil de siste førti årene. Med økende insidens og bedret overlevelse (Figur 2) har antall pasienter med en kreftdiagnose økt sterkt. Pr 31.12.2010 var det 199.170 personer i live med en kreftdiagnose/tidligere kreftdiagnose. Dette utgjør en økning på 48 % fra 1998 (Figur 3) og hele 85 % siden 1990. Disse tallene vil øke enda raskere frem mot 2020.



Figur 2. Relativ overlevelse kreftpasienter i Norge, 1970-2009.



Figur 3. Prevalens av kreftpasienter i Norge, 1997-2009.



Figur 4. Antall nye krefttilfeller i Norge 2009, etter aldersgruppe.

3.2 Flere behandlingsmuligheter

De siste ti årene har behandlingen av mange kreftsykdommer blitt endret. Mer multimodal behandling har blitt tatt i bruk (kirurgi, strålebehandling og kjemoterapi), og nye diagnostiske metoder, spesielt bildediagnostikk, brukes i alle faser av sykdomsforløpet for å kunne tilby rett pasient rett behandling til rett tid. For å utnytte denne nye kunnskapen er det nødvendig med et tett samarbeid mellom spesialister med spesialkompetanse innen kreftdiagnostikk (bildediagnostikk og patologi) og innen behandling (kirurgi og onkologi).

Nye legemidler, herunder de såkalte "biologiske" legemidlene, er en del av det nye behandlingsbildet. De bedre behandlingsmulighetene har medført at flere pasienter lever lenger, ofte med metastatisk sykdom. Man kan si at en stor gruppe kreftpasienter har en kronisk, langsomt progredierende sykdom. Flertallet av de nye medikamentene, samt diagnostiske prosedyrer og kirurgiske metoder innen kreftbehandlingen, er kostnadsdrivende, og dette har medført et økt fokus på kost-nytte-vurderinger ved innføring av nye teknologier. En av forutsetningene for å oppnå god utnyttelse av de ressursene samfunnet tillegger kreftomsorgen, er høy kompetanse kombinert med tilstrekkelig høyt volum innen utredning og behandling.

3.3 Mer spesialisert behandling

Behandlingen av kreftsykdommer krever mye kunnskap etter hvert som behandlingsmulighetene innenfor den enkelte kreftsykdom utvikler seg kontinuerlig. Behandlingen er i mye større grad tilrettelagt den enkelte pasients sykdom, basert på bedret klassifisering av hver enkelt pasient. Et eksempel kan være den komplekse behandlingsalgoritmen ved adjuvant behandling av lokalisert brystkreft. Denne vises under i

tabellform.

NBCG's retningslinjer for ADJUVANT BEHANDLING VED BRYSTKREFT (gjeldende fra 01.09.11, med tilleggendring fra 01.01.12)
Det skal utføres HER2-, ER/PgR- og Ki67 analyse av alle pasienter aktuelle for systemisk adjuvant behandling..

pTGPn	Alder	HER2	ER-status ^a	Ki67 ^b	Ikke-hormonell systembehandling	Endokrin systembehandling ^c	Stråleterapi
pT1G1pN0	Alle aldre	HER2-	ER positiv ≥10%	≤15%	Ingen	Ingen	
				15-30%	Ingen	Ja	
				>30%	<75 år ^d : FEC60 ^e x4→T ^f	Ja	
			ER positiv 1-10%	≤30%	<75 år ^d : FEC60 ^e x6	Ja	
				>30%	<75 år ^d : FEC60 ^e x4→T ^f	Ja	
			ER negativ	≤30%	<75 år ^d : FEC60 ^e x6	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^g	
pT1a-bG2-3pN0	≥35år	HER2-	ER positiv ≥1%	>30%	<75 år ^d : FEC60 ^e x4→T ^f /H ^h →H ⁱ	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^g	Strålebehandling hvis: 1. Operert brystbevarende 2. Boost <50.40) år 3. Ingen boost ≥50 år 3. Ikke sikkert fri margin etter ablato
				≤15%	Ingen	Ingen	
				15-30%	Ingen	Ja	
			ER positiv 1-10%	≤30%	<75 år ^d : FEC60 ^e x6	Ja	
				>30%	<75 år ^d : FEC60 ^e x4→T ^f	Ja	
			ER negativ	≤30%	<75 år ^d : FEC60 ^e x6	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^g	
	<35år	HER2+	ER positiv ≥1%	>30%	<75 år ^d : FEC60 ^e x4→T ^f	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^g	<u>Hensiktsmessig til stråleterapi (hvis indikasjon):</u> Ved kjemoterapi: Søk stråleterapi ved 3.-4. FEC kur. Uten kjemoterapi: Søk stråleterapi umiddelbart.
				≤30%	FEC60 ^e x6	Ja	
				>30%	FEC60 ^e x4→T ^f	Ja	
			ER positiv 1-10%	≤30%	FEC60 ^e x6	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^g	
				>30%	FEC60 ^e x4→T ^f	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^g	
			ER negativ	≤30%	FEC100 ^e x4→T ^f /H ^h →H ⁱ	Ja	
pT1cG2-3pN0 pT2G1-3pN0	<55år	HER2-	ER positiv ≥1%	>30%	FEC100 ^e x4→T ^f /H ^h →H ⁱ	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^g	
				≤30%	FEC60 ^e x6	Ja	
				>30%	FEC60 ^e x4→T ^f	Ja	
			ER positiv 1-10%	≤30%	FEC60 ^e x6	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^g	
				>30%	FEC60 ^e x4→T ^f	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^g	
			ER negativ	≤30%	FEC60 ^e x6	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^g	
	≥55 år	HER2+	ER positiv ≥1%	>30%	FEC100 ^e x4→T ^f /H ^h →H ⁱ	Ja	
				≤30%	FEC100 ^e x4→T ^f /H ^h →H ⁱ	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^g	
				>30%	FEC60 ^e x6	Ja	
			ER positiv 1-10%	≤30%	FEC60 ^e x6	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^g	
				>30%	FEC60 ^e x4→T ^f	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^g	
			ER negativ	≤30%	FEC60 ^e x6	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^g	

pTGPn	Alder	HER2	ER-status	Ki67	Ikke-hormonell systembehandling	Endokrin systembehandling	Stråleterapi
pT1-2pN1-3	<55år	HER2-	ER positiv ≥10%	≤15%	FEC60 ^e x6	Ja	Det er indikasjon for stråleterapi for alle pN1-3
				>15%	FEC60 ^e x4→T ^f	Ja	
				>30%	FEC60 ^e x4→T ^f	Ja	
			ER positiv 1-10%	≤30%	FEC60 ^e x6	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^g	
				>30%	FEC60 ^e x4→T ^f	Ja	
			ER negativ	≤30%	FEC100 ^e x4→T ^f /H ^h →H ⁱ	Ja	
	≥55 år	HER2+	ER positiv ≥1%	>30%	FEC100 ^e x4→T ^f /H ^h →H ⁱ	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^g	<u>Hensiktsmessig til stråleterapi (hvis indikasjon):</u> Ved kjemoterapi: Søk stråleterapi ved 3.-4. FEC kur. Uten kjemoterapi: Søk stråleterapi umiddelbart.
				≤15%	Ingen	Ja	
				>15%	<75 år ^d : FEC60 ^e x4→T ^f	Ja	
			ER positiv 10-50%	≤15%	<75 år ^d : FEC60 ^e x6	Ja	
				>15%	<75 år ^d : FEC60 ^e x4→T ^f	Ja	
			ER negativ	≤30%	<75 år ^d : FEC60 ^e x6	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^g	
		HER2-	ER positiv ≥1%	>30%	<75 år ^d : FEC60 ^e x4→T ^f	Ja	
				≤30%	FEC60 ^e x6	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^g	
				>30%	FEC60 ^e x4→T ^f	Ja	
			ER positiv 1-10%	≤30%	FEC60 ^e x6	Nei, unntatt hvis PgR ≥10% ^g	
				>30%	FEC60 ^e x4→T ^f	Ja	
			ER negativ	≤30%	FEC100 ^e x4→T ^f /H ^h →H ⁱ	Ja	

^aPgR status har kun betydning for anbefalinger når ER er negativ og da kun som grunnlag for endokrin behandling. PgR status kommer derfor inn i vurderingen under kolonnen "Endokrin behandling".

^bKi67 proliferasjonsindeks (% Ki67 positive celler) benyttes for å skille spesielt mellom Luminal A og Luminal B subtyper av brystkreft (ER positive subtyper), men hvor det også er valgt å benytte analysen for å estimere proliferasjonsgrad ved trippel negativ pN0 brystkreft. For pN+ pasienter er det valgt å benytte 15% som cut-off, da risiko for tilbakefall er klart høyere ved pN+ status, og gjennomsnittseffekten av å legge til taxaner er betydelig (ca 20% relativ risikoreduksjon). Dersom Ki67 er lav hos ER+ pasienter, er det hos lymfektate positive likevel ikke funnet tilleggseffekt av å legge til taxaner. For pN0 pasienter er prognosen generelt bedre og absolutt nytteeffekt av systemisk behandling lavere enn hos pN+. Det foreligger heller ikke publiserte studier som omhandler betydningen av Ki67 på effekt av å legge til taxaner hos pN0. Men det er sannsynlig at relativ risikoreduksjon er tilsvarende som for pN+ pasienter ved samme tumorbiologiske utgangspunkt. Det er valgt å benytte både Ki67 15% og 30% som grenseverdier ved pN0 i tråd med følgende: For ER+HER2- pasienter med små doser (pT1a+b) eller grad 1 pT1 er prognosen i utgangspunktet så god at det ikke oppfattes å være grunnlag for kjemoterapi ved Ki67≤30%, men endokrin behandling bør benyttes dersom Ki67>15% (baler for at risiko for tilbakefall likevel er stor nok for at slik behandling bør gis). Å benytte Ki67 grense på 30% for å gi kjemoterapi til denne gruppen reduserer samtidig risiko for overbehandling, der eventuell kjemoterapi ellers kun hviler på Ki67 analysen (som kan være vanskelig for patologene å estimere nøyaktig). For de øvrige pN0 pasienter (som generelt har høyere risiko for tilbakefall enn foregående grupper) vil det være grunnlag for endokrin og/eller kjemoterapi uavhengig av Ki67. Ved alder <55år anbefales kjemoterapi (+ evt endokrin behandling). Ved alder ≥55år utsettes kjemoterapi til HER2- ER+≥50% med Ki67≤15%. Ved Ki67>30% er det grunnlag for å legge til taxaner for alle pN0 pasienter.

^cEndokrin behandling < 55/50 år: Tamoxifen (Tam) 20 mg x 1 i 5 år. Endokrin behandling ≥ 55 (50) år: Eit av følgende: Aromatasenhibitortinaktuator (AI, anastrozole 1 mg x 1, exemestane 25 mg x 1, letrozole 2.5 mg x 1) i 2 år → Tam i 3 år eller AI i 5 år. Mellom 50-55 år angir menopausal status om endokrin behandlingstillegget for < 55 eller ≥55 år kan benyttes. Endokrin behandling oppstartes etter at kjemoterapi er avsluttet. Der hvor Tam er gitt i >2-5 år, bytt til AI i 3 år. Ved AI må det gøres benytteundersøkelser ved oppstart, etter 1 år og deretter hvert 2. år inntil avslutning. Benytt VitD/Calsium profylaktisk.

^dVurder alltid comorbiditet ved alder mellom 70-75 år.

^eFEC gies hver 3. uke, FEC60: Epirubicin doseres til 60 mg/m², FEC100: Epirubicin doseres til 100 mg/m².

^fVed HER2 positiv status og indikasjon for kjemoterapi: Trastuzumab (Herceptin) infusjon hver 3. uke i 1 år med oppstart ca 3 uker etter avsluttet FEC og uavhengig av om stråleterapi gjennomføres. Ved indikasjon for taxan, se eget opplegg under punkt 4.

^gT-Decetaxel 100 mg/m² hver tredje uke x 4 eller paclitaxel 80mg/m² hver uke x 12. Ved HER2-positiv status: gi herceptin parallelt med taxan og gjør LVEF måling før oppstart av FEC.

^hDersom ER er negativ og PgR er positiv, bør reseptorundersøkelsen gjentas for å avdekke med sikkerhet om endokrin behandling er aktuelt.

ⁱLymfektate-positive pasienter som er enten HER2 positive eller trippel negative bør metastasescrenes, dersom dette ikke nevneværdig tidspunkt for behandlingstær.

Denne intensive og komplekse utredningen både i primærdiagnostikken, ved tilbakefall av sykdom og med livsforlengende og palliativ behandling kombinert med at behandlingen ofte er multimodal, krever spisskompetanse. Vurderinger i det multidisiplinære team (MDT), bestående av kirurg, onkolog, bildediagnostiker og patolog, er nødvendig i mange tilfeller. For å oppnå nok kompetanse i et slikt team, er en avhengig av et stort nok pasientvolum for å utvikle og opprettholde kompetansen. Dette tilsier at deler av kreftomsorgen bør sentraliseres, mens andre deler bør desentraliseres. For eksempel bør man vurdere å desentralisere livsforlengende og palliativ behandling i enda større grad enn hva tilfellet er i dag.

Behandlingen kan medføre spesielle bivirkninger. Det er viktig at behandling gis, og følges opp, av kompetent helsepersonell basert på de nasjonale retningslinjene og forskningsbasert kunnskap. Man må hele tiden vurdere behandlingseffekt opp mot behandlingsnytte. Dette kan være spesielt krevende i den livsforlengende fasen av behandlingen. Det vil da ofte være en fare for overbehandling, som kan forebygges ved å involvere MDT i beslutningsprosessen.

3.4 Økt ressursbruk

Behandling av kreftsykdommer består i hovedsak av kirurgi, strålebehandling og medikamenter. I tillegg har palliativ behandling en egen plass med en rekke generelle palliative tiltak, samt kombinasjoner av ovenfornevnte modaliteter. Den betydelige økningen i polikliniske pasienter har medført en økt ressursbruk ved poliklinikkene, samtidig som at antallet senger i spesialisthelsetjenesten er redusert. Denne endringen av ressurser er planlagt, og ønsket. Denne utviklingen forventes å fortsette i årene fremover, på grunn av nye behandlingsmuligheter, økningen av antallet nye krefttilfeller (insidensøkning) og antallet mennesker som lever med kreft (prevalensøkning). Det er vanskelig å forutse det fremtidige behovet for sengeplasser, denne vurderingen må gjøres kontinuerlig.

Det forventes minimum 30 % økning i ressursbruken innen kreftomsorgen fra 2010 til 2020.

4. Noen grunnleggende forutsetninger

4.1 Region- og lokalsykehusoppgaver

Midt-Norge består som nevnt av omkring 680.000 mennesker fordelt på et relativt stort geografisk område med krevende transportveier i deler av regionen. For å kunne tilby befolkningen et optimalt og nasjonalt likeverdig krefttilbud, må man sikre at behandlere har nødvendig kompetanse og infrastruktur. Dette gjelder både innen diagnostikk, behandling og oppfølging. For å nå dette målet kreves relativt store investeringer på personalnivå (kompetanse) og på utstyrssiden. En grunnleggende forutsetning er at utredning (bildediagnostikk), vurdering av biologisk materiale (patologi) og behandlingsdelen av teamene har en kritisk masse pasienter til enhver tid. For å oppnå dette må flere utredningsformer, spesielt krevende bildediagnostikk, for eksempel PET-CT, kirurgi, medikamentell behandling og andre invasive prosedyrer, sentraliseres til noen få sentra. Stråleterapi krever også en sentralisering på linje med dagens struktur, på grunn av kostbart utstyr og høyspesialisert personale. Samtidig bør andre behandlingsformer, spesielt den palliative behandlingen, samt deler av den livsforlengende medikamentelle behandlingen, desentraliseres til lokalsykehus og muligens til kommunehelsetjenesten. Hva kommunehelsetjenesten har kompetanse og mulighet til å overta, krever en særlig utredning.

Klinisk forskning krever også en "kritisk masse" av personell og pasienter som kan delta i kliniske studier. Ofte er det nødvendig med et samarbeid nasjonalt og/eller internasjonalt. Pådriver og initiativtaker til klinisk forskning skal være St. Olavs Hospital, universitetsklinikken og dens forskningsmiljøer/forskningsgrupper, men alle sykehus i regionen må bidra til klinisk forskning.

4.2 Grunnleggende elementer i organiseringen av kreftomsorgen

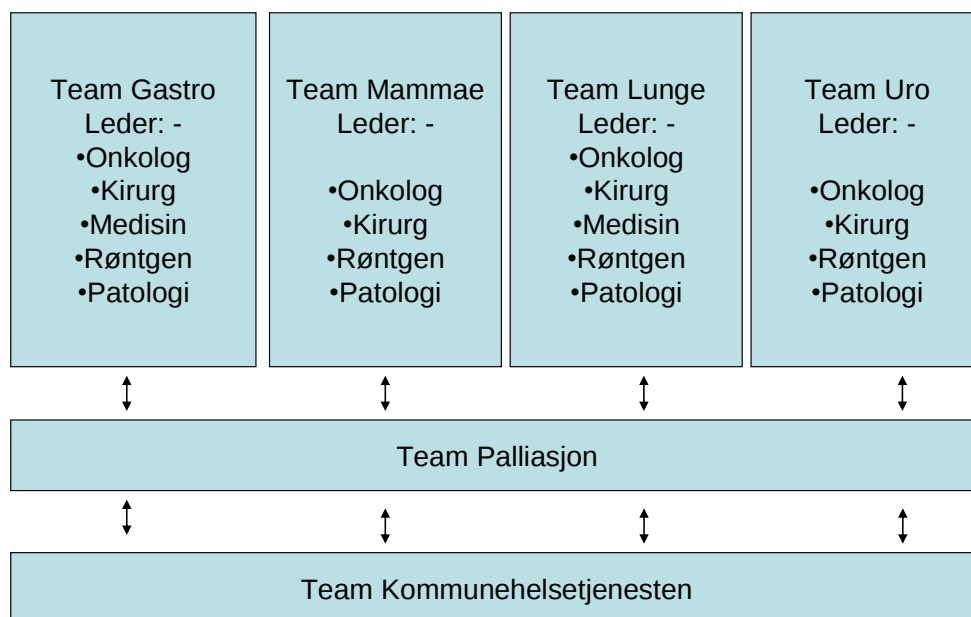
Dagens kreftbehandling krever et tett samarbeid mellom spesialiteter, spissing av kompetanse innen spesialiteter, koordinering av samarbeid mellom de tre nivåene i helsevesenet, samarbeid mellom forskjellige kompetanseområder (andre enn medisin og sykepleie), etablering og utvikling av sammenhengende behandlingskjeder, kvalitetssikring og initiativ til deltakelse i klinisk forskning.

Moderne kreftbehandling er multimodal og spesialisert. Dette krever et MDT som arbeider tett sammen. Hovedaktørene i et slikt team når behandlingsintensjonen er kurativ eller livsforlengende er: kirurg, onkolog, bildediagnostiker, patolog og eventuelt annen spesialist, for eksempel lungelege/hematolog.

MDT er en forutsetning for å kunne tilby moderne kreftbehandling. Teamet er nødvendig for de vurderingene og beslutningene som skal tas i forbindelse med pasienters utredning og behandling. Det kreves i dag spisskompetanse utover grunnspecialitet. Et team for kolorektalkreft / brystkreft / lungekreft / urologisk kreft med flere, må ha kirurg og onkolog med spesialkompetanse nettopp innenfor hvert spesifikke kreftområde, det samme gjelder for patologi og bildediagnostikk. Det forventes at disse enkeltpersonene, og ikke minst teamet samlet, er oppdatert på den internasjonale kunnskapsfronten innen sitt fagområde, at man deltar i utviklingen av de nasjonale retningslinjene og utvikler oppdaterte regionale pasientforløp. I tillegg bør MDT delta i, og fortrinnsvis ta initiativ til, klinisk pasientnær forskning på regionalt, nasjonalt og internasjonalt nivå.

Krav om multidisiplinære team er i økende grad nedfelt i nasjonale handlingsplaner. Multidisiplinære team er i dag etablert av klinikere innen mange fagfelt etter behov. Disse multidisiplinære teamene er i dag ofte uformelle i struktur, og det er et behov for definert ledelse og formell struktur for å sikre robusthet og ansvar. En slik overordnet organisasjonsplan er skissert i figur 5.

Figur 5. Organisasjonsplan



Denne figuren illustrerer også at det er behov for en egen spisskompetanse innen hver diagnosegruppe. Dette vil ikke (i hvert fall på nivå 3) være den samme personen som innehar spisskompetanse innen hvert fagområde for de forskjellige diagnosegruppene, eksempelvis onkologi, røntgen etc. Derfor bør de fleste (større) diagnosegruppene organiseres i egne team. Denne teamstrukturen bør være et minimumskrav for å kunne diagnostisere, planlegge og utøve moderne kurativ, livsforlengende og palliativ kreftbehandling. Disse teamene bør være formelt oppnevnt med en leder, og være forankret i RHF- og HF-strukturene. Kompetanse og sammensetning vil avhenge av om teamet er på tredjelinjenivå, St. Olavs Hospital, eller på kreftsenter ved lokalsykehus, som i Ålesund.

Det er ikke realistisk med fullverdige organspesifikke multidisiplinære team ved andre sykehus enn St. Olavs Hospital og Ålesund sykehus i Helse Midt-Norge.

Det palliative teamet bør på samme måte inneha spesialkompetanse innen palliasjon. Leger med godkjent spesialkompetanse innen palliasjon, sykepleiere med spisskompetanse innen palliasjon og kreftsykepleiere, samt et øvrig tverrfaglig team bestående av fysioterapeut, klinisk ernæringsfysiolog, ergoterapeut, sosionom og prest, bør være opprettet ved alle sykehus i regionen.

På St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim, bør leder for teamet i tillegg til å ha nødvendig klinisk spisskompetanse, også ha grunnleggende forskerutdannelse, minimum på PhD-nivå, samt fortrinnsvis være forskningsaktiv innen relevante områder for de beslutningene man må fatte i teamet.

Det kommunale MDT bør ha et tett formalisert samarbeid med det palliative MDT i spesialisthelsetjenesten. Dette samarbeidet bør ivareta og sikre den faglige standarden, samt fordele fast pasientansvar. Det kommunale palliative teamet bør ha personell med nok kompetanse til å kunne ta selvstendige beslutninger innen onkologi og palliasjon når dette er formålstjenlig. Man bør derfor legge forholdene til rette for et formalisert samarbeid om klinikere som kan arbeide både i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Også for det kommunale MDT er det viktig med en kritisk masse pasienter for å kunne opprettholde den nødvendige kliniske kompetansen og for å sikre en forsvarlig bruk av ressurser. I store kommuner kan pasientmassen være tilstrekkelig for et eget MDT, mens man i mindre kommuner bør etablere samarbeid på tvers av kommuner.

En forutsetning for at MDT skal fungere optimalt, er lett tilgjengelighet for vurderinger i MDT og konsultasjoner med medlemmer av MDT. Dette forutsetter etablerte rutiner for henvisninger og at medlemmer av MDT har formelt ansvar for å yte service til hele helseregionen.

4.3 Regionsansvar St. Olavs Hospital - forankring i organisasjonen

Det er forventet at den ovenfornevnte kompetansen innen alle spesialområder finnes på universitetsklinikken. Dette er nødvendig for å kunne tilby pasientene behandling på et høyt internasjonalt nivå både i henhold til de nasjonale retningslinjene og internasjonale standarder. En forutsetning for at pasientene skal kunne sikres et slikt nivå, er at teamlederne har høy klinisk og akademisk kompetanse. Teamleder bør rekrutteres fra det kliniske miljøet som har omsorg for den aktuelle typen kreftpasienter. Det forventes at teamleder, sammen med det øvrige akademiske miljøet ved St. Olavs Hospital og Det medisinske fakultet, NTNU, er initiativtakere til klinisk pasientnær forskning i helseregionen.

Denne kompetansen innen både klinikk og forskning må være tilgjengelig i hele helseregionen hvor kreftpasienter behandles. Dette vil bli organisert ved at teamene (se figur 1) ved St. Olavs Hospital (nivå 3) også får et regionalt ansvar i tett samarbeid med personer med spisskompetanse på nivå 2 og 1. Teamene bør formaliseres i en struktur som både ivaretar hver spesialitets særbehov, en sammenhengende kompetansetilgjengelighet, og en sammenhengende og forutsigbar flyt av pasienter (sammenhengende behandlingskjede) basert på pasientforløp tilpasset hver enkelt diagnose. Dette innebærer at pasientene utredes og behandles der den nødvendige kompetansen finnes. Dette vil bety en sentralisering av primærdiagnostikk, spesielt der det kreves en rask avklaring på nivå 3, mens videre behandling og oppfølging bør desentraliseres. Dette gjelder spesielt livsforlengende og palliativ behandling. På hvilket nivå pasienten utredes, behandles og følges opp, må spesifiseres i de regionale pasientforløpene.

Det regionale teamet skal gi støtte til de lokale teamene. Dette vil være spesielt aktuelt ved primærdiagnostikk, residivsituasjoner, vanskelige palliative pasienter og oppfølging av pasienter med seineffekter. Det regionale teamet vil fungere som et "tumorboard" for regionen.

Deler av teamet bør delta i utvikling og oppdatering av de nasjonale retningslinjene, samt være med i de nasjonale tumorgruppene.

4.4 Kritisk masse

Det er økende dokumentasjon innen de fleste kreftformer som bekrefter at høyvolumsenter oppnår bedre resultater enn senter som behandler få pasienter. Dette gjelder ulike sykdommer som brystkreft, tykktarms- og endetarmskreft, testikkelkreft, lungekreft, bukspyttkjertelkreft, spiserørskreft og prostatakreft. Det positive forholdet mellom volum og overlevelse er konsekvent mellom studier, selv om det er eksempler på at små senter også kan oppnå høy kvalitet og god overlevelse. Kombinasjonen av volum og kompetanse – et robust multidisiplinært team – er grunnleggende i moderne kreftbehandling. Dette gir pasientene en garanti for rask innføring av nye behandlinger og ny diagnostikk, individualisert og rutinebasert utredning og behandling, kortere ventetider og muligheter til å delta i kliniske studier. Det er et sterkt forhold mellom kvaliteten på kirurgi og den enkelte kirurgs årlige inngrep. Kirurgens dyktighet er en viktig del av den bedrede overlevelsen ved store sentra, men et minst like viktig bidrag som kirurgens dyktighet er det faktum at et større pasientvolum øker erfaringen, kunnskapen og dyktigheten til de andre medlemmene av MDT, som onkolog, radiolog, patolog og andre spesialister.

Det er essensielt at en enhet som behandler kreft skal være robust. For å redusere sårbarheten er det viktig at ingen funksjoner er avhengige av enkeltpersoner. For å opprettholde kvaliteten til en robust enhet er man avhengig av relativt mange pasienter innen hver diagnosegruppe, da flere fagpersoner må opprettholde spisskompetanse. I tillegg skal en robust enhet kunne stå for utdanning av nye spesialister innen fagfeltet.

Sentre som St. Olavs Hospital har, på grunn av relativt stort pasientvolum og tett akademisk tilknytning, ofte en god infrastruktur som kan støtte forskere som deltar i kliniske studier. St. Olavs Hospital har derfor et forskningsmessig ansvar som pådriver og støttespiller for alle sykehus i Helse Midt-Norge.

5. Utviklingstrekk

Moderne kreftbehandling er kjennetegnet ved et stort og godt forskningsbasert datagrunnlag, velutviklede nasjonale retningslinjer og en god nasjonal kreftomsorg.

Det forventes i dag kort tid fra første symptom til oppstart av behandling. Man arbeider systematisk for å identifisere flaskehalser og forsinkelser i systemet. I alle faser av sykdommen kreves det spesialkompetanse, ikke bare for spesialister innen hovedområdene onkologi, kirurgi, bildediagnostikk, patologi og palliativ medisin, men også innen subområder innenfor hvert hovedområde. En slik kompetanse har langsomt bedret behandlingsresultatene, for eksempel har organiseringen av brystkreftscreening med tilhørende diagnostikk- og behandlingsteam for brystkreft sannsynligvis vært en av hovedårsakene til bedre resultater for brystkreftgruppen. Innen de andre store tumorområdene vil en tilsvarende stringent organisering sannsynligvis bidra til bedre resultater.

Nye metoder er til vurdering og blir tatt i bruk regelmessig, noe som sannsynligvis vil skje i enda større grad i årene framover. PET-CT er et eksempel på dette. Denne typen bildediagnostikk vil bli en viktig del av mye primærdiagnostikk innen kurative behandlingsforløp i langt større grad i framtiden enn hva tilfellet er i dag. Nye operasjonsmetoder, herunder robotkirurgi, vil i økende grad bli tatt i bruk, og superspesialisert kombinert behandling, inklusive høyteknologisk strålebehandling, vil bli brukt i større grad i årene framover. Denne høyteknologiske strålebehandlingen har som mål å bedre overlevelse, men aller mest å bidra til redusert sannsynlighet for seineffekter.

Brystbevarende kirurgi kombinert med rekonstruksjon vil også bli en del av primærbehandlingen for en del pasienter. Sammensatte behandlingsforløp med en kombinasjon av kirurgi, kjemoterapi og strålebehandling er allerede en del av standardforløpet, men vil sannsynligvis i enda større grad bli en del av rutinebehandlingen.

I samhandlingsreformen forventes det at kommunale og interkommunale pasientforløp utvikles og at tjenestene organiseres ut fra behov om større enheter. Derfor har noen kommuner opprettet organisatoriske enheter hvor man har samorgansiert førstelinjetjenesten, et eksempel er samarbeidet mellom åtte kommuner i Orkdalsregionen. Behovet for palliativ diagnostikk og behandling i primærhelsetjenesten vil øke. Mange av disse eldre pasientene vil være mer tidkrevende, blant annet på grunn av lavt funksjonsnivå og annen komorbiditet. Dette krever nye organisasjonsformer og ny tenkning innen kreftomsorgen.

Utdanning av fagfolk, spesielt legespesialister, er i endring. Tjenesteplaner og reell arbeidstid er i dag redusert mye sammenlignet med tidligere. Dette gjør at legespesialister har et mindre erfaringsgrunnlag, og for kirurger, et mye mindre operasjonsvolum når de er ferdig med sin spesialisering. Nyutdannede spesialister er derfor mer avhengig av å arbeide i et fagmiljø for å opprettholde og utvikle sin fagkompetanse enn tilfellet var tidligere. Det er innen dagens helsevesen ikke mulig å opparbeide spisskompetanse innen alle felt, både på grunn av den generelle kunnskapsutviklingen, men også på grunn av mindre tilgjengelig tid til prosedyrer og faglig fordyping. I mye større grad enn før har man derfor en intern funksjonsfordeling, såkalt subspesialisering, innenfor ulike fag. Innen kirurgien er dette formalisert med ulike grener. Innen fag som radiologi, patologi og onkologi har man den samme funksjonsfordelingen, men den er ikke formalisert. Denne subspesialiseringen starter i praksis ofte før man er ferdig utdannet spesialist.

6. Regionale pasientforløp, utredning og oppfølging

6.1 Regionale pasientforløp

Det skal foreligge regionale pasientforløp for alle store pasientgrupper innen kreftomsorgen. De regionale pasientforløpene skal inkludere retningslinjer for diagnostisering, utredning, behandling, rehabilitering og oppfølging av kreftpasienter. Det regionale multimodale teamet skal ha ansvar for utarbeidelse og vedlikehold av de regionale pasientforløpene. Arbeidet må gjøres i tett dialog med lokalsykehusene og bygge på Helsedirektoratets nasjonale retningslinjer innen ulike kreftformer og palliasjon. Disse prosedyrene skal anvendes i alle ledd av kreftbehandlingen, slik at man generelt unngår at undersøkelser gjentas hvis pasienter henvises fra lokalsykehusene til regionsykehuset for videre behandling. Det ligger utenfor denne kreftplanen å gå direkte inn på det konkrete innholdet i ulike regionale pasientforløpene, men visse forutsetninger skal ligge til grunn:

- Utredning skal skje pasientnært, det vil sikre rask utredning, diagnose og etablering av en god kontakt mellom det lokale sykehuset og pasienten. Utredning skal følge det regionale pasientforløpet.
- Kontakt og henvisninger mellom sykehus bør kunne skje elektronisk.
- Det bør etableres egen adresse for vurdering i de ulike MDT, på tvers av spesialiteter. For eksempel kan man ha en adresse for alle henvisninger vedrørende urologisk kreft til St. Olavs Hospital.
- Oppfølging av kreftpasienten etter avsluttet behandling bør skje så nært pasienten som mulig. I større grad enn i dag skal dette skje ved lokalsykehus og i kommunehelsetjenesten. Oppfølging av de regionale pasientforløpene er nødvendig for å sikre kompetanseoverføring til de ulike nivåene i kreftomsorgen.
- Det må sikres gode kommunikasjonslinjer mellom de ulike nivåene i kreftomsorgen, fra kommunehelsetjenesten via lokalsykehusene til universitetssykehuset
- Rehabilitering av kreftpasienter bør skje så nært hjemmet som mulig. Prevalensen av kreftpasienter øker sterkt, og i stor grad må dette behovet ivaretas av primærhelsetjenesten.

6.2 Utredning

6.2.1 Generelt

Utredning av kreft bør skje raskt og bør holde en høy kvalitetsmessig standard, uavhengig av hvem som utreder. Visse spesifikke krav til utredende instans går frem av kvalitetskrav presentert i kapittel 8. Andre generelle krav til utredning er at:

- Radiologisk kreftutredning og undersøkelser underveis i behandlingen bør gjøres ved sykehus. Prosedyrer må standardiseres og kvaliteten bør være på et høyt nivå.
- Spesialister som utreder kreft bør være fast ansatt, for å sikre pasienten kontinuitet samt minske risikoen for svikt i informasjonsflyten.
- Kontakt og henvisninger mellom sykehus må kunne skje elektronisk, og henvisninger må vurderes umiddelbart.
- Ventetid på undersøkelser ved mistanke om kreft må avvikles.

6.2.2 Endoskopiske undersøkelser

Endoskopiske undersøkelser er i dag i utstrakt bruk ved utredning av lungekreft og kreft i mage-/tarmsystemet. Det er vanskelig å vurdere sjansen for kreft basert på sykehistorien, symptomer og funn. Antallet nye krefttilfeller funnet hos pasienter hvor man antar at sjansen for kreft er liten, er likevel så høyt at man ikke bør prioritere pasienter henvist til endoskopier i ulike hastegrupper. Ventelistene på endoskopiske undersøkelser i Helse Midt-Norge er stabile, slik at totalkapasiteten for å undersøke pasientene synes å være tilfredstillende.

- Kapasiteten og organiseringen på endoskopiske undersøkelser som colonoskopi, gastroskopi og bronkoskopi må bedres slik at man ikke har venteliste på slike undersøkelser.
- Endoskopiske undersøkelser skal være tilgjengelig så nært pasienten som mulig.
- Alle pasienter som henvises med spørsmål om kreft bør skoperes innen en uke.

6.3 Oppfølging

Den økte prevalensen av individer med en kreftdiagnose øker sterkt. Så å si alle pasienter med en tidligere kreftdiagnose vil ha behov for oppfølging etter avsluttet behandling. Hyppige undersøkelser er nødvendig de første årene etter avsluttet behandling. Detaljer vedrørende oppfølging skal spesifiseres i pasientforløpene. Det store volumet av disse pasientene vil utgjøres av pasienter med prostatakreft, brystkreft og kreft i mage-/tarmsystemet. Volumet av disse pasientene er for stort til at spesialisthelsetjenesten vil kunne betjene all oppfølging etter og under behandling.

Oppfølging bør gjennomføres så nær pasienten som mulig. Basert på retningslinjer i de nasjonale handlingsprogrammene og de regionale pasientforløpene vil mye av oppfølgingen med godt resultat kunne håndteres av pasientens fastlege.

For pasienter som følges etter behandling for sin kreftsykdom i primærhelsetjenesten, er det viktig at oppfølgingen skjer etter gjeldende retningslinjer. Disse er i kontinuerlig endring, og det bør foreligge et lett tilgjengelig elektronisk hjelpemiddel der siste oppdaterte retningslinjer for oppfølging er skissert. Det er viktig at tidligere pasienter følges med riktige intervaller, og primærhelsetjenesten må ha verktøy som sikrer innkalling av pasienter til kontroller.

Det må være tett og enkel kontakt mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Toveis elektronisk kommunikasjon er en forutsetning for at dette skal kunne være vellykket.

7. Patologi

7.1 Innledning

Vurdering av vevsprøver utført av patolog er helt sentralt i all diagnostikk av kreft. Nye, mer avanserte teknikker har det siste tiåret medført en grunnleggende endring i patologifaget. Moderne teknikker som immunhistokjemi, PCR-teknikker, in situ hybridisering med mer er nødvendige teknikker for patologiske laboratorier å beherske, og har blitt svært viktig i diagnostikken av de fleste kreftsykdommer. Det er estimert at et overlegeårsverk skal dekke ca. 2500 biopsier årlig. I tillegg til vurdering av biopsier skal patologer også dekke cytologiprøver og obduksjoner. Ved et universitetssykehus skal man i tillegg dekke behovet for undervisning og forskning.

7.2 Dagens organisering

7.2.1 St. Olavs Hospital

Avdeling for patologi og medisinsk genetikk ved St. Olavs Hospital har 12 overlegehemler og vurderer rundt 38.000 biopsier årlig. I tillegg til diagnostikk har avdelingen universitetsfunksjon og skal utdanne nye spesialister samt drive forskning.

7.2.2 Ålesund sykehus

Avdeling for patologi ved sykehuset i Ålesund har to overleger i 1.8 stillinger. De vurderer rundt 14.000 biopsier årlig.

7.2.3 Molde sykehus

Laboratorium for patologi i Molde har to overleger. De vurderer rundt 7000 biopsier årlig.

7.3 utfordringer

Patologi har en stor utfordring med få overleger, og et stadig økende antall biopsier. Alle enheter for patologi i Helse Midt-Norge er underbemannet basert på anbefalte produksjonstall. Det er spesielt bekymringer knyttet til situasjonen i Møre og Romsdal. Ved St. Olavs Hospital er også kapasiteten presset, og avdelingen må sende mange prøver for vurdering til private laboratorier.

Kapasitetsbegrensingen gjør patologi til et svært sårbart område da det ikke er patologisk reservekapasitet i noen norske helseregioner. Dette medfører et stort privat marked, som basert på erfaringer med privat bildediagnostikk vil kunne tappe det offentlige helsevesenet for fagpersoner.

I multimodale team inngår patolog som en viktig del av teamet for å gi et bedre tilbud til pasientene. På grunn av den generelle arbeidsbelastningen er det i dag vanskelig for patologer å inngå i alle slike team.

Digital patologi er i ferd med å bli tatt i bruk flere steder i Norge og utlandet. Innføring av digital patologi kan effektivisere driften og bedre samarbeidet mellom patologiavdelingene i regionen.

Ved denne teknikken skannes de mikroskopiske snittene slik at man får et digitalt bilde som lagres på en server og derfra hentes opp for å granskes på skjerm. Dette har flere fordeler:

1. Bildet kan sendes som vanlig digitalt bilde på helsenettet.
2. Man slipper logistikken omkring arkivering og henting av snitt for diagnostikk, møter, undervisning med mer.

3. Flere kan ha samme bilde åpent samtidig.
4. Dersom patologen er borte, kan bildene/snittene analyseres av patolog ved et annet laboratorium.
5. I dag sendes prøver fra Ålesund og Molde til St. Olavs Hospital per post for etterundersøkelse i forbindelse med behandling. For disse prøvene vil man spare tid og slippe å gjenta omfattende undersøkelser (immunhistokjemi) utført primært.

7.4 Gruppens anbefalinger, inkludert endring i funksjonsfordeling

Det er behov for en sterk styrking av patologi innen Helse Midt-Norge frem mot 2020.

Alle tre patologiske avdelinger er i dag underbemannet, spesielt er situasjonen kritisk ved Ålesund sykehus.

Små miljø er sårbare, og frafall av nøkkelpersoner vil kunne få store konsekvenser. Vi anbefaler derfor en større, samlet patologisk avdeling i Møre og Romsdal, som samorganiseres med patologien ved St. Olavs Hospital, for eksempel ut fra samme modell som man i dag har innen onkologien.

Krevende analyser bør sentraliseres til et sykehus.

Nye analysemetoder bør innføres ved St. Olavs Hospital først.

Tverrfaglig kontakt mellom patolog og andre faggrupper må styrkes, og patolog må inngå i relevante tverrfaglige team.

Helse Midt-Norge bør innføre digital patologi. Det vil gi fleksibilitet, økt effektivitet og sikrere drift ved fravær og sykdom.

Kreftkirurgi er avhengig av patologiske frysesnitt. Sykehus som utfører kreftkirurgi er derfor avhengig av patologitjenester, og dette må være en forutsetning for at spesifiserte typer kreftkirurgi kan foregå ved sykehuset.

8. Bildediagnostikk

8.1 Innledning

I diagnostisering av så å si alle typer kreft er bildediagnostikk obligatorisk. Bildediagnostikken er nødvendig for å stille kreftdiagnosen, for å fastsette sykdommens utbredelse, og for å planlegge behandlingen. Ved etablert sykdom brukes bildediagnostikk utstrakt til evaluering av behandling og til diagnostikk av symptomer i kreftsykdomsforløpet.

Vurdering av bildediagnostikk ved kreftsykdom er krevende. Bildene inneholder ofte mye informasjon som må tolkes av erfarne og spesialiserte radiologer.

8.2 Dagens organisering

Alle sykehus i helse Midt-Norge har etablerte avdelinger for bildediagnostikk. I tillegg er det et stort privat tilbud av bildediagnostikk finansiert av det offentlige.

8.3 Utfordringer innen bildediagnostikk

Innen spesialisthelsetjenesten er det i dag store kapasitets- og kvalitetsutfordringer, primært på grunn av mangel på kompetente spesialister innen radiologi.

En generell oppfatning i Helse Midt-Norge er at:

- Utredning av kreftsykdom blir ofte forsinket dersom primærutredningen skjer ved sykehus som ikke har spesialiserte radiologer, eller ved private institutter. Dette skyldes usikkerhet ved tolkning av undersøkelsene, som ofte må gjøres på nytt av spesialiserte radiologer ved de største sykehusene. Dette medfører ofte forlenget utredningstid av pasienten.
- Man er sterkt bekymret over at det offentlige helsevesenet tømmes for personalressurser og økonomiske ressurser som går til private aktører. Offentlig finansiering av private institutter har i de siste årene medført at flere radiologer har sluttet i det offentlige for å begynne ved private institutter. Ved å svekke spesialisthelsetjenesten på denne måten får de pasientene som har behov for effektiv og forsvarlig utredning et dårligere tilbud.
- Det er økende krav til tjenester fra fagfeltet bildediagnostikk. Dette skyldes økt krav til spesialisert diagnostikk, bedre behandlingsmuligheter, tekniske fremskritt og økende pasientantall. I tillegg er det økende bruk av bildeveiledet intervensjon. For å få til en tilfredsstillende kvalitet og fagutvikling, er det helt nødvendig med et tett tverrfaglig samarbeid med de andre fagene som er involvert i kreftomsorgen.

8.4 Gruppens anbefalinger

Det anbefales en koordinert og planlagt satsning på bildediagnostikk i Helse Midt-Norge.

Det er stort behov for flere radiologer i spesialisthelsetjenesten. Det trengs en økning i utdanningskapasiteten da det har vist seg svært vanskelig å rekruttere ferdig utdannede spesialister. På grunn av økende kompleksitet og økende pasientantall er det et sterkt behov for flere legestillinger, både spesialister og leger i spesialisering.

Utredningen av kreftpasientene må skje på det sykehuset hvor behandlingen skal foregå.
Radiologen må inngå som en del av det tverrfaglige teamet.

De private aktørene innen bildediagnostikk er en utfordring i forhold til kapasitet og kvalitet i spesialisthelsetjenesten.

Bildediagnostikk uten strålebelastning bør benyttes i størst mulig grad hos barn og unge voksne.

Det er et stort behov for nasjonale retningslinjer for å sikre riktig bruk av bildediagnostikk.

Billediagnostiske protokoller må samkjøres innen helseregionen.

9. PET

9.1 Innledning

PET-CT er en metode hvor PET (Positron Emisjons Tomografi) kombineres med Computer Tomografi. PET er en nukleærmedisinsk metode som avbilder fordeling av en radioaktivt merket forbindelse (radioaktivt merket druesukker/FDG) i vev, og som i stor grad kan skille mellom aktivt tumorvev og nekrotisk vev/fibrose. PET kombineres oftest med CT, men kan også kombineres med andre modaliteter, som MR.

PET brukes hovedsakelig ved utredning av kreftpasienter, men benyttes også noe innen fagfeltene nevrologi og kardiologi. En rekke studier har entydig vist at PET har høyere sensitivitet og spesifisitet enn annen bildediagnostikk.

Norge fikk sin første PET-CT i 2005, som det siste landet i Vest-Europa. Kunnskapssenteret konkluderte i en rapport fra 2009 at Norge vil ha et økt behov for PET-CT frem mot 2020. På bakgrunn av denne rapporten anbefalte Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten i desember 2009 at man i Norge tar sikte på videre utbygging av PET-CT.

9.2 Dagens situasjon

Per i dag har vi to PET-sentre i Norge, et i Bergen og et i Oslo. PET-senteret i Oslo (Oslo Universitetssykehus) har tre scannere; en på DNR, en på Rikshospitalet og en på Ullevål sykehus. Universitetssykehuset i Nord-Norge har foreløpig avtale om kjøp av mobil PET-CT-undersøkelse fra Finland, man har nå planlagt anskaffelse av egen PET-CT. I tillegg til det offentlige tilbudet tilbyr nå private aktører også PET-CT i Norge.

Grunnet ventetid på undersøkelse, ventetid på beskrivelse og lang reisevei, er det relativt få pasienter fra Helse Midt-Norge som i dag henvises til PET-CT.

De nasjonale handlingsprogrammene beskriver indikasjon for PET på områder der teknologien er godt dokumentert.

Anbefalinger for bruk av PET ved forskjellige typer kreft er følgende:

Lungekreft:

- Gir bedre stadieinndeling av ikke småcellet lungecarcinom (NSCLC) enn konvensjonelle metoder. PET-CT bør inngå i preoperativ vurdering av pasienter med ikke-småcellet lungecancer for å avklare eventuell spredning til mediastinum.

Maligne lymfomer:

- For korrekt stadieinndeling ved Hodgkin lymfom (HL) og aggressivt non-Hodgkin lymfom (NHL) i tvilstilfeller ved tradisjonell diagnostikk.
- Ved restforandringer etter fullført kjemoterapi ved utbredt stadium av HL og aggressivt NHL, der man er i tvil om dette representerer aktivt tumorvev eller ikke.
- Ved mistanke om progresjon under terapi eller residiv etter terapi ved aggressivt NHL og HL, der tradisjonell diagnostikk ikke kan avklare spørsmålet.
- Ved residiv av HL og aggressivt NHL der det anses som viktig å nøyaktig definere lokalisasjon/utbredelse av sykdommen.

- Interim PET-analyse er lovende ved HL, utbredt sykdom og anbefales brukt i prospektive studier. Ved NHL trengs flere og bedre studier med homogene pasientpopulasjoner og enhetlig behandling for å avklare eventuell nytteverdi.

Spiserørskreft:

- Pasienter med kurativ intensjon etter utredning med CT thorax/øvre abdomen og EUS (endoskopisk ultralyd), bør utredes med PET-CT.

Tykktarm- og endetarmskreft:

- Utredning for å påvise eventuell ekstrahepatisk sykdom eller ekstrapulmonell sykdom før kurativ metastasekirurgi.

Hode- og halskreft:

- Deteksjon av primærtumor ved vanskelig diagnostikk.
- Utredning av residiv eller restforandringer etter kreftbehandling.

Testikkelkreft:

- PET-CT har god sensitivitet og spesifisitet for å påvise restsykdom etter behandling for metastatisk seminom.

Generelt forventes det at indikasjonene for PET-CT vil øke de neste årene, ikke bare innenfor onkologi, men også innen andre fag, som nevrologi.

9.3 Utfordringer

Utviklingen innen fagfeltet går raskt. PET-CT er en relativt ny metode i Norge. Det er derfor relativt få fagpersoner med kompetanse på området. Det vil si at det må settes inn ressurser på utdanning, rekruttering og opplæring av personell. Det kreves et godt samarbeid mellom nukleærmedisinsk og radiologisk avdeling.

Etablering av PET-CT vil være moderat kostnadskrevende, både når det gjelder primær investering og drift.

9.4 Gruppens anbefalinger

Det er et klart behov for etablering av PET-CT ved St. Olavs Hospital for å sikre pasienter like muligheter for undersøkelse med PET som i andre helseregioner.

10. Lungekreft

10.1 Innledning

Lungekreft er den kreftsykdommen i Norge som tar flest liv. I 2007 døde 2151 pasienter i Norge som følge av lungekreft. Lungekreft er sterkt forbundet med røyking, og en forventer at insidensen vil holde seg stabil fremover, før insidensen så reduseres som resultat av lavere andel røykere i Norge. Det diagnostiseres rundt 350 pasienter med lungekreft årlig i Midt-Norge. Kurasjon er mulig dersom sykdommen er lokalisert ved diagnosetidspunktet slik at man kan få utført kirurgi med kurativt siktemål. Ofte er sykdommen så utbredt på diagnosetidspunktet at kurasjon ikke er mulig. Mange av pasientene har behov for spesialisert palliasjon i livets slutfase.

Det er et overordnet mål å sikre rask diagnostikk ved symptomer på lungekreft da sykdommen kan ha en aggressiv utvikling, og sykdommen kan gå over fra å være kurabel til å bli inkurabel under utredningen.

I Helse Midt-Norge opereres nå ca. 20 % av pasientene med lungekreft. For å optimalisere sjansen for kurasjon er det viktig med rask og effektiv diagnostisering, dette inkluderer at alle pasientene blir vurdert av det kompetente onkologiske teamet og at kirurgisk behandling kan igangsettes uten unødvendig venting.

10.2 Dagens funksjonsfordeling

Diagnostisering skjer i dag ved alle sykehus i Midt-Norge. Ved påvist lungekreft uten fjernspredning vurderes pasienten for kirurgi eller kurativ strålebehandling ved det tverrfaglige thoraxmøtet ved St. Olavs Hospital. Alle sykehus i Midt-Norge kan delta gjennom telemedisin.

All kirurgi er sentralisert til St. Olavs Hospital, dette gjelder også endoskopiske intervensjoner.

Palliativ kjemoterapi ved lungekreft blir gitt ved alle kreftpoliklinikker i regionen. Ved St. Olavs Hospital skjer dette ved lungeavdelingen.

Strålebehandling gis ved Kreftklinikken, St. Olavs Hospital eller ved Kreftavdelinga i Ålesund.

10.3 Kvalitetskrav

Primærutredningen av lungekreft bør skje ved et sykehus med fast ansatt spesialist i lungemedisin. Forutsetningen for presis diagnostikk er rask tilgang til bildediagnostisk CT-undersøkelse, endoskopisk bronkoskopi og mulighet for CT-veiledet biopsi i thorax.

Som ledd i utredningen av primær operabel lungekreft må man ha rask, regional tilgang til undersøkelse med PET-CT.

Multidisiplinært team ved St. Olavs Hospital bør alltid vurdere operabilitet eller mulighet for kurativ strålebehandling av primær lungekreft og metastaser. Multidisiplinært team bør bestå av thoraxkirurg, lungemedisiner, onkolog, radiolog og patolog. Det skal spesifiseres hvem som er leder for dette teamet. Teamet må møtes minst en gang i uken.

Kirurgi ved lungekreft skal utføres av thoraxkirurg med kompetanse i kirurgi av maligne tilstander i thorax. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere lungekreft:

- Postoperativ- og intensivenhet med anestesilege i døgnvakt
- Fysioterapi- og pleietjeneste
- Lungemedisiner i døgnvakt og med mulighet for bronkoskopi
- Patologitjeneste med frysese
- Radiolog i døgnvakt og mulighet for vanlig røtge og CT
- Thoraxkirurg i døgnvakt
- Onkolog med kompetanse innen lungekreft

Mortalitet ved senter som utfører thoraxkirurgi skal ligge under 3 % ved operasjon for primær lungekreft.

Preoperativ PET må være tilgjengelig med kort ventetid, slik at dette ikke utsetter kurativ behandling.

Endoskopisk intervensjon som laserbehandling, stenting, cryobehandling og brachyterapi er sterkt kompetanseavhengig og bør kun utføres av lungespesialister med spesiell interesse for, og kompetanse innen, fagfeltet.

10.4 Gruppens anbefalinger

Primærutredningen bør skje ved alle sykehus med fast ansatt lungespesialist.

Utredende sykehus må ha nødvendig kompetanse innen billeddiagnostikk samt tilgang til kompetent patologiservice.

Alle pasienter med mulig kurabel lungekreft skal raskt vurderes av det multidisiplinære teamet ved St. Olavs Hospital.

I Helse Midt-Norge skal all thoraxkirurgi være sentralisert til St. Olavs Hospital.

PET-CT er en sentral del av utredningen i henhold til de nasjonale retningslinjene. For å sikre pasienter i Midt-Norge rask og effektiv utredning og kirurgi må det etableres tilbud om PET-CT ved St. Olavs Hospital

Endoskopisk intervensjon som laserbehandling, stenting, cryobehandling og brachyterapi skal være sentralisert til St. Olavs Hospital.

All kjemoterapi og annen medikamentell behandling av lungekreft kan administreres av onkolog eller lungelege med spesiell kompetanse innen kjemoterapi og annen medikamentell behandling av lungekreft. Ved mindre sykehus skal det skje på onkologiske poliklinikker med spesielle polikliniske enheter for kjemoterapi.

11. Kreft i mage- og tarmsystemet

11.1 Innledning

Over 800 pasienter får påvist kreft i mage- og tarmsystemet i Helse Midt-Norge årlig, og disse utgjør ca 22 % av alle nye krefttilfeller. Den største gruppen pasienter utgjøres av pasienter med kreft i tykktarm og endetarm. Gruppen utgjøres i tillegg av pasienter med spiserørskreft, magekreft, leverkreft, galleveiskreft og bukspyttkjertelkreft. I tillegg kommer operasjoner av levermetastaser inn under dette fagfeltet. Overlevelse har gradvis bedret seg, spesielt for pasienter med endetarmskreft der fokuset har vært på strenge krav til kirurgisk teknikk og tilstrekkelig volum av pasienter. Behandlingen av mage- og tarmkreft er multidisciplinær på samme måte som all annen kreftomsorg og avhengig av tett samarbeid mellom kirurg, onkolog, radiolog, patolog og andre relevante spesialiteter, slik som gastroenterologi, i utredningsfasen.

11.2 Dagens funksjonsfordeling

Utredning av tarmkreft skjer ved alle sykehus i Helse Midt-Norge.

Kirurgi ved kreft i spiserør, magesekk, lever, gallerveier og bukspyttkjertel er allerede sentralisert til St. Olavs Hospital. Imidlertid operer flere sykehus pasienter i de store gruppene med tykktarm- og endetarmskreft. Ålesund sykehus opererer tykktarm- og endetarmskreft. For pasienter med endetarmskreft er det de siste fem årene utført mellom 5-18 operasjoner årlig ved Levanger sykehus og mellom 7-11 operasjoner årlig ved Molde sykehus. Flere sykehus har operert tykktarmskreft i samme femårsperiode; Levanger 34-51 operasjoner årlig, Molde 41-62 operasjoner årlig og Namsos 12-20 operasjoner årlig. Helse Midt-Norge har et lavt befolkningsgrunnlag, og det er viktig at de sykehusene som skal utføre kreftkirurgi oppnår et høyt nok volum, slik at kompetanse og utdanningskapasitet er sikret.

Tabell 2. Operasjoner for kreft i mage- og tarmsystemet Helse Midt-Norge 2003-2010, tall fra NPR

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Totalt	Per år	Totalt
St Olav	Tykktarm	103	104	103	104	105	117	121	119	876	110	1714
	Endetarm	61	68	62	65	54	63	52	74	499	62	
	Øvre GI*	30	44	32	41	40	52	46	54	339	42	
Ålesund	Tykktarm	43	46	51	81	60	69	72	78	500	63	701
	Endetarm	31	20	26	22	19	20	31	32	201	25	
Molde	Tykktarm	29	53	27	44	46	41	56	62	358	45	439
	Endetarm	15	9	13	9	7	11	10	7	81	10	
Levanger	Tykktarm	35	49	28	48	34	38	51	35	318	40	419
	Endetarm	10	13	19	14	8	5	14	18	101	13	
Namsos	Tykktarm	14	18	28	17	20	12	20	18	147	18	147

*Spiserør, magesekk og bukspyttkjertel

11.3 Kvalitetskrav

Primærutredningen kan skje ved alle sykehus med tilgang på endoskopiske undersøkelser med kort ventetid, samt god tilgang på bildediagnostikk. MDT skal legge føringer for utredning gjennom regionale pasientforløp, og vil være en kompetanseressurs for alle enheter innen helseregionen.

Ved mistanke om kreftdiagnose skal det regionale pasientforløpet følges.

Dette vil sikre riktig utredning og bidra til kortere tid før oppstart av behandling, samt minimere behovet for ny bildediagnostikk.

Kirurgi ved spiserørskreft skal kun utføres av enheter med minst to gastrokirurger med kompetanse i kirurgi av spiserørskreft. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere spiserørskreft:

- Regelmessige møter i multidisiplinært team (gastrokirurg, onkolog med spesiell kompetanse innen gastroonkologi, radiolog, eventuelt patolog)
- Tilgjengelig thoraxkirurgi
- Teknisk utstyr og faglig kompetanse for adekvat radiologisk utredning (inkludert PET)
- Endoskopisk ultralyd
 - Endoskopisk kompetanse (stenting)
 - Onkologisk miljø med erfaring i avanserte radioterapiteknikker

Kirurgi ved kreft i magesekk skal kun utføres av enheter med minst to gastrokirurger med kompetanse i kirurgi av kreft i magesekk. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere kreft i magesekk:

- Teknisk utstyr og faglig kompetanse for adekvat radiologisk utredning (inkl. CT gastrografi)
- Regelmessige møter i multidisiplinært team med gastrokirurg, onkolog med spesiell kompetanse innen gastroonkologi, radiolog
- Patologiservice med spesialkompetanse
- Endoskopisk kompetanse (stenter)
- Sikker logistikk til avdeling som utreder og behandler cardia-/spiserørskreft

Kirurgi ved kreft i bukspyttkjertel skal kun utføres av enheter med minst to gastrokirurger med kompetanse i kirurgi av kreft i bukspyttkjertel. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere kreft i bukspyttkjertel:

- Regelmessige møter i multidisiplinært team (gastrokirurg, onkolog med spesiell kompetanse innen gastroonkologi, radiolog, patolog)
- Endoskopisk ultralyd
- Intervensjonsradiologi/endoskopi på høyt nivå
- Patologiservice med spesialkompetanse

Kirurgi ved endetarmskreft skal kun utføres av enheter med minst to gastrokirurger med kompetanse i kirurgi av endetarmskreft. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere endetarmskreft:

- Regelmessige møter i multidisiplinært team med gastrokirurg, onkolog med spesiell kompetanse innen gastroonkologi, radiolog med spesiell kompetanse innen gastroonkologi

- Tilgang til patologitjenester
- MR med minst to radiologer med erfaring i vurdering av endetarmskreft
- Endorektal ultralyd
- Tilgjengelig urolog

Kirurgi ved tykktarmskreft skal kun utføres av enheter med minst to gastrokirurger med kompetanse i kirurgi av tykktarmskreft. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere tykktarmskreft:

- Regelmessige møter i multidisiplinært team med gastrokirurg, onkolog og radiolog
- Tilgang til patologitjenester
- God kompetanse for adekvat radiologisk utredning
- Tilgjengelig urolog

Det er vanskelig å sette et minimumsnivå for antall operasjoner, men en meta-analyse fra 2010 som inkluderte 18.301 pasienter behandlet etter 1990 viste at det ved endetarmskreft er dårligere overlevelse og flere komplikasjoner hvis kirurgen utførte mindre enn 10-20 operasjoner årlig. Ved kreft i tykktarm foreligger det ikke like god dokumentasjon, men en publisasjon fra 2010 som inkluderte 4481 pasienter operert for tykktarmskreft i Storbritannia, viste at overlevelsen var dårligere dersom kirurgen opererer mindre enn 26 pasienter årlig. Forskjellen i overlevelse var ikke like stor som ved endetarmskreft. Gjennom mange år har man fokusert på standardisering og sentralisering av behandling av kreft i endetarm i Norge. Resultatene viser nå at overlevelsen ved endetarmskreft for første gang er bedre enn ved tykktarmkreft. Man har i den samme perioden ikke hatt det samme fokus på tykktarmskreft, men rasjonale bak en ytterligere sentralisering av behandling av tykktarmkreft er sterkt.

Det er også dokumentasjon på at sentralisert kirurgi ved kreft i spiserør og bukspyttkjertel gir bedre overlevelse. Dette er kirurgi som er sentralisert i Midt-Norge, men volumet av operasjoner er relativt lavt. Imidlertid er dette operasjoner som er sentrale innen gastrokirurgi, og representerer kompetanse som er nødvendig for å ivareta universitetsfunksjonen og utdanning.

Antall operasjoner per enhet er kun ett av flere kriterier som bør vektlegges når man skal vurdere den fremtidige organiseringen av den kurative kreftkirurgien i Midt-Norge. Andre like viktige kriterier er nødvendig spisskompetanse innen bildediagnostikk, patologi og onkologi. Disse spesialistene må ha nødvendig opplæring, erfaring og fortløpende pasientgrunnlag for å opprettholde den nødvendige kompetansen og for å kunne utdanne nye spesialister.

11.4 Gruppens anbefalinger

Primærutredning av tarmkreft kan utføres ved alle sykehus i Helse Midt-Norge. Forutsetningen for utredning er god tilgang til gastroskopi og koloskopi. Et krav til utredning er fast ansatt indremedisiner eller kirurg med god trening i endoskopiske teknikker. Utredende sykehus må ha god og rask tilgang til diagnostisk radiologi. Pasienten må henvises raskt til behandlende sykehus uten unødvendige ventetider.

Sykehus som opererer de ulike kreftformene i mage- og tarmsystemet skal ha et multidisiplinært team og skal oppfylle kvalitetskrav spesifisert for de ulike diagnosene.

All kjemoterapi og medikamentell behandling ved kreft i mage- og tarmsystemet bør administreres av onkolog, dette gjelder spesielt adjuvant behandling.

PET-CT bør etableres ved St. Olavs Hospital for å sikre kort ventetid for pasienter med mulig kurabel spiserørskreft.

12. Urologisk kreft

12.1 Innledning

Over 900 pasienter får urologisk kreft i Midt-Norge årlig. Den største gruppen pasienter utgjøres av prostatakreft, andre grupper pasienter har blærekreft, kreft i urinveier, nyrekreft og testikkelkreft. Kirurgi ved urologiske kreftformer er i stor grad sentralisert til St. Olavs Hospital. Transurethrale prosedyrer ved blærekreft og prostatakreft utføres ved alle sykehus med fast ansatt spesialist i urologi. Det finnes en operasjonsrobot i Helse Midt-Norge, denne brukes til urologisk og gynekologisk kreftkirurgi. Operativ behandling av nyrekreft blir i dag også utført ved sykehusene i Ålesund og Levanger. Primær operasjon for testikkelkreft blir i dag utført ved alle sykehus i Helse Midt-Norge.

Tabell 3. Operasjoner for urologisk kreft Helse Midt-Norge 2003-2010, tall fra NPR

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Totalt	Per år
St Olav	Prostatakreft	28	33	52	80	97	112	102	127	631	79
	Nyrekreft	33	42	39	43	52	51	62	73	395	49
	Blærekreft	20	16	35	23	20	25	31	23	193	24
Ålesund	Nyrekreft	22	10	10	12	6	14	11	17	102	13
Levanger	Nyrekreft	5	5	9	10	12	3	5	13	64	8

12.2 Kvalitetskrav

Primærutredningen kan skje ved alle sykehus med fast ansatt urolog, samt god tilgang på bildediagnostikk. Det regionale MDT skal legge føringer for utredning gjennom regionale pasientforløp, og vil være en kompetanseressurs for alle enheter innen helseregionen.

Ved mistanke om kreftdiagnose skal det regionale pasientforløpet følges.

Dette vil sikre riktig utredning og bidra til kortere tid før oppstart av behandling, samt minimere behovet for ny bildediagnostikk.

Kirurgi i form av radikal prostatectomi ved prostatakreft skal kun utføres av enheter med minst to urologer med kompetanse i kirurgi av prostatakreft. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere prostatakreft:

- Minst 25 operasjoner per operatør
- Minimum 50 operasjoner per enhet som gjennomfører dette inngrepet
- Multidisiplinært team med urolog, uro-onkolog, patolog, radiolog og uroterapeut
- Tilgjengelig MR for relevante pasienter
- Onkologisk oppfølging må kunne tilbys i etterkant av operasjonen

Kirurgi med kurativ intensjon ved nyrekreft skal kun utføres av enheter med minst to urologer med kompetanse i kirurgi av nyrekreft. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere nyrekreft:

- Kompetanse innen laparoskopisk teknikk innen kirurgi på nyre
- Tverrfaglig team bestående av urolog, onkolog med spesiell kompetanse innen uro-onkologi, patolog, radiolog og nefrolog
- Tilgang til patologitjenester
- Alle pasienter skal preoperativt diskuteres tverrfaglig
- Onkologisk oppfølging må kunne tilbys i etterkant av operasjonen

Kirurgi ved blærekreft skal kun utføres av enheter med minst to urologer med kompetanse i kirurgi av blærekreft. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere nyrekreft:

- Tverrfaglig team bestående av urolog, onkolog med spesiell kompetanse innen uro-onkologi, patolog, radiolog og uroterapeut
- Alle pasienter skal preoperativt diskuteres tverrfaglig
- Cystektomerte pasienter må følges på sengepost av sykepleiere med særlig kompetanse innen håndtering av denne pasientgruppen
- Patologitjenester tilgjengelig, med patolog med urologikompetanse
- Intervensjonsradiologi
- Stomisykepleier
- Gastrokirurgisk avdeling
- Intensivavdeling
- Onkologisk oppfølging må kunne tilbys i etterkant av operasjonen

Kirurgi ved testikkelkreft skal kun utføres av enheter med urolog med kompetanse i innsetting av testikkelprotese. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere testikkelkreft:

- Onkolog/urolog med kompetanse i utredning av testikkelkreft

12.3 Gruppens anbefalinger

Sykehus som opererer de ulike kreftformene i urinveiene skal ha et multidisiplinært team og skal oppfylle kvalitetskrav spesifisert for de ulike diagnosene.

Transurethrale prosedyrer ved blærekreft og prostatakreft kan utføres ved sykehus med fast ansatt urolog.

All kjemoterapi ved prostatakreft, blærekreft og kreft i urinveiene skal administreres av onkolog.

All kjemoterapi og medikamentell behandling av nyrekreft skal administreres av onkolog.

All kjemoterapi av testikkelkreft skal utføres ved St. Olavs Hospital, adjuvant kjemoterapi med karboplatin kan gis ved kreftavdelingen i Ålesund etter konferanse med St. Olavs Hospital.

13. Brystkreft

13.1 Innledning

Blant kvinner er brystkreft den hyppigste kreftsykdommen, og rundt 400 kvinner får diagnosen hvert år i Helse Midt-Norge. Behandlingen av brystkreft er i dag multidisciplinær og avhengig av et tett og formalisert samarbeid mellom kirurg, onkolog, radiolog og patolog.

13.2 Dagens funksjonsfordeling

Mammografiprogrammet er sentralisert til de brystdiagnostiske sentra (BDS) i Ålesund og på St. Olavs Hospital. De brystdiagnostiske sentra har ansvar for tverrfaglig utredning av mistenkt brystkreft. Utredning av brystkreft skjer også ved de andre enhetene som behandler brystkreft i Helse Midt-Norge. Kirurgi ved brystkreft har frem til i dag blitt utført ved mange sykehus i Helse Midt-Norge. Det samme gjelder den bildediagnostiske utredningen som i tillegg også skjer ved private sentra. Kjemoterapi har blitt gitt ved alle sykehus, og administrert både av onkologer, kirurger og indremedisinere.

Tabell 4. Operasjoner for brystkreft Helse Midt-Norge 2003-2010, tall fra NPR

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Totalt	Per år
St Olav	203	222	192	196	199	298	220	193	1723	215
Ålesund	99	94	107	107	103	138	126	127	901	113
Molde	74	87	67	55	94	57	65	83	582	73
Levanger	69	35	63	58	58	77	54	36	450	56
Namsos	30	17	6	9	8	14	4	18	106	13

13.3 Kvalitetskrav basert på EUSOMA

Krav til sykehusenhet som skal behandle brystkreft:

- En enhet må ha tilstrekkelig størrelse til å nydiagnostisere mer enn 150 nye tilfeller av brystkreft hvert år. Dette fordi hvert medlem av det multidisciplinære temaet må ha et minimum av nye brystkreftpasienter for å opprettholde ekspertisen og for å sikre kostnadseffektivitet på et brystsenter.
- Multidisciplinært team:
 - Minst to kirurger som er grenspesialist innen bryst- og endokrinkirurgi. Brystkirurgene bør kunne gjøre enkle rekonstruksjoner og onkoplastiske inngrep, men for øvrig samarbeide med plastikkirurg om større slike inngrep.
 - Radiologer: Minst to brystradiologer med bred tilnærming til faget. Bør delta så vel i screeningen som i klinisk virksomhet. Må være fullt kvalifisert innenfor mammografi, ultralyd, vevsprøvetaking og merkeprosedyrer etc.

- Patologer: En ledende patolog og minst en patolog til, eventuelt to avhengig av aktivitet, til å ta ansvar for brystpatologi og cytologi. Må delta fortløpende i diagnostikken av det enkelte kasus og innenfor tverrfaglige møter.
- Onkologer: Onkologisk spesialkompetanse for både stråleterapi og medikamentell behandling i tillegg til oppfølging av kontrollpasienter og pasienter med metastatisk sykdom.
- Krav om regelmessige tverrfaglige møter for utvalgte pasienter.

13.4 Gruppens anbefalinger

Pasienter med suspekte funn i bryst bør ikke henvises til privat røntgeninstitutt, men direkte til et BDS.

Sykehus som opererer brystkreft skal ha et multidisiplinært team og skal oppfylle kvalitetskrav.

All kjemoterapi og medikamentell behandling ved brystkreft bør administreres av onkolog. Adjuvant hormonbehandling kan administreres av grenspesialist innen bryst- og endokrinkirurgi.

Krav til enheter som skal behandle brystkreft vil i fremtiden sannsynligvis øke, som å kunne tilby primære rekonstruksjoner og eventuell intraoperativ strålebehandling, for å nevne noen.

Kvalitetskrav fra EUSOMA er basert på dokumentasjon om bedret overlevelse ved høyvolumsentra. Økt pasientvolum og robuste multidisiplinære team gir også bedre mulighet for økt kvalitet, kvalitetssikring og kvalitetsevaluering. Behandlingen er høyspesialisert og integrerer mange høyspesialiserte faggrupper. Kvalitetskravene til enheter som behandler brystkreft vil bedre sikre tilgangen til kvalifisert fagpersonell.

14. Palliasjon

14.1 Innledning

Palliativ behandling, pleie og omsorg bør integreres som en naturlig del av det samlede kreftforløpet. Den siste palliative definisjonen til WHO sier: *"Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual."*

Dette understreker behovet for en nær integrasjon mellom palliativ medisin og onkologi for pasienter som får onkologisk behandling med livsforlengende og/eller palliativ intensjon. En slik integrasjon krever gode og forutsigbare arbeidsrelasjoner forankret i gode pasientforløp. Videre kreves det høy kompetanse innen palliasjon på alle nivåer. For å ivareta kompetansenivået har norske myndigheter nylig godkjent en påbygningsspesialitet innen palliativ medisin.

14.2 Organisering av palliasjon basert på nasjonale føringer

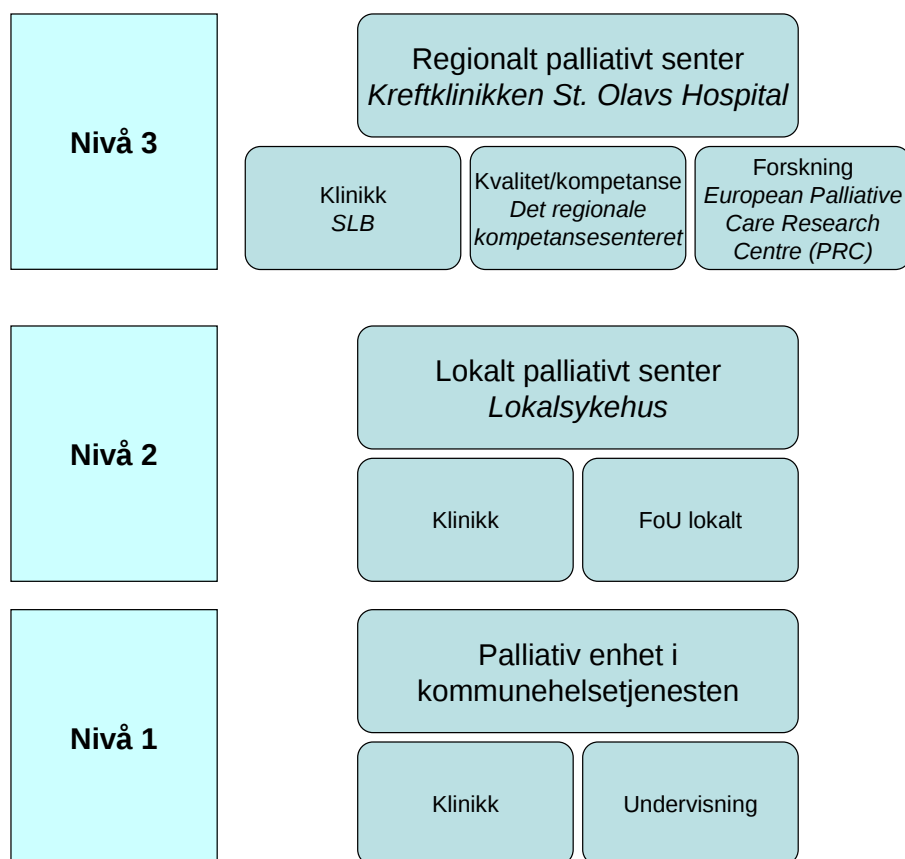
Organiseringen av det palliative tilbudet innen kreftomsorgen er basert på tre kompetansenivåer, a: grunnleggende kompetanse, b: nødvendig kompetanse og c: spesialistkompetanse.

Det regionale palliative senteret, lokalisert ved Avdeling palliasjon ved Kreftklinikken St. Olavs Hospital, med Seksjon lindrende behandling som det kliniske tilbudet og European Palliative Care Research Centre (PRC) som forskningsenheten, forventes å være en viktig motor og pådriveren i det regionale palliative tilbudet (se figur 2).

Senteret skal motta pasienter som har behov for behandling på tredjelinjenivå og lokalsykehuspasienter for St. Olavs Hospital, ha ansvar for at den faglige kompetansen innen grunn-, videre- og etterutdanning er høy nok og relevant, tilby etter- og videreutdanningsløp innen palliasjon, og bidra til at de lokale sentrene innen palliasjon tilbyr relevant videre- og etterutdanning i regionen.

Ved lokalsykehus, nivå 2, er smertebehandling både for kreftpasienter og ikke-maligne smertepasienter i dag delvis organisert som en integrert del av det palliative tilbudet, eller som et særskilt tilbud.

Siden palliativ medisin bør integreres som en del av det totale tilbudet til kreftpasienter, har man flere steder samorgansiert onkologiske poliklinikker med det palliative senteret på lokalsykehuset.



Figur 5. Organisering palliasjon i Helse Midt-Norge

14.3 Kompetanse

I de nasjonale retningslinjene har man differensiert mellom tre kompetansenivåer. På nivå A forventes grunnleggende kompetanse. Dette skal være en del av grunnutdannelsen, men også en del av spesial-, videre- og etterutdanningen. Siden den palliative pasienten finnes på alle nivåer og innenfor de fleste spesialområder i helsevesenet, forventes det at alt relevant helsepersonell innehar kompetanse på dette nivået. Både kommune- og spesialisthelsetjenesten behandler kreftpasienter med en palliativ intensjon i et relativt stort volum. Her skal man ha kompetanse på nivå B. Dette innebærer nødvendigvis høyere kompetanse utover det grunnutdanningen gir. På spesialenheter på nivå 3, 2 og 1 er det nødvendig med kompetanse på spesialistnivå. For leger betyr dette at man er godkjent spesialist, og har påbygningsspesialitet i palliativ medisin (godkjent av Helsedirektoratet). Innen de andre yrkesgruppene har man ikke tilsvarende godkjente spesialistløp. Innen sykepleie bør man på de palliative enhetene, både på tredje-, andre- og førstelinjenivå ha sykepleiere med spesialutdanning innen onkologi og med ytterligere fordypning i palliasjon. Tilsvarende forventninger bør man også ha når det gjelder fordypning for annet personell i det tverrfaglige teamet, som fysioterapeut, klinisk ernæringsfysiolog, sosionom, prest etc.

Det er behov for både spesiell og generell kompetanse innen flere medisinske spesialområder for å kunne ivareta de mest krevende palliative pasientene på tredje og andrelinjenivå. Dette gjelder spesielt innen kirurgi, endoskopi, onkologi (stråleterapi og medikamentell behandling) og symptomlindrende behandling – spesielt smertebehandling. St. Olavs Hospital bør sikre seg at denne spesialkompetansen foreligger innen de aktuelle områdene, som palliasjon, gastrokirurgi,

nevrokirurgi, ortopedisk kirurgi, lungemedisin og anestesi. Universitetsklinikken skal ha ansvaret for at denne spesialkompetansen er til stede og at den videreutvikles gjennom kliniske studier i samarbeid med European Palliative Care Research Centre (PRC), Kreftklinikken, St. Olavs Hospital/NTNU.

14.4 Gruppens anbefalinger

Forholdene legges til rette for klinisk spesialistutdanning i palliativ medisin.

Palliative sentre på lokalsykehus bør samorganiseres med onkologi/poliklinikksengelasser.

Smerteklinikker bør samorganiseres med palliative senter ved lokalsykehus.

Videre- og etterutdanning innen palliasjon for sykepleiere, med muligheter for regional akkredittering fra det regionale palliative senteret.

Palliative pasientforløp og prosedyrer må utvikles.

Klinisk forskning bør prioriteres og den regionale ledelsen tas av European Palliative Care Research Centre (PRC).

Personer med spesiell kompetanse innen palliativ kirurgi må finnes på St. Olavs Hospital og ved større lokalsykehus. Slik kompetanse må integreres inn i det palliative MDT.

15. Barnekreft

15.1 Innledning

Kreft hos barn utgjør en liten del av den samlede kreftpopulasjonen (ca 0,7 %). Insidensen har ikke økt særlig de siste tiårene. Utredningen og behandlingen er ofte omfattende og krevende, og de fleste pasientene utredes og behandles i henhold til nordiske eller internasjonale retningslinjer, ofte innenfor rammene av kliniske studier.

I gjennomsnitt diagnostiseres mellom 20-30 barn og ungdommer med kreft i Helse Midt-Norge hvert år.

Som ved kreft hos voksne øker prevalensen grunnet bedre overlevelse enn tidligere. Barn som har hatt kreft har en høy risiko for senbivirkninger, og bør derfor følges i mange år etter endt behandling.

For å sikre riktig utredning, behandling og oppfølging av en så liten pasientgruppe er MDT sentralt. I Norge er det et formelt og forpliktende nasjonalt nettverkssamarbeid gjennom nasjonale faggrupper og gjennom Kompetansesenteret for solide svulster hos barn. Nesten alle pasientene utredes og behandles etter nordiske eller internasjonale protokoller for de forskjellige typene barnekreft.

15.2 Dagens organisering

15.2.1 Oslo Universitetssykehus (OUS)

Noen funksjoner innen barneonkologien er nasjonalt sentralisert til OUS. Dette gjelder utredning og behandling av retinoblastom, samt behandling med allogen stamcelletransplantasjon.

15.2.2 St. Olavs Hospital

St. Olavs Hospital utreder og primærbehandler alle barn og unge mellom 0-18 år i Helse Midt-Norge. Barnekreftenheten er en egen post ved Barne- og ungdomsklinikken og har sju senger for barn. Til enheten er det knyttet fire spesialister i pediatri, samt en lege i spesialisering og 15 sykepleiestillinger.

Totalt var det i 2010 377 innleggelser ved enheten, med gjennomsnittlig liggetid på 4,6 døgn. Det var om lag 900 polikliniske konsultasjoner.

Stråleterapi ved kreft hos barn og ungdom planlegges og utføres av onkolog ved Kreftklinikken i samarbeid med barneleger.

Oppfølgingen og eventuell rehabilitering etter avsluttet behandling blir gjort både ved St. Olavs Hospital og ved de lokale sykehusene.

15.2.3 Barne- og ungdomsavdelinger

Noen cellegiftkurer blir delegert til barneavdelingene nært pasienten (Ålesund, Levanger, Kristiansund). Mange av komplikasjonene knyttet til behandlingen, som infeksjoner, transfusjonstrengende anemi eller trombocytopeni, blir ivarettatt av de lokale barneavdelingene.

15.3 Gruppens anbefalinger

Dagens funksjonsfordeling opprettholdes.

For noen kreftsykdommer som rammer ungdom kan behandlingsstrategien være den samme som hos voksne. I slike tilfeller bør pasientene diskuteres med onkolog før behandling startes. Eksempler på dette kan være testikkelkreft hos postpubertale og lymfekreft.

16. Gynekologisk kreft

16.1 Innledning

Rundt 200 kvinner blir årlig diagnostisert med gynekologisk kreft i Midt-Norge.

Gynekologisk kreft omfatter kreft i de kvinnelige kjønnsorganene; vagina, livmorhals, livmor og eggstokker. Gynekologisk onkologi er et spesialområde innenfor generell gynekologi, men er ikke en egen spesialitet i Norge. I praksis er det organisert som et spesialområde med spisskompetanse innen kirurgi og medikamentell behandling fordi pasientgruppens behov ikke dekkes av generelle gynekologer.

I tråd med dokumentasjon og internasjonal utvikling er kirurgisk behandling av gynekologisk kreft gjennom mange år spesialisert til regionale kreftsentre. Robotassistert laparoskopisk kirurgi er å foretrekke fremfor tradisjonell kirurgi på grunn av lavere komplikasjonsrate og kortere liggetid.

16.2 Dagens funksjonsfordeling

Kirurgisk behandling av eggstokkreft, livmorhalskreft og vulvakreft opereres i dag kun ved St. Olavs Hospital. Laparoskopisk behandling av livmorkreft er også sentralisert til St. Olavs Hospital. St. Olavs Hospital har per dags dato en operasjonsrobot, der kapasiteten blir delt mellom urologisk kirurgi og gynekologisk kirurgi.

Stråleterapi ved gynekologisk kreft planlegges og utføres av onkolog ved Kreftklinikken i samarbeid med gynekologer.

Ålesund sykehus opererer fortsatt et lite antall pasienter med livmorkreft.

16.3 Utfordringer

Det er få gynekologiske kirurger som utfører kreftkirurgi ved St. Olavs Hospital. Fagmiljøet er derfor svært avhengig av enkeltpersoner.

Kapasitetsgrensen er nå nådd for robotkirurgi ved St. Olavs Hospital.

16.4 Gruppens anbefalinger, inkludert endring i funksjonsfordeling

Primærutredningen kan skje ved alle sykehus med fast ansatt gynekolog og god tilgang på bildediagnostikk. Det regionale MDT skal gi føringer for utredning gjennom regionale pasientforløp, og vil være en kompetanseressurs for alle enheter innen helseregionen.

Det anbefales at all gynekologisk kreftkirurgi i Helse Midt-Norge sentraliseres til St. Olavs Hospital.

All kurativ strålebehandling ved gynekologisk kreft skal utføres ved St. Olavs Hospital. Palliativ strålebehandling kan utføres ved Ålesund sykehus.

Det er behov for økt robotassistert kirurgikapasitet ved St. Olavs Hospital.

17. Blodkreft

17.1 Innledning

Blodkreft inkluderer mange underdiagnoser: Akutt lymfatisk leukemi, akutt myelogen leukemi, kronisk lymfatisk leukemi, kronisk myelogen leukemi og myelomatose.

Årlig blir ca. 160 pasienter diagnostisert med disse sykdommene i Midt-Norge, 2/3 er leukemi og 1/3 myelomatose. Forekomsten av hematologisk kreft har vært relativt stabil de siste tiårene. En forventer en viss økning i forekomst fremover som følge av en eldre befolkning, i og med at mange av de hematologiske kreftsykdommene forekommer hyppigere hos eldre.

Sykdomsbildene varierer svært mellom de ulike diagnosegruppene. Ved akutt leukemi er ofte sykdomsbildet preget av akutt livstruende sykdom. På den andre siden har kronisk myelogen leukemi et mer langtrukket forløp, som etter innføring av ny behandling med tyrosinkinasehemmer nå er å betrakte som en kronisk sykdom.

Det norske hematologiske miljøet har innarbeidet en fungerende regional og nasjonal funksjonsfordeling.

17.2 Dagens funksjonsfordeling

Utredning av blodkreftsykdommer skjer initialt ved alle sykehus i Helse Midt-Norge med fast ansatt hematolog.

17.2.1 St. Olavs Hospital

Avdeling for blodsykdommer ved St. Olavs Hospital består av sengepost for blodsykdommer med 16 senger og av poliklinikk for blodsykdommer. Avdelingen har regionsfunksjon for Helse Midt-Norge og lokalsykehusfunksjon for Sør-Trøndelag.

Avdelingen har en betydelig forskningsaktivitet.

Avdelingen har regionsfunksjon for all høydosebehandling med autolog stamcellestøtte i Helse Midt-Norge.

17.2.2 Ålesund sykehus

Sykehuset har sengepost og poliklinikk for blodsykdommer. Behandler alle blodsykdommer som ikke er sentralisert regionalt eller nasjonalt. Etter avtale med St. Olavs Hospital kan pasienter i aplasi etter høydose og konsolideringbehandling ved AML behandles ved Ålesund Sjukehus.

17.2.3 Andre sykehus

Sykehus med hematolog behandler myelomatose og ikke-kurable leukemier.

17.3 Utfordringer

Det er generelt et økt behov for nye spesialister i hematologi frem mot 2020. Bakgrunnen for det er avgang for aldersgrensen og mer spesialisert behandling.

17.4 Gruppens anbefalinger

Avdeling for blodsykdommer ved St. Olavs Hospital skal være en kompetanseressurs for alle enheter innen helseregionen.

Behandling med allogen stamcelletransplantasjon skal være sentralisert ved Oslo universitetssykehus og Haukeland universitetssykehus.

Behandling med autolog stamcelletransplantasjon skal være sentralisert til St. Olavs Hospital.

Alle pasienter som er i en situasjon hvor kurasjon er mulig eller usikkert skal vurderes av St. Olavs Hospital. For eldre pasienter og pasienter med nedsatt allmenntilstand kan man konsultere hematolog ved St. Olavs Hospital.

Pasienter i aplasi etter høydose og konsolideringbehandling ved ALL kan behandles ved Ålesund Sjukehus etter avtale med St. Olavs Hospital.

Behandling av annen hematologisk kreftsykdom skal kun gjøres ved sykehus med fast ansatt hematolog.

18. Kreft i øre-nese-halsregionen

18.1 Innledning

Kreft i øre-nese-halsregionen omfatter kreft i nese, bihuler, munnhule, svelget (ned til spiserøret), strupe og spyttkjertler, samt hudkreft lokalisert høyere enn kragebenet.

Det blir diagnostisert ca. 100 nye tilfeller av kreft i øre-nese-halsregionen (eksklusive hud) årlig i Helse Midt-Norge. Behandlingen er ofte kombinasjoner av kirurgi, strålebehandling og medikamentell kreftbehandling. Behandlingen er omfattende og gir til dels store bivirkninger, både akutte og kroniske. Ernæringsvansker er en svært vanlig og alvorlig komplikasjon både av kreftsykdommen og til behandlingen.

18.2 Dagens organisering

Utredning og behandling av pasienter med kreft i øre-nese-halsregionen er sentralisert til St. Olavs Hospital. Helt unntaksvis utredes og behandles disse pasientene ved andre sykehus i regionen. St. Olavs Hospital har etablert MDT for øre-, nese- og halskreft, uten at man har en klar organisatorisk forankring. Øre-, nese- og halslege og onkolog vurderer pasienter i fellesskap to ganger per uke. I tillegg deltar kjevekirurg, plastikkirurg, dermatolog og andre ved behov. Spesielle kasus diskuteres med patolog og radiolog en til to ganger per måned. Det pågår arbeid med standardiserte regionale forløp.

Det er i tillegg et godt nettverk av øre-nese-hals-spesialister i regionen, med etablerte andrelinjetilbud i Ålesund, Kristiansund, Molde, Levanger og Namsos.

Etter endt behandling gjennomføres kontroller delvis ved St. Olavs Hospital, delvis desentralisert med støtte av fastlege, sykepleietjenesten i hjemkommunen og eventuelle lokale palliative team.

Enkelte pasienter med behov for svært krevende rekonstruksjon henvises til Oslo Universitetssykehus.

18.3 utfordringer

Det er få øre-nese-hals-spesialister som utfører kreftkirurgi ved St. Olavs Hospital, og det er svært få onkologer som har spesiell kompetanse på strålebehandling og medikamentell kreftbehandling for øre-nese-halskreft. Fagmiljøet er derfor svært avhengig av enkeltpersoner.

Bestråling av øre-nese-halskreft representerer en av de mest krevende disiplinene innen stråleterapi. Dette stiller store krav til teknologiske investeringer og strålekompetanse ved St. Olavs Hospital spesielt og regionen generelt.

Logistikken omkring henvisning fra fastlege via øre-nese-hals-spesialist på lokalsykehus til universitetssykehuset er ikke optimal.

MDT, inkludert patolog og radiolog, er per i dag ikke involvert i alle pasienter.

18.4 Gruppens anbefalinger

All utredning og behandling av kreft i øre-nese-halsregionen gjennomføres ved St. Olavs Hospital. Unntak kan gjøres for enkelte pasienter som skal få palliativ behandling.

Kompetansen ved St. Olavs Hospital bør styrkes ved at det planlegges for ytterligere en kirurg og en onkolog som læres opp innen kreft i øre-nese-halsregionen.

Kompetansen innen ernæring bør styrkes.

Behovet for kostbar teknologi for å drive moderne strålebehandling må inkluderes i den regionale langtidsplanleggingen.

MDT må styrkes ved at i prinsippet alle pasienter med kreft i øre-nese-halsregionen vurderes i fellesskap mellom øre-nese-hals-spesialist, onkolog, patolog og radiolog.

Standardiserte regionale pasientforløp må etableres.

19. Sarkomer

19.1 Innledning

Sarkom er sjeldne, maligne svulster i ben eller bløtvev. Det finnes også benigne svulster som har et aggressivt klinisk forløp (fibromatose, kjempecelletumor i ben). Disse har så stor likhet med sarkom at de naturlig behandles av samme tverrfaglige gruppe som behandler sarkomene.

Optimal behandling krever et nært samarbeid mellom kirurger, radiologer, patologer og onkologer. Behandlingen varierer fra kun kirurgi til noe av den mest intensive behandlingen som gis kreftpasienter, med ulike kombinasjoner av kirurgi, strålebehandling og cellegift.

Pasientgruppen er liten og heterogen og det er et utstrakt internasjonalt samarbeid om studier og forslag til retningslinjer. De norske behandlingssentrene deltar blant annet i Skandinavisk sarkomgruppe (SSG).

19.2 Dagens organisering

Behandling av sarkom er sentralisert til sarkomsentra som finnes ved de fire store universitetssykehusene Rikshospitalet-Radiumhospitalet, Haukeland Universitetssykehus, St. Olavs Hospital og Universitetssykehuset Nord Norge. For pasienter i Helse Midt-Norge skal pasienter med mistanke om sarkom henvises til St. Olavs Hospital. Sarkomsenteret her ledes av ortopedisk avdeling ved St. Olavs Hospital, og det er multidisiplinære team-møter med ortoped, radiolog, patolog og onkolog hver fjortende dag. Med enkelte andre faggrupper er det ukentlige møter. Det er viktig at sarkompasientene sendes ubiopsert og uoperert til sarkomsenter.

19.3 Gruppens anbefaling

Bløtvevssarkom

Alle dype svulster uansett størrelse, alle subkutane svulster som er større enn fem centimeter, og andre svulster som gir grunn til malignitetsmistanke (rask vekst, smerter) henvises til sarkomgruppen ved St. Olavs Hospital **uten forutgående operasjon eller invasiv diagnostikk**. Disse retningslinjene er i tråd med internasjonale og nasjonale retningslinjer.

MR bør gjøres før henvisning og bildene vurderes i sarkomgruppen. Slik kan man identifisere de store subkutane lipomene som kan tas hånd om lokalt, og skreddersy videre utredning av de svulstene som skal håndteres ved sarkomsenteret.

Bensarkom

Siden bensarkom er så sjeldne, vil symptomer og funn fra muskel- og skjelettsystemet i de aller fleste tilfeller ha en annen årsak enn dette. Det finnes ikke spesifikke kriterier for hvilke tilstander i ben som skal henvises til vurdering ved sarkomsenteret på samme måte som for bløtvevssvulster. Generelt kan følgende anbefalinger gis: Ved smerter fra skjelettet, patologisk fraktur, palpabel kul eller annen suspekt klinikk skal det være lav terskel for henvisning til røntgenundersøkelse. Ved negativt røntgenfunn og persisterende symptomer må det gjøres ny klinisk vurdering. Røntgen bør gjentas, eventuelt suppleres med MR. Ved den minste mistanke

om bensvulst skal bildene granskes av radiologer med spesialkompetanse. Ved suspekt røntgenfunn skal pasienten henvises til sarkomgruppen.

For **abdominal sarkom, gynekologiske sarkom og barnesarkom** i Midt-Norge gjelder tilsvarende henvisningsrutiner til den respektive avdeling ved St. Olavs Hospital.

20. Kreft i sentralnervesystemet

20.1 Innledning

Forekomsten av primære kreftsykdommer i sentralnervesystemet har vært økende siden 50-tallet. For tiden diagnostiseres ca. 950 pasienter årlig i Norge. Langt de fleste har hjernesvulster. Slike svulster utgjør en stor andel av de solide svulstene hos barn, men majoriteten opptrer hos voksne over 50 år. Vanligst er høygradig maligne svulster (glioblastom) som i praksis er en uhelbredelig sykdom med kort forventet levetid. Behandling og oppfølging av disse pasientene er i størst mulig grad desentralisert. Noen pasienter har mer benigne tilstander hvor repetert kirurgi er anbefalt behandling. Oppfølgingen av disse pasientene er i større grad sentralisert.

Viktigste differensialdiagnose er hjernemetastaser. Ved mistanke om sekundære hjernesvulster er det naturlig å utredning, diagnostikk og behandling gjøres i samråd med onkolog.

20.2 Dagens organisering

Diagnostikk gjøres ved alle sykehus i regionen, og vanligvis ved medisinske, nevrologiske, geriatrike og slagavdelinger.

De fleste opereres for å sikre histologisk diagnose. All kirurgi utføres ved Nevrokirurgisk avdeling, St. Olavs Hospital. Dette betyr i praksis at all histopatologisk diagnostikk også gjøres ved St. Olavs Hospital. Det videre pasientforløpet bestemmes av kirurg i samarbeid med onkolog.

Alle pasienter henvises rutinemessig for onkologisk vurdering postoperativt hos onkolog ved Kreftklinikken, St. Olavs Hospital, eventuelt av onkolog ved Kreftavdelingen, Ålesund sykehus dersom det dreier seg om høygradig maligne svulster.

Strålebehandling gis ved de onkologiske avdelingene i Ålesund og ved St. Olavs Hospital. Ved andre tilstander enn maligne gliomer, vurderes alltid indikasjon og doseplan av onkolog ved St. Olavs Hospital.

Kjemoterapi gis ved alle sykehus i regionen, ved St. Olavs Hospital, Levanger sykehus, Kristiansund, Volda og i Ålesund ved kreftpoliklinikker; i Molde og Namsos ved Nevrologisk avdeling.

En stor del av de pasientene med lavgradige hjernesvulster som ligger an til kirurgi ved et eventuelt residiv følges av Nevrokirurgisk avdeling. Alle andre pasienter følges primært av nærmeste enhet som administrerer kjemoterapi.

Nevrolog følger ofte de pasientene som behandles for sekundær epilepsi.

20.3 Gruppens anbefaling

Det bør etableres et formelt MDT for kreft i sentralnervesystemet.

Primærutredningen kan skje ved alle sykehus med tilgang til MR og nødvendig spesialistkompetanse i tolkning av MR-bildene.

I Helse-Midt-Norge gjøres all nevrokirurgi ved St. Olavs Hospital. Alle pasienter vurderes for reseksjon eller biopsi av nevrokirurg ved St. Olavs Hospital – eventuelt i samråd med onkolog.

All strålebehandling gis ved Kreftavdelingene i Ålesund og ved St. Olavs Hospital. Ved andre tilstander enn maligne gliom, vurderes alltid indikasjon og doseplan av onkolog ved St. Olavs Hospital.

Kjemoterapi skal igangsettes og evalueres av onkolog.

Kontroller kan utføres ved alle sykehus i regionen, av fast ansatt nevrolog eller onkolog.

Oppfølging av epilepsi gjøres av nærmeste nevrolog.

21. Kreftavdelinger og kreftpoliklinikker

21.1 Kreftavdelinger

21.1.1 St. Olavs Hospital

Kreftklinikken ved St. Olavs Hospital ble etablert i 1982. Klinikken er organisert i ulike avdelinger: Avdeling sengeområde, avdeling poliklinikk, avdeling stråleterapi, avdeling palliasjon, avdeling undervisning og avdeling forskning.

Kreftklinikken disponerer 36 sengeplasser, 24 ved avdeling sengepost og 12 ved avdeling palliasjon. Klinikken har vært gjennom omfattende reorganisering med fokus på økt poliklinisk drift. Det har vært en betydelig reduksjon i antallet senger fra 68 senger i 2008. Antallet innleggelser er siden 2007 redusert, mens den polikliniske aktiviteten har økt kraftig. Den polikliniske aktiviteten ventes å øke videre i samme takt, både grunnet økning i insidens og organisatorisk omlegging til mer utstrakt poliklinisk drift.

Sengekapasiteten ved Kreftklinikken, St. Olavs Hospital er betydelig redusert, og det er et behov for å desentralisere ansvar for pasienter som ikke har behov for utredning og behandling på dette nivået.

Det forventes at Kreftklinikken sammen med de andre store fagområdene innen kirurgi og medisin ved St. Olavs Hospital skal fungere som det faglige tyngdepunkt og ta den kliniske og forskningsmessige ledelsen både internt på St. Olavs Hospital og i Midt-Norge. Dette skal bidra til at pasientene sikres rask utredning og behandling til rett tid på rett sted i Midt-Norge.

Avdeling for strålebehandling disponerer i dag fire lineærakseleratorer, samt utstyr for å kunne gi brachyterapi. Se ellers eget kapittel om stråleterapi.

Det er under vurdering å reetablere et kombinert onkologisk og palliativt tilbud ved Orkdal sykehus, som i dag er en del av St. Olavs Hospital.

21.1.2 Ålesund

Kreftavdelingen ved Ålesund sykehus ble åpnet i 2004. Den er organisert i kreftpoliklinikk, stråleenhet, sengepost og palliativt team.

Kreftavdelingen disponerer 16 sengeplasser, hvorav tre er dedikert palliative pasienter.

Kreftavdelingen, sammen med medisinsk og kirurgisk avdeling, kan tilby det meste av kreftbehandling til voksne. Behandling av visse kreftsykdommer er sentralisert til St. Olavs hospital, se ellers kapitlene om kirurgi, kjemoterapi og strålebehandling.

Stråleenheten disponerer i dag to lineærakseleratorer, se eget kapittel om stråleterapi.

Palliativt team i Ålesund ble etablert i 2007 og har fysioterapeut, sosionom, prest, anestesilege med spesialkompetanse i palliasjon, onkolog og allmennlege med spesialkompetanse i palliasjon. Legestillingene utgjør totalt 1,6 stillinger. De har i tillegg 2,2 kreftsykepleierstillinger fordelt på tre sykepleiere i det tverrfaglige teamet.

21.2 Sykehuspoliklinikker

21.2.1 Nord-Trøndelag

21.2.1.1 Levanger

Kreftpoliklinikken i Levanger ble opprettet i 1992. Palliativ behandling har siden etableringen vært en viktig del av virksomheten. Det er ansatt fem kreftsykepleiere ved enheten, og siden høsten 2010 har man ansatt tre onkologer. I 2011 ble det forventet at 1474 cytostatikakurer skulle gis ved poliklinikken.

Det er formalisert et samarbeid mellom Kreftklinikken ved St. Olavs Hospital og Levanger sykehus.

Det er etablert et palliativt team ved Levanger sykehus.

21.2.1.2 Namsos

Kreftpoliklinikken har 2,2 kreftsykepleierstillinger. Ingen onkolog er ansatt. I 2011 ble det forventet at 1092 cytostatikakurer skulle gis ved poliklinikken.

21.2.2 Møre og Romsdal

21.2.2.1 Molde

Kreftpoliklinikken i Molde ble opprettet høsten 1993, og ble i 2010 en egen enhet sammen med et palliativt team. Enheten består i dag av: Enhetsleder (kreftsykepleier) i 0,8 stilling og sekretær i 0,6 stilling. Kreftpoliklinikken består av kreftsykepleiere i totalt 3,75 stillinger. Det er ingen legehjemmel tilknyttet enheten. Enheten blir betjent av de ulike spesialistene som har ansvar for diagnosegruppen.

Palliativt team ble oppbygd i 2005/2006, og det er nå sykepleiere i 1,8 stillinger, lege i 0,5 stilling, sosionom, fysioterapeut, ernæringsfysiolog, ergoterapeut og prest tilknyttet teamet. Teamet har etablert et godt nettverk i kommunene og har årlig fire nettverkssamlinger for sykepleiere med undervisning. Det er også bygd opp nettverk med ressursykepleiere i kommunene rundt Molde, men det fortsatt mangler en avtale mellom sykehuset og Molde kommune om oppgaver og forpliktelser i nettverket.

21.2.2.2 Kristiansund

Poliklinikk for blod- og kreftsykdommer ble åpnet i 1999. Poliklinikken består i dag av kreftsykepleiere i 2,6 stillinger og sekretærer i 1,2 stillinger. Det er ingen legehjemmel tilknyttet enheten. Enheten blir betjent av de ulike spesialistene som har ansvar for diagnosegruppen.

Palliativt team ble opprettet i 2006, organisert under medisinsk avdeling (poliklinikk for blod- og kreftsykdommer og palliativt team), og består i dag av allmennlege i 0,5 stilling, kreftsykepleiere i 1,4 stillinger og samarbeid med anestesilege ved behov. Palliativt team disponerer to senger.

Poliklinikken og palliativt team er organisert under medisinsk avdeling og har en felles enhetsleder som er kreftsykepleier i 0,4 stilling.

Palliativ enhet med fire senger ble opprettet i 1998 ved Rokilde sykehjem og etterbehandlingsavdeling med seks korttidsplasser (såkalt 1 ½-linjetjeneste) ble opprettet i Kristiansund kommune i 2010.

21.2.2.3 Volda

Kreftpoliklinikken i Volda er organisatorisk en del av Kreftavdelingen i Helse Sunnmøre. Kreftpoliklinikken i Volda hadde i 2010 1,9 stillinger besatt av spesialsykepleiere, og fra 6. september 2010 ble hematolog ansatt, fordelt på 50 % i palliativt team og 50 % i kreftpoliklinikk. Onkolog fra Kreftavdelinga ved Ålesund sykehus har polikliniske dager i Volda 2-3 dager per måned.

Palliativt team og palliativ enhet er også en del av Kreftavdelingen i Helse Sunnmøre. I teamet er det ansatt sykepleiere, fysioterapeut, anestesilege med spesialkompetanse i palliasjon, hematolog og prest i ulike stillingsprosenter. Palliativt team disponerer tre sengeplasser i palliativ enhet som er lokaliserte i medisinsk sengepost.

21.2.3 Aktivitetsoversikt 2010

Tabell 5. Aktivitet ved kreftavdelinger og kreftpoliklinikker 2010

	St Olavs	Ålesund	Levanger	Molde	Kristiansund	Namsos	Volda
Sengeplasser	36	16	x	x	x	x	x
Innleggelser	2071	813	x	x	x	x	x
Stråleterapi maskiner	4	2	x	x	x	x	x
Antall pasienter stråleterapi	1028	478	x	x	x	x	x
Polikliniske konsultasjoner	16761	4300	2762	2420	2246		
Polikliniske kjemoterapikurer	5891	2736	1347	1638	1200	979	786
Palliativt team	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja		

21.3 Andre enheter

21.3.1 Lungeavdelingen St. Olavs hospital

Lungeavdelingen ved St. Olavs Hospital har ansvaret for utredning og behandling av pasienter med lungekreft ved St. Olavs Hospital. Avdelingen har et tett samarbeid med Kreftklinikken når det gjelder pasienter som har behov som stålebehandling.

Lungeavdelingen har en egen dagenhet for lungekreft med poliklinisk utredning, palliativ kjemoterapi og oppfølging av pasienter med lungekreft. Enheten har ca. 2500 konsultasjoner årlig. Det er også en definert sengeenhet med inntil 16 senger for utredning, behandling og palliativ pleie.

21.4 Gruppens anbefalinger

St. Olavs Hospital skal være klinisk og forskningsmessig førende innen kreftomsorgen i Midt-Norge, i samarbeid med lokale sykehus. Dette innebærer at man har ansvar for å utvikle regionale pasientforløp og ta initiativ til å koordinere kliniske forskningsprosjekter.

Det anbefales opprettelse av en kreftpoliklinikk med to onkologer ved St. Olavs Hospital, avdeling Orkanger.

I Nord-Trøndelag skal kreftpoliklinikken ved Levanger sykehus, i et formelt faglig samarbeid med Kreftklinikken St. Olavs Hospital, være ansvarlig for medikamentell kreftbehandling gitt ved alle poliklinikker i fylket. Alle onkologer i fylket bør være faglig tilknyttet kreftpoliklinikken ved Levanger sykehus.

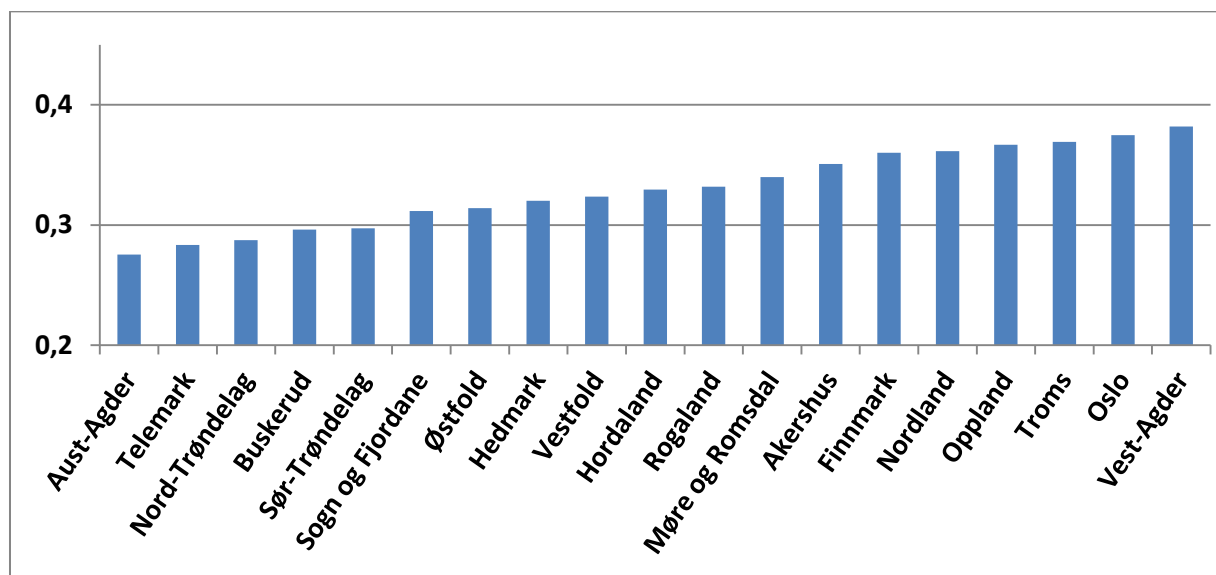
I Møre og Romsdal skal kreftavdelingen ved Ålesund sykehus være ansvarlig for medikamentell kreftbehandling gitt ved alle poliklinikker i fylket. Vi anbefaler at alle onkologer i fylket bør være faglig tilknyttet kreftavdelingen ved Ålesund sykehus. Vi anbefaler at to onkologer ansettes ved kreftpoliklinikken i tidligere Helse Nordmøre og Romsdal HF.

22. Stråleterapi

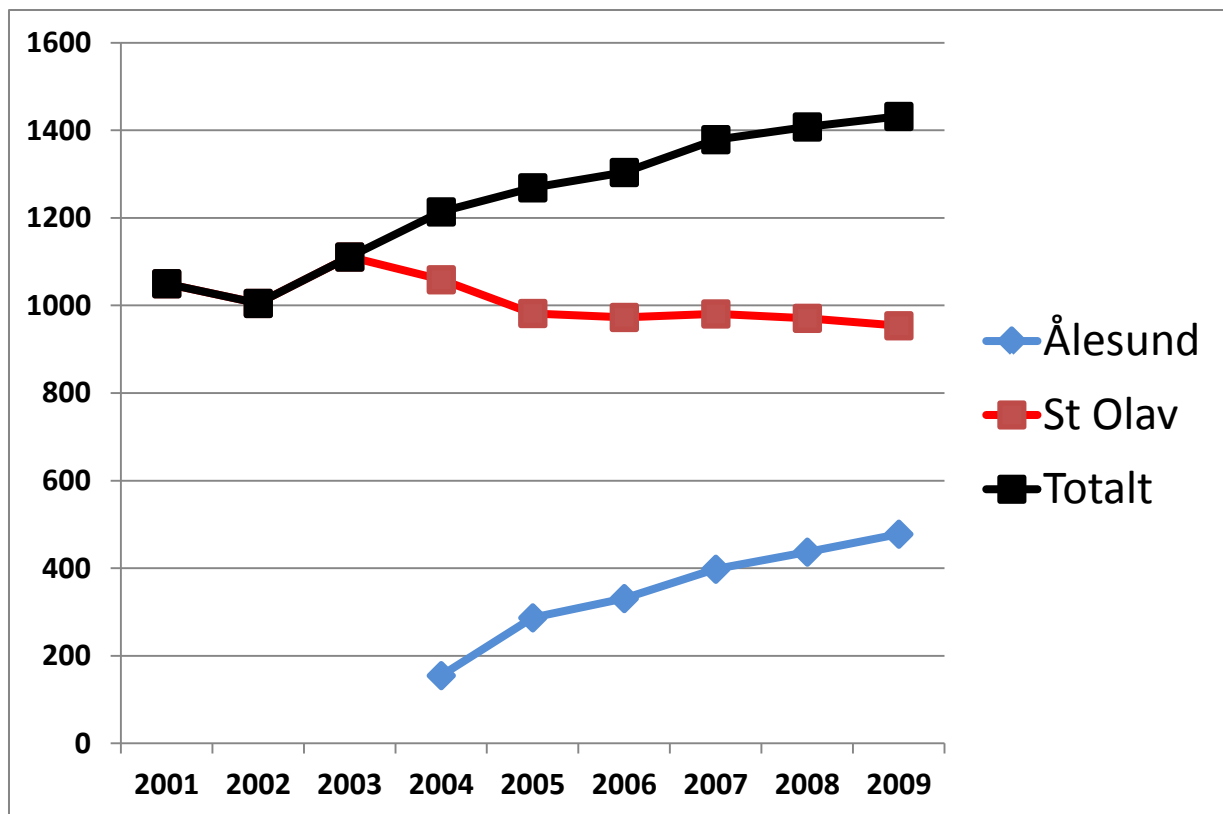
22.1 Innledning

Stråleterapi er, nest etter kirurgi, den behandlingsformen som kurerer flest kreftpasienter. Stråleterapi er i tillegg svært viktig som livsforlengende, symptomlindrende og symptomforebyggende behandling. Det er estimert at ca 50 % av alle kreftpasienter vil ha nytte av stråleterapi i forløpet av sin kreftsykdom. Stråleterapi inngår i større og større grad som en del av et multimodalt behandlingsopplegg, med andre ord kombineres stråleterapi ofte med medikamentell kreftbehandling og/eller kirurgi.

Stråleterapi krever avansert, kostbart teknisk utstyr samt høyt spesialisert kompetanse (onkolog, fysiker, stråleterapeut, radiolog, patolog, kirurg; alle med kompetanse tilpasset det enkelte kasus). Kostnadmessig er stråleterapi en rimelig behandlingsform innenfor kreftområdet. Totalkostnaden for stråleterapi utgjør ca. 5 % av totalkostnadene for kreftbehandling.



Figur 6. Antall nye pasienter til strålebehandling pr. nye krefttilfeller, fylkesmessig inndeling.



Figur 7. Antall pasienter behandlet med strålebehandling i Helse Midt-Norge 2001-2009.

22.2 Dagens funksjonsfordeling

Helse Midt-Norge tilbyr stråleterapi ved to senter; St. Olavs Hospital og Ålesund sykehus. St. Olavs Hospital har fire lineærakseleratorer og behandler ca. 1000 pasienter per år. Ålesund sykehus har to lineærakseleratorer og behandler ca. 500 pasienter per år. I all hovedsak er det geografisk tilhørighet som bestemmer hvor pasienten behandles. De to sykehusene har en utstyrspark som gjør at pasienter kan planlegges ved ett senter og få behandling ved det andre.

Enkelte kreftsykdommer med lav insidens og behov for stråleterapi som krever spesielle teknikker og kompetanse (for eksempel hode/halskreft, gynekologisk kreft, lymfekreft), skal behandles ved St. Olavs Hospital. Etter avtale kan den praktiske gjennomføringen av behandlingen gjennomføres ved Ålesund sykehus.

Det foreligger en formell samarbeidsavtale mellom St. Olavs Hospital og Ålesund sykehus.

Virksomhetsrapporter fra Statens strålevern viser at det gis færre strålebehandlinger per innbygger i Helse Midt-Norge sammenlignet med Norge for øvrig (figur 6). Dette tyder på et underforbruk av stråleterapi i vår region. Dette, i tillegg til den forventede 2 % årlige økningen i kreftinsidensen frem mot 2020, tilsier at stråleterapien bør dimensjoneres for en økt etterspørsel på omkring 30 % de neste ti årene.

St. Olavs Hospital arbeider for å lage en god faglig infrastruktur for å drive stråleterapielatert forskning gjennom sitt samarbeid med NTNU (Institutt for Biofysikk og medisinsk teknikk, European Palliative Care Research Center (PRC) med flere), regionalt med stråleterapimiljøet i Ålesund, nasjonalt og internasjonalt. Det finnes i tillegg god forskningskompetanse i klinikken.

Ingen av de to stråleterapienhetene i regionen har etablerte kliniske kvalitetsregistre for stråleterapi.

22.3 Utfordringer

22.3.1 Kapasitet og reinvesteringer

Det vil være et kontinuerlig behov for å skifte ut og etter hvert utvide den eksisterende utstyrspakken ved de to sentra.

For å imøtekomme forventningene om en økt etterspørsel vil det være behov for økt kapasitet innen strålebehandling innen 2020. For å innfri nye og strengere krav om forløpstider fra diagnose til behandling trenger man en riktig dimensjonering av totalkapasiteten.

Vanlig nedskrivningstid for moderne stråleterapimaskiner er omkring 12 år. Ved optimalt vedlikehold kan teknisk levetid for stråleterapimaskiner strekkes mot 14 år. Dette forutsetter imidlertid tilgjengelige yngre og driftsikre maskiner ved enheten, slik at behandling kan gjennomføres også i perioder med nedetid på eldre maskiner.

De fleste stråleterapimaskinene i Helse Midt-Norge ble innkjøpt i 2001 (to maskiner på St. Olavs Hospital), 2003 (to maskiner i Ålesund og en maskin i Trondheim) og 2004 (en maskin på St. Olavs Hospital).

Ved å beholde 1–2 av de best fungerende stråleterapimaskinene i regionen lengst mulig, kan man ivareta den nødvendige økte kapasitetsetterspørselen frem mot 2020, inntil også disse stråleterapimaskinene må skiftes ut.

Utskiftning av stråleterapimaskiner forutsetter strålebunkerkapasitet både ved Ålesund sykehus og St. Olavs Hospital. Ved St. Olavs Hospital ble det bygget en ekstra bunker som første trinn av "RiT2000"-prosessen, og denne blir den første utskiftingsstasjonen ved fornyelse av stråleterapimaskinene ved St. Olavs Hospital. Tomt for en tredje strålebunker ved Ålesund sykehus er teknisk klargjort.

Det er utarbeidet en detaljert analyse for utskifting av stråleterapimaskiner ved Ålesund sykehus. Analysen dokumenterer utfordringene med å gjennomføre utskifting av stråleterapimaskiner uten først å bygge en tredje strålebunker.

Det anses ikke som nødvendig eller ressursmessig fornuftig å etablere strålebehandling ved andre sykehus i regionen fram mot 2020.

22.3.2 Utstyrsnivå

Begge sentra benytter CT-avbildning for planlegging av stråleterapi. Internasjonalt og nasjonalt øker bruken av MR til dette formålet. Det er et behov for å etablere MR-doseplan som teknikk i regionen, hvilket sannsynligvis vil kreve kapasitet tilsvarende én MR-maskin ved hvert senter i løpet av en femårsperiode.

PET-CT benyttes i stadig større grad innen diagnostikk og utredning av kreftsykdom. I tillegg til behovet for PET-CT som diagnostisk hjelpemiddel i Helse Midt-Norge, vil etablering av PET-CT også kunne bidra til å øke kvaliteten på strålebehandling. PET-CT benyttes internasjonalt for å

kunne målrette strålebehandling best mulig og dermed redusere faren for bivirkninger. Gruppen støtter derfor en anbefaling om å etablere PET-CT i regionen.

Full oversikt over andre tekniske løsninger som kan tenkes å bli etablerte standardteknikker fram mot 2020 har man ikke nå. Teknologiske fremskritt kan kreve både økonomiske investeringer og oppdatering av kompetansen, men det kan også effektivisere strålebehandlingen.

22.3.3 Funksjonsfordeling

Funksjonsfordelingen mellom St. Olavs Hospital og Ålesund er sentral for å kunne utnytte kompetanse og teknologi til det beste for kreftpasientene og for samfunnet. Det er påkrevd at de to sentrene har en tett og god dialog omkring dette, slik at pasientene styres til det mest egnede senteret.

22.3.4 Forskning

De nasjonale handlingsprogrammene er kjernen for all stråleterapi i Norge. Stråleterapi er som all kreftbehandling et fag i kontinuerlig endring. En stor del av denne endringen foregår i form av teknologiske fremskritt. Det er et behov for klinisk forskning på effektene ved implementering av nye behandlingsteknikker i stråleterapi.

Det er viktig at regionen bidrar til forskning både som partner i multisenterstudier nasjonalt og internasjonalt, som hovedutprøver i egne studier og til formidling av forskningsresultater. Regionen bør utnytte de gode forutsetningene som finnes til å gjennomføre forskning av høy kvalitet.

Det bør opprettes et kvalitetsregister for stråleterapi for regionen.

22.4 Gruppens anbefalinger

Utskiftning av stråleterapiutstyr – spesielt lineærakselleratorer – tar tid og ressurskrevende, det er derfor behov for å ha en helhetlig langsiktig plan omkring stråleterapi kapasiteten i Helse Midt-Norge. De viktigste elementene i planen bør være vurdering av stråleterapi kapasiteten i dag og de neste 10-15 årene, samt en grundig plan for utskifting av stråleterapiutstyr, programvare, doseplanleggingsutstyr inklusive CT etc.

I utgangspunktet – dersom man ikke har en ekstra "bunker" – vil en av stråleterapi maskinene være ute av drift i utskiftingsperioden. Dette betyr at man i denne perioden – som ofte vil være på 2-3 måneder i Ålesund – vil ha en reduksjon av stråleterapi kapasiteten på 50 %. Derfor står det sentralt i den videre utregningen å vurdere behovet for å bygge nye bunkere – primært i Ålesund, men også ved St. Olavs Hospital.

Det er behov for flere onkologer med spesialkompetanse innen strålebehandling.

MR og PET-CT kan bli viktige modaliteter for mer nøyaktig doseplanlegging.

Fortsettelse av et faglig samarbeid og etablert funksjonsfordeling mellom Ålesund og Trondheim er beskrevet i samarbeidsavtale.

Hovedansvaret for forskning innen stråleterapi har St. Olavs Hospital, i tett samarbeid med Ålesund sykehus.

23. Kjemoterapi

23.1 Innledning

Omfang av og type medikamentell behandling varierer i stor grad mellom tumorgrupper og stadier av sykdommer. Den omfatter alt fra hormonbehandling til omfattende høydose kjemoterapi med stamcellestøtte. Medikamentell behandling gis primært som adjuvant, kurativ, og livsforlengende, og av og til som symptomlindrende behandling.

Mye av den kurative medikamentelle behandlingen medfører betydelig morbiditet, med en risiko for å dø av selve behandlingen. Dette er pasienter som ofte krever omfattende ressurser poliklinisk og ved sengepost. Pasientgrupper i denne kategorien er pasienter med metastaserende testikkelkreft, lymfomer og leukemier.

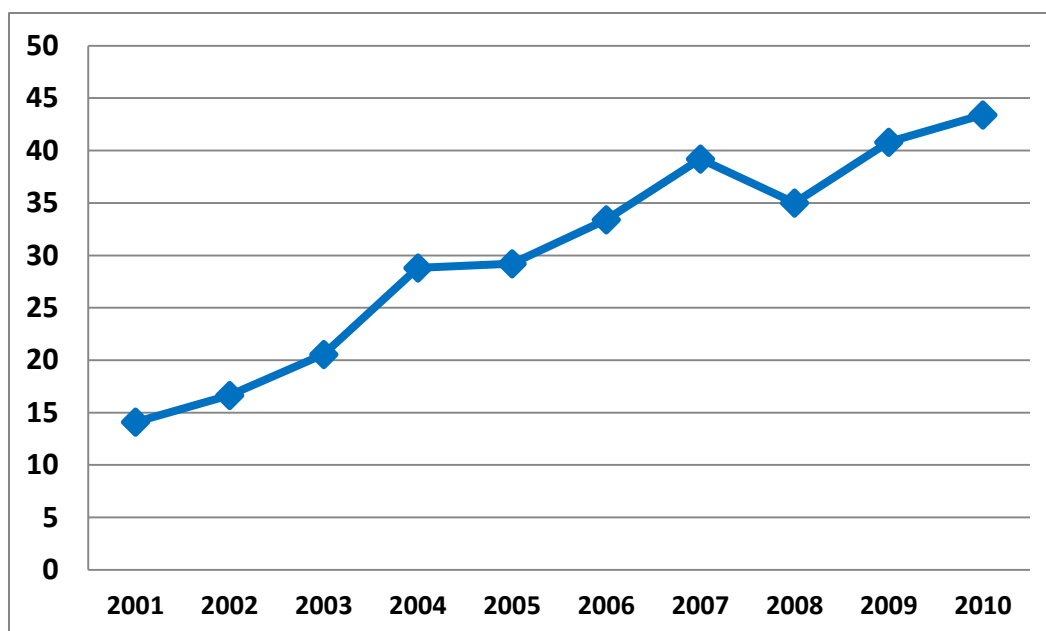
Adjuvant behandling gis til mange pasienter som tilleggsbehandling etter kirurgi og/eller strålebehandling. Behandlingen reduserer risikoen for tilbakefall, og er dermed kurabel behandling. Dette er en stor pasientgruppe med blant annet brystkreftpasienter og pasienter med tykktarm- og endetarmskreft.

Mye av denne behandlingen kan gis poliklinisk, og behandlingen bør skje så nært pasienten som mulig. Medikamentell behandling av kreft bør utføres av kvalifisert ansvarlig personell.

Innen kreftområdet har man tatt i bruk flere nye medikamenter i løpet av de siste 10-20 årene. Nye medikamenter har medført at store pasientgrupper med inkurabel kreftsykdom behandles og lever lengre med sin kreftsykdom. Dette gjelder store pasientgrupper som prostatakreft, brystkreft og tykk- og endetarmskreft. Nye medikamenter er ofte kostbare, og innføring av disse i standardbehandling har medført en økning av utgiftene til medikamenter innen kreftomsorgen.

Legemiddelutgiftene utgjør totalt sett 3 % av driftkostnadene til helseforetaket. Innen kreftomsorgen er forholdet annerledes, der legemiddelkostnader utgjør rundt 20 % av de totale kostnadene. Dette gir utfordringer når nye medikamenter innføres. De siste ti årene har for eksempel kostnadene til legemidler ved Kreftklinikken, St. Olavs Hospital økt med over 300 %.

Fig 8. Legemiddelkostnader Kreftklinikken, St. Olavs Hospital 2001-2010, millioner kroner



23.2 Dagens funksjonsfordeling

Kjemoterapi og annen kreftbehandling som innebærer intravenøs administrasjon har tradisjonelt kun vært gitt på sykehus. Siden kreftplanen av 1994 har dette i stor grad blitt organisert til etablerte kreftpoliklinikker. Ved noen sykehus gis kjemoterapi også ved andre sengeenheter og poliklinikker der pasientgruppene er lokalisert.

Kjemoterapi og biologiske legemidler rekvireres elektronisk via et dataprogram, "cytodose", som er felles for sykehusene i Helse Midt-Norge. Til tross for et felles program er ikke kurdefinisjoner og prosedyrer harmonisert mellom de ulike sykehusene.

De senere års medikamentelle utvikling innebærer at en økende andel av pasientene får peroral behandling med kjemoterapi. Behandlingen gis hjemme, men krever samme polikliniske legeressurser som pasienter som får intravenøs kjemoterapi. Denne innføringen av peroral behandling kommer i tillegg til behandling registrert som cellegift gitt ved sykehus i oversiktene under.

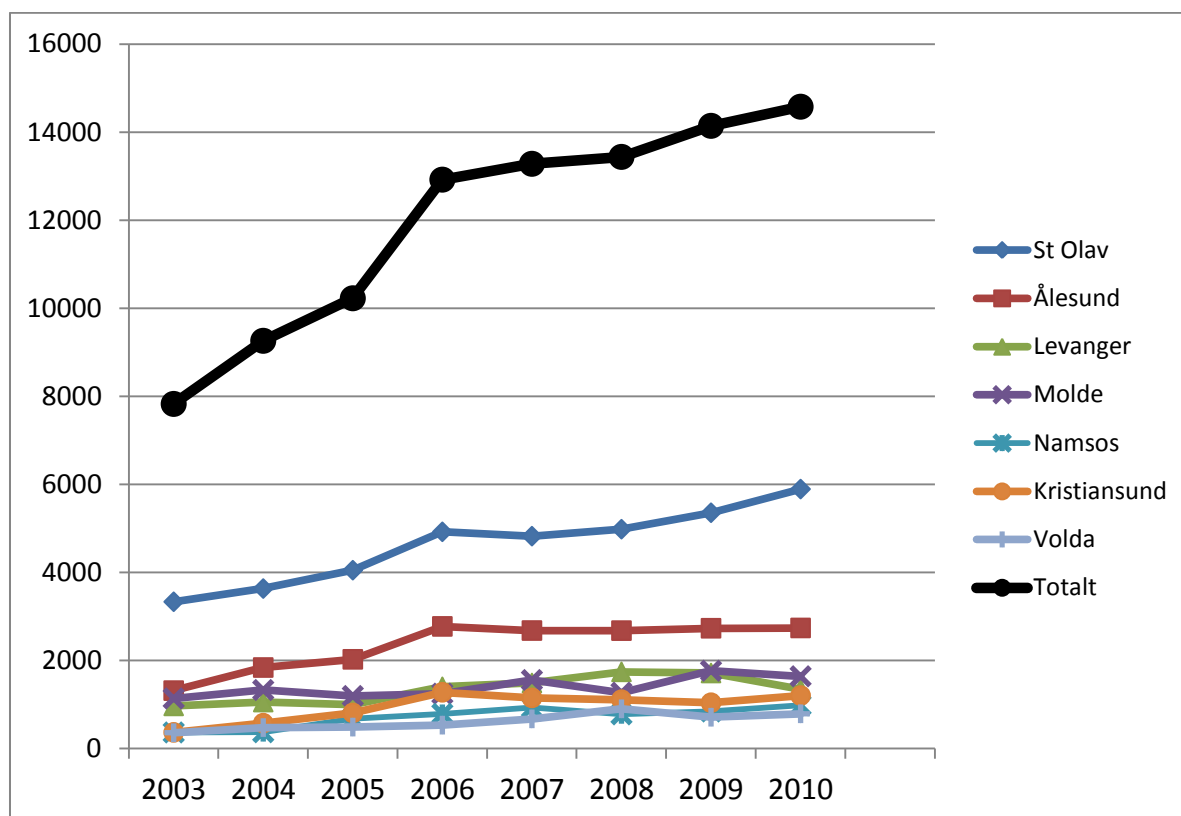
Kjemoterapi produseres av farmasøyt ved apotek. For å opprettholde kvalitet og kompetanse er det viktig med et visst volum. Produksjon av tradisjonell cytostatika utenom sykehus anses ikke å være realistisk.

Behandling som ikke krever apotekproduksjon bør i større grad utføres ved DMS. Ved å samle behandling ved DMS kan man få et volum av pasienter og behandling som gir erfaring og kompetanse. Eksempler på behandling er bisfosfonater, blodtransfusjoner, infusjon av antistoffer, biologiske legemidler med mer. Dette betinger kompetanse med lege, kreftsykepleier og at det foreligger et avtalemessig forhold til behandlende kreftpoliklinikk, onkolog eller palliativt team. Evaluering av behandling må skje i samråd med onkolog.

23.3 Ressursbruk

Tabellen under viser utviklingen i antall cellegiftkurer gitt poliklinisk i Helse Midt-Norge fra 2003 til 2010. På syv år ble antallet cellegiftkurer doblet, med en årlig økning på nesten 10 %. St.

Olavs Hospital og Ålesund sykehus står for 60 % av de polikliniske cellegiftkurene. I tillegg blir det gitt et betydelig antall infusjoner med bisfosfonater, væsker, blod og blodplater.



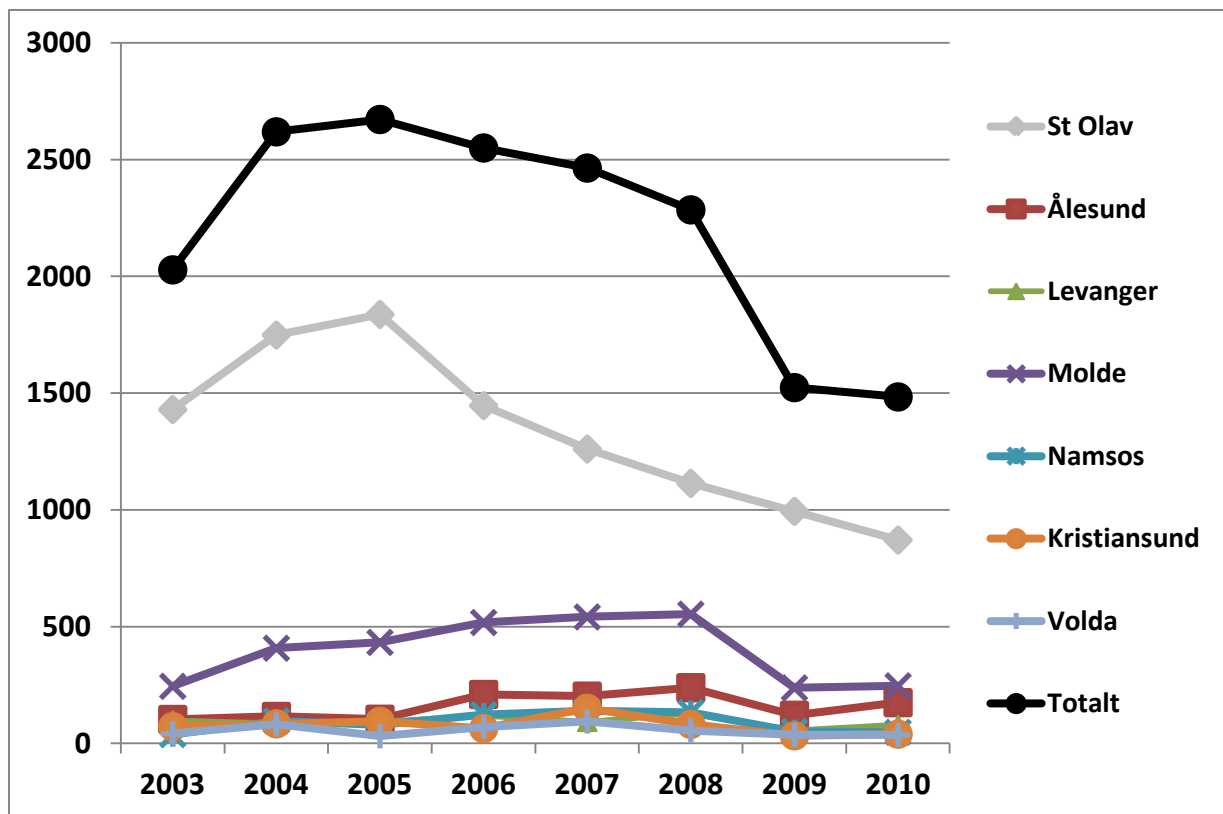
Figur 9. Antall cellegiftkurer gitt poliklinisk i Helse Midt-Norge, 2003-2009.

Kurene gis stort sett ved kreftpoliklinikkene, selv om noen kurer gis ved andre sengeposter og poliklinikker.

23.4 Poliklinisering

Tradisjonelt har en stor andel pasienter blitt behandlet inneliggende på sengepost. Det er variasjon i praksisen mellom sykehusene i regionen, men også store variasjoner innad på enkelte sykehus. Forsvarlig poliklinisering kan redusere behovet for sengeplasser og ressurser knyttet til dette. Utredning og behandling blir mer effektivt slik at disse prosessene tar en mindre del av pasientens tid.

Spesielt ved St. Olavs Hospital har det vært en omfattende poliklinisering. Poliklinisering av cellegiftbehandling og utredning forutsetter god kompetanse ved kreftpoliklinikkene. Poliklinisk drift er legekrevende, og omlegging til poliklinisk drift øker behovet for onkologer.



Figur 10. Antall cellegiftkurer gitt til inneliggende pasienter i Helse Midt-Norge, 2003-2009.

Erfaring og kompetanse innen behandling med kjemoterapi gir raske og trygge pasientforløp og sikrer lik behandling. I Ålesund ble kjemoterapi for pasienter med gynekologisk kreftsykdom flyttet fra gynekologisk avdeling til kreftpoliklinikken ved Kreftavdelingen. Evalueringen av ordningen har vært entydig positiv både fra pasienter til behandlere, og har medført mindre tid på sykehuset for pasientene og frigjøring av sengekapasitet ved den aktuelle sengeposten.

Pasientene bør få behandlingen så nært hjemmet som mulig og så tidsbesparende for pasienten som mulig. Fosen DMS er et eksempel på organisering i distriktet. Her er det etablert en ordning med at onkolog er til stede på behandlingsdager, og evaluering av enklere onkologisk behandling kan utføres.

I Ålesund er det etablert prosedyrer for blodtransfusjoner ambulant. Erfaringen er positiv.

23.5 Prioriteringer

Helse Midt-Norge skal tilby alle pasienter med kreftsykdom lik behandling, med utgangspunkt i nasjonale retningslinjer og regionale pasientforløp.

For pasienter som får palliativ behandling, skal behandlingen medføre så god livskvalitet som mulig, og behandling skal skje så nært pasienten som faglig forsvarlig.

Pasienter som behandles med kurativ intensjon skal ikke vente på behandling. Behandlingen skal være administrert av personell med spisskompetanse innen feltet.

23.6 Gruppens anbefalinger

Kjemoterapi og behandling med intravenøse biologiske legemidler skal gis ved kreftpoliklinikker.

For pasienter som kan kureres med kjemoterapi skal behandlingen være sentralisert til St. Olavs Hospital, dette gjelder pasienter med blant annet blodkreft, lymfomer og testikkelkreft.

St. Olavs Hospital kan etter avtale delegere den praktiske gjennomføringen av kjemoterapi ved lymfomer og blodkreft til kreftpoliklinikker med hematolog eller onkolog.

Adjuvant kjemoterapi kan gis ved kreftpoliklinikker, administrert av spesialist i den aktuelle sykdommen (onkolog, hematolog, lungemedisiner, gynekolog, barnelege).

Palliativ kjemoterapi bør gis så nært pasientens hjem som mulig. Oppstart, responsevaluering og seponering bør gjøres av spesialist innen den aktuelle sykdommen (onkolog, hematolog, lungemedisiner, gynekolog, barnelege).

Cytodose og prosedyrer relatert til kjemoterapi og biologiske legemidler må i størst mulig grad samkjøres.

Det må utvikles regionale pasientforløp og prioriteringer for medikamentell kreftbehandling.

Man bør vurdere å sentralisere poliklinisk cytostatika ved sykehusene til én enhet per sykehus.

24. Forskning

Utvikling innen dagens medisin generelt, og innen kreftbehandling spesielt, er basert på at nye behandlingsmetoder raskt blir tilgjengelige for pasientene. Spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å bidra til at kunnskapsgrunnlaget utvikles og anvendes i klinisk praksis.

Forskningsfokus på RHF- og HF-nivå bør være klinisk pasientnær forskning, hvor resultatene kan anvendes direkte inn i klinisk praksis. Forholdene i Norge generelt og Helse Midt-Norge spesielt ligger godt til rette for å bidra til å ta initiativ til «translasjonell» eller multidisiplinær forskning. Dette bør kunne skje mellom de forskjellige spesialitetene innen MDT, sammen med basalforskere ved Det medisinske fakultet, NTNU.

Det er et ansvar, og en forventning om, at spesialisthelsetjenesten tar initiativ til forskerinitierte studier som gir svar på relevante spørsmål identifisert i klinisk praksis, og at man deltar i regionale, nasjonale og internasjonale multisenterstudier.

Hovedansvaret for å bidra til dette skal ligge hos St. Olavs Hospital, universitetsklinikken, i samarbeid med Det medisinske fakultet, NTNU. Det er imidlertid også pålagt alle HF å bidra til forskning. Dagens kliniske kreftforskning bør ta utgangspunkt i forskningsgrupper med en "kritisk masse" personer, kompetanse og infrastruktur. Det er en forutsetning at St. Olavs Hospital, universitetsklinikken tar initiativ til, og inkluderer, de andre HF-ene i planleggingen, gjennomføringen og analysen av kliniske studier.

Innen flere fagområder kan det være hensiktsmessig og nødvendig etablere samarbeid internasjonalt. Norges forskningsråd (NFR) oppfordrer til at man i større grad søker om å delta i, og ta initiativ til, EU-finansierte prosjekter.

To grunnleggende forutsetninger for klinisk forskning er tid og kompetanse. Det bør settes av tid til forskningsaktivitet i den kliniske hverdagen. For klinikere med forskningskompetanse (PhD-nivå eller høyere) bør det settes av "kjernetid" til forskning, og denne typen aktiviteter bør så langt som mulig legges inn i tjenesteplanen. Man bør legge forholdene til rette for forskerutdanning på PhD-nivå som en integrert del av spesialistutdanningen ved St. Olavs Hospital, universitetsklinikken, samt for andre relevante faggrupper.

Den andre forutsetningen er at det er mulig å inkludere (gi pasientene mulighet til å delta) i kliniske studier. Derfor må det settes av ressurser til forskningsmedarbeidere på klinikknivå, både ved St. Olavs Hospital og ved andre HF som vil delta i kliniske studier.

24.1 Gruppens anbefalinger

Forholdene må legges til rette for å kunne delta i kliniker-initierte studier ved at infrastrukturen styrkes på klinikknivå med studiesykepleiere og annet kompetent personell.

For klinikere bør det settes av tid og ressurser til å:

- Planlegge og søke om forskningsprosjekter på PhD nivå.
- Integrere post doc. stillinger i 50-100 % som en integrert del av den kliniske driften.
- Planlegge og søke om større prosjekter nasjonalt (nasjonale satsninger) og internasjonalt (EU-initierte utlysninger og midler fra andre internasjonale forskingsfond).

- Det bør arbeides med et holdningsskapende arbeid slik at alt personell ved de ulike HF i regionen vil kunne bidra til å utføre klinisk forskning.

25. Utdanning og fagutvikling

25.1 Bakgrunn

Siden kreftbehandling er sammensatt og alle pasientforløp er «tuftet» på det MDT, er man til enhver tid avhengig av at det på RHF-, HF- og kommunenivå er tilgjengelig personell med den rette kompetansen. For leger er innholdet i spesialistutdannelsen basert på nasjonale føringer, mens tilgang til nok leger med spesialistkompetanse er det til enhver tid pålagt RHF/HF å bidra til.

Innen flere områder har man identifisert «flaskehalser» for å kunne utrede, behandle og følge opp pasienter innen gitte tidsrammer og med høy nok faglig kvalitet. Kompetent personell med spesialkompetanse (innen kreft) spesielt innen bildediagnostikk og patologi er hovedområder hvor man nasjonalt og regionalt har store utfordringer med å rekruttere nok spesialister i dag.

Innen onkologi har man også et behov for å øke utdannelsen av spesialister, det samme gjelder innen urologi, gynekologisk onkologi og andre spesialiteter. NFGO (Norsk forum for gynekologisk onkologi) har i lengre tid arbeidet for å få gynekologisk onkologi godkjent som egen subspecialitet, som et ledd i å styrke kompetansen og øke rekrutteringen til faget.

Mye av kreftomsorgen har blitt og vil bli enda mer spesialisert samtidig som man har behov for generell kompetanse på mindre sykehus og i kommunehelsetjenesten. Man har behov for sykepleiere med smal spesialkompetanse på universitetsklinikken, og sykepleiere med mindre spesialisert kompetanse på lokalsykehus og i kommunehelsetjenesten.

MDT skal samarbeide internt på sykehusene, mellom sykehus og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Et samarbeid bør være «tuftet» på kompetente enkeltpersoner med komplementær kompetanse og som kjenner hverandres styrker og svakheter.

25.2 Gruppens anbefalinger

- Det bør i nær framtid utredes et behov for antall spesialister innen kreftomsorgen på RHF-/HF-nivå.
- Man bør umiddelbart legge en plan for å utdanne nok leger innen bildediagnostikk og patologi.
- Man bør utvikle felles møtepunkter/-arenaer innen kreftbehandling, diagnostikk og oppfølging.
 - Det foreslås å etablere et regionalt multidisiplinært fagmøte en gang per år. Ansvar legges hos Kreftklinikken, St. Olavs Hospital.

26. Kreftrehabilitering, Vardesenter og likemannsarbeid

26.1 Innledning

Helsedirektoratet definerer rehabilitering som "[t]idsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig assistanse til brukernes egen innsats for å oppnå best mulig funksjon, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet". Rehabilitering er således et overordnet begrep som ikke bare handler om fysisk opptrening, men også om å gjenvinne sosiale og samfunnsmessige roller. For kreftpasienter handler således rehabilitering om å forebygge og redusere de fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle følgene av kreftsykdommen og behandlingen.

Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering for perioden 2008 til 2011 ble lansert i 2007. I dette dokumentet er kreftsykdom listet opp som en av sykdommene som vil ha et økt behov for rehabiliteringstilbud i fremtiden. I den nasjonale kreftstrategiplanen for 2006-2009, er kreftrehabilitering også pekt på som et viktig område for utvikling av nye krefttilbud.

26.2 Dagens organisering

Helse Midt-Norge har per dags dato avtale med to private aktører som tilbyr rehabilitering av kreftpasienter. Selli Rehabiliteringssenter AS har tilbud om rehabilitering etter bløtdelskirurgi, herunder kreft. Røros Rehabilitering har tilbud om arbeidsrettet kreftrehabilitering finansiert gjennom "raskere tilbake"-midler. Pasientene må være i yrkesfør alder og ha som mål å komme tilbake i arbeid. Pasientene kan henvises fra primærleger og sykehusavdelinger. Kreftpasienter som opplever sammensatte behov for rehabilitering og som ikke faller inn under disse gruppene, har i dag ikke tilbud om spesialisert rehabilitering. Montebellosenteret ved Lillehammer har landsdekkende informasjons- og kurstilbud til kreftpasienter.

26.3 Utfordringer

Man vet i dag lite om hvor mange kreftpasienter som trenger rehabilitering, hvilken type rehabilitering pasientene har behov for, når i forløpet behovet er størst, hva som er optimal lengde på intervensjonen og hva innholdet skal bestå i. Dessuten er det uavklart om man bør tilby institusjonsopphold, poliklinisk intervensjon eller en kombinasjon. Hvordan man best selekterer pasienter er også uavklart.

Det er rimelig å anta at mange kreftpasienter klarer å komme tilbake til sin normale funksjon på egen hånd og/eller med hjelp fra familie og pårørende. De som ikke klarer dette bør imidlertid fanges opp og gis et tilbud. Tiltak som etableres for kreftpasienter med behov for rehabilitering bør i størst mulig grad være basert på resultater oppnådd i kliniske studier, og man bør ta høyde for at tiltak i ulike faser (behandlingsfase/senfase) ikke nødvendigvis har samme effekt. Det kan i dag virke som om informasjon om, eller vurdering av, rehabiliteringsbehov ikke er en del av pasientforløpet ved alle sykehusavdelinger. Konsekvensen av dette er at henvisning blir tilfeldig ut i fra den enkelte avdeling eller behandlers kunnskap om rehabiliteringstilbud. Den samme problemstillingen foreligger også i primærhelsetjenesten.

Konsekvensene av dette, kombinert med den begrensningen som ligger i finansiering etter "raskere tilbake"-midler for Røros Rehabilitering sin del, gjør at man får en skjevfordeling i den pasientpopulasjonen som får tilbud om rehabilitering. Dette er uheldig også for forskningen som er nødvendig for å avklare effekter av kreftrehabilitering.

26.4 Vardesenteret

Vardesenteret i Trondheim er under etablering av Kreftforeningen og St. Olavs Hospital. Senteret er planlagt ferdigstilt i 2012, men aktiviteter i midlertidige lokaler ble startet opp høsten 2011. Vardesenteret vil gi kreftrammede og pårørende et omsorgstilbud som møter dagens og fremtidens behov for helhetlig kreftomsorg, og være et supplement til tilbudet som kreftpasienter får i dag. Senteret vil fungere som arena og møteplass for kreftrammede, pårørende og helsefaglig personell med aktiviteter som fremmer livskvalitet, velvære og mestring. Kreftrammede skal kunne motta informasjon, støtte og veiledning, ta del i aktiviteter og møte likesinnede. Senteret vil være åpent for alle som er eller har vært berørt av kreft, samt deres pårørende.

I Vardesenteret ønsker St. Olavs Hospital å styrke faglig konseptutvikling, pasientnær forskning og rehabilitering. Dette innebærer også innovasjon og modellutvikling. I tråd med at St. Olavs Hospital er et universitetssykehus med en regional rolle i forskning, vil kliniske studier være en del av virksomheten ved senteret.

Vardesenterets fire hovedsatsningsområder er samtaler/kurs og grupper, fysisk aktivitet, kosthold/ernæring og rehabilitering/mestring. Senteret vil tilby kurs og grupper i tillegg til individuell rådgiving/samtale med ulike fagpersoner og likemenn. Vardesenteret vil forbedre det totale pasient- og pårørendetilbudet til alle voksne kreftpasienter og deres pårørende, og være en del av et komplett kreftsenter ved St. Olavs Hospital.

26.5. Kreftkoordinator

I Midt-Norge lever det i dag omtrent 28 000 kreftrammede mennesker. Å få en kreftdiagnose er tøft, og livet blir snudd på hodet; mye angst, frykt og utfordringer oppstår. Behovene for kreftpasientene og deres pårørende er variert, sammensatt og kan vare over lang tid.

For å avhjelpe dette har vi i Norge et omfattende tilbud av offentlige og likemannstjenester til mennesker i ulike stadier i livet. Dette gjelder også kreftrammede. Det er en utfordring for kreftpasienter å ha oversikt over alle tilbud og rettigheter.

I ny kommunal helse- og omsorgslov skal kommunene tilby koordinator til pasienter og pårørende, og dette gjelder også for kreftpasienter. Sammen med samhandlingsreformen vil dette bli et stort og viktig ansvar for kommunene. Noen kommuner har alt opprettet stillinger for koordinatorene og fått positive erfaringer. Koordinatorene kan ha ulike fagbakgrunner.

Kreftforeningen har bevilget 30 millioner kroner for å hjelpe kommunene med oppstarten av koordinatorstillingene. Dette for å bidra til å skape sammenheng og helhet – habilitering og rehabilitering – noe som øker tryggheten, nærheten og livskvaliteten. Kommunene må være innstilt på å overta økonomiansvaret for stillingene etter hvert.

26.6 Brukergruppen

Brukermedvirkning er lovpålagt og det offentlige har derfor ansvaret for at det fungerer. Brukermedvirkning på systemnivå vil si at en utnevnt brukerrepresentant opptrer for hele gruppen med felles diagnose. Det er 12 forskjellige kreftdiagnoser i Kreftforeningens pasientforeninger, så i tillegg til erfaringsbasert kunnskap må en innhente annen kunnskap. Brukermedvirkning skal bidra til best mulig diagnostisering, behandling og rehabilitering for pasientene, samt best mulig levekår og livskvalitet for pasienter og pårørende. Dette målet skal

brugerrepresentantene jobbe mot, gjennom å påvirke beslutningsprosesser i regionale helseforetak og helseforetak.

26.7 Likemannsarbeid

Likemannsarbeid er ingen profesjon, men et frivillig ulønnet arbeid som utføres som et tilbud til pasienter og pårørende. I de 12 pasientforeningene som er tilknyttet Kreftforeningen er likemannsarbeidet svært viktig for "å hjelpe hverandre med å ta livet tilbake".

Likemannstjenesten er kvalitetssikret ved at alle likemenn gjennomgår kvalitetskurs, ofte årlig, i sin egen pasientforening. De fleste pasientforeningene har likemenn som tilbyr:

- Besøktjeneste på sykehus - oppmuntrende besøk.
- Kontakttelefon - lytter og gir praktiske råd.
- Selvhjelpsgrupper og møter i lokalforeninger - finne ut av det sammen.
- Konfidensielle samtaler med likemenn.

Likemannstjenesten gir en nærhet mellom den med nyoppdaget kreftdiagnose og en som har levd med en kreftdiagnose, som ikke fagfolk kan erstatte.

26.7 Gruppens anbefalinger

Rett kreftrehabiliteringstilbud til rett tid krever antakelig stor differensiering, både med hensyn til oppstart, innhold og intensitet. Helse Midt-Norge bør derfor utføre forskningsbaserte studier som kan bidra til å sikre at pasientene får rett tilbud. Tilbudene bør rettes mot både seneffekter og langtidseffekter etter kreftbehandling.

De aller fleste bør få sine behov for rehabiliteringstilbud dekket i sin hjemkommune, ved at det enten er tilstrekkelig kompetanse i kommunen til å håndtere behovene selv, eller at kommunene innhenter veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Ved mer komplekse behov, eller der kommunen ikke er i stand til å ivareta den enkeltes behov godt nok, bør det finnes spesialiserte tilbud som kan utrede og iverksette rehabiliteringstiltak og veilede kommunen videre. En slik modell vil bidra til at flest mulig får dekket sine behov nær hjemstedet, og at førstelinjetjenesten tilføres kompetanse etter hvert som behovene som melder seg.

Det bør legges til rette for forskning rundt effekter av kreftrehabilitering og man bør vurdere hvordan dette kan organiseres.

Vurdering av rehabiliteringsbehov bør inngå i alle pasientforløp for kreftpasienter ved sykehusavdelinger.

Finansiering av kreftrehabilitering bør skje uavhengig av "raskere tilbake"-midler for å kunne gi et tilbud til de med kreft som ikke er i yrkesfør alder eller som er uføretrygdet (over 50 % av de som får kreft, får det etter fylte 70 år).

27. Vedlegg

27.1 Nasjonal kreftplan 1999-2003

Nasjonal kreftplan bidro til en offentlig styrking av kreftområdet med i overkant av to milliarder kroner. Hovedmålet med kreftplanen var å redusere antall nye krefttilfeller gjennom en langsiktig strategi for forebygging, samt å bedre tilbudet innen diagnostikk og behandling. Kreftplanens viktigste tiltak omfattet:

- En bedret kapasitet innen stråleterapi.
- Kompetansebygging i spesialisthelsetjeneseten, spesielt innen lindrende behandling, arvelig kreft og genterapi.
- Økning av nøkkelpersonell innen kreftomsorgen, herunder legespesialister, kreftsykepleiere, radiografer og stråleterapeuter.
- Utvidelse av mammografiprogrammet til et landsdekkende tilbud for alle kvinner mellom 50 og 69 år.

Nasjonal kreftplan ble evaluert våren 2004. Gjennomføringen av planen har i hovedtrekk skjedd i overensstemmelse med Stortingets intensjoner og bevilgninger. Tiltakene i planen er fra 2004 videreført og integrert i ordinær virksomhet og som ledd i en ny nasjonal kreftstrategi.

27.2 Nasjonal strategi for arbeid innenfor kreftomsorgen – Rapport 2004

I forslag til strategisk oppfølging av Nasjonal kreftplan 1999-2003 ble det utarbeidet over 200 forslag om tiltak rettet mot beslutningstakere, ledere og utøvere på alle nivå i sosial- og helsetjenesten. Kort oppsummert anbefalte arbeidsgruppen følgende:

- Videreføring av forebyggende tiltak, inkludert sunt kosthold, tiltak mot tobakk, strålevern og økt fysisk aktivitet.
- Økt kapasitet i behandlingstilbud.
- Bedring av kvaliteten i kreftomsorgen gjennom videreføring av kvalitetsregistre og økt forskningsinnsats, herunder bedre integrering av forskning i den kliniske virksomheten.
- Nasjonal standardisering av diagnostikk og behandling, herunder ordning for rask innføring av nye (kostbare) metoder med dokumentert effekt.
- Videreføre prosesser for funksjonsfordeling og regionalt samarbeid der dokumentert kunnskap viser at volum har betydning for kvalitet.
- Bedring av rehabiliteringstilbud etter kreftbehandling og for palliative pasienter.
- Stryking av utdanning, rekruttering og bemanning av flere helsepersonellgrupper.

27.3 Nasjonal strategi for kreftområdet 2006-2011

Demme strategien er oppfølgingen av Nasjonal kreftplan (1999-2003). Til grunn for arbeidet ligger "Nasjonal strategi for arbeid innen kreftomsorgen" (2004) og en landsomfattende høring som ble gjennomført høsten 2004.

Hovedformålet med kreftstrategien er å møte kreftutfordringen på en offensiv og helhetlig måte gjennom tilrettelegging for:

- Bedre kvalitet og kompetanse.

- Tilstrekkelig kapasitet og likeverdig tilgjengelighet.
- Hensiktsmessig organisering.
- Bedre samhandling i og mellom alle ledd på kreftområdet.

Kreftstrategien inneholder nasjonale målsettinger/styringssignaler, planlagte/igangsatte tiltak og tiltak som skal vurderes.

27.3.1. Forebyggende arbeid

Nasjonale målesetninger/Styringssignaler

- Nye krefttilfeller skal forebygges gjennom tiltak rettet mot tobakksbruk, kosthold, strålevern, fysisk aktivitet og alkohol
- Det kreftforebyggende arbeidet skal bidra til å redusere sosiale ulikheter i helse

Planlagte/igangsatte tiltak:

- Nasjonal strategi mot sosial ulikhet i helse
- Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006–2010
- Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen – for perioden 2007–2011
- Departementenes handlingsplan for økt fysisk aktivitet 2005–2009
- System for varsling av høye UV-nivåer som når ut til hele befolkningen
- Opptrappingsplan for rusfeltet

Tiltak som det arbeides med:

- Vurdere tiltak mot radon i inneluft
- Vurdere ordninger for kvalitetsforbedring i solariebransjen

27.3.2 Nasjonale screeningprogrammer med mer

- Tilbudet om tidlig diagnostikk og oppfølging av arvelig disponerte risikogrupper videreføres
- Masseundersøkelsen mot livmorhalskreft og mammografiprogrammet skal videreføres
- Departementet vil kontinuerlig vurdere behovet for eventuelle utvidelser av eksisterende screeningprogrammer og/eller nyetableringer. Vurderingene vil ta utgangspunkt i nasjonale erfaringer og prioriteringer, samt kriterier fastslått av WHO

Planlagte/igangsatte tiltak:

- Mammografiprogrammet skal evalueres

Tiltak som det arbeides med:

- Bedre arbeidsfordeling og samordning av aktivitet innen arvelig kreft
- Kunnskapsoppsummeringer, metodevurderinger og eventuelt igangsetting av forskning for å avklare effekten av systematisk brystscreening av yngre og eldre aldersgrupper enn den som inngår i mammografiprogrammet (50-69 år)

- Relevant oppfølging av mammografiscreening på bakgrunn av kunnskapsoppsummering/evalueringsresultater
- Vurdere et prøveprosjekt for utvidelse av mammografiscreening for kvinner mellom 45-49 år
- Kunnskapsoppsummeringer, metodevurderinger og eventuelt igangsetting av forskning for å avklare effekten av systematisk screening av andre kreftformer, for eksempel tykktarm-/endetarmskreft, prostatakreft, lungekreft, føflekkreft og eggstokkreft
- Vurdere endring i Kreftregisterforskriften som gjør all mammografi meldepliktig

27.3.3 Kreftpasienten, helsetjenesten og samfunnet

Nasjonale målsetninger/styringssignaler:

- Med et godt møte mellom kreftpasient og helsetjeneste legges et viktig grunnlag for kvalitet i kreftomsorgen
- Regelverket skal bidra til at godt samarbeid, kommunikasjon og kontinuitet i møtet mellom pasient og helsetjeneste etterleves bedre, også i kreftomsorgen
- Det må legges til rette for bedre samhandling mellom tjenester og forvaltningsnivåer slik at tilbudet til kreftpasienten blir mest mulig helhetlig
- Det må legges til rette for et godt samarbeid med kreftpasientenes støttespillere, herunder pårørende og frivillig sektor
- Kreftpasientene må få bedre hjelp til kartlegging av sine ikke-medisinske behov, og informasjon om og hjelp til å ivareta sine rettigheter også på de ikke-medisinske områdene

Planlagte/igangsatte tiltak:

- Ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV-reformen) fra 01.07.2006
- Handlingsplan for å styrke spesialisthelsetjenester til eldre
- Stortingsmelding om framtidens omsorgstilbud

27.3.4 Diagnostikk

Nasjonale målsetninger/styringssignaler:

- Det må sikres tilstrekkelig kunnskap i kommunehelsetjenesten (særlig hos fastlegene/allmennlegene) til å kunne identifisere mistenkelige symptomer og følge opp disse på en adekvat måte
- Diagnostikk av potensiell kreftsykdom i spesialisthelsetjenesten skal skje innenfor forsvarlige tidsfrister, være hensiktsmessig organisert, ha høy kvalitet og være likeverdig tilgjengelig

Planlagte/igangsatte tiltak:

- Det skal fastsettes nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling, herunder standarder for utredning og diagnostikk

Tiltak som det arbeides med:

- Tiltak for bedre logistikk og mer hensiktsmessig organisering av sykehusenes diagnostiske tilbud
- Tiltak for bedre kvalitetssikring av diagnosen

27.3.5 Behandling

Nasjonale målsetninger/styringssignaler:

- Behandling av kreftsykdom skal skje innenfor individuelt fastsatte og forsvarlige tidsfrister, være hensiktsmessig organisert, ha høy kvalitet og være likeverdig tilgjengelig
- Prosesser mot funksjonsfordeling og flerregionalt samarbeid skal fortsette, både innen kreftkirurgi og for andre områder der dokumentert kunnskap har påvist sammenheng mellom volum og kvalitet
- Strålebehandlingskapasiteten skal bygges ut som planlagt

Planlagte/igangsatte tiltak:

- Det skal fastsettes nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling
- Kvalitetssikringsarbeidet til KVIST-gruppen skal videreføres og videreutvikles

Tiltak som det arbeides med:

- Vurdering av forholdet mellom behandlingsmodalitetene kirurgi, strålebehandling og medikamentell behandling, herunder konsekvenser for kapasitet og organisering

27.3.6 Alternativ behandling

Nasjonale målsetninger/styringssignaler:

- Alternativ behandling av kreftpasienter skal skje i tråd med gjeldende regelverk
- Det er behov for å styrke kunnskapsgrunnlaget om effekten av alternativ kreftbehandling, også i kombinasjon med annen, mer konvensjonell behandling
- Det må legges bedre til rette for at kreftpasienter og deres pårørende kan få tilgang til informasjon om alternative behandlingsformer og om disse har dokumentert effekt

Planlagte/igangsatte tiltak:

- Det er etablert et Nasjonalt forskningssenter innen komplementær og alternativ medisin (NAFKAM) ved Universitetet i Tromsø
- Det er etablert et kontaktforum mellom brukerorganisasjoner, alternative utøverorganisasjoner og helsemyndighetene
- Det skal etableres et Nasjonalt informasjonssenter om alternativ behandling (NIFAB) tilknyttet Universitetet i Tromsø og NAFKAM

27.3.7 Rehabilitering

Nasjonale målsetninger/styringssignaler:

- Rehabiliteringstilbudet skal styrkes, også for kreftpasienter
- Det må legges til rette for bedre samhandling mellom fagmiljøer, tjenester og forvaltningsnivåer

- Kunnskapsgrunnlaget om forebygging og behandling av senfølger etter kreftsykdom og/eller behandling må økes
- Helsetjenesten skal ha nødvendig fokus på kreftpasientens psykiske helse under hele behandlings- og rehabiliteringsforløpet

Planlagte/igangsatte tiltak:

- Det er i 2006 stilt krav til de regionale helseforetakene om å prioritere rehabilitering generelt
- Det skal utarbeides standarder for medisinsk rehabilitering etter ulike kreftsykdommer som en del av nasjonale handlingsprogrammer for kreftsykdommer
- Utvikle virksomheten ved Nasjonalt kompetansesenter for studier av langtidseffekter etter behandling av kreft ved Det Norske Radiumhospital (ble etablert i 2005)
- Gjennomføre Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008

Tiltak som det arbeides med:

- Videreutvikling av tilbudet til kreftpasienter ved lærings- og mestringssentrene
- Nasjonal plan for rehabilitering
- Tiltak for bedre samhandling, for eksempel etablering/videreutvikling av rehabiliteringsteam

27.3.8 Lindrende (palliativ) behandling

Nasjonale målsetninger/styringssignaler:

- Kompetansen om lindrende (palliativ) behandling av kreftpasienter må styrkes, også i kommunehelsetjenesten
- Det må legges til rette for bedre samarbeid og samhandling mellom tjenester og forvaltningsnivåer

Planlagte/igangsatte tiltak:

- Sosial- og helsedirektoratet er i 2006 bedt om å ta nødvendige initiativ for å styrke den tverrfaglige kompetansen i kommunehelsetjenesten når det gjelder smertebehandling og palliativ behandling, for eksempel gjennom utarbeidelse av faglige veiledere
- Det skal utarbeides standarder for medisinsk rehabilitering etter ulike kreftsykdommer som en del av Nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling

Tiltak som det arbeides med:

- Tiltak for bedre samhandling, for eksempel etablering/videreutvikling av palliative team, koordinatorstillinger og ordninger for kompetanseoverføring

27.3.9. Personell – kapasitet og kompetanse

Nasjonale målsetninger/styringssignaler:

- Utvikling av gjeldende systemer for dimensjonering av, og innhold i, grunnutdanning, turnustjeneste, videreutdanning og etterutdanning skal bidra til å sikre tilstrekkelig kapasitet og adekvat kompetanse hos helsepersonell på alle nivåer i kreftomsorgen

Planlagte/igangsatte tiltak:

- Det er i 2006 stilt krav til de regionale helseforetakene om på generelt grunnlag å sørge for et kvantitativt riktig og kvalitativt godt tilbud i utdanning og kompetanseutvikling for helsepersonell som har helseregionene som praksisarena og/eller arbeidssted. Mer spesifikt er det stilt krav om å opprettholde og etablere et riktig antall utdanningsstillinger for leger under spesialisering. Situasjonen for kreftrelaterte spesialiteter som onkologi, patologi og radiologi skal vurderes særskilt
- Det er i 2006 stilt krav til de regionale helseforetakene om å planlegge videreutdanning av personellet for å møte nåværende og fremtidige utfordringer
- De regionale helseforetakene overtok i 2005 finansieringsansvaret for fem overlegestillinger innen barneonkologi som tidligere har vært finansiert av Kreftforeningen

Tiltak som det arbeides med:

- Gjennomgang av bemannings-, rekrutterings- og/eller kompetansesituasjonen for flere relevante personellgrupper, både i kommunenes helse- og sosialtjeneste og i spesialisthelsetjenesten

I oppfølgingen av kreftstrategien vil det være behov for en gjennomgang av bemannings-, rekrutterings- og/eller kompetansesituasjonen for flere relevante personellgrupper, både i kommunenes helse- og sosialtjeneste og i spesialisthelsetjenesten.

27.3.10 Kreftregisteret, nasjonale medisinske kvalitetsregistre og forskning

Nasjonale målsetninger/styringssignaler:

- Den faglige virksomheten ved Kreftregisteret skal videreføres
- Det skal etableres nasjonale medisinske kvalitetsregistre innenfor alle viktige medisinske fagområder, herunder for kreftområdet
- Kreftforskning skal fortsatt sikres gode rammevilkår gjennom etablerte finansieringssystemer for forskning

Planlagte/igangsatte tiltak:

- Sosial- og helsedirektoratet har fått i oppgave å være rådgivende instans og sikre nasjonal samordning av, og prioritering mellom, de nasjonale medisinske kvalitetsregistrene, herunder kvalitetsregistre innenfor kreftområdet
- Det pågår en strategisk satsning på kreftforskning i regi av Norges forskningsråd

Tiltak som det arbeides med:

- Vurdere tiltak for å sikre bedre tilgjengeliggjøring og bruk av data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre
- Forskning på utvalgte pasientgrupper (for eksempel eldre) og kreft, forebygging og behandling av senfølger, organisering av tjenestetilbudet til pasienter med kreft, komparative effektstudier av ulike behandlingsregimer med mer.

27.4 Samhandlingsreformen Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009)

Samhandlingsreformen har som målsetning å kanalisere fremtidig vekst i ressurser i helse- og omsorgsektoren til kommunene. Det skal lønne seg for kommunene å satse på forebygging, slik at folk i mindre grad trenger spesialisthelsetjenester. Kommunen må også være i stand til å gi pasientene etterbehandling, rehabilitering og annen oppfølging. Det skal lønne seg for sykehus og kommuner å spille på lag. Med kloke løsninger skal pasientene få rett behandling på rett sted til rett tid.

27.4.1 Utfordringer

Hovedutfordringene er knyttet både til et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. For å lykkes bygger stortingsmeldingen på at bedre samhandling bør være et av helse- og omsorgssektorens viktigste utviklingsområder fremover. Samhandlingstiltak skal ikke være enerådende, og mange pasienter vil primært være avhengige av at det leveres gode tjenester fra ett av tjenestestedene, for eksempel spesialisthelsetjenesten. Den sterke satsningen på bedre samhandling skal ikke fjerne oppmerksomheten fra kvalitets- og utviklingsarbeid som mer isolert er rettet inn mot det enkelte tjenestestedets ytelser.

27.4.1.1 Utfordring 1: Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok – fragmenterte tjenester

Mange pasienter og brukere i helse- og omsorgstjenesten har behov for koordinerte tjenester i den forstand at tjenestene leveres fra ulike tjenestesteder og ofte også over en kortere eller lengre tidsperiode. Det er i dag få systemer som er rettet inn mot helheten i de tjenestene som skal svare på pasientenes behov for koordinerte tjenester. Derimot har vi mange systemer som er rettet inn mot de ulike deltjenestene, herunder oppdelinger i ulike organisatoriske enheter, separate rettighets-, finansierings- og IKT-systemer. I tillegg er det slik at det er ulik forståelse av hva som er målet for tjenesten. Store deler av spesialisthelsetjenesten er både i sin organisering og sin funksjon preget av at målet er medisinsk helbredelse.

Kommunehelsetjenesten har derimot et langt større fokus på pasientens funksjonsnivå og pasientens mestringsevne. For pasienten/brukeren er det en gjensidig avhengighet mellom de to målformuleringene. Forskjellen i målforståelse kan likevel bidra til samhandlingsproblemer, fordi det påvirker kommunikasjonen og hvilke problemstillinger som vektlegges. Selv om det gjennom de siste årene har vært jobbet med mange tiltak for å bedre helse- og omsorgstjenestens samhandling, er fremdeles tilbakemeldingene fra pasienter og brukere at samhandlingen ofte er dårlig og at kanskje dette er den største utfordringen som helse- og omsorgstjenesten står overfor. Dårlig koordinerte tjenester betyr også dårlig og lite effektiv ressursbruk.

27.4.1.2 Utfordring 2: Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom

Helsetjenesten har stort fokus på behandling av sykdommer og senkomplikasjoner, framfor tilbud innrettet på å mestre og redusere kronisk sykdomsutvikling. Når man kommer til de praktiske prioriteringssituasjonene viser det seg gjerne at forebygging og tidlig innsats blir tapere i kampen mot de mer spesialiserte og eksponerte tjenestene. Vi har i dag ikke gode nok systemer for analyse og beslutninger om hvordan ressursene bør settes inn i de ulike leddene i kjeden fra forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering.

27.4.1.3 Utfordring 3: Demografisk utvikling og endring i sykdomsbilde gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Dette gir utfordringer som må møtes med dyptgripende og langsiktige tiltak. Det vil kreves både mer effektiv drift av helse- og omsorgssektoren i Norge og det politiske miljøet må være beredt på nye og mer krevende prioriteringsbeslutninger. Den demografiske og epidemiologiske utviklingen i Norge er i likhet med andre vesteuropeiske land i stor endring. Det blir flere eldre og flere med kroniske og sammensatte sykdomstilstander. Kols, diabetes, demens, kreft og psykiske lidelser er sykdommer som er i sterk vekst, og utgjør samtidig grupper med store og dermed økende samhandlingsbehov.

Endringene gir store utfordringer i forhold til å bevare og videreutvikle de sentrale velferdsordningene i Norge. Det kreves både vilje og mot til å etablere nye strukturer innenfor flere samfunnssektorer. Dette er bakgrunnen for at regjeringen nå gjennomfører både en pensjonsreform og en NAV-reform i tillegg til samhandlingsreformen. Disse reformene er nødvendige for å sikre at den norske solidaritetspolitikken og folketrygden er bærekraftige også for framtidige generasjoner.

Utviklingen av demografi og sykdomsbilde, med store forskyvninger fra yrkesaktive til ikkeyrkesaktive/behandlings- og pleietrengende, og derav økte behov for tjenester, gir tilsvarende store utfordringer for helse- og omsorgssektoren. Dersom ikke utfordringene møtes med tilstrekkelig vilje og evne til å utvikle nye løsninger, vil valget stå mellom to ikke ønskelige alternativer. Enten får vi en utvikling som blir en trussel mot samfunnets bæreevne, eller så blir det over tid nødvendig med prioriteringsbeslutninger som vil bryte med grunnleggende verdier i den norske velferdsmodellen.

27.4.2 Hovedgrep

27.4.2.1 Hovedgrep 1: Klarere pasientrolle

Et av utslagene av de oppsplittede systemene innenfor helse- og omsorgstjenesten er at også pasientenes medvirkning i stor grad er styrt inn mot de enkelte delene av tjenestene. Pasientmedvirkning på de ulike tjenestestedene, slik det for eksempel i de senere årene er utviklet gjennom brukerrådene i helseforetakene, vil bli opprettholdt og videreutviklet. Som et supplement til dette, og som en viktig del av arbeidet med pasientforløp, vil det sammen med pasientorganisasjonene og øvrige berørte aktører arbeides med hvordan pasientene og deres organisasjoner i større grad kan trekkes med i arbeidet med struktur- og systemtiltak som er rettet inn mot å utvikle bedre helhetlige pasientforløp. Gode helhetlige pasientforløp bør i større grad enn i dag bli en felles referanseramme for alle aktører i helse- og omsorgstjenesten. Forløpstenkingen har som formål å bidra til at alle systemer og tjenester rettes inn mot hjelp slik at den enkelte selv kan mestre sitt liv eller gjenopprette funksjoner/egenmestring i størst

mulig grad. Regjeringen vil etablere en lovpålagt plikt til å sørge for at pasienter med behov for koordinerte tjenester får én person som kontaktpunkt i tjenestene. Gitt de utfordringer som helsetjenesten står overfor, vil det bli en viktigere del av helsepolitikken å legge til rette for det ansvaret som befolkningen må ta for egen helse.

27.4.2.2 Hovedgrep 2: Ny framtidig kommunerolle

Kommunenes rolle i den samlede helse- og omsorgspolitikken vurderes endret slik at de i større grad enn i dag kan oppfylle ambisjonene om forebygging og innsats i sykdomsforløpenes tidlige faser. Kommuner med større kompetanse for helse- og omsorgstjenesten gis også bedre forutsetninger for å svare på kravene fra pasienter med kroniske sykdommer. I samhandlingsreformen legges det til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad må finne sin løsning i kommunene. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (BEON). Et sentralt poeng i meldingen er at kommunene kan se helse- og omsorgssektoren i sammenheng med de andre samfunnsområdene der de har ansvar og oppgaver. I utviklingsarbeidet må det være oppmerksomhet mot spekteret av ulike fagprofesjoner og at man evner å utvikle en samlet tjeneste som gjør bruk av faglige egenskaper og fortrinn hos den enkelte gruppe. En tilrettelegging av tjenestetilbudet som medfører at sykdomsutviklingen hindres, eller utsettes, er bra både for folks helse og for samfunnets økonomi. Behov bør identifiseres og tjenester settes inn så tidlig som mulig. Dette vil bidra til å forhindre sykdomsutvikling og øke den enkeltes mestringsevne. Dette er også viktig for å redusere omfanget av personer som helt eller delvis mister kontakten med arbeidslivet på varig basis som følge av helsemessige problemer, jamfør blant annet målsettingene med NAV-reformen. I denne stortingsmeldingen beskrives og drøftes aktuelle oppgaver som kommunene kan gis ansvar for. Dette er oppgaver som regjeringen vurderer å legge til kommunene. Regjeringen vil i sin vurdering legge vekt på i hvilken grad de aktuelle oppgavene kan løses mest effektivt på kommunalt nivå. Oppgavebeskrivelsen gis på et overordnet nivå i denne meldingen. Hvilke oppgaver, omfanget av disse og tidspunkt for iverksettelse vil regjeringen ta stilling til etter at stortingsmeldingen er behandlet av Stortinget.

Oppgavene vil måtte løses ut fra lokale forhold hvor nødvendig kompetanse er en av hovednøkklene. Det legges opp til et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak om blant annet oppgavefordeling og samarbeid. I det videre arbeidet vil det også vurderes nærmere hvordan myndighetene skal følge opp avtalesystemet.

27.4.2.3 Hovedgrep 3: Etablering av økonomiske insentiver

De økonomiske insentivene skal understøtte den ønskede oppgaveløsningen og gi grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt økonomisk ansvar for utskrivningsklare pasienter er de viktigste virkemidlene på dette området. Kjernen i begrunnelsen er at kommunen også gjennom de økonomiske ordningene kan stimuleres til å vurdere om det kan oppnås bedre helseeffekter gjennom annen bruk av ressursene, herunder riktigere bruk av sykehusene. Kommunal medfinansiering av spesialisthelsetjenesten vil også innebære en endring av spesialisthelsetjenestens økonomiske rammebetingelser. Som en del av arbeidet med samhandlingsreformen er det foretatt en vurdering av innretningen av finansieringssystemet for spesialisthelsetjenesten med sikte på at dette skal understøtte målene i samhandlingsreformen.

Aktivitetsbasert finansiering bør fremdeles være en viktig del av finansieringen av spesialisthelsetjenesten, men særlig med bakgrunn i den vekt som framover skal legges på forbygging og tidlige intervensjoner, foreslås det at satsen for aktivitetsbasert finansiering i spesialisthelsetjenesten reduseres fra 40 til 30 %.

27.4.2.4 Hovedgrep 4: Spesialisthelsetjenesten skal utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse

Helsepolitikk dreier seg i stor grad om trygghet for befolkningen, både i den forstand at gode tjenester er tilgjengelige når de trengs, og at tilgjengeligheten gir befolkningen en trygghet i forhold til det offentlige tjenestetilbudet. At spesialisthelsetjenesten leverer kvalitativt gode tjenester, som tar opp i seg teknologi- og metodeutvikling som nasjonalt og internasjonalt skjer innenfor medisin og helsefag, er et viktig grunnlag for befolkningens trygghet. I samhandlingsreformen er det en ambisjon å styrke spesialisthelsetjenestens forutsetninger for å kunne levere gode spesialiserte helsetjenester til befolkningen. Dette kan primært skje på to måter. For det første vil en riktigere oppgavedeling mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten legge til rette for at spesialisthelsetjenesten i større grad kan konsentrere seg om oppgaver der de har sitt fortrinn, de spesialiserte helsetjenestene. For det andre kan et sterkere søkelys på de helhetlige pasientforløpene legge bedre til rette for at pasienter med behov for spesialiserte tjenester finner fram til tjenestestedene som har den aktuelle kompetansen.

27.4.2.5 Hovedgrep 5: Tilrettelegge for tydeligere prioriteringer

Problemet med manglende helhet understrekes også ved at heller ikke myndighetene har et tilstrekkelig koordinert beslutningssystem for helse- og omsorgstjenestene. Med de utfordringene som følger av demografisk og epidemiologisk utvikling, må det tilstrebes at flere av de framtidige prioriteringsbeslutningene rettes inn mot helheten i de pasientforløpene som svarer på de aktuelle behovene. Det må unngås at prioriteringsbeslutningene knyttes til deltjenester av det samlede forløpet, med risiko for at disse er dårlig tilpasset hverandre. Etableringen av Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i 2007 representerer en viktig utvikling av de helhetlige prioriteringene. Som en oppfølging av dette skal Nasjonal helseplan videreutvikles til å bli et mer operativt redskap for prioriteringer innenfor den samlede helse- og omsorgstjenesten.

27.4.3 Andre strategiske tiltak

Regjeringen ønsker å supplere de fem hovedgrepene med tiltak på flere områder. Tiltak som vurderes er knyttet til utvikling av IKT-systemer, utvikling av en forsknings- og utdanningspolitikk og personalpolitikk som understøtter målene i samhandlingsreformen og samarbeid mellom helsemyndighetene og andre sektorer.

27.4.4 Kreftområdet i samhandlingsreformen

Kreftområdet er omtalt spesifikt i samhandlingsreformen. Det fokuseres på den forventede sterke økningen i antall krefttilfeller, og det faktum at mange vil leve lengre med sin kreftsykdom. Dette skyldes generelt flere krefttilfeller, bedre behandling og en eldre befolkning.

Palliative erfaringer fra Havstein sykehjem i Trondheim er spesifikt trukket frem som et godt eksempel på kommunal tverrfaglig omsorg av palliative pasienter. Palliative enheter skal betjene sitt definerte opptaksområde, og bør ha et befolkningsgrunnlag på minimum 10-15 000 innbyggere for å kunne drive behandling på et nivå over grunnleggende palliasjon.

En bør fokusere på forebygging. Tall fra WHO estimerer at 30 % av alle krefttilfeller kan forebygges eller utsettes med endringer i kosthold, fysisk aktivitet og røykevaner.

Det er et dokumentert behov for å styrke kompetansen i ernæring i primærhelsetjenesten, blant annet for kreftpasienter.

Til Helse Nord Trøndelag.

Regional Kreftplan HMN RHF 2012-2020

Fra Kirurgisk avdeling, Sykehuset Levanger v/ avdelingsleder Tom-Harald Edna

Den nye kreftplanen gir ikke konkrete anbefalinger om hvilke sykehus som skal operere kreft. Følgende krefttyper er allerede sentralisert til St Olavs Hospital: Spiserørskreft, kreft i magesekken, kreft i leveren, kreft i bukspyttkjertelen, lungekreft, gynekologisk kreft, kreft i endokrine (indresekretoriske) organer, kreft i sentralnervesystemet, sarcomer (bløtdelskreft eller kreft i bein). De gjenværende krefttyper forekommer ganske hyppig, og er viktige pasientgrupper som prioriteres høyt av gastrokirurger, urologer og mamma-endokrinkirurger.

Begge sykehus behandler tykktarmskreft og brystkreft. Sykehuset Levanger behandler endetarmskreft og kreft i nyrer og testikler i HNT.

a. Nasjonale handlingsprogrammer er førende

Vi legger nasjonale retningslinjer for de forskjellige tumorgruppene til grunn for våre anbefalinger. De nasjonale retningslinjer for utredning og behandling av kreft blir laget gjennom et samarbeid mellom mange anerkjente spesialister i Norge. En slik bred dekningsbakgrunn vil ikke være mulig når vi lager regional kreftplan. Desto større grunn er det å basere seg på anbefalingene som kommer gjennom de nasjonale retningslinjene. Vi skal selvsagt ikke kjøre egne retningslinjer med hensyn på f.eks kirurgi eller multidisciplinære team. Ved å følge de til enhver tid gjeldende nasjonale retningslinjer, sørger vi for den nødvendige dynamikk i den regionale planen.

b. Dokumentere kvalitet

Alle sykehus i regionen må være forberedt på å dokumentere sin kvalitet, både rent medisinsk og ut fra det nye feltet PROM (patient reported outcome measures). St Olavs Hospital må ha en sentral rolle, i samarbeid med de andre sykehusene som behandler kreft, i å sette i gang forskning som dokumenterer overlevelse og andre medisinsk relevante parametre samt PROM. Sykehuset Levanger har dokumentert kvaliteten ved behandling av pasienter med kreft i tykktarm og endetarm gjennom et nylig publisert PhD-arbeide (Eivind Jullumstrø 2010-11). Gjennom Kreftregisteret sine forskjellige kliniske kvalitetsregistre vil alle sykehus få tilbakemelding om sine egne overlevelsesdata for forskjellige kreftformer. Hittil har dette vært tilgjengelig for ca. recti, men vil snart også komme for ca. coli, ca. mammae o.a.

Kreftpasienters erfaringer med somatiske sykehus i 2009 er dokumentert i PasOpp-rapport nr 1 2010 fra Kunnskapssenteret. Pasientene er stort sett fornøyd, men enkelte sykehus skiller seg signifikant ut på den positive siden. Dette er stort sett ikke de største sykehusene, men mellomstore sykehus som Kristiansand, Arendal, Ringerike, Lillehammer og Levanger, samt ett stort, nemlig Radiumhospitalet. Forøvrig scorer alle sykehusene i HMN meget bra særlig på pasientsikkerhet, og ingen er signifikant under landsgjennomsnittet for noen av de undersøkte kriterier.

Høsten 2012 kom det en ny rapport fra Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) som viser at Norge er i verdenstoppen når det gjelder antall pasienter som overlever kreft (kreftforeningen.no).

Rapporten viser at ingen andre land har bedre overlevelsestall når det gjelder livmorhalskreft enn Norge. Også for brystkreft og tykktarmskreft kommer norske pasienter svært godt ut. 87 prosent av norske brystkreftpasienter overlever, ifølge tallene fra OECD. Det fører til at Norge er best i Europa og nummer fire i verden.

Selv med dagens desentraliserte tilbud til pasienter med brystkreft i Norge, oppnår vi svært gode resultater internasjonalt.

c. Volum/kvalitet

Det foreligger utenlandske rapporter fra tett befolkede land som viser en sammenheng mellom volum og kvalitet. Vi er enige om at volum trengs for god kvalitet, men meget god kvalitet oppnås også på sykehus som ikke er så store i internasjonal sammenheng. Internasjonalt er det ganske stor enighet om at kompliserte kirurgiske inngrep har bedre resultater når de utføres på sykehus med et visst volum. Dette gjelder spesielt øsofagus cancer, som ideelt sett slik burde vært sentralisert i Norge, kanskje til og med til ett sted i Norden. Det gjelder også for kreft i HPB-organene (kreft i lever, galleveier og bukspyttkjertel).

Inntil nyere nasjonale retningslinjer evt. kommer med andre anbefalinger, støtter vi at slik kirurgi utføres ved St Olavs Hospital. Det er en fordel for universitetsfunksjonene at slike pasienter behandles der, slik som det er helt avgjørende for flere andre sykehus i regionen å beholde et volum av de vanlige krefttypene.

d. Grunnlag for kirurgi

Kreftkirurgi for de vanlige krefttypene er en viktig del av arbeidet ved sykehusene i regionen og utføres av gastrokirurger, urologer og mamma-kirurger. Disse kirurgene er også de vaktbærende ved de kirurgiske avdelingene. Dersom kirurgi for vanlige kreftformer skulle sentraliseres ut over det som gjelder per 2011, vil mye av arbeidsgrunnlaget for disse spesialitetene falle bort, rekrutteringen og utdanningen av nye kirurger vil svikte, og det

kirurgiske behandlingstilbudet som sykehusene kan tilby sin befolkning reduseres eller falle bort. Dette gjelder både akutt vurdering og akutt kirurgi, elektiv vurdering og elektiv kirurgi samt oppfølging. Alle som i dag har kirurger som en del av teamet de samarbeider med, ville merke dette. Det å opprettholde kompetanse og sterke fagmiljøer også utenfor Trondheim, gjør at avdelingene fortsatt vil kunne være attraktive med hensyn på rekruttering. For pasientene er det en fordel å få forsvarlig utredning og behandling så nær hjemmet som det er mulig.

Palliativ kirurgi er kirurgi i den hensikt å lindre eller utsette plager fra uhelbredelig kreft. Det krever lang erfaring som kirurg å velge ut hvem som kan og hvem som ikke vil ha nytte av en palliativ operasjon. Dette er pasienter med kort forventet levetid og nedsatt ernæringsstatus. En palliativ operasjon bør ikke få komplikasjoner, for det overlever mange ikke. Et typisk eksempel er stopp i tarmfunksjonen pga kreftspredning til bukhinnen og tarmene. Det bør i hvert fylke være kirurger også med erfaring i kirurgisk palliasjon, i samarbeid med andre spesialiteter.

e Multidisiplinære team (MDT)

Når det gjelder MDT generelt, fungerer det godt for flere faggrupper i HMN allerede i dag. Tradisjonelt består MDT i kreftomsorgen av kirurg, radiolog, onkolog og evt. patolog. For de sykehus i regionen som i dag mangler patolog eller onkolog, må det være mulighet for tilknytning gjennom videokonferansemøter med f.eks. St. Olav eller Ålesund sykehus (onkolog). Regionale fagmøter fungerer i dag meget godt for de såkalte thorax-møtene som tar opp pasienter med lungekreft fra hele regionen. Subspesialiserte onkologer og radiologer o.a. vil kunne være med på MDT-møter utenfor St Olavs Hospital på videokonferanse.

f. Fokus på forløpstider og krav til rask behandling – elektronisk kommunikasjon

Det har i ferske målinger vist seg at ventetider for utredning og behandling av kreftsykdommer gjerne er lengre ved store sykehus enn middels store sykehus. Spesielt kommer Sykehuset Telemark, Nordlandsykehuset og sykehusene Molde og Ålesund meget godt ut med eksemplarisk korte ventetider fra henvisning til utredning/behandling innen bl.a. brystkreft og tykktarmskreft.

Når pasientene skal innom flere og flere stasjoner for diagnostikk og vurderinger i forskjellige team, inklusive regionale team i noen tilfeller, er vi helt avhengig av kommunikasjon elektronisk. EPJ må være tilgjengelig for alle ledd i spesialisthelsetjenesten. Spesielt viktig er det å få bort den juridiske sperren som i dag ligger mellom de forskjellige HF-ene.

Vi har nedenfor gitt våre konkrete anbefalinger:

For mange kreftsykdommer er forslaget fra gruppens formann overensstemmende med våre syn. For enkelte kreftformer har vi et mer nyansert syn, det gjelder spesielt tykktarmskreft, endetarmskreft, brystkreft, nyrekreft og testikkelkreft.

8.2 Kreft i mage- og tarmsystemet

Kirurgi ved endetarmskreft skal kun utføres av enheter med minst to gastrokirurger med kompetanse i kirurgi av endetarmskreft. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere endetarmskreft:

- Nasjonale retningslinjer sier at sykehus med 5 eller færre slike operasjoner per år bør slutte med denne behandlingen. Praksis i HMN i dag er >10 per sykehus per år. To gastrokirurger i operasjonsteamet får begge utbytte av ett inngrep de gjør sammen
- Ukentlige møter i multidisiplinært team med gastrokirurg, onkolog med spesiell kunnskap om gastroonkologi og MR-radiolog. Videokonferanse vil kunne erstatte tilstedeværelse av onkolog inntil alle opererende sentra har onkologer
- Tilgang til patologi-tjenester skjer ved mulighet for fryseseisnitt enten på stedet eller gjennom telepatologi. Ved behov innkalles patolog til MDT-møtet. Patolog kan også delta gjennom videokonferanse
- MR med minst to radiologer med erfaring i vurdering av endetarm
- Endorektal ultralyd er av og til en fordel (T1 - T2 tumores)
- Tilgjengelig urolog eller kirurg med urologisk kompetanse (sjelden ureterskade)

Kirurgi ved tykktarmskreft skal kun utføres av enheter med minst to gastrokirurger med kompetanse i kirurgi av tykktarmskreft. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere tykktarmskreft:

- Nasjonale retningslinjer angir p.t. ingen volummessige minstetall.
- Ukentlige møter i multidisiplinært team med gastrokirurg, onkolog med spesiell kunnskap om gastroonkologi og radiolog. Patolog konsulteres direkte ved behov (svært sjelden)
- Tilgang til patologi-tjenester
- God kompetanse for adekvat radiologisk utredning
- Tilgjengelig urolog eller kirurg med urologisk kompetanse (meget sjelden ureterskade)

Det foreligger utenlandske rapporter som viser en sammenheng mellom volum og kvalitet også for kreft i tykk- og endetarm. Vi er enige om at høyt volum ofte er relatert til god kvalitet, men meget god kvalitet oppnås også på sykehus som ikke er så store i internasjonal sammenheng. Det er nylig dokumentert at resultatene etter kreftbehandling i Norge er svært gode internasjonalt sett. For livmorhalskreft ligger vi best an i verden, for colon- og mamma-cancer ligger vi også helt i tetsiktet i følge **OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development)**.

Vi har i vedleggene dokumentert meget god kvalitet for behandling av colon- og rectumcancer ved Sykehuset Levanger (bl.a. Eivind Jullumstrø sin PhD-avhandling: Colorectal cancer at Levanger Hospital 1980-2004). Vi har også vist til resultater for behandling av coloncancer i Midt-Norge der det var ubetydelig forskjeller mellom sykehusene i regionen. Dessverre hadde ikke St Olavs Hospital den gangen ressurser til å være med i denne studien. Colorectalcancerregisteret under Kreftregisteret monitorerer kvaliteten på behandlingen av colon- og rectumcancer ved alle sykehus i Norge.

Vi ønsker å sette fokus på å opprettholde kompetanse desentralisert med tanke på akutt kompetanse og opprettholdelse av faglig kompetente miljøer.

8.2.4 Gruppens anbefaling

Primærutredning av tarmkreft kan utføres ved alle sykehus i Helse Midt-Norge. Forutsetningen for utredning er god tilgang til gastroskopi og koloskopi. Et krav til utredning er fast ansatt indremedisiner eller kirurg med god trening i endoskopiske teknikker. Utredende sykehus må ha god og rask tilgang til diagnostisk radiologi. Pasienten må henvises raskt til behandlende sykehus uten unødvendige ventetider.

Sykehus som opererer de ulike kreftformene i mage- og tarmsystemet skal ha et multidisiplinært team og skal oppfylle kvalitetskrav spesifisert for de ulike diagnosene.

All kjemoterapi og medikamentell behandling ved kreft i mage- og tarmsystemet bør administreres av onkolog, dette gjelder spesielt adjuvant behandling.

PET-CT bør etableres ved St Olavs Hospital for å sikre kort ventetid for pasienter med mulig kurabel spiserørskreft.

Strålebehandling

8.3 Urologisk kreft

8.3.3 Kvalitetskrav

Primær utredningen kan skje ved alle sykehus med fast ansatt urolog, samt god tilgang på billeddiagnostikk. Det kompetente team skal gi føringer for utredning gjennom regionale pasientforløp, og vil være en kompetanseressurs for alle enheter innen helseregionen.

Ved mistanke om kreftdiagnose skal det regionale pasientforløpet følges.

Dette vil sikre riktig utredning og bidra til kortere tid før oppstart av behandling, samt minimere behovet for ny billeddiagnostikk.

Radikal kirurgi ved prostatakreft skal kun utføres av enheter med minst to urologer med kompetanse i kirurgi av prostatakreft. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere prostatakreft:

- Minst 25 operasjoner per operatør
- Minimum 50 operasjoner per enhet som gjennomfører dette inngrepet
- Tverrfaglig team bestående av urolog, uro-onkolog, patolog, radiolog og uroterapeut
- Tilgjengelig MR for relevante pasienter
- Onkologisk oppfølging må kunne tilbys i etterkant av operasjonen

Kirurgi ved nyrekreft skal kun utføres av enheter med minst to urologer med kompetanse i kirurgi av nyrekreft. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere nyrekreft:

- Nasjonale retningslinjer angir ikke noe minstetall. Ti operasjoner per sykehus per år synes vi er rimelige tall
- Tverrfaglig team bestående av urolog, onkolog og radiolog
- Patolog og nefrolog konsulteres ved behov
- Alle pasienter skal preoperativt diskuteres tverrfaglig
- Onkologisk oppfølging må kunne tilbys i etterkant av operasjonen

Radikal cystectomi ved blærekreft skal kun utføres av enheter med minst to urologer med kompetanse i kirurgi av blærekreft. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere nyrekreft:

- Tverrfaglig team bestående av urolog, uro-onkolog, patolog, radiolog og uroterapeut
- Minst 20 operasjoner per enhet per år
- Alle pasienter skal preoperativt diskuteres tverrfaglig
- Cystektomerte pasienter må følges på sengepost av sykepleiere med særlig kompetanse på håndtering av denne pasientgruppen
- Patologitjenester tilgjengelig, med patolog med urologikompetanse
- Intervensjonsradiologi
- Stomisykepleier
- Gastrokirurgisk avdeling
- Intensivavdeling

- Onkologisk oppfølging må kunne tilbys i etterkant av operasjonen

Kirurgi ved testikkelkreft skal utføres av enheter med urolog eller erfaren generell-/gastrokirurg med kompetanse i innsetting av testikkelprotese. I tillegg må følgende krav oppfylles av enheter som skal operere testikkelkreft:

- Henvisning til onkolog i helseregionen med kompetanse i behandling av testikkelkreft for oppfølging i etterkant av operasjon

Det skal i denne sammenheng bemerkes at vi ser det som en stor fordel at kirurgen som skal gjøre orchiectomien også har grundig kjennskap til lyskekanalens anatomi, slik man får det gjennom store volumer av brokkkirurgi. Dette gjør det helt urimelig å forby orchiectomi for erfarne generellkirurger. Deres kompetanse ser vi på som viktigere enn urologens erfaring med testisproteser.

Retroperitoneale glandeltoiletter er og skal være sentralisert til Universitetssykehus.

De sykehus som skal delta i behandling av testikkelkreft, må kjenne til rett for preoperativ sæddonasjon og pre- og postoperative blodprøver.

8.3.4 Gruppens anbefaling

Sykehus som opererer de ulike kreftformene i urinveiene skal ha et multidisiplinært team og skal oppfylle kvalitetskrav spesifisert for de ulike diagnosene.

Transurethrale prosedyrer ved blærekreft og prostatakreft kan utføres ved sykehus med fast ansatt urolog.

All kjemoterapi ved prostatakreft, blærekreft og kreft i urinveiene skal administreres av onkolog.

All kjemoterapi og medikamentell behandling av nyrekreft skal administreres av onkolog.

All kjemoterapi av testikkelkreft skal initieres ved St Olavs Hospital.

Strålebehandling.

8.4 Brystkreft

I tett befolkede EU-land har man organisert brystkreftbehandlingen til store enheter og nedfelt sine regler i EUSOMA. Overlevelsen etter brystkreftbehandling i Norge er i verdenstoppen med dagens desentraliserte behandlingstilbud. NBCG har eksistert i over 30 år og har gjennom sine anbefalinger i "blåboka" medvirket til nærmest lik behandling i hele landet. Gjennomgang av brystkreftbehandlingen i Norge etter anbefaling fra NBCG har ikke vist noen forskjell i sluttresultat/overlevelse i forhold til pasientvolumet. Det er heller ingen forskjeller i overlevelse mellom HMN sine 3 fylker (vedlegg fra Kreftregisteret). Overlevelsen for brystkreft i Norge i dag er så god at det er lite trolig man oppnår større overlevelse ved å sentralisere ytterligere.

8.4.4 Gruppens anbefaling

Sykehus som opererer brystkreft, skal ha et multidisiplinært team og skal oppfylle kvalitetskrav som angitt i nasjonale retningslinjer til enhver tid.

Norsk Brystkreft Register blir i disse dager innført og vil være en kontinuerlig kvalitetskontroll.

All kjemoterapi ved brystkreft bør administreres av onkolog.

Øvrig medikamentell behandling ved brystkreft, herunder antihormonell behandling, beherskes i Norge i dag av mamma-kirurgene. Disse kirurgene, sammen med primærlegene, tar seg av den årelange etterkontrollen og har nødvendig kompetanse på antihormonall behandling. Med den lave dekningen av onkologer i Norge, er det langt fram til at onkologene kan ta seg av etterkontrollene og følge opp antihormonall behandling. I de tilfellene der det er påvist tilbakefall av sykdommen, skal onkologene ta ansvar for pasienten.

8.5 Palliasjon

Kirurgi er av og til indisert i lindrende eller livsforlengende hensikt ved forskjellige former for kreft. Den kirurgiske totalvurderingen forut for et slikt inngrep krever svært godt klinisk skjønn og lang erfaring. Disse pasientene har ofte kort forventet levetid, og det er svært viktig å unngå komplikasjoner. Kirurgen må også være forberedt på å avslutte et inngrep dersom faren for komplikasjoner blir for stor.

Slik kirurgisk kompetanse finnes i dag også utenfor St Olavs Hospital, og bør fortsette å være det.

Palliativ behandling skal skje desentralisert, med tett samarbeid mellom alle klinikerne rundt pasienten. Onkolog med spesiell kunnskap om palliasjon vil ofte være den sentrale legen rundt pasienten. Det er sjelden behov for henvisning til 3. linje-tjenesten. Kommunikasjonen mellom 1. og 2. linjetjenesten bør være tett. Elektronisk samhandling er viktig.

30.11.11

Tom Harald Edna, Levanger

Inge Holm Nygaard, Molde

Vedlegg: Tidligere tilsvær fra HNT (Levanger og Namsos) og Møre og Romsdal (Molde)

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 18/2012 Oppnevning av representanter til Politisk samarbeidsutvalg

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	23.05.12	18/2012
Saksbeh:	Arne Flaata	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2012/4231	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

SAKSUTREDNING:

Sak 18/2012 Oppnevning av representanter til Politisk samarbeidsutvalg

VEDLEGG:

- Samarbeidsavtale mellom Helse Nord-Trøndelag og kommunene, gjeldende fra 31.01.12

I forbindelse med innføring av samhandlingsreformen, er det inngått en samarbeidsavtale mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag.

I avtalens pkt. 6.1 står det at det skal etableres et Politisk samarbeidsutvalg bestående av 4 representanter (fortrinnsvis ordførere) oppnevnt av KS og 4 representanter oppnevnt fra styret i Helse Nord-Trøndelag.

Oppgaver, sammensetning og arbeidsform framgår av avtalens pkt. 6.1 (sitat):

"6.1 Politisk samarbeidsutvalg

Det etableres et samarbeidsutvalg på politisk nivå, der partene gis mulighet til å drøfte strategiske og politiske spørsmål av betydning for implementering av samhandlingsreformen.

6.1.1. Oppgaver

Politisk samarbeidsutvalg skal være en arena for å sikre og utvikle samhandlingsklimaet mellom partene slik at kommunene og helseforetaket ivaretar sitt felles ansvar for helhetlige behandlingsforløp, og sikre tilbud om og kvalitet på nødvendige helsetjenester.

6.1.2 Sammensetning

Utvalget består av 4 representanter fra kommunene (fortrinnsvis ordførere) oppnevnt av fylkesstyret i KS, og 4 representanter oppnevnt fra styret i HNT. Representantene oppnevnes for 4 år av gangen.

6.1.3 Arbeidsform

Utvalget konstituerer seg selv og fastsetter sin egen møteplan. Administrasjonen ved helseforetaket og KS deltar i møtene og skifter på å være tilretteleggere og sekretariat for møtene i dette utvalget. Leder og nestleder i ASU har møterett i det politiske samarbeidsutvalget."

KS har oppnevnt følgende til å sitte i utvalget for de kommende 4 år:

- ordfører Bård Langåsvold, Meråker
- ordfører Robert Svarva, Levanger
- ordfører Bjørn Skjelstad, Verran
- ordfører Hege Nordheim-Viken, Høylandet

Vara:

- ordfører Bjørge Tingstad, Fosnes
- Reinert Eidshaug, Vikna

KS har tatt på seg tilrettelegging og sekretariat det første året og første møte er foreslått til september.

Styret i Helse Nord-Trøndelag må oppnevne sine 4 representanter til utvalget. Det er uklart om det bør være de 4 styremedlemmene som er oppnevnt på politisk bakgrunn. Det er:

Alf Daniel Moen
Inger Marit Eira Åhrèn
Siw Bleikvassli
Bjørn Arild Gram

Som det framgår av avtalen er utvalget etablert etter ønske fra kommunene og KS for å drøfte strategiske og politiske spørsmål for implementering av samhandlingsreformen. Styret står fritt i hvem de vil oppnevne som representanter i utvalget. Men i og med at det er uttrykt at det er de politiske spørsmålene som skal diskuteres, peker det i retning av de medlemmer som er valgt på politisk grunnlag.

På prinsipielt grunnlag legges saken fram uten innstilling.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 19/2012 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	23.05.12	19/2012
Saksbeh:	Marit Røvik Skjerve	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2012/4231	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:
Sak 19/2012 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 10.05.12
2. Protokoll fra foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag 24.04.12
3. Protokoll fra møte i Administrativt samarbeidsutvalg 26.04.12
4. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 21.05.12
5. Varslede systemtilsyn våren 2012
6. Andre orienteringer

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 10.05. 2012 kl.0830 – kl 1600
Møtested: Quality Airport Hotell, Stjørdal sentrum
Saksnr.: 32/12 – 44/12
Arkivsaksnr.: 2011/602

Møtende medlemmer:

Marthe Styve Holte
Kåre Gjønnnes
Ottar B. Guttelvik
Tore Kristiansen
Gunn Iversen Stokke
Trond Prytz
Kjersti Tommelstad
Eva Vinje Aurdal
Ellen Marie Wøhni
Nils Håvard Dahl
Bjørge Henriksen
John Olav Berdahl
Tore Brudeseth
Vigdis Harsvik

Forfall:

Ingen

Regionalt brukerutvalg:

Snorre Ness
Mona Sundnes

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 Torbjørge Vanvik
Direktør for samhandling Daniel Haga
Økonomidirektør Anne Marie Barane
HR direktør Sveinung Aune

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 03.05.12. Sakspapirer ble lagt ut i styreadministrasjonen samme dag. Drøftingsprotokoll til sak 37/12 ble lagt ut i styreadministrasjonen 07.05.12. Vedlegg til sak 41/12 ble lagt ut 08.05.12.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 07.05.12

09.05.12 var det et felles styreseminar for alle styrene i Helse Midt-Norge.

I forkant av styreseminaret besøkte styret i Helse Midt-Norge RHF administrasjonen ved RHF i lokalene i Strandvegen i Stjørdal. Etter seminaret besøkte styrene i Helse Midt-Norge RHF og Rusbehandling Midt-Norge HF, Rusbehandling i Midt-Norge HF på Trondheimsklinikken.

Styreleder Marthe Styve Holte ønsket velkommen til styremøtet.

Styreleder foreslo at sak 38 /12 og sak 39/12 ble flyttet før sak 35/12. Sak 41/12 ble foreslått flyttet til etter sak 43/12.

Adm dir Gunnar Bovim orienterte om at han ønsket å orientere styret om innkjøpsstrategiske spørsmål i lukket møte (Off.lov § 23, 1. ledd)

Innkalling og sakliste ble godkjent.

Sak 32/12 Referatsaker

- Protokoll fra møte i revisjonskomiteen 12.04.12
- Referat fra møte i regionalt brukerutvalg 07.05.12

Sak 33/12 Statusrapport Helse Midt-Norge pr. 30.03.12

Forslag til vedtak:

1 Styret i Helse Midt-Norge RHF tar status for Helse Midt-Norge pr mars 2012 til etterretning.

2 Styret forutsetter at helseforetakene intensiverer arbeidet med å redusere andelen deltidsstillinger. Ved nye tilsetninger skal regelen alltid være tilsetting i hele stillinger der det er mulig. Dette ved at frigjorte deltidsstillinger slås sammen og omgjøres til hele stillinger, eller at frigjorte heltidsstillinger besettes av kvalifiserte deltidsansatte som ønsker utvidelse til heltid.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1 Styret i Helse Midt-Norge RHF tar status for Helse Midt-Norge pr mars 2012 til etterretning.

2 Styret forutsetter at helseforetakene intensiverer arbeidet med å redusere andelen deltidsstillinger. Ved nye tilsetninger skal regelen alltid være tilsetning i hele stillinger der det er mulig. Dette ved at frigjorte deltidsstillinger slås sammen og omgjøres til hele stillinger, eller at frigjorte heltidsstillinger besettes av kvalifiserte deltidsansatte som ønsker utvidelse til heltid.

Sak 34/12 Årsregnskap og årsberetning 2011

Forslag til vedtak:

1. Styret godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2011 med de anmerkninger og kommentarer som framkom under møtet.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å foreta eventuelle mindre justeringer i årsregnskapet samt i årsberetningen.
3. Styret er tilfreds med resultatet for 2011. Årets overskudd på 404,7 millioner kroner i Helse Midt-Norge RHF anvendes til dekning av tidligere års udekket tap med 404,5 millioner og 0,2 millioner overføres til fond for vurderingsforskjeller

Protokoll

PwC representert ved Tore Helgesen var tilstede under behandling av saken. Han ga en muntlig orientering om at revisor finner årsberetning og årsregnskap godkjent.

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret godkjenner årsberetning og årsregnskap for 2011 med de anmerkninger og kommentarer som framkom under møtet.
2. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å foreta eventuelle mindre justeringer i årsregnskapet samt i årsberetningen.
3. Styret er tilfreds med resultatet for 2011. Årets overskudd på 404,7 millioner kroner i Helse Midt-Norge RHF anvendes til dekning av tidligere års udekket tap med 404,5 millioner og 0,2 millioner overføres til fond for vurderingsforskjeller

Sak 35/12 Årsoppsummering Nasjonal IKT - felles styresak alle 4 RHF

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar årsoppsummering 2011 fra Nasjonal IKT til orientering.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar årsoppsummering 2011 fra Nasjonal IKT til orientering.

Sak 36/12 Oppstart av IKT-strategiprojekt i helseforetaksgruppen

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør om å utarbeide en IKTstrategi for helseforetaksgruppen i tråd med beskrevne målsetninger for prosjektet (i saksfremlegget omtalt som "Forslag til målsetninger for prosjektet")

2. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber om at foretaksgruppens IKT-strategi legges frem til vedtak i styrene i de underliggende foretak før sluttbehandling i styret i Helse Midt-Norge RHF.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber administrerende direktør om å utarbeide en IKTstrategi for helseforetaksgruppen i tråd med beskrevne målsetninger for prosjektet (i saksfremlegget omtalt som "Forslag til målsetninger for prosjektet")

2. Styret for Helse Midt-Norge RHF ber om at foretaksgruppens IKT-strategi legges frem til vedtak i styrene i de underliggende foretak før sluttbehandling i styret i Helse Midt-Norge RHF.

Sak 37/12 Kapasitet og fremtidig behov innen rusfeltet

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF gjør følgende vedtak:.

1. Styret konstaterer at det er gjennomført en betydelig opptrapping av kapasitet og kvalitet innen rusbehandling i Helse Midt-Norge i perioden 2004 til 2012.
2. I samme periode har det vært en positiv tverrfaglig spesialisert utvikling mot et bredere poliklinisk behandlingstilbud.
3. Økning i befolkningens rusbruk krever fortsatt målrettede tiltak i henhold til gjeldende opptrappingsplan i langtidsbudsjett frem til 2014.
4. Styret legger til grunn at administrerende direktør kommer tilbake til en eventuell videre opptrapping etter 2014 i forbindelse med Langtidsplan og langtidsbudsjett 2013-2018.
5. Styret ber administrerende direktør om å videreføre arbeidet med integrasjon mellom rus og psykisk helsevern.

Protokoll

Adm. dir ønsket å presisere forslag til punkt 5:

5. Styret ber administrerende direktør om å videreføre *det organisatoriske* arbeidet med integrasjon mellom rus og psykisk helsevern.

Nestleder Kåre Gjønnnes fremmet forslag om et tilleggspunkt som pkt. 1:

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

Det ble votert over Gjønnnes forslag først. Dette ble enstemmig vedtatt.

Det ble videre votert over de øvrige forslag til vedtak samlet. Disse ble også enstemmig vedtatt..

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret er bekymret over den store veksten i alkoholforbruket som skjer i samfunnet og med de store helseutfordringer dette skaper. Styret ber om at det arbeides med å finne gode samarbeidsarenaer for å bedre det forebyggende/holdningsskapende arbeidet.
2. Styret konstaterer at det er gjennomført en betydelig opptrapping av kapasitet og kvalitet innen rusbehandling i Helse Midt-Norge i perioden 2004 til 2012.
3. I samme periode har det vært en positiv tverrfaglig spesialisert utvikling mot et bredere poliklinisk behandlingstilbud.

4. Økning i befolkningens rusbruk krever fortsatt målrettede tiltak i henhold til gjeldende opptrappingsplan i langtidsbudsjett frem til 2014.
5. Styret legger til grunn at administrerende direktør kommer tilbake til en eventuell videre opptrapping etter 2014 i forbindelse med Langtidsplan og langtidsbudsjett 2013-2018.
6. Styret ber administrerende direktør om å videreføre det organisatoriske arbeidet med integrasjon mellom rus og psykisk helsevern.

Sak 38/12 Internrevisjonens aktivitetsplan 2012-2013

Revisjonskomiteens forslag til vedtak:

Styret godkjenner internrevisjonens aktivitetsplan for 2012-2013.

Protokoll

Saken ble behandlet etter sak 34/12

Revisjonskomiteleder Kåre Gjønnnes orienterte om sin vurdering av habilitet når han legger fram saken og samtidig deltar i organ som tar beslutning. Styret vurderer ikke Kåre Gjønnnes som inhabil i saker som revisjonskomiteen legger fram.

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret godkjenner internrevisjonens aktivitetsplan for 2012-2013.

Sak 39/12 Internrevisjonens rolle og bemanning

Revisjonskomiteens forslag til vedtak:

1. Styret vedtar å opprette en ny 100 % stilling i internrevisjonen.
2. Kostnadene i forbindelse med opprettelse av stillingen dekkes innenfor internrevisjonens budsjett i 2012.
3. Fra og med 2013 vil kostnadene med stillingen dekkes gjennom en omdisponering av budsjettposten "kjøp av eksterne tjenester" og gjennom en styrking av internrevisjonens budsjett.

Protokoll

Saken ble behandlet før sak 35/12

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret vedtar å opprette en ny 100 % stilling i internrevisjonen.
2. Kostnadene i forbindelse med opprettelse av stillingen dekkes innenfor internrevisjonens budsjett i 2012.
3. Fra og med 2013 vil kostnadene med stillingen dekkes gjennom en omdisponering av budsjettposten "kjøp av eksterne tjenester" og gjennom en styrking av internrevisjonens budsjett.

Sak 40/12 HINAS - plan for strategisk utvikling 2011 - 2015

Forslag til vedtak:

Styret tar planen for strategisk utvikling 2011-2015 for Helseforetakenes Innkjøpsservice AS til orientering.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret tar planen for strategisk utvikling 2011-2015 for Helseforetakenes Innkjøpsservice AS til orientering.

Sak 41/12 Valg av revisor Unntatt offentlighet, jf. Offl § 23, 1. ledd

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tilrår overfor foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF at tilbudet fra BDO antas, og at dette firmaet dermed velges som revisor for foretaksgruppen Helse Midt-Norge.

Protokoll

Saken ble behandlet i lukket møte.

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tilrår overfor foretaksmøtet i Helse Midt-Norge RHF at tilbudet fra

BDO antas, og at dette firmaet dermed velges som revisor for foretaksgruppen Helse Midt-Norge.

Sak 42/12 Orienteringssaker

Forslag til vedtak:

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

I styremøte 10.05.2012 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Nytt fra foretaksgruppen
- Risikostyring av eiers samlede styringsbudskap
- Strategi 2020
 - o Portefølgeoversikt Strategi 2020 prosjekter
 - o Regional kreftplan
 - o Småfag og laboratoriefag
 - o Desentralisering av spesialisthelsetjenesten
 - o Samordning MTU
- LTP/LTB orientering
- Leger i vikariater kortere enn 6 mnd og mellom 6 og 12 mnd
- Innkjøpsstrategiske spørsmål (i lukket møte - Off.lov § 23, 1. ledd)

Vedtak

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

Sak 43/12 Eventuelt

Etter spørsmål fra nestleder Kåre Gjønnes ble det gitt en muntlig orientering om status vedr. Samhandlingsreformen

Sak 44/12 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoll fra styremøte ble godkjent og signert.

Stjørdal 10.05.2012

Marthe Styve Holte

Kåre Gjønnnes

Vigdis Harsvik

Ottar B. Guttevik

Tore Kristiansen

Gunn Iversen Stokke

Trond Prytz

Kjersti Tommelstad

Eva Vinje Aurdal

Nils Håvard Dahl

Tore Brudeseth

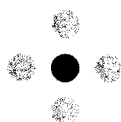
Ellen Wøbni

Björg Henriksen

Helse Nord-Trøndelag	
Saksnr.	12 4202
Mottatt:	- 3 MAI 2012
Arkiv:	012. Unnt.off.:

HELSE ● MIDT-NORGE

**Protokoll fra foretaksmøte i
Helse Nord-Trøndelag HF
24.april 2012**



**Oppnevning av styremedlemmer,
fastsettelse av styrehonorar**

PROTOKOLL FRA FORETAKSMØTE I HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Tirsdag 24. april 2012 kl. 14:20 ble det avholdt foretaksmøte i Helse Nord-Trøndelag HF. Møtet ble holdt som et telefonmøte.

Dagsorden

Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres

Sak 2 Dagsorden

Sak 3 Oppnevning av styremedlemmer

Sak 4 Fastsetting av styregodtgjørelse

Fra Helse-Midt-Norge RHF møte

Styreleder Marthe Styve Holte

Konstituert stabs- og prosjektstyringsdirektør Ingerid Gunnerød – etter fullmakt

Fra Helse Nord-Trøndelag HF møte

Styreleder Steinar Aspli

Administrerende direktør Arne Flaatt

Også til stede

Rådgiver Venke Reiten, Helse Midt-Norge RHF

Valgt revisor var varslet i samsvar med lov om helseforetak m.m § 18.

Sak 1 Foretaksmøtet konstitueres

Styreleder Marthe Styve Holte ønsket velkommen. Hun spurte om det var merknader til innkallingen. Det var ingen merknader til innkallingen.

Styreleder Marthe Styve Holte foreslo at styrets leder Steinar Aspli og konstituert stabs- og prosjektstyringsdirektør Ingerid Gunnerød ble valgt til å underskrive protokollen. Foretaksmøtet sa seg enig i dette.

Styreleder Marthe Styve Holte overlot møteledelsen til styrets leder Steinar Aspli.

Foretaksmøtet vedtok:

Innkallingen er godkjent. Foretaksmøtet er lovlig satt.

Sak 2 Dagsorden

Møteleder spurte om noen hadde merknader til den utsendte dagsorden. Det var ingen som hadde merknader til dagsorden.

Foretaksmøtet vedtok:

Dagsorden er godkjent.

SA
Sign: SA

IG: 16

Sak 3 Oppnevning av styremedlemmer.

Styreleder Marthe Styve Holte redegjorde for arbeidet i valgnemda, og viste til sak 27/12 i det regionale styret den 22.3.2012.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Med virkning fra 1.5.2012 oppnevnes følgende personer som politiske- og eieroppnevnte styremedlemmer for 2 år:

*Alf Daniel Moen
Inger Marit Eira-Åhren
Bjørn Arild Gram
Siw Bleikvassli
Margrethe Mære Husby
Torgeir Schmidt-Melbye
Torbjørn Vanvik*

*Foretaksmøtet oppnevner Alf Daniel Moen som styreleder og Inger Marit Eira-Åhren som nestleder.
Foretaksmøtet minner om at styret som kollegialt organ og styremedlemmene er bundet av habilitetsbestemmelsene i forvaltningsloven kapittel 2.*

Sak 4 Fastsetting av styregodtgjørelse

Styreleder Marthe Styve Holte viste til at det sist ble endret styregodtgjørelse i 2010, og at det er beregnet ny godtgjørelse tilsvarende endring i godtgjørelse til styret i Helse Midt-Norge RHF.

Foretaksmøtet fattet følgende vedtak:

Foretaksmøtet vedtar å heve den årlige styregodtgjørelsen fra 1.mai 2012 til

<i>Styreleder</i>	<i>178 000,- kr</i>
<i>Nestleder</i>	<i>117 000,- kr</i>
<i>Styremedlem</i>	<i>85 000,- kr</i>

Varamedlem (for ansattevalgte styremedlemmer) får en godtgjørelse på kr 3 800,- pr møte.

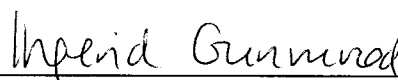
Praksisen med at det ikke skal gis økonomisk kompensasjon eller dekning av kostnader utover fastsatt styregodtgjørelse blir videreført.

Møtet ble hevet kl. 14:25

Stjørdal 24.april 2012



Steinar Aspli



Ingerid Gunnerød


Sign: SA


IG: IG

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL**

Møtetid: 26.04.12 kl. 10.00 – 14.00
Møtested: Fylkets Hus, Steinkjer
Saksnr.: 07/2012 - 13/2012
Arkivsaksnr: 2012/1084

Møteleder: Hege Sørle

Møtende medlemmer:

Hege Sørle
Håkon Kolstrøm
Gudrun Fossem
Jacob Br. Almlid
Ragnhild Holmberg Aunsmo
Arne Flaatt
Paul Georg Skogen
John Ivar Toft
Kari Bratland Totsås
Øystein Sende
Inge Falstad

Forfall:

Hilde Ranheim
Vara for Ranheim møtte ikke

Møtende repr. med møte og talerett:

Øystein Bjørnes, Brukerutvalget i Helse Nord-Trøndelag
Laila Steinmo, KS
Torgeir Skevik,, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag
Mette Dybvad, ansattrepresentant Helse Nord-Trøndelag

Fra administrasjonen i Helse Nord-Trøndelag møtte:
Rådgiver Marit Røvik Skjerve (referent)

Merknader til innkalling og sakliste:

Ingen merknader til innkalling og sakliste.

Innkalling utsendt pr. e-post/ 19.04.12.

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 07/2012 Godkjenning av protokoll fra møte 22.03.12****Protokoll:**

Møteleder viste til protokollen.

Vedtak:

Protokoll fra møte 22.03.12 godkjennes.

Sak 08/2012 Samhandlingsreformen – status april 2012**Protokoll:**

Samhandlingssjef Kari Bratland Totsås gjorde rede for virkemidler som på må plass for få gjennomført reformen, og informerte om formålet med tjenesteavtalene som fremforhandles. Totsås informerte om hvordan arbeidsprosessene skjer i avtalearbeidet. Partssammensatte arbeidsgrupper har levert innspill til den enkelte tjenesteavtale.

Alle avtaler skal være ferdigforhandlet innen 01.07.12.

Vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg tar saken til orienteringen.

Sak 09/2012 Rusbehandling Midt-Norge HF – utfordringer knyttet til gjennomføring av samhandlingsreformen**Protokoll:**

Elise Solheim orienterte om foretakets organisering, forhandlingsutvalget sammensetning og generelt om forhandlingsprosessen.

Det er i forbindelse med forhandlingsprosess del 2 tatt bestemmelse på at gjenstående avtaler skal fremforhandles i samarbeid med/sammenfattes med Helse Nord-Trøndelag og Rusbehandling Helse Midt-Norge.

Laila Steinmo opplyste at alle kommuner i Nord-Trøndelag er enig om at representantene i Administrativt samarbeidsutvalg også oppnevnes som Administrativt samarbeidsutvalg for Rusbehandling Midt-Norge.

Inge Falstad ba om at det vurderes opprettelse av akutt plasser for rusbehandling ved DPS'ene både i nord- og sørdelen av fylket.

Vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg tar orienteringen til etterretning.

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL****Sak 10/2012 Oppnevning av representasjon i fagrådene akuttmedisinsk kjede og omforente beredskapsplaner****Protokoll:**

Brakerutvalgets representant fremmet forslag om brukermedvirkning i fagråd omforente beredskapsplaner.

Forslaget ble drøftet og administrativt samarbeidsutvalg konkluderte med at det ikke vil være naturlig at brukerrepresentant er representert i fagråd omforente beredskapsplaner.

Fra Fylkesmannen i Nord-Trøndelag oppnevnes ass. fylkeslege Tor-Finn Granlund.

Administrativt samarbeidsutvalg gjorde slikt enstemmig

Vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg oppretter fagrådene akuttmedisinsk kjede og omforente beredskapsplaner med følgende representasjon jf. Tjenesteavtale 11 pkt. 5.1:

Fagråd omforente beredskapsplaner:

1. Ragnhild Aunsmo, kommunelege Innherred Samkommune (leder)
2. Per Tvette, kommunelege Midtre Namdal Samkommune
3. Jostein Grimstad, rådmann Verdal
4. Lovisa Risberg, kommunelege Lierne kommune
5. Paul Georg Skogen, fagsjef Helse Nord-Trøndelag
6. Kolbjørn Thun, beredskapskoordinator Helse Nord-Trøndelag
7. Hilmar Hagen, avdelingsleder Akuttmedisinsk avdeling Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag
8. Nils Håvard Dahl, avdelingsoverlege Psykiatrisk klinikk, Helse Nord-Trøndelag
9. Tor-Finn Granlund, ass. fylkeslege, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag

Fagråd akuttmedisinsk kjede:

1. Håvard Avelsgaard, kommunelege Vikna kommune (leder)
2. Unni Røkke, enhetsleder legevakt og legetjenester, Værnesregionen
3. Karin Grøttum, enhetsleder legevakt og legetjenester Steinkjer kommune (LV samarbeid Snåsa og Verran)
4. Tore Eggen, medisinsk faglig ansvarlig lege, Innherred interkommunale legevakt IKS
5. Brit Karlsen, avdelingsleder AMK, Helse Nord-Trøndelag
6. Tina Foss Hakli, overlege Akuttmedisinsk avdeling Sykehuset Namsos, Helse Nord-Trøndelag
7. Odd Eirik Elden, overlege Akuttmedisinsk avdeling Sykehuset Levanger, Helse Nord-Trøndelag
8. Kolbjørn Thun, beredskapskoordinator Helse Nord-Trøndelag

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL**

Sak 11/2012 Felles styringsindikatorer for helsetjenesten i kommunene og Helse Nord-Trøndelag – Utdrag av statistikkmateriale

Protokoll:

Sveinung Aune, leder for Data- og analyseavdelingen i Helse Nord-Trøndelag presenterte statistikkdata (styringsindikatorer) for bruk av spesialisthelsetjeneste for kommunene i Nord-Trøndelag.

Aune opplyste at presentasjoner og statistikk finnes på HNT's hjemmeside:
<http://www.hnt.no/no/Fagfolk/samhandling/>

Vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg tar saken til orientering.

Sak 12/2012 Orienteringer:

- Turnuslegeordningen

Paul Georg Skogen orienterte om:

- Bakgrunn for endring av turnuslegeordningen
- Endringer som er gjort for å få på plass en bærekraftig turnusordning i henhold til HOD's pressemelding
- Ikraftttredelse av ny ordning.

- Tillitsvalgtrepresentasjon i Administrativt samarbeidsutvalg

Hege Sørle orienterte om status på avklaringer angående tillitsvalgtrepresentasjon, og viste til tilråding/anbefaling fra Spekter og KS.

Administrativt samarbeidsutvalg forholder seg til gjeldende underskrevne samarbeidsavtale inntil evaluering skjer, dvs. to representanter, en representant fra KS og en representant fra Helse Nord-Trøndelag.

Mette Dybvad stilte spørsmål om stemmerett for tillitsvalgtrepresentanter i Administrativt samarbeidsutvalg.

Som svar på henvendelsen ble det gitt følgende orientering:

Tillitsvalgtrepresentanter er ikke parter, derfor har de møte og talerett, ikke stemmerett.

- Regional kreftplan

Paul Georg Skogen viste til Helse Midt-Norges pressemelding 29.03.12 i forbindelse med regional kreftplan som er ute til høring.

Han orienterte om prosessen som er i gang for å utarbeide høringssvar fra Helse Nord-Trøndelag. Høringsutkastet vil bli behandlet i foretaksledermøte 7. mai 2012.

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)

MØTEPROTOKOLL

- Diverse orienteringer

- Leder i Administrativt samarbeidsutvalg ba om forslag til kandidater til program- og arrangementskomite for Samhandlingskonferansen 2013.
Ny programkomite opprettes i neste møte i Administrativt samarbeidsutvalg.

Arne Flaatt orienterte om:

- nytt styre i Helse Nord-Trøndelag fra 1. mai 2012
- at styret i Helse Nord-Trøndelag i møte 23. mai oppnevner representanter til politisk samarbeidsutvalg

Vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg tar saken til orientering.

Sak 13/2012 Eventuelt

- Forslag til saker til møte 31. mai må meldes arbeidsutvalget innen 3. mai.