

Styrets medlemmer

Vår ref.:
2013/3641 - 25639/2013

Deres ref.:

Dato:
16.10.2013**Innkalling til styremøte i Helse Nord-Trøndelag 23. oktober 2013**

Det kalles med dette inn til styremøte i Helse Nord-Trøndelag 23. oktober 2013.
Møtet finner sted på Sykehuset Namsos, møterom Bråholmen (i Psykiatrisk klinikk v/kantina) og starter kl. 1200

- | | |
|--------------------|---|
| Sak 44/2013 | Strategi 2020 – Rapportering på strategiske grep og innspill til rullering av strategiske grep |
| Sak 45/2013 | Eiers styringskrav 2013 Helse Nord-Trøndelag HF, 2.tertialrapport |
| Sak 46/2013 | Endelig rapport etter tilsynet fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap |
| Sak 47/2013 | Internrevisjonsrapport: Intern styring og kontroll med bruk og utnyttelse av elektronisk pasientjournal |
| Sak 48/2013 | Driftsrapport september 2013 |
| Sak 49/2013 | Møteplan 2014 |
| Sak 50/2013 | Orienteringssaker: <ul style="list-style-type: none">1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 03.10.132. Protokoll fra møte i Administrativt samarbeidsutvalg 03.10.133. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 21.10.134. Budsjett 20145. Status helsefremmende sykehus6. Andre orienteringer |
| Sak 51/2013 | Eventuelt |
| Sak 52/2013 | Godkjenning og signering av protokoll |

Alf Daniel Moen
Styreleder
sign.Arne Flaatt
Adm.direktør
sign.Kopi:
Styrets varamedlemmer
Administrativt samarbeidsutvalg v/leder
Brukerutvalget v/leder

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 44/2013 Strategi 2020 – Rapportering på strategiske grep og innspill til rullering av strategiske grep

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	24.10.13	44/2013
Saksbeh:	Sveinung Aune	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2013/3641	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret i Helse Nord-Trøndelag HF tar rapportering av status på strategiske grep etter 2. tertial til etterretning.
2. Styret slutter seg fortsatt til de fem strategiske grep i Rullering av Strategi 2020:
 - a. Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester
 - b. Standardisere
 - c. Ta i bruk pasientenes egne ressurser
 - d. Sikre bærekraftige fagmiljø både regionalt og lokalt
 - e. Vri ressursbruk fra drift til investering, forskning og utvikling
3. Styret ber om at operasjonalisering av strategiske grep skjer gjennom styringsdokument til helseforetakene for å sikre helhet og en forenklet rapportering.

SAKSUTREDNING:

Sak 44/2013 Strategi 2020 – Rapportering på strategiske grep og innspill til rullering av strategiske grep

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Brev fra Helse Midt-Norge 05.07.13: Strategi 2020- rapportering på strategiske grep og innspill til rullering.
2. Sak 29/13 til Styret i Helse Midt-Norge: Rullering av Strategi 2020 – Strategiske grep.

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Sak 12/2013 Rullering av Strategi 2020 – Innspill til strategiske grep
2. Sak 04/13 til Styret i Helse Midt-Norge: Rullering av Strategi 2020.

BAKGRUNN

I sak 12/2013 Rullering av Strategi 2020 – Innspill til strategiske grep sluttet styret seg til de foreslåtte fem strategiske grep i rullering av Strategi 2020. Etter vedtak av styret i Helse Midt-Norge i sak 29/13 Rullering av Strategi 2020 – Strategiske grep ble de endelige strategiske grep vedtatt med noen tilføyelser i punkt D og E (tilføyelser i kursiv):

- A. Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester
- B. Standardisere
- C. Ta i bruk pasientenes egne ressurser
- D. Sikre bærekraftige fagmiljø *både regionalt og lokalt*
- E. Vri ressursbruk fra drift til investering, *forskning og utvikling*

I årets styringsdokument og i brev av 05.07.2013 fra Helse Midt-Norge RHF bes foretaket om en rapportering på de strategiske grepene etter 2.tertial 2013, samt på nytt komme med innspill om eventuelt behov for endringer i de strategiske grepene. Dette for at innspillene skal inngå i en årlig styresak til Styret i Helse Midt-Norge som innenfor rammene av Strategi 2020 skal vurdere behov for eventuelle justeringer i de strategiske grepene. Både rapportering og innspill gjøres samlet i denne styresaken, og vårt svar sendes Helse Midt-Norge innen 24. oktober 2013.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Først i denne saken vil vi rapportere på de fem strategiske grep. I vedlagte sak 29/13 Rullering av Strategi 2020 – Strategiske grep til styret i Helse Midt-Norge er de enkelte strategiske grep utdypet. Deretter vil vi kort komme med noen innspill knyttet til de strategiske grepene. Her vises også til tidligere sak 12/2013 fra 18.03.13 der vi i forbindelse med vedtak av ny strategimodell også ble bedt om å komme med innspill til de nye strategiske grepene.

RAPPORTERING PÅ STRATEGISKE GREP

Det er nye nasjonale føringer og ny kunnskap som har ført til behovet for å ha strategiske grep som skal bidra til å sikre gjennomføringskraft ved en tydeligere prioritering av tiltak. Foretakene skal selv konkretisere og operasjonalisere de strategiske grepene ut fra egen status og utviklingsbehov. Videre vil vi rapportere på de fem strategiske grepene ved utgangen av 2. tertial 2013, og i tillegg gjøre vurderinger i forhold til på hvilken måte det enkelte strategiske grep allerede blir rapportert på i tilknytning til styringsdokument og foretaksprotokoller for 2013.

A. Øke tjenestens tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester

Helse Nord-Trøndelag har Distriktsmedisinske sentre (DMS) og en rekke ambulante tjenester, samt at det foregår reising mellom våre to sykehus for å ta vare på tilbudene mest mulig pasientnært. Dette gjelder for eksempel innen onkologi og et regionalt prosjekt med fastlege i tverrfaglig poliklinikk i Namsos. I tillegg har vi nå økt tilbudet i forhold til radiologiske tjenester ved DMS Værnesregionen til 3 dager pr. uke. Vi arbeider også opp mot fastlegegruppen i et eget prosjekt som skal se på tilgjengelighet til faglig veiledning, muligheter for tidlig-intervenering fra vår side, samt et system for ivaretagelse av pasienter som er i et forløp med behov for kontroller. I tillegg er det viktig å opprettholde mest mulig aktivitet på begge sykehus for å skape slik likeverd i tilbudet så langt andre forhold gjør dette mulig og riktig. Vi har en del utfordringer i forhold til å forbedre dag/poliklinikktilbudet og å sikre tilstrekkelig overlegekapasitet til dette.

Kompetansestøtte til kommunehelsetjenesten er vi godt i gang med og er etter vår mening lett tilgjengelige både i vakt og hverdagssammenheng for kommunene. Våre erfaringer og tilbakemeldinger fra kollegaer i kommunehelsetjenesten støtter dette. Det er imidlertid en utfordring i forhold til kapasitet fremover som vi bør ta høyde for - økt bruk av kommunal øhjelps/akuttplasser og dårligere pasienter på sykehjem, DMS og i hjemmebasert tjeneste gir økt behov for kontakt med spesialisthelsetjenesten både på pleie- og legenivå. Private spesialister utgjør i dag et svært viktig supplement og er i noen fag det eneste tilbudet i Nord-Trøndelag.

I styringsdokument og foretaksprotokoll for 2013 er det i tillegg rapportert på flere punkter som det arbeides med og som kan knyttes til dette strategiske grepet. Under satsingsområder for 2013 finner man punkter om tilgjengelighet og brukerorientering (for eksempel ventetider, fristbrudd og behandlingsforløp) og samhandlingsreformen (for eksempel desentralisering).

B. Standardisere

Arbeidet med pasientforløp er en nøkkelfaktor, og her har Helse Nord-Trøndelag kommet godt i gang. En forenkling i metodikk og klarere ansvar for fagmiljøene til faktisk å arbeide med dette er nødvendig. Fokus på dette både lokalt og regionalt er nødvendig. Samarbeid med kommunene og samarbeidende institusjoner er avgjørende for å sikre kunnskapsbasert praksis i hele behandlings- og oppfølgingskjeden. Gjennom arbeid med regional IKT- strategi bidrar HNT med utvikling av gode samhandlingsverktøy og standardisering/forenkling av EPJ/PAS- dokumentasjonen med mulighet for at denne følger pasienten i tråd med eHelse-meldingen sin intensjon. Standardisering er en kulturendring som vil kreve stor innsats av alle aktører og tydelig ledelse. Det er i samarbeid med kommunene utarbeidet et «standard» pasientforløp. Dette ligger på vår internettside og danner grunnlaget for alt arbeid med pasientforløp.

I styringsdokument og foretaksprotokoll for 2013 er det i tillegg rapportert på flere punkter som det arbeides med og som kan knyttes til dette strategiske grepet. Det er spesielt i punktet om kreftbehandling i styringsdokumentet der det er fokus på pasientforløpene, og i tillegg i foretaksprotokollen der det er en rekke oppgaver knyttet til informasjonsteknologi og digitale tjenester (ehelse). I tillegg har foretaksprotokollen også et eget punkt om aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging som det er rapportert på.

C. Ta i bruk pasientens egne ressurser

Pasienten sine ressurser må utnyttes både til å takle egne helseutfordringer, men også i likemannsarbeid og gjennom deltakelse i forskning, fortløpende brukerundersøkelser og kunne utfordres til å bidra med innovasjonsinnspill/forbedringstiltak. Systematikk i slikt arbeid er krevende og vil medføre behov for dyktige fagfolk og samarbeid med innovasjonsaktører og fagutviklingsansvarlige i klinikkene og i stab. Her er samarbeidet med Lærings- og mestringssenter, koordinerende enhet, rehabiliteringsavdelingen og de andre kliniske avdelinger viktig. Det er fokus på samarbeidet med 1. linjetjenesten i samhandlingsrommet, der mestring er spesielt viktig i pasientens nærmiljø/hjemmemiljø. Spesielt viktig er tjenesteavtale 2 som nettopp omhandler

pasienter i behov for koordinerte tjenester og LMS-tilbud. Oppfølging av egne og regionale/nasjonale prosjekt med fokus på selvhjelp/egenomsorg er viktig for et fylke som Nord-Trøndelag med vår geografi. Arbeidet med å ta i bruk tekniske hverdagsløsninger som gir både pasient og helsepersonell enklere hverdag med økt trygghet og mindre krav til oppmøte/direkte omsorg/behandling vil kunne være nyttig for mange pasientgrupper. Å gi folk riktig og god helsehjelp tidlig for å hindre unødvendig funksjonstap, er imidlertid det viktigste bidraget vi kan gi – derfor er kort ventetid og dyktige fagfolk grunnfjellet her.

I styringsdokument og foretaksprotokoll for 2013 er det i tillegg rapportert på hvordan tiltak i Regional handlingsplan 2012-2016 for pasienter og pårørende blir fulgt opp.

D. Sikre bærekraftig fagmiljø både regionalt og lokalt

Bærekraftige fagmiljø er blant annet avhengig av at våre fagfolk trives både på og utenfor jobb, har spennende, utfordrende oppgaver og et spekter av andre spesialister og dyktige medhjelpere og utstyr å hjelpe seg med. Her har man et økt krav etter stadig mer funksjonsfordeling for sentralisering på ene siden og økt krav til desentralisering av spesialisthelsetjenester på andre siden. Dette er en vanskelig balansegang for våre sykehus, og det er viktig at vi ikke «rir for mange hester» samtidig (jfr. vårt svar til oppfølging av rapporten «Kapasitet og kompetanse»). Helse Nord-Trøndelag skal bidra i spesialiseringsløpene både for leger og sykepleiere og andre faggrupper slik at vi både lokalt og regionalt sikrer god kapasitet og riktig kompetanse til sykehusene og kommunene. Foretaket vil i 2014 iverksette en satsing på utdanning av spesialsykepleiere knyttet til akutte fag, og arbeider aktivt med tiltak for å styrke foretakets evne til rekruttering generelt.

I styringsdokument og foretaksprotokoll for 2013 er det i tillegg rapportert på flere punkter som det arbeides med og som kan knyttes til dette strategiske grepet. Det er spesielt i punktet i foretaksprotokollen om tiltak på personalområdet, der man rapporterer på utviklingstiltak som skal sikre robuste fagmiljøer, og på punktet om utdanning av helsepersonell i styringsdokumentet.

E. Vri ressursbruk fra drift til investering, forskning og utvikling

God drift med kvalitets- og økonomikontroll gir mulighet til å sikre tilstrekkelige investeringsmidler og midler til forskning og fagutvikling. Dette krever god kjennskap til driften, god samhandling, god logistikk og tilstrekkelige ressurser der det er viktigst. Å prioritere riktig og kunnskapsbasert, holde kvaliteten høy gjennom motiverte, dyktige medarbeidere og en organisasjon som drar i «samme retning» fra ledelse til den enkelte helsearbeider - det er et godt utgangspunkt for å klare utfordringen. 2013 er et viktig år - vi må klare å opprettholde mest mulig av det gode tilbudet som er bygd opp over år, samtidig som vi må drive mer kostnadseffektivt enn vi gjør i dag. For drastiske tiltak vil kunne medføre varige problem for enkelte fagområder, mens for lite tiltak vil kunne skade hele foretaket for lang tid framover. Å sikre gode, kunnskapsbaserte prosesser i det videre arbeidet er avgjørende for å ta de vanskelige valgene på best mulig måte - og formidling av vanskelige valg/beslutninger vil være enklere når de er riktige og godt begrunnet.

I foretaksprotokoll for 2013 er det rapportert under punkt 4.2.2 på hvordan det arbeides med å sikre varige kostnadsreduksjoner i den løpende driften.

RULLERING AV STRATEGI 2020 – INNSPILL TIL STRATEGISKE GREP

I Sak 29/13 (RHF) står det på side 3 at «*Strategimodellen forutsetter at de strategiske grepene som velges skal være tilstrekkelig robuste til å holde seg noen år, i tillegg til at det ikke bør være for mange strategiske grep da dette vil gi svekket prioriteringskraft*». Samtidig legger man opp til at det skal være årlige innspill fra helseforetakene på behovet for eventuelle endringer i de strategiske grepene. Dette skal inngå som del av regionens årshjulsprosess med styrebehandling i RHF-styret i desember måned.

Nå har man i forbindelse med vedtak av den nye strategimodellen, samt innføringen av de strategiske grep, allerede kjørt en runde med innspill på de nye strategiske grepene.

I vår egen sak 12/2013 fra 18.03.13 har vi sluttet oss til de foreslåtte fem strategiske grep. I sak 29/13 for Styret i Helse Midt-Norge ble det foretatt tilføyinger under punkt d) og e). Under punkt d) om å «Sikre bærekraftig fagmiljø» ble det tilføyd «både regionalt og lokalt». Under punkt e) om å «Vri ressursbruk fra drift til investering» ble det i tillegg til investering tilføyd «forskning og utvikling».

I og med at de strategiske grepene i utgangspunktet er ment å skulle holdes fast noen år, så mener vi at den runden med innspill som skjedde i mars burde være tilstrekkelig som innspill for å vurdere behovet for eventuelle justeringer i de strategiske grepene nå i 2013. Men støtter at man har årlige innspill i forhold til behovet for endringer i strategiske grep som en fast del av regionens årshjulsprosess.

Vi vil likevel knytte noen korte kommentarer til bruken av de strategiske grepene, slik de anvendes i den nye strategimodellen presentert i sak 04/13 til Styret i Helse Midt-Norge. Det er viktig at de strategiske grepene sees og vurderes i sammenheng, da det kan oppstå målkonflikter mellom de ulike strategiske grepene. For eksempel i forhold til pkt. A om tilgjengelighet og likeverdige tjenester, så kan det oppstå målkonflikt i forhold til krav om effektiv drift og derigjennom mulighet for å oppfylle målet i pkt. E om ressursbruk i driften. Muligheten for å oppfylle pkt E. om å vri ressursbruk fra drift til investering, forskning og utvikling vil bli direkte påvirket av beslutninger som tas innenfor de andre strategiske grepene. Kontinuerlig effektivisering er nødvendig, men det vil være grenser for hva som er tilrådelig som nivå på årlig effektivisering dersom man samtidig skal ha mulighet til å nå de andre målene. I styresak 22/2013 om langtidsbudsjett 2014-2019 fattet styret følgende vedtak:

- 1. Styret for Helse Nord-Trøndelag HF støtter i hovedsak foreslåtte prinsipper og forutsetninger for LTB 2014 – 2019. Ved prioritering mellom investeringer og drift bør driftsrammene fastsettes slik at krav til årlig effektivisering ikke blir høyere enn 1 – 1,5 %.*
- 2. Styret støtter foreslåtte forslag til prioritering av investeringer i foretaket. Styret anbefaler at investeringsrammen for HNT i årene framover økes og legges på et nivå i overkant av foretakets anskrivninger tillagt driftsoverskudd og inntekter ved salg av egne bygg.*

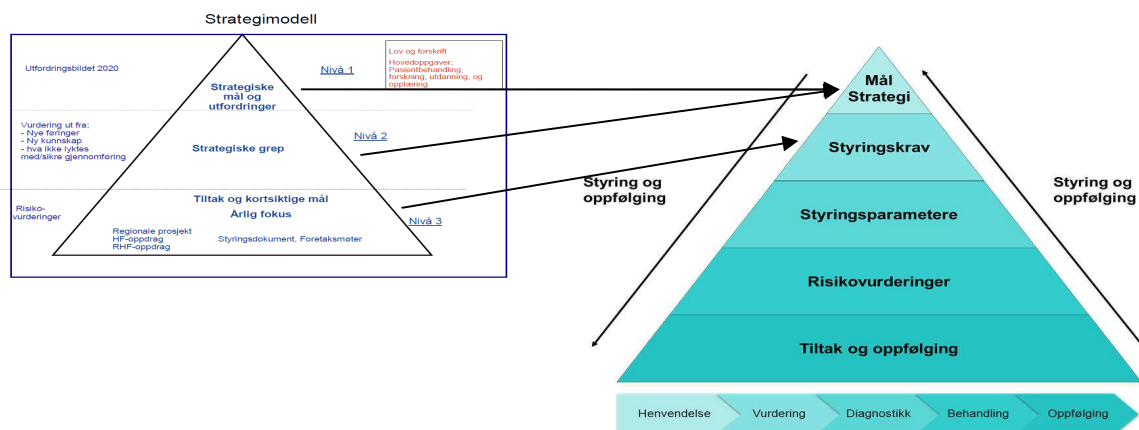
Det å bruke de fem strategiske grepene som en del av den langsiktige planleggingen fremover vil utfordre oss på å balansere satsingen, slik at man samtidig sikrer måloppnåelse innenfor flere områder.

DRØFTING

Vi har nå rapportert på de strategiske grep etter 2. tertial, der man har forutsatt at foretakene selv konkretiserer og operasjonaliserer de strategiske grepene ut fra egen status og utviklingsbehov. Samtidig har vi sett på hvordan de strategiske grepene henger sammen med oppgaver i årets styringsdokument og foretaksprotokoll. Etter vår mening er man nødt til å sette de strategiske grepene i tett sammenheng med de årlige styringsdokumenter og foretaksprotokoller der de konkrete oppgaver og mål kommer til uttrykk. Helse Nord-Trøndelag har i 2011 etablert sin egen styringsmodell som 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 målområdene.

I vår egen operasjonalisering av de strategiske grepene er det derfor naturlig å sette den nye strategimodellen i sammenheng med vår egen styringsmodell. Strategimodellen er beskrevet detaljert i vedlagte sak 04/13 til Styret i Helse Midt-Norge.

Når vi kobler den nye strategimodellen med vår egen styringsmodell, så ser vi at nivå 1 og nivå 2 i strategimodellen sammenfaller med det som er nivå 1 i vår egen styringsmodell.



Her finner man langsiktige mål og strategier som i tillegg kan utvides med strategiske grep som skal være robuste nok til å vare noen år. Videre ser vi at nivå 3 i strategimodellen kan knyttes inn i det som er vårt eget nivå 2. Her finner man årlige styringskrav som i tillegg kan utvides med andre HF-oppgaver og deltagelse i regionale prosjekter. Det er derfor naturlig for Helse Nord-Trøndelag å ta inn i de strategiske grepene som en del av nivået Mål Strategi i vår egen styringsmodell. I tillegg vil det også på nivå 2 under styringskrav være mulig å inkludere andre HF-oppgaver og prosjekt-oppgaver mer aktivt i vår egen modell.

Når man setter i gang en rapportering på de strategiske grepene på nivå 2 i strategimodellen, så berører man også det man allerede rapporterer på av oppgaver på nivå 3 i strategimodellen. De strategiske grepene har vært grunnlaget for de mål og oppgaver man finner på nivå 3. For at denne sammenhengen skal bli så tydelig som mulig, bør man strukturere og rydde i alle de mål og oppgaver som finnes på nivå 3 – i styringsdokument, foretaksprotokoller, HF-oppgaver og prosjekter. For at de strategiske grepene skal kunne gi retning for prioriteringene, bør man sikre at det ikke samtidig er alt for mange andre oppgaver og mål som skal nås (jfr. punktet om kartlegging av rapportering i spesialisthelsetjenesten i foretaksprotokollen for 2013). Det er derfor viktig at man sikrer god sammenheng mellom nivå 2 og nivå 3 i strategimodellen (nivå 1 og nivå 2 i vår egen styringsmodell), slik at det ikke oppstår målkonflikter og målforvirring. Dette vil være et viktig bidrag for å sikre tydelighet og gjennomføringskraft.

Når man i dag rapporterer på 145 mål og oppgaver knyttet til styringsdokument og foretaksprotokoll, og i tillegg mottar HF-oppgaver og deltar i andre RHF-oppgaver og prosjekter, så gir dette til sammen mange føringer på de årlige mål og oppgaver. Når man også skal rapportere på de strategiske grepene som ligger til grunn for alle disse mål og oppgaver, så er det et spørsmål om man til en viss grad får en «dobbel-rapportering». Operasjonaliseringen av de strategiske grep bør være en naturlig del av hvordan man beveger seg fra nivå 2 til nivå 3 i strategimodellen – og derfor komme til uttrykk i de mål og oppgaver som foretaket allerede rapporterer på. Når det gjelder årlige innspill til hvilke strategiske grep som skal være gjeldende, så mener vi det er viktig for å fange opp mulige endringsbehov ut i foretakene.

KONSEKVENSER/KONKLUSJON

I denne saken har vi rapportert på strategiske grep etter 2.tertial, samt kommet med innspill om eventuelle behov for endringer i de strategiske grepene.

Det er ønskelig med en sterk kobling mellom de strategiske grepene man til enhver tid har og de kortsiktige mål og oppgaver man har i styringsdokumenter og foretaksprotokoller. Dette er viktig for å sikre tydelighet og gjennomføringskraft.

Administrerende direktør mener at man bør være forsiktig med å legge opp til ekstra rapportering knyttet til strategiske grep alene, da det i de kortsiktige mål og oppgaver, HF-oppdrag og andre prosjektoppdrag allerede eksisterer en rapportering som er relativt omfattende. Årlige innspill til hvilke strategiske grep som skal være gjeldende er viktig for å fange opp mulige endringsbehov ut i foretakene.

Levanger, 11. oktober 2013

Arne Flaot
Adm.direktør

Saksbehandler: Sveinung Aune

Helse Nord-Trøndelag
Saksnr. 13 / 531
Mottatt: **10 JULI 2013**
Arkiv: 022 Unnt.off.:

Mottakere i henhold til liste

Vår ref.
2013/87 - 4977/2013

Deres ref.

Saksbehandler
Inger Mette Nilstad

Dato
05.07.2013

Strategi 2020 - rapportering på strategiske grep og innspill til rullering

Helse Midt-Norge RHF har i vår gjennomført en rullering av Strategi 2020. Vi viser til sak 29/13 om rullering av Strategi 2020 behandlet i styret i Helse Midt-Norge RHF 25. april 2013. Det vises også til sak 52/13 om Langtidsplan og budsjett 2014 – 2019 behandlet i styret i HMN RHF 21. juni 2013. Protokoll og saksfremlegg følger vedlagt. I tillegg vises til årets styringsdokument der foretakene etter 2. tertial 2013 er bedt om å rapportere på hvordan de jobber med å operasjonalisere de strategiske grepene. Helse Midt-Norge RHF vil gjennom dette brevet:

- konkretisere kravet om rapportering på de strategiske grepene
- be om innspill til en årlig styresak som innenfor rammene av Strategi 2020 skal vurdere behov for eventuelle justeringer i de strategiske grepene

Det vises til vedtak i sak 29/13:

1. *Strategi 2020 er regionens felles verktøy for utvikling av tjenestetilbudet for befolkningen i Helse Midt-Norge. En viktig forutsetning for å lykkes med å realisere Strategi 2020 er at det legges vekt på å bygge felles kultur og samhørighet i foretaksgruppen.*
2. *Styret viser til vedtak i sak 4/13 som stadfester at utfordringsbildet og de strategiske målsettingene for Strategi 2020 ligger fast.*
3. *Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar følgende strategiske grep;*
 - a) *Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester*
 - b) *Standardisere*
 - c) *Ta i bruk pasientenes egne ressurser*
 - d) *Sikre bærekraftige fagmiljø både regionalt og lokalt*
 - e) *Vri ressursbruk fra drift til investering, forskning og utvikling*
4. *Styret legger til grunn at de strategiske grepene skal hjelpe foretaksgruppen til å prioritere riktig tiltak for å sikre bedre måloppnåelse for Strategi 2020. Foretakene skal konkretisere og operasjonalisere de strategiske grepene ut fra egen status og utviklingsbehov.*
5. *Styret legger til grunn at god samhandling mellom alle involverte aktører, en bred satsing på IKT og fokus på innovasjon vil være grunnleggende for å lykkes med de strategiske grepene.*

6. *Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om at administrasjonen årlig legger fram en sak for styret som innenfor rammene av Strategi 2020 vurderer behov for eventuelle endringer i de strategiske grepene.*
6. *Gjennom denne rulleringen av Strategi 2020 videreføres foretaksgruppens utvikling på en god og framtidsretta måte. Det er viktig at strategien implementeres i hele organisasjonen og at den blir en aktiv del av det videre utviklingsarbeidet i foretaksgruppen.*

Rapportering på strategiske grep

I styresak 29/13 er det gitt en nærmere konkretisering av de enkelte strategiske grepene. Dette er ikke ment som noen endelig beskrivelse, men har som intensjon å beskrive mulighetsrommet til det enkelte grep. De strategiske grepene skal gi føringer for utviklingsarbeid og gi grunnlag for bedre utnyttelse av ressurser og en bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten. Foretakene må selv konkretisere og operasjonalisere de strategiske grepene ut fra egen status og utviklingsbehov. Foretakene bes etter 2. tertial 2013 rapportere på hvordan de jobber med de enkelte strategiske grep. Det bes om en rapportering på planlagte og igangsatte tiltak på hvert enkelt strategisk grep.

Det bes om at denne rapporteringen inngår i samme sak som innspill til årlig sak om Strategi 2020, jf. tekst nedenfor.

Det gjøres oppmerksom på at Helse Midt-Norge RHF vil gjennomgå styrings- og rapporteringssystemene for å sikre utvikling av framtidige relevante indikatorer for de ulike strategiske grepene.

Innspill til årlig sak om Strategi 2020

Innenfor rammen av Strategi 2020 legges det opp til en årlig gjennomgang av strategien for å gi en status og sikre at strategien er oppdatert i forhold til nye nasjonale føringer, ny kunnskap og evt. behov for endrede prioriteringer for å sikre økt måloppnåelse. Denne gjennomgangen vil inngå som en del av regionens årshjulsprosess med en styrebehandling i RHF-styret i desember måned.

Utgangspunktet for saken vil være en status fra foretaksgruppens arbeid med Strategi 2020 basert bl.a. på ovennevnte rapportering fra foretakene, oppsummering av status i arbeidet med ulike prosjekter og planarbeid og risikovurderinger. Utfallet av saken har som intensjon å avklare behov for evt. endringer i de strategiske grepene og endringer i prosjekt- og planporteføljen. Eventuelle endringer skal basere seg på en vurdering om igangsatte og gjennomførte tiltak sikrer tilstrekkelig måloppnåelse for strategien. Styresaken vil gi et viktig grunnlag for det påfølgende arbeidet med styringsdokument, foretaksprotokoll og langtidsplan og langtidsbudsjett

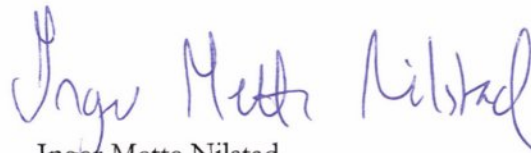
Foretakene har hovedtyngden av gjennomføringsansvaret for strategien og må involveres i dette arbeidet. Det bes om innspill fra foretakene til evt. behov for endringer i de strategiske grepene. Rapportering på de strategiske grepene bes inngå i samme innspill.

For å sikre en god forankring ber vi om at innspillene styrebehandles før oversendelse til HMN RHF. Vi ber om at styrehandlede innspill er HMN RHF i hende innen 24. oktober 2013.

Med vennlig hilsen



Ingerid Gunnerød
Direktør Stab og Prosjektstyring



Inger Mette Nilstad
Senior strategirådgiver

Adresseliste (mottakere av dette brev)

Helse Nord-Trøndelag HF	Sykehuset Levanger, Postboks 333	7601	LEVANGER
Helse Møre og Romsdal HF	Postboks 1600	6026	ÅLESUND
St. Olavs Hospital HF	Postboks 3250 Sluppen	7006	Trondheim
Rusbehandling Midt-Norge HF	Strandveien 1	7500	Stjørdal
Ambulanse Midt-Norge HF	Strandvegen 1	7502	STJØRDAL
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Abels Gate 5	7030	TRONDHEIM

HELSE MIDT-NORGE RHF**STYRET****Sak 29/13 Rullering av Strategi 2020 – Strategiske grep**

Saksbehandler Inger Mette Nilstad
Ansvarlig direktør Ingerid Gunnerød
Saksmappe 2012/585
Dato for styremøte 25. april 2013

Forslag til vedtak:

1. Strategi 2020 er regionens felles verktøy for utvikling av tjenestetilbudet for befolkningen i Helse Midt-Norge. Styret i Helse Midt-Norge RHF ser det som en viktig forutsetning for å lykkes med å realisere Strategi 2020 at det legges vekt på å bygge felles kultur og samhörighet i foretaksgruppen.
2. Styret viser til vedtak i sak 4/13 som stadfester at utfordringsbildet og de strategiske målsettingene for Strategi 2020 ligger fast.
3. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar følgende strategiske grep;
 - a) Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester
 - b) Standardisere
 - c) Ta i bruk pasientenes egne ressurser
 - d) Sikre bærekraftige fagmiljø både regionalt og lokalt
 - e) Vri ressursbruk fra drift til investering, forskning og utvikling
4. Styret legger til grunn at de strategiske grepene skal hjelpe foretaksgruppen til å prioritere riktig tiltak for å sikre bedre måloppnåelse for Strategi 2020. Foretakene skal konkretisere og operasjonalisere de strategiske grepene ut fra egen status og utviklingsbehov.
5. Styret legger til grunn at god samhandling mellom alle involverte aktører og en bred satsing på IKT vil være grunnleggende for å lykkes med de strategiske grepene.
6. Styret i Helse Midt-Norge RHF ber om at administrasjonen årlig legger fram en sak for styret som innenfor rammene av Strategi 2020 vurderer behov for eventuelle justeringer av strategiske grep

7. Gjennom denne rulleringen av Strategi 2020 videreføres foretaksgruppens utvikling på en god og framtidsretta måte. Det er viktig at strategien implementeres i hele organisasjonen og at den blir en aktiv del av det videre utviklingsarbeidet i foretaksgruppen.

Stjørdal 18.04.2013

Daniel Haga
Administrerende direktør

**SAKSUTREDNING:
VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER****Nummererte vedlegg som følger saken**

Sammenstilling av vedtak fra protokoller fra styrebehandling i helseforetakene.

Innspill fra Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og Høgskolene, 01.03.2013

Utrykte vedlegg i saksmappen

Sak 04/12 Rullering av Strategi 2020

BAKGRUNN

Intensjonen med rulleringen av Strategi 2020 er å sikre at strategien er oppdatert både i forhold til nye nasjonale føringer, ny kunnskap og behov for evt. endret prioritet mellom ulike strategiske områder. Første informasjon om strategirulleringen ble gitt til styret i ADs orientering i styremøte i desember 2012 og det ble lagt opp til å håndtere rulleringen i to omganger.

Styret i HMN vedtok i styremøte 31. januar 2013 (sak 4/12) at strategiens etablerte hovedutfordringer og strategiske målsettinger fortsatt skal ligge fast. I tillegg vedtok styret en strategimodell som har til hensikt å strukturere de ulike mål- og tiltaksnivåene i strategien og sikre konsistens mellom styringsbudskap fra vår eier, Strategi 2020 og øvrige regionale styringsdokumenter og planprosesser. Styret vedtok videre å be helseforetakene om innspill til strategiske grep før endelig vedtak fattes. Helseforetakene ble bedt om å gi innspill til følgende foreslåtte strategiske grep:

- Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester
- Standardisere
- Ta i bruk pasientens egne ressurser
- Sikre bærekraftige fagmiljø
- Vri ressursbruk fra drift til investering

Strategiske grep skal bidra til å sikre gjennomføringskraft ved en tydeligere prioritering av tiltak. Strategimodellen forutsetter at de strategiske grepene som velges skal være tilstrekkelig robuste til å holde seg noen år, i tillegg til at det ikke bør være for mange strategiske grep da dette vil gi svekket prioriteringskraft. Videre er det forutsatt at de strategiske grepene skal legge grunnlaget for de overordnede prioriteringene i den til enhver tid gjeldende langtidsplan/langtidsbudsjett.

INNKOMNE UTTALELSER

Samtlige foretak har styrebehandlet innspillene til de strategiske grepene. Protokoller fra styrebehandlinger følger vedlagt saken. I tillegg har Samarbeidsorganet mellom Helse Midt-Norge og Høgskolene behandlet saken og gitt innspill. Regionalt brukerutvalg behandler saken i sitt møte 22. april, og deres uttalelse vil bli lagt fram for styret.

Foretakene gir sin støtte til de foreslåtte strategiske grepene. St. Olavs Hospital HF har foreslått en presisering av grepet "Sikre bærekraftige fagmiljø" til "Sikre bærekraftige fagmiljø både regionalt og lokalt". Samarbeidsorganet anbefaler at Strategi 2020 innrettes etter de fire lovpålagte oppgavene i spesialisthelsetjenesten. De uttrykker at utdanning og forskning bør inkluderes i de strategiske grepene fordi dette henger sammen med aktiviteten i spesialisthelsetjenesten som helhet.

Flere av foretakene peker på behovet for en ytterligere konkretisering av de strategiske grepene og har gitt innspill til dette. Dette er eksempelvis knyttet til;

- Konsekvenser av samhandlingsreformen
- Viktig å få faglig og økonomisk bærekraft i desentraliseringen
- Tydelighet rundt desentralisering av tjenester, også mellom sykehusene. Dette ut fra perspektivet om et likeverdig tilbud for innbyggerne i regionen
- Samhandling med private aktører
- Viktigheten av å sørge for tilstrekkelig utdanningskapasitet, utvikling av riktig kompetanse, herunder også læringeplasser
- Standardisere og samtidig sikre mangfold
- Etablerte sykehusstrukturer kan påvirke fleksibiliteten knyttet til optimal utnyttelse av personaressurser når en samtidig skal ha et forsvarlig beredskapsnivå og tjenestetilbud.
- Samferdselsutvikling bør tillegges vekt ut fra at det vil påvirke tilgjengeligheten til tjenestene.
- Tydeliggjøre forventningene og rollen til de prehospitale tjenestene i de helhetlige pasientforløpene.

Foretakene gir støtte til strategimodellen som er vedtatt og gir uttrykk for at denne bidrar til en tydeligere nivådeling og operasjonalisering av strategien.

Administrerende direktørs vurdering

I styresak 4/13 ble det gitt en overordnet beskrivelse av de strategiske grepene. Beskrivelsen av de strategiske grepene er blitt ytterligere konkretisert i denne styresaken, bl.a. på bakgrunn av ovennevnte innkomne innspill. Dette er ikke ment som noen endelig beskrivelse, men har som intensjon å beskrive mulighetsrommet til de enkelte grep. De strategiske grepene skal gi føringer for utviklingsarbeidet og gi grunnlag for bedre utnyttelse av ressurser og en bærekraftig utvikling av spesialisthelsetjenesten. Foretakene må selv detaljere ut og operasjonalisere de strategiske grepene ut fra sin nåværende status og utviklingsbehov.

Det er gledelig at det er stor enighet om de strategiske grepene. Videre viser innspillene at enkelte av foretakene allerede er i gang med å utdype grepene og vurdere hvordan de skal brukes i det videre utviklingsarbeidet.

De fire lovpålagte oppgavene til spesialisthelsetjenesten; pasientbehandling, forskning, utdanning og opplæring, ligger allerede inne i vår strategimodell. Disse gir sammen med lov og forskrift selve rammeverket for Strategi 2020. Selv om ikke alle hovedoppgavene er nevnt i alle strategiske grep, så vil de etter administrerende direktørs vurdering kreve både utdanning og forskning. Eksempelvis er en viktig faktor for å sikre et bærekraftig fagmiljø at regionen også sørger for en tilstrekkelig utdanningskapasitet. God utdanning og videreutdanning må sikres i nært samarbeid mellom virksomhetene i Helse Midt-Norge og utdanningsinstitusjonene.

Administrerende direktør legger opp til en presisering av to av grepene til;

- Sikre bærekraftige fagmiljø både regionalt og lokalt
- Vri ressursbruk fra drift til investering, forskning og utvikling

Det er administrerende direktørs vurdering at både samhandling med kommunene og innad i spesialisthelsetjenesten og en bred satsing på IKT vil være grunnleggende for å lykkes med de strategiske grepene. Det legges derfor opp til at en omtale av dette vil inngå i Strategi 2020 sammen med de strategiske grepene.

Administrerende direktør legger den brede enigheten om de strategiske grepene til grunn i den videre saksframstilling.

STRATEGISKE GREP

I det følgende gis en utdyping av de strategiske grepene.

Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester

Med likeverdige tjenester menes at pasienter, uavhengig av bosted i regionen, alder mv, skal ha lik tilgang til faglig gode, effektive og pasientopplevde gode pasientforløp – tilpasset pasientens behov. Likeverdighetsprinsippet knyttes til at tilbudet til den enkelte pasient ikke skal avvike i kvaliteter på en slik måte at helsetilbudet forringes, selv om måten helsetilbudet gis på kan variere mellom ulike sykehus.

Økt tilgjengelighet vil reguleres gjennom både økt kapasitet og endret lokalisering gjennom desentralisering eller sentralisering. Kapasitet kan økes gjennom mer effektive arbeidsprosesser, effektiviserende utstyr, annen oppgavedeling eller flere ansatte. Tilgjengelighet til likeverdige tjenester relatert til lokalisering har to diametralt motsatte valgmuligheter. Når pasienter, i alle deler av regionen, har behov for høyspesialiserte tjenester skal pasienten være trygg på at han ledes inn i riktig forløp. Tilgjengelighet til moderne hjerteinfarktbehandling i St. Olavs Hospital for alle i regionen er mer likeverdig enn at noen pasienter i regionen får tilgang til gamle metoder i lokalsykehus. I andre tilfeller øker tilgjengelighet til gode tjenester gjennom økt desentralisering. Dynamikken i fag- og teknologiutviklingen muliggjør dette. Desentralisering av spesialisthelsetjenester må også sees i sammenheng med overføring av ansvar og finansiering til kommunene som følge av samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen skal bidra til en mer samordnet og likeverdig helsetjeneste. Bedre samarbeid mellom kommuner og sykehus vil føre til bedre og raskere behandling for pasienten, nærmere der de bor. Det er viktig å få faglig og økonomisk bærekraft i desentraliseringen. For at kommunene skal kunne ivareta flere pasienter kreves gjensidig utveksling av kunnskap og kompetanse mellom tjenestenivåene.

Samferdselsutvikling er en ekstern faktor, men vil likevel påvirke tilgjengeligheten og må tillegges vekt. Selve reiseavstanden er en faktor man i mindre grad kan legge vekt på for pasienter som skal motta tjenester sjelden (for eksempel sette inn en hofteprotese), mens for pasienter som mottar tjenesten ofte er reiseavstanden av avgjørende betydning (for eksempel dialyse). En ambulansetjeneste av høy kvalitet kan kompensere for ulemper med reiseavstand.

Sykehus og helseinstitusjoner eid og drevet av private ideelle organisasjoner er viktige samarbeidspartnere og skal sikres forutsigbare vilkår gjennom avtaler med det regionale helseforetaket. Private kommersielle tjenestetilbud skal benyttes slik at det samlede tilbudet i regionen dekker befolkningens behov med optimal ressursutnyttelse. Det må etableres et tettere samarbeid mellom helseforetakene og de private leverandørene, som også innebærer involvering av private aktører i faglig utvikling, forskning, undervisning og pasientopplæring.

For de deler av pasientforløpene som best kan ytes lokalt, skal tilgjengelighet til forløpene økes gjennom;

- Mer bostedsnære tilbud gjennom en desentralisering av spesialisthelsetjenestene
- Kompetansestøtte til kommunene
- Styrket omlegging fra døgn til dagtilbud og poliklinikk
- Bruk av private sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner og bedre styring av avtalespesialister for å bidra til en geografisk fordeling av tjenester i tråd med behov, for å

sikre effektive tjenester, et mangfold av tjenester og for å styrke tilbudet til store og voksende pasientgrupper

- Tiltak som gjør pasientene mer i stand til å ta vare på egen helse også ved å delta aktivt i beslutninger som angår dem (for eksempel nettbaserte tjenester)

Standardisere

Standardisering for å sikre bruk av beste praksis er et viktig grep for å sikre effektiv og kunnskapsbasert pasientbehandling. Kunnskapsbasert standardisering av pasientbehandling kan redusere uønsket variasjon i klinisk praksis og er et nødvendig fundament for gode, likeverdige og fremtidsrettede helsetjenester. Optimal pasientsikkerhet, pasientopplevd kvalitet, arbeidsprosesser og ressursutnyttelse må bygge på kunnskapsbasert praksis og standardisering.

Standardisering innebærer utarbeiding av krav og spesifikasjoner til varer og prosesser (tjenester). Målet er å oppnå kvalitetsmessige, praktiske og økonomiske fordeler gjennom standardisering. I helsetjenesten er det en rekke eksempler på gevinster av standardisering. Utstyr i ambulansebilene i Helse Midt-Norge er standardisert, og både personell og utstyr kan brukes på tvers av enheter. Fast-track er et eksempel på hvordan en sikrer en standardisert kvalitet og en effektiv ressursbruk.

På en rekke områder i helsetjenesten er det ikke standarder, eller standarder med svært varierende krav og varierende gjennomføring. Pasienter med sammenlignbare lidelse kan bli behandlet forskjellig på samme sykehus og mellom sykehus. IKT-verktøy som er i bruk kan ikke kommunisere fordi de snakker forskjellige teknisk ”språk”. Pasienter som blir røntgenfotografert i ett sykehus må ta bilde på nytt når pasienten overføres fordi protokoller og eller utstyr er forskjellig fra sykehus til sykehus.

Helse Midt-Norge skal standardisere større del av vare og tjenesteforbruket for å sikre et likeverdig kvalitetsnivå. Videre skal en oppnå ressursbesparelse ved å legge standardkrav til prosesser og utstyr, og gjennom dette sikre ressurseffektivitet i pasientforløpene og ved anskaffelser.

For å ta ut gevinstene ved standardisering er det vesentlig at kravene som er satt faktisk etterleves. Gevinsten av standardiseringen i LIS kan kun realiseres dersom forskriver etterlever standarden i daglig bruk. Det er eksempelvis definert nasjonal standard for akutt slagbehandling, men det er stor variasjon i etterlevelse.

Krav til standardisering skal legges til grunn som et generelt prinsipp i helseforetaksgruppen bl.a. ved;

- Utvikling og etterlevelse av medisinske prosedyrer og pasientforløp som defineres av fagfolk på kunnskapsbasert grunnlag
- Utviklingen av ulike elektroniske systemer (pasientadministrative, journalsystemer, fagsystemer) og teknologiske løsninger
- Anskaffelsesprosesser
- Utvikle og ta i bruk nasjonale kvalitetsregistre
- Videreutvikle arbeidsprosesser

Ta i bruk pasientens egne ressurser

Pasienter, pårørende og deres organisasjoner representerer unike kunnskapskilder som skal benyttes både i utvikling av spesialiserte helsetjenester og i møtet med den enkelte pasient. Pasientkunnskap er vesentlig for å styrke kunnskapsbasert praksis. Feil kan forebygges gjennom

pasientmedvirkning og bedre kommunikasjon mellom pasienter, pårørende og helse- og omsorgspersonell.

Helsetjenesten må i større grad fokusere på ressursene pasienten har og hvordan disse kan understøtte pasientforløpene fra hjem til hjem, med vekt på målsettingen om mestring. Med en stadig økende andel pasienter med flere sykdommer og også kroniske sykdommer er det viktig å fokusere på hele forløpet.

En pasient- en journal peker på muligheter som ligger i IKT for å understøtte en aktiv pasientrolle. Tiltakene omhandler både oppslagsmuligheter, selvbetjeningsløsninger og mestringsstøttende løsninger. Ulike behandlingshjelpemidler i hjemmet kan på en kosteffektiv måte undertøtte pasientens mestring.

Pasienter med kroniske lidelser som har god kunnskap om egen helse, gode ferdigheter i hjemmebaserte tiltak og godt støtteapparat i helsetjenesten har grunnlag for å etterleve behandlingsprogrammet. I noen tilfeller opplever pasienter at egenmestringsressursen svekkes som følge av tjenestens utforming. Ufullstendig informasjon om egen tilstand og egenbehandling og uryddige prosesser reduserer egenmestring. Unødvendig umyndiggjøring i prosessene skaper mestringssvikt.

Det skal på individnivå legges bedre til rette for at pasienter og deres pårørende bl.a. skal;

- ha tilgang til informasjon som gir grunnlag for informerte valg
- gis mulighet for å involveres mer aktivt i prosesser, beslutninger og oppfølging av eget behandlingsopplegg – for eksempel gjennom nettbaserte løsninger og bruk av teknologiske tjenester

Sikre bærekraftige fagmiljø, både regionalt og lokalt

I grunnlagsarbeidet med Strategi 2020 ble det konkludert med at den viktigste endringsdriveren er en forventet mangel på kompetanse. Denne utfordringen har blitt forsterket gjennom nasjonal og regional kunnskapsinnhenting. Sikre bærekraftige fagmiljø er selve ryggraden i å klare å levere faglige gode og trygge tjenester over tid.

Regionale styresaker (*sak 42/11; Kompetanse og kapasitet, sak 72/12; Kompetanse og kapasitet – legeressurser*) identifiserer mange sårbare fagmiljøer i Helse Midt-Norge. Sårbarheten er vurdert ut fra antall avvik fra Arbeidsmiljølovens arbeidstidskrav, alderssammensetting, omfang av vikarinnleie, antall ansatte som inngår i et vaktssystem samt rekruttering for å sikre fremtidige behov. Dette kan løses prinsipielt gjennom å ansette flere, endre arbeidsprosessene og sikre bedre oppgavedeling og/eller strukturelle endringer. I tråd med det økonomiske utfordringsbildet i regionen, må særlig de to siste alternativene vektlegges for å redusere sårbarheten.

Foretakene har iverksatt en rekke tiltak for å forbedre bemanningsplanleggingen, bl.a. gjennom å utvide planleggingshorisonten. Likevel antas at det er et betydelig potensiale i bedre planlegging og ikke minst ved å koble bemanningsplanleggingen tydeligere til aktivitetsplanleggingen. Det er en intensjon å flytte kompetanse fra passiv beredskap til aktiv behandling. Dette må selvsagt også vurderes opp mot konsekvenser med tanke på beredskap for å sikre den akuttmedisinske kjeden.

Helse Midt-Norge bruker mye ressurser på vår utdanningsoppgave og kompetanseutvikling, inklusive etter- og videreutdanning av våre medarbeidere. Vi vet likevel for lite om hvor mye vi bruker, hvordan vi bruker ressursene og om vår satsing er tilstrekkelig i forhold til våre utfordringer. Foretaksgruppen må få en bedre oversikt over ressursbruken, samarbeidet med

utdanningsinstitusjonene må styrkes og kompetanseutvikling må målrettes basert på foretakenes kortsiktige og langsiktige behov.

Bærekraftige fagmiljø, både regionalt og lokalt skal oppnås ved å;

- Gjennomgå og forbedre arbeidsprosesser og pasientforløp blant annet for å sikre bedre oppgavedeling mellom profesjonene
- Bedre arbeidsplanleggingen og knytte prosessen tettere til aktivitetsplanleggingen
- Flytte kompetanse fra passiv beredskap til aktiv behandling
- Gjennomgå funksjonsfordeling innen og mellom foretak
- Sikre at arbeidskraftressursene er tilgjengelige (gjennom redusert sykefravær, økt pensjonsalder, redusert deltid)
- Planlegge og utvikle kompetansen i tråd med enhetens kortsiktige og langsiktige mål
- Sikre effektive utdanningsløp

Vri ressursbruk fra drift til investering, forskning og utvikling

Helse Midt-Norge har fortsatt stort behov for omstilling og tiltak for å kunne vri ressursbruken fra drift til investeringer, forskning og utvikling. Målet er å realisere foretaksgruppens planer for investeringer blant annet i sykehusbygg, samt for å utvikle og vedlikeholde bygg og anlegg, ta i bruk ny medisinsk teknologi og legge til rette for at mulighetene som IKT gir, utnyttes. Midler til investeringer og satsinger på forskning og utvikling må frigjøres gjennom en varig kostnadsreduksjon på drift. Dette stiller krav til bedre ressurs- og kapasitetsutnyttelse, god økonomisk styring og effektive arbeidsprosesser i alle deler av helseforetaksgruppen. Det er en forutsetning at alle oppgaver skal løses innenfor den rammen som foretaksgruppen samlet og hvert enkelt foretak får stilt til rådighet.

Det ligger et stort potensial i å optimalisere arbeidsprosesser. For å greie de nødvendige omstillingsprosesser er det viktig at helseforetakene har fokus på egne arbeidsprosesser, inkl. standardiserte pasientforløp. Ledere og medarbeidere må ha vilje, evne og mulighet til å arbeide sammen om videreutvikling av både fag og arbeidsprosesser, slik at tilgjengelige ressurser brukes mest mulig optimalt.

Samhandling og IKT er grunnleggende for å lykkes med de strategiske grepene

Oppgavedeling, arbeidsprosesser og samarbeidsrelasjoner er i stadig endring. Dette gjelder både på tvers av fag, enheter og nivåer. Ikke minst vil en realisering av samhandlingsreformen fortsatt innebære stort fokus på omstilling og utvikling i helseforetaksgruppen. Samhandlingsreformen er en retningsreform som skal gjennomføres over flere år, og det vil være nødvendig med et langsiktig omstillingsperspektiv for å lykkes med intensjonene. Reformen handler mye om å gjøre hele behandlingsskjeden samkjørt og bedre – ikke bare samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene men også i like stor grad samhandling innad i helseforetakene og innad i spesialisthelsetjenesten. God samhandling mellom alle involverte aktører er vesentlig for å lykkes med de foreslåtte strategiske grepene.

I tillegg vil utvikling av gode IKT-løsninger være en grunnleggende forutsetning for å lykkes med grepene. Perspektivene ved bruk av IKT og etablering av en helhetlig personlig helsejournal for hver innbygger er omfattende. Dette vil påvirke hvordan vi organiserer tjenestetilbud og sikre god tilgjengelighet. Det kan være et verdifullt bidrag til forsterket innsats innen kvalitets- og forbedringsarbeid og innen forskning og innovasjon. Ikke minst vil det sette krav til oss om å sikre helhetlige pasientforløp.

OPPFØLGING AV STRATEGI 2020

Årlig styresak

Innenfor rammen av Strategi 2020 legges det opp til en årlig gjennomgang av strategien for å gi en status og sikre at strategien er oppdatert i forhold til nye nasjonale føringer, ny kunnskap og evt. behov for endrede prioriteringer. Denne gjennomgangen vil inngå som en del av regionens årshjulsprosess med en styrebehandling i RHF-styret i desember måned.

Utgangspunktet for saken vil være en status fra foretaksgruppens arbeid med Strategi 2020 basert bl.a. på en rapportering fra foretakene, oppsummering av status i arbeidet med ulike prosjekter og planarbeid og risikovurderinger. Gjennom styringsdokumentet er helseforetakene etter 2. tertial bedt om å rapportere på hvordan de arbeider med å operasjonalisere de strategiske grepene. Det legges opp til at denne rapporteringen vil inngå i den årlige styresaken. Utfallet av saken har som intensjon å avklare behov for evt. endringer i de strategiske grepene, endringer i prosjekt- og planporteføljen og føringer i neste års styringsdokument/foretaksprotokoll.

Helseforetakene har hovedtyngden av gjennomføringsansvaret for strategien og må involveres i rulleringen. Videre vil administrerende direktør legge vekt på å ha dialog med og få innspill fra kommuner, brukerrepresentanter og tillitsvalgte.

Løpende oppfølging

Gjennomføringen av Strategi 2020 har så langt tatt utgangspunkt i følgende tredeling, jf. styresak 80/10 Gjennomføringsplan Strategi 2020;

- RHF-opppdrag som løses av RHF som en ordinær RHF-oppgave med en RHF-direktør som prosjekteier
- HF-opppdrag som gis til helseforetaket gjennom styringsdokument eller foretaksprotokoll
- Regionale oppdrag – oppdrag som har særskilt behov for koordinering og samkjøring på tvers av helseforetakene. Prosjekteierskapet var ment å fordeles mellom RHF-direktører og HF-direktører

Inndelingen ble gjort ut fra hva som ble ansett som mest hensiktsmessig for å gjennomføre de enkelte vedtakspunktene i strategien. For å ivareta koordinering av arbeidet ble det i 2010 etablert en Koordineringsgruppe satt sammen av administrerende direktør i helseforetakene, fire av RHF-direktørene, to regionalt tillitsvalgte, hovedverneombud og tre representanter for det regionale brukerutvalget. Koordineringsgruppa har også fungert som styringsgruppe for enkelte av prosjektene.

Administrerende direktør har erfart at styrings- og kompetansebehov varierer mye mellom de ulike regionale prosjektene. For å sikre en bedre styring og gjennomføringskraft legger administrerende direktør opp til at styringen målrettes hvert enkelt prosjekt. Herunder legges det også opp til å foreta en gjennomgang av koordineringsgruppas rolle og funksjon.

Det legges opp til løpende orienteringer om status for prosjektporteføljen på styremøtene.

ADM. DIREKTØRS OPPSUMMERING/ANBEFALING

Strategi 2020 er Helse Midt-Norges strategiske fundament for utvikling av likeverdige og framtidsetta helsetjenester for befolkningen fram mot år 2020. Strategi 2020 skal gi retning for utviklingen av spesialisthelsetjenesten, legge grunnlaget for prioriterte tiltak de neste årene og være styrende for en årlig oppdatering av tiltak og prosjektportefølje i hele foretaksgruppen.

Helseforetakene har i innspillsrunden gitt sin støtte til de foreslåtte strategiske grepene. Dette gir etter administrerende direktørs vurdering foretaksgruppen en god felles plattform for å lykkes i arbeidet med å oppnå strategiens målsettinger.

Det er administrerende direktørs vurdering at følgende forslag til strategiske grep samlet bygger opp om strategiens hovedmålsettinger;

- a) Øke tjenestenes tilgjengelighet for å sikre likeverdige tjenester
- b) Standardisere
- c) Ta i bruk pasientenes egne ressurser
- d) Sikre bærekraftige fagmiljø både regionalt og lokalt
- e) Vri ressursbruk fra drift til investering, forskning og utvikling

Administrerende direktør vil også poengtere at god samhandling mellom alle involverte aktører og en bred satsing på IKT vil være viktig for å lykkes med de strategiske grepene

Det er viktig at det er en felles forståelse for hva som ligger i de enkelte strategiske grepene og hvordan disse skal forstås. Foretakene har gjennom denne innspillsrunden bidratt med viktige presiseringer. I denne saken gis en beskrivelse av innholdet i de strategiske grepene, bl.a. på bakgrunn av innspill fra foretakene. Dette er ikke ment som noen endelig beskrivelse, men har som intensjon å beskrive mulighetsrommet til de enkelte grep. Administrerende direktør legger til grunn at foretakene selv må detaljere ut og operasjonalisere de strategiske grepene ut fra sin nåværende status og utviklingsbehov.

Arbeidet med Strategi 2020 er en dynamisk prosess. Administrerende direktør legger opp til å fremme en årlig sak til styret som innenfor rammene av Strategi 2020 gir en status og vurderer behov for eventuelle endringer. Administrerende direktør vil legge vekt på at helseforetakene, kommunene, brukere og tillitsvalgte skal involveres i arbeidet.

Strategi 2020 er regionens felles verktøy for utvikling av tjenestetilbudet for befolkningen i Helse Midt-Norge. En viktig forutsetning for å realisere Strategi 2020 er etter administrerende direktørs vurdering at det i hele foretaksgruppen legges vekt på å bygge felles kultur og samhørighet.

Det er administrerende direktørs vurdering at Strategi 2020 gjennom denne rulleringen viderefører helseforetakenes utvikling på en god og framtidsretta måte. Det er viktig at strategien implementeres i hele organisasjonen og at den blir en aktiv del av det videre utviklingsarbeidet i foretaksgruppen. Dette vil etter administrerende direktør kreve en høy ledelsesmessig forankring.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 45/2013 Eiers styringskrav 2013 Helse Nord-Trøndelag HF,
2.tertialrapport

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	23.10.13	45/2013
Saksbeh:	Sveinung Aune	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2013/3641	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret i Helse Nord-Trøndelag HF tar til etterretning statusrapport pr. 2.tertial for oppfølging av styringskrav 2013 gitt av eier gjennom styringsdokument og foretaksmøteprotokoller.
2. Styret i 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 45/2013 Eiers styringskrav 2013 Helse Nord-Trøndelag HF, 2. tertialrapport

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument 2013 og foretaksmøteprotokoll.

Utrykte vedlegg i saksmappen

1. Styringsdokument 2013 for Helse Nord-Trøndelag HF.
2. Oppdragsdokument 2013 Helse Midt-Norge RHF.
3. Foretaksmøteprotokoll for HNT av 14.02.2013.
4. Foretaksmøteprotokoll for HNT av 19.06.2013.

BAKGRUNN

I styresak 05/2013 ble styret orientert om hvordan administrerende direktør vil følge opp eiers samlede styringskrav. Med eiers samlede styringskrav menes her mål og krav fremsatt i styringsdokument fra RHF til foretaket, samt i Foretaksprotokollene. Gjennom de månedlige statusrapporter og 1.tertial rapport knyttet til eiers styringskrav er styret for Helse Nord-Trøndelag HF orientert om status i forhold til hovedelementer i styringsdokument og foretaksmøteprotokoll.

Nå presenteres styret for 2.tertialrapport for Eiers styringskrav 2013 til Helse Nord-Trøndelag HF, og tilhørende liste med samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument og foretaksmøteprotokoll for 2013 (Vedlegg 1).

FAKTISKE OPPLYSNINGER

Styringsdokumentet 2013 og foretaksmøteprotokollen av 14.02.2013 består av 145 oppgaver/styringsparametere. Risikovurdering av målsettinger og oppgaver er utført av ansvarlige ledere og saksbehandlere etter 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. For 1.tertial var kravet at tiltak knyttet til oppgavene skulle være registrert i matrisen, mens det for 2.tertial skal rapporteres hvorvidt tiltakene fører til måloppnåelse og alternativt hvilke nye tiltak som iverksettes.

Gjennomgang etter 2.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	1.tertial: 3 2.tertial: 3	1.tertial: 64 2.tertial: 57	1.tertial: 77 2.tertial: 85

Pr. 2.tertial 2013 er det totalt 3 mål og oppgaver som er vurdert til å ha kritisk risiko, og samtidig har over 39 % av oppgavene høy/moderat risiko. 50 av kravene vurderes allerede som oppfylt, mens det for 66 av kravene er igangsatt konkrete tiltak.

I vedlegg 1: Samlet risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument 2013 og foretaksmøteprotokoll finnes en full oversikt over alle oppgaver.

OPPSUMMERING – 2. TERTIAL RAPPORT – STYRINGSdokUMENT 2013

		Antall oppgaver	Kritisk risiko	Høy/moderat risiko	Lav risiko
1-2	Overordnede føringer, Tildeling av midler	2			2
3	Aktivitet	12		5	7
4	Satsingsområder 2013	71	3	33	35
5	Utdanning av helsepersonell	4		2	2
6	Forskning og innovasjon	4		3	1
8	Oppfølging og rapportering	3			3
	Total styringsdokument 2013	96	3	43	50
		100 %	3 %	45 %	52 %

Kommentarer til områder med kritisk risiko:

Pkt. 4.2.4/4.2.4.1 Kvalitetsforbedring – Korridorpasienter

Mål: Ingen korridorpasienter

I 2. tertial har det vært en nedgang i antall korridorpasienter, og ved utgangen av tertialet har man akkumulert en andel korridorpasienter på 2,3 % (mot 2,8 % i 1.tertial).

Antall innleggelser, antall innlagte, antallet senger, liggetid, fleksibiliteten i våre sengearealer, mulighet for utskriving/viderehenvisning, kapasitet til å få gjennomført nødvendig informasjon og dokumentasjon før utskriving og i det store og hele forsvarlighet av helsehjelpen vi skal gi, er avgjørende for når kapasiteten blir overskredet. Årvåkenhet omkring "faresignaler" og fleksibilitet avdelinger i mellom vil kunne avhjelpe litt og bufre opp noe bruk av korridorsenger. I tillegg er aktiv bruk av våre to DMS med på å hindre mange korridorpasienter. Likevel opplever noen pasienter dessverre at de plasseres i korridor for kortere periode.

Bevissthet på å sikre tilstrekkelig fleksibilitet innad og mellom avdelinger og en god pasientlogistikk er de tiltak vi må ha fokus på for å nå målet.

Pkt. 4.8.2 Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling

Mål: Det er etablert tilbud om brukerstyrte plasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.

I sak 35/2013, om videreutvikling av Rustilbudet i Helse Nord-Trøndelag HF, ba styret administrasjonen arbeide videre med planer for drift av det fremtidige rusbehandlingstilbudet til nordtrønderske pasienter.

Administrerende direktør har nedsatt en arbeidsgruppe som utreder mål og strategier for framtidig tilbudsstruktur innenfor rusfeltet ved oppløsning av Rusbehandling Midt-Norge HF. Konklusjoner fra prosessen vil legges fram for styret.

OPPSUMMERING – 2. TERTIAL RAPPORT – FORETAKSPROTOKOLL

		Antall oppgaver	Kritisk risiko	Høy/moderat risiko	Lav risiko
FP 4	Resultatkrav og oppfølging for 2013	8		4	4
FP 5	Organisatoriske krav og rammer for 2013	39		10	29
FP 6	Øvrige styringskrav for 2013	2			2
	Total Foretaksprotokoll	49	0	14	35
		100 %	0 %	29 %	71 %

Kommentarer til enkelte områder med høy/moderat risiko:

FP 4.1.1 Resultatkrav for 2013:

Mål: Helse Nord-Trøndelag HF skal gå med overskudd i 2013 og sikre at den samlede ressursbruken til drift og investeringer og bruk av driftskreditter holdes innenfor vedtatt rammer og resultatkrav. (Krav jfr. styringsdokument 46 mill kr)

Vedtatt budsjett og aktivitetsplan for HNT legger opp til en ressursbruk som skal sikre måloppnåelse for økonomisk resultat, gjennomføring av investeringsplan og bruk av driftskreditt. Gjennom avsetning av reserve for uforutsette kostnader og/eller inntektsbortfall og løpende oppfølging av foretakets drift arbeides det med å redusere risikoen for ikke å nå fastsatte mål. Prognose for årets drift er på om lag minus 25 millioner i forhold til budsjett, og er kommunisert til styret. Det arbeides med å redusere ubalansen i årets drift.

Det er ingen vesentlig endring fra rapportering for 1. tertial. Delmål knyttet til investeringer og bruk av driftskreditt vil kunne innfris, mens resultatmålet neppe vil nås. Konsekvensen av ikke å nå resultatmålet ett år oppleves som moderat. I forbindelse med oppfølging av årets drift og planlegging av neste års drift, vurderes og gjennomføres tiltak for å redusere kostnadsnivået. Samlet risiko vurderes fortsatt som "gul".

FP 4.2.2 Styring og oppfølging i 2013:

Mål: Foretaksmøte forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF viderefører forbedringsarbeidet som sikrer at foretaket oppnår varige kostnadsreduksjoner på løpende drift.

Gjennom driftsplan og budsjett for 2013 har foretakets klinikker utarbeidet tiltak som til sammen beløper seg til vel 52 mill kroner. Ikke alle tiltak har varige kostnadsreducerende effekter. I forbindelse med årets drift, LTP/LTB 2014-2019 og budsjett 2014 vil det bli arbeidet med ytterligere tiltak for å oppnå varige kostnadsreduksjoner i løpende drift.

Videre presenteres mål- og resultatstyringsmodell som anvendes i Helse Nord-Trøndelag HF med tilhørende beskrivelse av hvordan det arbeides med oppfølging av driften i foretaket.

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 2013. 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.

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. 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 3 mål/oppgaver med kritisk risiko og 57 oppgaver med høy/moderat risiko i forhold til eiers samlede styringskrav gjennom styringsdokument og foretaksmøteprotokoller i 2013.

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

Hovedendring fra forrige rapportering er en reduksjon i risiko fra gul til grønn på sju områder.

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

Levanger, 7. oktober 2013

Arne Flaatt
Adm.direktør

Saksbehandler: Sveinung Aune

Risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument 2013 og foretaksmøteprotokoller

STYRINGSdokUMENT 2013		Antall oppgaver	Kritisk risiko	Høy/moderat risiko	Lav risiko
1-2	Overordnede føringer, Tildeling av midler				
1.	Strategi 2020	2			2
3	Aktivitet				
3.1	Aktivitet - Somatikk	3			3
3.2	Aktivitet - Psykisk helsevern	5		4	1
3.3	Aktivitet - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	3		1	2
3.4	Aktivitet - Raskere tilbake	1			1
4	Satsingsområder 2013				
4.1	Tilgjengelighet og brukerorientering	9		6	3
4.2	Kvalitetsforbedring	10	2	8	
4.3	Pasientsikkerhet	7		4	3
4.4	System for innføring av nye metoder og ny teknologi	2		1	1
4.5	Samhandlingsreformen	4		3	1
4.6	Kreftbehandling	9		6	3
4.7	Behandling av hjerneslag	2		2	
4.8	Tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	4	1	1	2
4.9	Psykisk helsevern	10			10
4.10	Habilitering og rehabilitering	1			1
4.11	Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati	1			1
4.12	Fødselsomsorg	3			3
4.13	Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling	1			1
4.14	Kjeveleddsdisfunksjon	1			1
4.15	Livsstilsrelaterte tilstander	5		1	4
4.16	Helseberedskap	2		1	1
5	Utdanning av helsepersonell				
5.1	Utdanning av helsepersonell - Strategisk handlingsplan	1		1	
5.2	Utdanning av helsepersonell - Tilsettingsprosess turnusleger	1			1
5.3	Utdanning av helsepersonell - Turnusplasser fysioterapeuter	1			1
5.4	Utdanning av helsepersonell - Kompetanseutvikling	1		1	
6	Forskning og innovasjon				
6.1	Forskning	3		3	
6.2	Innovasjon	1			1
8	Oppfølging og rapportering				
8.1	Oppfølging og rapportering	3			3
Total styringsdokument 2013		96	3	43	50
		100 %	3 %	45 %	52 %

FORETAKSPROTOKOLL 2013		Antall oppgaver	Kritisk risiko	Høy/moderat risiko	Lav risiko
FP 4	Resultatkrav og oppfølging for 2013				
FP 4.1	Resultatkrav for 2013	4		3	1
FP 4.2	Styring og oppfølging i 2013	4		1	3
FP 5	Organisatoriske krav og rammer for 2013				
FP 5.1	Endringer i lov om helseforetak m.v.	1			1
FP 5.3	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (ehelse)	13			13
FP 5.4	Tiltak på personalområdet	10		6	4
FP 5.5	Kartlegging av rapportering i spesialisthelsetjensten	1			1
FP 5.6	Vurdering av utvidet åpningstid for planlagt virksomhet	1			1
FP 5.7	Intern kontroll, risikostyring og krav til forbedring av det pasientadministrative arbeidet	3		1	2
FP 5.8	Regjeringens eierskapspolitikk	2			2
FP 5.10	Forenklet oppgjørsordning for pasientreiser	1			1
FP 5.11	Utvikling av nødmeldetjenesten	1			1
FP 5.12	Barn som tolk	1		1	
FP 5.13	Landsverneplan Helse - oppfølging av verneklasse 1 og 2	5		2	3
FP 6	Øvrige styringskrav for 2013				
FP 6.1	Rapportering til Norsk Pasientregister (NPR)	1			1
TS 1	Helseberedskap	1			1
Total Foretaksprotokoll		49	0	14	35
		100 %	0 %	29 %	71 %
Totalt Styringsdokument + Foretaksprotokoll		145	3	57	85
		100 %	2 %	39 %	59 %

Vedlegg 1 Risikovurdering og tiltaksrapportering i forhold til mål og oppgaver i styringsdokument 2013 og foretaksmøteprotokoll				
Nummerering	Tittel	Oppgave	Er kravet oppfylt?	Underveisrapportering
1.1	Strategi 2020	Mål: Helseforetaket skal etter 2.tertial rapportere på hvordan de arbeider med å operasjonalisere de ulike strategiske grepene.	NEI	Det vil bli rapportert etter 2. tertial.
1.2	Strategi 2020	Mål: Helseforetaket skal bidra til å konkretisere og iverksette arbeidet med å styre kapasitetsutnyttelsen mellom eget foretak og St. Olavs Hospital HF.	JA	Avventer videre oppfølging fra det regionale helseforetaket
3.1	Aktivitet - Somatikk	Mål: Budsjettert aktivitet er i tråd med bestillingen.	JA	Budsjettert aktivitet i somatikken er i tråd med bestillingen.
3.1.1	Aktivitet - Somatikk	Styringsparameter: Antall produserte poeng. Budsjettert nivå 2013: 29.179 DRG-poeng Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsatt	1.tertial 2013: Status ved utgangen av april er at man ligger 6% over planen. 2.tertial 2013: Status ved utgangen av august er at man fortsatt er 5,8% over planen.
3.1.2	Aktivitet - Somatikk	Styringsparameter: Refunderte polikliniske inntekter. Budsjettert nivå 2013: 29,5 mill kr (art 3221 pluss artsgruppe 323) Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsatt	1. tertial 2013: Status ved utgangen av april er at man ligger ca. 0,4 mill kr over planen. 2.tertial 2013: Status ved utgangen av august er at man ligger ca. 1,25 mill kr over planen.
3.2	Aktivitet - Psykisk helsevern	Mål: Økning i samlet PH-aktivitet på minst 3 prosent, og aktivitetsøkning er primært knyttet til poliklinisk aktivitet. Budsjettert nivå 2013: 153 111 (eksl. TSB)	Igangsatt	1. tertial 2013: Status ved utgangen av april er måloppnåelse på 93,4% hittil i år. For beskrivelse av hhv. VOP og BUP - se pkt. 3.2.1 og 3.2.3. 2. tertial 2013: Status ved utgangen av august er måloppnåelse på 98,5% hittil i år. For beskrivelse av hhv. VOP og BUP - se pkt. 3.2.1 og 3.2.3.
3.2.1	Aktivitet - Psykisk helsevern VOP	Styringsparameter: Antall PH-aktiviteter. Budsjettert nivå 2013: 116.557 PH-aktivitet Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	JA	1. tertial 2013: Status ved utgangen av april er måloppnåelse på 96,9% hittil i år. 2. tertial 2013: Status ved utgangen av august er en måloppnåelse på 102% hittil i år.
3.2.2	Aktivitet - Psykisk helsevern VOP	Styringsparameter: Refunderte polikliniske inntekter. Budsjettert nivå 2013: 16,1 mill kr (artsgruppe 322) Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsatt	Ligger pr 1.tertial under budsjett mål (-0,35 mill kr) pga av større sykefravær og flere permisjoner enn planlagt. Dette vil bedre seg utover sommer/høst. Ligger pr 2.tertial fortsatt under budsjettmål (-0,65 mill kr). Økt aktivitet utover høsten vil bedre dette resultatet før årsskiftet.
3.2.3	Aktivitet - Psykisk helsevern BUP	Styringsparameter: Antall PH-aktiviteter. Budsjettert nivå 2013: 36.554 PH-aktivitet Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsatt	1.tertial 2013:Status ved utgangen av april er måloppnåelse på 82,6% hittil i år. Noe svak aktivitet 3 første mnd, pga ubesatte stillinger, turnover og sykefravær. Det er fra mars/april en positiv utvikling, og sterkt lederfokus på aktivitet. Tiltak for å øke kapasitet til pasientbehandling. sept: I perioden april tom aug er det 6891 konsultasjoner - mål 7139 - dvs 97% resultatoppnåelse Dette er en økning på over 1000 flere konsultasjoner enn samme periode i 2012.
3.2.4	Aktivitet - Psykisk helsevern BUP	Styringsparameter: Refunderte polikliniske inntekter. Budsjettert nivå 2013: 14.5 mill kr (artsgruppe 322) Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsatt	Noe svak aktivitet 3 første mnd, pga ubesatte stillinger, turnover og sykefravær. (Totalt 0,85 mill kr bak plan). Det er fra mars/april en positiv utvikling, og sterkt lederfokus på aktivitet. Tiltak for å øke kapasitet til pasientbehandling. sept: Fra perioden april - mars har det vært ca - 150.000,- i forhold til budsjett på aktivitet. Dett er en klar forbedring fra - ca 500' de første 3 mnd.
3.3	Aktivitet - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	Mål: Økning i samlet TSB-aktivitet på minst 8 prosent, og aktivitetsøkning er primært knyttet til poliklinisk aktivitet.	JA	Ligger under kravet pr 1.tertial 2013. Tror at grep knyttet til endret bemanning i ARP poliklinikk vil gi positive tall Over kravet i 2.tertial. Vil ikke klare å nå målet om økt poliklinisk aktivitet siden fagpersonell i poliklinikken ikke blir erstattet fullt ut grunnet ansettelsestopp. Økningen kommer fra økt sengeaktivitet.

3.3.1	Aktivitet - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	Styringsparameter: Antall PH-aktiviteter. Budsjettert nivå 2013: 7.603 TSB-aktivitet Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	JA	1. tertial 2013: Status ved utgangen av april er måloppnåelse på 96,4% hittil i år. 2.tertial 2013: Status ved utgangen av august er 102%. dette skyldes stor økning i sengepost aktivitet.
3.3.2	Aktivitet - Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)	Styringsparameter: Refunderte polikliniske inntekter. Budsjettert nivå 2013: 2,8 mill kr (artsgruppe 322) Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	Ligger under kravet pr 1.tertial 2013 (-0,07 mill kr). Tror at grep knyttet til endret bemanning i ARP poliklinikk vil gi positive tall Fortsatt ligger vi under kravet pr 2. tertial 2013 (-0,08 mill kr). vil muligens ikke klare å nå kravet, se årsak beskrevet i 3.3
3.4	Aktivitet - Raskere tilbake	Mål: Det øremerkede tilskuddet til "Raskere tilbake" skal komme i tillegg til, og ikke istedenfor, de kostnader som finansieres gjennom basisbevilgningen.	Igangsatt	Tilskuddet til "Raskere tilbake" er fordelt på avdelinger i foretaket i henhold til fastsatte retningslinjer. Denne aktiviteten og tilhørende inntekter registreres særskilt. Slik sikrer vi oss at aktivitet og inntekter knyttet til dette tiltaket blir holdt utenfor og kommer som tillegg til den ordinære aktiviteten i foretaket. 2. tertial: Beskrivelsen fra 1. tertial gjelder fortsatt.
4.1.1	Tilgjengelighet og brukerorientering - Ventetid	Mål: Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager. (Se også FP 4.1.3)	Igangsatt	Gjennomsnittlig ventetid for avviklede i Helse Nord- Trøndelag er akkumulert for 2013 ved utgangen av juli på 69 dager. Vi arbeider mot målet på 65 dager. Vårt fokus er å sikre at de fagområdene med lengst ventetider blir satt i stand til å redusere disse, og at de pasienter der ventetid er særlig kritisk for sykdomsutvikling, ikke venter ut over det høgst nødvendige. Fokus blir videre satt på gode rutiner i alle ledd i henvisningsmottak og -vurdering og godt samarbeid med de som henviser, om best mulig henvisninger.
4.1.1.1	Tilgjengelighet og brukerorientering - Ventetid	Styringsparametre: Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsatt	Gjenn.ventetid avviklet - utvikling i 2013: Januar: 71 dager Februar: 69 dager Mars: 67 dager April: 73 dager Akkumulert gjenn. ved utgangen av april: 70 dager Mai:68 Juni:68 Juli:60 Aug:76 Akkumulert gjenn. ved utgangen av august: 70 dager
4.1.2.1	Tilgjengelighet og brukerorientering - Fristbrudd	Styringsparametre: Andel fristbrudd for rettighetspasienter (jfr. Mål i FP 4.1.4) Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsatt	Andel fristbrudd avviklede pasienter - utvikling i 2013: Januar: 2,3% (36 stk) Februar: 1,8% (27 stk) Mars: 1,8% (22 stk) April: 3,0% (50 stk) Akkumulert andel 2,3% (135 stk) Mai: 1,7% (23 stk) Juni: 2,2% (30 stk) Juli:3,0% (23 stk) Aug:9,97% (114 stk) Akkumulert andel 3,09% (325 stk)
4.1.3	Tilgjengelighet og brukerorientering - Pasienterfaringsundersøkelser	Mål: Resultater fra pasienterfaringsundersøkelser er offentliggjort på helseforetakenes nettsider og aktivt fulgt opp.	Igangsatt	PasOPP- undersøkelsen er tilgjengelig på vår nettsidewww.hnt.no under Brukermedvirkning. Undersøkelsene blir brukt i daglig forbedringsarbeid og er nyttig for tilrettelegging av våre tilbud. Bruken av pasienterfaringsundersøkelser bør være en viktig del av den enkelte klinikk oppfølging av egen virksomhet og HNT bør sikre kapasitet og rutiner for at slike undersøkelser bli gjennomført og aktivt fulgt opp. I dag er vår bruk av denne formen for brukermedvirkning, ikke aktiv nok.
4.1.3.1	Tilgjengelighet og brukerorientering - Pasienterfaringsundersøkelser	Styringsparametre: Brukererfaringer for innleggende pasienter som får behandling i somatiske sykehus. (Publiseres november 2013)	NEI	1.tertial 2013: Rapporten vil bli fulgt opp når den publiseres i november 2013.

4.1.3.2	Tilgjengelighet og brukerorientering - Pasienterfaringsundersøkelser	Styringsparametre: Brukererfaringer svangerskap/fødsel/barsel. (Publiseres 15.mai 2013) Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	lgangsatt	1.tertial 2013: Rapporten vil bli fulgt opp når den publiseres i løpet av mai 2013. sept 2013: rapporten er foreløpig ikke publisert. Vi har imidlertid brukerundersøkelser som en del av kvalitetssystemet i hele BFK, så krav om brukererfaringer/-tilbakemeldinger ivaretas gjennom det.
4.1.4.1	Tilgjengelighet og brukerorientering - Fritt sykehusvalg	Styringsparametre: Andel ventetider på nettsiden fritt sykehusvalg som er oppdatert siste 4 uker. (Krav 100%) Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	lgangsatt	Utvikling i andel ventetider som er oppdatert siste 4 uker: Januar: 98,9% Februar: 100% Mars: 100% April: 99,5% Akkumulert andel ventetider oppdatert - April: 99,6% Mai: 98,4% Juni: 100% Aug: 95,7% Akkumulert andel ventetider oppdatert - August: 98,0%
4.1.5	Tilgjengelighet og brukerorientering - Behandlingsplan	Mål: Pasienter som skal gjennom omfattende utredning og behandling i spesialisthelsetjenesten har fått utarbeidet en behandlingsplan som dokumenteres i journal. Planen skal beskrive planlagt pasientforløp med tentative tidspunkter for de ulike delene av forløpet. Planen skal være et arbeidsdokument for pasient og behandler som revideres ved behov.	lgangsatt	Dette arbeidet er en selvfølgelig del av pasient/ behandler- relasjonen og skal dokumenteres. For pasienten er det en viktig del av retten til medvirkning, til å få informasjon og kunne bidra i og følge med i sin egen utredning og behandling. Viktig å informere om pasientrettigheter og styrke koordinatorfunksjonen i alle avdelinger og sikre at Individuell Plan blir utnyttet og brukt riktig og med "lav terskel". Tidkrevende, men viktig område å sikre gode rutiner og praksis på, slik at vi bidrar til trygghet for pasienten og forsvarlig oppfølging hos våre samarbeidsparter.
4.1.6	Tilgjengelighet og brukerorientering - Regional handlingsplan	Mål: Tiltak i Regional handlingsplan for opplæring av pasienter og pårørende 2012 - 2016 følges opp.	lgangsatt	Informasjon til brukerutvalget hnt og samhandlingskoor. og andre fora utført. Handlingsplan opplæring av pasienter og pårørende Helse Midt-Norge 2012 - 2016 implementeres og gjøres tilgjengelig for oppfølging.
4.10.1	Habilitering og rehabilitering	Mål: Det er under etablering et regionalt prosjekt som har til hensikt å avklare helseforetak og kommuners behov for rehabilitering og samarbeid mellom private rehabiliteringsinstitusjoner og HF/kommuner om pasientforløp. Hfene skal bidra til at anbefalinger og vedtak som fattes som følge av dette prosjektet realiseres.	lgangsatt	HNT er representert i styrings- og prosjektgruppe. Første styringsgruppemøte er avviklet og fremdriftsplan følges. Fremdriftsplan følges - 4 rehabiliteringskonferanser er planlagt høsten 2013 som del av prosessen for å innhente erfaringer fra praksisfeltet. Disse skal benyttes som grunnlag for beslutninger om anbefalinger i prosjektet. Første konferanse gjennomføres i Nord-Trøndelag 26.september.
4.11.1	Behandling av kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati	Mål: Det er iverksatt tiltak for å styrke kunnskapsgrunnet om CFS/ME. Arbeidet blir koordinert gjennom eget oppdrag til fagledernetverket.	JA	Arbeidet med CFS/ ME blir i HNT gjennomført ved et tett samarbeid barneavdeling/ BUP og leger med spesiell kompetanse og erfaring med pasientgruppen i medisinsk avdeling på begge sykehus. Det blir drevet systematisk registrering og oppfølging av pasientene og rapport fra oppfølgingen ved BUP er under skriving. Regionalt samarbeid om pasientene vil kunne være viktig for noen enkeltpasienter. Det er ikke etablert faste ambulerende team, da det er individuell oppfølging og vurdering som avgjør om enkeltpasienter eventuelt kan ha behov for et slik tilbud.
4.12.1	Fødselsomsorg - Fødselsrifter	Mål: Redusert andel fødselsrifter Dagens nivå: 2 (landsnitt 2,1, Midt-Norge 2,3)	JA	HNT har gode resultater vedr fødselsrifter, men målet er å komme under 2010 nivået på 1,4. Sept 2013: 4.12.1 og 4.12.2 er det samme målområdet. Mindre rupturer registreres ikke.

4.12.2	Fødselsomsorg - Fødselsrifter	Styringsparameter: Andel pasienter med fødselsrifter (sfinkterruptur) grad 3 og 4 Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsett	Tall fra Medisinsk fødselsregister viser følgende utvikling for HNT: 2010: 1,4% 2011: 1,5% 2012: 2,0% HNT har lavest andel pasienter med fødselsrifter i HMN. 2013: 2,8% HNT har i 2013 høyeste andel pasienter med fødselsrifter i HMN.
4.12.3	Fødselsomsorg - Keisersnitt	Styringsparameter: Andel forløsninger foretatt ved keisersnitt totalt, og andel keisersnitt utført hhv. som øyeblikkelig hjelp og planlagt (elektivt). Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsett	HNT ligger noe høyere enn gj snitt midt-norge og landssnitt. (HNT 21,1%, HMN 17,6%, Landet 16,5%) Det er ikke etablert noe måltall på dette ift elektive/ø.hjelp. HNT følger med utviklingen, og har som mål å redusere keisersnittandelen. Sept 2013: Det er ikke etablert noe måltall på dette ift elektive/ø.hjelp - målet er "reduksjon". Levanger: 694 fødsler, 122 sectio Andel keisersnitt 17,6 % (42,6 %elektive, 57,4 % akutte) Namsos: 287 fødsler, 54 keisersnitt = 18,8 % (53,7% akutte, 46,3% elektive)
4.13.1	Barn som har vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling	Mål: Det er tilstrekkelig kompetanse i helseforetaket og gode rutiner for å ivareta barn som kan ha vært utsatt for seksuelle overgrep og annen mishandling.	JA	St Olav har spesialkompetanse på dette i Helse Midt-Norge. Barneavdelingen og BUP har rutiner for å avdekke og håndtere slike problemstillinger.
4.14.1	Kjeveleddsdysfunksjon	Mål: Det er gitt behandlingstilbud til pasienter med alvorlig kjeveleddsdysfunksjon som er vurdert utredet ved det tverrfaglige tilbudet etablert i Helse Bergen HF.	JA	Det nasjonale, tverrfaglige kompetansesenteret er kjent. Pasienter med slike problemstillinger forutsettes henvist dit for nødvendig utredning og oppfølging.
4.15.1	Livsstilsrelaterte tilstander	Mål: Helseforetaket rapporterer data om skader og ulykker til NPR	Igangsett	1.tertial 2013: Siste tilbakemelding på datakvalitet fra Hemit var kun på HNT-nivå og ikke på sykehusnivå. Vi trenger jevnlig tilbakemelding på riktig nivå for å kunne bedre datakvalitet. Det vil kreve større innsats fra Hemit som tar nødvendige datauttrekk. 2.tertial 2013: Kommentarer fra 1.tertial gjelder fortsatt.
4.15.1.1	Livsstilsrelaterte tilstander	Styringsparameter: Andel helseforetak som rapporterer data om skader og ulykker i NPR Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	Vi rapporter. Styringsparameter er beregnet på RHF.
4.15.2	Livsstilsrelaterte tilstander	Mål: Helseforetaket har etablert en overordnet ernæringsstrategi i tråd med anbefalinger i faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet og "Kosthåndsboken" - veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten" (Helsedirektoratet 2012)	JA	Tett samarbeid mellom kjøkken og kliniske ernæringsfysiologer, samt stor interesse og deltagelse fra noen av de kliniske avdelingene, har gitt HNT mulighet til å utvikle ernæring som pleieindikator. Dette er en viktig del av HNT sin ernæringsstrategi for å skape bevissthet omkring ernæring i daglig behandling og omsorg for pasientene. Et ernæringsutvalg er etablert og ernæringsstrategi er utarbeidet. Ernæring blir et fokusområde for HNT fremover.
4.15.2.1	Livsstilsrelaterte tilstander	Styringsparameter: Andel helseforetak som har utarbeidet ernæringsstrategi Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	JA	HNT har ernæringsstrategi. Styringsparameter er beregnet på RHF.
4.15.3	Livsstilsrelaterte tilstander	Mål: Økt effektivitet i kirurgi mot sykelig overvekt for å gi høyere kapasitet	JA	Kirurgisk klinikk har i 2011 og 2012 operert ca 140 pasienter pr år for sykelig overvekt. Klinikken har gjennomført egne prosjekter for arbeidsflyt på operasjonsavdelingen og standardisert pasientforløp for hele dette pasientforløpet. Pasientflyten er svært effektiv og det opereres normalt 5 pasienter pr. operasjonsdag. For 2013 er det i utgangspunktet planlagt tilsvarende kapasitet som i 2012. Ventelister håndteres innenfor forsvarlige ventetider. Klinikken kan ha kapasitet for en ytterligere økning, men det er ikke budsjettert med dette i 2013 Pr. 1.8.2013 er det gitt kirurgisk behandling til 90 pasienter og klinikken styrer mot samme mål som ved forrige rapportering. Forøvrig gjelder samme forutsetninger ved samme rapportering.

4.16.1	Helseberedskap	Mål: Med utgangspunkt i evalueringsrapportene etter terrorangrepet 22. juli 2011 og erfaringer fra øvelser og hendelser, har helseforetaket oppdatert og foretatt nødvendige tilpasninger i sine beredskapsplaner.	Igangsatt	Revidering av planverket er startet. Arbeidet koordineres fra det regionale helseforetaket.
4.16.2	Helseberedskap	Mål: Det er tatt initiativ til felles trening og øvelser med andre nødetater og frivillige organisasjoner.	JA	Øvelser datofestet og under planlegging.
4.2.1	Kvalitetsforbedring - Nasjonale faglige retningslinjer	Mål: Helseforetakene har utarbeidet planer for implementering av sentrale anbefalinger i relevante nasjonale faglige retningslinjer.	Igangsatt	Implementering av ny kunnskap og nye metoder, er krevende i praksis. God dialog og tett oppfølging av klinikker, god infrastruktur på formidling av informasjon og lett tilgang på litteratur og oppdatert forskning er basisforutsetningene. Gjennom Innblikk (HNT intranett- sider), gjennom den daglige veiledningen i hver avdeling og klinikk, gjennom kursing av nytilsatte og kursing regelmessig av våre ansatte, sikres denne implemeteringen. Stadig "masing" og påminning om nye retningslinjer, lovverk og forskrifter er nødvendig! Et viktig forhold her er stbasfunksjonenes rolle for oversikt og "påminning" og opplæring opp mot klinikkens eget ansvar for å følge med "egne" områder. Igjen er dialog og "masing" på hverandre viktig for å oppnå god implemetering av kunnskap og metoder.
4.2.2	Kvalitetsforbedring - Rapportering PH og TSB	Mål: Bedre kvalitet i rapporteringen fra psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Norsk pasientregiste. MyWayToPas3 skal implementeres. (MYWayToPas: IT-løsning for å kunne registrere psykiatridata som skal rapporteres til NPR) (se styringsparameter pkt. 4.9.5.3)	Igangsatt	MyWay2PAS innføres i Psykiatrisk klinikk pr juni 2013. Datakvalitet forventes bli god etter innføringen. Myway2PAS ble innført i juni som planlagt, har ennå ikke mottatt data fra NPR som kan bekrefte at kvaliteten på sendte data har bedret seg.
4.2.3	Kvalitetsforbedring - Epikriser	Mål: 100% av epikriser er sendt ut innen sju dager	Igangsatt	Epikrisetiden er redusert og stadig flere pasenter får sin epikrise med seg eller sendt til sin henvisende lege/ fastlege innen målet på 7 dager. Alle klinikkene har hatt stort fokus på å både redusere tid til utsending og å holde fast ved godt faglig innhold i epikrisene. Videre tiltak vil være å sikre god flyt i logistikken, sikre godt innhold, sikre riktig legemiddelliste, gi pasienten informasjon og eventuelt koordinatør og dokumentere plan for videre oppfølging. Ny rutine for samarbeid omkring av epikriser og polikliniske notat er utarbeidet og skal innføres høst 2013.
4.2.3.1	Kvalitetsforbedring - Epikriser	Styringsparametre: Andel epikriser sendt ut innen sju dager Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsatt	Utvikling i andel epikriser innen 7 dager i 2013: Januar: 87,9% Februar: 90,5% Mars: 89,7% April: 90,2% Akkumulert april: 89,6% Mai:85,3% Juni:86,9% Juli:91,6% Aug:88,9% Akkumulert August: 88,8%
4.2.4	Kvalitetsforbedring - Korridorpasienter	Mål: Ingen korridorpasienter	Igangsatt	Antall innleggelser, antall innlagte, antallet senger, liggetid, fleksibiliteten i våre sengearealer, mulighet for utskrivning/ viderehenvisning, kapasitet til å få gjennomført nødvendig informasjon og dokumentasjon før utskrivning og i det store og hele forsvarlighet av helsehjelpen vi skal gi, er avgjørende for når kapasiteten blir overskredet. Årvåkenhet omkring "faresignaler" og fleksibilitet avdelinger i mellom vil kunne avhjelpe litt og bufe opp noe bruk av korridorssenger. I tillegg er aktiv bruk av våre to DMS med på å hindre mange korridorpasienter. På tross av dette opplever pasienter dessverre en sjelden gang at de må plasseres i korridor for kortere periode. En bevissthet på å sikre tilstrekkelig fleksibilitet innad og mellom avdelinger, et tilstrekkelig sengetall og bemanning som "basis" og en god pasientlogistikk, er de tiltak vi må ha fokus på for å nå målet. Forsvarligheten i det enkelte pasientforløp må uansett være styrende for behandlingsnivået pasienten tilbys.

4.2.4.1	Kvalitetsforbedring - Korridorpasienter	Styringsparametre: Andel korridorpasienter ved somatiske sykehus Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	Utvikling i andel korridorpasienter i 2013: Januar: 3,45% (254 pasienter) Februar: 3,27% (204 pasienter) Mars: 1,75% (110 pasienter) April: 2,47% (162 pasienter) Akkumulert April 2,76% (730 pasienter) Mai: 2,66% (184 pasienter) Juni: 1,34% (80 pasienter) Juli: 1,52% (76 pasienter) Aug: 1,71% (101 pasienter) Akkumulert August 2,33% (1171 pasienter)
4.2.5.1.	Kvalitetsforbedring - Nasjonale kvalitetsindikatorer	Styringsparametre: 30-dagers overlevelse etter innleggelse for lårbensbrudd Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	Etter gjennomgang av denne indikatoren i Fagsjefmøtet, er det klart at det ikke er tilgjengelige data fra NPR å bruke. HNT HF kan dermed ikke svare ut indikatoren pga manglende tallgrunnlag. Siste publiserte tall er fra 2011 (91,5% for året 2011). 2.tertial 2013: Fortsatt ikke oppdatert materiale fra NPR.
4.2.5.2	Kvalitetsforbedring - Nasjonale kvalitetsindikatorer	Styringsparametre: 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerteinfarkt Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	Etter gjennomgang av denne indikatoren i Fagsjefmøtet, er det klart at det ikke er tilgjengelige data fra NPR å bruke. HNT HF kan dermed ikke svare ut indikatoren pga manglende tallgrunnlag. Siste publiserte tall er fra 2011 (86,7% for hele året 2011). 2.tertial 2013: Fortsatt ikke oppdaterte tall fra NPR.
4.2.5.3	Kvalitetsforbedring - Nasjonale kvalitetsindikatorer	Styringsparametre: 30-dagers overlevelse etter innleggelse for hjerneslag Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	Etter gjennomgang av denne indikatoren i Fagsjefmøtet, er det klart at det ikke er tilgjengelige data fra NPR å bruke. HNT HF kan dermed ikke svare ut indikatoren pga manglende tallgrunnlag. Siste publiserte tall er fra 2011 (andel 87% for hele året 2011). 2.tertial 2013: Fortsatt ikke oppdaterte tall fra NPR.
4.2.5.4	Kvalitetsforbedring - Nasjonale kvalitetsindikatorer	Styringsparametre: 30 dagers risikjustert totaloverlevelse Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	Etter gjennomgang av denne indikatoren i Fagsjefmøtet, er det klart at det ikke er tilgjengelige data fra NPR å bruke. HNT HF kan dermed ikke svare ut indikatoren pga manglende tallgrunnlag. Siste publiserte tall er fra 2011 (Andel 94,3% hele året 2011). 2.tertial 2013: Fortsatt ikke oppdaterte tall fra NPR.
4.3.1	Pasientsikkerhet - Pasientsikkerhetskampanjen	Mål: Alle sykehus og helseforetak implemterer de aktuelle tiltakspakkene i den nasjonale pasientsikkerhetskampanjen "i trygge hender" og rapporterer egne resultater.	Igangsatt	Aktuelle tiltakspakker er gjennomgått med klinikkene.
4.3.2	Pasientsikkerhet - Pasientsikkerhetskampanjen	Mål: Ledelsen i helseforetaket iverksetter tiltak for å følge opp egne resultater i kampanjen, kartleggingen av pasientsikkerhetskultur, meldinger til Kunnskapssenteret og tilsynsrapporter.	Igangsatt	Resultatet for Pasientsikkerhetskulturundersøkelsen er gjennomgått i ledelsen. Interne meldinger og meldinger sendt Kunnskapssenteret er kategorisert og gjennomgått i foretaksledelse/Pasient- og kvalitetssikkerhetsutvalget.
4.3.3	Pasientsikkerhet - Pasientadministrative systemer	Mål: Helseforetaket har utarbeidet planer for løpende opplæring i bruk av pasientadministrative systemer.	JA	Helge Nord-Trøndelag har etablert system og rutiner for opplæring av nytilsatte i bruk av EPJ. Våre EPJ-rådgivere arrangerer ellers oppfriskingskurs for ansatte etter behov både i bruken av DocuLive og i Talegjenkjenning.
4.3.4	Pasientsikkerhet - Informasjon	Mål: Helseforetaket legger på egnet måte ut informasjon om meldte § 3-3 hendelser, samt egne resultater fra journalundersøkelsen.	Igangsatt	Arbeidet er igang og Fagsjef vil ta stilling til publisering innen 1.oktober.
4.3.4.1	Pasientsikkerhet - Pasientsikkerhetskampanjen	Styringsparametre: Antall gjennomførte journalundersøkelser etter GTT-metoden, i tråd med pasientsikkerhetskampanjens føringer, per sykehus. Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	JA	Tallene for begge sykehus fra 2012 er oversendt Kunnskapssenteret og lagt ut på Extranett. Begge sykehus er ajour med journalgranskningen i 2013.

4.3.5	Pasientsikkerhet - Samstemming legemiddellister	Mål:Helse Nord-Trøndelag HF skal utføre samstemming av legemiddellister i samarbeid med Sykehusapotekene i Midt-Norge	Igang satt	Klinisk farmasøyt- stillingne som HNT HF kjøper hos Sykehusapoteket er økt for 2013. Dette gir økt kapaistet og mulighet til innføring av legemiddelforskriften, støttefunksjon til pilotprosjekt eKurve og daglig støtte og oppfølging av enkeltklinikker i større grad enn tidligere. Samstemming av legemiddellistene gjøres nå regelmessig på flere avdelinger. Kapasiteten er fortsatt ikke slik at dette er mulig å få til på alle avdelinger, men metoden blir mer og mer kjent og mer og mer del av den daglige kvalitetskontrollen på flere avdelinger. Undersøkelser gjort av sykehusapotekenes farmasøyer viser at det fortsatt er et betydelig forbedringspotensial. Arbeidet med styrking av kvalitetsarbeidet omkring legemiddelhåndteringen, må holde frem!
4.3.6.1	Pasientsikkerhet - Infeksjoner	Styringsparametre: Prevalens av sykehusinfeksjoner Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	JA	HNT hadde 3. kvartal 2012 en totalprevalens på sykehusinfeksjoner på 3%. 1. halvår 2012 var denne på 5,5%.
4.4.1	System for innføring av nye metoder og ny teknologi	Mål: Det er etablert nødvendig kompetanse og metodestøtte for utførelse av minimetodevurderinger i samarbeid med HMN og øvrige helseforetak.	Igang satt	Medarbeidere fra HNT har vært på kurs/møter for å lære om mini-HTA som metode for vurdering av innføring av nye behandlingsmetoder og/eller ny teknologi. Det er ønskelig at medarbeidere både fra fagavdelingen og fra økonomiavdelingen innehar kompetanse på dette området. 2. tertial: Beskrivelsen fra 1. tertial gjelder fortsatt.
4.4.1.1	System for innføring av nye metoder og ny teknologi	Styringsparametre: Antall gjennomførte mini-metodevurderinger som er sendt til Kunnskapssenterets database Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igang satt	Oversikt over gjennomførte mini-metodevurderinger vil bli sendt til Kunnskapssenterets database. Foretakets data- og analyseavdeling er ansvarlig for rapportering. 2. tertial: Beskrivelsen fra 1. tertial gjelder fortsatt.
4.5.1	Samhandlingsreformen - Desentralisering	Mål: Det er utarbeidet planer for desentralisering av spesialisthelsetjenester i dialog med kommunene.	Igang satt	Det er ikke utarbeidet en samlet plan for desentralisering av spesialisthelsetjenesten i samarbeid med kommunene. Imidlertid er det igangsatt arbeide rundt de 2 DMSene mht. stadig utvikling av desentral spesialisthelsetjeneste, DPS Kolvereid har, sammen med kommunene olanlagt et prosjekt hvor både kommunehelsetjeneste, psykiatrisk og somatisk helsetjeneste sammen skal utvikle en desentral modell/samlokalisering av tjenester.
4.5.2	Samhandlingsreformen - Øhjelp	Mål: Helseforetaket samarbeider med kommunene om etableringen av øyeblikkelig hjelp døgn tilbud i kommunene som et alternativ til sykehusinnleggelse. De regionale helseforetakene har bidratt til at nye øyeblikkelig hjelp døgn tilbud i kommunene har en kvalitet som reelt sett avlaster sykehus. Det vises til Helsedirektoratet veileder om kommunenes plikt til øyeblikkelig hjelp døgnopphold.	Igang satt	Det pågår et kontinuerlig arbeide rundt opprettelsen av ø-hjelpstilbud i kommunene. Tilbudet er etablert ved de 2 DMSene, samt i Overhalla kommune. HNT har ved alle etableringene vært involvert i prosessene. HNT er også pr. dd. involvert i arbeidet hos de kommuner som nå planlegger å opprette dette ila. 2014, dvs Leksvik/Rissa, samt Innheredsregionen.
4.5.3	Samhandlingsreformen - Samlokalisering	Mål: Det er vurdert om desentraliserte spesialisthelsetjenester bør samlokaliseres med det kommunale tilbudet.	Igang satt	Det er betydelig aktivitet fra HNT ved våre 2 DMSer, i tillegg er det etablert desentrale tilbud om dialyse (Leksvik). Videre planlegges det, sammen med kommunene etablering av ø-hjelpstilbud/evt. andre tilbud lokalisert i umiddelbar nærhet til våre 2 sykehus (Namsos og Levanger). Det er imidlertid behov for å gjøre en samlet vurdering av dette sammen med kommunene (ASU)

4.5.4	Samhandlingsreformen - Utskrivningsklare pasienter	Mål: Det er sikret at ordningen med betaling for utskrivningsklare pasienter ikke har endret vurderingen av når en pasient er utskrivningsklar.	Igangsett	Kriteriene for når en pasient er utskrivningsklar er implementert i alle klinikker på en god måte. Imidlertid vil det være behov for en kontinuerlig dialog i de kliniske miljøer i HNT, samt med kommunene for å sikre at grensene for dette ikke strekkes mere enn det som er naturlig mht. den medisinske utvikling. Dette er tema i dialogmøtene med kommunene som arrangeres 2 ganger pr. år, samt i ASU i forb. med revisjon og oppfølging av samarbeidsavtaler og tjenesteavtalene.
4.6.1	Kreftbehandling - Forløp	Mål: Det er gjennomført tiltak for å effektivisere utredning og redusere flaskehals i forløpene for kreftpasienter.	Igangsett	Kontinuerlig forbedringsarbeid og nitid oppfølging av ventelister, gode rutiner omkring mottak og oppfølging av henvisningene, godt samarbeid mellom de ulike involverte avdelingene og forbedringsarbeid PAS- det gir resultater. Videre oppfølging av regionale PAS- rutiner og bevisstgjøring på den enkeltes rolle for å sikre god oppfølging av forløp som krever ekstra innsats fra ulike avdelinger og klinikker. Kapasiteten på ulike poliklinikker og enkeltundersøkelser kapasitet på Avdeling for billeddiagnostikk, er de viktigste flaskehalsene. Her blir det i søknad ID NR for 2013 og videre arbeid med legestillinger, forsøkt sikret økt kapasitet.
4.6.2	Kreftbehandling - Forløp	Mål: 80% av kreftpasienter har forløp innenfor anbefalte forløpstider: 5 virkedager fra mottatt henvisning til henvisningen er vurdert 10 virkedager fra mottatt henvisning til utredning er påbegynt 20 virkedager fra mottatt henvisning til start av behandling	Igangsett	Kravene har nå vært aktuelle i vel 1 år, og arbeidet med å sikre at de pasientene som ikke skal vente, slipper å vente unødige. Holdningsarbeid og felles innsats fra alle involverte både for utredning/ behandling og for logistikk/ administrasjon, bidrar til at vi gjør det vi kan for å nå kravene. Tilsynene så langt har vist at vi var nære ved å nå målene i 2012, og bevissheten og gjennomgangen av våre rutiner, gjør at vi mener vi skal ha større mulighet for å nå målene i 2013.
4.6.2.1	Kreftbehandling - Forløp	Styringsparametre: Andel pasienter med tykktarmskreft som får behandling innen 20 dager Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	Andel 2011 (NPR-tall): 55,7 % Pr. 1.tertial 2012 (NPR-tall): Andel 66,7% Pr. 2.tertial 2012 (NPR-tall): Andel 72,7% Klart positiv utvikling mot måltall 80 %. Pr. 3.tertial 2012 (NPR-tall): Andel 72,7% Andel 2012 (NPR-tall): 70,9% Pr. 1. tertial 2013 (NPR-tall): Andel 31,3% Et kraftig nedgang i tallet for 1.tertial 2013 (5 av 16 pasienter).
4.6.2.2	Kreftbehandling - Forløp	Styringsparametre: Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	Andel 2011 (NPR-tall): 79,7 % Pr. 1.tertial 2012: Andel 73,7% Pr. 2.tertial 2012: Andel 75,0% Stabile tall og nært opptil måltall 80 %. Pr. 3.tertial 2012: Andel 64,3% Andel 2012 (NPR-tall): 71,4% Pr. 1.tertial 2013: Andel 82,6% Veldig god utvikling i 2013.
4.6.2.3	Kreftbehandling - Forløp	Styringsparametre: Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	NEI	Andel 2011 (NPR-tall): 41,7 % Pr. 1. tertial 2012 (NPR-tall): Andel 50,0% Pr. 2. tertial 2012 (NPR-tall): Andel 55,6% Lungekreftventetidene er med bakgrunn i våre rapporterte tall bedret i 2012, men det er usikkerhet omkring tallene. Lungekreft utredning og behandlingen er sentralisert, og uklart hvem som rapporterer hva i fht måltall 80 %. Pr. 3.tertial 2012: 16,7% Andel 2012 (NPR-tall): 41,2% Pr. 1.tertial 2013: 85,7% Stor variasjon i tallene, 1.tertial 2013 viser god utvikling.

4.6.3	Kreftbehandling - Forløp	Mål: I løpet av 2012 er det i alle HF-ene i regionen arbeidet for å etablere gode rutiner som skal sikre at HMN oppfyller nye krav til forløpstider for kreftpasienter. Det forutsettes at dette arbeidet videreføres i 2013 og at det er etablert dokumenterte rutiner i alle enheter som sikrer korrekt måling av forløpstid i den aktuelle enheten og for pasientens totale forløpstid. Det skal legges særskilt vekt på at dokumenterte rutiner følges ved overføring av pasienter innad i sykehusene, mellom sykehusene og mellom HF-ene i regionen. Dette ansvaret tilligger både avgivende og mottakende enhet.	Igangsatt	HNT HF og de andre HF i Helse Midt- Norge har siste året hatt virksomhetstilsyn der disse forholdene er gjennomgått (tilsyn kolorektalkreft). I disse dager leverer hvert HF i fellesskap frem våre felles oppgaver i fht bedringer i PAS og bedring i rutiner i bruk av PAS og nødvendige "workarounds" for å sikre riktige registreringer, oversikt og oppfølging av forløpene. Dette gjelder kreftpasienter, men det viktige er at denne gjennomgangen også sikrer gode rutiner i alle pasientforløp. Det er laget en plan for gjennomføring av nødvendig opplæring, reopplæring, kontroll og revisjon av implementering. Regionalt samarbeid sikrer at mottakende og avgivende avdelinger og sykehus nå skal ha samme rutiner for dette.
4.6.4	Kreftbehandling - Informasjon	Mål: Det er iverksatt tiltak for å bedre informasjon til kreftpasienter og koordinere pasientforløpene, for eksempel ved bruk av kreftkoordinatorer	JA	Ingen kan vel si at en blir god nok til informasjon og koordinering, men HNT har etablert koordinerende enhet på HF- nivå, vi har klare rutiner for tildeling av koordinator til alle kreftpasienter og vi etablerer klare rutiner for alle avdelinger vedr bruk av koordinator og individuell plan. Vi mener vi har lagt en god struktur for og er på plass i fht dette målet. Bevissthet på bruken av disse hjelpemidlene må styrkes, og her er det et vedvarende holdningsarbeid og opplæring som må til.
4.6.5	Kreftbehandling - Rekonstruksjon bryst	Mål: Det er bygget opp robuste fagmiljøer med økt kapasitet for rekonstruksjon av bryst etter brystkreft. Vi viser til særskilt oppdrag gitt til St. Olavs Hospital HF i 2012.	JA	I samarbeid med St Olav, er det etablert tilbud ved HNT HF.
4.6.5	Kreftbehandling - Pasientopplæring	Mål: Det er etablert flere tilbud for pasientopplæring, likemannsarbeid og mestring, herunder pusterom og vandrecentre.	Igangsatt	Under arbeid Det er gjennomført samarbeidsmøter ved begge Sykehus med kreft poliklinikk og medisinsk/kirurgisk klinikk.
4.7.1	Behandling av hjerneslag	Mål: 20% av pasienter med hjerneinfarkt under 80 år har fått trombolyse	NEI	Det er i gang et større arbeid lokalt og nasjonalt for å sikre at pasientene med hjerneslag får riktig og rask helsehjelp i tråd med gjeldende god praksis. HNT er med i dette arbeidet gjennom Pasientsikkerhetskampanjen og læringsnettverk for hjerneslag. Våre tall kan bli bedre, og fokus er på å lage gode pasientforløp for pasientene i Nord-Trøndelag. Kravet på 20% av alle under 80 år med hjerneslag blir vanskelig å nå for HNT i 2013. En gjennomgang av alle detaljer i forløpene vil bli gjennomført for å avklare nødvendige tiltak.
4.7.1.1	Behandling av hjerneslag	Styringsparametre: Andel pasienter under 80 år med akutt hjerneinfarkt som får intravenøs trombolysbehandling Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	Igangsatt	Andel pr 2. tertial 2012 = 2,5 %. Vi er med i læringsnettverk Pasientsikkerhetskampanjen i Hjerneslag. Andel pr. 3.tertiar 2012: 2,4% Andel 2012 (NPR-tall): 2,9% Andel pr. 1.tertiar 2013: 6,9% Kraftig økning i andel i 1.tertiar 2013.
4.8.1	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	Mål: Det er behov for en gjennomgang av den samlede kapasiteten innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og det bør vurderes om det er behov for ytterligere kapasitetsøkning på feltet, særlig når det gjelder langtidsplasser drevet av ideelle organisasjoner.	JA	Forprosjekt for overføring av rusforetakets oppgaver til andre foretak leverte sin rapport i april 2013. Forprosjektet vedtatt i RHF. HNT Forplikter seg til å sette igang en rekke lokalsykehusfunksjoner som ; Rusakutt, avrusning, behandlingsplasser og dagbehandling. Dette forutsetter nybygg. Formaliseres i styresak september 2013. HNT planlegger videre utvikling av det samlede tilbudet innen TSB parallelt i samarbeid mellom psykiatri, medisin og kirurgi.
4.8.2	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	Mål: Det er etablert tilbud om brukerstyrte plasser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling.	NEI	Dette kan ikke gjennomføres i HNT før nytt bygg for psykiatrien er bygget.
4.8.3	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	Mål: Det er etablert systemer ved somatiske avdelinger for å fange opp pasienter med underliggende rusproblemer og eventuelt viderehenvise disse til tverrfaglig spesialisert rusbehandling.	Igangsatt	Arbeid er igangsatt av ARP v/Torunn Aurstad se 4.8.1 MANDAT gis fra adm dir. for å videreutvikle TSB i HNT i samarbeid mellom psykiatri og somatikk

4.8.4	Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige og annen avhengighetsbehandling	Mål: Det er gjennomført brukerundersøkelser innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling i alle helseforetak.	JA	Utført.
4.9.1	Psykisk helsevern - Akutt DPS	Mål: Akuttberedskap ved DPS er etablert på døgnbasis, eventuelt i samarbeid med andre institusjoner der lokale forhold gjør det nødvendig.	JA	Akuttberedskap ved DPS'er dekkes av klinikkens to vaktlegeenheter, ref Nord-Trøndelag modellen.
4.9.1.1	Psykisk helsevern - Akutt DPS	Styringsparametre: Andel DPS som dekker akuttberedskap utover normal arbeidstid Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	JA	Ref 4.9.1
4.9.2	Psykisk helsevern - Ambulant DPS	Mål: Alle DPS har etablert ambulante funksjoner der leger og psykologer deltar.	JA	Ambulant virksomhet med leger og psykologer springer ut fra klinikkens DPS'er. Disse er ikke organisert i egne seksjoner, men er en del av de polikliniske seksjonene.
4.9.3	Psykisk helsevern -Tvang	Mål: Andel tvangsinnleggelser er redusert med 5% i samarbeid med de kommunale tjenestene	JA	Små tall gjør det vanskelig/umulig å måle godt nok. Små endringer i 2013 i forhold til 2012.
4.9.3.1	Psykisk helsevern -Tvang	Styringsparametre: Andel tvangsinnleggelser (antall per 1000 innbygger i opptaksområdet) Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	JA	Små tall gjør det vanskelig/umulig å måle godt nok. Små endringer i 2013 i forhold til 2012.
4.9.4	Psykisk helsevern -Tvang	Mål: Andel tvangsbehandlingstiltak (tvangsmedisinering) er redusert med 5%	JA	Små tall gjør det vanskelig/umulig å måle godt nok. Pr 2.tertial har klinikken hatt 47 tvangsmedisineringsvedtak.
4.9.4.1	Psykisk helsevern -Tvang	Styringsparametre: Andel tvangsbehandlingstiltak (antall per 100.00 innbygger > 18 år) Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	JA	Små tall gjør det vanskelig/umulig å måle godt nok. Små endringer i 2013 i forhold til 2012.
4.9.5.1	Psykisk helsevern - Reinnleggelser	Styringsparametre: Andel reinnleggelser innen 30 dager for pasienter med schizofreni Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	JA	Små tall gjør det vanskelig/umulig å måle godt nok. Det har vært gjennomført en kontroll av alle reinnleggelser ved klinikken i en to måneders periode og det er funnet veldig få (under 5) tilfeller av ikke planlagte reinnleggelser. I de tilfellene hvor det ikke var planlagt, var årsaken pasienters reduserte evne til å samarbeide med kommunale tjenester.
4.9.5.2	Psykisk helsevern - Andel DPS	Styringsparametre: Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	JA	Utført i 1.tertial i samarbeid med Data/Analyse avdelingen.
4.9.5.3	Psykisk helsevern - Rapportering PH og TSB	Styringsparametre: Registrering lovgrunnlag psykisk helsevern voksne (jfr. Mål pkt. 4.2.2) (Krav 100%) Vedlegg: Utvikling styringsparameter 2013	JA	Ref 4.2.2
5.1	Utdanning av helsepersonell - Strategisk handlingsplan	Mål: Foretaksgruppen skal lage en Strategisk handlingsplan for utdanning i samarbeid med utdanningsinstitusjonene og primærhelsetjenesten. Planen skal beskrive mål, organisering, ansvar og tiltak. Helse Nord-Trøndelag HF skal bidra i utviklingen av handlingsplanen og implementere besluttede tiltak.	NEI	Arbeidet er ikke igangsatt. Arbeidet er under planlegging og vil bli fulgt opp i 2. tertial.
5.2	Utdanning av helsepersonell - Tilsettingsprosess turnusleger	Mål: Rask og effektiv tilsettingsprosess for turnusleger i samarbeid med aktuelle kommuner.	Igangsatt	Tilsetting av turnusleger i HNT er igangsatt, og følger de nasjonale retningslinjene. HNT er gjennom Personalnettverket i dialog med kommunene om hvordan samarbeid mellom HNT og kommunene skal organiseres. ASU har besluttet at Nord-Trøndelag forholder seg til §12 b i Forskrift for turnusleger, som modell for samarbeid
5.3	Utdanning av helsepersonell - Turnusplasser fysioterapeuter	Mål: Antall turnusplasser for fysioterapeuter er økt, jf. kap. 732, post 70 Særskilte tilskudd (Turnustjeneste i sykehus for leger og fysioterapeuter).	Igangsatt	Foretaket vurderer fortløpende henvendelser vi mottar fra Fylkeslegen om å motta økt antall kandidater for fysioterapeuter i turnus.
5.4	Utdanning av helsepersonell - Kompetanseutvikling	Mål: Helseforetaket har bidratt til kompetanseutveksling og kompetanseoppbygging i en forsterket kommunehelse- og omsorgstjeneste, spesielt innen geriatri, nevrologi, habilitering/rehabilitering, psykisk helse og rusmiddelavhengighet. Dette som en oppfølging av lovpålagte samarbeidsavtaler mellom helseforetak i kommune.	Igangsatt	Det er levert rapport fra arbeidsgruppen som arbeider med oppfølging av tjenesteavtale 6. Det planlegges bla. et felles system for gjensidige hospiteringsordninger og rutiner/standardisering av dette. Det er opprettet et personellnettverk (partssammensatt) som vil utarbeide felles malverk. Samhandlingsprosjektene "fastlegen som samhandlingsjoker" og "ambulant slagbehandling" skal også arbeide med systemer for veiledning og kompetanseheving i tjenestene. Det opprettes fagråd/fagnettverk kontinuerlig i samarbeid mellom kommuner og HF, og det legges ut på nettsiden en oversikt over disse.
6.1.1	Forskning - Pasientsikkerhet	Mål:Det er iverksatt tiltak for å øke forskning på pasientsikkerhet.	Igangsatt	Pasientsikkerhet er indirekte et forhold som all forskning som skjer i spesialisthelsetjensten har som fokus i siste instans.

6.1.2	Forskning - Publikasjoner	Mål: Minst 40 prosent av publikasjonene fra 2013 i Helse Nord-Trøndelag HF har internasjonalt samarbeid (en eller flere utenlandske medforfattere).	Igangsatt	Dette avklares først mars 2014. Det blir ved tildeling av forskningsmidler og i vegledning til aktuelle forskere, understreket mulighet for internasjonalt samarbeid og satsing på publikasjon internasjonalt.
6.1.3	Forskning - Artikler	Mål: Minst 20 prosent av artiklene fra 2013 i Helse Nord-Trøndelag HF var på nivå 2 eller 2a (publisert i tidsskrifter vurdert å ha høy kvalitet og relevans).	Igangsatt	Dette blir mulig å svare på først mars 2014, da tallene foreligger. Ved tildeling av midler og i vegledning av forskerne blir det lagt vekt på å nå en kvalitet som gjør publisering på nivå 2 mulig.
6.2.1	Innovasjon	Mål: Helseforetakene skal legge tilrette for innovasjon.	JA	HNT har samarbeid med TTO/ NTNU for innovasjon. Viser til informasjon i Foretaksledelsen og TTO sine hjemmesider.
8.1	Oppfølging og rapportering	Mål: Rapportering på særskilte områder, vedlegg 3	NEI	Rapportering skjer i årlig melding.
8.1.1	Oppfølging og rapportering	Særskilte områder: Forskning og innovasjon. Se vedlegg.	NEI	Rapportering skjer i årlig melding.
8.1.2	Oppfølging og rapportering	Særskilte områder: Metodevurdering. Se vedlegg.	NEI	Rapportering skjer i årlig melding.
FP 4.1.1	Resultatkrav for 2013	Mål:Helse Nord-Trøndelag HF skal gå med overskudd i 2013 og sikre at den samlede ressursbruken til drift og investeringer og bruk av driftskreditter holdes innenfor vedtatt rammer og resultatkrav. (Krav jfr. styringsdokument 46 mill kr)	Igangsatt	Vedtatt budsjett og aktivitetsplan for HNT legger opp til en ressursbruk som skal sikre måloppnåelse for økonomisk resultat, gjennomføring av investeringsplan og bruk av driftskreditt. Gjennom avsetning av reserve for uforutsette kostnader og/eller inntektsbortfall og løpende oppfølging av foretakets drift arbeides det med å redusere risikoen i forhold til å nå fastsatte mål. Oversikt over drift og økonomi per april indikerer at det er stor sannsynlighet for at foretakets mål knyttet til økonomisk resultat for 2013 ikke vil nås. Konsekvensen av ikke å nå resultatmålet ett år opples som moderat. Delmålene knyttet til investeringer og bruk av driftskreditt vil mest sannsynlig kunne innfris. Samlet risiko vurderes derfor som "gul". 2. tertial: Ingen vesentlig endring fra rapportering for 1. tertial. Delmål knyttet til investeringer og bruk av driftskreditt vil kunne innfris, mens resultatmålet neppe vil nås. I forbindelse med oppfølging av årets drift og planlegging av neste års drift, vurderes og gjennomføres tiltak for å redusere kostnadsnivået. Samlet risiko vurderes fortsatt som "gul".
FP 4.1.2	Resultatkrav for 2013	Mål: Lovverket for rettighetspasienter skal overholdes.	JA	HNT HF har i realiteten i dag ingen Fristbrudd, og krav til gjennomsnittlige ventetider og krav til kreftforløp er det stor bevisshet og fokus på. Det er etablert system for å fange opp pasienter som skal ha tilbud om behandling/ utredning gjennom HELFO med egne kontaktpersoner. Innføring av Meldingsløftet har strukturert mottak og vurdering av henvisninger. PAS- rutiner og oppfølging av ventelister er revidert.
FP 4.1.3	Resultatkrav for 2013	Mål: Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten skal være under 65 dager. Se pkt 4.1.1 og pkt 4.1.1.1 for styringsparameter.	Igangsatt	For kommentar se pkt. 4.1.1. og styringsparameter pkt. 4.1.1.1.
FP 4.1.4	Resultatkrav for 2013	Mål: Fristbrudd skal ikke forekomme. Se pkt 4.1.2.1 for styringsparameter.	NEI	For styringsparameter se pkt. 4.1.2.1.
FP 4.2.1	Styring og oppfølging i 2013	Mål: Foretaksmøtet ba om at det ved planlegging og gjennomføring av større endringsprosesser, legges til grunn relevante erfaringer fra tidligere omstillinger både i egen og andre regioner.	NEI	Løpende vurderinger
FP 4.2.2	Styring og oppfølging i 2013	Mål: Foretaksmøte forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF viderefører forbedringsarbeidet som sikrer at foretaket oppnår varige kostnadsreduksjoner på løpende drift.	Igangsatt	Gjennom driftsplan og budsjett for 2013 har foretakets klinikker utarbeidet tiltak som til sammen beløper seg til vel 52 mill kroner. Ikke alle tiltak har varige kostnadsreducerende effekter. I forbindelse med årets drift, LTP/LTB 2014-2019 og budsjett 2014 vil det bli arbeidet med ytterligere tiltak for å oppnå varige kostnadsreduksjoner i løpende drift. 2. tertial: Beskrivelsen fra 1. tertial gjelder fortsatt.
FP 4.2.3	Styring og oppfølging i 2013	Mål: Foretaksmøtet ba helseforetaket sikre at den medisinske kodingen er faglig korrekt og ikke benyttes for å øke inntjeningen i strid med god faglig praksis og hensiktsmessig organisering.	JA	1. tertial 2013: Det er gjennomført omorganisering av kodesekretærer fra 1. september 2012, der kodesekretærer organiseres i klinikkene. Forslag til nye rutiner, arbeidsmetodikk og arbeidsfordeling mellom klinikk og stab er tatt opp i møter med klinikkene. Endelige rutiner skal være på plass før sommerferien. 2. tertial 2013: Tiltak er etablert i tråd med handlingsplan for bedre medisinsk koding. Det er rapportert på tiltakene til internerisjonen ved RHF. I oktober gjøres det en ROS analyse av prosess med å sikre god medisinsk koding.

FP 4.2.4	Styring og oppfølging i 2013	Mål: Foretaksmøtet ba helseforetaket sette i verk organisatoriske og/eller økonomiske tiltak for å sikre at målsettingen om at det ikke skal være korridorpasienter fylles. Foretaksmøtet ba helseforetaket rapportere særskilt på dette innen 15.mai 2013.	JA	Foretaket har rapportert status gjennom pkt. 4.2.4 i styringsmatrisen.
FP 5.1	Endringer i lov om helseforetak m.v.	Mål: Foretaksmøtet ba helseforetaket foreta nødvendige tilpasninger for å følge opp endringene i lov om helseforetak, jf. Prop. L 120 (2011-2012) og Innst. 62 L (2012-2013).	JA	Styreinstruks og styrevedtekter skal i følge endringene gjennomgås. Styreinstruks er styresak i mai 2013 og styrevedtektene gjennomgås.
FP 5.10.1	Forenklet oppgjørsordning for pasientreiser	Mål: Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF ved forespørsel om å bidra i arbeidet for å forenkle oppgjørsordningen for pasientreiser uten rekvisisjon.	Igangsatt	Kjetil Aas skal være med i nasjonal arbeidsgruppe
FP 5.11.1	Utvikling av nødmeldetjenesten	Mål: Foretaksmøtet ba om at helseforetaket bidrar i den videre utbyggingen av Nødnett.	Igangsatt	Klinikken deltar i alle etablerte fora for innføring av nødnett. Klinikken har sammen med eiendomsavdelingen snart ferdigstilt et utredningsarbeid for ombygging i akuttmodtak for å få et nytt teknisk rom på ca 30 m2. Klinikken anser seg å være tilnærmet i rute i forhold til planlegging av innføring av nytt nødnett. Klinikken følger den nasjonale fremdriftsplan og er i rute i forhold til planlegging. Status pr. 1.8.2013
FP 5.12.1	Barn som tolk	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF iverksetter nødvendige tiltak som medvirker til at ingen barn under 18 år brukes som tolk i spesialisthelsetjenesten, uavhengig av foreldres eller andre slektingers diagnose. Barn under 18 år kan kun unntaksvis brukes som tolk ved akutte situasjoner hvor det er fare for liv og helse.	Igangsatt	Tolketjenesten i Helse Midt har i 2012 vært på anbud, og Semantix fikk dette oppdraget. Implementering av tjenesten og bruken av denne har møtt en del vansker. Bruken av barn som tolk er et viktig tema som går på å respektere barn og barns situasjon når familiemedlemmer, foreldre og bekjente blir syke. Arbeid med etisk reglement og nødvendig refleksjon og holdningsskapende arbeid omkring dette, vil være en viktig del av det å unngå bruk av barn som tolk. En velfungerende tolketjeneste ellers er en annen viktig faktor.
FP 5.13.1	Landsverneplan Helse - oppfølging av verneklasse 1 og 2	Mål: Helseforetaket må sørge for at arbeidet med forvaltningsplaner for bygg og eiendom i verneklasse 1 og 2 blir gitt prioritet slik at dette arbeidet kan ferdigstilles innen utgangen av 2013, jf. Fredningsforskriftens kap. 2 Fredete eiendommer i HoDs landsverneplan, §2-3 Frist for forvaltningsplan.	NEI	Arbeidet med forvaltningsplanen er tilnærmet ferdig og det gjenstår kun redigering av bildemateriale. Arbeidet ferdigstilles sommeren 2013 2.tertial: Forvaltningsplanen er ferdig og utkast oversendes HMN for kommentar før formell behandling.
FP 5.13.2	Landsverneplan Helse - oppfølging av verneklasse 1 og 2	Helseforetaket må sørge for at vedtatt forvaltningsplan for eiendom i verneklasse 2 blir tinglyst som heftelse på eiendommen.	NEI	Tinglysning planlagt utført i 2013. Viser forørig til drøfting i nasjonalt nettverk for landsverneplan. 2.tertial: Forvaltningsplanen er ferdig tinglysning avklares med HMN
FP 5.13.3	Landsverneplan Helse - oppfølging av verneklasse 1 og 2	Dersom det er aktuelt å avhende eiendom som er undergitt vern i verneklasse 1 eller 2, skal helseforetaket sørge for at vedtatt forvaltningsplan for eiendommen er tinglyst som hefte på eiendommen før salget blir gjennomført.	NEI	Helse Nord-Trøndelag har ingen plan om salg av psykiatribygningene på Levanger 2.tertial: Ingen endring
FP 5.13.4	Landsverneplan Helse - oppfølging av verneklasse 1 og 2	Alle vernede eiendommer skal få påmontert synlig merking som opplyser om vernet. Merkingen skal være utformet i samsvar med felles nasjonale retningslinjer utarbeidet av de regionale helseforetakene.	NEI	Nasjonalt nettverk for landsverneplan har drøftet en standard merking av helsebygg i verneklasse 1 og 2. Det er så langt ikke tatt beslutning med hensyn på type merking. 2.tertial: Ingen endring
FP 5.13.5	Landsverneplan Helse - oppfølging av verneklasse 1 og 2	Felles rutiner for utarbeiding av forvaltningsplaner, gjennomføring av vedlikehold og søknadspålyttige tiltak for vernede byggverk og område i helseregionene skal legges til grunn for forvaltningen av vernede bygg og eiendommer tilhørende helseforetaket, ref også styresak for HMN RHF 111/12 og sak 09/13 Kulturminnevernet - felles rutiner for utarbeidelse av forvaltningsplaner, vedtatt i styremøte 31.01.13	NEI	Rutiner for forvaltning, gjennomføring av vedlikehold og søknadspålyttige tiltak er beskrevet i forvaltningsplan som ferdigstilles sommeren 2013. 2.tertial: Ingen endring
FP 5.3.1	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	Mål: Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å bidra videre i arbeidet med ferdigstilling av IKT-strategi Del II Handlingsplan	JA	Ass.dir Mads Einar Berg og Pauls Fuglesang deltar i prosjektgruppen for det regionale IKT-strategiprojektet.
FP 5.3.10	Innføringen av ny registreringsløsning for psykiatri for rapportering til NPR	Mål: Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å ferdigstille innføringen av registreringsløsning for psykiatrien og dermed sikre at vår region fra 01.09.13 kan begynne å rapportere komplette data innen psykisk helsevern.	JA	Ref svar gitt på pkt 4.2.2
FP 5.3.11	Metodikk og IKT-verktøy for helhetlig virksomhetsstyring og risikostyring	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF allokere egne nødvendige ressurser til arbeidet med utvikling av metodikk og IKT-verktøy for helhetlig virksomhetsstyring og risikostyring i foretaksgruppen.	JA	1.tertial 2013: Prosjektet er startet, og det er avsatt ressurser til ledelse og deltagelse av prosjektet. 2.tertial 2013: Prosjektet er startet, og det er avsatt ressurser til ledelse og deltagelse av prosjektet.
FP 5.3.12	Metodikk og IKT-verktøy for helhetlig virksomhetsstyring og risikostyring	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at ledelsen i helseforetaket aktivt bidrar i arbeidet med utvikling av metodikk og IKT-verktøy for helhetlig virksomhetsstyring og risikostyring i foretaksgruppen.	Igangsatt	1.tertial 2013: Prosjektet er startet, og ledelsen i helseforetaket vil bidra inn i dette på et senere tidspunkt. 2.tertial 2013: Prosjektet er igang, og ledelsen i helseforetaket er involvert.

FP 5.3.13	Metodikk og IKT-verktøy for helhetlig virksomhetsstyring og risikostyring	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF utarbeider forslag til prosjektplan som innbefatter mål, virkemidler og prosess for gjennomføring, og som legges fram for Helse Midt-Norge RHF innen 1.11.2013. Arbeidet skal skje i nær tilknytning til Helse Midt-Norge RHF, Hemit og ledelsen i alle helseforetak i regionen.	Igangsatt	1.tertial 2013: Prosjektet er startet, og man er igang med møter med de involverte parter. Dette for å sikre at forslaget blir utarbeidet i nært samarbeid med Hemit, RHF og de andre HF. 2.tertial 2013: Prosjektet er igang, og man vil avlegge rapport fra forprosjekt innen 1. november 2013.
FP 5.3.2	Informasjonsteknologi og digitale tjenester	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF i sitt arbeid med organisering av IKT-kjeden legger til rette for gode interne prioriteringsprosesser med nødvendig forankring i egen organisasjon slik at foretaket gir tydelige og begrunnede innspill til den regionale prioriteringsgruppen for IKT-systemutviklingsprosjekter.	Igangsatt	Foretaket er i ferd med å vurdere en reorganisering/styrking av klinisk IKT for å forbedre bruken av IKT i de pasientnære delene av virksomheten. Dette for å bedre pasientsikkerheten i form av bedre pasientforløp og pasientdokumentasjon. Et viktig poeng er likevel å avvente den endelige rapporten fra det regionale IKT-strategiprojektet, som det er forventninger til vil gi klarer indikasjoner på hvordan HNT skal / må organisere seg på dette området. HNT's organisering av feltet vil nødvendigvis skje i et samspill med den regionale fremtidige organiseringen.
FP 5.3.3	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	Mål: Foretaksmøtet forutsatte videre at Helse Nord-Trøndelag HF legger til rette for en samlet prioritering av såkalt "småskrittutvikling" og mindre IKT-oppgaver som bestilles via "oppdragsprosessen" til HEMIT, slik at også denne utviklingen holdes innenfor vedtatte rammer (økonomi og utviklingsressurser), og at prioriteringen av disse ses i sammenheng med de regionale IKT-systemutviklingsprosjekter, samt understøtter de langsiktige, strategiske hovedmålsettingene.	JA	Prioriteringer innfor "småskrittutvikling" ivaretaes i hovedsak gjennom vårt SUPER-brukernetverket. I tillegg deltar vi i regionale brukergrupper / systemeierfora som er etablert og som foretar den endelige prioriteringen.
FP 5.3.4	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF videreutvikler egen kompetanse og kapasitet mht å delta i spesifisering og testing av ulike systemutviklingsprosjekter, samt i innføringsfasen.	JA	Hittil i år har HNT deltatt aktivt med de ressurser en kunne avstå til regional testing.
FP 5.3.5	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF legger til grunn felles prioriteringer i IKT innføringsplaner.	JA	Dette gjøres fortløpende gjennom den representasjonen foretaket deltar med i de regionale styringsgruppene samt i den lokale styringsgruppen for innføring av IKT i HNT.
FP 5.3.6	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at driftsstyre for Hemit er etablert fra 1. mai 2013 og at nødvendige organisatoriske tilpasninger av IKT-funksjonen i Helse Nord-Trøndelag HF da er gjennomført. Det bes om særskilt rapportering på de endringer som er gjort, herunder en beskrivelse av funksjoner med tilhørende ansvar innen samme dato.	NEI	Så vidt vi er kjent med, er Hemit driftsstyret ennå ikke etablert, til erstatning for Hemit sin referansegruppe. Ass. dir. Mads Einar Berg deltar som HNT sin representant i referansegruppen og har fått innkalling til neste møte i juni.
FP 5.3.7	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF bidrar inn i arbeidet med en journal. Det vil bli igangsatt etter ferdigstilt utredning, tidligst i august 2013.	JA	HNT har deltatt aktivt med to personer i det regionale IKT-prosjektet.
FP 5.3.8	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF bidrar i pågående utviklings- og innføringsløp, herunder eKurve (inkl e-resept), elektronisk meldingsutveksling og innføring av PULS (2014).	JA	Helse Nord-Trøndelag har forlenget etablert innføringsprosjekter for både "e-kurven" og "Meldingsløftet".
FP 5.3.9	Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF vil bidra til og gjennomføre eventuelle nødvendige systemutviklings- og opplæringstiltak innen IKT som følge av fusjonen med Rusbehandling Midt-Norge HF.	Igangsatt	Helse Nord-Trøndelag vil oppfylle kravet til nødvendig systemtilpasninger og opplæring i IKT som følge av fusjonen av Rusbehandling Midt-Norge innen 1. januar 2014.
FP 5.4.1	Tiltak på personalområdet - ledere	Mål: Foretaksmøtet ba helseforetaket å legge til rette for at ledere i førstelinjen har nødvendig kompetanse og støtte for å ivareta sitt ansvar som leder. NB! For fullstendig tekst til underveisrapporteringen, gå til elektronisk versjon av styringsmatrisen.	Igangsatt	1. tertial HNT har opprettet en egen Arbeidsgruppe for gjennomføring og utvikling av LUP. Mandat og sammensetting av Arbeidsgruppen for gjennomføring og utvikling av LUP i HNT vil bli evaluert hvert halvår. LUP grunnmodul ble gjennomført nov 2012- feb 2013 med 34 deltakere. Dette var femte gjennomføring. Grunnmodulen gjennomføres når behov. LUP ny modul er et utviklingsprogram for alle ledere HFet som er kjøpt konsulentbistand fra Høgskolen i Nord-Trøndelag, og gjennomføres klinikkvis over to år i perioden 2013-2016. Oppstart var 22. jan. Programmet er en satsing på oppfølging av ledere individuelt og som del av ledergruppe med mål om å utvikle ferdighet i kommunikasjon som gir resultater, og bygger på Nasjonal lederplattform. HNT har et pågående prosjekt Lederstøtte for ledere på 3. og 4. nivå i HNT hvor HMN har bidratt med utviklings-/omstillingsmidler og hvor Spekter bidrar med faglig støtte, og er en

FP 5.4.10	Tiltak på personalområdet - oppfølging av IA-avtalen	Mål: Foretaksmøtet la til grunn at helseforetaket arbeider kontinuerlig og systematisk med å etablere tiltak som sikrer at IA-avtalens mål for helseforetaket nås. NB! For fullstendig tekst til underveisrapporteringen, gå til elektronisk versjon av styringsmatrisen.	Igang satt	Delmål 1 i IA avtalen: HNT har som mål for 2013 ett nærvær på 93 % (fravær på 7%) Den enkelte klinikk har sitt eget måltall for delmål 1. Klinikkenes måltall varierer fra fravær på 5,6% til 10% Tiltak : 1. IA oppfølgingsgruppa spisser innsatsen inn mot den klinikken som har det laveste nærværet (88%) Etablerer IA-ledelse på begge sykehus. Faste månedlige møter med ledere med IA relaterte tema. Møtene skal ledes av IA kontakt og foretakets IA kontakt på Arbeidslivssenteret. Oppfølging av sykmeldt på individnivå hvor en systematisk bruker sykefraværstatistikk etter modell fra NTE. 2. Egen prosedyre for oppfølging av gravide. Målsetting å få gravide til å stå lenger i arbeid uten å bli sykmeldt. Delmål 2 HNT følger opp dette delmålet ved å gjøre en klinikk i foretaket til pilot for Jobbstrategiens om har som målsetting å gi unge funksjonshemmede jobb. Viktig å utvikle inkluderingskompetanse og høste erfaringer med NAVs virkemiddel / tiltak.
FP 5.4.2	Tiltak på personalområdet - Aktivitetsstyrt bemanningsplanlegging	Mål: Foretaksmøtet ba helseforetaket om å fullføre og videreutvikle prosessene med årsplanlegging/kalenderplanlegging av aktiviteter og bemanning/ arbeidsplaner. NB! For fullstendig tekst til underveisrapporteringen, gå til elektronisk versjon av styringsmatrisen.	JA	Status Helse Nord-Trøndelag har innført kalenderplaner for alle yrkesgrupper fordi vi ønsker: • Faglig forsvarlig bemanning til enhver tid • Dimensjonere bemanning i forhold til aktivitet • Samordne bemanningsplaner for samarbeidende personellgrupper (internt i klinikk / mellom klinikker) • Mer forutsigbare arbeidsplaner for ansatte • Redusere merarbeid og overtidforbruk • God kostnadskontroll • Sikre hensiktsmessig fordeling av ubekvem arbeidstid • Gi bedre mulighet for kompetanseplanlegging • Gi bedre mulighet for å skjerme arbeidstid til FoU Vurdering I forbindelse med LUP (basisopplæringen) avdekkes det lite kunnskap om hvorfor vi har innført kalenderplaner hos nye ledere. I forbindelse med diverse møter med Dnlf avdekkes synkende grad av involvering av ansatte i planperioden. (jfr
FP 5.4.3	Tiltak på personalområdet - krav til tilsetningsforhold	Mål: Foretaksmøtet ba helseforetaket videreføre arbeidet med å øke andelen faste stillinger, øke stillingsandelen for medarbeidere i deltidsstillinger og tilby flere heltidsstillinger, samt utvikle kunnskapsgrunnlaget på området. NB! For fullstendig tekst til underveisrapporteringen, gå til elektronisk versjon av styringsmatrisen.	Igang satt	1. tertial 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. Det ble i oktober 2012 vedtatt nye retningslinjer for arbeidet med deltid i HNT. HNT har nedsatt en egen arbeidsgruppe for reduksjon av deltid som består av representanter for linjeldere, fortakstillitsvalgte, hovedverneombud og HR-avdelingen. Alle tiltak som innebærer endring av dagens praksis for organisering av arbeidet skal godkjennes av denne arbeidsgruppa før iverksetting, og skal evalueres. Det er 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 2013. HNT har bistått AFI i forskningsprosjektet

FP 5.4.4	Tiltak på personalområdet - krav til tilsetningsforhold	Mål: Foretaksmøtet ba om at foretaket fastsetter mål for økning av gjennomsnittlig stillingsprosent for 2013 med utgangspunkt i fastsatt indikator. NB! For fullstendig tekst til underveisrapporteringen, gå til elektronisk versjon av styringsmatrisen.	lgangsatt	1. tertial HNT har fastsatt følgende mål for 2013: Vi skal i løpet av 2013 halvere gjestående utfordring for å nå kravet om 20 % reduksjon av deltid i foretaket, og samtidig innfri halvparten av utfordringen knyttet til økning av gjennomsnittlig stillingsstørrelse med 20 %. HNT forholder seg til begge måleindikatorene i våre egne styringskort da vi ikke ønsker at endringen i pålagt fokus fra reduksjon deltid til økning av gjennomsnittlig stillingsprosent blant våre fast ansatte. Mål for 2013 er konkretisert til:Deltid skal reduseres til 42,4 % (endelig mål 39,5 %) Gjennomsnittlig stillingsprosent skal økes til 84,6 % (endelig mål 85,8 %) 2. tertial Utviklingen i HNT er positiv både med reduksjon deltid og økt gjennomsnittlig stillingsstørrelse. I sommer gjorde HMN en endring i HR-kuben for tallmaterialet tilbake til 01.01.12. Det gjør at vi ikke har gjeldende måltall for arbeidet med reduksjon av deltid lengre da måltallet
FP 5.4.5	Tiltak på personalområdet - krav til tilsetningsforhold	Mål: Foretaksmøtet ba om at det rapporteres månedlig på endring i gjennomsnittlig stillingsprosent som en del av statusrapporteringen.	lgangsatt	1. tertial Måloppnåelse for 2013 per april:Deltid 44,0 % (forbedret fra 45,2 % fra des 2012)Gjennomsnittlig stillingsprosent 83,7 % (forbedret fra 83,4 fra des 2012) 2. tertial NB Nytt tallmateriale i HR-kuben tilbake til 01.01.12. Måloppnåelse for 2013 per juli:Deltid 35,8 % (forbedret fra 37,3 % fra des 2012)Gjennomsnittlig stillingsprosent 87,0 % (forbedret fra 86,4 % fra des 2012)
FP 5.4.6	Tiltak på personalområdet - Flere lærlingeplasser	Mål:Foretaksmøtet ba helseforetaket bidra til å sikre flere lærlingeplasser i tråd med målene i Samfunnskontrakt for flere lære-plasser.	JA	Det arbeides kontinuerlig med å bidra til at det etableres flere lærlingeplasser i HNT
FP 5.4.7	Tiltak på personalområdet - Helsepersonells bierverv	Mål: Foretaksmøtet ba om at helseforetaket påser at rutiner for bierverv følges og at det rapporteres om status for antall bierverv pr. 31.12. i årlig melding NB! For fullstendig tekst til underveisrapporteringen, gå til elektronisk versjon av styringsmatrisen.	lgangsatt	Helse Nord-Trøndelag HF har i sitt arbeidsreglement sagt noe om ansattes plikt til å gi melding om bierverv og andre engasjement i annen virksomhet. Lov om Helsepersonell beskriver en meldeplikt for bierverv (§19). Ansatte som ikke omfattes av Helsepersonelloven har også en selvstendig informasjonsplikt i forhold til å melde fra om bierverv. Intensjonen med meldeplikten er å forebygge situasjoner der bierverv og/eller eierinteresser kan bidra til å svekke tillitsforholdet mellom pasienter og helsetjenesten ved at beslutninger som tas kan være påvirket av private interesser. Generelt i arbeidslivet, har adgangen til bierverv alltid vært begrenset gjennom krav til forsvarlighet, lojalitet og habilitet. Innrapportering av bierverv skjer i dag ved at den ansatte sender inn papirskjema som blir registrert på hver enkelts personalmappe, skjemaet går så videre til leder for saksbehandling.
FP 5.4.8	Tiltak på personalområdet - oppfølging av arbeidsmiljøloven	Mål: Foretaksmøtet ba om at helseforetaket i det videre utviklingsarbeidet tar høyde for tiltak som sikrer robuste fagmiljøer med utgangspunkt i de kriterier som er beskrevet i rapporten "kompetanse og kapasitet" (jf styresak 72/12 - styret for HMN RHF).	lgangsatt	I Sluttrapport del 1, Kapasitet og kompetanse, blir det i kapittel 4.9. vist til brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Robusthet i fagmiljøene krever gode analyser lokalt og regionalt over nødvendig kapasitet og kompetanse ut fra funksjonsfordeling og krav. HNT ønsker å ha fortløpende dialog med private avtalespesialister for å samordne og avklare kapasitet og rekrutteringsbehov. HNT sine enkelte klinikker må fortløpende vurdere sine behov, gjennomføre analyser og komme opp med nødvendige tiltak. Disse vil danne grunnlag for søknad ID NR og etter 1.7. 2013. HNT sine egne prioriteringer vedr utlysning/ tilsetting av leger i de ulike klinikkene.

FP 5.4.9	Tiltak på personalområdet - oppfølging av arbeidsmiljøloven	Mål: Foretaksmøtet ba spesielt om at helseforetaket fortsetter det positive arbeidet som er igangsatt med å redusere avvik fra arbeidstidsbestemmelsene. NB! For fullstendig tekst til underveisrapporteringen, gå til elektronisk versjon av styringsmatrisen.	Igangsatt	Status: Rapporteringsrutiner omkring brudd AML er "på plass" til tross for at kvaliteten fortsatt kan bli bedre. Rapportene viser at vi har en jevn nedgang i antall brudd, men det må fortsatt settes fokus på tiltak for å redusere bruddene. Aktuelle tiltak det skal jobbes med: Tiltak bruk av RS • Innskjerpe at RS ajour føres løpende (hovedprinsipp når avviket skjer). • Funksjonen "Vis planlagt arbeid" benyttes alltid ved ekstravakt. • Funksjonen knyttet til "Vikarbehov" utbreddes ytterligere (opplæring) Prinsipielle føringer • Arbeidsplaner skal lages "romsligere" i forhold grensene for brudd. • Drøfte utnyttelse av rammeverket i AML med TV. • Fokus på bemanningsplanlegging (døgnyrte, ukerytme og årsrytme) i forhold til aktivitet • Fokus på sårbarhet i forhold til kompetanse/kompetansegap • Lage en felles definisjon for type brudd (fra uønsket til meget alvorlig?)
FP 5.5.1	Kartlegging av rapportering i spesialisthelsetjenesten	Mål: Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF bidra til kartlegging av av omfanget av rapportering i spesialisthelsetjenesten.	NEI	1.tertial 2013: HNT vil bidra når det kommer oppdrag knyttet til kartlegging av rapportering i spesialisthelsetjenesten. Pr. 1.tertial 2013 har det ikke kommet noe oppdrag. 2.tertial 2013: Det har ennå ikke kommet noe oppdrag.
FP 5.6.1	Vurdering av utvidet åpningstid planlagt for planlagt virksomhet	Mål: Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF bidra i arbeidet med kartlegging og utredning for å vurdere å utvide sykehusets åpningstid for planlagt virksomhet.	NEI	Vi vil bidra i dette arbeidet når forespørsel kommer.
FP 5.7.1	Intern kontroll, risikostyring og krav til forbedring av det pasientadministrative systemet	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at helseforetaket arbeider systematisk for å forebygge, forhindre og avdekke svikt/ avvik i de pasientadministrative systemene, og at det etableres rutiner for varsling innad i helseforetaket og rutiner for erfaringsutveksling på tvers av helseforetak i regionen.	JA	HNT bidrar i Brukerforum PAS regionalt, det er etablert inntakskoordinator- nettverk og brukerforum lege, sykepleier og administrativt personell. Viser også til pkt FP
FP 5.7.2	Intern kontroll, risikostyring og krav til forbedring av det pasientadministrative systemet	Mål: Foretaksmøtet ba Helse Nord-Trøndelag HF om å sikre at rutiner ved intern henvisning i spesialisthelsetjenesten er i tråd med gjeldende rett innen 1. mai 2013.	JA	HNT mener at våre PAS- rutiner pr dd er i samsvar med gjeldende rett. Vårt PAS- system har noen funksjonelle forhold som det er regionalt fokus på. Noen av disse bli rettet opp ved ny versjon i juni 2013. Vi er klar over de funksjonelle mangler som eksisterer og mener å ha etalbert nødvendige rutiner for å bøte på disse slik at praksis blir rett.
FP 5.7.3	Intern kontroll, risikostyring og krav til forbedring av det pasientadministrative systemet	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at det elektroniske systemet for melding om uønskede hendelser er på plass innen 1. juli 2013. Systemet skal være integrert i foretakets avvikssystem. Kunnskapssenteret skal både kunne motta meldinger og gi tilbakemeldinger i systemet.	Igangsatt	Breeding av elektroniske meldinger internt i HNT er ikke fullført pr.d.d. da de kirurgiske klinikker mangler. Kvalitetssystemet er i stand til å utveksle meldinger med Kunnskapssenteret. Denne versjonen av EQS er imidlertid ikke tatt i bruk i helseforetaket.
FP 5.8.1	Regjeringens eierskapspolitikk	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF er kjent med kravene til samfunnsansvar, også på områdene mangfold og likestilling, og fremmer samfunnsansvarlig adferd i hele organisasjonen.	JA	Vi er kjent med kravene.
FP 5.8.2	Regjeringens eierskapspolitikk	Mål: Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord-Trøndelag HF har oppmerksomhet på forholdet mellom lønnsutviklingen for ledere og øvrige ansatte.	JA	Administrerende direktør gir føringer for lederlønsutvikling, som er i tråd med øvrige ansatte hver høst i forkant av at ledernes lønn justeres.
TS 1	Helseberedskap	Det vises til kartleggingen av sykehusenes kapasitet på intensivbehandling og bruk av respiratorer ved økt belastning, for eksempel som følge av en influensaeipidemi eller pandemi, gjennomført av Helsedirektoratet i samarbeid med de regionale helseforetakene våren 2013. På grunnlag av sykehusenes og regionenes rapportering i undersøkelsen, synes det å være variasjon i hvor godt forberedt sykehusene er på å møte en situasjon med betydelig økt pasienttilstrømming. Sykehusene og helseforetaket må gå gjennom sine planer og gjennomføre øvelser slik at en sikrer en god beredskap ved eventuelle krisesituasjoner i sykehusene, helseforetakene, i regionen og mellom helseforetak og regioner.	JA	Helse Midt- Norge har mottatt oversikt fra HNT på dette. Utstyr og planer er gjennomgått og vurderes tilfredsstillende. Øvelser under planlegging, følges også opp regionalt.

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 46/2013 Endelig rapport etter tilsynet fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.

Saken behandles i: oktober 13
Styret i Helse Nord-Trøndelag

Møtedato
23.10.13

Møtesaksnummer
46/2013

Saksbeh: HR-sjef Aud-Mai Sandberg

Arkivkode: 012

Saksmappe: 2013/3641

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret i Helse Nord-Trøndelag tar orienteringen om tilsynet fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap 14.-16.8.2013 til orientering.

SAKSUTREDNING:

Sak 46/2013 Endelig rapport etter tilsynet fra Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap.

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Nummererte vedlegg som følger saken

- 1) Rapport fra DSB fra tilsynet av 21.11.2012.
- 2) Helse Nord-Trøndelag sin plan for lukking av avvik av 30.1.2013.
- 3) Rapport fra DSB fra tilsynet av 21.8.2013.

HELHETLIG DRØFTING

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) gjennomførte tilsyn i Helse Nord-Trøndelag, Sykehuset Levanger, i 2012. I det tilsynet ble det gitt følgende to avvik og anmerkning:

Avvik 1:

Legene i Gyn/Føde/Barsel kan ikke dokumentere på en tilfredsstillende måte at de har gjennomgått opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr.

Avvik 2:

Elektrisk utstyr ble ikke fulgt opp på en tilfredsstillende måte.

Anmerkning:

Prosedyren med id.nr. 1580 peker på at klinikkene/avdelingene må lage egne beredskapsplaner dersom strømtilførselen skulle bli helt borte. Dette er ikke gjort verken på klinikk eller avdelingsnivå.

Helse Nord-Trøndelag beskrev i brev av 30.1.2013 (vedlegg 2) hvordan avvikene og anmerkningen ville bli fulgt opp.

Tilsynet fra DSB 14. – 16. august 2013 er en oppfølging av dette tilsynet fra 2012.

Oppfølgingstilsyn i 2013

Årets tilsyn ble gjennomført som en gjennomgang på overordnet nivå med oppfølging av tilsynet i 2012 og da med fokus på tidligere gitte avvik og arbeidet med lukking av disse.

Generelt inntrykk:

Kvalitet/HMS:

Foretaket har alle prosedyrer tilgjengelig i det elektroniske kvalitetssystemet EQS. Systemer er kjent og ble benyttet av alle de intervjuede.

Kliniske avdelinger:

Legene ved Gyn/Føde/barsel har egen prosedyre som beskriver opplæring i sikker bruk av MTU for faste ansatte, LIS-leger og vikarer.

Sykepleierne ved Kir.klinikk/Operasjon har egen prosedyre som beskriver opplæring i sikker bruk av MTU for faste ansatte og vikarer.

Avvik 1 fra revisjonen i 2012 ansees som lukket.

Medisinteknisk avdeling (MTA):

Benytter nå Medusa som fagsystem for vedlikehold av det elektromedisinske utstyret. Alle feil blir kodet etter de n nasjonale standarden. Alt MTU er registrert i systemet og periodisk vedlikehold (PV) utføres i henhold til plan.

Eiendom/drift-elektro:

Eiendomsavdelingen er ISO-sertifisert. Det utføres systematisk kontroll og vedlikehold av de elektriske anleggene. Kontroll, vedlikehold og eventuelle utbedringer er a jour i hele foretaket.

Avvik 2 fra revisjonen i 2012 ansees som lukket.

AVVIK

Det ble ikke avdekket noen nye avvik under tilsynet i 2013.

Vår saksbehandler
Siri Aker, tlf. 23 08 07 86

Dokument dato
21.11.2012

Deres dato

Vår referanse
2012/8698/aksi

Deres referanse

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Postboks 333
7601 LEVANGER

Helse Nord-Trøndelag	
Saksnr.	12 16532
Mottatt:	26 NOV. 2012
Arkiv:	302
Unnt.off:	

Arkivkode
563

HELSE NORD-TRØNDELAG HF Tilsyn 2012 - Oversendelse av rapport fra tilsyn – Varsel om vedtak

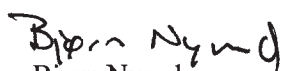
Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB) gjennomførte tilsyn ved Helse Nord-Trøndelag HF i perioden 17.10.2012--19.10.2012.

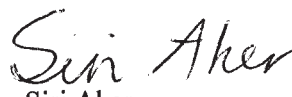
Vedlagt følger direktoratets rapport fra tilsynet. Rapporten inneholder 2 avvik og 1 anmerkning. Vi ber om en tilbakemelding på hvordan dere tenker å lukke avvikene så fort som mulig og senest innen 1. februar 2013. Tilbakemeldingen sendes til Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap, Hovedkontor, Postboks 2014, 3103 Tønsberg eller til postmottak@dsb.no. Merk tilbakemeldingen med referanse 2012/8698.

Vi gjør oppmerksom på at DSB kan fatte vedtak om å lukke avvikene dersom tilbakemeldingen ikke er tilfredsstillende.

Det gis en frist på tre uker til å komme med en uttalelse i saken.

Med hilsen
for Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap
Enhet for Elektriske produkter


Bjørn Nyrud
avdelingsleder


Siri Aker
senioringeniør

Vedlegg: Tilsynsrapport

RAPPORT FRA TILSYN MED

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Dato for tilsyn: 17.10.2012--19.10.2012

Type tilsyn: Revisjon

Informasjon om tilsynsobjekt

Klient

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Kommune

Levanger

Poststed

LEVANGER

Foretaksnr.

983974791

Bedriftsnr.

Kontaktpersoner

DSB

Siri Aker

senioringeniør

DSB

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

Tor-Ivar Stamnes

kvalitetssjef

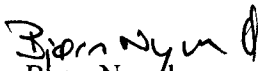
Helse Nord-Trøndelag HF

Rapportens innhold/konklusjon

Denne rapporten inneholder omfanget av tilsynet som ble utført ved virksomheten, og de avvik og anmerkninger som DSB avdekket. Tilsynet omfattet kontroll av Sykehuset i Levanger.

Hovedkonklusjonen fra tilsynet er at det er noen mangler i dokumentasjonen på opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr. Vedlikeholdet av det elektromedisinske utstyret er godt ivaretatt, men annet elektrisk utstyr blir ikke fulgt opp på en tilfredsstillende måte.

Godkjent: 22.11.2012


Bjørn Nyrud
avdelingsleder

Utarbeidet: 21.11.2012


Siri Aker
senioringeniør

1 Innledning

Tilsynet med HELSE NORD-TRØNDELAG HF, Postboks 333, 7601 LEVANGER ble gjennomført i perioden 17.10.2012--19.10.2012 av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB).

Hensikten med tilsynet har vært å få et generelt inntrykk av hvordan internkontrollarbeidet styres, ledes og praktiseres ved deres virksomhet.

Rapporten omhandler de avvik, anmerkninger og generelle inntrykk som ble avdekket i forhold til de lovverk DSB forvalter.

2 Grunnlag for tilsynet

Her følger en beskrivelse av kravgrunnlaget fra myndighetene gjennom lover, forskrifter og tillatelser. Dokumentasjonen som ble fremlagt i forbindelse med tilsynet er listet i vedlegg 1.

2.1 Hjemmelsgrunnlag og regelverk

Tilsynet er hjemlet i følgende lover og forskrifter:

- Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)
- Lov 24. mai 1929 nr. 4 om tilsyn med elektriske anlegg og elektrisk utstyr (el-tilsynsloven)
- Forskrift om kvalifikasjoner for elektrofagfolk
- Forskrift om sikkerhet ved arbeid i og drift av elektriske anlegg
- Forskrift om elektriske lavspenningsanlegg
- Forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr
- Forskrift om medisinsk utstyr

3 Tema og omfang for tilsynet

Tilsynet ble gjennomført med temaer som listet under:

Oppfølging av revisjonen fra 2011

HMS/ kvalitet

- Rapporteringer
- Avvikshåndtering
- Interne revisjoner
- Risikoanalyseprosess
- Melderutiner

Bruk av elektromedisinsk utstyr

- Opplæring
- Avvikssystem/ melderutiner

Medisinsk-teknisk avdeling

- Periodisk vedlikehold av elektromedisinsk utstyr (avvik fra produsentens anbefaling - risikovurdering) og eventuelle endringer i henhold til produsentens anbefaling
- Restanser
- Registrering av reparasjoner
- Statistikk og mål
- Rapporteringer
- Risikovurdering
- Opplæring

Elektro

- Forebyggende vedlikehold på el. utstyr og installasjoner
- Statistikk og mål
- Rapporteringer
- Risikovurdering
- Opplæring

4 Resultater fra tilsynet

4.1 Definisjoner

Avvik: "Manglende etterlevelse av krav fastsatt i eller i medhold av lov".

Anmerkning: "Et forhold som tilsynsetatene mener det er nødvendig å påpeke, men som ikke omfattes av definisjonen for avvik. Virksomhetens manglende etterlevelse av egne regler som er strengere enn lovkravene, vil fra tilsynsetatenes side ikke betraktes som et avvik, men kan omtales som en anmerkning".

4.2 Generelt inntrykk

Dette avsnittet baserer seg på inntrykk fra intervjuer og verifikasjoner, og omhandler både positive og negative forhold som DSB synes det er viktig å fokusere på i forbedringsarbeidet fremover.

Generelt

Alle avvikene fra 2011-revisjonen er lukket.

Kvalitetssystem og avvikssystem

Helse Nord-Trøndelag HF har prosedyrene sine i det elektroniske kvalitetssystemet EQS. I dette systemet finnes også avvikssystemet som de fleste avdelinger har tatt i bruk.

Interne revisjoner

Helseforetaket har en plan over interne revisjoner og ROS-analyser som skal gjennomføres i 2012. De fleste av punktene i denne er utført.

Meldinger til DSB

Prosedyren med id. nr. 16475 beskriver meldeplikten til DSB. Det er den som er involvert i hendelsen som skal melde til DSB. Denne praksisen var kjent blant de intervjuede og blir fulgt.

Beredskapsplaner ved strømbortfall

Prosedyren med id. nr. 1580 peker på at klinikkene/ avdelingene må lage egne beredskapsplaner dersom strømtilførselen skulle bli helt borte. Dette er ikke gjort verken på klinikk eller avdelingsnivå.

Rapportering til klinikkssjef i Serviceklinikken

Både MTA og Eiendomsavdelingen lager årsrapporter som klinikkssjefen i Serviceklinikken mottar.

Årsrapporten for elektrisitet for 2011 inneholder oversiktlig og relevant informasjon om mangler og utfordringer knyttet til de elektriske anleggene samt informasjon om kurs og arbeidsoppgaver som er gjennomført.

Klinikkssjef i Serviceklinikken har jevnlig dialog med avdelingsleder i MTA for å følge med på hvordan statusen på vedlikeholdsetterslepet på MTU er.

Opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr

Legene i GynFødeBarn kan ikke dokumentere på en tilfredsstillende måte at de har gjennomgått opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr.

Dokumentasjonen i både Kirurgisk klinikk og i Barn- og familieklinikken manglet i flere tilfeller datering. Dette gjaldt for både leger og sykepleiere.

Prosedyrer for alles opplæring kunne fremlegges.

Mange ledere følger opp opplæringen i en medarbeidersamtale.

Vedlikehold av elektromedisinsk utstyr

Høsten 2011 gikk MTA over fra å bruke QA-map til å bruke Medusa.

Ved siste revisjon var det et etterslep på vedlikeholdet av det elektromedisinske utstyret. Nå er etterslepet redusert betydelig, og MTA jobber fortsatt målrettet mot at det skal være minimalt ved utgangen av 2012. 6. april 2011 var etterslepet på 256 jobber. 18. oktober 2012 var det på under 60. Oversikten i Medusa over etterslepet er bedre enn den var i QA-map.

Feilene på MTU kategoriseres.

En av ingeniørene i MTA mangler samtykke.

Elektro

Eiendomsavdelingen har gjennomført to risikovurderinger etter at DSB ga pålegg om dette i forbindelse med revisjonen i 2011. Den ene risikovurderingen er knyttet til preventivt vedlikehold av de elektriske anleggene og den andre til elektrisk utstyr. Det er ikke tatt stilling til når disse skal revideres, men elektro er inneforstått med at dokumentene bør brukes og holdes levende.

Det utføres en systematisk kontroll og vedlikehold av de elektriske anleggene. Kontrollen og vedlikeholdet av de elektriske anleggene er a jour i hele helseforetaket. Et eksternt firma gjennomfører kontrollene. Elektroansvarlig går gjennom rapporten etter en kontroll og prioriterer hvilke feil og mangler som skal rettes opp først.

Elektro kategoriserer feilene i Plania. Statistikk fra både Plania og fra servicereportene til eksterne er hentet ut og satt oversiktlig opp i en rapport.

Helseforetaket kan dokumentere at opplæringen i forskrift om sikkerhet ved arbeid i og drift av elektriske anlegg (FSE) er ivarettatt for både elektrikere og instruert personell.

Utfylte skjemaer for sikker jobb analyse (SJA) knyttet til arbeider i de elektriske anleggene kunne fremlegges.

Elektrisk utstyr

Det foregår planlagt vedlikehold på noe elektrisk utstyr, men det er også elektrisk utstyr som helseforetaket har bestemt at skal ha et planlagt vedlikehold som ennå ikke har det.

Prosedyren med id. nr. 1494 sier noe om klinikkens ansvar for ettersyn av elektrisk utstyr. Ansvar for å etterse dette utstyret har ikke blitt fulgt opp i vernerundene.

4.3 Avvik

Følgende avvik ble avdekket under tilsynet:

Avvik nr: 1

Beskrivelse

Legene i GynFødeBarsel kan ikke dokumentere på en tilfredsstillende måte at de har gjennomgått opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr.

Regelverkshenvisning

Forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr

- § 13 Opplæring

Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)

- § 5. Innholdet i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet. Krav til dokumentasjon

Kommentar

Dokumentasjonen i både Kirurgisk klinikk og i Barn- og familieklinikken manglet i flere tilfeller datering. Dette gjaldt for både leger og sykepleiere. Prosedyrer for alles opplæring kunne fremlegges. Mange ledere følger opp opplæringen i en medarbeidersamtale.

Avvik nr: 2

Beskrivelse

Elektrisk utstyr blir ikke fulgt opp på en tilfredsstillende måte.

Regelverkshenvisning

Forskrift om elektriske lavspenningsanlegg

- § 9 Ansvar - Hvem forskriften retter seg mot

- § 36 Anlegg og tilkobling

Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (Internkontrollforskriften)

- § 5. Innholdet i det systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeidet. Krav til dokumentasjon

Kommentar

Prosedyren med id. nr. 1494 sier noe om klinikkens ansvar for ettersyn av elektrisk utstyr. Ansvar for å etterse dette utstyret har ikke blitt fulgt opp i vernerundene.

Det foregår planlagt vedlikehold på noe elektrisk utstyr, men det er også elektrisk utstyr som helseforetaket har bestemt at skal ha et planlagt vedlikehold som ennå ikke har det.

4.4 Anmerkninger

Følgende anmerkninger ble notert under tilsynet:

Anmrk.nr: 1

Beskrivelse

Prosedyren med id. nr.1580 peker på at klinikkene/ avdelingene må lage egne beredskapsplaner dersom strømtilførselen skulle bli helt borte. Dette er ikke gjort verken på klinikk eller avdelingsnivå.

Kommentar

4.5 Andre forhold

Det ble ikke notert andre forhold under tilsynet.

5 Oppfølging av tilsynet

Frist for tilbakemelding til DSB: Se oversendelsesbrevet.

6 Vedlegg

Vedlegg 1 Dokumenter

Oversikt over dokumenter fra HELSE NORD-TRØNDELAG HF som ble benyttet under tilsynet.

Prosedyrer vist elektronisk i EQS

Databasen Plania til Eiendomsavdelingen

Databasen Medusa til MTA

Plan over interne revisjoner og ROS-analyser for 2012

Vedlegg 2 Deltakere

Navn	Funksjon/rolle	Org.enhet	Apnings møte	Intervju	Sluttmøte		
Siri Aker	Leder	DSB	X	X	X		
Magne Toft	Deltaker	DSB	X	X	X		
Bjørn Myrseth	Deltaker	DSB	X	X	X		

Tor-Ivar Stamnes	kvalitetssjef	Fagavdelingen, direktørens stab	X	X	X		
Rune Modell	klinikkleder	Serviceklinikken	X	X	X		
Marianne Mathisen	avdelingsleder	Barn og familieklinikken/ Gyn-føde	X	X	X		
Tore Westerheim	avdelingsleder	Eiendom	X	X	X		
Arne Flaatt	direktør	Helse Nord-Trøndelag	X				
Wenche P. Dehli	klinikkleder	Barne- og familieklinikken	X	X	X		
Hilmar Hagen	avdelingsleder	Akutt med. /Anestesiavd.	X	X			
Bjørnar Næss	avdelingsleder	MTA	X	X			
Odd Salberg	seksjonsleder	Eiendom drift	X	X	X		
Svein Tore Pedersen	elektroansvarlig	Eiendom drift	X	X	X		
Aud-Marit Vohgraver	klinikkleder (fung)	Kirurgisk klinikk	X	X			

Kommentarer

Vedlegg 3 Gjennomføringsplan

Se vedlagt gjennomføringsplan. Planen gjenspeiler det endelige programmet for tilsynet slik det ble gjennomført med tidsskjema

Onsdag 17. oktober 2012, Sykehuset i Levanger

Klokkeslett	Aktivitet/ til intervju
12.00 – 12.30	Åpningsmøte med ledelsen og deltakerne i revisjonen
12.30 – 13.30	Intervju ansvarlig for HMS/kvalitetssystemet (kvalitetssjef)
13.45 -14.45	Intervju leder for Serviceklinikk og leder Eiendomsavdelingen
15.00 – 16.00	Intervju seksjonsleder i Driftsseksjonen og elektroansvarlig

Torsdag 18. oktober 2012, Sykehuset i Levanger

Klokkeslett	Aktivitet/ til intervju
8.30 -9.15	Intervju leder(e) ved Gynekologi- og fødeavdelingen
9.30 -10.15	Intervju leder(e) ved Akuttmedisin
10.30 – 11. 00	Intervju klinikkssjef for Barn- og familieklinikken
11.15 -11.45	Intervju klinikkssjef for Kirurgisk klinikk
11.45 -12.45	Lunsj
12.45 – 14.15	Intervju leder av Medisinsk-teknisk avdeling for foretaket
14.15 -15.00	Intern oppsummering DSB
15.00 – 15.30	Oppsummering med kvalitetssjefen i foretaket

Fredag 19. oktober 2012, Sykehuset i Levanger

Klokkeslett	Aktivitet/ til intervju
12.30 -13.30	Sluttmøte med ledelsen og deltakerne i revisjonen

Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap - DSB
Pb 2014

3103 TØNSBERG

Vår ref.:
2012/6532 - 3211/2013

Deres ref.:

Dato:
30.01.2013

Svar på oversendt rapport fra tilsyn – 2012 DSB

Avvik nr 1

Beskrivelse

Legene i GynFødeBarsel kan ikke dokumentere på en tilfredsstillende måte at de har gjennomgått opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr.

Avdelingen har prosedyre på dette som sier at det skal være en årlig gjennomgang av utarbeidet sjekklister.

Legene ved Gyn-føde avdelingen hadde fått utdelt disse listene, men det var ikke blitt utfylt. Etter tilsynet fra DSB ble sjekklister etterlyst og er nå levert avd. overlegen.

Rutinene er at sjekklister utdeles til alle ansatte årlig (hver januar måned), gjennomgås av seksjonsleder og som vurderer hva som evt. bør planlegges som undervisning på fagdager.

Sjekklister blir revidert slik at det blir ny rubrikk for påføring av dato.

Avvik nr 2

Beskrivelse

Elektrisk utstyr blir ikke fulgt opp på en tilfredsstillende måte.

Plan for vedlikehold av utstyr vil være utarbeidet innen 01.04.13, og det utstyr som er besluttet underlagt periodisk vedlikehold vil være oppfylt i henhold til plan i løpet av 2013.

Oppfølging av klinikkenes vernerunder slik at krav i prosedyre id. 1494 ivaretas må følges opp av den enkelte klinikk.

For SEK foreslår jeg at den delen av tidligere vernerunde gjeninnføres vedlagte punkter.

Anmerkning nr 1

Beskrivelse

Prosedyren med id nr 1580 peker på at klinikkene/avdelingene må lage egne beredskapsplaner dersom strømtilførselen skulle bli helt borte. Dette ikke gjort verken på klinikk eller avdelingsnivå.

På bakgrunn av funn ved tilsynet har det vært kontakt med klinikkene vedrørende avdelingenes beredskapsplaner ved bortfall av strømforsyning. I beredskapsplanen beskrives at avdelingene skal etablere lokale planer.

I beredskapsplanen er det et vedlegg "Hendelser som gir spesielle utfordringer på foretaksnivå. Dette omtaler "avbrudd i teknisk infrastruktur".

Dette vil bli foretatt en vurdering av om det er hensiktsmessig at slike hendelser håndteres på klinikk/avdelingsnivå, eller om det er strategisk kriseledelse som skal settes når bortfall av strøm medfører behov for evakuering av pasienter og sykehuset ikke kan opprettholde øyeblikkelig hjelp tilbudet.

Der foretatt en gjennomgang ved begge sykehusene for å kunne anslå evakueringsbehovet. Dette viser:

Sykehus	Avdeling	Enhet	Ant.plasser	Ant.pas.	Sendes til	Antall	Bil/Buss	Ambulanse	Amb.m/følge	Ikke flyttes
SL										
	Operasjon		17	8	Hjem Sykehjem Sykehus				5	3
	Med A		16	21	Hjem Sykehjem Sykehus	15 3 3	15 3			
	Røntgen			24	Hjem Sykehjem Sykehus	24	24			
	Kuvøse		6	9	Hjem Sykehjem Sykehus	4 5	4 1		4	
	Barneavdeling		10	11	Hjem Sykehjem Sykehus	7 12	7 5		4	
	Rehab		18	17	Hjem Sykehjem Sykehus	12 5 7	12 5 1			
	Gyn avd		12	15	Hjem Sykehjem Sykehus	7 1 6	7 1 5			1

BUP	7	4	Hjem	4	4		
			Sykehjem				
			Sykehus				
Med H	13	12	Hjem	7	7		
			Sykehjem	4	1	3	
			Sykehus	1			1
Akutt	8	4	Hjem				
			Sykehjem				
			Sykehus	4		2	2
Psyk post 2	12	9	Hjem	6	6		
			Sykehjem	1	1		
			Sykehus	2	2		
Psyk post 4	11	8	Hjem	5	5		
			Sykehjem	1	1		
			Sykehus	2	2		
Medisin D	13	13	Hjem	10	9	1	
			Sykehjem	2	2		
			Sykehus	1	1		
Hjerte/dagenhet	8	4	Hjem				
			Sykehjem	1	1		
			Sykehus	3		2	1
Akuttmott/Dag	11	11	Hjem	1	1		
			Sykehjem	1		1	
			Sykehus	1		1	
Psyk post I	16	14	Hjem	14	14		
			Sykehjem				
			Sykehus				
Reuma			Hjem	1	1		
			Sykehjem				
			Sykehus				
Spes.spis	8	8	Hjem	6	6		
			Sykehjem				
			Sykehus	2	2		
SN							
Nevro	10	8	Hjem	3	3		
			Sykehjem	3	3		
			Sykehus	2	1	1	
LMS		15	Hjem	15	15		
			Sykehjem				
			Sykehus				
Med H5	16	16	Hjem	8	8		
			Sykehjem	6	4	2	
			Sykehus	2		1	1
Med pol		4	Hjem	4	4		
			Sykehjem				
			Sykehus				

Gyn/Føde	12	12	Hjem	12	9	3	
			Sykehjem				
			Sykehus				
Med H5C	10	6	Hjem	3	3		
			Sykehjem	1		1	
			Sykehus	2		1	1
Kir							
H3/kreftpol	16	15	Hjem	9	9		
			Sykehjem	3		3	
			Sykehus	3		3	
Intensiv	5	4	Hjem				
			Sykehjem				
			Sykehus	4			4
Med H4	25	22	Hjem	9	9		
			Sykehjem	6	3	3	
			Sykehus	6	3	4	
Operasjon	4	4	Hjem				
			Sykehjem				
			Sykehus	4			4
Psyk post 1	16	9	Hjem	1	1		
			Sykehjem				
			Sykehus	8	8		
Psyk post 2	12	11	Hjem				
			Sykehjem	6	6		
			Sykehus	5	5		

Ovenstående oversikt er et anslag. Det vil være vurderinger knyttet til årstid, bla. utetemperatur, og lysforhold som kan påvirke hvor raskt evakuering av enkelte pasientgrupper må foregå.

Med hilsen

Arne Flaatt

Tor Ivar Stamnes
Kvalitetssjef

**HELSE NORD-TRØNDELAG HF – Tilsyn 2013 - Rapport etter tilsyn:
14.08.2013-16.08.2013****Informasjon om tilsynsobjekt**

Klient HELSE NORD-TRØNDELAG HF	Foretaksnr (Orgnr 1) 983974791	Bedriftsnr (Orgnr 2)
--	--	-----------------------------

Kontaktpersoner

Virksomhet	Navn	Funksjon	Telefon
DSB	Kjell Sæther	Leder	23080783
HELSE NORD-TRØNDELAG HF	Aud-Mai Sandberg	HR-sjef / HMS-leder	74215751

Bakgrunn for tilsynet

Hensikten med tilsynet var å få inntrykk av virksomhetens forebyggende arbeid og etterlevelse av regelverk på utvalgte områder.

Tilsynet ble gjennomført med hjemmel i følgende lover og forskrifter:

- Forskrift 6. desember 1996 om systematisk, helse, miljø og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften)
- Forskrift om bruk og vedlikehold av elektromedisinsk utstyr
- Forskrift om elektriske lavspenningsanlegg
- Forskrift om kvalifikasjoner for elektrofagfolk
- Forskrift om medisinsk utstyr

Tema for tilsynet

Oppfølging av revisjonen i 2012

HMS / Kvalitet:

- Rapporteringer
- Interne revisjoner
- Avvikshåndtering
- Risikoanalyseprosess
- Melderutiner

Brukere av MTU:

- Opplæring i sikker bruk av MTU
- Melderutiner (avvikssystem)

MTA:

- Periodisk vedlikehold av MTU
(avvik fra produsentens anbefaling – risikovurdering og eventuelle endringer iht produsentens anbefalinger)
- Restanser
- Registrering av reparasjoner
- Statistikk og mål
- Rapporteringer
- Risikovurdering
- Opplæring

Teknisk avdeling:

- Forebyggende vedlikehold på elektrisk utstyr og installasjoner
- Statistikk og mål
- Rapporteringer
- Risikovurdering
- Opplæring
- Interne beredskapsplaner (nettbortfall og generatorsvikt)

Resultater fra tilsynet

Årets tilsyn ble gjennomført som en gjennomgang på overordnet nivå med oppfølging av tilsynet i 2012 og da med fokus på tidligere gitte avvik og arbeidet med lukkingen av disse.

I det etterfølgende beskrives generelt inntrykk, samt eventuelle avvik og anmerkninger som ble avdekket under tilsynet.

Revisjoner som DSB gjennomfører er systemrettet. Det vil si at DSB undersøker, gjennom intervjuer og dokumenter om HMS- arbeidet er underlagt et internkontrollsystem, om dette systemet dekker kravene i forskriften og om aktiviteter er i henhold til beskrivelsen i egne prosedyrer.

Revisjonen bygger på stikkprøver. Det innebærer at sykehuset må anta at avvik som gis også kan være aktuelle for avdelinger utenfor revisjonens utplukk. I tillegg må det undersøkes om eventuelle tiltak har vært vellykkede.

Definisjoner

Avvik: "Manglende etterlevelse av krav fastsatt i eller i medhold av lov".

Anmerkning: "Et forhold som tilsynsetaten mener det er nødvendig å påpeke, men som ikke omfattes av definisjonen for avvik. Virksomhetens manglende etterlevelse av egne regler som er strengere enn lovkravene, vil fra tilsynsetatens side ikke betraktes som et avvik, men kan omtales som en anmerkning."

Generelt inntrykk

Kvalitet / HMS

Foretaket har alle prosedyrer tilgjengelig i det elektroniske kvalitetssystemet EQS. Systemet er kjent og ble benyttet av alle de intervjuede.

Det er utarbeidet overordnet prosedyre for risikovurdering. (Dok. 1909) Det ble under intervjuene vist til risikovurdering hos Eiendom/Drift med forskjellig utseende og dato. ("Risikovurdering som beslutningsgrunnlag for vedlikehold av elektrisk utstyr")

Det er utarbeidet en plan for revisjoner, ROS og beredskapsøvelser 2013 på foretaksnivå og en plan for kvalitetsrevisjoner hvor blant annet EMU/ El.sikkerhet er tema.

Kliniske avdelinger

Leger ved Gyn/føde/barsel har egen prosedyre som beskriver opplæring i sikker bruk av MTU for fast ansatte, LIS-leger og vikarer. Legene gjennomfører fortløpende opplæring av MTU etter definerte intervaller. Det ble vist til utfylte sjekklister hvor hver ansatt signerer på at de kan bruke utstyret. Sjekklisten benyttes som underlag til årlige medarbeidersamtaler og omfatter også vikarer.

Sykepleiere ved Kir.klinikk / Operasjon har egen prosedyre som beskriver opplæring i sikker bruk av MTU for fast ansatte og vikarer. Det vises til en " kvalitetsmappe" for hver ansatt hvor grunnkompetanse er beskrevet. Mappene benyttes også her som underlag i medarbeidersamtaler. Det blir ikke gjennomført noen videre opplæring ved faste intervaller, men eventuelle behov dekkes gjennom 1-3 fagdager pr. år hvor MTU er tema. Superbrukere er tilgjengelig for alt utstyr.

Avvik 1 fra revisjonen i 2012 anses som lukket.

MTA

Benytter nå Medusa som fagsystem for vedlikehold av det elektromedisinske utstyret. Alle feil blir kodet etter den nasjonale standarden. Alt MTU er registrert i systemet og periodisk vedlikehold (PV) utføres i henhold til plan. Det ble ved revisjonstidspunktet vist til 75 PV-oppdrag som ikke var blitt utført innen 3 mnd etter forfall. Utstyr definert med høy risiko blir prioritert.

Utstyret er risikovurdert på gruppenivå. Det ble opplyst at denne vurderingen ikke er oppdatert. Det blir utarbeidet en årsrapport fra MTA hvor blant annet brukerrelaterte feil blir beskrevet. Rapporten går via klinikkleder til HMS-leder og blir benyttet som underlag til eventuelle nye revisjoner.

Eiendom / Drift - elektro

Eiendomsavdelingen er ISO-sertifisert. Plania benyttes som FDV-system. Det utføres systematisk kontroll og vedlikehold av de elektriske anleggene. Kontroll, vedlikehold og eventuelle utbedringer er à jour i hele foretaket. Eksterne aktører har kontraktsfestet avtale og utfører kontroller i henhold til helseforetakets egen dokumentasjon.

Har beredskapsplan i tilfelle nettbortfall. Det ble opplyst at det er god kapasitet på strømaggregater.

Eiendom / Drift har bidratt til økt fokus på beredskapsplaner også i kliniske avdelinger.

Det ble vist til risikovurderinger både for elektriske anlegg og for elektrisk utstyr.

Alt elektrisk utstyr er nå registrert inn i Plania og vurdert mht vedlikeholdsbehov. Kontroll av utstyr som ikke er underlagt PV, er gjeninnført i Serviceklinikkens vernerunde og følges opp her.

Avvik 2 fra revisjonen i 2012 anses som lukket

Avvik

Det ble ikke avdekket noen nye avvik under tilsynet:

Anmerkninger

Følgende anmerkninger ble notert under tilsynet:

Anmrk.nr: 1

Beskrivelse

Det ble under intervjuene vist til risikovurdering hos Eiendom/Drift med forskjellig utseende og dato. ("Risikovurdering som beslutningsgrunnlag for vedlikehold av elektrisk utstyr")

Kommentar

Eventuelle arbeidsdokumenter frem til det endelige dokumentet må merkes slik at en og samme risikovurdering kun er gyldig i siste versjon.

Oppfølging av tilsynet

Det fremkom ikke avvik i tilsynet og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap skal derfor ikke ha tilbakemelding på denne tilsynsrapporten

Eventuelle spørsmål kan rettes til Kjell Sæther på e-post Kjell.Saether@dsb.no eller på tlf 23 08 07 83.

Vedlegg 1 Dokumenter

Oversikt over dokumenter som ble benyttet under tilsynet:

Helseforetakets egen beskrivelse av internkontrollarbeidet
Rapport etter tilsynet i 2012
Plan for revisjoner, ROS og beredskapsøvelser 2013 på foretaksnivå
Ledelsens gjennomgang (Dokument 159)
Ledelsens gjennomgåelse 2013
Ledelsens gjennomgang 2012, med status pr. 1.4.2013
Kvalitetsrevisjon (Dokument 30)
Kvalitetsrevisjoner gjennomført 1999 – 2012 og plan for 2013
Risiko- og sårbarhetsvurdering (Dokument 1909)
Risiko- og sårbarhetsvurderinger (ROS), gjennomført 1999 – 2012 og plan for 2013
Kartlegging av internkontrollkrav og NS-ISO 9001 og ISO 14001
Melding av avvik knyttet til pasient- og pasientsikkerhet
SL – Opplæring, oppdatering og dokumentasjon (Dokument 3062)
SL – FødeBarseL, Medisinsk teknisk utstyrsliste ved fødebarseL avdeling (Dokument 12980)
SL – Gyn, Medisinsk utstyrsliste ved gynekologisk avdeling (Dokument 15023)
GynFødeBarseL, Opplæring, oppdatering og dokumentasjon (Dokument 3691)
Kvalitetsmappe for Kirurgisk klinikk – Operasjon
Årsrapport IK-HMS år 2012 fra Serviceklinikken - MTA
Risikovurdering forebyggende vedlikehold av elektriske anlegg
Risikovurdering som beslutningsgrunnlag for vedlikehold av elektrisk utstyr
Intern revisjon, avvikshåndtering elektriske anlegg, Sykehuset Namsos
Risikovurdering av strømforsyning, Namsos

Vedlegg 2 Deltakere

Navn	Funksjon/rolle	Virksomhet	Åpnings møte	Intervju	Sluttmøte
Kjell Sæther	Leder	DSB	X	X	X
Brit Flønes Antonsen	Deltaker	DSB	X	X	X
Villy Rønneberg	Deltaker	DSB	X	X	X
Arne Flaatt	Direktør		X		
Aud-Mai Sandberg	HMS-leder	Foretaksstaben	X	X	X
Tor Ivar Stamnes	Kvalitetssjef	Foretaksstaben	X	X	X
Wenche P. Dehli	Klinikkleder	Barne- og familieklinikken	X		
Dordi Bogfjellmo	Avd.overlege	Gyn / Føde / Barsel	X	X	
Hilmar Hagen	Klinikkleder	Kirurgisk klinikk	X	X	
Tore Westerheim	Avdelingsleder	Eiendom	X	X	X
Oddgeir Tanem	Fung. Avd.leder	MTA		X	X

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 47/2013 Internrevisjonsrapport: Intern styring og kontroll med bruk og utnyttelse av elektronisk pasientjournal

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret i Helse Nord-Trøndelag	23.10.13	47/2013
 Saksbeh:	 Helge Gundersen	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2013/3641	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

1. Styret tar oppsummeringsrapport med vedlagte delrapport til orientering og forutsetter at de anbefalinger som fremkommer i rapporten, følges opp snarest.
2. Styret ber administrerende direktør sette spesielt fokus på intern styring og kontroll i bruk og utnyttelsen av EPJ-systemene i hele foretaket og at nødvendige ressurser prioriteres for oppgaven.

SAKSUTREDNING:

Sak 47/2013 Internrevisjonsrapport: Intern styring og kontroll med bruk og utnyttelse av elektronisk pasientjournal

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

Oppsummeringsrapport – Intern styring og kontroll med bruk og utnyttelse av elektronisk pasientjournal

1. Internrevisjonsrapport Helse Nord-Trøndelag HF

GJELDENDE FORUTSETNINGER

Internrevisjonen i Helse Midt-Norge RHF har med bakgrunn i aktivitetsplanen for 2012-2013 gjennomført revisjon av temaet: ” Intern styring og kontroll med bruk og utnyttelse av elektronisk pasientjournal” i de tre helseforetakene i regionen.

FAKTISKE OPPLYSNINGER

EPJ - elektronisk pasientjournal er en samlebetegnelse på flere elektroniske systemer som benyttes i dokumentasjon og administrering av pasientopplysninger i helseforetakene.

Bakgrunn, formål og omgang

Bakgrunnen for revisjonen var følgende:

- Opplysninger fra Riksrevisjonens undersøkelser i 2007/2008 der det bl.a konkluderes med at det var mangelfull utnyttelse av EPJ-systemene i helseforetakene
- Opplysninger fra tilsyn som ble gjennomført av helsetilsynene i Midt-Norge i 2010 der det ble avdekket avvik i forhold til elektronisk signering av prøvesvar, svikt i journalsystemene og sårbarhet knyttet til systemet for talegjenkjenning. Med bakgrunn i tilsynene i 2010 konkluderte Statens helsetilsyn i brev til Helse og omsorgsdepartementet at gjennomførte tilsyn i spesialisthelsetjenesten viser at elektronisk kommunikasjon er et risikoområde.
- Opplysninger fra foretaksgruppen om sårbarhetsområder på EPJ-området. Med ovennevnte bakteppe var det ønskelig å undersøke hvordan situasjonen på området framstår i 2012/2013. Revisjonen ble startet opp høsten 2012 og avsluttet i mai 2013. Formålet med revisjonen:
 - Undersøke om helseforetakene har etablert systemer som sikrer god styring og kontroll med journalhåndteringen.
 - Undersøke om foretakene utnytter EPJ på en mest mulig effektiv måte.

Revisjonen er gjennomført ved følgende helseforetak og fagområder:

• Helse Nord – Trøndelag:

- ☐ Psykiatrisk avdeling, Namsos
- ☐ Kirurgisk avdeling, gastroenterologisk seksjon, Levanger

• Helse Møre og Romsdal:

- ☐ Psykiatrisk avdeling, Ålesund
- ☐ Kirurgisk avdeling, gastrokirurgisk seksjon, Ålesund

- **St. Olavs Hospital:**

- ☐ Tiller DPS

- ☐ Kirurgisk klinikk, gastroenterologisk avdeling, Øya

Hovedfunn

Tilgangsstyring

Helseregisterloven har regler om hvem som kan gis tilgang til helseopplysninger. Tilgang til helseopplysninger kan bare gis i den grad dette er nødvendig for vedkommende personells arbeid og i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt. Loven stiller også krav om etablering av systemer som sikrer forsvarlig tilgangsstyring.

De reviderte enhetene har etablert et godt skriftlig system for tilgangsstyringen til EPJ-systemene. Hovedinntrykket er at systemene synes å fungere i praksis.

System for opplæring av nytilsatte og kompetanseutvikling

Revisjonen har vist at det ved alle de reviderte enhetene er varierende praksis for opplæring av nytilsatte i EPJ-systemene. Ved alle enhetene ble det opplyst at man til en viss grad gjennomførte opplæring for nytilsatte, men at ikke alle personellgruppene var omfattet. Ingen av de reviderte enhetene har systemer som dokumenterer at opplæring for nytilsatte er gjennomført og eventuelt hvilket omfang og innhold opplæringen har.

Ingen av de reviderte foretakene har utviklet et strukturert, systematisk og målrettet opplegg for kompetanseutvikling og oppdatering i EPJ-systemene.

Internrevisjonen mener at konsekvensene av mangelfull opplæring og kompetanseutvikling kan medføre risiko for feil og dårlig/lite effektiv utnyttelse av EPJ-systemene.

Ledelsens rolle på EPJ-området

Det er i revisjonen ikke fremkommet opplysninger som viser at det stilles tydelige krav fra ledelsen i foretakene om tiltak for å sikre kompetanseutvikling i EPJ-systemene. Det er heller ikke fremkommet opplysninger om at det fra ledelsens side er gitt noen retningslinjer for bruk og utnyttelse av EPJ for bl.a. å sikre at alle relevante funksjoner i DocuLive tas i bruk. Etter internrevisjonens vurdering bør det rettes større oppmerksomhet fra ledelsens side mot EPJ-området for å sikre at systemene utnyttes effektivt og at foretaket oppnår de gevinster som må forventes ved innføring og bruk av systemene.

Forhold knyttet til journalhåndtering

- Det har fremkommet i revisjonen at det er utarbeidet skriftlig system for oppfølging og signering av prøvesvar på foretaksnivå ved alle de reviderte enhetene. Ved de fleste foretakene er det besluttet at alle prøvesvar som ligger i RoS (rekvisisjon og svar laboratorium) skal signeres elektronisk, men ved flere av de reviderte enhetene ble det opplyst at prøvesvarene ble tatt ut på papir og signert manuelt fordi den elektroniske signeringen er for tungvint og tar for lang tid. Oversikter som internrevisjonen har mottatt i revisjonen viser at det til sammen i de reviderte enhetene ligger mange usignerte prøvesvar i systemet.

- Oversikter som internrevisjonen har mottatt i revisjonen viser at det på revisjonstidspunktet ligger til sammen mellom 4000-5000 uferdige dokumenter i pasientjournalene i de reviderte enhetene. Eksempler på type dokumenter som ligger uavsluttet i journalene er dokumenter i kladd, dokumenter til godkjenning, brev, epikriser, inntakstnotat, kreftmeldinger, poliklinisk notat og sykepleienotater.

Internrevisjonens inntrykk er at de reviderte foretakene og enhetene har en viss oppmerksomhet rettet mot området og at personellet føler ansvar for å ferdigstille sine

dokumenter i DocuLive. De mottatte oversiktene over uferdige dokumenter i journalsystemet viser imidlertid etter revisjonens skjønn at foretakene ikke har tilstrekkelig internstyring og kontroll på området. Dokumenter som ikke er ferdigstilt i journalene skaper lett uryddige og uoversiktlige journaler og bidrar til at informasjonen blir vanskeligere tilgjengelig. Dokumenter som for eksempel står med status kladd kan medføre en risiko for at den som kommer på neste vakt ikke får tilegnet seg viktige opplysninger om pasienten. Det kan videre skapes usikkerhet om f. eks brev og epikriser som ikke er ferdigstilt, er sendt ut eller ikke. Internrevisjonen ser det som viktig at foretaket sikrer at ansvarlige ledere følger opp og kontrollerer at journalene til enhver tid er oppdaterte og ryddige.

- Revisjonen har vist at personellet er kjent med regelverket som regulerer ulovlig innsyn i journal. Inntrykket er at personellet har gode holdninger og høy bevissthet på at det skal være et tjenstlig behov for å tilegne seg informasjon fra pasientjournaler. Når det gjelder gjennomføring av loggsjekk for å avdekke urettmessig innsyn i journaler, er dette et område som ledelsen bør rette større oppmerksomhet mot.

- Det er i varierende grad utarbeidet prosedyrer som omhandler funksjonen journalansvarlig person i de reviderte foretakene. De intervjuede var lite kjent med begrepet journalansvarlig person og hva som ligger i denne rollen. Man hadde en oppfatning av at denne rollen var tillagt en overordnet legestilling. Internrevisjonens inntrykk er at foretakene ikke har definert tydelig nok hva rollen som journalansvarlig er i forhold til kravene i regelverket. Internrevisjonen mener at foretakene med bakgrunn i regelverket bør tydeliggjøre hvilken funksjon journalansvarlig person skal ha og sikre at dette implementeres i hele foretaket.

- Talegjenkjenning (TGK) er en automatisk prosess som konverterer tale til tekst, noe som innebærer at en kan snakke inn tekst i pasientjournalen i stedet for å skrive den inn. Det ble i februar 2009 vedtatt innføring av dette systemet i Helse Midt-Norge. Ved alle de reviderte foretakene er det vedtatt at TGK skal benyttes. Alle foretakene har etablert et omfattende opplegg for opplæring i systemet. Revisjonen har vist at på langt nær alle leger bruker TGK. Noen leger har av ulike grunner fått fritak fra bruk, noen skriver selv inn i journalen og noen bruker diktering. Internrevisjonens inntrykk er at foretakene er kommet et stykke på vei når det gjelder implementeringen av systemet TGK. Internrevisjonen har imidlertid merket seg at det fortsatt er en del personell som ikke benytter TGK i journalføringen og at det synes som at det fortsatt er forhold knyttet til systemet som ikke er løst.

- Klinisk arbeidsflate er et portallignende verktøy for å integrere flere systemer slik at det kun er nødvendig med én pålogging på alle systemene som integreres. Dette systemet er foreløpig tilpasset psykiatri. Klinisk arbeidsflate har vært gjennomført som et pilotprosjekt i psykiatrisk avdeling Namsos, psykiatrisk klinikk Ålesund og Tiller DPS. Det varierte hvor langt de tre enhetene var kommet i gjennomføringen av prosjektet. Det kom fram at erfaringene så langt med Klinisk arbeidsflate er at systemet oppleves som tregt og at det blir en del dobbeltregistreringer. Noen uttrykte tilfredshet med systemet ved at man får mer informasjon samlet i ett system. Når det gjelder systemet Klinisk arbeidsflate kan det synes som at dette er et "ungt" system som man enda ikke har sett effekt og gevinst av.

Det er utarbeidet rapporter fra revisjonen ved det enkelte reviderte helseforetak. I tillegg er det utarbeidet en oppsummeringsrapport med sammendrag av sentrale funn og vurderinger i revisjonen.

Revisjonsutvalgets vurdering

Revisjonsutvalget vurderer det som viktig at helseforetakene sikrer at bruk og utnyttelsen av de eksisterende EPJ-systemene er forsvarlige og effektive i påvente av innføring av nye IKT-tiltak. Tidligere undersøkelser fra Riksrevisjonen og Helsetilsynet har vist at elektronisk kommunikasjon i spesialisthelsetjenesten er forbundet med stor risiko. God intern styring og kontroll i forhold til EPJ-systemene er av stor viktighet i relasjon til pasientsikkerhet og også i relasjon til økonomistyring.

Funnene i revisjonen viser etter utvalgets mening at forbedringspotensialet på dette området er stort, bl.a. funn som mangelfulle systemer for opplæring og kompetanseutvikling, uoversiktlige systemer og praksis for signering av prøvesvar, mange usignerte prøvesvar og mange uferdige dokumenter i journalene. Det er også eksempler på at prosedyrer og kompetansetilbud er utarbeidet, men at dette ikke er tilstrekkelig kjent blant de som skal bruke systemene. Revisjonsutvalget mener at det i RHFets videre arbeid med IKT-strategien bør settes fokus på system for opplæring og kompetanseutvikling, implementeringsevne samt kultur og holdninger knyttet til etterlevelse av interne retningslinjer og prosedyrer. Videre bør RHFet sikre at ledere på alle nivå i organisasjonen har stor oppmerksomhet mot dette området.

HELHETLIG DRØFTING

Funnene i revisjonsrapporten samstemmer med de undersøkelsene som ble foretatt i forbindelse med arbeidet med den regionale IKT-strategien i HMN og som er oppsummert i den vedtatte IKT-handlingsplanen for Helse Midt-Norge. Her fremgår det følgende:

«For å sikre gjennomføringsevne i hele foretaksgruppen må det gjennom en organiseringsprosess etableres rammer for organisering av IKT-området i helseforetakene.

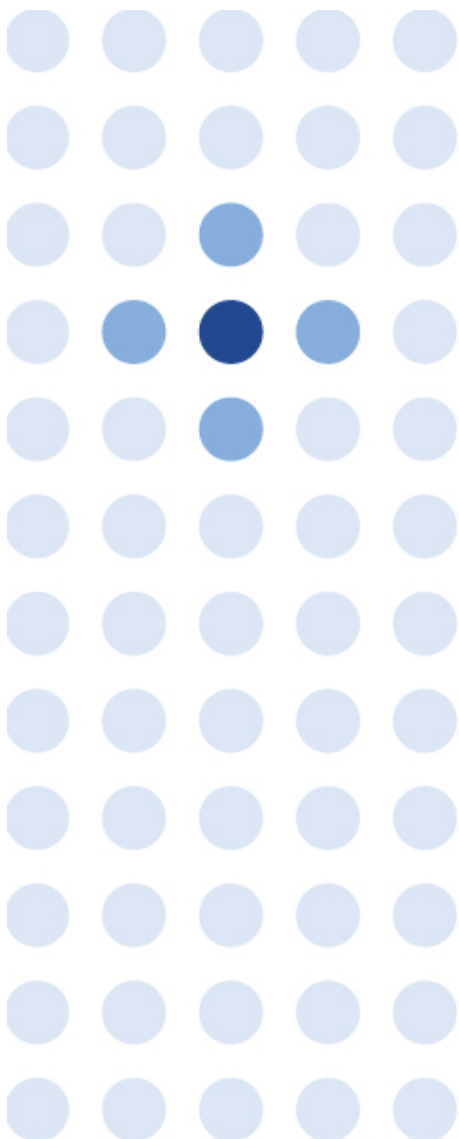
- Helseforetakene må sørge for arenaer i linjeorganisasjonen der IKT-spørsmål, for eksempel prioriteringsspørsmål, kan diskuteres og avklares.*
- Helseforetakene må planlegge og gjennomføre innføring i tråd med regionale føringer, og har ansvar for den operative gjennomføring av opplæring og kompetanseheving.*
- Foretakene må prioritere ledelseskapasitet og frigjøre tid for nøkkelpersonell som skal ta ansvar for å identifisere behov, stille krav og definere hvordan standardiserte pasientforløp skal støttes av IKT-systemene.*
- Foretakene har videre ansvar for å utvikle og forbedre sin organisasjon for innføring av IKT, herunder planlegging og gjennomføring av gevinstrealisering.*
- Helseforetakene skal bidra med kompetanse som kan delta i utviklingsprosjekter med spesifikasjoner og testing.»*

I tråd med de føringer som er gitt over og for å få gjennomført de anbefalingene som revisjonsrapporten peker på, legges følgende tiltaksplan til grunn i Helse Nord-Trøndelag:

Anbefalinger fra revisjonen	Tiltak/ oppfølging
Ledelsen i helseforetaket bør ha større oppmerksomhet rettet mot EPJ-området for å sikre god styring og kontroll med bruk og utnyttelse av EPJ-systemene, herunder • sikre tilstrekkelig og systematisk opplæring i EPJ-systemene for nyansatte. • etablere planer for systematisk og strukturert kompetanseutvikling i EPJ-systemene. Superbrukerordningen bør integreres i planene.	• Innføres en helhetlig opplæringsplan for bruken av EPJ og ved bruk av e-læring, ta i bruk kvitteringsmekanismer for «bestått» • Etablere et regime for sertifisert opplæring i bruken av utvalgte systemer • Videreføre arbeidet med organiseringen av superbrukerne og tydeliggjøre mandat og oppgave lagt til superbruker. Superbruker må få avsatt tilstrekkelig med tid, og nødvendig autoritet tillagt funksjonen gjennom mandatet.
Helseforetaket/de reviderte enhetene bør bruke det etablerte systemet for risikovurderinger og uønskede hendelser også for EPJ-området.	• Avklare områder for risikovurdering og legge disse inn i det faste revisjonsgrunnlaget • Heve fokuset i foretaket på hele dette området
Helseforetaket/de reviderte enhetene bør sikre at det etablerte systemet for signering av prøvesvar etterleves.	• Følge opp allerede vedtatt prosedyre for signering • På en sikker måte, gjennomføre opprydding av gamle prøvesvar gjennom «auto-signering»
Helseforetaket/de reviderte enhetene bør etablere et system for å sikre bedre styring og kontroll med ferdigstilling av dokumenter i DocuLive.	• Innskjerpe ansvaret til journalansvarlige lege • Regelmessig oppfølging og kontroll • Sørg for at vedtatte rutiner etterleves for slutføring av dokumenter i journalen • Gjennomføre jevnlig kontroll og oppfølging
Helseforetaket bør med bakgrunn i regelverket tydeliggjøre hvilken funksjon journalansvarlig person skal ha og sikre at dette implementeres i hele foretaket.	• Tydeliggjøring av prosedyren på dette området • Større fokus på denne funksjonen gjennom etablert journalkomite

ØKONOMISKE KONSEKVENSER

En styrking av bemanningen på dette området må sees i sammenheng med arbeidet med budsjettet for 2014 og de føringer som ligger i IKT-handlingsplanen.



Internrevisjonsrapport

Helse Nord-Trøndelag HF

Intern styring og kontroll med bruk og
utnyttelse av elektronisk pasientjournal
(EPJ)

Stjørdal 2. mai 2013

HELSE  MIDT-NORGE

INTERNREVISJONEN

Innholdsfortegnelse

1.	Rapportinformasjon.....	3
2.	Sammendrag.....	4
3.	Innledning.....	6
3.1	Bakgrunn og formål	6
3.2	Omfang.....	6
3.2.1	Revisjonsenheter	6
3.2.2	Problemstillinger	6
3.3	Revisjonsgrunnlag.....	7
3.3.1	Lovgrunnlag	7
3.3.2	Interne styringsdokumenter	7
3.4	Metode.....	7
3.4.1	Dokumentanalyse	7
3.4.2	Intervjuer	7
3.5	Generelt om EPJ-systemene	7
4.	Sentrale funn og vurderinger.....	9
4.1	Organisering	9
4.1.1	Beskrivelse av virksomheten.....	9
4.1.2	Styring av tilgangen til EPJ-systemene (tilgangsstyring)	9
4.2	Kompetanse	10
4.2.1	Opplæring av nyansatte	10
4.2.1	Kompetanseutvikling	11
4.3	Ledelsen rolle på EPJ-området.....	12
4.4	Risikovurdering, håndtering av uønskede hendelser og forbedringsarbeid	13
4.5	Forhold knyttet til journalhåndteringen.....	13
4.5.1	Rutiner for oppfølging og signering av prøvesvar	13
4.5.2	Rutiner for ferdigstilling av dokumenter i DocuLive.....	15
4.5.3	Ulovlig innsyn i journal.....	16
4.5.4	Journalansvarlig person.....	16
4.5.5	Bruk av og erfaring med EPJ-systemene	17
5.	Konklusjon og anbefalinger	19
6.	Vedlegg	20

1. Rapportinformasjon

Revisjonsperiode: 6. desember 2012– 2. mai 2013

Virksomhet: Helse Nord-Trøndelag HF

Oppdragsgiver: Styret for Helse Midt-Norge RHF

Revisorer:	Per-Ove Godø	Internrevisjonen (revisjonsleder)
	Ellinor Wessel Pettersen	Internrevisjonen
	Ingjerd Almskaar Aspen	Fagevisor, Helse Møre og Romsdal HF
	Karin Aasprong Lyngeng	Fagevisor, Helse Møre og Romsdal HF
	Jon Gausdal	Observatør/fagevisor, Hemit

Kontaktpersoner:	Arnt Håvard Moe	Psykiatrisk avdeling, Sykehuset Namsos
	Hilmar Hagen/Nina Gravaune	Kirurgisk klinikk
	Per-Ove Godø	Internrevisjonen

2. Sammendrag

Formål og omfang

Formålet med revisjonen har vært å undersøke om helseforetakene har etablert systemer som sikrer god intern styring og kontroll med journalhåndteringen, samt sikrer at foretakene utnytter EPJ-systemene på en mest mulig effektiv måte.

Revisjonen er gjennomført ved Helse Nord-Trøndelag HF, der det er gjennomført revisjonsbesøk ved psykiatrisk avdeling Namsos og kirurgisk avdeling Levanger. Det er gjennomført tilsvarende revisjoner i Helse Møre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital HF.

Konklusjon

Basert på funnene i revisjonen konkluderer internrevisjonen med at helseforetaket/de reviderte enhetene har etablert en del systemer som skal sikre intern styring og kontroll med bruken og utnyttelsen av EPJ-systemene.

Internrevisjonen konstaterer likevel at det på viktige områder ikke er tilstrekkelig intern styring og kontroll. Dette gjelder områdene opplæring/kompetanseheving, signering/oppfølging av prøvesvar og ferdigstilling av dokumenter.

Internrevisjonen konstaterer videre at ledelsen i helseforetaket sin rolle på EPJ-området ikke fremstår som tydelig når det gjelder å sikre god styring og kontroll med bruk og utnyttelse av EPJ-systemene.

Konklusjonen er basert på følgende hovedfunn og vurderinger i revisjonen:

Begge de reviderte enhetene gjennomfører opplæring i EPJ-systemene for nyansatte, men det mangler informasjon om innhold i og omfang av denne opplæringen. Det foreligger ikke system som dokumenterer at slik opplæring er gjennomført.

Det mangler planer og system for organisert og strukturert kompetanseutvikling i EPJ-systemene.

Internrevisjonen mener at konsekvensene av mangelfull opplæring/kompetanseutvikling kan medføre risiko for feil, dårlig utnyttelse, tungvint bruk og mindre effektiv bruk av EPJ-systemene.

Revisjonen har vist at det ikke stilles tydelige krav fra ledelsen om tiltak knyttet til opplæring og kompetanseutvikling. Tilstrekkelig opplæring er ett av de viktigste suksesskriteriene for god utnyttelse av EPJ-systemene.

Det er heller ikke fremkommet at ledelsen har gitt retningslinjer for bruk og utnyttelse av EPJ for å sikre effektiv utnyttelse av systemene. Ett unntak er systemet talegjenkjenning i DocuLive der det er besluttet av ledelsen ved foretaket at talegjenkjenning skal benyttes. Ifølge det som er opplyst er det likevel noen som ikke benytter dette systemet.

Helseforetaket har etablert skriftlig system for oppfølging og signering av prøvesvar.

Oversikter som internrevisjonen har mottatt viser at de reviderte enhetene har mange usignerte prøvesvar og at dette ikke er i tråd med det etablerte systemet. Usignerte prøvesvar kan etter internrevisjonens syn skape usikkerhet om hvorvidt prøvesvar er sett og fulgt opp, særlig i de tilfeller der journalnotater er tause om dette.

Helseforetaket har etablert skriftlige retningslinjer for ferdigstilling av dokumenter i DocuLive. Oversikter som internrevisjonen har mottatt viser at det finnes mange dokumenter i DocuLive som ikke er ferdigstilte. Dokumenter som ikke er ferdigstilte i DocuLive skaper lett uryddige og uoversiktlige journaler og det kan også skapes usikkerhet om f. eks brev og epikriser er sendt ut eller ikke.

Personellet i de reviderte enhetene har gode holdninger og har stor bevissthet når det gjelder innsyn i journaler som man ikke har tjenstlig behov for.

Rollen som journalansvarlig person er ikke tydelig definert i forhold til kravene i regelverket.

Helseforetaket har etablert et godt system for å sikre kvaliteten på journalføringen.

Anbefalinger

Internrevisjonen har gitt fem anbefalinger knyttet til ledelsens rolle, signering av prøvesvar, ferdigstilling av dokumenter, journalansvarlig person og risikovurdering/uønskede hendelser. Det vises til kapittel 5 i rapporten.

3. Innledning

3.1 Bakgrunn og formål

Riksrevisjonen gjennomførte i 2007/2008 en undersøkelse om IKT i sykehus og elektronisk samhandling i helsetjenesten. I undersøkelsen ble det bl.a. konkludert med at det var mangelfull utnyttelse av EPJ i helseforetakene.

Helsetilsynene i Midt-Norge gjennomførte i 2010 tilsyn med kommunikasjon i helseforetak. Med bakgrunn i dette tilsynet og tilsvarende tilsyn i resten av landet har Statens helsetilsyn i brev til Helse- og omsorgsdepartementet gitt informasjon om at gjennomførte tilsyn i spesialisthelsetjenesten viser at elektronisk kommunikasjon er et risikoområde. Det ble avdekket flere avvik i tilsynene, blant annet problemer med system for elektronisk signering og oppfølging av prøvesvar, og svikt i journalsystemene.

Det har kommet innspill fra foretaksgruppen med opplysninger om sårbarhetsområder på EPJ-området.

Med bakgrunn i ovenstående ønsker revisjonsutvalget og styret i Helse midt-Norge RHF at det skal gjennomføres en internrevisjon for å undersøke hvordan situasjonen er i 2012/2013.

Formålet med revisjonen er å undersøke om helseforetakene har etablert systemer som sikrer god styring og kontroll med journalhåndteringen, samt at foretakene utnytter EPJ på en mest mulig effektiv måte.

3.2 Omfang

3.2.1 Revisjonsenheter

Revisjonen er gjennomført i Helse Nord-Trøndelag HF. Det er gjennomført revisjonsbesøk ved følgende enheter i foretaket:

- Psykiatrisk avdeling Namsos
- Kirurgisk avdeling Levanger

Det er gjort tilsvarende revisjoner i Helse Møre og Romsdal HF og St. Olavs Hospital HF

3.2.2 Problemstillinger

Følgende hovedproblemstillinger er formulert for revisjonen:

- I hvilken grad utnyttes EPJ mest mulig effektivt til ulike oppgaver?
- Er journalinformasjonen komplett, dekkende og oversiktlig å jobbe med?
- I hvilken grad er det etablert systemer som sikrer god styring og kontroll med journalhåndteringen

For å besvare problemstillingene, er følgende forhold undersøkt:

- Organisering av virksomheten, herunder tilgangsstyring
- Opplæring/kompetanse
- Ledelsens rolle på IKT-området
- Forhold knyttet til journalhåndtering
- System for risikovurdering/håndtering av uønskede hendelser/forbedringsarbeid

3.3 Revisjonsgrunnlag

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

3.3.1 Lovgrunnlag

- Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, § 3-2, § 3-10
- Helseregisterloven § 13, § 13a, § 15, § 16, § 17
- Helsepersonelloven § 21, § 21a, § 39, § 40
- Pasientjournalforskriften § 6, § 7
- Internkontrollforskriften

Nærmere utdyping av regelverket finnes i **Vedlegg 1**

3.3.2 Interne styringsdokumenter

Oversikt over interne styringsdokumenter som er benyttet i revisjonen finnes i **Vedlegg 2**.

3.4 Metode

3.4.1 Dokumentanalyse

Det er innhentet og analysert relevant dokumentasjon som belyser problemstillingene. Dokumentene har blitt benyttet som kildemateriale, underlag for videre undersøkelser og som revisjonskriterier. Dokumenter som er benyttet går fram av teksten. Det er ikke gjort undersøkelser av pasientjournaler.

3.4.2 Intervjuer

Det er gjennomført intervjuer med personer på ledernivå og med et utvalg av ansatte fra de ulike personellgruppene. Det ble gjennomført intervjuer med til sammen 16 personer i de reviderte enhetene i Helse Nord-Trøndelag. Det ble intervjuet personell med følgende funksjoner:

- Leger/psykologer/annet behandlingspersonell
- Sykepleiere
- Ledere
- Merkantilt ansatte
- Personell med IT-ansvar

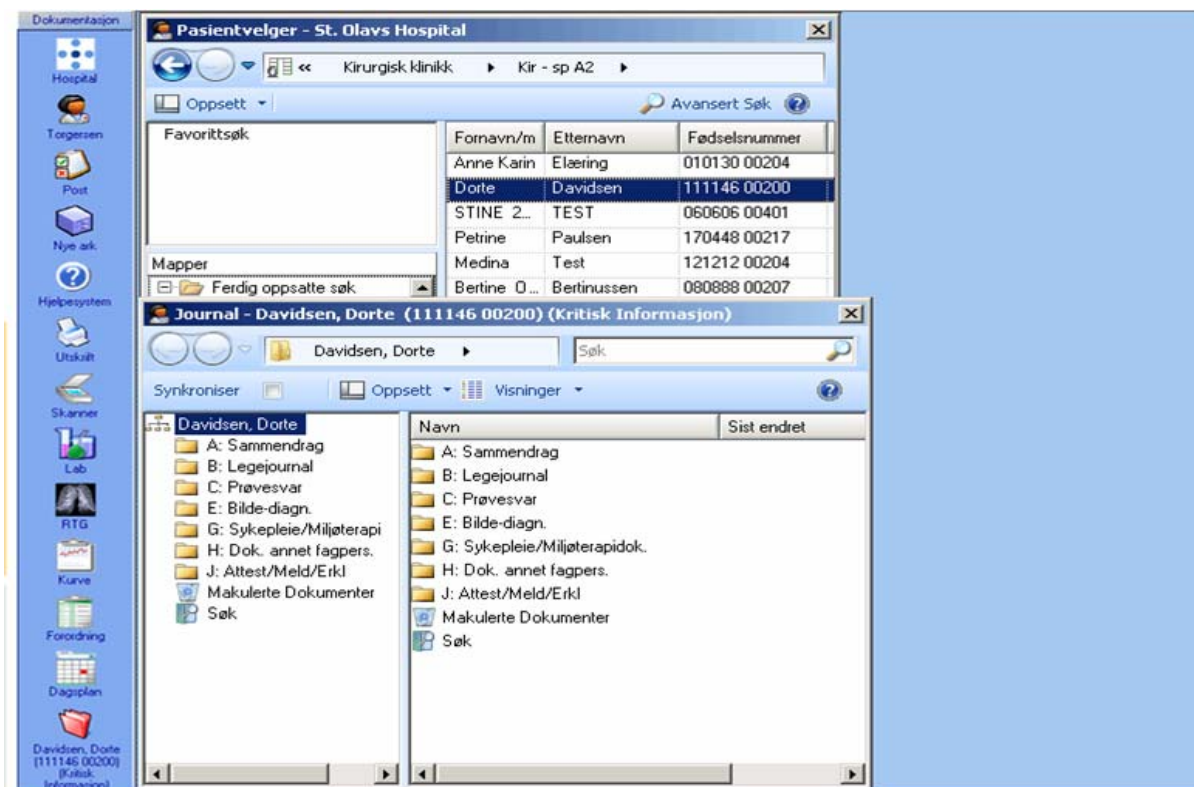
3.5 Generelt om EPJ-systemene

EPJ - elektronisk pasientjournal - er en samlebetegnelse på flere elektroniske systemer som benyttes i dokumentasjonen og administreringen av pasientopplysninger i helseforetakene. Følgende EPJ-systemer har vært relevante i denne revisjonen:

- DocuLive – Hovedjournal der personellet journalfører pasientopplysninger i egne kapitler for f. eks legenotater og sykepleienotater.
- PAS – Pasientadministrasjon og økonomisk oppgjør for behandling. Rapporterer bl.a. til Norsk Pasientregister (NPR)
- MyWay2Pas – Nytt brukergrensesnitt til PAS som bygges ”over” PAS.

- Klinisk arbeidsflate – Portallignende verktøy for å integrere flere systemer inn i samme brukergrensesnitt. Kun én pålogging på alle systemene som integreres (single sign-on). Dette systemet er foreløpig tilpasset psykiatri (fase 1), der MyWay2Pas, DocuLive, RoS og ny brevmodul er integrert inn i løsningen. I fase 2 skal systemet integreres i somatikken.
- OpPlan – System for operasjonsplanlegging
- RoS (Rekvisisjon og Svar) - samlested for elektroniske rekvisisjoner og prøvesvar, samt funksjon for signering. Systemet er integrert med DocuLive. RoS er et bindeledd mellom DocuLive, som brukes av klinkerne, og Lab-systemene NSL (klinisk kjemi), NSML (mikrobiologi) og Sympathy (patologi) som brukes av de ansatte på laboratoriene.
- PACS/RIS (røntgen) består av et PACS bildearkiv og et RIS administrasjonsverktøy (som bl.a. inneholder pasientinfo). PACS står for Picture Archive and Communication System, RIS står for Radiology Information System.
Det fins en web-modul "Kundrad Web" som fører til at legene kan rekvirere bildeunderøkelser direkte fra DocuLive, uten å logge inn i RIS.
Det er et regionalt prosjekt på gang for å overføre røntgensvaret fra radiologen (en tekstlig vurdering) direkte inn i DocuLive-journalen, med tilhørende signeringsfunksjon i DocuLive. Prosjektet skal ferdigstilles før sommerferien. Men for å se selve bildet, må legene logge inn i RIS-systemet og søke opp pasienten der.

Oppbyggingen av DocuLive



Dette bildet er et eksempel fra St. Olavs Hospital, men er det samme for alle helseforetakene.

4. Sentrale funn og vurderinger

4.1 Organisering

4.1.1 Beskrivelse av virksomheten

Psykiatrisk avdeling Namsos er en avdeling i Psykiatrisk klinikk i Helse Nord-Trøndelag. Psykiatrisk klinikk er en gjennomgående klinikk for hele helseforetaket. Klinikken har avdelinger og seksjoner ved Sykehuset Namsos og Sykehuset Levanger. Ved Sykehuset Namsos er det to avdelinger: En avdeling som omfatter seksjoner for akutt/allmenn, psykose, alderspsykiatri, poliklinikk DPS Kolvereid, og en avdeling for rusrelatert psykiatri.

Kirurgisk avdeling Levanger er en avdeling i Kirurgisk klinikk ved Sykehuset Levanger. Klinikken har fem avdelinger med poster og poliklinikker.

Organiseringen av IKT-området i foretaket:

Området er organisert i avdeling *IT og anvendelse* som er en egen stabsenhet under administrativ stab. Den består av åtte stillingsandeler fordelt på 1 stilling som IT-sjef og leder av stabsenheten, 3,1 stillinger for å ivareta lokal innføring av regionale prosjekter, 2 stillinger som EPJ-rådgivere, 1 stilling som PAS-rådgiver og 1 stillingsandel som regional ordbokansvarlig innenfor systemet talegjenkjenning.

HEMIT (Helse Midt-Norge IT) er foretakets databehandler. Innefor hvert IT-system er det en systemeier og som sammen med Hemit tilpasser og videreutvikler IT-løsningene. IT-sjef er foretakets primærkontakt mot Hemit og forestår IT-bestillinger, forhandler frem budsjett og avtaler nivå på de tjenester som Hemit skal levere.

Alle regionale IKT-prosjekter er styrt av egne regionale styringsgrupper og med deltakelse fra alle helseforetakene i Helse Midt-Norge. Regionale prosjekter som skal innføres lokalt i Helse Nord-Trøndelag er styrt av en lokal styringsgruppe i foretaket, under ledelse av assisterende direktør. Styringsgruppen består ellers av foretakets fagsjef, klinikkledere, avdelingsledere og en overlege i tillegg til en representant fra de tillitsvalgte i foretaket. Administrering av disse prosjektene er lagt til avdeling *IT og anvendelse*.

Ovennevnte organisering av IKT- området var lite kjent blant de intervjuede.

4.1.2 Styring av tilgangen til EPJ-systemene (tilgangsstyring)

Det foreligger foretaksprosedyrer "Tildele/endre/slette tilganger til IT-systemer og "Tilgang til pasientopplysninger i elektronisk pasientjournal". Vedlagt til disse følger "Juridisk grunnlag for å lese eller skrive i pasientjournal", "Databrukerkontrakt" og "Beskrivelse av de tekniske tilgangsrettigheter i elektronisk pasientjournal".

Det fremgår bl.a. følgende av den skriftlige dokumentasjonen:

- Tilgangen til EPJ reguleres i forhold til den organisatoriske enheten som den ansatte jobber ved (avdelingstilknypning). Dette innebærer at ansatte har tilgang til opplysninger om pasienter som er innlagt i den avdelingen den ansatte jobber i.
- I noen tilfeller gis ansatte en såkalt aktualiseringsrett, dvs. at ansatte gis tilgang til alle journaler innen ett domene, for eksempel somatisk, psykiatrisk eller BUP. Denne tilgangen blir logget hver gang man er inne i en journal utenfor egen enhet, eller til pasienter som ikke er innlagt, og det må oppgis grunn for innsynet.
- Blålys-tilgang. Dette er en nødrettsfunksjon som gir en individuell rettighet til å åpne journaler på tvers av domener (psykiatrisk, BUP, somatisk). Den ansatte får tilgang til

hele journalen med unntak av sperrede dokumenter. Innsynet blir logget for hvert dokument som åpnes i journalen og det må oppgis grunn for innsynet.

- Ansatte kan få tilgang til journal ved andre sykehus i regionen på individuell basis. Andre sykehus betegnes som sekundærsykehus. Tilgangen gis til de deler av journalen som er beskrevet i tilgangsrollen og gis i de tilfeller der man har et nært samarbeid om pasienter mellom sykehusene. Tilgang til andre sykehus loggføres og det må foreligge dokumentert samtykk fra pasient for å få tilgang til journalinnholdet ved sekundærsykehus.
- Generelt vil det være registrert en sluttdato for arbeidsforholdet i de systemer hvor dette er mulig og avslutning av tilganger vil skje på bakgrunn av sluttdato. Leder har ansvar for å gi beskjed om avslutning av arbeidsforhold på egen avdeling/enhet.

I dokumentasjonen fremgår det at det er den enkelte klinikk-/avdelingsleder som har ansvar for å gi de tekniske tilgangsrettigheter i EPJ til ansatte innen egen klinikk. Videre fremgår det at klinikk-/avdelingsleder er ansvarlig for at ansatte innen egen klinikk/avdeling gjennomfører kurs i EPJ før tilgang gis. Alle ansatte som skal ha tilgang skal delta i obligatorisk opplæring i programmet og brukeren skal ha underskrevet Databrukerkontrakt.

De intervjuede ved begge de reviderte enhetene opplyser at de har fått tilganger tildelt av sin nærmeste leder. Tilgangen er tidsbegrenset for det personellet som ikke er fast ansatt og avsluttes dermed automatisk ved utløpet av arbeidsperioden. Fast ansatte får tilgang uten tidsbegrensning. De intervjuede opplevde at de hadde fått tildelt de tilganger de har behov for.

Fra ledernivå opplyses det at det bestilles tilganger avhengig av funksjon, profesjon og arbeidsoppgaver. Ved psykiatrisk avdeling ble det opplyst at det gis en del sekundærsykehusstilganger på grunn av organisering med enheter både i Namsos og Levanger. Behovet for slik tilgang gjelder i hovedsak psykologer og leger.

Det opplyses at blålys-funksjonen i hovedsak brukes for tilgang fra somatisk område til psykiatri. Reglene for bruk av blålys blir orientert om i forbindelse med opplæring av nyansatte. I intervju fremkom det at det er varierende kjennskap til denne funksjonen, men at den benyttes i liten grad.

Vurdering

Etter internrevisjonens oppfatning har Helse Nord-Trøndelag beskrevet en ryddig og oversiktlig organisering av IKT-området. Vi stiller imidlertid spørsmål ved at de intervjuede ikke kjente til denne organiseringen. Etter vår vurdering er det viktig at ansatte er kjent med ansvars- og myndighetslinjer i organisasjonen, også på dette området.

Internrevisjonens inntrykk når det gjelder tilgangsstyringen, er at helseforetaket har styring og kontroll på dette.

4.2 Kompetanse

4.2.1 Opplæring av nyansatte

Det er utarbeidet tre dokumenter for psykiatrisk avdeling Namsos som omhandler opplæring av nyansatte, herunder vikarer, studenter og personell som endrer stillingsbeskrivelse eller funksjon. Alle dokumentene fremstår som sjekklistes der det også fremgår punkter om opplæring i aktuelle dataverktøy/EPJ. Det kjøres opplæring for nytilsatte to ganger i året i forbindelse med nye turnusleger. Ifølge dokumentene er det seksjonsleder/enhetsleder som

har ansvar for å følge opp at medarbeiderne får opplæring i henhold til sjekklisten. Det fremgår ikke av sjekklistene hva opplæringen i EPJ-systemene skal bestå av og hvordan opplæringen skal gjennomføres og dokumenteres. Videre fremgår det i prosedyre "Tilgang til pasientopplysninger i elektronisk journal" at alle ansatte som skal ha tilgang til DocuLive skal delta i obligatorisk opplæring i programmet. Det ble ikke klarlagt hva denne opplæringen går ut på og hvordan det dokumenteres at den er gjennomført.

Internrevisjonen har ikke mottatt skriftlig dokumentasjon for opplæring av nytilsatte ved kirurgisk avdeling Levanger. I intervju blir det opplyst at det gjennomføres opplæringsprogram for turnusleger der det også gis opplæring i DocuLive, herunder talegjenkjenning. Videre kom det fram under intervju at man har noen ordninger med introduksjonsprogram for nytilsatte generelt, men det fremstår som usikkert om dette omfatter opplæring i EPJ-systemer.

4.2.1 Kompetanseutvikling

Internrevisjonen har ikke mottatt skriftlig dokumentasjon som omhandler kompetanseutvikling eller oppdatering på EPJ-området, verken på overordnet nivå eller fra de reviderte enhetene.

Det er mottatt tre prosedyrer for EPJ superbrukere, en for lege (datert 29.05.2012), en for sykepleier (datert 29.05.2012) og en for administrativt personell (datert 29.08.2012). Dette er prosedyrer som gjelder for hele foretaket. Hensikten med prosedyren er bl.a. å "tilstrebe ensartet tolkning og optimal bruk av DocuLive og tilhørende integrerte moduler". Det fremgår videre at det skal etableres et EPJ brukerforum for de enkelte gruppene der alle superbrukerne for de ulike personellgruppene skal være representert.

Ved psykiatrisk avdeling Namsos ble det opplyst at ordningen med superbrukere ikke er særlig godt kjent. Prosedyrene var heller ikke kjent. Noen av de intervjuede mente at det ikke var satt av tilstrekkelig tid til oppgaven som superbruker.

Ved kirurgisk avdeling Levanger kom det fram at ordningen med superbrukere er kjent. Superbrukerne ble imidlertid lite brukt. Grunner til dette ble opplyst å være at man oppfattet at superbrukerne hadde mer enn nok å gjøre med sin vanlige jobb, at man ikke følte behov for denne støtten og at man benytter seg av bistand fra kollegaer.

Det ble opplyst at det er brukt mye ressurser i å utvikle e-læringsportal på intranettet. Denne er tilgjengelig for medarbeiderne. Portalen blir i liten grad benyttet. Flere av de intervjuede sier at de ikke kjente til dette tilbudet. Det føres ikke oversikt over gjennomført e-læring. Det er heller ikke en funksjon i systemet som registrer gjennomført opplæring.

Det ble opplyst at oppgraderinger og endringer i EPJ vanligvis blir gjort kjent gjennom e-post til de ansatte. I tillegg legges slik informasjon ut på intranettsiden. Det er opp til den enkelte å sette seg inn i informasjonen og sikre seg at de er oppdaterte på dette. Noen opplevde at de ikke alltid hadde tid til å lese denne informasjonen.

Det kom fram under intervju at man savnet et mer strukturert og systematisk opplegg for kompetanseutvikling og oppdatering i EPJ-systemene.

Vurdering

Med bakgrunn i mottatt dokumentasjon synes det som at det ved psykiatrisk avdeling Namsos gjennomføres opplæring av nyansatte, vikarer, studenter m.m. i EPJ-systemene. Det fremstår imidlertid som noe uklart hvorvidt alle som starter i jobb ved klinikken får tilstrekkelig opplæring. Det foreligger heller ikke oversikt over omfang og innhold i opplæringen.

Når det gjelder opplæring i EPJ-systemene for nyansatte ved kirurgisk avdeling Levanger framstår det som uklart for internrevisjonen i hvilken grad dette gjennomføres i hele avdelingen og eventuelt i hvilket omfang dette gjøres.

Etter det internrevisjonen kan se foreligger det ikke et system som skal dokumentere at opplæring for nytilsatte er gjennomført, verken ved de reviderte enhetene eller på foretaksnivå. Dette representerer etter vårt skjønn en svakhet i internkontrollen.

Revisjonen har vist at det ikke er laget planer eller systematiske ordninger for hvordan personellet skal følges opp med kompetanseutvikling og oppdatering i EPJ-systemene. Etter vår oppfatning er intensjonen med superbrukerordningen god, men revisjonen har vist at ordningen enten ikke er implementert eller ikke brukes i særlig grad. Internrevisjonen mener at konsekvensene av mangelfull opplæring/kompetanseutvikling kan medføre risiko for feil, dårlig utnyttelse, tungvint bruk og mindre effektiv bruk av EPJ-systemene.

4.3 Ledelsen rolle på EPJ-området

Det fremkommer i intervju at det mest sannsynlig finnes funksjonaliteter i DocuLive som ikke er utnyttet og at mange leger ikke er klar over mulighetene som ligger der. Det er en oppfatning at man dermed kan risikere at det etableres manuelle rutiner fordi man ikke kjenner mulighetene som ligger i systemene. Det er videre en oppfatning at bedre opplæring ville ha gitt gevinst på dette området.

Det ble opplyst at det er besluttet av ledelsen ved foretaket at talegjenkjenning (TGK) skal benyttes. Revisjonen har vist at denne beslutningen ikke etterleves konsekvent. Bl.a. ble det i intervju opplyst at noen av legene valgte å skrive selv i stedet for å bruke TGK. Det ble også opplyst at det var to leger som ikke benyttet TGK.

Det er i revisjonen ikke fremkommet opplysninger som viser at det stilles tydelige krav fra ledelsens side om tiltak for å sikre kompetanseutvikling i EPJ-systemene. Det er heller ikke fremkommet opplysninger om at det fra ledelsens side er gitt noen retningslinjer for bruk og utnyttelse av EPJ for bl.a. å sikre at alle relevante funksjoner i DocuLive tas i bruk.

Vurdering

Styring av IKT er en del av ledelsesansvaret i en virksomhet, og ledelsen på alle nivåer i helseforetakene har et ansvar for å legge til rette for en god bruk av EPJ for å sikre at dette blir et verktøy som understøtter kjerneoppgavene i helseforetaket.

Revisjonen har vist at tilstrekkelig opplæring er ett av de viktigste suksesskriteriene for god utnyttelse av EPJ-systemene. En god utnyttelse av EPJ forutsetter at de tilgjengelige funksjonene i systemene blir tatt i bruk.

Internrevisjonen mener at ledelsen i Helse Nord-Trøndelag bør ha større oppmerksomhet rettet mot EPJ-området for å sikre at systemene utnyttes effektivt og at foretaket oppnår de gevinster som må forventes ved innføring og bruk av systemene.

4.4 Risikovurdering, håndtering av uønskede hendelser og forbedringsarbeid

Internrevisjonen har mottatt prosedyre ”Risiko- og sårbarhetsvurdering”. Prosedyren gjelder for hele foretaket og alle områder.

Ingen av de intervjuede var kjent med om det ble gjennomført systematiske risikovurderinger på EPJ-området. På spørsmål om de var kjent med noen risikoområder knyttet til EPJ, kom det fram eksempler som nedetid i systemene, føring av journalopplysninger på feil pasient og ulåste pc-er.

Det er opplyst at de reviderte enhetene benytter avvikssystemet i EQS. Noen opplyste at de brukte dette avvikssystemet og meldte inn avvik i forhold til faglige forhold. Flere mente at avvikssystemet ble litt på siden i forhold til å melde avvik på EPJ-området. Avvik på EPJ-området hadde ikke vært behandlet på avdelingsmøter eller lignende.

Det foreligger en prosedyre på nødrutiner når DocuLive ikke er tilgjengelig. Prosedyren gjelder for hele foretaket. I prosedyren fremgår det bl.a. at ”Alle inneliggende pasienter (inkl dagbehandlingspasienter) har oppholdsmappe hvor det blant annet er arkivert kritisk informasjon (A0) og hovedkurve i papir”. Videre fremgår det at ”Linjeledelsen i klinikken har ansvar for at nødrutiner er kjent blant medarbeiderne samt at prosedyrer merket ”Nødrutine...” er skrevet ut i papir og tilgjengelig i avdelingen/enhet”.

De fleste av de intervjuede ved psykiatrisk avdeling Namsos var ukjent med nødrutinene og prosedyren for disse.

De fleste av de intervjuede ved kirurgisk avdeling Levanger var kjent med nødrutinene, men bare noen få var kjent med prosedyren for disse rutinene.

Vurdering

Etter internrevisjonens vurdering er EPJ-området forbundet med risiko der potensialet for at det kan skje feil og uønskede hendelser er relativt stort. Risikovurderinger og håndtering av risiko ved å iverksette risikoreducerende tiltak er viktig for å forebygge feil og uønskede hendelser. Registrering og håndtering av feil og uønskede hendelser når dette likevel skjer, er viktig i forbedringsarbeidet og forebygging av nye hendelser. Revisjonen har vist at de reviderte enhetene ikke har tilstrekkelig oppmerksomhet rettet mot dette området.

4.5 Forhold knyttet til journalhåndteringen

4.5.1 Rutiner for oppfølging og signering av prøvesvar

Det er utarbeidet en prosedyre på foretaksnivå – ”Signering av prøvesvar”, datert 26.09.12. Prosedyren omfatter signering av elektroniske svar på laboratorieprøver presentert i LAB Ros, eksterne prøvesvar på papir og røntgensvar. Prosedyren inneholder bl.a. følgende retningslinjer:

- Lokal styringsgruppe for IKT i Helse-Nord-Trøndelag har bestemt at alle prøvesvar som ligger i RoS skal signeres elektronisk.

- Dersom det ikke lar seg gjøre for de ulike avdelinger å følge denne prosedyren, blir det opp til hver enkelt avdeling å nedfelle egne skriftlige rutiner som sikrer at det kan dokumenteres at prøvesvar i forbindelse med pasientopphold blir fulgt opp.
- Alle klinikker og avdelinger skal gjennomgå sine rutiner for hvordan prøvesvar blir sett, vurdert, signert og fulgt opp. Alle prøvesvar skal signeres. Hver lege har ansvar for å følge opp sine svar i LAB innkurv. En lege skal ikke ha usignerte svar eldre enn 1 måned.
- Sekretær eller sykepleier som registrerer utskriving av pasienten sorterer LAB RoS innkurv på pasientnavn. Eventuelle usignerte prøvesvar hentes opp og ansvar for svarrapporten endres til epikriseskrivende lege eller kontrasignerende lege. Det samme gjøres for LAB RoS utkurv for å fange opp eventuelle ubesvarte prøver.
- Histologiske og cytologiske prøvesvar (Patologiprøver) – inneliggende pasienter: Sekretær tar utskrift av alle prøvesvar med påført ressurs som deles ut på morgenmøte/fordeles til hver enkelt seksjon. Felles diskusjon rundt prøvene. Signeres av hver enkelt lege i forbindelse med skriving av journalnotat.
- Histologiske og cytologiske prøvesvar (Patologiprøver) – polikliniske pasienter: Prøvesvar signeres av hver enkelt lege når pasienten har vært til kontroll/snakket med på telefon, i forbindelse med at det skrives journalnotat/telefonnotat.
- For øvrig inneholder prosedyrene retningslinjer for elektronisk signering av prøvesvar ved sengepost, intern overflytting av pasient og elektronisk signering av prøvesvar ved poliklinikk.

Det er utarbeidet en egen prosedyre for signering av røntgensvar for psykiatrisk klinikk. I denne prosedyren fremgår bl.a. følgende:

- Sekretær skal daglig kontrollere om det er kommet inn prøvesvar, skrive ut disse, skanne og opprette følgeskriv som sendes til henvisende lege.
- Henvisende lege skal daglig kontrollere postkassen i EPJ og etter vurdering/oppfølging signere disse.

Psykiatrisk avdeling Namsos

De fleste av de intervjuede kjenner til prosedyren for signering av prøvesvar. Det kom fram at den enkelte behandler har ansvar for å sjekke LAB RoS innkurv og signere prøvesvarene når disse er undersøkt. Videre ble det opplyst at sekretær sjekker om det er usignerte prøvesvar, tar ut oversikter og sender dette til aktuelle personer. Under revisjonsbesøket ble det opplyst at sekretær ikke har et dedikert ansvar for å gjøre denne kontrolljobben. Internrevisjonen har imidlertid i etterkant av besøket mottatt en oppdatert stillingsinstruks for sekretær der det fremgår at denne oppgaven nå er lagt til postsekretær. Når det gjelder røntgen er det relativt sjelden at dette bestilles fra psykiatrisk klinikk. Det opplyses at det derfor er enkelt å holde oversikten over disse slik at de blir signert fortløpende.

I åpningsmøtet på revisjonsdagen ba internrevisjonen om å få en oversikt over usignerte prøvesvar. Det ble mottatt en oversikt som viste 101 usignerte prøvesvar, hvorav 99 av svarene var eldre enn 1 måned. De eldste svarene var fra ca 1 år tilbake i tid. Det ble ikke mottatt noen usignerte røntgensvar.

Kirurgisk avdeling Levanger

Prosedyren for signering av prøvesvar var i varierende grad kjent blant de intervjuede. Det ble opplyst at den enkelte behandler har ansvar for å signere sine prøvesvar. Laboratoriesvar leses og signeres elektronisk. Røntgensvar tas ut på papir og fordeles til legene i posthyllene for signering. Røntgenbildene gjennomgås på røntgenmøtet om morgenen. Det opplyses at man prøver å sjekke alle prøvesvar daglig, men i enkelte tilfeller kan det gå 3-4 dager mellom hver

gang. I intervju fremkommer det at noen av sykepleierne følger opp at legene ser prøvesvarene, men de sjekker ikke at de blir signert. Ingen av de intervjuede kjente til om noen har et særskilt ansvar for å kontrollere at signering gjøres.

I åpningsmøtet på revisjonsdagen ba internrevisjonen om å få en oversikt over usignerte prøvesvar. Det er i etterkant av revisjonsbesøket mottatt en oversikt som viser 11063 usignerte prøvesvar pr. 01.01.2013. De usignerte prøvesvarene skriver seg fra 2010, 2011 og 2012.

Vurdering

Revisjonen har vist at Helse Nord-Trøndelag har etablert et skriftlig system som skal sikre oppfølging og signering av prøvesvar. Med bakgrunn i opplysninger fra intervju kan det stilles spørsmål ved om de skriftlige retningslinjene er godt nok implementert i foretaket, jf opplysninger om at prosedyren ikke var godt kjent blant de intervjuende i kirurgisk avdeling.

Oversikter som internrevisjonen har mottatt over usignerte prøvesvar viser etter vårt skjønn at foretaket ikke har god intern styring og kontroll på dette området. Usignerte prøvesvar innebærer ikke nødvendigvis at det dreier seg om prøvesvar som ikke er sett og fulgt opp av aktuelle behandlere. Imidlertid kan usignerte prøvesvar etter vårt skjønn skape usikkerhet om hvorvidt dette har skjedd, og særlig i de tilfeller der journalnotater er tause om dette. I tillegg representerer manglende signering et brudd med krav i interne styringsdokumenter.

4.5.2 Rutiner for ferdigstilling av dokumenter i DocuLive

Det foreligger en foretaksprosedyre på området: "Slutføring av journal".

Fra psykiatrisk avdeling Namsos er det i tillegg mottatt prosedyren "Kontrollere – makulere EPJ, prosedyre – kontor Psyk".

Det fremgår av prosedyren "Slutføring av journal" at prosedyren skal medvirke til å sikre at det ikke finnes kladder, usignerte dokumenter eller ukvitterte meldinger i pasientjournalen etter at en bruker mener å ha sluttført sin dokumentasjon. Alle som fører inn journalopplysninger har ansvar for kontinuerlig å sjekke i sine arbeidslister slik at de ikke har uferdige dokumenter i DocuLive. Ledere har ansvar for at det er gode rutiner i forhold til å sikre ryddighet i journalen.

I prosedyren "Kontrollere – makulere EPJ" fremgår det at sekretær har et ansvar for å kontrollere om det ligger uferdige dokumenter i EPJ og gi hver enkelt beskjed om å rydde i disse.

I intervju fremkommer det at få er kjent med prosedyrene på dette området. Det er en oppfatning at den enkelte som noterer i DocuLive har et ansvar for å ferdigstille sine dokumenter. Det opplyses at man antar at nærmeste leder har ansvar for å kontrollere at alle ferdigstiller sine dokumenter, men de vet ikke om dette blir gjort.

I åpningsmøtet på revisjonsdagen ba internrevisjonen om å få en oversikt over uferdige dokumenter.

Fra psykiatrisk avdeling Namsos er det mottatt en oversikt der det fremgår ca 1300 uferdige dokumenter med status "kladd" og "til godkjenning". Disse dokumentene skriver seg fra 2004 og framover til 2013.

Fra kirurgisk avdeling Levanger er det mottatt en oversikt som viser 552 uferdige dokumenter som bl.a. omhandler brev, epikrise, innkomstnotat, kreftmeldinger, operasjonsrapport, poliklinisk notat, sykepleienotat m.m. Dokumentene skriver seg fra 2005 og fram til 01.01.2003.

Vurdering

Revisjonen har vist at de skriftlige retningslinjene som foretaket har etablert er dårlig kjent blant de intervjuede og dette gir grunnlag for å stille spørsmål ved om retningslinjene er godt nok implementert i foretaket.

Oversikter som internrevisjonen har mottatt over uferdige dokumenter i DocuLive viser etter vårt skjønn at foretaket ikke har tilstrekkelig intern styring og kontroll på området. Dokumenter som ikke er ferdigstilt i DocuLive skaper lett uryddige og uoversiktlige journaler og bidrar til at informasjonen blir vanskeligere tilgjengelig. Det kan videre skapes usikkerhet om f. eks brev og epikriser som ikke er ferdigstilt er sendt ut eller ikke. Internrevisjonen ser det som viktig at foretaket sikrer at ansvarlige ledere følger opp og kontrollerer at de etablerte retningslinjene følges.

4.5.3 Ulovlig innsyn i journal

Internrevisjonen har ikke mottatt skriftlig dokumentasjon som viser system for å sikre at ulovlig innsyn i journal ikke skjer. Det er mottatt en foretaksprosedyre "Loggbehandling" som omhandler indre brannmurlogg, internettlogg, sikkerhetslogg servere og logg fra EPJ. Under punktet logg fra EPJ framgår det at direktør, informasjonssikkerhetsansvarlig, klinikkleder eller prosjektleder EPJ skal når som helst ha innsyn i logg på enkeltpasient eller enkeltbruker. I forhold til enkeltbruker gjelder dette ved berettiget mistanke om brudd på prinsippene for informasjonsbehandling. Videre fremgår det at logg skal sjekkes

- med jevnlig stikkprøver
- ved mistanke om urettmessig innsyn i pasientjournal
- på forespørsel fra pasient

I intervju fremkommer det at man er godt kjent med reglene om ulovlig innsyn i journal og at det er fokus på dette i de reviderte enhetene gjennom informasjon og opplæring. Det kjøres ikke jevnlig loggsjekker. Ingen var kjent med prosedyren for loggsjekking, men man var kjent med at dette kan gjennomføres.

Vurdering

Med bakgrunn i opplysninger mottatt i revisjonen er det etter vår vurdering etablert gode holdninger og stor bevissthet blant personellet når det gjelder innsyn i journaler som man ikke har tjenstlig behov for. Internrevisjonen har for øvrig merket seg at det ifølge det som er opplyst, ikke gjennomføres jevnlig stikkprøver i henhold til de skriftlige rutinene som er etablert i foretaket.

4.5.4 Journalansvarlig person

Det er ikke mottatt noen foretaksprosedyre eller funksjonsbeskrivelse for journalansvarlig person.

Ved psykiatrisk avdeling Namsos foreligger det en prosedyre "Journalføring, HNT Psykiatrisk klinikk" der det fremgår at avdelingsoverlegene har det overordnede journalansvaret, med henvisning til helsepersonelloven § 39 og journalforskriften § 6. Videre

fremgår det av prosedyren at journalansvarlig person og pasientansvarlig behandler er samme person og at pasientansvarlig behandler er journalansvarlig for journalen til sine egne pasienter. Dette samsvarer med opplysninger som er fremkommet i intervju. Nesten ingen var kjent med aktuelle prosedyre.

De intervjuede var ikke kjent med hva som ligger i rollen som journalansvarlig person.

Ved kirurgisk avdeling Levanger opplyses det at avdelingsoverlegen er journalansvarlig i avdelingen, bl.a. sjekker vedkommende epikriser og at operasjonskodene er riktige opp mot diagnosekodene. Generelt var denne funksjonen lite kjent blant de intervjuede.

Vurdering

Det fremgår av helsepersonelloven § 39, 2. ledd følgende: "I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen". I forskrift om pasientjournal § 6 fremgår bl.a. at "I helseinstitusjon er det den journalansvarlige som skal sørge for at journal blir opprettet. Det skal fremgå av journalen hvem som er journalansvarlig".

I følge kommentarer til journalforskriften § 6 vil den journalansvarlige ha ansvaret for at journal opprettes og for at den føres og behandles i samsvar med lov- og forskriftsbestemte krav. Journalansvaret vil blant annet innebære et koordineringsansvar. Når flere personer skal gjøre nedtegnelser i samme journal, kan det være behov for strukturering og samordning av journalopplysningene. Nødvendige journalopplysninger må gjøres lett tilgjengelige for dem som skal anvende opplysningene som grunnlag for beslutninger om undersøkelser, diagnose, behandling og annen oppfølging av pasienten. Den journalansvarlige kan på dette grunnlag beslutte at opplysninger skal tas ut på grunn av irrelevans eller dobbeltføring og redigere innholdet, men skal om mulig rådføre seg med den som har gjort nedtegnelsene. Journalansvaret innebærer også å ta stilling til krav om retting og sletting i journalen, ta stilling til spørsmål om innsyn i og utlevering av journal, samt å sørge for at journalen blir avsluttet på en forsvarlig måte.

Etter internrevisjonens vurdering virker det som at rollen som journalansvarlig person ikke er tydelig definert i forhold til kravene i regelverket. Ut fra det som ble opplyst ser man på denne rollen synonymt med den enkeltes ansvar for å føre journal på sine pasienter. Internrevisjonen mener at foretaket med bakgrunn i regelverket bør tydeliggjøre hvilken funksjon journalansvarlig person skal ha og sikre at dette implementeres i hele foretaket.

4.5.5 Bruk av og erfaring med EPJ-systemene

Ved psykiatrisk klinikk er det utarbeidet prosedyren "Journalføring, HNT Psykiatrisk klinikk" der det er beskrevet retningslinjer for journalføring, herunder godkjenning/kontrasignering. Her fremgår bl.a. at journal skal føres fortløpende av pasientansvarlig behandler og miljøpersonale. Videre er det utarbeidet en prosedyre "Internkontroll av journalføring, HNT Psykiatrisk klinikk". Det er utarbeidet en sjekkliste og en loggliste som er knyttet til prosedyren. Denne prosedyren inneholder retningslinjer for gjennomgang av et visst antall journaler pr. måned i henhold til sjekkpunkter i sjekkliste. Hensikten er å sikre at journalføring er i henhold til regelverk og interne krav. Dersom det avdekkes utilstrekkelig journalføring hos noen av personellet, skal vedkommende få ekstra oppfølging i form av veiledning og stikkprøvekontroller og følges opp videre. Alle linjeledere med systemansvar har ansvar for at intern kontroll av journalføring blir gjennomført.

Etter mal fra psykiatrisk klinikk er det utarbeidet en tilsvarende prosedyre ”Internkontroll av journalføring” som gjelder på foretaksnivå og dermed også for kirurgisk avdeling Levanger.

Internrevisjonen har ikke gjennomgått journaler, men i følge de intervjuede gjennomføres kravet om fortløpende journalføring i all hovedsak. Videre ble det i intervju bekreftet at retningslinjene i prosedyren om internkontroll av journalføringen gjennomføres slik som beskrevet ved begge de reviderte enhetene.

Talegjenkjenning (TGK) brukes bare ved somatiske avdelinger. Det fremkom ulike meninger om hvordan man mente at TGK fungerte. Noen mente systemet fungerte bra mens andre mente at systemet ”lærer” for dårlig og at det dermed kan oppstå alvorlige feil. Videre kom det fram at oppfriskningskurs i talegjenkjenning kunne vært nyttig. Som nevnt under pkt 4.4 er det besluttet av ledelsen ved foretaket at talegjenkjenning (TGK) skal benyttes, men at noen likevel ikke benytter dette systemet.

Klinisk arbeidsflate (MyWay2Pas) ble innført som et pilotprosjekt i psykiatrisk avdeling Namsos i 2011. Pilotering av brevmodulen ble startet desember 2012 og er ikke formelt avsluttet. Hovedårsaken til at prosjektet ble startet var behov for forbedringer på den myndighetspålagte innrapporteringen (MBDS – Minste Basis DataSett)) og datakvaliteten på denne. I tillegg var det et behov for å fjerne systemet med føring av MBDS manuelt på såkalte gule lapper. Det ble under revisjonsbesøket opplyst at det er utarbeidet en sluttrapport fra prosjektet med noen anbefalinger om forbedringer/endringer. Ikke alle anbefalingene har ifølge det som ble opplyst blitt tatt hensyn til. I henhold til opplysninger i intervju er det nå besluttet at klinisk arbeidsflate skal tas i bruk i hele klinikken, samt at ”gule lapper” skal bort. Dette betegnes som fase 1, mens det i fase 2 skal innføres tilsvarende system i somatikken. Det vil følge med en opplæringspakke i forbindelse med innføringen av klinisk arbeidsflate. Det kom ikke fram hvilket tidsperspektiv man har på gjennomføringen av dette verktøyet. I intervju ble det opplyst at det på revisjonstidspunktet kun var merkantilt personell og noen få behandlere på poliklinikk som hadde tatt i bruk klinisk arbeidsflate. Det var dermed få som hadde erfaring med systemet. Det kom likevel fram at klinisk arbeidsflate ble oppfattet som et tregere system enn PAS, men man får opp mer informasjon samlet i det nye systemet. Det oppleves ikke at det ligger noen effektivitetsgevinst med innføringen av klinisk arbeidsflate så langt. Det var ikke kjent blant de intervjuede hvilke planer som forelå når det gjelder videre utrulling av klinisk arbeidsflate.

Når det gjelder tilgjengelighet til informasjon og funksjonaliteten i EPJ-systemene kom det fram noe varierende opplysninger:

- Vanskelig å få inn nye dokumenter og skjema i DocuLive, for eksempel når det kommer lovendringer.
- Kan være vanskelig å finne fram til informasjonen ettersom noe føres i fortløpende journal, mens noe ligger i egne kapitler.
- Synes tilgjengeligheten i EPJ har blitt bedre, for eksempel har man nå fått lenker til brev og epikriser. Men det savnes lenker til labsvar og psykolograpporter, fysioterapeutnotater og lignende.
- Leger i psykiatrisk klinikk har tilgang til journaler i somatiske avdelinger (aktualiseringstilgang). I somatikken har man mulighet til blålystilgang til psykiatrisk avdeling, men det er en oppfatning at man er redd for å bruke denne tilgangen eller ikke vet at den finnes.
- Sykepleiedelen av journalen oppleves som tungvint, særlig ved den eldste informasjonen kommer fram først i journalen og det nyeste står sist.

- Noen opplever at informasjonen som trengs er oversiktlig og tilgjengelig.

Vurdering

Revisjonen har vist at Helse Nord-Trøndelag har etablert et godt system for å sikre kvaliteten på journalføringen ved at det gjennomføres jevnlige kontroller av et utvalg av journalene. Internrevisjonen mener at denne ordningen er et eksempel til etterfølgelse for andre helseforetak.

Internrevisjonen har merket seg at det er gjort en ledelsesbeslutning på bruk av talegjenkjenning i foretaket. Videre har vi merket oss at noen leger likevel ikke har tatt systemet i bruk. Et ledd i å sikre full utnyttelse av systemet kan være en ny runde med oppfriskningskurs, slik det kom fram som et innspill under intervju i revisjonen.

5. Konklusjon og anbefalinger

Konklusjon

Basert på funnene i revisjonen konkluderer internrevisjonen med at helseforetaket/de reviderte enhetene har etablert en del systemer som skal sikre intern styring og kontroll med bruken og utnyttelsen av EPJ-systemene.

Internrevisjonen konstaterer likevel at det på viktige områder ikke er tilstrekkelig intern styring og kontroll. Dette gjelder områdene kompetanseutvikling, signering/oppfølging av prøvesvar og ferdigstilling av dokumenter.

Internrevisjonen konstaterer videre at ledelsen i helseforetaket sin rolle på EPJ-området ikke har fremstått som tydelig når det gjelder å sikre god styring og kontroll med bruk og utnyttelse av EPJ-systemene.

Anbefalinger

1. Ledelsen i helseforetaket bør ha større oppmerksomhet rettet mot EPJ-området for å sikre god styring og kontroll med bruk og utnyttelse av EPJ-systemene, herunder
 - sikre tilstrekkelig og systematisk opplæring i EPJ-systemene for nyansatte.
 - etablere planer for systematisk og strukturert kompetanseutvikling i EPJ-systemene. Superbrukerordningen bør integreres i planene.
2. Helseforetaket/de reviderte enhetene bør bruke det etablerte systemet for risikovurderinger og uønskede hendelser også for EPJ-området.
3. Helseforetaket/de reviderte enhetene bør sikre at det etablerte systemet for signering av prøvesvar etterleves.
4. Helseforetaket/de reviderte enhetene bør etablere et system for å sikre bedre styring og kontroll med ferdigstilling av dokumenter i DocuLive.
5. Helseforetaket bør med bakgrunn i regelverket tydeliggjøre hvilken funksjon journalansvarlig person skal ha og sikre at dette implementeres i hele foretaket.

6. Vedlegg

Vedlegg 1 – Utdyping av revisjonskriterier

- Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2: Tjenestene som ytes skal være forsvarlige
- Spesialisthelsetjenesten § 3-2: Helseforetakene skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige.
- Spesialisthelsetjenesten § 3-10: Virksomheter som yter helsetjenester som omfattes av denne loven, skal sørge for at ansatt helsepersonell gis slik opplæring, etterutdanning og videreutdanning som er påkrevet for at den enkelte skal kunne utføre sitt arbeid forsvarlig.
- Helseregisterloven § 13: Bare den databehandlingsansvarlige, databehandlere og den som arbeider under den databehandlingsansvarliges eller databehandlers instruksjonsmyndighet, kan gis tilgang til helseopplysninger. Tilgang kan bare gis i den grad dette er nødvendig for vedkommendes arbeid og i samsvar med gjeldende bestemmelser om taushetsplikt.
Tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettet helseregister på tvers av virksomheter kan bare gis etter uttrykkelig samtykke fra den registrerte.
- Helseregisterloven § 13a: Det er forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte helseopplysninger som behandles etter denne loven uten at det er begrunnet i helse- og omsorgstjenester til den enkelte, administrasjon av slike tjenester eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift.
- Helseregisterloven § 15: Enhver som behandler helseopplysninger etter denne lov, har taushetsplikt etter forvaltningsloven §§ 13 til 13e og helsepersonelloven. Taushetsplikten etter første ledd gjelder også pasientens fødested, fødselsdato, personnummer, pseudonym, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted.
- Helseregisterloven § 16: Den databehandlingsansvarlige og databehandleren skal gjennom planlagte og systematiske tiltak sørge for tilfredsstillende informasjonssikkerhet med hensyn til konfidensialitet, integritet, kvalitet og tilgjengelighet ved behandling av helseopplysninger.
- Helseregisterloven § 17: databehandlingsansvarlige skal etablere og holde vedlike planlagte og systematiske tiltak som er nødvendige for å oppfylle kravene i eller i medhold av denne loven, herunder sikre helseopplysningenes kvalitet.
Den databehandlingsansvarlige skal dokumentere tiltakene. Dokumentasjonen skal være tilgjengelig for medarbeiderne hos den databehandlingsansvarlige og hos databehandleren. Dokumentasjonen skal også være tilgjengelig for tilsynsmyndighetene.
- Helsepersonelloven § 21: Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.
- Helsepersonelloven § 21a: Det er forbudt å lese, søke etter eller på annen måte tilegne seg, bruke eller besitte opplysninger som nevnt i § 21 uten at det er begrunnet i helsehjelp til pasienten, administrasjon av slik hjelp eller har særskilt hjemmel i lov eller forskrift. ("snoking").
- Helsepersonelloven § 39: I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen. (Journalansvarlig person).
- Helsepersonelloven § 40: Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i

lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

- Pasientjournalforskriften § 6: I helseinstitusjoner skal det utpekes en person som skal ha det overordnede ansvaret for den enkelte journal, og herunder ta stilling til hvilke opplysninger som skal stå i pasientjournalen, jf. helsepersonelloven § 39 andre ledd. I helseinstitusjon er det den journalansvarlige som skal sørge for at journal blir opprettet. Det skal fremgå av journalen hvem som er journalansvarlig. Den journalansvarlige kan ikke beslutte at opplysninger ikke skal stå i journalen dersom opplysningene er av betydning som dokumentasjon for uenighet mellom helsepersonell i faglige spørsmål vedrørende helsehjelpen som ytes pasienten.
- Pasientjournalforskriften § 7: Pasientjournalen skal fortrinnsvis skrives på norsk. Dansk og svensk kan benyttes i den utstrekning det er forsvarlig. I særlige tilfeller kan Statens helsetilsyn gi tillatelse til å benytte annet språk. Journalen skal føres fortløpende. Med fortløpende menes at nedtegnelser skal gjøres uten ugrunnet opphold etter at helsehjelpen er gitt. Nedtegnelsene skal dateres og signeres.
- Internkontrollforskriften § 4: Internkontrollen skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig for å etterleve krav fastsatt i eller i medhold av sosial- og helselovgivningen.
- Interne styringsdokumenter: Se Vedlegg 2.

Vedlegg 2 - Interne styringsdokumenter/dokumentasjon som er benyttet i revisjonen

Felles overordnede styringsdokumenter for hele foretaket:

- Oversikt over organiseringen av IKT området i Helse Nord-Trøndelag
- Utskrift av oversikt over kurs og e-læring fra intranettportal
- Prosedyre "Kontrollere – makulere EPJ"
- Prosedyre "EPJ superbruker administrativt personell"
- Prosedyre "EPJ superbruker lege"
- Prosedyre "EPJ superbruker sykepleier"
- Prosedyre "Tilgang til pasientopplysninger i elektronisk pasientjournal"
- Dokument "Juridisk grunnlag for å lese eller skrive i pasientjournal"
- Prosedyre "Databrukerkontrakt"
- Prosedyre "Tildele/endre/slette tilganger til IT-systemer"
- Prosedyre "Skanning av journalinformasjon" (ikke godkjent)
- Prosedyre "Målsetting, organisering og strategi informasjonssikkerhet"
- Prosedyre "Internkontroll av journalføring"
- Prosedyre "Signering av prøvesvar"
- Prosedyre "Slutføring av journal"
- Prosedyre "Risiko og sårbarhetsvurdering"
- Prosedyre "Nød rutine når EPJ DL ikke er tilgjengelig"
- Prosedyre "Legemiddelhåndtering-prosedyre for kartlegging av legemidler ved innkomst"
- Prosedyre "Legemiddelhåndtering, prosedyre skrive ut pasient"
- Prosedyre "Loggbehandling"
- Prosedyre "Passordrutiner-nettverkspassord"
- Prosedyre "Håndtering av saker ved mistanke om eller brudd på prinsipper for informasjonssikkerhet"

- Prosedyre "Prinsipper for informasjonsbehandling HNT
- Prosedyre "Behandling av elektroniske avviksmeldinger i EQS, generell veiledning til meldingsansvarlige
- Prosedyre "Melding etter sphi § 3-3 og andre betydelige pasientskader (ikke godkjent)
- Prosedyre "Opprettelse og avslutning av enheter relatert PAS og EPJ
- Prosedyre "Informasjon ved ustabilitet i EPJ

Psykiatrisk klinikk:

- Organisasjonskart
- Prosedyre "Signering av røntgensvar, HNT Psykiatrisk klinikk"
- Prosedyre "Internkontroll journalføring, HNT Psykiatrisk klinikk"
- Prosedyre "Journalføring, HNT Psykiatrisk klinikk"

Kirurgisk klinikk:

- Prosedyre "Talegjenkjenning – Opplæring og oppfølging
- Sluttrapport Talegjenkjenning datert 24.8.2012

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 48/2013 Driftsrapport september 2013

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	23. oktober 2013	48/2013
 Saksbeh:	Tormod Gilberg	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2013/3641	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar driftsrapporten for september til etterretning.

SAKSUTREDNING:

Sak 48/2013 Driftsrapport september 2013

VEDLEGG

- Driftsrapport september 2013.

BAKGRUNN

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

SAMMENDRAG

Etter tilnærmet balanse mellom budsjett og regnskap i årets to første måneder, viste foretakets regnskap betydelige negative resultat i forhold til vedtatt budsjett i mars og april. Månedene mai - august viste mindre negative avvik, mens resultatet i september viser positivt resultatavvik. Korrigert for reduserte pensjonskostnader viser resultatet siste måned et avvik på 1,9 mill kroner og et akkumulert avvik på – 20,2 mill kroner. Den største utfordringen er knyttet til å begrense bemanning og lønnskostnader til fastsatt budsjett.

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

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

For rapporterte kvalitetsindikatorer var det god måloppnåelse for gjennomsnittlig ventetid pr. 31.12.12 og tilnærmet måloppnåelse i forhold til å fjerne fristbrudd. Gjennomsnittlig ventetid har økt noe hittil i år og ligger litt over fastsatte måltall. Andel fristbrudd har også økt noe de siste månedene.

HNT prognostiserer et årsresultat for 2013 på 33,1 mill kroner. Prognosen er 12,9 mill kroner dårligere enn opprinnelig resultatkrav på 46,0 mill kroner og skyldes reduserte pensjonskostnader på 12,1 mill kroner, økte lønnskostnader på 38 mill kroner, økte inntekter på 8 mill kroner, økte varekostnader på 15 mill kroner og oppløsning av reserve/avsetning på 20 mill kroner. Prognostisert resultat er 25 mill kroner lavere enn korrigert resultatkrav. Prognostisert resultat er uendret fra forrige rapport.

Det er iverksatt tiltak med bl.a. begrenset tilsetningsstopp og redusert bruk av overtid og innleie for å redusere budsjettavviket på lønn resten av året og for å oppnå et resultat i samsvar med prognose. Resultatet siste måned(er) indikerer at tiltakene har effekt og at driften i hovedsak er i samsvar med vedtatte driftsplaner og budsjett.

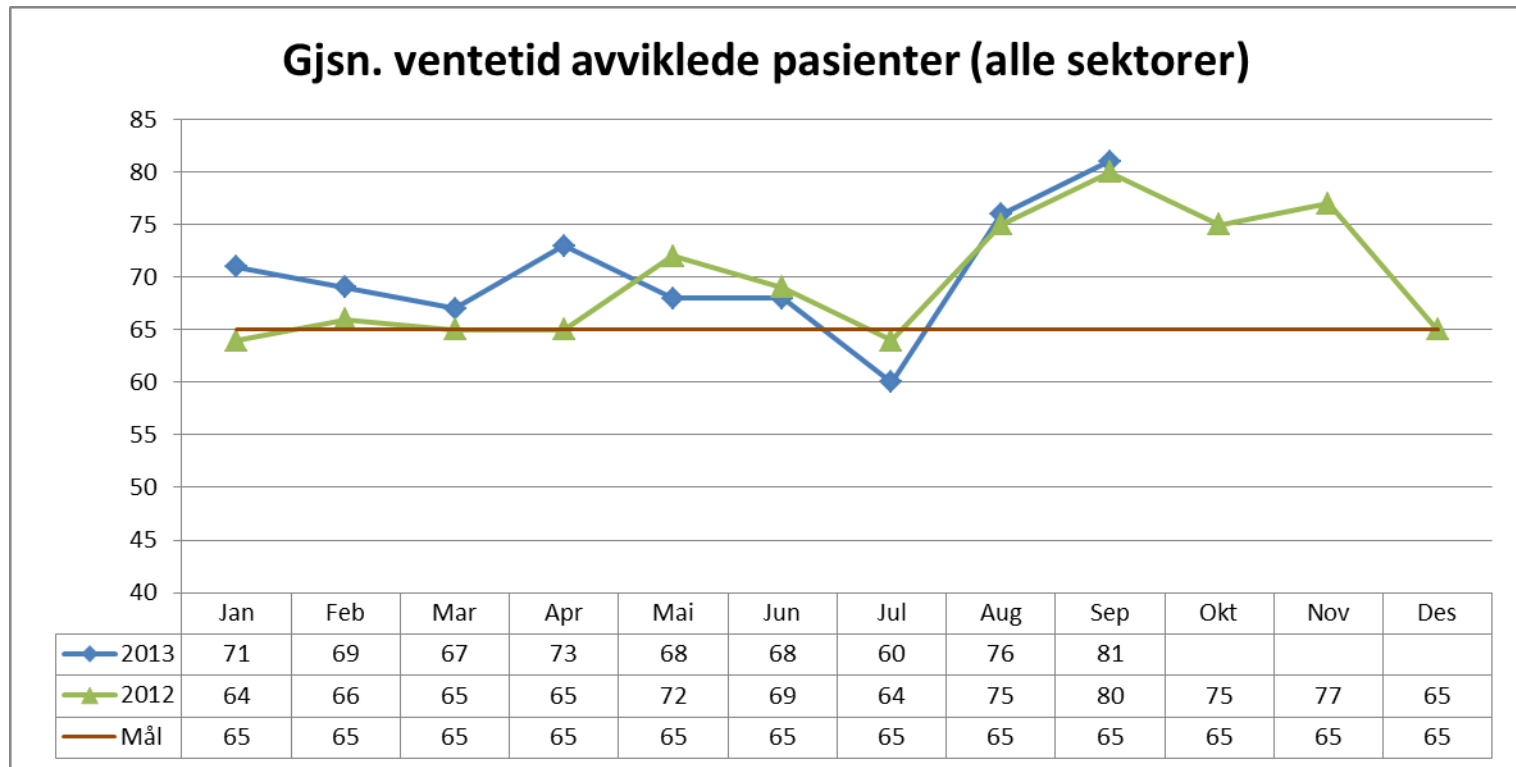


Helse Nord-Trøndelag HF

Vedlegg driftsrapport

September 2013

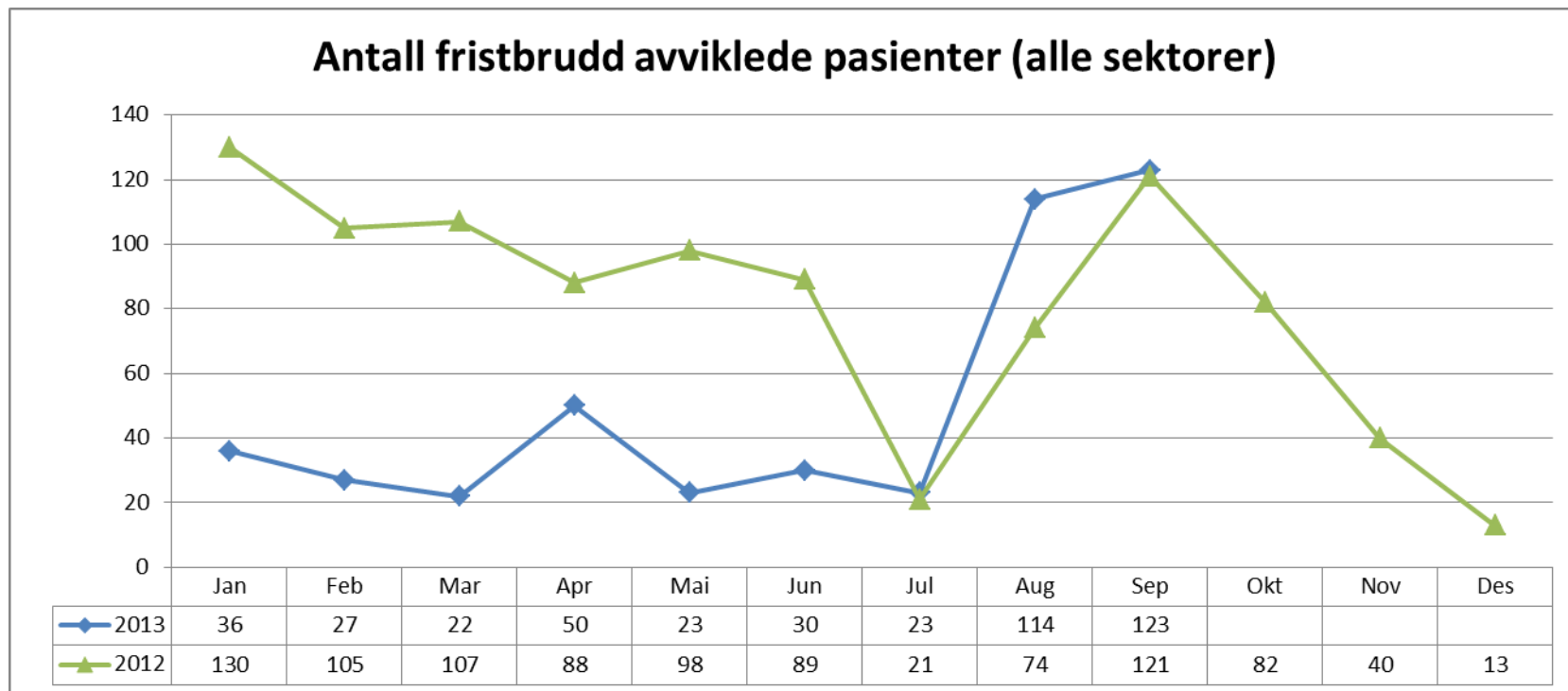
Gjennomsnittlig ventetid avviklede pasienter med og uten rett til nødvendig helsehjelp



Mål: < 65 dager

Kilde: NPR ventelistekube

Antall fristbrudd avviklede pasienter med rett til helsehjelp

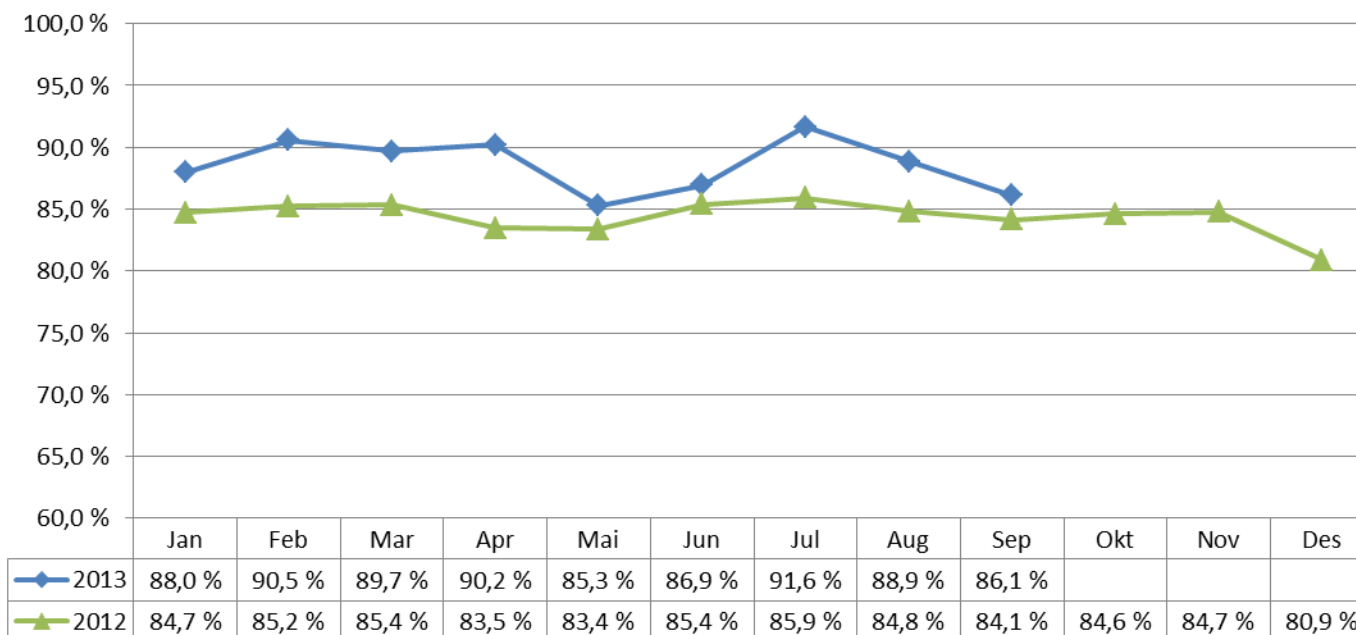


Mål: Ingen fristbrudd

Kilde: NPR ventelistekube

Andel epikriser sendt innen en uke

Andel epikriser sendt innen 7 dager per periode

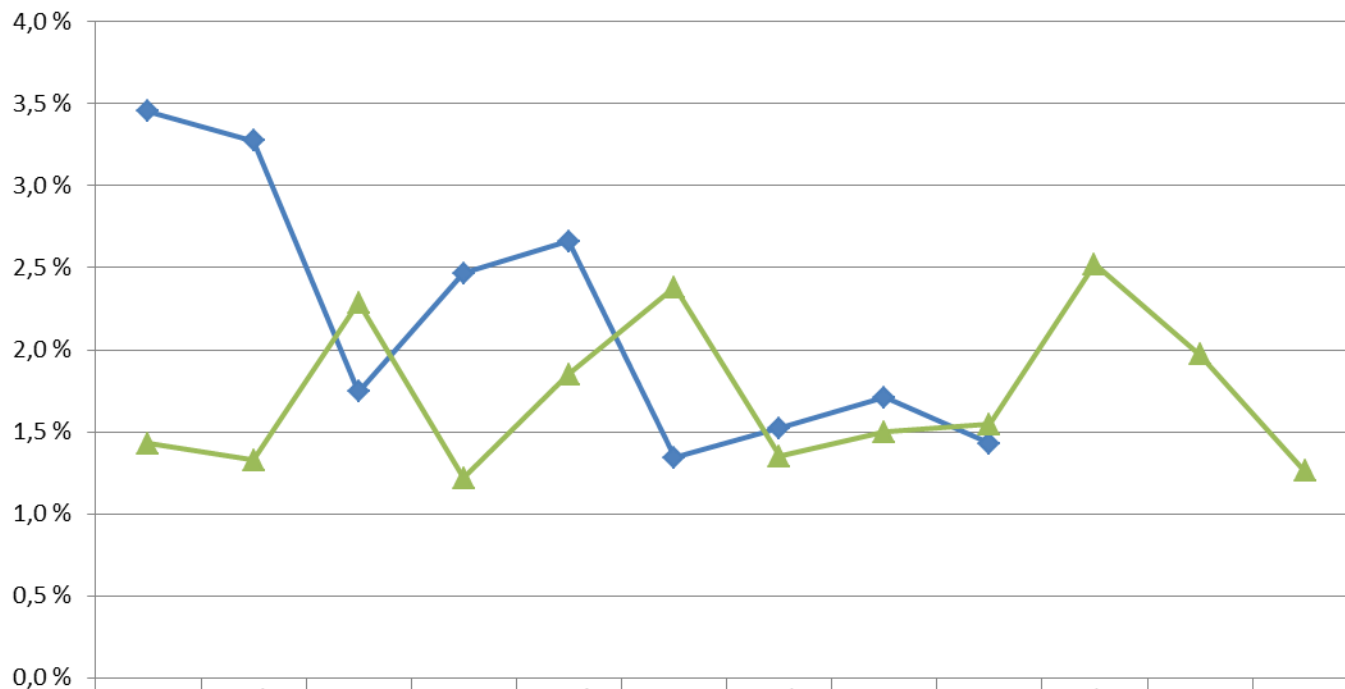


Akkumulert per september	2013	2012
Antall epikriser sendt innen 7 dager	15 011	14 088
Antall utskrevene	16 967	16 633
Andel epikriser sendt innen 7 dager	88,5 %	84,7 %

Mål: 100 %

Andel korridorpasienter

Andel korridorpasienter somatikk per periode

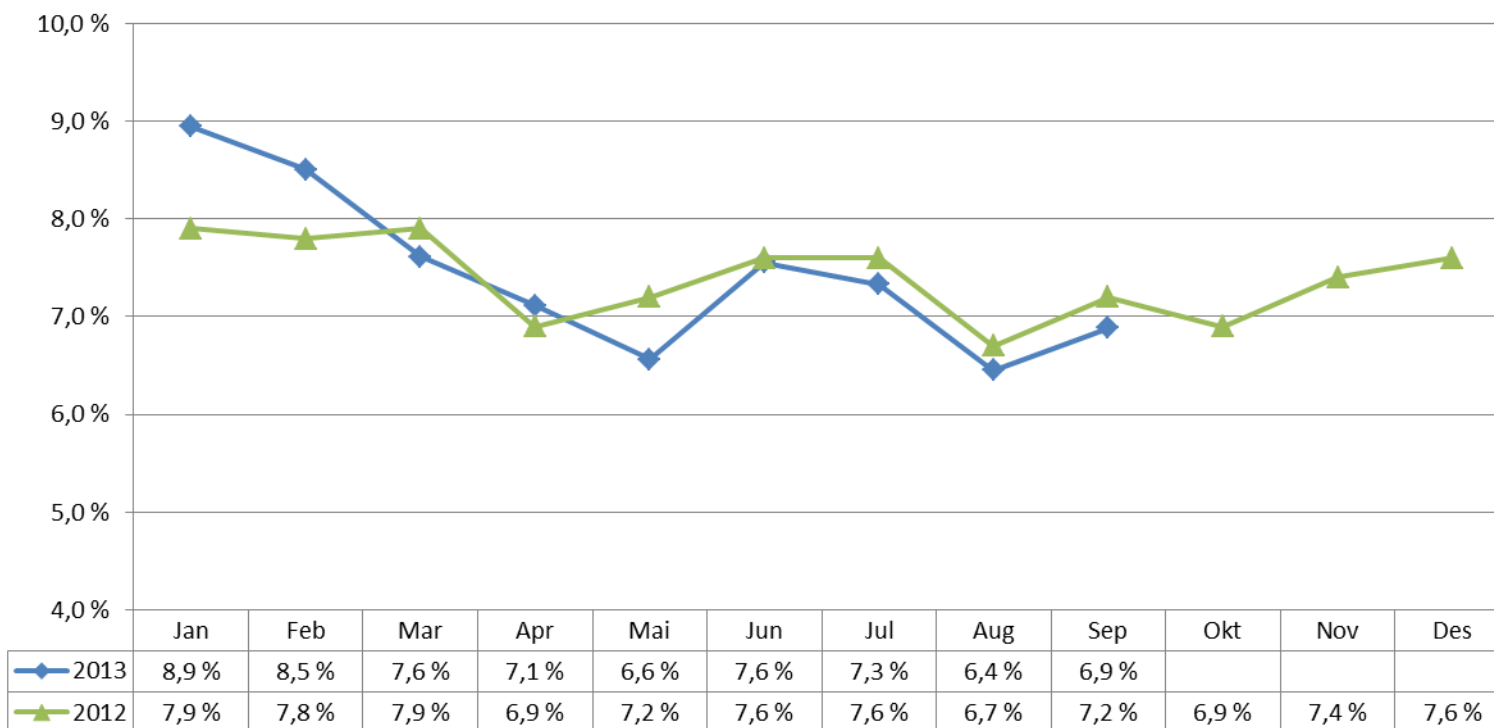


Akkumulert pr september	2013	2012
Antall korridorpasienter	1 264	968
Antall liggedøgn	56 718	57 986
Andel korridorpasienter	2,2 %	1,7 %

Mål: Ingen korridorpasienter

Andel sykefravær

Andel sykefravær

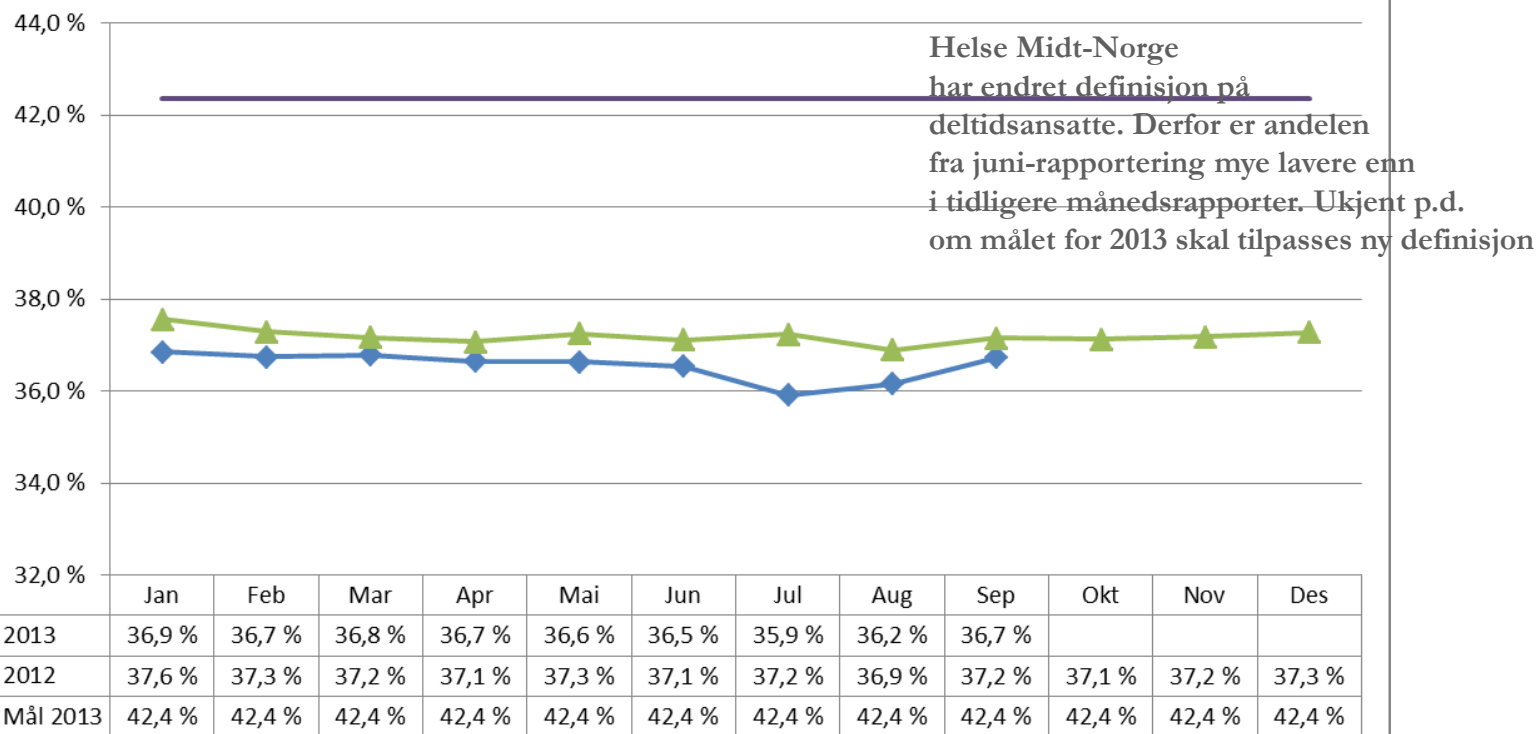


Akkumulert/gjennomsnitt per september	2013	2012
Sykefraværdagsverk	29 927	29 518
Mulige dagsverk	401 735	398 153
Andel sykefravær	7,45 %	7,41 %

Mål (akkumulert/gjennomsnitt) Helse Nord-Trøndelag: < 7,00 %

Andel deltid faste ansatte

Utvikling andel deltid fast ansatte

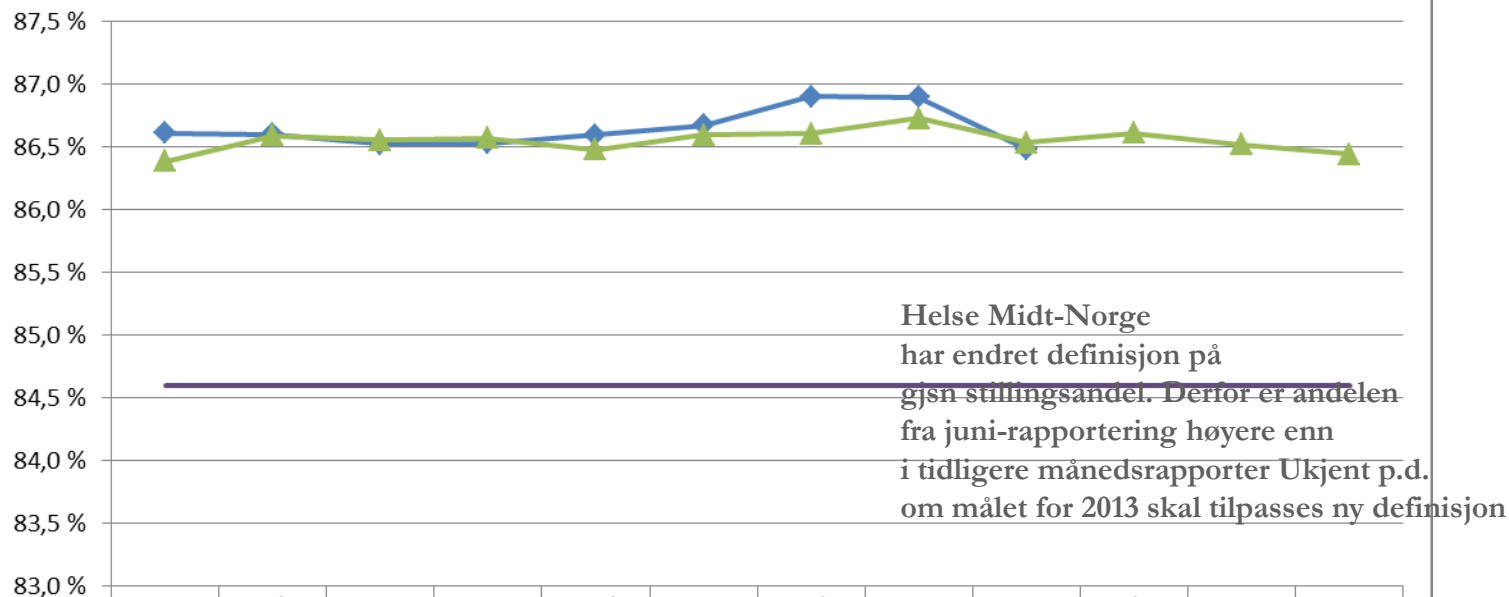


2013	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep
Antall fast deltidsansatte	799	793	795	788	789	785	772	775	793
Antall fast ansatte	2 168	2 158	2 161	2 150	2 153	2 148	2 149	2 143	2 159
Andel deltidsansatte	36,9 %	36,7 %	36,8 %	36,7 %	36,6 %	36,5 %	35,9 %	36,2 %	36,7 %

Mål 2013: 42,4 % (= halvparten av gjennstående per 1.1.2013 av 20 % reduksjon av utgangsverdi 2010)

Gjennomsnittlig stillingsandel faste ansatte

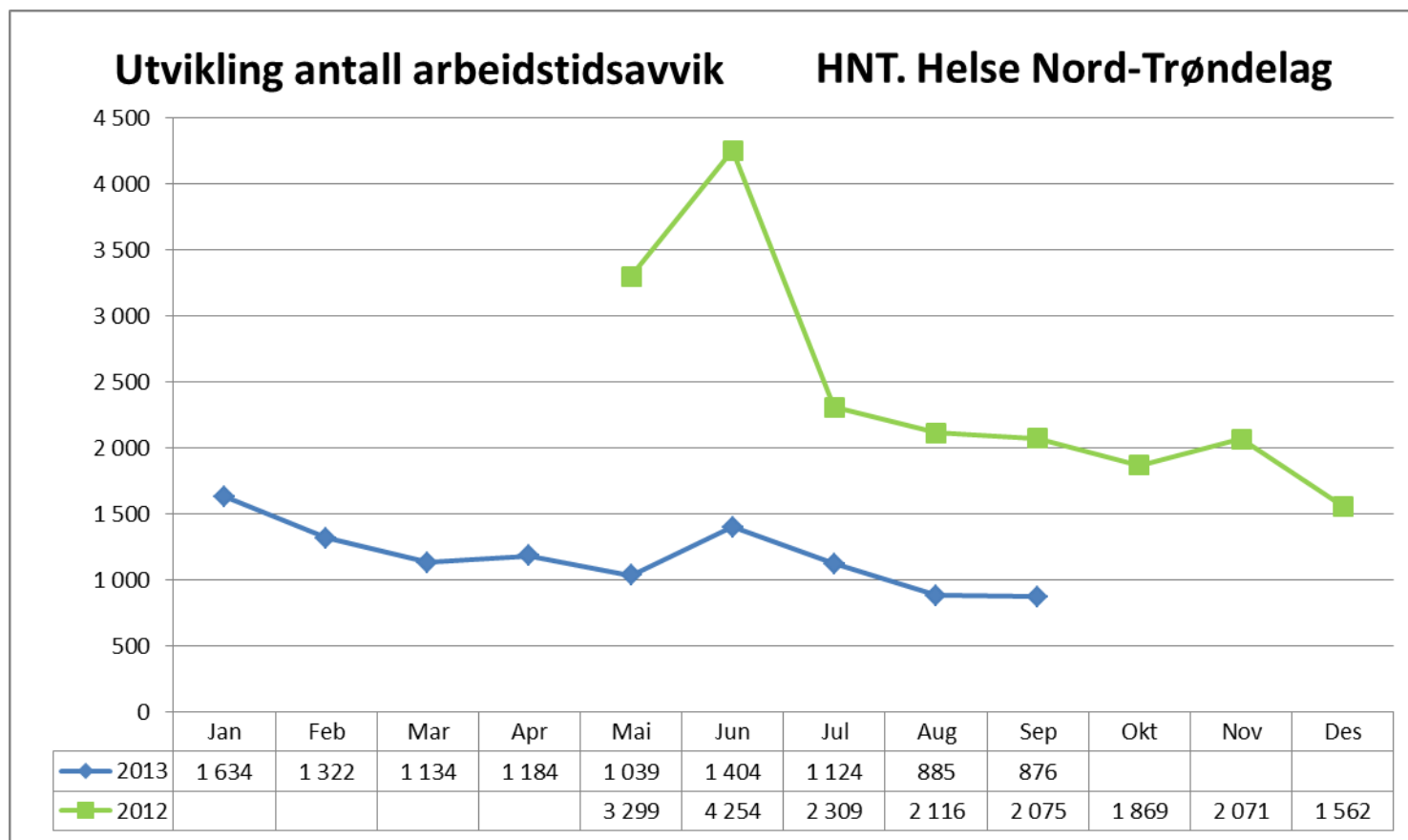
Utvikling gjsn stillingsandel fast ansatte



	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Des
—◆— Gsjn st and 2013	86,6 %	86,6 %	86,5 %	86,5 %	86,6 %	86,7 %	86,9 %	86,9 %	86,5 %			
—▲— Gsjn st and 2012	86,4 %	86,6 %	86,6 %	86,6 %	86,5 %	86,6 %	86,6 %	86,7 %	86,5 %	86,6 %	86,5 %	86,4 %
— Gsjn st and Mål 2013	84,6 %	84,6 %	84,6 %	84,6 %	84,6 %	84,6 %	84,6 %	84,6 %	84,6 %	84,6 %	84,6 %	84,6 %

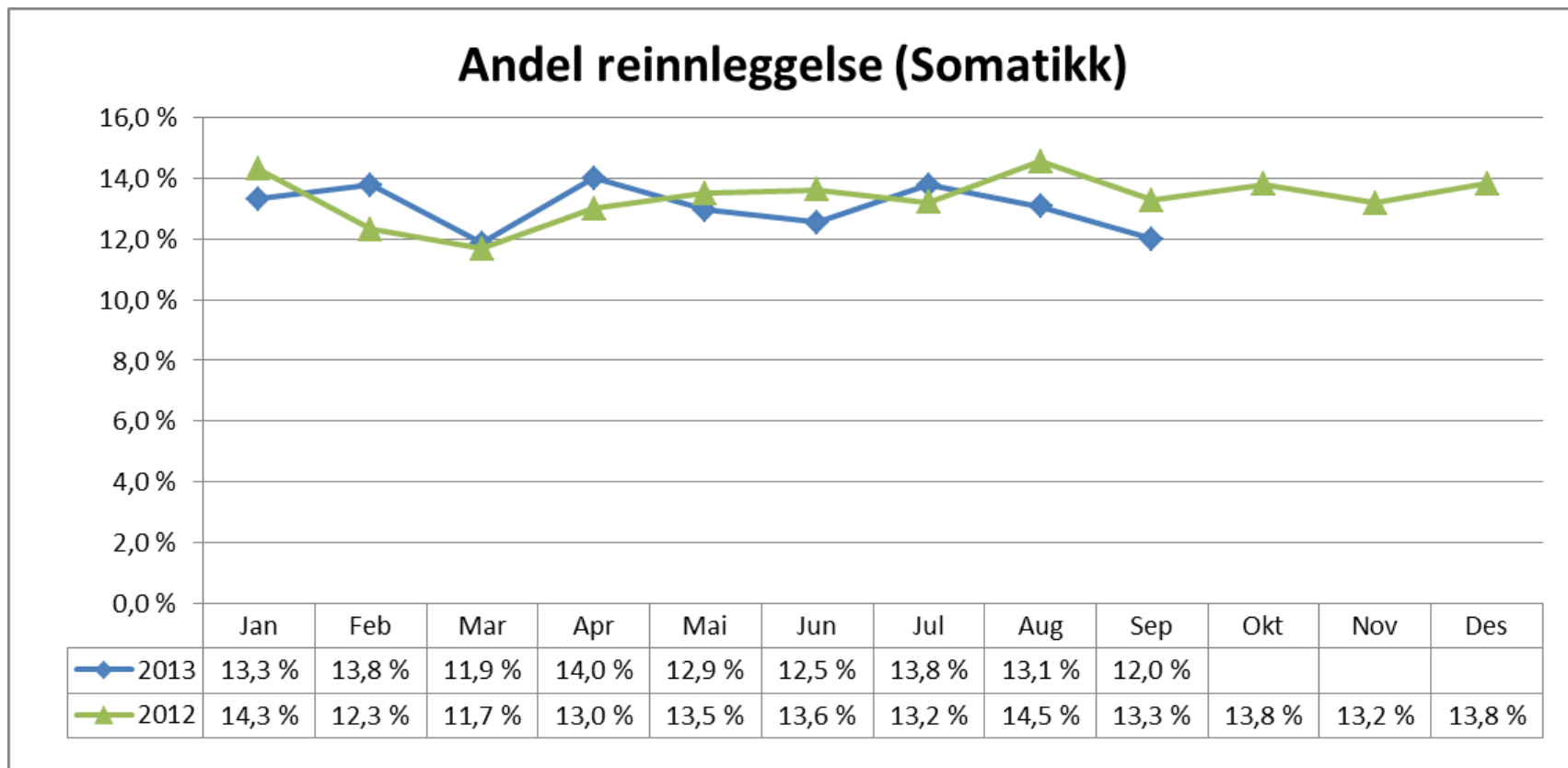
Deltid / Stillingsandel 2013	Denne periode	Des 2010	Endring	Mål	Avvik
Gjennomsnittlig stillingsandel	86,5 %	82,3 %	4,2 %	84,6 %	1,9 %
Korrigert gjennomsnittlig stillingsandel	86,8 %				
Andel deltid	36,7 %	49,3 %	-12,6 %	42,4 %	-5,7 %
Korrigert andel deltid	36,2 %				

Utvikling antall arbeidstidsavvik



Januar tom april 2012 hadde ikke riktig datagrunnlag

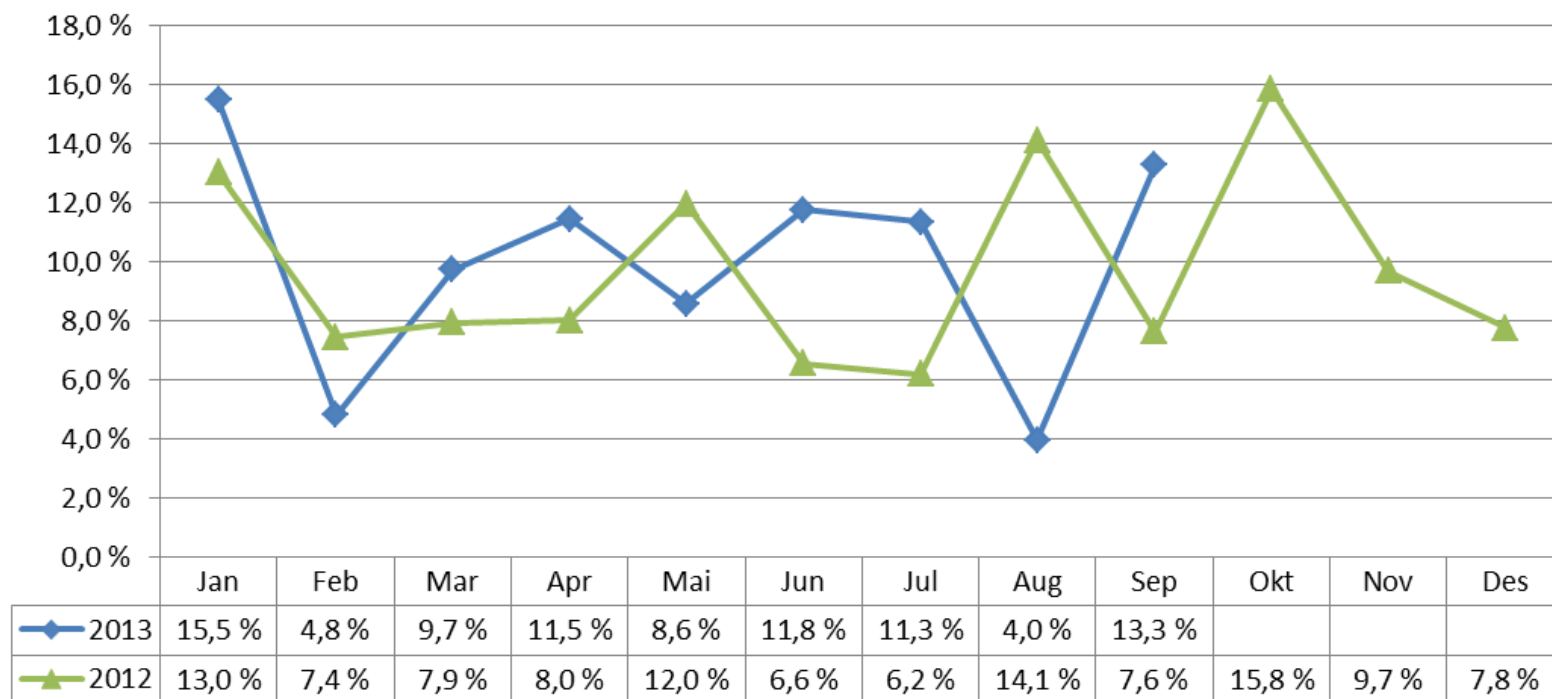
Andel reinnleggelse (Somatikk)



Mål: Nedgang i forhold til 2012

Andel reinnleggelse (Psykiatri)

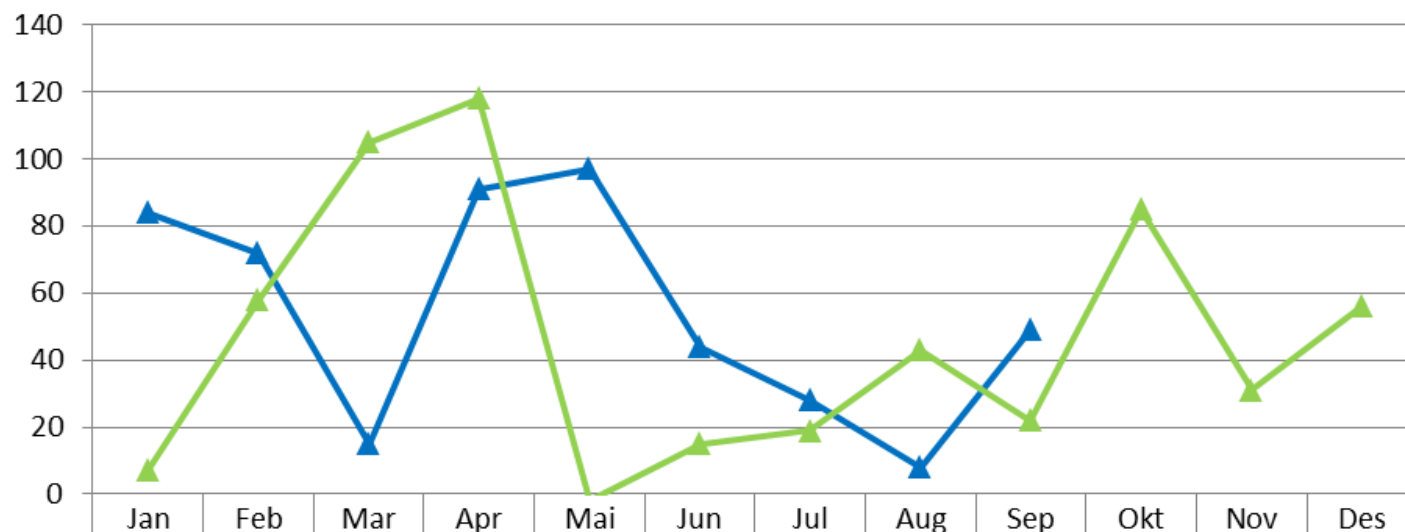
Andel reinnleggelse (Psykiatri)



Mål: Nedgang i forhold til 2012

Utskrivningsklare pasienter

Antall liggedager utskrivningsklare pasienter

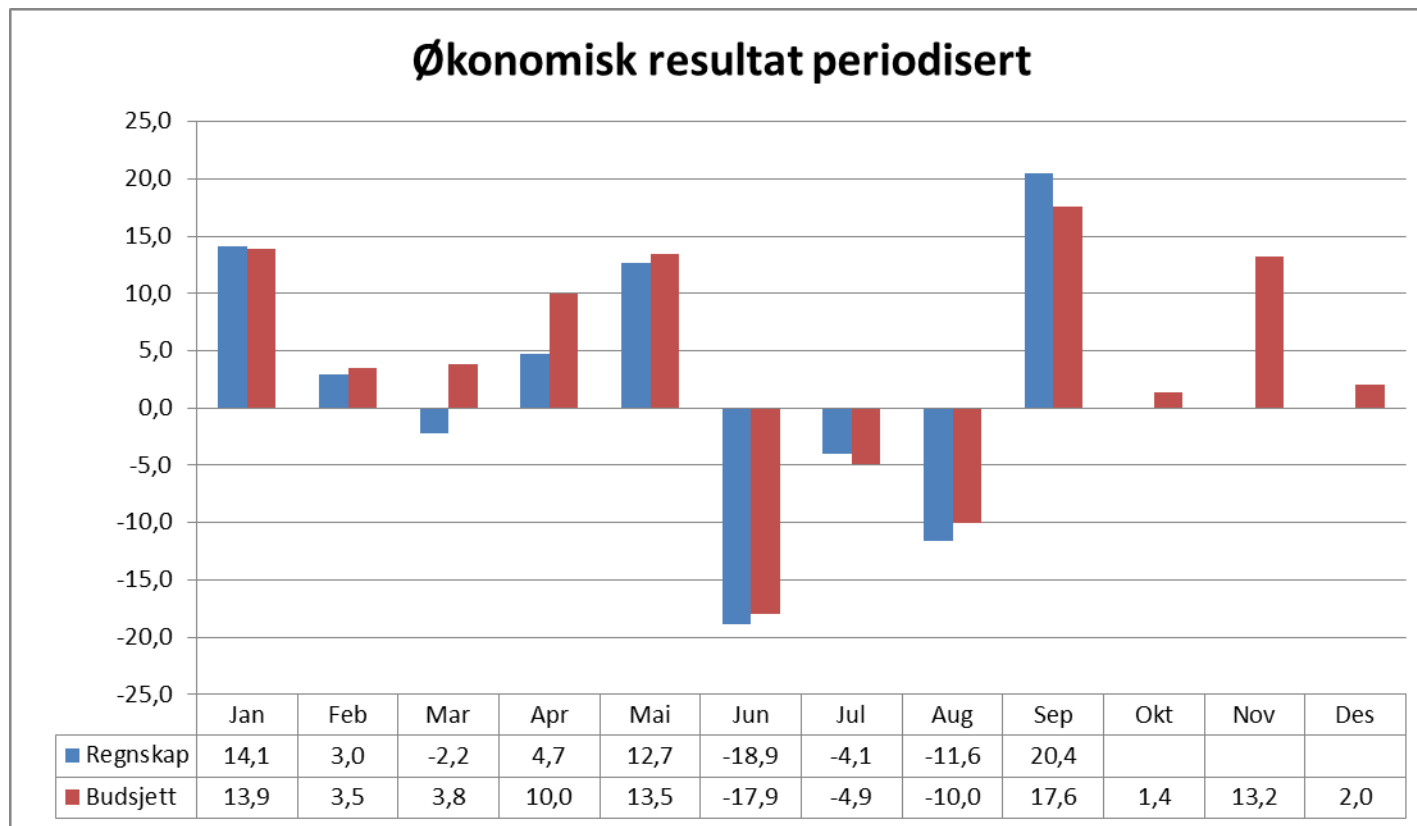


Akkumulert per sept		2013		2012
Antall liggedager		488		385
Antall pasienter		94		83

Økonomisk resultat

Alle ansvarssteder	Denne periode			Hittil i år		
Resultat	Regnskap	Budsjett	Avvik	Regnskap	Budsjett	Avvik
Driftsinntekter	224 977	225 361	-384	1 841 933	1 833 794	8 138
Varekostnader	-32 995	-31 366	-1 629	-292 858	-280 886	-11 972
Lønnskostnader	-137 744	-137 960	215	-1 205 932	-1 184 427	-21 505
Andre driftskostnader	-34 397	-38 918	4 521	-329 606	-343 446	13 840
Driftskostnader	-205 136	-208 243	3 108	-1 828 396	-1 808 760	-19 636
Driftsresultat	19 841	17 118	2 723	13 536	25 034	-11 498
Finansresultat	603	468	135	4 667	4 318	350
Netto resultat	20 444	17 588	2 857	18 203	29 351	-11 147
Avvik knyttet til ny aktuarberegning	-1 001		-1 001	-9 058		-9 058
Netto resultat korrigert for avvik aktuarberegning	19 443	17 588	1 856	9 145	29 351	-20 205

Økonomisk resultat (2)



Resultat krav: 46,0 mill. kr i positiv årsresultat (overskudd)

Årsprognose

Alle ansvarssteder		Hele året	
Resultat	Budsjett 2013	Prognose 2013	Avvik budsjett - prognose
Driftsinntekter	2 483 446	2 491 446	8 000
Varekostnader	-382 689	-397 689	-15 000
Lønnskostnader	-1 593 069	-1 618 977	-25 908
Andre driftskostn (6)	-405 260	-405 260	0
Andre driftskostn (7)	-62 149	-42 149	20 000
Driftskostnader	-2 443 167	-2 464 075	-20 908
Driftsresultat	40 278	27 371	-12 907
Finansresultat	5 722	5 722	0
Netto resultat	46 000	33 092	-12 907
Avvik knyttet til ny aktuarberegning		-12 092	-12 092
Netto resultat korrigert for avvik aktuarberegning	46 000	21 000	-25 000

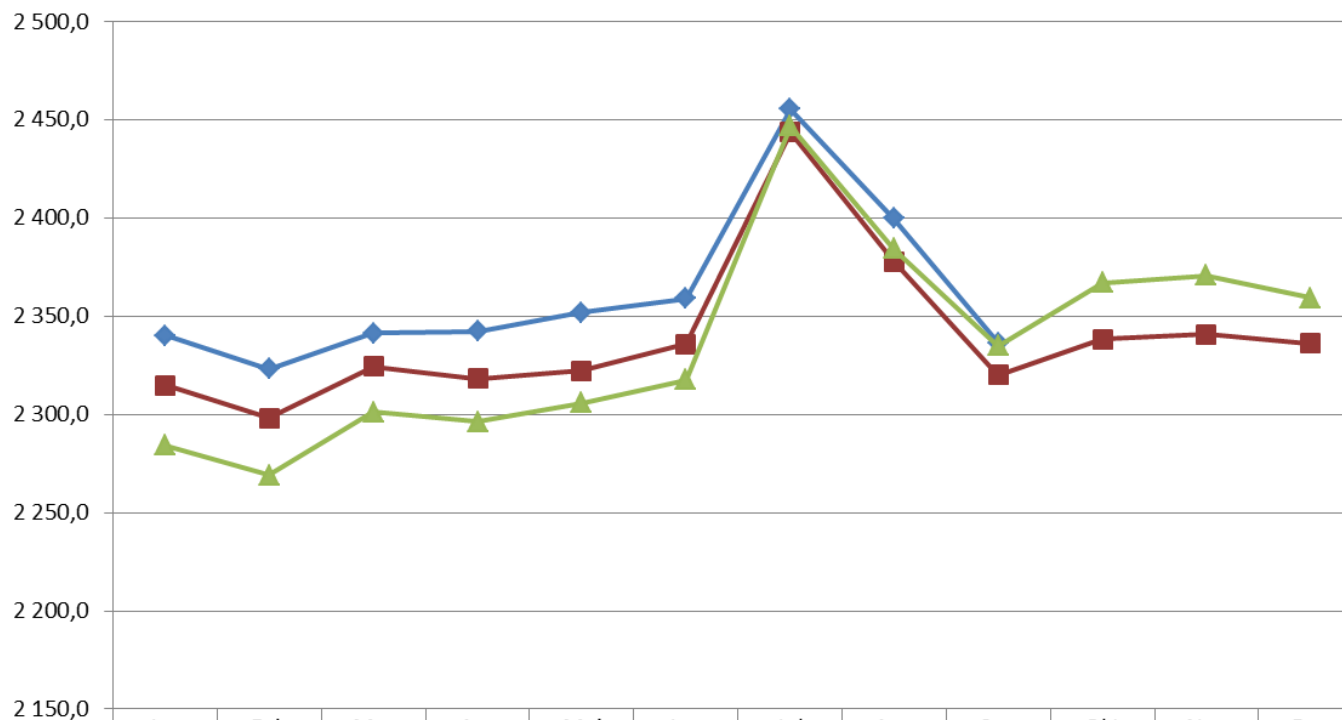
Aktuarberegningen fra KLP primo februar 2013 viser for Helse Nord-Trøndelag en pensjonskostnad som er 12,1 mill. kr lavere enn den som la til grunn da budsjett 2013 ble laget og som var forutsett i statsbudsjett (St.prp.nr. 1 2012-2013).

Det er p.d. ikke gjort noe vurderingen om den lavere pensjonskostnad vil medføre et økt resultatkrav.

Årsprognosen for 2013 på vanlig drift forutsettes å være i tråd med budsjett 2013. Lavere pensjonskostnader forutsettes dermed å gi en tilsvarende forbedring i netto resultat

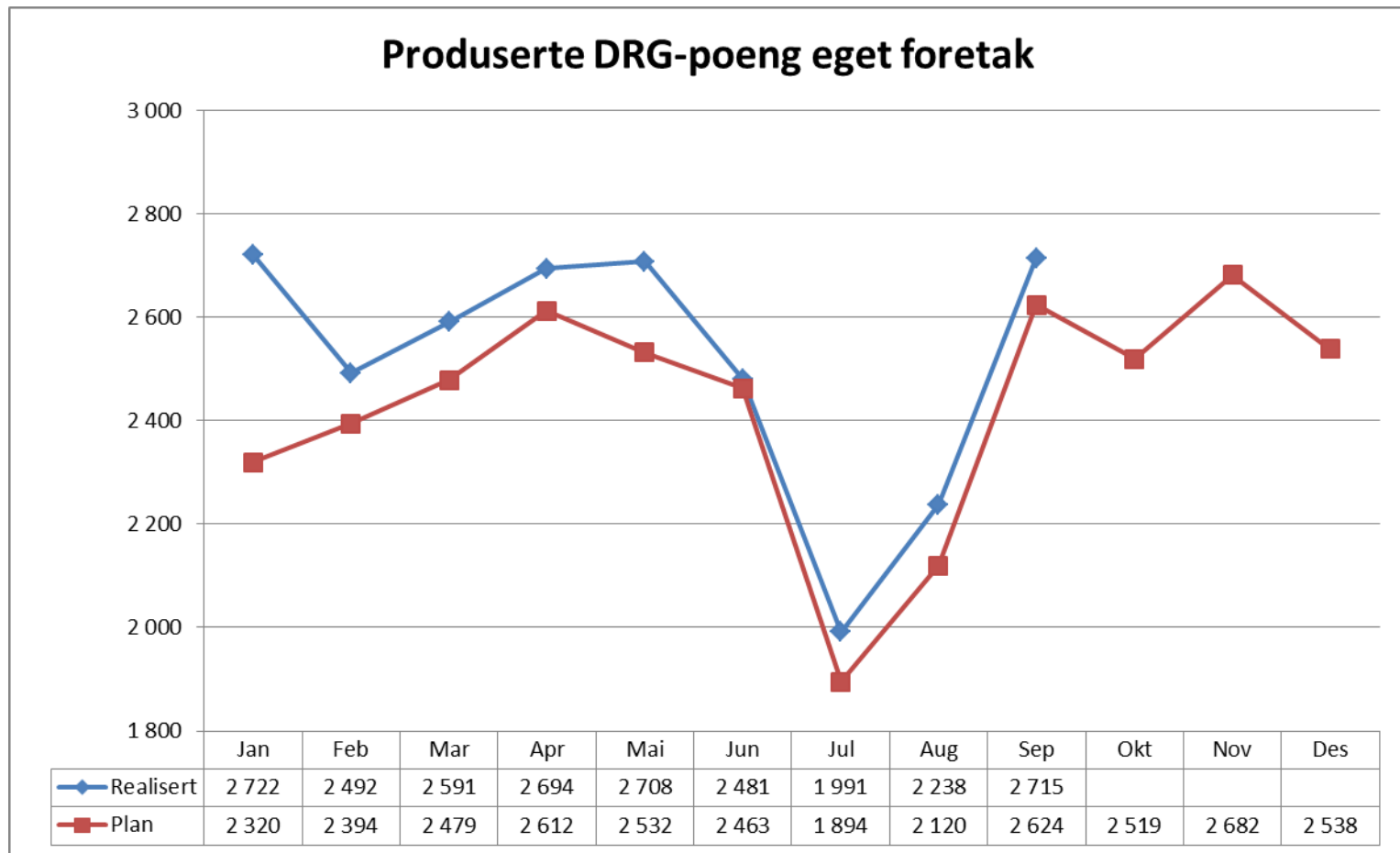
Brutto månedsverk utbetalt

Utvikling brutto månedsverk totalt per periode



Akkumulert per september	2013 Faktisk	2013 Plan	2012 Faktisk
Brutto mnd verk fast lønn	20 552,2	20 215,8	20 201,3
Brutto mnd verk variabel lønn	697,9	839,3	739,1
Brutto mnd verk totalt	21 250,1	21 055,1	20 940,4

Aktivitet somatikk (DRG-poeng eget foretak)

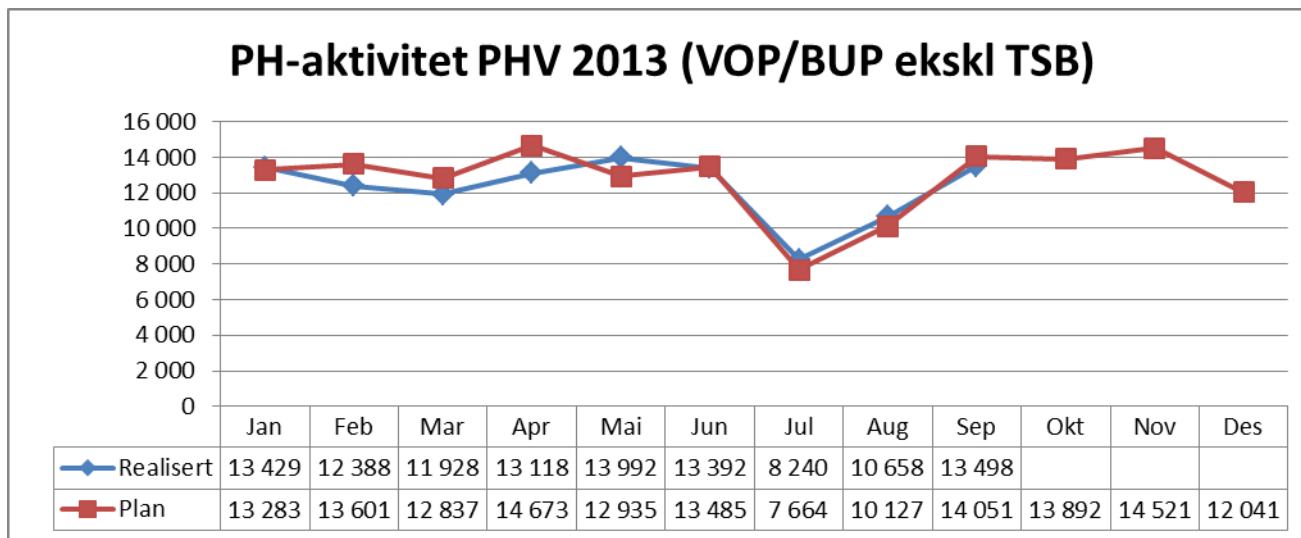


Per september	Denne periode			Hittil i år		
	Realisert	Plan	Oppnåelse	Realisert	Plan	Oppnåelse
DRG-aktivitet (totalt)	2 715	2 624	103,5 %	22 632	21 439	105,6 %

Aktivitet somatikk (DRG-poeng eget foretak)

Aktivitet somatikk 2013	Hittil i år			Totalt for året			
Antall DRG-poeng	Realisert	Budsjett	Avvik %	Prognose	Budsjett	Avvik	Avvik %
Egne pasienter behandlet i egen region	21 978	20 856	5,4 %	0	28 390		
Kjøp fra andre regioner	1 201	1 060	13,3 %	0	1 413		
Antall produserte DRG-poeng "Sørge for"	23 179	21 916	5,8 %	31 589	29 803	1 786	6,0 %
Gjestepasienter fra andre regioner	654	583	12,3 %	0	789		
Antall produserte DRG-poeng i eget foretak	22 632	21 439	5,6 %	30 937	29 179	1 758	6,0 %

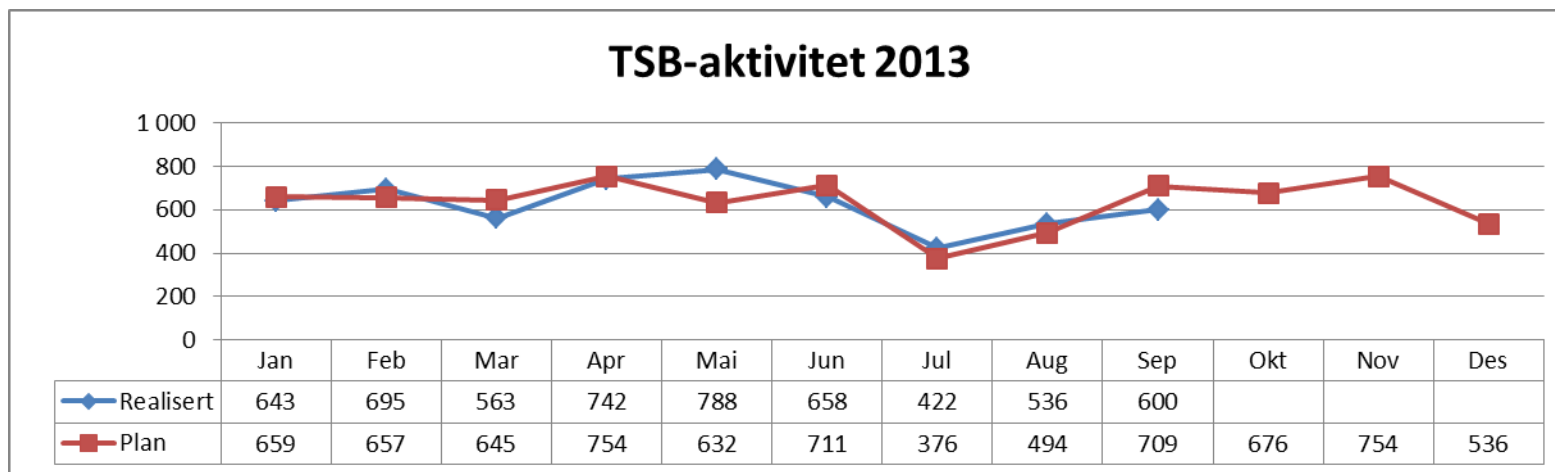
PH-aktivitet VOP og BUP (ekskl. TSB)



Akkumulert pr september	Denne periode			Hittil i år		
	Realisert	Plan	Oppnåelse	Realisert	Plan	Oppnåelse
PH-aktivitet PHV	13 498	14 051	96,1 %	110 644	112 657	98,2 %

PH-aktivitet er et aktivitetsbegrep innenfor psykiatrien som vi blir målt på av Helse Midt-Norge RHF i 2013. PH-aktivitet består av (vektede) antall v-konsultasjoner, oppholdsdøgn og utskrevne pasienter

TSB-aktivitet



Akkumulert per september	Denne periode			Hittil i år		
	Realisert	Plan	Oppnåelse	Realisert	Plan	Oppnåelse
TSB-aktivitet	600	709	84,6 %	5 646	5 637	100,2 %

TSB-aktivitet er et aktivitetsbegrep innenfor rusbehandlingen som vi blir målt på av Helse Midt-Norge RHF i 2013. TSB-aktivitet består av (vektede) antall v-konsultasjoner, oppholdsdøgn og utskrevne pasienter

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 49/2013 Møteplan 2014

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	23.10.13	49/2013
Saksbeh:	Marit Røvik Skjerve	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2013/3641	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret avholder 7 møter i 2014 på følgende datoer:

24. februar
24. mars
12. mai
16. juni
22. september
27. oktober
24. november

SAKSUTREDNING:
Sak 49/2013 Møteplan 2014

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

- Utkast til møteplan 2014 fra Helse Midt-Norge

Helse Midt-Norge har, som tidligere år, utarbeidet forslag til møtekalender med utgangspunkt i RHF styrets møter og leveringsfrister for årshjulsaktiviteter.

Møtekalenderen er veiledende, men som oversikten viser er det få ledige datoer, og evt. endringer vil derfor virke inn på den helhetlige planen.

Utkast til Møteplan 2014

RHF	Helsebygg	RBU	HNT	HMR/ APO	STO/ AMN
	AU reg tillitsvalgte		1	Direktørmøte	
	Gjennomgående intern møtedag		1	Konsernsamling	
	Foretaksmøter			Styreleder og dir-møte	
				Felles møter RHF og HF styre	

Dialogmøter

Fridager

Dato 120913

JANUAR						
M	T	O	T	F	L	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

FEBRUAR						
M	T	O	T	F	L	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28		

MARS						
M	T	O	T	F	L	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

APRIL						
M	T	O	T	F	L	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28*	29	30				

Telefo

MAI						
M	T	O	T	F	L	S
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

JUNI						
M	T	O	T	F	L	S
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16*	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29

* RBU

JULI						
M	T	O	T	F	L	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

AUGUST						
M	T	O	T	F	L	S
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

SEPTEMBER						
M	T	O	T	F	L	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

OKTOBER						
M	T	O	T	F	L	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

NOVEMBER						
M	T	O	T	F	L	S
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30

DESEMBER						
M	T	O	T	F	L	S
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

HELSE NORD-TRØNDELAG HF

STYRET

Sak 50/2013 Orienteringssaker

Saken behandles i:	Møtedato	Møtesaksnummer
Styret for Helse Nord-Trøndelag HF	23.10.13	50/2013
Saksbeh:	Marit Røvik Skjerve	
Arkivkode:	012	
Saksmappe:	2013/3641	

ADM. DIREKTØRS INNSTILLING:

Styret tar sakene til orientering.

SAKSUTREDNING:
Sak 50/2013 Orienteringssaker

VEDLEGG OG ANDRE SAKSDOKUMENTER

1. Møteprotokoll styret i Helse Midt-Norge 03.10.13
2. Protokoll fra møte i Administrativt samarbeidsutvalg 03.10.13
3. Protokoll fra møte i Brukerutvalget 21.10.13
4. Budsjett 2014
5. Status helsefremmende sykehus
6. Andre orienteringer

HELSE MIDT-NORGE RHF STYRET MØTEPROTOKOLL

Møtetid 03.10.13 kl 08.30 - kl 12.55
Møtested: Quality Airport Værnes
Saksnr.:71/13 – 80/13
Arkivsaksnr.: 2012/563

Møtende medlemmer:

Marthe Styve Holte
Kåre Gjønnnes (tom sak 80/13)
Ottar B. Guttelvik
Tore Kristiansen
Rune Heggedal
Bjørge Henriksen
Tore Brudeseth
Vigdis Harsvik
Eva Vinje Aurdal
Kjersti Tommelstad
Ellen Marie Wøhni
Trond Prytz

Forfall:

Gunn Iversen Stokke

Regionalt brukerutvalg:

Brit Haugdal
Laila Langerud

Fra administrasjonen møtte:

Adm. dir. Trond Michael Andersen
Administrasjonsleder Rita Bjørgan Holand (referent)
Direktør for stab og prosjektstyring Ingerid Gunnerød
Kommunikasjonsdirektør Tor Harald Haukås
Direktør for helsefag, forskning og utdanning Henrik A. Sandbu
Økonomidirektør Anne Marie Barane
Samhandlingsdirektør Daniel Haga
Seniorrådgiver Trond Håvard Eidet
Prosjektleder Jan Eirik Thoresen
Internrevisjonssjef Ellinor Wessel Pettersen

Merknader:

Innkalling til møtet ble sendt med e-post 26.09.13. Samme dag ble saksdokumentene, med unntak av sak 72/13 Statusrapport Helse Midt-Norge pr. 31.08.13 lagt ut i styreadministrasjonen. Denne ble lagt ut fredag 27.09.13. Tirsdag 01.10.13 ble drøftingsprotokoll til sak 76/13 lagt ut i styreadministrasjonen.

Onsdag 02.10.13 ble det meldt en ny sak til styremøtet – sak 80/13 Pasientreiser når nærmeste behandlingssted ligger over regiongrensa. Sakspapirene til denne sak ble lagt ut i styreadministrasjonen samme dag og omdelt i møtet.

Følgende dokumenter ble omdelt i møtet:

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 30.09.13
- Ny innkalling – datert 02.10.13
- Sak 80/13 Pasientreiser når nærmeste behandlingssted ligger over regiongrensa med vedlegg

Dagen før styremøtet var det seminar for styret hvor tema var pasientsikkerhet og kvalitet.

Styret gjennomførte sin egenevaluering onsdag 2. oktober 2013.

Styreleder Marthe Styve Holte ønsket velkommen til styremøtet.

Ny sak 80/13 ble vedtatt behandlet i møtet.

Styreleder Marthe Styve Holte foreslo at sak 80/13 behandles før sak 77/13.

Innkalling og saksliste ble godkjent

Sak 71/13 Referatsaker

- Referat fra møte i Regionalt brukerutvalg 30.09.13
- Protokoll fra møte i revisjonsutvalget 19. september 2013

Sak 72/13 Statusrapport Helse Midt-Norge pr august 2013

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF tar den rapporterte utviklingen for aktivitet, kvalitet og bemanning til etterretning.
2. Prognosen for årsresultat pr august viser at regionen med stor sannsynlighet ikke vil nå budsjettert mål i 2013. For at dette ikke skal påvirke handlingsrommet i langtidsperioden må helseforetakene snarlig sette i verk tiltak som gir helårseffekt i 2014. Styret ber administrerende direktør om å ha et spesielt fokus på dette i budsjettarbeidet for 2014 for å sikre et bærekraftig økonomisk fundament. Det er samtidig viktig å opprettholde et sterkt fokus på tiltak for 2013.
3. Styret ber styrene i helseforetakene om å sørge for at målene om ventetider under 65 dager og null fristbrudd nås

Protokoll

Styreleder Marthe Styve Holte fremmet forslag om et punkt 4:

4. Styret ber adm. dir sørge for rutiner slik at styret i Helse Midt-Norge får status om foretaksprotokoll og styringsdokument fra HFene med risikovurdering senest ved 2. tertial

Styreleder Marthe Styve Holte og styremedlem Tore Kristiansen fremmet i fellesskap forslag om et tillegg til pkt 3.

3. Styret ber styrene i helseforetakene om å sørge for at målene om ventetider under 65 dager og null fristbrudd nås, og at helseforetakene i langt større grad når resultat i forhold til budsjett 2013.

Det ble stemt over pkt 1 og pkt 2 samlet. Disse ble enstemmig vedtatt.

Ved votering av pkt 3 ble det votert alternativt over opprinnelig forslag til vedtak og framlagte forslag med tillegg til punktet. Forslag med tillegg ble vedtatt mot 3 stemmer (Rune Heggedal, Ottar Brage Guttelvik og Bjørg Henriksen).

Det ble til sist votert over forslag om et punkt 4. Dette ble enstemmig vedtatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

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

2. Prognosen for årsresultat pr august viser at regionen med stor sannsynlighet ikke vil nå budsjettert mål i 2013. For at dette ikke skal påvirke handlingsrommet i langtidsperioden må helseforetakene snarlig sette i verk tiltak som gir helårseffekt i 2014. Styret ber administrerende direktør om å ha et spesielt fokus på dette i budsjettarbeidet for 2014 for å sikre et bærekraftig økonomisk fundament. Det er samtidig viktig å opprettholde et sterkt fokus på tiltak for 2013.

3. Styret ber styrene i helseforetakene om å sørge for at målene om ventetider under 65 dager og null fristbrudd nås, og at helseforetakene i langt større grad når resultat i forhold til budsjett 2013.

4. Styret ber adm. dir sørge for rutiner slik at styret i Helse Midt-Norge får status om foretaksprotokoll og styringsdokument fra HFene med risikovurdering senest ved. 2. tertial

Sak 73/13 Helsebygg Midt-Norge - tertialrapport 2. tertial 2013

Forslag til vedtak:

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar Helsebygg Midt-Norges tertialrapport 2. tertial 2013 til etterretning.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret for Helse Midt-Norge RHF tar Helsebygg Midt-Norges tertialrapport 2. tertial 2013 til etterretning.

Sak 74/13 Halvårsrapport 1. halvår 2013 for internrevisjonens og revisjonsutvalgets virksomhet

Revisjonsutvalgets forslag til vedtak:

Styret tar halvårsrapport 1. halvår 2013 for internrevisjonen og revisjonsutvalget til orientering.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret tar halvårsrapport 1. halvår 2013 for internrevisjonen og revisjonsutvalget til orientering.

Sak 75/13 Internrevisjonsrapporter - intern styring og kontroll med bruk og utnyttelse av elektronisk pasientjournal

Revisjonsutvalgets forslag til vedtak:

1. Styret tar oppsummeringsrapport med vedlagte delrapporter til orientering og forutsetter at de anbefalinger som fremkommer i rapportene følges opp snarest i de reviderte foretakene.
2. Styret har merket seg at de reviderte enhetene ikke har gjennomført tilstrekkelig intern styring og kontroll i forhold til bruk og utnyttelse av EPJ-systemene. Styret antar at dette er en utfordring også for de øvrige klinikker/avdelinger i foretaksgruppen.
3. Styret ber administrerende direktør om at det settes spesielt fokus på intern styring og kontroll i bruk og utnyttelsen av EPJ-systemene i hele foretaksgruppen.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret tar oppsummeringsrapport med vedlagte delrapporter til orientering og forutsetter at de anbefalinger som fremkommer i rapportene følges opp snarest i de reviderte foretakene.
2. Styret har merket seg at de reviderte enhetene ikke har gjennomført tilstrekkelig intern styring og kontroll i forhold til bruk og utnyttelse av EPJ-systemene. Styret antar at dette er en utfordring også for de øvrige klinikker/avdelinger i foretaksgruppen.
3. Styret ber administrerende direktør om at det settes spesielt fokus på intern styring og kontroll i bruk og utnyttelsen av EPJ-systemene i hele foretaksgruppen.

Sak 76/13 Etablering av Nasjonal IKT HF som felleseid RHF virksomhet

Forslag til vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar at Helse Midt-Norge RHF, i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene, etablerer Nasjonal IKT som et HF (Nasjonal IKT HF).
2. Styret slutter seg til at Helse Midt-Norge RHF skal ha en eierandel og finansieringsandel på 25 prosent av Nasjonal IKT HF. Etableringen skjer i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene og i henhold til likelydende styrevedtak.
3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å oppnevne Torbjørg Vanvik og Jan Eirik Thoresen til foretaksstyre for Nasjonal IKT HF og stiller seg bak det samlede forslag til styresammensetning (kapittel 3.11).
4. Styret slutter seg til at Nasjonal IKT HF har sitt hovedkontor i Oslo / Akershus.
5. Som ledd i stiftelsen skal hver eier (de fire regionale helseforetak) skyte inn ett innskudd på 1,25 millioner kroner

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar at Helse Midt-Norge RHF, i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene, etablerer Nasjonal IKT som et HF (Nasjonal IKT HF).
2. Styret slutter seg til at Helse Midt-Norge RHF skal ha en eierandel og finansieringsandel på 25 prosent av Nasjonal IKT HF. Etableringen skjer i samarbeid med

de øvrige regionale helseforetakene og i henhold til likelydende styrevedtak.

3. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å oppnevne Torbjørgh Vanvik og Jan Eirik Thoresen til foretaksstyre for Nasjonal IKT HF og stiller seg bak det samlede forslag til styresammensetning (kapittel 3.11).

4. Styret slutter seg til at Nasjonal IKT HF har sitt hovedkontor i Oslo / Akershus.

5. Som ledd i stiftelsen skal hver eier (de fire regionale helseforetak) skyte inn ett innskudd på 1,25 millioner kroner

Sak 80/13 Pasientreiser når nærmeste behandlingssted ligger over regiongrensa (felles alle RHF)

Saken ble behandlet før sak 77/13.

Forslag til vedtak:

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtale med dei andre regionale helseforetakene som seier at pasienten betaler ikkje høgare eigendel når reisa er til næraste stad ein kan gi behandling, uavhengig av om dette er over regionsgrensa.

Protokoll

Det ble ikke fremmet alternative forslag.

Styret i Helse Midt-Norge RHF gjorde slikt

Vedtak

Styret gir administrerende direktør fullmakt til å inngå avtale med dei andre regionale helseforetakene som seier at pasienten betaler ikkje høgare eigendel når reisa er til næraste stad ein kan gi behandling, uavhengig av om dette er over regionsgrensa.

Sak 77/13 Orienteringssaker

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

I styremøte 03.10.13 ble styret i Helse Midt-Norge RHF gitt følgende orienteringer:

- Nytt fra foretaksgruppen
- Medieanalyse 2. tertial
- AMK Struktur i Helse Midt-Norge
- Jobbglding
- Akuttmttak
- Oppgaver utført av ambulanse personell i Helse Møre og Romsdal HF

Sak 78/13 Eventuelt

Det var ingen saker under eventuelt

Sak 79/13 Godkjenning og signering av protokoll

Protokoll ble godkjent og signeres i neste møte

Stjørdal 03.10.13

Marthe Styve Holte

Kåre Gjønnnes

Vigdis Harsvik

Ottar B. Guttevik

Tore Kristiansen

Gunn Iversen Stokke

Trond Prytz

Kjersti Tommelstad

Eva Vinje Aurdal

Rune Heggedal

Tore Brudeseth

Ellen Wøhni

Björg Henriksen

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL**

Møtetid: 03.10.13 kl. 10.00 – 14.00
Møtested: Fylkets Hus, Steinkjer
Saksnr.: 31/2013 - 41/2013
Arkivsaksnr: 2013/509

Møteleder: Arne Flaata (ledet møtet fra kl. 1030, sak 33/2013)

Møtende medlemmer:

Arne Flaata
Jakob Br. Almlid
Gudrun Fossem
Runar Asp
Ragnhild H. Aunsmo
John Ivar Toft
Eli Hansen (ledet møtet under sak 31 og 32/2013)
Øystein Sende

Forfall:

Rønnaug Aaring
Hilde Ranheim
Håkon Kolstrøm
Paul Georg Skogen

Varamedlem: Olav Bremnes møtte for Hilde Ranheim

Møtende repr. med møte og talerett:

Laila Steinmo, KS
Marit Voll, KS
Sølvi Sæther, ansattrepresentant Helse Nord-Trøndelag
Torgeir Skevik, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag
Laila Roel, brukerrepresentant, møtte for Hildur Fallmyr
Tove Randi Olsen, ansattrepresentant KS

Fra administrasjonen i Helse Nord-Trøndelag møtte:
Rådgiver Marit Røvik Skjerve (referent)

Merknader til innkalling og sakliste:

Ingen merknader til innkalling og sakliste.

Sak 36/13 ble behandlet før sak 33/13, øvrige saker etter saklisten.

Innkalling utsendt pr. e-post 25.09.13.

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 31/2013 Godkjenning av protokoll fra møte 11.06.13****Protokoll:**

Møteleder viste til protokollen.

Merknad til protokollen: Hvem som ble oppnevnt som ansvarlig for innkalling til første møte og konstituering av fagrådet for samhandling innen smittevern er ikke protokollert, jf. sak 24/13.

Vedtak:

Protokoll fra møte 11.06.13 godkjennes.

Oppnevning av ansvarlig for innkalling til første møte og konstituering av fagrådet for samhandling innen smittevern (jf. sak 24/2013), behandles under sak 41/2013 Eventuelt.

Sak 32/2013 ASU – arbeidsform, sammensetning og representasjon**Forslag til vedtak:**

Nytt pkt. i samarbeidsavtalen:

6.2.2 g) Leksvik kommune har møte og talerett – saker som skal fremmes fra Leksvik kommune, fremmes i ASU via en av kommuneregionene.

Følgende punkter i avtalens pkt 6.2.2 endres:

e) *Ansattrepresentanter, en fra kommunesektoren og en fra spesialisthelsetjenesten med møte og talerett.* – endres til: ansattrepresentanter 2 fra kommunesektoren og 2 fra spesialisthelsetjenesten.

ASU slutter seg for øvrig til forslagene til organisering av saksforberedelser og saker til ASU i tråd med saksutredningen.

Protokoll:

Eli Hansen gjennomgikk saksframlegget.

Vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg slutter seg til forslaget om følgende endring i Samarbeidsavtalen:

- Nytt pkt. i samarbeidsavtalen:

6.2.2 g) Leksvik kommune har møte og talerett – saker som skal fremmes fra Leksvik kommune, fremmes i ASU via en av kommuneregionene.

- Punkt 6.2.2 e) *Ansattrepresentanter, en fra kommunesektoren og en fra spesialisthelsetjenesten med møte og talerett* endres til:

Ansattrepresentanter, to fra kommunesektoren og to fra spesialisthelsetjenesten med møte og talerett.

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL**

ASU slutter seg for øvrig til forslagene til organisering av saksforberedelser og saker til ASU i tråd med saksutredningen.

Sak 33/2013 ASU's rolle mht. oppfølging av tjenesteavtale 1**Forslag til vedtak:**

1. Tjenesteavtale 1 skal sees i sammenheng med Samarbeidsavtalen.
2. Parten som initierer en endring som er eller kan være av betydning for Samarbeidsavtalen og tjenesteavtalene, har et selvstendig ansvar for å bringe saken inn til ASU for drøfting jf Samarbeidsavtalen pkt. 6.2.3 c).
3. Hvis dette ikke blir gjort, kan begge parter tviste på endring i oppgave- og ansvarsfordeling jf Samarbeidsavtalen pkt. 10 a)
4. Planlegges det oppgaveoverføring mellom partene, fordi enkelte pasientgrupper kan profitere på det, skal punktene i tjenesteavtale 1 pkt. 4.1 «Endring i oppgavefordelingen» oppfylles.
5. ASU må se på hvilke andre ytre instanser som det er behov for å samarbeide med, for å få gode pasientforløp og god samhandling.

Protokoll:

Laila Steinmo orienterte om saken.

Vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg slutter seg til følgende forslag:

1. Tjenesteavtale 1 skal sees i sammenheng med Samarbeidsavtalen.
2. Parten som initierer en endring som er eller kan være av betydning for Samarbeidsavtalen og tjenesteavtalene, har et selvstendig ansvar for å bringe saken inn til ASU for drøfting jf Samarbeidsavtalen pkt. 6.2.3 c).
3. Hvis dette ikke blir gjort, kan begge parter tviste på endring i oppgave- og ansvarsfordeling jf Samarbeidsavtalen pkt. 10 a)
4. Planlegges det oppgaveoverføring mellom partene, fordi enkelte pasientgrupper kan profitere på det, skal punktene i tjenesteavtale 1 pkt. 4.1 «Endring i oppgavefordelingen» oppfylles.
5. ASU må se på hvilke andre ytre instanser som det er behov for å samarbeide med, for å få gode pasientforløp og god samhandling.

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL****Sak 34/2013 Fagråd, fagnettverk og samarbeidsfora - oppgavefordeling****Forslag til vedtak:**

ASU slutter seg til prinsipper og organisering av fagråd, fagnettverk og samarbeidsfora.

Mandat for oppfølging av samarbeidsavtaler til følgende fora og nettverk legges fram på neste møte i ASU:

- Det opprettes et fagråd for kvalitet og pasientsikkerhet. Mandat og representasjon legges fram i neste møte
- Koordinatorforum får i oppdrag å følge opp tjenesteavtale 2 – mandat legges fram i neste møte
- Samarbeidsorganet mellom HiNT, kommunene og HNT (som er under etablering), får i oppdrag å følge opp tjenesteavtale 6 og 7 – mandat legges fram i neste møte
- Personellnettverket gis et oppdrag mht. å utarbeide retningslinjer for hospitering – mandat legges fram i neste møte
- Kompetansenettverket for helsefremmende og forebyggende arbeid får i oppdrag å følge opp tjenesteavtale 10 – mandat legges fram i neste møte.
- Operasjonalisering av avtale 11 – legges fram i neste møte

Protokoll:

Eli Hansen gjorde rede for saken.

Vedtak:

ASU slutter seg til prinsipper og organisering av fagråd, fagnettverk og samarbeidsfora.

Mandat for oppfølging av samarbeidsavtaler til følgende fora og nettverk legges fram på neste møte i ASU:

- Det opprettes et fagråd for kvalitet og pasientsikkerhet. Mandat og representasjon legges fram i neste møte
- Koordinatorforum får i oppdrag å følge opp tjenesteavtale 2 – mandat legges fram i neste møte
- Samarbeidsorganet mellom HiNT, kommunene og HNT (som er under etablering), får i oppdrag å følge opp tjenesteavtale 6 og 7 – mandat legges fram i neste møte
- Personellnettverket gis et oppdrag mht. å utarbeide retningslinjer for hospitering – mandat legges fram i neste møte
- Kompetansenettverket for helsefremmende og forebyggende arbeid får i oppdrag å følge opp tjenesteavtale 10 – mandat legges fram i neste møte.
- Operasjonalisering av avtale 11 – legges fram i neste møte

Sak 35/2013 Rutiner for endring av samarbeidsavtale og tjenesteavtaler mellom kommuner og HNT**Forslag til vedtak:**

Rutiner for endringer av tjenesteavtaler.

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL**

1. Arbeidsutvalget (AU) utarbeider et saksframlegg til ASU
2. Partene har ansvar for å drøfte forslagene i egen organisasjon før saken behandles i ASU.
3. Endringer drøftes og vedtas i ASU som en anbefaling for formell godkjenning mellom HNT og den enkelte kommune
4. Revidert avtale oversendes partene for formelle vedtak
5. Når vedtak er formalisert, legges revidert avtale med underskrifter ut på HNT's samhandlingssider
6. Endringer synliggjøres i avtalen med revisjonsnummer, hvor det går fram når avtalene er ble behandlet i ASU. (jfr. vedlegg til saken)

Protokoll:

Olav Bremnes gjorde rede for saken.

Marit Voll foreslo at KS avklarer en praktisk gjennomføring med godkjenning av endringer av avtaler med kommunene, og hvordan dette kan delegeres.

Vedtak:

Rutiner for endringer av tjenesteavtaler.

1. Arbeidsutvalget (AU) utarbeider et saksframlegg til ASU
2. Partene har ansvar for å drøfte forslagene i egen organisasjon før saken behandles i ASU.
3. Endringer drøftes og vedtas i ASU som en anbefaling for formell godkjenning mellom HNT og den enkelte kommune
4. Revidert avtale oversendes partene for formelle vedtak
5. Når vedtak er formalisert, legges revidert avtale med underskrifter ut på HNT's samhandlingssider
6. Endringer synliggjøres i avtalen med revisjonsnummer, hvor det går fram når avtalene er ble behandlet i ASU. (jfr. vedlegg til saken)

KS v/Marit Voll, avklarer en praktisk gjennomføring med godkjenning av endringer av avtaler med kommunene, og hvordan dette kan delegeres.

Sak 36/2013 Bekymring ang. organisering av tjenesten i kommunene rundt pasienter/brukere med psykiske lidelser**Forslag til vedtak:**

ASU tar saken til orientering og foreslår følgende saksgang ved slike problemstillinger:

- Saken tas opp i dialogmøter med kommuneregionene
- Der det er saker som gjelder hele- eller store deler av Nord-Trøndelag, meldes saken inn til fagråd for kvalitet og pasientsikkerhet

Protokoll:

Hilde Ranheim ga en orientering om bakgrunn for saken.

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL**

Jacob Br. Almlid foreslo følgende tilleggspunkt:

- Eventuelle bekymringer som gjelder bestemte kommuner, må tas opp med de aktuelle kommunene.

Vedtak:

ASU tar saken til orientering og foreslår følgende saksgang ved slike problemstillinger:

- Saken tas opp i dialogmøter med kommuneregionene
- Der det er saker som gjelder hele- eller store deler av Nord-Trøndelag, meldes saken inn til fagråd for kvalitet og pasientsikkerhet og gis tilbakemelding til ASU om hvordan dette følges opp.
- Eventuelle bekymringer som gjelder bestemte kommuner, må tas opp med de aktuelle kommunene.

Sak 37/2013 Koordinering av pasientforløp for pasienter med flere diagnoser, sammensatte og alvorlige helseproblemer**Forslag til vedtak:**

ASU, Administrativt samarbeidsutvalg, anmoder om at alle kommunene og Helse Nord-Trøndelag har fokus på å ivareta og koordinere tjenestene til kronikere og pasienter med sammensatte helseproblemer i sitt arbeid med pasientforløp.

Det utarbeides ett pasientforløp som er overordnet diagnoseforløpet, for pasienter med sammensatte problemstillinger.

Protokoll:

Gudrun Fossem la fram saken.

Det foreslås at AU følger opp siste punkt i forslaget, og kommer tilbake med forslag til løsning.

Vedtak:

ASU, Administrativt samarbeidsutvalg, anmoder om at alle kommunene og Helse Nord-Trøndelag har fokus på å ivareta og koordinere tjenestene til kronikere og pasienter med sammensatte helseproblemer i sitt arbeid med pasientforløp.

Det utarbeides ett pasientforløp som er overordnet diagnoseforløpet, for pasienter med sammensatte problemstillinger.

AU følger opp siste punkt i forslaget, og kommer tilbake med forslag til løsning på pasientforløp.

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)**MØTEPROTOKOLL****Sak 38/2013 Felles struktur for dialogmøtene****Forslag til vedtak:**

Forslag til retningslinjer for felles møtestruktur for dialogmøter mellom kommuneregionene og Helse Nord-Trøndelag bifalles.

Protokoll:

Ragnhild H. Aunsmo refererte saksframlegg og forslag til vedtak:

Utvalget drøftet framlagte forslag til møtestruktur, og foreslo følgende endring:

- Møtehyppigheten tilpasses behovet i hver region, henholdsvis ett vårmøte, ellers avtales flere møter pr. år ved nærmere behov.
- Saksframleggene skal være mindre omfattende enn gjeldende praksis for ASU-møtene.

Vedtak:

ASU vedtar framlagt forslag til retningslinjer for felles møtestruktur for dialogmøter mellom kommuneregionene og Helse Nord-Trøndelag med følgende endring:

- Møtehyppigheten tilpasses behovet i hver region, henholdsvis ett vårmøte, ellers avtales flere møter pr. år ved nærmere behov.
- Saksframleggene skal være mindre omfattende enn gjeldende praksis for ASU-møtene.

Sak 39/2013 Ny AMK-struktur i Helse Midt-Norge**Forslag til vedtak:**

ASU støtter prinsippet om egen AMK-sentral i hvert helseforetak og anser AMK Nord-Trøndelag som avgjørende for å videreutvikle samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i Nord-Trøndelag.

Protokoll:

John Ivar Toft redegjorde for saken.

Vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg støtter prinsippet om egen AMK-sentral i hvert helseforetak og anser AMK Nord-Trøndelag som avgjørende for å videreutvikle samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i Nord-Trøndelag.

Administrativt samarbeidsutvalg gir sin tilslutning til høringsuttalelsen fra Helse Nord-Trøndelag, og oppfordrer PSU og kommunene om å gjøre det samme.



HELSE NORD-TRØNDELAG

ADMINISTRATIVT SAMARBEIDSUTVALG (ASU)

MØTEPROTOKOLL

Sak 40/2013 Orienteringer

Protokoll:

- Orientering om overtakelse av rusforetaket

Elise Solheim, Rusforetaket orienterte fra prosessen og status på virksomhetsoverdragelsen av Rusforetaket til HF'ene.

- Styringsdata

Sveinung Aune, leder for Data- og analyseavdelingen i HNT la fram statistikk pr. august 2013, med utgangspunkt i:

- Utskrivningsklare pasienter
- Reinnleggelser
- Somatikk, avviksmeldinger jf. Samarbeidsavtalen.

Aune informerte i tillegg om at statistikk nå er tilgjengelig for - Henvisninger private Rehabiliteringsinstitusjoner (<http://www.hnt.no/no/Fagfolk/samhandling/Statistikk/Manedlig-statistikk/119567/>)

Vedtak:

Administrativt samarbeidsutvalg tar saken til orientering.

Administrativt samarbeidsutvalg ber om at det til neste møte fremmes sak om videreføring av de lovpålagte avtaler fra Rusforetaket til Helse Nord-Trøndelag.

Sak 41/2013 Eventuelt

- Administrativt samarbeidsutvalg oppnevner Eivind Steen (KS) som ansvarlig for innkalling til første møte og konstituering av fagrådet for samhandling innen smittevern.
- Evaluering av avtalene
Administrativt samarbeidsutvalg ber om at det høsten 2014 startes gjennomgang av avtalene, for å vurdere om avtalene skal evalueres. Planen legges i års-hjulet.
- Administrativt samarbeidsutvalg ber om at det til neste møte fremmes sak om videreføring av de lovpålagte avtaler fra Rusforetaket til Helse Nord-Trøndelag.
- Neste møte i Administrativt samarbeidsutvalg 14. november 2013.