

Helse Midt-Norge RHF - Styret

Vår ref.
2023/12 - 8707/2023

Deres ref.

Saksbehandler
Rita Bjørgan Holand

Dato
21.09.2023

Innkalling til styremøte i Helse Midt-Norge RHF 27. og 28 september 23

I samråd med styreleder kalles det inn til styremøte i Helse Midt-Norge RHF. Møtet starter onsdag 27. september kl 17.00 og fortsetter torsdag 28. september kl 0900.

Møtet finner sted på St Olavs hospital HF, møterom 30M11.

I etterkant av styremøtet vil styret få en omvisning ved St Olavs hospital HF.

AGENDA

SAK 98/23 Godkjenning av møteinnkalling og agenda

SAK 99/23 Vurdering av styremedlemmers habilitet

SAK 100/23 Administrerende direktør sin orientering

SAK 101/23 Referatsaker

Referat fra møte i Regionalt Brukerutvalg 25. september 23

Referat fra møte Godtgjøringsutvalg Midt-Norge 7. september 23

Svar på Purring - Bekymringsmelding ift videre utrulling av Helseplattformen (HP) i Helse Midt-Norge (HMN)

VEDTAKSAKER

SAK 102/23 Oppfølging av hovedsatsninger i regional utviklingsplan

SAK 103/23 Statusrapport Helse Midt-Norge pr 31.08.23

SAK 104/23 Helseplattformen status

SAK 105/23 Innspill Statsbudsjett 2025 (felles alle RHF)

ORIENTERINGSSAKER

SAK 106/23 Orienterings sak

Tema	Vedlegg
Revisjon av Helseplattformen – rapport utarbeidet av KPMG og NEO consulting for HP v1.0	x
Resultater fra medisinske kvalitetsregistre	

SAK 107/23 Eventuelt

SAK 108/23 Godkjenning av protokoll

Med vennlig hilsen

Stig A. Slørdahl
administrerende direktør

Rita Bjørgan Holand
Administrasjonsleder

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevne signaturer

List of Signatures

Page 1/1



Protokoll fra møte i Godtgjøringsutvalg 070923.pdf

Name	Method	Signed at
Brudeseth, Tore	BANKID	2023-09-20 12:02 GMT+02
Mjøen, Odd Inge	BANKID	2023-09-19 20:02 GMT+02
Forsmo, Siri	BANKID	2023-09-19 18:54 GMT+02



This file is sealed with a digital signature. The seal is a guarantee for the authenticity of the document.

External reference: 9495F17CAD174F37B6790FBD5745A83D

Godtgjøringsutvalg Helse Midt-Norge

Vår ref.
2015/450

Deres ref.

Saksbehandler
Rita Bjørgan Holand,

Dato
070923

Protokoll fra møte i Godtgjøringsutvalg Helse Midt-Norge 29. mars 2023

Til stede:

Fra godtgjøringsutvalget: Odd Inge Mjøen, Siri Forsmo Tore Brudeseth
Forfall: Ingen
Fra administrasjonen: Stig A. Slørdahl, Ingerid Gunnerød, Rita Bjørgan Holand

Sak 04/23 Arbeidsavtale ny administrerende direktør ved Helse Møre og Romsdal HF.

Ved en inkurie har arbeidsavtale med ny administrerende direktør ved Helse Møre og Romsdal HF blitt signert før avtalen ble lagt fram for Godtgjøringsutvalg Midt-Norge. Signert arbeidsavtale og signert tillegg til denne ble sendt ut til medlemmene i forkant av møtet.

Vedtak

Godtgjøringsutvalg Helse Midt-Norge tar arbeidsavtale med tillegg for ny administrerende direktør i Helse Møre og Romsdal HF til orientering.

Godtgjøringsutvalget påpeker at det er uheldig med 2 dokumenter og ber Helse Møre og Romsdal HF vurdere om disse to dokumentene kan slås sammen til en avtale.

Stjørdal,

Odd Inge Mjøen

Siri Forsmo

Tore Brudeseth



This file is sealed with a digital signature.
The seal is a guarantee for the authenticity
of the document.

Document ID:
9495F17CAD174F37B6790FBD5745A83D

Leger ved Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal HF

V/Bård Haugnes og Igor Jokic

Vår ref.
2022/524 - 8655/2023

Deres ref.

Saksbehandler
Gunn Fredriksen

Dato
07.09.2023

Purring - Bekymringsmelding ift videre utrulling av Helseplattformen (HP) i Helse Midt-Norge (HMN)

Det vises til brev av 2/9-23 underskrevet av Igor Jokic og Bård Haugnes, FTV Overlegeforeningen ved hhv HMR og HNT, der det etterlyses svar på udatert bekymringsmelding oversendt til Helse Midt-Norge RHF i april -23. Brevet som var uten avsender(e), hadde et vedlegg med signaturer fra 500 overleger ved Helse Nord-Trøndelag og Helse Møre og Romsdal.

Brevet ble mottatt i slutten av april, og følgende svar ble utarbeidet 6.6.23, men ikke oversendt på grunn av manglende avsendere.

Svar bekymringsmelding ift videre utrulling av Helseplattformen (HP) i Helse Midt-Norge (HMN)

Innføring av Helseplattformen er et viktig tiltak i Helse Midt-Norge sin Strategi 2030 og et sentralt veivalg i regional- og lokale utviklingsplaner. Målet er at Helseplattformen skal legge til rette for forbedring av helsetjenesten i Midt-Norge. Styret i Helse Midt-Norge RHF mener fortsatt at Helseplattformen er den riktige løsningen for å sikre en sammenhengende helsetjeneste i Midt-Norge, der én innbygger har én journal for sine møter med helsetjenesten.

Samtidig er det ingen tvil om at en har støtt på større utfordringer enn forventet ved innføringen på St. Olavs hospital, og at dette har bidratt til redusert produktivitet ved St. Olavs hospital og en potensiell risiko for pasientsikkerheten. Styret erkjenner at St. Olavs hospital er i en krevende situasjon som utgjør en belastning for ansatte og i forhold til aktivitetsnivå etter gjennomført kommandosenterperiode

Erfaringene så langt med innføring av Helseplattformen er at løsningen er mer krevende å ta i bruk enn opprinnelig antatt. Det er derfor behov for mer forberedelsesaktiviteter og opplæring hos helseforetakene enn eksisterende planer har tatt høyde for. Innføringen krever rask modning hos aktørene, som skal igjennom en krevende og kompleks endringsreise med store endringer i arbeidsprosesser og registreringspraksis. Denne utfordringen er forsterket av at løsningen har et krevende brukergrensesnitt på flere

områder. Det har i perioden fra innføringen ved St. Olavs hospital vært nedlagt et stort arbeid for å forbedre og optimalisere løsningen.

Styret i Helse Midt-Norge erkjenner at gjeldende innføringsplan for Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal HF ikke er gjennomførbar gitt at nødvending optimalisering, feilretting og opplæring ikke er ferdigstilt innen 15.05.2023 som forutsatt.

Styret i Helse Midt-Norge RHF behandlet i ekstraordinært styremøte den 16.05.2023, [sak 61/23](#) Revidert innføringsplan for Helseplattformen.

Styret gjorde følgende vedtak:

1. Styret i Helse Midt-Norge RHF vedtar følgende innføringsdato for Helseplattformen i helseforetakene:
 - Helse Møre og Romsdal HF 27.04.2024
 - Helse Nord-Trøndelag HF oktober/november 2024Innenfor den overordnede tidsrammen, og vedtatt rekkefølge, gis administrerende direktør fullmakt til å fastsette endelig dato for innføring i Helse Nord- Trøndelag samt ved behov gjøre mindre endringer i innføringstidspunktet for Helse Møre og Romsdal.
2. Styret i Helse Midt-Norge RHF forutsetter god styring av innføring i helseforetakene herunder kontroll på økonomi, risiko og fremdrift. Det er viktig med god intern kommunikasjon slik at ansatte får tillit og trygghet til løsningen og innføringsplanen. Det forutsettes at pålegg i tilsynsrapport fra Helsetilsynet blir fulgt opp.
3. Styret vil få seg forelagt en plan for innføring av Helseplattformen for de gjenværende helseforetakene i sitt neste styremøte i juni. Styret ber om å bli holdt løpende orientert om hvorvidt arbeidet med feilretting, optimalisering og opplæring går som planlagt slik at forutsetningene for videre innføring er oppfylt. Oppmerksomheten vil også være rettet mot kostnader for sykehusforetakene og Hemit – disse kartlegges og vil bli fulgt opp nøye framover.
4. Styret forutsetter at det utarbeides en ny revidert milepælsplan for feilretting og forbedring før videre innføring i sykehusene i Helse Midt-Norge. Styret ber om at denne fremlegges i juni.
5. Styret i Helse Midt-Norge erkjenner de ulempene endring av innføringsplanen gir for kommunene og ønsker god og tett dialog med kommunene i det videre samarbeidet.
6. Styret i Helse Midt-Norge RHF forventer at helseforetakene setter av nødvendige ressurser og bidrar i felles regional innføring for helseforetakene.
7. Styret gir administrerende direktør fullmakt til å øke bruk av risikoavsetningen for Helseplattformen fra 380 millioner kroner til 522 millioner kroner til innføring i Helse Nord-Trøndelag HF og Helse Møre og Romsdal HF.
8. Styret ber om at midler fra risikoavsetning bevilges basert på budsjettet forbruk for de enkelte aktiviteter i innføringsløpet, og at administrerende direktør sørger for en tett oppfølging basert på reelt forbruk for hver milepæl i prosjektet.
9. Styret i Helse Midt-Norge RHF legger til grunn at kostnader til drift og forvaltning gjennom tjenesteavtalen holdes på et lavest mulig nivå. Det er viktig at feil håndteres løpende og at Helseplattformen AS leverer forsvarlig drift og forvaltning.

Med vennlig hilsen

Odd-Inge Mjøen
Styreleder

Stig Slørdahl
Administrerende direktør

Ingvill Kvernmo
Eierdirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent og har derfor ikke håndskrevne signaturer

HELSE MIDT-NORGE RHF

STYRET

Sak 102/23 Oppfølging av hovedsatsinger i regional utviklingsplan

Saksbehandler Sverre B. Midthjell
Ansvarlig direktør Ingvill Kvernmo
Saksmappe 23/12
Dato for styremøte 28. September 2023

Forslag til vedtak:

1. Styret tar informasjon om oppfølging av hovedsatsinger i regional utviklingsplan til orientering.
2. Styret vedtar følgende mål for satsingsområdene:

Hovedsatsingsområde	Ambisjon	Hovedmål 2026
Digitalisering for bedre tjenester og pasientmedvirkning	Digitalisering av helsetjenesten skal gi høy kvalitet i pasientbehandlingen gjennom økt pasientsikkerhet, aktiv pasientmedvirkning og effektivisering	Gevinstmålene for Helseplattformen oppfylles i tråd med plan.
Samling om beste praksis	Vi skal forbedre tilgang og oppfølging av beste praksis slik at pasienter får tilgang til likeverdige og gode helsetjenester.	Alle fagledernetverk er aktive, og behandler jevnlig uønsket variasjon basert på oppdaterte analyser.
Regionale fellesløsninger	Vi skal etablere og utvikle regionale fellesløsninger som bidrar til kvalitet og robusthet, med lavere ressursbruk enn i dag.	Det er etablert konkrete planer for alle utvalgte områder der det tydelig fremkommer hvordan kvalitet, robusthet og effektivitet forbedres for regionen som helhet.

Bærekraft i personell og kompetanse	Vi skal utvikle og prioritere områdene ledelse, læring og kompetanseutvikling og helhetlig planlegging.	Ledere får systematisk opplæring innen ledelse. Vi har etablert systematisk opplæring og dokumentasjon som muliggjør oppgave- og ansvarsdeling mellom yrkesgrupper. Det er etablert et system for helhetlig planlegging som ser bemanning og aktivitet i sammenheng, på kort og lang sikt.
Sterkere samhandling	Helse Midt-Norge skal bidra til at helsefelleskapene lykkes, og forbedre samhandlingen internt i foretaksgruppen.	Målene i helsefelleskapenes handlingsplaner er oppfylt i alle helsefelleskap i regionen, og endringer i oppgavedeling er iverksatt.

3. Styret ber om at administrerende direktør årlig rapporterer på fremdrift og måloppnåelse for arbeidet med hovedsatsingene.

Stjørdal 21. september 2023

Stig A. Slørdahl
Administrerende direktør

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Notat – Digitalisering for bedre tjenester og pasientmedvirkning
2. Notat – Samling om beste praksis
3. Notat – Regionale fellesløsninger
4. Notat - Bærekraft i personell og kompetanse
5. Notat – Sterkere samhandling

SAKENS HENSIKT

Styret vedtok regional utviklingsplan i sak 137/22. Planens kapittel 5 inneholder fem hovedsatsingsområder for regional innsats som skal løftes regionalt i planperioden:

- Digitalisering for bedre tjenester og pasientmedvirkning
- Samling om beste praksis
- Regionale fellesløsninger
- Bærekraft i personell og kompetanse
- Sterkere samhandling

Styret vedtok i saken å be administrerende direktør komme tilbake med egne styresaker om oppfølging av de fem hovedsatsingsområdene, med mål for planperioden.

Denne saken er en oppfølging av dette vedtaks punktet, og presenterer samlet oppfølging av de fem hovedsatsingsområdene med ambisjoner for planperioden, og konkrete mål for å rapportere på de viktigste elementene innenfor hvert område.

Regional utviklingsplan trekker opp de overordnede prioriteringene for regionen som helhet, og alle veivalg i utviklingsplanen ligger fortsatt til grunn for aktiviteten i regionen i planperioden. Denne saken omhandler de punktene som er trukket fram i utviklingsplanen som hovedsatsinger som er særlig prioriterte for gjennomføring av tiltak på regionalt nivå i perioden.

HOVEDPUNKTER OG HELHETLIG DRØFTING

Det beskrives her en ambisjon, og et konkret og målbart hovedmål for hvert område, som skal gi retning for arbeidet og være grunnlag for rapportering til styret. Prioritering og konkretisering av mål medfører at det ikke er mulig å gå i detalj på alle områder.

Hovedmålene dekker ikke helheten av satsingen, men de representerer det som vurderes som det mest sentrale for å oppfylle de samlede ambisjonene.

Hovedmålene og tilhørende tiltak, er basert på arbeid i tverrfaglige arbeidsgrupper i det regionale helseforetaket, og dialog med regionale nettverk med helseforetakene, kommunale representanter, brukerutvalg og konserntillitsvalgte.

OPPFØLGING AV DET ENKELTE SATSINGSOMRÅDE

Her gis en kort oppsummering av for planene for oppfølging av det enkelte hovedsatsingsområdet. Se vedlegg for en mer utførlig redegjørelse.

Digitalisering for bedre tjenester og pasientmedvirkning

I Helsepersonellkommisjonens rapport "Tid for handling" fremgår det at betydelige tiltak må til for å endre helse- og omsorgstjenestene¹. Digitalisering trekkes frem som et av seks tiltaksområder. Rapporten peker på at *"Utvikling og bruk av teknologi og digitale løsninger i helse- og omsorgstjenestene bør i enda større grad begrunnes i og rettes mot en effektivisering av helse- og omsorgstjenestene. For at teknologi og digitalisering skal kunne bidra til at flere pasienter og brukere kan behandles av helsepersonellet enn i dag, må det bidra til raskere og mer tidseffektive prosesser"*.

Helse Midt-Norge vil gjennom å ta i bruk teknologier som robotisering, kunstig intelligens, sensorteknologi, mobilitet, stordata og medisinteknisk utstyr øke digitaliseringen av helsetjenester og administrative tjenester. Digitaliseringen skal gi helsepersonell mer tid til pasientarbeid samtidig som kvalitet og pasientsikkerhet ivaretas. Digitalisering av tjenester betyr nye måter å jobbe på. Digitaliseringskompetanse hos ledere og ansatte er viktig for å understøtte endringen mer digitale måter å jobbe på innebærer. Kompetanseutvikling for ledere og ansatte innen digitalisering og bruk av digitale løsninger blir et viktig tiltak i perioden.

Basert på dette trekkes det i utviklingsplanen fram at Helse Midt-Norge i perioden vil:

- Ta i bruk og videreutvikle Helseplattformen og bruken av denne for å oppnå vedtatte gevinstmål
- Utvikle og tilby flere digitale helsetjenester som legger til rette for mer utadrettet virksomhet og aktiv pasientmedvirkning
- Utvikle nye tjenestemodeller og behandlingsmåter for å tilby helsetjenester i eller nær hjemmet i samarbeid med kommunehelsetjenesten
- Utvikle og ta i bruk kunstig intelligens, maskinlæring og robotisering der dette gir størst effekt
- Utvikle lederes evne til å lede endringsprosesser og utnytte digitale muligheter
- Styrke samhandlingen på tvers av organisatoriske enheter og utnytte mulighetene som digitalisering gir for å samle den beste kompetansen til å løse komplekse saker

Den største digitaliseringssatsingen, og grunnlaget for mye av den videre digitaliseringen, er innføring og realisering av gevinster av Helseplattformen i regionen, basert på de vedtatte gevinstmålene. Dette trekkes derfor fram som hovedmål for perioden 2023-2026.

Samling om beste praksis

Beste praksis bygger på evidens (vitenskapelig bakgrunn) og balansen mellom nytte og skade (anbefalinger). Studier har vist at mer enn hver 3. pasient ikke får behandling etter beste praksis. God etterlevelse av beste praksis gir en mer effektiv helsetjeneste og reduserer risiko for uønsket variasjon og bruk av unødvendige prosedyrer.

I Regional utviklingsplan trekkes det fram tre punkter innenfor dette området:

¹ [NOU 2023: 4 - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)

- *Styrke fagledernetverkene som en viktig arena for fagutvikling, standardisering og samling om beste praksis*
- *Etablere standardiserte og helhetlige pasientforløp på flere områder, og bruke Helseplattformen til å implementere disse*
- *Øke graden av standardisering i anskaffelser og bruk av IKT-løsninger, medisinsk-teknisk utstyr (MTU) og forbruksmateriell*

Forslag til tiltak, måleparametere og ansvarsfordeling er vedlagt i notat 3.

Noe av det som trenger særlig oppmerksomhet innenfor dette området er:

- Avdelinger med stor grad av akademisk kompetanse er raskere til å implementere beste praksis. Forskning og innovasjon inngår derfor som en sentral del av arbeidet.
- Beste praksis innen legemiddelområdet bør vurderes separat. Riktig bruk av legemidler er viktig for å oppnå beste praksis i de enkelte pasientforløp. Det bør benyttes en risikobasert tilnærming i tett samarbeid med regionalt fagnettverk for legemidler.
- Retningslinjer er i dag samlet i flere ulike systemer. Det er behov for styrket regional koordinering og styring av dette.

Den overordnede ambisjonen for perioden er at vi skal forbedre tilgang til og oppfølging av beste praksis slik at pasienter får likeverdige og gode helsetjenester av høy kvalitet.

Det mest sentrale tiltaket på regionalt nivå i spesialisthelsetjenesten i denne planperioden er å sørge for at de regionale fagledernetverkene blir aktive, og fungerer som arenaer for å definere beste praksis, vurdere uønsket variasjon og etablere standardiserte regionale pasientforløp. Utvikling av aktive fagledernetverk på alle områder er derfor det mest sentrale tiltaket som trekkes fram som hovedmål for planperioden.

Regionale fellestjenester

I regional utviklingsplan pekes det på utfordringsbildet som tilsier at vi må se etter alle muligheter til å kunne forbedre tilbudet uten å øke ressursinnsats, og frigjøre ressurser til å understøtte pasientbehandlingen. Vi har gjort store investeringer i IKT-løsninger i regionen som gjør oss i stand til å samarbeide mye tettere, enten ved å utføre tjenester fra et annet sted i regionen, eller jobbe sammen i virtuelle nettverk. Vi tror det er et betydelig potensial i å hente gevinster fra disse mulighetene.

Basert på dette trekkes det i utviklingsplanen fram at Helse Midt-Norge i perioden vil:

- Etablere sømløse administrative fellestjenester i regionen som gir bedre og mer fremtidsrettede tjenester og bedre effektivitet (kap. 4.4.2)
- Understøtte etablering av kliniske støttetjenester på tvers av foretakene (kap. 4.4.2)
- Hente gevinster av felles logistikkenter (kap. 4.4.2)

Innenfor kliniske støttetjenester identifiseres i utviklingsplanen følgende konkrete områder som aktuelle områder: Laboratorievirksomheten, AMK-sentralene, behandlingshjelpemidler og bildediagnostikk.

Det eksisterer i dag mange fellesløsninger i regionen, deriblant en rekke som er etablert som egne enheter. Å samle aktivitet organisatorisk er bare en av mange mulige måter å hente gevinster av et tettere samarbeid på. Begrepet regionale fellesløsninger dekker imidlertid et bredt spektrum av sterkere regionalt samarbeid, fra en felles forvaltning av prosedyrer for beste praksis, via vaksamarbeid og mulighet for å løse oppgaver for hverandre, til å etablere egne regionale enheter. Økt grad av regional standardisering, mer enhetlig bruk av IKT-løsninger og tettere virtuelle nettverk vil antagelig i de fleste tilfeller kunne realisere gevinster med lavere risiko og ressursbruk enn fysisk sentralisering. I alle tilfeller er det behov for en tydelig styring, og et systematisk arbeid mot konkrete mål for å styrke kvalitet og effektivitet, med mest mulig effektiv utnyttelse av personell og økonomiske ressurser i regionen som helhet og økonomiske ressurser.

Administrerende direktør ser et behov for en gjennomgang av hvordan regionale fellestjenester etableres og styres, og hvordan vi etablerer og utvikler regionalt samarbeid rettet mot å oppnå effekter for det regionale fellesskapet. Områdene som er omtalt i utviklingsplanen bør i perioden gjennomgås basert på felles metodikk for å identifisere gevinster og etablere felles løsninger for å realisere disse, enten dette betyr etablering av felles enheter eller andre former for tettere samarbeid i regionen.

Hovedmålet for planperioden er at vi innen 2026 skal ha gjennomført en systematisk prosess for å identifisere gevinster ved fellesløsninger innen de nevnte områdene, og etablert konkrete og detaljerte planer for hvordan vi kan oppnå ønsket forbedring av kvalitet, robusthet og effektivitet gjennom regionale fellesløsninger.

Bærekraft i personell og kompetanse

Regional utviklingsplan bygger på et godt kjent utfordringsbilde som viser mangel på kompetent personell kombinert med økende behov for helsetjenester. I regional utviklingsplan er derfor bærekraft i personell og kompetanse utpekt som et eget hovedsatsningsområde. Tilgang på kompetent helsepersonell vil sannsynligvis være den aller største utfordringen regionen står overfor fremover. Dette understrekes både i arbeidet med risiko 10 på topp i regionen, og ikke minst i Helsepersonellkomisjonens rapport *Tid for handling*.

Vi må etablere en felles forståelse for konsekvensene av utfordringsbildet, og erkjenne at vi i framtiden ikke kommer til å ha tilgang til helsepersonell i like stor grad som vi har hatt. Vi kan ikke utdanne oss ut av bemanningsutfordringene. Vi må jobbe for å være en attraktiv arbeidsgiver og rekruttere, utdanne og beholde så mange vi kan, men samtidig må vi tenke nytt for å redusere behovet for spesialisert helsehjelp og legge til rette for at kompetansen vi har blir brukt riktig. Dette vil kreve prioritering på alle ledernivå.

Helse Midt-Norge RHF vil i planperioden 2023-2026 satse på å prioritere og utvikle følgende områder:

- Ledelse - lederopplæring, lederutvikling og lederstøtte.

- Læring og kompetanseutvikling – systematisere kompetanseutvikling- og dreining med støtte fra bedre organiserte støtteressurser
- Helhetlig planlegging - på kort, mellomlang og lang sikt

Det er utformet konkrete mål innenfor hvert av disse områdene. Disse er oppsummert i tabell nedenfor, og ytterligere beskrevet i vedlegg 4.

Sterkere samhandling

I *Regional utviklingsplan* har Helse Midt-Norge følgende hovedsatsninger for området *Sterkere samhandling*:

- *Bidra til at helseforetak og kommuner gjennom helsefelleskapene etablerer helhetlige og koordinerte tilbud til de prioriterte pasientgruppene.*
- *Følge opp og legge til rette for gjennomføring av handlingsplanene i helsefelleskapene i regionen.*
- *Bidra til oppgavefordeling mellom helseforetakene ved hjelp av sterke fagledernettsverk og regionale pasientforløp, med fokus på å overføre oppgaver fra større til mindre sykehus.*

Samhandling omfatter i denne saken samhandling mellom ulike deler av helse- og omsorgstjenestene. Både innad i sykehusene, mellom sykehusene (satsningsområde tre), og mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten (satsningsområde en og to).

I arbeidet med å følge opp *Regional utviklingsplan*, er det viktig å følge den nasjonale utviklingen og bruke ny kunnskap som kommer i planperioden. Helsepersonellkomisjonens "[Tid for handling](#)" er et slikt eksempel. Helse- og omsorgstjenesten må styres inn på et mer bærekraftig spor og tilpasses samfunnets øvrige behov. Det er også behov for en felles erkjennelse blant alle involverte parter av tjenestenes realistiske omfang og kvalitet.

Det er på bakgrunn av dette formulert en ny satsing innenfor området:

- *Helse Midt-Norge samhandler på alle nivå om fremtidige behov for helsepersonell*

Helse Midt-Norge ønsker å bidra til bedre samhandling mellom alle nivå for å gi pasientene best mulige tjenester når de har et medisinsk behov. Et hovedgrep i Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 var å opprette 19 helsefelleskap, og disse er nå helt sentrale i å utvikle samhandlingen mellom helseforetak og kommuner. I helsefelleskapene møtes representanter fra helseforetak, tilhørende kommuner inkludert fastleger og brukere for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Barn og unge, alvorlig psykisk syke, pasienter med flere kroniske ledelser og skrøpelige eldre skal prioriteres. Det er også vedtatt samarbeidsavtaler med krav om enighet ved endret praksis med konsekvenser for ansvar- og oppgavefordeling mellom partene. Det regionale helseforetaket har ikke en definert rolle inn i helsefelleskapene, men helsefelleskapene og andre etterspør at det regionale helseforetaket har en mer aktiv rolle for å støtte opp under helsefelleskapenes arbeid.

Helsefelleskapene i regionen har vedtatt egne handlingsplaner. For å nå Helse Midt-Norge sine ambisjoner er det viktig at vi er tettere på helsefelleskapene og bistår for å oppfylle disse handlingsplanene. Vi må kartlegge deres behov for bistand, sørge for utvikling og bredding av Helseplattformen, samt sørge for at mulighetene til samhandling i

Helseplattformen videreutvikles og tas i bruk. Vi skal vurdere å sette av penger i et regionalt samhandlingsbudsjett, for å finansiere regionalt prioriterte satsningsområder, samt planlegge for at det eventuelt kommer et nasjonalt samhandlingsbudsjett, slik foreslått av Sykehusutvalget. Helse Midt-Norge må bidra til å dempe veksten i behovet for helsetjenester, og bidra inn i samarbeidet om rekruttering av helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Det må samarbeides om fremtidig utdanningskapasitet og -innhold, og delte stillinger.

En bedre organisering av arbeidsprosesser og riktig oppgavedeling i enheter, mellom enheter og mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten er også avgjørende for å nå målene som omhandler kommune- og spesialisthelsetjenesten, men også for oppgavefordeling mellom helseforetakene.

Oppsummering av ambisjoner og mål for det enkelte området

Hovedsatsingsområde	Ambisjon	Hovedmål 2026
Digitalisering for bedre tjenester og pasientmedvirkning	Digitalisering av helsetjenesten skal gi høy kvalitet i pasientbehandlingen gjennom økt pasientsikkerhet, aktiv pasientmedvirkning og effektivisering	Gevinstmålene for Helseplattformen oppfylles i tråd med plan.
Samling om beste praksis	Vi skal forbedre tilgang og oppfølging av beste praksis slik at pasienter får tilgang til likeverdige og gode helsetjenester.	Alle fagledernetverk er aktive, og behandler jevnlig uønsket variasjon basert på oppdaterte analyser.
Regionale fellesløsninger	Vi skal etablere og utvikle regionale fellesløsninger som bidrar til kvalitet og robusthet, med lavere ressursbruk enn i dag.	Det er etablert konkrete planer for alle utvalgte områder der det tydelig fremkommer hvordan kvalitet, robusthet og effektivitet forbedres for regionen som helhet.
Bærekraft i personell og kompetanse	Vi skal utvikle og prioritere områdene ledelse, læring og kompetanseutvikling og helhetlig planlegging.	Ledere får systematisk opplæring innen ledelse. Vi har etablert systematisk opplæring og dokumentasjon som muliggjør oppgave- og ansvarsdeling mellom yrkesgrupper. Det er etablert et system for helhetlig planlegging som ser bemanning og aktivitet i sammenheng, på kort og lang sikt.
Sterkere samhandling	Helse Midt-Norge skal bidra til at helsefellesskapene lykkes, og forbedre samhandlingen internt i foretaksgruppen.	Målene i helsefellesskapenes handlingsplaner er oppfylt i alle helsefellesskap i regionen, og endringer i oppgavedeling er iverksatt.

Rapportering til styret på oppfølgingen

Når styret beslutter ambisjoner og setter mål for planperioden er det naturlig at styret ber om en rapportering som setter det i stand til å vurdere fremdriften og kunne korrigere kursen gjennom perioden. Det er derfor lagt vekt på å utarbeide konkrete hovedmål for hvert område, som skal være egnet for rapportering.

Mye av arbeidet med disse hovedsatsingsområdene vil fanges opp av den løpende rapporteringen styret får gjennom året, i tillegg til styresaker som omhandler ulike tiltak som faller inn under området. Det kan likevel være hensiktsmessig at det periodevis kommer en samlet rapportering som viser helheten i fremdriften på arbeidet med disse hovedsatsingsområdene.

Administrerende direktør vurderer det som tilstrekkelig at en slik helhetlig rapportering legges fram årlig. Det kan være hensiktsmessig at dette kommer i forkant av årsplanleggingen for etterfølgende år, og derfor gjøres i forbindelse med tertialrapportering for 2. tertial hvert år. Dette vil dermed være en del av beslutningsgrunnlaget styret har for styringskrav og økonomiske rammer påfølgende år.

Rapporteringen skal inneholde en redegjørelse for fremdrift og måloppnåelse, ved bruk av konkrete indikatorer så langt det er mulig. I tillegg er det naturlig at det redegjøres for de mest sentrale tiltakene som er iverksatt, og hvilke nye tiltak eller justeringer av tiltak som vil iverksettes fremover for å sikre måloppnåelsen.

ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ANBEFALING

Administrerende direktør anbefaler at styret vedtar hovedmålene for de fem hovedsatsingsområdene. Etter administrerende direktørs vurdering innebærer gjennomføring av disse at regionen går offensivt ut for å opprettholde og utvikle en fremragende helsetjeneste i møte med endrede rammebetingelser og økende behov.

Dette vil utfordre foretaksgruppens evne og kapasitet til endring, og vil kreve en vilje til å prioritere arbeidet, blant annet i hvordan ressurser brukes i det regionale helseforetaket. Å oppnå resultater i det regionale fellesskapet vil kreve videreføring av det gode samarbeidet i foretaksgruppen.

Administrerende direktør anbefaler at styret ber om en årlig rapportering om status for målene. Administrerende direktør vil legge vekt på å kunne tilpasse og utvikle rapporteringen gjennom perioden, etter hvert som modenhetsnivået i foretaksgruppen på det enkelte område utvikler seg. For å ivareta en fleksibilitet og muligheten til å endre oss basert på utviklingen gjennom planperioden er det naturlig at styret ved årlig rapportering også vurderer hvorvidt de definerte hovedmålene bør justeres eller byttes ut.

For øvrig anbefaler administrerende direktør at redegjørelsen for skisserte og planlagte tiltak på det enkelte område tas til orientering.

Vedlegg 1 – Digitalisering for bedre tjenester og pasientmedvirkning

Hovedsatsingsområder i regional utviklingsplan

Digitalisering vil kunne forbedre dagens måte å jobbe og gjør oss i stand til å levere helsetjenester på helt nye måter. Eksempelvis fra fastsatte fysiske konsultasjoner til brukerstyrte videokonsultasjoner. Digitalisering innebærer å utvikle mer innbygger- og pasientsentrerte tjenester, automatisering av manuelle arbeidsoppgaver, nye samarbeidsformer og være datadrevet (fatte kunnskapsbaserte beslutninger basert på data). Digitalisering representerer et skifte i måten å produsere og levere helse- og administrative tjenester på som må tas inn på alle nivå i utviklingen av helsetjenesten.

Ambisjon og mål

Helse Midt-Norge vil ha følgende ambisjon for satsingsområde Digitalisering for bedre tjenester og pasientmedvirkning:

Digitaliseringen av helsetjenesten skal gi høy kvalitet i pasientbehandlingen, god pasientsikkerhet, aktiv pasientmedvirkning og effektivisering

Ambisjonen foreslås konkretisert i følgende mål:

- Ta i bruk og videreutvikle Helseplattformen og bruken av denne for å oppnå bedre kvalitet, økt pasientsikkerhet og god samhandling med innbyggere og øvrig helsetjeneste
- Utvikle og tilby flere digitale helsetjenester slik at pasientene sliper fysisk oppmøte og lange reiser samtidig som de opplever bedre tjenester
- Utvikle nye tjenestemodeller og behandlingsmåter for å tilby helsetjenester i eller nær hjemmet i samarbeid med kommunehelsetjenesten
- Utvikle og ta i bruk kunstig intelligens og robotisering for å forenkle arbeidsoppgaver og gi mer tid til pasienten
- Drive lederopplæring for å utvikle ledere til å utnytte digitale muligheter og gjennomføre endringer
- Styrke samhandlingen innad i spesialisthelsetjenesten og på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten ved å utnytte mulighetene som digitalisering gir for bedre pasientforløp og samarbeid om oppgaver

Tiltak

I tabellen under fremgår det hvilke konkrete tiltak som er igangsatt for å nå ambisjonene og mål for satsingsområde digitalisering.

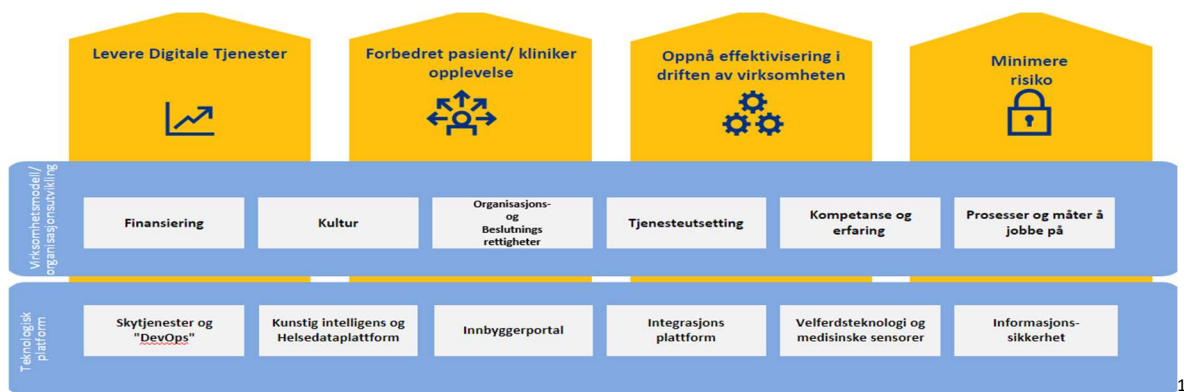
Mål	Tiltak/virkemiddel
<p>Ta i bruk og videreutvikle Helseplattformen og bruken av denne for å oppnå bedre kvalitet, økt pasientsikkerhet og god samhandling med innbyggere og øvrig helsetjeneste</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføre en vurdering av regionale gevinstrealiseringsplaner for å identifisere og forsterke eventuelle svake punkter • Utarbeide klinikkvise gevinstplaner med forståelige tiltak for den enkelte ansatte • Bruke gevinstmålene aktivt i forhold til forbedring av løsningen og endringsarbeid i klinikken • Gi ansatte og ledere tilgang til løpende målinger som viser utviklingen innenfor de forskjellige gevinstområdene slik at en ser om tiltak virker eller ikke
<p>Utvikle og tilby flere digitale helsetjenester slik at pasientene slipper fysisk oppmøte og lange reiser samtidig som de opplever bedre tjenester</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinere arbeidet med digital hjemmeoppfølging slik at de gode ideene kommer alle til nytte og nødvendige forutsetninger for å gjøre ting på nye måter er på plass. • Støtte opp om innovasjon og miljøer som tør å tenke nytt og gjøre ting på nye måter gjennom innovasjonsmidler • Samarbeide aktivt med pasienter og pårørende i utviklingen av nye måter å jobbe på • Utnytte muligheter som ligger i samarbeid med leverandørmarkedet og andre som kan bidra til målsettingen
<p>Utvikle nye tjenestemodeller og behandlingsmåter for å tilby helsetjenester i eller nær hjemmet i samarbeid med kommunehelsetjenesten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Jobbe aktivt gjennom helsefelleskapene med å utnytte digitale muligheter og samarbeid mellom spesialist og kommunehelsetjenesten • Gjennomføre et pilotprosjekt med deltakelse fra St. Olavs Hospital og Trondheim kommune for å se hvordan digitalisering kan bidra til å løse utfordringen med utskrivningsklare pasienter • Stimulere til bruk av tjenstedesign for å utnytte mulighetene som ligger i digitalisering
<p>Utvikle og ta i bruk kunstig intelligens og robotisering for å forenkle arbeidsoppgaver og gi mer tid til pasienten</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ta i bruk kunstig intelligens for å understøtte kunnskapsbasert beslutningsstøtte (for eksempel bildetolkning og genteknologi) • Bruke kunstig intelligens og automatisering for å redusere registreringsbyrden for klinikere i bruken av Helseplattformen • Automatisere oppgaver innen lønn, regnskap, logistikk og andre administrative områder • Utvikle nødvendige tekniske plattformer for å kunne drive med kunstig intelligens, robotisering, dataanalyse og persontilpasset medisin bl.a.
<p>Drive lederopplæring for å utvikle ledere til å utnytte digitale muligheter og gjennomføre endringer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomføre lederopplæring som skaper innsikt i de digitale løsninger vi har og hvordan ledere kan bruke disse løsningene til å drift og utvikle sin enhet.

	<ul style="list-style-type: none"> • Dele de gode løsninger og erfaringer mellom ledere og klinikker slik at det skaper inspirasjon og kunnskap om digitalisering • Bruke fagledernetverkene aktivt i forhold til utvikling av fag og pasientforløp ved hjelp av digitalisering
Styrke samhandlingen innad i spesialisthelsetjenesten og på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten ved å utnytte mulighetene som digitalisering gir for bedre pasientforløp og samarbeid om oppgaver	<ul style="list-style-type: none"> • Jobbe aktivt med forbedring av arbeidsprosesser og pasientforløp hvor en vektlegger bruk av nye teknologi og nye måter å jobbe på • Nedsette samhandlingsprosjekter hvor en konkret ser på hvordan spesielt Helseplattformen kan utnyttes for å øke kvalitet og forenkle logistikk og arbeidsoppgaver • Vurdere oppgavefordeling og se på konsekvenser av å gjøre ting på nye måter i forhold til finansiering og ansvar på tvers av nivå og organisasjoner.

Fundament for digitalisering

Helse Midt-Norge har kommet langt med anskaffelse og innføring av ny teknologi, eks Helseplattformen og vurderes å ha en god teknologiplattform innenfor IKT-området med lite teknisk gjeld. Det er også nedfelt i Teknologiplan og planer for medisinteknisk utstyr inkludert budsjetter hva man planlegger å investere i årene framover. Her gjelder det å holde seg til planene og sikre finansiering. I tillegg må kunnskap og fokus på informasjonssikkerhetsområdet videreutvikles i takt med digitaliseringen.

Derfor er tiltakene i tabellen over også ikke så mye relatert til teknologi, men mer i forhold til å utvikle kultur, kompetanse og lederegenskaper samt skape evne til innovasjon og tjenesteutvikling. Hvor en står teknologisk og hva man trenger å satse på når det gjelder teknologi oppleves som mer håndfast når det gjelder digitalisering enn det som nevnes over. Derfor er det også viktig å utarbeide målemetoder for disse områdene for å følge med at tiltak virker og at organisasjonen utvikler seg. Derfor tester man også ut et rammeverk for dette som også benyttes i andre sektorer for å følge med på sin egen utvikling innenfor digitalisering. En figur av dette er vist under.



¹ Rammeverk bygger på Gartner Digital Execution Scorecard™ tilpasset Helse Midt-Norge kontekst.

Foreløpig ser det ut til at innenfor Virksomhetsmodell/ organisasjonsutvikling er modenheten på dette området forholdsvis lav, men at ambisjonene er høye. Nedenfor er det pekt på noen sentrale områder og tiltak som må gjennomføres for å nå ambisjonene innenfor digitalisering.

- a. **Finansiering** – Dele opp investerings og utviklingsbudsjettene opp i mindre rammer hvor en gir grupperinger med sterkt eierskap frihet til å utvikle løsningene i tråd med det de mener gir best nytte. Dette i stedet for store, langsiktige og kostnadskrevende prosjekter hvor det er lettere å miste kontrollen og vanskeligere å justere kurs når en finner ut at det gir mer nytte.
- b. **Digital Kultur** - Å skape en digital kultur handler om å fremme en mentalitet, holdninger og praksis som er understøtter en overgang til økt digitalisering. Dette innebærer å omfavne teknologiske endringer, fremme innovasjon, tilpasse seg raskt skiftende digitale verktøy og metoder samt vektlegge digital kompetanse. F. eks.:
 - Plasser pasientenes behov i sentrum og fokusere på hvordan digitalisering kan forbedre pasienttilfredsheten
 - Forstå hvordan IKT – løsningen understøtter arbeidsprosesser og pasientforløp
 - Bruke data aktivt i både i kliniske og administrative beslutninger for å gjøre disse best mulig
 - Dele gode og dårlig erfaringer knyttet til digitalisering på tvers av organisasjoner og gjennom nettverk. Skape en åpenhetskultur knyttet til digitalisering og ikke en frykttkultur
 - Oppmuntrer til eksperimentering og innovasjon gjennom å gi ansatte tid og ressurser til å utforske nye ideer og teknologier som kan gi verdi for organisasjonen.
 - Fokus på brukertilfredshet både hos ansatte og pasienter.
- c. **Organisasjons og beslutningsrettigheter** - Desentralisering av beslutningsrettigheter er en viktig komponent for å understøtte digitalisering i organisasjoner. Dette gir ansatte på ulike nivåer muligheten til å ta beslutninger og handle raskt i tråd med behov og ønsket utvikling
- d. **Tjenesteutsetting** – Vurder løpende om en skal utføre alle tjenester i egne organisasjon, i samarbeid med andre eller som digitale tjenester i form av skyløsninger.
- e. **Kompetanse og erfaring** - Invester i opplæring og kompetanseutvikling for alle ansatte. Dette kan inkludere digitale ferdigheter, dataanalyse, digital sikkerhet og annen relevant opplæring for å styrke den digitale kompetansen i organisasjonen.
- f. **Prosesser og måter å jobbe på** - Introduksjonen av nye prosesser og måter å jobbe på som en del av digitalisering kan være en vanskelig oppgave, men den er avgjørende for å utnytte de potensielle fordelene av digital teknologi.

Vi vil utarbeide en enkelt regional handlingsplan for digitalisering basert på tiltakene i dette vedlegget. Det legges ikke opp til tung og lange planprosesser, men korte konkrete handlingsplaner og hyppige revisjoner basert på målinger og erfaringer. Arbeidet må preges av samhandling og tillit mellom aktørene i HMN hvor en har en utstrakt grad av deling av ideer og erfaringer.

Sammenhenger med andre hovedsatsinger

Digitalisering er en gjennomgående satsning i regional utviklingsplan og griper inn i alle områder i helsetjenestene. Arbeidet med digitalisering må derfor være godt koordinert med de andre hovedsatsningsområdene.

Rapportering

Rapporteringen på digitalisering vil bestå av rapportering på gevinstrealiseringsplanen for Helseplattformen spesielt og hvordan virksomhetene øker digitaliseringsgraden generelt. Rapporteringen vil fokusere på fremdrift og måloppnåelse, ved bruk av konkrete indikatorer der dette er mulig og hensiktsmessig. I tillegg er det naturlig at det redegjøres for de mest sentrale tiltakene som er iverksatt, og hvilke nye tiltak eller justeringer av tiltak som vil iverksettes fremover for å sikre måloppnåelsen.

Vedlegg 2 – Samling om beste praksis

Hovedsatsingsområdet i regional utviklingsplan

Beste praksis er bygget på evidens (vitenskapelig bakgrunn) og balansen mellom nytte og skade (anbefalinger). Det finnes mange eksempler på at god etterlevelse av beste praksis gir bedre og mer effektive helsetjenester, reduserer risiko for uønsket variasjon og bruk av unødvendige prosedyrer og dermed bidrar til å redusere kostnader. Til tross for dette viser studier at mer enn hver 3. pasient ikke får behandling etter beste praksis og at 20-25% av all helsehjelp ikke er nødvendig eller i verste fall skadelig. Retningslinjer og prosedyrer finnes, men en av utfordringene for helsepersonell er enkel tilgang til evidensbaserte kilder i en travel klinisk hverdag. Det må også finnes arenaer for å drøfte faglige problemstillinger for å sikre samordning og lik praksis på tvers av enheter. I regional utviklingsplan kap. 4.2.3. Teknologi og digitalisering i pasientenes helsetjeneste er det definert som ett av målene at helsepersonell, øvrige ansatte og ledere får tilgang til bedre og mer datadrevet beslutningsstøtte basert på beste praksis. Enkelt fortalt *må det være lett å gjøre rett*, og digitaliserte verktøy skal understøtte dette.

I regional utviklingsplan er det definert følgende tre tiltak som omhandler beste praksis:

1. Styrke fagledernetverkene som en viktig arena for fagutvikling, standardisering og samling om beste praksis
2. Etablere standardiserte og helhetlige pasientforløp på flere områder, og bruke Helseplattformen til å implementere disse
3. Øke graden av standardisering i anskaffelser og bruk av IKT-løsninger, medisinsk-teknisk utstyr (MTU) og forbruksmateriell

Sammenhenger med andre hovedsatsinger i regional utviklingsplan

Det eksisterer et stort overforbruk av helsetjenester med lav verdi i Norge (Tid for handling kap 11) og det finnes betydelig rom for reduksjon av unødvendige og lavt prioriterte helsetjenester. Arbeid med beste praksis henger derfor tett sammen med en bærekraftig personellstrategi. En reduksjon i tilbudet av lavverdi-tjenester vil gi lavere arbeidsbyrde, og helsepersonell vil oppleve større mening med sin arbeidsinnsats når tilbud med lav nytte fjernes. Det er også nyttig å se på helsepersonellkommisjonsrapporten for å få en bærekraftig personellstrategi.

Beste praksis handler også om at pasientene skal få utredning og behandling på laveste effektive behandlingsnivå. Her er sterkere samhandling med primærhelsetjenesten særdeles viktig for å få til optimale pasientforløp. Videre må samling om beste praksis ses i sammenheng med digitalisering for bedre tjenester og pasientmedvirkning. Digitale verktøy, herunder Helseplattformen, skal gi helsepersonell enkel tilgang til beste praksis for eksempel

i form av innbygde standardiserte pasientforløp, evidensbaserte brukerstøtteverktøy, retningslinjer og prosedyrer som er integrert i løsningen og inngår i arbeidsflyten. Digitale verktøy gjør det mulig å ha dialog med og involvere pasienter og brukere i behandling og diagnostikk i større grad enn tidligere, for eksempel gjennom digital hjemmeoppfølging av kronisk syke pasienter. Også dette kan bidra til å redusere unødvendige konsultasjoner og undersøkelser, slik at ressursene kan brukes på de pasientene som trenger det. Det er også viktig å se beste praksis opp mot Felles nettløsning for spesialisthelsetjenesten (FNSP). FNSP består av flere nettsteder som dekker alle helseforetak i spesialisthelsetjenesten i Norge. Samt at det er et nasjonalt fellesskap som forvalter en stor felles nasjonal database med pasientinformasjon som blir gjenbrukt på nettsidene og i andre tjenester.

Forslag til ambisjoner for perioden 2023-2026

Under gjengis prioriterte tiltak, måleparametere og ansvarsfordeling.

Innsatsområde 1: Styrke fagledernetverkene

Begrunnelse- Tiltak	Måleparameter	Ansvar
Styrking av fagledernetverkene er en viktig arena for implementering av tiltak og for å identifisere områder med unødvendig variasjon	Resultater fra relevante kvalitetsregistre, helseatlas, forbruksstatistikk eller andre datakilder	Helse-Midt RHF, Helseforetakene, Fagledernetverk
RHF representantens rolle i fagledernetverket skal ivareta informasjonsflyt mellom HF og RHF	Antall aktive nettverk	RHFets representant, Helseforetakene
Kvalitetssikring av faglige prosedyrer/retningslinjer og regional enighet om hvilke verktøy som skal brukes	Antall kvalitetssikrede prosedyrer	Helseforetakene

Innsatsområde 2: Flere standardiserte pasientforløp

Begrunnelse- Tiltak	Måleparameter	Ansvar
Etablering av nye pasientforløp der variasjonen i behandlingspraksis er stor i regionen	Antall nye pasientforløp	Helseforetakene, Analyser fra Helse-Midt RHF Helsefelleskapene
Forenkle helsepersonellens tilgang til kvalitet sikrede retningslinjer og prosedyrer	Nye brukerstøtteverktøy i Helseplattformen	Helseforetakene Helseplattformen AS

Innsatsområde 3: Standardisering i anskaffelser

Begrunnelse- Tiltak	Måleparameter	Ansvar
---------------------	---------------	--------

Øke graden av standardisering i anskaffelser og bruk av IKT-løsninger	Beslutte hvilke måleparametere som skal tas i bruk for å måle i hvor stor grad bruken av IKT-løsningen er standardisert.	Helse-Midt RHF, HEMIT, Systemeiergruppe for klinisk pasientbehandling
Øke graden av standardisering i anskaffelser MTU	Antall nye regionale/flerregionale/nasjonale avtaler MTU	Helse-Midt RHF Fagledernettsverk MTU og BHM
Øke graden av standardisering i anskaffelser forbruksmateriell	Antall nye regionale/flerregionale/nasjonale avtaler forbruksmateriell	Helse-Midt RHF Helseforetakene Fagledernettsverkene

Tiltak for å oppfylle ambisjoner

For å kunne måle forbedring i arbeidet med beste praksis må man finne et utgangspunkt i hvordan nivået er i dag. Arbeidsgruppen starter med å finne et 0-punkt for sammenligning.

For å få en god regional samhandling, øke antall standardiserte pasientforløp og å redusere mengden ikke reviderte prosedyrer bør man vurdere å styrke regional koordinering.

For kobling mellom kilder til beste praksis fra standardiserte pasientforløp i pasientens journal kreves IT-kompetanse og at arbeidet prioriteres i Helseplattformen AS.

De indikatorene som er valgt, er hovedsakelig struktur- eller prosessindikatorer som ikke sier noe om kvaliteten på eller innholdet i tjenestene, eller hvorvidt prosedyrer eller retningslinjer for beste praksis faktisk følges. I revidert mandat for fagledernettsverkene i Helse Midt-Norge, har vi imidlertid pålagt nettsverkene å arbeide systematisk med forbedring av praksis og reduksjon av uønsket variasjon på eget fagområde. Arbeidet skal ta utgangspunkt i tilgjengelige datakilder (medisinske kvalitetsregistre, helseatlas, nasjonale kvalitetsindikatorer, pasient- og brukerundersøkelser, mv.) Dette forutsetter god tilgang til relevante data og analyser for det enkelte fagledernettsverk, for eksempel i form av tilpassede dashboards, faste møtepunkter med aktuelle kvalitetsregistre, mv. Fagledernettsverkene reviderte mandat tydeliggjør deres bidrag i å øke graden av standardisering i anskaffelser av MTU og forbruksmateriell. Med dette utgangspunktet må det etableres prosesser som sikrer god dialog mellom innkjøp og fagledernettsverkene, samt sikrer at fagledernettsverkene blir involvert i anskaffelser hvor standardisering er viktig.

Rapportering

Det mangler i dag muligheter for automatisert innhenting av måleparametere som er listet under hvert innsatsområde, noe som vanskeliggjør innhenting av data og rapportering.

Inntil man finner løsninger for automatisert måling av beste praksis må manuell opptelling av måleparametre skje i fellesskap mellom fagledernettsverkene og RHF.

Rapportering av standardisering av forbruksmateriell og MTU vil baseres på rapporter fra Sykehusinnkjøp HF på antall avtaler som er lokale, regionale, flerregionale og nasjonale.

Vedlegg 3 – regionale fellesløsninger

Hovedsatsingsområdet i regional utviklingsplan

I regional utviklingsplan pekes det på utfordringsbildet som tilsier at vi må se etter alle muligheter til å kunne forbedre tilbudet uten å øke ressursinnsats, og frigjøre ressurser til å understøtte pasientbehandlingen. Vi har gjort store investeringer i IKT-løsninger i regionen som gjør oss i stand til å samarbeide mye tettere, enten ved å utføre tjenester fra et annet sted i regionen, eller jobbe sammen i virtuelle nettverk. Vi tror det er et betydelig potensial i å hente gevinster fra disse mulighetene.

Basert på dette trekkes det i utviklingsplanen fram at Helse Midt-Norge i perioden vil:

- Etablere sømløse administrative fellestjenester i regionen som gir bedre og mer fremtidsrettede tjenester og bedre effektivitet (kap. 4.4.2)
- Understøtte etablering av kliniske støttetjenester på tvers av foretakene (kap. 4.4.2)
- Hente gevinster av felles logistiksenter (kap. 4.4.2)

Innenfor kliniske støttetjenester identifiseres i utviklingsplanen følgende konkrete områder som aktuelle områder: Laboratorievirksomheten, AMK-sentralene, behandlingshjelpemidler og bildediagnostikk.

Sammenhenger med andre hovedsatsinger

Dersom man skal etablere fellesløsninger på tvers av helseforetakene forutsetter dette en standardisering av måten ting gjøres på i foretaksgruppen. Området har derfor tett sammenheng med hovedsatsingen "Samling om beste praksis".

Felles IKT-løsninger og digitalisering er i de fleste tilfellene også grunnlag eller utløsende faktor for muligheten til å finne gevinster i kvalitet eller effektivitet på å etablere fellesløsninger. Hovedsatsingen på digitalisering henger derfor også tett sammen med denne satsingen.

Helseplattformen vil være den mest omfattende regionale fellesløsningen som implementeres i perioden. Erfaringene fra Helseplattformen vil påvirke hvordan vi jobber med fellesløsninger, og utvikle vår kultur for endring. Helseplattformen er også i seg selv en sentral infrastruktur for fellesløsninger. Den kapasiteten som brukes på innføringen av Helseplattformen vil begrense ambisjonsnivået vi kan ha for å etablere andre fellesløsninger parallelt, selv om behovet tilsier at vi ikke kan legge alt annet utviklingsarbeid til side.

Nåsituasjon på området

Helse Midt-Norge som foretaksgruppe har en lang rekke regionale løsninger som er felles for regionen i dag – i spennet fra felles retningslinjer for ulike områder, til fellestjenester organisert som egne enheter. Felles IKT-løsninger gir muligheter til gevinster av utvidede samarbeid i regionen, og er i mange tilfeller en utløsende faktor eller en forutsetning for etablering av ulike former for fellesløsninger.

Noen av de fellesløsningene som er organisert som egne organisatoriske enheter er:

Tjeneste	Leverer	Organisering
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	Legemiddeltjenester i apotek og sykehus	Eget HF
Hemit HF	IKT-leverandør og tjenesteintegrator. Har også inkorporert Driftssenter for logistikk og økonomi (drift av SAP-løsning).	Eget HF
Helseplattformen AS	Anskaffelse og drift av Helseplattformen	Eget AS
Prehospitale fellestjenester	Faglige og driftsmessige fellestjenester på ambulansområdet i Helse Midt-Norge	Enhet i STO
Regional koordinerende enhet og regional vurderingsenhet for habilitering og rehabilitering	Koordinering og rettighetsvurdering av habilitering og rehabiliteringstilbud	Enhet i HNT
Regionalt utdanningscenter (Regut)	Administrere og koordinere LIS-utdanningen i regionen	Enhet i STO
Helsedatasenter (under etablering)	Tilgjengeliggjøre helsedata fra regionen for forskning, på vegne av Helse Midt-Norge og NTNU.	Enhet i STO
Driftssenter logistikk	Felles regionalt lager og logistiktjenester	Enhet i STO

I tillegg har vi inntil nylig hatt et Regionalt senter for helsetjenesteutvikling under St. Olavs hospital, og en felles klinikk for bildediagnostikk mellom St. Olavs hospital og Helse Nord-Trøndelag som nå er avviklet som fellesløsninger.

En overordnet vurdering av nåtilstanden er at det eksisterer en lang rekke fellesløsninger, men det er i liten grad etablert felles metodikk, infrastruktur og styringsmodeller for slike løsninger. Vurderinger av behov, gevinster, etablering og styring av slike løsninger gjøres ad hoc for det enkelte område.

Forslag til ambisjoner for perioden 2023-2026

Det overordnede målet for området er at vi skal hente gevinster av regionale fellesløsninger som styrker kvalitet og robusthet, med lavere ressursbruk enn i dag.

Vi har i ulike prosesser så langt sett at det er et betydelig potensial i dette, men at det både krever aktiv overordnet styring og et systematisk oppfølgingsarbeid på flere nivå i organisasjonen.

Styrking av kvalitet og robusthet innebærer at vi skal kunne spore forbedring på kvalitetsindikatorer, og at sårbarheten reduseres i tjenester der denne i dag vurderes som for høy. På alle aktuelle områder er det avgjørende for foretaksgruppens samlede bærekraft å sørge for at robuste tjenester a høy kvalitet kan leveres med lavere ressursbruk, både på personell og økonomi. Dette skal føre til at mer ressurser frigjøres til å møte behovene for økt ressursinnsats i pasientbehandlingen.

Hovedambisjonen for perioden 2023-2026 er derfor å gjennomføre en systematisk prosess for å identifisere gevinster ved fellesløsninger innenfor de områdene som er nevnt i regional utviklingsplan, og iverksette arbeid med realisering av disse gevinstene fortløpende.

Tiltak for å oppfylle ambisjoner

Vi har tro på at det er mulig å skape bedre og mer robuste helsetjenester og administrative tjenester for hele regionen gjennom regionale fellesløsninger, men dette krever aktiv innsats og prioritering av ressurser. Å lykkes med dette vil kreve at vi utvikler organisasjonens endringsevne og -kompetanse, både hos den enkelte medarbeider, på alle ledernivå, som enkeltforetak og som en foretaksgruppe. En viktig del av dette er å jobbe med utvikling av tillit og samarbeidskultur i regionen, og felles forpliktelse til den samlede måloppnåelsen i regionen.

Innfallsvinkelen til å etablere og evaluere fellesløsninger bør være drevet av hvilke gevinster de kan gi for et styrket helsetilbud. Dette krever en styrking av systematikken på dette området. Basert på arbeidet som ble gjort med en gevinstrealiseringsstrategi for helseplattformen, og erfaringer med felles prosjektmetodikk, bør vi etablere, vedlikeholde og bredde ut en generell metodikk for å identifisere og vurdere gevinster ved fellesløsninger, og for hvordan disse realiseres og følges opp.

Samtidig bør vi gjennomgå de mest sentrale fellesløsningene vi har i regionen i dag, og vurdere hvordan vi styrer, organiserer og finansierer disse, hvilke gevinster vi får ut av dem og hvilke gevinster vi kan realisere ved videreutvikling av dem.

Som omtalt innledningsvis er det gjennom utviklingsplanen prioritert en rekke områder der vi har en antagelse om at det er et potensial for gevinster vi ikke har hentet ut. I perioden 2023-2026 vil vi sette i gang, eller videreføre og systematisere arbeid med å identifisere og konkretisere disse gevinstene og lage gevinstplaner for hvordan de realiseres. Dette vil kreve tett samarbeid mellom det regionale helseforetaket og alle nivå i helseforetakene for å sørge for en tydelig sammenheng mellom prioriteringer og tiltak i hele organisasjonen ned til de utøvende ledd.

Å gjennomføre tiltak der vi ser det vil gi tydelige gevinster bør skje fortløpende, etter hvert som disse identifiseres og prioriteres.

Av regional ledelse og styre vil det kreve en vilje til å prioritere dette arbeidet, og bruke de styringsvirkemidlene vi har til rådighet, både gjennom å underbygge en sterkere kultur for samarbeid og felles ansvar i regionen, og gjennom bruk av eierstyring og økonomiske virkemidler, når det er behov.

Rapportering

I den første delen av planperioden vil rapportering primært kunne bestå av rapportering på de tiltakene som gjennomføres. Etter hvert som vi etablerer en gjennomgående metodikk, og gevinstplaner for ulike områder vil rapporteringen kunne vris til i større grad å rapportere på hvilke gevinster vi klarer å realisere og effekten disse gir i styring av kvalitet, robusthet og bærekraft i foretaksgruppen. Mot slutten av perioden bør en slik rapportering være en realitet, og gi styret mulighet til å holde øye med, og sette retning for videre arbeid.

Vedlegg 4 – bærekraft i personell og kompetanse

Hovedsatsingsområdet i regional utviklingsplan

Regional utviklingsplan bygger på et godt kjent utfordringsbilde som tydelig viser mangel på kompetent personell kombinert med økende behov for helsetjenester. I regional utviklingsplan er derfor bærekraft i personell og kompetanse gjennom å rekruttere, utvikle og beholde kompetent personell, utpekt som et eget hovedsatsingsområde. Tilgang på kompetent helsepersonell vil sannsynligvis være den aller største utfordringen regionen står overfor fremover. Dette understrekes både i arbeidet med risiko 10 på topp i regionen, og ikke minst i Helsepersonellkomisjonens rapport *Tid for handling* (NOU 2023:4).

Regional utviklingsplan peker retning for hva Helse Midt-Norge ønsker å oppnå i planperioden. Hovedsatsningsområdet bærekraft i personell og kompetanse er omfattende. Prioriterte områder som er beskrevet i dette notatet dekker ikke hele utfordringsbildet, men konkretiserer ambisjoner med tilhørende tiltak.

Sammenhenger med andre hovedsatsinger

Oppfølging av alle de fem hovedsatsingene i regional utviklingsplan; bærekraft i personell og kompetanse, digitalisering, sterkere samhandling, beste praksis og regionale fellesløsninger, påvirker framtidig behov for kompetanse og kapasitet. God etterlevelse av beste praksis gir bedre og mer effektive helsetjenester, og kan redusere uønsket variasjon. Digitalisering og regionale fellesløsninger kan bidra til å frigjøre tid og ressurser for helsepersonell. Helsetjenesten må samarbeide om helsepersonellet vi har, uavhengig av nivå. Derfor må vi sørge for sterkere samhandling mellom nivåer.

Alle beslutninger, på alle nivå, skal ikke bare ta hensyn til konsekvenser knyttet til kvalitet og økonomi, de må også ta hensyn til konsekvenser for bemanning og ressursbruk.

Nåsituasjon på området

Utfordringsbildet er allerede merkbart i vår region. Helsetjenestens utfordringer når det gjelder tilgang til personell og kompetanse rammer ikke bare spesialiserte fagområder på små sykehus i distriktene, men hele bredden i helsetjenesten. Utfordringene krever at målrettede tiltak iverksettes raskt. I spesialisthelsetjenesten må vi styrke vår kunnskap om dagens situasjon for å kunne legge gode planer for å møte utfordringene vi står i. Vi har styringsdata fra en rekke styringsystem. Disse må analyseres og fremstilles som grunnlag for gode beslutninger, og slik bidra til gjennomføring av endringer i tjenesten. God ledelse er avgjørende for å møte utfordringsbildet og for å gjennomføre nødvendige endringer. Vi har i dag utfordringer med å rekruttere og beholde ledere og vi må derfor iverksette tiltak for å gjøre lederstillinger på alle nivå mer attraktive. Helse Midt-Norge har gjennom flere år arbeidet med å utvikle regionale systemer for læring og kompetanseutvikling, og disse må videreutvikles ytterligere.

Forslag til ambisjoner for perioden 2023-2026

For å styrke bærekraften i personell og kompetanse er det behov for en rekke tiltak innenfor flere områder. Generelt må alle anbefalte tiltak som er knyttet til oppfølging av regional utviklingsplan vurderes i lys av hvordan tiltaket påvirker behovet for personell og kompetanse.

I tillegg til en generell bevissthet og oppmerksomhet rundt konsekvenser for kapasitet og kompetanse er det behov for tydelige tiltak innenfor noen prioriterte områder. De prioriterte områdene er:

- Ledelse
- Kompetanse og læring
- Helhetlig planlegging

For hvert av disse områdene er det beskrevet ambisjoner med tilhørende tiltak.

For å nå våre ambisjoner er det avgjørende at det settes av ressurser og midler til å iverksette og gjennomføre tiltak. Alle tiltak som er skissert i dette notatet forutsetter at disse områdene prioriteres, både når det gjelder eierstyring, finansiering og bruk av ressurser ved RHFet. Tiltakene vil også kreve systematisk oppfølging på flere nivå i foretaksgruppen.

Ledelse

Ambisjonen for området ledelse for planperioden er å utvikle og beholde gode ledere. Ledelse må gis økt oppmerksomhet i tiden fremover. Skal vi lykkes med å rekruttere og beholde dyktige ledere, må forventningene til ledere være tydelige og ledere må oppleve at de har et reelt handlingsrom for å utøve ledelse og få nødvendig opplæring og støtte til å møte de krav og forventninger som ligger i lederrollen. God personalhåndteringskompetanse, endringskompetanse samt tid til å utøve ledelse er forutsetninger for å møte utfordringsbildet vi står overfor. Helse Midt-Norge står foran store endringer som følge av digitalisering. For at organisasjonen skal kunne nyttiggjøre seg av dette, kreves særskilt kompetanse innenfor endringsledelse. Dette må prioriteres.

Tiltak for å oppfylle ambisjoner

Ambisjonen om å beholde og utvikle gode ledere krever at vi prioriterer regionale og lokale ressurser til støtte, opplæring og utvikling av ledere. Det skal etableres kompetanseutviklingsløp med obligatorisk opplæring for ledere i alle faser og på alle nivåer, fra mottak til videreutvikling. Spesielt skal lederutvikling styrkes også for ledere på laveste ledernivåer, for eksempel gjennom obligatoriske mottaks- og utviklingsprogram for ledere i foretaksgruppen.

For å beholde gode ledere er det nødvendig å forenkle og gi ledere mer administrativ støtte, slik at ledere får frigjort tid og ressurser til faktisk å utøve ledelse. Tiltak for å oppnå dette er bl.a. å bygge opp og videreutvikle et rammeverk som gir tydelige forventninger til de ulike ledernivåene. Ledere må også ha enkel og lik tilgang til styringsinformasjon, verktøy og andre viktige administrative ressurser.

Turnover blant ledere i Helse Midt-Norge er for høy, spesielt på nivå fire. Ved å systematisere kartlegging av årsaker til at ledere slutter i jobben sin, kan vi sammenstille grunnlag for andre målrettede tiltak for å beholde ledere.

Læring og kompetanseutvikling

Læring og kompetanseutvikling er en forutsetning for å fortsatt ha en fremragende spesialisthelsetjeneste. Dette gjelder både for å kunne utvikle kompetansen i tråd med kunnskaps- og teknologisk utvikling og for en mer effektiv bruk av tilgjengelig kompetanse.

Bemanningsutfordringer gjør at helsetjenesten må organiseres slik at helsepersonell bruker sin kompetanse og kapasitet annerledes. Kompetanse må kontinuerlig utvikles i tråd med behovene. Vi må identifisere tiltak som gjør oss til en attraktiv arbeidsgiver, som rekrutterer, utdanner og beholder så mange vi kan. Samtidig må vi tenke nytt for å redusere behovet for spesialisert helsehjelp og legge til rette for at kompetansen vi har blir brukt riktig.

Ambisjonen for området læring og kompetanseutvikling i planperioden er å systematisere arbeidet med kompetanseutvikling og kompetansedreining som grunnlag for utvikling av helsetjenesten.

Tiltak for å oppfylle ambisjoner

Ansvars- og oppgavedeling og kompetansedreining er viktige tiltak for å sikre framtidig kapasitet. Profesjonaliserte kompetanseprosesser og god systemstøtte er viktige verktøy for å lykkes med dette. Dokumentasjon av eksisterende kompetanse og kompetanseutvikling skal ivaretas gjennom å videreutvikle eksisterende systemer som Kompetanseportalen.

Muligheten til å utvikle kompetanse gjennom faglig påfyll og livslang læring, er et vesentlig virkemiddel for å motivere medarbeidere til å fortsette i jobben sin samtidig som det understøtter helsetjenestens behov for kompetanseutvikling. Vi må derfor utvikle gode strukturer som ivaretar muligheten til læring og kompetanseutvikling for alle medarbeidere i alle faser av arbeidslivet.

Det skal etableres kompetanseplaner med felles læringsaktiviteter der dette er hensiktsmessig. Prioriterte områder er mottak av nyansatte, studenter og nye ledere. I tillegg skal dette vurderes i forbindelse med ansvars- og oppgavedeling. Som grunnlag for utdanning, livslang læring og økt læringsutbytte, må det tas i bruk innovative og effektive læringsformer og læringsløp.

Kompetanseutvikling prioriteres og gjennomføres i helseforetakene. For å møte utfordringsbildet må kompetansen på læring, læringsløp og læringsformer profesjonaliseres og koordineres regionalt. Systemstøtte som sikrer kompetanseutvikling og dokumentasjon av faktisk kompetanse må videreutvikles.

Helhetlig planlegging

Ambisjonen for området helhetlig planlegging i planperioden er å sikre robuste fagmiljø og effektiv bruk av kompetanse. På lang sikt handler helhetlig planlegging om å sørge for at vi har gode data som viser sammenhengen mellom framskrivninger av behov og tilgjengelig kapasitet og kompetanse. Utdanning er en av Helse Midt-Norges hovedoppgaver, og er et av flere viktige virkemiddel for å dekke det langsiktige gapet mellom behov og nødvendig kapasitet. På kort sikt handler helhetlig planlegging om prosesser som sikrer rett kompetanse og kapasitet til rett sted og riktig tid.

Tiltak for å oppfylle ambisjoner

Helhetlig planlegging krever økt analysekompetanse- og kapasitet i foretaksgruppen og bedre metodikk og verktøy for styringsinformasjon og beslutningsstøtte. Dette gjelder innenfor strategisk og langsiktig bemanningsplanlegging, koordinert planlegging mellom aktivitet, medarbeidere og økonomi og kortsiktig planlegging og håndtering av avvik fra plan.

Fagområder som er sårbare må identifiseres og prioriteres. Vi må etablere langsiktige fagspesifikke planer for å sikre bemanning på de mest utsatte fagområdene. Dette innebærer blant annet å bruke fagkompetanse i fagledernetverk til å etablere strategiske planer som beskriver langsiktige bemanningsbehov og hvordan bemanningsbehovene skal løses. Helse Midt-Norge RHF skal utarbeide tallgrunnlag og analyser som kunnskapsgrunnlag for innspill, og oppsummere utfordringsbildet.

Det er behov for en helhetlig gjennomgang av LIS-utdanningen i regionen, for å identifisere tiltak og utarbeide handlingsplaner som gjør at LIS-utdanningen understøtter helseforetakenes arbeid for å sikre riktig dimensjonering og rekruttering. Det er videre behov for å utrede en ny regional, helhetlig finansieringsmodell som understøtter vårt ansvar for utdanningsområdet, og sikrer regionale funksjoner og tjenester.

Rapportering

Rapportering vil i første omgang dreie seg om en kvalitativ beskrivelse av status på iverksatte tiltak. Lengre ut i planperioden vil effekten av tiltakene måles og rapporteres på ved hjelp av etablerte HR-indikatorer.

Vedlegg 5 – Sterkere samhandling

Hovedsatsingsområdet i regional utviklingsplan

I *Regional utviklingsplan* har Helse Midt-Norge følgende hovedsatsninger for området *Sterkere samhandling*:

- *Bidra til at helseforetak og kommuner gjennom helsefellesskapene etablerer helhetlige og koordinerte tilbud til de prioriterte pasientgruppene.*
- *Følge opp og legge til rette for gjennomføring av handlingsplanene i helsefellesskapene i regionen.*
- *Bidra til oppgavefordeling mellom helseforetakene ved hjelp av sterke fagledernettsverk og regionale pasientforløp, med fokus på å overføre oppgaver fra større til mindre sykehus.*

Det er i tillegg formulert et nytt hovedsatsningsområde:

- *Helse Midt-Norge samhandler på alle nivå om fremtidige behov for helsepersonell*

Sammenheng med andre områder

Samhandling henger sammen med alle de andre områdene. Når det gjelder *Beste praksis*, er en samhandling om beste faglige praksis, kunnskapsoverføring, og samling om helhetlige og standardiserte pasientforløp sentralt. På områder *Bærekraft i personell og kompetanse* er det nye hovedsatsningsområdet innen samhandling *Helse Midt-Norge samarbeider på alle nivå om fremtidige behov for helsepersonell*, det sentrale temaet. *Digitalisering for bedre tjenester og pasientmedvirkning*, er et av de viktigste virkemidlene for samhandling både innad i spesialisthelsetjenesten og mellom nivåene. Det er avgjørende på mange områder at digitale løsninger utvikles og tas i bruk. Når det gjelder *Regionale fellesløsninger*, er det flere av disse der samhandling er sentralt. Av områdene som spesielt trekkes frem i utviklingsplanen er AMK-sentralene og behandlingshjelpemidler sentrale områder for samhandling.

Nåsituasjonen på området

Det arbeides kontinuerlig for å videreutvikle og bedre samhandlingen i hele helse- og omsorgstjenesten. Helsefellesskap er etablert i alle deler av regionen for å videreutvikle den eksisterende samhandlingen, og gi et helhetlig tilbud til befolkningen med hovedfokus på de prioriterte gruppene. I helsefellesskapene møtes representanter fra helseforetak, kommuner inkludert fastleger, samt brukere for å planlegge og utvikle tjenestene sammen. Den formelle beslutningsmyndigheten i helsefellesskapene vil ligge i helseforetakene og kommunene. Helse Midt-Norge deltar i Nasjonalt nettverk for helsefellesskap og Regionalt samhandlingsnettverk, og har på den måten kontakt med representanter i Helsefellesskapene. Helse Midt-Norge er i tillegg observatør i Helsefellesskapet Nordre Trøndelag.

Det har tidligere vært arbeidet med hvordan vi fordeler oppgaver innad i regionen, samt hvordan oppgaver skal overføres fra større til mindre sykehus uten at konkrete oppgaver har vært overført.

Det har over tid vokst frem en bemanningskrise i hele helse- og omsorgstjenesten. Det har vært jobbet med å møte denne utfordringen, men det er nå et behov for at det arbeides på

alle nivå for å begrense utviklingen og iverksette tiltak i tide. Tiltak som tilrettelegger for best mulig bruk av ansattes tid og kompetanse er avgjørende.

Ambisjoner, tiltak og rapportering

1	Helse Midt-Norge vil bidra til at helseforetak og kommuner gjennom helsefelleskapene etablerer helhetlige og koordinerte tilbud til de prioriterte pasientgruppene.		
	Mål	Målbeskrivelse	Måleindikator
	Helse Midt-Norge samhandler tettere med Helsefelleskapene, og de kartlegger sammen hva Helse Midt-Norge kan bidra med inn i helhetlige og koordinerte tilbud til prioriterte pasientgrupper.	Mange opplever brudd i behandlingsskjeden, spesielt ved overføring mellom nivå. Helsefelleskapene er spesielt viktige for å sikre bedre tjenester til grupper av pasienter som er særlig avhengige av godt koordinerte og sammenhengende pasientforløp. Jobben med helhetlige og koordinerte tilbud til de prioriterte pasientgruppene er derfor sentral.	Oversikt over helsefelleskapene sine behov inn i arbeidet med helhetlige og koordinerte tilbud til prioriterte pasientgrupper. Iverksatte bidrag fra Helse Midt-Norge inn mot helhetlige og koordinerte tilbud til prioriterte pasientgrupper.
2	Helse Midt-Norge vil følge opp og legge til rette for gjennomføring av handlingsplanene i helsefelleskapene i regionen		
	Mål	Målbeskrivelse	Måleindikator
	Alle helsefelleskap har høy grad av måloppnåelse i sine handlingsplaner.	Helseforetakene har i samarbeid med kommunene etablert helsefelleskap, og har konkretisert tiltak i handlingsplaner.	Årlig andel måloppnåelse i handlingsplanene.
3	Helse Midt-Norge vil bidra til oppgavefordeling mellom helseforetakene ved hjelp av sterke fagledernetverk og regionale pasientforløp, med fokus på å overføre oppgaver fra større til mindre sykehus.		
	Mål	Målbeskrivelse	Måleindikator

	Oppgaver er overført fra større til mindre sykehus gjennom konkrete prosjekt.	Oppgavefordeling er viktig både for å opprettholde fagmiljø av tilstrekkelig størrelse ved mindre sykehus, og sikre tilstrekkelig kapasitet ved større sykehus til å ivareta region- og universitetssykehusfunksjonene. Ved vurdering av fordeling av funksjoner er det viktig at vi alltid sikrer kvalitet i behandlingen, noe som blant annet krever et tilstrekkelig volum av aktivitet.	Antall konkrete oppgaver som er overført fra større til mindre sykehus.
4	Helse Midt-Norge samhandler på alle nivå om fremtidige behov for helsepersonell		
	Mål	Målbeskrivelse	Måleindikator
	Helse Midt-Norge arbeider systematisk på alle nivå med fremtidig behov for helsepersonell.	Den store personellveksten i helse- og omsorgstjenesten er ikke bærekraftig. Mange kommuner har over tid stått i en bemanningskrise, og i den senere tid har bemanningskrisen i sykehusene også blitt tydelig. Det må nå arbeides på alle nivå for å begrense utviklingen. Tiltak som tilrettelegger for best mulig bruk av ansattes tid og kompetanse er avgjørende.	Helse Midt-Norge har konkrete samarbeid med de andre RHFene, Helsefelleskapene og KS om fremtidige behov for helsepersonell.

Tiltak det skal jobbes med i perioden:

- Helse Midt-Norge etablerer et aktivt samhandlingsteam
- Helse Midt-Norge ber om å få bli observatør i alle Helsefelleskapene i regionen.
- Helse Midt-Norge kartlegger hvilket behov helsefelleskapene har for bistand
- Helse Midt-Norge bidrar til utvikling, bredning og videreutvikling av Helseplattformen, og at mulighetene for samhandling i Helseplattformen benyttes
- Helse Midt-Norge vurderer hvordan vi kan bidra til å dempe veksten i behov for helsetjenester både ved forebygging og endring av forventningene til hvilke tjenester som skal ytes
- Helse Midt-Norge skal stimulere til samarbeid om rekruttering av helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten, inkludert delte stillinger
- Helse Midt-Norge sørger for at samarbeidet om fremtidig utdanningskapasitet og -innhold styrkes.

- Helse Midt-Norge bidrar i arbeidet med en bedre organisering av arbeidsprosesser og riktig oppgavedeling i enheter, mellom enheter og mellom nivåene i helse- og omsorgstjenesten
- Helse Midt-Norge skal vurdere å sette av penger i et regionalt samhandlingsbudsjett, for å finansiere regionalt prioriterte satsningsområder, samt planlegge for at det opprettes nasjonalt samhandlingsbudsjett
- Helse Midt-Norge skal bidra inn i videreutviklingen av en felles digital plattform for kompetanseutvikling og –deling
- Helhetlige og koordinerte tilbud til de prioriterte pasientgruppene er jevnlig tema på møtene i Regionalt samhandlingsnettverk.
- Helse Midt-Norge fasiliteter bruken av InnoMed til prosessveiledning når helsefellesskapene ønsker det.
- Helse Midt-Norge bidrar til utarbeidelse av veikart for digital hjemmeoppfølging
- Helse Midt-Norge skal sammen med private helseleverandører vurdere behovet for nye møteplasser og nettverk
- Helse Midt-Norge bidrar inn i arbeidet med modernisering av avtalespesialistordningen
- Helse Midt-Norge skal jobbe for at en større del av befolkningen med alvorlig psykisk lidelse tilbys tverrfaglig oppsøkende team
- Helse Midt-Norge skal stimulere til at det arbeides aktivt med overgangen mellom nivåene for personer med alvorlig psykisk lidelse
- Helse Midt-Norge skal utvikle samarbeidet med fylkeskommunene som strategiske samarbeidspartnere
- Helse Midt-Norge skal samarbeide med forvaltningsområdene for samisk språk om likeverdige helsetjenester for den samiske befolkningen.
- Helse Midt-Norge skal fortsette styrkingen av fagledernetverkene, blant annet som ledd i oppgavefordelingen mellom sykehusene
- Helse Midt-Norge skal sørge for at fagledernetverkene samarbeider med primærhelsetjenesten der det er relevant.
- Helse Midt-Norge utreder hvordan det skal arbeides videre med funksjonsfordelingen, jf. Styresak 106/21 *“Utredning om helseforetaksstruktur i Trøndelag”* der det er en klar forventning til at Helse Midt-Norge aktivt bidrar til en tydeligere oppgavefordeling i regionen.
- Helse Midt-Norge sørger for bred involvering og samhandling i arbeidet med delstrategi for anskaffelse av spesialisthelsetjenester

Handlingsplaner og strategier i Helsefellesskapene

Helsefellesskapet i nordre Trøndelag har for perioden 2022 – 2025 vedtatt følgende handlingsplan for samhandling:

[Handlingsplan for samhandling 2022-2025 Vedtatt i ASU-PSU 30.03.2022.pdf \(hnt.no\)](#)

Helsefellesskapet for St. Olav og kommunene har for perioden 2022 – 2024 vedtatt følgende handlingsplan for samhandling:

[Handlingsplan for helsefellesskapet 2022-2024 .pdf \(helse-midt.no\)](#)

Helsefellesskapet for St. Olav og kommunene har i tillegg vedtatt en strategi for Helsefellesskapet for perioden 2022-2024:

[Strategi for Helsefellesskapet 2022-2024.pdf \(helse-midt.no\)](#)

Helsefellesskapet Møre og Romsdal har for perioden 2023-2026 felles handlingsplan:

[Felles handlingsplan Helsefellesskap Møre og Romsdal 2023-2026](#)

HELSE MIDT-NORGE RHF

STYRET

Sak 103/23 Statusrapport Helse Midt-Norge per august 2023

Saksbehandler Mats Trøøyen
Ansvarlig direktør Anne-Marie Barane
Saksmappe 23/11
Dato for styremøte 27.09.2023

Forslag til vedtak:

Styret tar statusrapport per august 2023 til etterretning

Stjørdal 21.09.2023

**Administrerende direktør
Stig A. Slørdahl**

Nummererte vedlegg som følger saken

Vedlegg 1: *Statusrapport Helse Midt-Norge per august*
Vedlegg 2: *Tilsyn og revisjoner 2. tertial 2023*

SAKENS HENSIKT

Denne saken har som formål å redegjøre for status per august 2023 på aktivitet, økonomi, ventetider, fristbrudd, kvalitet og pasientsikkerhet, og bemanning. I saksfremlegget omtales de viktigste områdene denne måneden som har behov for nærmere oppfølging. I vedlegget gis det en mer detaljert gjennomgang av status og hvilke tiltak det arbeides med. Status for sentrale indikatorer og mål innen kvalitet og pasientsikkerhet inngår i vedlegget.

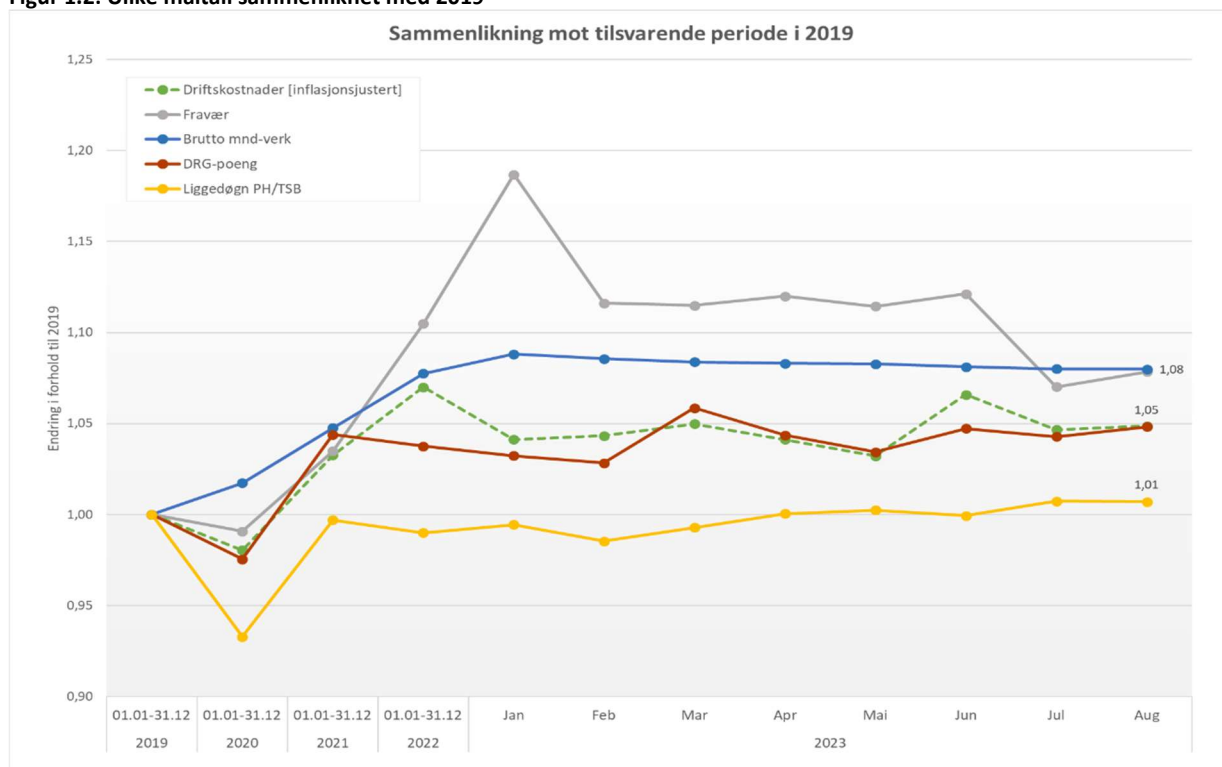
HOVEDPUNKTER OG HELHETLIG DRØFTING

I det følgende oppsummeres status per august 2023 gjennom KPI-matrisen. I tillegg vises utvikling over tid på ulike parameter sett i forhold til 2019.

Langsiktig utvikling aktivitet og ressursinnsats Helse Midt-Norge totalt

Så langt i år har det i foretaksgruppen vært en stabil utvikling og sammenheng mellom aktivitet, kostnadsutvikling og brutto månedsverk. Det har samlet vært en liten vekst i DRG-aktivitet og inflasjonsjusterte kostnader har, sett under ett, hatt om lag samme utvikling hittil i år. Brutto månedsverk viser en svak nedgang hittil i år. På lengre sikt ser vi at driftskostnader korrigert for inflasjon har økt med 4,9 prosent fra 2019-nivå. DRG-aktiviteten har samtidig økt med 4,8 prosent. Fraværet har økt med 8 prosent fra august 2019 til august 2023. I samme periode er brutto månedsverk og sykefravær økt med henholdsvis 8 og 19 prosent.

Figur 1.2: Ulike måltall sammenliknet med 2019



Figur 1.2 viser samlet antall DRG-poeng (tjenesteområdene vektet med ISF-satsen), liggedøgn for psykisk helsevern og rus, brutto månedsverk, totalt fravær og totale driftskostnader inflasjonsjustert, presentert som endringstall i forhold til 2019¹.

1. Status og utvikling KPI - månedlig matrise

Økonomisk resultat for foretaksgruppen pr august ble totalt 158,5 mill. Kr. Det gir et positivt avvik mot revidert resultatmål på 321 mill. kr. Resultatet er påvirket av inntektsføring av ekstra bevilgning

¹For 2020-2022 sammenliknes hele året mot 2019. For 2023 vises akkumulerte tall som sammenliknes med tilsvarende periode i 2019. For mer detaljert informasjon om fravær, se Vedlegg statusrapport, avsnitt HR.

fra HOD i alle de tre sykehusforetakene, og ekstra bevilgning til HNT og HMR for innføring av helseplattformen i 2023, som ikke er hensyntatt i budsjett. Samlet prognose for Helse Midt-Norge for årsresultat forbedres med 149,7 mill. kr i august. Endringen skyldes forbedring av prognosen ved Helseplattformen på 122 mill. kr, hovedsakelig som følge av forsinkelse i utvikling av og innføring av fastlegeløsningen. I tillegg har Hemit og det regionale foretaket forbedret sine prognoser med til sammen 25 mill.

Nivået på aktivitet somatikk i august er samlet 3,5 prosent lavere enn planlagt. Hittil i år er aktiviteten for somatikk for regionen totalt 3,9 prosent lavere enn planlagt, og det skyldes at St. Olavs hospital ligger 8,4 prosent bak budsjett. St. Olav har budsjettert med en vekst på 7,6 prosent i forhold til faktisk aktivitet 2022 pr august 2023. Sammenlignet med samme periode i fjor har regionen totalt en nedgang på 0,4 %. St. Olav og Helse Møre og Romsdal HF (HMR) har en negativ utvikling på henholdsvis -1,5 prosent og -0,1 prosent mens HNT har en vekst på 0,7 prosent. Det er usikkerhet i registrert aktivitet ved St. Olavs hospital og pågående arbeid med kvalitetssikring av registrering kan forventes å gi en bedring i aktivitetstallene.

For DRG-poeng for polikliniske opphold ligger regionen samlet 12,5 prosent under plan for PHV, og 2,4 prosent under plan for PHBU. I forhold til samme periode i 2022 er DRG-poeng 2,8 prosent høyere for PHV og 20,2 prosent høyere for PHBU, hittil i år. For PHV er det økning innenfor private avtaler ved St. Olav og redusert aktivitet ved HMR og HNT i forhold til 2022. For PHBU er det økning for private avtaler i HNT mens St. Olav og HMR har redusert aktivitet i forhold til 2022. Det er fortsatt noe usikkerhet rundt tallene fra St. Olav som følge av innføring av Helseplattformen.

Usikkerheten gjelder også data for ventetider og fristbrudd for St. Olav. Disse tallene er antageligvis for høye. Det arbeides med å korrigere dette. Hittil i år er gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet 69 dager, mot 58 dager i samme periode i fjor. Ventetiden er 65 dager for HMR, 72 dager for HNT, 62 dager for private og 73 dager for St. Olav. Kilden er NPR, og alle med ventetid over 1 000 dager er slettet. St. Olav selv rapporterer et usikkert tall på 70 dager. Totalt er det registrert at 1 724 pasienter mottok behandling/utredning etter frist i august. Det utgjør en andel på 13,6 prosent og er en økning på 5,6 prosentpoeng sammenliknet med tilsvarende periode i fjor. HMN ligger nest høyest av regionene og 4,4 prosentpoeng høyere enn landssnittet.

Ventetiden hittil i år kan sees i KPI-matrisen, og er henholdsvis 70, 55, 70 og 27 dager for somatikk, PHV, PHBU og TSB. For regionen samlet er det bare PHBU som har kortere ventetider enn fjoråret. Regionen samlet innfrir det langsiktige ventetidsmålet for TSB. Manglende måloppnåelse knyttet til ventetider og fristbrudd skyldes bl.a. fagområdespesifikke rekrutteringsutfordringer som har vedvart over tid. Spesielt innen PHBU og PHV følges situasjonen tett, og det er iverksatt en rekke tiltak for å forbedre situasjonen (se vedlegg til statusrapport). Det forventes en bedring i ventetider og fristbrudd når St. Olav øker sin aktivitet etter innføring av Helseplattformen.

Regionen har hittil i år et overforbruk på 1904 brutto månedsverk i forhold til plan, noe som tilsvarer 1,3 prosent. Overforbruket kan relateres til sykefravær generelt, fortsatt utfordringer etter innføring av Helseplattformen og overbelegg på en del enheter. Lønnskostnadene hittil i år, korrigert for pensjon, er om lag 106 mill. kr høyere enn budsjett. Av dette utgjør avvik i august 80 mill. kr. De tre sykehusforetakene har til sammen et overforbruk på lønn på 153,9 mill. kr hittil i år. Det utgjør henholdsvis 3 prosent, 1,3 prosent og 0,6 prosent for HMR, HNT og St. Olav. Lønnsoppgjør høyere enn budsjett utgjør noe av avviket og må sees i sammenheng med kompensasjon for ekstra lønns- og prisstigning som ble bevilget i revidert nasjonalbudsjett. I tillegg er det ved St. Olav utbetalt nær 60 mill. kr i ekstraordinære stimuleringsmidler i månedene juni-august.

Figur 1.1: Månedlig KPI-matrise pr august 2023.

Månedlig KPI matrise aug 2023		Hittil i år				Avvik denne periode	Prognose årsavvik	
		Resultat	Mål	Langsiktig mål	Avvik			
Aktivitet	DRG-poeng somatikk	158 060	164 501		-6 441	●	-685	-14 300
	DRG-poeng poliklinikk PHV-V	30 837	35 249		-4 412	●	173	-
	DRG-poeng poliklinikk PHV-BU	23 665	24 241		-576	●	510	-
	DRG-poeng poliklinikk TSB	4 517	4 824		-307	●	-37	-
	Ventetid pasienter behandlet somatikk	70	59	59	11	●	23	-
	Ventetid pasienter behandlet PHV-V	55	51	40	4	●	23	-
	Ventetid pasienter behandlet PHV-BU	70	71	35	-1	●	53	-
	Ventetid pasienter behandlet TSB	27	26	30	1	●	-1	-
	Andel fristbrudd pasienter behandlet	11,3 %	0 %		11,3 %	●	13,6 %	-
Finans	Økonomisk resultat (mill kr)	158	-163		321	●	-4	225
	Lønnskostnader (mill kr)	11 383	11 277		106	●	80	-
HR	Bemanning (brutto mnd.verk)	150 703	148 799		1 904	●	-79	-
	Netto sykefravær	8,9 %	8,9 %		-0,1 %	●	0,9 %	-

1.1. Tertialvise kvalitetsindikatorer

Status for de tertialvise kvalitetsindikatorerne er oppsummert i tabellen under, sortert på de viktigste styringsmålene i 2023. Merk at måleperioden varierer mellom indikatorerne. Det ses gjennomgående lav måloppnåelse på flertallet av indikatorer (se også forrige avsnitt). Denne tendensen er på de fleste områder observert over lengre tid, men siden flere av indikatorerne er basert på NPR-data er det noe usikkerhet knyttet til spesielt resultater fra St. Olavs hospital. Nærmere beskrivelse av årsaker og tiltak for å bedre måloppnåelsen fremgår av Kapittel 1 Helsefag i vedlegget.

Tabell 1.2: Tertialvis KPI-matrise:

Tertialvis KPI matrise 2023		Mål	Resultat forrige periode	Resultat denne periode	Tid forrige periode	Tid denne periode
2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet	Antall definerte døgnoser (DDD) av utvalgte bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn/periode	13.6 innen utgangen av 2022	16.7	15.7 ●	1. tertial 2022	1. tertial 2023
	Andel pasienter i pakkeforløp BUP, VOP og TSB som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan	Minst 80 %	44 %	39 % ●	1. tertial 2022	1. tertial 2023
3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp	Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid av totalt antall planlagte pasientkontakter **	Skal overholde minst 95 % av planlagte pasientkontakter	12.7 %	16.1 % ●	1. tertial 2022	1. tertial 2023
	Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet 24 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid	Minst 70 %	72 %	69 % ●	3. tertial 2021	3. tertial 2022
	Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon*	Minst 15 %	11.4 %	11.8 % ●	1. tertial 2023	2. tertial 2023
	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning TSB	Minst 70 %	83 %	85 % ●	1. tertial 2022	1. tertial 2023
	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning PHV-V	Minst 70 %	56 %	59 % ●	1. tertial 2022	1. tertial 2023
	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk tjeneste	Minst 70 %	58 %	59 % ●	1. tertial 2022	1. tertial 2023

ADMINISTRERENDE DIREKTØRS VURDERING

Det økonomiske resultatet pr august er på totalt 158,5 mill. Kr. Det er 321 mill. kr bedre enn planlagt. Resultatavvikene i de tre sykehusforetakene er påvirket av inntektsføring av ekstra bevilgning fra HOD som ikke er hensyntatt i budsjettene.

St. Olav har vesentlig lavere aktivitetsbaserte inntekter enn budsjettet hittil i år, og de knytter om lag halvparten av avviket til innføringen av nytt journalsystem med manglende feilretting og optimalisering. Administrerende direktør påpeker at at St. Olav har budsjettet med høy vekst i DRG-aktiviteten i 2023, sett ut fra foretakets egen historiske aktivitetsutvikling og sammenlignet med andre helseforetak. Hittil i år er foretaksgruppens aktivitet samlet for somatikk 3,9 prosent bak budsjett og 0,4 prosent lavere enn tilsvarende periode i fjor. St. Olav er hittil i år 1,5 prosent lavere enn fjoråret.

Sykefraværet er redusert med 0,9 prosent i forhold til forrige måned, og er hittil i år lavere enn i 2022. Nivået ligger fortsatt høyere enn før pandemien. Sykefravær og behov for ekstra ressurser etter innføring av Helseplattformen er hovedårsakene til overforbruk av brutto månedsverk. Det er en økning på langtidssykefraværet, dette skjer også i de andre regionene. For å få mer innsikt i årsaken har vi nylig startet et samarbeid med de andre regionene for å finne årsaker og erfaringsutveksling på tiltak.

Administrerende direktør ser med bekymring på at målene for flere av kvalitetsindikatorerne ikke er nådd, og at det er lange ventetider og økende antall fristbrudd i hele regionen. Dette er en utfordring som forsterkes av problemene i innføringen av Helseplattformen. Å sikre nødvendige ressurser til arbeidet med feilretting og optimalisering ved Helseplattformen og i St. Olavs hospital er kritisk for å ivareta kvalitet og pasientsikkerhet. Dette er også svært viktig av hensyn til de ansatte i Helseplattformen og ved St. Olavs hospital, som har stått i en krevende situasjon med høyt arbeidspress over lang tid.

Vedlegg –

**Statusrapport Helse Midt-Norge
per august 2023**

1	Helsefag.....	3
1.1	Innledning.....	3
1.2	Aktivitet.....	3
1.2.1	Aktivitet Somatikk – «Sørge for» (DRG).....	3
1.2.2	Psykisk helsevern.....	3
1.2.3	Rusbehandling.....	5
1.3	Ventetider og fristbrudd.....	6
1.3.1	Ventetider.....	6
1.3.2	Fristbrudd.....	7
1.3.3	Arbeid med ventetider og fristbrudd.....	8
1.4	Kvalitet og pasientsikkerhet.....	9
1.4.1	Tertialvise kvalitetsindikatorer.....	9
1.4.2	Helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI).....	12
1.4.3	Uønskede hendelser varslet til Statens helsetilsyn jf. spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a.....	12
1.4.4	Meldte avvik i EQS.....	14
1.4.5	Eksterne tilsyn og revisjoner.....	15
2	Økonomi.....	15
2.1	Innledning.....	15
2.2	Resultat.....	15
2.3	Lønnskostnader.....	17
2.4	Prognose endelig årsresultat.....	18
2.5	Likviditet.....	19
2.6	Investeringer.....	19
3	HR.....	23
3.1	Bemanning.....	23
3.2	Sykefravær.....	23
3.3	Heltid.....	25
	Etterlevelse av arbeidstidsbestemmelser.....	27
3.4	Uønskede hendelser – HMS.....	29

1 Helsefag

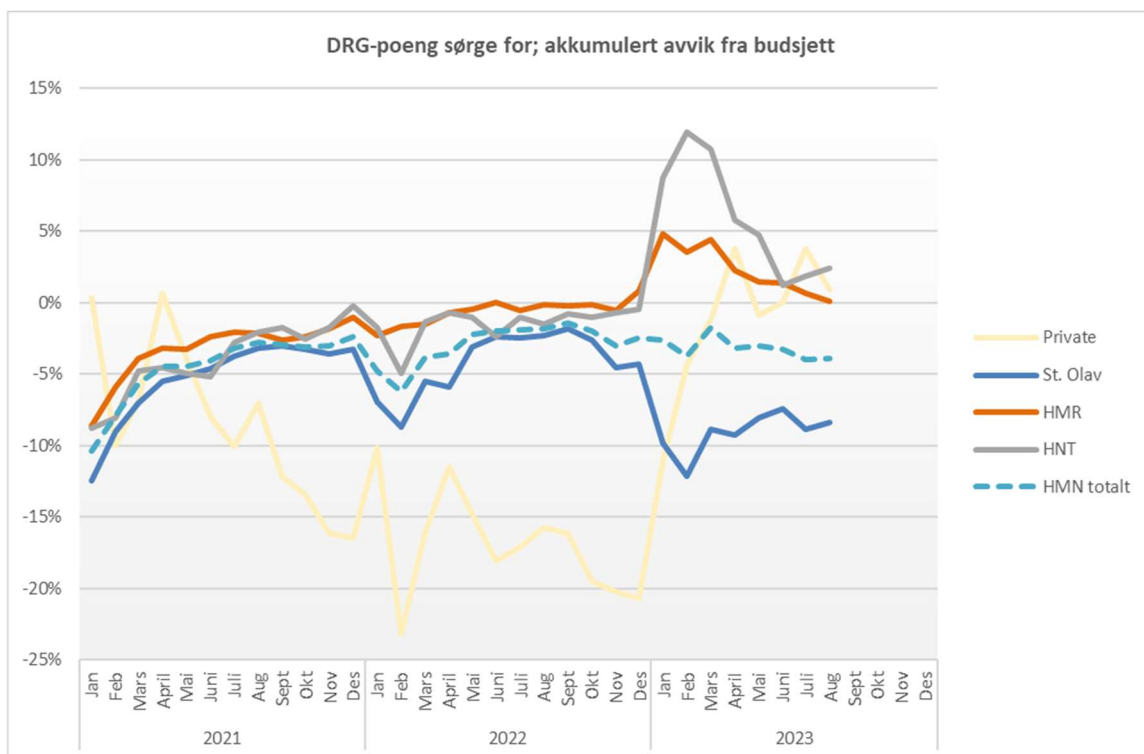
1.1 Innledning

I denne delen av statusrapporten beskrives aktivitet, ventetider og fristbrudd.

1.2 Aktivitet

1.2.1 Aktivitet Somatikk – «Sørge for» (DRG)

Figur 1.1 viser akkumulert avvik (hittil i år) for DRG-poeng i forhold til budsjett. Variasjonen mellom HF-ene er stor. Hos HNT har det vært pause i opplæring i Helseplattformen, og aktiviteten ble økt for å utnytte kapasiteten.

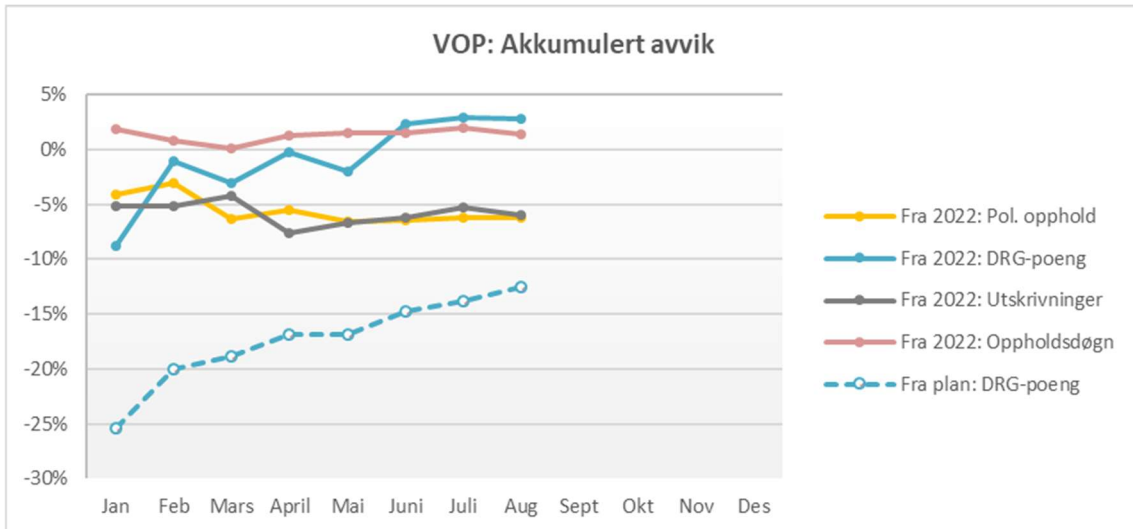


Figur 1.1: Akkumulert avvik i forhold til budsjett, målt i DRG-poeng.

St. Olav skriver at avviket skyldes i hovedsak redusert aktivitet i etterkant av innføring av Helseplattformen. Parallelt med arbeidet med å sikre korrekte tall for aktivitet og ventelister, fokuseres det på tiltak for å få opp aktiviteten. Dette gjelder også tiltak som ikke begrenses av Helseplattformen. Å fjerne begrensninger som skyldes Helseplattformen er avhengig av tiltakene som skal forbedre løsningen, samt opplæring. Måling av effekten av tiltakene vanskeliggjøres av at data fra Helseplattformen er så usikre.

1.2.2 Psykisk helsevern

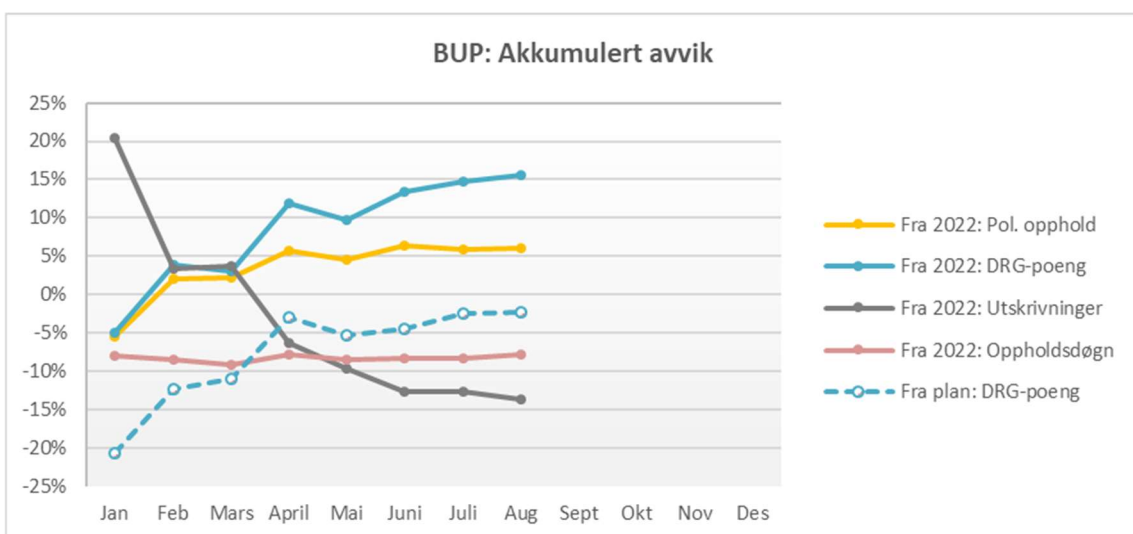
Figur 1.2 og Figur 1.3 viser avvik fra forrige år og fra plan, hittil i år, for utvalgte måltall.



Figur 1.2: Akkumulert avvik fra 2022 og plan for utvalgte måltall, for psykisk helsevern voksne.

For VOP ser vi følgende:

- **Polikliniske opphold.** Regionen ligger noe under nivået i fjor, og alle HF har negativt avvik. HMR ligger nærmest fjoråret (-6,8 prosent), mens St. Olav og særlig HNT ligger et stykke bak (-11,5 og -19,3 prosent).
- **Utskrivninger.** Regionen ligger under fjoråret, men også her er det store variasjoner mellom HF. Mens St. Olav og HNT ligger under (-15 og -2,8 prosent), ligger HMR over (5,8 prosent).
- **Oppholdsdøgn.** St. Olav og HMR ligger noe over fjoråret, mens HNT ligger under (-4 prosent). Regionen samlet ligger like over samme periode i fjor.
- **DRG-poeng.** Det er liten variasjon mellom HF, og alle ligger rundt 14 prosent under plan. Kun St. Olav ligger over aktiviteten i fjor. HMR ligger like under, og HNT 14,6 prosent under. De private ligger langt over og gjør at regionen samlet havner 2,8 prosent over nivået i fjor.



Figur 1.3: Akkumulert avvik fra 2022 og plan for utvalgte måltall, for psykisk helsevern barn og unge.

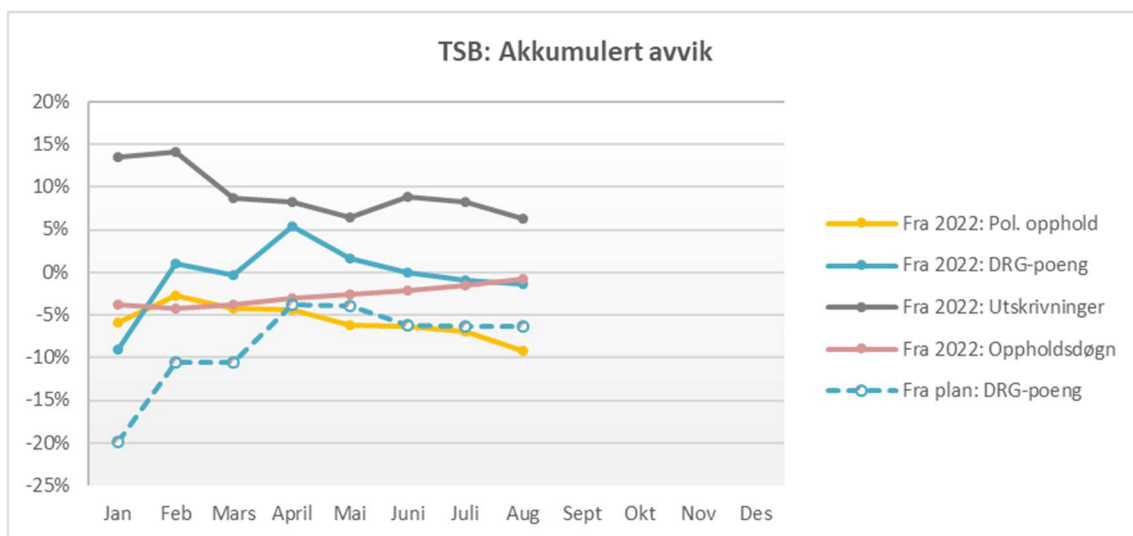
For BUP ser vi følgende:

- **Polikliniske opphold.** Alle HF ligger under fjoråret (-16,6, -3,5 og -9,7 prosent for henholdsvis St. Olav, HMR og HNT). Høye tall hos private gjør at regionen samlet havner 6,0 prosent over samme periode i fjor.
- **Utskrivninger.** Det er lave tall og derfor store utslag i prosenter. Mens St. Olav og HMR ligger under (hhv. -1,5 og -25,3 prosent) ligger HNT på samme nivå som i fjor.
- **Oppholdsdøgn.** Det er store variasjoner i regionen. Samlet ligger vi under fjoråret. Det skyldes lave tall for HMR (-31,5 prosent). St. Olav og HNT ligger over aktiviteten fra i fjor (12,3 og 13,1 prosent).
- **DRG-poeng.** Regionen ligger under plan. Mens St. Olav og HMR ligger under (-7,0 og -9,5 prosent), ligger HNT og private over (8,6 og 12,2 prosent). Sammenliknet med fjoråret ligger regionen et stykke over. Igjen skyldes det høyere aktivitet hos HNT og særlig private, mens St. Olav og HMR ligger like under.

HNT skriver at noe av årsaken til lave tall for opphold innenfor psykisk helsevern og rus skyldes endringer i ISF-regelverket for hvilke aktiviteter som teller som opphold. Samarbeidsaktiviteter, med for eksempel en kommune, telles ikke lenger som opphold, men defineres fra 2023 som en særtjeneste. Dette medfører at indikatoren «antall polikliniske opphold» ikke fullt ut vil være sammenlignbar med tidligere år. Omleggingen i regelverket er heller ikke reflektert i plantallene.

1.2.3 Rusbehandling

Figur 1.4 viser avvik fra forrige år og fra plan, hittil i år, for utvalgte måltall.



Figur 1.4: Akkumulert avvik fra 2022 og plan for utvalgte måltall, for TSB.

Vi ser følgende:

- **Polikliniske opphold.** Alle HF ligger under fjoråret, men det er stor variasjon. HMR ligger 1,9 prosent under, mens St. Olav og HNT ligger henholdsvis 13,2 og 29,9 prosent under.
- **Utskrivninger.** Også her er det stor variasjon. Regionen ligger over samme periode i fjor, noe som skyldes høye tall for St. Olav og private (11,6 og 16,4 prosent). HMR og HNT ligger under (-4,8 og -13,8 prosent).

- **Oppholdsdøgn.** Alle HF ligger under fjoråret, men med stor variasjon. St. Olav er såvidt under, mens HMR og HNT er lenger bak (-6,4 og -17,9 prosent). Private ligger 3,9 prosent over, og gjør at regionen samlet havner like bak fjoråret.
- **DRG-poeng.** Antall DRG-poeng ligger like under fjoråret. HMR og private ligger over (6,3 og 26,3 prosent), mens HNT og St. Olav ligger under (-13,3 og -4,2 prosent). Både HF og private ligger bak plan, fra -2,2 prosent (HNT) til -9,4 prosent (St. Olav).

1.3 Ventetider og fristbrudd

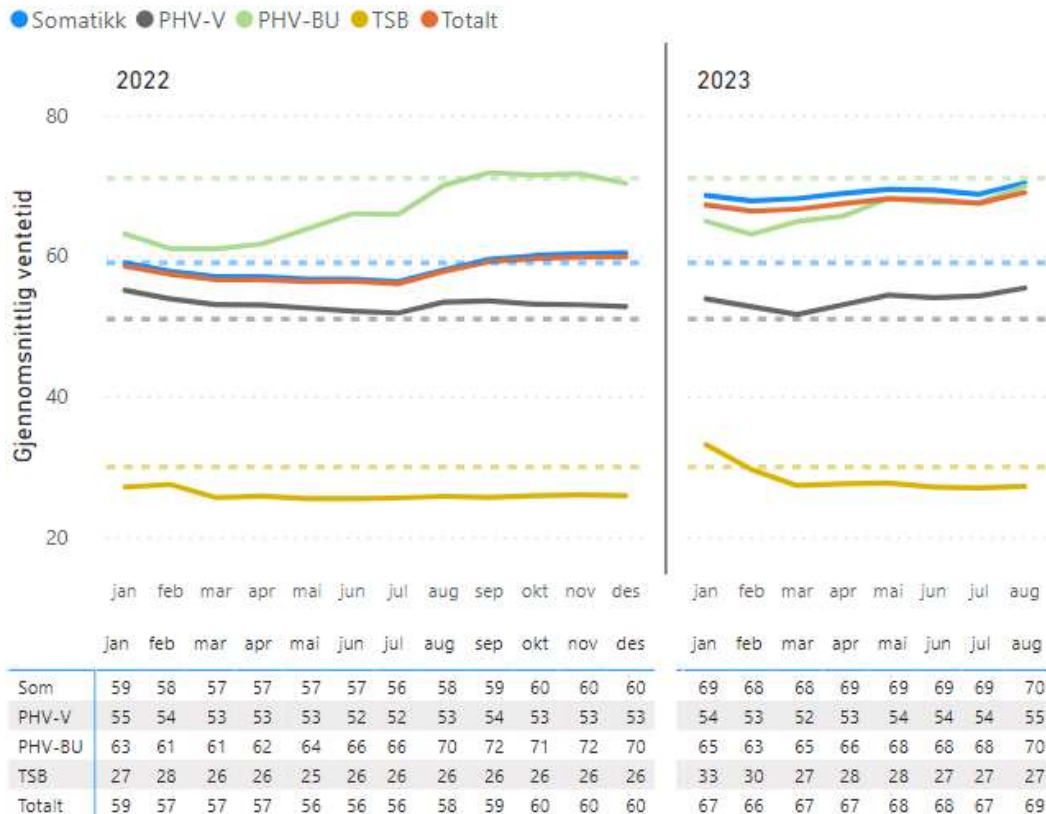
1.3.1 Ventetider

Grunnet innføring av Helseplattformen og problemer med leveranse av styringsdata, er det knyttet stor usikkerhet til august-tallene. I tallene som presenteres her er alle pasienter med ventetid over 1 000 dager slettet fra datagrunnlaget fra NPR. 1 000 dager er skjønnsmessig satt og vil fortsatt inneholde registreringer med for høy ventetid. Fra tid til annen forekommer det at enkeltpasienter venter lenge, dette antallet er imidlertid kunstig høyt etter GoLive på St Olav. 1 000 dager er derfor et konservativt anslag. St. Olav selv rapporterer et usikkert tall på 70 dager. For august er St. Olavs ventetider i korrigert NPR-grunnlag henholdsvis 83, 62, 88 og 22 dager for somatikk, PHV, PHBU og TSB. St. Olav selv rapporterer usikre estimater på 80, 62, 77 og 22 dager.

Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste hittil i år vises samlet for hele regionen i Figur 1.5. Grafen illustrerer avstanden fra faktisk ventetid (heltrukne linjer) til kravet (stiplede linjer), og viser utviklingen de to siste år. Hittil i år er gjennomsnittlig ventetid for pasienter som har fått helsehjelpen påstartet 69 dager, hvilket er det samme som landsnittet.

Oppsummert ser vi følgende:

- **Alle fagområder:** Til tross for usikre data for St. Olav, som har flest avviklede pasienter og dermed preger regionens tall mest, ser vi en liten økning i ventetider. Ingen har redusert ventetiden siden forrige måned.
- **Somatikk:** Det er 9 dager mellom laveste (HMR) og høyeste (HNT) ventetid, og sammenliknet med samme periode i 2022 er ventetiden 11 dager høyere. Det er langt ned til kravet på 59 dager.
- **PHV:** Det er liten variasjon mellom HF-ene, og St. Olav ligger lavest med 55 dager. HMR og HNT har henholdsvis 56 og 54 dager. Regionen samlet ligger like over kravet på 51 dager.
- **PHBU:** Vi ser fortsatt stor variasjon mellom HF-ene. Mens HNT ligger lavest med 58 dager, ligger HMR høyest på 87 dager. Regionen samlet klarer kravet på 71 dager, og vi ligger på samme nivå som tilsvarende periode i fjor.
- **TSB:** Regionen oppnår kravet på 30 dager. HMR og private ligger over, men St. Olav og HNT trekker ned snittet med sine 24 dager.

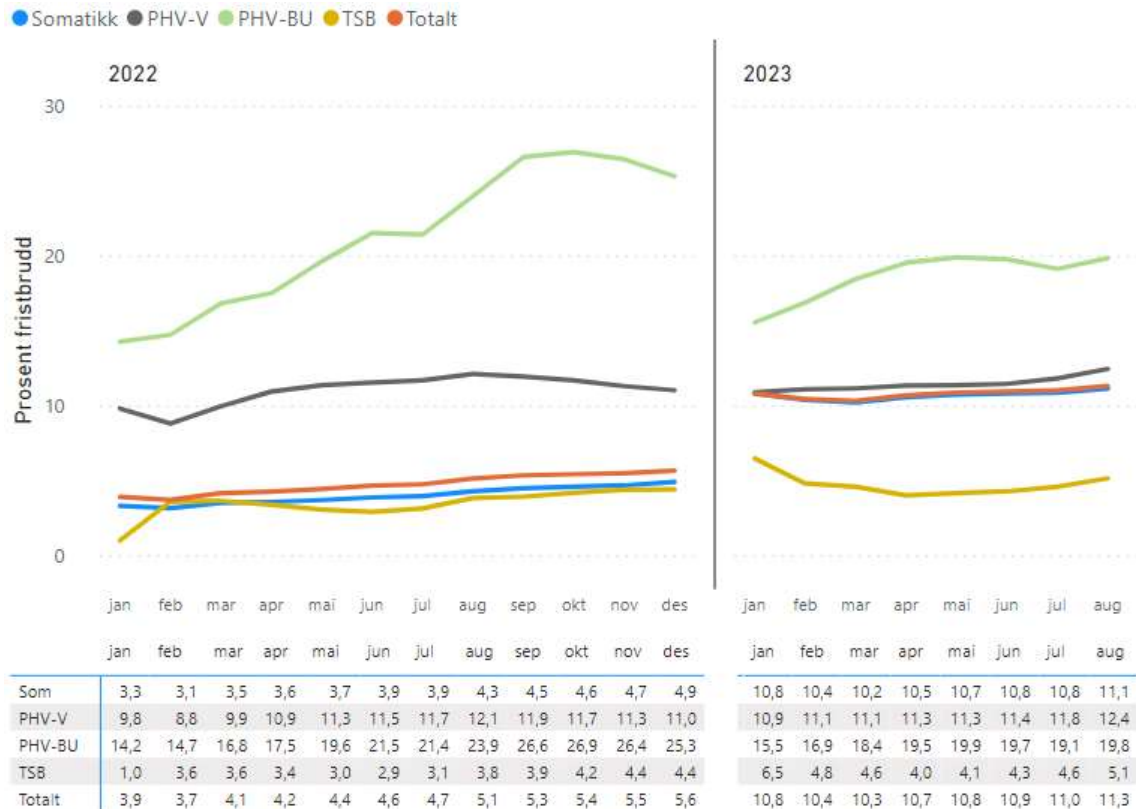


Figur 1.5: Gjennomsnittlig ventetid for pasienter avviklet fra venteliste i Helse-Midt-Norge, hittil i år (Kilde: NPR).

1.3.2 Fristbrudd

I tallene som presenteres her er alle pasienter med ventetid over 1 000 dager slettet fra datagrunnlaget. Figur 1.6 viser andel fristbrudd for pasienter som er avviklet fra venteliste, akkumulert for 2022 og 2023. Det er svært stor usikkerhet knyttet til St. Olav sine tall, som er altfor høye. Oppsummert ser vi følgende:

- **Alle fagområder:** I regionen er det registrert at 1 724 pasienter mottok behandling eller utredning etter frist i august måned. Det tilsvarer 13,5 prosent. St. Olav har gått fra 444 i august 2022 til 1059 denne måneden, noe som utgjør 19,4 prosent av alle avviklede. Det er stor usikkerhet knyttet til tallene. HMR og HNT ligger på henholdsvis 8,4 og 11,6 prosent denne måneden.
- **Somatikk:** Antallet fristbrudd er høyest innen somatikken, som står for 90 prosent av fristbruddene i 2023.
- **PHV:** Andelen fristbrudd i år er 12,4 prosent, en økning på 0,3 prosentpoeng sammenliknet med fjoråret. Det er stor variasjon mellom HF, og HMR ligger høyest med 13,9 prosent.
- **PHBU:** Andelen fristbrudd er 19,8 prosent i år, 4,1 prosentpoeng lavere enn samme periode i fjor. HMR ligger høyest på 52,6 prosent, mens HNT ligger lavest med 2,2 prosent.
- **TSB.** Det er få fristbrudd for TSB, men andelen i regionen har gått fra 3,8 prosent til 5,1 prosent sammenliknet med samme periode i fjor. Økningen kommer av høyere tall for St. Olav.



Figur 1.6: Samlet; Prosent fristbrudd for pasienter avvirket fra venteliste i Helse Midt-Norge (Kilde: NPR).

1.3.3 Arbeid med ventetider og fristbrudd

Vi viser til tidligere statusrapporter om arbeid i HF-ene med å redusere ventetider og fristbrudd, eksempelvis Omstillingsprosjektet i BUP HNT, Barn og unges helsetjeneste i HMR, og arbeid med rekruttering av fagpersoner på sårbare områder.

St. Olav jobber med å korrigere styringsdata, blant annet gjennom «Task force NPR», og i samarbeid med Helsedirektoratet og Helseplattformen AS. Utover tidligere forbedringer, innføres det mer støtte i vurdering av henvisninger for å sikre komplett og korrekt informasjon. Det undersøkes også andre hypoteser som kan forklare feil, men det ser ut til at det fortsatt oppstår ulike typer feil i ventelistebehandlingen. Det er planlagt videreutvikling av Helseplattformen som vil bøte på noe av dette. Noe ble satt i produksjon 12. juni 2023. Det gjennomføres i tillegg kontinuerlig opplæring for å bruke løsningen så hensiktsmessig som mulig.

HNT skriver at økning i ventetider og fristbrudd generelt gir grunn til bekymring. Sommeravvikling er tradisjonelt forbundet med noe økte ventetider og fristbrudd, og man ønsker å avvete til september før eventuelle målrettede tiltak vurderes utover det kontinuerlige arbeidet på området.

HMR har anbefalt alle klinikker å sette mer ambisiøse mål enn 50 dager ventetid for å lage handlingsrom til innføring av Helseplattformen. Det arbeides med å forbedre arbeidsprosesser knyttet til pasientforløp, øke bruken av digitale verktøy i pasientbehandlingen og forbedre samarbeid på tvers av klinikker. Det settes opp ekstra poliklinikk der man kan, og ellers

aksjonspoliklinikker i en periode framover, for å redusere ventetider. Innen hud nevnes optimalisering av timemaler og oppgavegliding. Innen revmatologi er det ansatt to nye LIS, og vikarer leies inn ved behov. Her jobbes det også med system for behovsprøvd oppfølging og muligheten for å benytte checkware eller andre verktøy for å redusere antall pasienter som må inn på kontroll. Røntgen-avdelingen har hatt kveldspoliklinikk og det jobbes videre med å se på oppgavefordeling.

Innen endokrinologi i Volda jobbes det med rekruttering, og innleie har vært benyttet. Innen ortopedi jobbes det med planleggingshorisonten.

Innen øyefaget jobbes det kontinuerlig med pasientforløpene, og ventelister gjennomgås. Blant annet har andre yrkesgrupper fått oppgaver for å avlaste øyelegene i behandlingsforløpet. Innen ØNH er det tilsatt ny sykepleier på poliklinikken i Molde, og oppstart av lokalstue dagkirurgi en dag i uka er i gang. Dette vil føre til økt narkosekapasitet til operasjon. I tillegg vil man ha kveldspoliklinikk både i Molde og Kristiansund for å ta unna ventelister.

På ortopedisk poliklinikk i Kristiansund fortsetter man med organisering av aksjonspoliklinikk og øke tallet på poliklinikk-dager for å bedre situasjonen. Innen gastromedisinsk poliklinikk i Molde kjøpes private tjenester og det settes opp aksjonspoliklinikker. Ved hudpoliklinikken i Kristiansund er det satt inn tiltak gjennom å leie inn pensjonert overlege og oppgavegliding til sykepleierne.

Innen PHV-V fortsetter man med de tiltakene som allerede er i gang, med gjennomgang av ventelister, aksjonspoliklinikk, fokus på å rekruttere og beholde kompetanse, samt tydelige aktivitetsforventninger. Det vurderes om det skal opprette nye stillinger for å redusere utgifter til fristbruddpasienter.

Innen PHV-BU er det også gjennomgang av ventelister og aksjonspoliklinikk. En barnepsykiater er innleid på ukebasis for å sikre grunnleggende forsvarlighet i driften. Det er fortsatt prosesser i alle seksjoner knyttet til rekruttering av fagpersoner/spesialister, men det er utfordrende å få tak i spesialister/LIS. Man ser på om tilsetting av ADHD-sykepleier kan gi oppgavegliding og avlaste legegruppa og gi bedre og mer effektiv arbeidsflyt i ADHD-forløpene. I tillegg ser man på tidlig screening av ADHD-pasienter for å se om man kan redusere tallet på pasienter som trenger fullstendig utredningsforløp.

1.4 Kvalitet og pasientsikkerhet

1.4.1 Tertialvise kvalitetsindikatorer

Status for de tertialvise kvalitetsindikatorerne er oppsummert i tabellene under, sortert på de viktigste styringsmålene i 2023. Merk at måleperioden varierer mellom indikatorene, og at det knytter seg usikkerhet til flere av resultatene på grunn av utfordringene med kvalitetssikrede virksomhetsdata fra St. Olav. Resultater fra St. Olavs må leses med forbehold.

Tabell 1.1: Tertianvis kvalitetsindikatorer

Tertianvis KPI matrise 2023		Mål	Resultat forrige periode	Resultat denne periode	Tid forrige periode	Tid denne periode
2. Styrke forskning, innovasjon og kompetanse og forbedre kvalitet og pasientsikkerhet	Antall definerte døgndoser (DDD) av utvalgte bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn/periode	13.6 innen utgangen av 2022	16.7	15.7 ●	1. tertial 2022	1. tertial 2023
3. Rask tilgang til helsetjenester og sammenhengende pasientforløp	Andel pasienter i pakkeforløp BUP, VOP og TSB som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan	Minst 80 %	44 %	39 % ●	1. tertial 2022	1. tertial 2023
	Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid av totalt antall planlagte pasientkontakter **	Skal overholde minst 95 % av planlagte pasientkontakter	12.7 %	16.1 % ●	1. tertial 2022	1. tertial 2023
	Gjennomføring av organspesifikke pakkeforløp for kreft (samlet 24 krefttyper) innen maksimal anbefalt forløpstid	Minst 70 %	72 %	69 % ●	3. tertial 2021	3. tertial 2022
	Andelen polikliniske konsultasjoner som gjennomføres over video og telefon*	Minst 15 %	11.4 %	11.8 % ●	1. tertial 2023	2. tertial 2023
	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning TSB	Minst 70 %	83 %	85 % ●	1. tertial 2022	1. tertial 2023
	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning PHV-V	Minst 70 %	56 %	59 % ●	1. tertial 2022	1. tertial 2023
	Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning fra somatisk tjeneste	Minst 70 %	58 %	59 % ●	1. tertial 2022	1. tertial 2023



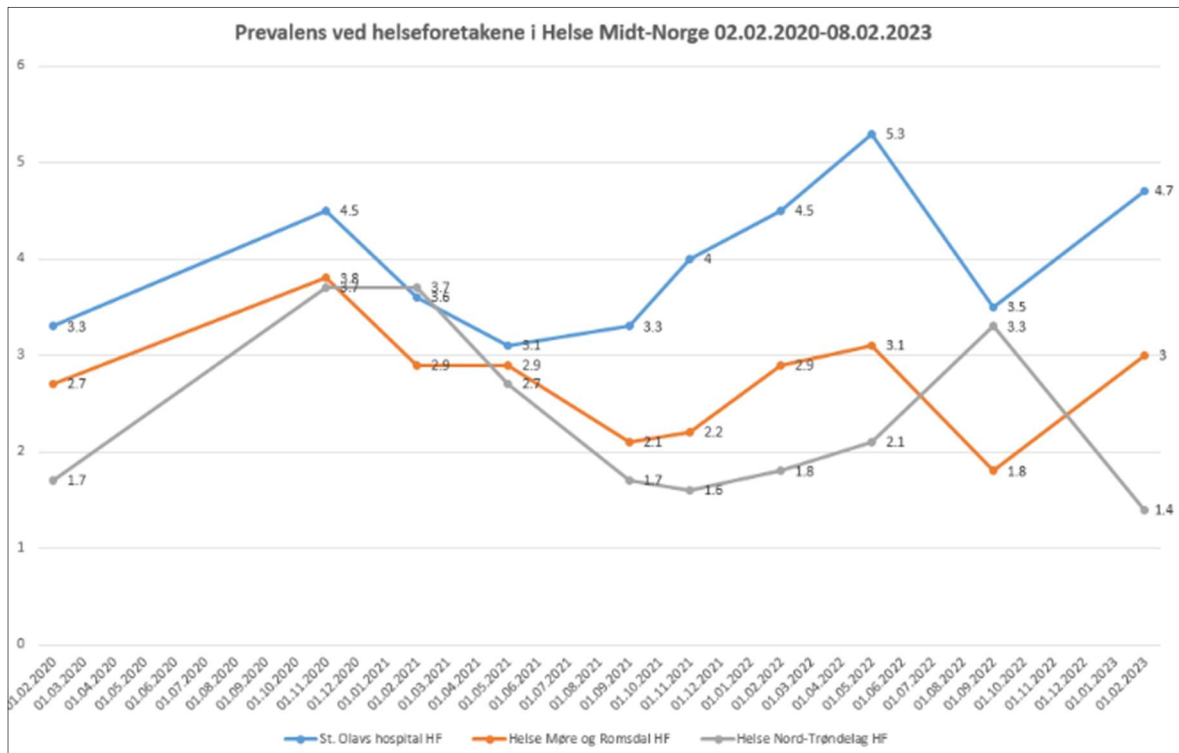
Figur 1.8: Antall definerte døgndoser (DDD) av fem grupper bredspektrede antibiotika per 100 liggedøgn i sykehus – historisk utvikling

- **Bruk av bredspektret antibiotika.** Siste oppdaterte kvalitetssikrede tall er fra 1. tertial 2023. Etter en økning i bruk etter pandemien så vi en svak nedgang i hele regionen høsten 2022, som fortsetter i 2023 (figur 1.8). Det er i 2023 stilt krav til helseforetakene om at forbruket skal være lavere enn 2019-nivå (STO og HMR) og 2020-nivå (HNT). Saken følges jevnlig opp i regionalt fagdirektørnettverk og den regionale samordningen er styrket bl.a. ved bruk av felles samhandlingsarena for deling av kunnskap og erfaringer på tvers av

sykehusene. Kliniske farmasøyter (Sykehusapotekene HF) har en særskilt rolle i å redusere antibiotikaforbruket, og dette arbeidet er styrket i 2023, med gode resultater.

- **Andel pasienter i pakkeforløp BUP, VOP og TSB som sammen med behandler har utarbeidet en behandlingsplan (1. tertial 2023).** Fordelt på HF-ene er måloppnåelsen i prosent som følger: HMR 44, HNT 43,1 og STO 36 – ingen av HF-ene når målsetningen om minst 80 prosent. Samtlige HF peker på stor usikkerhet vedrørende datakvalitet og validitet vedrørende pasientforløpskoder, men det er uansett behov for å iverksette tiltak for å oppfylle pasientenes rett til medvirkning i behandling. Dette vil følges opp i de respektive fagledernetverkene for PHBU, TSB og PHV. Videreutvikling og kvalitetssikring av pasientforløp er ett av delmålene i regionalt prosjekt for å sikre kritisk kompetanse i PH.
- **Andel pasientkontakter som har passert planlagt tid.** Tall fra St. Olavs mangler. Andel passert planlagt tid for øvrig i regionen er 16, 1 prosent, og både HNT og HMR ligger langt over målet på 5 prosent og har økt fra forrige måling. Se øvrig rapportering om ventetider.
- **Pakkeforløp for kreft innen forløpstid.** På grunn av utfordringer med datakvalitet i HelseDirektoratet er nyeste tilgjengelige data fra 3. tertial 2022. Regionen ligger like under kravet totalt for de 24 krefttypene (69 prosent av forløpene gjennomført innen standard forløpstid, mot kravet på 70 prosent). Samlet måloppnåelse påvirkes imidlertid av usikkerheten for data fra St. Olavs. Det er størst utfordringer med pakkeforløpene for prostatakreft og lungekreft i hele regionen, og dette har vi sett over tid. Årsaken knytter seg delvis til rutiner for registrering, men økende ventetider på St. Olavs påvirker måloppnåelsen for pasienter i andre HF dersom utredning og behandling skjer på flere sykehus. Forløpene vil følges opp i aktuelle fagledernetverk.
- **Digitale konsultasjoner (2. tertial 2023).** St. Olav estimerer at andelen digitale konsultasjoner er 11,4 pst. i 2. tertial. I HMR er andelen 11,3 pst, og i HNT 8,4 pst. Ingen av HF-ene klarer målkravet om 15 pst, men HMR ser en svak stigning sammenlignet med forrige tertial. HMR jobber videre med ti utvalgte standardiserte forløp for å implementere digitale konsultasjoner der dette er egnet. I tillegg styrker HMR kommunikasjonen når det gjelder HMR Nær (digital hjemme oppfølging og digitale konsultasjoner).
- **Andel epikriser sendt innen 1 dag etter utskrivning.** Nyeste data fra 1. tertial 2023 viser at regionen når som tidligere målet om 70 pst. for TSB (85), men ikke PHV-V (59) og somatikk (59). Det er positivt at HNT har jobbet systematisk med å øke andelen, og når målet med god margin (75 pst). De rapporterer at det arbeides målrettet, med fokus på opplæring av vikarer, fast sak på tavlemøter og med aktive påminnelser om området. Spesielt har arbeidet gitt resultater på kirurgisk klinikk, der 85 pst. av epikrisene er sendt innen 1 dag.

1.4.2 Helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI)



Figur 1.9: Forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) hos inneliggende pasienter i helseforetakene

Forekomst av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI) måles fire ganger årlig ved en punktmåling for inneliggende pasienter. I indikatoren inngår blodbaneinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, postoperative sårinfeksjoner blant opererte pasienter og blant det totale antallet inneliggende pasienter, og urinveisinfeksjoner. Siste måling med kvalitetssikrede tall var 08.02.23. HNT ligger lavest med 1,4 prosent, HMR 3 prosent og St. Olavs er høyest med 4,7 prosent.

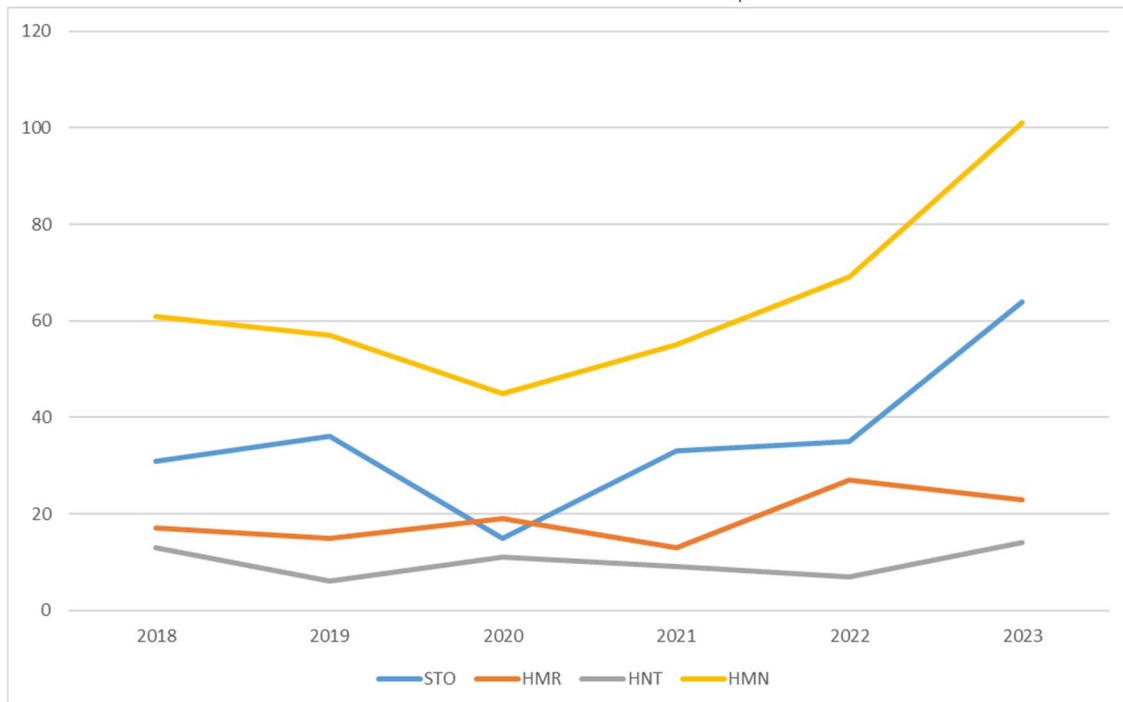
I HMR ble det funnet flest dype postoperative sårinfeksjoner og nedre luftveisinfeksjoner. Dette er en økning fra tidligere og fordeler seg jevnt over alle sykehusene i HMR. Verktøyene for reduksjon av sykehusinfeksjoner er bl.a. smittevernvisitter og rot-årsaksanalyser. Disse er tilgjengelig for klinikkene og er forventet tatt i bruk i større grad i høst etter kommunikasjonstiltak ut mot klinikkene. St. Olavs rapporterer at de ser en betydelig nedgang i sykehusinfeksjoner ut over 2023, til tross for en krevende driftssituasjon. De viser til tiltakene som ble iverksatt i 2019 (HAI-kampanjen), som er videreført og gir gode resultater.

1.4.3 Uønskede hendelser varslet til Statens helsetilsyn jf. spesialisthelsetjenestelovens § 3-3a

Alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester har plikt til å varsle om dødsfall og svært alvorlig skade på pasient eller bruker som har sammenheng med helsehjelpen, til Statens helsetilsyn. Dette gjelder når utfallet er utenfor påregnelig risiko, og dersom en pasient eller bruker skader en annen. Tabell 1.2. viser omfang, overordnet om hendelsen og hvordan det er fulgt opp i aktuelt helseforetak.

Tabell 1.2: Uønskede hendelser meldt til Statens helsetilsyn fordelt på HF

HF	Antall	Hendelse	Oppfølging
HNT	9	<p>Suicid/suicidforsøk (2)</p> <p>Oppfølging ifm helsehjelp i somatiske klinikker (7)</p>	<p>Statsforvalteren har opprettet tilsynssak på begge sakene, hendelsesanalyser pågår.</p> <p>For to av hendelsene har HNT mottatt informasjon om at de ikke inkluderes i meldeordningen og at sakene avsluttes. I ytterligere to saker har Statens helsetilsyn informert om at de etter innhentet informasjon har avsluttet saken uten videre tilsyn. Ytterligere to hendelser er oversendt Statsforvalteren for vurdering av om, og eventuelt hvordan tilsyn skal gjennomføres. Dette er hendelser relatert til oppfølging i forbindelse med helsehjelpen som er gitt.</p> <p>I tillegg til de 9 overnevnte sakene som HNT har meldt, har Statens helsetilsyn mottatt henvendelse fra en pasient etter behandling i HNT. HNT har fått informasjon om at saken ble avsluttet av Statens helsetilsyn da hendelsen ikke inkluderes i meldeordningen.</p>
STO	32	<p>Varsler fra enkeltklinikker innen somatikk</p> <p>Suicid under pågående behandling i PH</p>	<p>Helseplattformen omtales i 1/3 av varslene og beskrives stikkordsmessig som følger:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vedvarende utfordringer med resultatrutning/InBasket – prøvesvar kommer ikke fram til mottaker • vedvarende utfordringer med sperret journal • vedvarende uoversiktlig LMA (legemiddeladministrasjon) <p>Oppfølging – se avsnitt under</p> <p>Varsler og bekymringsmeldinger vedrørende Helseplattformen har så langt i 2023 ikke vært avtakende.</p> <p>Varselordningen til Statens helsetilsyn ble utvidet i 2019 med rett for pasienter, brukere og pårørende til å varsle Helsetilsynet direkte om alvorlig hendelse. St. Olavs hospital har, for første gang, og så langt i 2023, fått oversendt 6 varsler om alvorlig hendelse fra Statens Helsetilsyn som er meldt direkte fra pasient. Ikke angitt hva varslene gjelder.</p>
HMR	13	<p>Betydelig skade pga suicidforsøk i PH (1)</p> <p>Suicid PH – i hjemmet, før oppstart behandling (1)</p> <p>Uønskede hendelser i somatikk (11), hvorav ett uventet dødsfall</p>	<p>Mangler tall fra juli og august – tallene er fra mai og juni</p> <p>Saken er under håndtering i aktuell enhet.</p> <p>Forbedringsforslag: Gjennomgå prosedyre for risikovurdering i seksjonen. 9 av de totalt 13 varslene har ført til at det er åpnet tilsynssaker som pågår.</p>



Figur 1.10: Varsler til Statens helsetilsyn om uønskede hendelser – utvikling over tid pr. HF og HMN (akkumulert pr. 2. tertial) *2023: Data fra HMR mangler for juli og august

Figur 1.10 viser utvikling over tid i antall varsler til Helsetilsynet etter alvorlig hendelse. Ved St. Olavs hospital ses en betydelig økning i antall varsler så langt i år, sammenlignet med tilsvarende periode tidligere år. I både 1. og 2. tertial 2023 er det meldt 32 alvorlige hendelser til Helsetilsynet, hvorav 1/3 er antatt å kunne knyttes til Helseplattformen. I flertallet av sakene har ikke Helsetilsynet/Statsforvalteren konkludert. STO viser til virksomhetens prosedyre for systematisk gjennomgang av hendelsene for å avdekke risiko og årsakssammenhenger, finne forbedringstiltak og hvordan sikre at forbedringene innføres i vanlig drift og opprettholdes. Virksomheten sørger også for ivaretagelse av pasient/pårørende og involvert helsepersonell etter alvorlige hendelser.

1.4.4 Meldte avvik i EQS

Helseforetakenes avvikssystem (EQS) er en viktig kilde til kunnskap om og risikovurdering av pasientsikkerhet. Alle avvik skal meldes i EQS, fra nesten-uhell til alvorlige hendelser. Det er innført rutiner i samtlige klinikker for håndtering av avvik, som grunnlag for kontinuerlig forbedring. Det er imidlertid en risiko for at avvik ikke meldes i en travel hverdag med høyt arbeidspress.

Tabell 1.3: Meldte avvik i EQS – hittil i 2023

	T1	T2	T1	T2	T1	T2	T1	T2
Totalt antall meldinger	826	693	2415	1850	7103	5520	10344	8063
Antall pasientrelaterte meldinger	401	304	1345	1030	3918	2903	5664	4237
Pasientrelaterte meldinger - alvorlighetsgrad								
1. Uventet dødsfall	3	2	5	3	12	16	20	21
2. Betydelig skade	4	4	5	4	20	18	29	26
3. Moderat skade	39	23	28	25	84	50	151	98
4. Mindre alvorlig konsekvens	104	63	262	193	1165	904	1531	1160
5. Ingen/ubetydelig konsekvens	111	69	353	275	1538	1074	2002	1529
6. Ukjent	9	5	101	65	308	202	418	272
7. Alvorlighetsgrad ikke angitt	131	138			791	639	922	777
Pasientrelaterte meldinger fordelt på hendelsestype								
1. Diagnostikk, behandling, pleie	81	61	126	111	589	426	796	598
2. Medisinsk utstyr	13	7	13	7	115	34	141	48
3. Dokumentasjon, informasjon	38	14	94	64	226	137	358	215
4. Legemidler	26	12	69	66	677	331	772	409
5. Pasientadministrasjon, samhandling	45	30	345	153	930	544	980	727
6. Laboratorietjenester	0	0	117	84	345	190	462	274
7. Pasientadferd (bl.a. suicid)	7	8	21	20	121	113	149	141
8. Pasientuhell og fall	56	34	72	46	260	285	388	365
9. Blød og blodprodukter	0	0	4	0	29	9	33	9
10. Infeksjon	1	0	10	0	13	14	24	14

Etter en økning fra 3. tertial 2022 til 1. tertial 2023 ses nå en nedgang i meldte avvik ved STO i 2. tertial. STO skriver ikke noe om mulige årsaker til dette i sin tertialrapport. Også HNT ser en nedgang i antall meldte avvik, med ca. 25 prosent fra forrige tertial. Hendelsestyper med størst reduksjon er Dokumentasjon/informasjon, Legemiddelrelaterte hendelser og pasientuhell/fall.

1.4.5 Eksterne tilsyn og revisjoner

Eget vedlegg.

2 Økonomi

2.1 Innledning

I denne delen av statusrapporten beskrives resultat, prognose og likviditet. 3

2.2 Resultat

Tabell 2.1 under sammenligner det regnskapsmessige resultatet med revidert resultatmål pr foretak og samlet resultat for Helse Midt-Norge for denne perioden og hittil i år. I tillegg vises avvik mellom regnskap og resultatkrav.

Nye reviderte resultatmål for sykehusforetakene er budsjetterte resultater korrigert for resultat effekt av redusert pensjonskostnad og trekk i basisramme vedtatt i styresak 70/23 i junimøtet.

Resultatet for foretaksgruppen i august ble totalt 7,5 mill. kr, som gir et negativt avvik mot revidert resultatmål på 3,7 mill. kr. Dette gir et tilnærmet uendret resultatavvik hittil i år på 321,1 mill. kr. Resultatet til foretaksgruppen er påvirket av bevilgningen gjennom revidert nasjonalbudsjett (RNB) på 375 mill. Kr, samt at resultatet til HNT og HMR er påvirket av ekstra støtte til innføring av HP på henholdsvis 30 og 40 mill. Kroner, jf styresak 4/23.

Tabell 2.1: Resultat mot revidert resultatmål i august.

Resultat 2023 HMN Tall i tusen	Denne periode			Hittil i år		
	Resultat	Revidert resultatmål	Avvik	Resultat	Revidert resultatmål	Avvik
St.Olavs Hospital	-63 300	-1 500	-61 800	-40 900	-12 200	-28 700
Helse Møre og Romsdal	41 500	-3 100	44 600	49 900	-24 400	74 300
Helse Nord-Trøndelag	29 000	-7 500	36 500	19 100	-119 300	138 400
Sykehusapotekene i Midt-Norge	5 900	2 100	3 800	16 800	4 700	12 100
Hemit	-2 700	1 700	-4 400	7 000	11 500	-4 500
Helse Midt-Norge RHF	18 100	8 100	10 000	124 900	84 500	40 400
Helseplattformen	37 600	-18 500	56 100	16 000	-125 900	141 900
TOV	0	0	0	9 500	4 500	5 000
Sum resultat	7 500	11 300	-3 700	158 400	-162 700	321 100

- Resultatet for St. Olav for august 2023 er 61,8 mill. kr dårligere enn budsjettet. Avviket skyldes i hovedsak høyere lønnskostnader enn budsjettet. Pr august har St. Olav budsjettavvik på lønnskostnader på 49,5 mill. Kr, korrigert for pensjon. 17,8 mill. kr av avviket skyldes overtid etc. St. Olav rapporterer at de har utbetalt ekstraordinære stimuleringsmidler for juni, juli og august for å holde normal drift som pr august utgjør 57,6 mill. kr, og i august utgjorde det 21,5 mill kr og inngår i budsjettavviket på 49,5 mill kr. Andre driftskostnader er 11,8 mill kr høyere enn budsjett i august, dette gjelder i hovedsak IKT-kostnader knyttet til konsulenter.

St. Olav knytter i hovedsak resultatavviket til Helseplattformen, men det regionale helseforetaket peker på at dette må sees i sammenheng med at St. Olav har budsjettet med en vesentlig aktivitetsøkning sammenlignet med faktisk nivå i 2022. Oppretting og kvalitetssikring av virksomhetsdata fra Helseplattformen kan gi positiv effekt på aktivitetsbasert inntekt.

Gjennom RNB ble St. Olav tildelt 164,5 mill. kr i varig økt basisramme og 86,6 mill kr til ekstraordinær lønns- og prisvekst. Dette er ikke inkludert i budsjettet som ble vedtatt i februar. De har inntektsført 167,4 mill kr pr august. Hittil i år er regnskapsresultatet 28,7 mill. kr dårligere enn budsjettet.

- Resultat for august i HMR viser et positivt avvik mot budsjett på 44,6 mill. Kr. Hittil i år har HMR totalt et positivt resultatavvik mot budsjett på 74,3 mill. kr. Gjennom RNB ble HMR tildelt 125,3 mill kr i varig økt basisramme, noe somr ikke inkludert i budsjettet. 83,5 mill kr er inntektsført av dette pr august. HMR fikk ekstra støtte til innføring av Helseplattformen på 40 mill. kr i august. Beløpet er inntektsført i sin helhet i august. Dette bidrar til det positive resultatavviket. Innenfor medisinske forbruksvarer og legemidler har HMR et negativt avvik mot budsjett på 67,2 mill. kr på disse områdene

på 8 måneder. Budsjettet på MTU fra 2022 til 2023 er økt 1,5 mill. kr og legemidler med 10 mill. Kr. HMR rapporterer at i budsjettet var det satt av 4,2% til lønnsvekst for 2023 og denne ender på over 5%. HMR fikk imidlertid kompensert 65,1 mill. kr til økt lønns- og prisvekst gjennom RNB som kompenserer for den lønnsveksten som ikke er budsjettet. De har inntektsført 43,4 mill. kr pr august.

- HNT har et resultat på 29 mill. kr, mot budsjett på -7,5 mill. kr for august, noe som gir et positivt avvik på 36,5 mill. kr mot budsjett. Hovedårsaken til det gode resultatet er inntektsføring av 30 mill. kr til ekstra støtte for innføring av Helseplattformen. I august er inntektene 42,9 mill. kr over budsjett. Dette er også positivt påvirket av ekstra bevilgninger i RNB til i varig økt basisramme på 67,1 mill. kr og til ekstraordinær lønns- og prisvekst på 34,4 mill. Kr. Hittil i år er resultatet 19,1 mill. Kr, altså 138,4 mill. kr bedre enn revidert resultatkrav.
- HEMIT sine driftsinntekter er under budsjett som skyldes lav aktivitet i forhold til plan vedrørende SNR på 44 mill. Kr. HEMIT har høyere inntekter ved utstyrssalg til HF på 7 mill. Kr.
- Helseplattformen har et resultat 37,6 mill. kroner i august som er 56,1 mill. kr bedre enn budsjettet. Hittil i år er resultatet 141,9 mill. Kr bedre enn planlagt. Det er lavere kostnader enn planlagt mot kommuner og fastleger, samt en positiv resultateffekt av tjenesteavtalen. Avviket knyttet til tjenesteavtalen er midlertidig og det forventes å gå i 0 ved årsslutt.
- Helse Midt-Norge RHF har et positivt resultat på 18 mill. kr i august, som er 56 mill. kr bedre enn budsjett. Hittil i år er resultatet på 124,9 mill. kr som er 40,4 mill. kr bedre enn budsjett. Årsaken til at resultatet hittil i år ligger høyere enn planlagt, skyldes positivt finansresultat på 33,3 mill kr, og lav aktivitet på regionale prosjekt.

2.3 Lønnskostnader

Lønnskostnadene for foretaksgruppen i august har et negativt avvik på 80 mill kr, hensyntatt reduserte pensjonskostnader. I resultat pr august ligger effekt av lønnsoppgjør for fire måneder ved St. Olav.

Hittil i år har regionen et negativt avvik på lønn på 106,4 mill kr, korrigert for pensjon. I resultatene pr august ligger effekt av lønnsoppgjøret hittil i år. Lønnsoppgjør høyere enn budsjettet må også sees i sammenheng med økt bevilgning til ekstraordinær lønns- og prisstigning. I tillegg påvirkes avvik hittil i år av nær 60 mill kr i ekstraordinære stimulerings tiltak ved St. Olav.

Avvik på lønnskostnader korrigert for pensjon varierer mye mellom foretakene, hvor St. Olav har et avvik på 33 mill kr, HNT 23 mill kr, imens HMR har hittil i år et avvik på nær 100 mill kr-

HEMIT sine lønnskostnader er under budsjett og skyldes lavere bemanning enn budsjettet.

2.4 Prognose endelig årsresultat

Tabell 2.2 under sammenligner foretakenes forventede årsresultat med revidert resultatkrav. Samlet prognose for Helse Midt-Norge for årsresultat forbedres med 149,7 mill. kr i august. Endringen skyldes forbedring av prognosen ved Helseplattformen på 122 mill. kroner hovedsakelig som følge av forsinkelse i utvikling og innføring av fastlegeløsningen. I tillegg har Hemit og det regionale foretaket forbedret sine prognoser med til sammen 25 mill. kr.

Tabell 2.2: Prognose årsresultat mot revidert resultatmål august

Prognose 2023 HMN Tall i tusen	Prognose resultat	Revidert resultatmål	Avvik
St.Olavs hospital	-85 500	-18 000	-67 500
Helse Møre og Romsdal	2 800	-36 600	39 400
Helse Nord-Trøndelag	0	-133 300	133 300
Sykehusapotekene i Midt-Norge	10 400	5 400	5 000
Hemit	15 000	0	15 000
Helse Midt-Norge RHF	175 000	130 000	45 000
Helseplattformen	-77 400	-132 000	54 600
Trøndelag Ortopediske verksted	5 100	5 100	0
Sum	45 400	-179 400	224 800

- HMR beholder prognosen fra forrige periode. Dette til tross for et positivt resultatavvik pr august på 74,3 mill. kr. HMR rapporterer at de beholder prognosen på grunn av at det er store underskudd i klinikkene.
- HNT beholder også sin prognose på 0 som er 133,3 mill. kr bedre enn revidert resultatkrav. Hovedårsaken til prognosen er styrkingen av sykehusene i RNB, som utgjør 67,1 mill. kr, samt netto effekter av utsettelse av HP til 2024. Prognosen inkluderer også 30 mill. kr i ekstra støtte i forbindelse med innføringen av HP. På grunn av fortsatt negativ underliggende drift, og noe lavere måloppnåelse i omstillingsarbeidet enn forutsatt i siste tertial, kombinert med styrkede rammebetingelser i RNB og mulige effekter av årsoppgjørsposter, gir det en resultatprognose på 0 for 2023.
- St. Olav beholder sin prognose på -85,5 mill kr fra mai-rapporteringen, med et resultatavvik på -67,5 mill. kr, hensyntatt nytt resultatkrav. St. Olav legger til grunn fortsatt lavere ISF-inntekter enn budsjettet og kostnader knyttet til Helseplattformen resten av året. Foretaket estimerer at om lag halvparten av budsjettavviket på ISF-aktivitet er knyttet til Helseplattformen. Det regionale foretaket viser i den sammenheng til at årets budsjett for ISF-inntekter er høyt og pågående kvalitetssikring

kan forventes å gi en høyere aktivitet enn registrert pr i dag. I tillegg vurderer foretaket at det vil påløpe merkostnader utover kompensert beløp knyttet til lønnsoppgjøret.

- HEMIT forbedrer sin prognose med 10 mill. kr fra forrige periode. Dette er på grunn av store besparelser vedrørende avskrivninger. Det er derimot et negativt avvik på overhead, økte kostnader til IT-sikkerhet og økte kostnader vedrørende utsettelse av Helseplattformen som trekker ned.
- Sykehusapotekene har forbedret sin prognose med 2,3 mill. kr per august. Omsetning forventes å høyere enn budsjettet. Lønnskostnader forventes 2,1 mill. under budsjett på grunn av noe vakante stillinger, motvirket av høyere lønnsoppgjør.
- RHF har et positivt resultatkrav i 2023 på 130 mill. kr. Prognosen økes med 15 mill. kr basert på bedre finansresultat, høyere renteinntekt på bank enn planlagt. Ny årsprognose pr august er på 175 mill. Kr.
- Øvrige foretak har ingen endring i prognose i august.
- Ny prognose for foretaksgruppen er 45,4 mill. kr mot -104 mill. kr forrige periode. Det er et positivt avvik på 224,8 mill. kr mot revidert resultatmål på -179,4 mill. kr.

2.5 Likviditet

Ved utgangen av august har foretaksgruppen en samlet likviditetsbeholdning som er om lag 0,5 mrd. kr bedre enn budsjettet. Bedret likviditet kan i hovedsak tilskrives mindre forbruk av investeringer knyttet i hovedsak til periodisering. Mindre forbruket hittil i år forventes tatt igjen i løpet av 2023 og fører derfor ikke til endring i likviditetsprognosen for året 2023 for foretaksgruppen.

Tabell 2.3: Likviditet faktisk mot budsjett med prognose

Kontantstrøm (beløp i hele tusen)	Hittil i år			Totalt for året		
	Faktisk	Budsjett	Avvik	Prognose	Budsjett	Avvik
IB likviditetsbeholdning 1.1.2023	4 979 100	4 979 100	-	4 979 100	4 979 100	-
UB likviditetsbeholdning	3 396 600	2 907 500	489 100	2 213 000	2 213 000	-
Endring likviditet*	-1 582 500	-2 071 600	489 100	-2 766 100	-2 766 100	-
Midler som er bundet/Likviditetsbuffer	-500 000	-500 000		-500 000	-500 000	
Samlet likviditet HMN * *	2 896 600	2 407 500	489 100	1 713 000	1 713 000	-

* inkl. HP AS med saldo pr 31-8-23 på 509 mill. kr

** ekskl. ubenyttet driftskreditramme Norges Bank pålydende 2 725 mill. kr pr aug 2023

2.6 Investeringer

Tabell 2.4: Investeringer pr 2. tertial 2023.

Investeringer 2023 (tall i 1000)	Faktisk hittil HMN	Budsjett hittil HMN	Avvik Faktisk - Budsjett hittil	Prognose HMN	Budsjett HMN	Avvik Prognose - Budsjett
Nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal (SNR)	570 200	718 000	-147 800	2 290 700	2 290 700	0
Utviklingsplan i Ålesund (AIO)	6 100	27 900	-21 800	99 600	103 600	-4 000
Senter for psykisk helse	6 000	5 000	1 000	18 400	18 400	0
Fasade Ålesund	10 600	8 900	1 700	10 600	8 900	1 700
Ny strømforsyning ved Ålesund sykehus	8 400	26 700	-18 300	25 000	26 700	-1 700
Investeringer bygg & eiendom	99 400	96 400	3 000	348 300	347 900	400
IKT investeringer (ekskl HP)	54 200	65 000	-10 800	218 200	252 600	-34 400
Helseplattformen (HP)	320 400	322 800	-2 400	727 400	727 400	0
MTU	92 100	181 000	-88 900	419 600	414 000	5 600
Annet (inventar, tr.biler)	12 100	18 800	-6 700	88 500	100 900	-12 400
Sum investeringsplaner	1 179 500	1 470 500	-291 000	4 246 300	4 291 100	-44 800

Ved utgangen av 2. tertial 2023 har foretaksgruppen i Helse Midt-Norge aktivert investeringer for 2,5 milliarder kr. Dette er om lag 0,5 milliarder kr lavere enn budsjettet og mindre forbruket knytter seg i hovedsak til et lavere kostnadspådrag enn planlagt på nytt sykehus i Møre og Romsdal samt medisinteknisk utstyr. Avviket per 2. tertial forventes i hovedsak hentet igjen til utgangen av året med unntak av ambulanserbiler og IKT- investeringer hvor vi får en forskyning over til 2024.

Sykehuset Nordmøre og Romsdal (SNR)

Prosjektet er pr 2. tertial i rute og følger oppsatt produksjonsplan. I perioden har prosjektet videreført fysiske bygningsarbeider ved akuttsykehuset med råbyggsmontasje og innvendig arbeid i både somatikkbygget og psykiatri- og habiliteringsbygget. Det er per utgangen av august aktive produksjonstog for innvendige arbeider i alle deler av akuttsykehuset og teknisk sentral. IKT-prosjektet følger oppsatt plan. Arbeidet med utstyrsanskaffelser følger plan.

Arbeidet med optimalisert forprosjekt for SNR Kristiansund er i slutfasen. Plan for pasienttilbudet ved SNR Kristiansund ble behandlet av styret i HMR i juni 2023. Styret slo fast at HMR på nåværende tidspunkt ikke har økonomiske rammer til å flytte dagens psykiatriske polikliniske tilbud for voksne og barn og ungdom inn i sykehusbygget i Kristiansund. Optimalisert forprosjekt for SNR Kristiansund blir lagt frem for behandling høsten 2023.

I arbeidet med samordna plan for SNR er det stor aktivitet. Utkast til planer for de ulike seksjonene/fagområdene som skal flytte inn i SNR er gjennomgått med aktuelle ledere og fagpersoner. En besluttet samordnet plan vil foreligge høsten 2023.

Prosjektet har månedlige koordineringsmøter sammen med Helseplattformen. Samarbeidet og koordineringen mellom disse to store prosjektene vil intensiveres fra høsten 2023 for å forberede og sikre i bruktaelse av SNR med Helseplattformen.

Det har i forbindelse med byggearbeidene på Hjelset vært to skader med behov for medisinsk behandling og en skade med alternativt arbeid. Fraværsskadene har vært på 1-2 dager, hvor personell har gått over til å jobbe med alternative arbeidsoppgaver i prosjektet. Fraværsskadene har i likhet med hendelsene med medisinsk behandling vært mindre kutt- og klemskader.

Prosjektets største risiko er uendret i perioden. Markedsrisikoen er redusert, men det er fortsatt noe gjennomføringsrisiko. Prosjektets høyeste rangerte risiko er fare for alvorlig personskade og utslipp til ytre miljø i byggeperioden. Det er ingen endring i denne risikoen i perioden. En utsettelse av innføring av Helseplattformen i Møre og Romsdal til 27.04.24 øker risikobildet for Samordnet plan SNR. Innføringstidspunktet blir svært tett på og til dels samsvarende med opplæringsaktiviteter i samordnet plan.

Påløpte kostnader hittil i 2023 ligger noe bak budsjett. Dette skyldes periodiseringsavvik mot budsjett og forventes tatt igjen i løpet av året. Totale påløpte kostnader for prosjektet er per utgangen av

august på 3 935 millioner kr. Prisjustert prognose målt i april 2023 kr er 6,6 milliarder kr, inkludert tilskuddet fra GassROR. Det har i perioden ikke kommet frem forhold som tilsier behov for å endre prognosen. Det vil bli gjennomført en ny budsjettrevisjon i prosjektet i november 2023.

Viktigste aktiviteter i neste fase er:

- Ferdigstille råbyggsarbeider i somatikkbygget
- Kontrahere entreprenør utomhus arbeider
- Lyse ut kontrakt for helikopterlandingsplass
- Videreføre innvendige arbeider og byggearbeider for tekniske fag
- Videreføring av byggearbeider i psykiatri- og habiliteringsbygget
- Videreføre arbeid med optimalisert forprosjekt for SNR Kristiansund
- Gjennomføre utstyrsanskaffelser etter plan
- Videreføre arbeidet med samordna plan SNR

Akutt-Intensiv-Operasjon i Ålesund (AIO)

Prosjektorganisasjonen for AIO-prosjektet har lagt frem utkast til forprosjektrapport for prosjektstyret for AIO. Med utgangspunkt i forprosjektet er det gjennomført ny usikkerhetsanalyse og oppdaterte beregninger for økonomisk bærekraft.

Forprosjektet for AIO-prosjektet, viser at det vil være nødvendig å tilpasse prosjektet for å komme innenfor vedtatt økonomiske ramme. Flere av usikkerhetene identifisert i konseptfasen, har materialisert seg og gir en høyere basiskostnad- i første rekke økt kunnskap om eksisterende bygningsmasse og kompleksiteten i ombyggingen. Forprosjekt AIO vil legges frem for styret i HMN høsten 2023, etter at prosjektet er tilpasset rammen.

AIO hovedprosjektet gjennomføres som totalentreprise med samspill, hvor Samspillsfase 1 avsluttes ved leveranse av forprosjektrapport.

Senter for psykisk helse, St. Olavs Hospital

Utkast til konseptfaserapport er ferdigstilt i perioden. På grunn av usikkerhetene knyttet til foretakets og helseregionens finansieringsevne etter innføringen av Helseplattformen er videre arbeid med prosjektet satt på vent til mars/april 2024. Dette medfører utsatt byggestart.

NTNU har fått bekreftet rammer for Campusutbyggingen i perioden. Dette bidrar til å sikre universitetets andel av utbyggingen.

Fasade Ålesund og Ny strømforsyning ved Ålesund sykehus

Fasadeprosjektet og ny strømforsyning med bygnær IKT ved Ålesund sjukehus ble i hovedsak avsluttet ved årsskiftet, men enkelte reklamasjonsarbeider og mindre utbedringer pågikk frem til sommeren. Det gjenstår overlevering av FDV dokumentasjon, og erfaringer fra prøvedriftsperioden på 6 måneder som ble påbegynt i sommer. Sluttoppgjør gjenstår på de store entreprisene, men den økonomiske risikoen er lav til moderat og det tas sikte på å avslutte prosjektet innenfor budsjett.

Investeringer i bygg og eiendom

Budsjettammen for øvrige (mindre) byggetiltak forvaltes av foretakene selv og rapporteres ikke til Helse Midt-Norge RHF annet enn som samlet portefølje. Samlet utgjør slike tiltak om lag 200-250 millioner kr per år for foretaksgruppen. Det fremstår som om alle foretak i regionen anser investeringsrammen i bygg og eiendom som presset. Delvis skyldes dette gjennomføring av offentlige

pålegg som utskifting av lysarmatur som alene utgjør om lag 150 millioner kr (fordelt over 2-3 år), men rapportering på prosjektportefølje og utvikling av teknisk tilstandsgrad for bygg følges opp videre.

Medisinsk teknisk utstyr (MTU)

Posten inneholder en samling av medisinsk tekniske investeringer hos helseforetakene samt prosjektet fremtidens legemiddelforsyning hos Sykehusapotekene i Midt-Norge. Mindreforbruket pr 2. tertial skyldes i hovedsak forsinkelse i levering av anskaffelser som forventes hentet igjen ved utgangen av året.

Fremtidens legemiddelforsyning (Endoseprosjekt), Sykehusapotekene i Midt-Norge

Prosjektet er på plan ifht. tid, kost og kvalitet, men prosjektet ser imidlertid følgende risikoer som det er fokus på tiltak for:

- Intern ressurstilgang i SYA (prosjektoppgaver)
- Ekstern ressurstilgang fra dedikerte ressurser i HP og DSLØ (tilpasning til HP og løsningsutvikling SAP)
- Behov for noe økt areal til Sykehusapotekene i Ålesund, Volda, Levanger, Namsos (automater for sykehusleveranser)

Prosjektets utvikling og leveranser går på tvers av organisasjonsmessige grenser i Helse Midt-Norge, særlig på IKT-området, og involverer flere virksomheter. Det er derfor opprettet en regional styringsgruppe for IKT-delen av prosjektet. Møtefrekvens hver annen måned med oppstart august 2023.

Prosjektets vedtatte hovedleveranse til sykehusene er planlagt i 2025. Prosjektet gjennomfører første planlagte delleveranse til drift i Sykehusapotekene ved årsskiftet 2023/2024; leveranser av elektronisk identifiserbare endoser til sykehusene i HMR. Ompakningsmaskin ble installert ved Sykehusapoteket i Trondheim april 2023. Dette er et vesentlig tiltak for å redusere omfang av ukjent kompleksitet frem mot hovedleveransen.

Sykehusapotekene ønsker å utvide omfang av prosjektet med forberedende utredning av pasientspesifikke endoser og mulig leveranse til sykehus. Denne utvidelsen vil kreve samarbeid og avklaringer med HP AS. Denne utvidelsen er så langt ikke lagt frem for det regionale styret og vedtatt.

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT)

Total ramme for regionale IKT-prosjekter/investeringer for 2023, utenom Helseplattformen, er på 252 mill. kr. Prognosen for porteføljen per 2. tertial viser et mindreforbruk på om lag 36 millioner kr.

Prognosen er usikker, men er redusert noe på grunn av forskyvninger av flere prosjekter og leveranseproblemer.

Annet

Den største potten under annet er investering i ambulanserbiler med tilhørende utstyr. utfordringer knyttet til leveranseproblemer, forsinkelser i anbudsprosess for 6 intensivbiler samt forsinkelse av innføring av multimonitører gjør at Helse Midt-Norge i 2023 ikke klarer å gjennomføre mere enn om lag halvparten av planlagte ambulansinvesteringer (37 millioner kr).

3 HR

3.1 Bemanning

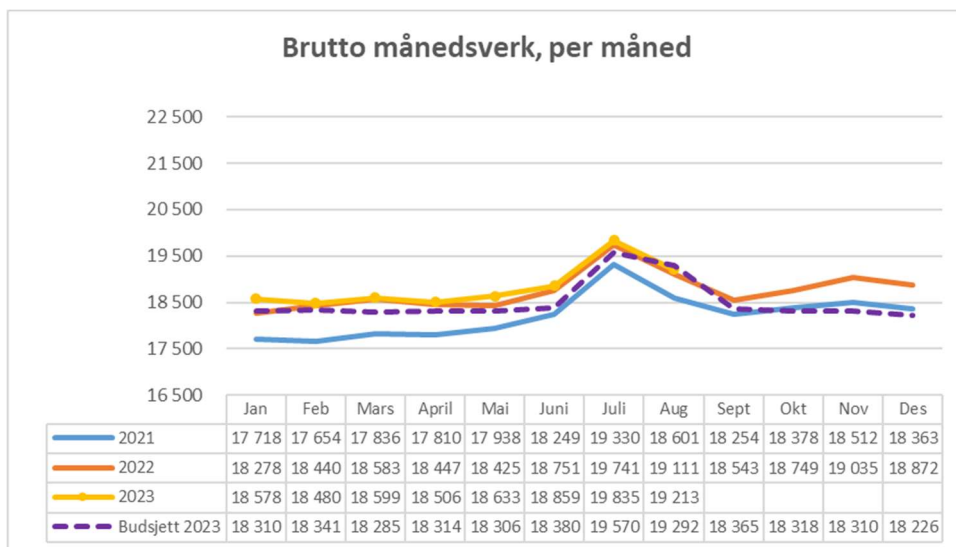
Hittil i år har HMN et overforbruk på brutto månedsverk på 1,3 prosent.

For august er fordelingen slik:

- St. Olav har et overforbruk på 72 brutto månedsverk
- HNT har et overforbruk på 80 brutto månedsverk
- HMR har et underforbruk på 209 brutto månedsverk.

Hittil i år er fordelingen slik:

- St. Olav 1,9 prosent,
- HMR 3,4 prosent,
- HNT – 1,4 prosent
- Sykehusapotekene –0,8.



Figur 3.1: Brutto månedsverk per august.

Årsakene til avvik i brutto månedsverk er sammensatte og varierer mellom avdelinger. Aggregert oppgis:

St. Olav:

Overforbruket skyldes behov for ekstra ressurser pga. Helseplattformen og fortsatt høyt sykefravær.

HMR:

Har et positivt avvik i august. Overforbruket hittil i 2023 er sammensatt av både sykefravær og fravær grunnet aktiviteter knyttet til HP, SNR og AIO og i tillegg til høyt aktivitetsnivå.

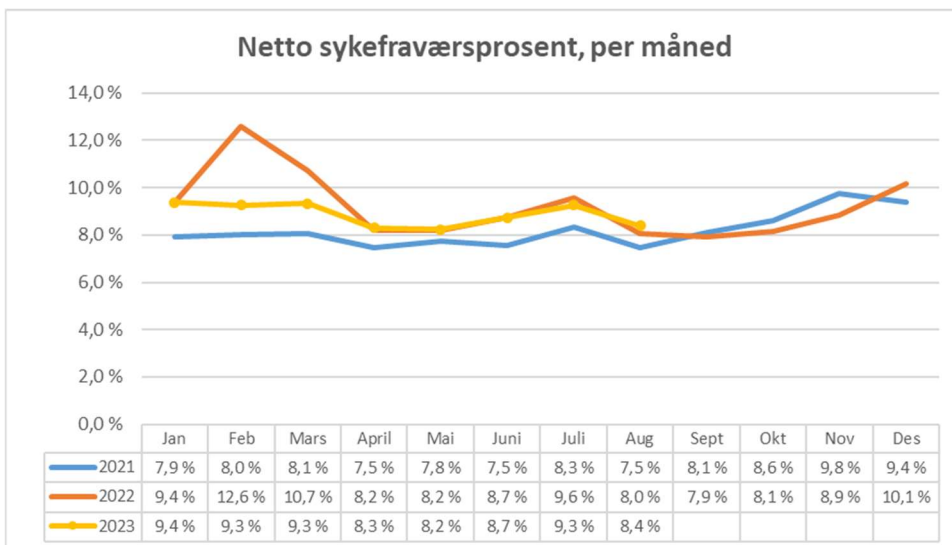
HNT:

Årsak til overforbruk er i hovedsak innleie pga. sykefravær og høy aktivitet.

3.2 Sykefravær

Sykefraværet hittil i år er 8,9%. Sykefraværet er fortsatt høyere enn før pandemien, men en kan se en positiv utvikling.

Når en fordeler sykefraværet på korttidsfravær og langtidsfravær utgjør egenmelding 1,5 prosent hittil i 2023 mot 2,2 prosent i 2022. Sykemelding utgjør 7,4 prosent hittil i 2023 mot 7,2 prosent i 2022.



Figur 3.2: Sykefravær per august.

Sykefravær	Denne periode			Hittil		
	2023	2022	Endring	2023	2022	Endring
Helse Møre og Romsdal HF	8,7 %	7,8 %	12,0 %	9,1 %	9,2 %	-1,3 %
Helse Nord-Trøndelag HF	8,6 %	8,0 %	6,7 %	8,8 %	9,6 %	-8,2 %
St. Olavs hospital HF	8,3 %	8,4 %	-0,7 %	8,9 %	9,6 %	-7,8 %
Sykehusapotekene i Midt-Norge HF	9,7 %	6,2 %	57,3 %	8,3 %	8,4 %	-0,5 %

Tabell 3.3: Netto sykefraværsprosent pr helseforetak.

Bildet med økende sykefravær er likt i alle helseregioner. Det er derfor nettopp startet et samarbeid mellom regionene som skal gi bedre innsikt i hvordan sykefraværet har utviklet seg over år, mellom kjønn og alder, og årsaker til sykefraværet ut ifra statistikk fra NAV. I tillegg vil vi dele erfaringer for å få innsikt i de andre regionene sine tiltak for å redusere sykefravær. RHF har også iverksatt en utvidet analyse av sykefraværdata i regionen basert på våre virksomhetsdata.

Enheter med mer enn 10% fravær:

Til nå i 2023 er antall enheter med mer enn 10 % sykefravær redusert i forhold til i fjor for alle sykehusforetakene

Sykefravær	Denne periode			Hittil		
	2023	2022	Endring	2023	2022	Endring
Antall enheter med sykefravær over 10 %	311	282	10,3 %	340	368	-7,6 %

Tabell 3.4: Antall enheter med sykefravær >10 prosent andre tertial.

Avdelinger/klinikker med mer enn 10 prosent sykefravær følges særskilt, dog ut fra en vurdering av antall ansatte i enheten, årsakene til sykefraværet og behovet for oppfølging. Ved behov for oppfølging bistår foretakenes HR-avdelinger og bedriftshelsetjeneste.

St. Olav gjorde våren 2023 sykefraværskurs obligatorisk for alle ledere på St Olavs, og det har vært avholdt flere kurs. Ytterligere kurs planlegges høsten 2023. Obligatoriske kurs og sykefravær som fast tema i HMS-kvalitetsgrupper vil på sikt styrke kompetansen hos ledere. Turnusplanlegging, rekruttering til rene nattvaktstillinger for å ta ned vaktbelastningen for de i tredelt turnus er noen av tiltakene klinikkene jobber med på de ulike nivåene for å redusere sykefraværet.

HMR har utviklet e-læringskurs og tre opplæringsmoduler for ledere, verneombud og tillitsvalgte. Disse kursene er videreført i 2023.

Hovedarenaen for lokalt partssamarbeid gjennomføres med samarbeidsråd i de enkelte seksjonene. Det gjennomføres e-læringskurs for å hjelpe samarbeidsrådene i gang. Kurset tar kort for seg hvorfor denne arenaen er viktig, rollene til medlemmene og hvordan arenaen kan brukes. I tillegg er det godt samarbeid med BHT og NAV Arbeidslivssenter.

HNT jobber aktivt og langsiktig med tiltakene i HMS-planen for å øke nærværet i foretaket. Følgende tiltak har fokus:

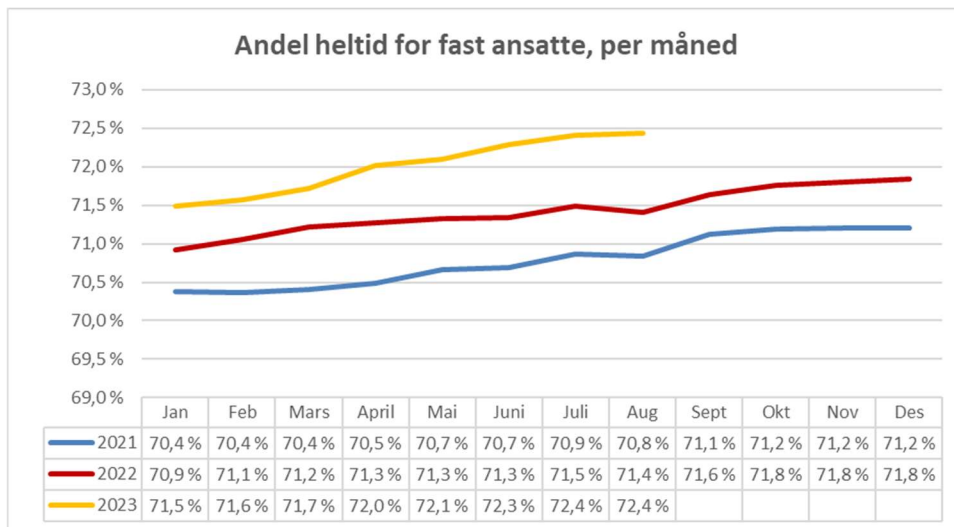
1. Kompetanseheving innenfor sykefraværarbeid, både blant ansatte og ledere
2. Måltrettet bruk av bedriftshelsetjeneste
3. Bruke verktøyet "[En bra dag på jobb](#)"
4. Jobbe mot mer helsefremmende arbeidstidsordninger
5. Jobbe mot høy vaksinedekning mot influensa
6. Gjennomføre omstillingsprosesser på en god måte med fokus på informasjon og involvering

3.3 Heltid

Andel heltid viser en jevnt lav vekst de siste årene. Hittil i 2023 er andel heltid 72 prosent mot 71,4 prosent samme periode i 2022. For august 2023 er andel heltid på 72,4 %, 1 prosentpoeng høyere enn samme periode i 2022.

Målt mot samme periode i fjor er:

- Andel heltid på St. Olav 72,1 % (0,6 prosentpoeng høyere enn samme periode i 2022)
- Andel heltid i HMR 70,1 %, (1 prosentpoeng høyere enn samme periode i 2022)
- andel heltid i HNT 70,1 %, (0,1 prosentpoeng lavere enn samme periode i 2022).



Figur 3.5: Andel heltid fast ansatte per august.

Vi ser en liten økning på 0,6 prosentpoeng av andel nyutdannede som får 100 % stilling, dette gjelder fast ansatte.

Nyutdannet helsepersonell	2. tertial 2023	2. tertial 2022
Antall	92	89
Andel	64,2 %	63,6 %

Tabell 3.6: Andel og antall nyutdannet Helsepersonell i 100 % stilling.

Faste og hele stillinger er målsettingen i alle HF. Arbeidet med å etablere en heltidskultur er et langsiktig arbeid hvor regelverk knyttet til arbeidstid, planlegging av arbeidstid, bemanningsbehov på helg og muligheter for å bruke arbeidskraften på tvers av organisatoriske enheter er faktorer en må ta hensyn til for å lykkes med heltidskultur.

St. Olav startet i 2022 et arbeid for å kartlegge og identifisere hvilke enheter som har høyst andel deltid. Data er nå analysert og de har identifisert klinikker med størst andel deltid. Et dypdykk i eksisterende data med fokus på å klargjøre årsaker til deltid på seksjonsnivå, vil bli gjennomført i løpet av høsten 2023.

HMR sitt mål er at Arbeidstidsordninger og tilsetninger er helsefremmende, slik at ansatte kan stå i hele stillinger over tid.

gjør vurderinger rundt stillingsstørrelse før alle tilsetninger, hele faste stillinger er målet.

Forutsetningen i HMR er heltid og at arbeidstidsordningene og tilsetninger skal være helsefremmende. De gjør alltid vurderinger angående stillingsstørrelse før alle tilsetninger.

Tiltak for å øke andel heltid skal gjøres ved å ha:

- Systematisk kartlegging av deltid i seksjonene
- Fokus på kombinerte stillinger
- Systematisk rekruttering av studenter til helgestillinger
- Utarbeide Heltidspolicy for HMR
- Lage en prøveordning med økt grunnbemanning på en eller flere seksjoner

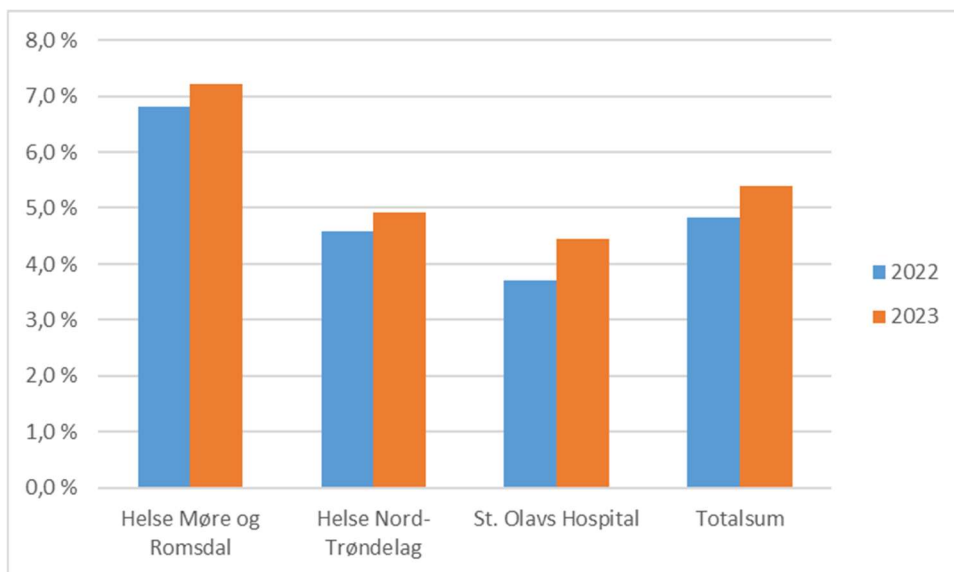
HNT sitt arbeid med heltid der deltidsandelen er størst er forankret i Omstillingsprogrammet, og det er nedsatt en egen arbeidsgruppe. Den partssammensatte arbeidsgruppa jobber med bl.a. med datainnsamling vedrørende nå-situasjonen i HNT. Arbeidet og mandatet er i første omgang rettet mot sykepleiere, hvor andel deltid er stor.

Arbeid med heltid er et pågående arbeid, og gruppen følger opp erfaringer fra enheter som har kommet langt i dette arbeidet, og aktuelle rapporter på området.

Etterlevelse av arbeidstidsbestemmelser

Andel mulige avvik fra etterlevelse av arbeidstidsbestemmelsene er 0,56 prosentpoeng høyere hittil i år enn samme periode i 2022. Som Figur 3.4 viser er det noe variasjon mellom sykehusforetakene.

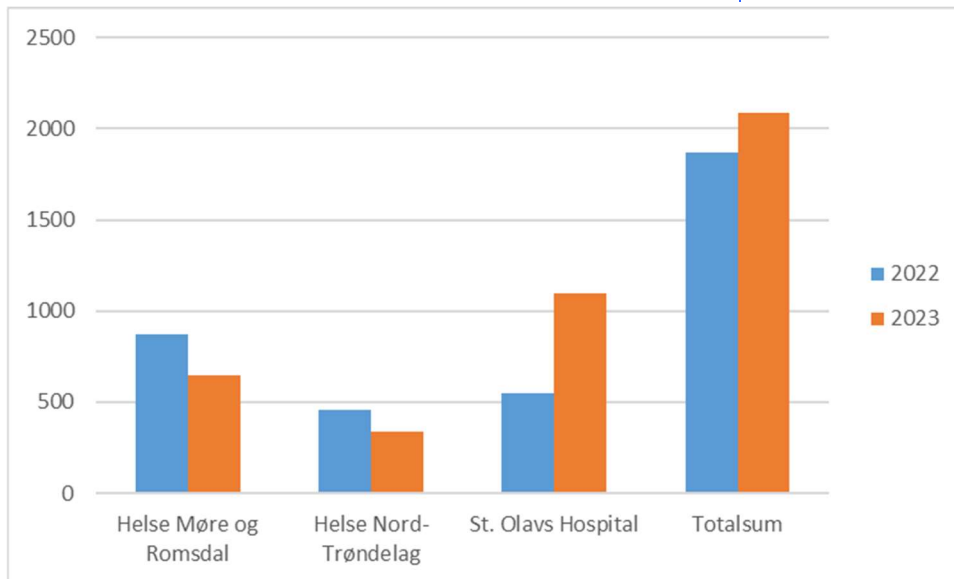
Til nå i år har alle tre foretakene en økning sammenlignet med samme periode i fjor; St. Olav på 0,75 prosentpoeng, HMR på 0,42 prosentpoeng og HNT 0,34 prosentpoeng.



Figur 3.7: Andel avvik i forhold til antall vakter per august.

Det er økning i alle typer avvik per vakt. Størst økning er det på akutt mangel på nødvendig kompetanse 1,80 %, deretter akutt aktivitetsendring 1,13 %. Det er store forskjeller mellom foretakene på hvilke yrkesgrupper som har økning og hvilke som har reduksjon:

- ambulanspersonell har en økning i alle tre foretakene.
- Legegruppen har en positiv utvikling i HMR, men En liten økning i HNT og på St. Olav
- Sykepleiergruppen har en reduksjon alle tre sykehusforetak
- Merkantile stillinger har en økning på St. Olav med 1,2 prosentpoeng.



Figur 3.8: Antall avvik på mer enn 19 timers samlet arbeidstid, leger.

Antall avvik på samlet arbeidstid mer enn 19 timer øker. Akutt mangel på nødvendig kompetanse er hovedårsaken til økningen i avvikene

Det er i overlegegruppen antall avvik øker og det er på St. Olav hoveddelen av avvikene er registrert, mens det er en reduksjon både for Lis 2-3 og Lis 1.

For St. Olav er fortsatt ekstraarbeid knyttet til innføring av Helseplattformen hovedårsaken til avvikene. De gjennomfører for tiden besøk på tre klinikker hvor de ser nærmere på årsaker og tiltak for å hindre brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Dette vil rapporteres til AMU når alle besøk er gjennomført.

HMR har høyt fokus på problematikken angående avvik, og det er opprettet et eget HR-team til støtte for klinikkene, hvor arbeidstidsavvik er tema.

De har vakttelefon bemannet av PRS-rådgivere, bemannet på dagtid. Ledere har da mulighet til å få raske svar på sine utfordringer ved utarbeidelse av arbeidsplaner.

Det gjennomføres turnuskurs for ledere, tillitsvalgte og verneombud. Kursene skal sikre at lederne har oppmerksomhet i forhold til avvik og avvikshandtering.

HNT jobber målrettet med å innføre helsefremmende turnus i HNT. Et mål er å redusere *quick returns*, dvs aftenvakt med påfølgende dagvakt, for turnusarbeidene. Dette er en ordning som lett kan gi brudd på hviletid da det er få timer mellom vaktene. Arbeid med reduksjon av sykefravær er forhold som påvirker arbeidstidsavvik. Syk med sykmelding er den største enkeltårsak til innleie

3.4 Uønskede hendelser – HMS

Hittil i år er det en økning på 39 % på yrkesrelaterte skader registrert i MAP (Min arbeidsplan) og en reduksjon på 12 % på antall registrerte HMS meldinger. Trusler om vold og påført voldsskade er de to årsakene det er registrerte yrkesrelaterte skader på.

Uønskede hendelser - HMN	Hittil 2023	Hittil 2022
Antall registrerte HMS meldinger i EQS	554	622
Antall Registrerte yrkesrelaterte skader i MAP	1730	1053

Tabell 3.9: Uønskede hendelser.

HMR har lavere antall meldte HMS meldinger enn samme periode i fjor og har vil jobbe med Meldingsflyt, meldingskultur og læringsverdi.

I **HNT** er det er fokus på registrering og behandling av meldinger om uønskede hendelser både på introduksjonsdag for nyansatte, på HMS-kurs og i ulike møtefora for ledere, verneombud og tillitsvalgte. Foretaket jobber med å få mer læring ut av avvikene i et forebyggende perspektiv.

Vedlegg 2. Tilsyn og revisjoner

Det er i 2. tertial 2023 rapportert om følgende varslede, pågående eller avsluttede eksterne tilsyn og revisjoner i helseforetakene som anses å være av særskilt interesse for styret i det regionale helseforetaket.

Varslede			
Tilsynsobjekt	Tilsynsorgan	Tema og formål	
HNT	Internrevisjonen HMN RHF	Ledelse og styring av store investeringsprosjekter: Planlegging, gjennomføring og styring av prosjektet <i>Psykiatriløftet</i>	
HMR	Internrevisjonen HMN RHF	Ledelse og styring av store investeringsprosjekter: Planlegging, gjennomføring og styring av prosjektet <i>Fremtidig forsyningsstruktur</i>	
Pågående			
Tilsynsobjekt	Tilsynsorgan	Tema og formål	Status
HNT, Klinikk for kvinne, barn og familie	Statens helsetilsyn	Tilsyn etter alvorlig hendelse	Tilsyn gjennomført, avventer rapport
HMR, Avd. for medisinsk biokjemi og blodbank	Statens Legemiddelverk	Blodbankens tilvirkning av blod og blodkomponenter, alle fire blodbanker i HMR	Gjennomført 11.09.-15.09.
HMR	Internrevisjonen HMN RHF	Reduksjon i bruk av tvang i psykisk helsevern, sentrale temaer: - risikohåndtering og sikkerhet ved fare for vold eller skade - etterlevelse av krav for gjennomføring og dokumentasjon av tvang jf. lov og forskrift - ansattes kunnskap om registrering av vold og trusler - arbeidsmiljø	Startet mars 2023. Gjennomført stedlig besøk og informasjonsinnhenting i mai. Rapport under arbeid.
HMR	Internrevisjonen HMN RHF	Reduksjon i bruk av tvang i psykisk helsevern, sentrale temaer: - risikohåndtering og sikkerhet ved fare for vold eller skade - etterlevelse av krav for gjennomføring og dokumentasjon av tvang jf. lov og forskrift - ansattes kunnskap om registrering av vold og trusler - arbeidsmiljø	Startet mars 2023. Gjennomført stedlig besøk og informasjonsinnhenting i mai. Rapport under arbeid.
STO	Internrevisjonen HMN RHF	Identifisering, planlegging, gjennomføring og dokumentasjon av gevinstrealisering i store prosjekter	Dokumentasjonsinnhenting pågår. STO har sendt inn etterspurte oversikter over retningslinjer knyttet til planlegging, gjennomføring, rapportering og gevinstrealisering i store prosjekt, samt oversikt over prosjekter over 50 mill. kr med oppstart etter 2013. Internrevisjonen har etterspurt dokumentasjon knyttet til prosjektet Akuttbygg i Østmarka, med svarfrist 15.09.
STO	Internrevisjonen HMN RHF	Kontroll med virksomhetens etterlevelse av NSMs grunnprinsipper for informasjonssikkerhet og personvern. Hovedfokus på teknisk plattform (helsemn) og samarbeid/ koblinger mot HP	Tilsyn pågår. Planlagte intervjuer er utført med relevant personell ved St. Olavs. Planlagte case-studier på konkrete problemstillinger med HP er planlagt ultimo september.

STO	Arbeidstilsynet	Arbeidsulykke ved avd. for akutt- og mottaksfunksjon	Krav om opplysninger knyttet til hendelsen mottatt 07.09., med frist 26.09.
STO, Regional sikkerhetsavd.	Sivilombudet	Frihetsberøvelse	Gjennomført besøk 26.09.-28.09.22. Tilbakemelding sendt 31.05, Sivilombudet vil på bakgrunn av tilbakemeldingen vurdere oppfølgingen.
Gjennomførte			
Tilsynsobjekt	Tilsynsorgan	Tema og formål	Status
SYA	Statens Legemiddelverk (SLV)	Virksomhetens tilvirkertillatelse for legemidler. Rutinetilsyn som omfatter alle aktiviteter som skjer i kraft av tilvirkertillatelsen. Hensikten med tilsynet er å påse at produsenten etterlever myndighetenes krav og aksepterte faglige normer for å sikre at legemidlene holder tilfredsstillende teknisk kvalitet.	Pålegg om retting av følgende avvik: Farmasøytikontrollen omfatter ikke kontroll av inngående legemiddel/pakninger og hensynet til sikker produksjon og ekspedisjon kan ikke dokumenteres ivaretatt på annen måte. Videre er prosedyrene som omhandler farmasøytikontroll uklare mht. hva kontrollen innebærer, og flere av prosedyrene er mangelfullt implementert.
Lukkede			

HELSE MIDT-NORGE RHF

STYRET

Sak 105/23 Innspill til statsbudsjett for 2025

Saksbehandler	Paul Martin Gystad
Ansvarlig direktør	Anne-Marie Barane
Saksmappe	23/12
Dato for styremøte	28. september 2023

Forslag til vedtak:

1. Styret tar foreliggende vurderinger av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling som innspill til statsbudsjett for 2025, til orientering.
2. Styret ber om at innspill gitt i møtet innarbeides, og at endelig forslag til innspill legges frem for behandling i styret før oversendelse til Helse- og omsorgsdepartementet.

Stjørdal 21. september 2023

Stig A. Slørdahl
Administrerende direktør

Nummererte vedlegg som følger saken

1. Felles utkast notat Innspill statsbudsjett 2025

SAKENS HENSIKT

I vedlegg 1 til foretaksprotokoll av 17. januar 2023 er det forutsatt at de regionale helseforetakene gir innspill til statsbudsjett for 2025 innen 1. desember 2023.

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2025 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling (TSB), og utarbeidet felles utkast til innspill til statsbudsjettet. Utkastet fremmes for styret for innspill.

HOVEDPUNKTER OG HELHETLIG DRØFTING

De regionale helseforetakenes innspill til statsbudsjett består av tre deler:

1. Anslått behov for aktivitetsvekst
 - Demografisk betinget
 - Behov for aktivitetsvekst som følge av befolkningsendring (befolkningsvekst og endret alderssammensetning)
 - Vekstbehov utover demografisk betinget vekst, som f.eks.
 - Ny teknologi, ny diagnostikk, nye behandlingsmetoder og endret indikasjon for behandling
 - Styrking av tilbud
 - Kapasitetsutvidelse for å redusere ventetider og fristbrudd
2. Overordnede forhold av betydning som bør tas hensyn til i arbeidet med statsbudsjettet.
3. Regionspesifikke innspill

Anslått behov for aktivitetsvekst

Aktivitetsbehovet påvirkes av befolkningsveksten, at befolkningen blir eldre og at antall pasienter med flere samtidige sykdommer øker. I tillegg påvirkes behovet av ny og kostnadskrevenende diagnostikk og behandlingsmetoder, ny teknologi, nye legemidler, et ønske om kortere ventetid og av andre helsepolitiske prioriteringer.

Framskrivningene av aktivitetsbehov er gjennomført på aggregert nivå og tar utgangspunkt i nasjonale tall.

Oppsummering

Det er for psykisk helsevern og TSB beregnet et behov for aktivitetsvekst fra 2024 til 2025 på 1,5 prosent. Dette anslaget er gjort ved bruk av den nye framskrivningsmodellen for psykisk helsevern og TSB. Det vurderes et behov på 0,4% utover det demografiske behovet for å legge til rette for å redusere antall ventende og ventetider.

Videre er det for somatiske tjenester beregnet et behov for aktivitetsvekst fra 2024 til 2025 på 1,5 prosent, målt i DRG-poeng. Dette inkluderer kun demografisk betinget behovsvekst. Det vurderes et behov på 0,7% utover det demografiske behovet for å legge til rette for å redusere antall ventende og ventetider.

Overordnede forhold av betydning som bør tas hensyn til i arbeidet med statsbudsjettet
Vedlagte utkast til innspill trekker også frem følgende overordnede forhold som bør vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2025:

- Behov for økt basisbevilgning
 - Finansielle rammebetingelser
 - Forutsetningen om at vekst kan håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad er ikke bærekraftig på sikt
- Investeringer
 - Endring av renteberegningsregimet ved langsiktige lån
 - Underfinansiert kostnadsvekst
- Kostnader knyttet til beredskapsarbeid for å sikre totalforsvar
- Dømte til behandling
- Etablering av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr
- Driftsfinansiering protosenter i Helse Vest og Helse Sør-Øst

ADMINISTRERENDE DIREKTØRS ANBEFALING

Når det skal gis innspill til statsbudsjettet for 2025, er det meningsfylt å gjøre vurderinger og analyser på et overordnet nivå, og felles for de fire regionale helseforetakene.

Administrerende direktør inviterer styret til å komme med innspill til de foreliggende vurderingene av aktivitetsforutsetninger for somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling, og enkelte overordnede forhold, som innspill til statsbudsjettet for 2025. Innspillene vil bli tatt med i det videre arbeidet, og endelig forslag til innspill vil legges frem for styrets behandling i november.

Innspill statsbudsjett 2025

Sammendrag

De fire regionale helseforetakene har i fellesskap vurdert aktivitetsbehovet for 2025 innen somatiske tjenester, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusmiddelbehandling (TSB).

Det er for psykisk helsevern og TSB beregnet et behov for aktivitetsvekst fra 2024 til 2025 på 1,5 prosent. Dette anslaget er gjort ved bruk av den nye framskrivningsmodellen for psykisk helsevern og TSB. Det vurderes et behov på 0,4% utover det demografiske behovet for å legge til rette for å redusere antall ventende og ventetider.

Videre er det for somatiske tjenester beregnet et behov for aktivitetsvekst fra 2024 til 2025 på 1,5 prosent, målt i DRG-poeng. Dette inkluderer kun demografisk betinget behovsvekst. Det vurderes et behov på 0,7% utover det demografiske behovet for å legge til rette for å redusere antall ventende og ventetider.

Notatet trekker også fram følgende forhold:

- Behov for økt basisbevilgning
 - Finansielle rammebetingelser
 - Forutsetningen om at vekst kan håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad er ikke bærekraftig på sikt
- Investeringer
 - Endring av renteberegningsregimet ved langsiktige lån
 - Underfinansiert kostnadsvekst
- Kostnader knyttet til beredskapsarbeid for å sikre totalforsvar
- Dømt til behandling
- Etablering av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr
- Driftsfinansiering protonsenters i Helse Vest og Helse Sør-Øst

Innledning

De regionale helseforetakene skal gi innspill til aktivitetsbehov for statsbudsjett 2025. Veksten i behov for helsetjenester har flere drivere, hvorav tre viktige er:

1. demografiske endringer
2. at sykdomsbildene blir mer kompliserte
3. at det kommer nye, og mer kostbare behandlingsmetoder

Norge har en god og kostnadseffektiv helsetjeneste. Forventet levealder er to år lengre enn gjennomsnittet i EU, og Norge har lav dødelighet for en rekke sykdommer¹. Videre bruker Norge 3. mest på helse per innbygger av alle OECD-land, samt 9. mest målt som andel av BNP.² Spesialisthelsetjenesten står samtidig overfor flere utfordringer i tiden fremover.

Flere mennesker vil leve lengre, og med flere kroniske sykdommer. Mens de over 80 år i dag utgjør knapt 4,5 prosent av befolkningen, ventes andelen å øke til nesten 12 prosent i 2060 i hovedalternativet i befolkningsframskrivningene til SSB. I regjeringens perspektivmelding³ drøftes sammenhengen mellom økt levealder og behovet for helse- og omsorgstjenester. Konklusjonen er at en aldrende befolkning må forventes å trenge helsetjenester for en lengre periode enn tidligere generasjoner. Aldersutviklingen vil derfor kreve vekst i ressursinnsatsen i helse- og omsorgstjenestene.

For å håndtere veksten som følge av flere eldre, må de økonomiske rammene også ta høyde for at det er nødvendig å utvikle helsetjenesten. Dette gjennom økt satsning på teknologi, kompetanse og rekruttering, samt at det legges til rette for investeringer i bygg og utstyr.

En realvekst i inntektene, slik Helse- og omsorgsdepartementet beregner den, ca. 1,2 – 1,5 prosent, vil bidra til å opprettholde bevilgningene til spesialhelsetjenesten som andel av fastlands-BNP. De regionale helseforetakene mener at spesialhelsetjenesten bør prioriteres, og derfor ha en høyere inntektsvekst.

I både 2022 i 2023 har den generelle pris og lønnsveksten vært langt utover forutsetningene. Etter at statsbudsjettet for 2022 ble fremlagt har særlig en høyere pris- og lønnsvekst redusert realveksten i driftsbevilgningene til de regionale helseforetakene. I statsbudsjettet for 2023 oppgis dette til isolert sett å trekke ned realveksten i driftsbevilgningene med om lag 3,4 mrd. kroner i 2022. Etter kompensasjonen på om lag 2,5 milliarder i nysalderingen gir dette en underdekning på 0,9 mrd. kroner. Konsekvensen av en slik underdekning treffer driften av sykehusene direkte, og gir helseforetakene en betydelig og varig reduksjon i evnen til å egenkapitalfinansiere investeringer som er nødvendige for å imøtekomme fremtidig vekst som følge av den demografiske utviklingen.

Den første delen av notatet omhandler behovet for aktivitetsvekst. Dette behovet oppstår på grunn av befolkningsvekst og endring i aldersfordelingen i befolkningen, samt behov utover demografisk betinget vekst. Dette vil kunne være vekst for å ivareta overordnede politiske føringer, faglige utviklinger, eller en vekst som må til for å behandle pasienter som ikke får optimal behandling i dag.

I tillegg til framskrivninger av aktivitetsbehov gir de regionale helseforetakene innspill på overordnede forhold av betydning som bør tas hensyn til i arbeidet med statsbudsjettet. Disse er nærmere beskrevet til slutt i notatet.

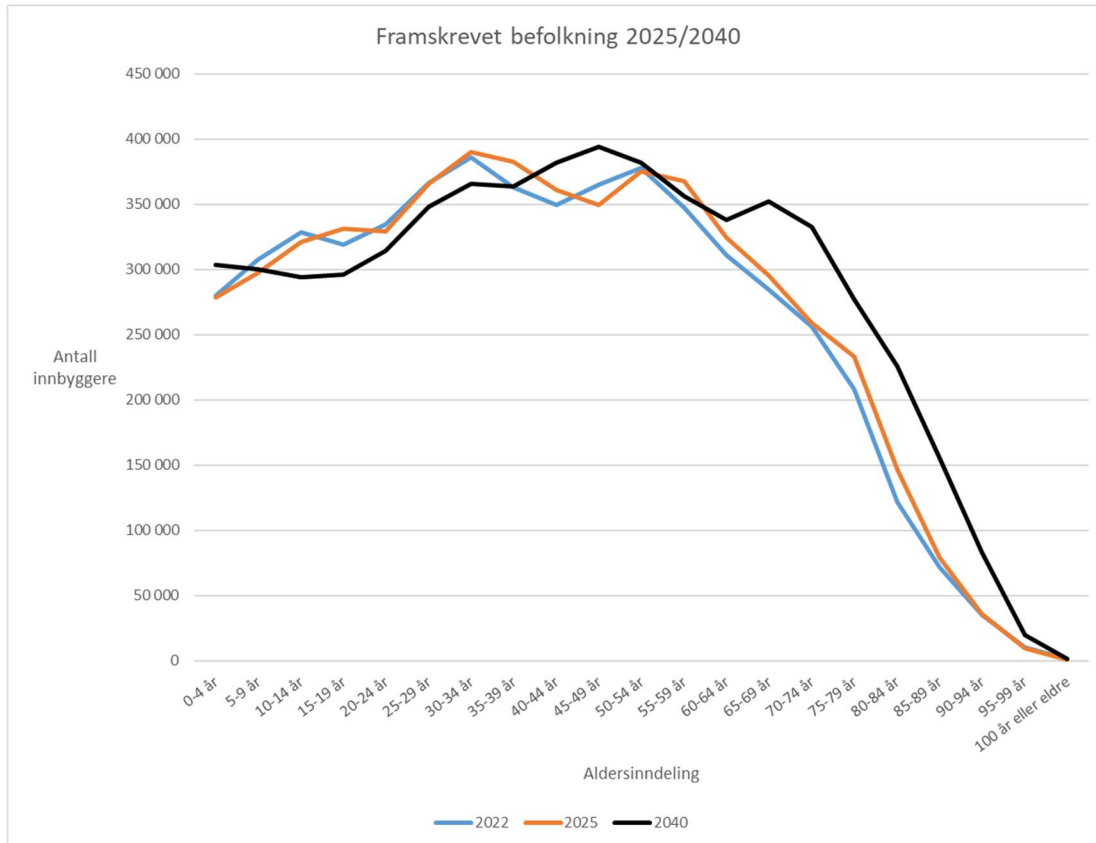
¹ State of Health in the EU. Eurostat database.

² OECD –Health at a Glance2021: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2021_ae3016b9-en

³ Finansdepartementet. (2021). Meld. St. 14 (2020-2021) Perspektivmeldingen 2021

Bakgrunn

Norge har en god og kostnadseffektiv helsetjeneste.⁴ Viktige utviklingsfaktorer for spesialisthelsetjenesten er at vi blir flere eldre, samtidig som det blir færre og mer sentralisert lokaliserte yrkesaktive. Det er derfor et behov for å videreutvikle tjenestene for å imøtekomme de fremtidige behovene med en aldrende befolkning. Figur 1 viser endringen i befolkningssammensetningen i Norge frem mot 2040 jf. Statistisk sentralbyrås (SSBs) hovedalternativ for befolkningsframskriving av 2022.



Figur 1 Befolkningstall for 2022, samt befolkningsframskriving av Norges befolkning for 2025 og 2040. Kilde SSB 2022

Selv om endringene mellom 2022 og 2025 ikke er betydelige, kan det likevel observeres en vekst i antall eldre.

Tabell 1 viser befolkningsutviklingen for helseforetakenes og sykehusenes opptaksområder for henholdsvis hele befolkningen og de over 65 år.

⁴ Schneider et al. (2021). Mirror, mirror 2021. Reflecting poorly: Health care in U.S. compared to other high-income countries.

	Befolkningsutvikling						Endring			
	Alle aldre			65 år +			Alle aldre		65 år +	
	2019	2022	2040	2019	2022	2040	19-22	22-40	19-22	22-40
Helse Midt	730 604	739 979	786 893	133 028	143 210	198 816	1 %	6 %	8 %	39 %
Helse Møre og Romsdal OO	264 970	265 848	274 343	51 105	54 983	74 390	0 %	3 %	8 %	35 %
Helse Nord Trøndelag OO	135 529	134 424	134 924	27 315	29 206	38 642	-1 %	0 %	7 %	32 %
St. Olavs hospital OO	330 105	339 707	377 626	54 608	59 021	85 784	3 %	11 %	8 %	45 %
Helse Nord	486 452	481 926	488 296	93 204	99 515	134 162	-1 %	1 %	7 %	35 %
Finnmarksykehuset OO	75 865	74 129	75 450	13 647	14 430	20 372	-2 %	2 %	6 %	41 %
Helgelandssykehuset OO	78 476	77 234	75 022	16 366	17 395	22 729	-2 %	-3 %	6 %	31 %
Nordlandssykehuset OO	139 086	138 116	140 012	27 399	29 127	38 711	-1 %	1 %	6 %	33 %
Universitetssykehuset i Nord-Norge OO	193 025	192 447	197 812	35 792	38 563	52 350	0 %	3 %	8 %	36 %
Helse Sør-Øst	3 002 385	3 076 276	3 402 035	514 228	553 736	825 737	2 %	11 %	8 %	49 %
Akershus universitetssykehus OO	569 975	593 356	691 438	90 987	97 700	154 855	4 %	17 %	7 %	59 %
Diakonhjemmet Sykehus OO	141 810	144 706	161 434	23 732	25 205	37 106	2 %	12 %	6 %	47 %
Lovisenberg Diakonale Sykehus OO	154 927	163 166	167 815	10 928	12 142	20 998	5 %	3 %	11 %	73 %
Oslo universitetssykehus OO	274 385	281 866	326 259	34 718	36 999	59 988	3 %	16 %	7 %	62 %
Sykehuset i Vestfold OO	244 393	250 862	275 266	47 182	51 628	76 917	3 %	10 %	9 %	49 %
Sykehuset Innlandet OO	338 619	338 874	351 224	72 687	77 194	102 977	0 %	4 %	6 %	33 %
Sykehuset Telemark OO	173 318	173 970	179 917	35 559	38 189	51 963	0 %	3 %	7 %	36 %
Sykehuset Østfold OO	314 671	323 453	361 807	60 099	64 854	97 138	3 %	12 %	8 %	50 %
Sørlandet Sykehus OO	305 244	311 134	337 595	52 861	57 549	84 885	2 %	9 %	9 %	48 %
Vestre Viken OO	485 043	494 889	549 280	85 475	92 276	138 910	2 %	11 %	8 %	51 %
Helse Vest	1 108 771	1 127 089	1 207 026	178 381	193 013	288 277	2 %	7 %	8 %	49 %
Helse Bergen OO	452 796	461 187	504 173	72 935	78 539	116 568	2 %	9 %	8 %	48 %
Helse Fonna OO	180 308	181 028	183 002	32 683	35 029	49 463	0 %	1 %	7 %	41 %
Helse Førde OO	108 622	108 472	107 190	21 630	22 985	30 157	0 %	-1 %	6 %	31 %
Helse Stavanger OO	367 045	376 402	412 661	51 133	56 460	92 089	3 %	10 %	10 %	63 %
Totalsum	5 328 212	5 425 270	5 884 250	918 841	989 474	1 446 992	2 %	8 %	8 %	46 %

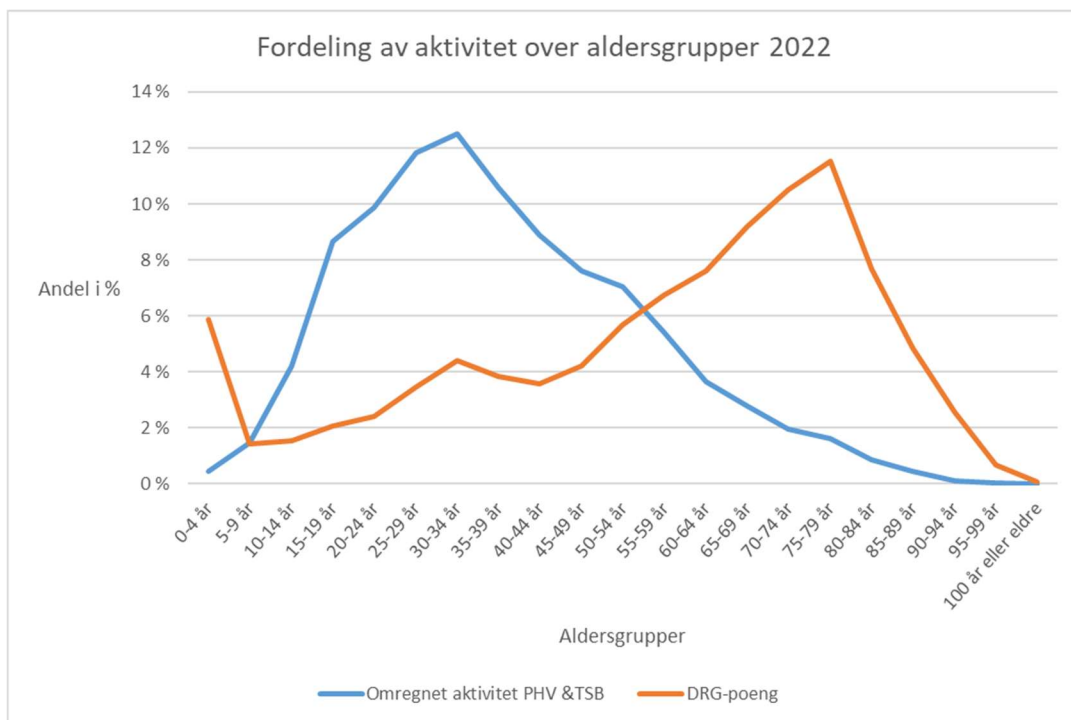
Tabell 1 Befolkningstall for 2019, 2022, samt framskriving av 2040. Kilde SSB 2022

Tabellen viser at det i perioden 2019-2022 har vært en vekst i hele befolkningen på om lag 2 prosent, med en betydelig variasjon mellom de ulike opptaksområdene. Framskrivningene til SSB viser en 8 prosent vekst frem mot 2040.

Aldersgruppen over 65 år er de som har størst behov for somatiske spesialisthelsetjenester. Tabell 1 viser en betydelig befolkningsvekst i denne aldersgruppen. I perioden 2019-2022 har det vært en samlet nasjonal vekst på 8 prosent, med variasjon mellom opptaksområdene. SSB sine framskrivninger viser videre en nasjonal vekst på 46 prosent frem mot 2040.

Behov for aktivitetsvekst

Figuren under viser aldersfordelingen av aktivitet for somatikk og psykisk helsevern og TSB. Den viser at hovedinnsatsen fra spesialisthelsetjenesten innen psykisk helsevern og TSB gis til en yngre del av befolkningen, sammenlignet med somatikk. Hovedtyngden av behandlingen innen psykisk helsevern og TSB gis til aldersgruppen 20 - 40 år, mens det i somatikken er aldersgruppen 65 - 89 år som har høyest aktivitet. Den demografiske betingede veksten gir dermed ulik effekt mellom tjenesteområdene.



Figur 2 Fordeling av aktivitet i 2022 fordelt på ulike aldersgrupper

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling

I 2022 ble den nasjonale framskrivingsmodellen for psykisk helsevern og TSB revidert. Modellen inkluderer både demografisk betinget behov, og behov utover demografi på grunn av endringsbehov i tjenestetilbudet. Revidert framskrivingsmodell for psykisk helsevern og TSB anslår et nasjonalt behov for vekst i liggedøgn på 7,1 prosent, og 15 prosent i poliklinikk frem mot 2040.⁵ Modellen forutsetter følgende endringsbehov:

- En vridning av aktivitet som gir økt kapasitet til behandling og oppfølging av barn- og unge generelt, og spiseforstyrrelser spesielt.
- Satsning på hele behandlingsforløpet for pasienter med alvorlige psykiske lidelser, inkludert døgnkapasitet og FACT eller tilsvarende ambulante modeller.
- Styrke basis- og akutt-tjeneste innen TSB.
- Videreutvikling av poliklinikk for å bedre tilbud og møte utfordringer med tilgang på personell. Behov for generell vekst, men særlig:
 - Alkoholrelaterte problemstillinger
 - Økt andel eldre i spesialisthelsetjenesten
 - Digitale tjenester

Modellen estimerer fremtidig behov for liggedøgn, poliklinikk og dagbehandling. For å ha et enhetlig uttrykk har vi omregnet aktiviteten til vektete liggedøgn.

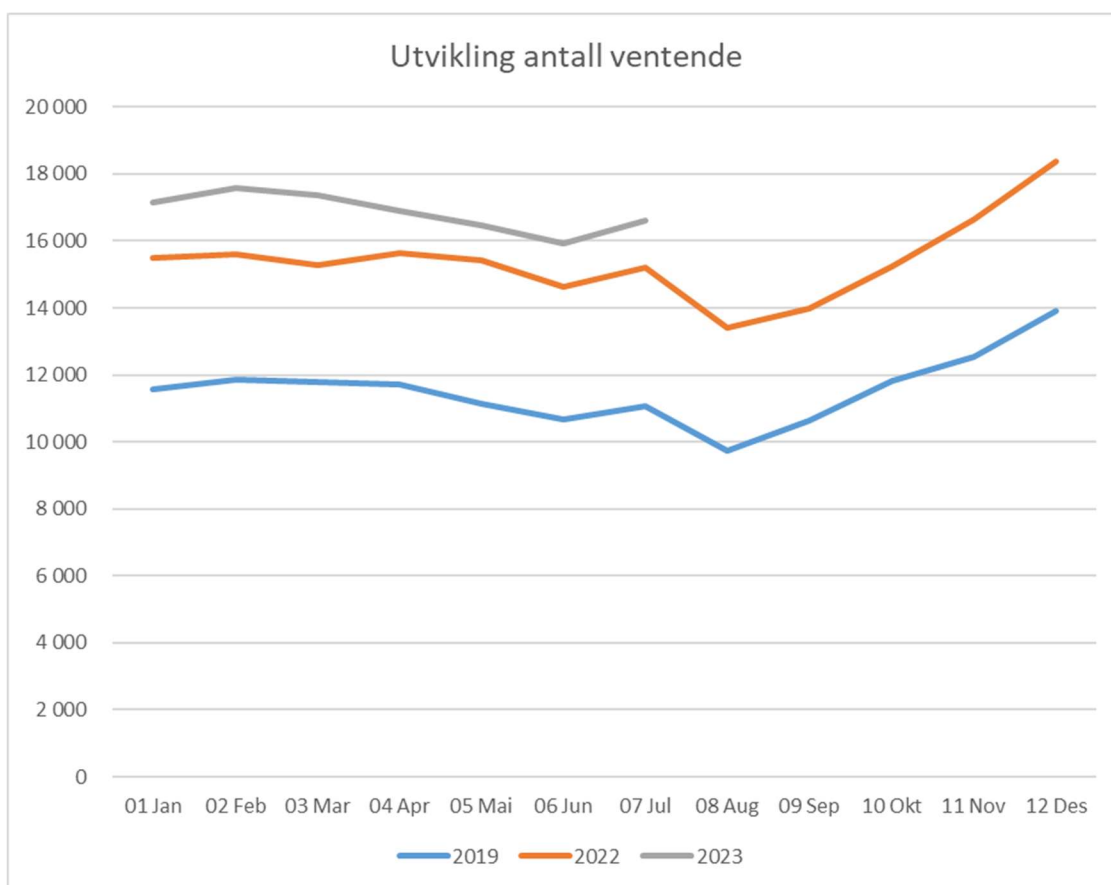
Tabell 2 viser den omregnede aktivitet framskrevet med ettårig alder og kjønn frem til 2025.

⁵ [Forslag til revidert framskrivingsmodell for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling](#)

ÅR	Omregnet aktivitet	Endring
2021	1 879 986	
2022	1 910 165	1,6 %
2023	1 940 345	1,6 %
2024	1 970 524	1,6 %
2025	2 000 704	1,5 %

Tabell 2 Omregnet aktivitet. Vektene er basert på NOU 2019:24 inntektsfordeling mellom regionale helseforetak

Veksten innen psykisk helsevern og TSB er beregnet til 1,5 prosent fra 2024-2025. Fra 2019 og frem til i dag har det vært en vekst i pasienter med behov for helsehjelp innen psykisk helsevern og tverspesialisert rusbehandling. Figurene nedenfor viser utviklingen for henholdsvis antall ventende og ventetidsutviklingen.



Figur 3 Utvikling i antall ventende samlet for BUP, TSB og VOP for 2019, 2022 og 2023. Nasjonalt.



Figur 4 Utvikling i ventetid for avviklede pr måned for BUP, TSB og VOP for 2023. Nasjonalt.

Figur 3 ovenfor viser at utviklingen i antall ventende er noe redusert gjennom 2023. Samtidig er det 6% flere som venter pr juli 2023, sammenlignet med juli 2022. Videre viser figur 4 av ventetidene er høyere enn målkravene for alle tjenesteområdene.

I juni 2023 var det om lag 1100 flere som ventet enn i juni 2022. Det vurderes dermed et behov på 0,4% utover det demografiske behovet, for å legge til rette for å redusere ventetider og antall ventende, jf. tabell 3.

Endring i antall ventende juni 2022 - juni 2023	1 100
Antall konsultasjoner juni 2022 - juni 2023	3 816 136
Antall konsultasjoner pr individ	13,5
Estimert etterslep (endring i antall ventende * antall konsultasjoner pr individ)	14 833
Behov	0,4%

Tabell 3 Estimert behov for å redusere antall ventende og ventetider PHV og TSB. Nasjonalt.

Somatikk

Det er vanlig praksis at siste tilgjengelige år benyttes som utgangspunkt for framskrivinger. Dette er hensiktsmessig av flere årsaker, hvor blant annet organisatoriske forhold⁶ og faglig utvikling⁷ vil være mest oppdatert. Av den grunn er 2022 brukt som utgangspunkt, selv om det er noe usikkerhet rundt 2022 med tanke på at store deler av året var preget av pandemi.

For å beregne veksten i DRG-poeng som følge av den demografiske utviklingen, multipliseres snitt DRG-poeng per pasient per fem-årig alder, kjønn og kommune i 2022, med endringen i antall innbyggere for det enkelte år.

Denne metoden med utgangspunkt i aktiviteten i 2022, gir en forventet nasjonal økning i antall DRG-poeng fra 2024 til 2025 på 1,5 prosent, som vist i tabell under.

ÅR	DRG	Endring
2021	1 549 553	
2022	1 589 374	2,6 %
2023	1 619 818	1,9 %
2024	1 645 042	1,6 %
2025	1 669 177	1,5 %

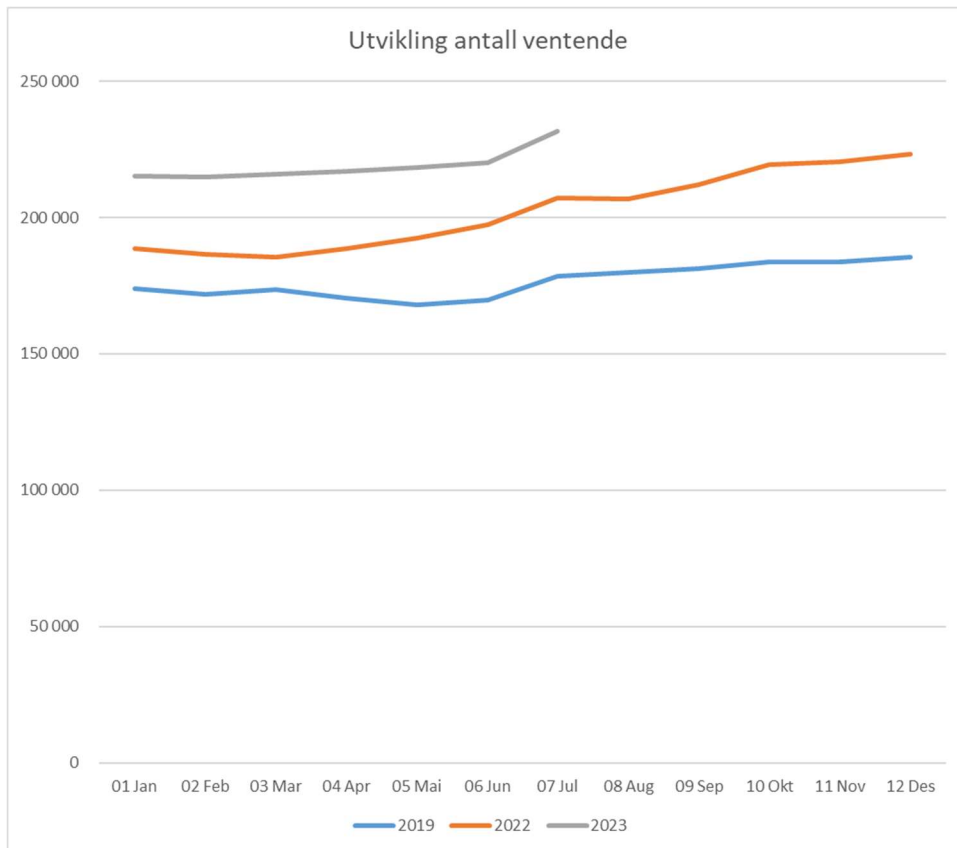
Tabell 4 Demografisk framskriving av DRG-poeng. Femårig alder, kjønn og kommune. SSBs befolkningsframskriving av 2022.

⁶ F.eks. kommuneinndelinger er samstemt over ulike informasjonskilder og oppdatert sykehusstruktur.

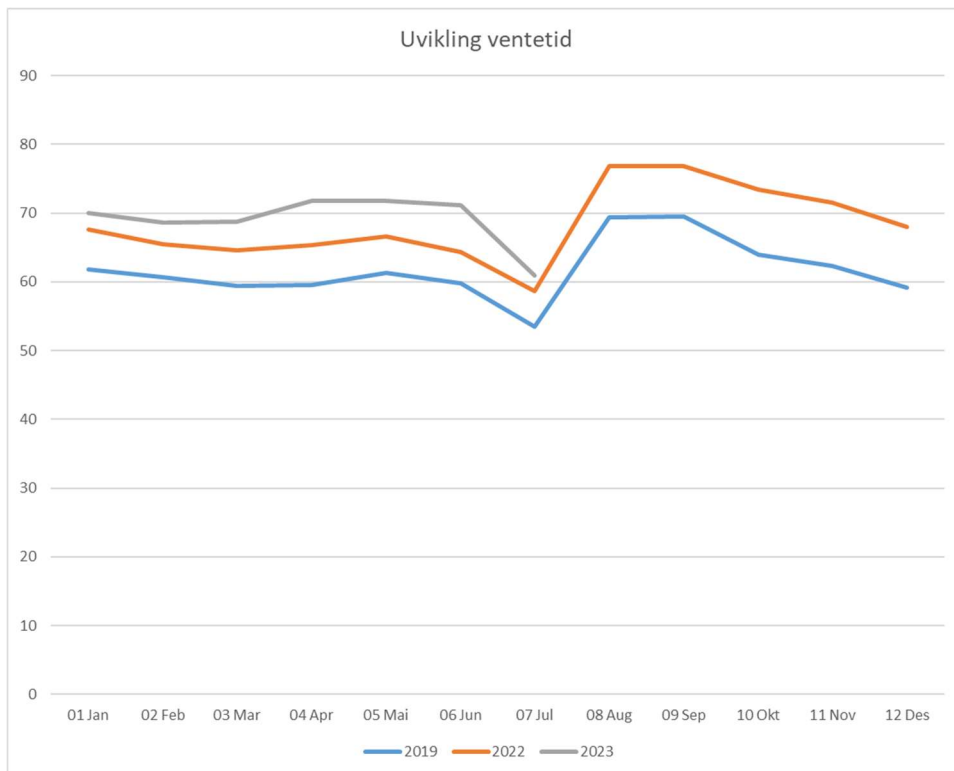
⁷ F.eks. etablering og utbredelse av samme-dags innleggelser ved planlagt kirurgi, overgang til dagkirurgi, og overgang fra døgninnleggelse til poliklinisk utredning og behandling ved planlagte medisinske opphold.

Behov for vekst utover demografi

Den rene, naive framskrivingen tar ikke hensyn til andre endringer enn alders- og kjønns sammensetningen i Norge. Gjennom pandemien og i 2023 har ventetider og antall ventende økt innen somatikken, jf. figur 5 og figur 6.

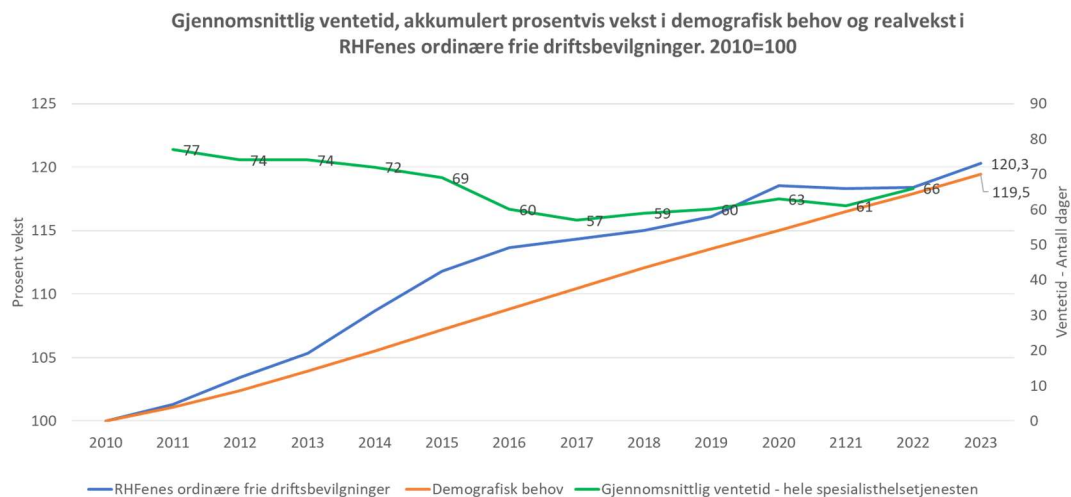


Figur 5 Utvikling i antall ventende for 2019, 2022 og 2023. Nasjonalt. St. Olavs hospital er ekskludert.



Figur 6 Utvikling i ventetid for avviklede 2019, 2022 og 2023. Nasjonalt. St. Olavs hospital er ekskludert.

Figurene viser en negativ utvikling i tilgang til spesialisthelsetjenesten ved at ventetidene har økt, og fortsetter å øke i 2023, samtidig som at det er flere som venter.



Figur 7 Ventetid, akkumulert vekst i demografisk behov, og realvekst i RHF-enes frie driftsbevilgninger 2010-2023.

Figuren viser at den gjennomsnittlige ventetiden ble redusert betydelig i perioden 2014-2017. I denne perioden var også veksten i de regionale helseforetakenes ordinære frie driftsmidler høyere enn det demografiske behovet.

I juni 2023 var det om lag 25 000 flere som ventet enn i juni 2022. Det vurderes dermed et behov på 0,7% utover det demografiske behovet, for å legge til rette for å redusere ventetider og antall ventende, jf. tabell 5.

Endring i antall ventende juni 2022 - juli 2023	25 000
Antall DRG-poeng juni 2022 - juni 2023	735 074
Antall DRG-poeng pr individ elektive opphold	0,445
Estimert etterslep (endring i antall ventende * antall drg-poeng pr individ	11 126
Antall drg-poeng totalt 2022	1 597 464
Behov	0,7 %

Tabell 5 Estimert behov for å redusere antall ventende og ventetider somatikk. Nasjonalt. St. Olavs hospital er ekskludert.

Øvrige forhold som må vurderes nærmere i forbindelse med statsbudsjett for 2025

- Behov for økt basisbevilgning
 - Finansielle rammebetingelser
 - Forutsetningen om at vekst kan håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad er ikke bærekraftig på sikt
- Investeringer
 - Endring av renteberegningsregimet ved langsiktige lån
 - Underfinansiert kostnadsvekst
- Kostnader knyttet til beredskapsarbeid for å sikre totalforsvar
- Dømte til behandling
- Etablering av nasjonalt beredskapslager for smittevernutstyr
- Driftsfinansiering protosenter i Helse Vest og Helse Sør-Øst

Behov for økt basisbevilgning

De regionale helseforetakene vil trekke frem følgende forhold vedrørende basisbevilgningen.

Finansielle rammebetingelser

Hvert år vurderer Helsedirektoratet behovet for demografisk betinget vekst. Denne behovsveksten er et resultat av befolkningsutviklingen framover, basert på historisk forbruksmønster. Spesialisthelsetjenesten vil i tillegg til den demografiske betingede veksten, i årene fremover møte flere eldre pasienter med kroniske og sammensatte sykdomsbilder.

De regionale helseforetakene mener at de årlige bevilgningene må vurderes i lys av tre forhold; den underliggende veksten i fastlands-BNP, krav til fullfinansiert vekst i demografikostnader, og behovet for økt tilgang til og utvikling av tjenestene. Dekning av demografikostnadene er en bunnplanke, og lavere vekst vil gi dårligere kvalitet, og reduserer muligheten for å utvikle tjenestene.

En realvekst i inntektene, slik Helse- og omsorgsdepartementet beregner den, ca. 1,2 – 1,5 prosent, vil bidra til å opprettholde bevilgningene til spesialhelsetjenesten som andel av fastlands-BNP. De regionale helseforetakene mener at spesialhelsetjenesten bør prioriteres, og ha en noe høyere inntektsvekst. Dette for å bedre evnen til investeringer og samtidig gi og utvikle gode helsetjenester.

Finansieringssystemet bygger på at helseforetakene setter av midler til framtidige investeringer. Midler til dette må delvis skaffes til veie gjennom kontinuerlig modernisering og forbedring av driften. Det er imidlertid begrenset hvor mye effektivisering den personaltunge spesialisthelsetjenesten tåler fra år til år, uten at det går ut over kvalitet på pasientbehandling og rekruttering til tjenesten. Endringer i drifter krever ofte samtidig investeringer i bygg, utstyr og IKT.

Dagens økonomiske situasjon gjør at mange av helseforetakenes investeringer utsettes og skyves på, samtidig som det gjøres innsparinger i driften. En slik utvikling svekker spesialisthelsetjenestens evne til å møte pasienter med et mer komplisert sykdomsbilde, samt evnen å ta i bruk nye medikamenter og metoder uten at det går ut over andre deler av pasientbehandlingen.

I årene fremover vil det være avgjørende at spesialisthelsetjenesten settes i stand til å opprettholde en investeringstakt som gjør det mulig å imøtekomme de framtidige behovene i en tid hvor tilgangen på personell vil reduseres.

Budsjettforutsetning om at vekst kan håndteres innenfor 80 pst marginalkostnad er ikke bærekraftig på sikt

Den aldrende befolkningen vil gi en behov for vekst. De fremtidige økonomiske rammene må ta høyde for at det er nødvendig med omstilling gjennom økt satsning på teknologi, kompetanse og rekruttering. Det må videre legges til rette for investeringer i bygg og utstyr for å håndtere veksten.

Siden 2008 er det forutsatt at behovsveksten skal håndteres innenfor 80 prosent marginalkostnad. I Prop. 1 S (2022-2023), ble avbyråkratiserings- og effektiviseringsreformen (ABE-reformen) erstattet av et generelt krav til effektivisering på 263 millioner kroner fra sykehusenes driftsbevilgning. Over tid gir dette strammere økonomiske rammer og begrenset handlingsrom til å gjennomføre nødvendige langsiktige omstillingstiltak.

I helseforetakene har det over tid vært en produktivitetsvekst. Investeringer i teknologi, nye bygg og utstyr, organisasjonsutvikling, nye metoder, forbedrede utdanningsløp mv. kan bidra til å øke produktiviteten ytterligere. Fremtidig finansieringen må ta hensyn til at helseforetakene skal kunne finansiere volumveksten, bedre innholdet i pasientbehandlingen og spare til kommende investeringer.

Finansiering av årlig vekst med en marginalkostnad på 80 prosent er ikke bærekraftig over tid når spesialisthelsetjenesten har et vedvarende høyt investeringsbehov. Tabell 6 viser effekten av 80% marginalfinansiering.

Effekt av 80 prosent marginalfinansiering (i mill. kroner, 2023-kroner)	Forventet %-vis vekst i pasientbehandling	
	Beløp	
2019	548	1,7
2020	470	1,5
2021	734	2,3
2022	548	1,7
2023	516	1,5
Akkumulert	2 816	

Tabell 6 Beregnet effekt av marginalfinansiering. Kilde Prop. 1S.

Det er derfor nødvendig at de årlige tildelingene til spesialisthelsetjenesten både tar høyde for det kortsiktige behovet for aktivitetsvekst, samt gir handlingsrom til å gjennomføre nødvendige omstillingstiltak for å møte de langsiktige utfordringene. Behovsveksten må derfor reflekteres fullt ut i bevilgningene.

Investeringer

De regionale helseforetakene vil trekke frem noen forhold relatert til behovet for investeringer.

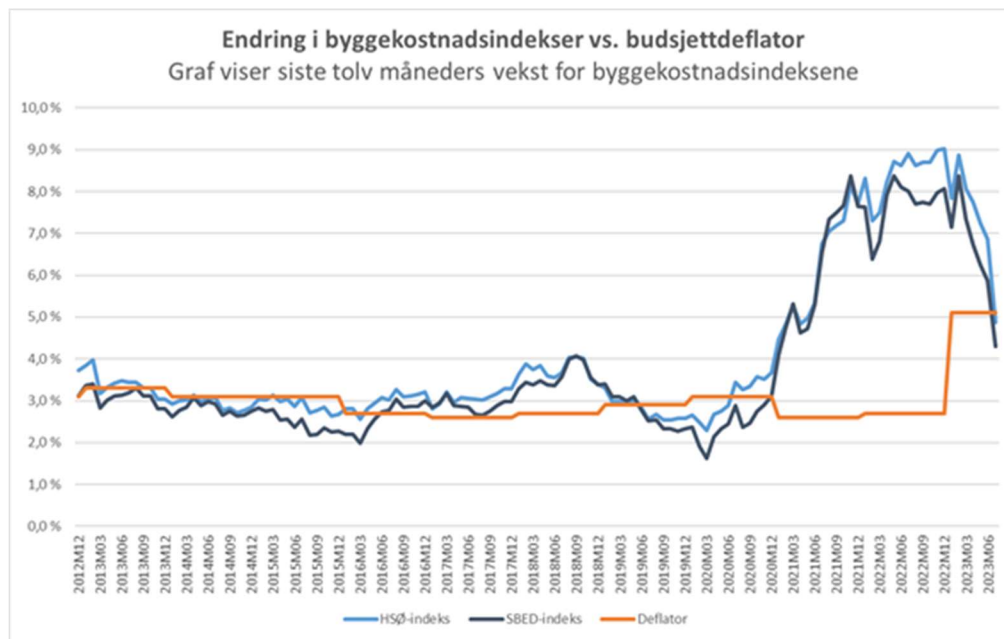
Endring av renteberegningsregimet ved langsiktige lån

Fra og med 2018 ble renteberegningsregimet knyttet opp til boliglånsrentene. Dette gir en ekstrabelastning for nye prosjekter som kommer inn på statsbudsjettet. Bankenes risiko ved boliglån til privatpersoner vil avvike betydelig fra statens risiko ved utlån til regionale helseforetak. Det vil være mer i tråd med reell prising av lån i forhold til risiko, dersom spesialisthelsetjenesten går tilbake til renteberegningsregimet som gjaldt for prosjekter som kom inn på statsbudsjettet før 2018. En slik endring vil også vesentlig styrke bæreevnen for sektoren.

Underfinansiert kostnadsvekst

Deflatoren i statsbudsjettet og byggekostnadsindeksen har historisk sett vært tilnærmet like. De siste tre årene har imidlertid bygge- og anleggsnæringen opplevd en ekstraordinær kostnadsvekst, synliggjort gjennom SSBs byggekostnadsindeks. Årsakene til veksten er sammensatte, men utgjøres først og fremst av forhold knyttet til Covid-19 pandemien og deretter krigen i Ukraina samt problemer i internasjonal transport.

Figur 8 viser Helse Sør-Østs sykehusindeks, basert på SSBs byggekostnadsindeks for boligblokk, som benyttes i de fleste av landets byggeprosjekter, sammenlignet med statsbudsjettdeflator.



Figur 8 Utvikling i byggekostnadsindeks og statsbudsjettdeflator

Indeksen viser at det er prisutviklingen på materialer som er hovedårsaken til den sterke prisveksten. Råvarer som stål, betong/betongelementer, kobber, plast, trelast og andre byggevarer har vært på historisk høye nivåer.

I revidert nasjonalbudsjett for 2023 ble prinsippet for prisjustering av byggeprosjektenes lånerammer endret. Frem til nå har lånerammene blitt justert med den generelle deflatoren, som benyttes for prisjustering av de samlede bevilgningene til spesialisthelsetjenesten. Nytt prinsipp legger til grunn en vektet byggekostnadsindeks benyttet av Statsbygg (SBED-indeks). Nytt prinsipp fikk tilbakevirkende kraft for byggeprosjekter for perioden 2015-2022 for prosjekter med tildelt låneramme over statsbudsjettet. Effekten er at det gis om lag 3,8 milliarder kroner i økte låneutbetalinger.

Denne hevingen av byggekostnadsnivået øker dermed mer enn vanlig statsbudsjettdeflator. Samlet gir dette en betydelig kostnadsvekst som ikke er finansiert, og som vil redusere helseforetakenes evne til å håndtere låneavdragene, samt egenfinansieringsdelen av investeringene.

For å sikre en økonomisk bæreevnen i igangsatte og planlagte investeringer, ber man om at det tas høyde for en inntektsvekst som helt eller delvis kompensere for den store byggekostnadsveksten som har skjedd siste tre årene.

Kostnader knyttet til beredskapsarbeid for å sikre totalforsvar

Helseforetak og sykehus er definert som virksomheter med kritiske samfunnsfunksjoner. Kravene til virksomhetenes oppgaver innen beredskap og sikkerhet er vesentlig skjerpet de senere årene, bl.a. som følge av covid-19 pandemien, usikkerhet i forsyning av viktige varer og legemidler, økte digitale trusler og utfordringer innen informasjonssikkerhet, samt den generelle internasjonale sikkerhetssituasjonen.

Både NOU 2023-14 Forsvarskommisjonen og NOU 2023-17 Totalberedskapskommisjonen omtaler utfordringer ved dagens helseberedskap. Begge NOU-ene peker på at det må rettes særlig oppmerksomhet mot helseberedskapen og konsekvensene av økt fare for krise og krig. FFI har i forbindelse med NOU 2023-14 vurdert den sivil-militære helseberedskapen til å være betydelig underdimensjonert for å håndtere pasientvolumet som kan oppstå ved en sikkerhetspolitisk krise eller væpnet konflikt. Det gjelder blant annet manglende kapasitet i sykehusene til å motta og behandle et stort antall militære traumepasienter.⁸

Videre peker begge NOU-ene på at planverk og konsepter er dårlig koordinert, og har ikke tatt utgangspunkt i adekvate tapsestimater. De senere års endringer i utfordringsbildet gjør at behovet for langsiktig planlegging innen nasjonal beredskap øker, og at planleggingsforutsetninger må tydeliggjøres. Det er behov for en overordnet dimensjonering av nasjonal beredskap og det er en forutsetning at overordnede myndigheter fastsetter klare og veldefinerte mål for de aktiviteter som skal utføres av virksomhetene. Dette inkluderer føringer for hvilken kapasitet, utholdenhet og omstillingsevne virksomheter forventes å ha. Eksempelvis gjelder dette antall døgn og timer som sykehus skal planlegge for i tilfelle bortfall av kritiske innsatsfaktorer for helsetjenesten, inkludert vann og strøm.

Denne utviklingen vil for spesialisthelsetjenesten medføre flere forebyggende tiltak, flere beredskaps- og sikkerhetstiltak, og mer øvingsaktivitet. Videre vil det kunne ha innvirkning på sykehusenes byggeplaner og investeringskostnader. Disse tiltakene vil trolig gi en økonomisk merbelastning, som vanskelig kan nedprioriteres. De regionale helseforetakene mener disse kostnadene i større grad bør reflekteres i den økonomiske tildelingen.

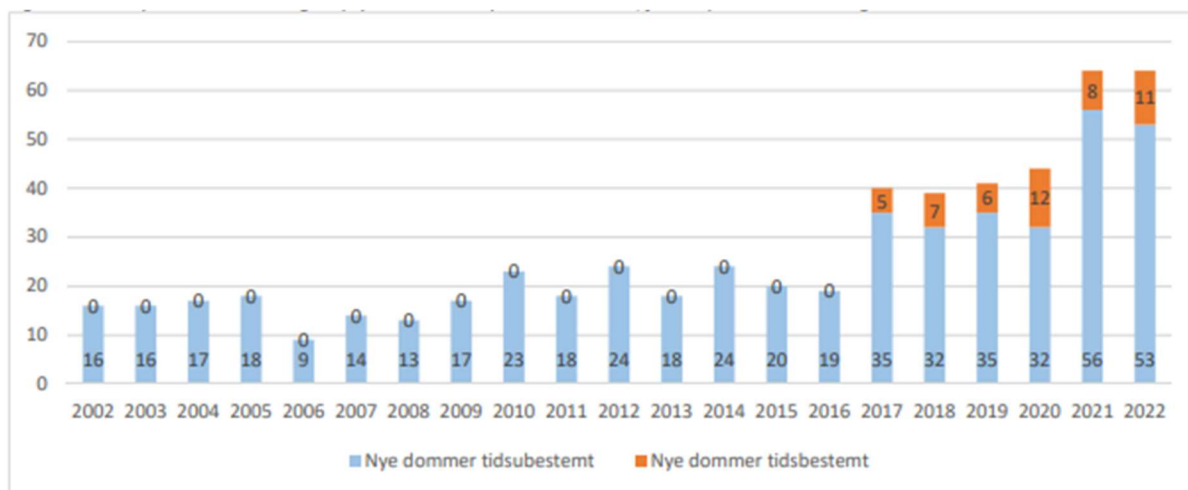
Dømte til behandling

Sikkerhetspsykiatri skiller seg fra annen behandling ved at inntak av pasienter ikke alene hviler på faglige vurderinger og prioriteringer, men som følge av dom og kjennelse fra justisdepartementet. Spesialisthelsetjenesten har etablert egne sikkerhetspsykiatriske enheter som har ansvar for pasienter med særskilt høy voldsrisiko, og pasienter som dømmes til tvungent psykisk helsevern.

Dømte til tvungen psykisk helsevern får enten en tidsubestemt eller tidsbestemt dom. Tidsubestemt innebærer at dommen kan opprettholdes så lenge samfunnsvernet krever det, mens tidsbestemt er varigheten begrenset til tre år.

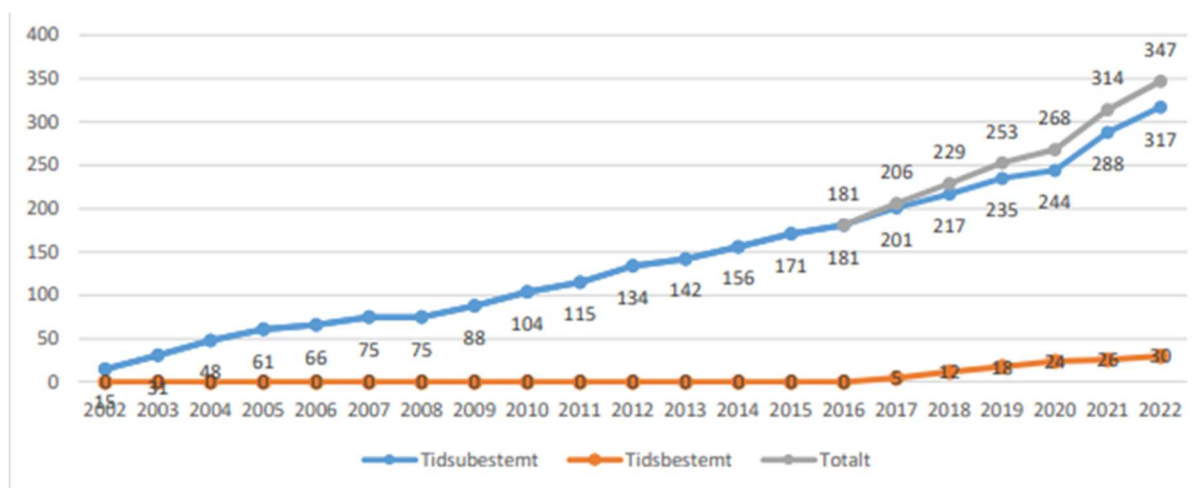
Antall dommer til tvungent psykisk helsevern har økt de siste 10 årene, jf. figur 9.

⁸ Det pekes i tillegg på marginale kapasiteter til å evakuere store pasientvolumer fra militære avdelinger i kamp til sivile sykehus, samt lav militær evne til å holde på pasienter i påvente av evakuering.



Figur 9 Antall nye dommer til tvungen psykisk helsevern per år 2002-2022, fordelt på tidsubestemt og tidsbestemt dom. Kilde: Årsrapport 2022 Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvunget psykisk helsevern

I 2012 var det 24 nye dommer, mens det i 2022 ble avsagt 64 dommer på overføring til tvungen psykisk helsevern. 53 av disse var til tidsubestemt dom, mens 11 var til tidsbestemt dom.



Figur 10 Antall personer under gjennomføring av en dom til tvungen psykisk helsevern 2002-2022, fordelt på tidsubestemt og tidsbestemt dom. Kilde: Årsrapport 2022 Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvunget psykisk helsevern

Figur 10 viser at antall dømte i behandling har økt betydelig, og at det i 2022 var 347 dømte i behandling i spesialisthelsetjenesten.

Justissektorens anledning til å beslutte innleggelse av personer inn i det psykiske helsevernet, opptar sikkerhetspsykiatriske døgnplasser som er eneste aktuelle tilbud til pasienter med høyt sykdomstrykk og voldsproblematikk. Tabell 7 viser at 65 % av de dømte pasientene var i behandling med døgnopphold. Av de dømte i døgnbehandling var 66% ved en sikkerhetsavdeling.

Behandlingsnivå	Tidsubestemt		Tidsbestemt		Totalt
	Med døgn	Uten døgn	Med døgn	Uten døgn	
Regional sikkerhetsavdeling	14	0	0	0	14
Lokal sikkerhetsavdeling	124	16	11	1	152
Allmennpsykiatrisk avdeling	43	7	9	2	61
Akuttpsykiatrisk avdeling	2	0	0	0	2
DPS	9	93	2	4	108
Annet/privat tiltak	9	0	1	0	10
Totalt	201	116	23	7	347
		317		30	

Tabell 7. Behandlingsnivå ved årsskifte 2022/2023. Kilde: Årsrapport 2022 Nasjonal koordineringsenhet for dom til tvunget psykisk helsevern

I konsekvens reduseres behandlingsskapiteten for andre pasienter, som vil ha like stort behov for en døgnplass for behandling av sin psykiske lidelse. Fortsetter trenden i antall dømte til psykisk helsevern, må det etableres nye behandlingstilbud for å sikre pasienter med høy voldsrisiko adekvat oppfølging og behandling. Anslag viser at et liggedøgn i sykehusfunksjoner er 57% høyere kostnad enn ved et DPS. De regionale helseforetakene ber om at bevilgningen tar hensyn til de økte kostnadene som dømte til behandling medfører.

Etablering av nasjonalt beredskapslager for smittevernustyr

De regionale helseforetakene ble i foretaksmøte 11. oktober 2021 bedt om å ta ansvar for et permanent nasjonalt beredskapslager for smittevernustyr. Målgruppen for nasjonal beredskapslagring av smittevernustyr er den offentlige helse- og omsorgstjenesten og andre offentlige og private instanser som etter lov eller avtale ivaretar helse- og omsorgstjenester til befolkningen, offentlig tannhelsetjeneste og militær sanitet.

Oppdraget til de regionale helseforetakene gjelder beredskapslager av smittevernustyr til målgrupper utover spesialisthelsetjenesten. Dette forholdet samt kostnadenes størrelse og at overordnet helsemyndighet vil disponere beholdningene i en beredskapssituasjon, gjør at det ikke er rimelig at spesialisthelsetjenesten dekker disse kostnadene. Det er skissert at etableringen vil ta om lag 1,5 år, og deler av etableringen og deretter driftsfasen vil derfor påvirke 2025. Etablering og drift av et permanent nasjonalt beredskapslager for smittevernustyr representerer en oppgave som fordrer særskilt finansiering.

Driftsfinansiering av protonsentere i Helse Vest og Helse Sør-Øst

Protonbehandling er et nytt nasjonalt behandlingstilbud som skal etableres i Helse Vest og Helse Sør-Øst på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Etablering og drift av protonsentret vil medføre økte kostnader for Helse Bergen HF og Oslo universitetssykehus HF.

Aktiviteten ved protonsentrene vil være relativt lav frem til første fulle driftsår, som er planlagt i 2027. Kapasiteten vil øke gradvis fra om lag 25 prosent i 2024 til 100 prosent i 2027 (tabell 7).

Kostnadene med etablering og bemanning vil imidlertid være omtrent de samme, hvert år protonsentret er i drift fra 2024. I tillegg vil protonsentrene ha kostnader før første driftsår fordi rekruttering og opplæring må gjøres i forkant av oppstart. Samlet for begge protonsentrene er det estimert en driftskostnad på omtrent ca. 190 millioner (i 2019-kroner) i året ved full drift, jf. tabell 7.

Helseforetak	Beskrivelse	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027
Oslo universitetssykehus HF	Antall behandlingsserier (% av full kapasitet)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	145 (25%)	325 (56%)	470 (81%)	580 (100%)
	Driftskostnader i millioner kroner	-3	-7	-10	-36	-89	-97	-103	-103
Helse Bergen HF	Antall behandlingsserier (% av full kapasitet)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	73 (25%)	180 (62%)	180 (62%)	290 (100%)
	Driftskostnader i millioner kroner	-5	-10	-18	-32	-71	-73	-74	-83
	Sum driftskostnader i millioner kroner	-8	-17	-28	-68	-160	-171	-177	-186

Tabell 7 Anslåtte behandlingsserier og driftskostnader for protonsentrene (2019-kroner)

I revidert nasjonalbudsjett 2018 ble det vedtatt en låne- og tilskuddsramme på henholdsvis 1 891 millioner kroner for Oslo universitetssykehus HF og 1 296 millioner kroner for Helse Bergen HF (2018-kroner) til bygging av protonsentrene. Av dette var 70 prosent lån og 30 prosent tilskudd.

Etablering av protonsentrene medfører vesentlige kapitalkostnader. Normalt finansieres kapitalkostnadene ved byggeprosjekter gjennom effektiviseringsgevinster som følger av det nye bygget. Dette forutsetter at bygget påvirker den eksisterende driften, ved at tjenestetilbudet kan effektiviseres.

Fordi protonsentret er et nytt behandlingstilbud, vil etableringen ikke utløse gevinster som kan finansiere kapitalkostnadene. Helse Bergen HF og Oslo universitetssykehus HF må dermed håndtere kapitalkostnadene for 70 prosent av byggekostnadene med midler som normalt ville gått til øvrig virksomhet. Dette må finansieres over basisrammen. Samlet er det estimert at årlige kostnader til drift, renter og avdrag ved de to sentrene til sammen, øker gradvis til 314 millioner kroner⁹ i 2028 før kostnadene avtar, jf. tabell 8.

Helseforetak	Beskrivelse	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031
Oslo universitetssykehus HF	Driftskostnader	-3	-7	-10	-36	-89	-97	-103	-103	-109	-103	-103	-103
	Finansposter*	0	0	0	0	-77	-77	-76	-75	-75	-73	-72	-71
Helse Bergen HF	Driftskostnader	-5	-10	-18	-32	-71	-73	-74	-83	-83	-83	-83	-83
	Finansposter*	0	0	0	0	-52	-51	-50	-49	-48	-47	-47	-46
	Sum kostnader	-8	-17	-28	-68	-289	-298	-303	-311	-314	-307	-304	-303

*Renter og avdrag

Tabell 8 Anslåtte kostnader til drift, renter og avdrag

Det bes derfor om at basisbevilgningen tar høyde for at kapital- og driftskostnadene øker minst tilsvarende 289 millioner kroner (2019-kroner) frem til aktiviteten ved de to sentrene starter opp i 2024. Dette tilsvarer full basisrammefinansiering, som må legges til grunn inntil aktiviteten kommer i gang, og det er etablert en aktivitetsbasert finansiering.

⁹ | 2019-kroner.

STYRET

Sak 106/23 Orienteringssaker

Saksbehandler	Rita Bjørgan Holand
Ansvarlig direktør	Ingerid Gunnerød
Saksmappe	2023/12
Dato for styremøte	27. og 28. september 2023

Forslag til vedtak:

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

Stjørdal 21. september 23

Stig A. Slørdahl
Administrerende direktør

I styremøte i Helse Midt-Norge RHF 28 og 29 september får styret følgende orienteringer:

- Revisjon av Helseplattformen rapport utarbeidet av KPMG og NEO consulting for HP v1.0
- Resultater fra medisinske kvalitetsregistre

I etterkant av styremøtet får styret en omvisning ved St Olavs hospital HF

A close-up photograph of a female healthcare professional with blonde hair, wearing light blue scrubs and a stethoscope. She is looking down at a clipboard she is holding, with a focused expression. The background is a plain, light-colored wall.

Revisjon av løsning Helseplattformen

Rapport utarbeidet av KPMG og NEO
Consulting for Helseplattformen

Versjon 1.0

29. august 2023

www.kpmg.no

Forord

På oppdrag fra Helseplattformen AS presenterer KPMG, i samarbeid med NEO Consulting, rapporten "Revisjon av løsning - Helseplattformen". Rapporten er en revisjon av løsningen med utgangspunkt i prioriterte og utvalgte risikoområder. Formålet med revisjonen har vært å avdekke om det foreligger flere alvorlige feil, herunder alvorlige feil i løsningen, manglende overvåking, manglende kritiske driftsrutiner osv. Revisjonen er ikke en komplett gjennomgang, men en risikobasert tilnærming for å identifisere områder der feilsituasjoner kan oppstå.

Løsningen Helseplattformen er en svært omfattende og meget kompleks løsning som skal innføres i kritiske arbeidsprosesser, systemer og organisasjoner. Dette oppleves som krevende. Tilbakemeldingene fra mange sluttbrukere vi har vært i kontakt med, understreker imidlertid at de har opplevd en positiv utvikling siden oppstarten. Løsningen, slik den er satt opp i dag og slik den er tilpasset underveis, er summen av en lang rekke forhold og beslutninger fortatt i en kompleks samhandlingsstruktur. Dette er ikke fokuset i denne rapporten og det er en bevisst avgrensning. Rapportens fokus har heller ikke vært å kartlegge det historiske forløpet eller å avdekke hvilke beslutninger som har ført til hva underveis. Det prosjektet har fokusert på, er risiko for at feilsituasjoner kan oppstå her og nå, og vi peker på hva vi mener bør være fokuset fremover.

Vi takker for alle bidrag til arbeidet med rapporten. Respondenter, ledelse og ansatte i Helseplattformen AS, kommunehelsetjenesten, helseforetak, regionalt helseforetak og leverandør har prioritert arbeidet og satt av tid fra sine travle hverdager, det meste av dette i mai 2023, for å svare på spørsmål, delta i diskusjoner i semi-strukturerte intervjuer, demonstrere løsningen i bruk og delta i presentasjoner og gruppeintervjuer.

Prosjektansvarlig partner for oppdraget har vært Lars Torgersen.

Vi takker for et godt samarbeid med oppdragsgiver og et interessant oppdrag.
Oslo, 29. august 2023.

Lars Torgersen
Prosjektansvarlig partner

1. Sammendrag

Bakgrunn

Helseplattformen er et nytt felles pasientjournalssystem for kommuner, sykehus, fastleger og avtalespesialister i Midt-Norge. Plattformen skal binde helsetjenesten i Midt-Norge sammen på en ny måte.

Etter at Helseplattformen (løsningen) ble tatt i bruk har det oppstått en rekke uforutsette feilsituasjoner i løsningen. Feilsituasjonene har hatt sin årsak i bl.a. tekniske feil i løsningen, komplisert brukergrensesnitt som bidrar til feil bruk av løsningen og mangler ved overvåkingen i og av løsningen som har bidratt til at uønskede hendelser ikke er avdekt i tide. Med bakgrunn i dette er det besluttet å gjennomføre en revisjon av løsningen. Det ble lagt opp til en to-trinns overordnet plan for oppdraget. I trinn 1 skal prosjektet igangsettes, og omfang og fokusområder for prosjektets første fase avklares og avgrenses. Denne rapporten er en leveranse fra trinn 1. Trinn 2, som er en opsjon, åpner for å følge opp og videreføre arbeidet.

Oppdraget

Formålet med revisjonen har vært å avdekke om det foreligger flere alvorlige feil, herunder alvorlige feil i løsningen, manglende overvåking, manglende kritiske driftsrutiner osv.

Helseplattformen er en svært omfattende og meget kompleks løsning, og Helseplattformen AS er en stor organisasjon som samhandler med mange. En komplett gjennomgang har derfor ikke realistisk å få gjennomført i prosjektperiodens trinn 1. Det er derfor besluttet å legge til grunn en risikobasert tilnærming for å prioritere hvilke områder som skal undersøkes nærmere; områder der feilsituasjoner kan oppstå.

Leseveiledning

Rapporten har utelukkende et fokus på risikoområder og har derfor ikke undersøkt områder der sluttbrukere er fornøyde eller der løsningen fungerer bra. Blant våre funn har vi trukket frem konkrete eksempler som kan beskrive de ulike problemstillingene og mulige feilsituasjoner. Rapporten er framoverskuende, og har derfor heller ikke kartlagt hvorfor man har de risikoområdene som påpekes eller hvilke beslutninger som har ledet frem til disse. Rapporten fokuserer på utfordringsbildet her og nå, og har konkrete anbefalinger til hva som bør gjøres videre. Det er følgelig viktig å se kapittel 4 (Funn og vurderinger) i sammenheng med kapittel 5 (Anbefalinger).

Gjennomføring og metode

Prosjektets informasjons- og analysefase varte fra siste uken i april til medio juni 2023. Etter dette og frem til leveranse av rapport ultimo august har arbeidet bestått av ulike supplerende kvalitetssikringsaktiviteter. Tidsaspektet og kompleksiteten har vært avgjørende for hvor detaljert prosjektet kan være. For å kunne gi reell verdi i løpet av en så kort prosjektperiode, har prosjektet derfor, sammen med oppdragsgiver, prioritert utvalgte områder og forsøkt å fokusere på det som gir mest mulig verdi.

Med utgangspunkt i utvalgte risikoområder, har vi valgt å følge et par fiktive pasientforløp for å avdekke aktuelle risikoer og problemområder, og se løsningen fra et pasient- og sluttbrukerperspektiv. Tilnærmingen har bidratt til at vi får et mer helhetlig overblikk over utfordringene og at vi får sett problemstillingene fra ulike aktørers ståsted.

Viktige kilder i prosjektet har vært semi-strukturerte intervjuer, møter og gruppeintervjuer, presentasjoner og dialog, observasjoner gjennom demonstrasjoner av bruk av løsningen, samt det å følge faktiske arbeidsprosesser. Over 40 møter og intervjuer har blitt gjennomført med over 100 respondenter. Dette har blitt understøttet av skriftlige kilder som problemnotater, statusrapporter og skriftlige presentasjoner.

Overordnede funn og vurderinger

Det har vært gjennomført og pågår en rekke arbeider med å forbedre og videreutvikle Helseplattformen. Selv om mye gjenstår, understreker mange av de vi har vært i kontakt med at de opplever at det er gjort viktige forbedringer og at utviklingen ser ut til å gå i riktig retning. Vårt inntrykk er videre at opplevelsen av risiko- og utfordringsområder varierer mellom ulike yrkesgrupper, mellom ulike organisasjoner og avdelinger, og mellom ulike fagmiljøer.

Helseplattformen AS (selskapet) er i en fase vi kan karakterisere som en mellomfase i overgangen fra prosjekt til drift og forvaltning. Dette er for mange prosjekter og organisasjoner en krevende situasjon. Flere av de risiko- og forbedringsområdene vi påpeker, kan trolig føres tilbake til dette faktum.

Til tross for positiv utvikling på mange områder, flagger aktørene en rekke områder man mener representerer sannsynlighet for feil med alvorlige konsekvenser. Gjennom prosjektet har vi gjort mange observasjoner og funn, og i denne rapporten har vi trukket frem et utvalg konkrete eksempler som vi mener er illustrerende for ulike problemstillinger.

Å følge pasientforløpet og se hvordan ulike aktører faktisk bruker løsningen (sluttbrukerperspektiv), har vært en viktig kilde til innsikt i prosjektet og til å avdekke problemområder. Vi har hatt et særlig fokus på kommunikasjon og legemiddelområdet i løsningen. Denne gjennomgangen har blitt supplert med tematiske møter, presentasjoner og intervjuer. Funnene har vi kategorisert i problemområdene brukervennlighet og bruk av løsningen, funksjonalitet, grunndata og integrasjoner, brukervennlighet – generelle bemerkninger, individuell opplæring og governance. De fleste områdene mener vi har risikoelementer som vi vurderer som høy risiko, det vil si høy konsekvens og høy sannsynlighet for å inntreffe. Vi har vektlagt pasientsikkerhet ekstra høyt i vår vurdering av konsekvens. Dette bildet samsvarer i stor grad med den innledende arbeidshypotesen som lå til grunn for prosjektet. Vi understreker at dette ikke er en teknisk gjennomgang av løsningen. Vi vil imidlertid påpeke at vi ikke fått tilbakemeldinger om at selve løsningen inneholder alvorlige, rene tekniske feil. Vi peker imidlertid på utvalgte områder der løsningen fungerer på en måte som kan medføre **risiko**, og andre risikoområder knyttet til løsningen i samspill med andre løsninger. Flere av disse bør undersøkes nærmere.

Anbefalinger

Med utgangspunkt i våre funn og observasjoner, inneholder rapporten anbefalinger knyttet til de samme problemområdene. I tillegg har vi inkludert noen generelle anbefalinger.

Anbefalingene er både innspill til hva som konkret bør gjøres og til hvordan det bør arbeides mer systematisk på strukturnivå for å utvikle leveranseapparatet i Helseplattformen AS og samhandlingen med andre. En viktig anbefaling fra vår side, er at vi understreker viktigheten av det systematiske og strukturelle arbeidet for å unngå nye feilsituasjoner og risiko i kommende periode. Vi anser dette som en naturlig videreutvikling av interne prosesser og systemer for en organisasjon som har hatt sitt startpunkt som et prosjekt. Anbefalingene fremgår av tabellen under. Listen er sortert tematisk og ikke i prioritert rekkefølge. Prioriteringsrekkefølge fremgår av kappittelet «Neste steg».

Problemområder	ID	Anbefaling
Generelle anbefalinger	1	Helseplattformen AS bør jobbe videre med helhetlig styring og prioritering av ressursene
	2	Risikoområdene knyttet til økonomiske transaksjoner og merkantile forhold, må prioriteres opp raskt
	3	Tydligere arkitekturstyring og enhetlig tilnærming til tilpasning av løsningen i optimaliserings- og forbedringsprosjektene
	4	Verifikasjon av forbedrings- og optimaliseringsarbeider
	5	Arbeidsbelastning bør adresseres i den kommende perioden
Brukervennlighet og bruk av løsningen	6	Brukergrensesnittet bør justeres slik at det støtter sluttbrukerne bedre i hvordan de skal håndtere de ulike oppgavene-/meldingstypene

	7	Sluttmottaker bør kunne se hvem som er meldingsavsender og enkelt kunne svare ut meldingen
	8	Brukervennligheten og funksjonaliteten i HelsaMi bør videreutvikles
	9	Problematikken knyttet til «chart lock» bør undersøkes nærmere. Helseplattformen AS må få klarhet i status, hva som faktisk utløser «chart lock» og kartlegge løsningsalternativene
	10	Brukergrensesnittet for de tre kommunale legemodulene bør harmoniseres
	11	Usignerte og usendte radiologiske svar må gjennomgås og ryddes opp i. Bedre kontrollmekanismer må på plass
	12	Begrepsbruken knyttet til medikasjon bør justeres så misforståelser forebygges
Funksjonalitet	13	Tilliten til meldingsutveksling må gjenreises. For å sikre dette bør det gjøres omfattende ende-til-ende testing ved all videre utrulling av plattformen og omfattende revisjoner (audits) sammen med aktører som samhandler med løsningen
	14	Funksjonalitet som sikrer sporbarhet av gjeldende instruksjon, bør kunne knyttes til dokumentasjon av gjennomført oppgave
	15	Funksjonaliteten og brukervennligheten knyttet til Pasientplan og «Rover» bør utbedres så oppgaver ikke glipper
Grunndata og integrasjoner	16	Helseplattformen må hjelpe St. Olav med å gjenvinne full oversikt over ventetider og frister
Brukervennlighet – generelle bemerkninger	17	Det må jobbes systematisk med å forbedre brukervennligheten i løsningen, og at det gjennomføres en mer dyptgående evaluering av brukervennligheten i løsningen
	18	Design- og produktutviklingsmetodikken bør evalueres og felles, omforente designretningslinjer og -prinsipper synliggjøres
Individuell opplæring	19	Opplæring knyttet til innføring bør evalueres for å høste erfaringer fra tidligere prosesser, og systemet for løpende opplæringsbehov bør vurderes
Governance	20	Implementering av rammeverk for kvalitet og informasjonssikkerhet må ferdigstilles
	21	Endringsprosedyrer som sikrer tverrfaglig samarbeid, bør prioriteres
	22	Prosessene knyttet til utvikling, test og produksjonssetting bør gjennomgås
	23	Periodisk gjennomgang av rammeverk- og prosessetterlevelse bør innføres
	24	Feilhåndteringsprosessen bør gjennomgås
	25	Samarbeidet med andre aktører for å løse datakvalitets- og interoperabilitetsutfordringer bør prioriteres

Neste steg

For et trinn 2 i oppdraget er vårt forslag at vi i fellesskap prioriterer å gå dypere inn i områdene nevnt under. Det å gå dypere inn vil da inkludere mer tekniske vurderinger av løsningen, vurdere brukergrensesnittet opp mot anerkjent designmetodikk samt tydeliggjøre grenselinjene mellom utvikling og drift/forvaltning.

- i. Tilliten til meldingsutveksling må gjenreises. For å sikre dette bør vi gjøre omfattende ende-til-ende testing ved all videre utrulling av plattformen, og omfattende audits sammen med aktørene som allerede samhandler i løsningen (anbefaling nummer 13).
- ii. Helseplattformen AS og St. Olavs må arbeide i fellesskap med å gjenvinne full oversikt over ventetider og frister ved sykehuset (anbefaling nummer 2 og 16). Det må avklares hva som eventuelt kreves av en forbedring i løsningen og hva som eventuelt kreves av endrede arbeidsrutiner i helseforetaket.
- iii. Undersøke problematikken knyttet til «chart lock» nærmere. Vi må få klarhet i status, hva som faktisk utløser «chart lock» og kartlegge løsningsalternativene (anbefaling nummer 9)

- iv. Brukergrensesnittet bør justeres slik at det støtter sluttbrukerne bedre i hvordan de skal håndtere de ulike oppgavene som de er satt til å utføre. Dette gjelder på en rekke områder, men vi foreslår å prioritere håndtering av oppgaver/meldinger (anbefaling nummer 6 og 7) samt håndtering av radiologisk arbeidsflyt (anbefaling nummer 11).
- v. Undersøke brukervennligheten og funksjonaliteten i HelsaMi ytterligere (anbefaling nummer 8) og eventuelt utbedre denne.
- vi. Governance og struktur er viktig for å løse noen grunnleggende utfordringer i overgangen fra prosjekt til drift. Det bør undersøkes hvorvidt aktivitetene som gjøres på governance-området gir den ønskede effekten.

Innhold

1. SAMMENDRAG	3
2. INNLEDNING	9
2.1 BAKGRUNN OG OPPDRAG	9
2.2 INNRETNING	9
2.3 OMFANG OG FOKUSOMRÅDER I TRINN 1	9
2.4 AVGRENSNINGER OG PRESISERINGER	10
2.5 GJENNOMFØRINGSPERIODE OG ARBEIDSFORM	11
2.6 KORT OM HELSEPLATTFORMEN	11
2.7 RAPPORTENS OPPBYGGING	12
3. METODISK TILNÆRMING	14
3.1 RISIKOBASERT TILNÆRMING	14
3.2 PASIENTFORLØP OG BRUKERPERSPEKTIV	15
3.3 PROSJEKTGJENNOMFØRING	16
3.4 KILDER OG DATAGRUNNLAG	17
3.5 BEGRENINGER VED INNSAMLEDE DATA	17
4. FUNN OG VURDERINGER	19
4.1 INNLEDNING	19
4.2 BRUKERVENNLIGHET OG BRUK AV LØSNINGEN VS. KOMMUNIKASJON	20
4.3 BRUKERVENNLIGHET OG BRUK AV LØSNINGEN VS. PASIENTFLYT	22
4.4 BRUKERVENNLIGHET OG BRUK AV LØSNINGEN VS. LEGEMIDDELOMRÅDET	25
4.5 FUNKSJONALITET VS. KOMMUNIKASJON	26
4.6 FUNKSJONALITET VS. PASIENTFLYT	27
4.7 FUNKSJONALITET VS. LEGEMIDDELOMRÅDET	28
4.8 GRUNNDATA OG INTEGRASJONER VS. KOMMUNIKASJON	29
4.9 GRUNNDATA OG INTEGRASJONER VS. PASIENTFLYT	30
4.10 GRUNNDATA OG INTEGRASJONER VS. LEGEMIDDELOMRÅDET	30
4.11 BRUKERVENNLIGHET – GENERELLE BEMERKNINGER	31
4.12 INDIVIDUELL OPPLÆRING VS. SAMTLIGE RISIKOGRUPPER	34
4.13 GOVERNANCE	35
5. ANBEFALINGER	40
5.1 INNLEDNING	40
5.2 GENERELLE ANBEFALINGER	40
5.3 ANBEFALINGER KNYTTET TIL BRUKERVENNLIGHET OG BRUK AV LØSNINGEN	41
5.4 ANBEFALINGER KNYTTET TIL FUNKSJONALITET	42
5.5 ANBEFALINGER KNYTTET TIL GRUNNDATA OG INTEGRASJONER	42
5.6 ANBEFALINGER KNYTTET TIL BRUKERVENNLIGHET – GENERELLE BEMERKNINGER	43
5.7 ANBEFALINGER KNYTTET TIL INDIVIDUELL OPPLÆRING	43
5.8 ANBEFALINGER KNYTTET TIL GOVERNANCE	43
5.9 ANBEFALINGER OM NESTE STEG	44
6. VEDLEGG	47
VEDLEGG 1: DEFINISJONER	47
VEDLEGG 2: AKTUELLE OMRÅDER FOR REVISJON AV LØSNING	48
VEDLEGG 3: OBSERVASJONER	50
VEDLEGG 4: KILDER	51

02

Innledning

2. Innledning

2.1 Bakgrunn og oppdrag

Oppdragsgiver for prosjektet er Helseplattformen AS. Oppdraget er gjennomført innenfor "Rammeavtale om kjøp av konsulenttjenester, delområde A. Internrevisjon". Prosjektet er benevnt som "Sak 2023/272 - Revisjon av løsning - Helseplattformen".

Konkurransunderlaget gir følgende beskrivelse av bakgrunnen for oppdraget:

"Etter at Helseplattformen ble tatt i bruk har det oppstått en rekke uforutsette feilsituasjoner i løsningen. Feilsituasjonene har hatt sin årsak i bl.a. tekniske feil i løsningen, komplisert brukergrensesnitt som bidrar til feil bruk av løsningen og mangler ved overvåkingen i og av løsningen som har bidratt til at uønskede hendelser ikke er avdekt i tide. Med bakgrunn i dette er det besluttet å gjennomføre en revisjon av løsningen."

"Formålet med revisjonen er å få avdekt om det foreligger flere alvorlige feil, herunder alvorlige feil i løsningen, manglende overvåking, manglende kritiske driftsrutiner osv., slik at alvorlige feil raskest mulig kan lukkes og tilliten til at løsningen fungerer som tiltenkt, kan gjenopprettes."

"Leverandøren skal ta faglig ansvar for gjennomføring av revisjonen. Som en del av oppstartsfasen skal Leverandøren sammen med Helseplattformen AS, Hemit, Helse Midt-Norge RHF og utvalgte kunder som har tatt i bruk løsningen gjennomføre en risikobasert prioritering av områder og omfang for revisjonen, samt etablere tilhørende plan for gjennomføring."

2.2 Innretning

Helseplattformen (løsningen) er en svært omfattende og meget kompleks løsning. Innføring av løsningen er trolig det mest kompliserte pågående IKT-prosjektet i norsk helsesektor. Det involverer en rekke aktører, løfter en rekke svært kompliserte organisatoriske, faglige, teknologiske og samhandlingsmessige problemstillinger, og det går på tvers av tradisjonelle skillelinjer i sektoren. Integrasjoner og meldingskommunikasjon ut mot eksterne utenfor løsningen øker kompleksiteten. En komplett gjennomgang av alle funksjoner i løsningen, ende til ende, vil være en svært omfattende og meget tidskrevende oppgave. Det krever dyp innsikt i den innebygde logikken i løsningen for å identifisere alle muligheter som kan testes. Det ble derfor besluttet å legge en risikobasert tilnærming til grunn for hvilke funksjoner som det er viktigst å undersøke.

Det ble lagt opp til en to-trinns overordnet plan for oppdraget. I trinn 1 skulle prosjektet igangsettes, og omfang og fokusområder for prosjektets første fase avklares og avgrenses. Denne rapporten er en leveranse fra trinn 1. Trinn 2, som er en opsjon, åpner for å videreføre arbeidet.

Som et utgangspunkt for å vurdere hvilke risikoområder prosjektet skulle se på, utarbeidet Helseplattformen AS (HP) i forkant av prosjektet en oversikt over atten mulige og aktuelle områder, fordelt på åtte risikoområder kategorisert med risiko vurdert til høy, og ti med risiko vurdert til medium. Det ble understreket at endelige fokusområder og innretning skulle avtales som del av oppstartsfasen. Prosjektets innretning, fokusområder, avgrensninger og tilnærming har blitt avklart og avtalt underveis med ledelsen i Helseplattformen AS. Se for øvrig kapittel 3 om metodisk tilnærming.

2.3 Omfang og fokusområder i trinn 1

Tidsaspektet og kompleksiteten har vært avgjørende for hvor detaljert prosjektet kunne være. For å kunne gi reell verdi i løpet av en så kort prosjektperiode, har prosjektet derfor sammen med oppdragsgiver prioritert utvalgte områder og forsøkt å fokusere på det som gir mest mulig verdi for oppdragsgiver. Det har samtidig vært viktig å se problemstillingene fra ulike aktørers ståsted.

Prosjektet har lagt til grunn en risikobasert tilnærming for å se nærmere på noen utvalgte høyrisikoområder og for å få avdekke om det foreligger et oppsett der feilsituasjoner kan oppstå. En overordnet gjennomgang av utvalgte områder basert på initial vurdering av risikoen ved oppstartstidspunktet ble avtalt med oppdragsgiver. En nærmere beskrivelse av de utvalgte risikoområdene, og av metodikken for øvrig, fremgår av kapittel 3.

2.4 Avgrensninger og presiseringer

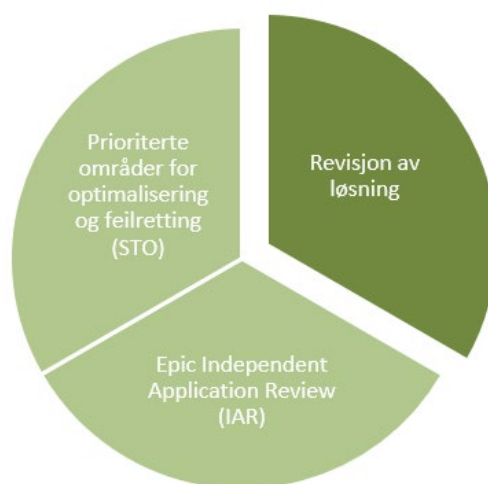
I forhold til prosjektets kompleksitet, har gjennomføringsperioden vært meget knapp. Det har derfor vært behov for å prioritere tydelig, velge ut noen risikoområder samt å avgrense hvor dypt vi har kunne gå i de ulike problemstillingene i denne fasen av prosjektet. Det har også vært viktig å avgrense prosjektet opp mot pågående aktiviteter.

Det pågår en rekke initiativer og tiltak knyttet til løsningen for å optimalisere og rette feil, blant annet for å følge opp Helsetilsynets rapport fra våren 2023. Det pågår arbeider innenfor:

- E-meldinger
- NPR-rapportering
- Merkantilt
- Radiologi
- Legemidler
- Legearbeidsflyt, inklusiv kirurgi og anestesi
- Sykepleie og helsefag
- Billing/finans

I tillegg arbeides det med løsningens brukervennlighet, da dette er pekt på som et særlig utfordringsområde. Helseplattformen AS vurderer at lav brukervennlighet er en sannsynlig årsak til feil bruk av løsningen.

Det gjennomføres en uavhengig applikasjongsjennomgang («Independent Application Review») av systemekspert fra Epic, og på bestilling fra Helse Midt-Norge RHF pågår det parallelt en evaluering av innføringen av løsningen ved St. Olavs Hospital HF (heretter omtalt som St. Olavs i rapporten). Ved St. Olavs pågår arbeidet «prioriterte områder for optimalisering og feilretting». Dette adresserer en rekke innmeldte behov og risikoområder.



Figur 1 Oversikt over initiativ for forbedring av løsning og revisjonsaktiviteter

For prosjektet knyttet til denne rapporten betyr det blant annet at vi har måttet forholde oss til en løsning i «bevegelse», og at situasjonen endrer seg underveis. Vi presiserer derfor at rapporten vår tar utgangspunkt i situasjonen i mai 2023. Vår gjennomgang kommer i tillegg til arbeidene nevnt ovenfor, og vårt fokus har vært å få frem et mest mulig oppdatert og overordnet risikobilde.

Ved prosjektoppstart ble det presisert at dette ikke er en «systemrevisjon» i en tradisjonell definisjon, det vil si “en undersøkelse for å fastslå om aktiviteter og tilhørende resultater er i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov”. Det er heller ikke en teknisk eller funksjonell applikasjonsgjennomgang eller -test. Det har ikke vært målsettingen å kartlegge det historiske forløpet eller å avdekke alle detaljer eksempelvis hvilke beslutninger som har ført til ulike konsekvenser, fullstendige rotårsaker eller årsakssammenhenger. Prosjektet har heller ikke gjennomført en fullstendig heuristisk evaluering av brukergrensesnittet. Metodikken anvendt for å velge ut risikoområdene, er beskrevet nærmere i metodekapittelet.

Derimot gir dette prosjektet en overordnet gjennomgang av utvalgte risikoområder basert på initial vurdering av risikoen ved prosjektets oppstart, og formålet er å tegne et oppdatert, overordnet risikobilde. Vår risikovurdering er knyttet til faren for at uønskede hendelser skal oppstå. Prosjektets mandat presisert av oppdragsgiver har ikke inkludert å vurdere pasientsikkerhetsmessige konsekvenser av risikoområdene.

2.5 Gjennomføringsperiode og arbeidsform

Prosjektet har blitt gjennomført i perioden fra siste uken i april 2023 til medio juni 2023, og hoveddelen av informasjonsinnhenting i prosjektet har foregått i mai 2023. Observasjoner og data fra denne perioden er således hovedkilden til prosjektets funn og anbefalinger. Det ble presisert fra Helseplattformen AS sin side at prosjektet burde forsøke å minimere bruken av og presset på en allerede presset organisasjon. Dette har vi forsøkt å ta hensyn til. Vi vil imidlertid understreke at alle aktører vi har tatt kontakt med, både ansatte i Helseplattformen AS og andre samhandlingspartene har imøtekommet alle anmodninger om møter og informasjon positivt og raskt. Dette til tross for en periode preget av stort arbeidspress for aktørene. Gjennom hele prosjektperioden har vi hatt faste kontaktpersoner i Helseplattformen AS, og jevnlig statusmøter med ledelsen i Helseplattformen AS.

Prosjektets hovedaktiviteter er nærmere beskrevet i kapittel 3.3, mens kildene fremgår av vedlegg 4.

2.6 Kort om Helseplattformen

Helseplattformen (løsningen) er et felles pasientjournalssystem som skal innføres for kommuner, sykehus, fastleger og avtalespesialister i Midt-Norge. Plattformen skal binde sammen helsetjenesten i Midt-Norge på en ny måte. Løsningen skal gi helsearbeidere med tjenstlig behov tilgang til informasjon om pasienten, støtte i pasientbehandling og dokumentasjon, samt støtte i utførelsen av øvrige arbeidsoppgaver. Informasjon om pasient og pasientbehandling lagres på pasientens journal i samme database i sanntid. Helsepersonell som benytter løsningen, har flere verktøy for å samhandle om pasienten. Innbyggerne får tilgang til informasjon om egen helse og mulighet for medvirkning ved behov for helsetjenester gjennom applikasjonen HelsaMi.

For å understøtte mangfoldet av helsetjenestevirksomheter og bidra til at innbyggerne i Midt-Norge får lik helsehjelp, vektlegges standardisering, samhandling på tvers av helsetjenesten og regionalt samarbeid i utvikling og videreutvikling av løsningen.

Helseplattformen er en samling av IT-systemer, som til sammen utgjør tjenesten som leveres til aktørene. Epic er arbeidsverktøyet til sluttbrukerne, de øvrige komponentene er hovedsakelig støttesystemer. Epic er en integrert løsning der alle spesialiserte moduler er bygd på samme plattform og databaser, og de spesialiserte modulene er avhengige av plattformen. I Epic kalles modulene applikasjoner.

Løsningen utvikles, konfigureres og forvaltes av selskapet Helseplattformen AS. Helseplattformen AS eies av samhandlingsaktørene.

2.7 Rapportens oppbygging

Etter innledningskapitlene «Sammendrag» og «Innledning», er rapporten oppdelt i tre hovedkapitler. I kapittel 3 beskrives den metodiske tilnærmingen prosjektet har lagt til grunn, avgrensninger som er gjort, hvordan prosjektet er gjennomført og hvilke kilder som er benyttet. Våre funn og vurderinger er deretter beskrevet i kapittel 4. Vi tar utgangspunkt i konkrete observasjoner og funn innen ulike områder, og vi knytter våre vurderinger til disse. Hvert funn har vi supplert med en kort beskrivelse av eventuelle pågående tiltak vi har fått kjennskap til og som har grenseflater inn mot det aktuelle funnet. I kapittel 5 har vi sammenstilt våre anbefalinger. Disse er kategorisert i ulike problemområder, men det bemerkes at flere av anbefalingene adresserer flere funn og risikoområder i kapitlet over. I vedlegg har vi blant annet lagt ved en oversikt over kilder benyttet i rapporten.

03

Metodisk tilnærming

3. Metodisk tilnærming

3.1 Risikobasert tilnærming

I tråd med oppdragsbeskrivelsen, har prosjektet valgt en risikobasert tilnærming. Dette gjelder både ved prosjektoppstart for å velge fokusområder, og for å prioritere hva som innrapporteres av funn. Vi har lagt følgende definisjon av risiko til grunn:

Risiko er et uttrykk for den fare som uønskede hendelser representerer for mennesker (pasienter, pårørende, medarbeidere), miljø og materielle verdier. Risikoen uttrykkes ved sannsynlighet for og konsekvensene av de uønskede hendelsene.

Initial risikovurdering

Indikativ Risikovurdering	Område som bør vurderes og gjennomgås
Høy	Brukervennlighet og bruk av løsning
Høy	Kommunikasjon eksternt og internt i løsningen
Høy	Pasientlogistikk
Høy	«Chart lock»
Høy	Legemiddelområdet
Høy	Økonomiske transaksjoner/finansmodulen
Høy	Informasjonssikkerhet og tilgang til informasjon
Høy	Integrasjoner
Medium	Rapportering og overvåking
Medium	Nasjonal rapportering
Medium	Opplæring og brukersupport
Medium	Tilgjengselvning
Medium	Grunddata, SER, provider, rekvireringsproblematikk
Medium	Oppdatering av kodeverk
Medium	Datavalidert
Medium	Helseallt
Medium	Retting og sletting av journalinformasjon
Medium	Notatområdet

Prioriterte områder trinn 1



Observasjoner og funn trinn 1

Problemområde	Kommunikasjon	Pasienttryk	Legemiddelområdet
Brukervennlighet og bruk av løsningen	●●●●●	●●●●●	●●●●●
Funksjonalitet	●●●●●	●●●●●	●●●●●
Grunndata og integrasjoner	●●●●●	●●●●●	●●●●●
Tverrgående forhold			
Brukervennlighet – Generelle bemerkninger	●●●●●	●●●●●	●●●●●
Individuell opplæring	●●●●●	●●●●●	●●●●●
Governance	●●●●●	●●●●●	●●●●●

Figur 2 illustrerer hvordan vi har kommet frem til de prioriterte risikoområdene for Trinn 1 av prosjektet.

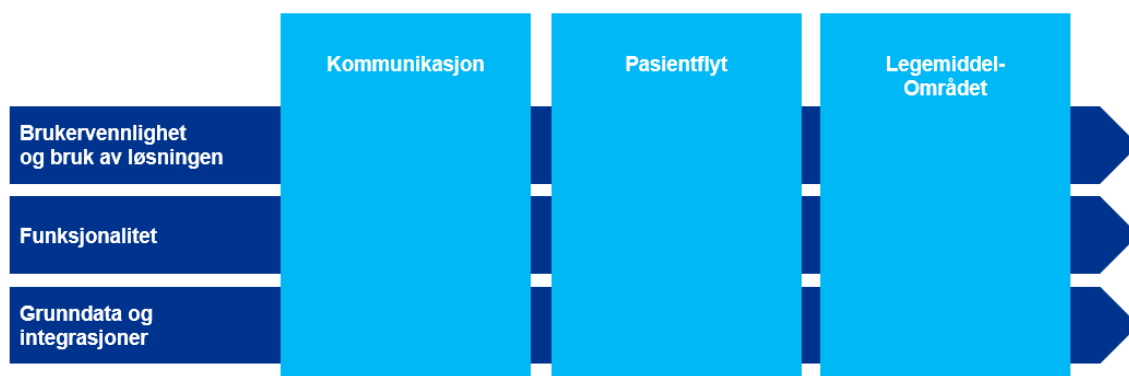
Som en del av dokumentasjonsunderlaget for oppdraget, hadde Helseplattformen selv identifisert 18 risikoområder (Vedlegg 2), fordelt på åtte risikoområder merket «høy» og ti risikoområder merket «medium».

De åtte initiale høyriskoområdene var:

- Brukervennlighet og bruk av løsning
- Kommunikasjon eksternt og internt i løsningen
- Pasientlogistikk
- «Chart lock»
- Legemiddelområdet
- Økonomiske transaksjoner/finansmodulen i løsningen
- Informasjonssikkerhet og tilgang til informasjon
- Integrasjoner

På grunn av den stramme tidsrammen har vi i overenstemmelse med oppdragsgiver valgt å fokusere på de åtte høyriskoområdene. Vi har videre blitt enig om at vårt hovedfokus vil være hvordan disse høyriskoområdene påvirker pasientsikkerheten. Vi mener at seks av de åtte høyriskoområdene som Helseplattformen AS har identifisert, kan kondenseres ytterligere i tre risikogrupper, da knyttet til fysiske pasientforløp og disse forløpenes grenseflater mot henholdsvis kommunikasjon rundt pasienten og pasientenes bruk av legemidler. Kommunikasjon vil i denne sammenheng typisk være ulike former for elektronisk kommunikasjon og meldinger relatert til pasientforløpet, slik som henvisninger, epikriser, prøvesvar o.l.

Vi mener en slik kondensering har vært fornuftig for å kunne hjelpe oss med å fokusere vår innsats der risikoen for svikt sannsynligvis er størst:



Figur 3 Viser de tre risikogruppene kommunikasjon, pasientflyt og legemiddelområdet som har vært vårt hovedfokus i trinn 1. De horisontale linjene er problemområdene som vi ser har direkte kryssinger mot risikogruppene.

I vår risikobaserte gjennomgang i trinn 1 av oppdraget, har vi måtte nedprioritere viktige og sentrale områder som eksempelvis informasjonssikkerhet knyttet til tilgang til informasjon og økonomiske transaksjoner. Tematikken blir berørt i rapporten, men våre undersøkelser og vurderinger har ikke en tilstrekkelig dybde til å være komplette. Dette er viktige og helt sentrale områder for drift av helseinstitusjoner og bør følges opp videre, men den initiale vurderingen var at disse områdene i noe mindre grad truer pasientsikkerheten enn de seks andre slik de var formulert.

I vår gjennomgang har vi videre lagt til grunn at det er minst seks gjennomgående problemområder, som kan sees på som rotårsaker til risikogruppene. Slik har vi dannet en matrise for vår tilnærming:

Problemområder	Risikogrupper		
	Kommunikasjon	Pasientflyt	Legemiddelområdet
Brukervennlighet og bruk av løsningen			
Funksjonalitet			
Grunndata og integrasjoner			

Tverrgående forhold

Brukervennlighet – Generelle bemerkninger			
Individuell opplæring			
Governance			

3.2 Pasientforløp og brukerperspektiv

Med utgangspunkt i valgte risikogrupper, har vi vurdert løsningen ved å følge et par fiktive pasientforløp for å avdekke aktuelle problemområder og se løsningen fra et pasient- og brukerperspektiv. Vi har lagt to overordnede pasientforløp til grunn; ett elektivt forløp og ett ø-hjelpsforløp. For hvert av stegene i forløpet har vi forsøkt å identifisere gjenstående utfordringer og risiko i løsningen.

Elektivt forløp

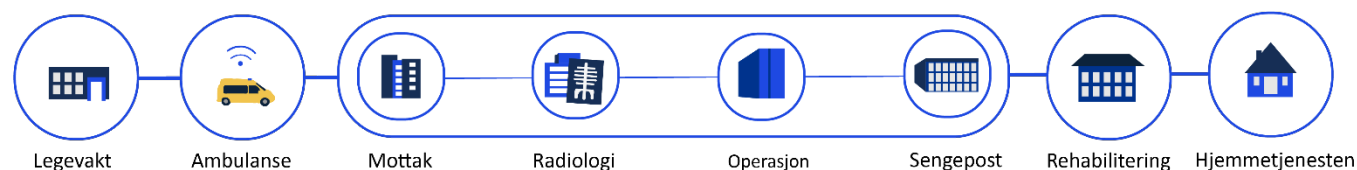
Vi har tatt utgangspunkt i et fiktivt elektivt pasientforløp. Forløpet starter ved at pasient møter til konsultasjon hos sin fastlege, som igjen henviser pasienten til utredning på sykehuset. Pasienten får tildelt time til en poliklinisk undersøkelse og til bildediagnostikk hvorpå det stilles en operasjonsindikasjon. Pasient møter senere til en poliklinisk undersøkelse til, i forkant av operasjonen, en såkalt prepol.-undersøkelse, for nødvendige forberedelser til inngrepet. I forbindelse med operasjonen blir pasient innlagt og operasjon gjennomføres. Fra sengeposten foregår det dialog med kommunen for å planlegge pasientens utskrivelse og samtidig behov for hjemmetjenester.



Figur 4 Fiktivt elektivt forløp hvor pasient blir behandlet av fastlege, sykehus og hjemmetjenesten.

Ø-hjelp forløp

Vi har tatt utgangspunkt i et fiktivt ø-hjelpsforløp hvor forløpet starter på legevakten. Legevaktslegen finner ut at pasient har behov for en øyeblikkelig innleggelse og pasient blir transportert til sykehuset med ambulanse. Akuttmottaket tar imot pasienten. Pasient tilsees av vakthavende lege, det gjøres bildediagnostikk og andre undersøkelser før pasient opereres og legges inn på sengepost. Pasient har behov for rehabilitering i kommunal institusjon før hjemmetjenesten tar over behandlingen når pasient kommer hjem.



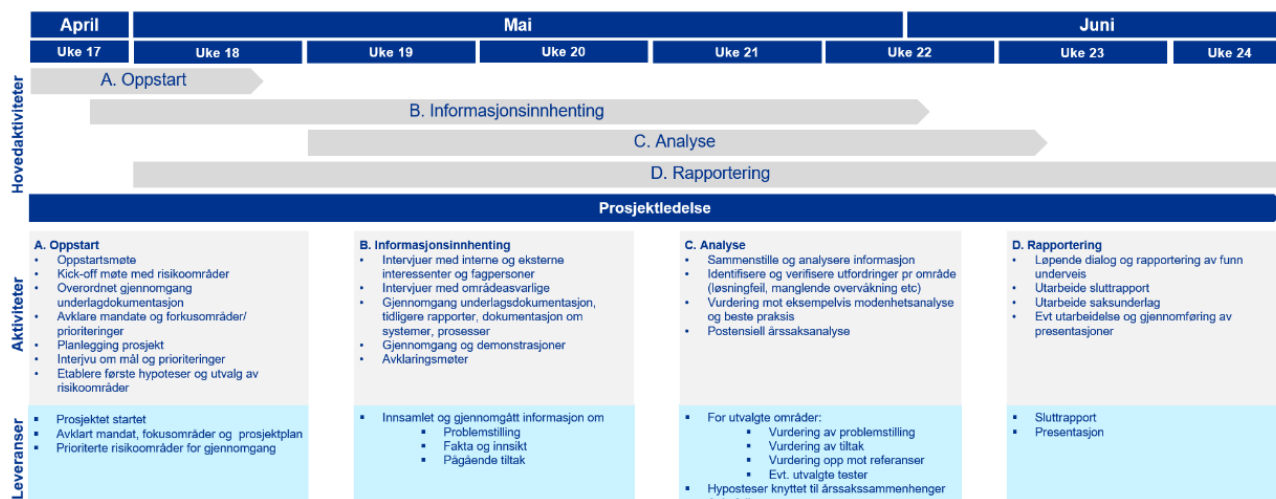
Figur 5 Fiktivt øyeblikkelig hjelp forløp. Forløpet starter på legevakten, går via ambulanse, deretter til sykehus, rehabilitering og hjemmetjenesten.

Ved å følge pasientforløp fra start til slutt, bidrar det til at vi får et helhetlig overblikk og at vi får sett problemstillingene fra ulike aktørers samt pasientens ståsted. Ved overføring av pasient fra en behandler til en annen, har vi et ekstra overvåket blikk på de tre risikogrupperne kommunikasjon, pasientflyt og legemiddelområdet. Pasienter forflytter seg ikke bare mellom ulike behandlende enheter, de «flyter» også mellom ulike applikasjoner i Helseplattformen. Å følge pasientforløp har derfor vært en nyttig måte for prosjektet å bli kjent med de ulike applikasjonene i Helseplattformen og hvilke brukergrupper som benytter hvilke løsninger.

Gjennom å følge pasientforløp og se løsningen fra ulike aktørers ståsted, har vi «triangulert» risikoområdene, observasjonene og funnene i rapporten. Våre funn danner grunnlag for en vurdering og rapportens anbefalinger.

3.3 Prosjektgjennomføring

Prosjektets gjennomføringsperiode og hovedaktiviteter er oppsummert i figuren nedenfor.



Figur 6 Prosjektgjennomføring

Prosjektet startet opp med et innledende møte med Helseplattformen AS. Deretter ble det gjennomført forankringsmøter for å etablere kontakt, forankre innretning og få innspill til risikoområder med interessenter fra Trondheim kommune, Hemit HF, Øya legesenter, Helse Midt-Norge RHF og St. Olavs. Videre har det vært gjennomført møter og demonstrasjoner av løsningen i bruk med Øya Legesenter/sykehjem og St. Olavs og en rekke team i Helseplattformen AS herunder LMA, e-melding, hjemmetjenesten, grunddata med flere.

Vi vil berømme alle vi har samarbeidet med for imøtekommenhet og godt samarbeid, dette til tross for stort arbeids- og tidspress. Dette har muliggjort vårt arbeid og sikret et godt grunnlag for denne rapporten.

3.4 Kilder og datagrunnlag

Prosjektet har brukt semi-strukturerte intervjuer, møter og gruppeintervjuer, presentasjoner og demonstrasjoner av bruk av løsningen, samt det å følge faktiske arbeidsprosesser som viktige kilder i prosjektet. Dette har blitt understøttet av skriftlige kilder som problemnotater, statusrapporter og presentasjoner. Totalt har det vært gjennomført rundt 40 møter, demonstrasjoner og intervjuer i perioden. En komplett liste over møter, fremgår av vedlegg 4. I deler av prosjektperioden har prosjektet hatt tilgang til ServiceNow, intranettløsningen til Helseplattformen og til opplæringsmiljøet for Helseplattformen.

3.5 Begrensinger ved innsamlede data

Innenfor tidsrammen har det ikke vært anledning til å gjennomføre en fullstendig og selvstendig gjennomgang av innmeldte problemområder, feillogger og endringsønsker i ServiceNow. De to siste ukene av prosjektperioden har prosjektet hatt tilgang til et opplæringsmiljø i Helseplattformen, men av tidsmessige grunner har vi hatt begrenset anledning til å nyttiggjøre oss dette i trinn 1 av prosjektet. Derimot har kildene, prosessen og datagrunnlaget nevnt i kapittel 3.4 i sum gitt oss anledning til å skaffe oss et overblikk over risikoområdene, fått bekreftet sluttbrukeres opplevelser og erfaringer og, på en del områder, verifisert dette med egne observasjoner. På noen områder kan ytterligere verifikasjon eller undersøkelser for å avdekke rotårsaker, trolig være hensiktsmessig.

04

Funn og vurderinger

4. Funn og vurderinger

4.1 Innledning

4.1.1 Overordnet om observasjoner og funn

Det har vært gjennomført og pågår en rekke arbeid med å rette, forbedre og/eller videreutvikle Helseplattformen. Selv om mye gjenstår, understreker mange av de vi har vært i kontakt med at de opplever at det er gjort viktige forbedringer og at utviklingen ser ut til å gå i riktig retning. Vårt inntrykk er videre at opplevelsen av risiko- og utfordringsområder, varierer mellom ulike yrkesgrupper, mellom ulike organisasjoner og avdelinger, og mellom ulike fagmiljøer.

Til tross for positiv utvikling på mange områder, flagger aktørene fortsatt en rekke områder man mener representerer sannsynlighet for feil med alvorlige konsekvenser. En del av disse er konkrete forhold knyttet til hva som bør gjøres, for eksempel løsningsoppsett, meldingsutveksling eller forhold knyttet til grunndata. Disse omtales i stor grad i første del av dette kapitlet. Andre områder handler vel så mye om hvordan man jobber, internt i Helseplattformen AS eller sammen med andre aktører. Eksempler på dette er governance, samarbeid på tvers for å løse problemer og hvordan løsningen videreutvikles, testes og rulles ut. Vår vurdering er at det som omhandler hvordan man jobber, gjerne inneholder kimen til en mer robust løsning. Å arbeide systematisk med disse mere langsiktige anbefalingene, vil trolig også kunne forhindre en uønsket negativ utvikling.

Vi har en klar oppfatning av at det er mange dedikerte medarbeidere som jobber hardt for å løse utfordringer knyttet til innføringen av Helseplattformen og videreutvikle og forbedre løsningene. Tilbakemeldingene fra mange sluttbrukere vi har vært i kontakt med, er at man har opplevd en positiv utvikling siden oppstarten og at det stor forskjell mange steder. Vi ser imidlertid at organisasjonene tettest involvert i utrulling av Helseplattformen står, under et hardt press. Vi vil påpeke at dette er utfordrende for medarbeidere og ledere i de ulike organisasjonene. Et hardt arbeidspress over tid kan skape større utfordringer for Helseplattformen AS og for løsningen på sikt, dersom det går utover medarbeiderne og fører til utskiftninger. Det blir viktig i tiden fremover at organisasjonenes robusthet opprettholdes ved at medarbeidere ivaretas godt. Et godt samarbeidsklima mellom aktører og personer vil kunne medvirke til dette.

4.1.2 Oversikt over observasjoner og funn

Problemområder	Risikogrupper								
	Kommunikasjon			Pasientflyt			Legemiddelområdet		
Brukervennlighet og bruk av løsningen	4.2.1	4.2.2	4.2.3	4.3.1	4.3.2	4.3.3	4.4.1		
				4.3.4					
Funksjonalitet	4.5.1	4.5.2		4.6.1	4.6.2		4.7.1		
Grunndata og integrasjoner	4.8.1			4.9.1			4.10.1		

Tverrgående forhold

Brukervennlighet – Generelle bemerkninger	4.11.1	4.11.2							
Individuell opplæring	4.12.1								
Governance	4.13.1	4.13.2	4.13.3	4.13.4	4.13.5	4.13.6	4.13.7		

Figur 7 Oversikt over observasjoner og funn gruppert etter risikogrupper og problemområder

For hvert av feltene i matrisen har vi valgt å fremheve noen konkrete observasjoner og funn, som vi mener illustrerer alvorlighetsgraden av risikobildet. Vi forsøker også å forklare hvorfor vi finner observasjonene så alvorlige som vi gjør. Dernest har vi forsøkt å avdekke hvilke tiltak som pågår for å redusere risikoen. Denne vil være indikativ og ikke komplett. Innenfor prosjektperioden har det ikke vært mulig å avdekke alle aktuelle tiltak. I neste kapittel gir vi våre anbefalinger for videre risikohåndtering. En rekke av disse anbefalingene vil adressere flere funn.

4.2 Brukervennlighet og bruk av løsningen vs. kommunikasjon

4.2.1 Ulik betydning av samme funksjonsknapp

Observasjoner og funn

Applikasjonen In Basket benyttes for å håndtere meldinger, oppgaver og kommunikasjon i Helseplattformen. I In Basket til den enkelte sluttbruker grupperes ulike innkommende meldinger i forskjellige mapper. Vi har fått demonstrert av St. Olav sine fagekspertene at prøvesvar legger seg i mappen «Resultater». Hvis ansvarlig lege trykker på «Ferdig», signeres blodprøven og øvrige kollegaer kan se at vedkommende har tatt stilling til blodprøvesvaret.

Epikriser derimot, legger seg inn i mappen «E-meldingsrapporter». Hvis ansvarlig lege står i denne mappen og trykker på «Ferdig» i dette tilfellet, opplyser St. Olavs sine fagekspertene at epikrisen blir sjekket ut av listen uten at det i ettertid er mulig for andre å se at noen har tatt stilling til innholdet. St. Olavs sine fagekspertene har gjort oss oppmerksom på at legen riktignok i denne sammenhengen skal benytte knappen «Merk som gjennomgått» et annet sted i skjermbildet for å signere epikrisen på en sporbar måte.

Selv om e-meldingsstandarden tilser at en epikrise ikke skal sendes som henvisning, forekommer dette jevnlig. Dersom epikrisen kommer fra et annet foretak inn til St. Olavs, vil viktig oppfølging ved St. Olavs

kunne glippe. En årvåken sekretær vil riktignok kunne oppfatte at det er henvisningsinformasjon i epikrisen og da registrere epikrisen som en henvisning, men det er en klar risiko for at slik informasjon ikke fanges opp i dette leddet.

Pågående tiltak

Helseplattformen opplyser at utviklingsgruppen for e-meldinger på generell basis kontinuerlig jobber med området, og at knappen «merk som gjennomgått» er en midlertidig løsning utviklet sammen med St. Olavs.

Vurdering

Vår vurdering er at når samme knapp i et tilnærmet likt skjermbilde har ulik funksjonalitet, bidrar dette til å skape risiko for at det gjøres feil. Vår vurdering er videre at brukergrensesnittet i denne sammenheng ikke støtter sluttbrukerne godt nok i hvordan de skal håndtere de ulike oppgavene/meldingstypene selv om brukerveiledningen beskriver hva som er den korrekte handlingen.

Etter vårt skjønn er det også et ekstra risikoaspekt at en epikrise kan inneholde informasjon som er ment å lede til videre oppfølging i spesialisthelsetjenesten, men at informasjonen da glipper i behandlingen av dokumentet. En epikrise av typen «Kopi av epikrise går som henvisning til St. Olavs...» risikerer da etter vårt skjønn å bli kvittert ut med knappen «Ferdig» uten at det bli sporbart hvem som har signert ut epikrisen.

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefaling nummer 6** (kapittel 5.3).

4.2.2 Meldingsoppsett knyttet til intern arbeidsflyt

Observasjoner og funn

St. Olavs sine fagekspertene påpeker at ulike filtre styrer ulike former for meldinger til ulike mapper i In Basket. Hver av meldingene vil kreve ulik oppfølging basert på hva meldingen handler om, og det er knyttet ulik funksjonalitet til hvilken mappe meldingen havner i.

Vi fikk demonstrert et eksempel der en melding (et generelt spørsmål/dialogmelding) fra en fastlege utenfor Helseplattformen rutes videre til en sykehusspesialist fra sykehussekretæren etter at meldingen har blitt mottatt av sykehuset. For spesialisten blir da sekretæren stående som avsender, og ikke fastlegen. Videre medfølger det, slik vi fikk løsningen demonstrert, ikke funksjonalitet for spesialisten til å svare fastlegen direkte når han eller hun har sett spørsmålet; meldingen kan tilsynelatende kun leses. «Svar»-knappen fikk vi demonstrert at kan kun benyttes til å svare andre sluttbrukere av Helseplattformen.

Pågående tiltak

Vi oppfatter ikke at det er igangsatt noen konkrete tiltak knyttet til denne observasjonen.

Vurdering

Vi vurderer det som en svakhet i systemet at sluttmottaker ikke umiddelbart forstår hvem som har sendt spørsmålet i meldingen. Det vil kunne påvirke hvordan arbeidsoppgaven og spørsmålet prioriteres av sluttmottakeren, og derved behandlingen av pasienten.

Videre vurderer vi at systemet har en mangelfull eller lite brukervennlig funksjonalitet knyttet til det å svare på meldinger fra sluttbrukere utenfor Helseplattformen ettersom «svar-knappen» ikke kan benyttes til dette. Det medfører slik vi ser det en risiko for at eventuelle spørsmål fra fastlegen faktisk ikke blir fulgt opp av sykehusspesialisten, i hvert fall ikke like raskt som det burde ha blitt slik at behandlingen av pasienten i verste fall forsinkes.

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefaling nummer 7** (kapittel 5.3).

4.2.3 Visning av timeavtaler i HelsaMi

Observasjoner og funn

En av fastlegerepresentantene fortalte at legesenteret fortsatt opplever at pasienter misforstår om timen de har fått tildelt er en digital time eller en fysisk time på legekantoret. Fastlegen forteller at pasientene blir forvirret av måten informasjonen presenteres på i HelsaMi. Det vanligste problemet fastlegen beskriver er at pasientene uteblir fra legetimen fordi de tror timen er digital.

Pågående tiltak

Vi oppfatter at det arbeides med å utbedre funksjonaliteten og brukervennligheten i HelsaMi. Helseplattformen opplyser at rot-årsaken kan ligge utenfor HelsaMi.

Vurdering

Vi har ikke hatt anledning til å gjøre en selvstendig verifikasjon av hvordan timeavtalene ser ut for pasientene, men vårt informasjonsgrunnlag indikerer at redusert brukervennlighet i HelsaMi kan bidra til misforståelser hos pasienten, med den konsekvens at pasienter potensielt uteblir fra planlagte timer, noe som reduserer effektiviteten på legekantoret. Pasientene får på sin side en potensiell forsinkelse i sine forløp når slike misforståelser oppstår.

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefaling nummer 8** (kapittel 5.3).

4.3 Brukervennlighet og bruk av løsningen vs. pasientflyt

4.3.1 «Chart lock»

Observasjoner og funn

Vår innledende hypotese var at «chart lock» medførte risiko i akutte situasjoner der en pasient er blitt akuttinnlagt fra legevakten. Om legevaktslegen skulle ha glemt å lukke journalen til pasienten, ville dette kunne lede til problemer med videre forordninger ved akuttmottaket på St. Olav. «Chart lock» er, slik løsningen er satt opp, ment å tre i kraft når to eller flere brukere/sesjoner forsøker å redigere samme informasjon i pasientjournalen samtidig.

Ledelsen ved St. Olavs oppgir imidlertid at deres rapporter tilsier at det forekommer mellom 800 til 1200 tilfeller av «chart lock» per dag. Nivået har ifølge St. Olavs stabilisert seg på rundt 1000 tilfeller per dag etter å ha falt med rundt 40 % siden «Go-Live». Dette er så høye tall at det ikke lar seg forklare av akuttpasienter i flyt mellom sykehuset og kommunen, ei heller grunnet samtidighetskonflikter knyttet til forordning av legemidler eller redigering av personalia som av Epic og Helseplattformen har vært nevnt som viktige begrunnelser for funksjonen.

Epic opplyser at rapportene det siktes til dreier seg om «instances where the software checks for a lock for some reason and detects a conflict». Epic sier videre at antall slike «instances» per døgn nå er som forventet i et sykehus på St. Olavs sin størrelse.

Vi får opplyst av St. Olavs at noen avdelinger eller enheter er mer plaget med «chart lock» enn andre, eksempelvis ortopedisk poliklinikk eller urologisk poliklinikk, og da på en slik måte at arbeidsflyten deres hemmes betydelig.

Det er ingen av våre informanter i gjennomgangen av løsningen som har kunnet forklare oss med sikkerhet hva som skal til for at «chart lock» inntreffer, og hvilke funksjoner som da faktisk låses. Epic opplyser at de i samarbeid med Helseplattformen arbeider med å avklare om smartkort-løsningen og Citrix som benyttes på St. Olavs kan bidra til utilsiktede «chart locks», mens St. Olavs sine fageksperter mistenker at det er nok å ha ett administrativt vindu oppe på pasienten for at «chart lock» inntreffer, og at det påvirker øvrige sluttbrukere som jobber med pasienten i en helt annen kontekst. Fastlegerepresentanten forteller at han både har opplevd

at aktuelle journaler enten ikke er tilgjengelig i det hele tatt, eller at det ikke er mulig å skrive i dem. Helseplattformen opplyser at det er grunn til å mistenke at bare det å åpne et vindu noen ganger låser feltene i vinduet selv om sluttbrukeren ikke har til intensjon å redigere i dem.

Ytterligere undersøkelser av status og rotårsaker har ikke vært mulig å gjennomføre innenfor prosjektets tidsrammer.

Pågående tiltak

Vi har fått opplyst av St. Olavs at det for akutte situasjoner er tilkommet en nødfunksjon i regi av Hemit, der vaktpersonell hos Hemit kan nås på telefonen og på anmodning «kaste ut» en sluttbruker fra pasientens journal for å frigjøre journalen. Både Helseplattformen og St. Olavs har oppgitt at det i tillegg skal prøves ut en endring der den enkelte sluttbruker bare kan ha to, og ikke fire, ulike journaler oppe samtidig for å redusere frekvensen av «chart lock».

Helseplattformen opplyser at de prøver å få oversikt over utfordringene med samtidighetskonflikter som utløser «chart lock». Alle relevante saker i ServiceNow skal tagges med «Samtidighet» for å få et totalbilde over innmeldte saker som omhandler samtidighetskonflikter. Den som melder inn feil blir bedt om å supplere med informasjon om det aktuelle tilfellet slik at Helseplattformen har mulighet til å feilsøke aktuelle logger for å finne ut hva som har skjedd før, under og etter i det enkelte tilfellet.

Vurdering

Vår vurdering er at nødløsningen med å «kaste ut» sluttbrukere fra en pasientjournal løser problemet i en akutt situasjon. Sannsynligheten for en slik akutt hendelse er gjerne lav, men konsekvensen kan være høy. Med det antall «chart locks» vi her snakker om, er imidlertid risikobildet preget av en svært høy sannsynlighet for en hendelse selv om konsekvensen av hendelsen gjerne kan være relativt lav. Imidlertid mener vi at dersom «chart locks» opptrer så hyppig som vi får opplyst, vil det kunne lede til forsinket dokumentasjon, eventuelt at travle klinikere glemmer å dokumentere sine funn fordi de ikke får tilgang til å skrive i journalen når de trenger den. Arbeidsflyten hos merkantilt støttepersonell vil også kunne hemmes i påvente av at en lege eller sykepleiere jobber i journalen.

Vår vurdering er at det vil være nødvendig å undersøke enda nøyere hva som er status knyttet til dette, hva som faktisk utløser «chart lock» i Helseplattformen slik løsningen nå er satt opp, for deretter å kunne anbefale tiltak som skal hindre at dette skjer i det omfang som tilsynelatende er gjeldende i dag.

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefaling nummer 9** (kapittel 5.3).

4.3.2 Brukergrensesnitt i primærhelsetjenesten

Observasjoner og funn

Legene i primærhelsetjenesten arbeider i tre ulike løsninger avhengig av om de er logget på som fastleger, sykehjemsleger eller legevaksleger. En sentral funksjon som henvisning er imidlertid lagt opp svært forskjellig i fastlegemodulen og sykehjemsmodulen. I fastlegemodulen finnes henvisningsfunksjonen under «Forordninger». Skal derimot samme lege henvise en pasient fra sykehjemsmodulen til sykehus for en undersøkelse, må legen først velge «Forordninger», så «Polikliniske forordninger» og deretter «Ytterligere forordningssøk» før rett henvisningsfunksjon finnes. Dette er for øvrig også veien inn for å kunne henvise pasienten i en øyeblikkelig hjelp-situasjon.

Pågående tiltak

Vi oppfatter at Trondheim kommune har meldt inn problemet til Helseplattformen AS. Helseplattformen opplyser at det er skissert et løsningsforslag for sykehjemsmodulen, men at de per i dag ikke har prioritert å arbeide videre med denne.

Vurdering

Vi vurderer det som lite hensiktsmessig at brukergrensesnittet i de tre kommunale legemodulene er såpass ulike som de er. Forskjellene bidrar til å øke opplæringsbehovet i et allerede omfattende system. I en hverdag som kan være preget av stor utskifting av personell eller av vikarbruk, vurderer vi det som fornuftig at svært sentrale funksjoner, som det å anmode bistand fra annet omsorgsnivå, er lett tilgjengelig og gjenfinnbar på tvers av de tre legemodulene.

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefaling nummer 10** (kapittel 5.3).

4.3.3 Tilleggsforordninger innen radiologi

Observasjoner og funn

Personell ved radiologisk avdeling demonstrerte for oss at ved åpning av Tilleggsforordninger på en pasient (det vil si en arbeidsflate i «Radiant» hvor man kan gjøre endringer/korrigeringer i en eksisterende radiologisk henvisning), endres den aktive forordning (dvs. primærundersøkelsen) når personalet skal jobbe videre med den aktuelle pasienten. Dette melder personalet gjelder uansett hvilken arbeidsflate man kommer inn i Tilleggsforordninger fra. Løsningen velger i et slikt tilfelle automatisk den øverste undersøkelsen på listen over planlagte undersøkelser, slik at personalet må være ekstra varsomt for å sikre at tilleggsforordningen faktisk blir registrert på rett undersøkelse.

Vi får opplyst av St. Olavs at det å være bevisst på hvordan man innstiller sorteringen av kolonnene på listen i Tilleggsforordninger, som å sortere på undersøkelsesdato, kan avhjelpe dem som skal redigere/endre en forordning som er planlagt på dagens dato, men at forslaget ikke vil kunne avhjelpe dersom pasienten har flere undersøkelser forordnet eller planlagt på samme dato. St. Olav oppgir også at dette grepet ikke avhjelper dersom ansatte åpner Tilleggsforordninger fra andre arbeidsflater (eksempel Oppgaveliste for protokoll, Planlegg forordninger eller fra Hurtigtavla).

Pågående tiltak

St. Olav sine fageksperter oppgir at denne utfordringen ble meldt inn til Helseplattformen AS av de radiologiske fagekspertene på sykehuset før «Go-Live». Helseplattformen opplyser at det generelt pågår et samarbeid mellom Helseplattformen og St. Olavs sine fageksperter for å utbedre radiologiløsningen.

Vurdering

Vår vurdering er at løsningen, slik den er satt opp, bidrar til risiko for at det kan rekvireres tilleggsforordninger på andre undersøkelser enn den tiltenkte. Vi vurderer at dette kan lede til at undersøkelsen som radiologisk avdeling mener er den riktige for en aktuell problemstilling, ikke blir utført eller ikke utføres korrekt.

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefaling nummer 11** (kapittel 5.3).

4.3.4 Svar på radiologiske undersøkelser

Observasjoner og funn

Fageksperter ved St. Olavs demonstrerte for oss at det ved en verifikasjonsgjennomgang 12. juni fortsatt lå 3420 radiologisvar i rapporten «Ubekreftede bildediagnostiske resultater i In Basket» under Klinikk for bildediagnostikk ved St. Olav. Det fremkom i tillegg at det også lå drøye 1500 radiologisvar sortert under Dokumentasjonssenteret i samme rapport.

Videre lå det 525 radiologisvar i rapporten «Ubekreftede bildediagnostiske resultater – ikke sendt til In Basket» under Klinikk for bildediagnostikk samt 961 radiologisvar sortert under Dokumentasjonssenteret i samme rapport.

Slik St. Olavs sine fagekspertter forklarer det representerer den førstnevnte rapporten enkelt sagt radiologisvar som ingen har signert, og svaret på undersøkelsen ligger derfor hos Klinikk for bildediagnostikk. St. Olavs antar svarene er sendt til en funksjonell In Basket, men oppgir at det hefter usikkerhet med dette fordi det har vært en del feil i oppsettet for leger som bytter jobb eller har flere ansettelse. Videre oppgir St. Olav at det har vært problemer med å stenge In Basket hos LIS-leger og andre som har sluttet ved sykehuset. Så lenge disse undersøkelsene ikke er sortert under den enkelte klinikk, men ligger i en samlemappe hos Klinikk for bildediagnostikk er det krevende å få oversikt over hvilke svar som snarlig bør tas tak i.

Radiologisvarene som sorteres under Dokumentasjonssenteret, er radiologisvar som er scannet inn. Dette er typisk bilder som er tatt og beskrevet eksternt, eksempelvis private røntgeninstitutt eller sykehus i andre helseregioner.

I den sistnevnte rapporten ligger på samme måte radiologisvar, både under Klinikk for bildediagnostikk og Dokumentasjonssenteret, men disse er i følge St. Olavs med sikkerhet ikke sendt til noen In Basket fordi det ikke har vært mulig å entydig indentifisere hvor svarene skal sendes.

St. Olavs sine fagekspertter oppgir at mange av de ubehandlede radiologisvarene er knyttet til undersøkelser som er bestilt før «Go-Live» men gjennomført etter «Go-Live».

Pågående tiltak

St. Olavs oppgir at feilene er meldt inn til Helseplattformen AS. Helseplattformen oppgir at det det er etablert en arbeidsgruppe for utbedring av alle typer prøvesvar som fortløpende justerer løsningen.

Vurdering

. Vår initiale vurdering er at det sannsynligvis foreligger svakheter både i den faktiske oppfølgingen av radiologisvarene og svakheter knyttet til hvordan løsningen er satt opp for å varsle rett mottaker av radiologisvaret.

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefaling nummer 11** (kapittel 5.3).

4.4 Brukervennlighet og bruk av løsningen vs. legemiddelområdet

4.4.1 Begrepsbruk knyttet til medikamenter

Observasjoner og funn

Ifølge fagekspertene på St. Olav finnes to typer oversettelser i Helseplattformen; en Helseplattform-eiet oversettelse og en Epic-kontrollert systemoversettelse. Sistnevnte introduserer etter det vi har fått presentert, et begrepsapparat knyttet til legemidler som formidles i ekstern kommunikasjon (epikriser/henvisninger) til både andre sluttbrukere av Helseplattformen og de øvrige tre helseregionene, samt til helsepersonell i Midt-Norge som ikke er på Helseplattformen. Dette inkluderer:

- «Planlagte medisiner» (Betyr slik vi oppfatter det: Faste medisiner ved utskrivelse)
- «Signert og holdt» (Betyr slik vi oppfatter det: Planlagt fremtidig medikasjon, eksempelvis knyttet til et kommende inngrep eller prosedyre)
- «Administrert av helsetjenesten» (Betyr slik vi oppfatter det: Medikamenter administrert på en poliklinikk, eksempelvis infusjon av cytostatika)
- «Legemidler i hjemmet» (Betyr slik vi forstår det: Faste medisiner ved utskrivelse som administreres hjemme)

Pågående tiltak

Helseplattformen opplyser at det pågår en kontinuerlig prosess med kvalitetssikring av oversettelser i løsningen, herunder på legemiddelområdet. Helseplattformen opplyser videre at noen av disse begrepene ikke er ment for videreføring i ekstern kommunikasjon dersom legemiddellisten håndteres korrekt.

Vurdering

I epikrisen følger det, slik vi ser det demonstrert, med et kort avsnitt som er ment å forklare noe om medikamentnomenklaturen, men slik vi vurderer dette er det like fullt en risiko for at helsepersonell, spesielt på utsiden av Helseplattformen, ikke forstår medikamentinformasjonen de mottar fordi epikrisen introduserer nye begreper, og at denne bryter med etablert medisinsk nomenklatur ellers i Norge. Vi forstår at det kan være relevant å utvikle nye begreper når nye behov oppstår eller å tilpasse felles begreper på tvers av ulike funksjoner/organisasjoner, men vurderer at det i størst mulig grad bør koordineres nasjonalt i tilfeller som dette.

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefaling nummer 12** (kapittel 5.3).

4.5 Funksjonalitet vs. kommunikasjon

4.5.1 Meldingsutveksling mot journalsystem hos avtalespesialister

Observasjoner og funn

Ledelsen ved St. Olavs oppgir at de rundt månedsskiftet april/mai fortsatt hadde problemer med overføring av pasientopplysninger i form av epikriser til en avtalespesialist, konkretisert med et eksempel fra en avtalespesialist innen oftalmologi. Vedkommende spesialist hadde vært i direkte kontakt med lederen på Øyeavdelingen ved St. Olav, og på den måten ble de to aktørene klar over problemet. Avtalespesialisten bistår med kontroller/oppfølging av pasienter etter sykehusbesøk, eller mottar henvisninger fra sykehuset for å gi behandling.

Per 15. mai har vi fått oppgitt at St. Olavs og avtalespesialisten hadde indentifisert fem konkrete epikriser fra St. Olavs som ikke var kommet frem. St. Olavs og avtalespesialisten skal etter det vi forstår mistenke at det er Apertura, en EPJ-løsning for øyeleger, som har problemer med å motta informasjon fra St. Olavs via Helseplattformen.

Videre har vi fått opplyst av St. Olavs at sykehuset den 11. og 22. mai gjennomført tester av viderehenvisninger, da på en testpasient som først ble henvist til St. Olavs for en gynekologisk problemstilling. Henvisningen, som så normal ut da den forlot fastlegen, mistet all medikamentinformasjon samt et separat kommentar-felt før den nådde St. Olavs på Helseplattformen. Ved påfølgende viderehenvisning fra Helseplattformen til Helse Nord-Trøndelag HF endret leservennligheten seg markant, men ytterligere informasjon gikk ikke tapt. St. Olavs har via skjermdeling demonstrert for oss hvordan henvisningen endret seg gjennom de ulike trinnene i prosessen.

Pågående tiltak

Helseplattformen opplyser at det arbeides i flere grupper med problematikk rundt henvisninger, både på kommunikasjonssiden og brukeropplevelsen.

Vurdering

Det kan være mange årsaker til at meldingsutvekslingen med en avtalespesialist halter, men vår vurdering er at observasjonen reiser tvil om hvorvidt utfordringene med meldinger mellom ulike aktører egentlig er løst i det arbeidet som er lagt ned. Det er mulig at det da også kan foreligge feil også mot andre samarbeidspartnere.

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefaling nummer 13** (kapittel 5.4).

4.5.2 Funksjonalitet i HelsaMi knyttet til timeforberedelse på sykehus

Observasjoner og funn

St. Olav sine fagekspertene på kirurgisk og radiologisk arbeidsflyt mener at det er store utfordringer med at HelsaMi-appen ikke viser informasjon om en prosedyre eller undersøkelse som sykehuset har lagt ved innkallingen til en gitt undersøkelsestid. Konkret er det fagekspertene sin erfaring at pasientene ikke ser eller ikke forstår at det kan være flere ulike vedlegg i HelsaMi eller på helsenorge.no, og derved kun leser selve brevet om timeinnkallingen, ikke eventuelle informasjonsbrev eller forberedelsesskriv om timen.

St. Olavs sine fagekspertene oppgir at det er krevende å gjenskape hva pasientene faktisk ser eller har sett på deres brukerflater, og baserer seg derfor på hva pasientene gir tilbakemelding om til avdelingene.

Pågående tiltak

Vi oppfatter at det arbeides med å utbedre funksjonaliteten og brukervennligheten i HelsaMi.

Vurdering

Vi har av overnevnte grunner ikke hatt anledning til å gjøre en selvstendig verifikasjon av hvordan pasientinformasjonen ser ut for pasientene.

Basert på vårt nåværende informasjonsgrunnlag, mistenker vi at suboptimal funksjonalitet og/eller redusert brukervennlighet i HelsaMi bidrar til at pasientene i realiteten får redusert sin anledning til å lese informasjon om forestående undersøkelse eller behandling på sykehuset, noe som kan være nødvendig for å forberede seg adekvat til timen. Vi vurderer at dette vil kunne lede til at timen eller undersøkelsen ikke kan gjennomføres som planlagt.

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefaling nummer 8** (kapittel 5.3).

4.6 Funksjonalitet vs. pasientflyt

4.6.1 Kobling av dokumentasjon knyttet til en utført oppgave opp mot gjeldende instruksjon

Observasjoner og funn

Trondheim kommune har vært i produksjon på løsningen i ett år. Kommunen oppgir at det tilsynelatende er utfordrende å gå tilbake i tid for å verifisere om en oppgave har blitt utført i tråd med den instruks som har vært gjeldende på det aktuelle tidspunktet.

Kommunen forklarer oss at de i løsningen tildeler sitt pleie- og omsorgspersonell oppgaver som skal gjennomføres. Som dokumentasjon på at oppgaven er gjennomført, kvitterer den ansatte for gjennomført oppgave. Kommunen opplyser at det i ettertid er en utfordring å kunne dokumentere en kobling mellom en gjennomført oppgave og hvilken instruks som gjaldt for oppgaven på det aktuelle tidspunktet. Problemstillingen er særlig aktuell i klage- og tilsynssaker.

Kommunen mener at historikk for verktøyet som genererer oppgaver til pleie- og omsorgspersonell ikke er godt nok ivare tatt i løsningen. Kommunen mener at det ikke er noen god funksjonalitet for å se endringer og utvikling på problem, mål og intervensjoner (oppgaver) tilbake i tid.

Pågående tiltak

Etter det vi forstår har Trondheim kommune meldt inn problemet til Helseplattformen AS. Helseplattformen AS opplyser at de kjenner til problemstillingen, men at de per i dag ikke har prioritert å arbeide med denne.

Vurdering

Vår vurdering er at løsningen mangler funksjonalitet som sikrer sporbarhet av hvilke instruksjoner som gjaldt for utøvende personell på det aktuelle tidspunktet helsehjelpen fant sted.

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefaling nummer 14** (kapittel 5.4).

4.6.2 Funksjonalitet knyttet til oppmøte på helsehus

Observasjoner og funn

Trondheim kommune opplyser at arbeidsflyten mellom tildeling av omsorgsplasser i sykehjemmene og faktisk «beslaglegging» av en gitt sykehjemsseng, med kommunikasjon ut mot det aktuelle sykehjemmet normalt sett går fint, men funksjonaliteten slik de kjenner den gir kun mulighet for at sengen enten er merket som ledig eller opptatt. I tilfellene der kommunen tildeler tidsbegrensede opphold eller avlastningsopphold, for eksempel 14 dager hjemme og 14 dager avlastning på helsehus, er det etter det vi forstår ikke mulig å kommunisere dette på en god måte internt på løsningen. Det gjør at Trondheim kommune fortsatt og jevnlig har episoder der pasientene møter opp på døren til helsehuset for å «sjekke inn» til et opphold, uten at helsehuset vet at pasientene kommer.

Pågående tiltak

Etter det vi forstår har Trondheim kommune meldt inn problemet til Helseplattformen AS. Helseplattformen AS opplyser at de kjenner til problemstillingen, men at de per i dag ikke har prioritert å arbeide med denne.

Vurdering

Vår vurdering er at løsningen mangler funksjonalitet som sikrer at det enkelte helsehus faktisk vet om og når en pasient møter opp til et tidsbegrenset opphold eller avlastningsopphold.

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefaling nummer 14** (kapittel 5.4).

4.7 Funksjonalitet vs. legemiddelområdet

4.7.1 Funksjonalitet i applikasjonen «Rover» knyttet til gjøremål for hjemmetjenestene

Observasjoner og funn

Når hjemmetjenesten skal planlegge oppgaver for pasienten, får vi demonstrert at det er en svært lang nedtrekksmeny med ulike frekvenser (tidspunkt) å velge mellom, for eksempel mandag kl. 17, kl. 18, kl. 19, kl. 20, samt «kveld», «ettermiddag» osv. Kommunen ønsker seg i utgangspunktet langt færre alternativ å velge mellom, men opplyser at det ikke skal være mulig å fjerne noen av valgmulighetene så lenge en annen aktør i Helseplattformen bruker ett av alternativene.

Konkret mener kommunen at de mange valgmulighetene lett kan lede til at en påminnelse om legemiddeladministrasjon eller andre oppgaver hos en pasient, glipper. Dersom det for eksempel er definert at legemiddelet skal administreres kl. 19.00, men hjemmesykepleien blir forsinket og først kommer frem til pasienten kl. 20.30, vil ikke oppgaven om å gi legemiddelet lenger vises i mobilapplikasjonen «Rover». Dette skjer fordi hjemmesykepleien vanligvis benytter filteret «Dette besøket» i «Rover» for å holde oversikt over hva som faktisk skal utføres av oppgaver under besøket. Er administrasjonen av legemiddelet satt til et tidspunkt som er passert, vil ikke gjøremålet lenger vises under «dette besøket» selv om intensjonen var å gi legemiddelet. Ifølge Trondheim kommune skjer dette fordi verktøyet hvor oppfølging av pasienter (Pasientplan, som gir sluttbrukeren påminnelse med oppgaver) ikke er ikke koblet sammen med verktøyet som benyttes for planlegging av gjentagende besøk.

Pågående tiltak

Etter det vi forstår har Trondheim kommune meldt inn problemet til Helseplattformen AS. Helseplattformen AS opplyser at de kjenner til problemstillingen, men at de per i dag ikke har prioritert å arbeide med denne.

Vurdering

Vi forstår på Trondheim kommune at dersom valget settes til «kveld» og ikke «kl. 19», vil det aktuelle filteret i «Rover» fortsatt fange opp oppgaven og vise denne, men etter vår vurdering vil det være tilnærmet umulig å vite dette for eksempelvis en nyansatt. Slik sett grenser denne problemstillingen til brukervennlighet på legemiddelområdet omtalt i observasjon 4.4.1. Vår vurdering er at de mange valgmulighetene her er med å danne risiko for feiltrinn slik løsningen er satt opp.

Gitt at man likevel skulle velge å gå videre med de mange valgmulighetene knyttet til tidspunkt for administrering, er det vår vurdering at det er viktig at funksjonaliteten i Rover-appen og tilhørende filter forbedres, slik at påminnelse om legemiddeladministrasjonen eller andre oppgaver, ikke glipper.

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefaling nummer 15** (kapittel 5.4).

4.8 Grunndata og integrasjoner vs. Kommunikasjon

4.8.1 Grunndata knyttet til adresseregisteret over avtalespesialister

Observasjoner og funn

En av fastlegerepresentantene viste oss hvordan han opprettet en henvisning fra fastlegemodulen. Han gjorde dette for fødselshjelp og kvinnesykdommer (gynekologi). Listevisningen inneholdt navn på en gynekolog som ikke lenger er avtalespesialist, mens navnet på en annen avtalespesialist ikke var med i oversikten over søkbare leger.

Helseplattformen AS opplyser at det også skal finnes en egen søkbar adresseliste for obstetrikker, og at dette kan være forklaringen i dette konkrete tilfellet. Vi har ikke hatt anledning til å etterprøve dette.

Pågående tiltak

Helseplattformen AS opplyser at det er flere grupper som arbeider med denne problematikken, både i forhold til feil i adresseregisteret og kompliserte brukergrensesnitt for sluttbruker.

Vurdering

Vi oppfatter problemstillingen dit hen at enten hentes ikke grunndata som skal «føre» løsningen inn på korrekt vis eller så er det feil i adresseregisteret. Ettersom obstetrikker ikke er en egen medisinsk spesialitet i Norge, kan dette også bidra til å skape forvirring. Vår vurdering er at uansett hvor feilen ligger er det like fullt et symptom på et problem, men at det pågående arbeidet i Helseplattformen vil kunne løse eventuelle integrasjonsutfordringer. Vi har ikke undersøkt adresseregisteret nærmere, men eventuelle feil i registeret vil naturlig nok gi følgefeil i Helseplattformen.

Vi har ingen spesifikke anbefalinger knyttet til denne vurderingen.

4.9 Grunndata og integrasjoner vs. pasientflyt

4.9.1 Styringsinformasjonen til St. Olavs hospital

Observasjoner og funn

Ledelsen ved St. Olavs påpeker at de har mistet mye av oversikten over ventelister og fristbrudd ved innføringen av løsningen. Det gjør igjen at den type styringsdata sykehuset er avhengig av for å treffe rette prioriteringsavgjørelser blant pasientgrupper og enkeltpasienter, ikke er til stede som før.

Konkret oppgir St. Olavs at antall fristbrudd og gjennomsnittlig ventetid fremkommer feilaktig forhøyet i grunnlagsdataene som rapporteres til NPR. St. Olavs opplyser at gjennomsnittlig ventetid raskt steg fra 62 til 82 dager ved innføringen av løsningen, men at denne ventetiden ikke er korrekt. Antall fristbrudd viser 1020, men St. Olavs mener det reelle tallet er rundt 50. Videre opplyser sykehuset at antall nyhenviste ventende steg fra ca. 13.000 til mellom 16.000 og 17.000 nærmest «over natten» etter «Go-Live».

St. Olavs oppgir at bakgrunnen for de feilaktig høye tallene sannsynligvis skyldes at ny-henvisninger som har vært mottatt på pasienter med problemstillinger som tidligere har vært behandlet ved sykehuset har blitt knyttet til opprinnelig henvisningsperiode (som kan være flere år tilbake i tid). Dette bidrar til å drive ventetiden og antall fristbrudd opp.

Videre mener St. Olavs å ha vist at pasienter som får status «ikke møtt» likevel blir værende på ventelistene og derved bidrar til å dra ventetid og fristbrudd opp.

En representant fra arbeidsgruppen som jobber med problemstillingen opplyser at det ser ut som om noe utilsiktet skjedde under konverteringen av data før «Go-Live». De feil dette har medført er krevende å rydde opp i. Vi får videre opplyst av Helse Midt-Norge at det fremdeles forekommer feilregistreringer som følge av uklar rolleavklaring i bruken av systemet mht. hvilke brukergrupper som registrerer hva i systemet, manglende opplæring og for krevende brukergrensesnitt.

Pågående tiltak

St. Olavs påpeker at oversikten over ventelistene samt filtreringsmuligheten knyttet til disse har blitt bedre siden «Go-Live», men problemene med rapportering av ventetider og fristbrudd fortsatt ikke er løst. Helseplattformen AS opplyser at det er etablert en egen arbeidsgruppe for NPR rapportering som arbeider systematisk med denne utfordringen. Gruppen består av representanter fra blant annet Helse Midt-Norge, Helseplattformen og St. Olavs.

Vurdering

Vår vurdering er at hvis ikke sykehuset har oversikt over denne type data, blir det svært vanskelig å treffe beslutninger om riktig ressursallokering. Det blir med andre ord krevende å identifisere hvilke pasienter som faktisk er fristbruddspasienter og hvem som feilaktig er rapportert som fristbruddspasienter. Vi kan på det nåværende tidspunktet ikke slå fast om dette skyldes en teknisk feil i løsningen eller ikke, men det foreligger åpenbart en alvorlig feilsituasjon, jf. kapittel 2.1. Vi viser i denne sammenheng til punkt ii. i kapittel 5.9 «Anbefalinger for neste steg».

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefaling nummer 16** (kapittel 5.5).

4.10 Grunndata og integrasjoner vs. legemiddelområdet

4.10.1 Integrasjon mot Reseptformidleren

Observasjoner og funn

Vi oppfatter integrasjonen som henter data fra Reseptformidleren/Kjernejournal til løsningen og skriver tilbake til denne, fungerer greit for klinikerne ut fra de demonstrasjoner vi har fått knyttet til pasientforløpene.

Pågående tiltak

Vi oppfatter at det fortsatt gjøres en stor jobb med å sikre korrekte grunndata fra legemiddelregisteret. Arbeidet krever ressurser, men har ledet til en akseptabel funksjonalitet for klinikerne.

Vurdering

Vår vurdering er at den primære utfordringen vi har observert hos klinikerne på dette området ikke er relatert til integrasjonsproblematikk, men til legemiddelsamstemming og tiden som går med til dette i det, etter vårt skjønn, noe krevende brukergrensesnittet.

Vi har ingen spesifikke anbefalinger knyttet til denne vurderingen.

4.11 Brukervennlighet – generelle bemerkninger

Helseplattformen AS har bedt om at brukervennlighet blir sett på som et eget fokusområde i revisjon av løsningen. Bakgrunnen for dette er tilbakemeldingene om at feil bruk av løsningen som følge av lav brukervennlighet vurderes som å være en sannsynlig kilde til feil. Helseplattformen AS ønsker derfor å belyse denne problematikken, og synliggjøre hva det er som gjør at brukergrensesnittet oppleves som lite intuitivt og med tilhørende høyt opplæringsbehov. Vi har hatt en egen spesialist til å se på disse aspektene, men understreker at vurderingene kun er en første, overordnet vurdering, ikke en komplett kartlegging på grunn begrenset tid og begrenset tilgang til løsningen.

4.11.1 Brukervennlighet

Observasjon og funn

Observasjon 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.3.1, 4.3.2, 4.3.3, 4.3.4, 4.4.1 og 4.7.1 beskriver utfordringer i løsningen relatert til manglende brukervennlighet. I møte med sluttbrukere, fagpersoner og Helseplattformen AS sine ansatte får vi demonstrert og beskrevet følgende utfordringer med løsningen:

- Løsningen gir veldig mange muligheter til å legge inn informasjon i skjermbildene.
- Det oppleves som vanskelig å finne igjen informasjon i løsningen.
- Konteksten som sluttbrukerne logger på med, definerer hvilke arbeidsflater, verktøy, hurtigvalg m.m. som de får tilgang til. Vi blir fortalt at det fungerer godt for de fleste brukergrupper, men for brukergrupper som jobber mye på tvers av fagområder/avdelinger, er tilbakemeldingen at funksjonaliteten skaper utfordringer for dem fordi de må bytte kontekst ofte.
- Flere av funksjonene oppleves ikke som intuitiv for sluttbrukerne, og brukes ikke slik den er tiltenkt.
- Når det gjelder meldingsflyt, oppleves skillet mellom interne sluttbrukere på Helseplattformen og eksterne, som utfordrende. Ved feilsendte e-meldingsrapporter, eller når man skal opprette ny henvisning, må sluttbruker eksempelvis vite om mottaker er på Helseplattformen eller ikke for å håndtere det riktig.
- Noen oppgaver kan løses på flere måter i løsningen. Hvilken setting du utfører oppgaven i, kan også påvirke hva som skjer etter at den aktuelle oppgave er utført. Dersom sluttbrukeren benytter feil del av løsningen, kan det få konsekvenser for videre arbeidsflyt når stafettpinnen skal overleveres til neste aktør i arbeidsflyten.
- Løsningen inneholder mange begreper som er oversatt fra engelsk til norsk. Flere begreper er vanskelige å forstå, selv om de er oversatt til norsk. Eksempelvis er det innført nye begrep knyttet til medikamentbruk (se 4.4.1)
- Visning av informasjon i enkelte meldingstyper og dokumenter fremstår som lite oversiktlig. Vi har blitt vist eksempler på dokumenter hvor informasjonen ikke blir presentert i logisk rekkefølge for mottaker, og at selve visningen av informasjonen er lite leservennlig eller har falt bort (se 4.5.1).

- Lister over mottakere ved sending av forordninger/henvisninger kan mistolkes ved bruk av bare «kortnavn» på mottaker. Slik listene fremstår er det risiko for at sluttbrukeren velger feil mottaker og vi får også oppgitt at det er mulig å sende til mottakere som ikke skal kunne motta henvisninger.

Pågående tiltak

Det pågår flere initiativ for å gjøre løsningen mer brukervennlig for de ulike brukergruppene. Gjennom optimaliseringsarbeidet på St. Olavs og arbeid med ny Fastlegemodul, gjøres det en jobb med å tilpasse løsningen, «rydde bort informasjon» for å stramme opp brukergrensesnittet og gjøre det renere. Innunder dette pågår også arbeid med å forhåndsdefinere hurtigvalg/oppsett for ofte brukte prøver, legemidler, prosedyrer etc. pr. fagområde for å gi mer prosessstøtte, og for å gjøre ofte brukte valg enklere tilgjengelig.

Vurdering

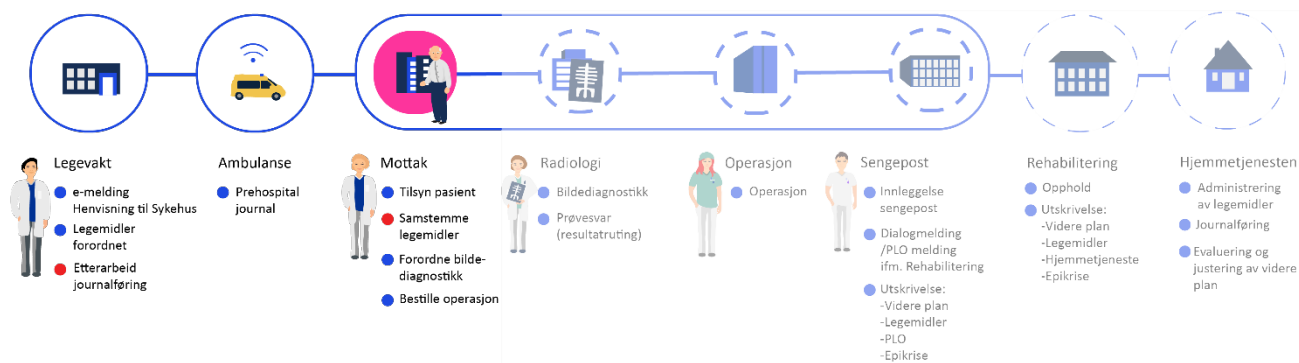
Vi har fått demonstrert funksjonalitet som sluttbrukerne er svært fornøyde med, og som hjelper dem i deres arbeidshverdag. Sykepleiere vi har snakket med forteller oss at løsningen på flere områder har forbedret deres arbeidshverdag, og at de ikke ønsker seg tilbake til gammel løsning. Tilsvarende er de fire ambulansene som piloterer løsningens integrasjon mot prehospital EPJ, etter det vi forstår, meget godt fornøyd. Samtidig er det vår vurdering at det er rom for å gjøre forbedringer på en del områder relatert til brukervennlighet. Det er deler av løsningen som oppleves som lite intuitiv, krevende å lære seg og tungvint å jobbe i.

Brukervennlighet, eller brukskvalitet, som er et mer korrekt begrep, handler om at et system skal være lett å lære for førstegangsbrukere, effektivt å bruke når man først har lært seg løsningen, lett å huske for sluttbrukere som ikke bruker løsningen så ofte, relativt feilfritt og feiltolerant slik at sluttbrukere ikke gjør mange feil, at det er lett å ta seg inn igjen dersom en feil har oppstått, og behagelig å bruke.

Vårt inntrykk er at det er flere oppgaver som løses gjennom ulike steg, og som sluttbrukeren selv må huske på for at oppgaven, for eksempel meldinger, skal bli behandlet riktig. Av det vi har sett, kan dette variere mellom ulike oppgaver og meldingstyper. Det er fort gjort å trå feil i et uoppmerksomt øyeblikk dersom sluttbrukeren ikke behersker løsningen godt nok eller dersom funksjonaliteten har endret seg siden sluttbrukerne fikk opplæring. Sjansen for at ikke alle sluttbrukere mestrer løsningen like godt, eller oppfatter hva som er «riktig» måte å håndtere en oppgave på, fremstår som stor.

Helseplattformen er en felles strukturert journal hvor man er avhengig av at sluttbrukerne benytter løsningen slik den er tiltenkt. Det vil si at sluttbrukerne må dokumentere «på riktig sted», velge riktig type e-melding, dokumenttype og så videre, for at en selv og andre enkelt skal kunne finne informasjonen igjen eller «ta stafettspinnen» videre. Det er utfordrende å få til standardiserte prosesser og ensartet bruk for tusenvis av sluttbrukere av løsningen (se observasjon 4.12.1). Sluttbrukerne av Helseplattformen må også samhandle med sluttbrukere utenfor løsningen. Gjennom oppdraget har vi blitt vist eksempler hvor eksterne samhandlingspartnere benytter løsninger som ikke er som ikke er helt i tråd med siste offentlige standarder, eksempelvis EPJ-systemer som fremdeles ikke har tatt i bruk siste versjon av meldingsstandarder som for eksempel Henvisning 2.0. Dette medfører at det blir mange «unntak» som sluttbrukerne av løsningen og Helseplattformen AS må følge opp og håndtere.

For at løsningen skal fungere, må arbeidsflyten i mange tilfeller følges nøyaktig og man må i større grad enn tidligere jobbe i sanntid. Hvem som gjør hva, når og i hvilken rekkefølge er kritisk. I en travel hverdag er dette krevende. Tidligere har eksempelvis multitasking, små utsettelse eller hjelp fra andre gjennom delegering av arbeidsoppgaver, løst krevende arbeidssituasjoner og flaskehals.



Figur 8 Løsningen krever at sluttbrukerne benytter den som tiltenkt og at de jobber i sanntid. I en travel arbeidshverdag er det krevende å få til i praksis. Det kan få konsekvenser for neste ledd i pasientforløpet og derved skape følgefetil.

Basert på det vi har blitt fortalt og har observert i løsningen er det forbedringspotensial på flere områder relatert til systemstatus og tilbakemelding til sluttbrukerne, begrepsbruk som ikke samsvarer med sluttbrukernes vanlige begrepsapparat, manglende frihet eller mulighet til å komme seg ut av feil løp, standardisering og konsistent design, forebygge feil bruk av løsningen, effektivitet ved bruk, estetisk og minimalistisk design og selvforklarende feilmeldinger. Vi understreker at vår gjennomgang ikke er en komplett heuristisk evaluering av brukergrensesnittet, men er basert på observasjoner og hva respondentene har fortalt oss.

Vi har ikke hatt anledning til å evaluere forbedringsarbeidet som gjøres, hverken innhold eller om det i tilstrekkelig grad er dekkende, men det vi har hørt om i forbindelse med arbeidet som gjøres med optimalisering fremstår som et steg i riktig retning.

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefaling nummer 17** (kapittel 5.6).

4.11.2 Design- og produktutviklingsprosessen

Observasjon og funn

Fagekspertene har vært involvert i utviklingsløpet og vært med på å definere hvordan skjermbildene og arbeidsflyten skal være. Gjennom samtaler vi har hatt med flere fagekspertene kommer det frem at det har vært vanskelig å se for seg hvordan løsningen ville bli, selv om de har vært med på å beslutte funksjonalitet.

Tilbakemeldingene vi har fått tyder på at det varierer fra produktteam til produktteam hvordan disse ønsker å få inn løsningsforslag. Noen team ønsker å få inn brukerbehov, andre team ønsker at fagekspertene skal definere løsningen. Flere kilder påpeker at arbeidsgruppene har jobbet «i silo» og at det har jobbet for lite helhetlig og på tvers.

Vi har etterspurt designretningslinjer og felles føringer for hvordan skjermbilder skal settes opp, men har ikke mottatt dette. Det refereres til Epic Foundation System for retningslinjer, men vi vet ikke om dette dekker behovet til løsningen godt nok.

Pågående tiltak

Vi har fått opplyst av Helseplattformen AS at det arbeides med dette i flere arbeidsgrupper, men per tidspunkt er det ingen overordnet styring av design- og produktutviklingsprosessen.

Vurdering

Vi har ikke vurdert design- og systemutviklingsprosessen til Helseplattformen AS, eller gått i dybden på hvordan fagekspertene og sluttbrukerne har vært involvert i utviklingen og tilpasningen av løsningen. Det påpekes fra flere kilder internt og eksternt rundt Helseplattformen AS at fagpersoner har vært tett involvert og at det har vært gjennomført «user acceptance testing».

Etter vår vurdering er det ikke tydelig hvem som har ansvaret for designprosessen og brukeropplevelse på tvers av løsningen, eller som har ansvar for å få dette implementert og gjort kjent blant utviklingsteamene i Helseplattformen AS dersom det finnes prosess og retningslinjer for dette. Applikasjonsanalytiker og løsningsbygger er sentrale roller i Helseplattformen AS, og disse arbeider med oppsett av løsningen innenfor de forskjellige applikasjonene sammen med fagekspertene og bør etter vår vurdering ha kjennskap til dette.

Vår vurdering er at manglende enhetlig tilnærming på tvers, sammen med manglende ansvar for design og brukeropplevelse, vil kunne manifestere seg i løsningen i form av inkonsistens mht. begreper, layout og navigering, funksjonalitet som oppfører seg ulikt og kompliserte oppsett. For sluttbrukerne resulterer det i at de opplever løsningen som lite brukervennlig, utfordrende å lære og mestre godt nok, usikkerhet om oppgaver har blitt fullført på korrekt måte, og unødvendig stress og belastning i arbeidshverdagen.

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefaling nummer 18** (kapittel 5.6).

4.12 Individuell opplæring vs. samtlige risikogrupper

4.12.1 Opplæring

Observasjoner og funn

Vi har i denne fasen ikke evaluert hele opplæringsområder, men vår gjennomgang har avdekket det vi mener er viktige forhold. Fastlegerepresentanten påpeker at opplæringen på en dag ble gitt i februar 2022, det vil si ca. tre måneder før løsningen ble implementert. Da løsningen ble tatt i bruk, var det gjort så mange endringer i løsningen at opplæringen som hadde vært gitt i februar, var utdatert.

Fastlegerepresentanten bemerket også at når det i tillegg gjøres fortløpende endringer og forbedringer i løsningen mens klinisk personell forsøker å gjøre seg kjent med løsningen og man er i produksjon, øker kompleksiteten i opplæringsbehovet.

Representanter fra St. Olavs gir tilsvarende tilbakemeldinger om at opplæringsbehovet er stort og at enhver endring også medfører et påfølgende nytt opplæringsbehov. Vikarbruk og ferieavvikling medfører også et kontinuerlig opplæringsbehov.

Vi forstår på Helseplattformen AS at det er deres ansvar å sikre opplæring av superbrukere før «Go-Live» og kundes ansvar, eksempelvis St. Olavs og Trondheim kommune, å sikre videre opplæring.

Helseplattformen AS opplyser at de ser en klar gevinst av egentrening ved de avdelingene som har tatt i bruk de tilgjengelige modulene for dette. Videre opplyser Helseplattformen AS at det har vært en differanse mellom hvilken opplæring som har vært tilbudt og hvilken opplæring det har blitt satt av tid til hos de ulike kundene.

Pågående tiltak

Vi er kjent med at det er engasjert en tredjepart for å evaluere innføringen på St. Olavs, og vi tar derfor ikke stilling til hva som er eller burde vært gjort på sykehuset. Vi har fått forståelsen for at det pågår arbeid med å forbedre opplæring knyttet til løsningen.

Vurdering

Et nytt journalsystem som legger opp til endret arbeidsflyt, nomenklatur og logikk i et slikt omfang som er tilfelle for Helseplattformen, fordrer etter vårt skjønn en opplæring og trening/øving (eksempelvis egentrening) av et betydelig omfang. Opplæringen som har vært gitt, i hvert fall på fastlegesiden, synes knapp uavhengig av hvem som måtte ha ansvaret for knappheten. Opplærings- og treningsbehovet av nye sluttbrukere vil fortsatt være stort. Sluttbrukere som skifter kontekst eller rolle, vil også ha behov for opplæring, og sist, men ikke minst vil alle sluttbrukere ha behov for opplæring når løsningen endrer seg gjennom oppdatering og forbedring. Selv tilsynelatende små endringer, for eksempel i brukergrensesnitt, underliggende funksjonalitet og logikk, kan få store konsekvenser for pasientflyten og krever derfor et robust opplæringsregime av aktuelle sluttbrukere.

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefaling nummer 19** (kapittel 5.7).

4.13 Governance

4.13.1 System for kvalitetssikring er ikke ferdig implementert

Observasjoner og funn

Vi har snakket med kvalitetslederen for Helseplattformen AS, og fått opplyst at man på tidspunktet for vår revisjon ikke var ferdig med å implementere system for kvalitetssikring basert på ISO 9001:2015. Arbeidet med å få på plass de nødvendige rammeverk under utviklingsfasen har blitt nedprioritert i den krevende situasjonen man har gått gjennom.

Vi får tilbakemeldinger om at den sene implementering av system for kvalitetssikring har påvirket arbeidet i Helseplattformen AS med hensyn til overordnet retning og prioritering, og at dette kan ha medført økt risiko for anvendelse av ressurser på feil områder.

Det er for øyeblikket avsatt én fulltidsressurs samt én ressurs to dager i uken til ferdigimplementering av system for kvalitetssikring.

Pågående tiltak

Vi har fått opplyst at det for tiden jobbes med å fullføre implementeringen av ISO 9001:2015 (ledelsessystem for kvalitet).

Vurdering

Det er vår vurdering at manglende implementering av overordnede styringsrammeverk for kvalitetssikring, øker risikoen for at den forventede kvalitet ikke leveres, at feil ikke behandles korrekt og at nye problemer introduseres. I en stor og kompleks drifts- og utviklingsorganisasjon som Helseplattformen AS blir kravene til å jobbe konsistent på tvers av avdelinger og utviklingsteam ekstra viktig (ref. observasjon 4.13.5).

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefalinger nummer 20 og 23** (kapittel 5.8).

4.13.2 System for informasjonssikkerhet er ikke ferdig implementert

Observasjoner og funn

Vi har snakket med seksjonsleder for informasjonssikkerhet hos Helseplattformen AS, og fått opplyst at man på tidspunktet for revisjonen jobber med å implementere en standard for informasjonssikkerhet ISO 27001:2013. Det er implementert en overordnet informasjonssikkerhetspolitikk, men ingen underordnede prosedyrer eller arbeidsinstruksjoner.

Et eksempel vi har fått opplyst er knyttet til feilrapportering, er at selv om feil skal meldes inn og håndteres i ServiceNow, finnes det en rekke eksempler på at feil rapporteres inn pr. e-post eller telefon. Vi får også opplyst at det ikke alltid opprettes «en ticket» på disse sakene av Helseplattformen AS. Dette medfører blant annet at statistikken for antall saker meldt og håndtert ikke stemmer, og at eventuell etterkontroll eller andre analyser vanskeligjøres.

Det vurderes fra Helseplattformen AS sin side at kjennskapen blant medarbeiderne til informasjonssikkerhetspolitikken generelt er lavt, og vi er ikke gjort kjent med at det er iverksatt tiltak for å gjøre politikken mer kjent blant medarbeidere. Videre opplyses det at det ikke er implementert en prosess for periodiske interne revisjoner for å finne ut om styringssystemet for informasjonssikkerhet er i overensstemmelse med Helseplattformen AS sine egne krav for systemet, samt krav fremsatt i standarden.

Pågående tiltak

Vi har fått opplyst at for tiden det jobbes med å fullføre implementeringen av ISO 27001:2013.

Vurdering

Vår vurdering er at Helseplattformen AS på nåværende tidspunkt kun har startet prosessen med implementeringen av et overordnet system for informasjonssikkerhet. Et konsistent rammeverk som fastsetter kontroller og handlinger som skal utføres, hvordan de skal utføres og hva som skal ligge igjen som dokumentasjon og kontrollspor, er en forutsetning for et robust kontrollmiljø. Enhetlig dokumentasjon på utførte prosedyrer, handlinger og kontroller er også en forutsetning for gjennomføring av internevaluering av etterlevelse og eventuell revisjon.

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefalinger nummer 20 og 23** (kapittel 5.8).

4.13.3 Policy for endringshåndtering er ikke implementert

Observasjoner og funn

Vi har fra ansatte vi har intervjuet fått opplyst at det ikke er implementert en formell policy for endringshåndtering hos Helseplattformen AS som definerer prosessen for endringshåndtering «ende til ende». Dette har resultert i at forskjellige utviklingsteam arbeider på ulik måte på tvers av Helseplattformen AS.

Vi har blitt opplyst om at manglende formelle krav til utforming av blant annet planleggingsfasen, har resultert i at tilstrekkelige «user acceptance test cases» er blitt utformet, og deretter planlagt med for begrenset tid til gjennomføring. Dette har etter det vi blir fortalt resultert i at sluttbrukerne ikke har hatt nok tid til å gjennomføre tilstrekkelig med akseptansetesting før produksjonssetting av endringer.

I tillegg har vi fått informasjon om at enkeltmiljøer i Helseplattformen AS og utvalgte fagekspert hos St. Olavs opplever at testmiljøet ikke alltid er representativt i forhold til produksjonsmiljøet.

Pågående tiltak

Vi får opplyst at det er etablert en arbeidsgruppe for å utforme bestilling-/endringsprosess (ende til ende). Det opplyses videre at tiltakene omtalt under 4.13.5 er også relevante ift. dette.

Vurdering

En policy for endringshåndtering skal sikre at endringer behandles ensartet på tvers av forskjellige utviklingsteam og på bakgrunn av etablerte retningslinjer. Vår vurdering er at manglende endringshåndtering øker risikoen for utilstrekkelig dokumentasjon av endringer, herunder godkjenninger, konsekvensanalyser, testplaner, testresultater mv. som igjen kan føre til at feil introduseres i løsningen.

Inkonsistens mellom test og produksjonsmiljø øker risikoen for at testing utført i testmiljøet gir et uriktig resultat. Det er da en risiko for at uopdagede feil således vil kunne settes i produksjon.

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefalinger nummer 21, 22 og 23** (kapittel 5.8).

4.13.4 Arbeidsflyt for innmelding og håndtering av feil

Observasjoner og funn

Vi har fått opplyst av ansatte i Helseplattformen AS at det meldes inn et stort antall feil som enten skyldes feil bruk av løsningen, eller hvor melder overvurderer alvorlighetsgraden av feilen. Det er også meldt at forbedringsønsker i enkelte tilfeller fremmes som feil. Det er melder av feilen som i dagens prosess i utgangspunktet skal vurdere alvorlighetsgraden av innmeldte feil. Helseplattformen AS opplever også til dels at samme feil meldes inn flere ganger. Dette har resultert i et stort etterslep på håndteringen av innmeldte feil. Helseplattformen AS melder at de ikke har hatt ressurser til å komme til bunns i backloggen eller til å utføre tilstrekkelig med årsaksanalyser.

Pågående tiltak

Vi har fått opplyst at det er en pågående prosess for å forbedre disse forholdene, både internt og mot kunde.

Vurdering

Alvorlighetsgraden av innmeldte feil må vurderes på en rekke objektive kriterier, og det krever et stort overblikk og innsikt i plattformen for reelt å kunne vurdere den faktiske risikoen ved en gitt feil. Som innmelder av en feil har man insentiv til å overvurdere alvorlighetsgraden av feilen ettersom det er en forventning om at alvorlige feil løses raskere enn andre feil. Utover å skape et stort press på Helseplattformen AS sine medarbeidere, er dette med på å øke risikoen for at reelle kritiske feil ikke blir løst raskt nok, og at det ikke utføres en tilstrekkelig årsaksanalyse. Det er vår vurdering at situasjonen i dag har en direkte innvirkning på den generelle medarbeidertilfredshet hos Helseplattformen AS sine medarbeidere. Høyt press over tid vet vi er en medvirkende årsak til at ansatte slutter, noe som igjen kan føre til økt risiko for Helseplattformen AS.

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefaling nummer 24** (kapittel 5.8).

4.13.5 Siloorganisering i Helseplattformen AS

Observasjoner og funn

Flere av miljøer i Helseplattformen AS vi har vært i dialog med peker på det de oppfatter som ikke tilstrekkelig samarbeid på tvers av ulike utviklingsteam. Eksempelvis opplyses det om at manglende involvering av grunndata-teamet i utviklingsoppgaver, har resultert i at man har anvendt uriktige dataelementer i utviklingen, hvilket har resultert i feil i løsningen.

Videre har vi fått tilbakemeldinger fra flere i Helseplattformen AS om at det mangler et overordnet styringsorgan, som har det overordnede ansvar over løsningens arkitektur, og som kan hjelpe med å prioritere på tvers av teamene. Blant annet har det blitt påpekt at det har kommet innspill fra personer utenfor linjen med krav om endret prioritering og at det skal fokuseres på annet enn det som er planlagt innen løsningsteamet.

Pågående tiltak

Det opplyses om at det er flere gjennomførte og pågående aktiviteter for å utbedre dette. Det er etablert smidige team, møtepunkter for kortsiktig koordinering på tvers av team og for koordinering på tvers av seksjoner. Det er også etablert utviklingsgrupper for prioritering og porteføljestyring innen de enkelte områdene i løsningen og en arbeidsgruppe for å etablere/formalisere forvaltningsprosesser. Prosessleder for organisasjonsutvikling sitter i ledergruppen og det er innført målstyring hos ledere/seksjoner.

Vurdering

Det er vår vurdering at organiseringen i Helseplattformen AS har resultert i at de ansatte i noen grad arbeider fragmentert og at ressursene blir spredt ut over mange forskjellige prosjekter. I et komplisert system som Helseplattformen, som består av forskjellige applikasjoner og elementer, og som dekker forskjellige fagområder, er det viktig med kompetente og spesialiserte medarbeidere. Samtidig er Helseplattformens forskjellige applikasjoner og elementer avhengige av hverandre, og data beveger seg på kryss og tvers av disse. Derfor er det viktig at de forskjellige avdelinger og team kan arbeide tett sammen. Overordnet styring, rammeverk, policyer og prosedyrer skal bidra til at avdelinger kan arbeide sammen på tvers av organisasjonen.

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefaling nummer 21** (kapittel 5.8).

4.13.6 Samhandlende journalsystemer har i varierende grad implementert siste versjon av meldingsstandard

Observasjoner og funn

Vi har fått opplyst fra Helseplattformen AS sitt e-meldingsteam at en stor del av de innrapporterte feilene knyttet til e-meldinger, handler om problemer med utgående meldinger fra løsningen til fastleger. Størstedelen av disse feilene skyldes ifølge Helseplattformen at fastlegene bruker ulike systemer. Videre opplyser

Helseplattformen AS at mange av de ulike versjonene ikke overholder kravene til e-meldinger slik de er definert i meldingsstandardene. Kravene må etterleves for å kunne motta og lese e-meldinger sendt fra Løsningen på korrekt vis. Dette har resultert i at en rekke fastleger har mottatt helt eller delvis uleselige e-meldinger. Videre har vi fått opplyst at det i begrenset grad har vært utført ende til ende-tester knyttet til meldingsutveksling som inkluderer fastlegenes journalløsninger.

Det er utenfor Helseplattformen AS sitt ansvarsområde å sikre at fastleger bruker systemer samt versjoner av systemer, som overholder de påkrevde standardene og kravene for meldingskommunikasjon. Helseplattformen AS opplyser at man har forsøkt å imøtekomme problematikken ved å understøtte ytterligere versjoner enn det påkreves, men at dette ikke har vært tilstrekkelig og samtidig har det medført redusert brukeropplevelse i løsninger som støtter de oppdaterte formateringskravene.

Pågående tiltak

Vi har fått opplyst at det har vært gjennomført omfattende tilpasninger til "ikke-standard" løsninger hos e-meldingsmottaker, samt samarbeidet med andre leverandører for utbedring av deres system. Evt. videre utfordringer håndteres av utviklingsgruppe for e-meldinger.

Vurdering

Det vil kreve ekstra ressurser fra Helseplattformen AS sin side dersom de skal understøtte alle versjoner av forskjellige systemer og varianter av meldingsstandarder som brukes av fastleger og avtalespesialister. Samhandlingsaktørene bør derfor oppfordres til å benytte gjeldende meldingsstandard.

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefaling nummer 25** (kapittel 5.8).

4.13.7 Manglende eierskap til e-meldinger

Observasjoner og funn

I samtale med applikasjonsarkitekter i e-meldingsteamet, har vi fått opplyst at det gjennom utviklingsprosessen av løsningen har manglet at noen har tatt et helhetlig eierskap til e-meldingsområdet. Et reelt team ble først etablert etter «Go-Live» på St. Olavs. Dette har resultert i at omfanget av feil relatert til e-melding først ble tydelig etter dette tidspunktet. Selv om Helseplattformen AS ser en nedadgående tendens i antall nye innmeldte feil på området og at teamet generelt er blitt bedre til å analysere årsakene til feilene, mener Helseplattformen AS at de ikke har nok ressurser til å komme til bunns i backloggen på over 350 saker.

Vi har fått opplyst om at manglende eierskap over området for e-meldinger har resultert i at området generelt ikke er blitt prioritert og synliggjort i utviklingsoppgaver.

Pågående tiltak

Det opplyses om at det lenge har vært en egen arbeidsgruppe for e-meldinger, som nå er formalisert i Utviklingsgruppe for e-meldinger. Midlertidig leder for e-meldingsområdet starter 15 juni, prosess for ansettelse av ny ressurs er i gang.

Vurdering

E-meldinger er et av de sentrale funksjonsområdene i løsningen, som går på tvers av hele løsningen. Samtidig er området også et av de områdene det er innrapportert flest feil fra sluttbrukernes side. Vår vurdering er at manglende eierskap og prioritering har økt risikoen for at det er blitt introdusert nye feil i forbindelse med utviklingsoppgaver.

Vår vurdering må for øvrig leses i sammenheng med **anbefaling nummer 21** (kapittel 5.8).

05

Anbefalinger

5. Anbefalinger

5.1 Innledning

Anbefalingene i dette kapittelet, baserer seg på funn og vurderinger beskrevet i kapittel 4. Vår risikobaserte tilnærming, der vi har fulgt pasientforløp, har gitt et overblikk over løsningen og utfordringsområdene. Rundt 40 møter og demonstrasjoner har gitt oss underlag til våre vurderinger. Vi har forsøkt å rette fokuset mot det som oppfattes som det viktigste å ta fatt på i kommende perioden.

Anbefalingene er dels konkrete tiltak, dels anbefalinger om videre undersøkelser og dels forslag av strukturell og prosessmessig karakter. Anbefalingene er både innspill til hva som konkret bør gjøres og til hvordan det bør arbeides mer systematisk for å utvikle leveranseapparatet i Helseplattformen AS og samhandlingen med andre.

Prioritering av anbefalingene, rekkefølge på gjennomføringen og prosessen rundt dette må avklares nærmere med oppdragsgiver og før et mulig trinn 2 i prosessen.

5.2 Generelle anbefalinger

1. Helseplattformen AS bør jobbe videre med helhetlig styring og prioritering av ressursene

Vi sitter igjen med en klar oppfatning av at det er mange dedikerte ledere og medarbeidere som jobber hardt for å forbedre løsningen, både hos Helseplattform AS og hos samhandlingsaktørene. Basert på tilbakemeldingene vi får, er det vår anbefaling at Helseplattformen AS bør jobbe videre med helhetlig styring og prioritering av ressursene. Dette gjelder for eksempel prioritering mellom ulike fagområder, prioritering mellom løsningene i primær- (fastlege og legevakt) og spesialisthelsetjenesten, prioritering fra problemløsning til mer systematisk og langsiktig arbeid med rotårsaker, og å forbedre kvalitetsfremmende prosesser.

2. Risikoområdene knyttet til økonomiske transaksjoner og merkantile forhold, må prioriteres opp raskt

Vi anbefaler at aktørene samarbeidet videre i trinn 2 for å undersøke nærmere risikoområdene knyttet til økonomi og merkantile forhold og arbeidsprosesser, herunder rapportering. Se også anbefaling nummer 16.

3. Tydeligere arkitekturstyring og enhetlig tilnærming til tilpasning av løsningen i optimaliserings- og forbedringsprosjektene

Vi oppfatter at det det siste året har vært et stort fokus på å tilpasse løsningen bedre til sluttbrukernes ønsker, hvilket er positivt. Imidlertid kan skreddersøm mange ulike steder gå på kompromiss med hensiktsmessig standardisering på tvers. Det gjelder for eksempel brukergrenseflater, begrepsbruk og funksjonalitet. Vi anbefaler derfor at man videre sikrer god arkitekturstyring og enhetlig tilnærming på tvers av initiativer i optimaliserings- og forbedringsprosjektene.

4. Verifikasjon av forbedrings- og optimaliseringsarbeider

Det pågår en rekke forbedringer og optimaliseringsarbeider, som blant annet adresserer problemområdene i denne rapporten. Flere av disse forbedringene settes på produksjon før og etter sommeren 2023. Vi anbefaler at det i etterkant av dette gjennomføres en verifikasjon av at arbeidene har løst utfordringene de adresserer.

5. Arbeidsbelastning bør adresseres spesielt i den kommende perioden

Det har vært et stort press på Helseplattformen AS sine medarbeidere. Det er vår oppfatning at situasjonen i dag har en direkte innvirkning den generelle medarbeidertilfredsheten. Høyt press over tid vet vi representerer fare for at ansatte slutter, noe som igjen kan føre til økt risiko for Helseplattformen AS. Vår anbefaling er at denne utfordringen adresseres spesielt av selskapets ledelse i den kommende perioden.

5.3 Anbefalinger knyttet til brukervennlighet og bruk av løsningen

(Observasjon 4.2.1, 4.2.2, 4.2.3, 4.3.1, 4.3.2, 4.3.3, 4.3.4, 4.4.1)

6. Brukergrensesnittet bør justeres slik at det støtter sluttbrukerne bedre i hvordan de skal håndtere de ulike oppgave-/meldingstypene.

Når samme knapp i et tilnærmet likt skjermbilde har ulik funksjonalitet, kan dette bidra til at feil oppstår. Dette kan representere en betydelig risiko, spesielt når det er snakk om helt sentrale funksjoner knyttet til kommunikasjon rundt pasientforløp, og da uavhengig av om det finnes en skriftlig manual som påpeker hvordan oppgaven skal løses «etter boken». Vår anbefaling er at brukergrensesnittet justeres slik at det støtter sluttbrukerne bedre i hvordan de skal håndtere de ulike oppgave-/meldingstypene, og da i særdeleshet knyttet til kritiske funksjoner som kommunikasjon med annet helsepersonell rundt pasienten.

7. Sluttmottaker bør kunne se hvem som er meldingsavsender og enkelt kunne svare på meldingen.

Vi anbefaler at sluttmottakeren av en melding umiddelbart bør kunne forstå hvem som har sendt meldingen, uavhengig av om avsenderen er på Helseplattformen eller ikke. Dette vil kunne påvirke hvordan arbeidsoppgaven og spørsmålet prioriteres. Løsningen bør også videreutvikles slik at det er enkelt å umiddelbart kunne svare på meldingen, uavhengig av om avsender er på Helseplattformen eller ikke.

8. Brukervennligheten og funksjonaliteten i HelsaMi bør videreutvikles.

Vi anbefaler at brukervennligheten og funksjonaliteten i HelsaMi bør undersøkes, testes og forbedres ytterligere for å unngå misforståelser eller mangelfull forberedelse hos pasientene. Dette gjelder spesielt tildelte avtaler og ledsagende informasjon om avtalen.

9. Problematikken knyttet til «Chart lock» bør undersøkes nærmere. Helseplattformen AS må få klarhet i status, hva som faktisk utløser «chart lock» og kartlegge løsningsalternativene.

«Chart lock» som funksjon kan påvirke mange aspekter ved pasientflyten i løsningen. Vi anbefaler at Helseplattformen AS i det videre arbeidet forsetter å undersøke området for å etablere en felles problemforståelse med sluttbrukerne, og undersøker hva som faktisk utløser «chart lock» slik løsningen nå er satt opp. Vi vurderer at det ikke er et omforent bilde av dette og av de ulike årsakssammenhengene. Deretter anbefaler vi å kartlegge samt vurdere alternative løsninger.

10. Brukergrensesnittet for de tre kommunale legemodulene bør harmoniseres.

Vi vurderer det som lite hensiktsmessig at de tre kommunale legemodulene er utformet såpass ulike som de er. Vår anbefaling er derfor å fortsette det pågående arbeidet med å harmonisere brukergrensesnittet på tvers av de rollene én og samme lege kan ha som fastlege, deltids sykehjemslege og legevakslege.

11. Usignerte og usendte radiologiske svar må gjennomgås og ryddes opp i. Bedre kontrollmekanismer må på plass.

Vi anbefaler at det radiologiske fagområdet fortsatt får ekstra oppmerksomhet i det videre arbeidet med feilretting. Sluttbrukerne har presentert en lang liste med utfordringer for oss, og vi har bare gjengitt et lite utvalg av disse.

Av de utfordringene vi har sett, anbefaler vi å prioritere arbeidet med å forbedre brukergrensesnittet slik at risikoen for å legge en tilleggsforordning på feil undersøkelse, reduseres. Videre anbefaler vi at det hurtigst mulig gjøres en gjennomgang av ubehandlede radiologiske svar, fordele disse der de hører hjemme, og forsikre seg om at det er en mottaker i andre enden som følger opp svaret. Deretter anbefaler vi å sikre funksjonalitet i løsningen som effektivt fanger opp de radiologiske svar, hvor det av ulike grunner er problemer med å identifisere en mottaker. Til slutt anbefaler vi å etablere bedre manuelle sikkerhetsrutiner enn dem som virker å være til stede i dag for å hindre en slik opphopning av ubehandlede svar.

12. Begrepsbruken knyttet til medikasjon bør justeres så misforståelser forebygges

Vi anbefaler at Helseplattformen justerer begrepsbruken knyttet til pasientens legemidler, og gjerne gjennom nasjonale faglige fora. Vi mener det er fornuftig at det nasjonalt brukes så likt begrepsapparat som mulig når pasientens legemiddelbruk omtales.

5.4 Anbefalinger knyttet til funksjonalitet

(Observasjon 4.5.1, 4.5.2, 4.6.1, 4.6.2, 4.7.1)

13. Tilliten til meldingsutveksling må gjenreises. For å sikre dette bør det gjøres omfattende ende-til-ende testing ved all videre utrulling av plattformen, og omfattende revisjoner (audits) sammen med aktører som samhandler med løsningen

Vi har registrert at det fortsatt er usikkerhet blant aktørene om hvorvidt henvisninger kommer frem dit de skal. Dette er en helt kritisk funksjon i enhver samhandling og i ethvert pasientforløp, og aktørene så vel som pasientene må ha tillit til at dette fungerer.

Vi anbefaler derfor at ende-til-ende testing av meldinger gjennomføres systematisk for minimum alle fastleger, avtalespesialister og private sykehus/røntgeninstitutt som hører hjemme i det lokale opptaksområdet til et helseforetak som skal samhandle på Helseplattformen før løsningen tas i bruk.

Videre anbefaler vi at det for minimum alle fastleger, avtalespesialister og private sykehus/røntgeninstitutt i St. Olavs sitt lokalsykehusområde, planlegges revisjoner (audits) der en for hver av aktørene identifiserer de siste 25 utgående henvisninger, og verifiserer at disse er mottatt på rett sted på St. Olavs, samt at informasjonen er korrekt og lesbar. Tilsvarende anbefaler vi at en ser på de siste 25 utgående epikrisene fra St. Olavs til de samme aktørene, og verifiserer at de er kommet frem til korrekt adresse, samt at informasjonen er korrekt og lesbar. Det bør i tillegg kjøres noen utvalgte revisjoner (audits) mot de viktigste samarbeidspartnerne til St. Olavs i andre helseregioner.

14. Funksjonalitet som sikrer sporbarhet av gjeldende instruksjon, bør kunne knyttes til dokumentasjon av gjennomført oppgave

Vi anbefaler at det utvikles funksjonalitet som sikrer at det i ettertid er mulig å koble hvilke instruksjoner som gjaldt for utøvende personell på det aktuelle tidspunktet vedkommende ga helsehjelp til en pasient. Utdrinkingen er blitt løftet av Trondheim kommune, men vi oppfatter at funksjonaliteten er like viktig i spesialisthelsetjenesten. Tilsvarende bør det sikres funksjonalitet som gjør at sluttbrukere av rullerende omsorgsplasser slipper å oppleve at de møter uanmeldt på døren til helsehuset, som skal ta dem imot.

15. Funksjonaliteten og brukervennligheten knyttet til Pasientplan og «Rover» bør utbedres så oppgaver ikke glipper

Vi anbefaler en gjennomgang av funksjonalitet og brukervennlighet tilknyttet Pasientplan og mobilapplikasjonen «Rover» slik at påminnelse om legemiddeladministrasjon eller andre oppgaver i hjemmetjeneste, ikke glipper for personalet som er satt til å utføre oppgaven.

5.5 Anbefalinger knyttet til grunndata og integrasjoner

(Observasjon 4.8.1, 4.9.1, 4.10.1)

16. Helseplattformen AS må hjelpe St. Olav med å gjenvinne full oversikt over ventetider og frister

Spesialisthelsetjenesten må ha full kontroll på ventetider og eventuelle fristbrudd. Vi forstår at det kan være ulike grunner til at St. Olavs har utfordringer med oversikten nå, men uavhengig av hva som er årsaken til den manglende oversikten, opplever St. Olav dette som svært krevende. Vi anbefaler at St. Olav og

Helseplattformen AS raskest mulig og i fellesskap intensiverer arbeidet med å finne en måte å løse dette på. Vi anbefaler videre at det i det videre arbeidet fokuseres på å få klarhet i hva som kan utbedres ved hjelp av ytterligere opplæring ved St. Olavs og hva som eventuelt fordrer en videreutvikling av løsningen.

5.6 Anbefalinger knyttet til brukervennlighet – generelle bemerkninger

17. Det må jobbes systematisk med å forbedre brukervennligheten i løsningen, og at det gjennomføres en mer dyptgående evaluering av brukervennligheten i løsningen

Brukervennligheten i løsningen må forbedres. Sluttbrukerne opplever løsningen som komplekst å bruke og krevende å mestre godt nok. Ved å forbedre brukervennligheten i løsningen kan man redusere opplæringstiden, øke brukertilfredsheten og effektiviteten. Dersom det ikke gjøres grep kan det i verste fall gå utover sluttbruker og pasient, ved at sluttbruker benytter løsningen på feil måte som kan få alvorlige konsekvenser for pasient.

Vi anbefaler at det gjennomføres en mer dyptgående evaluering av brukervennligheten i løsningen. En kombinasjon av metoder som brukerobservasjon og dybdeintervju, brukertesting og heuristisk evaluering er eksempler metoder som kan benyttes for å systematisk evaluere og forbedre brukervennligheten i løsningen. Dette bør sees i sammenheng med design- og produktutviklingsmetodikken til Helseplattformen AS.

18. Design- og produktutviklingsmetodikken bør evalueres og felles, omforente designretningslinjer og -prinsipper synliggjøres

Vi anbefaler at design- og produktutviklingsmetodikken evalueres. Til tross for involvering av fagekspertter og gjennomføring «user acceptance testing» er ikke brukervennligheten i løsningen på forventet nivå.

Vår generelle anbefaling er at fagpersoner med designkompetanse bør involveres i det videre arbeidet med Helseplattformen. Brukervennlighet er et felles ansvar, men vi anbefaler at en dedikert person eller team tar et helhetlig ansvar for designprosess, designsystem og brukeropplevelse i løsningen. Det bør jobbes mer helhetlig og på tvers for å sørge for at de store linjene i løsningen henger sammen og for bedre flyt i løsningen, helt ned på detaljnivå i de enkelte skjermbildene. Teamene bør kontinuerlig jobbe sammen med designere og sluttbrukere om større flyter og pasientforløp, prototype ulike løsningsforslag som brukertestes på et større utvalg av brukergruppene og evaluerer implikasjoner som designvalg kan få utover i verdikjeden.

5.7 Anbefalinger knyttet til individuell opplæring

19. Opplæring knyttet til innføring bør evalueres for å høste erfaringer fra tidligere prosesser, og systemet for løpende opplæringsbehov bør vurderes

Opplæring i korrekt bruk av løsningen er et grunnleggende element i sikker og effektiv bruk av løsningen. Vi anbefaler derfor at området evalueres nærmere. Både opplæring ved innføring og kontinuerlig oppfrisknings-, opplærings- og oppdateringsbehov bør sees på. Opplæringens innhold og omfang må ta høyde for at løsningen er komplekst å bruke, at korrekt bruk er en kritisk for medarbeider og pasient, at ansatte kan skifte mellom ulike roller og at løsningen stadig oppdateres og videreutvikles. Obligatoriske, periodiske opplæringsaktiviteter bør vurderes.

5.8 Anbefalinger knyttet til governance

20. Implementering av rammeverk for kvalitet og informasjonssikkerhet må ferdigstilles

For prosessen med implementering av rammeverk for kvalitet og informasjonssikkerhet, anbefaler vi at dette arbeidet ferdigstilles og implementeres. Ledelsen bør foreta en analyse av hvorvidt de nåværende ressurser har tilstrekkelig kapasitet til tidsriktig ferdigstilling og til å vedlikeholde systemene i tilfredsstillende grad. For informasjonssikkerhetsrammeverket bør det fokuseres spesielt på å ferdig-implementere felles prosedyrer og arbeidsinstruksjoner på bakgrunn av en GAP-analyse.

21. Endringsprosedyrer som sikrer tverrfaglig samarbeid, bør prioriteres

Det igangsatte arbeide for å sikre samarbeid på tvers av organisasjon må videreføres. Det bør være et ekstra fokus på å sikre at prosedyrene og arbeidsinstruksjonene relatert til endringshåndtering og ledelse understøtter en tverrfaglig prosess som fremmer samarbeid og styring på tvers av de forskjellige utviklingsteamene.

22. Prosessene knyttet til utvikling, test og produksjonssetting bør gjennomgås

Det anbefales at det settes et ekstra fokus på prosedyrene og de krav som det stilles til hvordan testscenarier utarbeides, og at det sikres tilstrekkelig og tidsriktig involvering av sluttbrukerne. Testprosedyrene må i den grad det er relevant også inkludere ende-til-ende test mot systemer hos samhandlingsaktørene. Det bør også vurderes hvorvidt rutinene for oppdatering og vedlikehold av utviklings- og testmiljøene er hensiktsmessig og sikrer optimal overenstemmelse mellom test- og produksjonsmiljøet.

23. Periodisk gjennomgang av rammeverk- og prosessetterlevelse bør innføres

Når ovennevnte rammeverk for kvalitet og informasjonssikkerhet er på plass, bør det vurderes å implementere en periodisk gjennomgang av etterlevelsen på kontroller og dokumentasjon. Det bør også gjennomføres undersøkelser av hvor godt kjent de enkelte medarbeidere er med de prosedyrer og arbeidsinstruksjoner som er relevante.

24. Feilhåndteringsprosessen bør gjennomgås

For feilhåndteringsprosessen bør det vurderes hvorvidt de ulike teamene har tilstrekkelig med ressurser og kapasitet til å analysere og behandle innmeldte saker. I tillegg bør det igangsatte tiltaket som har til hensikt å redusere antall innmeldte feil, øke kvaliteten på hvordan feil meldes og ha klare retningslinjer for hvordan kritikalitet skal settes, videreføres. En kombinasjon av prosedyrer og opplæring både i brukerorganisasjonen og i mottaksapparatet kan være nødvendig.

25. Samarbeidet med andre aktører for å løse datakvalitets- og interoperabilitetsutfordringer bør prioriteres

Helseplattformen AS må være oppmerksom på og overvåke ressursforbruket som går med til å rette feil som oppstår utenfor Helseplattformen. I samarbeid med Norsk Helsenett og andre aktører bør det arbeides med å redusere antall feil i grunndata som flyter mellom systemene. I tillegg anbefales det at aktørene intensiverer arbeidet med å sikre at systemer som benyttes av blant annet fastlegene, overholder de krav som stilles til formatering av e-meldinger.

5.9 Anbefalinger om neste steg

For et trinn 2 i oppdraget er vårt forslag at vi i fellesskap prioriterer å gå dypere inn i områdene nevnt under. Det å gå dypere inn vil da inkludere mer tekniske vurderinger av løsningen, vurdere brukergrensesnittet opp mot anerkjent designmetodikk samt tydeliggjøre grenselinjene mellom utvikling og drift/forvaltning.

- i. Tilliten til meldingsutveksling må gjenreises. For å sikre dette bør vi gjøre omfattende ende-til-ende testing ved all videre utrulling av plattformen, og omfattende audits sammen med aktørene som allerede samhandler i løsningen (anbefaling nummer 13).
- ii. Helseplattformen AS og St. Olavs må arbeide i fellesskap med å gjenvinne full oversikt over ventetider og frister ved sykehuset (anbefaling nummer 2 og 16). Det må avklares hva som eventuelt kreves av en forbedring i løsningen og hva som eventuelt kreves av endrede arbeidsrutiner i helseforetaket.
- iii. Undersøke problematikken knyttet til «chart lock» nærmere. Vi må få klarhet i status, hva som faktisk utløser «chart lock» og kartlegge løsningsalternativene. (anbefaling nummer 9)
- iv. Brukergrensesnittet bør justeres slik at det støtter sluttbrukerne bedre i hvordan de skal håndtere de ulike oppgavene som de er satt til å utføre. Dette gjelder på en rekke områder, men vi foreslår å prioritere håndtering av oppgaver/meldinger (anbefaling nummer 6 og 7) samt håndtering av radiologisk arbeidsflyt (anbefaling nummer 11)
- v. Undersøke brukervennligheten og funksjonaliteten i HelsaMi ytterligere (anbefaling nummer 8) og eventuelt utbedre denne.

- vi. Governance og struktur er viktig for å løse noen grunnleggende utfordringer i overgangen fra prosjekt til drift. Det bør undersøkes hvorvidt aktivitetene som gjøres på governance-området gir den ønskede effekten.

06

Vedlegg

6. Vedlegg

Vedlegg 1: Definisjoner

- Epic: Den elektroniske pasientjournalen (EPJ) som benyttes av sluttbrukerne. Består av en rekke applikasjoner som er tilgjengelig enten via Hyperspace eller som apper på mobile enheter.
- Helseplattformen/Løsningen: En samling av IT-systemer som til sammen utgjør tjenesten som leveres til aktørene. Løsningen utvikles, konfigureres og forvaltes av selskapet Helseplattformen AS.
- Helseplattformen/Løsningen: IKT-systemet selskapet Helseplattformen AS leverer på bakgrunn av programvare levert av blant annet Epic Systems Corporation (Epic)
- Helseplattformen AS: Leverandør av Helseplattformen, deleid av Helse Midt-Norge RHF.
- HelsaMi: En digital inngang til helse- og omsorgstjenester i Midt-Norge. Gjennom HelsaMi kan innbygger få oversikt over sine helseopplysninger og ha dialog med helsepersonell.
- In Basket: Applikasjon benyttes for å håndtere meldinger, oppgaver og kommunikasjon i Helseplattformen. Hver av meldingene (eller oppgavene) vil kreve ulik oppfølging basert på hva meldingen handler om (laboratorieresultater, pasientspørsmål, epikriser etc.).
- Rover: Mobilapplikasjon for sykepleiere
- Radiant: Radiant er et radiologisk informasjonssystem (RIS) som håndterer informasjon og arbeidsflyt for hele arbeidsområdet, fra mottak av henvisning, via gjennomføring av undersøkelse, til oppfølging og formidling av svar.
- ServiceNow: Løsning for sluttbrukerdokumentasjon (kunnskapsartikler), melding og oppfølging av feil og endringsønsker
- Kontekst: Sluttbrukerprofil som gir tilganger til og tilpasser løsningen på bakgrunn av yrkesbakgrunn og arbeidsoppgaver.
- Superbruker: Ansatt med ekstra opplæring som kan bistå kolleger.

Vedlegg 2: Aktuelle områder for revisjon av løsning

Oversikten under viser områder knyttet til løsningens funksjon som Helseplattformen AS pekte på burde vurderes og verifiseres for å svare ut formålet med gjennomføring av revisjonen. Det ble understreket at listen er var uttømmende og kun var et startpunkt for å prioritere og planlegge revisjonen. Områder markert med «høy» ble identifisert som særlig aktuelle for ekstern gjennomgang og verifikasjon. Det ble poengtert at ekstern leverandør måtte gjøre en selvstendig vurdering av aktuelle områder og legge sin metodikk til grunn for arbeidet.

Indikativ risikovurdering <i>Hvilken grad påvirker området løsningens funksjonalitet og sikkerhet?</i>	Område/beskrivelse <i>Beskrivelse av områder som bør vurderes og gjennomgås/verifiseres.</i>
Høy	Brukervennlighet og bruk av løsning Krevende brukergrensesnitt som oppleves av brukerne som lite intuitive og med høy terskel på opplæring har medført at mange brukere opplever lav grad av mestring og stor usikkerhet på om arbeidsoppgaver i løsningen blir utført på riktig måte.
Høy	Kommunikasjon eksternt og internt i løsningen Eksempelvis knyttet til e-meldinger (f.eks. henvisning/rekvisisjon, epikriser/svar og oppgavemeldinger), brev, prøvesvar og in-basket funksjonalitet.
Høy	Pasientlogistikk Spesielt fokus på vekslingsområdet og flytting av pasienter i løsningen. Gjelder internt i sykehuset samt mellom aktører. Verifisere at man ikke «mister» pasienter i løsningen.
Høy	«Chart lock» Låsing av deler av journalen grunnet samtidighetskonflikt. Dette er viktig for nødvendige områder av hensyn til pasientsikkerhet, men det viktig å sikre at dette ikke skjer uhensiktsmessig.
Høy	Legemiddelområdet Legemiddelflyt mellom ulike profesjoner og lokasjoner. Eks. veksling sengepost og operasjonsavdeling, overgang kommune-sykehus (og tilbake) samt fra inneliggende til ikke-inneliggende.
Høy	Økonomiske transaksjoner/finansmodulen i løsningen Funksjonalitet i løsningen og hvordan sluttbrukere bruker/opplever den.
Høy	Informasjonssikkerhet og tilgang til informasjon Systemmiljø og informasjonssikkerhet. Sammenheng med rapportverktøy og kvalitet på pasientdata.
Høy	Integrasjoner Overvåkning og varsling.
Medium	Rapportering og overvåkning (både løsning og integrasjoner) Har vi de rapportene vi trenger for å bekrefte at systemet fungerer som det skal? Workqueues og arbeidslister. Oversikt over ventelister, avtalebrudd og fristbrudd (på systemnivå). Overvåkning av løsning.
Medium	Nasjonal rapportering Gjennomgang og verifikasjon av at nasjonal rapportering fungerer iht. krav og forventning. Eks. NPR, Helfo, KPR, MFR og abortregister.
Medium	Opplæring og support/forberedelsesapparatet (brukersupport) Får sluttbrukere tilstrekkelig hjelp lokalt? On site superbrukerapparat eller teknisk bistand (eks. fra Hemit). Er brukersupport tilstrekkelig? Er innretning på opplæring hensiktsmessig?
Medium	Tilgangsstyring Prosess for tilgangsstyring.
Medium	Grunndata, SER, provider, rekvirentproblematikk

Medium	Vurdering av prosess for vedlikehold av grunndata, SER etc. Krevende område, hvordan sikre at vi har full oversikt?
Medium	Oppdatering av kodeverk Verifikasjon av oppdatering av kodeverk, prosedyrekoder, takster m.m. Prosedyrekoder og hvordan dette bygges.
Medium	Datakvalitet Datakvalitet og hvordan gjenfinne informasjon i løsning. Hvordan fungerer dette for brukerne?
Medium	HelsaMi Applikasjonen er eksponert for mange brukere. Mange endringer i løsningen vil kunne påvirke HelsaMi og det som tilgjengeliggjøres via HelsaMi.
Medium	Retting og sletting av journalinformasjon
Medium	Notatsområdet Notattyper, kontakttyper, deling/ikke-deling etc.

Vedlegg 3: Observasjoner

Oversikt over observasjoner og funn.

ID	Observasjon
4.2.1	Ulik betydning av samme funksjonsknapp
4.2.2	Meldingsoppsettet i intern arbeidsflyt
4.2.3	Visningen av timeavtaler i HelsaMi
4.3.1	Chart lock
4.3.2	Ulikt brukergrensesnitt for samme sentrale funksjon i primærhelsetjenesten
4.3.3	Tilleggsforordninger innen radiologi
4.3.4	Svar på radiologiske undersøkelser
4.4.1	Begrepsbruk knyttet til medikamentbruk
4.5.1	Meldingsutveksling mot journalsystem hos avtalespesialister
4.5.2	Funksjonalitet i HelsaMi knyttet til timeforberedelser på sykehus
4.6.1	Kobling av dokumentasjon knyttet til en utført oppgave mot gjeldende instruks
4.6.2	Funksjonalitet knyttet til oppmøte på helsehus
4.7.1	Funksjonalitet i applikasjonen «Rover» knyttet til gjøremål for hjemmetjenestene
4.8.1	Grunndata knyttet til adresseregisteret over avtalespesialister
4.9.1	Styringsinformasjonen til St. Olav hospital
4.10.1	Integrasjonen mot Reseptformidleren
4.11.1	Brukervennlighet
4.11.2	Design- og produktutviklingsprosessen
4.12.1	Opplæring
4.13.1	Ikke ferdig implementert system for kvalitetssikring
4.13.2	System for informasjonssikkerhet er ikke ferdig implementert
4.13.3	Policy for endringshåndtering er ikke implementert
4.13.4	Arbeidsflyt for innmelding og håndtering av feil
4.13.5	Siloorganisering i Helseplattformen AS
4.13.6	Samhandlende journalsystemer har i varierende grad implementert siste versjon av meldingsstandard.
4.13.7	Manglende eierskap til e-meldinger

Vedlegg 4: Kilder

Oversikt over semi-strukturerte intervjuer, gruppeintervjuer, samtaler, demoer og hospitering hos brukerne.

ID	Beskrivelse	Dato
1	Forberedende møte med Helseplattformen AS	21.04.2023
2	Møte om tilganger, Helseplattformen AS	25.04.2023
3	Oppstartsmøte systemrevisjon med interessenter i Helseplattformen AS	27.04.2023
4	Møte med medisinskfaglig direktør i Helseplattformen om Helsetilsynets rapport, Helseplattformen AS	03.05.2023
5	Introduksjon til ServiceNow, Helseplattformen AS	03.05.2023
6	Introduksjon til Helseplattformens Kvalitetssystem, Helseplattformen AS	03.05.2023
7	Introduksjon til Epic og testmiljøer, Helseplattformen AS	04.05.2023
8	Informasjon om pågående initiativ for å redusere antall åpne saker i ServiceNow, Helseplattformen AS	04.05.2023
9	Introduksjon til rapporter og dashboards i ServiceNow, Helseplattformen AS	08.05.2023
10	Introduksjon til optimaliseringsarbeid for St. Olavs hospital HF, Helseplattformen AS	09.05.2023
11	Introduksjon til e-meldinger, Helseplattformen AS	09.05.2023
12	Møte med avdeling for Medisin og Analyse, Helseplattformen AS	10.05.2023
13	Forankringsmøte: Helse-Midt	15.05.2023
14	Forankringsmøte: Hemit	15.05.2023
15	Forankringsmøte: Trondheim kommune	15.05.2023
16	Møte om e-meldinger, Helseplattformen AS	15.05.2023
17	Møte med analytiker, Helseplattformen AS	15.05.2023

18	Møte om Home Care, Helseplattformen AS	15.05.2023
19	Møte om LMA, Helseplattformen AS	16.05.2023
20	Møte om Beacon/Ambulatory sykehus, Helseplattformen AS	16.05.2023
21	Forankringsmøte: Øya Legesenter	16.05.2023
22	Møte med fastlege, Øya Legesenter	22.05.2023
23	Møte med St. Olavs hospital HF	23.05.2023
24	Forankringsmøte: St. Olavs hospital HF	23.05.2023
25	Møte med PAS/Viderehenvising, Helseplattformen AS	25.05.2023
26	Møte med brukere: Trondheim kommune	26.05.2023
27	Møte om grunndata (legemiddel), Helseplattformen AS	26.05.2023
28	Møte om e-Meldinger, Helseplattformen AS	26.05.2023
29	Møte med fageksperter om Radiologi, St. Olavs hospital HF	31.05.2023
30	Møte om e-Meldinger og resultatrutning, St. Olavs hospital HF	31.05.2023
31	Observasjon på Kirurgisk Sengepost under forberedelse til visitt, St. Olavs hospital HF	31.05.2023
32	Introduksjon til prehospital journal – Ambulansetjenesten	31.05.2023
33	Observasjon og samtaler med brukere på Akuttmottaket, St. Olavs hospital HF	31.05.2023
34	Møte med fageksperter om kirurgisk arbeidsflyt, St. Olavs hospital HF	31.05.2023
35	E-postdialog: Designretningslinjer, Helseplattformen AS	01.06.2023
36	E-postdialog: Chart lock, Helseplattformen AS	02.06.2023
37	E-postdialog: utfordringer innen bildediagnostikk	05.06.2023
38	Møte med Epic	13.06.2023

39	Møte med Opplæringsteamet	14.06.2023
40	Møte med St. Olavs Hospital HF	14.06.2023
41	Møte om rapport, e-meldinger/kommunikasjon og radiologi, Helseplattformen AS	10.08.2023
42	Møte om «chart lock», Helseplattformen AS	15.08.2023
43	Møte om styringsinformasjon, St. Olavs Hospital HF	15.08.2023



Kontakt oss

Lars Torgersen

Executive Director

Tlf: +4740639271

lars.torgersen@kpmg.no



The information contained herein is of a general nature and is not intended to address the circumstances of any particular individual or entity. Although we endeavor to provide accurate and timely information, there can be no guarantee that such information is accurate as of the date it is received or that it will continue to be accurate in the future. No one should act on such information without appropriate professional advice after a thorough examination of the particular situation.

© KPMG AS and KPMG Law Advokatfirma AS, a member firm of the KPMG global organization of independent member firms affiliated with KPMG International Limited, a private English company limited by guarantee. All rights reserved.

The KPMG name and logo are trademarks used under license by the independent member firms of the KPMG global organization.