

Sluttrapport - Fase 2

Regional plan for bildediagnostikk

Prosjektleder	Edmund Søvik
Dato	11/02/2015
Versjonsnr.	1.0
Godkjent av	Styringsgruppen
Dato	16/02/2015



INNHOLDSFORTEGNELSE

1	INNLEDNING	4
1.1	PROSJEKTETS MANDAT.....	4
1.2	FREMDRIFTSPLAN.....	6
1.3	ORGANISERING	6
1.4	MØTEVIRKSOMHET.....	8
1.5	OPPSUMMERING FRA FASE 1.....	9
2	OPPSUMMERING	11
3	UTREDNINGSOMRÅDER	14
3.1	IKT	14
3.2	AKTIVITETSUTVIKLING OG FORDELING	19
3.3	VENTE- OG SVARTID.....	20
3.4	ORGANISERING AV TJENESTEN.....	22
3.5	BEMANNING OG VAKTORDNING	26
3.6	UTDANNING OG REKRUTTERING	29
3.7	UTSTYR OG INNKJØP	31
3.8	SAMARBEID MED PRIVATE AKTØRER.....	33
4	FELLES BILDEDIAGNOSTISK HELSEFORETAK.....	35
5	KONSEKVENSVURDERING AV ULIKE SCENARIER.....	37
6	FORSLAG TIL IMPLEMENTERINGSPLAN FOR TILTAK.....	38

1 Innledning

1.1 Prosjektets mandat

1.1.1 Bakgrunn

Helse Midt-Norge RHF har et sørge-for-ansvar for at befolkningen i regionen får gode og likeverdige spesialisthelsetjenester enten ved bruk av egne helseforetak eller ved kjøp fra private leverandører. Bildediagnostikk som fagområde utgjør et sentralt element innen diagnostikk og behandling. Bildediagnostikk er en viktig bidragsyter til å nå overordnede mål i helsetjenesten og skal bidra til effektive pasientforløp gjennom å gi best mulig grunnlag for medisinsk kliniske beslutninger.

Bruken av bildediagnostikk er stadig økende. Teknologien (utstyr, modaliteter og IKT) gir store muligheter for å utvikle metoder som sikrer god diagnostikk og behandling. Undersøkelsene som gjøres er en viktig del av den medisinske vurderingen ved å stille en diagnose, følge sykdomsforløpet og vurdere behandlingseffekter. Det utvikles nye behandlingsmetoder der bildediagnostikk er direkte involvert, f.eks. innen nevrologiske og karkirurgiske prosedyrer. Samtidig kan mye tyde på at ikke all bruk er like godt medisinsk begrunnet. Antall henvisninger til både private og offentlige aktører er økende. Bruk og prioritering av bildediagnostikk varierer i regionen og det er til dels store variasjoner i ventetider.

Krav til reduksjon i ventetider generelt og til raskere kreftutredning spesielt stiller skjerpede krav til hvordan vi utnytter den samlede kapasiteten innenfor bildediagnostikk i regionen. Dette mht. kompetanse, utstyr og lokaler. Bildediagnostikk er kompetanseintensivt og til dels svært kostnads(kapital) intensivt. Det er vesentlig å øke utnyttelsesgraden på maskinparken.

For å møte befolkningens behov legges det i Helse Midt-Norges LTP/LTB (langtidsplan- og budsjett) 2014 – 2019 vekt på å ha tilstrekkelige investeringer til medisinsk teknisk utstyr. Det er behov for å få oversikt over framtidige investeringsbehov i regionen. Prioritering og anskaffelse av medisinsk-teknisk utstyr i helseforetakene i regionen må gjøres på bakgrunn av en vurdering av behov sett opp mot medisinsk faglig utvikling.

Grenseoppgangen mot andre kliniske miljøer er i stadig utvikling, når det gjelder logistikk og pasientforløp, og sett opp mot medisinsk faglig utvikling. Behovet for både tradisjonelt og annet fagpersonell med spesifikk kompetanse er økende. Subspesialiseringen vil øke, det ser vi allerede i dag. Dette er utfordrende med hensyn til behovet for generell kompetanse. Oppbygging av kompetanse og forskningsaktivitet er nødvendig for å sikre at vi utnytter teknologien, og utvikler metoder og prosedyrer som øker faktagrunnlaget og sikkerheten for pasienten.

Helse Midt-Norge RHF må tilstrebe riktig bruk av bildediagnostikk og sikre likeverdig tilgjengelighet med god ressursutnyttelse i samhandling mellom offentlige og private aktører. Tjenesten må bygges opp på en slik måte at vi klarer å møte fremtidens utfordringer som sikrer god kvalitet og effektivitet i tjenesten, innenfor vedtatte økonomiske rammer. Dette er bakgrunnen for at det startes et arbeid med å utarbeide en regional plan for bildediagnostikk. Planen skal være retningsgivende i arbeidet med å videreutvikle fagområdet i regionen.

1.1.2 Hovedmål

Sikre riktig bruk av bildediagnostikk og likeverdig tilgjengelighet med god ressursutnyttelse i samhandling mellom offentlige og private aktører.

Delmål:

- Fase 1 skal sikre et eksakt og omforent faktagrunnlag som kan benyttes for å diskutere muligheter for samordning og samarbeid slik det står beskrevet i hovedmålet.
- Fase 2 skal utarbeide generelle forslag til bedre samordning og samarbeid innen utvalgte områder

1.1.3 Effektmål

Effektmål skal beskrive hva effekten er når prosjektets resultater er tatt i bruk.

- Bedre utnyttelse av maskinparken, økt daglig og ukentlig driftstid
- Bedre samhandling mellom de ulike radiologiske enhetene i HMN både i form av utnyttelse av kapasitet på tvers av sykehusene og at subspesialiseringen blir fordelt
- Private kommersielle tjenestetilbud benyttes slik at det samlede tilbudet i regionen dekker befolkningens behov med optimal ressursutnyttelse
- Utnytte privat kapasitet og teleradiologi på en enhetlig måte i HMN
- Frigjøre kapasitet for pasienter som trenger rask utredning og behandling
- For pasienter som ikke har rett til nødvendig helsehjelp skal ventetiden ikke overstige 6 uker på bildediagnostiske undersøkelser ved sykehusene i HMN
- Rett kompetanse på rett plass til rett tid
- Økt bruk av innovasjon innen prioriterte områder

1.1.4 Aktiviteter i Fase 2

Fase 2 skal på basis av grunnlaget fra Fase 1 operasjonalisere anbefalingene fra denne fasen slik at målsettingene med prosjektet oppnås. Det skal utarbeides et handlingsprogram som skal inneholde en beskrivelse av prosjektgruppens anbefalte tiltak inklusive forslag til implementeringsplan for tiltakene.

Fase 2 av prosjektet har fire delfaser som vises nedenfor:

1. Utarbeidelse av konkrete tiltak innen hvert område med forbedringspotensial
2. Overordnet vurdering av ulike tiltak ved bruk scenarioplanlegging
3. Verdi- og sannsynlighetsvurdering av anbefalte tiltak
4. Forslag til en implementeringsplan for tiltakene (regional handlingsplan for bildediagnostikk)

1.1.5 Kritiske suksessfaktorer

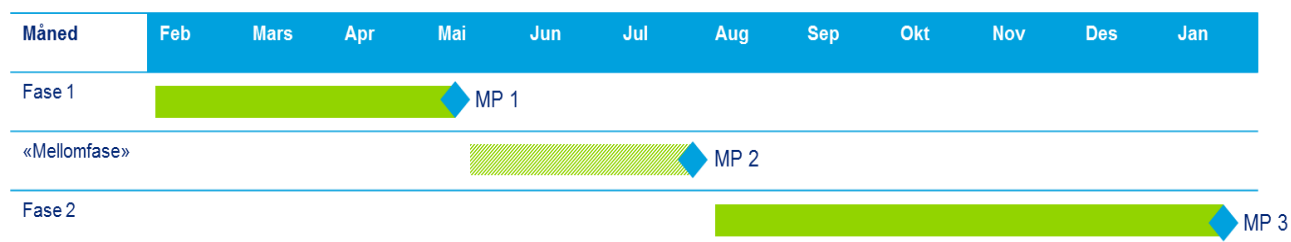
- Tett involvering av de aktuelle fagmiljøene og øvrige interessenter gjennom hele prosjektet for å sikre forankring og eierskap
- Prosjektet er avhengig av faste kontaktpersoner fra fagmiljøene
- Tilgjengelige relevante data for analyse

1.2 Fremdriftsplan

Prosjektet er delt i to faser, hvorav fase 1 ble avsluttet i mai 2014 med en delrapport som beskriver dagens situasjon innen prioriterte områder, prosjektgruppens vurdering av situasjonen og identifikasjon av områder med forbedringspotensial.

Fase 2 skal strekke seg over ca. 6 måneder fra august 2014 og avsluttes med en handlingsplan som skal leveres februar 2015.

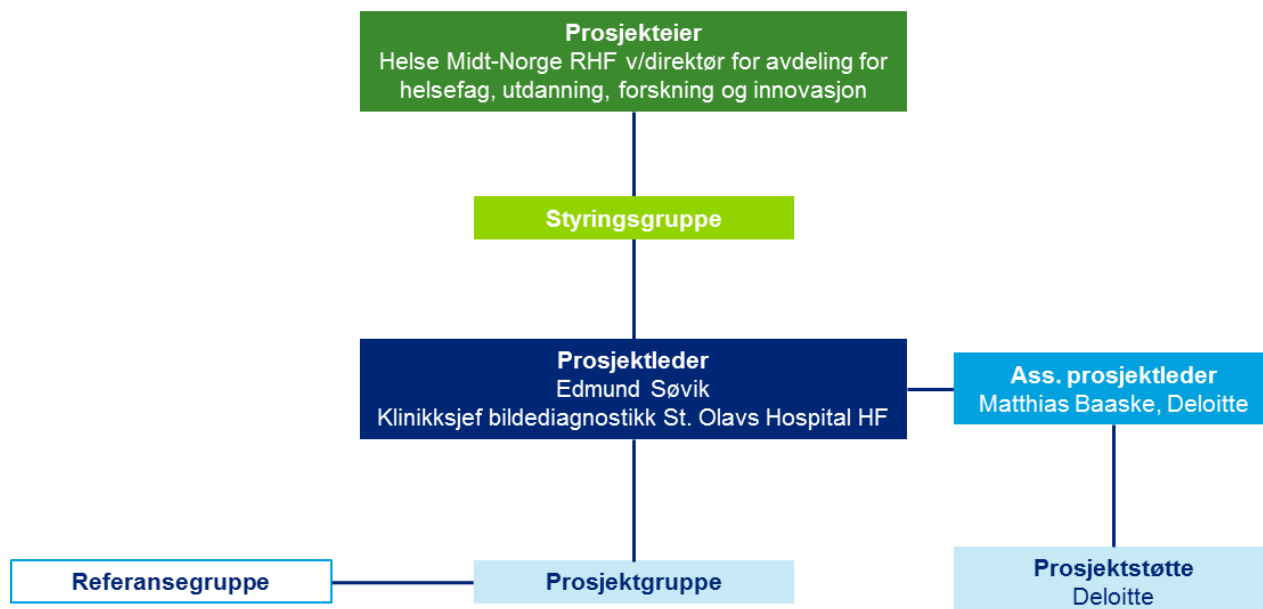
Figuren nedenfor gir en overordnet oversikt over fremdriftsplan og sentrale milepæler i prosjektet.



1.3 Organisering

Prosjektet eies av Helse Midt-Norge RHF v/fagdirektør for Avdeling for helsefag, utdanning, forskning og innovasjon. Prosjektleder er klinikkssjef Edmund Søvik, klinikk for bildediagnostikk, St. Olavs Hospital HF.

Prosjektorganisering er skissert i figuren nedenfor.



1.3.1 Prosjekteierskap

Følgende eierskap er definert for prosjektet:

Rolle	Navn	Enhet
Prosjekteier	Kjell Åsmund Salvesen	Helse Midt-Norge RHF

1.3.2 Prosjektgruppe

Følgende prosjektgruppe er etablert for prosjektet:

Rolle	Navn	Enhet
Prosjektleder	Edmund Søvik	Klinikkssjef bildediagnostikk St. Olavs Hospital HF
Medlem	Bo Christian Frederiksen	Avd.leder/radiograf i Namsos
Medlem	Gunnvor Opheim Brandseth	Avdelingsleder/Radiograf HNT (Levanger)
Medlem	Gørill Skatvold	Avdelingssjef/Radiograf (St. Olav)
Medlem	Hans Martin Holden	Overlege HNT (Levanger)
Medlem	Inge Lode	Avdelingssjef/overlege HMR (Ålesund)
Medlem	Jenni Mari Dimmen	Medisinsk fysiker HMR
Medlem	Karin Isaksen Steen	HMN
Medlem	Kjell-Inge Gjesdal	Sunnmøre MR-klinikk AS
Medlem	Knut Korsbrekke	Curato AS
Medlem	Marianne Leirdal Stokkan	Avdelingssjef/Fysiker- Nukleærmedisin St Olav
Medlem	Monica Ødegård	Medisiner (HMR)
Medlem	Morten Troøyen	Avdelingsoverlege St. Olav (Avdelingsleder)
Medlem	Svein Arild Eikemo	Seksjonsleder/Radiograf HMR (Molde)
Medlem	Thomas Keil	Nukleærmedisiner St. Olav
Medlem	Martin Holte	Fastlege
Ass. prosjektleder	Matthias Baaske	Deloitte
Medlem	Hein Enger Halvorsen	Deloitte

1.3.3 Styringsgruppe

Følgende styringsgruppe er etablert for prosjektet:

Rolle	Navn	Enhet	Kommentar
Leder	Kjell Åsmund Salvesen	Fagdirektør fra HMN RHF	Prosjekteier
Medlem	Reidar Tessem	HMN RHF	Prosjekteiers stedfortreder
Medlem	Edmund Søvik	Klinikkssjef bildediagnostikk St. Olavs Hospital HF	Prosjektleder
Medlem	Ellen Wøhni	Medlem fra regionalt tillitsvalg	
Medlem	Karin Isaksen Steen	HMN RHF	
Medlem	Ole Stokke	Medlem fra regionalt tillitsvalg	
Medlem	Per Skjei	Medlem fra regionalt brukerutvalg	
Medlem	Randulf Søberg	Medlem fra regionalt tillitsvalg	
Medlem	Sissel Moksnes Hegdal	Klinikkssjef/leder HNT	
Medlem	Svanhild Tranvåg	Klinikkssjef/leder HMR	
Medlem	Matthias Baaske	Deloitte	Ass. prosjektleder
Medlem	Hein Enger Halvorsen	Deloitte	

1.4 Møtevirksomhet

Følgende møter er avholdt i prosjektets andre fase:

Dato	Type møte	Aktivitet
18.08.2014	Styringsgruppe	Forankring av mandat og fremdriftsplan
01.09.2014	Prosjektgruppe	Gjennomgang av mandat, fremdriftsplan og aktiviteter. Organisering av tjenesten.
23.09.2014	Prosjektgruppe	Organisering av tjenesten og Vente- og svartid.
13.10.2014	Prosjektgruppe	IKT og Vente- og svartid.
27.10.2014	Prosjektgruppe	IKT, Vente- og svartid, Bemanning og vaktordning og Utdanning og rekruttering
10.11.2014	Prosjektgruppe	Bemanning og vaktordning, Utdanning og rekruttering, Utstyr og innkjøp, samt Samarbeid med private.
08.12.2014	Prosjektgruppe	Regionalt helseforetak for bildediagnostikk
10.12.2014	Styringsgruppe	Status for prosjektet
26.01.2015	Prosjektgruppe	Gjennomgang av rapportutkast
09.02.2015	Prosjektgruppe	Gjennomgang av rapportutkast
16.02.2015	Styringsgruppe	Godkjenning av prosjektgruppens sluttrapport for Fase 2

1.5 Oppsummering fra Fase 1

På oppdrag av Helse Midt-Norge RHF skal prosjektgruppen levere en rapport som inneholder beskrivelse av dagens situasjon, identifikasjon av områder med forbedringspotensial, samt en beskrivelse av fremtidig behov og hvilke faktorer som påvirker utviklingen.

Prosjektgruppen har i dialog med styringsgruppen foretatt en prioritering av områder og aktiviteter det er mest formålstjenlig å fokusere på. De ulike områdene er i rapporten beskrevet og utredet i ulikt omfang. Prosjektgruppen har vektlagt følgende områder i sitt arbeid:

- IKT
- Aktivitetsutvikling og fordeling
- Vente- og svartid
- Organisering av tjenesten
- Vaktordning, utdanning og rekruttering
- Bemanning
- Utstyr og innkjøp
- Samarbeid med private og andre aktører

Generelt er etterspørselen etter bildediagnostiske tjenester stadig økende og vanskelig å styre. Utviklingen går mot flere og mer komplekse undersøkelser. Dette har skapt et økt press på de bildediagnostiske avdelingene i Helse Midt-Norge. Tilbudet er lett tilgjengelig og uten økonomiske konsekvenser for henviser eller pasient. Hyppigere bruk av bildediagnostiske tjenester gir som kjent flere tilfeldige funn, incidentalom, som igjen kan generere behov for nye undersøkelser. Samtidig kan mye tyde på at ikke all bruk er like godt medisinsk begrunnet. Det forventes en ytterligere vekst innenfor bildediagnostikken i de kommende årene. Blant annet som følge av økt bevissthet om valg av behandlingstilbud og økt kunnskap om sykdommer i befolkningen. Videre vil nye behandlingsmuligheter og en voksende befolkning med bedret overlevelse medføre behov for flere kontroller. I regionen er det vesentlige forskjeller mellom fylkene når det gjelder bruk av CT og MR. Hva som er et riktig nivå for bruk av bildediagnostikk er imidlertid vanskelig å fastslå da prosjektet ikke har kartlagt hvilken effekt økt bruk av bildediagnostikk har på levekårsforhold. Økt legetetthet, andre autoriserte helsearbeidere med henvisningsrett, samt ulik henvisningspraksis kan bidra til å forklare forskjellen i bruken av bildediagnostiske tjenester i noen fylker.

Videre har regionen hatt utfordringer med lange ventetider, spesielt innenfor MR. Lange ventetider medfører i noen tilfeller modalitetsglidning der andre modaliteter benyttes fordi det ikke er tilstrekkelig kapasitet på utstyret. En slik praksis kan medføre økt strålebelastning for befolkningen og gi lavere diagnostisk presisjon. Hvordan systemene mellom helseforetakene og de private institusjonene kommuniserer med hverandre er en annen utfordring. Sømløs kommunikasjon antas å kunne gi store økonomiske gevinster og et bedre tilbud til pasientene i regionen. Felles prosesser rundt innkjøp av medisinsk teknisk utstyr er et annet område med forbedringspotensial som også antas å gi vesentlige økonomiske gevinster.

Det er i praksis lite samarbeid mellom de ulike helseforetakene i regionen og mellom helseforetakene og private institutt. Dette medfører ulike prosedyrer og arbeidsmetodikk som også kan medføre unødige dobbeltundersøkelser. I utgangspunktet er det ønskelig at alle undersøkelser utføres likt. Ulik utstyr og ulik praksis blant radiologer gjør dette krevende.

Gjennom arbeidet har prosjektgruppen konkludert med at det er flere potensielle forbedringsområder. Tabellen nedenfor oppsummerer prosjektgruppens vurdering av forbedringspotensial for de kartlagte områdene. Disse områdene vil utredes nærmere i prosjektets neste fase. Fase 2 skal på basis av grunnlaget fra fase 1 blant annet komme med en prioritert liste over forbedringstiltak innen bildediagnostikk i Helse Midt-Norge RHF. Det henvises ellers til de områdenes respektive kapitler for en grundigere beskrivelse av området.

Vurdering av forbedringspotensial for kartlagte områder	Svært lite	Lite	Noe	Stort	Svært stort
IKT					
AKTIVITETSUTVIKLING OG FORDELING					
VENTE- OG SVARTID					
ORGANISERING AV TJENESTEN					
BEMANNING OG VAKTORDNING					
UTDANNING OG REKRUTTERING					
UTSTYR OG INNKJØP					
SAMARBEID MED ANDRE					
Identifisert forbedringspotensial					
	Svært lite	Lite	Noe	Stort	Svært stort

Figur 1: Prosjektgruppens vurdering av forbedringspotensial for kartlagte områder i prosjektet

2 Oppsummering

Gjennom møtene i prosjektets andre fase har prosjektgruppen utviklet tiltak innenfor en rekke områder som ble beskrevet og kartlagt i Delrapport - Fase 1 fra 04. juni 2014.

Prosjektgruppen har gjennom sitt arbeid hatt fokus på å utvikle tiltak som vil styrke fagmiljøene i Helse Midt-Norge, bidra til bedre samarbeid og koordinering av de bildediagnostiske tjenestene, samt bidra til en bedre og mer effektiv ressursutnyttelse på tvers i regionen. Tiltakene vil etter prosjektgruppens vurdering bidra til et mer helhetlig og robust pasienttilbud i hele Helse Midt-Norge RHF.

Den følgende listen gir en oversikt over tiltak som prosjektgruppen har identifisert innenfor hvert av de kartlagte områdene:

Nr.	Område	Tiltaksbeskrivelse
1.1	IKT	Tilrettelegging for økt elektronisk kommunikasjon mellom helseforetakene og private/andre aktører
1.2	IKT	Innføring av bærbare hjemmegranskningsstasjoner med regionale krav og standarder til program- og maskinvare
1.3	IKT	Direkte tilgang på RIS/PACS support
1.4	IKT	Innføring av varsling og sekundærvisning av timebøker internt i sykehusene
1.5	IKT	Innføring av timebestilling i EPJ
1.6	IKT	Vurdere samling av informasjon om det bildediagnostiske tilbudet i Helse Midt-Norge under én paraply
1.7	IKT	Tildeling av instruksjonsmyndighet til systemeier overfor IKT-leverandør i nærmere definerte situasjoner
1.8	IKT	Sekundærvisning av timebestilling for fastleger
3.1	Vente- og svartid	Tilføring av friske midler for å finansiere økt bemanning som kan betjene utvidede åpningstider
4.1	Organisering av tjenesten	Opprette et fagledernetverk for bildediagnostikk i Helse Midt-Norge med beslutningsmyndighet internt i regionen
4.2	Organisering av tjenesten	Utarbeidelse av klare retningslinjer og kriterier for hva som skal ligge til grunn for en bildediagnostisk undersøkelse innen de største volumområdene
4.3	Organisering av tjenesten	Tilrettelegging for økt kunnskap om bildediagnostikk blant henvisere av bildediagnostiske undersøkelser
4.4	Organisering av tjenesten	Inngåelse av samarbeidsavtaler på tvers av helseforetakene i Midt-Norge
4.5	Organisering av tjenesten	Etablering av et felles henvisningsmottak i regionen
4.6	Organisering av tjenesten	Etablering av felles prosedyreverk
5.1	Bemanning og vaktordning	Felles vaktskift for LIS mellom kl. 22:00 og 07:00 på tvers av sykehus/helseforetak
5.2	Bemanning og vaktordning	Etablere spesialiserte vaktskift for radiografer for enkelte modaliteter
5.3	Bemanning og vaktordning	Igangsettelse av arbeid lokalt for å vurdere mulighet for vertikal og/eller horisontal oppgaveforskyvning

Nr.	Område	Tiltaksbeskrivelse
6.1	Utdanning og rekruttering	Legge til rette for økt kunnskap om bildediagnostikk i legeutdanningen innad i foretaket
6.2	Utdanning og rekruttering	Bedret rekruttering gjennom mer strukturert samarbeid og robuste fagmiljøer
7.1	Utstyr og innkjøp	Innføring av rullerende investeringsbudsjett
7.2	Utstyr og innkjøp	Vurdere mulighet for leasing av utstyr
7.3	Utstyr og innkjøp	Etablere felles innkjøpsfunksjon for MTU for bildediagnostikk
8.1	Samarbeid med private aktører	Foreta enkelte justeringer i avtaleverket med private bildediagnostiske institusjoner
8.2	Samarbeid med private aktører	Private bidrag innenfor radiografutdanningen
9.1	Overordnet	Felles bildediagnostisk helseforetak

Det understrekes at tiltakene kun i begrenset grad vil bidra til å styre aktivitetsnivået og aktivitetsutviklingen innenfor de bildediagnostiske enhetene. Befolkningen er i vekst, gjennomsnittlig levealder øker og overlevelsesraten fra sykdommer blir stadig bedre. Pasienter får økt kunnskap og setter stadig høyere krav til helsevesenet. I fremtiden forventes det en økning i aktivitet for pasienter med sykdommer og lidelser som i dag ikke får et behandlingstilbud. Utviklingen ligger utenfor de bildediagnostiske enhetenes kontroll, men legger faget under et betydelig press ved at etterspørselen etter flere og mer avanserte bildediagnostiske undersøkelser øker. Dette gir videre krav om lengre åpningstider som gjør at de bildediagnostiske enhetene er helt avhengig av å få tilført friske midler for å holde tritt med utviklingen. For en nærmere beskrivelse av aktivitetsnivået og aktivitetsutviklingen henvises det til prosjektgruppens rapport fra fase 1.

Med bakgrunn i de identifiserte tiltakene foretok prosjektgruppen en konsekvensvurdering av følgende tre scenarier:

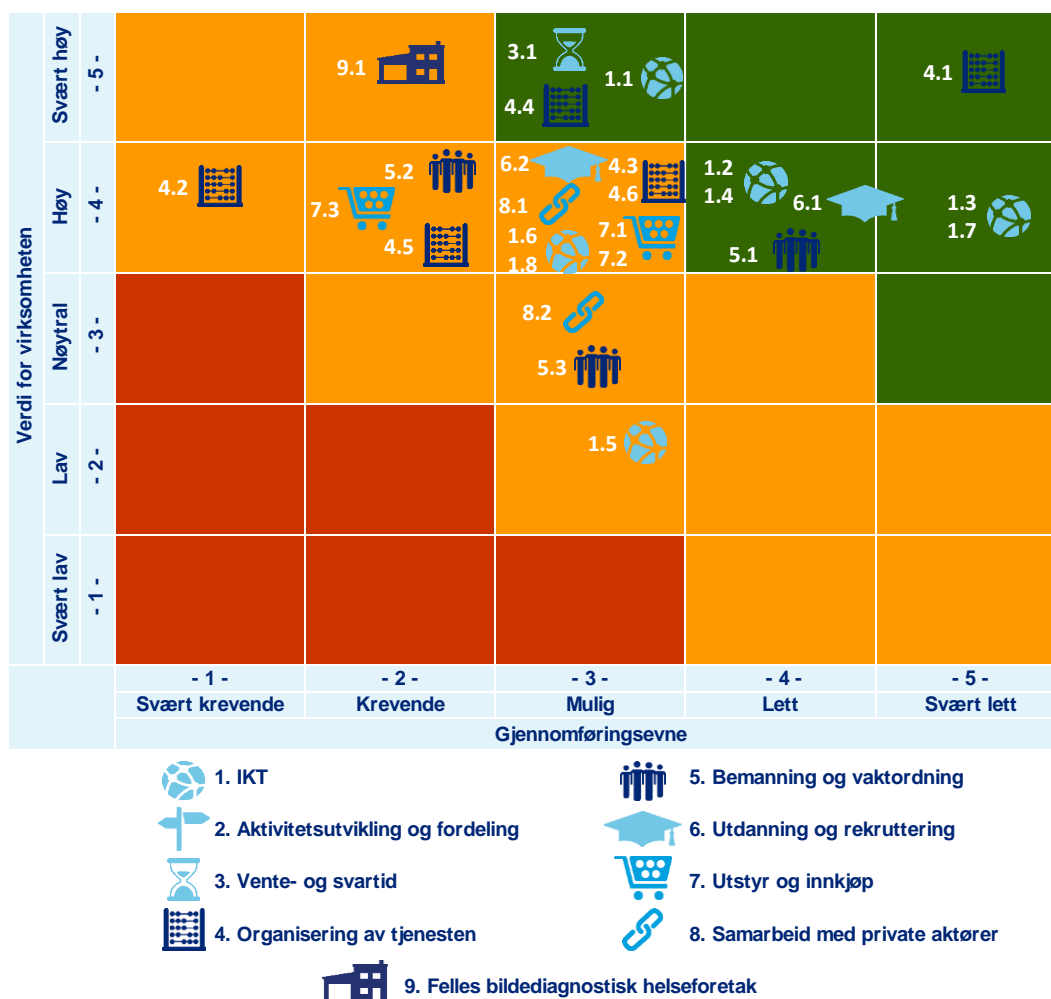
1. Dagens situasjon uten innføring av ytterligere tiltak
2. Gjennomføring av prosjektgruppens tiltak uten et felles bildediagnostisk helseforetak
3. Gjennomføring av prosjektgruppens tiltak med et felles bildediagnostisk helseforetak

Etter en overordnet vurdering av de ulike scenariene var prosjektgruppens konklusjon at en felles organisatorisk enhet for bildediagnostikk med ansvar for hele det bildediagnostiske tilbudet i regionen fremstår som mest hensiktsmessig.

Et felles helseforetak vil være i stand til å fordele regionens ressurser mer effektivt, bidra til tettere samarbeid og økt samordning på tvers, samt sikre større og mer robuste fagmiljø. En felles organisatorisk enhet kan bygge opp det bildediagnostiske tilbudet etter felles prosedyrer og faglige retningslinjer, samt legge til rette for felles og mer koordinerte innkjøpsprosesser av MTU for bildediagnostikk. Prosjektgruppen betrakter det som krevende å få oppslutning om tiltaket da det regionale helseforetaket har begrenset styringsrett over helseforetakene i regionen. Prosjektgruppens vurdering er at en felles organisatorisk enhet vil gjøre det vesentlig enklere å implementere en rekke av tiltakene i rapporten sammenlignet med alternativet om implementering av tiltakene basert på inngåelse av frivillige samarbeidsavtaler mellom helseforetakene.

Det anbefales i første omgang å gjennomføre et pilotprosjekt mellom St. Olavs Hospital HF og Helse Nord-Trøndelag med et utvalg fokusområder. Det bør gjennomføres en grundig evaluering og vurdering av pilotprosjektet i etterkant før det vurderes hvorvidt en felles organisatorisk enhet for bildediagnostikk kan fungere tilfredsstillende for hele regionen.

Det ble foretatt en verdi- og sannsynlighetsvurdering av de identifiserte tiltakene i prosjektet. Verdi- og sannsynlighetsvurderingen kan oppsummeres i den følgende figuren:



Det anbefales generelt at tiltakene som er vurdert som lett eller svært lett å gjennomføre og som har en høy eller svært høy verdi (tiltak i de grønne feltene) for virksomheten implementeres først. En mer detaljert implementeringsplan for tiltakene er beskrevet nærmere i kapittel 6: Forslag til implementeringsplan for tiltakene.

3 Utredningsområder

I dette kapitlet følger en oppsummering av de ulike områdene som er gjennomgått i prosjektgruppmøtene. For hvert område har prosjektgruppen identifisert en rekke forbedringstiltak. For en nærmere beskrivelse av nå-situasjonen henvises det til prosjektgruppens delrapport fra Fase 1.

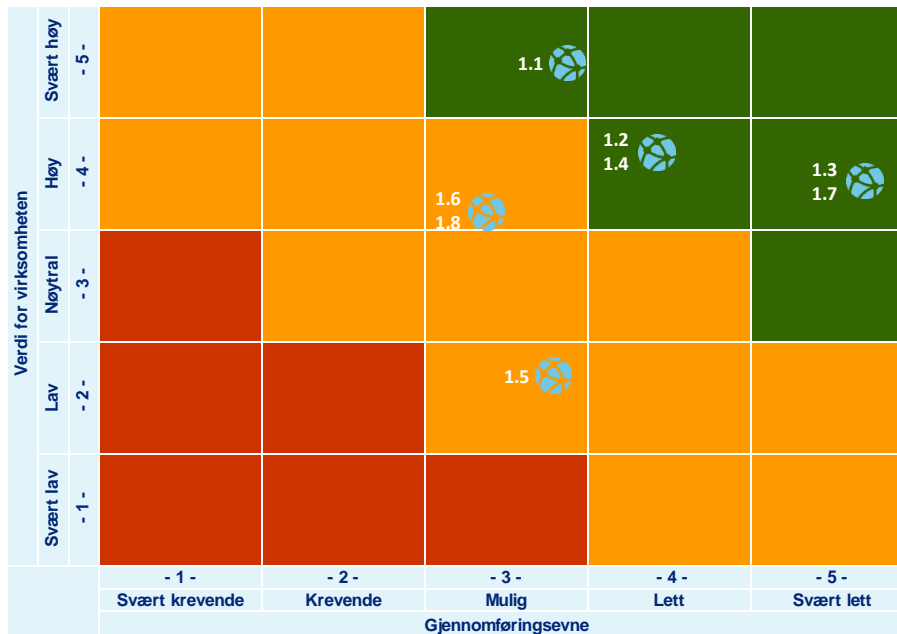
3.1 IKT

I Fase 1 av prosjektet ble IKT-området innenfor bildediagnostiske tjenester i Helse Midt-Norge beskrevet og prosjektgruppen foretok en vurdering av områder med forbedringspotensial. I det følgende kapitlet blir prosjektgruppens identifiserte forbedringstiltak innenfor IKT-området beskrevet grundigere. I tillegg gjøres en verdi og sannsynlighetsvurdering av tiltakene.

Prosjektgruppen har identifisert følgende tiltak innenfor IKT-området:

- 1.1 Tilrettelegging for økt elektronisk kommunikasjon mellom helseforetakene og private/andre aktører
- 1.2 Innføring av bærbar hjemmegranskningsstasjoner med regionale krav og standarder til program- og maskinvare
- 1.3 Direkte tilgang på RIS/PACS support
- 1.4 Innføring av varsling og sekundærvisning av timebøker internt i sykehusene
- 1.5 Innføring av timebestilling i EPJ
- 1.6 Vurdere samling av informasjon om det bildediagnostiske tilbudet i Helse Midt-Norge under én paraply
- 1.7 Tildeling av instruksjonsmyndighet til systemeier overfor IKT-leverandør i nærmere definerte situasjoner
- 1.8 Sekundærvisning av timebestilling for fastleger

Tiltakene er verdi- og sannsynlighetsvurdert i henhold til den følgende figuren:



På de følgende sidene er en grundigere beskrivelse av de identifiserte tiltakene innenfor IKT-området.

Tiltak 1.1: Tilrettelegging for økt elektronisk kommunikasjon mellom helseforetakene og private/andre aktører

I dag er det ingen elektronisk kommunikasjon mellom de private aktørene og helseforetakene i Helse Midt-Norge. Kommunikasjonen foregår i all hovedsak på faks og CD. Det er en målsetting å oppnå full elektronisk kommunikasjon mellom disse aktørene, noe som antas å forenkle arbeidshverdagen betydelig.

Det vil i løpet av høsten 2014 komme en løsning for utveksling av bildeinformasjon mellom helseforetak og private aktører. Løsning for kommunikasjon av henvisnings- og svarinformasjon (RIS) vil komme på et senere tidspunkt. Hemit planlegger å foreta en programvareoppdatering av RIS i løpet av første kvartal 2015. Når programvareoppdateringen er foretatt vil det være teknisk mulig å oppnå full elektronisk kommunikasjon mellom ulike helsetilbydere og på tvers av ulike system ved hjelp av en løsning levert av selskapet Sectra.

Prosjektgruppen ser ingen særlig besparelse ved at det tilrettelegges for enkel elektronisk kommunikasjon av bilder i og med at henvisnings- og svarinformasjon fortsatt må fakses og skannes inn i systemene. Det er derfor ønskelig med en komplett løsning. Prosjektgruppen vurderer det likevel som hensiktsmessig at den tekniske løsningen for bildeoverføring implementeres så tidlig som mulig. Helseforetakene kan selv avgjøre om de vil benytte seg av løsningen og i tillegg kan løsningen testes ut før RIS kobles opp.

Gjeldene forskrifter og lovverk gjør fullautomatisert kommunikasjon på tvers av virksomheter krevende. Dersom det foreligger en medisinsk faglig begrunnelse kan pasientinformasjon i dag «pushes» over til andre aktører. Automatikk med å hente pasientinformasjon er foreløpig ikke tillatt i Norge. En ny forskrift som skal regulere adgangen til å gi helsepersonell tilgang til helseopplysninger i pasientjournaler og andre behandlingsrettede helseregistre mellom virksomheter er imidlertid ute på høring.

Prosjektgruppen mener det har vært en dårlig sentral koordinering for å sikre god og effektiv kommunikasjon mellom tilbydere av helsetjenester. Hver region har egne løsninger som er krevende å koble sammen, noe som har ført til at prosessen med sømløs kommunikasjon tar tid. Prosjektgruppen ser det som ønskelig at det kommer sentrale føringer og krav for å sikre at systemer kommuniserer godt sammen.

Prosjektgruppen er tilfreds med at full elektronisk kommunikasjon mellom helseforetak og private aktører antakelig vil være implementert i løpet av 2015. Dette har vært et forbedringsområde i lang tid. I og med at det er igangsatt et arbeid ser ikke prosjektgruppen behov for å utvikle ytterligere forbedringstiltak innen dette området. Tiltaket ble vurdert som **mulig å gjennomføre med svært høy verdi.**

Tiltak 1.2: Innføring av bærbare hjemmegranskningsstasjoner med regionale krav og standarder til program- og maskinvare

Prosjektgruppen vurderer dagens arbeidsstasjoner for hjemmegranskning som lite brukervennlige. Det er ønskelig at det utvikles regionale krav og standarder til program- og maskinvare, samt overgang til bærbare datamaskiner. Hemit vurderer det som kostbart og ikke ønskelig med fysisk support hjemme. Prosjektgruppen deler dette synet, men mener det bør legges til rette for fjernhjelp. Dersom stasjonene blir bærbare vil behovet for fjernhjelp antakeligvis reduseres ved at maskinene enkelt kan medbringes fysisk til supportavdelingen. Videre er det i dag ingen retningslinjer på hvor raskt en hjemmegranskningsstasjon skal få support, noe som bør på plass i løpet av kort tid. Enkelte medlemmer av prosjektgruppen har også et sterkt ønske om løsninger på andre plattformer, som for eksempel nettbrett og mobiltelefoner. Gransking på andre mobile plattformer ble vurdert som et mulig langsiktig tiltak. Prosjektgruppen vurderer det imidlertid som foreløpig lite hensiktsmessig å granske bilder på mobile plattformer.

Tiltaket med innføring av bærbare hjemmegranskningsstasjoner med regionale krav og standarder til program- og maskinvare vurderes som **lett å gjennomføre** med **høy verdi**.

Tiltak 1.3: Direkte tilgang på RIS/PACS support

Det er utfordringer med kompetansen på førstelinjesupporten i Hemit. Representant fra Hemit har tidligere oppgitt at hovedkravene nås jevnt over, men viser til at noen enkeltsaker blir gamle. Generelt er prosjektgruppen fornøyd med andrelinjesupporten for RIS/PACS.

Prosjektgruppen vurderer tilgjengeligheten på support som generelt god, men det er ofte utfordrende å komme i kontakt med rett person. For enklere å komme i kontakt med personer med kompetanse innen RIS/PACS er det ønskelig med en egen tast i menyen på supporttelefonen som gjelder RIS/PACS henvendelser.

Den tekniske muligheten for å opprette direkte tilgang til RIS/PACS support vurderes som **svært lett å gjennomføre** med **høy verdi**.

Tiltak 1.4: Innføring av varsling og sekundærvisning av timebøker internt i sykehusene

Sekundærvisning av timebøker innebærer at tidspunkt for undersøkelser synliggjøres for andre aktører internt i sykehuset. Dette muliggjør samkjøring av undersøkelser for pasienter i større grad enn tidligere. I tillegg vil problematikk omkring avbestilling/ombooking kunne unngås. Dersom pasienter i dag får endret time på poliklinikk betyr ikke dette nødvendigvis at time for bildediagnostisk undersøkelse endres i og med at det ikke er noen enkel måte å koordinere dette på. Dersom det legges til rette for varsling og sekundærvisning av timer for undersøkelser vil det være enklere å koordinere slike avbestillinger. Helse Nord skal i løpet av kort tid implementere løsningen.

Tiltaket vurderes som **lett å gjennomføre** med **høy verdi**.

Tiltak 1.5: Innføring av timebestilling i EPJ

Løsningen legger til rette for at aktører med tilgang på EPJ kan bestille bildediagnostiske undersøkelser i dette systemet. Bestillingen sendes direkte fra EPJ til RIS. Løsningen kan være aktuell for enkle bildediagnostiske undersøkelser i spesialisthelsetjenesten.

Curato har nettopp åpnet for bestilling av timer på internett hvor omkring halvparten av undersøkelsene kan bookes online. Dette gjelder blant annet rtg thorax og skjelettundersøkelser, samt enkelte MR-undersøkelser. De fleste undersøkelsene er relativt enkle og en slik løsning antas å redusere merarbeid knyttet til timebestilling for disse undersøkelsene.

Medlemmene i prosjektgruppen ser at løsningen kan gi noen gevinster i form av mindre administrasjon rundt timebestilling. For de undersøkelsene som vurderes som aktuelle for sentralisert timebestilling i spesialisthelsetjenesten er det i prinsippet drop-in i dag. Volumet i de undersøkelsene som ikke har drop-in, men som kunne være aktuelle for sentralisert timebestilling, er relativt lite. De fleste medlemmene av prosjektgruppen mener derfor at det ikke er hensiktsmessig å sentralisere timebestillingen for enkle undersøkelser i spesialisthelsetjenesten. Tyngre bildediagnostiske undersøkelser er ikke egnet for sentralisert timebestilling.

At enkelte bildediagnostiske undersøkelser i spesialisthelsetjenesten har drop-in er ikke godt nok kommunisert til primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten har sendt ut informasjon om dette tidligere, men det bør kommuniseres på nytt. Hvilke bildediagnostiske undersøkelser som har drop-in varierer mellom de ulike sykehusene, men de fleste har drop-in på rtg thorax og enkelte skjelettundersøkelser. Prosjektgruppen mener tilrettelegging for god kommunikasjon mellom aktørene i regionen er viktig og dette foreslås som et nytt tiltak.

Flertallet av prosjektgruppen vurderer det som ikke hensiktsmessig å gå videre med tiltaket om sentralisert timebestilling i spesialisthelsetjenesten. Tiltaket ble vurdert som **mulig å gjennomføre med lav verdi**.

Tiltak 1.6: Vurdere samling av informasjon om det bildediagnostiske tilbudet i Helse Midt-Norge under én paraply

Det er krevende for fastlegene å holde seg orientert om det bildediagnostiske tilbudet i Helse Midt-Norge. Den generelle opplevelsen er at det er mange informasjonskanaler å forholde seg til. Fastlegene ser det blant annet som krevende å finne relevant informasjon om det bildediagnostiske tilbudet som knytter seg til ventetider, svartider og hvilke modaliteter de private aktørene tilbyr. Videre er det ikke kommunisert godt nok at spesialisthelsetjenesten har drop-in på enkelte bildediagnostiske undersøkelser. Flyten av informasjon mot fastlegene må derfor samordnes langt bedre enn i dag. Prosjektgruppen foreslår at informasjonen om det bildediagnostiske tilbudet i Helse Midt-Norge samles under én paraply. Dersom det virker hensiktsmessig å vise til relevante nettsider vedrørende det bildediagnostiske tilbudet i regionen gjennom linker bør dette vurderes.

Det vurderes videre som hensiktsmessig å koble opp intern informasjon om bildediagnostikk for helseforetakene i regionen mot paraplyen, blant annet lenker til prosedyrer i EQS m.m. Prosjektgruppen mener derfor at det er hensiktsmessig å samle all informasjon om det bildediagnostiske tilbudet i Helse Midt-Norge under én paraply.

Tiltaket vurderes å være av **høy verdi** og **mulig å gjennomføre**.

Tiltak 1.7: Tildeling av instruksjonsmyndighet til systemeier overfor IKT-leverandør i nærmere definerte situasjoner

I enkelte tilfeller kan IKT-problemer medføre økt risiko for pasientenes sikkerhet. Prosjektgruppen vurderer det som nødvendig å innføre en kommando/instruktør-funksjon til systemeier over leverandør av IKT-tjenester. En instruksmyndighet medfører at IKT-leverandør må prioritere og forholde seg til en eventuell henvendelse fra systemeier i særlig akutte tilfeller. En slik kommando/instruktør-funksjon vil bidra til økt pasientsikkerhet ved at personer med medisinsk ansvar får styringsrett over leverandør av tekniske løsninger. Prosjektgruppen antar at det i svært få tilfeller vil være nødvendig å benytte seg av en slik funksjon, men vurderer det som svært viktig i enkelte tilfeller. En slik kommando/instruktør-funksjon må være forankret i avtaleverket mellom leverandør av IKT-tjenester og systemeiere.

Tiltaket vurderes å være av **høy verdi** og **svært lett å gjennomføre**.

Tiltak 1.8: Sekundærvisning av timebestilling for fastleger

Mange pasienter har i dag parallelle behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten. Ved implementering av et nytt EPJ-system i Midt-Norge mener prosjektgruppen at det bør sikres kommunikasjon med primærhelsetjenesten slik at fastlegene får tilgang til pasientens øvrige behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten. På denne måten kan behandlingsforløpene samkjøres i større grad enn i dag, noe prosjektgruppen vurderer som hensiktsmessig.

Tiltaket vurderes å være av **høy verdi** og **mulig å gjennomføre**.

3.2 Aktivitetsutvikling og fordeling

Prosjektgruppen er av den oppfatning at bildediagnostiske enheter i liten grad kan påvirke aktivitetsnivået innenfor bildediagnostikk. Bildediagnostiske undersøkelser utføres på henvisning fra aktører i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Aktiviteten genereres av disse aktørene og de bildediagnostiske enhetene har begrenset mulighet for å påvirke aktørenes atferd. Det antas at etterspørselen for bildediagnostiske undersøkelser også vil øke i fremtiden, både med tanke på kvantitet og kompleksitet. Dette skyldes en stadig voksende og aldrende befolkning med økt behov for helsehjelp. Prosjektgruppen antar at standardisering av behandlingsforløp kan bidra til en viss styring av aktiviteten, men slike behandlingsforløp vil begrense fleksibiliteten og kapasiteten ved de bildediagnostiske enhetene ved at timer til bildediagnostiske undersøkelser må holdes av til behandlingsforløpene. Videre velger pasienter i stor grad selv hvor de vil ha utført sine undersøkelser og pasientenes frihet og rett til å velge vil øke i fremtiden. På bakgrunn av dette vurderte prosjektgruppen det slik at bildediagnostiske enheter har få muligheter for å styre aktivitetsutviklingen og fordelingen i regionen. **Det ble derfor ikke utviklet noen egne tiltak innenfor dette området.** Det understrekes at de andre tiltakene identifisert i rapporten allikevel kan bidra til å styre aktiviteten i begrenset grad.


3.3 Vente- og svartid

Prosjektgruppens delrapport i Fase 1 gir en grundig oversikt over vente- og svartidsdata for bildediagnostiske undersøkelser. Prosjektgruppen har identifisert ett tiltak innenfor området vente- og svartid. I dette kapitlet blir tiltaket beskrevet, samt verdi og sannsynlighetsvurdert.

Prosjektgruppen har identifisert følgende tiltak innenfor Vente- og svartid:

- 3.1 Tilføring av friske midler for å finansiere økt bemanning som kan betjene utvidede åpningstider

Tiltaket er verdi- og sannsynlighetsvurdert i henhold til den følgende figuren:

Verdi for virksomheten	Svært høy			3.1 		
	Høy					
	Nøytral					
	Lav					
	Svært lav					
		- 1 - Svært krevende	- 2 - Krevende	- 3 - Mulig	- 4 - Lett	- 5 - Svært lett
Gjennomføringsevne						

På de følgende sidene er en grundigere beskrivelse av det identifiserte tiltaket innenfor Vente- og svartid.

Tiltak 3.1: Tilføring av friske midler for å finansiere økt bemanning som kan betjene utvidede åpningstider

Bilddiagnostiske avdelinger yter service til inneliggende og polikliniske pasienter henvist fra primær- eller spesialisthelsetjenesten. Aktiviteten ved bilddiagnostiske avdelinger genereres av henvisere og avdelingen har ingen eller liten mulighet for å styre etterspørselen etter bilddiagnostikk. De senere årene har undersøkelsene både blitt mer komplekse og mer tidkrevende, samtidig har antall undersøkelser steget. Dette skyldes til dels en voksende og aldrende befolkning som blant annet gir flere tilfeller av kreftsykdommer, livsstilssykdommer, demenssykdommer, degenerative lidelser og skader i muskel-/skjelett, hjerte-/karsykdom inkl. hjerneslag.

Prosjektgruppen mener at vente- og svartidene generelt kan reduseres gjennom utvidede åpningstider. På flere sykehus i Helse Midt-Norge står bilddiagnostisk utstyr ledig store deler av døgnet. Denne kapasiteten kan med fordel benyttes. Utvidede åpningstider krever imidlertid økt bemanning gjennom tilføring av friske midler. For enkelte sykehus i regionen er utnyttelsen av maskinparken allerede svært god og en eventuell reduksjon i vente- og svartider vil for disse sykehusene kreve en utvidelse av maskinparken innenfor enkelte modaliteter, samt økt finansiering for bemanning til å drifte utstyret. Uten tilføring av friske midler er det etter prosjektgruppens vurdering få tiltak som kan gi reduserte vente- og svartider. De bilddiagnostiske avdelingene er allerede svært presset og for å holde tritt med den stadig økende etterspørselen kreves det regelmessig tilføring av friske midler. Det kan tenkes at enkelte områder kan foreta mindre justeringer, men den totale effekten vil være begrenset.

Det er en felles oppfatning i prosjektgruppen om at standardiserte pasientforløp, herunder pakkeforløp for kreft, kan utgjøre en utfordring for de bilddiagnostiske enhetene. En del av kapasiteten på utstyret må reserveres til noen pasientgrupper og dersom den avsatte tiden ikke fylles av pasienter i pakkeforløpene kan det være vanskelig å fylle kapasiteten til andre undersøkelser på kort tid. Dette kan medføre at effektiviteten i de bilddiagnostiske avdelingene vil avta. Ventetidene for andre pasienter vil øke som følge av innføringen av slike pakkeforløp.

Prosjektgruppen påpeker at vente- og svartidene kan reduseres noe dersom flere pasienter avvises eller dersom forskningsaktiviteten begrenses. Dette er ikke ønskelig. Et annet tiltak kan være å differensiere ventetidene for ulike pasientgrupper. Dette kan gi reduserte ventetider for noen pasientgrupper. Tilsvarende vil andre pasientgrupper få økte ventetider.

Prosjektgruppen vurderer det som krevende å vurdere hvor mye ventetidene kan reduseres dersom det tilføres friske midler til mer personell. Dette knytter seg til den økende etterspørselen etter tjenestene som det er vanskelig å begrense. Det vises til at prosjekt "Bilddiagnostikk for kortere ventetid ved sjukehusene i Helse Møre og Romsdal" fra august 2013, hadde stor effekt på effektiviteten og ventetider.

Tiltaket vurderes å være av **svært høy verdi** og det vil **være mulig** å få tilført friske midler dersom det legges større vekt på langtids- og investeringsbudsjettering i helseforetaket. Prosjektgruppen mener det er viktig med en ressurstilgang slik at pasienter ikke må vente u hensiktsmessig lenge. Det er videre avgjørende med en god balanse mellom vente- og svartider. Det er ikke hensiktsmessig at bildene ligger klare i lang tid i påvente av å tolkes. Ressursene må derfor samkjøres slik at det er balanse mellom det som tas av bilder og det som beskrives.

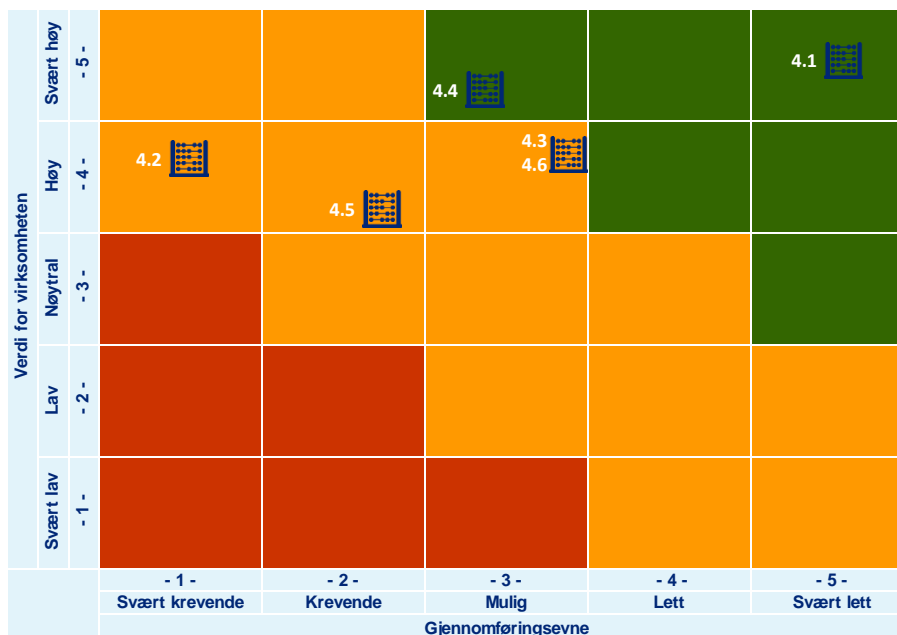
3.4 Organisering av tjenesten

I prosjektgruppens delrapport fra Fase 1 beskrives dagens organisering av tjenesten i Helse Midt-Norge grundig. Dette kapitlet gir en oversikt over prosjektgruppens identifiserte forbedringstiltak for området. I tillegg følger en beskrivelse av prosjektgruppens sannsynlighets- og verddivurdering av tiltakene.

Prosjektgruppen har identifisert følgende tiltak innenfor Organisering av tjenesten:

- 4.1 Opprette et fagledernetverk for bildediagnostikk i Helse Midt-Norge med beslutningsmyndighet internt i regionen
- 4.2 Utarbeidelse av klare retningslinjer og kriterier for hva som skal ligge til grunn for en bildediagnostisk undersøkelse innen de største volumområdene
- 4.3 Tilrettelegging for økt kunnskap om bildediagnostikk blant henvisere av bildediagnostiske undersøkelser
- 4.4 Inngåelse av samarbeidsavtaler på tvers av helseforetakene i Midt-Norge
- 4.5 Etablering av et felles henvisningsmottak i regionen
- 4.6 Etablering av felles prosedyreverk

Tiltakene er verdi- og sannsynlighetsvurdert i henhold til den følgende figuren:



På de følgende sidene er en grundigere beskrivelse av de identifiserte tiltakene innenfor Organisering av tjenesten.

Tiltak 4.1: Opprette et fagledernetverk for bildediagnostikk i Helse Midt-Norge med beslutningsmyndighet internt i regionen

Prosjektgruppen foreslår å opprette et fagledernetverk for bildediagnostikk med beslutningsmyndighet internt i regionen. Et eventuelt fagledernetverk bør få et klart mandat og må myndiggjøres. Et slikt forum vil bidra til god faglig utvikling av bildediagnostikken i Midt-Norge. Et fagledernetverk vil legge til rette for en enklere og mer vellykket gjennomføring av en rekke andre foreslåtte tiltak i rapporten, herunder tiltak 4.2, 4.3, 4.4, 4.6, 5.1, mfl. Prosjektgruppen vurderer det som **svært lett** å opprette et slikt fagledernetverk og tiltaket vurderes å ha en **svært høy verdi**.

Tiltak 4.2: Utarbeidelse av klare retningslinjer og kriterier for hva som skal ligge til grunn for en bildediagnostisk undersøkelse innen de største volumområdene

Prosjektgruppen foreslår at fagledernetverket i regionen igangsetter et arbeid der det utarbeides klare retningslinjer og kriterier for hva som ligger til grunn for en bildediagnostisk undersøkelse innen de største volumområdene. Det vil være fagledernetverkets jobb å igangsette arbeidet i de rette fora. Tiltaket vil kunne redusere volumet av henvisninger til «feil» modalitet og således begrense merarbeid ved bildediagnostiske avdelinger i regionen. Tiltaket antas å være svært krevende å gjennomføre, både medisinskfaglig og tidsmessig. Prosjektgruppen vurderer at tiltaket er av **høy verdi**, men vurderer tiltaket å være **svært krevende å gjennomføre**.

I tillegg/alternativt kan det utredes og klargjøres hvilke aktører som har henvisningsrett til ulike bildediagnostiske undersøkelser. Det er imidlertid svært vanskelig å vurdere hvorvidt kvaliteten på henvisningene varierer mellom de ulike henviserene. Prosjektgruppen vurderer at tiltaket er av **svært lav verdi**. Videre vurderes tiltaket å være **svært krevende å gjennomføre** juridisk i og med at henvisningsrett er et område som er hjemlet i lovverket. Prosjektgruppen ser det som mer hensiktsmessig å legge føringer på praksis i henhold til del 1 av tiltaket.

Tiltak 4.3: Tilrettelegging for økt kunnskap om bildediagnostikk blant henvisere av bildediagnostiske undersøkelser

Tilrettelegging for økt kunnskap om bildediagnostikk blant henvisere av bildediagnostiske tjenester. Noen mulige tiltak for tilrettelegging av økt kunnskap kan være:

- Opprettelse av et kurstilbud for henvisere.
- Utforme en henvisningsveiledning/guidelines på app for bildediagnostiske områder med størst volum. Flere land har utarbeidet slike veiledere allerede og det er også jobbet med slike veiledere i Norge tidligere.
- Etablering av obligatoriske kurs for henvisere av bildediagnostikk med krav om resertifisering etter et visst antall år. Det foreslås at fagledernetverket må igangsette et slikt arbeid gjennom spesialitetskomiteen for allmennmedisin. Dersom sertifisering ikke foreligger foreslås det at henvisningsretten innen bildediagnostiske undersøkelser bortfaller.

Prosjektgruppen mener at tilrettelegging for økt kunnskap om bildediagnostikk blant henvisere er **mulig**. Det er imidlertid usikkerhet rundt hvorvidt tiltakene vil oppnå ønsket effekt. Prosjektgruppen vurderer verdien av tiltaket for foretaket som helhet som **høy** dersom det kan antas at kvaliteten på henvisningene vil øke.

Tiltak 4.4: Inngåelse av samarbeidsavtaler på tvers av helseforetakene i Midt-Norge

Prosjektgruppen oppfordrer til økt samarbeid mellom bildediagnostiske avdelinger i helseforetakene i Midt-Norge. Økt samarbeid på tvers av helseforetakene med tilrettelegging for økt grenspesialisering og fjerntolkning kan gi en betydelig og mer helhetlig utnyttelse av regionens samlede ressurser. Et tettere samarbeid mellom helseforetakene med tolkning av bildediagnostiske undersøkelser der det er ledig kapasitet og/eller spesialisert kompetanse kan blant annet bidra til betydelige økonomiske gevinster. Tolkning av bildediagnostiske undersøkelser der det er ledig kapasitet og/eller spesialisert kompetanse kan realiseres gjennom felles billedelingssystem og felles arbeidslister. Prosjektgruppen påpeker at et tettere samarbeid i hele regionen kan gi store potensielle gevinster for de mindre sykehusene. En mer helhetlig ressursstyring kan blant annet begrense kjøp av bildediagnostiske tjenester fra private institusjoner samtidig som tilrettelegging for økt grenspesialisering kan stimulere rekrutteringen, også lokalt ved de mindre sykehusene. Fordelen med et mer integrert samarbeid er at pasientstrømmene kan styres mot de enhetene med lavest ventetid i helseforetaket. Prosjektgruppen påpeker at utformingen av juridisk bindende avtaler for å legge til rette for økt samarbeid kan være svært utfordrende i og med at avtalene i første omgang må basere seg på frivillighet.

Prosjektgruppen mener tiltaket må kanaliseres gjennom fagledernetverket som er foreslått opprettet. Dersom tiltaket lar seg gjennomføre vil det antakelig være av **svært høy verdi**. Det er et omfattende tiltak og prosjektgruppen tror det kan være vanskelig å skape oppslutning om tiltaket. Tiltaket vurderes som **mulig å gjennomføre**.

Tiltak 4.5: Etablering av et felles henvisningsmottak i regionen

Arbeidsgruppen anbefaler at det igangsettes et prosjekt for å vurdere muligheten for et felles henvisningsmottak i Helse Midt-Norge. Et felles henvisningsmottak kan tilrettelegge for bedre ressurs- og kapasitetsutnyttelse på tvers av regionen. Prosjektgruppen vurderer et felles henvisningsmottak å være et godt styringsverktøy og at tiltaket kan fungere godt ved opprettelse av et eventuelt bildediagnostisk helseforetak eller ved gode samarbeidsavtaler i regionen. For fastlegene vil det også være fordelaktig å forholde seg til én instans som videresender henvisningen til den best egnede aktøren for undersøkelsen. Et felles henvisningsmottak kan potensielt øke reisetiden for enkelte pasienter, men dette kan enkelt hensyntas.

Ett henvisningsmottak vil kreve at det etableres en felles administrasjon med høy faglig kompetanse og god erfaring. Mottaksapparatet må blant annet være oppdaterte på protokoller og de ulike undersøkelsene som tilbys på de ulike stedene, da ikke alle CT-maskiner for eksempel kan foreta de samme undersøkelsene.

Arbeidsgruppen anbefaler at det igangsettes et prosjekt for å vurdere muligheten for et felles henvisningsmottak i Helse Midt-Norge. Prosjektet bør også vurdere hvorvidt det er mer hensiktsmessig å ha et felles henvisningsmottak for hvert enkelt helseforetak. Tiltaket vurderes å være **krevenne å gjennomføre** med **høy verdi**.

Tiltak 4.6: Etablering av felles prosedyreverk

Det er i praksis lite samarbeid mellom helseforetakene i regionen og mellom helseforetakene og private institutt når det gjelder prosedyrer. Prosessen med harmonisering av prosedyrer går derfor sakte og per i dag har hvert sykehus sitt eget prosedyresett som må vedlikeholdes. Prosjektgruppen mener innføring av et prosedyreverk med krav om minste felles multiplum er ønskelig. Både helseforetak og private institusjoner bør ha tilgang til prosedyrene gjennom en felles online database. Arbeidet med utarbeidelse av felles prosedyrer bør utføres av mindre arbeidsgrupper med prosedyreansvar, for eksempel bestående av tre medlemmer fra ulike helseforetak i regionen. Arbeidsgruppene bør ikke være for store og ikke omfavne for mange diagnoseområder. Videre må det sørges for at et felles prosedyreverk ikke hindrer innovasjon i metodikk og metodevalg. Innføringen av et felles prosedyreverk kan bli svært vanskelig dersom innføringen baseres på frivillighet. Dette kan løses gjennom en bindende avtale mellom helseforetakene der de felles utarbeidede prosedyrene må følges så langt dette lar seg gjøre. Økt standardisering av maskinparken og felles innkjøpsprosesser vil bidra til at innføringen av felles prosedyreverk forenkles.

Tiltaket vurderes å være **mulig** å gjennomføre med **høy verdi**.




3.5 Bemanning og vaktordning

Prosjektgruppens delrapport fra Fase 1 gir en oversikt over dagens bemanning og vaktordning innen bildediagnostikk i Helse Midt-Norge. I det følgende kapitlet gis en oversikt over prosjektgruppens identifiserte forbedringstiltak for området, samt en beskrivelse av sannsynlighet- og verdivurdering av de identifiserte tiltakene.

Prosjektgruppen har identifisert følgende tiltak innenfor Bemanning og vaktordning:

- 5.1 Felles vaktskift for LIS mellom kl. 22:00 og 07:00 på tvers av sykehus/helseforetak
- 5.2 Etablere spesialiserte vaktskift for radiografer for enkelte modaliteter
- 5.3 Igangsettelse av arbeid lokalt for å vurdere mulighet for vertikal og/eller horisontal oppgaveforskyvning

Tiltakene er verdi- og sannsynlighetsvurdert i henhold til den følgende figuren:

Verdi for virksomheten	Svært høy	- 5 -					
	Høy	- 4 -		5.2 		5.1 	
	Nøytral	- 3 -			5.3 		
	Lav	- 2 -					
	Svært lav	- 1 -					
			- 1 -	- 2 -	- 3 -	- 4 -	- 5 -
			Svært krevende	Krevende	Mulig	Lett	Svært lett
			Gjennomføringsevne				

På de følgende sidene er en grundigere beskrivelse av de identifiserte tiltakene innenfor Bemanning og vaktordning.

Tiltak 5.1: Felles vaktskift for LIS mellom kl. 22:00 og 07:00 på tvers av sykehus/helseforetak

Prosjektgruppen foreslår at det etableres felles vaktskift for LIS på tvers av sykehus/helseforetak i Helse Midt-Norge mellom kl. 22:00 og 07:00. Behovet for LIS i tilstedevakt ved hvert enkelt sykehus i Helse Midt-Norge på kveldstid er overvurdert. Arbeidsbelastningen er mindre på kveldstid og prosjektgruppen vurderer det som tilstrekkelig at LIS er tilgjengelig – uavhengig av fysisk lokalisering. På sykehuset i Linköping er det allerede etablert en liknende vaktordning ved at TMC benyttes på kveldstid.

Det er fordelaktig dersom radiologer kan få færre nattvakter og dermed mer dagtid. Felles vaktskift vil samlet gi økt kapasitet på dagtid og tiltaket vurderes å være av høy faglig verdi ved at LIS benytter mindre tid på vakt og mer tid på tolkning. Dette antas også å gi rekrutteringsmessig effekt.

Det er uvisst om tiltaket vil ha særlig økonomisk gevinst, men behovet for innleie av vikarer kan antakelig reduseres ved at doble vaktskift unngås på flere av sykehusene i regionen. Det vil fortsatt være behov for radiografer på vakt og overleger i bakvakt/beredskap. Traumepasienter varsles i god tid før pasienten ankommer sykehuset – og overlege i bakvakt kan tilkalles i god tid ved behov. Beredskapen beholdes dermed slik den er i dag.

Tiltaket vurderes som enklere å gjennomføre i hvert av helseforetakene enn for regionen samlet. Felles vaktskift for hele regionen lar seg enklere løse gjennom etablering av felles bildediagnostisk helseforetak.

Tiltaket ble vurdert å være av **lav økonomisk verdi**, men av **faglig høy verdi**. Tiltaket vurderes som **enkelt å gjennomføre**.

Tiltak 5.2: Etablere spesialiserte vaktskift for radiografer for enkelte modaliteter

Det er utfordrende at dagens vaktordninger krever relativt høy generell kompetanse, mens utviklingen for øvrig krever økende grenspesialisering. Foreløpig fungerer en løsning med felles vaktskift tilstrekkelig, men med stadig økende medisinsk og teknologisk utvikling vil behovet for spesialiserte vaktskift antakelig gjøre seg gjeldene i fremtiden. Slike vaktskift kan blant annet tenkes for intervensjon og noen CT-undersøkelser.

Prosjektgruppen mener muligheten for etablering av egne spesialiserte vaktskift for radiografer for enkelte modaliteter bør vurderes ved hvert enkelt sykehus. Tiltaket vurderes å være av **høy verdi** for pasientene, men forutsetter tilføring av friske midler og god rekruttering som gjør tiltaket **krevene å gjennomføre**.

Tiltak 5.3: Igangsettelse av arbeid lokalt for å vurdere mulighet for vertikal og/eller horisontal oppgaveforskyvning

Prosjektgruppen anbefaler at det igangsettes arbeid som utreder mulighetene for vertikal og/eller horisontal jobbglidning. Vertikal jobbglidning refererer til oppgaveforskyvning mellom radiologer og radiografer. Horisontal jobbglidning refererer til oppgaveforskyvning mellom radiologer og klinikere, for eksempel innenfor ortopedi. Prosjektgruppen er tydelig på at arbeidet må være sterkt lokalt forankret og motivert grunnet svært store ulikheter mellom sykehusene. Det er i utgangspunktet ingen juridiske prinsipper som forhindrer en slik oppgaveforskyvning, men beslutningen bør være en desentralisert og tilpasset lokale forhold. Prosjektgruppen tror jobbglidning kan fungere for enkelte avgrensede problemstillinger, men er vanskeligere å gjennomføre for de tyngste og mest arbeidskrevende undersøkelsene.

Prosjektgruppen vurderer vertikal og/eller horisontal oppgaveforskyvning som **mulig** med høy verdi for enkelte områder lokalt. For regionen som helhet anslås verdien som **nøytral**.

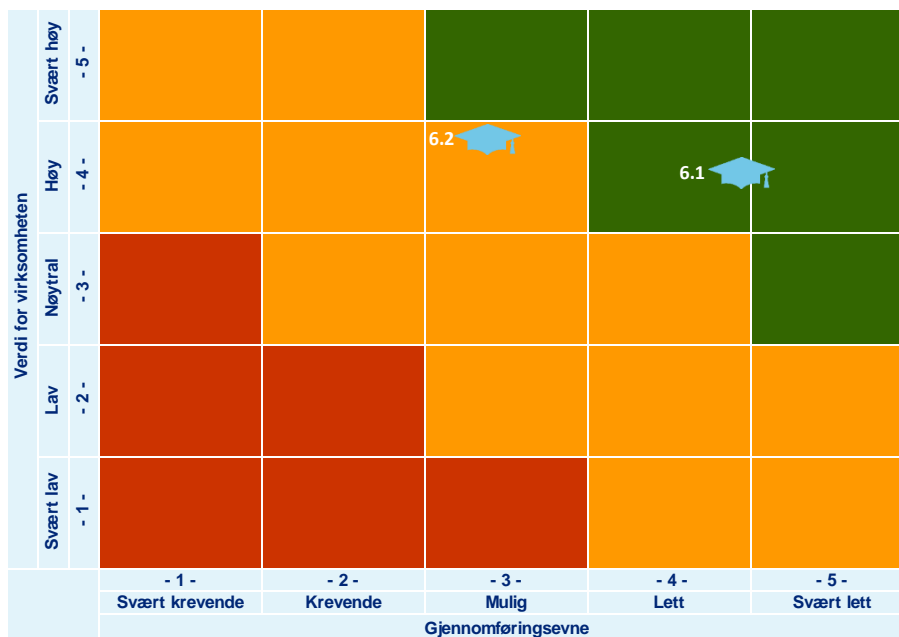
3.6 Utdanning og rekruttering

Dette kapitlet gir en oversikt over prosjektgruppens identifiserte forbedringstiltak knyttet til området utdanning og rekruttering. Videre gis en verdi- og sannsynlighetsvurdering av de identifiserte tiltakene. Det henvises til delrapport for prosjektets Fase 1 for en grundig beskrivelse av dagens situasjon.

Prosjektgruppen har identifisert følgende tiltak innenfor Utdanning og rekruttering:

- 6.1 Legge til rette for økt kunnskap om bildediagnostikk i legeutdanningen innad i foretaket
- 6.2 Bedret rekruttering gjennom mer strukturert samarbeid og robuste fagmiljøer

Tiltakene er verdi- og sannsynlighetsvurdert i henhold til den følgende figuren:



På følgende side er en grundigere beskrivelse av de identifiserte tiltakene innenfor Utdanning og rekruttering.

Tiltak 6.1: Legge til rette for økt kunnskap om bildediagnostikk i legeutdanningen innad i foretaket

Den økende etterspørselen etter bildediagnostiske tjenester i befolkningen er vanskelig å styre. Prosjektgruppen ønsker at det legges til rette for økt kunnskap om bildediagnostikk i legeutdanningen. Å samkjøre og koordinere opplæringen på tvers av helseforetakene i Midt-Norge vil være av **høy verdi** og være **lett å gjennomføre**. Prosjektgruppen mener imidlertid at Helse Midt-Norge har liten mulighet for å påvirke medisinerutdanningen nasjonalt i og med at det er et begrenset antall undervisningstimer. I tillegg utdannes mange leger i dag på utdanningsinstitusjoner i andre land.

Tiltak 6.2: Bedret rekruttering gjennom mer strukturert samarbeid og robuste fagmiljøer

Enkelte sykehus har hatt utfordringer med å rekruttere og beholde overleger. Prosjektgruppen mener et mer strukturert samarbeid på tvers av sykehus/helseforetak vil gi økt rekrutteringskraft. I dag er det ingen regelmessig arena der de ansatte kan møtes. Etablering av et felles fagledernetverk ville styrket faglig utvikling og gi følelsen av å være en del av et felles miljø. Mer strukturerte hospiteringsordninger mellom sykehus/helseforetak vil i tillegg gi en mer spennende og variert arbeidshverdag. Videre må de ansatte være trygge på at de får god opplæring og hensiktsmessige vaktordninger, samt tilrettelegging for forskning og faglig utvikling. Enkelte representanter i prosjektgruppen mener at større og mer robuste fagmiljøer er ønskelig og vil bidra til økt rekrutteringskraft.

Prosjektgruppen mener tiltak som innføring av stipendordninger kan være mulig. Det er imidlertid delte erfaringer med slike ordninger. I noen tilfeller kan stipender føre til mindre motivasjon for ansatte som ikke får tildelt stipend og slike ordninger må derfor innføres for alle ansatte. Lønn har betydning for rekruttering, men vurderes ikke som det viktigste. Prosjektgruppen mener en faglig interessant jobb og organisert fritid er vel så viktig.

Tiltaket vurderes som **mulig å gjennomføre** med **høy verdi**.

Et felles helseforetak for bildediagnostikk, jfr. kap 3.9, antas å gi økt rekruttering ved at det faglige samarbeidet mellom sykehusene/helseforetakene vil styrkes. En tilrettelegging for subspesialisering uavhengig av overlegens bosted vil gi økt rekruttering også til de mindre sykehusene i regionen.

3.7 Utstyr og innkjøp

Prosjektgruppen har identifisert flere tiltak for området utstyr og innkjøp. Kapitlet gir en oversikt over de identifiserte tiltakene, samt en verdi- og sannsynlighetsvurdering av tiltakene. For en grundig beskrivelse av dagens situasjon henvises det til prosjektgruppens delrapport fra Fase 1.

Prosjektgruppen har identifisert følgende tiltak innenfor Utstyr og innkjøp:

- 7.1 Innføring av rullerende investeringsbudsjett
- 7.2 Vurdere mulighet for leasing av utstyr
- 7.3 Etablere felles innkjøpsfunksjon for MTU for bildediagnostikk

Tiltakene er verdi- og sannsynlighetsvurdert i henhold til den følgende figuren:

Verdi for virksomheten		Svært høy	Høy	Nøytral	Lav	Svært lav			
		- 5 -	- 4 -	- 3 -	- 2 -	- 1 -			
			7.3		7.1 7.2				
	- 1 -								
	Svært krevende	- 2 -	Krevende	- 3 -	Mulig	- 4 -	Lett	- 5 -	Svært lett
Gjennomføringsevne									

På den følgende siden er en grundigere beskrivelse av de identifiserte tiltakene innenfor Utstyr og innkjøp.

Tiltak 7.1: Innføring av rullerende investeringsbudsjett

Prosjektgruppen ønsker større forutsigbarhet for utvidelse/utskiftning av medisinsk teknisk utstyr (MTU). Investeringene i MTU er ofte store og utstyret kan til dels gi store bygningsmessige utfordringer. Prosessen fra helseforetakene fremmer behov for MTU til investeringstidspunkt er tidkrevende prosesser. Prosjektgruppen mener derfor det er utfordrende å forholde seg til RHF'ets langtidsplan og -budsjett som varierer fra år til år og vanskeliggjør planlegging av innkjøp, jfr. langtidsplan og -budsjett for 2015-2020. Prosjektgruppen foreslår innføring av rullerende investeringsbudsjett for MTU. Dette vil gi større forutsigbarhet og bedre oversikt over når utstyret kan skiftes ut. Tiltaket vurderes som **mulig å gjennomføre** med **høy verdi**.

Tiltak 7.2: Vurdere mulighet for leasing av utstyr

Fra 2015 vil helseforetakene bli gitt økt fleksibilitet knyttet til å inngå langsiktige leieavtaler, og helseforetakenes vedtekter vil gi åpning for å inngå leieavtaler for inntil 100 mill. kroner per avtale. Prosjektgruppen mener at Helse Midt-Norge bør vurdere muligheten for leasing av utstyr da dette reduserer behovet for store investeringsbudsjett. Samtidig kan ansvar for vedlikehold, reparasjon, samt systemoppdateringer legges over på leverandør. Dette vil redusere arbeidsbelastningen på teknisk stab som i dag utfører arbeidet. Regelverket rundt leasing av utstyr oppfattes imidlertid som uklart og prosjektgruppen anbefaler at dette avklares nærmere med Helse- og omsorgsdepartementet.

Prosjektgruppen vurderer tiltaket å være av **høy verdi** dersom det vil sikre at maskinene er oppdaterte med høy driftstid. Tiltaket er ønskelig å gjennomføre, men det er uvisst hvorvidt det er **mulig**.

Tiltak 7.3: Etablere felles innkjøpsfunksjon for MTU for bildediagnostikk

Prosjektgruppen ønsker en tettere og mer samkjørt innkjøpsprosess av MTU. Det er svært tidkrevende å utarbeide kravspesifikasjoner og innkjøpsprosessene er i dag lite koordinerte mellom de ulike enhetene i Helse Midt-Norge. Det er viktig å lære av tidligere anbudsprosesser og prosesser kjørt ved andre sykehus/helseforetak. Prosjektgruppen foreslår at det etableres en felles innkjøpsfunksjon i regionen. En slik innkjøpsfunksjon bør som et minimum veilede og støtte sykehusene/helseforetakene i utarbeidelse av kravspesifikasjoner i anbudsprosesser. Det bør også vurderes hvorvidt hele ansvaret for innkjøp av MTU skal legges over på innkjøpsfunksjonen. Dette vil legge til rette for samkjøring av anbudsprosesser som kan gi betydelige økonomiske gevinster og redusere det administrative arbeidet.

Dersom det tilrettelegges for felles anbudsprosesser vil det bety at enkelte sykehus/helseforetak må være åpne for å benytte annet utstyr enn det som benyttes i dag. Anbudene kan for eksempel utformes slik at sykehusene kjøper inn samme hardware, men ulik software. En felles maskinpark vil gjøre det enklere å samkjøre prosedyrer og protokoller, samt redusere kostnader knyttet til service og vedlikeholdsavtaler. En felles maskinpark kan i tillegg tilrettelegges for flyt av arbeidskraft mellom sykehus og helseforetak. Felles innkjøpsfunksjon krever imidlertid forpliktende avtaler på ledelsesnivå mellom helseforetakene.

En felles innkjøpsseksjon vurderes å være av **høy verdi**, men **krevende å gjennomføre** fordi tiltaket krever forpliktelsesavtaler mellom helseforetakene i regionen.

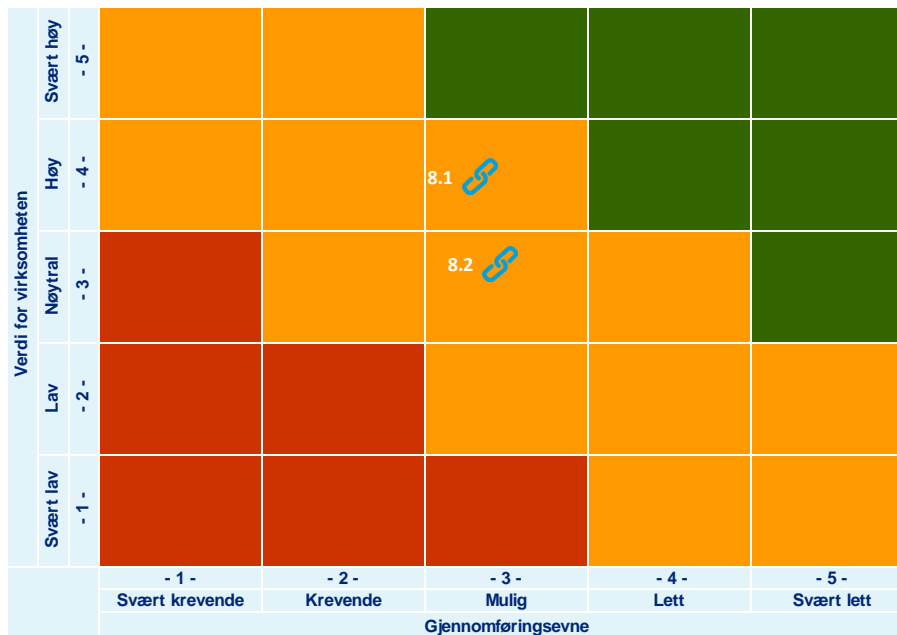
3.8 Samarbeid med private aktører

Prosjektgruppen har identifisert noen forbedringsområder knyttet til bruk og samarbeid med de private aktørene i Helse Midt-Norge. Kapitlet gir en oversikt over disse tiltakene, samt en verdi- og sannsynlighetsvurdering av tiltakene.

Prosjektgruppen har identifisert følgende tiltak innenfor Samarbeid med private aktører:

- 8.1 Foreta enkelte justeringer i avtaleverket med private bildediagnostiske institusjoner
- 8.2 Private bidrag innenfor radiografutdanningen

Tiltakene er verdi- og sannsynlighetsvurdert i henhold til den følgende figuren:



På den følgende siden er en grundigere beskrivelse av de identifiserte tiltakene innenfor Samarbeid med private aktører.

Tiltak 8.1: Foreta enkelte justeringer i avtaleverket med private bildediagnostiske institusjoner

Prosjektgruppen mener det er ønskelig med større forutsigbarhet i avtalene med de private aktørene i regionen. Den korte tidshorisonen på avtalene er en utfordring for de private aktørene, det medfører mye uforutsigbarhet og er en utfordring med hensyn til rekruttering. For de private aktørene innebærer slike avtaler store investeringer og korte avtaler utfordrer aktørens eksistensgrunnlag.

Prosjektgruppen peker videre på behovet for å dele volum på flere private aktører ved inngåelse av avtaler. Flere aktører vil gi pasientene større valgfrihet når det gjelder pris, kvalitet, ventetider osv. Det bør derfor vurderes om Helse Midt-Norge skal inngå avtale med minst to tilbydere av private bildediagnostiske tjenester. Videre bør det vurderes om avtalene med private aktører kan definere et minimumsnivå for antall undersøkelser og det bør vurderes om avtalene med private aktører kan inngås for alle modaliteter. Avtaler som differensierer på modaliteter gir mindre forutsigbarhet og medfører at utstyr i noen tilfeller står tilnærmet ubrukt. Slike differensierte avtaler er også en utfordring for fastlegene ved at de hele tiden må oppdatere seg på endringer i de private tilbudene. Helseforetakene bør fortsatt inkluderes ved anbudsprosessene og utarbeidelse av avtaleverket med de private aktørene.

Prosjektgruppen mener det generelt er en god balanse i dagens aktivitetsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og de private institusjonene. Det er enighet om at tyngre undersøkelser fortsatt bør foretas på sykehusene som har et tettere klinisk miljø. Spesialisthelsetjenesten bør ikke rette fokuset mot å ta opp kampen med de private aktørene, men i stedet fokusere på den fremtidige volumøkningen og spesialiserte helsetjenester. De private aktørene bør rette fokuset mot aktivitet som ikke genereres i sykehusene, samt volumtjenester.

Tiltaket ble vurdert å være av **høy verdi** og **mulig å gjennomføre**.

Tiltak 8.2: Private bidrag innenfor radiografutdanningen

I prosjektets første fase ble det påpekt at private bidrag til utdanning og forskning kan bidra til økt tillit mellom spesialisthelsetjenesten og de private institusjonene. De private aktørene i prosjektgruppen er positive til dette, men representanter fra sykehusene mener at utdanning og forskning fortsatt bør foregå i spesialisthelsetjenesten. Utdanning og forskning hemmer produktiviteten og dersom de private skal kunne tilby effektive tjenester bør de nødvendigvis ikke påta seg oppgaver innenfor forskning og utdanning. Prosjektgruppen mener spesielt at utdanning av radiologer vil redusere effektiviteten, noe som nødvendigvis vil kreve økonomisk kompensasjon. Utdanning av radiografer i private institusjoner vurderes imidlertid som mulig og hensiktsmessig da radiografene raskt kan overta nye oppgaver og funksjoner. Private institusjoner bør videre bidra med materiale (bilder) til forskning i spesialisthelsetjenesten i tilfeller der dette er hensiktsmessig.

Tiltaket ble vurdert å være av **nøytral verdi** og **mulig å gjennomføre**.

4 Felles bildediagnostisk helseforetak

Prosjektgruppen mener det bør igangsettes et prosjekt som vurderer muligheten for innføring av et felles bildediagnostisk helseforetak i Midt-Norge. En eventuell felles organisatorisk enhet vil kunne få ansvar for hele det bildediagnostiske tilbudet i regionen.

Prosjektgruppen mener det kan være hensiktsmessig å sentralisere ansvaret for bildediagnostikken i større grad enn i dag. En konsekvens av dette er at hvert enkelt helseforetak kan miste noe av styringen over de bildediagnostiske tjenestene. Prosjektgruppen mener imidlertid at en sentralisert styring kan fordele ressursene på en helt annen måte enn i dag og at en slik organisering kan styrke det bildediagnostiske tilbudet i hele regionen. En felles organisatorisk enhet kan bidra til tettere samarbeid og økt samordning på tvers, samt større robusthet og styrkede fagmiljø. En slik enhet kan videre legge til rette for økt grenspesialisering, også ved de mindre sykehusene i regionen ved at bildene tolkes der kompetansen og interessen sitter. En felles organisatorisk enhet kan bygge opp det bildediagnostiske tilbudet etter felles faglige retningslinjer og prosedyrer, samt i større grad tilrettelegge for mer koordinerte innkjøpsprosesser av MTU for bildediagnostikk. En slik enhet kan bidra til et mer robust og helhetlig tilbud som vil sikre likeverdige tjenester til befolkningen også i fremtiden. Det understrekes at en eventuell felles organisatorisk enhet må ivareta stedlig ledelse.


Bilediagnostikk er i stor grad avhengig av samhandling på tvers i regionen, spesielt når det gjelder tolkning av bilder. Det er allerede et sterkt regionalt samarbeid innenfor flere områder i Midt-Norge, blant annet innenfor mammografiscreening, mellom fysikerne og nukleærmedisin. Prosjektgruppen mener det bør bygges videre på dette samarbeidet og at arbeidet bør formaliseres ytterligere. Det er derfor viktig å vurdere hvorvidt en felles organisatorisk enhet for bildediagnostikk kan fungere tilfredsstillende i Midt-Norge.

Prosjektgruppen foreslår at det i første omgang igangsettes et pilotprosjekt i mindre skala mellom St. Olavs Hospital HF og Helse Nord-Trøndelag HF. Pilotprosjektet bør begrenses til å omfatte et utvalg fokusområder som utarbeidelse av felles prosedyrer, økt tilrettelegging for tolkning på tvers av helseforetakene, samt felles innkjøp av utstyr. Videre bør det vurderes hvorvidt de private institusjonene skal involveres i pilotprosjektet. Piloten bør foregå over en begrenset periode, for eksempel over ett år, for å innhente erfaringer fra ordningen. Dersom prosjektet er vellykket anbefales det å igangsette en grundig utredning og konsekvensvurdering av forslaget om en felles organisatorisk enhet for bildediagnostikk i Midt-Norge.

De fleste tiltakene som er utviklet i denne rapporten vil etter prosjektgruppens vurdering enkelt la seg gjennomføre med et felles bildediagnostisk helseforetak. Tiltakene kan alternativt innføres ved inngåelse av forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetakene. Slike samarbeidsavtaler vil imidlertid være krevende å innføre da de i stor grad må baseres på frivillighet.

Tiltaket med ett felles bildediagnostisk helseforetak i Midt-Norge vurderes å være **krevende å gjennomføre** da det regionale helseforetaket ikke har direkte styringsrett over helseforetakene i regionen. Det kan dermed bli vanskelig å få oppslutning om tiltaket. Prosjektgruppen vurderer imidlertid tiltaket å være av **svært høy verdi**. Det anbefales derfor at det igangsettes et pilotprosjekt, samt en grundig utredning og konsekvensvurdering av forslaget om et felles bildediagnostisk helseforetak.

Et felles bildediagnostisk helseforetak er verdi- og sannsynlighetsvurdert i henhold til den følgende figuren:

Verdi for virksomheten	Svært høy	Høy	Nøytral	Lav	Svært lav	
	- 5 -	- 4 -	- 3 -	- 2 -	- 1 -	
			9.1 			
	- 1 - Svært krevende	- 2 - Krevende	- 3 - Mulig	- 4 - Lett	- 5 - Svært lett	
Gjennomføringsevne						

5 Konsekvensvurdering av ulike scenarier

Prosjektgruppen foretok en konsekvensvurdering av de tre følgende scenarioene:

1. Dagens situasjon uten innføring av ytterligere tiltak
2. Gjennomføring av prosjektgruppens tiltak uten et felles bildediagnostisk helseforetak
3. Gjennomføring av prosjektgruppens tiltak med et felles bildediagnostisk helseforetak

Det ble foretatt en vurdering av ulike områder innenfor hvert scenario. Hvert område ble vurdert å være svært negativt (--), negativt (-), nøytralt (0), positivt (+) eller svært positivt (++).

Prosjektgruppens konsekvensvurdering følger av figuren nedenfor:

Konsekvensvurdering av ulike scenarier				
		Dagens situasjon	Tiltak pr område uten egen organisatorisk enhet	Felles bildediagnostisk helseforetak
Kvalitet	Fagmiljøenes størrelse mtp. kompetanse	-	0	++
	Tjenestekvalitet	0	++	++
	Samhandling mellom miljøene	-	+	++
	Ventetid og fristbrudd	-	+	++
	Funksjonsfordeling	0	0	+
	Tilbudet skal gis på beste effektive omsorgsnivå (BEON)	0	0	+
	Trygghet for befolkningen	0	+	+
Kvalitative Tilgjengelighet og samordning av servicetilbud	Vurdering av nærhet	-	+	+
	Vurdering av tilgjengelighet	-	0	+
	Pasienttransport	0	+	+
	Vurdering av kapasitet mot behov	-	+	++
	Legge til rette for forutsigbar samhandling med andre	0	+	++
Forholdene for de ansatte	Reisevei for de ansatte	0	0	-
	Størrelse på miljø	-	+	++
	Rekruttering (radiologer, fysikere, nukleærmedisiner mfl.)	-	+	++
	Rekruttering (radiografer, bioingeniør)	0	0	0
Kvalitative Faglig utviklings- og forsknings-muligheter	Attraktivitet ovenfor høyskole og universiteter	0	+	+
	Mulighet for realisering av faglige gevinster	-	0	+
	Mulighet for nettverksutvikling	0	+	++
	Spesialisering	-	0	++
Kvalitative Styrbarhet	Utdanning	0	+	++
	Faglig styrbarhet	-/0	0/+	++
Kvantitative Driftsøkonomiske vurderinger	Endring i vaktordninger	0	+	+
	Endring i bemanning	0	0	0
	Endring i transportkostnader	0	+	+
	Omstillingskostnader	0	-	--
	Mulige innsparinger	0	+	++
	Adm. kostnader	0	0	0
	Andre gevinster	0	0	0
Risikovurdering	Vurdering usikkerhet	-	0	+

Med bakgrunn i konsekvensvurderingen av de ulike scenarioene er prosjektgruppens konklusjon at en felles organisatorisk enhet for bildediagnostikk med ansvar for hele det bildediagnostiske tilbudet i regionen fremstår som mest hensiktsmessig. Det understrekes at det kun er gjort en overordnet vurdering av de ulike scenariene. Dersom det igangsettes et prosjekt for å vurdere en felles organisatorisk enhet med ansvar for hele det bildediagnostiske tilbudet i Midt-Norge anbefales det å gjøre grundigere vurderinger av områdene vurdert her.

6 Forslag til implementeringsplan for tiltak

Prosjektgruppen har verdi og sannsynlighetsvurdert de identifiserte tiltakene i rapporten og på bakgrunn av dette utviklet et forslag til implementeringsplan for de fleste tiltakene. Implementeringsplanen er tentativ og strekker seg over en periode på to år. For nærmere beskrivelse av tiltakene vises det til rapportens kapittel 3. Enkelte av tiltakene i rapporten er foreløpig ikke inkludert i implementeringsplanen og det må således foretas en vurdering av tidspunkt for når disse tiltakene kan og bør implementeres. Tiltaket om opprettelse av et eget fagledernettsverk i Helse Midt-Norge vil legge til rette for en enklere og mer vellykket gjennomføring av en rekke andre tiltak, herunder tiltak 4.2, 4.3, 4.4, 4.6, 5.1, mfl. Implementeringstidspunkt for tiltak som gjennomføres i regi av fagledernettsverket må koordineres og fastsettes nærmere når fagledernettsverket er opprettet og fått tildelt et tydelig mandat. Prosjektgruppen ser det som hensiktsmessig at tiltakene implementeres i henhold til forslaget til implementeringsplanen så langt det lar seg gjøre.

Følgende tiltak er foreslått implementert i 2015:

År		2015																																												
		Måned/uke					Mai					Juni					August					September					Oktober				November				Desember											
Nr	Tiltak	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1.1	Tilrettelegging for økt elektronisk kommunikasjon mellom helseforetakene og private/andre aktører	[Green bar]																																												
1.2	Innføring av bærbar hjemmegranskningsstasjoner med regionale krav og standarder til program- og maskinvare	Behovskartlegging																																												
1.3	Direkte tilgang på RIS/PACS support	[Green bar]																																												
1.6	Vurdere samling av informasjon om det bildediagnostiske tilbudet i Helse Midt-Norge under én paraply																	[Green bar]																												
1.7	Tildeling av instruksjonsmyndighet til systemeier overfor IKT-leverandør i nærmere definerte situasjoner	[Green bar]																																												
3.1	Tilføring av friske midler for å finansiere økt bemanning som kan betjene utvidede åpningstider											Beregning av behov -> Budsjett 2016																																		
4.1	Opprette et fagledernettsverk for bildediagnostikk i Helse Midt-Norge med beslutningsmyndighet internt i regionen	[Green bar]																																												
4.2	Utarbeidelse av klare retningslinjer og kriterier for hva som skal ligge til grunn for en bildediagnostisk undersøkelse innen de største volumområdene																	[Green bar]																												
4.4	Inngåelse av samarbeidsavtaler på tvers av helseforetakene i Midt-Norge																	Inngår også i tiltak "Helseforetak for bildediagnostikk"																												
4.6	Etablering av felles prosedyreverk																	Inngår også i tiltak "Helseforetak for bildediagnostikk"																												
5.1	Felles vaktskift for LIS mellom kl. 22:00 og 07:00 på tvers av sykehus/helseforetak																	[Green bar]										Evaluering																		
7.2	Vurdere mulighet for leasing av utstyr																	[Green bar]										Avklaring med HOD																		
7.3	Etablere felles innkjøpsfunksjon for MTU for bildediagnostikk																	Inngår også i tiltak "Helseforetak for bildediagnostikk"																												

Videre foreslår prosjektgruppen å implementere følgende tiltak i 2016:

		2016																																
		Jan					Feb				Mars				April				Mai			Jun												
Nr	Tiltak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26							
1.4	Innføring av varsling og sekundærvisning av timebøker internt i sykehusene	█																																
	Tilføring av friske midler for å finansiere økt bemanning som kan betjene utvidede	█																																
3.1	åpningstider	█																																
4.4	Inngåelse av samarbeidsavtaler på tvers av helseforetakene i Midt-Norge	Evaluering																																
4.5	Etablering av et felles henvisningsmottak i regionen	█																																
4.6	Etablering av felles prosedyreverk	Evaluering																																
5.1	Felles vaktskift for LIS mellom kl. 22:00 og 07:00 på tvers av sykehus/helseforetak	█																																
7.1	Innføring av rullerende investeringsbudsjett	█																																
7.3	Etablere felles innkjøpsfunksjon for MTU til bildediagnostikk	█					Evaluering																											
8.2	Private bidrag innenfor radiografutdanningen	█																																
9.1	Felles bildediagnostisk helseforetak	█																																

I tillegg er det foreslått en egen implementeringsplan for igangsettelse av arbeidet med et felles helseforetak for bildediagnostikk i regionen. Prosjektgruppen har foreslått å gjennomføre et pilotprosjekt i 2015 med en påfølgende evaluering og konsekvensvurdering. En felles organisatorisk enhet for bildediagnostikk antas å kunne være i full drift fra 1. januar 2017. Det henvises ellers til kapittel 4: Felles bildediagnostisk helseforetak for nærmere beskrivelse av tiltaket.

		2015																								2016																							
		August				September				Oktober				November				Desember				Januar			Februar			Mars			April			Mai			Juni												
Nr	Tiltak	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
4.4	Inngåelse av samarbeidsavtaler på tvers av helseforetakene i Midt-Norge	█																		Evaluering og utredning																													
4.6	Etablering av felles prosedyreverk	█																																															
7.3	Etablere felles innkjøpsfunksjon for MTU for bildediagnostikk	█																		Evaluering og utredning																													
	Utarbeide prosjektmandat for implementering	█																		█																													
	Utlysning av oppdrag	█																		█																													
9.1	Oppstart "Helseforetak bildediagnostikk"	█																		█						til 31/12																							