

HELSE  VEST

Internrevisjonen

Oppfølging av regionale planar

Helse Vest RHF, september 2017

INNHALD

Målgruppene for denne rapporten er styret og revisjonsutvalet på regionalt nivå, ansvarlege i institusjonane som har vore reviderte, og utførande fagfolk. Rapporten er eit offentleg dokument og skal vere tilgjengeleg også for media og andre interesserte. Behova varierer, men her er ei lesarrettleiing med to nivå for kor djupt rapporten kan lesast:

1. Innhaldsliste og samandrag
2. Hovudrapporten med fakta og vurderingar

1	Samandrag	3
2	Innleiing	4
3	Fakta	5
3.1	Kva regionale planar har vi?.....	5
3.2	System for utarbeiding, iverksetting, oppfølging, og rapportering	6
3.3	Regional plan for kirurgi	8
3.4	Regional plan for diagnostikk og behandling av brystkreft.....	10
3.5	Regional plan for diagnostikk og behandling av prostatakraft	11
4	Vurderingar	13
4.1	Vurderingar	13
4.2	Avslutning og tilråding	14
5	Vedlegg	15

1 SAMANDRAG

Det er utarbeidd fleire regionale planar med rekkevidde for heile regionen. Dette internrevisjonsprosjektet har sett på kva prosessar føretaka har for å realisere planane, gjere dei kjent i organisasjonen og kva som eventuelt ligg føre av manglar. Formålet med prosjektet har kort sagt vore å undersøkje i kva grad internkontrollen rundt oppfølging av regionale planar fungerer.

Metodisk er det nytta dokumentanalyse av relevant dokumentasjon frå Helse Vest RHF og frå Helse Førde, Helse Bergen, Helse Fonna og Helse Stavanger. Det er gjennomført intervju med leiarar og sentrale personar ved RHF-et og i dei fire HF-a.

Prosjektet er gjennomført på to nivå. Øvste nivå er kva system ein har for å ha oversikt over gjeldande planar og for å følge dei opp, både regionalt og på føretaksnivå. Dernest har vi sett på kva som meir konkret har skjedd med tre av planane. Desse er "Regional plan for kirurgi", "Regional plan for diagnostikk og behandling av brystkreft" og "Regional plan for diagnostikk og behandling av prostatakreft".

Vår hovudkonklusjon er at Helse Vest samla (RHF og HF) ikkje har hatt særskilte system for å halde oversikt over gjeldande planar, felles terminologi, eller felles prosessar for utvikling av og oppfølging av planane etter vedtak. Dette har ein det siste halvanna året tatt grep om. Vidare finn vi at tiltak identifiserte i dei tre undersøkte planane langt på veg er oppnådd, men det er vanskeleg å knytte resultatata til dei vedtekne planane. På den annan side finn vi at føretaka har følgd den funksjonsfordelinga som vart vedtatt.

På denne bakgrunnen er vår beste **tilråding** at RHF-et fullfører sitt arbeid med å utvikle nye malar og metodikk for regional planlegging, og for oppfølging av regionale planar etter vedtak. HF-a sine bidrag vil vere å svare ut det ambisjonsnivå RHF-et legg til grunn, og sjølv sagt gjere si eiga vurdering på om dei treng å forbetre arbeidsprosessane omkring regionale planar.

2 INNLEIING

Det blir år om anna utarbeidd planar med rekkevidde for heile regionen. Internrevisjonen har sett nærare på internkontrollen rundt oppfølging av dei regionale planane, både korleis ein arbeider på regionalt nivå og lokalt i dei ulike helseføretaka. Prosjektet har kartlagt og vurdert desse konkrete **problemstillingane**:

- Kva system har ein i det regionale helseføretaket og helseføretaka for oppfølging og iverksetting av regionale planar?
- Kva system har ein for å rapportere tilbake på resultata av planane?
- Gitt at det blir avdekt manglar i gjennomføring av vedtak
 - Kva er årsakene til at vedtaka eventuelt ikkje er gjennomførte?
 - Kva kan eventuelt vere konsekvensane?

Styret i Helse Vest vedtok i mars 2015 å inkludere prosjektet i revisjonsplanen for 2015-2016. Mandatet for prosjektet vart drøfta i revisjonsutvalet i juni 2016.

Revisjonskriterium er krav eller forventningar som brukast for å vurdere funna i undersøkingane. I dette prosjektet er følgjande kriteriegrunnlag anvendt på overordna nivå:

- [Oppdragsdokument 2016](#) frå HOD og eigne styringsdokument til føretaka
- [Helse 2020](#) (kapittel 6.2 og kapittel 8).

Revisjonen har omfatta følgjande regionale planar, der utvalde, vedtekne tiltak òg inngår som revisjonskriterier:

- [Regional plan for kirurgi i Helse Vest 2013 - 2017](#)
- [Regional plan for diagnostikk og behandling av brystkreft 2013](#)
- Regional plan for diagnostikk og behandling av prostatakraft 2014

Vi har i hovudsak fokusert på prosessen rundt handteringa av dei utvalde regionale planane og samanhengen og grensesnittet mellom dei. Vidare har vi sett på flaskehalsar som RHF-et og føretaka sjølve har identifisert, men vi har ikkje gått i detalj på handtering og status på alle enkelttiltak i planane. Vi vurderte å inkludere planar frå andre område i helseføretaka, og innan beredskapsplanlegging blei det gjennomført to intervju. I rapporten har vi konsentrert oss om dei tre nemnde.

Metodisk er det nytta intervju og dokumentgjennomgang som grunnlag for rapporten. Intervjua blei gjennomført hausten 2016, men skriftleg dokumentasjon frå RHF-et er oppdatert per juni 2017. Vår samla vurdering er at metodebruk og kjeldetilfang har gitt eit tilstrekkeleg grunnlag til å svare på prosjektet sitt formål og problemstillingar.

3 FAKTA

3.1 KVA REGIONALE PLANAR HAR VI?

Nasjonal helselovgivning set som krav til dei regionale helseføretaka at dei skal "planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift" ([Lov om spesialisthelsetjenesten, §2-1a](#)).

Vi ser at ein gjennom mange år har hatt eit breitt utval av regionale planar i Helse Vest. Slik er det òg i dag. Idet arbeidet med denne rapporten vart avslutta, låg det føre følgjande regionale planar i oversikta frå det regionale helseføretaket. Oversikta er oppdatert juni 2017.

1. Tuberkuloseprogram i Helse Vest
2. Regional plan for tverrfagleg spesialisert behandling for rusmiddelbruk
3. Regional plan for habilitering og rehabilitering
4. Spesialisthelsetenesta til eldre
5. Regional plan svangerskaps-, fødsel- og barselomsorga i Helse Vest
6. Regional plan - Smittevernplan
7. Regional plan for psykisk helse
8. Regional handlingsplan for redusert og rett bruk av tvang i psykisk helse i Helseregion Vest
9. Regional helseberedskapsplan for Helse Vest
10. Behandling og rehabilitering ved hjerneslag
11. Regional plan for diagnostikk og behandling av brystkreft
12. Strategi og handlingsplan for kvalitetsregister i Helse Vest
13. Regional plan for kirurgi i Helse Vest
14. Teknologiplanen
15. Regional plan for diagnostikk og behandling av prostatakreft
16. Utredning, behandling og oppfølging av pasienter med CFS/ME (2014) - Rapport
17. HMS Strategi Helse Vest
18. Regional plan for laboratorietenester
19. Regional Innovasjonsstrategi
20. Plan for prehospital tenester i Helse Vest
21. Nasjonal traumeplan – traumesystem i Norge

Denne lista er resultat av eit større arbeid i det regionale helseføretaket dei siste par åra med å rydde i begrepsapparatet rundt det ein kan kalle ein regional plan, samt ta stilling til om dokumenta fortsatt gjeld. Nokre dokument heiter *regional plan*, andre bruker nemninga *program*, *handlingsplan*, eller det står like godt *rapport* på framsida. Lista over var lengre i starten av ryddeprosessen.

I samband med dette har det vore nødvendig å definere kva som ligg i omgrepet «regionale planar» og kva som skil desse frå til dømes strategiar, program og prosjekt. Dette arbeidet vil

bli avslutta når Helse 2035 er ferdigstilt, får vi opplyst. I samband med Helse 2035 er det elles lagt opp til å sjå nærmare på korleis anna planarbeid skulle følgjast av strategien.

Regionale planar blir nå definert på følgjande måte:

Regionale planar vert utarbeidde som ein reiskap i arbeidet med å fylle styringskrava frå eigar. Det vil ofte vere ei operasjonalisering av strategien med konkretisering av utfordringar og nødvendige aktivitetar.

3.2 SYSTEM FOR UTARBEIDING, IVERKSETTING, OPPFØLGING, OG RAPPORTERING

3.2.1 UTARBEIDING

Gjennom alle dei intervjua vi har hatt med administrativ leiding og fagfolk i RHF og HF, kjem det fram at ein viktig, og vellukka, del av planprosessen har vore å involvere fagfolk ute i føretaka i planarbeidet. Derfor er det mange som har god kjennskap til planane allereie før dei er publiserte, noko som styrker forankringa i føretaka, får vi høyre.

Ut over den bevisste tilnærminga med involvering og forankring i planprosessen, har det vore variasjon i korleis planane såg ut, og korleis planprosessane skulle organiserast. I 2016 låg det føre førsteutkast til tre dokument som skulle bidra til å strukturere planfasen. Per september 2017, i det denne revisjonen sluttar av, ligg det føre nye utkast for alle tre.

Mal for utforming av *Prosjektdirektiv*: Eit direktiv skal innehalde informasjon om prosjektet og korleis prosjektet er forankra. Vidare er det krav til mandat for planarbeidet og mål knytt til sjølve arbeidsprosessen. Malen er ikkje ferdigstilt, men vi får opplyst at den likevel er i bruk.

Mal for *skrivning av regionale planar*: Plandokumenta skal innehalde ei innleiing med mandat, ein gjennomgang av utviklingstrekk og no-situasjon, og vidare forslag til kva som ein bør gjere for å utvikle tenestene. Helse Vest har ikkje tidlegare hatt krav om å greie ut administrative og økonomiske konsekvensar som ledd i si planlegging. Dette er ein krav i statlege utgreiingar ([Utredningsinstruksen](#)), som kanskje ikkje helseføretaka er omfatta av. I utkastet til mal ligg det nå inne krav om det, men inga rettleiing i korleis.

Metodikk for regionale planar: Vi får opplyst at denne rettleiaren vil bli fullført når arbeidet med Helse 2035 er over. Rettleiaren tar mellom anna føre seg kva ein regional plan er, kven som har ansvar for oppfølging, sjølve planprosessen og kvalitetssikringa av denne. Hensikta med dokumentet er å forenkla og strømlinjeforme planprosessen.

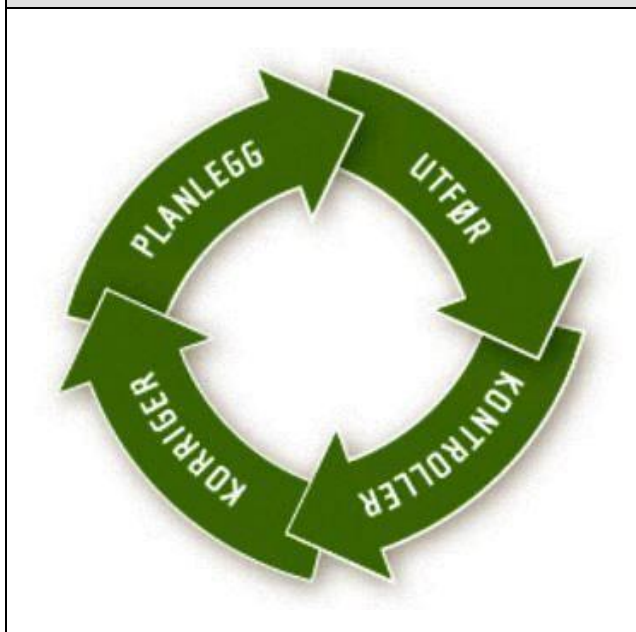
3.2.2 IVERKSETTING

Planane blir offisielt gjort kjent frå RHF-et via leiinga i HF-a. Det er forventa at føretaksleiinga er kjent med innhaldet i planane, samt leiarar for dei einingar som planane gjeld for. Det betyr at planane skal vere godt kjende ute i organisasjonen på overordna nivå, og at klinkleinga som eit minimum skal ha kjennskap til planar for sitt eige ansvarsområde.

I helseføretaka følgjer iverksettinga linja nedover eit stykke. Fagfolk på området vil primært få kjennskap til planarbeidet gjennom den eller dei frå føretaket som har deltatt. Vi finn lite dokumentasjon knytt til sjølve iversettingsfasen i føretaka.

3.2.3 OPPFØLGING OG RAPPORTERING

Figur 1 – Kvalitetssirkelen (lærings sirkelen).
Kjelde: Helsetilsynet



Kvalitetssirkelen er ein kjent måte å illustrere forbetningsarbeid på, og kan nyttast til å forklare prosessen knytt til dei regionale planane. Den består av trinna vist på figuren, og er ein kontinuerleg prosess med forbetring og læring som føremål.

Ifølgje RHF-et var det fram til om lag 2015 ikkje ein felles systematisk oppfølging av dei regionale planane. Praxis er no meir samordna og lik.

I RHF-et blir kvar plan tildelt ein "eigar" (sakshandsamar) og det skal rapporterast minimum ein gang kvart år til leiargruppa i RHF-et på *Rapporteringskjema – Regionale planar, tiltak og status*. Sist rapportering i

juni 2017 inkluderte dels bidrag frå føretaka, men òg oppsummeringar frå RHF-et sine saksbehandlarar ut frå eigen kunnskap, og dermed utan avklaringar med føretaka. Følgjeleg er dette eit internt dokument. Vi har fått tilbakemelding frå HF om at ein ønskjer

Internt i HF-a er det mest slik at leiinga set føre at planane blir gjort kjent og følgt opp utover i organisasjonen. Nokon særskild planoppfølging eller struktur for det, er ikkje utvikla. Planoppfølging er som annan saksoppfølging. Ein responderer på spørsmål frå RHF-et, dersom det kjem. Det er fleire i HF-a som saknar ein tettare oppfølging av planane frå RHF-et, som stimulans til eiga oppfølging. I arbeidet med å utvikle systematikken rundt dei regionale planane, forstår vi det slik på RHF-et at oppfølginga skal skje gjennom eksisterande styringsystem (styringsdokumenta og jamlege rapporteringar frå føretaka i den samanheng), og ikkje som ei eiga rapporteringsline.

I ein god lærings sirkel ligg det òg at ein skal evaluere planane etter ei tid. Ut over den rapporteringa som skjer administrativt i RHF-et, synest det å vere rimeleg stor variasjon i korleis eller om det blir gjennomført evalueringar i ettertid. Planar som blir rullerte, vil innehalde ein viss form for evaluering, etter kva vi skjønner.

Vi skal no sjå på tre regionale planar, og korleis dei er blitt følgt opp.

3.3 REGIONAL PLAN FOR KIRURGI

Regional plan for kirurgi blei vedtatt av styret i Helse Vest RHF 10. april 2013 og gjeld for perioden 2013–2017. Den blei sist behandla i Direktørmøtet 2. juni 2014. Målet med planen har vore å trekkje opp overordna prinsipp og føringar for utvikling av tenestetilbodet. Planen skisserer utfordringar som spesialisthelsetenesta står overfor i åra som kjem. Fagavdelinga i RHF-et har det overordna ansvaret for oppfølging av planen.

Planen peiker på viktige tiltak for å møte framtidige utfordringar. Kapasitet og tilgjengelegheit må aukast for å møte krav og forventningar til spesialisthelsetenesta. Prosjektgruppa som utarbeidde planen, peikte på at rekruttering, utdanning og kompetanseheving, er dei viktigaste utfordringane framover og område kor det må setjast inn regionale tiltak.

I samband med kirurgiplanen blei det òg gjort ei ny vurdering av oppgåvefordelinga innanfor kreftkirurgi, og det blei utarbeidd eigne planar for brystkreft og prostatakraft. Kirurgiplanen er den største og mest omfattande av desse tre planane.

3.3.1 KVA SOM ER GJORT PÅ REGIONALT NIVÅ

Vi får opplyst at det er sett i gang ein prosess med å revidere kirurgiplanen, men at arbeidet ikkje er ferdigstilt på grunn av pakkeforløpa og utfordringar rundt funksjonsfordeling. Eit eige prosjekt på funksjonsfordeling er planlagt starta, og innan revmakirurgi er det eit prosjekt i gang.

Faglege diskusjonar rundt funksjonsfordeling var medverkande til eit ønske den gong om legge til rette for sterkare overordna styring gjennom ein regional plan. Blant anna blei det bestemt at operasjonar av skjoldbruskkjertel og binyrer skulle innlemmast i bryst- og endokrinkirurgien. Tidlegare låg ikkje dette inn under nokon spesialitet. Det blei òg vedtatt at det skal vere brystdiagnostiske sentra (BDS) i alle fire føretaka, og at det skal vere to prostata-sentre i regionen, i Helse Bergen og Helse Stavanger.

I det administrative rapporteringsskjemaet i RHF-et (*Rapporteringsskjema – Regionale planar, tiltak og status*), ligg det inne at ein har ein kirurgiplan. Det blir vist til at der er ei oppfølging

på eit eige skjema, *Oppfølging av regional plan for kirurgi i Helse Vest*. Dette var sist oppdatert juni 2014.

3.3.2 KVA SOM ER GJORT PÅ FØRETAKSNIVÅ

Det er ulike oppfatningar om planen og den overordna styringa av den. Til dømes er det blitt uttalt at planen er utydeleg på funksjonsfordeling, mens andre har ein oppfatning av at planen er for detaljert. Vi får òg opplyst at det var ulike interesser då planen blei utforma. Vi har vald oss ut tiltak frå planen som er spesifikke for kvart føretak.

Det går fram av planen at **Helse Førde** må sikre formell kompetanse innan bryst- og endokrinkirurgi. Status er at føretaket ikkje har på plass den formelle spesialistkompetansen for bryst- og endokrinkirurgi. Føretaket meiner at dette er ein spesialitet det ikkje er behov for i Førde. Vi får opplyst at det likevel blir utført brystkirurgi sidan dei har realkompetanse på det.

Planen påpeiker at **Helse Bergen** må styrkje regionsfunksjonen med omsyn til service og ventetid. I arbeidet med funksjonsfordeling med Haraldsplass diakonale sjukehus, må føretaket sikre tilbodet innan generell kirurgi og ortopedi. I tillegg må føretaket koordinere seg med dei private kommersielle sjukehusa i Bergensområdet. Bergen har avtale med Voss og Kysthospitalet innan kompliserte ryggoperasjonar. Føretaket er òg tildelt rolla som regional funksjon innan barnekirurgi.

Av planen går det fram at **Helse Fonna** må sikre formell kompetanse innan bryst- og endokrinkirurgi og opprette brystdiagnostisk senter (BDS). Vidare heiter det at føretaket har eit særskilt ansvar for å styrkje tilbodet innan urologi og må snarast råd sikre sjukehuset utdanningsstatus i urologisk kirurgi. Det står òg i planen at det må vere ein felles fagleg leiing og koordinering for ortopedisk verksemd i opptaksområdet. På revisjonstidspunktet var brystdiagnostisk senter kome på plass. Føretaket har ikkje felles fagleg leiing innanfor ortopedi. Stord har eiga leiing med eige tilvisingsmottak.

Det heiter i planen at **Helse Stavanger** snarast må sikre sjukehuset utdanningsstatus (gruppe 1 teneste) i urologisk kirurgi. Utfordringar knytt til å rekruttere og behalde urologar, har gjort at føretaket på revisjonstidspunktet ikkje er i mål med å bli gruppe 1 sjukehus. Dette er noko føretaket jobbar med, får vi opplyst.

Vi får opplyst at det har kome mykje bra ut av kirurgiplanen. Den greip fatt i viktige og til dels kontroversielle område innan funksjonsfordeling, og kom ut med løysingar som det var semje om. Eit døme er multidisiplinære møter (MDT) som har gitt store moglegheiter. Det blir likevel sagt at kirurgiplanen til ein viss grad har blitt tilslørt av pakkeforløpa og prosessar som har kome til.

3.4 REGIONAL PLAN FOR DIAGNOSTIKK OG BEHANDLING AV BRYSTKREFT

Regional plan for diagnostikk og behandling av brystkreft blei vedtatt av styret i Helse Vest 6. mars 2013. Mandatet for planen inneheld åtte punkt som prosjektgruppa skulle ta stilling til. Den skulle blant anna vurdere behovet for diagnostikk, behandling og rehabilitering av brystkreft, og korleis behovet er forventa å utvikle seg i eit femårsperspektiv. Planen gir råd om organisering av tilbodet, og om behandling og oppfølging av arveleg brystkreft. Den beskriver tilbodet innanfor rekonstruktiv kirurgi og identifiserer flaskehalsar i behandlinga.

3.4.1 KVA SOM ER GJORT PÅ REGIONALT NIVÅ

Det er etablert brystdiagnostiske sentre i alle føretaka. Det er òg bestemt at primærutgreiing av arveleg brystkreft skal skje på Haukeland. Kriterier for testing er no like for heile landet.

I det administrative rapporteringsskjemaet i RHF-et (*Rapporteringsskjema – Regionale planar, tiltak og status*), ligg det inne at ein har denne planen. Utover tittelen kjem det ikkje fram anna enn at ein viser til kirurgiplanen.

3.4.2 KVA SOM ER GJORT PÅ FØRETAKSNIVÅ

Planen drøfta utfordringar rundt bruken av private institusjonar i utredning og diagnostisering av brystkreft. Føretaka var samde om at sentre som skal utgreie, bør ha alle modalitetar, som røntgen, ultralyd, biopsi og kirurgi, kalla trippeldiagnostikk. Dersom dette ikkje er på plass, kan diagnostikken bli forsinka.

Helse Førde har oppretta brystdiagnostisk senter. Genetisk rettleiing ved arveleg brystkreft blir gjort ved avdeling for genetikk på Haukeland. Sjølv oppfølginga skjer i Førde. Føretaket har ikkje på plass endokrindelen som inngår i den nye spesialiteten, jf omtalen under kirurgiplanen i førre avsnitt.

Helse Bergen har primærutgreiing ved arveleg brystkreft og har hatt eit brystdiagnostisk senter sidan 1996. Føretaket viser til at Haukeland Universitetssjukehus har alle spesialavdelingane som er naudsynte i multimodal utgreiing og behandling av brystkreft.

Helse Fonna har auka kapasiteten innan onkologi og samarbeider med Bergen. Dei har radiolog og spesialist på bryst- og endokrinkirurgi, og dei har tilsett plastikkirurg. Vi får opplyst at dei har etablert brystdiagnostisk senter og at dei har det som trengs for å vere eit fullverdig brystdiagnostisk senter. Mammografi har vore eit prioritert område. Føretaket satsar på dagbehandling framfor fleire onkologiske senger. Helse Fonna har ikkje etablert funksjon knytt til tolking av screeningundersøking eller oppfølging av eventuelle funn ved denne un-

dersøkinga. Dette er tillagd Helse Stavanger og Helse Bergen. Det er eit arbeid i gang for å etablere denne funksjonen i Helse Fonna.

Helse Stavanger har prioritert å sikre utdanning av bryst- og endokrinkirurgar, samt å oppretthalde plastikkirurgisk kompetanse. Vi får opplyst at dei har mista, og er i ferd med å miste, god kompetanse innan plastikkirurgi. Føretaket har fått bestilling frå nasjonalt hald at dei skal gjere fleire primære rekonstruksjonar. Det blir påpeikt at det er fleire aspekt ved dette. Blant anna blir det vist til at pasientane ofte ikkje er mottakelege så tidlig i prosessen kva det inneber å få ein protese.

3.5 REGIONAL PLAN FOR DIAGNOSTIKK OG BEHANDLING AV PROSTATAKREFT

Regional plan for diagnostikk og behandling av prostatakraft blei vedtatt av styret i Helse Vest 9. mai 2014. Det blei nedsett ei arbeidsgruppe med representantar frå helseføretaka, brukarutval og dei tilsette sine organisasjonar. Grappa hadde blant anna i oppgåve i gi ei vurdering av behovet for diagnostikk, behandling og rehabilitering og korleis dette forventa å utvikle seg i eit 5-årsperspektiv. Det høyrte òg til mandatet å beskrive tilbodet og gi råd om organisering av tilbodet i regionen. I styreprotokollen står det blant anna at:

Prostatakraft er den hyppigaste kreftforma hos menn og vil auke kraftig når delen eldre i befolkninga aukar.

Tilgang på spesialistar innan urologi, onkologi, patologi og radiologi samt kapasitet på MR og analyser innan patologi vil vere utfordrande.

Noverande funksjonsfordeling med stråleterapi og kirurgisk behandling bør vidareførast.

3.5.1 KVA SOM ER GJORT PÅ REGIONALT NIVÅ

Det er bestemt at det skal vere to prostatasentre i regionen, eit i Bergen og eit i Stavanger. RHF-et har gitt midlar til oppbygging av desse. Prostata- og kreftplanen har sitt utspring i oppdragsdokumentet for 2010, og fokuset skulle vere på store kreftgrupper og hyppige kreftformar. Helse Vest valde prostata- og brystkreft.

I det administrative rapporteringsskjemaet i RHF-et (*Rapporteringsskjema – Regionale planar, tiltak og status*), ligg det inne at ein har denne planen. Utover tittelen kjem det ikkje fram anna enn at ein viser til kirurgiplanen.

3.5.2 KVA SOM ER GJORT PÅ FØRETAKSNIVÅ

Sjølv om **Helse Førde** ikkje har eige prostatasenter, har dei likevel same utredningsopplegg som på Haukeland, samt palliativt tilbod. Urologisk kirurgi er eit av områda der det har vore

diskusjonar kring funksjonsfordeling. Dei har sjølv identifisert røntgen og patologi som flaskehalsar, og har hatt utfordringar med rekruttering

Prostatasenteret i **Helse Bergen** blei bygd opp med prostataplanen som grunnlag. Vi blir fortalt at sjølve oppbygginga av senteret var uproblematisk, men at pengar til drift har vore ei utfordring. Det blir òg uttalt at planen blei laga fordi ein så at det var to store kreftformer som det ikkje var semje om. Føretaket har bygga ut MR-kapasiteten, men radiologkapasiteten var på revisjonstidspunktet fortsatt eit problem.

Helse Fonna opplyser at dei tidlegare utførte radikal prostatektomi sjølv om denne typen inngrep blei funksjonsfordelt til Bergen og Stavanger. Vi blir fortalt at det er slutt på denne praksisen. Annan urologisk kirurgi er på plass. Det er ein privat avtalespesialist i opptaksområde som tar ein del av pasientgruppa. Føretaket opplyser at dei har hatt urologi som satsing, og at dei sidan 2012 har bygd opp eit team for å handtere denne pasientgruppa. Dei har rekruttert og bygd opp patologi og radiologimiljø, og fått fleire patologar og radiologar.

Helse Stavanger etablerte prostatasenter i 2017. Føretaket gir overfor internrevisjonen uttrykk for at funksjonsfordelinga innanfor faget urologi blir overhalde. Føretaket har hatt utfordringar både med å rekruttere og behalde urologar, og dei har mista urologar som har gått over i privat verksemd, samstundes som fagmiljøa helst ønskjer seg til Bergen. Vi får opplyst at med innføring av ny LIS-utdanning som tredde i kraft 1.3.2017, vil gruppeføring innan spesialistutdanninga falle bort. Dette inneber at urologi vil bli ein eigen spesialitet.

4 VURDERINGAR

4.1 VURDERINGAR

RHF-et har eit system under utvikling for å standardisere heile livssyklusen til ein regional plan. Det ligg føre ein definisjon på kva ein regional plan er. Retningslinjer og malar for planfasen er under utarbeiding, og det er laga ei oversikt over gjeldande planar med tilhøyrande status og tiltak til bruk i oppfølgingsarbeidet.

Dei forskjellige systema og dokumenta som RHF-et har utarbeidd, er stort sett oversiktlege, og gjev eit godt bilete av prosessen. Det er likevel uheldig at dokumenta berre ligg føre som utkast eller ikkje er oppdaterte.

Etter internrevisjonen si vurdering legg *Rettleiar for arbeidet med regionale planar* ein god rettesnor for auka standardisering av dei regionale planprosessane. Det same gjer malane for skriving av prosjektdirektiv og for plandokumentet. Vi saknar kanskje eit krav om risikovurdering av både planleggingsprosjektet, og av tilrådingane som kjem ut av planprosessen. Ei rettleiing av korleis prosjekta skal kunne greie ut økonomiske og administrative konsekvensar av sine planforslag, bør sikkert òg bli utvikla.

Rapporterings skjema – Regionale planar, tiltak og status har mange hol i sitt innhald, sjølv om det etter kvart har fått med seg titlane på alle dei regionale planane. Rapporten har til dømes ikkje noko om dei tre planane vi har sett nærare på, ut over å nemne tittelen. Vidare er vurderingane av status for andre planar ein blanding av saksbehandlar sitt skjønn og kunnskap på rapporteringstidspunktet, og reelle tilbakemeldingar frå føretaka.

I oppfølginga av dei regionale planane kan kanskje RHF-et vurdere kva ambisjonsnivå ein skal legge for dagen. Kven skal bidra i statusrapporteringa, kva kvalitet skal den ha, kven skal få innsyn i status, korleis skal til dømes styret og føretaka vere orienterte? Styret i RHF-et har bedt om tilbakemelding på kvart styremåte om status på arbeidet med utvikling av planane, men kva planar legg ein for oppfølging og evaluering i etterkant av styrevedtak?

HF-a har ein fast praksis for fordeling frå nivå 1 til nivå 2, og tildels vidare til rette nivå 3 og fagfolk avhengig av kva planen omhandlar – og kva den set føre at føretaket skal gjere. Vårt inntrykk er òg at det er god kjennskap til planane ute i føretaka på overordna nivå. Jo lenger ned ein kjem i systemet, dess mindre er kjennskapen til planane. Men det er kanskje heller ikkje å forvent. Ut frå kva vi erfarer kjenner i all hovudsak tilsette til den delen av planverket som gjeld jobben dei har ansvar for/utfører. Vi har sett døme på svært eksplisitt korrespondanse i føretak for å sikre at ny vedtatt regional funksjonsfordeling faktisk blir etterlevd.

Dei tre planane gir ein god oversikt over områder med flaskehalsar og kva slags spesialistar det er mangel på. Tiltaka som er identifiserte i dei tre undersøkte planane er godt på veg oppnådd, men det er vanskeleg å knytte desse resultatane direkte til planane. I gjennomlesinga

av desse dokumenta saknar vi både eksplisitte risikovurderingar og utgreiingar av økonomiske og administrative konsekvensar av alle tiltaka. Dette er noko som etter internrevisjonen si vurdering med fordel kunne vore vektlagt framover, som vi var inne på ovanfor.

Gjennomføring av tiltaka i planane ser jamt over ut til å ha vore god, i det minste på dei utvalde tema i denne revisjonen. Det som har vore utfordringa er nett det same som gjekk inn i premissane i planane, det å sikre rett spesialistkompetanse i heile organisasjonen. Regional planlegging i ei kompleks verd i utvikling, er ikkje alltid lett.

Pakkeforløpa for kreft kom like etter planane og det har kome nye nasjonale retningslinjer. Med litt velvilje kan ein uttrykke det slik at desse kan ha gitt drahjelp til gjennomføring av dei regionale planane. Fleire av dei vi intervjuar i helseføretaka uttrykker det litt annleis: Nye nasjonale retningslinjer blei tatt inn i regionalplanane og var dei som fagfolka hadde eit forhold til, og brukte. Dertil kom kreftforløpa som ein nasjonal innsats. Regionalplanane innan prostata- og brystkreft var det få som hadde tatt fram etter at dei vart vedtekne.

4.2 AVSLUTNING OG TILRÅDING

Formålet med prosjektet har vore å undersøkje i kva grad internkontrollen rundt oppfølging av regionale planar fungerer.

Vår hovudkonklusjon er at Helse Vest samla (RHF og HF) ikkje har hatt særskilte system for å halde oversikt over gjeldande planar, felles terminologi, eller felles prosessar for utvikling av og oppfølging av planane etter vedtak. Dette har ein det siste halvanna året tatt grep om. Vidare finn vi at tiltak identifiserte i dei tre undersøkte planane langt på veg er oppnådd, men det er vanskeleg å knytte resultat til dei vedtekne planane. På den annan side finn vi at føretaka har følgd den funksjonsfordelinga som vart vedtatt.

På denne bakgrunnen er vår beste **tilråding** at RHF-et fullfører sitt arbeid med å utvikle nye malar og metodikk for regional planlegging, og for oppfølging av regionale planar etter vedtak. HF-a sine bidrag vil vere å svare ut det ambisjonsnivå RHF-et legg til grunn, og sjølvsgt gjere si eiga vurdering på om dei treng å forbetre arbeidsprosessane omkring regionale planar.

5 VEDLEGG

Om internrevisjon

Internrevisjonen skal på vegner av styret i Helse Vest RHF overvake og bidra til forbetringar i føretaksgruppa si verksemdstyring, risikostyring og internkontroll. Det gjer vi i samsvar med dei internasjonale standardane for profesjonell utøving av internrevisjon. Les meir på helse-vest.no.

Internasjonal definisjon av internrevisjon: «Internrevisjon er en uavhengig, objektiv bekreftelses- og rådgivningsaktivitet som har til hensikt å tilføre merverdi og forbedre organisasjonens drift. Den bidrar til at organisasjonen oppnår sine målsettinger ved å benytte en systematisk og strukturert metode for å evaluere og forbedre effektiviteten og hensiktsmessigheten av organisasjonens prosesser for risikostyring, kontroll og governance.»

Denne rapporten er utarbeidd av internrevisor Lene Lie og leier for internrevisjonen, Bård Humberstet.

Sitat frå Regional plan for diagnostikk og behandling av brystkreft:

Planarbeidet byggjer både på nasjonale retningslinjer og den regionale kreftplanen. Det er gitt ei vurdering av behovet for tenester i regionen og kva utforming, tiltak og løysingar som er mest tenlege. I eit utdrag frå styreprotokoll datert 6. mars 2013 heiter det:

Den forventa veksten i brystkrefttilfelle i dei neste 5 åra vil auke behovet for radiologiske tenester og presset på dei kirurgiske einingane vil auke som følge av meir bruk av primær rekonstruktiv kirurgi og krav om kortare ventetider på utgreiing og behandling.

Det vil også vere behov for å auke kapasiteten innan patologi og onkologi.

All diagnostikk av brystkreft bør gjerast ved brystdiagnostiske senter (BDS) eller ved senter som kvalitativt kan tilby tilsvarende utgreiing.

Helse Vest blei i oppdragsdokumentet for 2010 bedt om å vidareføre arbeidet med å utarbeide planar for store pasientgrupper med dei hyppigaste kreftformane. Brystkreft var ei av to kreftformer som blei valt ut. Følgjande sitat er henta frå planen:

*Sjølv om kapasiteten ved dei fire føretaka klarer å ta unna pasientstraumen med dagens volum og logistikk, vil ein generell befolkningsauke på opptil 8 prosent per år, «eldrebølga», kortare tidsfristar frå helsemyndighetene og endra intern logistikk for å innfri aukande kvalitetskrav føre til **større behov for legespesialistar** i alle dei fire fagdisiplinane (bryst- og endokrin-kirurgar, plastikkirurgar, genetikarar, radiologar, patologar og onkologar).*

*Det er sterkt ønskeleg å **samløkalisere BDS-a**, både på grunn av kvaliteten og kapasiteten. Det vil seie at klinikaren og radiologen arbeider tett saman og kan konferere om den enkelte pasienten ved behov, og at samarbeidet og dialogen med patologen er tett, særleg ved **jamlege tverrfaglege møte**. Det er semje i utvalet om at brystdiagnostikken ved dei private røntgensentera per i dag ikkje følgjer desse kvalitetskrava, og utvalet er samstemt i at det derfor **ikkje er fagleg tilrådeleg å tilvise pasientar med kliniske problemstillingar til institutt som tilbyr berre delar av diagnostikken**.*

*Radiologisk undersøking av endringar i brysta skjer i alle føretaka og på private røntgeninstitutt. Det er berre ved helseføretaka at denne aktiviteten er knytt til brystdiagnostiske senter, BDS, slik at heilskapen i **trippeldiagnostikken** blir varetaken.*

Utvalet vil presisere at det er uheldig at registreringa av nyttilviste pasientar blir gjort ulikt og i ulike datasystem, og utvalet tilrår alle føretaka å registrere nyttilviste pasientar på same måten og gi ventetidsgaranti frå det tidspunktet sjukehuset får tilvisinga, anten det er ved klinisk aodeling eller ved røntgenavdeling.

Helse Vest-regionen har den høgaste førekosten av arveleg brystkreft i landet. Særleg høg er førekosten i Rogaland. Utvalet tilrår at all primær utgreiing av arveleg brystkreft skjer ved Senter for medisinsk genetikk og molekylærmedisin, Haukeland universitetssjukhus. Oppfølginga etter dei retningslinjene som her er tilrådde, kan så skje ved det enkelte BDS.

Onkologisk dageining i Haugesund bør utvidast til ei onkologisk avdeling for å gi pasientane eit fullverdig tilbod og for å avlaste dei andre onkologiske avdelingane med medisinsk onkologi.

Utvalet er samstemt i at dei kirurgiske avdelingane som skal operere brystkreft, må ha anledning og kompetanse til å kunne tilby primær rekonstruksjon med protese, både ved at bryst- og endokrinkirurgar har denne kompetansen og erfaringa sjølve, og at dei har eit løpande og godt samarbeid med spesialistar i plastikkirurgi.

Kompliserte rekonstruksjonar med autologt vev bør berre utførast ved dei to plastikkirurgiske avdelingane.

Sitat frå Regional plan for diagnostikk og behandling av prostatakraft:

Gruppen har sett på hvilke forhold som innebærer en kapasitetsmangel og som dermed kan være en **flaskehals i utredning og behandling av prostatakraft**. Det er særlig tre forhold som utgjør en flaskehals. Noe kan forbedres med en mer strømlinjeformet logistikk, men følgende felt har klare begrensinger per i dag for å kunne oppnå målsetningen om 5-10-20 dager innen kreftbehandling.

- **Tilgang på spesialister.** Det mangler tilgang på spesialister innen urologi, onkologi, patologi og radiologi. Antallet er vanskelig å tallfeste, men det er særlig knyttet opp til kravene om rask utredning og behandling. Jo raskere man ønsker pasientforløpet utført jo flere spesialister trengs.

- **Tilgang på MR- kapasitet.** Konferer tidligere i rapporten.

- **Tilgang på patologikapasitet.** Konferer tidligere i rapporten.

Gruppen mener at langtidsbivirkninger i hovedsak må følges opp av behandlende avdeling, som må ha kompetanse på dette feltet. Særlig gjelder dette inkontinens. Haukeland universitetssykehus (HUS) har opprettet et behandlingsprogram for pasienter med behov for kirurgisk behandling av postprostatektomi inkontinens. Stavanger universitetssykehus (SUS) har planer om det samme. Postoperativ impotensproblematikk må også være et fokusområde i oppfølgingen, men skal i større grad foregå i alle foretak.

Gruppens flertall mener kirurgisk behandling av prostatakraft bør foregå i Helse Bergen og Helse Stavanger, slik som tilfellet er pr 2013. Helse Fonna ønsker å kunne begynne med slik behandling på et senere tidspunkt hvis tilstrekkelig volum.

Det opprettes 2 prostatasentre i Helse Vest ved HUS og SUS. HUS starter oppbyggingen av sitt senter først. **Sentrene må arbeide sammen om forskning og utvikling av fagfeltet.** Dette må gjøres i samarbeid med de andre helseforetakene i Helse Vest.