



Styremøte i Finnmarkssykehuset HF

Arkivnr.:
2014/67

Saksbeh/tlf:
Ole Martin Olsen, 78 42 19 97

Sted/Dato:
Hammerfest, 17. september 2014

Saksnummer 73/2014

Saksansvarlig: Administrasjonssjef, Ole Martin Olsen
Møtedato: 25. september 2014

Rapportering oppdragsdokument 2. tertial 2014 til Helse Nord RHF inklusive overordnet risikostyring

Administrerende direktørs forslag til vedtak:

1. Styret i Finnmarkssykehuset HF godkjenner rapport for 2. tertial på oppdragsdokumentet. Tertialrapporten oversendes Helse Nord RHF.
2. Risiko knyttet til gjennomføring av oppdraget vurderes som middels, og avbøtende tiltak etablert på dette anses som tilfredsstillende.

Administrerende direktør
Torbjørn Aas

Vedlegg:

1. Saksfremlegg
2. Rapportering 2. tertial Oppdragsdokument 2014



Rapportering oppdragsdokument 2. tertial 2014 til Helse Nord RHF inklusive overordnet risikostyring

Saksbehandler: Administrasjonssjef Ole Martin Olsen

Dato: 15. september 2014

1. Oppsummering/anbefaling

Foretaket har kontinuerlig fokus på oppdragsdokumentet gjennom hele året. Styret får den til behandling flere ganger og den behandles også i foretaksledermøtet og ute i klinikkene. Tiltakene gjennomføres iht plan og risiko knyttet til gjennomføring av oppdraget vurderes som middels til lav.

Det anbefales at Styret i Finnmarkssykehuset HF godkjenner rapport for 2. tertial på oppdragsdokumentet og at tertialrapporten oversendes Helse Nord RHF.

Risiko knyttet til gjennomføring av oppdraget vurderes som middels, og avbøtende tiltak etablert på dette anses som tilfredsstillende.

2. Bakgrunn

Styret har behandlet oppdragsdokumentet som egen sak i sitt møte i februar 2014. Oppdragsdokumentet er fulgt opp gjennom hele 2014 i foretaket. I styret er saken behandlet i sak knyttet til overordnet risikostyring og gjennom tertialrapporteringen.

3. Vurdering

Foretaket har kontinuerlig fokus på oppdragsdokumentet gjennom hele året både i forhold til styrearbeid, arbeid i foretaksledergruppen og ute i klinikkene. Helse Nord har satt opp 4 målområder som foretakene bes risikostyre i forhold til i 2014 sammen med flere delmål/KSF knyttet til hvert enkelt målområde:

- a. Pasientbehandlingen
- b. Organisasjon og personell
- c. Investeringsplan
- d. Økonomi

Felles for dette arbeidet er at det jobbes godt på veldig mange områder. Risikoen ble i begynnelsen av september 2014 gjennomgått i ledergruppen for alle tiltak/mål i dokumentet. 20 % av tiltakene ble vurdert til å ha lav risiko. 80 % av tiltakene ble vurdert med middels risiko. Noen få tiltak ble fortsatt vurdert til å ha høy risiko. Størst utfordring var det knyttet til investeringsplan og økonomi.

Det jobbes kontinuerlig med å få ned ventetider og fristbrudd. Som helhet viser tallene betydelig bedring sammenlignet med tall for 2013. Ventetidene ligger noe over kravet på 65 dager. Fristbruddene er lavest i regionen og nesten nede på målet.



Vi har tall innenfor kreftbehandlingen som ligger på landsgjennomsnittet eller bedre. Vi når likevel ikke målet om antall dager før oppstart av behandling og setter nå fokus på dette. Vi gjennomfører aktivitetsendring innenfor psykiatri og rus i tråd med oppdraget og det legges til rette for økt aktivitet både innenfor rus og psykiatri. Det oppleves også økt vridning fra døgn til dag i somatikken der også aktiviteten er generelt høyere enn budsjettet.

Foretaket har en positiv utvikling i somatikken med lavere budsjettavvik enn tidligere år. Særlig gjelder dette for Hammerfest. Pasientreisekostnadene er betydelig høyere enn budsjettet. Prognosen ble justert ned i første tertial fra 15. mill til 10. mill i overskudd. Prognosen opprettholdes. Det jobbes godt med tiltak og det forventes at effekten på disse vil øke i tredje tertial. Nye tiltak begynner nå å virke innenfor pasientreiser og innenfor administrasjonene. I tillegg jobbes det med tiltak som skal sikre bærekraft framover.

Samlet sett vurderes oppdraget for 2. tertial 2014 som gjennomført iht. plan på de fleste områder og risikoen for manglende måloppnåelse for hele året er middels til lav.

4. Risikovurdering

Saken vurdert opp mot våre kjerneverdier kvalitet, trygghet og respekt:
Gjennomføring av prosess og vedtak rundt tertialrapporteringen bidrar positivt til utvikling av våre kjerneverdier kvalitet, trygghet og respekt.

Saken vurdert opp mot beslutningshensyn i navigasjonshjulet:
Gjennomføring av prosess og vedtak rundt tertialrapporteringen er vurdert i forhold til navigasjonshjulet. Det er ikke registrert negative konsekvenser ved prosess og vedtaket relatert til noen av faktorene som jus, etikk, identitet, moral, omdømme, eller økonomi som vurderes som negativt for foretaket.

Hvem blir berørt og hvilke konsekvenser får det for de berørte?:
Hele foretaket berøres av oppdraget satt i oppdragsdokumentet. Sak om Rapportering med forslag til vedtakspunkt berører likevel et fåtall personer i foretaket.

Saken vurdert generelt knyttet til risiko relatert til måloppnåelse:
Risiko knyttet til måloppnåelse vurderes som middels til liten da foretaket har stor fokus på risikostyring generelt og risikostyring opp mot oppdragsdokumentet spesielt.

Saken vurdert knyttet til HMS og det ytre miljø:
Finnmarkssykehusets gjennomføring av oppdraget for 2014 påvirker på mange måter både HMS og det ytre miljø. Det jobbes godt ute i klinikkene knyttet til å etablere tiltaksplaner for å nå målsetningene i vår klima og miljøstrategi. Dette skal



på sikt gi resultater i forhold til bedring av det ytre miljø. HMS er i fokus i det meste av det arbeidet som foretaket foretar seg. Behandlingen av saken knyttet til rapportering påvirker i liten grad forhold knyttet til HMS og det ytre miljø.

5. Medbestemmelse

Sak vedrørende rapportering 2. tertial er drøftet med de tillitsvalgte i møte 15. september 2014.

Vedlegg:

- Rapportering 2. tertial oppdragsdokument 2014



FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU



Rapportering 2. tertial Oppdragsdokument 2014

Hammerfest 10. september 2014

Innhold

1	Felles økonomiske krav og rammebetingelser.....	3
1.1	Risikostyring og internkontroll.....	3
1.2	Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning.....	5
1.3	Innkjøp.....	5
2	Tilgjengelighet og brukerorientering.....	6
2.1	Pasientsikkerhet og smittevern	6
2.1.1	Pasientsikkerhet	6
2.2	Pasientbehandling.....	7
2.2.1	Psykisk helsevern og rus	7
2.2.2	Somatikk	8

1 Felles økonomiske krav og rammebetingelser

Mål 2014:

- Helseforetakene skal realisere følgende resultatmål i 2014 jf. styresak 111-2013 Budsjett 2014 foretaksgruppen, rammer og føringer, styresak 138-2013 Budsjett 2014 - endringer i finansiering og konsekvenser for helseforetakene og styresak 72-2013 Plan 2014–2017 inkl. rullering av investeringsplan. Helseforetakene skal i 2014 basere sin virksomhet på de tildelte midler.

Foretaket har pr 2.tertial et akkumulert resultat på pluss 2 MNOK, som er 8 MNOK etter budsjett. Foretaket har en prognose for året på pluss 10 MNOK. Dette er 5 MNOK etter resultatkravet til Helse Nord. Foretaket skal jobbe videre med tiltak i 2014, med håp om å kunne nå resultatkravet.

- Helseforetakene skal utarbeide og styrebehandle komplette og reelle tiltaksplaner for å sikre at de økonomiske kravene oppfylles i 2014 og i planperioden (2014–2017).

Foretaket hadde som mål at de økonomiske tiltakene som ble utarbeidet i arbeid med budsjett for 2014 skulle være nok til at foretaket oppfylte de økonomiske kravene for 2014. Prognoser for resultatet for 2014 tilsier at foretaket trenger ekstra tiltak for å ha mulighet til nå resultatkravet. Det ble utarbeidet nye tiltak på sommeren, som vil bidra til at foretaket nærmer seg resultatkravet.

Når det gjelder økonomi på lengre sikt er ikke foretaket bærekraftig og vil høsten 2014 utarbeide en strategi/handlingsplan som skal være ferdig sammen med budsjett for 2015.

1.1 Risikostyring og internkontroll

Mål 2014:

- Gjennomføre risikostyring i henhold til vedtatte retningslinjer og rapportere til Helse Nord RHF i samsvar med disse.

Foretaket gjennomfører overordnet risikostyring i henhold til vedtatte retningslinjer fra Helse Nord RHF.

Målområde 1:
Pasientbehandlingen

Delmål/KSF

Ansvar i de ulike trinn i pasientforløp er definert

Flere forløp er standardisert. Flere nasjonale retningslinjer/forløp følges. Nye nasjonale forløp implementeres fortløpende. Koordinator overfor kommunehelsetjenesten er etablert. Kreftkoordinator er etablert ved Klinikk Hammerfest. Pasientansvarlig behandler er under etablering. Kvalitetsmedarbeidere i klinikkene med fokus på LEAN er under ansettelse. Fortsatt utfordringer knyttet til å utarbeide systemer og rutiner for involvering av pasienten i behandlingen og få på plass rutiner for koordinering av pasienter med langvarige og komplekse lidelser. Middels risiko.

Virksomhetsstyringen er i tråd med pasientsikkerhetsprogrammet

Vi har iverksatt GTT, Trygg kirurgi, samstemming av medikamentlister etc. Ansvarlig for programmet er på plass og det rapporteres månedlig på resultater i ledergruppene. Resultater behandles også kvartalsvis i KVAM råd. Foretaket har et potensial for å spre resultatene ut i organisasjonen. Resultater må også brukes i enda større grad ute i organisasjonen. Middels risiko.

Gjennomsnittlig ventetid skal være under 65 dager

Foretaket arbeider godt både med fristbrudd og ventetider. En rekke tiltak er etablert. Fristbruddene er nå betydelig lavere 2 tertial i år sammenlignet med i fjor. Dette gir rom for å sette fokus på ventetider. Opplæring gjennomføres nå i hele foretaket blant sekretærer. Foretaket har ansatt egen fristbruddkoordinator som også har fokus på ventelister. En rekke nye felles rutiner i Helse Nord er nå på plass og rullet ut i DIPS. Fokus på fagområder med lang ventetid er etablert og pasienter får nå tilbud andre steder der ventetiden er lavere. Middels risiko.

Målområde 2:
Organisasjon og personell

Delmål/KSF

Rekruttere, utdanne og beholde riktig kompetanse i alle ledd

e-læringsplattform er tatt i bruk i store deler av foretaket. Legerekrutteringsprosjektet går videre. Rekrutteringsstillinger er etablert flere steder i foretaket. Foretaket deltar i RHF prosjekt knyttet til lederopplæring og har gjennomført kompetansekartlegging. Det gjenstår fortsatt å etablere tiltak etter kompetansekartleggingen og det må jobbes videre med å etablere systemer og rutiner for jobbglidning. Fokus på rekrutteringsstillinger, stipendordninger osv må også prioriteres videre framover. Foretaket står overfor store utfordringer knyttet til alder på legegruppe og sykepleiergruppen. Det er viktig å utvikle strategier for hvordan disse skal erstattes. Middels til høy risiko.

Samhandlings- og endringskompetanse i alle ledd

OSO er etablert. En rekke samarbeidsavtaler med kommunene er etablert. Arbeid med elektronisk meldetjeneste mot kommunene er igangsatt. Foretaket arbeider med fordeling av arbeidsoppgaver internt i forhold til inngåtte samarbeidsavtaler. Samhandlingskoordinatorer er på plass mot kommunene. Det gjenstår fortsatt et betydelig arbeid knyttet til å utvikle felles samhandlingsprosedyrer mot kommunene. Det er etablert 3 kliniske samarbeidsutvalg, og arbeides videre med å etablere samhandlingsfora. Vår rolle knyttet til opplæring og veiledning ute i kommunene må utvikles. Middels risiko.

Målområde 3:
Investeringsplan

Delmål/KSF

Felles innføring av kliniske system (FIKS)

Arbeidet i HOS er kommet godt i gang. Vi har satt av midler til arbeidet i FIKS i 2014. Prosjektleder FIKS er ansatt. Superbrukerforum er etablert. Foretaket er en aktiv del av det regionale prosjektet. Det er satt av godt med ressurser til prosjektet. Middels risiko.

Kontroll på store parallelle byggeprosjekter

Prosjektleder/byggeleder for nye Kirkenes er på plass. Entreprisemråde 1 er antatt i prosjektet. To områder gjenstår. Økonomirutiner er under utvikling fra Økonomiavdelingens side. Foretakets største utfordring er å etablere en overordnet plan for gjennomføring av prosjektene med fokus på samtidighetskonflikter både hva gjelder budsjettmidler og menneskelige ressurser. I tillegg ligger det en utfordring knyttet til håndtering av bærekraften de nærmeste årene med tanke på å kunne legge til rette for alle planlagte investeringer. Middels risiko.

Målområde 4:
Økonomi

Delmål/KSF

Rette aktiviteten inn mot prioriterte områder

Innholdet i aktiviteten er i dag godt innrettet mot prioriterte områder, men det er fortsatt behov for bedre styring og organisering. Kort ventetid på de fleste operasjoner. Lengre ventetid på enkelte behandlinger. Få fristbrudd. Middels gode tall på ventetider knyttet til kreftbehandling. Prosedyrer for årsplanlegging og ledelsesstyrt poliklinikk er rullet ut i stort

sett hele foretaket. Framdriftsplan knyttet til etablering av nye tilbud iht styrevedtak om ny organisering av Psykisk helsevern og rus skjer i henhold til plan. Det er fortsatt et stort potensial i å øke antallet nyhenvisninger. Aktiviteten er over budsjett og vi opplever for første gang på mange år en vridning fra døgn til dag. Middels risiko.

Omstille virksomheten for å møte de fremtidige kapitalkostnadene

Foretaket har hatt 4 år med budsjettbalanse/overskudd. Behov for 50. mill i årlig effektivisering for å håndtere alle investeringsbehov. Tiltaksplan er etablert for 2014 og omstilling for bærekraft er fokus i alt tiltaksarbeid ute i klinikkene. Antallet senger reduseres både innen somatikken og innenfor psykiatri. Prognosen for årsresultat er uendret 2. tertial. Middels risiko.

1.2 Investeringsrammer, bygg og eiendomsforvaltning

Mål 2014:

- Rapportere tertialvis fremdrift, kostnadsoppfølging og organisasjonsutvikling på store pågående byggeprosjekter, samt i utbyggingsfasen rapportere månedlig status til virksomhetsrapporten.

Finnmarkssykehuset HF har hatt månedlig rapportering på Nye Kirkenes Sykehus til virksomhetsrapporten en god stund og vil fortsette med dette. Det har i tillegg blir utarbeidet en tertialrapport for 1.tertial, etter mal fra UNN. Prosjektet vil ifm neste tertial utarbeide en grundigere og bedre tertialrapport, siden byggingen nå er i gang. Samme rutine vil tilstrebes når vi starter opp andre byggeprosjekter.

1.3 Innkjøp

Mål 2014:

- I løpet av 1. halvår ha tilsatt kategoriledere i henhold til plan for kategoristyringsprosjektet.

Helse Nord RHF har trukket tilbake midler for disse stillingene og skal ansette kategoriledere i RHF selv.

- I løpet av 2014 ha nådd delmål om totalt 1 mrd i omsetning gjennom innkjøps- og logistikksystemer. Hvert HF utarbeider innen 31. mars plan for hvordan dette målet skal nås for sin andel av omsetningen av denne milliarder, der anslagsvis nøkkel er: UNN HF (50 %), NLSH HF (30 %), Helgelandssykehuset HF (10 %) og Finnmarkssykehuset HF(10 %).

Det er utarbeidet en plan for utrulling av clockwork i første tertial som ble sendt til RHF. Foretaket jobber etter denne planen, men forventer ikke å klare pålagt omsetning i 2014.

2 Tilgjengelighet og brukerorientering

Mål 2014:

- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.

Klinikk Psykisk helsevern og rus har iversatt tiltak med rydding av ventelister, og kan vise til gjennomsnittlig ventetid under 65 dager. Klinikk Kirkenes har iverksatt lik rydding og oppfyller krav om ventetid under 65 dager i 3 av de 4 siste måneder. Klinikk Hammerfest er i gang med rydding, men har foreløpig ikke nådd mål om ventetid under 65 dager.

Totalt har foretaket pr juli måned 69 dager i gjennomsnittlig ventetid. Bemerket at rettighetspasienter pr. juli måned har 45 dagers ventetid.

- Ingen fristbrudd.

Klinikk Kirkenes hadde kun ett fristbrudd totalt i dette tertialet, og oppfyller dermed kravet om ingen fristbrudd i 3 av de 4 siste måneder. De har etablert gode rutiner og praksis for å forebygge nye fristbrudd. Klinikk Psykisks helsevern og rus har i dette tertial totalt hatt 10 fristbrudd, og må derfor fortsatt fokusere på opparbeidelse av gode rutiner for å nå målet om ingen fristbrudd. Resultater viser til at Klinikk Hammerfest har hatt 54 brudd i dette tertial, men det vises en meget bra utvikling fra 24 fristbrudd i mai til kun 6 i juli. Klinikken jobber videre med kvalitetssikrende tiltak, opplæring og etablering av gode rutiner.

- Alle ventetider på frittsykehusvalg.no er oppdatert månedlig.

Kvalitetspatroljen og foretakets fristbruddkoordinator har hatt stor fokus på dette i siste tertial, og vi har nå oppdaterte og korrekte tall på denne portalen. Det er nå en person i hver klinikk som har ansvar for månedlig oppdatering av foretakets ventelister og tilbud.

- Saksbehandle reiseoppgjør for pasientreiser innen to uker.

Pasientreiser har hatt en gjennomsnittlig saksbehandlingstid på 14,6 dager pr. juli i år og forventer at dette fortsetter ut året.

2.1 Pasientsikkerhet og smittevern

2.1.1 Pasientsikkerhet

Mål 2014:

- Innen utgangen av 2. kvartal skal alle HF gjennomføre pasientsikkerhetskultur undersøkelsen med en oppslutning på minimum 70 %.

Undersøkelsen er gjennomført, med en oppslutning på 71,2 %.

2.2 Pasientbehandling

2.2.1 Psykisk helsevern og rus

Mål 2014:

- Sikre at det er høyere vekst innen psykisk helsevern og rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Det legges til grunn at veksten innen psykisk helsevern skjer ved distriktpspsykiatriske sentre (DPS) og innenfor psykisk helsevern for barn og unge. DPS skal bygges ut og utrustes til å ta ansvar for gode akuttjenester gjennom døgnet, ambulante tjenester, poliklinikk og døgnbehandling, slik at befolkningens behov for vanlige spesialisthelsetjenester er dekket. Veksten måles blant annet gjennom endring av kostnader, ventetid og aktivitet.

Klinikk psykisk helsevern og rus er i en omstillingsperiode hvor vi går fra døgn til dag og til poliklinikk. Aktivitetstallene fram til nå viser en nedgang i liggedøgn og en markant økning i polikliniske konsultasjoner. Døgnavdelingen ved Jansnes vil være nedlagt i løpet av høsten -14, APATeam i Vest er under oppbygging og Ambulant akutteam i Lakselv omgjøres til APATeam i høst. 17. september holder klinikken et første møte med alle overlegene vedrørende innføring av bakvaksordning DeVaVi. Informasjon vil bli gitt fra G Ø Stensland, avd.leder post Sør og Ann-Karin Furskognes fra NST. Oppbygging av APATeam i DPS Øst vil deretter iverksettes. Klinikken vil da ha et 24/7tilbud. Ventetidene i klinikken er godt under nasjonale måltall.

- Registrere og rapportere månedlig på Helse Nords egne aktivitets- og kvalitetsindikatorer innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB).

Aktivitets- og kvalitetsindikatorer innen TSB er gode. Endringene av Vurderingsteamet har gitt gode resultater. Helhetlig pasientforløp ligger til grunn for vurderingene slik at både for- og ettervern vurderes, i tillegg til eventuell heldøgnsbehandling. NEON-prinsippet vektlegges slik at man kan få til et tett samarbeid med samarbeidspartnere i pasientens hjemkommune. Kostnadene til gjestepasientbudsjettet for TSB har minket betraktelig.

- Følge opp prosessen med funksjons- og arbeidsdeling mellom sykehus og DPS.¹

Det planlegges innføring av bakvaksordning modell DeVaVi. APATeam i DPS Vest-Finnmark er etablert samtidig med at døgnposten ved Jansnes legges ned. Ambulant akutteam i Lakselv omstilles til APATeam i løpet av høsten. HR-avdelingen har startet opp omstillingsprosessen. Resterende stillinger til APATeam i DPS Øst-Finnmark vil lyses ut i siste halvdel av 2014. Da disse omstillingene er gjennomførte vil Klinikk psykisk helsevern

¹ Jf. krav i OD 2012, med bakgrunn i tilrådninger fra Nasjonal strategigruppe 2

og rus ha 24/7 tilbud og veien in og ut til sykehuset vil gå gjennom DPSene.

- Iverksette tiltak i Helse Nords regionale tiltaksplan for redusert og riktig bruk av tvang. Helseforetakene skal utarbeide lokale planer for voksne, barn og unge innen 01.06. 2012. (Oppdrag fra 2012 som ikke er gjennomført).

Erfaring fra UNN viser at innføring av APATeam og DeVavi reduserer innleggelses på sykehus og bruk av tvang. Det blir viktig å evaluere disse tiltakene også i Finnmark for å se hvorvidt vi får de samme effektene.

- Opprette rusteam ved samtlige DPS, og styrke kompetansen innen rusbehandling. Rusbehandling skal integreres i psykisk helsevern. (Tidligere krav som ikke er gjennomført).

Finnmarksklinikken er underlagt SANKS/DPS-Midt Finnmark fra og med 1. september. Her har man Psykiatrisk ungdomsteam og nå også en liten ruspoliklinikk ved Finnmarksklinikken. Disse to enhetene vil ha ansvar for Midt og Øst fram til all omstilling er gjennomført. I DPS Vest-Finnmark lokalisert til Alta er det opprettet et rusteam. Teamet vil i omstillingsperioden ha ansvar for hele DPS Vest sitt område. I tillegg er det bestemt at alle APATeam skal ha ansatt(e) med ruskompetanse. Mandat for organisering av rus som en del av DPSene er utarbeidet, drøftet og arbeidsgruppe nedsatt.

2.2.2 Somatikk

Mål 2014:

- 80 % av kreftpasienter skal ha startet behandling innen 20 dager fra mottatt henvisning.

Vi kan ikke se at det foreligger aggregerte data på alle kreftformer noe sted som gjør det mulig å ta ut slike rapporter.

- Andel pasienter med tykktarmkreft som får behandling innen 20 virkedager.

Finnmarkssykehuset har for 2. tertial en gjennomsnittlig tid på 27 arbeidsdager, der 33 % tas innen 20 arbeidsdager. Det foreligger forbedringspotensiale og saken vil bli tatt opp med leger på Kirurgisk og Medisinsk avdeling ved begge klinikker.

- Andel pasienter med lungekreft som får behandling innen 20 virkedager

Vi har for denne pasientkategorien 100 % behandling innen 20 dager med gjennomsnitt 10 dager.

- Andel pasienter med brystkreft som får behandling innen 20 virkedager

Vi har for denne pasientkategorien gjennomsnitt tid før behandling 35 dager, der 50 % av pasientene blir får oppstart innen 20 dager. Imidlertid er både diagnostikk og behandling av disse pasientene sentralisert til UNN-Tromsø.

- Andel pasienter 18-80 år innlagt med blodpropp i hjernen som har fått behandling med trombolyse

Tallene for 2013 viste at 6,8 % (5 av 74) pas med hjerneslag mellom 18 og 80 år fikk trombolyse. En gjennomgang av hele pasientgruppen for 2013 avslører at mange venter før de kontakter lege. Videre har vi funnet at ”dør til nål”-tid er lenger i Finnmarkssykehuset enn på sykehus som har jobbet aktivt med å forbedre sine intrahospitale rutiner. Det pågår derfor nå et arbeid med å bedre sykehusenes rutiner. Tallene for første tertial 2014 viste at ingen av de 12 pasientene med alder 18-80 år fikk trombolyse.