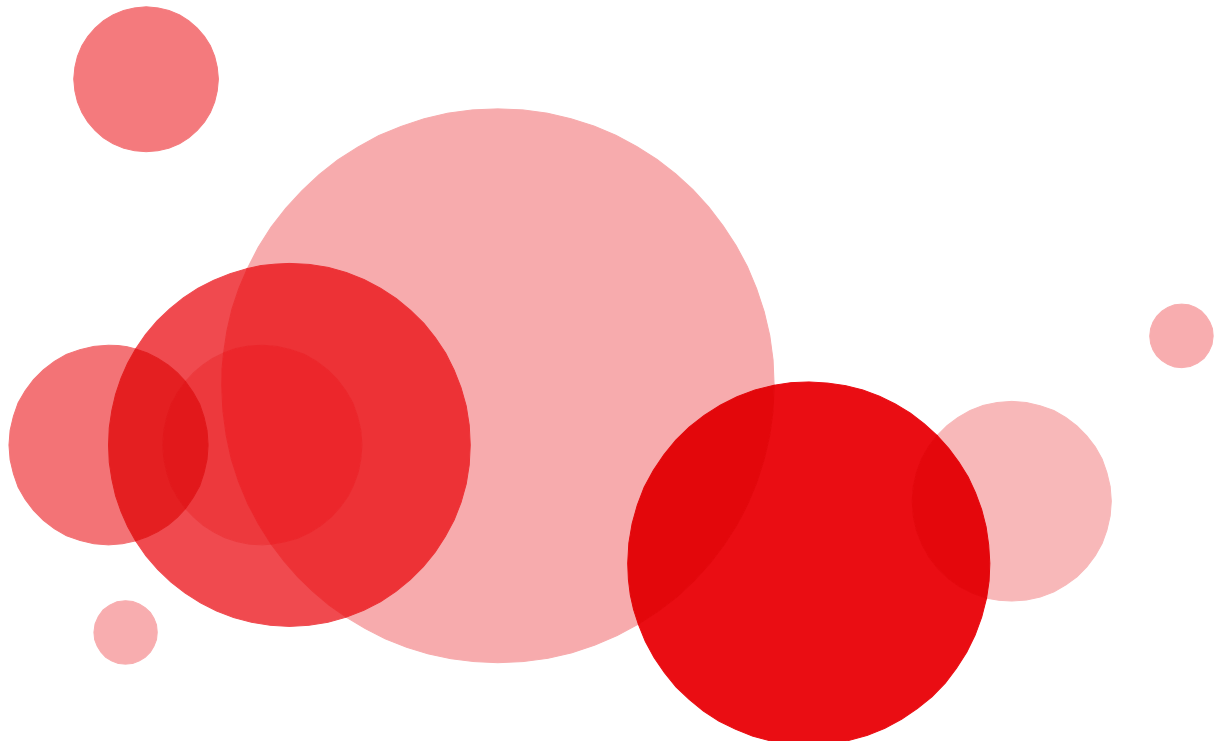


**Årlig melding 2015 for
Helse Nord RHF til Helse- og
omsorgsdepartementet**



Innhold

1. Innledning	3
1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	3
1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2015	Feil! Bokmerke er ikke definert.
2. Rapportering på krav i oppdragsdokument	11
2.1 Pasientens helsetjeneste	11
2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet	14
2.3 Personell, utdanning og kompetanse	20
2.4 Forskning og innovasjon	22
3. Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 30. juni 2015	24
3.1 Tiltak for å rekruttere og beholde blodgivere	24
3.2 Helseforetakenes kommunikasjon om resultater, utfordringer og omstillingsprosesser	24
3.3 Samfunnskontrakt for flere læreplasser	25
4. Rapportering på krav fra foretaksmøtet	26
4.1 Krav og rammer for 2015	26
4.2 Øvrige aktuelle saker i 2015	39
5. Styrets plandokument	40
5.1 Utviklingstrender og rammebetingelser	Feil! Bokmerke er ikke definert.
5.1.1 Utviklingen innenfor opptaksområdet	Feil! Bokmerke er ikke definert.
5.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger	Feil! Bokmerke er ikke definert.
5.1.3 Personell og kompetanse	Feil! Bokmerke er ikke definert.
5.1.4 Bygningskapital – status og utfordringer	Feil! Bokmerke er ikke definert.
5.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer	Feil! Bokmerke er ikke definert.
6. Vedlegg	41
6.1 Tabellrapportering: Styringsparametre og rapporteringskrav 2015	41

1. Innledning

1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Helse Nord har visjon om at pasienter skal bli møtt med rett kompetanse til rett tid og foretrekke undersøkelse og behandling hos oss. «**Helse i Nord der vi bor.**»

Helse Nord RHF (regionalt helseforetak) har ansvar for spesialisthelsetjenesten i Nord-Norge og Svalbard, og skal sørge for at våre pasienter får nødvendig helsehjelp av spesialister innen fysisk helse, psykisk helse, rus, rehabilitering mm.

Vår tjeneste bygger på verdiene **kvalitet, trygghet og respekt**. Med dette menes kvalitet i prosess og resultat, trygghet i tilgjengelighet, og omsorg og respekt i møtet med pasienten. Alle skal ha likeverdig tilbud om helsetjenester, uavhengig av diagnose, bosted, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Det skal arbeides for å redusere sosiale helseforskjeller i aktuelle befolkningsgrupper.

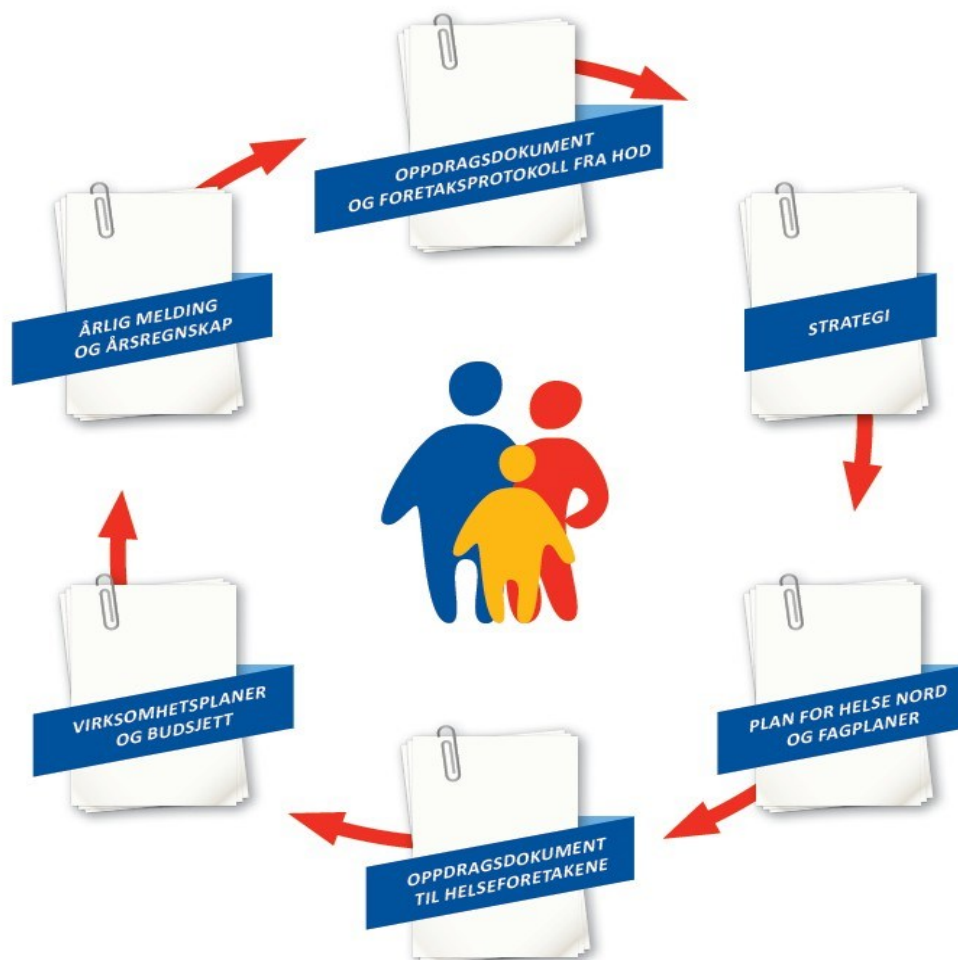
Samiske pasienters rett til og behov for tilrettelagte tjenester må etterspørres og synliggjøres ved planlegging, utredning, beslutning om og iverksetting av tjenestetilbud.

Helse Nord's viktigste mål i 2015 og for de nærmeste årene er:

- Oppfylle nasjonale krav til kvalitet og pasientsikkerhet
- Bedre samhandlingen med kommunehelsetjenesten og sikre helhetlige pasientforløp
- Realisere forskningsstrategien
- Bedre pasient- og brukermidvirkningen
- Sikre gode arbeidsforhold samt tilstrekkelig og kvalifisert personell
- Innfri de økonomiske mål i perioden
- Oppgradere utstyr og utvikle bygg i samsvar med planer og faglig utvikling

Helseforetakene skal drive etter gjeldende lovbestemmelser og myndighetskrav og bidra til at Helse Nord når sine mål innen pasientbehandling, forskning, utdanning, innovasjon og opplæring av pasienter og pårørende. Det skal arbeides etter systemer som sikrer at aktiviteten planlegges, organiseres og utføres i samsvar med lovgivningen.

Helse Nord tilstreber å være tydelige og se sammenheng mellom våre viktigste plandokumenter og vårt formål, **pasientbehandling**. Figur 1 illustrerer sammenhengen.



1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2015

Pasientsikkerhet

Tiltakspakkene i Pasientsikkerhetsprogrammet kommer på plass i stadig flere enheter i sykehusene, og framdriften i dette arbeidet er god. Det regionale prosjektet «SamStem – regional innføring av samstemming av legemiddellister», er gjennomført. I samarbeid med helseforetakene har Sykehusapotek Nord utarbeidet og implementert prosedyrer for samstemming av legemiddellister. Det gode samarbeidet som er utviklet videreføres ved regelmessige nettverksmøter for erfaringsutveksling.

Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)

Helse Nord har innfridd det nasjonale kravet om å overføre ressurser fra spesialpsykiatrien til de distriktpspsykiatriske sentrene (DPS). Kravet har vært at DPS skal ha minst 60 % av ressursene i psykisk helsevern for voksne. Dette har vært gjort for å øke kapasiteten innen poliklinikk og ambulante tjenester.

Traumekurset «Stø Kurs» er utviklet som et nettbasert kompetanseprogram for miljøpersonell og behandlere i psykisk helsevern. RVTS Nord¹, fikk oppdraget fra Helse Nord og Helsedirektoratet. Programmet er Helse Nord's satsning på kompetanseheving om traumer og traumeforståelse. Det har vært stor oppslutning om kurset fra vårt helsepersonell. RVTS Nord som står bak kurset, har i 2015 startet kursing av traumeveiledere fra Kirkenes i nord til Brønnøysund i sør. Helseforetakene har fulgt opp med utdanning av ansatte, som for eksempel utdanningsprogram i relasjonstraumer ved Salten DPS.

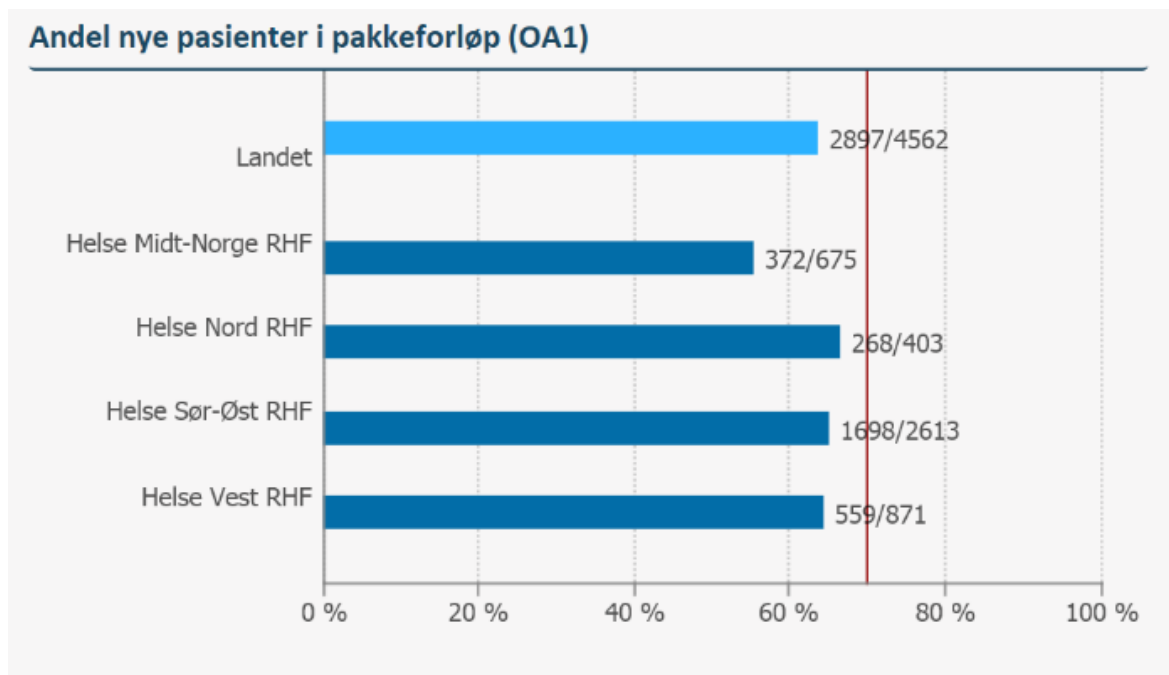
Det har vært stor vekst i TSB i regionen i 2015. Ventetidene er redusert siste året. Helse Nord har etablert et døgntilbud på nivå med nasjonalt gjennomsnitt. Det jobbes ennå med å øke den polikliniske aktivitet opp på landsgjennomsnittet.

Til sammen fire arbeidsgrupper fra psykisk helsevern og TSB har utarbeidet «Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling i Helse Nord 2016–2025». Planen skal vedtas i 2016.

Pakkeforløp kreft

Innføring av pakkeforløp for kreft var en av våre store oppgaver i 2015. Arbeidet mot fagmiljøene ble koordinert fra RHF-et, og det ble også opprettet en styringsgruppe med representasjon fra alle helseforetak med brukerrepresentasjon. De fire store kreftformene lunge, bryst, prostata og tykk- og endetarmskreft ble iverksatt fra 1. januar 2015. Disse var etter første tertial best i landet (se figur). De gode resultatene kan tilskrives dedikerte, dyktige fagfolk som har arbeidet målrettet for å få dette til. I andre tertial var resultatene fortsatt over snittet for landet med unntak av prostatakreft. Dette er en noe spesiell kreftform, fordi at ikke alle pasienter med prostatakreft skal inkluderes i et pakkeforløp. Det gjør at målet om 70 % ikke er oppnådd for denne kreftformen, og det gjelder hele landet. I løpet av 2015 ble ytterligere 24 pakkeforløp for kreft innført. Det er for tidlig å kommentere disse særskilt da de ble implementert henholdsvis 1. mai og 1. september.

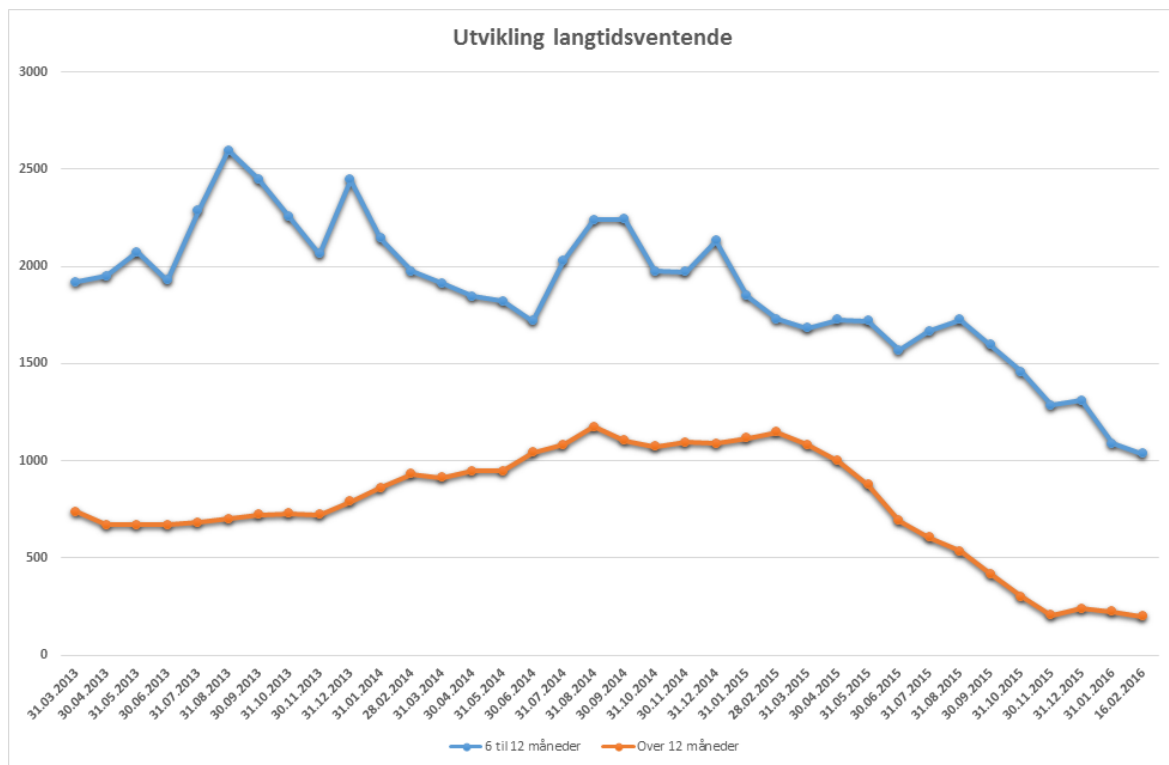
¹ Regionalt ressurscenter om vold, traumatiske stress og selvmordsforebygging



Kilde: NPR

Ventetider og fristbrudd

Høsten 2015 opprettet vi, etter nasjonalt oppdrag, et regionalt innsatsteam. Innstasteamets hovedformål er å hjelpe enheter å redusere fristbrudd og ventetider. Første prosjektet ble kjørt ved nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken i Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN). Vi ser resultater ved at betydelige færre venter veldig lenge (reduksjon i langtidsventere). Innsatsteamet arbeider videre utover i 2016.



Kilde: Helse Nords ledelsesinformasjonssystem

Totalt sett har vi derimot ikke nådd ventetidsmålet. Foretaksgruppen samlet ligger vel fire dager over målet om gjennomsnittlige ventetid på 65 dager. Finnmarkssykehuset ligger tilnærmet på landsgjennomsnittet, mens Helgelandssykehuset ligger under målet. Nordlandssykehuset og UNN ligger over snittet.

For fristbrudd har tre av våre foretak en klar nedadgående trend. UNN er nede i 1 prosent fristbrudd. Nordlandssykehuset har redusert fra 14,4 prosent til 3,1 for avviklede pasienter. Helgelandssykehuset har også hatt en positiv trend tilsvarende UNN. Finnmarkssykehuset har samme resultat som året før, 4 prosent. Tiltakene for å lykkes har vært aktiv bruk av HELFO, innleie av ekstra legeressurser, lengre planleggingshorisonter i sykehusene, og forbedret tilgang til styringsdata.

Kvalitetsstrategi

Helse Nord har gjennom 2015 laget og vedtatt en ny kvalitetsstrategi for 2016–2020. Det har vært en bred prosess med god involvering av alle foretakene. Strategien konkretiserer retningen for kvalitetsarbeidet kommende fireårs periode. For 2016 har vi valgt ut fire satsningsområder i kvalitetsstrategien:

- Gjennomføre minimum to kliniske fagrevisjoner på tvers i regionen.
- Rulle ut løsning for automatisk GTT til alle foretakene (se nærmere forklaring under overskriften «Styringsdata»).
- Regional utdanning i forbedringsarbeid. Sette flere i stand til å drive forbedringsarbeid i enhetene.
- Anskaffe verktøy for å gjennomføre lokale pasienterfaringsundersøkelser.

Forskning

Helse Nord satser på å økte forskningsaktiviteten og kostnadene har økt fra 271 mill. kr i 2014 til 315 mill. kr i 2015.

Helse Nord har blant annet satset ytterligere på infrastruktur, utprøvningsenheter og støttefunksjoner for kliniske studier (blant annet biobank) ved UNN. Kravet om brukermedvirkning i forskning ut fra nasjonale retningslinjer er vedtatt i styret, og vi har innført kravet i egen forskningsutlysning.

Det er en målsetning å få økt ekstern finansiering for å gi rom for ytterligere forskningsaktivitet og internasjonalt samarbeid. Et av virkemidlene for å få dette realisert er at RHF og UNN finansierer mer bistand i søknadsprosessen, og stiller økte krav til ekstern søknadsaktivitet når forskere søker på Helse Nord-midlene.

Private helsetjenester

Kjøp av private helsetjenester har økt betydelig fra 553 mill. kr i 2014 til 695 mill. kr i 2015.

Ved inngangen til 2015 var det på rehabiliteringsområdet lange ventelister og en ikke ubetydelig underkapasitet på flere ytelser. For å møte den utfordrende situasjonen har vi kjøpt inn flere behandlingsplasser, for sykkelig overvekt, CFS-ME² og andre pasienter med komplekst og sammensatt sykdomsbilde, for 10 millioner kroner. I tillegg har vi gitt en tilleggsbevilgning på 50 millioner til en generell kapasitetsøkning innen området. Tilleggsbevilgningen ble fordelt på 2015 og 2016 og har hatt positiv innvirkning på ventetidene.

Samarbeidet mellom den regionale vurderingsenheten (som tar inn pasienter) og de private rehabiliteringsinstitusjonene har hatt en positiv utvikling gjennom 2015, og den nye pasientrettighetsloven har blitt implementert uten store utfordringer.

Det har i 2015 blitt inngått avtaler innenfor bildediagnostikk, både institutt og teleradiologi på totalt 43,4 millioner.

I 2015 startet det et arbeid for å få til samhandling mellom avtalespesialistene og HF-ene. Planen er å etablere samarbeidsavtaler knyttet til blant annet pasientflyt, ventelister og faglig samarbeid. Helse Nord RHF har valgt ut øye-faget i UNN og Finnmarkssykehuset som pilot for dette.

En utfordring innen eksterne helsetjenester er rekruttering av avtalespesialister. Dette gjelder innen alle fagfelt og nesten uavhengig av lokalisering. Innen somatikken er det urologer, hudleger og kardiologer som utpeker seg som spesielt vanskelig å rekruttere. For psykisk helsevern er bildet noe bedre.

² CFS-ME – Kronisk utmattelsessyndrom

Flyktningestrømmen

I høstmånedene i 2015 kom det rundt 5000 flyktninger over grensen ved Storskog. Det var et krav om screening for tuberkulose før de skulle videre fra ankomstsenteret i Kirkenes. Finnmarkssykehuset utvidet kapasiteten, og ansatte taklet utfordringene i samarbeid med helsetjenesten i kommunen, andre offentlige myndigheter og frivillige organisasjoner. Flyktningestrømmen viste oss i praksis at sykehus er beredskapsorganisasjoner, som har kompetanse, erfaring og dyktige medarbeidere som er rustet til å takle krevende hendelser.

Pasientreiser

2015 har vært preget av store prosjekter både regionalt og nasjonalt på pasientreiseområdet. Regionalt er det bl.a. gjennomført en større anskaffelse for landeveistransport fra Bindal i sør til Karasjok i nord med innenfor 128 anbudsområder.

Nasjonalt er «Mine pasientreiser» et viktig prosjekt som vil effektivisere og forbedre pasientens grensesnitt for reiseoppgjør. Prosjektet er planlagt satt i produksjon fra 1. oktober 2016. Det pågår også et sentralt prosjekt for bedre utnyttelse av transportkapasiteten som skal settes i produksjon i 2016. Her vil det komme systemstøtte for automatisering av reisepanleggingen og oppfølging av leverandørene som er forventet å gi økonomiske gevinster på pasientreiseområdet.

Vi har i 2015 hatt fokus på å øke kvalitet i leveransene. Blant annet har det i samarbeid med Fylkesmannen vært gjennomført et prosjekt for å redusere klagesaker samtidig som internrevisjonens funn knyttet til kvalitativ god saksbehandling nå er lukket. I sum har dette bidratt til å heve kvaliteten på tjenester levert av pasientreiseområdet.

Nye avtaler for pasientreiser landeveis i UNN område startet 1. juli 2015, med unntak av noen få kommuner.

I noen områder i Midt-Troms var kapasiteten etter oppstart ikke tilstrekkelig, fordi det hadde ikke lyktes å få på plass avtale med mange nok transportører. I de påfølgende tre månedene var pasienttransporten i disse områdene preget av forsinkelser og problemer grunnet utilstrekkelig kapasitet, samt mange avviksmeldinger fra behandlere og klager fra pasienter.

Det ble inngått andreprioritetsavtale med Troms Taxi (TT) 1. oktober 2015, som har de fleste lokale drosjene som underleverandører. Etter dette har kapasiteten vært tilstrekkelig, og situasjonen er normalisert.

Helsefaglæringer

Vi har de siste årene rekruttert færre lærlinger innen helsefag enn det vi ønsker. Med det behovet foretakene har for kompetanse i årene fremover, er det en utvikling som ikke kan fortsette. Gjennom prosjekt helsefaglæringer 2013-2016 har vi lyktes i å snu denne utviklingen. Dette har kommet tydelig frem i 2015. Gjennom tydelige inntaksmål og krav om en økning i antall læreplasser med 40 % årlig (fra 18 lærlinger tatt inn i 2012 til 30 lærlinger i

2015), ser vi i 2015 at vi går i riktig retning. Dette har vi fått til gjennom kompetansebygging i foretakene og regionalt samarbeid. Over 80 % fullførte i 2015 fagbrev.

Aktivitetsbasert bemanningsplanlegging

Foretakene har i 2015 arbeidet aktivt for å gå over til aktivitetsbasert bemanningsplanlegging. Gjennom dette arbeidet har vi erkjent visse utfordringer. Det stiller krav til teknologi. Det stiller krav til alle medarbeidere å tenke og planlegge annerledes. Det er en kulturendring som ikke må undervurderes. Arbeidet tar lengre tid å realisere enn først antatt. Alle foretak har likevel lyktes i å innføre minimum seks måneders planleggingshorisont. Det skal her sies at det fortsatt bygger på mye manuelt arbeid. Dette er et viktig forbedrings- og endringsarbeid som er krevende og som fortsetter i 2016.

Leder- og ledelsesutvikling

Vi har i 2015 arbeidet med å innføre strategi for leder- og ledelsesutvikling gjennom prosjekt ledermobilisering i regi av Nasjonal ledelsesutvikling. Dette arbeidet har blitt meget godt mottatt, og det er stor etterspørsel i foretakene til å få delta når arbeidet fortsetter i 2016. Videre har vi arbeidet med utvikling av Helse Nord's lederhåndbok. Dette er et viktig verktøy for alle ledere. Lederhåndboken skal presenteres i september 2016.

Styringsdata

Helse Nord har fortsatt sin utvikling av regionalt datavarehus. Datavarehusløsningen har nå daglig oppdatering av viktige styringsparametere, blant annet ventetid, fristbrudd, pakkeforløp kreft, økonomi, sykefravær, antall ansatte, etc. For 2015 har det vært arbeidet spesielt med å få på plass en løsning for å følge opp pasienter i pakkeforløp på tvers i regionen samt oppdatere ventelisteløsningen.

For 2016 vil datavarehusprogrammet rulle ut en automatisk GTT³-løsning til alle helseforetakene for å lete etter potensielt uønskede pasienthendelser i journaldokumenter. Alle helseforetakene har i tillegg bygd sine egne dashboard som er tilpasset lokale forhold for å følge opp aktivitet og kvalitet i linja.

Økonomi

Styret for Helse Nord RHF budsjetterte med et resultatkrav på 400 millioner kroner i 2015.

Foretaksgruppens regnskapsresultat er et overskudd på 617 millioner kroner. Foretaksgruppen Helse Nord har følgelig et resultat som er 617 millioner kroner bedre enn resultatkravet fra Helse- og omsorgsdepartementet, og 217 millioner kroner bedre enn styrets resultatmål.

Helse Nord har hatt positivt driftsresultat siden 2009. Dette sikrer grunnlaget for framtidige investeringer.

³ GTT: Global Trigger Tool. En metode for å kartlegge pasientskader, innført gjennom Pasientsikkerhetsprogrammet.

2. Rapportering på krav i oppdragsdokument

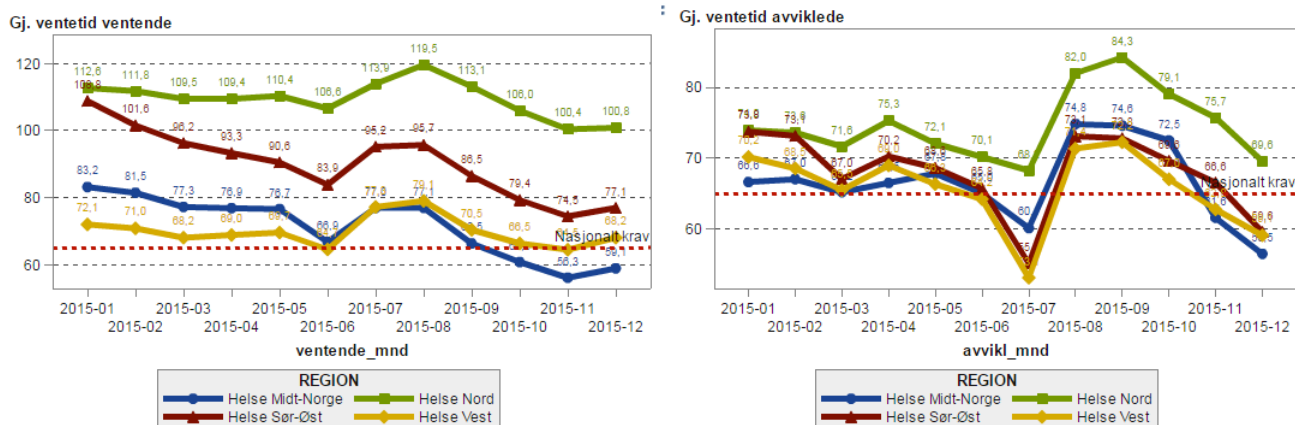
2.1 Pasientens helsetjeneste

Mål 2015:

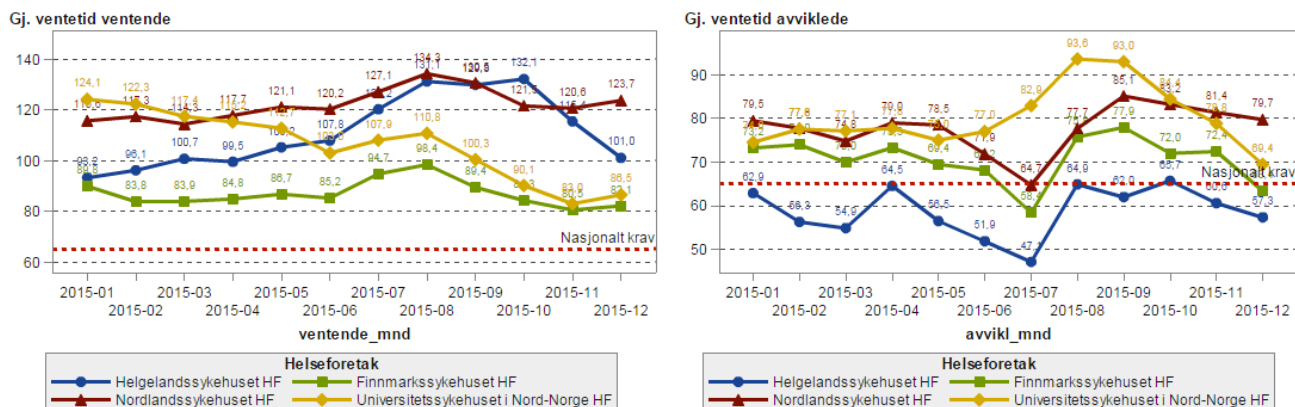
- Gjennomsnittlig ventetid i spesialisthelsetjenesten er under 65 dager.

Helse Nord RHF har ikke nådd målet, og ligger vel fire dager over målet om gjennomsnittlige ventetid på 65 dager. Det har ikke vært noen klar forbedring fra 2014. Finnmarkssykehuset ligger tilnærmet på landsgjennomsnittet, mens Helgelandssykehuset ligger under målet i 2014. Nordlandssykehuset ligger over snittet og har i løpet av høst 2015 hatt et særlig fokus på langtidsventende. Dette gir en forbigående økning i gjennomsnittlig ventetid.

Feilregistreringer har medført at henvisningsperioder har blitt gjenåpnet og gitt negativt utslag. Nordlandssykehuset oppgir at arbeidet med opplæring i DIPS og rydding i feilregistreringer fortsetter i 2016. UNN ligger også noe over snittet på 65 dager. UNN har et fagforum for pasientadministrative rutiner som skal kvalitetssikre registrering og prioritering av henvisninger/ventelister. UNN har også gjennomført overflyttinger av pasienter mellom sykehusene sine for å effektivisere driften. Nevro- ortopedi- og rehabiliteringsklinikken (NOR-klinikken) har etablert et samarbeid med et privat sykehus (Teresklinikken), hvor UNN får benytte egne operatører i deres lokaler for å ta unna ventelistene. Gjennom 2015 er antallet langtidsventende redusert til ca. 200 pasienter. Innsatsteamet har bidratt i arbeidet i NOR-klinikken.



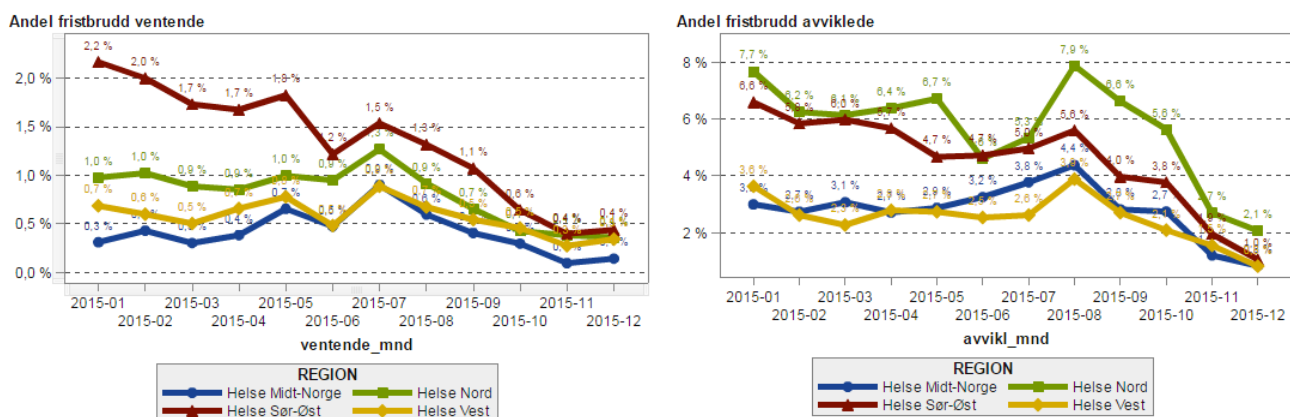
Figur 1: Utvikling av gjennomsnittlig ventetid for ventende og avviklede gjennom 2015 vist på regionnivå, Helse Nord kommer dårligst ut på begge indikatorene. Nye tiltak som innsatsteam vil gi resultater på ventetid.



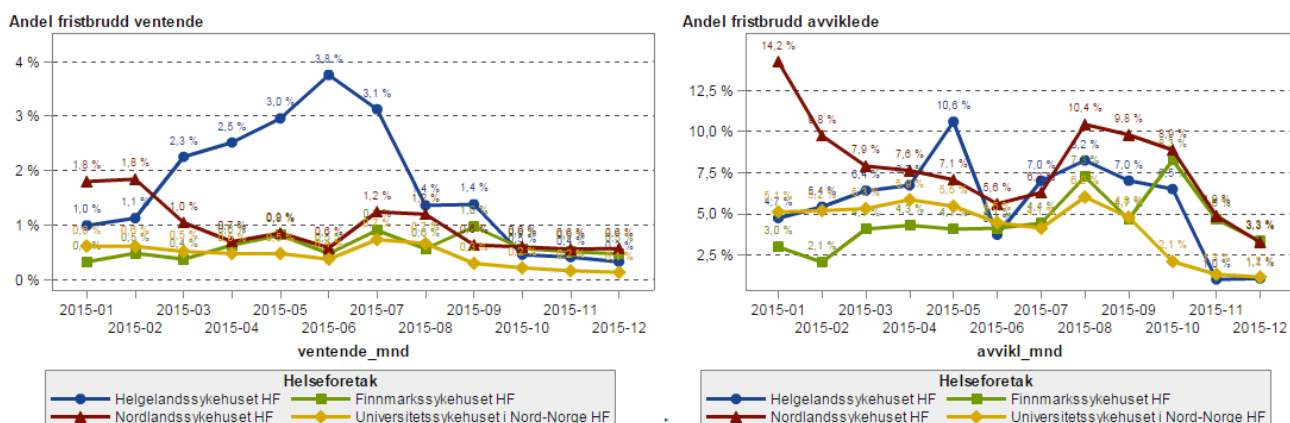
Figur 2: Utvikling av gjennomsnittlig ventetid for ventende og avviklede gjennom 2015 vist på helseforetaksnivå, Nordlandssykehuset kommer dårligst ut og har svakest forbedring gjennom 2015.

- Ingen fristbrudd.

Andel fristbrudd for avviklede var i 2015 på 4 % i Finnmarkssykehuset, og det er ingen klar nedadgående trend. UNN har hatt en fallende trend fra ca. 5 % i begynnelsen av året til 1 % ved årets slutt. UNN oppgir at de har ca. 20 fristbrudd per måned ved utgangen av 2015. UNN har arbeidet kontinuerlig med å unngå registreringsfeil, og for å unngå at pasientene settes opp samme dag som fristen utløper. Nordlandssykehuset har hatt en god utvikling. Fristbrudd er redusert fra 14,4-3,1 % for avviklede pasienter. Målet om ingen fristbrudd er ikke nådd, men utviklingen er god. Helgelandssykehuset har også hatt en positiv trend tilsvarende UNN. Tiltakene for å lykkes har vært aktiv bruk av HELFO, innleie av ekstra legeressurser, lengre planleggingshorisonter i sykehusene og enklere/ forbedret tilgang til styringsdata. Helgelandssykehuset oppgir det som utfordrende at en stor del av fristbruddene ikke er reelle, men skyldes at ventetidsperiodene ikke er avsluttet korrekt. Dette følges opp i helseforetaket.



Figur 3: Utvikling av fristbrudd for ventende og avviklede gjennom 2015 vist på regionnivå, Helse Nord kommer dårligst ut på fristbrudd for avviklede. Andel fristbrudd redusert kraftig gjennom 2015.



Figur 4: Utvikling av fristbrudd for ventende og avviklede gjennom 2015 vist på helseforetaksnivå. Fristbrudd for ventende hatt en stabil og fallende kurve siste kvartal 2015, UNN kommer best ut. For avviklede fristbrudd har alle en fallende utvikling gjennom 2015. Best ut kommer UNN og Helgelandssykehuset.

- Etablert flere standardiserte pasientforløp iht. nasjonale retningslinjer.

Alle våre helseforetak har etablert flere standardiserte pasientforløp iht. nasjonale retningslinjer. Helgelandssykehuset oppgir at de så langt har konsentrert seg om pakkeforløpene for kreft grunnet kapasitetsmangel. UNN arbeider med å standardisere forløpene innen habilitering. Nordlandssykehuset har implementert standardiserte pasientforløp gjennom sitt utviklingsprogram. Slagalarm ved mistanke om hjerneslag aktuell for trombolysbehandling er implementert ved alle sykehusene deres. Finnmarkssykehuset har implementert pasientforløp for hjerneslag, kne og hofteprotese, skulderpasienter, overvekts- poliklinikk, samt alle pakkeforløpene for kreft. Innenfor psykisk helsevern og rus er det etablert pasientforløp innenfor poliklinikk og døgntilbud.

- Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp er 70 pst.

Helse Nord RHF har nådd målet med en samlet andel på 75 %. Dette er over snittet for landet som ligger på 71 %. Finnmarkssykehuset kommer best ut med en andel på 85 %, og UNN har en andel på 78 %. UNN oppgir at det er utfordringer i noen av forløpene og det arbeides med å øke andelen der de ikke når målet om 70 %. Andel kreftpasienter som registreres i pakkeforløp ble for Helgelandssykehuset 71 %. Kreftkoordinatorer er ansatt, ansvarlige leger oppnevnt, nasjonale og regionale prosedyrer iverksatt, og opplæring gjennomført. Nordlandssykehuset har ikke nådd målet, og har en andel på 67 %. De oppgir årsaken å være noe forsinket oppstart med registrering innen enkelte forløp, og at pakkeforløpskodene har vært registrert etter at rapportene til NPR har vært sendt. Dette gjelder spesielt innenfor prostatakreft. De arbeider aktivt med å nå målet innenfor alle definerte pakkeforløp.

- Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid, uavhengig av type pakkeforløp er 70 pst.

Helse Nord RHF har nådd målet med en samlet andel på 76 %. Dette er godt over snittet for landet som ligger på 69 %. Nordlandssykehuset kommer best ut med en andel på 79 %, mens UNN har en andel på 76 %. UNN oppgir at de har utfordringer i noen av forløpene og det arbeides med å øke andelen der de ikke når målet om 70 %. Helgelandssykehuset har en andel på 75 %, mens Finnmarkssykehuset ikke har nådd målet med en andel på 64 %. Finnmarkssykehuset oppgir at det er klinikk Kirkenes som drar ned snittet, og helseforetaket har planlagt møter for å identifisere hvor flaskehalsene er.

- Sykehus som utreder og behandler kreftpasienter har forløpskoordinatorer med nødvendige fullmakter.

Alle våre helseforetak har etablert forløpskoordinatorer for alle pakkeforløp. Koordinatorene er gitt nødvendige rettigheter i DIPS slik at de kan overvåke pasientforløpene.

- Sikret tilstrekkelig kapasitet og kompetanse i de tverrfaglige diagnosesentrene slik at det er et tilbud til hele befolkningen i regionen.

Det er etablert et tverrfaglig diagnosesenter for pasienter med uavklart tilstand ved UNN. Diagnosesenteret tilbyr helsehjelp for hele regionen.

- Det er etablert minst ett prostatasenter som sikrer kvalitet i den kirurgiske kreftbehandlingen.

Helse Nord RHF har etablert to prostatasenter i regionen. Ett ved UNN Tromsø og ett ved Nordlandssykehuset Bodø. I Nordlandssykehuset er kirurgisk kreftbehandling av prostatakreft organisert i Kirurgisk ortopedisk klinikk. Aktiviteten er god og pasientene får rettidig utredning og behandling. Klinikken er blitt flinkere til å registrere pakkeforløpet korrekt, og rutine for å bedre dette ytterligere er under utarbeidelse. MR gjøres rettidig, og patologene svarer innen akseptabel tid. Det gjennomføres ukentlige MDT⁴-møter. Seksjonen har utlyst LIS-stilling med utdanningsforløp rettet mot urologi. Sentret i Tromsø er i drift, og oppgir å ha tilstrekkelig kapasitet.

- Offentliggjøre og bruke pasienterfaringer i systematisk forbedringsarbeid.

Det er i varierende grad bruk av pasienterfaringer i helseforetakene. Alle deltar i PasOpp-undersøkelsene og bruker resultatene fra disse til forbedringsarbeid. Finnmarkssykehuset klinikk psykisk helsevern og rus har nettbrett ute i poliklinikkene med spørreundersøkelse. Ved Nordlandssykehuset har flere av de kliniske avdelingene undersøkelser, som blir presentert i avdelingenes kvalitetstavler. Ved UNN løser ordningen med PING-pasienttelefonen enkeltsaker og de har hatt ca. 300 henvendelser som registreres og følges opp klinikkvis. I Kreft-, kirurgi og kvinnehelseklinikken, Hjerter- og lungeklinikker og Psykiatrisk klinikk ved UNN benytter sengeposter og poliklinikker standardisert skjema i kortform fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester. Resultatene summeres opp til den

⁴ MDT – Multidisiplinære team

enkelte enhet i rapportform. Temaer som gir dårligst score er informasjon og om man er medbestemmende i behandlingen. Det gjøres årlige sammenligninger statistisk for å undersøke om tiltakene er virkningsfulle. Rapportene gjennomgås i klinikkenes KVAM⁵-utvalg, i klinikkenes lederteam samt er tilgjengelig i avdelingen for pasienter. I tillegg hentes det inn skriftlige pasienthistorier som benyttes til refleksjon over praksis der det er behov for tiltak.

Det er ønskelig fra helseforetakene at det utarbeides en felles regional løsning for pasienterfaringsundersøkelser slik at det blir lettere for planlegging, gjennomføringer og bruk av resultater.

2.2 Kvalitet og pasientsikkerhet

Mål 2015:

- Medisinske kvalitetsregistre med nasjonal status har nasjonal dekningsgrad og god datakvalitet.

Nasjonalt servicemiljø gjorde i mai 2015 en kartlegging av om alle sykehus faktisk rapporterer inn til de medisinske kvalitetsregistrene de skal rapportere til. For Helse Nord resulterte dette i følgende oversikt:

Tabell 1: Oversikt over medisinske kvalitetsregistre hvert sykehus skal rapportere til vs. de registrene det faktisk rapporteres til.

	Antall registre det skal rapporteres til	Antall registre det faktisk rapporteres til	Andel det rapporteres til
Kirkenes	15	10	67 %
Hammerfest	19	14	74 %
UNN-Tromsø	40	38	95 %
UNN-Harstad	19	17	89 %
UNN-Narvik	15	12	80 %
NLSH-Vesterålen	14	10	71 %
NLSH-Lofoten	12	8	67 %
NLSH-Bodø	35	30	86 %
HLSH-Rana	17	14	82 %
HLSH-Mosjøen	13	9	69 %
HLSH-Sandnessjøen	14	10	71 %

Oversikten i tabell 1 er distribuert til helseforetakene og presentert for styret i Helse Nord RHF. På bakgrunn av denne oversikten ga Helse Nord RHF alle helseforetak høsten 2015 i

⁵ Kvalitets- og arbeidsmiljøutvalg

oppdrag å lage en handlingsplan for hvordan innrapportering til de nasjonale kvalitetsregistrene skal optimaliseres. Tre av helseforetakene har på en tilfredsstillende måte redegjort for tiltak som forutsetts ivaretatt i 2016. Tilbakemeldingen fra Nordlandssykehuset gir så langt ikke samme forsikring om at nødvendige tiltak er på plass for å sikre en bedring i dekningsgrad.

Det er tilsvarende gjort henvendelse med krav om å øke dekningsgraden på pasientnivå for registrene det registreres i. Det er gitt positiv tilbakemelding fra helseforetakene, men det er sterkt ønskelig at forbedringen skjer med større tempo enn hittil.

- Helseforetakene har formidlet og kommunisert kvalitetsresultater og uønskede hendelser til pasienter, pårørende og offentligheten på egnet måte.

For å kommunisere kvalitetsresultater enda bedre, har vi prioritert å bruke ressurser på å utvikle nye nettsider for hele spesialisthelsetjenesten i Norge. Vi legger penger og menneskelige ressurser i forbedret nettinformasjon. De nye nettsidene gjør det enkelt å søke informasjon om hva som skjer før, under og etter behandling, og behandlingsinformasjon blir bedre knyttet til kvalitet og resultater. Det skal gi pasienter og pårørende mer kunnskap og trygghet. Vi lanserer nye nettsider i 2016.

I 2015 har kvalitetsresultater blitt publisert på den nasjonale helseportalen helsenorge.no. Resultatene av kvalitetsindikatorerne formidles til styret. Vi formidler dem også gjennom månedlige virksomhetsrapporter.

Nordlandssykehuset, Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset publiserer 3-3-meldinger på sine nettsider.

Nordlandssykehuset presenterer kvalitetsresultater på kvalitetstavler som henger i avdelingene. Disse er synlige for pasienter og pårørende.

- Etablert et tilbud innen geriatri og rehabilitering som ivaretar samisk språk og kulturforståelse.

Helse Nord vil innfase friske økonomiske midler fram mot 2018 til oppbygging av tjenestetilbudet i regi av Samisk helsepark. Fra 2018 vil det også stilles økonomiske midler til drift av bygningsmassen i Samisk helsepark.

Tilbudet innen geriatri for den samiske befolkningen finnes i dag i form av geriatrisk sengepost og poliklinikk ved Hammerfest sykehus der det er ansatt tolk i full stilling (dagtid). I tillegg planlegges ambulering til Karasjok.

Det er fra 1.1.16 ansatt en sykepleier i Karasjok, som vil ha ansvar for å planlegge drift av geriatrisk team. Det planlegges også frikjøp av andre ressurser i Karasjok til planlegging av det geriatriske teamet. Teamet vil etableres så snart detaljplanleggingen er gjort.

Helse Nord RHF har i avtalene med private rehabiliteringsinstitusjoner vektlagt samisk språk og kulturforståelse. Opptreningscenteret i Finnmark har flere samisktalende blant personalet og for øvrig bred kompetanse på området.

- Høyere vekst innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling enn for somatikk på regionnivå. Innen psykisk helsevern skal distriktpsikiatriske sentre og barn og unge prioriteres. Veksten måles blant annet gjennom endring kostnader, årsverk, ventetid og aktivitet.

Det var høyere vekst i aktivitet i psykisk helse og TSB⁶ enn i somatikk. Det var lavere vekst i antall årsverk og kostnader i psykisk helsevern og TSB enn i somatikk. Ventetidene har utviklet seg negativt for psykisk helsevern og somatikk siste år. Ventetidene i TSB er redusert. Samlet er ventetidene i psykisk helsevern og TSB ennå under det nasjonale kravet på 65 dager.

Helse Nord har innfridd det nasjonale kravet om å overføre ressurser fra spesialpsykiatrien/sykehus til de DPS⁷. Regional fordeling av ressursene viser at DPS står for 60 % i psykisk helsevern for voksne.

Det har ikke vært noen klar prioritering av barn og unge i regionen siste år. Psykisk helsevern for barn og unge har svak nedgang i aktivitet, ingen endring i antall ansatte og ventetiden har økt siste år. Kostnadsnivået har økt mindre enn i somatikk. Bakgrunnen er at barn og unge har vært høyt prioritert i Helse Nord over flere år. Tjenesten har korte ventetider og liten vekst i antall henvisninger.

- Pasienter i psykisk helsevern skal så langt det er forsvarlig kunne velge mellom ulike behandlingstiltak, herunder behandlingstiltak uten medikamenter (medikamentfritt). Tilbudet utformes i nært samarbeid med brukerorganisasjonene.

Departementet viser til brev av 24. november 2015 om medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern til de regionale helseforetakene. Departementet ber det regionale helseforetaket rapportere på dette kravet i henhold til de fristene som er angitt i brevet.

Helse Nord har etablert en arbeidsgruppe i samarbeid med Regionalt brukerutvalg, Mental Helse og UNN for å utarbeide protokoll for det medikamentfrie behandlingstilbudet. Protokollen leveres Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. mars 2016. Det blir etablert en behandlingseenhet ved UNN med 4–6 sengeplasser innen 1. juni 2016.

- Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i større grad innrette sine tjenestetilbud slik at personalet jobber mer ambulant og samarbeider nærmere

⁶ TSB – Tverrfaglig spesialisert behandling av rusavhengighet

⁷ DPS – Distriktpsikiatriske sentre

med kommuner, skoler, barnevernet og fengslene. Legespesialister og psykologer inngår i det ambulante arbeidet ved distriktpsikiatriske sentre.

I Helse Nord jobber psykisk helsevern og TSB utadrettet og ambulant. Det har blitt opprettet en rekke ambulante tjenester de senere år. UNN har siste år forsterket sine ambulante akutteam til å inkludere yngre pasienter (ungdom) og pasienter med rusproblematikk. Dette er en utvikling som ønskes i alle helseforetak i regionen.

- Startet innføring av et nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern etter modell fra Storbritannia, i samarbeid med Helsedirektoratet, jf. Handlingsplan for forebygging av selvmord og selvskading 2014-2017.

Kartleggingssystem for selvmord er stoppet på nasjonalt hold. Helse Nord avventer beskjed fra Helsedirektoratet før dette kan innføres i regionen.

- Andel årsverk ved distriktpsikiatriske sentre har økt i forhold til antall årsverk innen psykisk helsevern i sykehus.

Ansatte	2014	2015	endring	endring i %
Psykisk helsevern i sykehus	783	791	8	1,0 %
DPS	895	858	-37	-4,2 %
Sum	1 677	1 648	-29	-1,7 %

Det har vært en reduksjon i antall årsverk i DPS og en liten økning i psykisk helsevern i sykehus. Helgelandssykehuset har økt antall ansatte i DPS, de øvrige helseforetakene har redusert antall ansatte i DPS. Helse Nord har over flere år prioritert å øke andelen ansatte i DPS, og har nådd det nasjonale målet om å bruke 60 % av ressursene i DPS. Endringen fra 2014 til 2015 kan forstås som at foretakene tilpasser aktivitet til ressursituasjonen og at de prioriterer de områdene der det er størst behov for ansatte for å sikre gode helsetjenester til pasientene. Utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB 2016–2025 legger opp til en styrking av flere DPS områder, bl.a. poliklinisk aktivitet i TSB og styrking av det polikliniske tilbudet til eldre.

- Andel tvangsinnleggelse for helseregionen er redusert sammenliknet med 2014.

Helse Nord har lavest andelen tvangsinnleggelse av alle helseregioner. Andel tvangsinnleggelse har økt noe i 2015 sammenliknet med 2014. Alle helseforetak har vedtatt eller er i ferd med å utarbeide plan for riktig og redusert bruk av tvang. UNN og Nordlandssykehuset har ferdigstilt sine planer, og de er vedtatt av styret. Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset er i gang med å utarbeide sine planer.

- I samarbeid med berørte parter gjennomgått avtalene om studenthelsetjenesten slik at studenter får et tilfredsstillende tilbud.

Helse Nord har vært i dialog med Studenthelsetjenestene i regionen. Avtalene er gjennomgått for å sikre studentene et tilfredsstillende tilbud.

- Etablert rutiner som sikrer at pasienter innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling får behandling for somatiske lidelser og tilsvarende, at pasienter som behandles for somatiske lidelser også får tilbud om behandling for psykiske lidelser og/eller rusproblemer.

UNN og Finnmarkssykehuset har rutiner som sikrer god samhandling for pasienter som trenger samtidig oppfølging for somatiske og psykiatriske problemstillinger.

Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset har ikke etablert skriftlige rutiner for å sikre dette, men beskriver at de vurderer at det praktiske samarbeidet fungerer bra rundt enkeltpasienter.

I Helse Nords «Utviklingsplan for psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling», beskrives ønske om en nærmere samhandling mellom fagområdene for å sikre pasientgruppen. Tiltak må også inkludere kommunale hjelpetjenester da det ofte er de som har den langvarige oppfølgingen av pasientene. Pasienten er ofte skrevet ut av somatisk post før et tilbud i psykisk helsevern er etablert og motsatt. Tilstrekkelig somatisk og psykiatrisk helsehjelp kan derfor best sikres ved å følge opp pasienter etter utskriving. Kommunal hjelpetjeneste må involveres der det er aktuelt for å sikre at pasienten får tilbud om nødvendig helsehjelp.

- Etablert kombinerte stillinger som sosialpediatere med arbeidssted både i Statens barnehus og barneavdeling, og avsatt ressurser til sosialpediatrisk virksomhet i barneavdelinger som ikke har Statens barnehus i sitt opptaksområde.

UNN har opprettet og lyst ut stilling som sosialpediater. Nordlandssykehuset har opprettet stilling som sosialpediater hvor tre leger deler stilling. Finnmarkssykehuset har utarbeidet en opplæringsplan for å sikre kompetanseheving for bedre kvalitet innen fagområdet sosialpediatri. Det er etablert egen faggruppe innen området. I tillegg har man tilført avdelingen ekstra legeressurs fra 2016.

- Forberedt ansvarsovertakelse for tilbud til barn og voksne utsatt for seksuelle overgrep fra 2016.

Helgelandssykehuset viderefører sitt tilbud ved sykehuset i Mo i Rana. Nordlandssykehuset leier tjenester fra overgrepsmottaket i Salten, som også tar imot pasienter fra Lofoten og Vesterålen. UNNs overgrepsmottak i Harstad kan brukes av enkelte pasienter tilhørende Vesterålen. UNN leier tjenester fra kommunale overgrepsmottak i Tromsø og Harstad.

Finnmarkssykehuset viderefører tilbudet ved Hammerfest sykehus, men vurderer mottak i de tre største byene i Finnmark fra 01.06.16.

- Styrket tilbudet i gynekologiske avdelinger til abortsøkende kvinner som henvender seg direkte til sykehus.

Alle våre helseforetak oppgir å ha innfridd kravet: Tiltak som er iverksatt er blant annet:

- Kvinnene kunne henvende seg direkte til kirurgisk poliklinikk på et bestemt telefonnummer.
- Telefonnummeret er publisert på hjemmesiden under gynekologi. Det ble sendt ut informasjons-e-post sendt til alle fastleger og helsestasjoner i Helgelandssykehusets nedslagsfelt.
- Kvinnen blir satt opp til samtale og undersøkelse hos gynekolog og alt blir ordnet ved poliklinikken.
- Egen prosedyre for medikamentelt svangerskapsavbrudd.
- Det er etablert en ordning der kvinner som ønsker abort kan kontakte gynekologisk poliklinikk på dagtid, hvor time blir tildelt direkte uten å kontakte fastlege.
- Det er informert om praksisen i lokale medier på Helgeland.

2.3 Personell, utdanning og kompetanse

Mål 2015:

- Samarbeidsorganet mellom regionale helseforetak og universiteter/høyskoler er benyttet aktivt til planlegging av aktuelle utdanninger og saker knyttet til utdanningsområdet.

Helse Nord RHF har brukt både samarbeidsorganet med universitetene (USAM), og samarbeidsorganet med høgskolene/universitetene (HSAM) til utdanningssaker. HSAM har fokusert på de treårige helsefagutdanningene, og USAM mer på de langvarige profesjonsutdanningene. HSAM gått spesielt inn i arbeidet med pilot for bachelorutdanning paramedic, og arrangert en stor regional utdanningskonferansen høsten 2015. Alle våre foretak bidrar i denne planleggingen av utdanning via samarbeidsorganene. Det er også etablert nord-norsk samarbeidsorgan for helseutdanning der også kommunesektoren deltar, og dette organet tar opp utdannings- og kompetansebehov.

- Tilstrekkelig antall utdanningsstillinger for legespesialister, herunder i den nye spesialiteten i rus- og avhengighetsmedisin som skal gjennomføres i henhold til Helsedirektoratets rammeverk.

I forbindelse med ny legespesialiststruktur og implementering av fast ansettelse av leger i spesialisering, har Spekter helse, i samarbeid med helseforetakene, utarbeidet maler for nasjonal arbeidsavtale for stillingen som lege i spesialisering/legespesialist og samarbeidsavtaler mellom helseforetakene. Behov for og omfang av «ledige» stillinger for

midlertidig tjenestegjøring for leger fra andre helseforetak og øvrige utdanningsinstitusjoner har vært vurdert, og knyttet til dimensjonering av stillinger ved gruppe-1-sykehusene. UNN har den forbindelse har foretatt en kartlegging av behov for utdanning av legespesialister, både på kort og lang sikt i eget foretak, samt en grovkartlegging i regionen forøvrig.

UNN har fått i oppgave å koordinere spesialistutdanningen på vegne av Helse Nord RHF. Første del av dette arbeidet har vært å etablere en regional funksjon med ansvar for koordinering av utdanningsløpene på tvers av helseforetakene i Helse Nord og med foretak i andre regioner. Regional koordinator er ansatt og starter opp 1. mars 2016. Medisinsk rådgiver (20 %) med ansvar for faglig utvikling er under ansettelse. Ved hvert av de andre helseforetakene i Helse Nord er det tilsatt lokale koordinatorene for å ivareta forløpene for leger i spesialisering i eget foretak.

Det er etablert utdanningsstillinger i rus- og avhengighetsmedisin både ved Nordlandssykehuset og UNN. Ved Nordlandssykehuset er det to leger som tar sikte på å søke godkjenning innen 1.12.2016.

UNN har ansatt tre leger i spesialiteten rus- og avhengighetsmedisin. En LIS⁸ har startet sin utdanning, en starter 1. februar 2016 og siste kandidat starter i august 2016.

- Utviklet strategi for kompetansedeling og kompetanseutveksling med kommunale helse- og omsorgstjenester i regionen.

UNN og Nordlandssykehuset har samhandlingskonferanser for klinisk personell hvert år, som har høy deltakelse fra både primær- og spesialisthelsetjenesten. UNN samarbeider med Helse Førde/Helse Vest om Samhandlingsbarometeret, som er en nettbasert kunnskapsplattform for samhandling. Helse Nord RHF har i oppdragsdokumentet for 2016 stilt krav til Finnmarkssykehuset, Nordlandssykehuset og Helgelandssykehuset om å ta i bruk Samhandlingsbarometeret i samarbeid med OSO⁹.

Foretakene har felles kurs og utdanningsprogrammer med primærhelsetjenesten, og inviterer til deltakelse i interne kurs i foretaket.

Nordlandssykehuset har utviklet og arrangert fagkurs kun for ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, som respiratorbehandling, etikk og kommunikasjon, kunnskapsbasert praksis, samhandling og samarbeid, fagkurs for leger med mer.

Helgelandssykehuset har møteserier mellom spesialisthelsetjenesten og primærlegene 4–6 ganger årlig, og kliniske samarbeidsutvalg. Satsingsområder er blant annet rutiner knyttet til opplæring av kommunalt helsepersonell før utskrivelse fra sykehus, og implementering og videreutvikling av elektronisk samhandling.

⁸ LIS – Lege i spesialisering

⁹ OSO – Overordnet samarbeidsorgan

Finnmarkssykehuset har egen internett-legeside myntet på allmennlegene i Finnmark, der nyhetssaker, ambuleringsplaner, behandlingstilbud og henvisningsveiledere er samlet. Foretaket har etablert tilbud om hospiteringsordning i Finnmarkssykehuset, og deltar aktivt i kurs som arrangeres for allmennlegene i Finnmark i regi av Finnmark Legeforening.

- Det er etablert kompetansenettverk i klinisk rettsmedisin i samarbeid med de institusjonene som i dag ivaretar rettspatologi og klinisk rettsmedisin.

Nordlandssykehuset har etablert kompetansenettverk i rettsmedisin i samarbeid med UNN og politiet. Ved kompliserte saker deltar patolog/ rettsmedisiner fra UNN og en til to fra politiet, og samarbeidet bidrar til kompetanseheving av eget personell. Ved UNN er det et uformelt nettverk mellom avdelingene som utfører klinisk rettsmedisinsk arbeid. Ytterligere formalisering av nettverket vurderes, men det har foreløpig ikke blitt ansett som nødvendig.

Helgelandssykehuset og Finnmarkssykehuset har svært begrenset ansvar i dette arbeidet og deltar ikke i kompetansenettverk.

2.4 Forskning og innovasjon

Mål 2015:

- Vurdert anbefalingene i HelseOmsorg21 og evt. prioritert og igangsatt tiltak innenfor helseforetakenes ansvar for forskning og innovasjon. Det forutsettes dialog mellom de regionale helseforetakene.

Dette er tatt inn i arbeidet med Helse Nords nye strategi for forskning og innovasjon 2016–2020. De mål og tiltak som er relevante er tatt inn i strategien (høringsutkast forelå i desember 2015, og den vedtas i februar 2016). Alle HF-ene har bidratt inn i dette arbeidet. Dialog med øvrige regionale helseforetak er ivare tatt gjennom interregional strategigruppe for forskning.

Brukermedvirkning i forskning – retningslinjer og tiltak – i helseforetakene er endelig vedtatt i alle RHF i 2015.

Flere av foretakene har prioritert/vektlagt tiltak i egne planer, og egen virksomhet. UNN, NLSH og Finnmarkssykehuset har et bevist forhold til HO21 -strategien og hva de bidrar til med sin virksomhet. Det er blant annet tiltak innen god folkehelse, planer om samarbeid med næringslivet, bedre klinisk behandling, og brukermedvirkning.

- Gjennomført før-kommersielle prosjekter som en del av oppfølgingen av ”Fremme innovasjon og innovative løsninger i spesialisthelsetjenesten gjennom offentlige anskaffelser” fra 2012.

Kravet er ikke fulgt opp. UNN melder at det ikke er etablert noe system for dette i dag, og at det er flere, eller andre, i UNN enn innkjøpsseksjonen som må ivareta oppgaven. UNN har leanet anskaffelsesforløpene/-rutinene og disse følger innkjøpsseksjonen ved gjennomføring

av de enkelte anskaffelsene. Dersom det skal gjennomføres førkommersielle anskaffelser ved UNN, må behovene i en tidlig fase vurderes om de egner seg for førkommersielle anskaffelser.

- Infrastruktur, utprøvningsenheter og støttefunksjoner for kliniske studier er styrket ved universitetssykehusene.

Ivaretas godt av UNN. I 2015 er det blant annet jobbet mer med tilrettelegging for kliniske multisenterstudier der UNN er med, via det nasjonale forskningsstøttenettverket NorCRIN. Det jobbes med en økning i antall kliniske studier, biobanksatsingen er styrket og det jobbes med nye systemløsninger som innebærer bedre infrastruktur for forskning.

- For å øke nytte av offentlig finansiert klinisk forskning, er det innført krav om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planlegging og gjennomføring av klinisk forskning eller helsetjenesteforskning. Videre er det utarbeidet felles retningslinjer for de regionale helseforetakene for hvordan prosjektsøknader skal beskrive forventet nytte for pasienten og tjenesten, og hvordan ny kunnskap kan tas i bruk i tjenesten. Nyttevurderingen skal likestilles med kvalitetsvurderingen av prosjektsøknadene. Retningslinjene skal gjelde fra 2016.

Det er innført krav om begrunnelse dersom brukermedvirkning er fraværende i planlegging og gjennomføring av klinisk forskning eller helsetjenesteforskning, ved søking på regionale forskningsmidler. Alle foretak har innført det samme for lokale prosjekter.

Felles retningslinjer for de regionale helseforetakene for hvordan prosjektsøknader skal beskrive forventet nytte for pasienten og tjenesten, og hvordan ny kunnskap kan tas i bruk i tjenesten, er under utarbeidelse. Helse Nord RHF deltar i den nasjonale arbeidsgruppen som utarbeider retningslinjene, og det vil foreligge et forslag i mars 2016, som etter en forankringsprosess i alle RHF vil bli gjeldende, og tatt i bruk.

- Etablere nasjonale forskningsnettverk innenfor områder der det er behov for slike, herunder for persontilpasset medisin, jf. rapport fra nasjonal utredning av persontilpasset medisin i helsetjenesten fra 2014.

Dette kravet er under diskusjon for hvordan det best kan implementeres, og har vært tatt opp i alle møter i den interregionale strategigruppen for forskning i 2015. Innen persontilpasset medisin vil den nasjonale strategien foreligge til våren.

3. Rapportering på krav fra revidert oppdragsdokument av 30. juni 2015

3.1 Tiltak for å rekruttere og beholde blodgivere

De regionale helseforetakene har iverksatt tiltak for å rekruttere og beholde blodgivere. Det vises til Helsedirektoratets rapport: «Blodgiversituasjonen i Norge. Forslag til tiltak som kan bidra til et bærekraftig tilbud for blodgivning. IS-2129.»

Finnmarkssykehuset er stort sett selvforsynt med blod, og tilgangen på blodgivere er stabil. Derfor er det ikke iverksatt noen særskilte tiltak, ut over informasjon på nettsiden med link til GiBlod.no. Mange verver seg selv via GiBlod.no.

Ved Nordlandssykehuset var målet 500 nye blodgivere i 2015, samt beholde flest mulig av de etablerte. Resultatet ble 678 nye blodgivere. Følgende tiltak er gjennomført:

- Registrere alle nye blodgivere via GiBlod.no for å øke servicenivået.
- Frigjort personell til verving og mottak av blodgivere, ved å forenkle og effektivisere rutiner samt flytte andre oppgaver til annen avdeling.
- Bedre tilrettelegging for blodgivere, bla ved at parkeringsforholdene er bedret.

Helgelandssykehuset har stabile blodgivere. Noen tiltak er iverksatt:

- Aktive givere får informasjons- og rekrutteringsmateriell som de kan gi til venner, bekjente og arbeidskolleger.
- Undervisning om blod og blodgivning ved Høgskolen i Nesna.
- Delta på utdanningsmesse ved videregående skole.
- Har brukt lokale medier for skrive om blodbanken og det å gi blod.
- Bruk av Facebook for å spre kunnskap om blod og blodgivning.
- Er med på GiBlod.no

UNN har hatt utfordringer siste år ved at erfarne medarbeidere har sluttet, og har brukt tid og ressurser på å bygge opp ny kompetanse. Gjennomførte og planlagte tiltak er:

- Markedsføring via Facebook.
- GiBlod.no
- Bedre utnyttelse av registrerte blodgivere.
- Kortere tid fra registrering til første tapping.
- Nyrekruttering av tidligere ekskluderte blodgivere (for eksempel pga. allergi).
- Skal starte plasmaferese, og på den måten kunne benytte givere som ikke får gitt så ofte (AB og B-givere).
- Gi bedre service ved å etablere bedre telefonløsning, slik at givene kommer raskt gjennom på telefon.
- Vurdere endret åpningstid og sted for tapping.

- Planlegger å bruke patient blood management, som skal bidra til riktigere og mindre bruk av blodprodukter.

3.2 Helseforetakenes kommunikasjon om resultater, utfordringer og omstillingsprosesser

- De regionale helseforetakene bes om å legge til rette for at Helseforetakene kommuniserer godt om resultater, utfordringer og omstillingsprosesser i eget foretak til berørte parter og offentligheten generelt.

Kommunikasjon om resultater, utfordringer og omstillingsprosesser ivaretas gjennom mange tiltak på ulike nivåer, avhengig av tema. Tiltakene som velges er valgt ut fra hva som anses best egnet fra sak til sak. Eksempler på tiltak er:

- Drøfte resultater, utfordringer og omstillinger i møtefora mellom RHF og HF (oppfølgingsmøter, direktørmøter, fagsjefmøter m.fl.) og bli enige om videre oppfølging til berørte parter og offentligheten.
- Ta opp problemstillinger i samarbeidsfora med kommuner, fylkesmannen og andre parter.
- Linjeprinsippet for intern kommunikasjon.
- Ta initiativ til å bruke og svare media.
- Styresaker.
- Informasjon i egne informasjonskanaler (nettsider, nyhetsbrev, internaviser, sosiale medier m.fl.).
- Kommunikasjonsplaner for den enkelte sak, hvor berørte interessenter følges opp.

Helse Nord RHF anser at åpenhet og offentlighet om våre resultater, utfordringer og omstillingsprosesser i stor grad kommuniseres til berørte parter og offentligheten.

3.3 Samfunnskontrakt for flere læreplasser

- Helseforetakene er store arbeidsgivere i det norske samfunnet og det er viktig at disse bidrar til å sikre samfunnets behov for fagarbeidere med høye kvalifikasjoner gjennom å tilrettelegge for lærlingplasser, både i egen virksomhet og gjennom å stille krav til leverandører. Vi viser til krav i foretaksmøte i januar 2013, hvor de regionale helseforetakene ble bedt om å bidra til å sikre flere lærlingplasser i tråd med målene i *Samfunnskontrakt for flere læreplasser*. Samfunnskontrakten er inngått mellom partene i arbeidslivet og har til hensikt å sikre flere lærlingplasser på flere fagområder. Regjeringen har etter dette utarbeidet en strategi for å få flere lærlinger i staten, og et viktig tiltak i denne sammenheng er at alle statlige virksomheter skal knytte til seg minst én lærling. Vi forutsetter at de regionale helseforetakene og underliggende helseforetak er kjent med Regjeringens strategi og etterlever de krav som følger av denne.

Helse Nord har et langsiktig fokus og satsning på å sikre nok fagarbeidere innenfor helsefagene for fremtiden. Grunnlaget for denne satsningen er oppfølging av tiltaksplaner fra

regional strategisk kompetanseplan i tillegg til jevnlig framskrivinger av kompetansebehov. Foretakene i Helse Nord har et særskilt fokus på å rekruttere lærlinger til helsefagarbeidere og ambulansemedarbeidere, hvor samfunnskontrakt for flere læreplaner, i tillegg til egne kartlegginger, er en del av grunnlaget for denne satsningen. Når det gjelder helsefagarbeidere er alle foretak involvert i et pågående satsingsprosjekt på helsefaglærlinger fra 2013–2016. Foreløpig status i dette prosjektet er at utviklingen har gått i riktig retning, og at foretakene har lyktes i å øke antall læreplaner med 40 % fra 2012 til 2016. I tillegg viser kartlegginger at tilnærmet 80 % av de lærlingene som er tatt inn også gjennomfører med godkjent fagbrev. I dette prosjektet er det tilsatt egne stillinger i alle foretakene som følger opp lærlinger i eget foretak, i tillegg til å samarbeide regionalt for å finne gode felles løsninger. Utfordringen når det gjelder helsefaglærlinger er at knapt 20 % av de som utdannes tilsettes i foretakene etter endt læretid.

Når det gjelder ambulanselærlinger har man i Helse Nord god tilsøknad til faget og foretakene rekrutterer det de har behov for. Her har fokus vært mer på samhandling med fylkeskommunene for å sikre at foretakenes behov samsvarer med det som utdannes av potensielle søkere fra regionen.

Alle foretakene har tatt inn det antall lærlinger både for helsefag og ambulanse som det var satt krav om i oppdragsdokument 2015.

4. Rapportering på krav fra foretaksmøtet

Rapporteringen skal følge struktur på krav til omtale som gitt av vedlegg 1 til protokoll fra foretaksmøtet i januar. Eventuelle krav til rapportering gitt i andre foretaksmøter legges til i avsnitt 4.2, sammen med omtale av eventuelle øvrige aktuelle saker.

4.1 Krav og rammer for 2015

- Styring og oppfølging – gjennomgang av kvaliteten i helseforetakene
Foretaksmøtet ba Helse Nord RHF videreutvikle sin modell for årlig gjennomgang av kvaliteten i helseforetakene ved å anvende data fra flere kilder. Øvrige regioner skal gjennomføre sine gjennomganger i tråd med modellen utviklet av Helse Nord RHF.

Helse Nord RHF har videreutviklet sin modell i 2015. Modellen ble oppdatert med alle nye nasjonale kvalitetsindikatorer, og inneholder en helhetlig register for de nasjonale kvalitetsindikatorene.

			HLSH HF	HF HF	NLSH HF	UNN HF		Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF		
		Best	33	41	26	36	136	27	25	15	26	93	
		Vorst	34	28	37	30	129	17	25	28	18	88	
Oppdatert?	Kode	Tall for 2. tertial 2015	MHI	Helgelandssykehuset HF	Helse Finnmark HF	Nordlandssykehuset HF	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Helse Nord RHF, Privat	Helse Midt-Norge RHF	Helse Nord RHF	Helse Sør-Øst RHF	Helse Vest RHF	Hele landet
		Somatisk helse											
	N-016a	Pasienter med blodpropp i hjernen som får trombolysebehandling	70 %	11,1	18,2	13,3	11,1		14,7	12,6	13,3	18,9	14,6
	N-002a	Epikrisetid ved utskrivning	100 %	80,9	82,5	70,3	78,1		83,9	76,8	80,8	85,6	81,8
	N-001a	Korridorpasienter	0 %	2,5	0,0	0,9	1,7		1,0	1,4	1,3	1,2	1,2
	N-005a	Utsettelse av planlagte operasjoner	0 %	5,5	10,6	10,6	2,5		6,6	6,1	5,8	5,3	5,8
	N-004a	Lårhalsbrudd operert innen 48 timer	100 %	96,3	95,8	95,0	90,0		91,9	93,4	91,9	92,8	92,2
	N-009a	Keisersnitt	15	13,8	14,1	14,7	20,7		17,1	17,1	16,4	11,5	15,5
	N-025a	Oppdaterte ventetider på fritt sykehusvalg (fysisk helse)	100 %	90,6	57,9	88,8	99,4		95,2	83,2	93,6	97,7	92,5
	N-070a	Fristbrudd for pasienter på venteliste - somatisk helsetjeneste	0 %	3,1	1,1	3,3	1,3		1,1	2,2	2,8	1,1	2,1
	N-071a	Ventetid - somatisk helsetjeneste	65	55,3	71,7	74,9	81,6		68,0	73,2	68,0	65,9	68,1
	N-072a	Brudd på vurderingsgaranti - somatisk helsetjeneste	0 %	1,6	1,0	1,4	1,9		0,9	1,6	1,2	0,7	1,1
	N-073a	Fristbrudd for pasienter som har startet helsehjelp - somatisk helsetjeneste	0 %	7,3	2,7	7,2	5,2		3,4	5,9	5,4	2,9	4,5
	N-004	Gjennomførte pakkeforløp innen standardforløpstid	70 %	74,1	66,7	72,2	69,1		67,5	70,3	55,0	72,0	61,6
	N-005	Andel nye kreftpasienter i pakkeforløp for lunge-, bryst-, prostata- og tykk- og endetarmskreft	100 %	78,0	91,7	74,2	71,6		66,2	74,2	72,2	74,7	71,9
	N-006	Oppfølging av infeksjonstatus 30 dager etter kolonirenging	100 %	100,0	91,7	97,7	96,1		95,5	96,8	96,7	91,5	95,7
	N-007	Oppfølging av infeksjonstatus 30 dager etter fjerning av galleblære (kolecystektomi)	100 %	97,8	100,0	82,2	82,2		89,6	88,9	90,2	84,2	88,6
	N-008	Oppfølging av infeksjonstatus 30 dager etter innsetting av totalprotese (hofte)	100 %	94,0	100,0	93,2	100,0		99,8	96,1	99,0	96,5	98,3

Figur 5: Oversikt over kvalitetsindikatorer og status i Helse Nord.

Man vi fortsette å arbeide med kvalitetsindikatorerne slik at de blir enklere å formidle og styre etter i foretakene. For å få dette til har man i 2016 planlagt følgende aktiviteter:

- I dag er den største utfordringen at det trengs mye tidskrevende manuelt arbeid for å oppdatere modellen fordi struktur på data ikke er «databasevennlig», dette medfører en høy risiko for feil i systemet.
- For å redusere tidsforbruk av hver eneste oppdatering, har Helse Nord RHF sammen med Helse Vest RHF utarbeidet et forslag til ny datastruktur til Helsedirektoratet for å få data på en «databasevennlig» måte. Ved å gjøre dataene mer «databasevennlig» vil RHF'ene enklere kunne bearbeide kvalitetsindikatorerne til sine datavarehus, kjøre analyser, bruke avanserte visualiseringsmetodikk og gjøre resultatene enkelt tilgjengelig til HFene.
- Arbeidet er også forankret i interregionalt NPR forvaltningsgruppemøte.
- Gjøre kvalitetsindikatorerne tilgjengelig i datavarehuset.
- Knytte utvikling i kvalitetsindikatorerne til kvalitetsbasert finansiering (KBF) slik at men har en bedre forståelse av utvikling i resultat på kvalitetsindikatorerne og effekten på KBF.
- Tiltak for å redusere variasjon i ventetider og effektivitet
 - Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å gjennomføre tiltak for å redusere variasjoner i effektivitet og ventetid mellom sykehusene, herunder:
 - Sikre læring mellom avdelinger og sykehus ut fra kunnskap om beste praksis og særskilt vurdere hvilke konkrete tiltak som er nødvendig for å redusere ventetider og øke effektiviteten hos enheter som er mindre effektive enn gjennomsnittet
 - Implementere faglige retningslinjer og standardisere pasientforløp
 - Identifisere flaskehals i pasientbehandlingen og konkrete tiltak for å

avhjelpe disse angi tiltak for bedre planlegging og organisering slik at kapasiteten ved poliklinikker, operasjonsstuer og utstyr utnyttes bedre gjennom døgnet og hvordan private aktører benyttes mer målrettet

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å legge fram for departementet en plan med konkrete tiltak for å redusere ventetider og implementere standardiserte pasientforløp i henhold til nasjonale retningslinjer for hvert enkelt helseforetak og regionen samlet, innen 1. april 2015. Departementet vil legge planene til grunn for oppfølgingsmøtene gjennom 2015.

Alle helseforetak har fått videreført oppdrag med å innføre 6 md. planleggingshorisont innen 01.06.16 for å sikre god og langsiktig planlegging av arbeidsplaner. I prosessen med tilleggskomiteen til OD¹⁰ 2015 har alle helseforetak identifisert flaskehals og satt i gang konkrete tiltak for bedre planlegging. Helseforetakene har iverksatt nye rutiner og bedret registreringspraksis. Det er opprettet tettere dialog med primærhelsetjenesten for å kvalitetssikre at kontrollen blir gjennomført på rett nivå. Det arbeides kontinuerlig med å sikre bedre utnyttelse av felles kapasitet i regionen.

Det er startet et arbeid for å legge til rette for tettere samarbeid mellom helseforetakene og private sykehus/avtaleinstitusjoner, samt avtalespesialistene. Det er et mål å etablere et forpliktende samarbeid mellom helseforetakene og avtalespesialistene om blant annet prioriteringsrutiner, hensiktsmessig arbeidsdeling (pasientflyt/strømmer), ventetid og fristbrudd. Alle pasienter med fare for fristbrudd skal følges opp enkeltvis og gis et tilbud før fristen internt eller hos privat sykehus/avtalespesialist.

Felles rutiner skal utarbeides i samarbeid med sykehusene, private tilbydere og avtalespesialister. Alle pasienter med fare for fristbrudd skal følges opp enkeltvis og gis et tilbud før fristen internt eller eksternt. Det er også utviklet en regional prosedyre for koding av pakkeforløp for kreft er utarbeidet av fagmiljøene for å sikre lik kodepraksis og for å redusere variasjon.

- Samarbeid med private aktører
Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å øke omfanget av anskaffelser fra private leverandører innen somatikk innenfor rammen av vedtatte strategier for utvikling av samarbeidet mellom private og offentlige tjenesteytere av helsetjenester. Anskaffelsene skal bl.a. rettes inn mot å redusere ventetider, avhjelpe flaskehals og videreutvikle samarbeidet mellom private og offentlige tjenesteytere.

Med mål om å redusere ventetider og flaskehals økte Helse Nord RHF i 2015 kapasiteten innenfor REHAB-området med ca. 10 %. Det ble samtidig vedtatt også å øke 2016 budsjettet i samme størrelsesorden for å få redusere ventetidene til denne pasientgruppen.

Helse Nord RHF gjorde i 2015 en nyanskaffelse av radiologitjenester både for institutt

¹⁰ OD – Oppdragsdokument fra HOD til regionale helseforetakene

og teleradiologi gjeldende fra 01.01.2016. Den nye anskaffelsen fikk utvidet behandlingsskapasitet og rammen ble økt med ca. 40 % sammenlignet med tidligere avtaler. Nytt i den nye avtalen for teleradiologi er at det er inkludert en opsjon på vaktjeneste for lokalsykehusene i Helse Nord.

Det ble i 2015 igangsatt en prosess for anskaffelse av somatiske spesialisthelsetjenester fra private sykehus med oppstart senest 1. juni 2016. Med bakgrunn i behovsanalyser er rammen for anskaffelsen økt med ca. 20 % sammenlignet med dagens avtaler.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:
Gå gjennom sin forvaltning av avtalespesialistene, med sikte på å videreutvikle denne på kort og lang sikt og reforhandle rammeavtalene slik at nye avtaler trer i kraft senest 1.1.2016.

Helse Nord RHF har bidratt i forarbeidet og i selve forhandlingsprosessen med å reforhandle rammeavtalen en mellom RHF-ene og Psykologforeningen og Den Norske Legeforening.

Det er startet et arbeid med ny handlingsplan for avtalespesialister. Arbeidet med handlingsplanen har avvartet endringene av reforhandlingene av rammeavtalene. I arbeidet med den nye handlingsplanen vil hele avtalespesialistfeltet i regionen gjennomgås med tanke på å videreutvikle og ordningen på kort og lang sikt.

- Delta i arbeidet med utviklingen av avtalespesialistordningen, herunder planlegging av pilotprosjekt knyttet til vurdering og tildeling av pasient- og brukerrettighet og delta i pilotprosjekt knyttet til utdanning av legespesialister i avtalepraksis.

Helse Nord RHF har deltatt i arbeidet med etableringen av pilotprosjekt knyttet til vurdering og tildeling av pasient- og brukerrettighet. Prosjektrapporten er for tiden til behandling i Helsedirektoratet og videre fremdrift og oppstart av pilotprosjekt avhenger av beslutninger der.

Helse Nord RHF har deltatt i for-arbeidet med etableringen av pilotprosjekt knyttet til utdanning av legespesialister i avtalepraksis, samt i det videre arbeidet etter at den første piloten var gjennomført. Det jobbes sammen med Helsedirektoratet for å få på plass noen flere piloter i løpet av 2016. Spørsmålet om hvilke samlokaliserte avtalespesialister som kan være aktuelle for deltakelse i en ny pilot vil bli tatt opp i samarbeidsutvalget mellom avtalespesialistene og Helse Nord RHF i februar 2016.

Øvrige tiltak for å sikre bedre spesialisthelsetjenester

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å utarbeide en plan for innføring av KPP innenfor somatikk i alle helseforetak innen 1. april 2015. Det legges til grunn at alle helseforetakene deltar i arbeidet med kostnadsvekter for 2016 bidra i Helsedirektoratets arbeid med daglig

oppdaterte data i Norsk pasientregister

De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å lage en felles strategi for implementering av kostnad per pasient, KPP¹¹. I foretaksprotokollen fra foretaksmøtet 7. januar 2014, er følgende beskrevet i kapittel 7:

«Bedre og mer presis informasjon om KPP vil være et viktig verktøy for å analysere medisinsk praksis og kvalitet, for styring på ulike nivåer i helsetjenesten, og for sammenligning mellom ulike organisatoriske enheter. Målsettingen er at KPP skal være implementert som gjennomgående kvalitets- og styringsverktøy for alle helseforetak innen 1. januar 2017.»

Det ble lagt frem en strategi for departementet i første halvår 2014. Helsedirektoratet var med i dette arbeidet.

«Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å utarbeide en felles strategi med leveranser og milepæler som er nødvendig for å sikre implementering av KPP i alle helseforetak i tråd med tidsplanen.»

For å kunne lage en felles strategi for alle regionene med leveranser og milepæler, ble det ansett som hensiktsmessig å ta utgangspunkt i regionale planer fra hvert RHF.

For å sikre framdrift i arbeidet ble arbeidsgruppen enige i at det er viktig at arbeidet med å utarbeide felles løsninger og prinsipper gjennomføres så tidlig som mulig. Foretakene kan deretter innføre KPP i egen takt, i forhold til en oppsatt plan utarbeidet av arbeidsgruppen KPP. Denne avgrensningen gikk ut fra at det ut fra erfaring fra KPP pilotprosjekter tilsier det å ta i bruk KPP i en organisasjon krever modning og målrettet arbeid over tid. Arbeidsgruppen skal ha tett dialog med HF-ene, forankring i Helse Nord RHF, i HF-ene og mot den nasjonale KPP-gruppen.

Arbeidsgruppen har laget en plan for hvordan KPP skal rulles ut i hele Helse Nord. Planen skal anbefale arbeidsprosesser og systemer til å understøtte KPP.

Deltagere fra Helse Nord i det nasjonale prosjektet må inngå i det regionale prosjektet. Arbeidet koordineres mot det nasjonale arbeidet og Helsedirektoratet.

Det er etablert en nasjonal gruppe for KPP som ledes av Helse Midt. Helse Nord deltar med ressurser fra UNN og Helse Nord RHF.

Alle helseforetakene i Helse Nord deltar i arbeidet med kostnadsvekter for 2016.

- Foretaksmøtet ba Helse Nord RHF og Helse Vest RHF om å samarbeide med Helsedirektoratet om å utvikle en nasjonal atlastjeneste for å belyse og analysere forbruk og variasjon av helsetjenester.

¹¹ KPP – Kostnad per pasient

Helse Nord RHF har styrket analyseenheten i Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) med to stillinger for videre utvikling av helseatlas. I 2015 publisert SKDE helseatlas hhv. for utvalgte dagkirurgiske prosedyrer og for spesialisthelsetjenester til barn i Norge.

SKDE har utviklet kontakt med helseatlasarbeidet i Helse Førde, og utkast til en overordnet samarbeidsavtale mellom Helse Vest RHF og Helse Nord RHF er utformet. Helsedirektoratet har kanalisert sitt bidrag gjennom opprettelsen av en styringsgruppe mellom Helsedirektoratet og de regionale helseforetakene om formidling av data fra Norsk Pasientregister.

- Økonomiske resultatkrav
Foretaksmøtet forutsatte at foretaksgruppen i Helse Nord innretter virksomheten innenfor økonomiske rammer og krav som følger av Prop. 1 S (2014-2015), foretaksmøtet og oppdragsdokumentet for 2015, slik at sørge-for-ansvaret oppfylles og at det legges til rette for en bærekraftig utvikling over tid.

Styret for Helse Nord RHF budsjetterte med et resultatkrav på 400 millioner kroner i 2015.

Foretaksgruppens regnskapsresultat er et overskudd på 617 millioner kroner.

Foretaksgruppen Helse Nord har følgelig et resultat som er 617 millioner kroner bedre enn resultatkravet fra Helse- og omsorgsdepartementet, og 217 millioner kroner bedre enn styrets resultatmål. Helse Nord har hatt positivt driftsresultat siden 2009. Dette sikrer grunnlaget for framtidige investeringer.

Resultat per helseforetak sett sammen med styringsmålene, var som følger (tall i millioner kroner):

	Resultat	Styringsmål	Avvik
Helse Nord RHF	497,2	395,0	102,2
Helse Nord IKT	0,6	0	0,6
Finnmarkssykehuset	30,1	25,0	5,1
Universitetssykehuset Nord-Norge	120,8	40,0	80,8
Nordlandssykehuset	-65,5	-75,0	9,5
Helgelandssykehuset	27,7	15,0	12,7
Sykehusapotek Nord	5,9	0	5,9
Sum	616,7	400,0	216,7

- Investeringer

Generelt:

Investeringsbudsjettet for 2015 var på 2068 millioner kroner. I tillegg kommer ubrukt investeringsbudsjett fra 2014 og tidligere, på 378 millioner kroner. Det er gjennomført

investeringer i 2015 på 1 851 millioner kroner inkludert egenkapitalinnskudd i Kommunal Landspensjonskasse.

Helse Nord har hatt positivt driftsresultat siden 2009. Dette sikrer grunnlaget for framtidige investeringer. I tillegg til store byggeprosjekter som pågår og planlegges, investeres det betydelig i medisinsk teknisk utstyr og IKT.

Den omfattende byggingen og renoveringen ved Nordlandssykehuset Bodø pågår og skal være ferdig i 2018. Deler av H-fløyen ved sykehuset er ferdigstilt i løpet av 2015, sammen med oppstart renovering av A/B-fløya og nyttkontorbygg – fløy G.

Arbeidet med ny A-fløy ved UNN Tromsø pågår. Nytt pasienthotell ble ferdig og kom i ordinær drift fra sommeren 2015. Bygging av PET-senter kom også i gang i 2015.

Arbeid med nytt sykehus i Kirkenes er i full gang og ferdigstilles i 2017. Det er gjennomført forprosjekt for utvidelse av spesialistsentret i Alta. Bygging startes opp i 2016.

I tillegg er det investert 188 mill. kr i IKT-løsninger og om lag 233 mill. kroner i inventar og medisinteknisk utstyr

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene gjennom Sykehusbygg HF om å: Sikre større grad av standardisering av nye sykehusbygg ved erfaringsoverføring og gjenbruk av planleggingsgrunnlag fra tidligere prosjekter.

Helse Nord RHF er aktivt med i arbeidet med å sikre større grad av standardisering av nye sykehusbygg ved erfaringsoverføring. Dette gjøres sammen øvrige RHF gjennom prioritering av oppgaver i kundeforum for Sykehusbygg HF som igjen behandler dette i sitt styre og godkjenner plan for gjennomføring. I Helse Nord driver vi i tillegg aktiv kompetanseoverføring og overføring av gode løsninger mellom lokalsykehus under planlegging. Det er for eksempel gjort konkret mellom Vesterålen, Kirkenes og det planlagte sykehuset i Narvik. I tillegg er utbyggingsleder for Nordlandssykehuset med i styringsgruppen for Kirkenes og har med seg viktig erfaringsoverføring til byggeprosessen. Endelig er RHF representert med samme person i styringsgruppen for alle plan og utbyggingsprosjekter i regionen, blant annet for å passe på at kunnskap fra andre prosjekter i regionen, nasjonalt og internasjonalt, blir nyttiggjort.

- Ivareta nasjonal database for sykehusarealer og utarbeide en samlet oversikt over klassifiserte sykehusarealer i løpet 2015.

Helseforetakene er noe forsinket med registrering i klassifikasjonssystemet. Dette skyldes dels at det er et omfattende arbeid, dels at systemet ikke kom i riktig versjon og i god i drift før i mars 2015 og endelig at FDV-systemleverandørene ikke hadde alt klart for registrering og overføring til nasjonal base. Registreringen vil nå være ferdig i løpet av første tertial 2016 for alle våre HF.

- Videreutvikle og vedlikeholde metodikk for framskrivninger, veiledere og evaluering av sykehusprosjekter og etablere nødvendig verktøy som viser tilstandsgrad ved norske sykehus gjennomføre tilpasninger av landingsplasser ved sykehus til nye redningshelikoptre. Justis- og beredskapsdepartementet vil sende et eget brev om oppdraget.

Helse Nord RHF deltar gjennom Sykehusbygg HF i arbeidet med å videreutvikle og vedlikeholde metodikk for framskrivninger, veiledere og evaluering av sykehusprosjekter og etablere nødvendig verktøy som viser tilstandsgrad ved norske sykehus. Helse Nord har fått tilstandsvurdert alle helsebygg og boliger høsten 2015 og fikk overlevert sluttrapport første uken i 2016. Vi har således allerede også oppfylt kravet i forhold til foretaksprotokollen for 2016.

Helse Nord RHF deltar sammen med øvrige RHF og Luftambulansetjenesten ANS i nasjonal styringsgruppe for tilpasning av landingsplasser for nye redningshelikoptre. Arbeidet gjennomføres i regi av Sykehusbygg HF i samråd med NAWSAHR-prosjektet¹². Dette arbeidet følger nødvendig tidsplan for ferdigstilling før leveranse av de nye helikoptrene.

- Foretaksmøtet la til grunn at helseforetakene intensiverer sine tiltak for å sikre målsettingen om utfasing av fyring med fossil olje i alle offentlige bygg innen 2018.

Det er gjennomført tiltak for å sikre målsettingen om utfasing av fyring med fossil olje som grunnlast i alle offentlige bygg innen 2018. Når det ikke er tilgang på elektrisk kraft eller fjernvarme, må nødstrøm noen steder fortsatt kjøres med oljefyr. Noen DPS-er som er planlagt utfaset i 2022 vil også ha oljefyring.

- Lån til investeringer
For 2015 tildeles Helse Nord RHF 388,5 mill. kroner i lån. Det er satt av 150,3 mill. kroner til nytt sykehus i Finnmarkssykehuset, Kirkenes, 110 mill. kroner til ny A-fløy ved Universitetssykehuset Nord-Norge og 128,2 mill. kroner til Nordlandssykehuset Bodø.

Helse Nord har tatt opp lån til investeringer på kr 388,5 mill. kroner i tråd med låneramme fra eier for 2015. Langsiktige lån utgjør 2,69 mrd. kroner per 31.12.2015.

- Endringer i driftskredittrammen
Foretaksmøtet la til grunn at Helse Nord RHF skal drive sin virksomhet innenfor en driftskredittramme på 1 331 mill. kroner pr. 31. desember 2015.

Helse Nord har en ramme for kassakreditt på 799 mill. kroner per 31.12.2015. Helse Nord har trukket opp 775 mill. kroner ved utgangen av 2015.

¹² NAWSHAR-prosjekt – Anskaffelsesprosjekt for nye redningshelikoptre

- Låneopptak

Helse Nord har ikke inngått finansielle leieavtaler per 31.12.2015.

83 % av langsiktige lån per 31.12.2015 har fastrente i ytterligere 1–10 år. Foretaksgruppen er derfor i beskjeden grad eksponert for endringer i rentemarkedet. Innskuddsrenten i gjeldende bankavtaler er basert på flytende rente. Samlet sett vurderes renterisikoen som akseptabel.

- Samordning på tvers av regionene
Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å:
 - Gjennomgå styringsmodellen for de felles eide selskapene med sikte på mer enhetlig styring.
 - Sørge for at det foreligger strategier og planer for det enkelte selskap slik at potensialet ved felles organisering og eierskap utnyttes optimalt, jf. også omtale under pkt. 3.4.1 om Sykehusbygg HF og under pkt. 3.5.3 om Nasjonal IKT HF.
 - Legge fram en plan for etablering av felles eid foretak for samordning av innkjøp innen 15. september 2015, jf. "modell A" i Utredning av nasjonal innkjøps funksjon -sluttrapport. Foretaket skal være etablert 1.1.2016. Regionale ressurser og enheter skal innlemmes i foretaket innen 31. desember 2016. Helse Sør-Øst RHF ble bedt om å lede arbeidet.

Styring av de regionale helseforetakenes felles eide selskaper

Hovedformålet med de felles eide selskapene er å bidra til styrket og forbedret tilbud til pasientene, herunder å sikre samordning, likhet og likeverdighet samt å bidra til at oppgavene løses på en rasjonell måte og med god ressursutnyttelse. Videreutviklingen av nasjonalt samarbeid og en bedre samordning på tvers av regionene fremstår som en viktig del av den nasjonale helsepolitikken.

De regionale helseforetakene har etablert følgende felles eide selskaper:

- Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS) – etablert i 2003 med hovedkontor i Vadsø
- Luftambulansetjenesten ANS (LAT ANS) – etablert i 2004 med hovedkontor i Bodø
- Helseforetakenes senter for pasientreiser ANS (Pasientreiser ANS) – etablert i 2009 med hovedkontor i Skien
- Helsetjenestens driftsorganisasjon for nødnett HF (HDO HF) – etablert i 2013 med hovedkontor i Gjøvik
- Nasjonal IKT HF (NIKT HF) – etablert i 2013 med hovedkontor i Bergen
- Sykehusbygg HF – etablert i 2014 med hovedkontor i Trondheim
- Sykehusinnkjøp HF – etablert i 2015 med hovedkontor i Vadsø

De regionale helseforetakene har i 2015 videreført et felles arbeid for videreutvikling av det interregionale samarbeidet når det gjelder organisering, styring og saksbehandling i forhold til de felles eide selskapene. Hovedhensikten med dette arbeidet har vært å

finne gode løsninger for styring og å videreutvikle det som fungerer bra. Dette arbeidet munnet ut i en felles styresak fremmet for styrene i de regionale helseforetakene i november/desember 2015. Saken omhandlet drøftinger og prinsipper bl.a. innen følgende tema:

- Selskapsform
- Eierstyring
- Prinsipper for styresammensetning mv.
- Deltakelse fra andre instanser/observatør
- Prinsipper for utarbeidelse og behandling av selskapenes strategier
- Opplegg for samordning og oppfølging av de felles eide selskapene

De felleseide selskapene styres gjennom et årlig oppdragsdokument. De avgir også årlig melding på linje med helseforetakene underlagt det enkelte RHF. I tillegg til rapportering på gitte oppdrag omfatter årlig melding også økonomisk langtidsplan og redegjørelse for selskapets planer og strategier. Meldingene er grunnlag for videre behandling i de regionale helseforetakene.

Etablering av Sykehusinnkjøp HF

Sykehusinnkjøp HF ble stiftet i desember 2015 gjennom stiftelsesprotokoll, foretaksavtale samt styrevedtak i de fire regionale helseforetakene. Selskapet skal understøtte spesialisthelsetjenestens behov for innkjøpstjenester og sammen med helseforetakene realisere kvalitative, økonomiske og samfunnsmessige verdier innenfor alle innkjøps kategorier. Det er forutsatt at Sykehuspartner HF's virksomhet innen innkjøp/logistikk og Helseforetakenes Innkjøpsservice AS virksomhetsoverdras til Sykehusinnkjøp HF, og at og at samtlige regionale helseforetak bidrar med ressurser fra 2016.

- Felles retningslinjer for brukermedvirkning
Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å etablere felles retningslinjer og enhetlig praksis for brukermedvirkning på systemnivå for regionale helseforetak og helseforetak innen juni 2015. Arbeidet forutsettes å skje i samarbeid med de regionale brukerutvalgene.

Helse Nord fikk i mai 2015 oppdraget med å lede arbeidet. Arbeidet er startet opp i samarbeid mellom de regionale helseforetakene og vil bli slutført i løpet av våren 2016. Ledere og nestledere i Regionale brukerutvalg i alle RHF gikk gjennom eksisterende retningslinjer. I det videre arbeidet vil brukere bli tatt med i utarbeidelse av utkast til nye retningslinjer.

- Informasjonsteknologi og digitale tjenester (e-helse)
Foretaksrådet ba de regionale helseforetakene om å:
Bidra i Helsedirektoratets arbeid med organisering og styrket virkemiddelbruk for å øke gjennomføringsevnen på IKT-området

Helse Nord RHF understøtter dette arbeidet aktivt både i form av styringsbudskap til helseforetakene og Helse Nord IKT, samt gjennom aktiv deltagelse i ulike aktiviteter igangsatt av Helsedirektoratet.

- Etablere digitale tjenester for kommunikasjon med pasienter og innbyggere, herunder samordne helseforetakenes nettsider og legge dem på samme plattform som www.helsenorge.no

Helse Nord ønsker her å vise til helseministerens åpning av tilgang til egen pasientjournal 10. desember 2015. Dette vil følges opp med innføring av en rekke nye tjenester i løpet av 2016, blant annet vise timer, elektronisk dialog rundt timer og journal, tilgang til laboratoriesvar og innsyn i tilgangsløper. Mye vil piloteres utover 2016, men offisiell åpning er planlagt desember 2016. Vi håper selvfølgelig igjen at helseministeren vil finne det formålstjenlig også å åpne de nye tjenestene desember 2016. Det er lagt stor vekt på at alt som utvikles i regi av Helse Nord og Helsedirektoratet skal ha en stor gjenbruksverdi for de andre helseregionene. Vi deler både tekniske løsninger, prosedyrer, opplæring, prosjekt gjennomføring osv. allerede nå med andre regioner. Også andre aktører i sektoren inviteres inn til å gjenbruke de løsninger som er utviklet av Helse Nord, herunder også rehabiliteringsinstitusjoner.

Helse Nord RHF følger fastsatte planer rundt flytting av helseforetakenes nettsider til felles nasjonal nettløsning.

Helse Nord RHF arbeider i tillegg aktivt ovenfor helseforetakene for å identifisere andre tjenester som naturlig burde høre hjemme på helsenorge.no. Vi ønsker sterkt at pasientene oppnår én inngang til de pasientrettede tjenestene slik at brukeropplevelsen for pasientene blir så helhetlig som mulig.

- Sørge for at det er etablert løsninger for elektronisk kommunikasjon mellom sykehus og med andre aktører i helse- og omsorgstjenesten

Helse Nord RHF har tradisjonelt vært ledende innen området og har nå gjennom de prosjekter som gjennomføres lagt ytterligere strategisk innsats for å realisere de nasjonale målsetningene. Siste versjoner av de ulike meldinger (KITH XML) er under innføring, regionen konsolideres og standardiseres rundt de viktigste kjernesystemer (med tilhørende prosedyre og rutinestandardisering som virkemiddel for å bedre kvalitet). Vi venter dog fortsatt på ferdigstilling av meldingen «Henvisning mellom sykehus».

- Sørge for effektiv overvåking og forvaltning av IKT-systemer og nødvendig infrastruktur samordne det strategiske arbeidet på IKT-området innenfor spesialisthelsetjenesten slik at IKT-tiltak i størst mulig grad realiseres på nasjonalt nivå, herunder sørge for at Nasjonal IKT HF tar en aktiv rolle i utvikling og gjennomføring av nasjonale IKT-tiltak

Helse Nord arbeider aktivt gjennom å fremme en rekke forslag til tiltak for en større grad av nasjonal samordning innen IKT. Spesielt arbeidet rundt de pasientrettede innbyggertjenester, system for medisinteknisk utstyr og EKG er eksempler på dette. Helse Nord er i tillegg helseregionen som bidrar med mest ressurser inn i arbeidet til Nasjonal IKT på tross av at

regionen er den minste ressursmessig. Dette er ett uttrykk for en strategisk prioritering for å understøtte arbeidet med større grad av Nasjonal fellesløsninger i spesialisthelsetjenesten.

Tradisjonelt har Helse Nord hatt en høy lojalitet for tilsvarende å implementere nasjonale fellesløsninger/standarder, jf. ulike rapporter fra riksrevisjonen i 2007/08 samt 2013/14. Denne praksis kommer Helse Nord også til å fortsette med.

- Sikre at det gjennomføres felles anskaffelse i forbindelse med nye IKT-løsninger ved AMK-sentralene.

Helse Nord har tilsluttet seg den nasjonale prosessen rundt anskaffelse av felles system for AMK. Innføringen av valgt system vil bli gjennomført i tråd med hva regionen har ressursmessig bærekraft til (investeringer, drifts og personell).

- Implementere elektronisk oppgjørsløsning for h-resepter i løpet av 2015

Helse Nord RHF har deltatt i nasjonal arbeidsgruppe med Helsedirektoratet og de øvrige RHF for å forberede og innføre en forenklet oppgjørsordning for h-resepter.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å etablere systemer og rutiner som sikrer effektiv og transparent oppfølging og lukking av avvikene påpekt av Riksrevisjonen og rapportere tertialvis til departementet fra dette arbeidet. Det skal rapporteres særskilt om avvik som ikke er lukket. Foretaksmøtet viste også til tidligere styringskrav om etablering av systemer og om styrets ansvar for oppfølging.

Oppfølging i helseforetakene ble behandlet i styret 16.12.2015. Ikke alle avvik er lukket. Dette gjelder i noen grad ROS analyser for langvarig IKT svikt som grunnlag for plan og tiltakskort, og beredskapsplaner for svikt i vann og strømforsyning. Sistnevnte må også forankres i avtaler og planer i kommuner og hos leverandører. Beredskapsplaner om svikt i IKT, vann- og strømforsyning er fortsatt i for liten grad blitt øvd.

- Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å bidra i det nasjonale arbeidet med informasjonssikkerhet, inkludert arbeidet med tjenester for autentisering (identitetsforvaltning), autorisering (tilgangsstyring) og logganalyse (avdekking av ulovlige oppslag i behandlingsrettede helseregistre). I dette ligger også kvalitetssikring og bruk av innholdet i relevante administrative registre i sektoren, blant annet Adresseregisteret.

Autentisering og autorisering:

Helse Nord arbeider her tett med det nye direktoratet for e-helse gjennom FIA-programmet. Strategisk er dette prosjektet svært viktig for Helse Nord RHF og derfor naturlig å tilslutte seg arbeidet aktivt.

Innsyn i pasientjournaler:

Helse Nord RHF har under innføring prinsippene for beslutningsstyrt tilgang med forventet ferdigstillelse innen 1.1.2017. I tillegg etableres en tredelt strategi for å sikre kontroll over ulovlig innsyn i pasientjournaler:

1. Stikkprøver
2. Statistisk logganalyse
3. Etablere tilgang til innsynslogger for pasienter.

Prosedyrer for stikkprøver er i dag etablert ved helseforetakene. Etablere innsyn til tilgangsløgger for pasienter vil bli pilotert våren 2016 med planlagt produksjonssetting desember 2016. Innføring av tjenesten vil foregå samtidig som pasientene får mulighet til elektronisk kommunikasjon med sykehusene. Når det gjelder statistisk logganalyse er nødvendige lisenser allerede anskaffet (2012) og det regionale helseforetaket venter nå på etablering av produksjonsmiljø i regi av Norsk Helsenett SF.

Tjenestebasert adressering:

Helse Nord har jobbet med tjenestebasert adressering siden 2011. Deltakelse i Osean-prosjektet og pilotering av automatisert synkronisering av data fra NHN adresseregister til rekvirentregisteret i Dips EPJ har vært sentrale arbeidsoppgaver. Det er et krav fra prosjekteier, Helse Nord RHF, at arbeidet/innføringen skal gjøres rett første gang. Vi har derfor lagt stor vekt på at alle registre, funksjoner og systemleverandører har innført tjenestebasert adressering riktig. Konkret betyr det at det i størst mulig grad, ikke skal etableres mellomløsninger (også kalt «work arounds») for å kompensere for svakheter i bruken av adresseregisteret. Ved oppstart av tjenestebasert adressering i Helse Nord i fjerde kvartal 2015, er det fortsatt ikke mulig å sende elektroniske meldinger tjenestebasert til flere sentral nasjonal registre. Her ment i tråd med standarden slik den er definert.

Helse Nord er også overrasket over at dette ikke har vært avdekket og rettet tidligere, da alle landets øvrige helseregioner har innført tjenestebasert adressering. Imidlertid gir dette indikasjoner på at aktørene i sektoren ved problemer, etablerer mellomløsninger uten å rette rotårsaken til problemene.

Den tilnærmingen Helse Nord har valgt medfører at utrulling har tatt tid, men årsaken til dette er at Helse Nord RHF ikke har ønsket å redusere kvaliteten rundt bruk av adresseregisteret. Våre erfaringer deles med andre aktører i sektoren gjennom samarbeidet i regi av Norsk Helsenett SF.

- Miljø- og klimaarbeid
Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene:
Sikre at det blir satt relevante miljøkrav i anskaffelser og at det blir gjort målinger/registreringer som dokumenterer omfanget av anskaffelser hvor det er stilt miljøkrav.

Samtlige foretak stiller ved sine anskaffelser krav både til leverandører og til de varer og tjenester som skal anskaffes. Dokumentasjon som kreves kan være medlemskap i Grønt Punkt (eller tilsvarende) eller annen dokumentasjon på at leverandøren har et systematisk miljøarbeid, samt krav til miljømerkede produkter der det er naturlig.

Det har ikke vært et fokus på målinger av omfanget, men tilbakemeldingene er at dette er noe som vurderes for samtlige anskaffelser, samt at det forventes å ha en bedre oversikt over dette i løpet av 2016.

- Arbeide videre med å utvikle konkrete miljøindikatorer som er egnet for resultatmåling.

Alle helseforetakene i Helse Nord er ISO14001-2004 sertifisert. Neste sertifisering skal gjennomføres i forhold til ny standard ISO 14001-2015.

Miljømål og indikatorer i Helse Nord RHF er fastsatt av Helse Nord styret i 2013. Disse følges opp av helseforetakene med godt resultat. I tillegg har helseforetakene egne miljømål. Hva angår mål om økt bruk av teknologi (telefon/video) for å erstatte tjenestereiser har Helse Nord RHF besluttet i 2015 å innføre Skype for business som regionalt enhetlig kommunikasjonsløsning.

Når det gjelder videreutvikling av miljøindikatorene legger vi til grunn ferdigstilt rapport fra delprosjekt klimaregnskap under hovedprosjektet Grønt sykehus. Rapporten beskriver krav til styringssystem for måling og kontroll av miljøaspektene, samt gap mellom krav og dagens system. Det er også anbefalinger på hvordan gapet kan lukkes. Rapporten er nå til intern behandling.

Helse Nord skal iverksette tiltak som skal sikre måling og oppfølging av de nye indikatorene. Fra 2017 er målsettingen og kunne rapportere på alle nasjonale miljøindikatorer.

- Beredskap

Foretaksmøtet ba de regionale helseforetakene om å delta i prosjekt, ledet av Helsedirektoratet, som skal utarbeide oversikt over risiko og sårbarhet i helse- og omsorgssektoren, og på basis av oversikten gi departementet anbefaling om forebyggende og beredskapsmessige tiltak.

Helse Nord RHF har bidratt med informasjon og anbefaling til Helsedirektoratet.

4.2 Øvrige aktuelle saker i 2015

Ingen øvrige aktuelle saker i 2015 omtales.

5. Styrets plandokument

Helse- og omsorgsdepartementet ber Helse Nord RHF vise utviklingstrender innen demografi, medisin, infrastruktur m.v. som vil kunne få betydning for helseforetaket og «sørge for»-ansvaret. Helse Nord RHF skal anskueliggjøre fremtidens behov, og beskrive styrets planer for å møte disse utfordringene.

Helse Nord RHF viser til vår Plan for Helse Nord som svar på dette punktet. Plan for Helse Nord beskriver helseforetaksgruppens viktigste mål, føringer og hvordan målene skal nås. Planen har fireårshorisont, men inneholder også Helse Nord's investeringsplan, som har åtteårshorisont. Planen oppdateres årlig og vedtas i styret i Helse Nord RHF. Dokumentet gir rammer og prioriteringer som helseforetakene skal bruke i sitt langsiktige planarbeid. Plan 2016–2019 finnes på våre nettsider:

www.helse-nord.no/plan-for-helse-nord/category35659.html

6. Vedlegg

6.1 Tabellrapportering: Styringsparametre og rapporteringskrav 2015

Styringsparametre	Datakilde	2013	2014	2015	Mål
<i>Gjennomsnittlig ventetid for avviklede pasienter i spesialisthelsetjenesten</i>	<i>Helsedirektoratet</i>	76,4	73,9	74,8	<i>Under 65 dager</i>

Styringsparametre	Datakilde	2013	2014	2015	Mål
<i>Andel fristbrudd for rettighetspasienter</i>	<i>Helsedirektoratet</i>	7,4%	6,9%	5,5%	0 %

Styringsparametre	Datakilde	1. terial 2014	2. terial 2014	1. terial 2015	2. terial 2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: <ul style="list-style-type: none"> • Er målet nådd? • Hvis nei, hvorfor ikke?
-------------------	-----------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	-----	---	--

<p><i>Andel pasienter 18- 80 år innlagt med blodpropp i hjerne som har fått behandling med trombolyse</i></p>	<p><i>Helsedirektoratet</i></p>	<p>8,6</p>	<p>12,6</p>	<p>15,6</p>	<p>12,6</p>	<p>20 %</p>	<p>Finmarkssykehuset Alta nærsykehus vil få CT, og det kan bidra til å øke andelen pasienter som får tilbud om trombolyse.</p> <p>Helgelandssykehuset Helgelandssykehuset rapporterer en samlet andel på 16 % for perioden jan-august 2015. Andelen ved sykehuset i Mosjøen var på 11,5%, og var således noe under snittet for landet. (kilde hjerneslagsregistret). Det er igangsatt et internt kvalitetsforbedringsprosjekt for å bedre pasientforløpene for pasienter med hjerneslag.</p>	<p>Nasjonalt tall er samlet for 2015 14,6%</p> <p>Helse Nord RHF har en samlet andel for 2015 på 12,6%.</p> <p>Finmarkssykehuset Finmarkssykehuset har samlet en andel på 13 % for perioden jan-august 2015. Dette er ikke signifikant avvikende fra snittet for landet, men et godt stykke under målet om 20%. Klinikkk Hammerfest har derimot nådd målet i 2. Tertial 2015, og har en andel på 25%. Finnmark resultater er preget av spredt bosetning i et stort fylke. Lange avstander gir utfordringer knyttet til tidsvinduet for utredning</p> <p>Helgelandssykehuset Det er avvik mellom data som er registrert på helsenorge.no hvor samlet andel er 8,6% mot det Helgelandssykehuset selv har rapportert (16%)I sin redegjørelse for oppgir Helgelandssykehuset følgende:</p> <p>Data i årlig melding er hentet fra Norsk Hjerneslagregister Dataene er manuelt kvalitetssikret av slagsykepleier/lege på den enkelte sykehusenhet, da frist for innlevering av data for 2015 til Norsk Hjerneslagregister er i etter frist for årlig melding</p>
---	---------------------------------	------------	-------------	-------------	-------------	-------------	--	--

Styringsparametre	Datakilde	1. terial 2014	2. terial 2014	1. terial 2015	2. terial 2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: • Er målet nådd? • Hvis nei, hvorfor ikke?

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2014	2. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: <ul style="list-style-type: none"> • Er målet nådd? • Hvis nei, hvorfor ikke?
<i>Andel pasienter 18-80 år innlagt med blodpropp i hjerne som har fått behandling med trombolyse (fortsettelse)</i>		8,6	12,6	15,6	12,6	20 %	<p>Nordlandssykehuset I 2015 ble slagalarm ved hjerneslag også implementert i Lofoten, Dette tiltaket anses å bidra til økt andel pasienter som får trombolyse.</p>	<p><i>(Helgelandssykehuset – fort.)</i> Ved rask sammenligning av NPR data i tabellen mot data i Hjerneslagregisteret gjengir NPR data bare 60-70 % av de hjerneslag som er registrert i Norsk Hjerneslagregister (totalt over 50 pasienter i 2015). Avviket i antall pasienter registrert i hjerneslagregisteret og i NPR kan skyldes feil i kodepraksis.</p> <p>Nordlandssykehuset Nordlandssykehuset har en samlet andel på 19,3 % i perioden jan-august 2015. Dette er ikke signifikant under målet om 20%, og godt over snittet for landet. Det arbeides likevel fortløpende for å bedre resultatet ved sykehuset i Lofoten som har en andel på 10,3%. Målsettingen er delvis oppnådd. Sykehuset i Vesterålen hadde en andel på 25% i 2. Tertial 2015, mens sykehuset i Bodø lå på 13% i samme periode. Sykehuset i Lofoten hadde en andel på 10,3% i 1. Tertial og 0% i andre tertial. Prosjekt slagalarm er nå iverksatt ved alle sykehusenheter, og økt fokus skal gi høyere andel.</p>

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2014	2. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: <ul style="list-style-type: none"> • Er målet nådd? • Hvis nei, hvorfor ikke?
<i>Andel pasienter 18- 80 år innlagt med blodpropp i hjerne som har fått behandling med trombolyse</i> <u>(fortsettelse)</u>		8,6	12,6	15,6	12,6	20 %	UNN Ved UNN Narvik er det stort fokus på trombolysebehandling, blant annet ved gjennomgang og revisjon av interne rutiner.	UNN UNN HF har en samlet andel på 14,0 % i perioden jan-august 2015. Dette er ikke signifikant avvikende fra snittet for landet. UNN Narvik har nådd målet for 2. Tertial og har en andel på 25%. Det viser at arbeidet med gjennomgang av interne rutiner har gitt effekt. UNN Tromsø hadde en andel på 11,5% i 2. Tertial, mens UNN Harstad står oppført med 0%. Det er behov for å gjennomgå rutiner og prosedyrer for bruk av trombolyse og for registreringspraksis også ved disse to sykehusene

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2014	2. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: <ul style="list-style-type: none"> • Er målet nådd? • Hvis nei, hvorfor ikke?
<i>Andel kreftpasienter som registreres i et definert pakkeforløp for brystkreft, kolrektalkreft, lungekreft og prostatakreft.</i>	<i>Helsedirektoratet</i>			56,5	74,2	70 % ved årsslutt	Alle våre helseforetak har tilsatt kreftkoordinatorer og forløpsansvarlige. Dette bidrar til at pasientforløpene kvalitetssikres i henhold til de nasjonale veilederne. MDT-møter avholdes regelmessig. I tillegg er det to prostatasenter i regionen, og to brystdiagnostiske senter.	Helse Nord RHF har nådd målet med en andel på 74,2%. Måloppnåelsen anses å være god ved alle våre helseforetak. Pakkeforløp for prostata trekker ned prosentandelen både i første og andre tertial 2015, men for andre tertial. Snittet for Helse Nord RHF har en andel på 44%. Nordlandssykehuset har en andel på 24% og UNN har en andel på 38%. Finnmarkssykehuset har en andel på 85% og er godt over måloppnåelsen, mens Helgelandssykehuset også har nådd målet med en andel på 65%. Vi er klar over at vårt totale antall registrerte pasienter i pakkeforløp for prostatakreft (6,6%) er for lavt. Alle våre helseforetak går gjennom sine registreringsrutiner for å bedre resultatet.

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2014	2. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå styringsmålet	Vurdering av måloppnåelsen: <ul style="list-style-type: none"> • Er målet nådd? • Hvis nei, hvorfor ikke?
<i>Andel pakkeforløp som er gjennomført innen definert standard forløpstid for brystkreft, kolrektalkreft, lungekreft og prostatakreft.</i>	<i>Helsedirektoratet</i>			84,7	70,3	<i>70 % ved årsslutt</i>	Nordlandssykehuset oppgir at de har hatt utfordringer knyttet til kodepraksis for prostatakreft, og at de nå gjennomgår sine rutiner for å bedre registreringspraksis. Det har også vært forsinket oppstart med registrering innen enkelte forløp, slik at pakkeforløpskodene har blitt registrert etter at rapportene til NPR har blitt sendt. Dette gjelder spesielt prostatakreft. UNN HF oppgir at de fortløpende arbeider for å nå målet innenfor de kreftformene som de ikke når opp på i dag.	Samlet er målet nådd for Helse Nord RHF (70,3), men UNN HF (69,1) og Finnmarkssykehuset HF (66,7) ligger noe under målet, men over snittet for landet (61,6). I Finnmark er det små tall som gir store utslag, mens UNN og Nordlandssykehuset har utfordringer knyttet til pakkeforløp for prostata. Ikke alle pasienter med denne krefttypen skal inkluderes i pakkeforløp, og det har gitt utfordringer i kodearbeidet. Andelen for UNN HF i andre tertial var 28,6%, mens andelen for Nordlandssykehuset HF var 20% for prostatakreft.

Styringsparametre	Datakilde	1. tertial 2014	2. tertial 2014	1. tertial 2015	2. tertial 2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Andel reinnleggelser innen 30 dager (som øyeblikkelig hjelp) uavhengig av alder og diagnose</i>	<i>Helsedirektoratet</i>						<p>Helgelandssykehuset Det forventes at antall reinnleggelser i 2016 vil bli lavere enn 2015 etter datasammenslåingen av basene i DIPS. Pasientstrømmer mellom sykehusene på Helgeland registreres i 2015 som flere sykehusopphold mens de i 2016 vil bli samme sykehusoppholdet</p> <p>Snittet for landet er 9,5% Helse Nord RHF har i snitt 9% reinnleggelser, og det er lavest blant de regionale helseforetakene. Utviklingen har vært god fra 2014-2015.</p> <p>Finnmarkssykehuset Finnmarkssykehuset ligger rett under snittet for landet og har hatt en positiv utvikling fra 2014-2015.</p> <p>Helgelandssykehuset Andel reinnleggelser er lavere for samtlige tertial i 2015 (like i overkant av 9%) sammenlignet med 2014 (i underkant av</p> <p>Nordlandssykehuset Antall reinnleggelser innen 30 dager (som øyeblikkelig hjelp) uavhengig av alder og diagnose var i 2015 på ca. 10%. Dette er tilsvarende som i 2014.11%).</p> <p>UNN Andelen reinnleggelser innen 30 dager for alle pasienter uavhengig av alder og diagnose var i 2015 i overkant av 8%. (Kilde SAMDATA) Dette er vel 1 prosentpoeng under landsgjennomsnittet. UNN ligger under landsgjennomsnittet på denne indikatoren i hele perioden fra 2012.</p>

Styringsparametre	Datakilde	2013	2014	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<p><i>Andel pasienter med hjerneslag som legges direkte inn på slagenhet</i></p> <p><i>HN RHF kommentar: Dette er 2014 data for indikatoren:</i></p> <p><i>«Behandlet i slagenhet etter akutt hjerneslag»</i></p> <p><i>Dette skyldes at vi ikke fant en indikator for direkte innleggelse.</i></p>	<p>Helsedirektora tet</p> <p>Helsenorge.no</p>		88,5%	<p>Kilde Helsenorge.no Snittet for landet for denne indikatoren er 89,8 % (helsenorge.no)</p> <p>Finmarkssykehuset 91,5 (Kilde: Ukjent, men mest sannsynlig helsenorge.no) Kirkenes 89,3% Hammerfest ikke oppgitt, dekningsgrad under 70%</p> <p>Helgelandssykehuset Samlet 86,3 (samlet 68% rapporterer de selv. Kilde: Norsk hjerneslagsregister 2014) Mo i Rana 90 Mosjøen 94,6 Sandnessjøen 76,8</p> <p>Nordlandssykehuset Samlet 95,6 (De rapporterer selv: Bodø, 90,9%, Lofoten, 94,1% og Vesterålen 84,5%. Kilde: Norsk hjerneslagsregister 2014) Bodø 97,9 Lofoten 98 Vesterålen 86,2</p> <p>UNN Samlet 83,8 (samlet 73% rapporterer de selv. Kilde: Ukjent) Narvik 96 Tromsø 82,9 Harstad 80</p>

Styringsparametre	Datakilde	mai 2015	november 2015	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
Sykehusinfeksjoner	Folkehelseinstituttet	7,2%	6,4%	Oppdragsdokument 2016: Hvert helseforetak skal rapportere og kommentere sine prevalenstill to ganger i året til Helse Nord RHF.

Rapporteringskrav	Datakilde	2014	2015	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
Andel årsverk i psykisk helsevern for voksne fordelt på henholdsvis DPS og sykehus	Helse- direktoratet (SSB)	Tredje tertial 2014 Sykehus 783 DPS 895	Tredje tertial 2015 Sykehus 791 DPS 858	Endring % 1,0 % -4,2 %

Rapporteringskrav	Datakilde	2014	2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus	Nasjonalt kunnskapsse nter for helsetjeneste n	94,9	95,1		<p>Snittet for landet er 95,2%.</p> <p>Finnmarkssykehuset 2014: Hammerfest sykehus 94,9 % 2014. Kirkenes sykehus 94,7 % 2014. Avviket for sykehusene og for Finnmarkssykehuset som helhet er ikke statistisk signifikante. Hammerfest 2013 95,2 Kirkenes 2013 95,1</p> <p>Helgelandssykehuset Data i kvalitetsindikatoren gjelder 2014. 30 dagers overlevelse etter innleggelse uansett årsak var for HSYK 94,9 %, mens landsgjennomsnittet var 95,2 %. For helseforetaket var det en økning fra 94,5 % . Fordelingen på sykehusenhetene i 2014 var:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mosjøen 95,1 2013 og 95,2 % 2014 • Mo i Rana 94,9 % • Sandnessjøen 95,1 2013, 94,8 %- helsenorge.no 2014

Rapporteringskrav	Datakilde	2014	2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat																																										
<i>Overlevelse 30 dager etter innleggelse på sykehus (fortsettelse)</i>		94,9	95,1		<p>Nordlandssykehuset 30 dagers overlevelse er i NLSH 95,6% i 2014 og for 2013 95,1. Dette er over landsgjennomsnittet. Fordelt på lokasjonene er resultatene som følger;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bodø 95,7 %, 2014 og for 2013 95,1 • Vesterålen 94,9 %, 2014 og for 2013 94,7 • Lofoten 95,6 %, 2014 og for 2013 95,3 <p>UNN</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2010</th> <th>2011</th> <th>2012</th> <th>2013</th> <th>2014</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hele landet</td> <td>94,6</td> <td>94,6</td> <td>94,7</td> <td>95,0</td> <td>95,2</td> </tr> <tr> <td>Helse Nord RHF</td> <td>94,5</td> <td>94,4</td> <td>94,6</td> <td>94,9</td> <td>95,1</td> </tr> <tr> <td>Universitetssykehuset Nord-Norge HF</td> <td>94,8</td> <td>94,7</td> <td>94,7</td> <td>95,0</td> <td>95,1</td> </tr> <tr> <td>Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad</td> <td>94,0</td> <td>94,0</td> <td>94,4</td> <td>94,9</td> <td>95,2</td> </tr> <tr> <td>Universitetssykehuset Nord-Norge, Narvik</td> <td>94,7</td> <td>95,3</td> <td>94,6</td> <td>95,2</td> <td>94,4</td> </tr> <tr> <td>Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø</td> <td>95,2</td> <td>94,7</td> <td>94,8</td> <td>94,9</td> <td>95,2</td> </tr> </tbody> </table> <p>UNN med 95,1% ligger i 2014 på landsgjennomsnitt for 30 dager overlevelse</p>		2010	2011	2012	2013	2014	Hele landet	94,6	94,6	94,7	95,0	95,2	Helse Nord RHF	94,5	94,4	94,6	94,9	95,1	Universitetssykehuset Nord-Norge HF	94,8	94,7	94,7	95,0	95,1	Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad	94,0	94,0	94,4	94,9	95,2	Universitetssykehuset Nord-Norge, Narvik	94,7	95,3	94,6	95,2	94,4	Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø	95,2	94,7	94,8	94,9	95,2
	2010	2011	2012	2013	2014																																										
Hele landet	94,6	94,6	94,7	95,0	95,2																																										
Helse Nord RHF	94,5	94,4	94,6	94,9	95,1																																										
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	94,8	94,7	94,7	95,0	95,1																																										
Universitetssykehuset Nord-Norge, Harstad	94,0	94,0	94,4	94,9	95,2																																										
Universitetssykehuset Nord-Norge, Narvik	94,7	95,3	94,6	95,2	94,4																																										
Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø	95,2	94,7	94,8	94,9	95,2																																										

Rapporteringskrav	Datakilde	2014	2015	Mål	Tiltak iverksatt for å oppnå bedre resultat
<i>Antall tvangsinnleggelser per 1000 innbyggere i helseregionen</i>	<i>Helsedirektoratet</i>	2.17	2.41	<i>Redusert sammenlignet med 2014</i>	Her sammenliknes tall fra 1. og 2. tertial 2014 med 2015. Det er vedtatt planer for riktig og redusert bruk av tvang ved UNN og NLSH

Rapporteringskrav	Datakilde	Undersøkelser/resultater fra 2014
<i>Pasienterfaringer med sykehus (inneliggende pasienter) (PasOpp)</i>	<i>Nasjonalt kunnskapsse nter for helsetjeneste n</i>	Alle helseforetakene har deltatt i PasOpp undersøkelsene. Resultatene fra undersøkelsen gjennomgås i direktørens ledergruppe, i kvalitetsutvalg og behandles i styrene. De ansatte informeres om resultatene, og de brukes i forbedringsarbeid i de ulike klinikkene.
<i>Pasienterfaringer med døgnopphold i psykisk helsevern voksne (resultater kun på nasjonalt nivå)</i>	<i>Nasjonalt kunnskapsse nter for helsetjeneste n</i>	Det ble ikke gjennomført en PasOpp-undersøkelse i psykisk helsevern i 2015.
<i>Fastlegers vurdering av distriktpsikiatriske sentre</i>	<i>Nasjonalt kunnskapsse nter for helsetjeneste n</i>	Nasjonalt kunnskapsse nter for helsetjenesten gjennomførte våren 2014 en nasjonal undersøkelse av fastlegers vurdering av virksomheten ved DPS-ene. Vurderinger gitt av fastleger i både Helse Sør-Øst og Helse Nord er lavere enn gjennomsnittet på fire av sju indekser.
<i>Andel reinnleggelser innen 30 dager av eldre pasienter</i>	<i>Nasjonalt kunnskapsse nter for helsetjeneste n</i>	Snittet for landet i 2014 var 12,5-13% I 2015 var snittet 12,5-13%. Helse Nord RHF hadde i 2014 to målinger over landsgjennomsnittet og to målinger under landsgjennomsnittet. I 2015 har vi to målinger under landsgjennomsnittet. Nordlandssykehuset ca. 13,7% (2014) samme nivå i 2015 Helgelandssykehuset ca. 15,7%(2014) resultatet er noe bedret i 2015. Finnmarkssykehuset ca. 15,5% (2014) resultatet er bedret i 2015 UNN ca. 10,5% (2014)

Rapporteringskrav	Datakilde	Undersøkelser/resultater fra 2015
<i>Pasienterfaringer med døgnopphold innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling)</i>	<i>Nasjonalt kunnskapsse nter for helsetjeneste n</i>	Nasjonale brukerundersøkelser for døgnopphold i TSB, viser at pasienter i Helse Nord gir gjennomgående godtilbakemelding på behandling fra både private og offentlige institusjoner. Tilbakemeldingene er likevel at det bør arbeides mer med å forberede pasientene på utskrivelse og oppfølging etter utskrivelse. Samarbeidet med pårørende kan også forbedres.

