

Årlig melding 2009 for Helse Nord RHF

**til Helse- og
omsorgsdepartementet**

Versjon 1.0

INNHOLDSFORTEGNELSE

1. Innledning	3
1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag	3
1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2009.....	3
2. Rapportering	4
2.1 Rapportering på krav i oppdragsdokumentet 2009.....	4
2.1.1 "Sørge for"-ansvaret. Overordnet vurdering av måloppnåelse.	4
Regjeringens sysselsettings- og tiltakspakke 2009	8
2.1.2 Pasientbehandling	10
2.1.3 Kvalitet	11
2.1.4 Områder med særskilt fokus	17
2.1.5 Utdanning av helsepersonell	31
2.1.6 Forskning	33
2.1.7 Pasientopplæring.....	35
2.2 Krav i foretaksprotokoller	35
2.2.1 Styring og oppfølging i 2009	35
2.2.2 Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2009	38
2.2.3 Oppfølging av juridisk rammeverk	39
2.2.4 Utvikling av IKT-området.....	39
2.2.5 Oppfølging av miljøpolitikken	41
2.2.6 Landsverneplan for helsesektoren – kulturhistoriske eiendommer ..	41
2.2.7 Organisering av parkeringstilbudet ved sykehusene.....	42
2.2.8 Mobil digital røntgentjeneste	42
2.2.9 Andre krav	42
3. PLAndokument	44
3.1 Utviklingstrender og rammebetingelser	45
3.1.1 Utviklingen innenfor opptaksområdet	45
3.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger	46
3.1.3 Personell og kompetanse	46
3.1.4 Bygningskapital – status og utfordringer	47
3.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer	47
3.2.1 Kort om de enkelte planene.	48
4. Årlig melding regionalt brukerutvalg	53

1. INNLEDNING

Årlig melding er hjemlet i helseforetaksloven § 34 og § 15 i vedtektene. I § 15 i vedtektene heter det (melding til departementet): Styret skal innen 1. mars hvert år sende ei melding til departementet som omfatter

- styrets rapport for året som var
- styrets plandokument for virksomheten

Rapporten om virksomheten fra forrige kalenderår skal vise hvordan pålegg og beslutninger som er gitt i foretaksmøte eller er satt som vilkår for bevilgninger, er fulgt opp. Rapporten skal og vise hvordan virksomheten har utviklet seg i forhold til plandokumentet til det regionale foretaket. Plandokumentet skal være av strategisk og overordnet karakter og skal vise hovedtrekkene i den framtidige drifta av virksomheten innenfor de rammevilkår som er gitt av staten som eier og helsemyndighet.

Plandokumentet skal videre, med utgangspunkt i vurderinger av eksisterende drift, beskrive ventede endringer i behovet for helsetjenester og i den helsefaglige utviklingen på fagområdene, vise behovet for å utvikle og endre tjenestene og måten virksomheten blir drevet på – og redegjøre for styrets vurdering av ressursbruken for de nærmeste årene, med forslag til finansiering.

1.1 Visjon, virksomhetsidé og verdigrunnlag

Helse Nord RHF skal sørge for en spesialisthelsetjeneste i Nord-Norge som ivaretar de overordnede verdier om kvalitet, trygghet og respekt og med god tilgjengelighet. Verdigrunnlaget skal være synlig i styrende dokumenter og brukes aktivt i oppøvelsen av etisk refleksjon som styringsredskap. Prosjekt Verdibasert hverdag skal bidra til å bygge en felles organisasjonskultur gjennom økt oppmerksomhet om verdier og etikk.

Helse Nord's vedtatte strategi fra 2002 gir følgende visjon, verdigrunnlag og strategier:

Helse Nord skal være en regional institusjon med en tydelig nordnorsk profil. Helse Nord velger samarbeid mellom enheter og nivåer som hovedstrateg.

Vår visjon er:

Pasientene skal gis rett kompetanse til rett tid og foretrekke undersøkelse og behandling i Helse Nord
- Helse i Nord der vi bor -

1.2 Sammendrag av positive resultater og uløste utfordringer i 2009

Økonomisk balanse har vært et overordnet krav i 2009 og dette har vi oppnådd. Omstillinger og tilpasning av virksomheten for å oppnå balansekravet har imidlertid gått ut over aktiviteten som har gått ned i løpet av året. Foretaksgruppen totalt har hatt en nedgang i somatisk virksomhet på opphold og konsultasjoner med 4,7 %. Kun Nordlandssykehuset ligger på samme nivå som i 2008. Det er gjennomført en nedbemanning i antall årsverk fra 2007 til 2009 for foretaksgruppen som helhet.

Sykefraværet i foretaksgruppen er fortsatt for høyt og målsettingen om 1 % reduksjon i 2009 er ikke nådd. Sykefraværet er fortsatt på 9,3 % som er det samme som i 2008.

Det har vært en positiv utvikling i forhold til de nasjonale satsningsområdene og det er en økt innsats og kapasitet innen TSB. Likeledes er det gjort mye godt arbeid innenfor kronikeromsorgen. Diabetesplanen er nesten oppfylt i sin helhet og lærings- og mestringssentrene er styrket og videreutviklet. Ambulante team er etablert innen habilitering og rehabilitering og det er bygget opp nye modeller for desentralisering og samhandling med primærhelsetjenesten ved etablering av intermediær enheter. Arbeid med omstilling av DPSene er startet etter en grundig kartlegging og analyse av innholdet i tjenestene og ressursfordelingen.

Forbedringsområder er i første omgang knyttet til oppnåelse av måltall for kvalitetsindikatorer og ventetid. Dette gjelder spesielt innen barne- og ungdomspsykiatri. Det er også nødvendig å ha fokus på andel fristbrudd, som ligger relativt høyt for foretaksgruppen. Den store andel fristbrudd gir seg imidlertid ikke utslag i økte henvendelser til HELFO, hvor antall meldte fristbrudd er stabilt og forholdsvis lavt.

Helse Nord RHF er heller ikke fornøyd med at den prosentvise økningen av ressursinnsatsen innenfor psykisk helse og habilitering/rehabilitering er lavere enn for den prosentvise veksten i somatisk virksomhet.

2. RAPPORTERING

Styrets rapport er en rapportering på oppfølging av kravene som er stilt i oppdragsdokumentet for 2009 og i foretaksmøtet i Helse Nord RHF 28.01.2009. Krav som var relevante for helseforetakene, ble videreført i oppdragsdokumentet fra Helse Nord RHF til helseforetakene for 2009.

Kapittel 2.1 er en gjennomgang av krav presentert i oppdragsdokumentet, og kapittel 2.2 gjennomgår kravene presentert i foretaksmøtet. Strukturen i kapittel 2.1 følger strukturen i oppdragsdokumentet, og kapittel 2.2 følger strukturen i vedlegg 1 fra protokollen fra foretaksmøtet. Helse Nord RHF's oppdragsdokument til helseforetakene inneholder en rekke krav stilt av styret i Helse Nord RHF. Oppfølgingen av disse kravene er gjennomgått i vedlegg 1.

Kulepunktene gjengir styringskrav i oppdragsdokument og protokoll.

2.1 Rapportering på krav i oppdragsdokumentet 2009

2.1.1 "Sørge for"-ansvaret. Overordnet vurdering av måloppnåelse.

Helse Nord RHF har sørge-for ansvaret for spesialisthelsetjenester i Nord-Norge og på Svalbard. Befolkningen i regionen skal få likeverdig tilgang på spesialisthelsetjenester slik fastsatt i lov, forskrifter og andre vedtak. Oppfølgingen av krav i oppdragsdokumentet er en viktig del av ivaretagelsen av sørge-for ansvaret. I dette punktet blir kravene i oppdragsdokumentet for 2009 oppsummert. Dokumentasjonskravene omtales innledningsvis og de konkrete tiltak og styringsvariabler listes opp under de ulike temaene.

Nasjonale satsingsområder

Helse Nord har siden 2004 hatt en langsiktig satsing på å utvikle tjenestetilbudene i habilitering og rehabilitering, med regionale handlingsplaner for store kronikergrupper som har blitt fulgt opp gjennom øremerkede midler til prioriterte tiltak. Helseforetakene har også utarbeidet egne handlingsplaner i habilitering og rehabilitering. Flere av tiltakene har som mål å unngå eller redusere behovet for rehabilitering, for eksempel tidlig intervensjon av diabetespasienter og pasienter med inflammatoriske revmatiske lidelser. Tiltakene har vært finansiert gjennom økt tilskudd som har kommet i tillegg til de ordinære rammene til helseforetakene. Teknikken som har vært benyttet er å avsette en prosentandel av RHF-budsjettet til styrking av de prioriterte områdene, og fordele disse midlene på bakgrunn av overordnede prioriteringer som godkjennes av styret. Siden 2005 er disse fagområdene styrket med ca. 50 mill. kroner.

De viktigste tiltakene i *handlingsplan for geriatri* er å etablere et geriatrisk tilbud ved alle somatiske sykehus i regionen, med sengeplasser og poliklinisk tilbud. Foreløpig er det etablert geriatriske team ved lokalsykehusene i Sandnessjøen, Narvik, Harstad og Hammerfest, og tilbudene ved Nordlandssykehuset Bodø og Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø er også styrket. Et nytt geriatritilbud for samiske pasienter er etablert i Helse Finnmark i 2009. I budsjett 2010 er det avsatt midler til å starte etablering av geriatriteam i Klinikk Kirkenes.

Psykisk helsevern og rusomsorg har også hatt økt fokus i 2009. Administrerende direktør i Helse Nord RHF besøkte samtlige DPSer i året som gikk og det er skrevet rapport som sammenfatter behovene for forbedring og omstilling av tjenestene. Analyser som er foretatt viser at ressursforbruket er forskjellig både mellom institusjoner og mellom foretak. Vi ser at det er store omstillingsbehov både i forhold til kvalitet på tjenesten og ressursfordeling mellom sykehustjenester og de 14 DPSene. Omstillingsarbeidet vil få fokus i 2010-11.

Enhet for spiseforstyrrelser for voksne kom i drift ved NLSH Bodø i 2009 og vi har fått økt aktiviteten på dette område. Enheten for barn i Tromsø vil komme i gang i 2010.

Kapasiteten innen rusomsorg/TSB er styrket i 2009 med en økning på 22,9 % i driftskostnader. Det totale antall plasser innenfor det offentlige TSB vil økes med om lag 25 plasser, som vil gi tilbud om korttidsbehandling, avrusning og vurdering. Helse Nord har i tillegg økt sitt kjøp av plasser hos private tilsvarende en økning på om lag 20 millioner kroner. I tillegg er LAR styrket med over 9 mill. kroner i 2009.

Ambulansetjenesten er gjennomgått med tanke på logistikk, koordinering og ressursforbruk og resultatene publiseres nå i internasjonalt medisinsk tidsskrift. Helseforetakene rapporterer at de vil nå kompetansekravet innen 01.04.10 med unntak av Helse Finnmark som har som mål å oppfylle kravet innen utgangen av 2010.

Samhandling:

Tiltak som bidrar til bedre samhandling i hele behandlingsskjeden har vært prioritert i 2009. Desentraliseringen fortsetter gjennom planlegging og etablering av flere intermediære enheter i områder med stor avstand til sykehus. "Samhandlingsutvalget" i Helse Nord som har bred deltagelse fra fastleger, kommer kontinuerlig med innspill til forbedringer. I nasjonal sammenheng er Helse Nord kommet langt mht IKT-samhandling, og her står nye løfter for tur. Praksiskonsulentordningen er vel etablert i alle foretak, og foretakene har inngått samarbeidsavtaler med kommunene. Alle helseforetakene har, eller er i ferd med, å etablere egen organisering av samhandlingen med kommunene.

Forskning:

Helse Nord vedtok i november 2009 en ny forskningsstrategi for Helse Nord 2010-2013 etter en prosess fra høsten 2008 med involverte parter, alle helseforetak, og bred høring. Vi har fått oppfylt mange av målene i den tidligere strategien. Den nye strategien er enda tydeligere på mål og virkemidler. Strategien er konsentrert om fem hovedmål som kunnskap/kompetanse/kvalitet i tjenestene, ressurser til forskning, infrastruktur og samarbeid, etikk og gode prosesser, samt innovasjon. Strategien skal føre til ytterligere samarbeid med Universitetet i Tromsø, Høgskolen i Bodø og de øvrige høgskolene i Nord-Norge. Dette skal skje gjennom de foreslåtte tiltakene, blant annet forskerkurs og dobbeltstillinger.

I 2009 brukte Helse Nord RHF kr. 86 millioner til forskning. I tillegg til RHF's strategi, som gjelder tildeling av midler fra RHF-nivå samt overordnede føringer for helseforetakene, skal alle HF lage egne strategier. Alle HF bruker egne ressurser til forskning, som rapporteres inn til Nifu Step i den nasjonale kartleggingen. Det rapporteres at mellom 2 og 3 % av driftskostnadene ved UNN, beregnet ut fra totale driftskostnader for lovpålagte oppgaver, går til forskning (2008-tall). Tallet er under 0,5% for øvrige HF.

Det må ses på hvilke tiltak HFene setter inn på forskningsområdet, og om vi lykkes med de aktivitetene som både er igangsatt og planlagt. Et mål på dette er den nasjonale publikasjonsstatistikken der Helse Nord har hatt framgang i flere år, men en nedgang fra 2007 til 2008. Dette må følges opp med gode forskningstiltak knyttet til de mål som er vedtatt både regionalt og i HFene.

I tillegg har det blitt avsatt 3 mill kroner til egen oppdragsforskning. Disse midlene er fokusert mot samhandling, radiologi og psykiatri.

Prioritering:

Helseforetakene deltar i regionalt og nasjonalt forbedringsarbeid og felles regionale prosjekter samt følger opp tiltak som initieres av etablerte nasjonale og regionale samarbeidsorganer. De nasjonale prioriteringsveilederne er implementert og følges opp og prioriteringsarbeidet er forankret i regionale fagnettverk og fagråd. Helse Nord har den laveste andelen rett til nødvendig helsehjelp på landsbasis. Det er uklart hvorvidt dette er et uttrykk for at det henvises mange pasienter som ikke skal behandles i spesialisthelsetjenesten eller om det er prioriteringsmessige årsaker som ligger til grunn for forskjellene. Sykehusforbruket i landsdelen ligger fortsatt godt over landsgjennomsnittet, noe som kan forklare at vi har en lavere andel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp. Dette vil vi forsøke å klarlegge i 2010.

Aktivitet:

Universitetssykehuset Nord-Norge HF og Nordlandssykehuset HF har i 2008 og 2009 gjennomført store omstillinger i form av ombygging, omorganisering til klinikkstruktur og økonomiske innsparinger. For UNNs vedkommende har dette påvirket aktiviteten betydelig, slik at både heldøgnsopphold og poliklinikkaktiviteten har gått ned, totalt med 9,8 %. Sammenslåingen til klinikker medfører imidlertid færre registrerte innleggelser. 3. tertial 2009 viser en liten økning i aktivitet.

For Nordlandssykehuset HF, Helse Finnmark og Helgelandssykehuset HF har aktiviteten gått ned i forhold til heldøgnsopphold og økt i forhold til poliklinikk og dagbehandling. Dette er en ønsket utvikling i tråd med våre strategier.

Ventetid:

Innen somatisk virksomhet har vi en høy, men stabil ventetid på 70 dager hos pasienter med rett til nødvendig helsehjelp for perioden 2008-2009. Totalt sett øker ventetiden i somatikk for alle grupper fra 82 til 84 dager. Helse Nord har gjort en betydelig innsats knyttet til en stor gruppe pasienter med sykkelig overvekt som venter på utredning for kirurgi. Totalt sett er ca 500 pasienter utredet i 2009 og mange av disse er satt opp for kirurgisk behandling.

Når det gjelder psykisk helsevern hos voksne har vi en mindre reduksjon (57 til 53 dager). Dette er et prioritert område i forbindelse med våre oppfølgninger.

Innen barne- og ungdomspsykiatri har vi en betenkelig utvikling med økt ventetid fra 75 /78 dager til 90 dager.(NPR 2009) Helseforetakene angir at dette skyldes bemanningsutfordringer. Det er i Helse Nord de siste årene utdannet mange nye barnepsykiatere, men dette har så langt ikke gitt reduksjon i ventetidene. Helse Nord RHF har den høyeste dekningsgraden for barn og unge på 6,3 %. Målet i opptrappingsplanen var 5 %.

Vi har behov for å følge opp dette i våre oppfølgingsmøter med foretakene for å avklare situasjonen. Fokus på økt antall konsultasjoner pr. behandler ligger fast (jfr. måltall i oppdragsdokumentet 2010).

Vi har nylig gjennomgått våre ekstrasatsinger knyttet til TSB. Det er gjort økt kjøp fra private, økte midler til oppussing av lokaler og til økt pasientbehandling i våre foretak. Vi ser at det tar tid å få effekt av våre satsinger på grunn av vakanser i stillinger og delvis på grunn av en utfordring knyttet til en av våre avtalepartnere. Til tross for dette ser vi en fallende trend i ventetid fra 133 til 128 dager.

Kvalitet:

Både gjennomsnittlig antall korridorpatienter pr. dag og gjennomsnittlig andel korridorpatienter i perioden går ned og foretaksgruppen ligger under landsgjennomsnittet. Andel epikriser sendt innen 7 dager i psykisk helsevern har økt i 2009, fra 47 % til 60 %. Det er en positiv utvikling selv om det er et stykke fra målet.

Når det gjelder epikrisetid i somatikken er vi imidlertid ikke fornøyd. Den er pr. 3.tertial på 58 % og sett i lys av at dette var en viktig indikator er dette et skuffende resultat. Det er også en negativ utvikling i andel strykninger fra operasjonsprogrammet.

Oppmerksomheten i 2010 vil bli rettet mer mot kvaliteten i pasientbehandling, med et spesielt fokus på fristbrudd, ventetid, epikrisetid og strykninger fra operasjonsprogrammet.

Internkontroll

Helseforetakene skal drive sin virksomhet i henhold til gjeldende lovbestemmelser og myndighetskrav, og skal i samarbeid med de andre helseforetakene i regionen bidra til at Helse Nord RHF når sine mål.

Systemer som er etablert for å sikre at aktiviteten planlegges, organiseres, utføres og videreføres i samsvar med fastsatte krav.

Med bakgrunn i et behov for en mer helhetlig oppfølging og videre utvikling av ulike forhold knyttet til kvalitetsarbeidet i Helse Nord ble Kvalitetsnettverket i Helse Nord etablert høsten 2005. Kvalitetsnettverket er i henhold til mandatet et rådgivende organ for Helse Nord i saker knyttet til systematisk kvalitetsforbedring. Nettverket er også et

forum for HF og RHF for gjensidig informasjon og utveksling av ideer, og for helhetlig drøfting av kvalitetsarbeidet i Helse Nord. Nettverket skal ha representanter både fra HF-ene og fra Helse Nord RHF.

DocMap er Helse Nord's kvalitetssystem og skal ivareta internkontrollrutiner. Systemet ble i 2009 supplert med avviksmodule som nå er tatt i bruk i alle helseforetakene. Bestillerdokumentene/oppdragsdokumentene til HF-ene har fra 2004 inneholdt krav knyttet til deltakelse i DocMap-prosjektet og/eller til innføring og videreutvikling av DocMap i eget HF. Helse Nord RHF har etablert et regionalt forvaltningsforum for DocMap. Forvaltningsforumet er et rådgivende organ for Helse Nord RHF.

Internrevisjonen har i revisjonsrapport høsten 2009 gjort følgende observasjoner:

- Formålet for bruk av DocMap er ikke vesentlig endret i perioden fra beslutning om anskaffelse fram til i dag. Formålet forstås imidlertid ikke likt av alle.
- Ledere ved Helse Nord RHF mener at "felles oppbygging av kvalitetssystemet" innebærer stor grad av felles dokumenter i regionen. Per i dag har imidlertid helseforetakene i stor grad hvert sitt sett av styrende dokumenter.

Helseforetakene rapporterer at det overordnede systemet stort sett er på plass og at de har implementert avviksmodule og følger opp avvik og bekymringsmeldinger, pasientskader og risikovurderinger gjennom kvalitetsutvalgene/KVAM (Kvalitet- og ArbeidsMiljøutvalg) -utvalgene i klinikker og HFER.

Tilrettelegging for at helseforetakene lærer kollektivt av feil og systemsvikt

Alle tilsyn blir rapportert gjennom tertialrapporteringen. I tertialrapportene redegjøres for hvilke tilsyn som har vært og hvordan oppfølging og læring er gjennomført. Alle avvik etter tilsyn legges også fram for styret i det enkelte HF. Helseforetakene har også rapportert tilsyn og oppfølging av disse på eget skjema ved rapportering i forbindelse med Årlig melding. Det rapporteres at kvalitetsutvalgene følger opp alle avvik og bekymringsmeldinger i tillegg til at tilsynsrapportene følges opp, men Helse Nord RHF vurderer det slik at det fortsatt er et potensial for ytterligere forbedring.

Resultatkrav 2009

For Helse Nord RHF ble det stilt krav til et regnskapsmessig resultat i balanse 2009. Foretaksgruppen Helse Nord vil i sum legge frem regnskaper med et samlet overskudd på ca 100 mill kroner, noe som er i samsvar med Helse Nord RHF styret sitt krav for 2009. "Morselskapet" Helse Nord RHF vil legge frem et resultat som er noe lavere enn dette. Dette har krevet stram prioritering i pasientbehandlingen, jf. Pasientrettighetsloven og prioriteringsforskriften.

Foretaksmøtet forutsatte at Helse Nord må budsjettere drift (regnskapsmessig resultat) og investeringer innenfor tilgjengelig ressursramme, og på en måte som gir rom for en tilstrekkelig likviditetsbuffer gjennom året. Helse Nord RHF har gått tilbake til å fastsette årlig investeringsramme slik at foretaksgruppen har positiv likviditet gjennom året. Helse Nord RHF har siden mars 2009 hatt positiv likviditet og planlegger også med positiv likviditet i 2010.

Regjeringens sysselsettings- og tiltakspakke 2009

I foretaksmøte 28. januar 2009 orienterte statsråden om regjeringens tiltakspakke mot finanskrisen. Ved brev av 3. mars 2009 ble Helse Nord RHF tildelt 128 mill. kroner til vedlikehold og oppgradering av eksisterende bygningsmasse; jfr. Oppdragsdokument

2009 og St. prp. nr. 37 (2008-2009). Disse tiltakene skulle komme i tillegg til tiltak som allerede var budsjettert. Tiltakene var forutsatt å ha høy sysselsettingseffekt, geografisk spredning og kunne iverksettes raskt.

Det ble forventet at Helse Nord kunne dokumentere at sysselsettingsmidler ble brukt til tiltak *utover* planlagt aktivitet i 2009. Departementet ba også om en samlet tilbakemelding om gjennomføring og bruk av midler i årlig melding for 2009 innen 1. mars 2010. Per 5. februar 2010 kan denne oversikten gis over drift/vedlikehold inklusive sysselsettingsmidler – drift for Helse Nord.

Foretak	Tilskudd sysselsetting 2009			Forbruk 2009		Ikke brukt 2009/overført 2010			
	Drift	Invest.	Sum	Drift	Invest.	Sum	Drift	Invest.	Sum
Finnm	23800	4800	28600	1673	2983	4656	22127	1817	23944
UNN	23800	14800	38600	23800	11100	34900	-	3700	3700
NLSH	16800	8600	25400	10332	6106	16438	6468	2494	8962
Helgel	29400	6000	35400	19815	88	19904	9584	5912	15496
SUM	93800	34200	128000	55621	20277	75898	38179	13923	52102

(1000 kr.)

Ikke brukte midler 2009 er tilgjengelig for 2010 og godkjent program/tiltak sysselsettingsmidler 2009 vil i all hovedsak fullføres første halvår 2010.

Rundt årsskiftet 2008/2009 ble registrert foreløpig forbruk på

- artene 6600 – 6601 – 6602 – 6604 – 6609 – 6619

Disse artene inkluderer både drift og vedlikehold av bygg/anlegg. Dagens regnskap gir begrenset mulighet til å skille mellom drift og vedlikehold, men dette er rettet opp i årets og fremtidige regnskaper.

Tilsvarende er registrert per 5. februar 2010 forbruk i 2009 på de samme artene og det var forventet en betydelig økning fra 2008 (ca. tilsvarende forbruk 2009 av drift sysselsettingsmidler)

Resultatet per HF er som følger:

(1000 kr.)

Foretak	Foreløpig regnskap 2008	Regnskap 2008	Foreløpig regnskap 2009
Helse Finnmark	6900	7192	11218
Universitetssykehuset Nord Norge HF	23900	54316	69206
Nordlandssykehuset HF	21300	21926	28886
Helgelandssykehuset HF	7300	17838	33103
SUM	53300	1010424	142413

Vurdering

Det var forventet et regnskapsresultat for de registrerte artene i 2009 på ca. 105 mill. kroner relatert til foreløpig regnskap 2008 og 154 mill. kroner sammenholdt med endelig regnskap 2008. Det foreløpige regnskap 2009 viser at forbruk sysselsettingsmidler i all hovedsak kommer på toppen av ordinært vedlikehold ved foretakene.

UNN har en betydelig økning fra foreløpig regnskap 2008 til endelig regnskap 2008. Økningen forklares fra UNN med ekstraordinære forhold. Dette kan i all hovedsak forklare at resultat 2009 for vedlikehold/drift av bygninger/anlegg ligger noe lavere enn forventet.

2.1.2 Pasientbehandling

Styringsvariabler:

- *Antall produserte DRG-poeng*

Helse Nord har i 2009 realisert samlet aktivitet innenfor Helse- og omsorgsdepartementets overslagsbevilgning for innsatsstyrt finansiering og poliklinisk aktivitet. Foretaksgruppen har inntektsført 112 948 DRG-poeng på bakgrunn av dag/døgnaktivitet, hvorav 102 880 er relatert til behandling i egen region, 10 078 poeng relatert til aktivitet utenfor region. I tillegg er det inntektsført 3934 poeng relatert til ny finansieringsordning for biologiske legemidler.

- *Inntekter for somatisk poliklinisk virksomhet/antall refusjonspoeng/refunderte polikliniske inntekter*

Foretaksgruppen har inntektsført 162 mill kr tilsvarende ca 379 900 refusjonspoeng på bakgrunn av aktivitet. Sum polikliniske inntekter 2009 utgjør kr.223,7 mill.

Tiltak for oppfølging:

- *Øremerkede tilskudd innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige (tilsvarende 1,6 mill kr) er inntektsført basert på forbruk. Inntekter til helse- og rehabiliteringstjenester for sykemeldte innen prosjektet "Raskere tilbake" er håndtert i tråd med retningslinjer og rapportert i ØBAK.*

Styrking av arbeidsmedisin - 2009 (kap. 732, post 79):

Følgende er brukt (UNN kostnadssted: 131050):

Regnskap 2009

STYRKING AV ARBEIDSMEDISIN

2008 Tilskudd Helse Nord	3 600 000
2008 Regnskap 2008-Personalkostnader	-162 762
Ubrukte midler overført til 2009	3 437 238
2009 Regnskap 2008-Personalkostnader	2 122 753
2009 Regnskap 2009 - Andre driftskostnader	71 831
Sum regnskap 2009	2 194 583
Ubrukte midler fra 2008 overført til 2010	1 242 655

Midlene for 2009 har dekket:

1. Lønn:

- 2 leger i spesialisering 100 % stillinger (tidsrom henholdsvis april-desember og august-inn i 2010)
- 2 overleger 100 % stillinger (tidsrom henholdsvis februar- og oktober-inn i 2010)
- Yrkeshygieniker 100 % stilling, med 20 % permisjon (september-inn i 2010)

2. Øvrige utgifter:

- Flere utlysninger av stillinger
- Noe utgifter til kurs, driftsmidler mv. for de som lønnes på disse midlene.

I 2008 ble det brukt relativt lite midler til formålet (162.762,-). Det tok tid å komme i gang med tiltakene (utlysning og rekruttering), men i 2009 var bruken kommet på et atskillig høyere nivå.

Fra 12.10.09 kom den siste av stillingene som skal dekkes fra midlene i drift. Dermed hadde vi 2 overleger og 2 leger i spesialisering i arbeid, pluss en yrkeshygieniker. Det siste er begrunnet i at spesialistutdanning i arbeidsmedisin krever bruk av annet fagpersonale og kontor – i og med at yrkeshygiene er en viktig del av spesialistutdanningen ved arbeidsmedisinsk institusjon (jfr. målbeskrivelsen for spesialistutdanning i arbeidsmedisin), er det naturlig at dette ekstra behov dekkes inn vha en yrkeshygieniker. Denne vil også bidra positivt i utdanningen av de 2 andre legene i spesialisering (på de ordinære midler), jfr. formålet om å styrke utdanningen av nye, kompetente spesialister i arbeidsmedisin. Med både de ansatte leger og yrkeshygieniker vil vi i tillegg til å bedre spesialistutdanning og kompetanse i arbeidsmedisin på vår egen institusjon, kunne øke innsatsen for å gjøre det samme overfor arbeidsmedisinere i 1. linjetjenesten i landsdelen (dvs. bedriftslegene) – hvilket også er en viktig hensikt med satsningsmidlene.

2.1.3 Kvalitet

Behandlingskvalitet

- *For å sikre kvalitet i den kirurgiske kreftbehandlingen* har Helse Nord RHF sentralisert kirurgisk behandling innen kreft i spiserør, bukspyttkjertel, lever, prostata, mave- og endetarm, lunger, bryst og gynekologisk kreft allerede fra 2005. Tykktarmskreft har blitt behandlet ved sykehus med spesialist i gastrokirurgi, men denne kreftkirurgien vil bli sentralisert i 2010. Det er lagt vekt på faktorer som har betydning for behandlingskvaliteten slik som pasientvolum, organisering kompetanse til å håndtere uforutsette situasjoner og komplikasjoner.

Det er også lagt vekt på desentralisering av mindre behandlingsskrevende kirurgi, og desentralisering av palliativ behandling som kan skje i samarbeid med kommunal sektor. Helse Nord har også lagt vekt på å desentralisere kontroller til primærlegene og cellegiftbehandling til lokalsykehusene.

- *Helse Nord RHF skal iverksette tiltak for å implementere nasjonale faglige retningslinjer og veiledere i helseforetakene.*
Helse Nord RHF hadde møter i 2009 med fagmiljøene i alle helseforetakene om implementering av prioriteringsveilederne. Saken følges også jevnlig opp i møter mellom Helse nord RHF og fagdirektørene i helseforetakene, og i fagråd og fagnettverk i helseregionen. Det vises for øvrig til kommentarer lenger ned i dokumentet for de aktuelle faglige retningslinjer og veiledere.
- *Helse Nord RHF skal, i tråd med nye nasjonale retningslinjer (våren 2009), iverksette prosesser for å styrke forebygging, behandling og rehabilitering av slag i en helhetlig behandlingsskjede.*
Helse Nord planlegger en regional konferanse om de nye nasjonale retningslinjene for slagbehandling høsten 2010. To lokalsykehus som mottar slagpasienter mangler slagenheter, krav om å få dette på plass er gitt i oppdragsdokument til helseforetakene for 2010. Helse Nord RHF vil i samarbeid med fagråd for hjerneslagbehandling

gjennomføre en informasjonskampanje i 2010 med fokus på hvordan man som pasient og pårørende skal opptre ved symptomer som kan gi mistanke om hjerneslag.

- *Helse Nord RHF skal sikre adekvat spesialisthelsetjenestetilbud til alle pasienter som er rammet av CFS/ME. Det legges til grunn at Helse Nord RHF benytter det nasjonale behandlingstilbudet for de aller sykeste gjennom kjøp av behandlingsopphold.*

Rehabiliteringsklinikken ved UNN HF har fått i oppdrag å etablere en koordinerende funksjon for spesialistvurdering. Pasienter med ME kan henvises til UNN og diagnostisering og behandling gjøres på bakgrunn av nasjonale retningslinjer.

UNN HF jobber også med utformingen av Lærings- og mestringsstilbud til pasientgruppen og vil ha dette klart i løpet av rimelig tid. Det skal arrangeres en regional konferanse, med midler fra direktoratet, i september 2010 for helsepersonell i kommuner og foretak. UNN HF har også samarbeid med ressurspersoner på Institutt for Psykologi (mastergradsarbeid) v/ Universitetet i Tromsø og fastlege i Tromsø som er i gang med doktorgradsprosjekt innen området.

Ved lærings- og mestringscenteret i Nordlandssykehuset har det vært avholdt to kurs for familier som har barn med ME. Det planlegges for nytt kurs høsten 2010. Samarbeid med primærhelsetjenesten skjer ved polikliniske besøk samt innleggelse i sykehuset.

Nordlandssykehuset har tilbud til barn både poliklinisk og ved innleggelse i barneavdelingen. Sykehuset har ikke etablert egne behandlingstilbud for voksne. Foreløpig benytter de det regionale tilbudet på UNN.

Det planlegges for et møte med representanter fra UNN HF for å drøfte hvordan kompetanseoppbygging på området kan skje på voksenalderen i Nordlandssykehuset HF.

Helse Nord har utfordringer ved henvisning til behandling for de aller sykeste til Oslo Universitetssykehus gjennom at de dårligste pasientene i mange tilfeller ikke tåler påkjenningen ved lang transport.

- *Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre er etablert ved SKDE i Tromsø – og oppgaven utføres. Det er inngått samarbeidsavtaler med de andre RHFene om nodefunksjoner og samarbeid, og faglig samarbeid med Folkehelseinstituttet.*
- *Helse Nord RHF bistår og samarbeider med Helsedirektoratet i forhold til direktoratets oppgaver på kvalitetsregisterområdet.*
- *Helse Nord har hatt fagrepresentanter i de nasjonale prosesser på kvalitetsarbeid, herunder utvikling av nasjonale medisinske kvalitetsregistre, nasjonale faglige retningslinjer og nasjonale kvalitetsindikatorer, som er gjennomført i 2009 på disse områdene.*
- *Helse Nord RHF bidrar i samarbeid med Helsedirektoratet til at innholdet i Helsebiblioteket videreutvikles. Fagdirektør i Helse Nord sitter i rådet for Helsebiblioteket og er direkte inne i utviklingen av bibliotekets innhold. Vi har bidratt med finansiering i 2009 på det nivået som er blitt avtalt. Det er fra 2010 inngått avtale om tilgang til UpToDate for alle helseforetak.*

Pasientsikkerhet

Tiltak for oppfølging:

- *Helse Nord RHF skal sørge for at Nasjonal enhet for pasientsikkerhet får informasjon om uønskede hendelser i regionen som grunnlag for enheten til å avdekke risikoområder og årsakene til disse. De lovpålagte meldeordningene skal følges opp på ordinær måte.*

Helse Nord har etablert kvalitetssystem, der avviksregistrering og rapportering inngår. Lovpålagte meldingsordninger følges opp fortløpende.

- *Helse Nord RHF skal i arbeidet med å fremme pasientsikkerhet samarbeide med og anvende læringsinformasjon utarbeidet av Nasjonal enhet for pasientsikkerhet.*

Helse Nord deltar og samarbeider med Nasjonal enhet for pasientsikkerhet og anvender utarbeidet læringsinformasjon, men det er ikke etablert et eget system for dette på RHF-nivå

- *Prevalens av sykehusinfeksjoner skal rapporteres i årlig melding.*

Alle helseforetak og sykehusavdelinger rapporterer gjennom etablert rapporteringsordning. Dette følges kontinuerlig opp for å kvalitetssikre innrapportering i henhold til maler fra Folkehelsa. Fortsatt er det mangler i rapporteringen som gir usikkerhet i tolkning av status og utviklingstrekk i de enkelte sykehus og helseforetak

Prioritering

Styringsvariabler:

- *Andel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp.*

47 % av nyhenviste i 3. tertial 2009 (alle fagområder) er gitt rett til nødvendig helsehjelp. Tilsvarende tall for 1. Og 2. Tertial var henholdsvis 48 og 46 %.

Tiltak for oppfølging:

- *Helse Nord RHF skal iverksette tiltak for at veilederne utarbeidet i prosjektet "Riktigere prioritering" tas i bruk i helseforetakene i regionen.*

Arbeidet med implementering av prioriteringsveilederne følges opp slik forutsatt og har høy prioritet i helseforetakene. Harmonisering av rettighetsvurderinger mellom RHFene vil bli prioritert i 2010. Tall fra NPRs ventelisterapport for 3.tertial 2009 viser at Helse Nord for flere av de utvalgte fagområdene har betydelig lavere prosentandel pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp enn de andre RHFene.

- *Den prosentvise veksten innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal i 2009 være sterkere enn innen somatikk.*

Det er kun Helgelandssykehuset HF som har en økning i brutto driftskostnader innen psykisk helsevern og TSB med 10,4 % mot 7,4 % i somatikk. NLSH HF har hatt en økning på 0,3 %. UNN HF har hatt en reduksjon innen psykisk helsevern på grunn av omstilling og sammenslåing av sengeposter. Helse Finnmark HF har hatt en nedgang i forhold til somatikk med 0,2 %. For foretaksgruppen som helhet har økning i ressursinnsats i somatikk vært på 4,8 % mens økning innen psykisk helsevern har vært på 1,4%. For rusomsorg/TSB er økningen totalt på 22,9 %. Helse Nord RHF er fornøyd med utviklingen innen innsatsområdet rus/TSB men anser at kravet ikke er oppfylt når det gjelder funksjonsområdet psykisk helse.

Brutto driftskostnader per funksjonsområde - akkumulert				Andel av totale driftskostnader			Endring R08-R09	
Funksjon	Regnskap 2008	Regnskap 2009	JB 2009	Regnskap 2008	Regnskap 2009	JB 2009	Endring	% endring
Somatikk	6 365 516	6 376 007	6 292 321	55,2 %	52,8 %	52,6 %	10 491	0,2 %
Somatikk, (re-hab)	384 709	519 822	513 777	3,3 %	4,3 %	4,3 %	135 113	35,1 %
Lab/rtg	888 766	1 102 626	1 082 886	7,7 %	9,1 %	9,0 %	213 860	24,1 %
Sum Somatikk	7 615 635	7 977 796	7 878 880	66,1 %	66,1 %	65,8 %	362 161	4,8 %
Sum Psykisk helse	1 866 204	1 891 890	1 895 965	16,2 %	15,7 %	15,8 %	25 686	1,4 %
Sum Rusomsorg	259 670	319 085	288 283	2,3 %	2,6 %	2,2 %	59 415	22,9 %
Sum Prehospitale tjenester	1 558 585	1 671 532	1 636 963	13,5 %	13,8 %	13,7 %	112 947	7,2 %
Sum Personal og adm	229 568	209 206	289 976	2,0 %	1,7 %	2,4 %	(20 362)	-8,9 %
Sum driftskostnader	11 529 663	12 069 508	11 970 066	100,0 %	100,0 %	100,0 %	1 093 424	9,5 %

- *Aktiviteten innen rehabilitering/habilitering skal minst styrkes med 1,5 pst., jf St.prp.nr 1 (2008-2009).*

Helse Nord har ikke aktivitetsdata som kan dokumentere at målet om å styrke aktiviteten innen spesialisert habilitering og rehabilitering med 1,5 % er nådd. Vi kan ikke trekke ut data fra NPR som gir et pålitelig bilde av utviklingen fra 2008 til 2009.

Tilgjengelighet

Styringsvariabler:

- *Andel av ventetid som er oppdatert på nettsiden fritt sykehusvalg siste fire uker.*

Ventetider på sykehusvalg.no	2009		
	1. tertial 09	2. tertial 09	3. tertial 09
Antall ventetider som er oppdatert de siste 4 uker	819	657	870
Antall ventetider på sykehusvalg.no	1 094	1 120	1 129
Andel ventetider oppdatert det siste 4 uker	74,9 %	58,7 %	77,1 %

Helse Nord har ikke en tilfredsstillende oppdatering av ventetider. Det er svært store forskjeller mellom helseforetakene. Temaet vil bli tatt opp med de helseforetakene dette gjelder i 2010.

- *Andel pasienter som er vurdert innen 30 dager.*

Tabellen viser egne data basert på uttrekk fra pasientsystem (i tråd med nasjonale definisjoner)

Andel vurdert innen 30 dager	2009	2008	Nyhenvist med rett, under30dg 2009	Ant vurderte henvisninger 2009
Helgelandssykehuset HF	91%	92%	9 653	10 649
Nordlandssykehuset HF	96%	95%	19 987	20 766
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	97%	98%	22 756	23 488
Helse Finnmark HF	98%	97%	8 450	8 642
Helse Nord	96%	96%	60 846	63 545

Andel pasienter som vurderes innen 30 dager er stabilt på 96 % innenfor somatikk. De største utfordringer er innen psykisk helsevern for barn og unge.

Ventetidsgaranti psykisk helsevern

Ventetidsgaranti for barn og unge	Måleverdier	1. tertial 2008	2. tertial 2008	3. tertial 2008	1. tertial 2009	2. tertial 2009
Helseregion Nord-Norge	Andel vurderte innen 10 virkedager, prosent	77	74,7	84,9	82,3	86,5
	Antall tatt til helsehjelp	855	674	673	921	743
	Andel tatt til helsehjelp innen 65 virkedager, prosent	78,6	73,7	76,1	75,6	64,7
Helse Finnmark HF	Andel vurderte innen 10 virkedager, prosent	72,7	68,3	70,8	65,4	69,6
	Antall tatt til helsehjelp	107	107	112	131	90
	Andel tatt til helsehjelp innen 65 virkedager, prosent	79,4	57,9	52,7	69,5	55,6
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Andel vurderte innen 10 virkedager, prosent	70,5	75,3	85,5	83,1	86
	Antall tatt til helsehjelp	293	226	298	352	268
	Andel tatt til helsehjelp innen 65 virkedager, prosent	72,4	74,3	75,2	75,3	67,5
Nordlandssykehuset HF	Andel vurderte innen 10 virkedager, prosent	86,2	84,2	90,1	88,6	91,5
	Antall tatt til helsehjelp	324	247	196	313	273
	Andel tatt til helsehjelp innen 65 virkedager, prosent	83,6	78,1	87,8	81,8	74,4
Helgelandssykehuset HF	Andel vurderte innen 10 virkedager, prosent	76,6	63,4	87,1	82,8	93,4
	Antall tatt til helsehjelp	129	93	65	124	112
	Andel tatt til helsehjelp innen 65 virkedager, prosent	79,1	79,6	86,2	66,9	42
Privat Nord HF	Andel vurderte innen 10 virkedager, prosent	60	50	50	33,3	100
	Antall tatt til helsehjelp	2	1	2	1	-
	Andel tatt til helsehjelp innen 65 virkedager, prosent	100	-	50	100	-

- *Ventetid til vurdering innen BUP skal være mindre enn 10 dager.*

Andelen som blir vurdert innen 10 dager i BUP er pr. 2.tertial 2009 på 86,5. dette er en økning fra 2.tertial 2008 på 11,9%

- *Andel rettighetspasienter som gis behandling innen 65 dager i psykisk helsevern/og eller TSB for personer under 23 år.*

Andel rettighetspasienter som gis behandling innen 65 dager i psykisk helsevern/og eller TSB for personer under 23 år, viser en nedgang fra 2. tertial 2008 til 2. tertial 2009 på 9 % (73,7 – 64,7). Årsaken til nedgangen er bl.a. vakanser og redusert bemanning i perioder.

Ventetid

Ventetid	2009			2008		
	1. tertial 09	2. tertial 09	3. tertial 09	1. tertial 08	2. tertial 08	3. tertial 08
Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklet på rettighetspasienter innen somatikk	71	65	76	68	79	74
Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklet på rettighetspasienter innen barne- og ungdomspsykiatrien	76	92	104	59	82	74
Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklet på rettighetspasienter innen voksenpsykiatrien	58	53	49	58	59	58
Gjennomsnittlig ventetid ordinært avviklet på rettighetspasienter innen tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmisbrukere	142	125	119	79	125	142

- *Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen somatikk skal reduseres*
Gjennomsnittlig ventetid for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp gikk opp med 2 dager fra 3.tertial 2008 til 3.tertial 2009.
- *Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen BUP skal reduseres.*
Helse Nord RHF har ikke innfridd kravet. Ventetiden har gått opp fra 2008 til 2009 med 30 dager. Dette skyldes i hovedsak vakanser og underbemanning i barne- og ungdomspsykiatrien i perioden.
- *Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen VOP skal reduseres.*
Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen VOP er redusert fra 2008 til 2009, med 9 dager
- *Gjennomsnittlig ventetid for ordinært avviklede pasienter med rett til nødvendig helsehjelp innen TSB skal reduseres.*
Ventetiden er redusert fra 2008 til 2009 med 23 dager.
- *Andel fristbrudd for rettighetspasienter.*
Tabellen viser egne data basert på uttrekk fra pasientsystem (i tråd med nasjonale definisjoner)

Andel fristbrudd rettighetspasienter	2009	2008	Ant med fristbrudd 2009	Rettighetspasienter 2009
Helgelandssykehuset HF	25%	18%	1 673	6 595
Nordlandssykehuset HF	23%	36%	2 944	12 854
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	31%	27%	4 084	13 136
Helse Finnmark HF	23%	26%	1 125	4 810
Helse Nord	26%	29%	9 826	37 395

Det er stor usikkerhet om ventelistemålene i NPR som er grunnlaget for rapportene. Dette gjennomgås p.t. av en arbeidsgruppe med representasjon fra RHFene. Helse Nord har i 2009 flere fristbrudd meldt til HELFO i forhold til innbyggertall enn de andre regionale foretakene. For 3.tertial var det 118 registrerte fristbrudd i Helse Nord og 569 nasjonalt. Fagområder med mange fristbrudd er i første rekke psykisk helsevern for barn/unge og voksne og rusbehandling. Disse fagområdene vil være i fokus for Helse Nord oppfølging av fristbrudd.

- *Det skal være færre enn fem pst. strykninger av planlagte operasjoner.*

Andel strykninger fra planlagt operasjon	1. tertial 08	2. tertial 08	3. tertial 08	1. tertial 09	2. tertial 09	3. tertial 09
Helse Finnmark	14,0 %	14,7 %	12,3 %	16,4 %	12,0 %	10,7 %
UNN	12,3 %	11,5 %	8,5 %	10,0 %	10,7 %	10,2 %
NLSH	9,5 %	10,9 %	9,3 %	11,8 %	12,2 %	12,5 %
Helgeland	10,2 %	9,5 %	14,5 %	12,0 %	7,0 %	8,4 %
Helse Nord	11,3 %	11,3 %	9,9 %	11,1 %	10,7 %	10,6 %

UNN og Nordlandssykehuset har dessverre en økning i strykninger på operasjonsprogrammet sammenliknet med 2008. Helse Finnmark og Helgelandssykehuset går noe ned, men alle HFene er langt fra å oppfylle måltall på under 5 %. Alle HFene har implementert ny modul for styring av operasjonsregistrering i 2009 og det forventes at dette vil gi effekt i 2010.

Tiltak til oppfølging:

- *Helse Nord RHF skal etablere tolketjenester til pasienter som har behov for dette.*

Helse Nord RHF arbeidet med å få igangsatt et eget tolkeprosjekt som gjennomføres over en toårs periode. Prosjektet vil gi tolketjenester til pasienter og helsepersonell. Helse Finnmark HF har i 2009 gjennomført et pilotprosjekt for å bedre tolketjenestene for den nordsamiske befolkningen ved henvendelser til 113. Dette på grunn av flere forhold, som bl.a. mangel på tolker. Helse Finnmark Hammerfest har egen tolk på dagtid men ordningen på natt og helger har vært tilfeldig. Det benyttes primært tolk fra tolkeliste alternativt ekstern tolk via Noricom. For pasienter innen psykisk helsevern og rus ivaretas tolketjenesten på foretaksnivå.

De øvrige helseforetakene rapporterer at tolketjenester hentes inn i henhold til retningslinjene og at det fungerer godt.

- *Helse Nord RHF skal iverksette tiltak for å styrke de ansattes språk- og kulturkompetanse knyttet til samisk befolkning og andre grupper med særskilte behov.*

Helse Finnmark HF ved SANKS tilbyr kurs som skal bidra til å styrke ansattes språk og kulturkompetanse knyttet til den samiske befolkning.

- *lysbehandling av psoriasispatienter.*

UNN HF er tildelt kr. 500.000,- for etablering av hudtilbud i Midt-Troms, lokalisert til Finnsnes. I saksfremlegget fra UNN HF fremkommer det en realisert besparelse på kr. 403.000,- ved reduksjon i pasientreiser ved etablering av hud/lysbehandling ved DMS Finnsnes.

Brukermedvirkning

Ved oppnevning av nye kandidater til Regionalt Brukerutvalg 2008 – 2010 ble brukerorganisasjonene bedt om å vurdere en rekke kriterier i sitt valg av kandidater. I tillegg til behovet for en balansert sammensetning ut fra kjønn, alder, geografi/helseforetak, er det lagt vekt på at det er viktig at utvalget reflekterer barn, ungdom og voksenperspektiv og det er representanter med samisk, minoritets-, innvandrerbakgrunn. Kriteriene for sammensetning vil videreføres også for RBU 2010 – 2012.

- Helse Nord gir alle pasienter mulighet til deltagelse i mottakelse av helsehjelp, uavhengig av språk og kulturell bakgrunn, gjennom bruk av tolketjeneste fra Noricom som formidler tolker fra alle verdens land. Oppdragsdokumentet 2009 påla Helse Finnmark HF å etablere en tolketjeneste for den samiske befolkning som skal sikre god kommunikasjon mellom helseinstitusjonene og den samiske pasienten. Helse Nord søkte HOD om prosjektet i november 2009. Helse Nord RHF skal i 2010

finansiere og gjennomføre et tolkeprosjekt for å bedre tolketjenesten til samisk befolkning.

- Helse Nord RHF har i prosessen med å utarbeide ny forskningsstrategi 2010-2013 hatt forslaget til strategi på høring i det regionale brukerutvalget, og også hatt saken på dagsorden til særskilt behandling i RBU. Vi har også stilt krav til våre helseforetak om brukervedvirkning i prosjekter, eller brukervedvirkning på annen måte. Et av fire foretak har begynt å jobbe med dette strategisk via sitt brukerutvalg, et annet har direkte brukervedvirkning i tre prosjekter, ellers ikke iverksatt i øvrige foretak.

2.1.4 Områder med særskilt fokus

Samhandling

Styringsvariabler

- *Minst 80 pst. av epikrisene skal sendes ut innen syv dager.*

Andel epikriser innen somatisk virksomhet sendt innen 7 dager i 2. tertial 2009 (tall fra Norsk Pasientregister) var 62 %. Foreløpige tall fra helseforetakene viser en nedgang på 4% for 3. tertial mens det er en framgang fra 2.tertial -08 til 2.tertial 2009 på 5%. Det er likevel slik at nedgangen i andel epikriser fra 2. til 3.tertial 2009 innen somatisk virksomhet gjelder samtlige helseforetak noe som er et svært nedslående resultat sett på bakgrunn av at epikrisetid var en av få kvalitetsindikatorer som skulle ha spesielt fokus i 2009. Denne indikatoren har stor betydning for samhandlingen med primærhelsetjenesten som er svært opptatt av å få ned epikrisetiden i foretaksgruppen.

Andel epikriser somatisk sendt innen 7 dager	1. tertial 08	2. tertial 08	3. tertial 08	1. tertial 09	2. tertial 09	3. tertial 09
Helse Finnmark	55 %	66 %	57 %	56 %	60 %	52 %
UNN	55 %	49 %	51 %	62 %	61 %	60 %
NLSH	58 %	59 %	56 %	55 %	58 %	55 %
Helgeland	66 %	67 %	60 %	65 %	74 %	64 %
Helse Nord	57 %	57 %	54 %	59 %	62 %	58 %

For psykisk helsevern har andelen økt med 13 % fra 2008 til 2009 og er nå på 60% for foretaksgruppen, noe vi anser som en svært positiv utvikling selv om det fortsatt er langt fra målsettingen.

Epikrisetid psykisk helse - andel sendt innen 7 dager	1. tertial 08	2. tertial 08	3. tertial 08	1. tertial 09	2. tertial 09	3. tertial 09
Helse Finnmark	32 %	60 %	49 %	49 %	55 %	66 %
UNN	57 %	49 %	45 %	63 %	58 %	51 %
NLSH	53 %	59 %	57 %	52 %	64 %	67 %
Helgeland	30 %	28 %	33 %	46 %	64 %	61 %
Helse Nord	47 %	51 %	47 %	55 %	60 %	60 %

- *Det skal normalt ikke være korridorpatienter.*

Tall fra Norsk Pasientregister for 2. tertial 2009:

Andel korridorpatienter	2. tertial 2009						1. tert 2009					
	Antall korr.pas	Antall liggedøgn	Gjs. antall pr dag	Endring smi 2t 2008	Gjs. andel i perioden	Endring smi 2t 2008	Antall korr.pas	Antall liggedøgn	Gj. sn. antall pr dag	Endring smi 1t 2008	Gj.sn andel i period.	Endring smi 1t 2008
Helse Nord RHF	1747	113052	14,6	-7,2	1,5	-0,7	2404	127815	20,0	-5,8	1,9	-0,5
Nordlandssykehuset HF	540	34461	4,5	1,0	1,6	0	1044	38590	8,7	2,1	2,7	0,7
Helgelandsykehuset HF	105	14914	0,9	-4,7	0,7	-3,3	221	16738	1,8	-5,2	1,3	-3,3
Universitetssykehuset i Nord-Norge HF	900	50241	7,5	-4,9	1,8	-1,1	947	56635	7,9	-4,4	1,7	-0,8
Helse Finnmark HF	202	13436	1,7	1,4	1,5	1,2	192	15852	1,6	1,6	1,2	1,2
Justert landsgjennomsnitt	18090	1001537	150,8	-51,3	1,81	-0,6	24369	1161167	203,1	-56,8	2,10	-0,65

Både gjennomsnittlig antall korridorpasienter pr. dag og gjennomsnittlig andel i perioden går ned pr. 2.tertial 2009. Helse Nord har en gjennomsnittlig andel korridorpasienter i perioden på 1,5 noe som er under landsgjennomsnittet.

- *Andel pasienter som har fått utarbeidet individuell plan skal økes.*

Tabellen viser at andel med individuell plan innen barnehabilitering i 2. tertial 2009 (tall fra Norsk Pasientregister) var 66 %. Foreløpige tall fra helseforetakene for 3. tertial viser 55 %.

Andel individuelle planer barnehab	1. tertial 08	2. tertial 08	3. tertial 08	1. tertial 09	2. tertial 09	3. tertial 09
Helse Finnmark	38 %	35 %	45 %	33 %	35 %	47 %
UNN	56 %	48 %	48 %	27 %	81 %	80 %
NLSH	39 %	30 %	18 %	21 %	24 %	18 %
Helgeland	68 %	73 %	42 %	34 %	47 %	39 %
Helse Nord	55 %	48 %	45 %	29 %	66 %	55 %

Det er store variasjoner mellom foretakene på denne indikatoren, og også store forskjeller innad i samme foretak 1., 2. og 3.tertial 2009. Foretakene gir tilbakemeldinger om at indikatoren er vanskelig å bruke til å registrere aktivitet. Det er enkelte pasienter/pårørende som ikke ønsker plan, samt at noen av pasientene ikke har behov for dette. Endringer i prosentandel vil naturlig variere ut fra andel ny-henviste kontra kjente pasienter, fagavdelingenes fokus på å registrere dette, samt grenseoppgangen til de kommunale tjenester som også skal initiere dette. Ved UNN har fokus på egen registrering av individuell plan vært betydelig i 2009 og dette har gitt svært gode resultater, en økning fra 48% i 3.tertial 2008 til 81% i 3.tertial 2009.

Tiltak til oppfølging:

- *Helse Nord RHF skal vurdere etablering av ulike modeller for desentralisert spesialisthelsetjeneste, i samarbeid med aktuelle kommuner.*

Modeller for desentralisert spesialisthelsetjeneste vurderes i samarbeid med HF-ene ut fra de lokale forhold og forutsetninger. I Helse Finnmark pågår et utviklingsarbeid om sykestuene. I alle helseforetak er det etablerte desentraliserte tjenester etter ulike modeller. Helgelandssykehuset deltar i et pilotsykehusprosjekt "Helseparken i Mo i Rana" og det er etablert distriktsmedisinsk senter i Brønnøysund. Det er også etablert og videreutviklet distriktsmedisinske sentre i Alta, Karasjok, og Finnsnes samt at Nordlandssykehuset driver desentraliserte spesialisthelsetjenester i Saltdal, Meløy og Steigen.

- *Helse Nord RHF skal gi faglig oppfølging, støtte og veiledning til den kommunale omsorgstjenesten slik at denne kan ivareta sine nye og krevende oppgaver. Dette gjelder særlig i forhold til utredning, diagnostikk og behandling av akutte tilstander og kroniske lidelser, samt løpende oppfølging av medisinsk behandlingssopplegg og veiledning av lokalt behandlingsapparat.*

Dette gjøres på de ulike fagområder og er et arbeid som er under kontinuerlig utvikling. Det er et tett samarbeid både innenfor prehospitaltjenester, traumebehandling og overfor mennesker med kroniske og/eller sammensatte lidelser. Andelen pasienter med individuell plan er imidlertid relativt lav. Praksiskoordinatorer er et viktig bindeledd mellom spesialisttjenestene og kommunene.

- *Helse Nord RHF skal rapportere hvilke tiltak som er gjennomført for å sikre helhetlige pasientforløp for å ivareta pasienter med stort samhandlingsbehov. Helse Nord RHF har et velfungerende og høyt prioritert samarbeid med fastlegene og primærhelsetjenesten som omfatter en rekke tiltak på systemnivå og for ulike pasientgrupper, inkl. pasienter med psykiske lidelser, eldre og kronikere .*

Akuttmottak

Alle helseforetak har jobbet med å kvalitetssikre styring og ledelse i akuttmottakene. Det er etablert nye organisasjonsformer, gjennomført økt trening i BEST og innføring av prioritering (triage) skjer ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø hvor det også er etablert observasjonspost og en egen akuttmedisinsk avdeling som har etablert eget pasientforløp for sepsispasienter jfr LEAN-prosjektet.

Lokalsykehusenes akutfunksjoner

Helse Nord har arbeidet med utredning av lokalsykehusstrategi i 2009 samt utredet regionalt traumesystem. Begge disse utredningene vil styrebehandles i løpet av 2010 og begge utredningene legger opp til funksjonsfordeling på områder innen både planlagt og akutt virksomhet. Nivådelingen i Intensivmedisin vil implementeres i 2010 etter at fagrådet i 2009 har utarbeidet faglige retningslinjer og funksjonsdelingsprinsipper.

Avtalespesialister

Det har i 2009 blitt opprettet to nye avtalehjemler for psykologspesialist (Bodø og Tromsø). I tillegg er det rekruttert en psykiater i 100 % hjemmel i Bodø med oppstart januar 2010 etter at den har stått ledig i flere år. Ledige avtalehjemler blir utlyst og tilsatt ved felles utlysning hver høst, for på den måten å opprettholde det totale tilbudet i regionen. Flere av avtalespesialistene har avtale om ambulerende i sine driftsavtaler, dette er med på å sikre at også pasienter i utkantene av regionen får et godt og forsvarlig tilbud.

Arbeidet med nye rammebetingelser for avtalespesialistene er ikke nasjonalt initiert i 2009, og Helse Nord har her forventet nasjonale føringer. Det vises for øvrig til oppdragsdokument for 2010 der Helse Nord er gitt et mer konkret oppdrag

Fødselsomsorg

I Helse Nord har fødestuen i Brønnøysund vært stengt i 4 uker i sommer bl.a. pga at det ikke var mulig å skaffe kompetente ferievikarer. Dette er den eneste fødeinstitusjonen i foretaksgruppen som måtte holde stengt i en periode i 2009.

Alle fødeinstitusjonene i foretaksgruppen leverer data til Medisinsk fødselsregister.

Studenthelsetjeneste

Det er inngått avtaler mellom Helse Nord RHF og samtlige studentsamskipnader i Nord-Norge. Det er bevilget og fordelt kr. 1 000 000 til tiltaket for 2009.

Psykisk helsevern

Tabellene viser aktivitetstall innrapportert fra helseforetakene.

Barne- og ungdomspsykiatri	2 008	2 009	endring 08-09
Antall polikliniske konsultasjoner	77 347	74 614	-3,5 %
Antall utskrevne pasienter	284	348	22,6 %
Antall liggedøgn	10 036	9 963	-0,7 %
Antall oppholdsdager	148	0	-100,0 %
Antall tiltak (inkl ikke refusjon)	122 309	120 123	-1,8 %

Voksenpsykiatri	2 008	2 009	endring 08-09
Antall polikliniske konsultasjoner	103 279	106 841	3,4 %
Antall utskrevne pasienter	5 797	6 079	4,9 %
Antall liggedøgn	125 713	124 672	-0,8 %
Antall oppholdsdager	7 980	8 039	0,7 %

Rusomsorg	2 008	2 009	endring 08-09
Antall utskrevne pasienter	733	825	12,6 %
Antall polikliniske konsultasjoner	10 853	12 194	12,4 %
Antall liggedøgn	43 368	56 599	30,5 %

Inkluderer aktivitet hos private institusjoner med driftsavtale.

Styringsvariabel:

- *Andel av tvangsinnlagte i psykisk helsevern skal reduseres.*

Helse Nord RHF har hatt fokus på å få ned andelen av tvangsinnlagte i psykisk helsevern. Det er kun NLSH HF og UNN HF som er godkjent for bruk av tvang med døgnopphold. NLSH HF har en marginal reduksjon fra 3. tertial 2008 til 2009, fra 17,9 % til 15,0 %, en nedgang på 2,9 %. UNN HF har en økning i andel tvangsinnlagte på 5,8 % i løpet av 2009.

NLSH HF har gjennomført et kompetanseprogram for ansatte, TERMA (terapeutisk møte med aggresjon), som skal trygge ansatte ift håndtering av aggresjon og som antas er medvirkende for reduksjon for bruk av tvang. UNN HF har et vedvarende fokus på bruk av tvungent psykisk helsevern. Dette tematiseres i dialogavtaler med sykehusledelse og avdelingsledere, og er gjenstand for oppfølging underveis i året. Det er i avtalene satt konkrete mål om reduksjon av så vel innleggelser og liggedøgn med tvungent psykisk helsevern og tvangsmiddelbruk.

Tiltak for oppfølging:

- *omstillingen av tjenestene – spisse sykehustjenester og utvikle DPSene*

Helse Nord RHF startet opp arbeidet med omstilling våren 2009, med besøk til alle 14 DPS-er. Det ble utarbeidet en felles rapport fra besøkene, med forslag til hvert helseforetak om forbedringsområder. I tillegg ble det foretatt sammenligning av kostnader og personellbruk ved DPS-ene. Kartleggingene ble lagt frem under en DPS konferanse på slutten av 2009. Arbeidet pågår og vil sees i sammenheng med resultat av arbeidet som er igangsatt i regi av Nasjonal Strategigruppe II psykisk helsevern og rusbehandling, ledet av Helse Nord RHF. Gruppen arbeider med arbeidsfordeling DPS-sykehus. I dette arbeidet inngår spissing av sykehusfunksjoner og videre utvikling av DPS-ene.

- *Helse Nord RHF skal i nært samarbeid Helsedirektoratet sørge for å videreutvikle og oppdatere profilen for de distriktpsikiatriske sentrene.*

Helse Nord RHF har deltatt i en nasjonal DPS konferanse, hvor det ble arbeidet i grupper med oppgaven.

- *Helse Nord RHF skal i årlig melding rapportere:*

- *Antall årsverk for psykiatere og psykologer i DPS per 10.000 innbygger*

Samlet psykiaterårsverk i DPS er 1,15 per 10 000 innbyggere i DPS (Samdata 2008)

Samlet psykologårsverk i DPS er 2,31 per 10 000 innbyggere i DPS (Samdata 2008)

- *Pst.vis fordeling av årsverk totalt mellom sykehus og DPS.*

Samlet fordeling årsverk totalt mellom sykehus og DPS i Helse Nord RHF viser tall fra Samdata 2008 at av det totale antall årsverk er 50 % knyttet til sykehus og 49 % til DPS.

- *Antall og andel pasienter over 18 år behandlet i henholdsvis sykehus og i DPS per 10.000 innbygger fordelt på døgninnleggelser, dagtilbud, poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste.*

Når det gjelder antall og andel pasienter over 18 år behandlet i henholdsvis sykehus og i DPS per 10.000 innbygger fordelt på døgninnleggelser, dagtilbud,

poliklinisk virksomhet og ambulant tjeneste har Helse Nord RHF ikke tall pr. 10 000 innbyggere, men vi har benyttet egne aktivitets tall. Antall liggedøgn er redusert med 0,8 % fra 2008 til 2009. Det finnes ikke tall for dagbehandling. Antall polikliniske konsultasjoner gikk opp med 4,9 % fra 2008 til 2009. Når det gjelder ambulant virksomhet, er det ikke mulig å ta ut tall for dette.

- *Antall barn og unge per 10 000 innbyggere under 18 år som har mottatt behandling fra ambulant tjeneste.*

Det er vanskelig å få gode og holdbare tall for ambulant virksomhet. UNN HF har registrert 75 personer som har mottatt behandling fra ambulant tjeneste. Øvrige HF har ikke rapportert.

- *Andel ikke planlagte reinnleggelser i akuttavdelinger innen 30 dager per 10 000 innbygger.*

Helse Nord RHF har ikke tall for antall ikke planlagte reinnleggelser i akuttavdelinger innen 30 dager pr. 10 000 innbyggere. Vårt pasientadministrative system ivaretar ikke denne type registreringer.

- *Rusmiddelproblemer hos pasienter som henvises til psykisk helsevern skal registreres, og det skal iverksettes tiltak for å sikre at disse pasientene får et helhetlig behandlingstilbud.*

Sintef Samdata Rapport 3/08 viser at av pasienter ved poliklinikkene har om lag 40 % av tilfellene ruslidelser som en bidiagnose. Pasientene får et helhetlig behandlingstilbud.

- Det legges til rette for at unge med tilbud innenfor psykisk helsevern for barn og unge kan få beholde sin behandler også etter fylte 18 år og inntil fylte 23 år. Dette gjøres så langt det er praktisk mulig.

- *Helse Nord RHF skal implementere Helsedirektoratets veileder for poliklinikkene i psykisk helsevern for barn og unge (IS – 1570).*

Det har vært arbeidet systematisk ved alle helseforetakene for å implementere veileder for poliklinikkene (IS-1570).

- *Helse Nord RHF skal iverksette tiltak for redusert og riktig bruk av tvang i psykisk helsevern, jf. bl.a. handlingsplan om redusert og kvalitetssikret bruk av tvang.*

Det arbeides kontinuerlig for å redusere bruk av tvang, både ved kompetansetiltak og bruk av dialogmøter.

- *Helse Nord RHF skal implementere Helsedirektoratets Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern (IS 1511).*

De nasjonale retningslinjene for forebygging av selvmord er implementert, ved møter og egne kompetansetiltak.

- *Helse Nord RHF skal sikre at Helsedirektoratets veileder om samarbeid med og oppfølging av pårørende innen psykiske helsetjenester (IS-1512) følges opp.*

I Helse Nord arbeides det kontinuerlig med å sikre samarbeid med og oppfølging av pårørende.

- *Helse Nord RHF skal finansiere og videreutvikle kompetanseprogrammet "kropp og selvfølelse" som et ledd i å styrke tilbudet til mennesker med spiseforstyrrelser.*

Helse Nord RHF bevilget kr. 1 000 000 for 2009, som er videreført i rammen til UNN

HF for 2010.

- *Helse Nord RHF skal sørge for gode og verdige transportordninger for psykisk syke, som bidrar til at bruken av tvang og av politi reduseres til et minimum.*
Helse Nord har fokus på å gi gode og verdige transportordninger for psykiske syke. Politi brukes i så liten grad som mulig, når spesialisthelsetjenesten rekvirerer politi, benyttes fortrinnsvis sivilkledde politifolk og sivil politibil. Vi har utfordringer knyttet til flytransport av psykisk syke, som benyttes i stor grad fra Finnmark til UNN Tromsø. Problemer oppstår ofte når man må vente på lufttransporten. Helse Nord arbeider for å finne løsninger på dette problemet.
- *Helse Nord RHF skal prøve ut en ordning med brukerstyrte plasser, dvs døgnplasser som i henhold til individuelle rettighetskontrakter innebærer at den enkelte bruker for en avgrenset innleggelsesperiode kan legge seg inn selv når vedkommende føler behov for det. Det vises til erfaringer fra Jæren DPS.*
UNN HF har med godt resultat innført 2 brukerstyrte senger.
- *... henvisninger til spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern bli koordinert, slik at pasienter slipper å henvende seg til flere tjenesteytere for å få hjelp. Konkrete driftsløsninger skal være iverksatt innen utgangen av april 2009.*
Det er utarbeidet rutiner og henvisningsrutiner, som er under kontinuerlig utvikling.
- *Helse Nord RHF skal iverksette tiltak som bidrar til flere pasienter fullfører behandling.*
Helse Nord er opptatt av at flere pasienter fullfører behandling. Dette gjøres bl.a. ved å utarbeide behandlingsplaner, samarbeide med pårørende og samarbeidspartnere.

Tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige (TSB)

Tiltak for oppfølging:

- *Helse Nord RHF skal øke kapasiteten innen TSB med særlig vekt på akuttbehandling, avrusning og ambulante team, samt styrke kapasiteten på legemiddelassistert rehabilitering (LAR).*

Helse Nord har økt kapasiteten ved å tilføre 17,4 millioner til TSB. Det er foretatt omstilling ved UNN HF, hvor rusbehandlingen er flyttet til Åsgård og dette har medført en økning på 8 døgnplasser. Helse Nord har i tillegg økt kjøp av plasser fra de private med 13 plasser, som tilsvarer en økning på om lag 20 millioner kroner.

Det pågår ombygging og nybygg ved Nordlandssykehuset HF og Helgelandssykehuset HF som vil gi 16 nye korttidsplasser/avrusningsplasser. Tilbudene vil stå ferdig i løpet av 2010.

Helse Nord har styrket tilbudet til LAR pasienter med kr. 9 367 000 i løpet 2009. Det foregår en prosess for å utarbeide et fleksibelt og sammenhengende LAR tilbud. Det har vært arbeidet med å rekruttere lege og psykolog til LAR ved NLSH HF, uten å lykkes.

Helse Nord har brukt 1 million kroner i kompetansetiltak i 2009, det er gitt utdanning innen kognitiv terapi og motiverende intervju. Utdanningene har hatt ca 300 deltagere. Tilbudet ble gitt til spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Antall leger/spesialister innen den offentlige TSB er:

Ved UNN HF, som har de fleste tiltakene har vi 3,4 leger og 2,4 spesialister. Nordlandssykehuset Salten DPS dekker spesialistbehovet ved ruspoliklinikken. Ved Finnmarksklinikken er det 0,6 overlege spesialist i psykiatri og 0,2 spesialist i allmenmedisin og samfunnsmedisin

Antall psykologer innen den offentlige TSB er:

UNN HF har 12 psykologer hvor av 3 er psykologspesialister. NLSH har ansatt 1 psykolog ved ruspoliklinikken. Finnmarksklinikken har ca.0,7 stilling som psykologspesialist (timebasert)

Antall årsverk innen den offentlige TSB er:

UNN HF har 153 årsverk, inklusive 1 forskerstilling.

- *... videreutvikle samarbeidstiltak mellom spesialisthelsetjenesten, kommunale tjenester og barnevern for gravide rusmiddelavhengige i LAR og annen tverrfaglig spesialisert behandling og etablere rutiner for registrering av slike tiltak. Antall barn som fødes av kvinner i LAR (jf. melding til medisinsk fødselsregister) og hva slags tilbud disse pasientene mottar skal rapporteres i årlig melding.*

Helse Nord har arbeidet med å videreutvikle samarbeidstiltak mellom nivåene i helsevesenet. Antall barn som ble født av kvinne i LAR var ett. Gravide som kommer til UNN til behandling får et helhetlig tilbud ved foretaket.

- *Helse Nord RHF skal sikre at alle pasienter som blir henvist til tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige også skal vurderes for sine behov for øvrige tjenester innen spesialisthelsetjenesten.*
UNN HF som har de fleste offentlige TSB tiltakene har ikke svart på om pasienter som blir henvist til TSB også får vurdert behov for øvrige spesialisthelsetjenester. NLSH HF vurderer behovet fortløpende. Helse Finnmark HF har ikke rapportert.
- *Helse Nord RHF skal iverksette tiltak som bidrar til flere pasienter fullfører behandling.*
Det arbeides fortløpende med å iverksette tiltak som skal bidra til at flere pasienter fullfører behandling, ved bl.a. utarbeide behandlingsplaner, ansvarsgruppemøter og samarbeid med kommuner og pårørende.
- *Helse Nord RHF skal sikre gode rutiner ved utskriving etter endt behandling eller ved behandlingsavbrudd slik at forholdene legges til rette for god oppfølging for kommunale tjenesteytere.*
Helse Nord arbeidet med rutiner for utskriving og oppfølging i kommunene etter endt behandling, ved å inngå samarbeidsavtaler, individuell plan og ansvarsgruppemøter
- *Helse Nord RHF skal i samarbeid med Kriminalomsorgen legge forholdene til rette for at innsatte som gis anledning til dette, kan sone etter §12 i straffegjennomføringsloven i institusjoner som tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengige.*
Samtlige døgninstitusjoner ved UNN HF har lang erfaring med å legge til rette for § 12 soning.
- *... sørge for at ambulansetjenesten som rykker ut overfor rusmiddelavhengige ved overdoser, i samarbeid med kommunale tjenester sikrer videre oppfølging etter nødvendig behandling på stedet.*

Ambulansetjenesten rykker ut til rusmiddelavhengige ved overdoser, og sikrer videre oppfølging. Det er ikke utarbeidet samarbeidsavtaler med kommuner.

- *Helse Nord RHF skal vurdere om kapasiteten på tvangsplasser innen rustjenesten etter § 6-2, 6-2a og 6-3 i lov om sosiale tjenester er tilstrekkelig og iverksette tiltak dersom det er behov for dette.*

Helse Nord ved UNN HF har gjennom omstilling gitt et mer fleksibelt tilbud innefor tvangsbehandling. Samtlige sengeavdelinger ved UNN har nå kompetanse og ressurser til å behandle på tvang, i forhold til tidligere hvor det kun var Nordlandsklinikken som var godkjent for tvang.

Barn som pårørende

Tiltak for oppfølging:

- *Helse Nord RHF skal iverksette tiltak for at barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade identifiseres. Pasientene eller omsorgspersonen bør informeres om barns generelle behov for støtte og oppfølging når foreldrene er syke, samt om andre hjelpetilbud. I samråd med pasienten eller omsorgsperson bør barnet tilbys relevant oppfølging, så som informasjon og vurdering av behov for helsehjelp.*

Helse Nord har arbeidet med å prøve ut en modell for oppfølging av barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre siden 2007. Det er ansatt egen prosjektleder for arbeidet. Prosjektet har endret profil til å hete ” *Barn som pårørende*” og omfatter alle barn av foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig sykdom. Det gis opplæring til barneansvarlige (jf forskrift), utvikling av modeller for samhandling mellomkommuner og spesialisthelsetjenesten med mer.

Rehabilitering og habilitering

Tiltak for oppfølging:

- *Helse Nord RHF skal rapportere om hvilke tiltak som er gjennomført og hva som er planlagt gjennomført i løpet av 2009 for å oppnå målene i den nasjonale strategien. Det bes spesielt om en redegjørelse om forskning, kompetansehevende tiltak og habiliteringstilbud til barn og unge med omfattende behov, herunder de med alvorlige hodeskader. Frist for denne rapporteringen settes til 1. juli 2009.*

Helse Nord RHF har rapportert slik forutsatt til HOD pr. 1.7.09 om oppfølging av Nasjonal strategi for rehabilitering herunder barn og unge med omfattende behov for behandlingstilbud etter alvorlige hodeskader.

Helse Nord har siden 2004 hatt en langsiktig satsing på å utvikle tjenestetilbudene i habilitering og rehabilitering, med regionale handlingsplaner for store kronikergrupper som har blitt fulgt opp gjennom øremerkede midler til prioriterte tiltak. Helseforetakene har også utarbeidet egne handlingsplaner i habilitering og rehabilitering. Flere av tiltakene har som mål å unngå eller redusere behovet for rehabilitering, for eksempel tidlig intervensjon av diabetespasienter og pasienter med inflammatoriske revmatiske lidelser. Tiltakene har vært finansiert gjennom økt tilskudd som har kommet i tillegg til de ordinære rammene til helseforetakene. Teknikken som har vært benyttet er å avsette en prosentandel av RHF-budsjettet til styrking av de prioriterte områdene, og fordele disse midlene på bakgrunn av overordnede prioriteringer som godkjennes av styret. Siden 2005 er disse fagområdene styrket med ca. 50 mill. kroner.

De viktigste tiltakene i *handlingsplan for geriatri* er å etablere et geriatrisk tilbud ved alle somatiske sykehus i regionen, med sengeplasser og poliklinisk tilbud. Foreløpig er det etablert geriatriske team ved lokalsykehusene i Sandnessjøen, Narvik, Harstad og Hammerfest, og tilbudene ved Nordlandssykehuset Bodø og Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø er også styrket. Et nytt geriatritilbud for samiske pasienter er etablert i Helse Finnmark i 2009. I budsjett 2010 er det avsatt midler til å starte etablering av geriatriteam i Klinikkkirkenes.

Handlingsplan for habilitering og rehabilitering ble godkjent av styret i Helse Nord RHF samtidig med geriatriplanen i november 2004. I oppfølgingen av handlingsplanen har det vært prioritert å styrke de spesialiserte rehabiliteringsavdelingene og ambulante habiliterings- og rehabiliteringsteamene i alle helseforetak. Etter at *Nasjonalt strategi for rehabilitering* kom, har Helse Nord også prioritert tiltak som sikrer rehabilitering for pasienter som ikke er innlagt i spesialiserte rehabiliteringsavdelinger. Helseforetakene samarbeider blant annet med de private rehabiliteringsinstitusjonene om prosjekter som skal tilby rehabiliteringstilbud til pasientgrupper som hittil har hatt mangelfullt utbygde rehabiliteringstilbud, for eksempel kreftpasienter.

Handlingsplan for diabetes, som ble vedtatt av styret i Helse Nord RHF i 2007, gjennomføres fullt ut i 2009 og 2010. Tiltakene innebærer blant annet at diabetesteam inngår som lokalsykehusfunksjon ved alle lokalsykehus i Helse Nord. Det skal være en diabetessykepleier som fast koordinator for teamene, og kontaktpunkt for pasientopplæringstiltak, samhandlingen med fastlege og kommunehelsetjeneste mv. Diabetesansvarlig lege i sykehusene skal inngå i diabetesteamene. Status ved utgangen av 2009 er at tiltakene med få unntak følges opp slik forutsatt. Kompetanseutvikling har vært høyt prioritert, blant annet har over 100 sykepleiere og andre faggrupper gjennomført en tverrfaglig 30-vekttalls utdanning i diabetes i regi av Høyskolen i Bodø deriblant deltagere fra mer enn 50 kommuner. Medisinsk avdeling i Bodø kan dokumentere en sterk økning av poliklinisk behandling og en like tydelig reduksjon i døgnopphold for diabetespasienter.

I *handlingsplan for revmatologi* (2007) er det vedtatt en struktur med spesialistpoliklinikk for diagnostikk og kontroll, tverrfaglig team, pasientskoler for de hyppigste tilstandene og dagenhet for pasientopplæring og for infusjon av de mest vanlige biologiske medikamenter i alle helseforetak. De inflammatoriske tilstandene skal prioriteres. Revmatologi er blant annet styrket med revmatologer i tre av helseforetakene, sykepleiere og forskningssekretær ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Dette for å stimulere til økt forskning, kompetanseutvikling og utdanning.

Gode pasientforløp er viktig for mange pasientgrupper og spesielt personer med kroniske sykdommer. Innen revmatologi er følgende etablert:

Det er etablert "egen" oppfølging og prioritert **nydiagnostiserte inflammatoriske revmatiske lidelser** for bedre pasientforløp. Dette ble mulig gjennom Kronikersatsingen og Revmaplanen.

- Nydiagnostiserte møter revmasykepleier til supplerende samtale etter legekonsultasjon. Dette skjer ved **NLSH og UNN Tromsø** i første omgang.
- Kvalitetssikring av informasjon (spesielt vedr medikamenter), støtte og tverrfaglig intervensjon/LMS/rehabilitering/brukermedvirkning-likemannsarbeid blir tilgjengelig for pasientene, samt kontakt etableres mellom pasient og revmatologisk avdeling.
- Aktuelle pasienter sikres systematisk og god oppfølging tidlig i sin sykdomsfase noe som fremmer mestring.

- Pasientene ringes opp etter ca 6 uker.
- All kontakt dokumenteres i Dips.
- Tilbakemeldingene fra pasientene er svært gode.
- Det åpnes også for personer med komplisert revmatisk sykdom. Behov for mer fokus på bedre samarbeid mellom henvisende lege og revmasykepleier.
- Evaluering av tilbudet er ønskelig fra vår side. (Kjenner ikke til lignende tilbud ellers i landet innen revma)

Helse Nord har etablert *lærings- og mestringssentre* (LMS) ved alle somatiske sykehus. Dette innebærer også at LMS-ene inngår i lokalsykehusfunksjonene i Helse Nord. Gjennom kronikersatsingen er det etablert et fagnettverk for LMS-ene som har en viktig funksjon for samarbeid og kompetanseutvikling. I 2009 har Helse Nord opprettet en regional fagutviklingsstilling for LMS-ene, knyttet til Nordlandssykehuset. LMS-ene er fortsatt små og sårbare enheter. Over 100 ansatte i foretakene har tatt en 15-vektalls etterutdanning i helsepedagogikk, som er utviklet ved Høyskolen i Bodø i samarbeid med lærings- og mestringssenteret ved Nordlandssykehuset HF. Dette har hatt stor betydning for å heve kompetansen generelt på helsepedagogikk i foretakene.

Helse Nord har flere tiltak som skal sikre likeverdige rehabiliteringstilbud for *samiske pasienter*. Blant annet er det i 2009 etablert et nytt geriatrisk tilbud for samiske pasienter ved Hammerfest sykehus. En ordning som sikrer tolketjeneste ved opphold på rehabiliteringsinstitusjonene er etablert, og Opptreningscenteret i Finnmark har en stor andel ansatte som snakker samisk. Lærings- og mestringssenter for samiske pasienter planlegges etablert i Karasjok.

Rekrutteringssituasjonen: De fagpersonene som arbeider i de avdelingene som er omfattet av kronikersatsingen har generelt fått gode muligheter til kompetanseutvikling og deltakelse i regionale fagnettverk. Mange fagpersoner har fått kompetansegivende utdanning i helsepedagogikk og diabetes. Det er grunn til å tro at dette har positiv innvirkning på rekrutteringssituasjonen, uten at vi kan dokumentere dette. Helse Nord driver egne utdanningsprogrammer for leger innen fysikalsk- og rehabiliteringsmedisin, geriatri og revmatologi. Rekrutteringssituasjonen er best for revmatologer, og p.t. vanskeligst i geriatri hvor det pr. november 2009 er fire utdanningskandidater. Utenom legesituasjonen er det blant annet behov for flere synspedagoger, ernæringsfysiologer og logoped.

Tjenestetilbudene gjennom *de private rehabiliteringsinstitusjonene* utgjør en stor andel av de samlede ressurser i habiliterings- og rehabiliteringstjenesten. Samlet budsjett for institusjonenes langsiktige avtaler med Helse Nord RHF er i 2010 ca. 158 mill. kroner. Institusjonene er svært forskjellige med hensyn til pasientgrupper, størrelse og bemanning. Valnesfjord Helsesportssenter har en landsdekkende funksjon sammen med Beitostølen, og er den eneste av institusjonene som har barn og unge som store pasientgrupper. Helse Nord RHF har lagt vekt på å tilrettelegge for et nært samarbeid mellom helseforetakene og rehabiliteringsinstitusjonene. Dette gjøres gjennom krav både til institusjonene og til helseforetakene. Institusjonene trekkes aktivt med i planprosesser og i fagnettverk i helseforetakene. Nåværende avtale med rehabiliteringsinstitusjonene ble inngått for 2007 og 2008, med mulighet for prolongering i 2009 og 2010. I forbindelse med ny avtaleinngåelse vil vi vurdere endringer i dimensjonering av de nåværende behandlingstilbudene, blant annet for å få rom til å etablere nye tilbud som etterspørres fra brukere og innsøkende instanser. Vi har høsten 2009 gjennomført en høringsprosess med kommunene, helseforetakene og brukerorganisasjonene. Utlysning av nye anbud gjennomføres første halvår 2010, slik at andre halvår kan benyttes til tilpasninger til ny avtale skal gjelde fra 1.1.2011.

- *Helse Nord RHF skal rapportere samarbeidsprosjekter som gjennomføres der både kommune(r) og helseforetak har inngått forpliktende samarbeid.*
Modellprosjektet "Helseparken", basert på et forpliktende samarbeid mellom Helgelandssykehuset Rana og Rana kommune er i full drift. I Mosjøen er samarbeidsprosjektet endret noe i samråd med kommunen ved at mottaksfunksjonen er slått sammen med intensivavdelingen i sykehuset.

- *Det er et mål at rehabilitering er en integrert del av behandlingen i alle kliniske avdelinger. Helse Nord RHF skal rapportere for hvilke pasientgrupper det er etablert pasientforløp hvor dette er ivarettatt.*

Konkret arbeides med to regionale pasientforløp, for traumatisk hjerneskade og MS. Det er etablert et regionalt nettverk for kreftrehabilitering.

Arbeidet med å styrke samarbeidet mellom rehabilitering og geriatri, og å styrke ambulant rehabilitering har også som siktemål å gi pasientene bedre tilpassede og sømløse rehabiliteringsforløp.

- *Helse Nord RHF skal styrke fokuset på habilitering av barn og unge. Viktigheten av tidlig intervensjon understrekes.*

I nasjonal handlingsplan for habilitering av barn og unge (Helsedirektoratet, 2009) framkommer at Helse Nord har lavest volum pr. innbygger på tjenesten. Helse Nord styrket habiliteringstjenesten i 2009 med en regional stilling som har særlig ansvar for planlegging av behov og dimensjonering av tjenesten. De ambulante funksjonene er også styrket i 2009.

- *I budsjettet for 2009 er det flyttet 158,5 mill. kroner til kjøp av tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner fra kap. 732, post 70 til kap. 732, post 75. Helse Nord RHF skal i 2009 kjøpe tjenester fra private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner som minst tilsvare dette beløpet*

Helse Nord RHF kjøper tjenester fra private rehabiliteringsinstitusjoner som tilsvare det beløpet som overføres gjennom statsbudsjettet. Det gjennomføres en anbudsprosess våren 2010 for nye avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner som vil gjelde fra 1.1.2011. Volum i avtalen er tilpasset forventet budsjetttramme i statsbudsjett for 2011.

- *Helse Nord RHF skal sørge for at rehabiliteringstilbudet til pasientene i regionen ikke svekkes som følge av LHLs salg av Elisabeth-senteret i Tromsø.*

Rehabiliteringstilbudet som finansieres fra Helse Nord ved Elisabeth-senteret i Tromsø er ikke svekket som følge av LHLs salg. Rehabiliteringstilbudet ved Elisabeth-senteret i Tromsø har omfattet et direkte samarbeid med Universitetssykehuset Nord-Norge HF om pasientopplæringstilbud. Samarbeidsavtalen med UNN er ikke berørt av LHLs salg.

- *De regionale helseforetakene fikk i samarbeid med Arbeids- og velferdsdirektoratet i oppgave å utarbeide en overordnet samarbeidsavtale mellom de to partene vedørende oppfølginga av rapporten "Å høre og bli hørt".*

Helse Nord RHF har deltatt i arbeidet med å få i stand en slik avtale. En samarbeidsavtale mellom de fire RHFene og Nav ble inngått i slutten av november 2009. Avtalen legger føringer for hvordan lokale rutiner og avtaler skal lages. Avtalen har blitt formidlet til helseforetakene i Helse Nord. Slutføring av den overordnede avtalen så sent på året har medført at det i liten grad har blitt inngått nye avtaler i helseforetakene. Dette er noe som Helse Nord RHF vil følge opp videre i 2010.

- *Helse Nord RHF skal legge til rette for at lærings- og mestringssentrene kan bli arena også for helhetlig høreapparatsformidling i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunene, NAV og brukerne.*
Helse Nord RHF har inngått avtaler om høreapparattilpasning med legespesialister. Dette ble gjennomført før 2009.

Nasjonale strategier på kreft, diabetes, KOLS, kvinnehelse, spesialisthelsetjeneste for eldre, tiltak innen smertebehandling mv

Tiltak for oppfølging:

- *Helse Nord RHF skal i samarbeid med de andre regionale helseforetakene ta i bruk elektronisk diabetesjournal i alle HF og videreføre arbeidet med veiledning rettet mot personer med eller som er i risikogruppen for å utvikle type 2-diabetes.*
Implementering av elektronisk diabetesjournal er forsinket. Så langt er det bare Universitetssykehuset i Stavanger og Nordlandssykehuset Bodø som har benyttet dette i utprøvningsfasen. Planen er å prøve ut systemet ved flere sykehus i Helse Nord løpet av våren 2010.
- *Helse Nord RHF skal utvikle og prøve ut nye modeller for lungerehabilitering, herunder utvikle dagtilbud for rehabilitering av personer med KOLS.*
Alle foretakene har pasientskoler og andre rehabiliteringstilbud for pasienter med lungesykdommer. En begrensende faktor er tilgang på lungeleger. Helse Nord vil i 2010 utarbeide en handlingsplan for lungemedisin.
- *Helse Nord RHF skal iverksette tiltak for å sikre at de seks fokusområdene i den nasjonale strategien for spesialisthelsetjenesten for eldre ivaretas.*
I 2009 startet arbeidet med revisjon av Helse Nord's handlingsplan for geriatri 2004-2010. Universitetssykehuset Nord-Norge HF startet høsten 2009 arbeidet med en handlingsplan for geriatri. Planarbeidene blir lagt til grunn for videre satsing, og følger opp fokusområdene i den nasjonale strategien for spesialisthelsetjeneste for eldre. Geriatri er høyt prioritert satsingsområde i Helse Nord og nært knyttet til strategiene for samhandling og lokalsykehusutvikling.
- *Helse Nord RHF skal arbeide for at Nasjonal strategi for forebygging og behandling av astma og allergisykdommer blir nådd.*
Helse Nord RHF har ikke full oversikt over hvordan den nasjonale strategien for astma- og allergisykdommer er fulgt opp i foretakene. Dette vil blant annet bli tatt opp i forbindelse med at vi skal gjennomføre en regional utredning for lungemedisin i 2010.
- *Helse Nord RHF skal følge opp handlingsplan mot kjønnslemlestelse 2008-2011 for å bidra til målet om at ingen jenter/kvinner skal bli kjønnslemlestet i Norge.*
Tiltaket er ikke fulgt opp.
- Helse Nord RHF krever at *en del forskningsprosjekter tar for seg kvinnehelse*, og vi hadde dette som et av de prioriterte områder i vår forskningsutlysning også i 2009.
- Helse Nord RHF har i liten grad iverksatt *tiltak for forebygging og behandling av barn og unge med sykkelig overvekt*. Helse Finnmark og Nordlandssykehuset har gjennomført kurs for primærhelsetjenesten med fokus på forebygging av sykkelig overvekt. Helse Nord RHF har sørget for at det er etablert protokoller for henvisning og diagnostisering samt oppfølging av pasientgruppen som iverksettes ved alle

lokalsykehus i 2010.

Lands- og flerregionale og overnasjonale funksjoner

På oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) har de regionale helseforetakene under ledelse av Helse Vest vurdert hvilke nasjonale tjenester, i form av landsfunksjoner, flerregionale funksjoner og nasjonale kompetansesentra det er behov for i et femårsperspektiv. Totalt er 180 tjenester vurdert; 87 eksisterende, 5 ulike oppdrag fra HOD og regionforetakene samt 88 nye søknader fra helseforetak.

For kompetansesentra for sjeldne og lite kjente diagnoser og funksjonshemninger er det behov for en mer omfattende prosess. Det er foreslått å videreføre et eget arbeid innen dette feltet der brukerne blir involvert.

Kriterier nedfelt i oppdragsbrevet fra HOD (datert 17.03.08) er lagt til grunn for arbeidet med forslag til etablering og avvikling av nasjonale tjenester. Det er utarbeidet resultatmål og forslag til sammensetting av referansegrupper knyttet til tjenestene samt et mandat for disse. Det er pekt på utfordringer knyttet til finansieringen av disse tjenestene. Et framtidig styringssystem for de nasjonale tjenestene bør, i tillegg til å forvalte en 5 års-plan, også kunne sikre mer dynamikk og styring som vil fange opp den medisinske og teknologiske utviklingen i spesialisthelsetjenesten. Det bør også vurderes å etablere en sekretariats- eller driftsfunksjon for oppfølgingen av tjenestene.

Anbefaling med en samlet plan for videreføring og etablering av 39 behandlingstjenester, 7 flerregionale tjenester og 40 kompetansetjenester ble sendt til HOD i desember 2009.

- *... volumet på cochleaimplantat operasjoner i tråd med nasjonale føringer. ... sikre god utnyttelse av samlet kapasitet slik at det samlede nasjonale målet om minimum 200 cochleaimplantat operasjoner nås.*
Helse Nord har inngått samarbeidsavtale med Helse Midt-Norge om Cochleaimplantatoperasjoner for voksne. Antall CI-operasjoner for voksne fra Helse Nord i 2009 er ikke tilgjengelig foreløpig. Tilsvarende tall for både 2008 og 2007 er 6 pasienter (pasienter er her satt lik "opphold"). Antall barn som CI-opereres er betydelig høyere, cirka 10 pasienter årlig.
- *Helse Nord RHF skal iverksette tiltak for å øke antall tilgjengelige organer og samarbeide med Nasjonal koordinator for organdonasjon i Helsedirektoratet.*
Det arbeides for å gjøre samarbeidet med lokalsykehus i Helse Nord tettere, og om mulig kunne øke antall donorer på den måten slik at potensielle donorer ved ikke-donorsykehus kan bli vurdert og evt. transportert til UNN. I møte med representant for HOD har UNN tatt opp spørsmål om å gjøre Narvik og evt. Hammerfest sykehus til donorsykehus, dette vil vurderes nærmere.
- *Helse Nord RHF skal legge til rette for at donoransvarlig lege kan utføre sine oppgaver i tråd med funksjonsbeskrivelsen.*
Nyoppnevnt donoransvarlig lege ved UNN har i startfasen ikke fått tilstrekkelig tid til sitt arbeid, jf at 20 % av legestillingen skal være donorrettet arbeid. UNN vurderer at dette vil bedres etterhvert.
- *Andelen levende giver av nyre (familiemedlem) skal opprettholdes på 40 pst. av det totale antall nyretransplantasjoner.*
Det vises til nasjonale tall, de regionale tall for levende giver av nyre er så små at de vil gi tilfeldige utslag for hvert år.

- *Virksomhet knyttet til donasjon av hornhinner skal organiseres adskilt fra annen organdonasjon.*
Minimum to leger og sykepleiere vil delta på NORODs donorkursdag i 2010.

Helsepersonells reservasjonsrett vedrørende assistert befruktning til lesbiske.

Helse Nord RHF legger til rette for at helsepersonell i enkelttilfeller kan fritas fra å utføre eller assistere ved assistert befruktning av samvittighetsgrunner.

Helse Nord RHF sørger for at en slik tilrettelegging ikke hindrer at par som oppfyller vilkårene, tilbys assistert befruktning. Dersom helsepersonell i enkelttilfeller fritas fra å utføre eller assistere ved assistert befruktning, sørger helseforetakene for at annet helsepersonell utfører eller assisterer ved behandlingen slik at pasienten får den helsehjelp vedkommende skal ha.

Beredskap og smittevern

Tiltak til oppfølging:

- *Helse Nord RHF skal videreutvikle/etablere samarbeidsformer med kommunene, og øvrige samarbeidsparter i egen og andre helseregioner, bl.a. om forebyggingsiltak på smittevernområdet, landsfunksjonen for behandling for behandling av pasienter utsatt for atom-, biologiske og kjemiske hendelser, om operativ samhandling og ressursdisponering ved kriser.*

Helse Nord har ansatt 2 hygienesykepleiere i et eget prosjekt som bistår kommunene i å styrke smittevernarbeidet. Helse Nord deltar i nasjonalt samarbeid om smittevern, bl.a deltakelse i 2 årlige møter som koordineres av Folkehelsa. Det er etablert samarbeid med landsfunksjon for NBC, men opplæring vil skje i 2010.

- *Helse Nord RHF skal forebygge antibiotikaresistens og sykehusinfeksjoner og iverksette tiltak i tråd med den nye nasjonale strategien som ble lansert våren 2008.*

Dette følges opp i alle helseforetak, der det er etablert et eget nettverk innen smittevern som samarbeider i oppfølgingen

- *Helse Nord RHF skal utarbeide konkrete mål for sitt smittearbeid og klarlegge personellbehovet.*

Helse Nord RHF har vedtatt regional plan for smittevernet, der mål, strategier og tiltak inngår.

- *Helse Nord RHF skal sørge for at helseforetaksgruppen oppdaterer, videreutvikler og øver sine beredskapsplaner, herunder planer for atomhendelser, biologiske hendelser (smittsomme sykdommer/pandemisk influensa) og kjemiske hendelser. Beredskapsplanene skal være i overensstemmelse med overordnede planverk.*

Det er vedtatt regional beredskapsplan og planer på i alle helseforetak. Alle planene for Pandemiberedskap ble revidert i 2009 i forbindelse med utbruddet av influensa A (H1N1)

- *Helse Nord RHF skal ha innarbeidet beredskapshensyn i tjenestens logistikk-systemer og leveranseavtaler slik at de regionale helseforetakene og helseforetakene sammen kan ivareta et samlet nasjonalt ansvar for forsyning av legemidler, materiell og andre kritiske innsatsfaktorer til spesialisthelsetjenesten i landet. Dette arbeidet skal utføres i nært samarbeid med Helsedirektoratet og*

Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Det regionale og nasjonale arbeidet på dette området er ikke slutført.

- *Helse Nord RHF skal med basis i risiko og sårbarhetsanalyser, gjennomført ved det enkelte helseforetak knyttet til kritisk infrastruktur, ferdigstille tiltak som sikrer at helseforetakene har sikre systemer for kritiske innsatsfaktorer – som IKT, vann- og strømforsyning.*

Dette er innarbeidet i helseforetakenes beredskapsplaner. Helse Nord IKT har utarbeidet egen beredskapsplan.

- *Helse Nord RHF skal i samarbeid med Helsedirektoratet implementere rutiner og prosedyrer for etablering og utsendelse av helseteam til innsats ved kriser i utlandet og bistå direktoratet med å utarbeide retningslinjer og prosedyrer for etablering og utsending av helsepersonell til Utenriksdepartementets utrykningsenhet (URE).*

Helsedirektoratet har utarbeidet retningslinjer og prosedyrer. Dette er fulgt opp av Helse Nord, der funksjonen er tillagt Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og Nordlandssykehuset (NLSH).

- *Helse Nord RHF skal, for å bidra til velfungerende norsk-russiske samarbeidsrelasjoner på helseområdet (for eksempel helseberedskap), legge til rette for samarbeidsprosjekter på relevante fagområder mellom helseforetak i regionen og russiske motparter.*

Det er underskrevet samarbeidsavtaler mellom Helse Nord RHF og Murmansk og Arkhangelsk fylker om samarbeid. Det er gjennomført flere konkrete samarbeidsprosjekter.

- *Helse Nord RHF skal delta i planlegging og gjennomføringen av øvelse Barents Rescue 2009.*

Helse Nord deltok med en ambulanse og et utrykningsteam. Erfaringene fra øvelsen er positive.

2.1.5 Utdanning av helsepersonell

Tiltak til oppfølging

- *Helse Nord RHF skal fordele tilskudd til mottak av turnusleger og turnusfysioterapeuter i sykehus og private opptreningsinstitusjoner med avtale med de regionale helseforetakene.*

Tilskuddene er fordelt etter antallet turnuskandidater og turnusfysioterapeuter i det enkelte helseforetak. Det er fordelt kr. 4,8 mill hvorav helseforetakene har fått 4,6 og 200000,- fordeles til private institusjoner.

- *Helse Nord RHF skal etablere riktig antall og kvalitativt gode praksisplasser for elever/lærlinger/studenter i grunnutdanning og turnuskandidater i turnustjeneste. Det skal rapporteres på antall etablerte praksisplasser for elever, lærlinger og studenter i grunnutdanning og turnuskandidater i turnustjeneste, herunder gjennomført tjeneste i psykisk helsevern.*

Helse Nord innfrir aktivitetskravene på praksisplasser. Antall lærlingeplasser etablert er:

Helse Finnmark HF

Ambulansefag: 5 kontrakter

Helsefag: 2 kontrakter
Styringsmål 4 kontrakter

UNN HF

Ambulansefag: 14 kontrakter
Helsefag: 1 kontrakt
Styringsmål 12 kontrakter

Nordlandssykehuset HF

Ambulansefag: 12 kontrakter
Styringsmål 12 kontrakter

Helgelandssykehuset HF

Ambulansefag: 4 kontrakter
Helsefag: 5 kontrakter
Styringsmål 6 kontrakter

Til sammen: 43 inngåtte kontrakter

Samlet styringsmål: 34 kontrakter ref. oppdragsdokumentene

Det er til sammen 141 turnusleger hvorav 25 er innen psykiatri i Helse Nord. Turnusfysioterapeuter i Helse Nord er 18.

- Helse Nord RHF har iverksatt tiltak for å bidra til *økt utdanning i rekrutteringsutsatte legespesialiteter*, gjennom egne utdanningsprogrammer innen psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri, fysikalsk medisin og rehabilitering, geriatri og revmatologi. I 2010 igangsettes et utdanningsprogram i gynekologi/obstetikk og i 2011 sannsynligvis i radiologi. I tillegg har vi et eget rekrutteringsprogram i Helse Finnmark. I 2009 hadde vi 21 antall utdanningskandidater i dette programmet.
- *Helse Nord RHF, skal i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene, sikre at det utdannes minst 10 geriater årlig. Det bes om en statusrapportering på området i forbindelse med 1. tertial.*

Helse Nord RHF har i samarbeid med øvrige regionale helseforetak under ledelse av Helse Sør-Øst, gjennomført en utredning for beregning av behovet for utdanning av nye geriater i Norge samt fordeling av ansvaret mellom de regionale helseforetakene. Utredningen konkluderte med at Helse Nord RHF skulle øke utdanningskapasiteten i geriatri med 2 stillinger i 2009. Disse er fordelt til UNN HF. Videre er det tildelt ytterligere en stilling til UNN HF i 2010. UNN har for tiden 5 LIS innen geriatri. Disse inngår i et eget regionalt utdanningsprogram innen geriatri i Helse Nord.

- Helse Nord RHF sikrer at *legenes stillingsstruktur til enhver tid er i tråd med opplysningene i Nasjonalt Råds database* ved systematisk og fortløpende å melde avvik. Vi har en fortløpende dialog med NR og med helseforetakene for å vedlikeholde NRbasen. Det er etablert en regional stillingsbank for å bedre styring av hjemlene, og for en optimal utnytting av de vakante hjemlene til beste for hele foretaksgruppen..
- *Helse Nord RHF skal, i samarbeid med fylkeskommunene, sørge for at det etableres et tilstrekkelig antall læreplasser innenfor helsefagutdanningen. Det skal rapporteres på antall læreplasser i ambulansefag utdanningen og helsefagarbeiderutdanningen i årlig melding.*

Foretakene har tatt inn lærlinger i henhold til måltall.

- Et nasjonalt system for *måling av ressursbruk til utdanning i helseforetakene* er diskutert i nasjonalt fagdirektørforum høsten 2009, og Helse Nord RHF vil bidra når arbeidet kommer i gang. Vi er kjent med at det ikke er kommet i gang ennå, og at HOD først skal ha en anbudsrunde på oppdraget, som RHFene deretter blir deltakere i. Helse Nord ønsker å delta med 1-2 personer i en arbeidsgruppe.

2.1.6 Forskning

Tiltak for oppfølging:

- En arbeidsgruppe med representanter fra de fire regionale helseforetakene, REK og NIFU STEP er under etablering og det tas sikte på å pilotere registreringssystemet i 2010 med tanke på full implementering fom. 2011, i tilknytning til det nye nasjonale dokumentasjonssystemet for forskning.
- Systemer som sikrer kvalitetssikring (good clinical practice) ved gjennomføring av kliniske studier er tatt opp i styringslinjen med HFene, og UNN HF har egen GCP-rådgiver. Det jobbes med utvikling av systemer særlig på UNN HF som er vår største forskningsenhet, og det er et aktivt samarbeid med andre universitetssykehus og helseforetak nasjonalt for å sikre gode rutiner og standarder.
- Helse Nord RHF i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene skulle innen 1. juni 2009 utarbeide en rapport som synliggjorde infrastruktur for gjennomføring av kliniske studier og utprøving av ny teknologi i helseforetakene (utprøvingseenheter, ”testbeds”, kliniske forskernettverk, støttesystemer mv).

Helse Midt-Norge ved forskningsleder Siv Mørkved har ledet arbeidet og det er innhentet dokumentasjon fra Helse Vest, Helse Nord og Helse Midt. Helse Sør-Øst har ikke samordnet den etterspurte dokumentasjonen og der er etter samtale med HOD gitt utsettelse på rapporten. Rapporten forventes å oversendes Helse - og omsorgsdepartementet innen 01.juni 2010.

- Helse Nord RHF rapporterer resultater og ressursbruk til forskning til NIFU STEP og vi bruker e-rapport systemet utviklet av Helse Vest for rapportering på pågående forskningsprosjekter, jf. <http://forskingsprosjekter.ihelse.net>. Vi bidrar også med kompetanse og ressurser i nasjonalt utviklingsarbeid med sikte på samordning og videreutvikling av nasjonale målesystemer.
- Helse Nord har rapportert på årlig publikasjonspoeng beregnet fra artikkelproduksjon og avlagte doktorgrader og avlagte doktorgrader totalt for foretaksgruppen (beregnet av NIFU STEP).
- Helse Nord har rapportert på årlig ressursbruk til forskning og utvikling totalt i foretaksgruppen, herunder andel til psykisk helse og rus (beregnet av NIFU STEP).
- *Andel prosjekter og andel tildelte midler til forskningsprosjekter mv i Helse Nord RHF på utvalgte prioriterte fagområder innen forskning mv*

Av forskningsprosjekter som har fått regionale midler primært i den åpne utlysningen for 2009, har vi følgende fordeling basert på egenrapportering fra prosjektene i eRapport:

120 prosjekter totalt, 1 innen rus, 10 innen psykisk helse, 4 innen habilitering/rehabilitering, 6 innen kvinnehelse, 5 på kreft, 1 på kols, 2 innen diabetes. Det understrekes at det store flertall (91 søknader som utgjør 76%) ikke har kategorisert sitt prosjekt innen noen av disse feltene. Vi påpeker at det kan være en feilkilde og et ikke helt riktig bilde som gis via eRapporten da det kan være prosjekter som har elementer av disse fagområdene men som ikke oppfatter sitt prosjekt som kun for eksempel et kvinneprosjekt. Eldreforskning er et fagområde som ikke registreres i eRapport, men vi har via våre forskningsprogram tildelt midler til minimum 4 prosjekter innen dette fagområdet.

Våre strategiske midler innen toppforskning, tematiske satsinger, infrastruktur m.m. er heller ikke omfattet av eRapport, og det kan også der ligge flere prosjekter som omfatter noen av områdene ovenfor.

Hentet fra E-rapport 2009

	Antall	Andel	Tildelte midler	Andel
Opptrappingsplanen for psykisk helse	10	8,33 %	4 904 500	8,98 %
Kvinnehelsestrategi	6	5,00 %	2 215 280	4,05 %
Nasjonal strategi for kreftområdet	5	4,17 %	2357500	4,31 %
Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering	4	3,33 %	2 327 000	4,26 %
Nasjonal strategi for diabetesområdet	2	1,67 %	765 215	1,40 %
Nasjonal KOLS-strategi	1	0,83 %	1 400 000	2,56 %
Opptrappingsplanen for rusfeltet	1	0,83 %	786 000	1,44 %
Ingen	91	75,83 %	39 888 544	73,00 %
Totalt	120	100,00 %	54 644 039	100,00 %

- *Det skal rapporteres på antall søknader, innvilgede prosjekter og tildelte midler fra Norges forskningsråd og EUs 7. Rammeprogram.*

UNN rapporterer om 5 prosjekter som hadde finansiering fra Norsk Forskningsråd (NFR) i 2009. Disse summerer seg til 2,59 mill kr (regnskaptall for forbruk i prosjektene). Helse Nord RHF har ikke fått oversikt over hvor mange søknader de hadde sendt totalt til NFR. I tillegg kommer NFR-bevilgning til Tromsø Telemedicine Laboratory som Senter for forskningsdrevet innovasjon (SFI). Her rapporteres at de har 9 prosjekter knyttet til SFI, med en samlet regnskapssum på kr 5,26 mill kr.

UNN har ett – 1 - prosjekt knyttet til EUs 7.rammeprogram, med et budsjett på 655 000 kr. Øvrige helseforetak har ingen.

Innovasjon

Tiltak til oppfølging:

- Helse Nord RHF jobber strategisk med innovasjon i det nasjonale koordineringsutvalget, og delegerer til UNN HF å jobbe direkte med å få fram flere OFU-kontrakter. Det brukes kompetanse både i RHF og på UNN til dette.

- *Det skal rapporteres på følgende i årlig melding:*

- *Antall OFU (evt IFU) kontrakter og tildelte midler fra Innovasjon Norge*
Helseforetakene har ikke en systematisk oversikt og ingen tall å rapportere
- *Antall FORNY (kommersialisering av FoU- resultater), BIP (brukerstyrte innovasjonsprosjekter) og KBM (kompetanseprosjekter med*

brukermedvirkning) prosjekter samt tildelte midler fra Norges forskningsråd til innovasjonsprosjekter

0

- *Antall registrerte oppfinnelser (DOFI)*

5 på UNN

- *Antall registrerte patenter*

0

- *Antall lisensavtaler*

0

- *Antall bedriftsetableringer*

1, som ble etablert i 2008, men innrapportert til Forskningsrådet for 2009

- Helse Nord RHF har stilt krav til alle som søkte regionale forskningsmidler i 2009 om at innovasjonspotensialet i prosjektene skulle beskrives. Innovasjonspotensialet vurderes sammen med øvrige sider ved søknaden. Dette er gjort i våre vitenskapelige komiteer. I 2010 vil vi jobbe videre med hvordan RHF/HF kan identifisere de gode innovasjonene og utnytte innsatsen best mulig.

2.1.7 Pasientopplæring

Tiltak til oppfølging:

- *Helse Nord RHF skal tilby opplæring i lærings- og mestringssentre eller andre deler av spesialisthelsetjenesten til de pasienter som har behov for det, herunder kronikere og pasienter med funksjonsnedsettelse.*

Tilbudene i lærings- og mestringssentrene til pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer er styrket i 2009. Kapasiteten i lærings- og mestringssentrene er styrket i 2009.

2.2 Krav i foretaksprotokoller

Rapporteringen følger strukturen på krav til omtale som gitt av vedlegg 1 til foretaksprotokoll fra januarmøtet. Andre krav til rapportering er lagt til i eget avsnitt.

2.2.1 Styring og oppfølging i 2009

Styringsinformasjon:

For å bedre styringsinformasjon og rapportering har Helse Nord RHF i 2009 funnet det nødvendig å forsere innføringen av ett regionalt Ledelses Informasjons System (LIS). Valg av systemleverandør SAS var gjennomført i 2006. Systemporteføljen har i perioden 2006-2008 vært i anvendelse i SKDE, men ikke utviklet for den samlede foretaksgruppen. I november 2009 ble utvidet løsning levert, med fokus på å bygge grunnmuren i et datavarehus med data for HR, Økonomi, Aktivitet (pasient) og DRG. Data fra datavarehuset er videre tilgjengeliggjort gjennom rapporter, analyseverktøy og målekort med styringsindikatorer. Målekort og rapporter er utviklet for foretaksgruppen, ned på klinikk/avdelingsnivå. Systemet er også utviklet med løsninger for tiltaksstyring bla ventetidsregistrering, automatisert ØBAK-generering, og Benchmarking.

Organisasjon og personal:

Nasjonale og regionale prioriteringer ivaretas ved *omstilling*. Foretaksgruppens hovedfokus i 2009 har vært den organisatoriske omstillingen og økonomistyringen. Helse Nord RHF er fornøyd med foretakets resultatutvikling og mener at utgangspunktet for virksomhetsstyring i 2010 er godt. Omstillingsarbeidet har skjedd i

nært samarbeid med vernetjenesten, de ansatte og deres organisasjoner jfr.Hovedavtalen og Arbeidsmiljøloven.

Det er igangsatt arbeid med HMS-strategi som vil slutføres høsten 2010.

Rekruttering og utdanning av nøkkelpersonell har hatt fokus i særlig grad innenfor utdanning av rekrutteringsutsatte fagområder slik som intensivsykepleiere og legespesialister innen kronikerfagene og psykisk helsevern.

Helse Nord har et langsiktig mål om at sykefraværet ikke skal overstige 7,5 %. Krav for 2009 var en nedgang på 1 prosentpoeng. På tross av at helseforetakene har iverksatt mange tiltak for å få ned sykefraværet har Helse Nord ikke nådd målet i 2009. Sykefraværet totalt sett i 2009 var 9,3%. Dette er samme nivå som i 2008.

Intern kontroll og risikostyring

Helse Nord har i hele 2009 jobbet med implementering av risikostyring. I 2009 ble det i sak 31-2009 *Retningslinjer for risikostyring i Helse Nord* vedtatt retningslinjer som ble overlevert helseforetakene i foretaksmøte. Det ble høsten 2009 foretatt en gjennomgang med ledergruppene i helseforetakene med bistand fra Deloitte som resulterte i en rapportering av administrerende direktørs vurdering av den overordnede risikoen i Helse Nord ved rapportering til HOD 2. tertial. I 2009 har risikostyring vært innført på ledelsesnivå i helseforetakene. I 2010 vil risikostyring videreimplementeres ned på klinikknivå. Her vil det være større frihet fra helseforetakenes side for hvilken form dette skal innta så lenge formålet med risikostyring ivaretas.

Helse Nord har et felles kvalitetssystem, DocMap, som inneholder dokumenter som er styrende for mål-, resultat- og risikostyring. Docmap er også Helse Nord felles system for melding om avvik og varsling om kritikkverdige forhold.

Helseforetakene har også i 2009 ansatt egne kontrollere for å bedre oppfølging av krav og risikostyring. Dette tiltaket gir håp om bedre kvalitet på rapportering og oppfølging i 2010.

Realistiske og konkrete omstillingstiltak

Omstillingstiltak har hatt en sentral stilling i rapportering fra og oppfølging av helseforetakene. Det har vært tema på alle oppfølgingsmøter som holdes mellom RHF og HF for å avsjekke fremdrift og behov for supplering av tiltak.

Disse møtene skjer i hovedsak hver måned. Det har i tillegg vært gjort vurderinger av tiltaksporteføljen i sak 4-2009 Budsjett – konsolidert, der foretakene ble pålagt å gjennomgå og vedta budsjetter på nytt, der tre av fire foretak ikke hadde tilstrekkelig med realiserbare tiltak for å møte resultatkravet. Foretakene ble pålagt å prioritere tiltak som bidrar til kostnadseffektiv og formåls effektiv drift på lang sikt fremfor tiltak med kortsiktig engangseffekter. I sak 56-2010 *Økonomirapport nr. 5-2009* ble Nordlandssykehuset på bakgrunn av prognose 2009 pålagt om å utarbeide ytterligere tiltak for å sikre økonomisk måloppnåelse.

Ingen omstillingstiltak i 2009 har innbefattet salg av eiendom og aksjer.

I planlegging og oppfølging av tiltak har det blitt lagt vekt på at tiltaket har en startdato, implementeringsdato, gjennomføringsansvarlig, risikovurdering og risikoreduserende

tiltak der gjennomføringsrisikoen oppleves som uakseptabel. Det har også vært gjort vurdering av om tiltakene har uakseptabel konsekvens for ansatte og pasienter.

Alle tiltak som er planlagt og vedtatt i helseforetakstyrene er drøftet med tillitsvalgte. Helseforetakene har oppfølging av tiltak internt som går ned på klinikkledernivå og avdelingsledernivå, avhengig av størrelsen på omstillingskrav og organisering. Det er på disse nivåene de aller fleste tiltakene planlegges. Det forutsettes at dette ivaretar kravet om at det skal tilrettelegges for medarbeiderinitierte omstillingstiltak.

Etablering av kompetansenettverk for bedre økonomisk styring og kontroll

Nettverk for økonomistyring er etablert med deltagere fra alle regioner og dette rapporterer til kollegiet av regionale økonomidirektører. Fokusområdet er delt i to områder, henholdsvis erfaringsoverføring og utviklingsoppgaver. I 2009 har det i tilknytning til erfaringsoverføring vært fokus på budsjett og omstilling. I tillegg har nettverket gjennomgått hva som skjer på analyseområdet i den enkelte region. Nettverket ser det som en viktig oppgave å få til erfaringsoverføring og samarbeid mellom økonomi- og analysemiljø i de regionale foretakene. I januar 2010 arrangerte nettverket derfor et nasjonalt seminar med fokus på analyse og virksomhetsstyring hvor det var bred deltagelse fra alle RHF.

Etablering av kompetansenettverk for bedre likviditetsstyring

De fire helseregionene har etablert kompetansenettverk for bedre likviditetsstyring. Kompetansenettverket har kartlagt og beskrevet prognosemodellene og likviditetsoppfølgingen i de enkelte regionene. Alle regionene benytter egne enkle prognosemodeller som lages i excel. Dagens enkle prognosemodeller gir tilstrekkelig presis informasjon om størrelse på og endringer i likviditet i regionene slik at ledelsen vet når det er behov for å sette i verk tiltak for å håndtere knapphet på likviditet.

Konklusjon: Det er ikke behov for å anskaffe og implementere avanserte likviditetsmodeller. Regionene utveksler erfaringer med sine respektive modeller.

Alle fire regionene har konsernkontoavtaler med en hovedbank. Dette gir god sentral og samlet oversikt over foretaksgruppens likviditet og innebærer i realiteten at det er morselskapet som eier og disponerer alle bankinnskudd. Alle regioner tar opp investeringslån i Norges Bank og låner dem ut til egne HF for å gjennomføre store investeringsprosjekt. Alle regioner viderefordeler investeringslån som rentebelastes. Men egenfinansierte investeringer håndteres ulikt i de enkelte regioner. Begrunnelsen for de ulike regimene er kort sagt slik:

Midt-Norge og Sør-Øst har et sentralt regime for godkjenning av alle investeringer, derfor fordeles rentekostnadene på alle HF.

Begrunnelsen for modellen i Vest og Nord er at alle kostnader og inntekter/besparelser som følger av en investering skal belastes/godskrives regnskapet i det HF investeringen gjennomføres.

Investeringer og kapitalforvaltning

Helse Nord RHF ruller nå sin investeringsplan. Rullering av investeringsplanen baserer seg på flere ulike premisser og forhold.

- Økonomisk bærekraft og tilgjengelig likviditet

- Statusvurderinger av medisinskteknisk utstyr, økt bruk av IKT
- Tilstand i bygg, herunder vurdere opprusting eller nybygg
- Statlige reformer, samhandlingsreformen
- Regionale planer, (lokalsykehusstrategi, traumebehandling, rusplan m..)

Fokus i fremtidig rullering av planene, vil vris fra bygningsmessige vurderinger til helsepolitiske føringer og utfordringer.

Låneopptak

Investeringslån stort kr 130 mill kroner er i sin helhet videreutlånt til Nordlandssykehuset HF til finansiering av ombygging og modernisering av sykehuset i Bodø. I tillegg har Helse Nord RHF gitt internt investeringslån for å finansiere prosjektet.

Ny inntektsfordeling, herunder gjestepasientoppgjør

Foretaksmøtet presiserte at Helse Nord RHF ikke skal bygge opp egne tilbud i konkurranse med eksisterende funksjoner og at justeringen for gjestepasienter derfor vil bli holdt på samme nivå i inntektsfordelingen i de kommende årene.

2.2.2 Organisatoriske krav og rammebetingelser for 2009

Utvikling av HR-området

Foretakene har gjennomført undersøkelser knyttet til arbeidstilsynets pålegg God Vakt. Videre ble det nedsatt en arbeidsgruppe høsten 2009 for videre arbeid med saken.

Gruppen skal gi sitt svar til Helse Nord- styret i juni 2010.

Helse Nord startet arbeidet med nytt ledelsesinformasjonssystem/ styringsportal i 2009. Dette vil i fremtiden bli et viktig verktøy for ledere på alle nivåer til å ha god oversikt over situasjonen i egen avdeling. Dette vil også gi et bedre rapporteringsgrunnlag.

Helse Nord vil i løpet av 2010 implementere GAT (arbeidstidsplanlegging) for alle yrkesgrupper ved alle foretak. Gjennom aktivt bruk av GAT vil man ha felles registrering og oppfølging av arbeidstid og fravær.

Helsepersonell - et mangfoldig arbeidsliv

Det skal utarbeides en strategisk kompetanseplan i Helse Nord. Kompetanse er den viktigste innsatsfaktoren i Helse Nord, og mulighetene til å nå mål avhenger direkte av i hvilken grad vi klarer å skaffe, videreutvikle og mobilisere nødvendig kompetanse. Helse Nord skal gjennom systematiske, kontinuerlige og profesjonelle prosesser sikre god kompetanse hos medarbeidere og ledere. Ved utlysning av ledige stillinger oppfordres både personer med ulik kulturell bakgrunn, personer med minoritetsbakgrunn og med samisk bakgrunn til at søke for å sikre et mangfoldig arbeidsliv.

Reduksjon i uønskede deltidstillinger

Helse Nord RHF har i styresak 26-2010/4 redegjort for "Ufrivillig deltid – Tiltak i helseforetakene etter kartlegging". Av styresaken fremgår det at alle foretakene har gjennomført kartlegging av ufrivillig deltid. Det er i noe varierende grad iverksatt tiltak ved foretakene for å få til en reduksjon i uønskede deltidstillinger. Ett tiltak er innlegging av alle stillinger i stillingsbank. Her har alle de ansatte tilgang. Det vurderes også en registrering av alle som har deltidstillinger her, slik at ledere kan søke etter

personer med ønsket kompetanse. Bestemmelsene i Arbeidsmiljølovens § 14-3 skal sikre at deltidsansatte gis fortrinnsrett. Dette innarbeides i interne rutiner for tilsetting. Opplæring av og kommunikasjon med ledere prioriteres, men også informasjon til ansatte om deres rettigheter.

Foretakene har i 2009 hatt økt fokus på ufrivillig deltid. Fra desember 2008 til desember 2009 har antall deltidsstillinger totalt i Helse Nord hatt en nedgang på 0,1 %. Antall heltidsstillinger har i samme periode hatt en økning på 0,1 %. Antall deltidsstillinger i Helse Finnmark utgjør p. t 25,3 % av totalt antall stillinger. Dette er en økning på 2,3 % fra desember 2008. Andelen deltidsstillinger ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF utgjør p. t 27,6 %. Dette er en nedgang på 1,1 % fra desember 2008. Andelen deltidsstillinger ved Nordlandssykehuset HF utgjør p.t 38,5 %. Dette er en nedgang på 0,5 % fra desember 2008. Andelen deltidsstillinger ved Helgelandssykehuset HF utgjør p. t 39,2 %. Dette er en økning på 2,3 % fra desember 2008.

2.2.3 Oppfølging av juridisk rammeverk

Stiftelser og legater

Helse Nord RHF har oppdatert tidligere kartlegginger av helseforetakenes engasjement i stiftelser og legater samt forholdet mellom oppretter og mottaker. Rapport om resultatet av kartleggingen og videre oppfølging er sendt HOD innen 1.oktober 2009.

For Universitetssykehuset Nord Norge HF er det iverksatt en gjennomgang av legater i samarbeid med Lotteri- og stiftelsestilsynet, for å avklare legatenes rettslige status. Lotteri- og stiftelsestilsynets vurderinger avventes. Nordlandssykehuset har et legat, og arbeidet med å sikre at dette er i samsvar med stiftelsesloven og konsernbestemmelsene for foretakenes forhold til slike er igangsatt, herunder revisjon. De øvrige helseforetakene er ikke engasjert i stiftelser og legater.

Til tak for å bedre kvaliteten i anskaffelsesprosessene

Helse Nord RHF har i samarbeid med de øvrige regionale helseforetakene, under ledelse av Helse Vest RHF, utredet og vurdert etablering av en nasjonal kompetanseenhet for offentlige anskaffelser, med utgangspunkt i Helseforetakenes Innkjøpsservice AS (HINAS). Utredningen med vurderinger og anbefalinger, er oversendt fra Helse Vest RHF til Helse- og omsorgsdepartementet den 20.januar 2010.

2.2.4 Utvikling av IKT-området

- *sikkerhetsarbeidet knyttet til IKT*

Helse Nord RHF viser til den løpende tilbakemeldingen som er gitt til Helse- og Omsorgsdepartementet senest i brev dater 12.5.2009. Helseforetakene i Helse Nord hadde som rapportert tidligere, en systematisk svakhet ved at det ikke var gjennomført Risiko og sårbarhetsanalyser i tråd med lover og forskrifter. Saken ble vurdert til å ha en slik alvorlig karakter at styret i Helse Nord RHF vedtok i sak 66-2009 at det skulle gjennomføres foretaksmøte med de aktuelle helseforetak. I foretaksmøtene fikk helseforetakene frist til 15. Februar 2010 for å lukke avviket. Helseforetakene har senere rapportert at ROS analyser nå er gjennomført innenfor de områdene som helseforetakene har definert som viktigst. Avvik er identifisert i prosessen og behandles nå som en del av helseforetakets normale styringssystem for informasjonssikkerhet.

Informasjonssikkerhetsforum i Helse Nord (som består av de informasjonssikkerhetsansvarlige ved Helseforetakene) utarbeider nå en egen eLæringsmodul for informasjonssikkerhet. Modulen vurderes benyttet ovenfor alle ansatte som skal ha tilgang til sensitiv informasjon. Det arbeides i tillegg med å knytte denne eLæringsmodulen til tilgangskontrollsystemene i helseforetakene slik at nye medarbeidere ikke vil få tilgang til journalsystemer før eLæring er gjennomført.

Det vil fortsatt eksistere noen svakheter innfor området, men Helse Nord RHF arbeider kontinuerlig sammen med helseforetakene for å lukke disse.

Krav til meldingsformater

Helse Nord deltar aktivt i arbeidet med ”meldingsløftet”. I Nord-Norge er infrastrukturen knyttet til samhandlingsarkitekturen etablert både ved helseforetakene samt opp mot 90% av legekantorene. Imidlertid er ikke de elektroniske meldingene som sendes mellom aktørene i tråd med kravet (KITH XML). Helse Nord har avsatt investeringsmidler for å gjennomføre nødvendige kjøp av oppgraderinger av meldinger, men juridiske vurderinger har vist at Helse Nord må gjennomføre anskaffelsesprosesser før reelle kjøp blir gjennomført. Disse prosessene avsluttes høsten 2010 og det forventes derfor at realisering av ambisjonene i programdirektivet ”Nasjonalt meldingsløft 2008-2010” skal kunne oppfylles. Vi tar imidlertid et forbehold om det evt viser seg at anskaffelsesprosessene skulle konkludere med at regionen må innføre systemløsninger fra andre leverandører.

Helse Nord RHF har arbeidet aktivt mot DIPS AS som leverandør av integrasjon mot adresseregisteret. Dessverre har leveransene trukket ut i tid. Helse Nord er nå i en anskaffelsesprosess på EPJ/PAS system og har i denne prosessen kravspesifisert integrasjon mot adresseregisteret. Dette gjøres for å legge press på leverandørmarkedet for å levere denne funksjonaliteten.

Elektroniske resepter

Det vises til det felles brev som ble avsendt av Helse Sør/Øst på vegne av de fire regionale helseforetak den 03.09.2009. Som beskrevet i brevet er det realistisk at ambisjonen om 60% andel elektroniske resepter nås først i 2012/2013. Helse Nord RHF's planer er implementering av eReseptprosjektet i 2011. Vi har pågående en anskaffelsesprosess av kliniske systemer som krever at denne prosessen fullføres før kjøp kan gjennomføres mot systemleverandører. Helse Nord RHF opplever at det eksisterer en tett og god dialog med eReseptprosjektet for å sikre en så raskt og hensiktsmessig implementering som mulig. Innføring av eResept i 2011 er synliggjort ovenfor direktørene i helseforetakene i budsjettprosessen for 2010, og Helse Nord RHF vil avsette nødvendige investeringsmidler for regionen for å realisere Helse- og omsorgsdepartementets bestilling.

Elektronisk meldeordning – redusere feil og uønskede hendelser

Nordlandssykehuset er valgt ut av Helse Nord RHF til å delta i et utviklingsprosjekt sammen med Statens Helsetilsyn i Nordland for utvikling av elektronisk meldeordning. Elektroniske meldinger sendes nå på forsøksbasis mellom Nordlandssykehuset og Statens Helsetilsyn i Nordland. Helse Nord RHF har fortsatt ett gjenstående utviklingsarbeid ovenfor vår leverandør av kvalitetssystem (DocMap) for å sikre en fullverdig elektrisk arbeidsflyt vedrørende disse meldingene. Løsningen vil først bli

implementert ved de andre helseforetakene i regionen når nødvendig utviklingsarbeid er gjennomført samt testet av partene.

Automatisk oversendelse av frikort – overtakelse av pasientreiser

De regionale helseforetakene har i fellesskap bidratt aktivt i arbeidet med overtagelse av ansvaret for reiseplanlegging, informasjon og enkeltoppgjør for pasientreiser. De regionale helseforetakene har i denne sammenheng deltatt i arbeid initiert av Helsedirektoratet, samtidig som en i regionene har arbeidet med implementering av reformen. Dette arbeidet har vært organisert gjennom egne regionale prosjekter.

Helse Sør-Øst er vertskap for virksomheten lokalisert til Skien og har stilt til disposisjon styreleder for den nasjonale enheten for pasientreiser som er organisert gjennom et ANS.

2.2.5 Oppfølging av miljøpolitikken

Arbeidet med de nasjonale miljø- og klimamålene er etablert som et samarbeidsprosjekt mellom de fire regionale helseforetakene og med deltakelse i prosjektgruppa fra alle RHFene samt utvalgte helseforetak. I tillegg er de tillitsvalgte og vernetjenesten representert i prosjektgruppa. Prosjektet er ledet av Helse Vest og rapporterer framdriften av arbeidet periodisk til RHF AD-møtet som er styringsgruppe. Prosjektgruppa har satt ned et delprosjekt for innkjøp og det er utarbeidet et særskilt mandat for dette arbeidet.

Miljø- og klimaforumet med representanter fra helseforetakene er etablert innen fristen som var satt og så langt har det blitt avvirket 3 samlinger. Prosjektgruppa utarbeider sakliste til samlingene der de tema som blir satt på dagsorden har sammenheng med de tema prosjektgruppa arbeider med i miljø- og klimaprojektet.

Prosjektgruppa har nå et hovedfokus på spørsmålet om en bør tilrå at helseforetakene blir miljøsertifiserte og gruppa skal avlevere rapport om dette til Helse- og omsorgsdepartementet innen 1. juni 2010.

2.2.6 Landsverneplan for helsesektoren – kulturhistoriske eiendommer

Foretaksmøtet 28. januar 2009 ba Helse Nord RHF etablere nødvendig kulturminnevernkompetanse og sørge for at sektorens landsverneplan er alminnelig kjent og foreslåtte forskriftsvern overholdes.

I samsvar med vedtakene i de regionale styrene er det under etablering et faglig nettverk ledet av Helse Sør-Øst RHF og med en representant fra hver av helseregionene. Med bistand fra en person med kulturminnefaglig kompetanse kan nettverket

- gi råd til HF-ene i forbindelse med utarbeidelse av forvaltningsplaner, gjennomføring av tiltak på vernede objekter og vedlikehold samt kjøp av tjenester knyttet til nevnte områder.
- gi råd til RHF-ene i forbindelse med behandling av forvaltningsplaner og byggetiltak/avvik og salg som forutsettes forelagt RHF-et og eventuelt Riksantikvaren/ Helse- og omsorgsdepartementet.
- ivareta kompetanseutvikling på RHF-/HF-nivå.
- drifte databasen.

Koordineringsgruppen oversendte Helse- og omsorgsdepartementet Landsverneplan helse 18.06.2008. Ved oversendelse av planen pekte Koordineringsgruppen på at enkelte forhold måtte avklares nærmere i dialog mellom helseforetak, Riksantikvaren og Helse- og omsorgsdepartementet. Drøftingene har pågått hele 2009 og Koordineringsgruppens medlemmer har deltatt i disse innenfor sitt foretaksområde og lederen i de fleste. Forøvrig har Koordineringsgruppen drøftet det videre arbeidet med forvaltning av verneverdige bygg, herunder organiseringen av arbeidet - behov for kulturminnefaglig kompetanse og fagnettverk.

Meldingsrutinene i forbindelse med bygg og anlegg på verneplanen er kommunisert til helseforetakene og koordineringsgruppens medlemmer følger opp innenfor sitt foretaksområde.

Landsverneplanen Helse og et betydelig billedarkiv bygget opp i forbindelse med landsverneplanen, er under overføring fra Forsvarsbygg, som hadde ansvaret for utarbeidelse av landsverneplanen. Det tas sikte på at en også samler forvaltningsplanene for de ulike verneobjektene i den felles databasen.

Sektorens landsverneplan er gjort kjent for HFene og publikum både ved distribuering av foreslåtte utkast til plan, i interne møter og ved informasjon på internett (Helse Nord Nytt);

<http://www.helse-nord.no/helse-nord-nytt/freder-sykehusbygg-article63904-1526.html>

Foreslåtte forskriftsvern følges opp av HFene. Helse Nord RHF har i 2009 vært noe avventende til videre konkretisering av planene og har ikke iverksatt arbeidet med forvaltningsplaner. Dette har sammenheng med at forskrift ikke er ferdig behandlet.

2.2.7 Organisering av parkeringstilbudet ved sykehusene

Alle helseforetakene er bedt om å opprette et partssammensatt parkeringsutvalg. Saken har vært diskutert i foretakene, men det er ikke opprettet slike parkeringsutvalg. Helse Nord vil gi en evaluering av parkeringstilbudet i 2010 og gi tilbakemelding i årlig melding for 2010.

2.2.8 Mobil digital røntgentjeneste

Helse Nord har vurdert tilbud om mobil digital røntgentjeneste for sykehjemspasienter og kommet fram til at det pga. de store avstandene i Nordland, Troms og Finnmark ikke vil være økonomisk og arbeidsmiljømessig lønnsomt å benytte seg av mobil digital røntgentjeneste.

2.2.9 Andre krav

Rapportering av nøkkeltall

- Det er i mai 2009 gjennomført regional konferanse med fokus på registrering av aktivitet innen psykisk helsevern for voksne og barn- og unge. I januar 2009 ble det gjennomført en regional konferanse for private og offentlige behandlingsinstitusjoner innen rusomsorg med deltakelse fra NPR med flere.

Helseforetakene er bevilget øremerket tilskudd til tiltak for bedring av registreringer og datakvalitet og det er gjennomført kursing internt i helseforetakene.

Helse Nord RHF har fremdeles utfordringer på området og det vil gjennomføres ny regional samling våren 2010. Det vil gjøres ytterligere tiltak for å sikre komplett rapportering i 2010. Alle helseforetakene er ved utgangen av 2009 godkjent for xml-format innen somatisk innsatsstyrt finansiering.

- Helse Nord RHF har i brev av 3. juli 2009 orientert Norsk Pasientregister om forsinkelser vedrørende rapportering av FMDS skade og TSB melding. For å oppfylle forskriftene vedrørende rapportering (FMDS og TSB) er helseforetakene avhengig av å kjøpe konkrete moduler fra DIPS AS for registrering. Basert på juridiske vurderinger vil ikke disse kjøpene bli gjennomført før Helse Nord har gjennomført en ny EPJ/PAS anskaffelsesprosess.

Helseforetakene i Helse Nord vil derfor ikke kunne oppfylle kravene til registrering før tidligst etter høsten 2010 under forutsetning av samme leverandør velges videre.

Samordnet kommunikasjon

Helse Midt-Norge og Helse Nord har tatt i bruk nasjonalt rammeverk for web. Det er etablert felles løsninger i hver region for publisering for web. Evaluering av rammeverket er iverksatt. Helse Vest og Helse Sør-Øst har samarbeidet om felles anskaffelse av publiseringsløsning og har iverksatt arbeid for å tilpasse seg det nasjonale rammeverket.

Alle regionene deltar i nasjonalt kommunikasjonsnettverk og har etablert eget informasjonsnettverk mellom helseforetak i egen region.

Nasjonalt kvalitetssikringsprogram i stråleterapi (KVIST)

Helse Nord har deltatt i arbeidsgruppe for utarbeidelse av nasjonale anbefalinger for strålebehandling av gynekologisk kreft ved en fysiker og en onkolog fra UNN HF.

Poliklinisk radiologi; kartlegging og informasjon

Helse Nord har arbeidet for å gjøre en kartlegging av sin totale radiologiske aktivitet. Det har på denne bakgrunn blitt initiert et prosjekt med prosjektleder ved Nordlandssykehuset. På grunn av betydelige datatekniske problemer har det tatt lengre tid enn forutsatt å få en ferdig database for hele regionen som kan analyseres med bruk av dataverktøyet Qlickview. Først ved årskiftet 2009/2010 har det lyktes å ha den totale database operativ for analyse. Databasen inneholder nå 3,5 mill undersøkelser som er under analysering med utgangspunkt i en spesifikk forskningsprotokoll. Arbeidet vil først bli ferdigstilt over sommeren 2010.

Parallelt med dette arbeidet er de undersøkelsene som er gjort innen området for samisk språkløst trukket ut for sammenlikning mot en kontrollgruppe bestående av kystkommuner i Nord Norge. Dette for å analysere om disse kommunene får et tilbud om radiologiske undersøkelser som er likeverdig med kontrollkommunene

- *avtaler med private røntgeninstitutt*

Helse Nord RHF har ikke inngått nye avtaler i 2009. I gjeldene avtale med privat røntgeninstitutt ligger følgende:

5.1 Henvisning

Henvisning kan skje fra primærlege, privatpraktiserende legespesialist/legespesialist i private sykehus eller legespesialist ved offentlige helseforetak.

Belastning for pasienten ved reiser til TMRS skal minimaliseres ved at ev. flere undersøkelser søkes lagt sammen.

TMRS skal prioritere pasienter henvist fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF og andre helseforetak i regionen på lik linje med pasienter henvist fra andre legespesialister og primærlege.

TMRS skal sende rapport om resultatet av undersøkelsen til henvisende lege, samt anbefaling av evt. videre behandling og oppfølging.

I gjeldene avtale med privat institutt ligger:

§ 11 Informasjonsplikt

Klinikken skal informere pasienten og henvisende lege om forventet ventetid for undersøkelse. Pasienten skal videre informeres om undersøkelsens art, mulige komplikasjoner og forventet resultat

Alle HFene har informasjon om diagnoser og sykdommer, behandlingstilbud, brosjyrer, pasientrettigheter, LMS, brukermedvirkning, fritt sykehusvalg og ventetider med mer. liggende på sine hjemmesider som er linket til ”Fritt sykehusvalg”

Kostnader per pasient (KPP)

Universitetssykehuset Nord-Norge HF deltar i det nasjonale arbeidet med Kostnader per pasient.

3. PLANDOKUMENT

Plan og meldingsprosessen er fra 2009 lagt noe om fra tidligere år. Målsettingen med endringen var at alle de viktigste plan- og ramme sakene skulle behandles av styret 18. november. Helse Nord-styret behandlet derfor plandelen av Årlig melding for 2009 denne dato, mens meldingsdelen av Årlig melding og Regnskap 2009 blir behandlet i styret 26. mars 2010. Plandokumentet skal rulleres årlig, jf. oppdragsdokumentet fra HOD.

Rullering av planen er gjort med utgangspunkt i vedtatt plan for 2009-2012. Helseforetakene har kommet med innspill på ønskede justeringer i planen. Det er bedt om at HF-ene styrebehandler innspillene før de oversendes til Helse Nord RHF.

Planen prioriterer de viktigste områder for innsats og har fokus på de regionale og nasjonale satsningsområdene. Følgende områder prioriteres i planperioden 2010-2013:

- Videreutvikle gode lokale, differensierte og desentraliserte helsetjenester
- Fortsatt styrke samhandlingen med primær helse- og sosialtjenesten, og utvikle helhetlige behandlingsforløp
- Styrke tverrfaglig spesialisert behandling til rusmiddelmisbrukere, psykisk helsevern og kronikeromsorg.

Som ledd i styrkingen av kronikeromsorgen skal en ha utarbeidet konkrete mål for økning av innsatsen overfor lungesyke, pasienter med behov for nyreerstattende behandling og pasienter med sykkelig overvekt i løpet av 2010 og tiltakene innarbeides i Rulleringen av planen for 2011 – 2014.

3.1 Utviklingstrender og rammebetingelser

Medisinsk kunnskap og teknologi er i kontinuerlig utvikling. Det skjer stadig endringer i behandlingstilbudet, bl.a. som følge av digitalisering, genteknologi, nye medikamenter og teknikker. Behandlingsmetodene blir mer avanserte, men også mer skånsomme og effektive, slik at flere pasienter kan behandles, oftere uten innleggelse. Likeledes fører økt fokus på forebygging og tidlig intervensjon til at flere får behandling. Noen trekk som preger utviklingen:

- Kreftsykdommer fortsetter å øke betydelig. Antallet som lever med kreft øker.
- Nye tilfeller av hjertesykdommer ser ut til å stabiliseres eller gå litt ned i alle aldersgrupper. Antallet som lever med hjertesykdommer vil imidlertid øke, men neppe mer enn befolkningsutviklingen.
- Perifere karsykdommer viser en relativ økning både for nye tilfeller og antall som lever med slike sykdommer. Økningen er i første rekke knyttet til pasienter med diabetes type II.
- Astma, allergi og luftveissykdommer vil øke mer enn befolkningsutviklingen tilsier.
- Sykdommer knyttet til fedme og overvekt, som diabetes, artrose, hypertoni m.v. vil øke kraftig pga endrede vaner innen kosthold og fysisk aktivitet.
- Problemer knyttet til nye infeksjonssykdommer, forårsaket av multiresistente mikroorganismer, forventes å øke.
- Psykososiale problemer knyttet til sosial ustabilitet, svakere sosiale nettverk og sosiale ulikheter, og som bidrar til mer helseproblemer og dårligere livskvalitet for utsatte grupper, ser ut til å øke.
- For enkelte grupper preges sykdomsbildet i større grad av skader som følge av vold, rusmiddelmisbruk og psykiske lidelser.
- Antall unge mennesker med depresjoner, selvmord- og selvskadingsproblematikk, samt antall mennesker med rus- og alvorlige psykiske lidelser, øker
- Alvorlige adferdsforstyrrelser og ADHD-problematikk viser økning blant barn og unge.

Dagens pasienter stiller krav til informasjon, medbestemmelse, kvalitet og valgfrihet, og har f.eks. rett til nødvendig helsehjelp, fritt sykehusvalg og individuell plan. I tillegg endres også befolkningens opplevelse av lidelser og plager. Sammen med flere muligheter til å avdekke og behandle sykdom og helsetilstand, vil dette både skape økte forventninger til helsevesenet og gi større behov for helsetjenester. Dette krever kontinuerlig omstilling, utvikling og prioritering innen og mellom tjenestetilbudene.

3.1.1 Utviklingen innenfor opptaksområdet

Befolkningstallet i regionen er nokså stabilt, men det skjer fortsatt en relativ befolkningsvekst i byer og en gradvis nedgang i befolkningen i små kommuner. Relativ andel eldre vil øke i årene fremover. Hovedutfordringen fremover er å tilpasse tjenestetilbudene til behov som følger av endring i befolkningssammensetning. Tilbudene er fortsatt mangelfulle overfor eldre og mennesker med kroniske og sammensatte lidelser. Det samme gjelder overfor personer med sykkelig overvekt, psykiske lidelser, rusmiddelavhengighet, og ME. For å løse utfordringene er det

nødvendig å styrke samhandlingen internt i spesialisthelsetjenesten og med helse- og sosialtjenestene i kommunene. Helsefremmende tiltak og forebygging må også vektlegges. Partnerskapsavtale mellom fylkeskommunene og Helse Nord er et godt grunnlag.

Landsdelen har generelt et svært høyt antall asylsøkere/plasser i forhold til befolkning. Generelt vet vi at med dagens flyktingemønster, med vesentlig asylsøkere fra Afrikas Horn (Eritrea, Etiopia og Somalia) og fra Afghanistan, er det en svært stor andel som har vært i kontakt med tuberkulose. Dette medfører økt antall søknader til lungeavdelingene ved sykehusene våre og utredning som er lovpålagt, er svært ressurskrevende. En regner i dag at mellom 35 % og 50 % av alle flyktinger som ankommer Norge må følges opp av spesialisthelsetjenesten. Planen bør ved framtidige rullinger ta høyde for disse forhold.

3.1.2 Økonomiske rammeforutsetninger

Når plan 2010-2013 ble behandlet i høst var det identifisert et avvik på 150 mill kr fra styrets resultatkrav og et avvik på 50 mill kr fra HODs resultatkrav for 2009. Regnskapet for 2010 endte opp i et overskudd på knapt 100 mill kroner, i tråd med styrets krav. Dette gir Helse Nord RHF et bedre utgangspunkt enn tidligere estimert og styrker likviditet og mulighet til å investere. Helseforetakene skal også i 2010 gjennomføre en rekke tiltak som skal medvirke til bedre styring og budsjettmessig balanse. Realisering av vedtatt resultatkrav i 2010 kan bety strukturelle omlegginger av tjenestetilbudet. Målsettingen om relativt større vekst innen psykisk helsevern og rusomsorg i forhold til somatisk virksomhet skal innfris. Det er en utfordring for helseforetakene å ivareta dette kravet, og samtidig ivareta kravet om budsjettmessig balanse og bedre økonomisk styring.

Risikobildet for økonomisk måloppnåelse i 2010 er delt. Helse Nord RHF har stilt krav om at helseforetakene skal levere komplette og konsekvensutredete tiltaksplaner for å realisere resultatkravet for 2010. Per januar har helseforetakene planer på plass, men foretakene har fremmet forslag til tiltaksplaner som muliggjør realisering av resultatkrav. Resultatutviklingen i 2009 er i samsvar med Helse Nord styrets krav, investeringsplanen kan derfor gjennomføres.

3.1.3 Personell og kompetanse

Helse Nord arbeider med vurderinger og gjennomganger av utdanningsbehovet i forhold til de utfordringer helsetjenestene står overfor i framtida. Dette inkluderer også behovet for spesialister. Den strategiske kompetanseplanen er under utvikling. Det vi ser i dag er at foretaksgruppen vil ha stort behov for intensivsykepleiere i mange år framover og det vil være nødvendig med kompetanseprogram for helsepersonell i intermediære enheter som FAM, DMSene og lokalsykehusene generelt innen akuttmedisin for å møte et framtidig bortfall av generelle kirurger og evt anestesileger. Kompetanseoverføring til primærhelsetjenesten står sentralt i samhandlingsreformen.

Nasjonal rapport om organisering av alvorlig skadde pasienter stiller store krav til kompetansebygging, som trinnvis vil bli forsøkt oppfylt gjennom regionalt traumesystem, som skal behandles av styret i februar-10.

Helse Nord har også en aktiv rekruttering og utdanningspolicy i forhold til legespesialister og vi har iverksatt utdanningsprogrammer innen de fleste rekrutteringsutsatte spesialiteter.

3.1.4 Bygningskapital – status og utfordringer

Realkapitalen i bygg- og anlegg har fortsatt et etterslep på vedlikehold og oppgradering. Styret i Helse Nord RHF har vedtatt en strategi med fornying av realkapitalen og innhenting av etterslepet på vedlikehold ved en ambisiøs investeringsplan.

Investeringsplanen baseres på at en stor del av investeringsmidlene nyttes til fornying av bygg og anlegg ved større strategiske prosjekter ved sykehusene i Bodø, Vesterålen (Stokmarknes), Narvik, Kirkenes og Hammerfest foruten utbygginger ved UNN (A-fløy og pasienthotell). Forutsetningen for at strategien skal lykkes vil være budsjettbalanse ved foretakene, økte effektiviseringskrav, langsiktige lån til strategiske prosjekt og god prosjektstyring.

3.2 Det regionale helseforetakets strategier og planer

Helse Nord's vedtatte strategiske mål er:

- At tilbudene i Helse Nord har en kvalitet av god internasjonal standard
- At det i Helse Nord skal etableres en evaluerende kultur basert på kunnskap om ”beste praksis” og dokumentasjon av egen virksomhet
- Å videreføre en betydelig desentralisering av høyvolumtjenester
- Å eliminere uverdige ventetider
- Å utdanne og rekruttere nok helsepersonell til å dekke landsdelens behov
- Å stabilisere fagmiljøene gjennom gode og utviklende arbeidsmiljø
- Å satse på forskning for å sikre rekruttering, kvalitet på tjenestene og en fagkritisk evaluerende kultur.
- At pasientene i Helse Nord skal møte et mest mulig sømløst helsevesen uten unødige omveier, forsinkelser eller barrierer mellom leddene i behandlingsskjeden
- En optimal samordning av tjenester og fleksibel utnyttelse av ressurser og kompetanse på tvers av nivåer og foretaksgrenser, til beste for befolkningen
- At Helse Nord skal bli ledende i landet på å ta i bruk informasjonsteknologi som verktøy for å bedre tilgjengelighet og arbeidsflyt, samarbeid og effektivitet
- Å organisere spesialisthelsetjenesten i Helse Nord på en kostnadseffektiv måte, samtidig som de kombinerte krav til kvalitet og tilgjengelighet og utdanning ivaretas
- At Helse Nord skal utvikle seg til en regional institusjon med en tydelig nordnorsk profil, gjennom medvirkning fra pasienter, pårørende og ansatte, og gjennom bred mobilisering av landsdelens befolkning.
- Å styrke samhandlingen med primærhelsetjenesten.

For å bygge opp kapasitet og kompetanse til å følge opp disse målene har Helse Nord vedtatt handlingsplaner og strategier for en rekke sentrale fagområder: psykisk helse, geriatri, rehabilitering/habilitering, revmatologi, diabetes, rusomsorg, intensivmedisin, barnemedisin, samhandling/desentralisering, plan for avtalespesialister (desentralisering og ambulering) og regional forskningsstrategi. Samlet sett gir disse planene god oversikt over nødvendige tiltak for å styrke tilbudet til de store pasientgruppene i Helse Nord. De stemmer også godt overens med målene i Nasjonal helseplan.

I forhold til sykdomsutviklingen innenfor pasientgruppene som omfattes av kronikersatsingen i Helse Nord vil det være nødvendig med en økt innsats innen fagområdet lungesykdommer. Nordland har Norges laveste dekning av lungeleger med

<50% av anbefalt normtall og også i Troms og Finmark ligger dekningsgraden av leger <50% av normtall. Allerede i dag er det et betydelig antall garantibrudd for behandling. En svært stor andel av våre nye landsmenn og kvinner ved flyktingemottak/asylmottakene har vært i kontakt med tuberkulose. Dette medfører økt antall søknader til lungeavdelingene ved sykehusene våre. En regner i dag at mellom 35 og 50 % av alle flyktinger som ankommer Norge må følges opp av spesialisthelsetjenesten. Planen bør ved framtidige rullinger ta høyde for disse forhold.

I 2010 vil styret få framlagt en samlet lokalsykehusstrategi for Helse Nord. Planen vil inneholde tiltak for helhetlige behandlingsforløp og kvalitetsutvikling som vil sikre bedre tjenester for viktige pasientgrupper. Lokalsykehusstrategien kan ses som en overbygning over alle planer som styret har vedtatt de siste årene.

Helse Nord ser arbeidet med prioritering og kvalitetsforbedring i sammenheng. Riktig prioritering og bruk av kunnskapsbaserte retningslinjer og prosedyrer for behandling er våre viktigste virkemidler for å oppnå likeverdig behandling av høy kvalitet. Fagmiljøene skal lære av egne erfaringer gjennom bruk av kvalitetsregistre og klinisk forskning som fokuserer på behandlingsresultat.

Det er inngått avtaler med fylkeskommunene om samarbeid for å styrke folkehelsen. Som ledd i styrking av helsesamarbeidet i nordområdene er det inngått overordnet avtale med Arkhangelsk fylke tilsvarende som med Murmansk fylke i 2006.

3.2.1 Kort om de enkelte planene.

Videre utvikling av psykisk helsevern

Den regionale Tiltaksplan for psykisk helsevern 2005-2015 ble vedtatt av styret i juni 2005. Planen beskriver utfordringene Helse Nord står overfor i forhold til styrking og videreutvikling av det psykiske helsevernet utover opptrappingsplanen.

Prinsippet om desentralisering og nærhet til befolkningen står fast. Kravet om differensierte og likeverdige behandlingstilbud forutsetter bedre samordning og formalisert samarbeid mellom behandlingssenheter og -nivå. Hovedutfordringen er å justere kursen for utviklingen av DPS-ene og få på plass en klar definert oppgave- og ansvarsdeling mellom DPS og akuttpostene. Vedvarende overbelegg ved akuttpostene i Bodø og Tromsø tilsier at det fortsatt er behov for å styrke behandlingstilbudet ved DPS-ene. Bedre samordning vil kunne bidra til å redusere presset på akuttpostene og dermed også på ventetidene, men styrking av akuttavdelingene i Tromsø kan også bli aktuelt.

Rekrutteringsprosjektene for voksen- og barne- og ungdomspsykiatere videreføres som permanente tiltak, og det ble i 2008 etablert liknende utdanningstilbud i klinisk barne- og ungdomspsykologi.

Alle DPS skal i planperioden ha etablert tverrfaglige, ambulerende team med tilgang til lege- og psykologspesialist. Dette er et viktig behandlingstilbud til pasienter som av ulike årsaker ikke kan møte til poliklinisk behandling, og styrker ettervern og oppfølging av pasienter over tid. Gjennom tidlig intervensjon, råd og veiledning til fastleger og kommunale tjenester kan teamene bidra til å forebygge innleggelse.

Krav om omstilling, økt effektivitet og samhandling stiller store krav til lederne. Helse Nord RHF vil derfor satse på utvikling av lederrollen innen psykisk helse. Brukernes erfaringer og kompetanse utgjør et viktig supplement til spesialisthelsetjenestens faglige kompetanse. En prøveordning med å ansette medarbeidere i psykisk helsevern er i gang.

Rusomsorg - handlingsplan

Styret i Helse Nord RHF vedtok i 2007 regional handlingsplan for rusomsorg. Planen forutsetter at tilbudet til rusmiddelmissbrukere må styrkes kapasitetsmessig på noen områder, og at tjenestene må differensieres og organiseres bedre for å ivareta krav til kvalitet i tjenestene. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) skal integreres i de øvrige tjenestene. På kort sikt har økte ressurser blitt brukt til å sikre tilbud til pasienter med behov for innleggelse i institusjon. Fremover skal det vurderes endringer i struktur for å integrere tilbudene i større grad i den øvrige spesialisttjenesten. Det skal utvikles lokalbaserte alternativer til dagens institusjonstilbud. De tjenester som er for dårlig utbygd i dag er polikliniske tjenester og korttids døgntilbud for krisehjelp og utredning i helseforetakene. Det er også behov for en betydelig satsing i å styrke kunnskapsgrunnlaget og kompetanseutviklingen i tjenestene.

Utviklingen fremover skal skje innenfor de rammer og forutsetninger som legges til grunn i den nasjonale opptrappingsplanen.

Handlingsplan for geriatri

Ifølge handlingsplanen skal det ved hvert sykehus (medisinsk avdeling) avsettes minimum 8 til 10 senger samlet til geriatri- og slagbehandling. Konkret antall senger avhenger av sykehusets størrelse. Dette skal være en felles enhet med fast personale på dagtid. Å bygge opp kompetanse og å skape en felles behandlings- og rehabiliteringsfilosofi er avgjørende for pasientenes muligheter til å gjenvinne helse og kontroll med sine liv. Ergoterapeut og fysioterapeut som er tilknyttet geriatrik team må ha det som en del av sin arbeidsoppgave å betjene sengeenheten. Det vil være naturlig at geriater eller indremedisiner med spesiell interesse for geriatri leder disse kombinerte slag- og geriatrienhetene. Pasientene bør mottas i den akutte fasen og gis mulighet til lengre opphold enn det som er gjennomsnitt for medisinsk avdeling for øvrig.

Handlingsplan for habilitering/rehabilitering

De spesialiserte tjenestene innen habilitering og rehabilitering har en stor målgruppe som omfatter en rekke diagnoser og funksjonsutfall. Et bærende prinsipp er at alle pasientgrupper skal ha et basishabiliterings/rehabiliteringstilbud i eget helseforetak.

- LMS-tilbud skal være tilgjengelig for alle pasientgrupper
- ambulante tjenestetilbud i habilitering og rehabilitering skal styrkes i alle HFene

For slagpasienter er det god dokumentasjon på at tett oppfølging i hjemmesituasjonen med mobilt slagteam gir færre reinnleggelser, bedret resultat i form av færre dødsfall og bedret funksjon. Det skal være gode slagenheter ved alle sykehus som tar imot akutte hjerneslagpasienter. Rehabilitering etter slag skal ivaretas ved alle HF, ved de ovenfor nevnte avdelinger og nye nasjonale retningslinjer for akuttbehandling av slagpasienter skal følges ved alle enhetene.

Handlingsplan for diabetes

Alle lokalsykehus skal ha diabetesteam som skal bestå av minimum fast ansatt diabetesansvarlig overlege og diabetessykepleier. Teamet skal være ansvarlig for samhandlingsrutiner mellom 1. og 2. linjetjenesten. Helse Nord styre har vedtatt at handlingsplanen skal gjennomføres i 2009 og 2010. Helseforetakene har fått midler i

2009 til bl.a. å sørge for at det er ansatt diabetessykepleiere ved alle lokalsykehus i 2009. Gjennomføring av handlingsplanen har høy prioritet.

Samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten er helt nødvendig i diabetesomsorgen ettersom en stor del av de vanlige kontrollene både for personer med type 1- og type 2-diabetes, må skje i regi av fastlegen. Samarbeidet med lokale FYSAK-sentraler er godt. Disse tar imot høyrisikopersoner etter henvisning fra fastlegene.

Handlingsplan for revmatologi

Tilbud som ifølge handlingsplanen bør finnes i alle helseforetak er:

- spesialistpoliklinikk for diagnostikk og kontroll
- tverrfaglige team i de sykehus hvor det allerede er et revmatologisk fagmiljø
- pasientskoler for de hyppigst forekommende tilstander
- dagenhet for pasientopplæring og for infusjon av de mest vanlige biologiske medikamenter

Pasientskoler i samarbeid med lærings- og mestringssentrene må finnes for de hyppigst forekommende tilstander: artrose, bløtdelsrevmatisme, RA, Bekhterev og PsA.

Sengeavdelingene i landsdelen må prioritere diagnostikk, utredning og behandling av de inflammatoriske tilstander. De mest sjeldne tilstander bør alle få en vurdering ved UNN. 5-dagers posten i Rana bør konsentrere seg om diagnostikk og behandling av de hyppigst forekommende sykdommer. Det må nedsettes arbeidsgrupper for å lage felles maler for hele regionen, både for inflammatoriske og ikke-inflammatoriske tilstander.

Hovedandel av trening/rehabilitering av pasienter med artrose og bløtdelsrevmatisme bør foregå i primærhelsetjenesten. Kommunale tilbud bør omfatte FYSAK-tilbud og inkludere private fysioterapeuter. Rehabiliteringsinstitusjonene må styrke tilbudet for pasienter med revmatisk sykdom.

Handlingsplan for folkehelsearbeid

Oppfølging av samarbeidsavtalen om folkehelsearbeid med de tre nordnorske fylkeskommunene er et sentralt element i handlingsplanen. Styret avsatte 1 mill. kroner til oppfølging av planen i budsjett 2009. Det er en nær sammenheng mellom tiltakene i handlingsplan for folkehelsearbeid og handlingsplan for diabetes.

Et tiltak som har klar relevans for lokalsykehussatsingen er å styrke samhandlingen mellom Fysak-sentralene og lærings- og mestringssentrene, diabetesteam og kliniske ernæringsfysiologer for personer med overvektproblematikk, jf også handlingsplan for diabetes.

Forekomsten av overvekt og fedme er økende blant barn og voksne i Norge. Fedme medfører økt risiko for å utvikle bl.a. diabetes, hjerte- og karsykdommer, søvnapne og belastningsslidelse. Sterkt nedsatt livskvalitet, depresjon og uførhet er vanlig blant pasienter med sykkelig overvekt. Det regionale senteret for behandling av sykkelig overvekt bør fortsatt bidra til å standardisere behandling og oppfølging. En avgjørende faktor for å lykkes er at oppfølging og kontroller gjøres lokalt nær pasientens hjemsted. Det sentrale regionale senter ved Nordlandssykehuset Bodø skal bygge opp kunnskap og erfaring som igjen overføres til de sekundære enhetene, lokalsykehusene og primærhelsetjenesten, der fastlegene er viktige ressurspersoner jfr. reviderte nasjonale faglige retningslinjer for behandling av sykkelig overvekt.

Kreftbehandling

Nasjonalt strategi for kreftområdet gir en overordnet referanseramme for satsingen i de regionale helseforetakene, med målsetninger og tiltak innen forebygging, diagnostikk, behandling, rehabilitering og forskning. Det er fortsatt for lav kapasitet innen lindrende kreftbehandling og smertebehandling. Optimalisering og kvalitetssikring ved bruk av stråling ved diagnostisk radiologi og strålebehandling skal ivaretas både ovenfor pasienter og helsepersonell. Nye medikamentelle behandlingsmetoder utvikles innenfor en rekke kreftsykdommer. Helse Nord vil bidra til at det nasjonalt bygges opp systemer for dokumentasjon og metodevurdering som sikrer kvaliteten av behandling og behandlingsresultat.

Intensivmedisin

Handlingsplan for intensivmedisin ble vedtatt høsten 2008. Utredningen viser at intensivkapasiteten i Helse Nord samlet sett er god nok, men fagutviklingen har ført til at de fleste pasientene nå behandles ved Universitetssykehuset Nord-Norge og Nordlandssykehuset Bodø. De fleste intensivsengene ved mindre sykehus fungerer som overvåkingssenger som ikke representerer reell kapasitet for intensivbehandling. Planen konkluderer med at det er behov for en økning av kapasiteten ved Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og Nordlandssykehuset Bodø, og at det skal etableres en nivådeling i landsdelen i forhold til intensiv/overvåkingstilbudet ved sykehusene. Fagråd i intensivmedisin utreder faglige retningslinjer, protokoller og rutiner for samhandling mellom enhetene og overføring av pasienter mellom nivåene, slik at planen kan iverksettes fra 2010. Budsjettet ved UNN ble styrket i 2009 for å starte opptrapping av kapasiteten til 10 senger ved intensivheten der. Den videre opptrapping til 15 senger ved UNN Tromsø og 10 senger ved NLSH Bodø må fases inn i planperioden.

Barnemedisin

Styret i Helse Nord behandlet tjenestetilbudet til barn i Helse Nord i mai 2008. Planen inneholder en rekke forslag til framtidige tiltak for å bedre kvalitet og organisering av behandlingen av barn i regionen. En del av forslagene kan gjennomføres med små- eller ingen nye ressurser mens andre vil kreve tilførsel av friske midler.

Konkrete tiltak for å bedre samarbeidet mellom barneavdelingene i Helse Nord og mellom barneavdelingene og lokalsykehusene for øvrig er skissert samt en rekke tiltak som skal bidra til å øke kvaliteten på helsetilbudet til barn i Nord-Norge. Blant disse er faglige retningslinjer for behandling av barn i regionen og krav til hvordan systemansvar skal ivaretas der det ikke er barnelege på institusjonen og barn er innlagt i avdeling. Dette gjelder både nyfødte barn som ligger i en fødeavdeling/fødestue på lokalsykehus, og barn innlagt i barnestuer.

Medisinske prosedyrer for barsel-/nyfødtmedisin skal være i henhold til den til enhver tid gjeldende Metodebok i Nyfødtmedisin, fra UNN HF, og det skal gjennomføres regelmessig trening i resuscitering av nyfødte.

Smittevern og beredskap

Regionalt kompetansesenter for smittevern (KORSN) skal prioritere utvikling av felles informasjonssystemer og kompetanseutvikling i regionen. Det er etablert et faglig nettverk mellom helseforetakene innen smittevern. Insidensregistrering av postoperative sårinfeksjoner ble startet i 2007. Den regionale smittevernplanen ble revidert i 2007 og vedtatt av styret i februar 2008. Regionalt tuberkulosekontrollprogram ble revidert og vedtatt i 2008. I 2009 startes et prosjekt for å styrke kompetanse i smittevern i kommunene og styrke samhandlingen mellom sykehus og kommuner. Styrking av bemanning og kompetanse (sykepleiere og leger) og økt isolatkapasitet er prioriterte tiltak i årene som kommer. Arbeidet med å sikre lager og forsyning av kritiske legemidler og materiell videreføres.

Ny influensa A (H1N1) har medført revisjon av pandemiplaner og smittevernplaner i alle helseforetakene i 2009. Pandemiberedskapen er satt på prøve og evt. erfaringer fra årets pandemi som viser svakheter ved planverket må innarbeides i framtidige revisjoner av planene.

Ortopedi

Helse Nord RHF har vedtatt at ansvaret for ortopedisk kirurgi skal lokaliseres til ett sykehus i hvert helseforetak, og at spesialisert ortopedisk beredskap skal være tilgjengelig kun ved disse sykehusene. Det er en forutsetning at det etableres rutiner som sikrer at vanlige og mindre alvorlige ortopediske skader som ikke krever umiddelbar kirurgisk behandling fortsatt håndteres ved lokalsykehusene. En rekke lavvolumtjenester er sentralisert til UNN og Nordlandssykehuset for å styrke kvaliteten på tjenestene.

Laboratoriemedisin

Helse Nord RHF utreder struktur og arbeidsfordeling for laboratoriemedisin og blodbankvirksomhet. Det er i utgangspunktet klart at alle lokalsykehus må ha laboratorievirksomhet og at driften må være døgkontinuerlig, men utviklingen går i retning av flere automatiserte analyser og standardisering av prøveoppsettet. Dette gjør at virksomheten blir mindre arealkrevende enn tidligere. Sykehus med tilpassede akutfunksjoner vil sannsynligvis ikke ha behov for komplett blodbankfunksjon.

Fødselsomsorg

Stortingsmelding 12 (2008 – 2009): ” En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg.” ble behandlet i helse- og sosialkomiteen i Stortinget i juni 2009. Regjeringen foreslår i meldingen at de regionale helseforetakene, sammen med berørte kommuner, pålegges å utarbeide en flerårig helhetlig og lokalt tilpasset plan for fødetilbudet i regionen. Denne skal også omfatte svangerskaps- og barselomsorg. Planen skal sikre kapasitet i forhold til fødselstall og være i samsvar med utvikling av akuttilbud ved lokalsykehus. De fødende skal sikres et desentralisert, differensiert og forutsigbart fødetilbud, også i høytider og ferier. Planen skal omfatte rekruttering og plassering av utdanningsstillinger for spesialister i fødselshjelp. Helse Nord har allerede et desentralisert og differensiert fødselstilbud, men vi må utvikle en regional plan i samarbeid med kommunene i planperioden som omfatter svangerskap- og barselomsorg og som sikrer en sammenhengende tjeneste. Utdanningsprogram innen obstetrikk/gynekologi vil bli iverksatt i løpet av 2010.

Regional strategi for utvikling av desentraliserte spesialisthelsetjenester

Helse Nord RHF har vedtatt en regional strategi for desentraliserte spesialisthelsetjenester. Det legges opp til at de største pasientgruppene skal få sine tilbud på lokalsykehusene og gjennom de etablerte distriktsmedisinske sentre. Desentralisering av mer spesialiserte polikliniske tilbud og dagbehandlingstilbud gjennom ambulerende er både faglig og økonomisk fornuftig, særlig når det dreier seg om tilbud til relativt mange pasienter som ellers må reise med fly til Bodø eller Tromsø. Målet er at lokalsykehusene skal ha fleksible løsninger for å ta imot ambulerende spesialister og for bruk av telemedisinske tjenester mellom sykehusene. I tillegg er det vedtatt en plan for ambulerende fra private spesialister som innebærer styrking av tilbudet om spesialisthelsetjenester nært befolkningsområder av en viss størrelse uten sykehus.

Ny forskningsstrategi i Helse Nord RHF

Strategien vil være styrende for Helse Nord's satsinger i perioden 2010-2013, og mål for forskningen er:

1. Bedre pasientbehandling

2. Forskning av god og internasjonal kvalitet
3. Oppbygging og ivaretagelse av kompetanse
4. Bedre rammebetingelser for forskningsvirksomheten i helseforetak
5. Mer publisering og formidling
6. Mer innovasjon
7. Gode og etisk riktige prosesser

Målene skal oppnås blant annet gjennom å satse på topp og bredde, satse på alle helsefaggrupper og ansatte uansett profesjonstilhørighet, bruk av infrastruktur, samarbeid med universitet, høyskoler og andre samarbeidspartner.

4. ÅRLIG MELDING REGIONALT BRUKERUTVALG

Regionalt brukerutvalg har i 2009 avholdt 5 møter og 4 møter i arbeidsutvalget.

Brukerkonferansen 2009 ble avholdt i april 2009 i Bodø med deltagelse fra organisasjonene og brukerutvalgene ved HFene. Hovedtema var pasientreiser ifm overtagelse fra NAV og Helse Nord`s lokalsykehusstrategi sett fra brukerperspektiv.

For første gang ble Helse Nord RHF`S brukerpris delt ut. Denne skal deles ut hvert andre år.

Regionalt brukerutvalg deltar som observatør med møte- og talerett i styret i Helse Nord RHF, en ordning som fungerer svært godt. Observatøren for brukerutvalget har rett til å melde inn saker, men ikke rett til å få dem behandlet. Styret har årlig "Brukerutvalgets time" hvor Regionalt brukerutvalg rapporterer for egen virksomhet, om oppfølging av plan for brukervedvirkning og kan ta opp egne saker. I 2009 ble Brukerutvalgets time gjennomført i styremøte den 15. desember.

Regionalt brukerutvalg har hatt representant i Helse Nord`s regionale nettverk for traumatisk hodeskade som ble dannet som en oppfølging til Handlingsplan for habilitering og rehabilitering. Nettverket avslutter sitt arbeid sommeren 2010.

RBU har også vært representert i Lokalsykehusstrategien, prosjekt enkeltoppgjør og prosjekt desentraliserte av polikliniske kontroller.

I 2009 har saker som oppdragsdokumentet, aktuelle styresaker, pasienttransport , prosjekt verdibasert hverdag mm.blitt behandlet i brukerutvalget. Brukerutvalget opplever å bli hørt, og sett på som en samarbeidspartner i viktige saker, men styret og regionalt brukerutvalg har likevel satt et bedre gjensidig samarbeid på dagsorden

