



Årsmelding 2005



UTSKRIFTSVENNLIG FULLVERSJON

KONTINUERLIG ARBEID FOR GODE HELSETJENESTER

Helse Nord RHF's visjon er «Helse i Nord der vi bor». Konkret betyr dette at vi sammen utvikler spesialisthelsetjenesten slik at befolkningen skal oppleve og kunne føle seg trygg på at den holder kvalitetsmessig mål, at det er god tilgjengelighet og at det drives effektivt. Slik trygges grunnlaget for at nordlendinger i hovedsak får sine tjenester i nord.



Viktige målsettinger for 2005 var å:

- Sikre befolkningen god tilgjengelighet til somatiske spesialisthelsetjenester ved å videreføre det samme, høye aktivitetsnivå som i 2004.
- Bedre tilgjengelighet og kvalitet i psykisk helsevern ved å øke kapasiteten og effektivitet i psykisk helsevern.
- Øke kapasitet og kvalitet innen geriatri, rehabilitering og habilitering i tråd med vedtatte handlingsplaner.
- Fortsette satsingen på forskning i Helse Nord.
- Legge grunnlaget for framtidig utvikling av nye tjenester og investeringer ved å drive virksomheten i tråd med fastsatte økonomiske mål.

Resultatene viser at Helse Nord har fulgt opp tiltak og krav, og på flere områder nådd målene. Noen tiltak må settes inn i et lengre tids forløp, der resultater som ikke er fullt ut oppnådd i 2005 må arbeides videre med.

Behandlingsaktiviteten, målt i antall opphold og konsultasjoner, ble opprettholdt på samme høye nivå som i 2004. Samtidig har det skjedd en viss dreining fra reduksjon i sengekapasitet i kirurgi til økt kapasitet i indremedisin. Tilbudet til eldre og pasienter med kroniske lidelser er blitt bedre ved at det er tilsatt flere leger og annet nøkkelpersonell innenfor tjenester til disse, og flere prosjekter er innrettet mot disse pasientgruppene.

Ventetiden til pasienter på venteliste er gått noe ned. Fortsatt er det for lang ventetid innenfor psykisk helsevern og innenfor rus. Det er vedtatt tiltaksplan for psykisk helsevern, og flere utbyggingsprosjekter ferdigstilles i 2006, slik at kapasiteten innen psykisk helsevern vil øke fra 2006. En egen handlingsplan for rus er under utarbeidelse. Rapportering i forhold til nasjonale kvalitetsindikatorer viser dårlig resultat på noen områder, og det må følges opp med tiltak i 2006 for å nå målene raskere. Særlig må arbeidet for raskere implementering av individuell plan intensiveres.

Forskning og utdanning ble styrket betydelig i 2005, og vil bli ytterligere styrket i 2006. Det vil også bli løpende fulgt opp hvordan brukermedvirkningen kan bli bedre fremover. Gjennom ny IKT-organisasjon, felles kvalitetssystem, lederutvikling, og en rekke samhandlingsprosjekter er det lagt til rette for omstilling og kvalitetssikring av tjenestene.

Vi greide ikke å realisere de økonomiske målsettinger. Helse Nord må fortsatte gjennomføre omstillinger av driften for å oppnå økonomisk balanse i driften.

Helse Nord RHF's oppgave er å iverksette nasjonal helsepolitikk i nord slik at befolkningen får en likeverdig helsetjeneste. Ansatte, ledelse og styrer i helseforetakene har gjennom stor innsats bidratt til at tilbudet i 2005 er blitt enda bedre. Selv om det er noen skyer på himmelen i form av manglende resultatoppnåelse, er konklusjonen at befolkningen aldri har hatt bedre tilgjengelighet til en kvalitetsmessig styrket spesialisthelsetjeneste. Det økte fokuset på kvalitet bærer bud om ytterligere likhet i tilbudet.

Lars H. Vorland

adm. direktør

Helse Nord RHF

VISJON OG STRATEGI

Visjon og virksomhetsidé

Helse Nord (helseforetaksgruppen) skal være en regional institusjon med en tydelig nordnorsk profil. Helse Nord velger samarbeid mellom enheter og nivåer som hovedstrategi. Vår visjon er:

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

Helse Nord bygger på de nasjonale verdiene: kvalitet, trygghet og respekt.

Overordnede strategier og mål

For perioden 2005 – 2007 har Helse Nord følgende overordnede mål:

- Bedre tilbudet til de psykiatriske pasientene ut over det som følger av opptrappingsplanen gjennom en mer effektiv og rasjonell drift.
- Øke fokuset på de tjenestetilbudene hvor vi i dag har underkapasitet, i første rekke tilbudet til eldre og kronikere samt ø-hjelpsfunksjonene i indremedisin.
- Øke innsats på forskning og fagutvikling.
- Øke innsatsen på rekruttering, stabilisering og utdanning av nøkkelpersonell, i første rekke lege-spesialister innen spesialitetene psykiatri, barne- og ungdomspsykiatri, fysikalsk medisin, geriatri og revmatologi.
- Desentraliserte spesialisthelsetjenester og øke samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, herunder bruk av IKT og telemedisinske løsninger.
- Utvikle verktøy for en klarere prioritering og videreføring av prioriteringsdebatten.
- Videreføre effektiviseringen og øke produktiviteten bl.a. gjennom arbeidsmetoder for beste praksis og ulike metoder for kvalitetsforbedrende arbeid.
- Fortsette arbeidet med funksjons- og oppgavefordelingen.
- Videreføre og styrke samarbeidet med de øvrige helseforetakene.

Resultater i 2005 relateres til:

- Helse- og omsorgsdepartementets bestillerdokument til Helse Nord RHF.
- RHF's bestillerdokument til helseforetakene og vedtatte felles organisatoriske og økonomiske krav og rammebetingelser for helseforetakene i 2005.

HELSEFORETAKENE



Helse Nord RHF

Driftskostnader: Ca. 9,2 milliarder kroner i hele helseforetaksgruppen

Årsverk: 42 i Helse Nord RHF's adm.,

ca. 10 200 i hele foretaksgruppen.

Styreleder: Olav Helge Førde

Administrerende direktør: Lars H. Vorland

Hovedkontor: Bodø

Telefon: 75 51 29 00

E-post: postmottak@helse-nord.no

Hjemmeside: www.helse-nord.no



Helse Finnmark HF

Driftskostnader: 1,1 milliarder kroner

Årsverk: 1 312

Styreleder: Trine Magnus

Foretaksdirektør: Bjørn Engum

Hovedkontor: Hammerfest

Telefon: 78 42 10 00

E-post: adm@helse-finnmark.no

Hjemmeside: www.helse-finnmark.no



Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Driftskostnader: 3,3 milliarder kroner

Årsverk: 4 090

Styreleder: Bjørn Kaldhol

Foretaksdirektør: Knut Schrøder

Hovedkontor: Tromsø

Telefon: 77 62 60 00

E-post: firmapost@unn.no

Hjemmeside: www.unn.no



Hålogalandssykehuset HF

Driftskostnader: 1,4 milliarder kroner

Årsverk: 1 512

Styreleder: Pål Krüger

Foretaksdirektør: Mette Sørfonden

Hovedkontor: Harstad

Telefon: 77 01 50 00

E-post: postmottak@hhf.no

Hjemmeside: www.hhf.no



Nordlandssykehuset HF

Driftskostnader: 1,9 milliarder kroner

Årsverk: 2 140

Styreleder: Bjørn Kjensli

Foretaksdirektør: Eivind Solheim

Hovedkontor: Bodø

Telefon: 75 53 40 00

E-post: postmottak@nordlandssykehuset.no

Hjemmeside: www.nordlandssykehuset.no



Helgelandssykehuset HF

Driftskostnader: 1,0 milliarder kroner

Årsverk: 1 015

Styreleder: Frode Mellemvik

Foretaksdirektør: Jan Eirik Furunes

Hovedkontor: Mo i Rana

Telefon: 75 12 51 00

E-post: adm@rasyk.nl.no

Hjemmeside: www.helgelandssykehuset.no



Sykehusapotek Nord HF

Omsetning: 210 millioner kroner

Årsverk: 62

Styreleder: Anne Helen Hansen

Foretaksdirektør: Liv Unni Naalsund

Hovedkontor: Tromsø

Telefon: 77 62 62 56

E-post: sykehusapotek.tromso@unn.no

Hjemmeside: www.sykehusapotek-nord.no

SOMATIKK

Innledning

I 2005 har helseforetakene omstrukturert tjenesten slik at kapasiteten er styrket i indremedisin og redusert i kirurgi der vi har god kapasitet. Det er utarbeidet strategier for styrking av lokalsykehusene og desentraliserte tjenester.

Det er også laget tiltaksplaner for å styrke geriatri og kronikeromsorgen i regionen. Satsingen har en ramme i 2005 på 10 millioner kroner, med årseffekt i 2006 på 23 millioner kroner. Alle helseforetakene har i 2005 styrket geriatri tilbudet, samt de ambulante tjenester i habilitering og rehabilitering. Legedekningen er også økt i alle fagområdene.

Planlagt styrking i 2005 for hørselshemmede er ikke kommet i gang, men det vil bli etablert et fagnettverk i 2006 som skal bidra til å følge opp handlingsplanen.

På grunn av rekrutteringsproblemer er den planlagte satsingen i diabetesomsorgen forskjøvet til mai 2006.

I 2005 er det etablert nye lærings- og mestringssentre, og flere sentra har også gitt nye tilbud. Disse har en sentral rolle i oppfølging av pasienter og pårørende med langvarige og kroniske lidelser.

Behandlingsaktivitet

Somatisk virksomhet	2004	2005	Endring	Pst endring
Totalt antall opphold	133 574	134 840	1 266	0,9 %
herav dagkirurgi	21 494	21 769	275	1,3 %
herav elektive dagopphold	24 288	25 353	1 065	4,4 %
herav heldøgnsopphold	87 792	87 718	-74	-0,1 %
Polikliniske konsultasjoner	399 511	408 426	8 915	2,2 %

Aktivitetsnivået innen somatikk er videreført på samme nivå som i 2004.

Utviklingen innen det enkelte helseforetak har variert noe, men generelt har antallet dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner økt, mens antallet døgnbehandlinger har vært mer stabilt. Målsettingen om å vri virksomheten mot mer dag- og poliklinisk behandling stiller krav til omstilling i helseforetakene.

Det er tidkrevende og langsiktige prosesser. Utviklingen må følges nøye gjennom rapporteringen også i 2006.

Prioritering

Helseforetakene har over tid arbeidet med å identifisere områder med overkapasitet, for dermed å skape rom for å styrke områder med underkapasitet eller mangelfullt tilbud, som rusomsorg, psykisk helsevern, tilbud til eldre og pasienter med kroniske lidelser og sykdommer, samt generell indremedisin.

Iverksettingen av satsingene innenfor disse feltene ble startet for fullt i 2005, og foretaksgruppen har prioritert disse områdene samt kreftbehandling innen rammen av stramme budsjett. I tillegg til at områdene skal skjermes for innskrenkninger og nedbemanning, ble det også avsatt egne midler til kronikergruppene og eldre, rus og psykisk helse i 2005:

Kronikersatsingen (www.helse-nord.no/kronikersatsingen)

Helseforetakene melder om at overkapasitet på de kirurgiske fagområdene nå for en stor del er tatt ned. Det er gjennomført flere prosesser for å sikre en bedre oppgave- og funksjonsfordeling, som nå ser ut til å få effekt (kreft, ortopedi).

Helse Nord har etablert systemer for en god implementering av endringene i pasientrettighetsloven og en mer enhetlig praktisering av prioriteringskriteriene. Helse Nord RHF har bidratt aktivt i nasjonale prosesser knyttet til prioriteringsarbeidet, bl.a. gjennom ledelse av det felles nasjonale prioriteringsprosjektet (Vorland-utvalget (<http://www.helse-nord.no/category12085.html>)).

Det regionale prioriteringsutvalget overvåker utviklingen av andelen som gis rett til nødvendig helsehjelp, fristfastsettelse og anvendelsen av prioriteringskriteriene. Det ser ut til at den gjennomsnittlige andelen som gis rett til nødvendig helsehjelp i Helse Nord stabiliseres på 54-56 % (andelen har vært stabil i hele 2005). Innen foretaksgruppen varierer tallene noe mer, og ligger på fra 38 % til 72 % i 3. tertial.

Kronikersatsingen

Helse Nord startet i 2005 et langsiktig utviklingsarbeid for å styrke geriatri og kronikeromsorg. Satsingen i geriatri og habilitering/rehabilitering bygger på vedtatte regionale handlingsplaner. En tilsvarende handlingsplan for revmatologi er under utarbeidelse og blir ferdig i 2006. Det er ansatt regionale prosjektledere ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF for revmatologi, geriatri og habilitering/rehabilitering. Prosjektleder for diabetes blir ansatt ved Nordlandssykehuset HF. Prosjektperioden er 3-årig, deretter forutsettes at oppfølgingen skjer innenfor ordinær drift.

Helseforetakene har i 2005 hatt høy prioritet på oppfølging av prosjektet og implementering av tiltak. Noen hovedpunkter fra tiltak som er iverksatt i 2005:

- geriatri er styrket i alle helseforetak
- de ambulante tjenestene i habilitering og rehabilitering er styrket
- legedekningen er økt i alle fagområdene

Tiltakene som startet opp i 2005 har en samlet kostnadsramme på 10 millioner kroner i 2005, full årseffekt av samme tiltak i 2006 er ca. 23 millioner kroner. Viktige samarbeidsområder for alle satsingene er legerekuttering, koordinerende enhet, ambulante team og samhandling med de private rehabiliteringsinstitusjonene.

Oppfølging av tiltak som er særlig prioritert i Helse- og omsorgsdepartementets bestillerdokument for 2005:

- Det er ikke gjennomført tiltak for å følge opp handlingsplan for hørselshemmede. I 2006 vil det bli etablert fagnettverk for hørselsrehabilitering, og videre tiltak skal vurderes.
- Tilbudet til pasienter med alvorlig hodeskade: Tiltak er planlagt ved UNN, og kompetanseutviklings tiltak er gjennomført. Gjennomføring av tiltak knyttet til avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering vil bli vurdert i løpet av 2006.
- Avtaler med private rehabiliteringsinstitusjoner er gjennomført slik forutsatt, gjeldende fra 01.01.2006.
- Veiledning til kommuner ved utflytting av unge personer fra eldreinstitusjoner: Slik oppfølging skjer gjennom bruk av helseforetakenes ambulante team, eller gjennom ordinære opphold ved sykehusavdelinger eller privat rehabiliteringsinstitusjon. Helse Nord har ikke indikasjoner på at det er behov for særskilt prosjektsatsing for å ivareta denne oppgaven.

- Habiliteringstjenesten for barn er styrket gjennom to ambulante stillinger. Helseforetakene har i 2005 satt i gang 3 utviklingsprosjekter, med støtte fra egne satsingsmidler fra Sosial- og helsedirektoratet (Shdir). I tillegg er det etablert et prosjekt med midler fra Shdir ved Valnesfjord Helsesportssenter. Det er etablert et felles fagnettverk for barne- og voksenhabilitering.
- Helse Nord RHF har samarbeidet med øvrige helseregioner for å sikre lik behandling av søknader om alternative metoder for intensiv trening.
- Det er ikke gjennomført særskilte tiltak i 2005 for å opplæring i samisk språk og kultur for å ivareta rehabiliteringsoppgaver for den samiske befolkning.

Se også: www.helse-nord.no/kronikersatsingen

Kvalitetsindikatorer

Utskrivningsklare pasienter

Målsettingen er at antallet utskrivningsklare pasienter skal være minst mulig. Måltallet er på 25 pasienter for hele foretaksgruppen. Dette målet er ikke nådd i 2005.

Tallene varierer noe, men i 1. og 2. tertial holdt de fleste helseforetakene en stabil utvikling. I 2005 har det dessverre skjedd en negativ utvikling i flere helseforetak, og spesielt i Hålogalandssykehuset (fra 17 til 25 utskrivningsklare fra 1. til 3. tertial). UNN har også en negativ tendens (fra 10 til 16). Helgelandssykehuset viser derimot positiv utvikling gjennom 2005, med fra 10 til kun 4 utskrivningsklare pasienter siste tertial.

Utskrivningsklare pasienter	1. tertial 2005	2. tertial 2005	3. tertial 2005
Helse Finnmark	2	2	3
UNN	10	14	16
Hålogalandssykehuset	17	15	25
Nordlandssykehuset	17	19	18
Helgelandssykehuset	10	5	4
Helse Nord totalt	56	55	66

Epikrisetid somatikk – 80 % innen 7 dager

Indikatoren måles tertialvis. Andel epikriser sendt innen 7 dager viste i løpet av 2005 endelig en mer positiv utvikling. Men med et gjennomsnitt i Helse Nord på 54 % i 3. tertial ligger vi fortsatt et godt stykke fra målet på 80 %. Landsgjennomsnittet er på 56 %.

Sykehusene har imidlertid hevet seg til et noe høyere nivå, og 3. tertial varierer resultatet mellom 44 % og 88 %.

I 2005 oppnådde vi også for første gang at ett av sykehusene kom over 80 % (Nordlandssykehuset Lofoten: 86 % for 1. tertial), og ut over året oppnådde flere sykehus å komme opp mot målet.

Helseforetakene har jobbet mye med epikrisetidene i 2005. F.eks. arrangerte Nordlandssykehuset Bodø et seminar om epikrisetid med deltakelse fra andre helseforetak. Målinger i etterkant av seminaret viser at flere og flere avdelinger i Nordlandssykehuset nå oppnår 80 %. UNN gjennomfører et ”mini gjennombruddsprosjekt” i 6 avdelinger som avsluttes i 2006.

Epikriser - somatikk	1. tertial 2005	2. tertial 2005	3. tertial 2005
Hålogolandssykehuset HF			
Hålogolandssykehuset Stokmarknes	69 %	77 %	79 %
Hålogolandssykehuset Narvik	30 %	47 %	52 %
Hålogolandssykehuset Harstad	54 %	56 %	52 %
Nordlandssykehuset HF			
Nordlandssykehuset Bodø, somatikk	53 %	57 %	55 %
Nordlandssykehuset Lofoten	86 %	76 %	88 %
Helgelandssykehuset HF			
Helgelandssykehuset Mo i Rana	61 %	63 %	62 %
Helgelandssykehuset Mosjøen	49 %	55 %	76 %
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	32 %	40 %	44 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF			
Universitetssykehuset Nord-Norge	43 %	48 %	47 %
Helse Finnmark HF			
Helse Finnmark Hammerfest	44 %	47 %	50 %
Helse Finnmark Kirkenes	45 %	44 %	50 %

Korridorpasienter – som hovedregel ingen

Indikatoren rapporteres tertialvis. Det har tradisjonelt vært få korridorpasienter i sykehusene i Helse Nord.

På samme måte som i 2004 har tendensen vært at tallet øker i 1. tertial, for så å gå ned igjen i løpet av 2. og 3.tertial. Økningen var i 2005 særlig stor ved UNN og Helgelandssykehuset. Øvrige helseforetak har hatt noe mer jevne resultater. Vi ser imidlertid at sykehusene ligger på et noe høyere nivå enn tidligere år. Dette gir grunn til bekymring, og må følges opp i 2006.

Korridorpasienter	2. kvartal 2003 Gj.snitt pr. dag	3. kvartal 2003 Gj.snitt pr. dag	4. kvartal 2003 Gj.snitt pr. dag	1. tertial 2004 Gj.snitt pr. dag	2. tertial 2004 Gj.snitt pr. dag	3. tertial 2004 Gj.snitt pr. dag	1. tertial 2005 Gj.snitt pr. dag	2. tertial 2005 Gj.snitt pr. dag	3. tertial 2005 Gj.snitt pr. dag
Hålogolandssykehuset HF									
Hålogolandssykehuset Stokmarknes	0,4	0,6	1,5	2,0	2,7	1,9	1,6	1,7	1,0
Hålogolandssykehuset Narvik	0,3	0,4	1,8	0,9	0,0	0,9	1,4	0,9	0,9
Hålogolandssykehuset Harstad	0,2	0,8	2,3	1,8	0,6	1,0	1,1	0,5	0,8
Nordlandssykehuset HF									
Nordlandssykehuset Bodø, somatikk	3,4	3,1	3,4	4,6	3,2	3,7	5,9	2,2	3,4
Nordlandssykehuset Lofoten	0,5	0,7	1,1	0,9	0,6	0,5	0,5	0,4	0,6
Helgelandssykehuset HF									
Helgelandssykehuset Mo i Rana	2,8	2,4	4,0	2,4	1,2	1,8	2,7	2,6	3,2
Helgelandssykehuset Mosjøen	0,2	0,0	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	1,5	0,5	1,6	1,6	0,7	2,0	3,5	1,0	1,0
Universitetssykehuset Nord-Norge HF									
Universitetssykehuset Nord-Norge	6,5	2,9	5,2	6,9	6,7	8,1	11,5	9,5	8,4
Helse Finnmark HF									
Helse Finnmark Hammerfest	1,2	2,3	0,6	1,6	1,1	0,7	0,3	3,1	0,3
Helse Finnmark Kirkenes	0,0	0,3	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0

Preoperativ liggetid for lårhalsbrudd – 100 % innen 48 timer

Indikatoren rapporteres tertialvis. Sykehusene i regionen oppnår jevnt over svært gode resultater på denne indikatoren. 3. tertial 2005 ligger de på rundt 90-100 %. Resultatene svinger noe.

Den mest gledelige utviklingen ser vi ved Helse Finnmark Kirkenes, som startet på lave 69 % i 3. tertial 2004, men oppnår 100 % i 2. og 3. tertial 2005. Helse Finnmark Hammerfest har ligget på 100 % siden 3. tertial 2004, noe som tyder på godt arbeid i dette helseforetaket. Også Helgelandssykehuset Mosjøen og UNN viser gode resultater.

Preoperativ liggetid for lårhalsbrudd – 100 % innen 48 t.	2. kvartal 2003	3. kvartal 2003	4. kvartal 2003	1. tertial 2004	2. tertial 2004	3. tertial 2004	1. tertial 2005	2. tertial 2005	3. tertial 2005
Hålogolandssykehuset HF									
Hålogolandssykehuset									
Stokmarknes	92,9 %	94,1 %	100,0 %	83 %	94,4 %	90,0 %	85,0 %	90,0 %	Ingen data
Hålogolandssykehuset Narvik	92,9 %	85,7 %	100,0 %	95 %	94,4 %	87,5 %	100,0 %	90,9 %	88 %
Hålogolandssykehuset Harstad	100,0 %	87,5 %	71,4 %	97 %	100,0 %	89,3 %	100,0 %	96,3 %	97 %
Nordlandssykehuset HF									
Nordlandssykehuset Bodø, somatikk									
	100,0 %	90,9 %	86,4 %	95 %	96,7 %	100,0 %	100,0 %	97,2 %	94 %
Nordlandssykehuset Lofoten	80,0 %	87,5 %	100,0 %	100 %	100,0 %	88,9 %	90,0 %	83,3 %	100 %
Helgelandssykehuset HF									
Helgelandssykehuset Mo i Rana	100,0 %	100,0 %	100,0 %	88 %	100,0 %	95,8 %	87,0 %	95,2 %	87 %
Helgelandssykehuset Mosjøen	95,0 %	Ingen data	100,0 %	100 %	100,0 %	91,7 %	100,0 %	100,0 %	Ingen data
Helgelandssykehuset									
Sandnessjøen	90,0 %	100,0 %	100,0 %	93 %	87,5 %	90,0 %	88,9 %	93,3 %	100 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF									
Universitetssykehuset									
Nord-Norge	Ingen data	96,7 %	94,2 %	93 %	96,0 %	94,9 %	93,6 %	97,1 %	100 %
Helse Finnmark HF									
Helse Finnmark Hammerfest	100,0 %	83,3 %	93,3 %	100 %	92,9 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100 %
Helse Finnmark Kirkenes	77,8 %	66,7 %	100,0 %	100 %	86,7 %	69,2 %	84,6 %	100,0 %	100 %

Strykninger fra operasjonsprogrammet – mindre enn 5 %

Måling på indikatoren startet i løpet av 2004, og måles tertialvis. Målsetningen for indikatoren er at andelen strykninger skal komme under 5 %. Helgelandssykehuset Mo i Rana har ligget godt an i hele 2005, med resultater rundt 5 %. Også Nordlandssykehuset Lofoten oppnår ganske gode resultater.

De øvrige sykehusene ligger til dels langt over det akseptable. UNN har stabilt en andel strykninger på 15-16 %. Totalt for foretaksgruppen viser tall for 2. tertial at andelen strykninger nå er på 12 %. Dette må følges nøye opp i 2006.

Strykninger fra operasjonsprogrammet – mindre enn 5 %	2. tertial 2004 Andel strykninger	3. tertial 2004 Andel strykninger	1. tertial 2005 Andel strykninger	2. tertial 2005 Andel strykninger	3. tertial 2005 Andel strykninger
Hålogolandssykehuset HF					
Hålogolandssykehuset Stokmarknes		10,6 %	7,1 %	8,6 %	9 %
Hålogolandssykehuset Narvik			9,6 %	9,0 %	10 %
Hålogolandssykehuset Harstad			12,0 %	9,1 %	7 %
Nordlandssykehuset HF					
Nordlandssykehuset Bodø, somatikk	6,5 %	10,1 %	6,4 %	11,9 %	14 %
Nordlandssykehuset Lofoten		5,0 %	3,1 %	6,3 %	9 %
Helgelandssykehuset HF					
Helgelandssykehuset Mo i Rana	3,4 %		7,9 %	5,0 %	6 %
Helgelandssykehuset Mosjøen		15,7 %	7,9 %	7,0 %	9 %
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	11,9 %	14,2 %	14,9 %	13,3 %	12 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF					
Universitetssykehuset Nord-Norge	15,7 %	15,6 %	15,5 %	15,3 %	15 %
Helse Finnmark HF					
Helse Finnmark Hammerfest	11,8 %	18,5 %	15,3 %	17,0 %	16 %
Helse Finnmark Kirkenes	7,5 %	8,3 %	6,3 %	11,3 %	10 %

Hyppighet av keisersnitt

Indikatoren måles tertialvis. Det er ikke satt et bestemt måltall for indikatoren. Resultatene viser at både andel elektive keisersnitt, ø-hjelpkeisersnitt og total andel keisersnitt varierer en del både mellom og internt i helseforetakene, men det generelle inntrykket er at andelen samlet sett har vist noe økning i løpet av 2005. 3. tertial 2005 oppnådde Hålogalandssykehuset Stokmarknes lavest andel elektive keisersnitt på 2,1 %, mens Helgelandssykehuset Sandnessjøen oppnådde høyest andel, med 9,5 %. Andelen ø-hjelp keisersnitt varierte mellom 20,4 % ved Nordlandssykehuset Lofoten og 2,8 % ved Helgelandssykehuset Mo i Rana.

Hyppighet av keisersnitt	2. tertial 2004			3. tertial 2004			1. tertial 2005			2. tertial 2005		3. tertial 2005		
	Andel elektv	Andel ø-hjelp	Andel total	Andel elektv	Andel ø-hjelp	Andel total	Andel elektv	Andel ø-hjelp	Andel total	Andel elektv	Andel ø-hjelp	Andel total	Andel elektv	Andel ø-hjelp
Hålogalandssykehuset HF														
Hålogalandssykehuset Stokmarknes	4,8 %	5,7 %	10,5 %	11,0 %	12,0 %	23,0 %	7,2 %	11,3 %	18,6 %	6,9 %	9,8 %	16,7 %	2,1 %	10,4 %
Hålogalandssykehuset Narvik	2,9 %	3,9 %	6,9 %	3,8 %	5,0 %	8,8 %	6,1 %	7,3 %	13,4 %	8,9 %	14,4 %	23,3 %	2,7 %	6,8 %
Hålogalandssykehuset Harstad	4,2 %	14,4 %	18,6 %	8,4 %	5,9 %	14,3 %	5,8 %	9,2 %	15,0 %	7,9 %	10,2 %	18,1 %	7,5 %	6,7 %
Nordlandssykehuset HF														
Nordlandssykehuset Bodø, somatikk	7,2 %	12,4 %	19,7 %	9,0 %	8,4 %	17,4 %	6,9 %	9,4 %	16,4 %	6,6 %	8,2 %	14,8 %	6,1 %	12,0 %
Nordlandssykehuset Lofoten	0,0 %	2,1 %	2,1 %	0,0 %	1,8 %	1,8 %	0,0 %	5,1 %	5,1 %	0,0 %	8,2 %	8,2 %	0,0 %	20,4 %
Helgelandssykehuset HF														
Helgelandssykehuset Mo i Rana	5,7 %	7,4 %	13,1 %	6,6 %	5,7 %	12,3 %	3,7 %	3,7 %	7,3 %	3,4 %	6,8 %	10,3 %	4,7 %	2,8 %
Helgelandssykehuset Mosjøen	2,9 %	2,9 %	5,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Helgelandssykehuset Sandnessjøen	4,9 %	5,8 %	10,7 %	9,5 %	14,3 %	23,8 %	8,0 %	12,4 %	20,4 %	9,8 %	11,0 %	20,7 %	9,5 %	9,5 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF														
Universitetssykehuset Nord-Norge	6,5 %	11,7 %	18,2 %	4,2 %	11,4 %	15,6 %	3,5 %	11,9 %	15,4 %	2,9 %	9,3 %	12,2 %	2,5 %	6,2 %
Helse Finnmark HF														
Helse Finnmark Hammerfest	4,9 %	7,4 %	12,3 %	6,8 %	7,5 %	14,4 %	5,7 %	11,3 %	17,0 %	5,8 %	12,4 %	18,2 %	5,5 %	12,6 %
Helse Finnmark Kirkenes	7,1 %	9,1 %	16,2 %	13,0 %	13,0 %	26,0 %	0,0 %	14,3 %	14,3 %	3,1 %	10,3 %	13,4 %	6,5 %	11,6 %

Ventetid før operasjon for tykk- og endetarmskreft

Måling på indikatoren startet i 2004, og den skal måles tertialvis.

Det er en god del manglende data for indikatoren fra institusjonene i Helse Nord. Dette skyldes for en stor del at det mangler rapportering eller at datagrunnlaget blir for lite. Det er behov for å få til gode målinger fra sykehusene på denne indikatoren for å kunne si noe mer konkret om utviklingen. Det er behov for å få på plass bedre målinger på indikatoren i 2006.

Behandlingsmetodene for denne kreftformen har utviklet seg mye de senere år. Kvalitetsnettverket i Helse Nord stiller derfor spørsmål ved nytten av indikatoren.

Individuell plan barnehabilitering

Indikatoren ble etablert i løpet av 2004 og skal måles tertialvis og vise andelen barn som har fått utarbeidet individuell plan av dem som har rett til å få en slik plan ifølge lovverket.

Rapporteringen er til dels svært mangelfull, og det er vanskelig å få et helhetlig bilde av situasjonen. Enheter som rapporterer tall i Helse Nord ser fortsatt ut til å ha store utfordringer med å følge opp dette.

Klart best ut kommer Habiliteringstjenesten i Mosjøen, med 80 % for 3. tertial, mens øvrige oppnår dårlige resultater.

Individuell plan barnehabilitering		3.tertial 2004	1.tertial 2005	2.tertial 2005	3.tertial 2005
Nordlandssykehuset					
Bodø, somatikk	Barnehabiliteringstjenesten	52 %	48 %	14 %	23 %
Hålogalandssykehuset					
Narvik	Habiliteringsteamet	Ingen data	Ingen data	Ingen data	Ingen data
Helgelandssykehuset					
Mo i Rana	Psykiatrisk senter, barnehabilitering	22 %	Ingen data	48 %	45 %
Helgelandssykehuset					
Mosjøen	Psykiatrisk senter, barnehabilitering	Ingen data	Ingen data	75 %	80 %
Helgelandssykehuset					
Sandnessjøen	Psykiatrisk senter, barnehabilitering	Ingen data	Ingen data	24 %	28 %
UNN	Habiliteringsenheten for barn, Tromsø	8 %	Ingen data	12 %	30 %
Helse Finnmark					
Hammerfest	Habiliteringstjenesten for barn	45 %	Ingen data	26 %	18 %

PSYKISK HELSEVERN

Innledning

I 2005 ble det utarbeidet og vedtatt en ny tiltaksplan som skal være retningsgivende for utviklingen i årene fremover. Planen innebærer en omstrukturering av tjenestene, med større differensiering, samt styrking av behandlingstilbudene til barn- og ungdom. Videre vektlegger den rekrutteringstiltak og økt brukermedvirkning.

Gjennomføring av opptrappingsplanen for psykisk helse har vært i samsvar med plan. Det har i hovedsak vært planlegging og bygging av nye behandlingssenheter, eller ombygging av eksisterende lokaler. Prosjektene ferdigstilles og settes i drift i løpet av 2006. Helårseffekter kommer først i 2007.

Det er igangsatt et forskningsprosjekt for å evaluere to alternative driftsmodeller for psykisk helsevern ved Nordlandssykehuset Lofoten og Hålogalandssykehuset Stokmarknes. Prosjektet vil gi verdifull informasjon for videre utvikling av DPS-ene.

De polikliniske tjenestene har hatt økt aktivitet i 2005. Ny dagbehandlingssenheter i Sandnessjøen med 10 plasser ble tatt i bruk høsten 2005. Antall liggedøgn i institusjoner har vist en svak nedgang. Dette har sammenheng med omstruktureringstiltak, ombygging, og tidvis vansker med å rekruttere fagpersonell. Kapasiteten for innlagte pasienter vil ventelig øke i 2006 når nye behandlingssenheter ferdigstilles. Dette gjelder blant annet ny rus/psykiatrienhet ved Nordlandssykehuset, og ny klinikkavdeling for barn og ungdom i Karasjok. Samhandlingen med kommunene er ytterligere styrket i 2005 gjennom økt ambulansetjeneste, og flere samarbeidsavtaler. Ventetidene for behandling i psykisk helsevern er fortsatt for lange.

På noen av de nasjonale kvalitetsindikatorer er resultatene i 2005 ikke tilfredsstillende, selv om utviklingen er positiv. Rapporteringen er også mangelfull. Dette vil få økt oppmerksomhet i 2006. Særlig gjelder dette for diagnostisk vurdering i barne- og ungdomspsykiatri, bruk av individuell plan, og epikrisetid.

Det er inngått samarbeidsavtale mellom Helse Nord og Barne- ungdoms- og familietaten (Bufetat) som vil bli fulgt opp i 2006.

Behandlingsaktivitet

I psykisk helsevern er det en svak nedgang i døgnaktivitet, mens det er økning antall polikliniske konsultasjoner.

Tabell over aktivitet i 2004 og 2005, og relativ endring

Barne- og ungdomspsykiatri	2004	2005	endring
Antall polikliniske konsultasjoner (refusjon)	38 512	52 871	37,3 %
Antall utskrevne pasienter	193	212	9,8 %
Antall liggedøgn	7 790	8 822	13,2 %
Antall oppholdsdager	832	655	-21,3 %
Antall tiltak (inkl ikke refusjon) - eks Finnmark	56 584	61 810	9,2 %
Voksenpsykiatri	2004	2005	endring
Antall polikliniske konsultasjoner (refusjon)	77 095	80 602	4,5 %
Antall utskrevne pasienter	4 829	4 785	- 0,9 %
Antall liggedøgn	130 261	122 152	-6,2 %
Antall oppholdsdager	10 107	8 569	-15,2 %

Opptrappingsplan psykisk helse

Opptrappingsplan for psykisk helse er i rute i henhold til oppsatt plan.

Styret for Helse Nord vedtok i møte den 22. juni 2005 Tiltaksplan for psykisk helsevern 2005 – 2015. Planen beskriver utformingen av psykisk helsevern i årene fremover og de prioriterte områder.

Det psykiske helsevernet er preget av en desentralisert struktur med mange små enheter og to relativt store sykehus. Mange av disse behandlingseenhetene mangler legespesialister og har problemer med å rekruttere fagfolk med høy kompetanse. Dette betyr at medisinsk utredning og diagnostisering kan være mangelfull og at utformingen av behandlingstilbudet blir for lite differensiert. Tiltaksplanen beskriver behovet for en omstrukturering av psykisk helsevern på DPS-nivå (DPS = distriktspsykiatrisk senter) som skal sikre befolkningen likeverdige tjenester uavhengig av bosted.

De viktigste tiltak i planen er:

- Differensiering av behandlingstilbud på DPS-nivå
- Rekrutteringstiltak
- Styrke behandlingstilbud for barn og ungdom
- Styrke brukermedvirkning

Arbeidet med omstrukturering av DPS-ene vil i henhold til vedtatt plan bli i verksatt i 2006.

Utviklingen av psykisk helsevern for voksne er fortsatt preget av økt press og til tider overbelegg ved akuttavdelingene. For barne- og ungdomspsykiatrien er den lange ventetiden, og det store antall barn som venter, alarmerende og arbeid med denne utfordringen vil få høyeste prioritet i 2006.

Problemstillingen er sammensatt, men en viktig faktor er at det mangler legespesialister og at kompetansen ved DPS-ene ikke er tilstrekkelig utbygget. Resultatet er at befolkningen ikke får et likeverdig behandlingstilbud uavhengig av bosted.

Utbyggingsprosjekter iverksatt i 2005

Nordlandssykehuset

NOOP2 Rus/psykiatrienhet. Oppstart i midlertidige lokaler i påvente av nybygg.

NOOP3 Klinikkavdeling for barn og ungdom, samt familieavdeling. Bygging igangsatt høsten 2005. Ferdigstilles sommeren 2006.

NOOP6 Utbygging/samløslisering VOP/BUP/somatiske sykehusavdelinger Lofoten: Bygging igangsatt høsten 2005. Ferdigstilles høsten 2006.

Helgelandssykehuset

HEOP1 Dagbehandlingstilbud Tautra med 7 dagplasser ble tatt i bruk høsten 2005

HEOP2 Samlokalisering BUP/VOP/dagavdeling ved Sandnessjøen sykehus ble igangsatt og fullføres våren 2006.

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

UNNOP2 Nybygg dag/døgnbehandling i Storslett ble igangsatt og fullføres våren 2006.

UNNOP3 Samlokalisering BUP/VOP Silsand: Bygging igangsatt og fullføres våren 2006.

Helse Finnmark HF

FIOP2 Ombygging/utbygging DPS Lakselv igangsatt og ferdigstilles høsten 2006.

FIOP3 Dagavdeling DPS Alta: Bygging igangsatt høsten 2005 og tas i bruk innen utgangen av 2006.

FIOP4 Ombygging/modernisering DPS Tana igangsatt i 2005, fullføres i 2006.

FIOP5 Klinikkavdeling for barn og ungdom i Karasjok med 6 døgnplasser: Bygging igangsatt høsten 2005. Fullføres høsten 2006.

Utviklingen i barne- og ungdomspsykiatri (BUP)

Antall polikliniske konsultasjoner innen BUP har økt med i snitt 37 %. Endringer i takstsystemet åpner for at også ambulansetjenester er refusjonsberettiget. Dette blir rapportert som konsultasjon, og ordningen har nok i stor grad påvirket økningen i rapportert aktivitet. At antall oppholdsdager ved døgnbehandling er redusert med 49 % skyldes i hovedsak den planlagte nedleggelse av Seidajok behandlingshjem i Finnmark.

Ved utgangen av 2005 står 590 barn og ungdom på ventelistene ved barne- og ungdomspsykiatriske behandlingstilbud. Ventetiden varierer fra foretak til foretak, men er i snitt 75 dager, noe som er alt for høyt. Krav om økt aktivitet tilsvarende 2 konsultasjoner pr behandler pr dag er ikke innfridd ved noen av BUP-ene. Når det gjelder krav diagnostisering etter anerkjente diagnoseklassifikasjoner henger vi langt etter i forhold til oppsatt mål på 90 %.

I kommuner hvor det er etablert familiesenter rapporteres det at BUP har inngått samarbeidsavtaler vedrørende familiesentrene. Dette samarbeidet oppleves som svært positivt og samarbeidet er av forebyggende karakter.

Utviklingen i voksenpsykiatri (VOP)

Også i voksenpsykiatrien rapporteres det om økt aktivitet i forhold til antall polikliniske konsultasjoner i gjennomsnitt. Det trolig er en vridning fra dagbehandling til poliklinisk behandling. Ulike forhold som ubesatte stillinger eller ombygging har i perioder ført til noe redusert aktivitet i antall liggedøgn i døgnavdelinger

Antall ventende innen psykisk helsevern for voksne har økt med ca 7 % mens ventetiden har gått ned noen dager til 75 dager i snitt.

Samarbeid mellom sykehusene i Bodø og Tromsø og de Distriktpspsykiatriske sentrene (DPS) rundt utskrivning av pasienter fra akuttavdelingene til DPS fungerer ikke tilfredsstillende, noe som fører til periodevis overbelegg ved akuttavdelingene. Noe av årsaken er at DPS ikke har tilstrekkelig kompetanse til å overta behandlingsansvaret. Mangelen på legespesialister ved DPS-ene og rekrutteringsproblemer i forhold til høyt kvalifiserte fagfolk, gjør det vanskelig for DPS-ene å tilby differensierte tjenester og likeverdige tilbud om behandling uavhengig av bosted.

Ambulante team

Fire av fem helseforetak har etablert ambulante team ved DPS-ene. Ett foretak har ikke sett muligheten til å etablere et slikt team innenfor gitte personalmessige rammer. Utviklingen av disse teamene bærer preg av ulikhet og mangfold, avhengig av hvem og hvilke profesjoner man har hatt tilgang til. Der det er etablert ambulante team har de positive erfaringer og kommunene har også dratt fordel av styrket samarbeid med denne ordningen.

Tilgjengelighet

Økt tilgjengelighet i form av utvidet åpningstid har blant annet vært forsøkt ved Psykiatrisk Senter for Troms og Karlsøy. Å gjennomføre en slik ordning er et spørsmål om ressursutnyttelse og fordelene ved utvidet åpningstid må avveies mot redusert bemanning på dagtid. Andre former for økt tilgjengelighet som bruken av SMS, chat og e-post i kommunikasjon med yngre pasienter er det så langt gjort lite erfaring med.

Samarbeid mellom akuttpostene ved sykehusene og DPS-ene om utskrivning av pasienter
Formalisert samarbeid mellom ulike behandlingsnivåer om utskrivning av pasienter skal sikre pasienter som utskrives fra akuttpost til DPS tilstrekkelig planlagt oppfølging og behandling. Samarbeidsavtalen skal sikre at de mest syke pasienter får behandling først og at ingen blir unødvendig lenge ved akuttavdelinger. Slike avtaler er etablert eller under etablering.

Samarbeid mellom helseforetak og kommunene om prosedyrer for innleggelse og utskrivning av pasienter
Arbeidet med avtaler om formalisert samarbeid mellom kommunene og DPS-ene om prosedyrer for innleggelse og utskrivning av pasienter er i det vesentligste gjennomført. Rettigheten til individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester bidrar til styrket samhandling mellom spesialisthelsetjenesten, kommunene, pasienten og pasientens nettverk.

Individuell plan

Alle pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester har rett til individuell plan, og helseforetakene har arbeidet mer eller mindre aktivt med problemstillingene i 2005. UNN har fokusert på dette i ledertime og gjennom skriftlig pålegg til avdelingene.

Samarbeid med Bufetat

Helse Nord RHF og Bufetat har inngått avtale om samarbeid om tiltak for barn under barneverstiltak og behov for medisinsk behandling ved barne- og ungdomspsykiatrien.

Autisme

En arbeidsgruppe nedsatt av Helse Nord RHF leverte i desember et utkast til regional handlingsplan for habilitering. Planen inneholder også forslag om organisering og prioritering av autismetilbudene. Habiliteringsteamet for voksne ved UNN er tillagt ansvaret for å koordinere et regionalt fagnettverk for autisme i helseregionen.

Dobbeldiagnoseproblematikk rus/psykiatri

Alle helseforetak rapporterer å ha behandlingstilbud for psykiatriske pasienter med omfattende rusmisbruk. Det er etablert en enhet ved Nordlandssykehuset i 2005 for rus/psykiatri. Enheten skal gi et behandlings- og utredningstilbud for de med de mest alvorlige lidelser. Tilsvarende senter er tidligere etablert ved UNN.

Kvalitetsindikatorer

Epikrisetid psykisk helsevern, BUP – 80 % innen 7 dager

Indikatoren måles tertialvis.

Resultatene for epikrisetid i barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) er dramatisk forbedret fra i fjor, noe som er svært gledelig. 7 av de 14 BUP-ene i Helse Nord oppnår godt over 80 % for 2. halvår i 2005, og flere kommer over 70 %.

Tallene for 2. halvår 2005 er foreløpige tall.

Epikrisetid – psykisk helsevern, BUP	1. halvår 2005	2. halvår 2005
Helse Finnmark HF		
BUP polikl Midt-Finnmark	89,5	95,8
BUP polikl Hammerfest	84,2	68,4
BUP polikl Øst-Finnmark	93,2	97,1
BUP polikl Alta	76,9	76,6
Universitetssykehuset Nord-Norge HF		
BUP Nord-Troms	84,6	71,4
BUP Tromsø	69,0	71,2
Senter for psyk helse Midt-Troms BUP Silsand	93,7	98,6
Senter for psyk helse Midt-Troms BUP Sjøvegan	90,0	75,0
Hålogalandssykehuset HF		
Hålogalandssykehuset Narvik		
Psyk helsev for barn og unge	58,3	78,9
Hålogalandssykehuset Stokmarknes BUP polikl	70,0	92,7
Hålogalandssykehuset BUP polikl Sør-Troms	75,0	95,8
Nordlandssykehuset HF		
Nordlandssykehuset Bodø BUP	72,3	88,3
Nordlandssykehuset Lofoten BUP polikl	72,2	58,6
Helgelandssykehuset HF		
Helgelandssykehuset Mosjøen BUP polikl	57,6	65,0
Helgelandssykehuset Mo i Rana		
Psyk Senter BUP	76,9	81,5
Helgelandssykehuset Sandnessjøen BUP	62,5	78,4

VOP

Innen voksenpsykiatri (VOP) har det vært vanskelig å gjennomføre måling på indikatoren, på grunn av problemer med overgang fra gammelt til nytt rapporteringsformat. Norsk Pasientregister, NPR, har nå besluttet å avvente offentliggjøring av flere resultater på denne indikatoren til et tilstrekkelig antall institusjoner kan rapportere på nytt format. Helseforetakenes egne data tyder imidlertid på at det er en lang vei å gå innen psykisk helsevern for voksne for å få opp andelen epikriser. Vi har ikke fullstendige tall her, men det ser ut til at andelen epikriser innen 7 dager er på godt under 50 % samlet sett i Helse Nord. Vi må naturligvis ta forbehold om at vi ikke har tilgjengelige kvalitetssikrede data.

Korridorpatienter VOP– som hovedregel ingen

Måling av korridorpatienter ved akuttavdelinger i voksenpsykiatrien (VOP) ble innført i 2004, og skal måles tertialvis. Det er stabilt svært få korridorpatienter i de akuttpsykiatriske sengeavdelingene i Helse Nord.

Korridorpasienter, VOP, gjennomsnitt pr. dag	1. tertial 2005	2. tertial 2005	3. tertial 2005
Helse Nord RHF			
Nordlandssykehuset Bodø	0	-	0
Universitetssykehuset Nord-Norge	1	1	0
Psyk senter Tromsø og Karlsøy	0	0	0

Andel diagnostisk vurdert innen barne- og ungdomspsykiatri, BUP – 90 %

Indikatoren ble innført i 2004, og skal måle andelen for hvor mange barn og unge som blir diagnostisk vurdert etter anerkjente diagnoseklassifikasjoner (ICD 10). Målsettingen er at 90 % skal være diagnostisk vurdert.

Resultatene viser at det er langt fram til at BUP-ene i Helse Nord oppnår målsettingen på 90 %.

Diagnoser akse 1 - Klinisk psykiatrisk syndrom

Diagnoser akse 2 - Spesifikke utviklingsforstyrrelser

Diagnoser akse 5 - Aktuelle vanskelige psykososiale forhold

Diagnoser akse 6 - Global vurdering av psykososialt funksjonsnivå

Tallene for 2. halvår 2005 er foreløpige tall.

	Diagnoser akse 1: Andel diagn.		Diagnoser akse 2: Andel diagn.		Diagnoser akse 5: Andel diagn.		Diagnoser akse 6: Andel diagn.	
	1. halvår 2005	2. halvår 2005	1. halvår 2005	2. halvår 2005	1. halvår 2005	2. halvår 2005	1. halvår 2005	2. halvår 2005
Helse Finnmark HF								
BUP polikl Midt-Finnmark	45,9 %	53,9 %	23,0 %	29,9 %	37,8 %	46,5 %	37,8 %	47,7 %
BUP polikl Hammerfest	62,2 %	72,7 %	24,4 %	24,2 %	64,6 %	74,7 %	61,0 %	72,7 %
BUP polikl Øst-Finnmark	51,1 %	60,3 %	26,1 %	23,3 %	43,5 %	50,7 %	48,9 %	54,8 %
BUP polikl Alta	72,3 %	73,4 %	50,0 %	43,5 %	54,6 %	50,6 %	56,2 %	55,8 %
Universitetssykehuset Nord-Norge HF								
BUP Nord-Troms	77,1 %	82,3 %	0,0 %	4,8 %	65,7 %	74,2 %	42,9 %	46,8 %
BUP Tromsø	57,2 %	61,8 %	35,9 %	33,3 %	49,9 %	51,5 %	49,9 %	52,2 %
Senter for psyk helse Midt-Troms BUP Silsand	76,3 %	74,9 %	53,8 %	51,3 %	75,0 %	74,3 %	71,3 %	71,1 %
Senter for psyk helse Midt-Troms BUP Sjøvegan	81,6 %	77,0 %	34,2 %	31,1 %	89,5 %	82,4 %	82,9 %	74,3 %
Hålogalandssykehuset HF								
Hålogalandssykehuset Narvik Psyk helsev for barn og unge	26,2 %	31,8 %	2,9 %	3,7 %	4,9 %	7,5 %	1,9 %	2,8 %
Hålogalandssykehuset Stokmarknes BUP polikl.	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Hålogalandssykehuset BUP polikl Sør-Troms	2,1 %	4,0 %	1,0 %	2,0 %	1,0 %	2,0 %	1,0 %	2,0 %
Nordlandssykehuset HF								
Nordlandssykehuset Bodø BUP	89,3 %	86,1 %	37,7 %	38,0 %	81,6 %	79,3 %	80,7 %	77,6 %
Nordlandssykehuset Lofoten BUP polikl	13,8 %	14,0 %	0,0 %	0,0 %	4,6 %	5,1 %	4,6 %	5,1 %
Helgelandssykehuset HF								
Helgelandssykehuset Mosjøen BUP polikl	42,9 %	42,1 %	17,7 %	17,2 %	37,4 %	37,2 %	34,0 %	31,0 %
Helgelandssykehuset Mo i Rana Psyk Senter BUP	36,2 %	36,4 %	12,4 %	13,8 %	35,3 %	34,2 %	34,9 %	34,2 %
Helgelandssykehuset Sandnessjøen BUP	66,2 %	74,0 %	33,8 %	47,3 %	64,2 %	69,2 %	75,7 %	81,5 %

Tvungen innskrivning

Indikatoren har tidligere vært målt hvert halvår, men fra 2005 måles denne tertialvis.

Samlet sett ligger Helse Nord på omtrent samme andel pasienter som får tvungent psykisk helsevern og tvungen undersøkelse som landsgjennomsnittet, og denne andelen holder seg stabil i 2005. Andelen varierer noe mer hvis vi går inn på hvert enkelt helseforetak og hver enkelt institusjon.

Det ser ut til at andelen øker noe i både Helse Finnmark og Nordlandssykehuset, mens UNN viser noe nedgang i løpet av 2005.

Ventetid før primærbehandling (klinisk vurdering) etter henvisning til psykiatrisk behandling

Rapporteres halvårlig.

Ventetiden før primærbehandling ser dessverre generelt ut til å ha økt i løpet av 2005. Det ser i tillegg ut til at selv om noen institusjoner viser nedgang, så blir forskjellene større mellom institusjonene i regionen. Median ventetid for pasienter med rett til nødvendig helsehjelp varierte mellom 19 og 123 dager for 2. halvår, mens maksimalt antall dager pasienter venter, varierte mellom 30 og 532 dager.

	1. halvår 2005					
	Rett til nødvendig helsehjelp		Ikke rett til nødvendig helsehjelp		Ikke registrert rett til nødvendig helsehjelp	
	Median vtid dg	Max. vtid dg	Median vtid dg	Max. vtid dg	Median vtid	Max. vtid
Helse Finnmark HF						
BUP polikl Midt-Finnmark	21	113	11	13	24	64
BUP polikl Hammerfest	17	285	23	29	19,5	31
BUP polikl Øst-Finnmark	56	298	81	94	34	127
BUP polikl Alta	25	65	21	76	15,5	45
Universitetssykehuset Nord-Norge HF						
BUP Nord-Troms	45,5	155	44	150	78	78
BUP Tromsø	24	263	17	17	34	216
Senter for psyk helse Midt-Troms BUP Silsand	23	152	27	107	23	69
Senter for psyk helse Midt-Troms BUP Sjøvegan	15	101	28	224	34	43
Hålogalandssykehuset HF						
Hålogalandssykehuset Narvik Psyk helsev for barn og unge	73	202
Hålogalandssykehuset Stokmarknes BUP polikl	48	144	.	.	52	317
Hålogalandssykehuset BUP polikl Sør-Troms	30	97	41	462	14	40
Nordlandssykehuset HF						
Nordlandssykehuset Bodø BUP	98	422	49,5	243	29,5	246
Nordlandssykehuset Lofoten BUP polikl	38,5	146	34	414	78	78
Helgelandssykehuset HF						
Helgelandssykehuset Mosjøen BUP polikl	38,5	200	39,5	179	22	477
Helgelandssykehuset Mo i Rana Psyk Senter BUP	38	369	100	122	28	136
Helgelandssykehuset Sandnessjøen BUP	40	504	35	274	25,5	87

Tallene for 2. halvår 2005 er foreløpige tall.

	2. halvår 2005					
	Rett til nødvendig helsehjelp		Ikke rett til nødvendig helsehjelp		Ikke registrert rett til nødvendig helsehjelp	
	Median vtid dg	Max. vtid dg	Median vtid dg	Max. vtid dg	Median vtid	Max. vtid
Helse Finnmark HF						
BUP polikl Midt-Finnmark	33	145	.	.	28	191
BUP polikl Hammerfest	21,5	229	9	9	18	116
BUP polikl Øst-Finnmark	123	274	.	.	28	115
BUP polikl Alta	21,5	174	27	108	42,5	141
Universitetssykehuset Nord-Norge HF						
BUP Nord-Troms	113,5	172	67	90	80	168
BUP Tromsø	37	197	.	.	28	212
Senter for psyk helse Midt-Troms BUP Silsand	64	244	104	104	27	89
Senter for psyk helse Midt-Troms BUP Sjøvegan	19	146	17	30	39,5	61
Hålogalandssykehuset HF						
Hålogalandssykehuset Narvik Psyk helsev for barn og unge	30	30	.	.	74	176
Hålogalandssykehuset Stokmarknes BUP polikl	35	270	.	.	202	202
Hålogalandssykehuset BUP polikl Sør-Troms	20,5	403	213	345	21	28
Nordlandssykehuset HF						
Nordlandssykehuset Bodø BUP avd	94	532	182	252	38	396
Nordlandssykehuset Lofoten BUP polikl	45	156	47	425	48	168
Helgelandssykehuset HF						
Helgelandssykehuset Mosjøen BUP polikl	25	165	74	224	32	56
Helgelandssykehuset Mo i Rana Psyk Senter BUP	28	203	25	42	12,5	55
Helgelandssykehuset Sandnessjøen BUP	57	219	238	261	29	67

Særskilte tiltak

Særskilte tiltak i psykisk helsevern - Helse Finnmark HF

Utvikling av Samisk nasjonalt kompetansesenter, SANKS

SANKS har som hovedmål å sikre likeverdige tjenester og god tilgjengelighet for alle grupper av samiske brukere på tvers av geografiske, språklige og kulturelle skillelinjer.

I løpet av 2005 ble det henvist 22 pasienter. Familieavdelingen har gitt tilbud til 13 familier.

Akuttpsykiatrisk team ble omorganisert og organisatorisk lagt under VPP Midt-Finnmark.

Det ble i 2005 etablert en egen FoU-avdeling ved SANKS. I 2005 er det i gang 9 forskningsprosjekter og 8 prosjekter innenfor metodeutvikling.

Samisk tolketjeneste

Voksenpsykiatrisk poliklinikk i Hammerfest har tilsatt samisk tolk i 1/1 stilling på dagtid. Ellers benyttes telefontolk eller innleid tolk. I Kirkenes benyttes egne samisk talende ansatte eller telefontolk.

Nedleggelse av Seidajok behandlingshjem for barn- og ungdom

Seidajok behandlingshjem ble som planlagt avvirket sommeren 2005. De ambulerende tjenestene ble styrket og det er etablert et team for Midt- og Øst-Finnmark med 4 årsverk. Teamet er lokalisert i Tana. I Vest-Finnmark ble det etablert ambulerende team i Alta, med 3 årsverk, og i Hammerfest, med 2 årsverk. Det er også utarbeidet et forprosjekt i bruk av videokonferanseutstyr i hjemmene.

Særskilte tiltak i psykisk helsevern - Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Regionalt ressurscenter for vold og traumatisk stress

UNN fikk gjennom styringsdokumentet for 2004 ansvar for å etablere senteret. Det har vært avviklet flere møter med Shdir vedrørende faglig profil og finansiering. Senteret består ved oppstart av ansatte ved Psykososialt team for flyktninger, senter for selvmordsforebygging samt tidligere prosjekt knyttet til RBUP Nord, for seksuelt misbrukte barn. UNN er under forhandlinger om å leie egne lokaler for samlokalisering av enhetene. Endelig avklaring mht finansiering foreligger ikke. Under forutsetning av nødvendig finansiering av drift arbeides det konkret med etablering i løpet av 1. halvår 2006.

Regionalt senter for spiseforstyrrelse for barn og ungdom er etablert ved Barne- og ungdomsklinikken ved UNN.

Særskilte tiltak i psykisk helsevern - Hålogalandssykehuset HF

DPS Ofoten er omstrukturert. Antall senger ved DPS Ofoten er redusert til 15, samtidig som det ved VOP er etablert et ambulant team. Det er åpnet et dagbehandlingstilbud med lokaler midt i Narvik sentrum.

Særskilte tiltak i psykisk helsevern - Nordlandssykehuset HF

Regionalt senter for spiseforstyrrelse for voksne er etablert. Senteret er etablert i midlertidige lokaler i påvente av nybygg. Driften er derfor noe begrenset i forhold til plan. Det er også etablert enhet for rus/psykiatri. Også denne enheten holder til i midlertidige lokaler i påvente av nybygg.

Særskilte tiltak i psykisk helsevern - Helgelandssykehuset HF

Det er gjennomført omstrukturering av døgntilbudene. Ambulante team er ikke etablert, men det arbeides med dette. Det er samarbeidsavtaler med noen kommuner.

PASIENTOPPLEVELSER, PASOPP

Årlig undersøker Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten hvordan pasienter opplever helsetjenesten, de såkalte PASOPP-undersøkelsene.

Undersøkelsene gjøres gjennom flere hovedindikatorer som til sammen skal gi et uttrykk for hvordan pasienter og pårørende selv vurderer tjenestene. Undersøkelsene blant somatiske pasienter har fokusert på informasjon og kommunikasjon, erfaringer med personalet, organisering og standard. Undersøkelsene blant psykiatriske pasienter fokuserer på relasjon til behandler og utbytte av behandlingen i tillegg til informasjon.

Målingene kan være nyttige både for RHF, ledelsen på HF og på institusjonsnivå. De peker ut, sett fra pasientenes ståsted, hvor det er viktig å arbeide for å forbedre tilbudet. Like viktig er det at resultatene analyseres og settes i sammenheng med lokal kunnskap og benyttes videre i det interne kvalitetsarbeidet i hvert sykehus/HF. For konkret resultatoppfølging, må det imidlertid utvikles bedre metoder for å bryte ned resultatene på avdelings/postnivå, også for poliklinikk/dagbehandling. Dette er det også arbeidet med i 2005.

Det skal gjennomføres en årlig undersøkelse innen somatikk og innen psykisk helsevern. I 2005 ble det gjennomført undersøkelser blant pårørende for barn i barneavdelinger. Resultatene ble publisert våren 2006, og kan lese her: www.helse-nord.no/article27249-623.html

De undersøkelser som er gjennomført tidligere år har vist at pasientene generelt er godt tilfreds med tilbudet, og institusjonene i Helse Nord plasserer seg rundt eller litt over landsgjennomsnittet på de ulike indikatorene. Helseforetakene har imidlertid størst forbedringspotensial i forhold til informasjon og kommunikasjon.

AVVIK OG MERKNADER FRA HELSETILSYNET

Det er varierende om HF-ene har rapportert inn tall over antall avvik og merknader fra Helsetilsynet. De som har rapportert har gjennomgående få avvik og merknader, og avvikene og merknadene er for en stor del rettet opp.

Tiltak for ivaretagelse av pasientansvarlig lege

Alle helseforetakene fikk avvik eller merknader knyttet til oppnevning av journalansvarlig, informasjonsansvarlig og pasientansvarlig lege under Helsetilsynets landsomfattende tilsyn i 2005. Det gjennomføres tiltak for å lukke avvikene. Når det gjelder pasientansvarlig lege, har flere helseforetak utarbeidet prosedyrer for oppnevning av pasientansvarlig lege som er lagt inn i kvalitetssystemet, men det påpekes av flere at det er nødvendig å følge opp iverksettingen nærmere også i 2006. Hålogalandssykehuset vil følge opp dette gjennom intern revisjon i 2006.

Pasientsystemet DIPS er ikke tilrettelagt godt nok for å administrere ordningen med pasientansvarlig lege.

RUSOMSORG

I rusomsorgen er det en relativ stor økning både i antall konsultasjoner og døgnaktivitet.

Rusomsorg	2004	2005	endring
Antall utskrevne pasienter	514	603	17,3 %
Antall polikliniske konsultasjoner	-	3 588	-
Antall liggedøgn	31 076	42 465	36,6 %

Det har i 2005 vært en sterk økning i antall liggedøgn i rusinstitusjoner, men ventetiden er fortsatt for lang for de som trenger langtidsbehandling. Vurdering av hvordan tilbudene skal videreutvikles vil bli gjort under utarbeidelse av egen handlingsplan i første halvår i 2006.

Tilbudet til rusmiddelmissbrukere

Tjenesten har hatt en relativ vekst fra 2004 til 2005 på om lag 13 %. Samlet aktivitet innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere har økt vesentlig sammenlignet med 2004. Antall utskrevne pasienter i institusjoner i Helse Nord har økt med 15,7 %. Antall liggedøgn har økt med 37,4 %. Antall polikliniske konsultasjoner har også økt, men her har vi ikke gode nok registreringer til å vise endringene. Ventetidene er lengst for pasienter som trenger langtidsbehandling. Tjenesten er i rask utvikling, og det arbeides med å bedre dokumentasjon av behandling og kvalitet, samt utvikling av god styringsinformasjon. Det er etablert et rutinemessig samarbeid nasjonalt om tjenesteutvikling. Egen handlingsplan for rus vil bli behandlet i 2006.

Helse Nord samarbeider med andre helseregioner, Sosial- og helsedirektoratet (Shdir) og departementet i å styrke kunnskapsgrunnlaget, og å utvikle god styringsinformasjon.

Nordnorsk kompetansesenter rus har iverksatt prosjektrettet arbeid for å øke bruken av individuell plan; som i 2005 var svært lav.

Nytt senter for Lar (legemiddelassistert rehabilitering) ble etablert ved UNN i 2005.

Senteret har i tillegg til etableringen i Tromsø også ansatt LAR-konsulenter i Bodø.

AMBULANSE- OG NØDMELDETJENESTE

I forbindelse med ikrafttreden av ny forskrift ”Krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus” har Helse Nord i 2005 i samarbeid med fagmiljøene og helseforetakene, etablert retningslinjer til forskriften. Det har også vært gjennomført virksomhetskartlegging av ambulansetjenestene som har identifisert at 19 tjenester sannsynligvis har for høy arbeidsbelastning. Dette sammen med nødvendig oppbemanning som konsekvens av forskrift/retningslinjer medfører en beregnet kostnadsøkning på minimum 20 millioner kroner pr. år.

Helse Nord RHF har gjennomført et utredningsarbeid vedrørende vesentlige forhold i ambulansetjenesten. Her ble det bl.a. konkludert med at Helse Nord har kritiske utfordringer knyttet til rekruttering, kompetanse og kvalitet på tjenesten. Styret besluttet i møte 8. februar 2006 at helseforetakene selv skal utøve ambulansetjenesten når avtalene med private utøvere opphører.

Helse Finnmark HF har overtatt driftsansvaret for luftambulansetjenesten i Finnmark. Det har vært arbeidet med gjennomføring av omstrukturering/reduksjon av AMK-sentraler. Ultimo mars 2006 vil antallet AMK-sentraler være redusert fra 11 til 6 i Nord-Norge.

Prehospital trombolyse (PHT) er i hovedsak innført i alle helseforetakene. Dette er et viktig samhandlingsprosjekt med kommunene, der Helse Nord også har besørget utstyr til legevaktsdistriktene samt legemidler og opplæring av primærleger i legevaksordninger.

Helse Nord RHF har besluttet justering av noen helseforetaksgrenser med virkning fra 1. januar 2006. Dette medfører at Universitetssykehuset HF overtar ansvaret for kommunene Dyrøy, Berg, Torsken og Tranøy (fra Hålogalandssykehuset HF) og at Nordlandssykehuset HF overtar ansvaret for Hamarøy kommune og Tysfjords vestsida (fra Hålogalandssykehuset HF).

SMITTEVERN OG BEREDSKAP

Nytt kompetansesenter i smittevern (KORSN) i Helse Nord er etablert i 2005 ved UNN. Senteret har allerede styrket nettverkssamarbeidet innen smittevern i landsdelen, og er i gang med tiltak på flere områder for å styrke smittevernet i Helse Nord. Målsettinger for senteret bygger på regional smittevernplan, og nasjonale planer og forskrifter (smittevernforskriften).

Alle helseforetakene har utpekt tuberkulosekoordinator og tilsatt hygienesykepleier. Samtlige helseforetak har også utpekt smittevernlege, men det er bare i UNN og i kompetansesenteret at lege er tilsatt med smittevern som hovedfunksjon. Regional plan er ikke oppfylt mht. antall stillinger i smittevern i helseforetakene.

Det er i gang arbeid med å utvikle felles dataverktøy i Helse Nord for insidensregistrering slik at Helse Nord kan delta i nasjonal overvåkingsprogram høsten 2006 (sårinfeksjoner). Høsten 2005 søkte de fleste helseforetak om dispensasjon.

I beredskapssammenheng har det vært særskilt fokus på legemidler og materiell, og det er utarbeidet liste over kritiske legemidler og plan for å sikre forsyning. Tilsvarende arbeid med helsemateriell er igangsatt. Regional beredskapsplan vil bli revidert første halvår 2006.

Øvelse Barents Rescue er gjennomført etter planen. Det var stor deltakelse av helsepersonell fra kommuner og helseforetak i helse Nord. En egen rapport om øvelsen ferdigstilles tidlig i 2006.

UTDANNING

Helse Nord RHF har ikke etablert rammeavtaler med høgskoler eller universitet, men gjennom samarbeidsavtaler mellom helseforetakene og høgskolene i regionen er det etablert enighet om praksisundervisningen/praksisplasser i grunnutdanningene i helse- og sosialfag.

Administrasjonen i Helse Nord er av den oppfatning at samarbeidsorganet med høgskolene (Høgskolesamarbeidet) i større grad må bli et aktivt organ i tiden framover, for at samarbeidet skal bli ytterligere forpliktende. Ut fra styresak 73-2002 skal sammensetning, mandat og samarbeidsorganets funksjon tas opp til ny vurdering. Dette vil bli gjort i ny sak til styret i RHF i 2006.

Helseforetakene i regionen har bidratt med det antall praksisplasser for helse- og sosialfagstudenter som har vært forutsatt. 164 medisinerstudenter har gjennomført klinisk undervisning (5. årsstudenter i praksis på 5. året, tall fra 2 kull fordelt på vår og høst 2005).

Helse Nord RHF har som minste helseregion, med små og spredte institusjoner over lange avstander og et lite universitetssykehus, begrenset utdanningskapasitet. Regionen har av flere grunner over mange år hatt særlige utfordringer knyttet til rekruttering og utdanning av helsepersonell. Problemene har vært spesielt store knyttet til leger, men også innen andre helsefag er tilgangen på personell vanskelig. Det er derfor etablert spesialtilpassede utdanningsprogrammer innen flere fagområder.

Psykiaterutdanning

Det er etablert utdanningsprogrammer for voksen- og barne- og ungdomspsykiatere, som viser seg å ha gitt svært positive resultater for psykisk helsevern.

Totalt har 18 leger deltatt i voksenpsykiatriprogrammet i 2005. En av kandidatene ble ferdig legespesialist i 2005, tre har sluttet og en er i fødselspermisjon. Prosjektet avsluttes i 2006 og videreføres som et permanent tiltak.

Utdanningsprogrammet i barne- og ungdomspsykiatri er ytterligere styrket i 2005 og 20 assistentleger er nå inne i programmet, hvorav 6 fullfører spesialistutdanningen i løpet av 2006. Utdanningsprogrammet i barne- og ungdomspsykiatri er gjort permanent fra 01.01.06.

Andre utdanninger

Det planlegges liknende program for psykologspesialister i samarbeid med Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP). Som følge av satsingen på kronikeromsorgen, skal det etableres egne rekrutterings- og utdanningsprogrammer for geriatere, revmatologer og fysikalsk medisinere.

Rekruttering - Finnmark

Helse Finnmark HF er i en særlig sårbar stilling, og det er derfor satset spesielt på et eget rekrutteringsprogram for å sikre flere spesialister til dette helseforetaket ("Stol på egne krefter). Prosjektets mål er å utdanne 15 nye spesialister pr. 5-årsperiode. I løpet av 2005 er 16 kandidater innrullert i programmet (forventet ferdig spesialister i løpet av perioden 2005-2010). Prosjektet er et samarbeid mellom Helse Finnmark, Shdir og Helse Nord RHF.

Utdanningskapasitet og -utvikling

Utdanningskapasiteten i spesialisthelsetjenesten for øvrig drøftes og tas opp i samarbeidsorganene kontinuerlig. Det ble også i regi av Høgskolesamarbeidet satt i gang et arbeid for å kartlegge og vurdere utviklingen av helsefagutdanningene i regionen. Utvalget skal levere sin rapport februar 2006. Denne rapporten skal brukes i vårt videre arbeid med utdanningskapasiteten, inkludert planlegging av tiltak for å sikre riktig kvalitet og kapasitet i utdanning av helsepersonell (grunnutdanning, turnus, videreutdanning, etterutdanning). Det er varslet både i bestillerdokument for 2005 og 2006 til egne helseforetak at fram-

tidige behov for utdanning av helsepersonell må knyttes tett opp til satsingsområder i pasientbehandling og der det mangler riktig eller nok kompetanse.

For oppdragsundervisning i videreutdanning i helsefag (ABIOK) foreligger 3 tidsbegrensede kontrakter. Disse er søkt harmonisert og tilrettelagt for overtakelse av høgskolesystemet.

FORSKNING

I 2005 har helse Nord økt egne bevilgninger til forskning med vel 10 millioner kroner, fra 47 millioner kroner i 2004 til 57,5 millioner kroner i 2005. Samlet volum på forskningsaktivitetene er økt. Samtidig har en i 2005 prioritert kvalitetssikring av forskningsprosjektene, og bedring i rapporteringsrutinene. Det er arbeidet aktivt med å øke forskningsinnsatsen i psykisk helse og rus, men fortsatt har dette ikke gitt vesentlige resultater. Dette vil imidlertid bli fulgt opp også i 2006.

Ved tildeling av regionale forskningsmidler er det lagt vekt på å følge habilitetsreglene og kvalitetssikre hele prosessen. De 6 forskningsutvalgene i Helse Nord følger vanlige habilitetsregler i både vurdering og innstilling av søknadene til Universitetssamarbeidet, som beslutter tildelingene. Også Universitetssamarbeidet går gjennom habilitetsforhold før tildeling, slik at inhabile representanter fratrer i tildelingssaker. Det er høsten 2005 videre besluttet at ingen representanter kan sitte i både Universitetssamarbeidet og underliggende forskningskomité, blant annet for å unngå at noen forskningsinteresser får "doble" stemmer i tildelingsprosessen.

Det er også i 2005 videreført systematisk innrapportering fra alle nye og flerårige forskningsprosjekter for å kvalitetssikre at prosjektene holder tilfredsstillende framdrift, noe som både har egenverdi og sikrer grunnlag for fortsatt utbetaling av midler til prosjektene. Rapportene skal godkjennes av lederne i Helse Nord's forskningsutvalg.

Helseforetakene i regionen har deltatt i måling av forskningsaktivitet etter gjeldende prosedyrer. Det vises til 1. tertialrapport for 2005 for redegjøring av ressursbruk til forskning, samt antall søknader mottatt og innvilget på hvert område.

Det er ikke gjort spesielle tiltak for å sikre kjønnsperspektivet og prioritere forskning med relevans for kvinners helse. Det er likevel prosjekter som ivaretar dette, for eksempel innen somatikk ved UNN der Helse Nord har finansiert prosjekter i 2005 innenfor brystkreft og gynekologisk kreft, psykisk helse ved svangerskap og fødsel, og en studie på inntøms-CTG (Helse Finnmark).

BRUKERMEDVIRKNING OG OPPLÆRING AV PASIENTER OG PÅRØRENDE

Styret i Helse Nord RHF vedtok i juni 2005 å gjennomgå og justere brukerutvalgets sammensetning og virkeperiode. Etter å ha innhentet forslag fra brukerorganisasjonene og elderrådene i regionen, oppnevnte styret i Helse Nord RHF nytt regionalt brukerutvalg i september 2005. Det nye brukerutvalget fikk 10 medlemmer og samme virkeperiode som styret i Helse Nord RHF. Leder i brukerutvalget ble utpekt særskilt. Helse Nord RHF har fått reaksjoner fra brukerorganisasjonene på denne måten å gjøre valget av leder i brukerutvalget på, og HOD har i eierdokumentet for 2006 påpekt viktigheten av at hele brukerutvalget skal utpekes etter forslag fra brukerorganisasjonene. Helse Nord RHF er i dialog med departementet om hvordan dette vil påvirke det sittende utvalget.

Regionalt brukerutvalg har i løpet av 2005 hatt fem møter og hatt 50 saker til behandling. I tråd med vedtektene har regionalt brukerutvalg behandlet årlig plan og melding for 2005 og tertialrapportene til styret i

Helse Nord RHF. Utvalget har i tillegg behandlet plan 2006-2008 og budsjett og helsepolitisk bestilling for 2006. Videre har utvalget behandlet bestillerdokumentene for 2005 fra HOD og helseforetakene, høringsutkast til investeringsplan og tiltaksplan for psykisk helse. Utvalget har vært særlig opptatt av å følge opp Helse Nord's satsing på eldre og pasienter med kroniske lidelser, og har i den sammenheng fått orienteringer fra prosjektledelsen for satsingen.

Regionalt brukerutvalg er i ferd med å utarbeide en egen plan for brukermedvirkning. På grunn av skifte av brukerutvalg er planarbeidet blitt forsinket, men planen skal legges fram for styret i løpet av 2006. I samband med dette planarbeidet ble det senhøstes 2004 gjennomført en kort spørreundersøkelse i helseforetakene knyttet til brukerutvalgenes aktivitet på lokalt nivå, som ble ferdigstilt i 2005. Undersøkelsen påpekte at selv om alle helseforetak nå har fungerende brukerutvalg, så er det behov for å følge opp deres virksomhet. Arbeidet i de lokale brukerutvalgene vil være et tema på en regional brukerkonferanse som gjennomføres i mars 2006.

STRATEGISKE TILTAK

Lokalsykehus

I mai 2005 vedtok Helse Nord RHF's styre overordnede strategier for samhandling og desentralisering. Helseforetakene ble pålagt en oppfølging med lokale planer innen sine områder.

En strategisk plan for utvikling av lokalsykehus i Helse Nord ble påbegynt i 2005. En foreløpig plan for satsingen ble lagt fram for styret i Helse Nord RHF i februar 2006, og vil bli videreført til en helhetlig plan for videre utvikling av lokalsykehusene, som legges fram for styret i løpet av 2006.

Helse Nord RHF ble tildelt 23 millioner til styrking av lokalsykehusfunksjonen i helseforetakene i revidert nasjonalbudsjett 2005. Midlene er tildelt helseforetakene til prosjekter innen akuttberedskap, geriatri, rehabilitering, samhandling med primærhelsetjenesten og IT/telemedisin. Tiltakene følges opp av helseforetakene på en tilfredsstillende måte og blir gjennomført som planlagt. Noen er kommet i gang litt senere enn forutsatt. I vedlegg 1, vises status for de enkelte prosjektene.

Helseforetakene ble i bestillerdokumentet fra Helse Nord RHF blant annet pålagt å utarbeide samarbeidsavtaler med kommunene i dekningsområdet. Tiltaket er ikke gjennomført i 2 av helseforetakene, og disse vil bli fulgt nøye opp i 2006.

Det langsiktig utviklingsarbeidet som startet i 2005 for å styrke kronikeromsorgen vil også bidra til en organisatorisk og ressursmessig styrking av lokalsykehus og desentraliseringstiltak. Prosjektene innen geriatri, rehabilitering og revmatologi samarbeider med kommunene bl.a. om felles kompetanseutvikling og å få til gode samarbeidsprosesser i pasientbehandlingen.

Desentraliserte spesialisthelsetjenester

Helse Nord har i 2005 utarbeidet en egen rapport om desentralisering av spesialisttjenester som vil bli lagt til grunn for fremtidig utvikling. Planen inneholder forslag til kompetanseutvikling i kommunehelsetjenesten, og til økte ambulante tjenester. Disse skal primært innrettes mot sykestuer og distriktsmedisinske sentra (DMS). Det foreslås økt bruk av telemedisinske tjenester. Det anbefales også at samarbeidet med private legespesialister utenfor sykehus styrkes som ledd i en desentralisering av spesialisttjenester.

Helse Nord fikk i annet halvår 2005 23 millioner kroner til prosjekter for å styrke lokalsykehusenes tilbud. Alle prosjektene er planlagt og startet opp. Den økte kronikersatsingen som kom i gang i 2005 er i hovedsak innrettet mot lokalsykehusene. Rekrutteringsprosjektene i psykisk helsevern, og prosjektet i Helse Finnmark må også ses i sammenheng med opprettholdelse av de desentraliserte tjenestene.

I 2005 har en avsluttet prosjektet elektronisk samhandling om implementering av elektroniske henvisninger og epikriser. Alle legekontorer kan sende elektronisk henvisning til sykehus i Helse Nord. Prehospital trombolyse (PHT) er i hovedsak innført i alle helseforetak. Helse Nord har besørget opplæring av primærleger, legemidler, og utstyr til legevaktdistriktene.

Utvikle verktøy for en klarere prioritering og videreføring av prioriteringsdebatten

Helse Nord følger opp etablerte systemer for implementering av pasientrettighetsloven og en mer enhetlig praktisering av prioriteringsforskriften. Regionalt prioriteringsutvalg overvåker utviklingen. Fortsatt varierer andelen nyhenviste pasienter som gis rett til nødvendig helsehjelp innenfor foretaksgruppen, men samlet ligger den stabilt på ca 54 – 56 %. I rusomsorgen er det laget utkast til retningslinjer som planlegges implementert i 2006.

Samlet aktivitet innen somatikk ligger omtrent på 2004 nivå. I helseforetakene vil det fortsatt arbeides med å vri aktivitet fra tradisjonell kirurgi til indremedisin, psykiatri og rus, og å differensiere tilbudene bedre mellom enheter i helseforetak, og mellom helseforetak. Det har vært et mål å dreie aktiviteten innen somatikk mot mer dagbehandling og poliklinikk. Dette har i liten grad skjedd i 2005. Det er vedtatt tiltaksplaner i psykisk helsevern og kronikeromsorgen som vil bidra til betydelig økt aktivitet fra 2006. Egen tiltaksplan for rus er nå under utarbeidelse.

Kvalitet og beste praksis

Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) er etablert og vil ha en sentral rolle i å synliggjøre og implementere beste praksis. Senteret vil også ha som oppgave å utvikle og implementere registrering og drift av kvalitetsregistre.

Oppfølging av de nasjonale kvalitetsindikatorne varierer; både i samlet resultat mellom de ulike indikatorene, og mellom helseforetak innenfor samme indikator. Det vil bli satt fokus fremover på de områdene der vi ikke har oppnådd ønsket resultat, og der det er størst grunn til bekymring.

Helse Nord vil i 2006 etablere nye fagråd og fagnettverk i foretaksgruppen, og bedre forankre eksisterende samarbeidsorganer. UNN som universitetssykehus har også lagt en strategi for å styrke faglig samarbeid med de andre helseforetakene på alle fagområder.

Fortsette arbeidet med funksjons- og oppgavefordelingen

Helseforetakene vil løpende arbeide med å fordele funksjoner og oppgaver mellom enheter i helseforetaket for å oppnå best mulig kvalitet og ressursutnyttelse. Alle nye tiltaksplaner som utarbeides skal vurdere funksjons- og oppgavedelingen innenfor Helse Nord.

Funksjonsdeling ble gjennomført innen kreftsykdommer i 2004 og ytterligere sentralisering, er gjort innen kreftbehandling i 2005, hvor UNN er gitt ansvar for operativ behandling av sjeldent forekommende eller langt fremskredet gynekologisk kreft.

I Helse Nord er det i 2005 etablert nytt regionalt senter for legemiddelasistert rehabilitering (LAR) ved UNN med stillinger plassert også i Bodø.

Nytt regional kompetansesenter for smittevern skal følge opp regional smittevernplan, og bistå helseforetak og kommuner i smittevern. Antallet akuttmedisinske kommunikasjonsentraler er redusert.

Samarbeid mellom RHF og andre

Det er etablert et rutinemessig samarbeid på ledelsesnivå mellom de regionale helseforetak. Dette gjelder administrerende direktører, fag, personal- organisasjon og kommunikasjon. Det er etablert fast samarbeid på prioriterte områder, bl.a. rus, habilitering og rehabilitering. I tillegg etableres egne prosjekter der det er behov for dette. Eksempler er utvikling av retningslinjer for samarbeid med legemiddelindustrien og nasjonalt nødnett.

Fagavdelingen i regionale helseforetak avholder ett felles møte årlig der det drøftes felles problemstillinger, og avklarer samarbeid.

Det er også et omfattende samarbeid mellom helseregionene gjennom de prosjekter og saksområder det arbeides med i Shdir og departementet. Eksempler på dette er rusreformen, sosial- og helsemessig beredskap ved kriser og katastrofer, smittevern, kvalitetsindikatorer, nasjonalt nødnett, behandlingshjelpemidler, utenlandsbehandling, psykisk helsevern, felles informasjonstiltak mm.

Kvalitet og metodevurdering

I løpet av 2005 er det igangsatt etableringen av nasjonalt register innen ryggkirurgi, som ble godkjent som Helse Nord RHF's nasjonale kvalitetsregister for 2004. Helse Nord RHF søkte om å få godkjent kvalitetsregister innen psykisk helsevern som nasjonalt register for 2005, noe Sosial- og helsedirektoratet ikke ville anbefale. Helse Nord RHF har derfor foreslått å etablere et nasjonalt kvalitetsregister innen muskelsykdommer, som skal ha basis i vårt nasjonale kompetansesenter innen dette feltet, Nevromuskulært kompetansesenter. I januar 2006 har Sosial- og helsedirektoratet gitt tilbakemelding om at søknaden anbefales.

I tillegg til arbeidet med å velge ut og starte implementeringen av disse nasjonale registrene, har Helse Nord RHF i 2005 også bidratt i de nasjonale prosjektene som har vært igangsatt knyttet til kvalitetsregistre, under ledelse av Sosial- og helsedirektoratet. I tråd med de nasjonale prosessene, har Helse Nord RHF i 2005 utredet ordninger for hvordan iverksettelse og oppfølging av alle de ulike regionale og nasjonale kvalitetsregistre som etter hvert er etablert kan gjøres i vår region. Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE) ved Helse Nord RHF, utformet høsten 2005 en strategi som beskriver retningslinjene for ansvarsforhold og arbeid med utarbeidelse og oppfølging av ulike typer kvalitetsregistre i Helse Nord. Det skisseres modeller for hvordan oppfølgingen rundt hvert enkelt register skal organiseres for å sikre best mulig kvalitet, relevans og robusthet i produksjonen av ulike typer kvalitetsdokumentasjon. SKDE har for øvrig en sentral rolle i regionen i forhold til utvikling, implementering av registrering og drift av registre. Arbeidet skal gjøres i tett samarbeid med fagmiljøene og IT-miljøene i regionen.

Etablering av samisk samarbeidsorgan

Helse Nord RHF har etablert samisk samarbeidsorgan i 2005. Samarbeidsorganet skal bestå av en representant fra hhv. Helse Nord, Helse Midt og Helse Øst, samt to representanter fra Sametinget. I tillegg inviteres Samisk nasjonalt kompetansesenter for psykisk helse (SANKS) og Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI) som observatører i samarbeidsorganet. Det er gjennomført to møter i samarbeidsorganet, hvor mandat og drøftinger omkring prioritering av arbeidsoppgaver for 2006 har vært tema. Samarbeidsorganet skal være et rådgivende organ for RHF og Sametinget i saker knyttet til spesialisthelsetjenesten, og vil ha informasjonsutveksling, synliggjøring og formidling av behov for å løfte det samiske perspektiv i ulike sammenhenger som viktigste oppgaver. I 2006 har samarbeidsorganet valgt å fokusere på tre forhold:

- Skape kontakt mellom samiske kompetansemiljø i Norge.
- Synliggjøring av samisk perspektiv i RHF/HF: spre informasjon om gode tiltak, utforme lister over samiske organisasjoner og miljø som kan benyttes som høringsinstanser.

- Løfte opp behovet for kulturkompetanse i utdanning og kompetansehevningsammenheng f.eks. gjennom samarbeidsorganene med Universitet og høyskoler.

ORGANISATORISKE KRAV OG RAMMEBETINGELSER

Her rapporteres det på krav gitt helseforetakene i 2005 som ikke direkte er knyttet til kjerneaktivitetene der oppfølging skjer med hjemmel i Helse- og omsorgsdepartementets krav til Helse Nord RHF og andre lov- og myndighetskrav. I tillegg baseres Helse Nord RHF's krav på beslutninger i foretaksmøtet, styresaker, og løpende oppfølging basert på foretaksmøtets beslutninger.

Ledelse

Utvikling av god ledelsespraksis på alle nivå er viktig for at befolkningen skal få god tilgjengelighet til kvalitetsmessige og effektive helsetjenester.

- Helseforetakene har deltatt med 6 deltakere i nasjonalt topplederprogram. Nasjonalt direktørforum ble også formalisert i 2005 og foretaksdirektører og deler av toppledelsen i Helse Nord deltok på første samling i 2005.
- Det har vært gjennomført en regional ledessamling med ca 100 deltakere fra ledelsen på ulike nivå fra helseforetakene, med stort innslag av kliniske ledere. Samlingen hadde som hovedtema kvalitet og service.
- Helseforetakene har deltatt i nettverksarbeid innen organisasjon og ledelse der utvikling av en felles ledelseskultur er et viktig.
- Satsningen på coaching er videreført i helseforetakene, og det er på bred basis gitt tilbud om interne coachere til mellomledere.
- Helse Nord har startet en skreddersydd master i helseledelse i samarbeid med Høgskolen i Bodø. Helseforetakene har motivert til deltakelse og prioritert egne søkere, og totalt sett er det 26 studenter med bred representasjon fra klinisk ledelse.

Endring, omstilling og tilpasning

Felles prinsipper for omstilling og nedbemanning vedtatt for foretaksgruppen styresak 120-2003 er basis for retningslinjer ved omstilling og nedbemanning i helseforetakene.

- Arbeidet med endring og omstillinger er videreført i foretakene i 2005. Tilpasningsutfordringene har ulik karakter innad i de enkelte foretak. En foreløpig prosessevaluering våren 2005 viste at det er et krevende nybrottsarbeid for involverte ledere, medarbeidere og tillitsvalgte. Behovet for tilstrekkelig faglig og menneskelig støtte har vært viktig lederne. For å lykkes med gjennomføring av endringer og omstillinger ble forholdene rundt tydelige formulerte mål og krav samt håndtering av formell medbestemmelse og juridisk korrekt håndtering særlig vektlagt i den gjennomførte evalueringen.
- De resultatmessige effektene av endringer og omstillinger er ikke evaluert i detalj i forhold til kvalitet og økonomi. Utviklingen i bemanningen viste imidlertid en stagnering i løpet av 2005, da tatt hensyn til de nye oppgaver som er tilført Helse Nord.

Arbeidsmiljø

Sikring av et godt arbeidsmiljø er av stor betydning for god pasientbehandling samt rekruttering og ivaretagelse av den enkelte medarbeider.

- Helseforetakene har arbeidet målrettet med tiltak for å redusere sykefraværet.
- Sykefraværet i foretaksgruppen for 2005 var på 8,9 % mot 8,6 % i 2004. Sykefraværet har økt ved Helse Finnmark HF, Nordlandssykehuset HF og Sykehusapoteket HF. Øvrige foretak viser en svak nedgang.
- Helseforetakene og RHF har fulgt opp Arbeidstilsynets God Vakt kampanje blant annet ved at det midtveis i tilsynet ble arrangert ”fagdager for arbeidsmiljø” for verneombud, tillitsvalgte og foretaksledelse i regionen.
- Helseforetakene har fokusert på tiltak for å heve den reelle pensjonsalderen. Nordlandssykehuset har utviklet et særskilt prosjekt på dette.

Likeverd og likestilling

Ved rekruttering til utviklingstiltak har det vært særlig vektlagt å få balanse i sammensetningen. Fremover vil det å øke andelen kvinnelige ledere i mellom- og topplederstillinger være sentralt å følge opp.

Lønns- og pensjonsvilkår

Nærings- og handelsdepartementets retningslinjer for ansettelsesvilkår for ledere i heleide statlige foretak har lagt til grunn for fastsetting av ansettelsesvilkår for direktørene i helseforetakene. Det har ikke vært inngått avtaler som medfører endringer av standardvilkårene i vår pensjonsavtale med leverandør.

Informasjons- og kommunikasjonsteknologi

Hovedstrategiene for utvikling av IKT som infrastruktur for pasientbehandling og organisasjon ligger fast. Felles systemer og standardisering er hovedgrepene. Målsettingene er

- Forbedring av tilbudet til pasientene
- Styrke samhandlingen mellom helseforetakene og kommunehelsetjenesten
- Effektivisere driften

Helse Nord RHF har i 2005 vedtatt å samle drifts- og utviklingsaktiviteter innen IKT i én organisasjon - Helse Nord IKT. Helse Nord IKT ble etablert 1.1.2006 som en avdeling under Helse Nord RHF. Målsettingen er å gi en stabil tjenesteleveranse til alle helseforetakene, bedre kvaliteten og effektivisere IKT-drift. Om lag 120 ansatte er overført fra helseforetakene til den nye enheten.

I 2005 har følgende vært prioritert:

- Aktiv bruk av mulighetene som ligger i helsenettet bl.a. med elektronisk sending av epikriser og henvisninger etc. Målsettingen er at innen utgangen av 2005 skal 100 % av epikrisene og 50 % av henvisningene foregå elektronisk.
- Implementering av system for arbeidsplan, kvalitetssystem og innkjøpssystem i helseforetakene.
- Satsing på kliniske system med utskifting av blodbanksystem og etablering av mikrobiologisk system i regionen.

- Videre arbeid med å få felles røntgeninformasjonssystemer.
- Videreføre bookingprosjektet ved UNN som pilot, som ledd i det nasjonale arbeidet med å utvikle og standardisere slik funksjonalitet.
- Implementering av virksomhetssertifikat skal skje innen 1.6.2005 for å møte kravet om kryptering av meldinger.
- Videreføre det faglige nettverk for de informasjonssikkerhetsansvarlige i foretakene. Ved fellesdrift av kliniske systemer blir det særlig viktig å understøtte det arbeidet som skal gjennomføres i dette faglige forum.

UTFORDRINGER 2006

Helse Nord har fulgt opp forventningene på de fleste punkter. Vi vil imidlertid peke på noen spesielle områder hvor vi står overfor avvik/utfordringer som det må arbeides aktivt med i 2006 og videre:

- **Kvalitet:** På flere kvalitetsindikatorer ligger vi for dårlig an sammenholdt med nasjonale krav. Dette gjelder blant annet diagnostisk vurdering i barne- og ungdomspsykiatri, epikrisetid og strykninger på operasjonsprogram. Bruken av individuell plan er for tilfeldig og for liten.
- **Ventetid:** Ventetiden er for lang på deler av tjenestene, blant annet innen fedmekirurgi, barne- og ungdomspsykiatri og rus.
- **Rapportering:** Rapporteringen er mangelfull og usikker på flere områder, og det må utvikles rutiner og opplæring for å bedre dette.
- **Pasientrettighetsloven:** Fortsatt arbeid med å utvikle god og felles praksis i vurdering, prioritering og fristfastsettelse er nødvendig. Andelen nyhenviste som gis rett til nødvendig helsehjelp varierer i for stor grad mellom helseforetakene.
- **”Sørge-for” ansvaret:** Tilbudene er for dårlig utviklet både innenfor psykisk helsevern, rus, og kronikeromsorgen. Kapasiteten må bygges ut, og det må utvikles bedre dokumentasjon og kvalitets-sikring av tjenestene. Helsetjenestene til den samiske befolkning må vurderes og ev. styrkes.
- **Brukermedvirkning:** Dagens ordninger for brukermedvirkning må løpende videreutvikles i samråd med Regionalt brukerutvalg.

STYRETS ÅRSBERETNING

1. Opplysninger om arten av virksomheten og hvor virksomheten drives

Helse Nord RHF ble stiftet 17.08.01. Helse Nord RHF har ansvar for spesialisthelsetjenesten i Nordland, Troms, Finnmark og på Svalbard. Den tjenesteytende virksomhet er organisert i seks helseforetak heleid av Helse Nord RHF. Helse Nord RHF har hovedkontor i Bodø. Foretaket er 100 % eid av Helse- og omsorgsdepartementet.

2. Redegjørelse for forutsetningen om fortsatt drift

I årsregnskapet er forutsetningen om fortsatt drift lagt til grunn da det etter styrets oppfatning ikke er forhold som tilsier noe annet. Det vises i denne sammenheng til § 5 i helseforetaksloven som fastslår at helseforetak ikke kan slås konkurs.

3. Arbeidsmiljø mm (internt)

Helse Nord RHF

Helse Nord RHF hadde i 2005 til sammen 42,8 årsverk mot 36 årsverk i 2004. Økningen er relatert til:

- Etablering av innkjøpsfunksjon (2 nye stillinger)
- Helårseffekt av konserntillitsvalgte
- Helårseffekt av oppbygging av SKDE
- Etablering av intern revisjon (2 nye stillinger fra desember)

I 2005 utgjorde sykefraværet totalt 270 dager. Dette er et gjennomsnittlig sykefravær på 2,5 % i 2005 mot 3,8 % i 2004.

Ingen arbeidsrelaterte skader og ulykker er registrert siste år.

Helseforetaksgruppen

Helseforetaksgruppen hadde i desember 2005 til sammen 10 242 årsverk mot 9 898 årsverk i desember 2004 – en økning på 344¹.

Årsaken til økningen er i hovedsak:

- Det har vært en markert økning i både overtid og antall ansatte/årsverk i siste kvartal for legene. Det er spesielt UNN som har økt antallet leger i siste kvartal
- For sykepleiere/jordmødre har antallet årsverk og antallet ansatte holdt seg stabilt gjennom hele året. Overtidsbruken økte markert i mai og har holdt seg stabilt på dette nivået gjennom resten av året.
- Antallet hjelpepleiere og årsverksforbruket har gått ned gjennom hele året. Fra 804 månedsverk og 1067 ansatte hjelpepleier i januar til 778 månedsverk og 1019 ansatte i desember. Det har vært en liten økning i overtidbruken blant hjelpepleierne i desember.

I 2005 utgjorde sykefraværet 8,9 % (214 000 dager). Sykefraværet i 2004 var på 8,6 % hvilket viser at helseforetakene samlet ikke har hatt en nedgang tilsvarende det som synes være framkommet på landsbasis for andre virksomheter. Sykefraværet har økt ved Helse Finnmark HF, Nordlandssykehuset HF og Sykehusapoteket HF. Øvrige foretak viser en svak nedgang. Alle helseforetakene er IA bedrifter. Arbeidstilsynets kampanje ”God Vakt” med tilsyn i alle helseforetakene har pågått i hele 2005.

¹ Helse Nord RHF har skiftet av rapportverktøy og dette kan ha forårsaket noen små forskjeller i tallmaterialet. Årsverk er beregnet som aktivt utført arbeidstid (f.eks overtid er omregnet til årsverk)

Helse Nord RHF har i samarbeid med helseforetakene kjørt prosesser med tillitsvalgte og verneombud for underveis å følge opp arbeidsmiljørelaterede problemstillinger som tilsynet avdekket.

Det er ikke etablert felles system for oppfølging av skader og ulykker, men det er stilt krav til helseforetakene å etablere system for- og aktivisere avviksrapportering på området helse- miljø og sikkerhet. Oversikt over skader og ulykker skal framgå av det enkelte foretaks årsmelding.

Helseforetakene har implementert et kvalitetssystem i 2005 som er mulig å gjøre gjennomgående i foretaksgruppen. Målet er at avviksrapportering innen helse, miljø og sikkerhet skal kunne aggregeres når systemet er i full drift i alle foretak. Arbeidsgiveransvaret herunder ansvaret for helse, miljø og sikkerhet ligger på det enkelte foretak.

4. Likestilling

Helse Nord RHF

Styret i Helse Nord RHF består av 5 menn og 4 kvinner. Ledergruppen har i 2005 bestått av 6 menn og 2 kvinner. Kvinneandelen av alle ansatte er i underkant av 50 %

Helseforetaksgruppen

Av alle ansatte er 25,57 % menn, noe som er en svak økning fra 2004. I forhold til andel ansatte er kvinner klart underrepresentert i lederstillinger på mellom- og toppnivå i helseforetakene. Likestilling er ett av satsningsområdene i overordnet personalpolitikk. I ledelsesutviklingstiltakene som gjennomføres er det lagt særlig vekt på rekruttering av kvinnelige deltakere.

På overordnet nivå har ikke Helse Nord gjennomført særskilte kartlegginger og tiltak knyttet til likeverd og likestilling. Ved rekruttering til utviklingstiltak har det imidlertid vært vektlagt å få balanse i sammensetningen. Fremover vil det å øke andelen kvinnelige ledere i mellom- og topplederstillinger være sentralt å følge opp.

5. Ytre miljø

Helse Nord påvirker i liten grad det ytre miljø. Energiforbruket er knyttet til oppvarming, belysning, prosess og drift. Avfall håndteres i tråd med gjeldende krav.

Helse Nord følger opp "Grønn stat" prosjektet ved oppfølging av indikatorer og rapportering på energibruk og avfallshåndtering i helseforetakene. Dette er del av det helhetlige ansvar som HF-ene har innen helse, miljø og sikkerhet, samt internkontroll. Energiforbruk, energiøkonomisering og avfallshåndtering behandles i årsmeldingene fra de enkelte foretakene. Noen foretak er kommet lenger enn andre i kartlegging og rapportering. Per dato er rapporteringen ufullstendig.

Generelt kan sies at energiforbruket øker fortsatt på grunn av noe større areal ved blant annet gjennomføring av opptrappingsplanen og utbyggingen ved distriktspsykiatriske senter. Løpende foretas utskifting og fornying av utstyr, elektriske anlegg og ventilasjon ved institusjonene som skal bidra til utflating av energibruken og på sikt redusere energiforbruket.

Avfallet tas hånd om av eksterne avfallsselskap - etter avtale. Mengden avfall er fortsatt stigende. Vannforbruket viser liten endring fra tidligere år.

Kravet om miljøledelse følges opp gjennom den ordinære organisasjon. Foretakene i Helse Nord og institusjonene er relativt små og det vurderes ikke regningsssvarende å bygge opp en egen miljøorganisasjon.

6. Redegjørelse for årsregnskapet

Etter styrets oppfatning gir årsregnskapet en rettvise oversikt over utviklingen og resultatet av foretakets virksomhet og stilling.

Vurdering av risiko og usikkerhetsfaktorer som foretaket står overfor:

Helse Nord RHF finansieres i all hovedsak av overføringer fra Helse- og omsorgsdepartementet. Aktivitetsnivå og inntekter er et resultat av Stortingets prioriteringer.

Helse Nord RHF finansierer investeringer med egen likviditet og lån fra Helse- og omsorgsdepartementet. Helse Nord RHF avstemmer sitt investerings- og driftsnivå slik at foretaksgruppen samlet planlegger med positiv likviditet i løpet av året.

Helse Nord RHF har ubenyttet kassakreditt i hovedbankforbindelsen.

Den likvide situasjonen i 2006 anses tilfredsstillende, jfr ovenfor. Langsiktig finansiering av foretaksgruppens fremtidige investeringer, for eksempel i form av statlig investeringstilskudd, er imidlertid fortsatt ikke avklart, og medfører en viss grad av langsiktig likviditetsrisiko.

Da inntekter i all hovedsak er overføringer fra staten, anses kredittrisikoen lav.

Foretaket er i eksponert for endringer rentemarkedet, da den langsiktige lånegjelden har flytende rente. Tilvarende er innskuddsrenten i gjeldende bankavtaler basert på flytende rente. Samlet sett vurderes renterisikoen som akseptabel

Ut fra en samlet vurdering, med hovedvekt på at Helse Nord RHF eies av staten, og at § 5 i helseforetaksloven fastslår at helseforetak ikke kan slås konkurs, anses den samlede finansielle risikoen å være lav.

De mest sentrale risiki og usikkerhetsfaktorer som foretaket står ovenfor er etter styrets vurdering realisering av planlagte utbyggingsprosjekter og finansiering av dem, samt fastsettelse av nivået på fremtidig aktivitet og finansiering av denne.

Virksomheten i 2005

Et viktig siktemål for Helse Nord i 2005 var å øke regionens konkurransekraft gjennom tilgjengelige tjenester basert på befolkningens behov. For å oppnå dette er det nødvendig å oppnå økonomisk balanse snarest mulig slik at grunnlaget for en planmessig satsing på prioriterte innsatsområder er til stede.

Styrets hovedstrategier for virksomheten i 2005 var å:

- Videreføre aktiviteten i somatikk på samme høye nivå som i 2004
- Øke aktivitetsnivået i psykiatri i tråd med økt ressurstilførsel i opptrappingsplanen og sette krav til antall konsultasjon pr. behandler
- Omprioritere ressurser i 2005 og årene framover til egne handlingsplaner for geriatri, rehabilitering og kronikeromsorg generelt
- Styrke egen satsing innen psykiatri og rusbehandling
- Omprioritere ressurser til fordel for økt forskningssatsing
- Styrke rekrutteringen av legespesialister til Helse Finnmark gjennom et eget rekrutteringsprosjekt

Av større og viktige saker som var til behandling i 2005 i tillegg til ovennevnte trekkes her fram:

- Sak om vesentlige forhold i ambulansetjenesten med sikte på å ivareta nødvendige krav til kvalitet og vurdere ulike driftsformer som understøtter det samlede ansvar
- Oppfølging av IKT strategi og etablering av Helse Nord IKT som en felles driftsorganisasjon for alle helseforetakene. Enheten har hovedkontor i Tromsø og består av de tidligere IKT miljøene i helseforetakene.
- Evaluering av Nasjonalt Råd
- Policy for bruk av private aktører
- Tiltaksplan psykisk helsevern
- Desentralisering av spesialisthelsetjenester
- Praktisering av god virksomhetsstyring – oppfølging av lov og myndighetskrav

Investeringer

Investeringsbudsjettet var på 630 mill. kroner og det ble foretatt investeringer i 2005 på ca. 600 mill. kroner. Videreføring av byggefase 1 ved Nordlandssykehuset Bodø er et større investeringsprosjekt som alene brukte ca. 1/3 av investeringsrammen. Investeringer innen psykisk helsevern var på ca. 125 mill. kroner. Investeringsvolumet for den øvrige delen av virksomheten er relativt stram, relatert til den verdi av realkapitalen som skal vedlikeholdes. Helse Nord har fortsatt utfordringer med saldering av driftsbudsjettene og må begrense investeringene til helt nødvendige investeringsobjekter. Betydelige utfordringer gjenstår i arbeidet med modernisering av anleggene. Helse Nord påbegynte i 2005 arbeidet med en samlet investeringsplan for 2006-2015 for hele foretaksgruppen. Planen ferdigstilles i 2006.

Pasientbehandling i helseforetaksgruppen

Somatisk virksomhet

Aktivitetsnivået innen somatisk virksomhet er videreført på samme høye nivå som i 2004. Det enkelte helseforetak har hatt noe ulik utvikling i 2005, men generelt har antallet dagbehandlinger og polikliniske konsultasjoner økt litt, mens antallet døgnbehandlinger holder seg stabilt. Målsettingen om å vri virksomheten mot mer dag- poliklinisk behandling stiller krav til omstilling i helseforetakene. Dette er tidkrevende og langsiktige prosesser. Utviklingen må følges nøye gjennom rapporteringen også i 2006.

Oppgave- og arbeidsfordeling på flere fagområder er avklart og endret i løpet av de senere år. Den sentraliseringen som ble gjennomført innen kreftkirurgi i 2004, er fulgt ytterligere opp i 2005 ved justering av gynekologisk kreftkirurgi. Etableringen av et tverrfaglig behandlingstilbud for pasienter med sykkelig overvekt ved Nordlandssykehuset har synliggjort at behovet for denne typen behandling er stort, og antallet pasienter som skal behandles vil også bli noe økt i 2006.

Rusbehandling

Samlet aktivitet innen tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelmissbrukere har økt vesentlig sammenlignet med 2004. Antall utskrevne pasienter i institusjoner i Helse Nord har økt med 89, eller 17 %. Antall liggedøgn har økt fra 31 076 til 42 465, eller 37 %. Antall polikliniske konsultasjoner har også økt. Tjenesten er i rask utvikling, der det arbeides med å bedre dokumentasjon av behandling og kvalitet, samt utvikling av god styringsinformasjon. Det er etablert et rutinemessig samarbeid nasjonalt om tjenesteutvikling. Egen handlingsplan for rus vil bli behandlet i 2006.

Psykisk helse

Tiltaksplan for psykisk helsevern 2005 - 2015 ble vedtatt i juni 2005. Planen beskriver de prioriterte områder for utvikling av det psykiske helsevern. Mangel på spesialisert helsepersonell (psykiatere) i store deler av Nord-Norge gjør at tilgjengeligheten til et likeverdig og kvalifisert spesialisthelsetjenestetilbud er skjevt fordelt og totalt sett ikke kan sies å være realisert. Rekrutteringsprogram for legespesialister innenfor voksen psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri gjøres om til permanente tiltak.

Den desentraliserte strukturen for psykisk helsevern er preget av mange små og sårbare behandlingstiltak. Dette medfører at mange av de voksenpsykiatriske og barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene ikke er i stand til å tilby differensierte behandlingstilbud, ikke har akutfunksjoner, og har begrenset åpningstid og tilgjengelighet. Helse Nord har derfor i gang satt arbeidet med reorganisering av poliklinikkene. Målsetningen er at befolkningen skal få et likeverdig behandlingstilbud uavhengig av bosted. Mangelfull utbygging av behandlingstilbudet på DPS-nivå øker presset på akuttavdelingene ved sykehusene i Bodø og Tromsø.

Psykisk helsevern for barn og ungdom

Aktivitetstall for 2005 viser en betydelig økning i antall polikliniske konsultasjoner ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker totalt sett. Ved noen poliklinikker registreres det fortsatt uakseptabel lang ventetid, mens andre barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker ikke har ventetid. Denne skjevheten i tilgangen forårsakes blant annet ved at bemanningen og antall behandlerstillinger pr antall innbyggere i opptaksområdet er svært ulikt fordelt. I 2005 var det 1,3 konsultasjoner pr. behandler pr. dag mot en målsetting på 2.

Psykisk helsevern for voksne

Aktivitetstall for 2005 viser økning i antall polikliniske konsultasjoner totalt sett. Ambulante team eller akutteam er nå etablert ved 4 av 5 helseforetak. Den utadrettede virksomheten skal bidra til å styrke det forebyggende arbeid, og i samarbeid med kommunale helse- og sosialtjenesten og pasientens nettverk i verk sette tiltak på et tidlig tidspunkt i behandlingsforløpet. Det forventes at disse tiltak skal redusere behovet for innleggelse og reinnleggelse.

Etablering av enhet for rus og psykiatri ved Nordlandssykehuset styrker tilbudet til pasienter med omfattende rusproblematikk og psykiatrisk sykdom.

Kompetansesenteret for voksne med spiseforstyrrelse ved Nordlandssykehuset styrker tilbudet til mennesker med alvorlig spiseforstyrrelse.

Ventetid

Gjennomsnittlig ventetid ifølge ventelistetall fra SINTEF viser en svak nedgang fra 2004 til 2005. Registreringen av data som gir grunnlag for rapporteringen er mangelfull, og det er en viss usikkerhet om tallene. En kompliserende faktor er at etablering av nye tilbud, eksempelvis innen Helse Nord's prioriterte fagområder psykiatri og kronikeromsorg, kan føre til økt etterspørsel og bidra til at statistikken viser økt ventetid.

Ventetiden er for lang på deler av tjenestene; blant annet innen fedmekirurgi, barne- og ungdomspsykiatri og rus. Arbeidet med å få reduserte ventetider for prioriterte pasientgrupper skal styrkes i 2006.

Forskning

Den økte forskningssatsingen har både hatt som formål å styrke toppforskningen og stimulere til forskning i alle helseforetak. I 2005 er det tildelt midler til toppforskning til 4 utvalgte miljøer ved UNN. Flere av toppforskningstildelingene er knyttet til de medisinske kompetansentra og landsfunksjoner ved UNN. Det er fordelt midler til prioriterte forskningsprosjekter i alle helseforetak. Arbeidet med å stimulere til økt forskningsaktivitet må fortsette. Særlig kan det være mer å hente på prosjekter i samarbeid mellom miljøer ved UNN og øvrige helseforetak.

Økonomisk drift

Helseforetaksgruppen

Som et ledd i arbeidet med å komme i regnskapsmessig balanse har Helse Nord RHF i 2005 hatt følgende resultatmål:

	Resultat 2005	Styringsmål 2005	Resultat 2004
Underskudd	342 mill kr	177 mill kr	383 mill kr
Strukturfond	132 mill kr	132 mill kr	141 mill kr
Effekt av kortere levetid	45 mill kr	45 mill kr	68 mill kr
Korrigert styringsmål	165 mill kr	0 mill kr	174 mill kr
Red. resultatkrav HOD juni 05	46 mill kr		
Korrigert for nedskrivning åpnb	12 mill kr		
Avvik fra eiers resultat mål	107 mill kr	0 mill kr	174 mill kr

I forhold til resultatkravet fra styret for Helse Nord RHF er det et underskudd på 165 mill kr.

I foretaksmøte i juni 2005 ble Helse Nord RHF gitt et ytterligere redusert styringsmål på 46 mill kr. Helse Nord RHF mener at resultat effekt av nedskrivninger av åpningsbalansen skal holdes utenfor eiers resultatvurdering. Korrigert for disse viser regnskapet et avvik på 107 mill kroner fra eiers (Helse og Omsorgsdepartementet) krav.

Helseforetakene

For de enkelte helseforetak vises det til egne årsberetninger. Ingen helseforetak får i 2005 anmerkninger fra revisor knyttet til årsregnskapet eller interne kontrollrutiner, og for å sikre dette har det også i 2005 vært et stort fokus med tertialvis revisjon for alle foretakene.

Resultat pr foretak (før strukturfond og effekt av utvidede levetider) i forhold til styringsmålene var som følger:

Foretak	Resultat	Styringsmål	Avvik
Helse Nord	+ 73 147	+ 80 000	- 6 853
Helse Finnmark	- 84 067	- 64 000	- 20 067
UNN	- 83 375	- 56 000	- 27 375
HHF	- 124 597	- 63 000	- 61 597
NLSH	- 67 236	- 38 000	- 29 236
Helgelandssykeh.	- 59 206	- 36 000	- 23 206
Sykehusapotek	+ 3 829	0	+ 3 829
Sum	- 341 505	- 177 000	- 164 505

Helse Nord RHF

Helse Nord RHF hadde et overskudd på 73,1 mill kr (eks nedskrivning av verdi av helseforetakene) mot et budsjettert overskudd på 80 mill kr. Årsaken til at det var budsjettert med overskudd for RHF var at det var holdt igjen midler som ble overført som engangsbevilgning i revidert nasjonalbudsjett.

7. *Redegjørelse som gir grunnlag for å vurdere foretakets fremtidige utvikling*

En god utvikling av tjenestetilbudet til befolkningen i landsdelen forutsetter at arbeidet med å styrke tilbudet til prioriterte grupper fortsetter, at vi evner å yte et spesialisert og i økende grad desentralisert tilbud basert på oppdatert tilgjengelig kunnskap og moderne teknologi med en tidsmessig infrastruktur. Ytterligere effektivisering av virksomheten, omprioritering fra områder med overkapasitet, samhandling med primærhelsetjenesten og tilførsel av nye ressurser er nødvendig for å få dette til. Utvikling av en strategi for lokalsykehusene som sikrer deres bærekraft basert på deres fortrinn med nærhet til befolkningen må gjennomføres. Underdekningen av nøkkelpersonell i spesialisthelsetjenesten innen kronikeromsorg, psykisk helsevern og rus samt ytterligere subspecialisering er vår største utfordring. Utvikling av nasjonale og regionale strategier som utdanner og rekrutterer særlig legespesialister er en forutsetning for et likverdig spesialisthelsetjenestetilbud.

Helse Nord har pr. i dag et aktivitetsnivå som er høyere enn det som er forsvarlig ut fra et økonomisk perspektiv på lang sikt. Den økonomiske utviklingen for foretaksgruppen samlet er uendret fra 2004 til 2005. For 2006 budsjetteres det med driftsmessig balanse etter belastning av strukturfond, effekt av kortere levetid og økte pensjonskostnader. Selv om resultatmålet for 2006 oppnås, vil det fortsatt stå igjen en betydelig utfordring i 2007.

Helseforetakene

For ytterligere informasjon vises det til foretakenes egne årsberetninger

8. **Resultatdisponering**

Styret foreslår følgende disponering av årsresultat:

Overført til fond for vurderingsforskjeller	kr	598 224
Overført til udekket tap	kr	345 932 864

For foretaksgruppen var underskuddet kr 341 784 219.

Sandnessjøen, 3. mai 2006

Bjørn Kaldhol
Styreleder

Grete Bang
Nestleder

Terje Olsen
Styremedlem

Inge Myrvoll
Styremedlem

Mona S. Søndena
Styremedlem

Odd Oskarsen
Styremedlem

Stig-Arild Stenersen
Varamedlem

Kari B. Sandnes
Styremedlem

Runar Sjøstad
Styremedlem

Tone Finnesen
Styremedlem

Trude L. Husjord
Styremedlem

Lars Vorland
Adm. direktør

Resultatregnskap

Helse Nord RHF

(Beløp i 1.000 NOK)

Foretaksgruppen

2004	2005	NOTE	DRIFTSINTEKTER OG DRIFTSKOSTNADER	2005	2004
5 296 983	4 630 264		Basisramme	4 630 264	5 296 983
1 789 011	2 511 137	3	Aktivitetsbasert inntekt	2 728 930	1 907 727
707 893	1 217 935	3	Annen driftsinntekt	1 497 826	1 092 733
7 793 887	8 359 336		Sum driftsinntekter	8 857 020	8 297 443
7 557 145	8 095 786	19	Kjøp av helsetjenester	1 146 041	1 040 480
0	0		Varekostnad	889 981	887 907
62 749	34 440	5/6	Lønn og annen personalkostnad	5 092 559	4 938 903
10 599	13 324	7	Ordinære avskrivninger	580 460	613 941
0	0	7	Nedskrivning	12 082	710
134 024	149 471		Annen driftskostnad	1 488 026	1 208 305
7 764 517	8 293 022		Sum driftskostnader	9 209 147	8 690 247
29 370	66 314		Driftsresultat	-352 128	-392 804
FINANSINTEKTER OG FINANSKOSTNADER					
22 080	16 480	21	Finansinntekt	29 297	24 715
-424 990	-418 481	8	Nedskrivning av finansielle anleggsmidler	0	0
-7 072	-9 648	21	Annen finanskostnad	-18 953	-14 488
-409 983	-411 649		Netto finansresultat	10 344	10 227
-380 613	-345 335		ÅRSRESULTAT	-341 784	-382 577
OVERFØRINGER					
0	0	12	Overført fra strukturfond	131 591	141 593
-1 198	-598	12	Overført til/fra fond for vurderingsforskjeller	-598	-1 198
381 811	345 933	12	Overført til/fra annen egenkapital	210 791	242 181
380 613	345 335		Sum overføringer	341 784	382 577

Balanse pr 31. desember

Helse Nord RHF

(Beløp i 1.000 NOK)

Foretaksgruppen

2004	2005	NOTE	EIENDELER	2005	2004
			Anleggsmidler		
			Immaterielle driftsmidler		
0	0	7	Immaterielle eiendeler	26 236	27 544
<u>0</u>	<u>0</u>		Sum immaterielle eiendeler	<u>26 236</u>	<u>27 544</u>
			Varige driftsmidler		
0	0	7	Tomter, bygninger og annen fast eiendom	7 174 574	7 436 913
58 308	57 314	7	Medisinskteknisk utstyr, inventar, transportmidler og lignende	810 524	779 959
<u>0</u>	<u>0</u>	7	Anlegg under utførelse	<u>385 253</u>	<u>178 338</u>
<u>58 308</u>	<u>57 314</u>		Sum varige driftsmidler	<u>8 370 352</u>	<u>8 395 211</u>
			Finansielle anleggsmidler		
7 314 451	6 938 809	8	Investering i datterforetak, felleskontrollert virksomhet og tilknyttede selskap	21 737	18 916
1 788	848	9	Andre finansielle anleggsmidler	132 507	105 696
<u>0</u>	<u>0</u>	6	Pensjonsmidler	<u>492 333</u>	<u>437 692</u>
<u>7 316 239</u>	<u>6 939 657</u>		Sum finansielle anleggsmidler	<u>646 577</u>	<u>562 304</u>
<u>7 374 547</u>	<u>6 996 971</u>		Sum anleggsmidler	<u>9 043 164</u>	<u>8 985 059</u>
			Omløpsmidler		
<u>0</u>	<u>0</u>	4	Varer	<u>138 425</u>	<u>122 650</u>
			Fordringer		
270 491	549 446	15	Fordringer på selskap i samme konsern	0	0
84 117	82 946	10	Fordringer	<u>227 288</u>	<u>226 091</u>
<u>354 608</u>	<u>632 392</u>		Sum fordringer	<u>227 288</u>	<u>226 091</u>
406 094	372 736	16	Bankinnskudd, kontanter o.l.	<u>560 539</u>	<u>601 374</u>
<u>760 702</u>	<u>1 005 128</u>		Sum omløpsmidler	<u>926 252</u>	<u>950 114</u>
<u>8 135 249</u>	<u>8 002 099</u>		SUM EIENDELER	<u>9 969 417</u>	<u>9 935 173</u>

Balanse pr 31. desember

Helse Nord RHF

(Beløp i 1.000 NOK)

Foretaksgruppen

2004	2005	NOTE	EGENKAPITAL OG GJELD	2005	2004
			Egenkapital		
			Innskutt egenkapital		
100	100	12	Foretakskapital	100	100
0	0	12	Strukturfond	1 531 468	1 663 059
8 780 621	8 780 621	12	Annen innskutt egenkapital	6 682 937	6 682 937
<u>8 780 721</u>	<u>8 780 721</u>		Sum innskutt egenkapital	<u>8 214 505</u>	<u>8 346 096</u>
			Opptjent egenkapital		
1 198	1 796	12	Fond for vurderingsforskjeller	1 796	1 198
-1 441 432	-1 787 365	12	Udekket tap	-1 208 900	-998 109
<u>-1 440 234</u>	<u>-1 785 569</u>		Sum opptjent egenkapital	<u>-1 207 105</u>	<u>-996 911</u>
7 340 487	6 995 153		Sum egenkapital	7 007 401	7 349 185
			Gjeld		
			Avsetning for forpliktelser		
5 607	5 914	6	Pensjonsforpliktelser	448 777	439 357
0	483	14	Andre avsetninger for forpliktelser	158 893	158 846
<u>5 607</u>	<u>6 397</u>		Sum avsetninger for forpliktelser	<u>607 670</u>	<u>598 203</u>
			Annen langsiktig gjeld		
346 638	627 755	10	Gjeld til Helse- og omsorgsdepartementet	627 755	346 638
<u>346 638</u>	<u>627 755</u>		Sum annen langsiktig gjeld	<u>627 755</u>	<u>346 638</u>
			Kortsiktig gjeld		
4 493	2 470		Skyldige offentlige avgifter	344 706	329 347
398 682	294 768	15	Gjeld til selskap i samme konsern	0	0
39 342	75 556	11	Annen kortsiktig gjeld	1 381 885	1 311 800
<u>442 516</u>	<u>372 795</u>		Sum kortsiktig gjeld	<u>1 726 591</u>	<u>1 641 147</u>
794 762	1 006 947		Sum gjeld	2 962 016	2 585 988
8 135 249	8 002 099		SUM EGENKAPITAL OG GJELD	9 969 417	9 935 173
10 848	8 069	13	Garantistillelser	8 069	10 848

Sandnessjøen, 3. mai 2006

Bjørn Kaldhol
Styreleder

Grete Bang
Nestleder

Tone Fennesen
Styremedlem

Inge Myrvoll
Styremedlem

Runar Sjøstad
Styremedlem

Odd Oskarsen
Styremedlem

Stig-Arild Stenersen
Varamedlem

Kari B. Sandnes
Styremedlem

Terje Olsen
Styremedlem

Trude L. Husjord
Styremedlem

Mona S. Søndena
Styremedlem

Lars Vorland
Adm. Direktør

Kontantstrømoppstilling

Helse Nord RHF

(Beløp i 1.000 NOK)

Foretaksgruppen

2004	2005			2005	2004
		Note	KONTANTSTRØMMER FRA OPERASJONELLE AKTIVITETER:		
-380 614	-345 335	12	Årsresultat	-341 784	-382 577
10 599	13 324	7	Ordinære avskrivninger	580 460	613 941
0	0	7	Nedskrivninger varige driftsmidler	12 082	710
			Forskjell mellom kostnadsført pensjon og inn-/utbetalinger i		
-400	307	6	pensjonsordninger	-45 221	-183 616
-9 308	0		Tap/gevinst ved salg av anleggsmidler	-588	-1 029
423 793	418 888		Øvrige resultatposter uten kontanteffekt	-613	-1 197
-149 063	-347 024	20	Endring i omløpsmidler og kortsiktig gjeld	68 519	222 933
-104 993	-259 840		Netto kontantstrømmer fra operasjonelle aktiviteter	272 855	269 165
			KONTANTSTRØMMER FRA INVESTERINGSAKTIVITETER:		
0	0		Innbetalinger ved salg av driftsmidler	1 182	4 996
-31 697	-12 329	7	Utbetalinger ved kjøp av driftsmidler	-567 331	-526 844
0	0		Inn-/utbetalinger ved utlån	0	0
-130 201	-42 305		Inn-/utbetalinger ved salg/kjøp av finansielle eiendeler	-28 657	-33 430
-161 898	-54 634		Netto kontantstrøm fra investeringsaktiviteter	-594 807	-555 278
			KONTANTSTRØMMER FRA FINANSIERINGSAKTIVITETER:		
100 109	301 099	10	Innbetalinger ved opptak av ny langsiktig gjeld	301 099	100 109
-12 975	-19 983	10	Utbetalinger ved nedbetaling av langsiktig gjeld	-19 983	-12 975
0	0		Endring driftskreditt	0	0
0	0		Inn-/utbetalinger ved opptak/nedbetaling av øvrig kortsiktig gjeld	0	0
130 321	0		Endring foretakskapital med kontanteffekt	0	130 321
217 455	281 116		Netto kontantstrøm fra finansieringsaktiviteter	281 116	217 455
-49 436	-33 358	1	Netto endring i likviditetsbeholdning	-40 836	-68 658
455 530	406 094	1	Likviditetsbeholdning pr 01.01.	601 374	670 032
406 094	372 736	1/15/16	Beholdning av bankinnskudd, kontanter o.l. pr 31.12.	560 539	601 374

Note 1 Regnskapsprinsipper

Grunnleggende prinsipper - vurdering og klassifisering

Årsregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømoppstilling og noteopplysninger, og er avlagt i samsvar med regnskapslov og god regnskapsskikk i Norge gjeldende pr 31. desember 2005. Notene er følgelig en integrert del av årsregnskapet.

Årsregnskapet er basert på de grunnleggende prinsipper om historisk kost, sammenlignbarhet, fortsatt drift, kongruens og forsiktighet. Transaksjoner regnskapsføres til verdien av vederlaget på transaksjonstidspunktet. Inntekter resultatføres når de er opptjent og kostnader sammenstilles med opptjente inntekter. Regnskapsprinsippene utdypes nedenfor. Når faktiske tall ikke er tilgjengelige på tidspunkt for regnskapsavleggelsen, tilsier god regnskapsskikk at ledelsen beregner et best mulig estimat for bruk i resultatregnskap og balanse. Det kan fremkomme avvik mellom estimerte og faktiske tall.

Eiendeler/gjeld som knytter seg til varekretsløpet og poster som forfaller til betaling innen ett år etter balansedagen, er klassifisert som omløpsmidler/kortsiktig gjeld. Vurdering av omløpsmidler/kortsiktig gjeld skjer til laveste/høyeste verdi av anskaffelseskost og virkelig verdi. Virkelig verdi er definert som antatt fremtidig salgpris redusert med forventede salgskostnader. Andre eiendeler er klassifisert som anleggsmidler. Vurdering av anleggsmidler skjer til anskaffelseskost. Anleggsmidler som forringes avskrives. Dersom det finner sted en verdiendring som ikke er forbigående, foretas en nedskrivning av anleggsmidlet.

Ved anvendelse av regnskapsprinsipper og presentasjon av transaksjoner og andre forhold, legges det vekt på økonomiske realiteter, ikke bare juridisk form. Betingede tap som er sannsynlige og kvantifiserbare, kostnadsføres. Tallene i notene er avstemt mot selskapets resultat- og balanse.

Andre generelle forhold

Helse Nord RHF ble stiftet 17.08.01 i forbindelse med at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene. 01.01.02 overførte staten formuesposisjonene knyttet til spesialisthelsetjenesten i helseregion nord til Helse Nord RHF. Virksomheten er regulert av lov om helseforetak m.m.

Virksomhetsoverføringen har skjedd som et tingsinnskudd og transaksjonsprinsippet er lagt til grunn. Dette innebærer at virkelige verdier pr. overdragelsestidspunktet er lagt til grunn for verdsettelsen av innskutte eiendeler.

Helseforetakene er non-profit-virksomheter. Eier har stilt krav om resultatmessig balanse i driften, men ikke krav til avkastning på innskutt kapital. Bruksverdi representerer derfor virkelig verdi for anleggsmidler.

I åpningsbalansen, er bruksverdien satt til gjenanskaffelseskost. For bygg og tomter, er gjenanskaffelsesverdi basert på takster utarbeidet av uavhengige tekniske miljøer høsten 2001. I gjenanskaffelsesverdien, er det tatt hensyn til slit og elde, teknisk og funksjonell standard etc. Også for andre anleggsmidler er gjenanskaffelseskost beregnet.

For overførte anleggsmidler der det pr. 01.01.02 var kjent at disse ikke ville være i bruk eller kun ville være i bruk en begrenset periode i fremtiden, er det gjort fradrag i åpningsbalansen.

Av Ot.prp. nr. 56 (2004-2005) fremgår det at det ikke kan forventes at helseforetakene fremover vil kunne gjenanskaffe anleggsmidler tilsvarende de verdier som ble skutt inn pr 01.01.02. Helse- og omsorgsdepartementet har derfor besluttet at en andel av innskutt egenkapital skal tilføres et strukturfond. Fondet skal benyttes til å dekke meravskrivninger på differansen mellom gjenanskaffelseskost i åpningsbalansen og forventet anleggskapital i fremtiden.

Regnskapsprinsipper for vesentlige regnskapsposter

Inntektsføringstidspunkt

Inntekt resultatføres når den er opptjent. Inntektsføring skjer følgelig normalt på leveringstidspunktet ved salg av varer og tjenester. Driftsinntektene er fratrukket merverdiavgift, rabatter, bonuser og fakturerte fraktkostnader. Behandlingsrelaterte inntekter regnskapsføres i den periode behandlingen har funnet sted. For inneliggende pasienter foretas inntektsføringen når behandlingen er ferdigstilt. Opptjente, ikke kodede, inntekter i tilknytning til inneliggende pasienter pr 31.12.05 antas ikke å utgjøre vesentlige beløp.

Kostnadsføringstidspunkt / sammenstilling

Utgifter sammenstilles med og kostnadsføres samtidig med de inntekter utgiftene kan henføres til. Utgifter som ikke kan henføres direkte til inntekter, kostnadsføres når de påløper.

Andre driftsinntekter (-kostnader)

Vesentlige inntekter og kostnader som ikke har sammenheng med den ordinære virksomheten, klassifiseres som andre driftsinntekter og -kostnader. Poster som er uvanlige, uregelmessige og vesentlige klassifiseres som ekstraordinære.

Immaterielle eiendeler

Utgifter forbundet med forskning og utvikling kostnadsføres løpende. Andre immaterielle eiendeler som forventes å gi fremtidige inntekter aktiveres. Avskrivninger beregnes lineært over eiendelenes økonomiske levetid.

Varige driftsmidler

Varige driftsmidler føres i balansen til anskaffelseskost, fratrukket akkumulerte av- og nedskrivninger. Dersom den virkelige verdien av et driftsmiddel er lavere enn bokført verdi, og dette skyldes årsaker som ikke antas å være forbigående, skrives driftsmidlet ned til virkelig verdi.

Utgifter forbundet med periodisk vedlikehold og reparasjoner på produksjonsutstyr, periodiseres. Utgifter forbundet med normalt vedlikehold og reparasjoner blir løpende kostnadsført.

Utgifter ved større utskiftninger og fornyelser som øker driftsmidlenes levetid vesentlig, aktiveres. Driftsmidler som erstattes, kostnadsføres. Et driftsmiddel anses som varig dersom det har en viss økonomisk levetid, samt en vesentlig kostpris. Renter som knytter seg til anlegg under oppføring blir aktivert som en del av kostprisen.

Leieavtaler

Leieavtaler vurderes som operasjonell eller finansiell leasing etter en konkret vurdering.

Avskrivninger

Ordinære avskrivninger er beregnet lineært over driftsmidlenes økonomiske levetid med utgangspunkt i historisk kostpris. Tilsvarende prinsipper legges til grunn for immaterielle eiendeler. Avskrivningene er klassifisert som ordinære driftskostnader. Balanseført leasing avskrives i henhold til plan, og forpliktelsen reduseres med betalt leie etter fradrag for beregnet rentekostnad.

Finansielle eiendeler

Behandling av datterselskap

Med datterselskap menes annet foretak der helseforetaket normalt har en eierandel på over 50%, hvor investeringen er av langvarig og strategisk karakter og hvor helseforetaket har bestemmende innflytelse. Datterselskap er i selskapsregnskapet balanseført til anskaffelseskost, korrigert for verdifall som ikke antas å være forbigående.

Behandling av felleskontrollerte virksomheter

Med felleskontrollert virksomhet (joint venture) menes virksomhet hvor deltakerne sammen har felles kontroll. Felleskontrollert virksomhet er enten felleskontrollert drift eller felles kontrollert selskap. Ingen deltaker alene har bestemmende innflytelse, men man har sammen bestemmende innflytelse. Samarbeidet må være regulert i en samarbeidsavtale som hjemler felles kontroll, og deltakelsen må ikke være midlertidig.

Det er i prinsippet to metoder for regnskapsmessig behandling av deltakelse i felleskontrollert virksomhet; egenkapitalmetoden og bruttometoden. Kostmetoden kan unntaksvis benyttes ved midlertidig deltakelse, eller dersom det ikke utarbeides konsernregnskap. I Helse Nord vurderes felleskontrollert virksomhet etter egenkapitalmetoden i selskapsregnskapet og i konsernregnskapet.

Behandling av tilknyttede selskap

Med tilknyttet selskap menes et selskap hvor investor har betydelig innflytelse uten at det foreligger et konsernforhold eller felles kontrollert virksomhet (joint venture). Betydelig innflytelse anses normalt å foreligge når investor har 20 % til 50 % av stemmeberettiget kapital i et selskap. Tilsvarende gjelder dersom to eller flere konsernselskap har en slik innflytelse over et annet selskap. Investering i tilknyttet selskap skal som hovedregel vurderes etter egenkapitalmetoden i selskapsregnskap og konsernregnskap.

Konsolideringsprinsipper

Konsernregnskapet omfatter Helse Nord RHF og datterselskapene Helse Finnmark HF, Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Hålogalandssykehuset HF, Nordlandssykehuset HF, Helgelandssykehuset HF og Sykehusapotek Nord HF. Konsernregnskapet er utarbeidet etter ensartede prinsipper ved at datterselskapene følger de samme prinsipper som morselskapet. Interne transaksjoner, fordringer og gjeld elimineres.

For datterselskaper og felleskontrollerte virksomheter som driver annen type virksomhet og som ikke utgjør vesentlige beløp, og ikke har betydning for å bedømme konsernets stilling og resultat, er det ikke foretatt noen konsolidering.

Finansplasseringer

Andre investeringer i aksjer og andeler, klassifisert som anleggsmidler, vurderes til laveste av kostpris og virkelig verdi.

Investeringer i aksjer og andeler, klassifisert som omløpsmidler, vurderes til laveste av gjennomsnittlig anskaffelseskost og markedsverdi.

Varelager og varekostnad

Beholdninger av varer vurderes til det laveste av kostpris etter "først inn - først ut"-prinsippet og antatt salgspris. Kostpris for innkjøpte varer er anskaffelseskost. Årets varekostnad består av kostpris solgte varer med tillegg av nedskrivning i samsvar med god regnskapsskikk pr. årsslutt.

Fordringer

Fordringer er oppført til pålydende med fradrag for forventede tap.

Pensjonsforpliktelser og pensjonskostnad

Selskapet har pensjonsordninger som gir de ansatte rett til avtalte fremtidige pensjonsytelser, kalt ytelsesplaner. Pensjonsforpliktelser beregnes etter lineær opptjening på basis av forutsetninger om antall opptjeningsår, diskonteringsrente, fremtidig avkastning på pensjonsmidler, fremtidig regulering av lønn, pensjoner og ytelser fra folketrygden og aktuarmessige forutsetninger om dødelighet, frivillig avgang, osv. Pensjonsmidlene vurderes til virkelig verdi. Netto pensjonsforpliktelse består av brutto pensjonsforpliktelse fratrukket virkelig verdi av pensjonsmidler. Netto pensjonsforpliktelser på underfinansierte ordninger er balanseført som langsiktig rentefri gjeld, mens netto pensjonsmidler på overfinansierte ordninger er balanseført som langsiktig rentefri fordring dersom det er sannsynlig at overfinansieringen kan utnyttes.

Endringer i forpliktelsen som skyldes endringer i pensjonsplanene, eller estimatavvik, fordeles over antatt gjennomsnittlig gjenværende opptjeningstid hvis avvikene overstiger 10% av brutto pensjonsforpliktelse/pensjonsmidler.

Netto pensjonskostnad, som er brutto pensjonskostnad fratrukket estimert avkastning på pensjonsmidlene, korrigert for fordelt virkning av endringer i estimater og pensjonsplaner, klassifiseres som ordinær driftskostnad, og er presentert sammen med lønn og andre ytelser.

Skatt

Verken Helse Nord RHF eller noen av foretakene som konsolideres driver skattepliktig virksomhet, og det er derfor ikke foretatt noen skatteberegning

Kontantstrømoppstilling

Kontantstrømoppstillingen er utarbeidet etter den indirekte metoden. Kontanter og kontantekvivalenter omfatter kontanter, bankinnskudd og andre kortsiktige, likvide plasseringer som umiddelbart og med uvesentlig kursrisiko kan konverteres til kjente kontantbeløp og med forfallsdato kortere enn tre måneder fra anskaffelsesdato.

Omklassifisering

Det er foretatt endring i oppstillingen av resultat, balanse, kontantstrømoppstilling og noter ut fra krav fra Helse- og omsorgsdepartementet om felles oppstilling for alle helseforetak. Sammenligningstallene for 2004 er omarbeidet i tråd med ny oppstilling og det vises til note 3, 10 og 11.

Note 2 Segmentinformasjon

Driftsinntekter fordelt på geografi

	Foretaksgruppen	
	2005	2004
Helse Nord RHF sitt opptaksområde	8 763 400	8 227 526
Resten av landet	81 691	55 711
Utlandet	11 929	14 206
Sum driftsinntekter	8 857 020	8 297 443

Note 3 Inntekter

	Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
	2005	2004	2005	2004
Basisramme				
Basisramme	4 630 264	5 296 983	4 630 264	5 296 983
Aktivitetsbasert inntekt				
Behandling av egne pasienter i egen region	1 960 932	1 230 680	1 960 420	1 230 680
Behandling av egne pasienter i andre regioner	170 700	90 481	170 700	90 481
Behandling av andre pasienter i egen region	0	0	35 014	29 440
Poliklinikk, laboratorie og radiologi	379 505	467 850	443 443	525 562
Andre aktivitetsbaserte inntekter	0	0	119 353	61 219
Annen driftsinntekt				
Øremerket tilskudd til psykisk helsevern	144 488	151 192	137 694	147 021
Øremerkede tilskudd til andre formål	1 031 425	553 761	963 821	639 335
Inntektsførte investeringstilskudd	0	0	1 074	0
Driftsinntekter apotekene 1)	0	0	62 451	64 970
Andre driftsinntekter	42 022	2 940	332 786	211 752
Sum driftsinntekter	8 359 336	7 793 887	8 857 020	8 297 443

1) I regnskapet for foretaksgruppen er salg fra Sykehusapotek Nord til foretak i Helse Nord eliminert. Totale driftsinntekter for Sykehusapotek Nord er kr 209 954 062 i 2005 og kr 189 432 316 i 2004

Aktivitetstall

	Foretaksgruppen	
	2005	2004
Aktivitetstall somatikk		
Antall DRG poeng iht. "sørge for" - ansvaret	122 181	109 619
Antall DRG poeng iht. eieransvaret	105 254	102 948
Antall polikliniske konsultasjoner	408 816	399 511
Aktivitetstall psykisk helsevern for barn og unge		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	218	194
Antall polikliniske konsultasjoner	54 132	38 569
Aktivitetstall psykisk helsevern for voksne		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	4 870	4 839
Antall polikliniske konsultasjoner	82 618	77 100
Aktivitetstall tverrfaglig spesialisert behandling for rusmisbrukere		
Antall utskrevne pasienter fra døgnbehandling	381	343
Antall polikliniske konsultasjoner	3 588	28

Aktiviteten innen somatikk er delvis finansiert med basisbevilgning og delvis med inntekter koblet til behandlingsaktivitet. Ved sammenligning av foretakenes inntekter over tid må det hensyntas at andelen av inntektene som er koblet til behandlingsaktivitet og basisramme kan variere.

Note 4 Varer

Valelager pr helseforetak	31.12.2005	31.12.2004
Helse Finnmark HF	9 357	7 876
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	59 809	45 791
Hålogalandssykehuset HF	18 636	19 157
Nordlandssykehuset HF	23 915	23 827
Helgelandssykehuset HF	15 540	15 674
Sykehusapotek Nord HF	11 168	10 324
Helse Nord RHF	0	0
Sum	<u>138 425</u>	<u>122 650</u>

Note 5 Lønnskostnader / Antall ansatte / Godtgjørelser / Lån til ansatte mm

Lønnskostnader mm.

	Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
	2005	2004	2005	2004
Lønninger	25 231	21 385	3 953 247	3 819 630
Folketrygdavgift	3 276	2 704	534 250	508 280
Pensjonskostnader inkl arb avgift	3 022	2 265	479 047	510 173
Andre ytelser	2 913	36 396	126 015	100 821
Lønnskostnader	34 440	62 749	5 092 559	4 938 903

Gjennomsnittlig antall ansatte	48	45	11 657	11 347
Gjennomsnittlig antall årsverk	42	36	10 173	9 899

Godtgjørelser (i kroner)

Lønn	Adm. direktør	Styret	Styreleder
Ytelse til pensjonsforpliktelser	1 335	885	176
Annen godtgjørelse	160		
	8		

I tillegg til lønn opptjener adm. direktør halvannen måneds studie- og oppdateringspermisjon for hvert hele år i funksjon som adm. direktør. Dersom adm. direktør må fratre, eller selv velger å slutte i sin stilling, plikter Helse Nord RHF å betale lønn i 6 måneder ut over vanlig oppsigelsestid

Revisjonshonorar

	Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
	2005	2004	2005	2004
Lovpålagt revisjon	225	87	1 488	1 476
Utvidet revisjon	1 101	1 872	1 443	2 085
Andre attestasjonstjenester	0	0	206	262
Skatte- og avgiftsrådgivning	0	0	0	0
Andre tjenester utenfor revisjon	25	37	333	506
Sum honorarer	1 351	1 995	3 470	4 329

Utvidet revisjon består hovedsakelig av:

Delårsrevisjon 2. tertial	800	760	800	760
Tilleggsfaktura merarbeid	301	1 112	520	1 112
Deltakelse på styremøter			122	

Andre tjenester utenom revisjon består hovedsakelig av:

Logistikkprosjekt Sykehusapotek Nord			114	201
Kontroll av ambulansébåttjeneste Helgeland			59	
Bistand årsoppgjør og avstemminger			54	101
Vedrivurdering Hålogalandvaskeriet			35	

Note 6 Pensjon

Helse Nord RHF		Pensjonsforpliktelse	Foretaksgruppen	
31.12.2005	31.12.2004		31.12.2005	31.12.2004
18 976	16 784	Brutto påløpte pensjonsforpliktelse	6 822 881	6 289 317
-16 519	-14 529	Pensjonsmidler	-6 675 255	-5 904 363
2 457	2 255	Netto pensjonsforpliktelse	147 626	384 954
346	693	Arbeidsgiveravgift på netto pensjonsforpliktelse	17 021	32 748
3 111	2 659	Ikke resultatført tap/ (gev) av estimat- og planavvik inkl aga	-208 203	-416 037
5 914	5 607	Netto balanseført forpliktelse inkl arbeidsgiveravgift	-43 556	1 665
5 914	5 607	herav balanseført netto pensjonsforpliktelse inkl aga	448 777	439 357
		herav balanseført netto pensjonsmidler inkl aga	-492 333	-437 692

2005	2004	Spesifikasjon av pensjonskostnad	2005	2004
2 314	1 972	Nåverdi av opptjente pensjonsrettigheter i året	414 636	404 640
1 076	954	Rentekostnad på pensjonsforpliktelsen	391 024	362 242
3 390	2 926	Årets brutto pensjonskostnad	805 660	766 882
-914	-773	Forventet avkastning på pensjonsmidler	-387 536	-336 566
89	81	Administrasjonskostnad	21 102	19 180
94	-283	Resultatført estimatendring/-avvik	806	1 244
362	315	Arbeidsgiveravgift	52 955	51 909
0	0	Korreksjoner	-13 939	7 525
3 022	2 265	Årets netto pensjonskostnad	479 047	510 173

2005	2004	Økonomiske forutsetninger	2005	2004
5,0 %	6,0 %	Diskonteringsrente	5,0 %	6,0 %
6,0 %	6,3 %	Forventet avkastning på pensjonsmidler	6,0 %	6,3 %
20-60 %	20-60 %	Uttakstilbøyelighet AFP	20-60 %	20-60 %
3,0 %	3,5 %	Årlig lønnsregulering	3,0 %	3,5 %
3,0 %	3,5 %	Regulering av folketrygdens grunnbeløp	3,0 %	3,5 %
40	34	Antall aktive personer med i ordningen	12 032	11 392
3	4	Antall oppsatte personer med i ordningen	3 718	3 397
1	1	Antall pensjoner med i ordningen	4 855	4 655

Pensjonskostnaden for 2005 er basert på forutsetningene som ble lagt til grunn i 2004 og som er vurdert å være rimelige forutsetninger pr. 1.1.2005. Som følge av endringer i markedet gjennom 2005 er det foretatt en ny vurdering av de økonomiske forutsetningene pr. 31.12.2005. Det er utarbeidet et beste estimat for pensjonsforpliktelse pr. 31.12.2005 basert på de økonomiske forutsetningene som er angitt for 2005. Basert på avkastningen i KLP for 2005 er det også vist et beste estimat for pensjonsmidlene pr. 31.12.2005. Estimataviket som oppstår på slutten av 2005 amortiseres fra og med 2006.

Note 7 Immaterielle eiendeler og varige driftsmidler

Helse Nord RHF

Immaterielle eiendeler

Helse Nord RHF har ingen balanseførte immaterielle eiendeler

Varige driftsmidler

	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk- teknisk utstyr	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2005					74 604	74 604
Tilgang					12 329	12 329
Tilgang virksomhetsoverdragelse					-	-
Avgang					2 452	2 452
Fra anlegg under utførelse til...					-	-
Anskaffelseskost 31.12.2005	-	-	-	-	84 481	84 481
Akk avskrivninger 31.12.2005					27 167	27 167
Akk nedskrivninger 31.12.2005					-	-
Balanseført verdi 31.12.2005	-	-	-	-	57 314	57 314
Årets ordinære avskrivninger					13 324	13 324
Årets nedskrivninger					-	-
herav avskrivninger som knytter seg til åpningsbalansen 1.1.2002					-	-
herav nedskrivninger som knytter seg til åpningsbalansen 1.1.2002					-	-
Balanseførte lånekostnader					-	-
Levetider					3-15 år	
Avskrivningsplan					lineær	

Leieavtaler

	Tomter og boliger	Bygninger	Medisinsk- teknisk utstyr	Transport- midler, annet inventar og utstyr
Leiebeløp		0	1 772 422	0
Varighet			2012	0

Foretaksgruppen Immaterielle eiendeler

	FOU	EDB programvare	Anlegg under utførelse	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2005	-	81 903	-	81 903
Tilgang	-	8 289	-	8 289
Tilgang virksomhetsoverdragelse	-	-	-	-
Avgang	-	15 413	-	15 413
Fra anlegg under utførelse til....	-	-	-	-
Anskaffelseskost 31.12.2005	-	74 779	-	74 779
Akk avskrivninger 31.12.2005	-	48 543	-	48 543
Akk nedskrivninger 31.12.2005	-	-	-	-
Balansført verdi 31.12.2005	-	26 236	-	26 236
Årets ordinære avskrivninger	-	9 530	-	9 530
Årets nedskrivninger	-	1 494	-	1 494

herav avskrivninger som knytter seg til åpningsbalansen 1.1.2002	-	703	-	703
--	---	-----	---	-----

Balansførte lånekostnader	-	-	-	-
Levetid		5 år		
Avskrivningsplan		lineær		

Varige driftsmidler

	Tomter og boliger	Bygninger	Anlegg under utførelse	Medisinsk- teknisk utstyr	Transportmidler, annet inventar og utstyr	Sum
Anskaffelseskost 1.1.2005	1 281 166	7 243 784	179 550	804 811	417 386	9 926 696
Tilgang	39 245	19 849	314 188	125 381	61 930	560 592
Tilgang virksomhetsoverdragelse	-	-	-	-	-	-
Avgang	2 429	5 202	-	17 762	34 350	59 742
Fra anlegg under utførelse til....	-	82 359	(108 484)	13 837	12 289	-
Anskaffelseskost 31.12.2005	1 317 982	7 340 789	385 253	926 266	457 255	10 427 545
Akk avskrivninger 31.12.2005	76 123	1 401 643	-	358 846	214 150	2 050 763
Akk nedskrivninger 31.12.2005	6 431	-	-	-	-	6 431
Balansført verdi 31.12.2005	1 235 428	5 939 146	385 253	567 420	243 104	8 370 352
Årets ordinære avskrivninger	1 378	395 942	-	103 092	70 517	570 929
Årets nedskrivninger	6 431	3 908	-	240	9	10 588

herav avskrivninger som knytter seg til åpningsbalansen 1.1.2002	992	383 053	-	62 517	13 676	460 238
--	-----	---------	---	--------	--------	---------

herav nedskrivninger som knytter seg til åpningsbalansen 1.1.2002	6 431	3 908	-	240	9	10 588
---	-------	-------	---	-----	---	--------

Balansførte lånekostnader	-	-	2 117	-	-	2 117
Levetider		Dekomponert 10-60 år		3-15 år	3-15 år	
Avskrivningsplan	lineær	lineær		lineær	lineær	

Helse Nord og datterforetakene har ingen finansielle leasingtaler

Leieavtaler

	Tomter og boliger	Bygninger	Medisinsk- teknisk utstyr	Transport- midler, annet inventar og utstyr
Leiebeløp	15 800	25 989	293	11 673
Varighet	Løpende	Inntill 12 år	Inntill 5 år	Inntill 5 år

For store deler at gruppene "tomter og boliger" og "bygninger" er det løpende kontrakter som gjelder til de blir sagt opp. Under boliger er det også tatt meg husleie for borettslagsleiligheter som foretakene eier andelen i.

Note 8 Eierandeler i datterforetak, felleskontrollert virksomhet og tilknyttet selskap

Andeler i datterforetak	Hovedkontor	Eierandeler	Stemmeandel	Balansført verdi	Egenkapital	Årets resultat	Årets nedskrivning
Helse Finnmark HF	Hammerfest	100 %	100 %	712 647	712 647	-84 068	-84 068
Universitetssykehuset Nord-Norge HF	Tromsø	100 %	100 %	2 949 365	2 949 365	-83 375	-83 375
Hålogalandssykehuset HF	Harstad	100 %	100 %	903 598	903 598	-124 597	-124 597
Nordlandssykehuset HF	Bodø	100 %	100 %	1 654 753	1 654 753	-67 236	-67 236
Helgelandssykehuset HF	Mo i Rana	100 %	100 %	701 309	701 309	-59 206	-59 206
Sykehusapotek Nord HF	Tromsø	100 %	100 %	1 250	12 498	3 829	0
Sum eierandeler i datterforetak				6 922 922	6 934 170	(414 653)	(418 481)

Andeler i FKV og TS	Hovedkontor	Eierandeler	Stemmeandel	Balansført verdi	Egenkapital	Årets resultat	Resultatandel
Luftambulansetjenesten ANS	Bodø	20 %	20 %	6 003	30 014	4 630	926
Helseforetakenes innkjøpsservice AS	Vadsø	20 %	20 %	489	2 444	1 245	249
Norsk Helsenett AS	Trondheim	20 %	20 %	9 396	46 978	-2 884	-577
Sum eierandeler i FKV og TS				15 887	79 437	2 991	598

Selskap eid av datterforetak i Helse Nord RHF	Hovedkontor	Eierandeler	Stemmeandel	Balansført verdi	Egenkapital	Årets resultat	Resultatandel
Pingvinvask AS	Storfjord	67 %	67 %	5 695	12 642	1 508	0
Vefsn samdriftkjøkken AS	Vefsn	50 %	50 %	154	345	44	0
Sum eierandeler i selskap eid av datterforetak				5 849	12 987	1 552	-

Note 9 - Investeringer i aksjer og andeler

Består av:	Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
	2005	2004	2005	2004
TTO Nord AS			280	280
Lytix Biopharma AS			35	35
Norwegian safety promotion centre AS			27	27
Risco AS	750	1 750	750	1 750
Egenkapitalinnskudd KLP	98	38	131 415	103 603
Sum	848	1 788	132 507	105 695

Egenkapitalinnskudd KLP

Som gjensidig selskap har KLP dekket hoveddelen av sitt egenkapitalbehov gjennom egenkapitalinnskudd fra kundene. Bortsett fra det oppsamlede egenkapitalinnskudd finnes det egenkapital i form av et egenkapitalfond. Egenkapitalfondet er såkalt opptjent egenkapital. Det samlede egenkapitalinnskuddet i KLP kan endre seg noe fra år til år selv om det verken er tapt egenkapital eller innbetalt nye egenkapitalinnskudd. Dersom en kunde flytter sin pensjonsordning fra KLP til en annen pensjonsinnretning, vil kundens andel av egenkapitalinnskuddet bli tilbakebetalt. Dette er den eneste situasjon der kunden faktisk kan disponere sitt egenkapitalinnskudd.

Risco AS

Aksjeposten på 51% er lagt ut for salg og den er derfor flyttet fra datterselskap til investeringer i aksjer og andeler. Det er også foretatt en nedskrivning av bokført verdi for denne aksjeposten

Note 10 Fordringer og obligasjoner

Fordringer består av:

	Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
	2005	2004	2005	2004
Forskuddsbetalte kostnader	4 824	0	19 312	18 715
Kundefordringer	0	0	61 174	55 528
Andre kortsiktige fordringer	78 122	84 117	146 802	151 848
Sum	82 946	84 117	227 288	226 091

Helse Nord RHF har ingen fordringer med forfall senere enn ett år

Note 11 Gjeld og obligasjoner

Gjeld som forfaller til betaling mer enn fem år etter regnskapsårets slutt:

Helse Nord RHF har tatt opp lån til finansiering av investeringer i Helse- og omsorgsdepartementet. Om lag halvparten av lånene er konvertert i lån med en løpetid beregnet som et veid gjennomsnitt av den økonomiske levetiden til de enkelte investeringene. Pr 31.12.2005 er det tatt opp 294 000 000, tillagt påløpne renter, som det ikke er fastsatt løpetid for. Maksimal løpetid kan ikke settes lengre enn 20 år.

Avdragsprofil	Pr. 31.12.05	2006	2007	2008	2009	2010	2011 -
Låneopptak 2002 og 2003	233 554	12 975	12 975	12 975	12 975	12 975	168 678
Låneopptak 2004	63 069	7 008	7 008	7 008	7 008	7 008	28 031
Låneopptak 2005	36 046	3 605	3 605	3 605	3 605	3 605	18 023
Låneopptak 2004 ikke konv.	30 748						30 748
Låneopptak 2005 ikke konv.	264 338						264 338
Sum	627 755	23 587	23 587	23 587	23 587	23 587	509 817

Annen kortsiktig gjeld består av:

	Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
	2005	2004	2005	2004
Leverandørgjeld	19 965	9 390	386 409	458 483
Påløpt lønn	766	0	227 085	199 747
Feriepenger	2 339	0	442 120	418 084
Påløpte kostnader	15 027	0	125 178	102 903
Annen kortsiktig gjeld	37 460	29 952	201 092	132 585
Sum	75 556	39 342	1 381 885	1 311 800

Note 12 Egenkapital

Helse Nord RHF

	Foretaks- kapital	Struktur- fond	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Udekket tap	Total egenkapital
Egenkapital 31.12.2004	100	0	8 780 341	0	-1 441 432	7 339 010
Korr. av feil i tidligere års regnskap	0	0	280	1 198	0	1 478
Egenkapital 1.1.2005	100	0	8 780 621	1 198	-1 441 432	7 340 487
EK transaksjoner	0	0	0	0	0	0
Minoritetsinteresse	0	0	0	0	0	0
Årets resultat	0	0	0	598	-345 933	-345 335
Egenkapital 31.12.2005	100	0	8 780 621	1 796	-1 787 365	6 995 153

Foretaksgruppen

	Foretaks- kapital	Struktur- fond	Annen innskutt egenkapital	Fond for vurderings- forskjeller	Udekket tap	Total egenkapital
Egenkapital 31.12.2004	100	1 663 059	6 682 657	0	-998 109	7 347 707
Korr. av feil i tidligere års regnskap	0	0	280	1 198	0	1 478
Egenkapital 1.1.2005	100	1 663 059	6 682 937	1 198	-998 109	7 349 185
EK transaksjoner	0	0	0	0	0	0
Minoritetsinteresse	0	0	0	0	0	0
Årets resultat	0	-131 591	0	598	-210 791	-341 784
Egenkapital 31.12.2005	100	1 531 468	6 682 937	1 796	-1 208 900	7 007 401

Note 13 Garantiforpliktelser

Låntaker	Pr 31.12.05	Pr 31.12.04	Kreditor	Løpetid
Lakselv Ambulanse AS	0	50	Kommunalbanken AS	2005
Karasjok Ambulanse	0	166	Kommunalbanken AS	2005
Ambulansetjenesten Alta AS	1 275	1 360	Kommunalbanken AS	2020
Hammerfest Ambulanse AS	526	736	Kommunalbanken AS	2008
Nordtrafikk Ambulanse Finnmark AS	2 184	3 057	Kommunalbanken AS	2008
Artic Ambulanse AS	1 671	2 340	Kommunalbanken AS	2008
Brødrene Johansen Legeskyss AS	0	83	Kommunal Landspensjonska	2005
Stiftelsen Finnmarkskollektivet	2 412	3 056	Sparebanken Nord-Norge	2009
Totalt	8 069	10 848		

Note 14 Usikre forpliktelser og betingede eiendeler

Usikre forpliktelser

Opplysninger om usikre forpliktelser det er foretatt avsetning for i regnskapet:

	Klasse 1	Klasse 2	Klasse 3	Klasse 4	Sum
Avsetning 01.01	117 109	33 072	6 410	2 254	158 846
Periodens endring i avsetning	10 216	-8 114	200	-2 254	47
Avsetning 31.12	127 324	24 958	6 610	0	158 893

Klasse 1

Beløpet vedrører permisjonsrettigheter for overleger. Avsetningen er basert på forventet uttak av slik permisjon.

Klasse 2

Avsetningen er gjort for å ta høyde for at ansatte kan være glemt innmeldt i KLP den gang de ble ansatt i en insitusjon som i dag er en del av Helse Nord RHF.

Klasse 3

Beløpet gjelder forventede egenandeler knyttet til fremtidig pasientskadeerstatning.

Klasse 4

Avsetning til periodisk vedlikehold for større vedlikeholdsarbeid som ikke utføres årlig.

Usikre forpliktelser det ikke er foretatt avsetning for i regnskapet

I st.prp. nr 1 2005-2006 Statsbudsjett 2006 ble det besluttet at finansieringsansvaret for pasientskade-erstatning fullt ut skal ivaretas av regionale helseforetak, fylkeskommuner og kommuner fra 2006.

Erstatningsutbetalingene til NPE har økt mye siden opprettelsen i 1988. I 1995 var utbetalingene 106 mill kroner, i 2004 var de økt til 398 mill kroner. Det er usikkerhet knyttet til erstatningsnivået i 2006. Inntektene fra HOD fordeles til helseregionene blant annet med utgangspunkt i folketall, mens betalingen fra de regionale helseforetak skjer i henhold til faktisk skadeutbetaling. Begrunnelsen er at denne omleggingen vil underbygge det ansvar leverandører av helsetjenester har for å sikre tjenester av god kvalitet.

Stortinget har besluttet at de fem regionale helseforetakene skal betale et samlet årlig tilskudd som tilsvarer de årlige erstatningsutbetalinger. I sum er det samsvar mellom overføring av midler fra staten v/HOD til helseforetakene og erstatningsutbetalingene.

Pengene fordeles til helseregionene blant annet ut fra folketall, dvs ut fra et prinsipp tilsvarende inntektsfordelingsmodellen. Det er ikke noen eksakt sammenheng mellom fordeling av penger i inntektsfordelingsmodellen og helseforetakenes kostnader til de oppgavene som basisrammen skal finansiere. Det er usikkerhet knyttet til hvordan disse forpliktelsene skal finansieres fremover. Helse- og omsorgsdepartementet har signalisert at regjeringen i revidert nasjonalbudsjett 2006 vil vurdere behovet for en særskilt kompensasjon av eventuelle merutgifter som helseforetakene påføres.

Siden det:

- * ikke er en eksakt sammenheng mellom inntekter som fordeles i inntektsfordelingsmodellen og de utgifter som helseforetaket påføres
- * Helse- og omsorgsdepartementet har gjort det klart at de vil komme tilbake til hvordan den forpliktelsen skal finansieres i fremtiden
- * og man ikke har gode erfaringstall å bygge på

er det ikke med rimelig grad av sikkerhet grunnlag for å estimere et eventuelt avvik mellom den forpliktelsen som Helse Nord RHF påføres og de inntekter vi settes opp med for å ivareta denne oppgaven.

Note 15 Mellomværende med selskap i samme foretaksgruppe

	Fordringer 31.12.2005	Fordringer 31.12.2004
Helse Finnmark HF	170 816	106 519
Hålogalandssykehuset HF	190 327	126 536
Nordlandssykehuset HF	144 088	14 930
Helgelandssykehuset HF	44 215	13 189
Nordnorsk Helsenett AS	0	9 317
Sum	549 446	270 491

	Gjeld 31.12.2005	Gjeld 31.12.2004
UNN HF	288 080	394 078
Nordnorsk Helsenett AS	0	378
Sykehusapotek Nord HF	6 688	4 225
Sum	294 768	398 682

Alle Helseforetakene i Helse Nord er med i en konsernkontoordning i Sparebanken Nord-Norge og formelt er alle innskuddene i denne ordningen eid av Helse Nord RHF. I årsregnskapet er derfor alle innskudd og trekk på konti som er med i konsernkontoordningen satt som mellomværende med Helse Nord RHF.

Note 16 Bankinnskudd og bundne midler

Av totale bankinnskudd for Helse Nord RHF er kr 1 502 317 bundet til dekning av skyldig skattetrekk pr. 31.12.05. Av totale bankinnskudd for foretaksgruppen er kr 171 185 702 bundet til dekning av skyldig skattetrekk pr. 31.12.05.

Note 17 Nærstående parter

Som nærstående parter regnes foretakene i note 15 og selskaper i note 8.

Note 18 Restriksjoner og heftelser vedrørende bygningsmassen

Universitetet i Tromsø har disposisjonsrett for 1.200 m² av bygningene ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF. Rettigheten er knyttet til undervisningsrom, kontor, forskning og overnattingsrom.

Det er restriksjoner i forhold til deler av bygningsmassen i Sandnessjøen. Deler av lokalene skal disponeres av Nordland fylkeskommune ved tannhelsetjenesten.

Familievernkontoret i Harstad og Fylkesbarnevernet Troms disponerer til sammen 316,8 m² av arealet ved Hålogalandssykehuset Harstad

Note 19 Kjøp av helsetjenester

Sum kjøp av helsetjenester består av følgende:

	Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
	2005	2004	2005	2004
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner somatikk	0	331	238 601	192 106
Kjøp fra private helseinstitusjoner somatikk	11 975	12 394	40 859	60 469
Kjøp fra utlandet somatikk	2 681	7 988	6 107	11 508
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner psykiatri	0	0	18 140	16 622
Kjøp fra private helseinstitusjoner psykiatri	0	0	7 100	1 839
Kjøp fra offentlige helseinstitusjoner rus	0	0	16 344	19 663
Kjøp fra private helseinstitusjoner rus	0	0	30 136	17 646
Sum gjestepasientkostnader	14 656	20 713	357 287	319 852
Innleie av vikarer	0	0	151 822	126 021
Kjøp av ambulansetjenester	0	0	215 586	209 814
Andre kjøp av helsetjenester	8 081 131	7 536 432	421 346	384 793
Sum kjøp av helsetjenester	8 095 786	7 557 145	1 146 041	1 040 480

Note 20 Sammenslåtte poster i kontantstrømoppstillingen

(Beløp i 1.000 NOK)

Endring i varelager
 Endring i fordring på selskap i samme konsern
 Endring i kundefordringer
 Endring i øvrige fordringer
 Endring i leverandørgjeld
 Endring i skyldige offentlige avgifter
 Endring i kortsiktig gjeld til selskap i samme konsern
 Endring i annen kortsiktig gjeld
 Endring i avsetninger for forpliktelser

Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
2005	2004	2005	2004
		-15 775	-1 887
-286 155	-130 658		
	-77 890		-44 623
8 371	-2 829	-1 197	-10 255
	-15 382		116 950
-2 023	1 754	15 359	39 508
-103 914	64 977		
36 214	10 965	70 085	102 307
483		47	20 933
Sum		68 519	222 933
	-347 024	-149 063	

Note 21 Finansinntekter og finanskostnader

Finansinntekt består av:

Renteinntekter
 Agio
 Andre finansinntekter
 Gevinst oppløsning Nordnorsk Helsenett AS
 Resultatandel felleskontrollerte selskaper

Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
2005	2004	2005	2004
15 885	11 574	27 343	22 518
		13	15
		1 346	985
	9 308	0	0
595	1 198	595	1 198
Sum		29 297	24 715
	16 480	22 080	

Finanskostnad består av:

Rentekostnader
 Disagio
 Andre finanskostnader
 Aktivisering av byggelånsrenter
 Nedskrivning aksjer

Helse Nord RHF		Foretaksgruppen	
2005	2004	2005	2004
8 646	7 072	19 151	12 848
		57	40
2		395	2 065
		-1 650	-465
1 000		1 000	
Sum		18 953	14 488
	9 648	7 072	

Til foretaksmøtet i Helse Nord RHF

REVISJONSBERETNING FOR 2005

Ledelsens ansvar og revisors oppgave

Vi har revidert årsregnskapet for Helse Nord RHF for regnskapsåret 2005, som viser et underskudd på kr 345.334.640 for Helse Nord RHF og et underskudd på kr 341.784.219 for foretaksgruppen. Vi har også revidert opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til dekning av underskuddet. Årsregnskapet består av regnskap for Helse Nord RHF og konsernregnskap for foretaksgruppen. Regnskapet for Helse Nord RHF og konsernregnskapet består av resultatregnskap, balanse, kontantstrømoppstilling og noteopplysninger. Regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge er anvendt ved utarbeidelsen av regnskapet. Årsregnskapet og årsberetningen er avgitt av foretakets styre og administrerende direktør. Vår oppgave er å uttale oss om årsregnskapet og øvrige forhold i henhold til revisorlovens krav.

Grunnlag for vår uttalelse

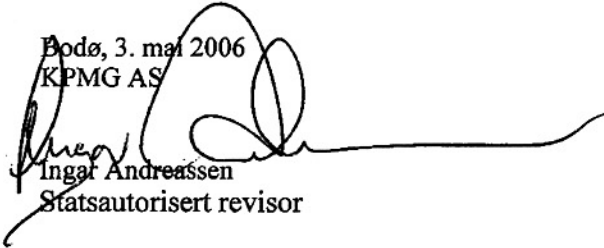
Vi har utført revisjonen i samsvar med lov, forskrift og god revisjonsskikk i Norge, herunder revisjonsstandarder vedtatt av Den norske Revisorforening. Revisjonsstandardene krever at vi planlegger og utfører revisjonen for å oppnå betryggende sikkerhet for at årsregnskapet ikke inneholder vesentlig feilinformasjon. Revisjon omfatter kontroll av utvalgte deler av materialet som underbygger informasjonen i årsregnskapet, vurdering av de benyttede regnskapsprinsipper og vesentlige regnskapsestimater, samt vurdering av innholdet i og presentasjonen av årsregnskapet. I den grad det følger av god revisjonsskikk, omfatter revisjon også en gjennomgåelse av foretakets formuesforvaltning og regnskaps- og intern kontrollsystemer. Vi mener at vår revisjon gir et forsvarlig grunnlag for vår uttalelse.

Uttalelse

Vi mener at

- årsregnskapet er avgitt i samsvar med lov og forskrifter og gir et rettviseende bilde av foretakets og konsernets finansielle stilling 31. desember 2005 og av resultatet og kontantstrømmene i regnskapsåret i overensstemmelse med regnskapslovens regler og god regnskapsskikk i Norge
- ledelsen har oppfylt sin plikt til å sørge for ordentlig og oversiktlig registrering og dokumentasjon av regnskapsopplysninger i samsvar med lov og god bokføringsskikk i Norge
- opplysningene i årsberetningen om årsregnskapet, forutsetningen om fortsatt drift og forslaget til dekning av underskuddet er konsistente med årsregnskapet og er i samsvar med lov og forskrifter.

Bodø, 3. mai 2006
KPMG AS


Ingar Andreassen
Statsautorisert revisor

ORDFORKLARINGER

Når vi skriver ”Helse Nord” mener vi hele helseforetaksgruppen, dvs. alle helseforetakene og det regionale helseforetaket.

Når vi skriver ”Helse Nord RHF” mener vi det regionale helseforetaket, dvs. den regionale administrasjonen.

AMK – akuttmedisinsk kommunikasjonsentral

BUP - barne- og ungdomspsykiatri

DPS – distriktpsikiatrisk senter

FoU – forskning og utvikling

HF – helseforetak

HOD – Helse- og omsorgsdepartementet

NLSH - Nordlandssykehuset

RHF – regionalt helseforetak

Shdir – Sosial- og helsedirektoratet

SKDE – Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

UNN – Universitetssykehuset Nord-Norge

Ø-hjelp – øyeblikkelig hjelp